

La salut a Barcelona 2017



La salut a Barcelona 2017

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.4885-2019

Desembre 2018



La salut a Barcelona 2017

Coordinació general de l'Informe

Xavier Bartoll.

Redacció

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

El context socioeconòmic i demogràfic

Judit Antràs,¹ Carles Ariza, Jordi Armengol,¹ Xavier Bartoll, Montserrat Bartoli, Carme Beni,¹ Montserrat Casamitjana,² Anna Coma,² Imma Cortès, Maria Gabriela Barbaglia, Amaia Garrido, Josep Gómez,² Mercè Gotsens, Raquel Hoyos,² Davide Malmusi,³ Pere Moreno,¹ Laia Palència, Oleguer Parés, Tània Rodríguez,¹ Toñi Salazar,¹ Maria Salvador, Montserrat Sánchez,¹ Gemma Serral, Imma Vallverdú,¹ Elvira Torner,¹ Corinne Zara.¹

El context físic

Lídia Calderero, Laia Font, Anna Gómez, Sònia Navarro, Ana M. Novoa, Maribel Pasarín, Samuel Portaña, Cristina Portolés, Marc Rico, Verónica Trabado, Natalia Valero.

Els comportaments relacionats amb la salut

Carles Ariza, Lucía Artazcoz, Xavier Bartoll, Xavier Continente, M. José López, Maribel Pasarín, Vanesa Puig-Barrachina, Maria Salvador, Gemma Serral, Marta Olabarria.

La salut

Gabriela Barbaglia, Xavier Bartoll, Montse Bartoli, M. Teresa Brugal, Imma Cortès, M. Dolores Álamo, Patricia Garcia, Amaia Garrido, Mercè Gotsens, Ana M. Novoa, Laia Palència, Oleguer Parés, Glòria Perez, Cristina Rius.

Monogràfics

Sistema de Vigilància de l'Impacte sobre la Salut de la Contaminació de l'Aire de Barcelona (VISCAB)

Natalia Valero, Laia Font, Glòria Pérez, Marc Mari-Dell'Olmo, Brenda Biaani, Marc Rico, Helena Pañella, Catherine Pérez, Maribel Pasarín, Anna Gómez, al Grup de treball del VISCAB.

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Politiques Municipals

Vanessa Puig-Barrachina, Mercè Gotsens, Carles Ariza, Catherine Pérez.

Situació de les 10 línies estratègiques del Pla de Salut de Barcelona

Maribel Pasarín, Glòria Pérez, Catherine Pérez, Carme Beni,¹ Davide Malmusi.³

Tots els autors tenen afiliació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, excepte:

¹ Consorci Sanitari de Barcelona

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

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

Índex: La salut a Barcelona 2017

Presentació	7	5
Resum executiu	8	
Resumen ejecutivo	12	
Executive Summary	17	
Els determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes	22	
El context socioeconòmic	24	
La població	26	
L'entorn familiar.....	27	
L'entorn econòmic	28	
Les condicions de vida.....	29	
La participació de la comunitat.....	32	
Els serveis sanitaris	33	
La salut comunitària	39	
Les accions en salut pública.....	40	
El context físic	42	
La qualitat de l'aire	44	
La qualitat de l'aigua.....	46	
La contaminació acústica	48	
La seguretat alimentària	49	
Els comportaments relacionats amb la salut	50	
L'activitat física i el sedentarisme	52	
L'exposició al fum ambiental del tabac	53	
Les hores de son	54	
L'exposició a les pantalles	56	
La cura de les persones dependents	57	
La salut	58	
L'esperança de vida	60	
La salut percebuda	61	
La salut laboral.....	61	
La salut sexual i reproductiva	63	
La salut mental i les addiccions.....	65	
La salut ambiental.....	68	
Les malalties transmissibles	69	
La mortalitat	75	
Les desigualtats en salut.....	76	
Monogràfics	78	
Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire	80	
L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals.....	84	
Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020	87	
La salut en xifres	94	



Presentació

L'Informe de Salut que es presenta dona una visió general d'alguns dels principals components de la salut de la ciutadania, tant contemplant el context socioeconòmic de la ciutat com les desigualtats territorials.

En conjunt, tot i l'evolució favorable de l'esperança de vida persisteixen alguns aspectes negatius, en especial la progressió de les malalties de transmissió sexual.

Enguany veiem que disminueix el nivell d'atur, tot i que la nova contractació és excessivament precària. L'esforç econòmic per disposar d'un habitatge en les persones d'ingressos baixos és força superior a la recomanada, situació que s'afegeix als alts nivells de pobresa.

Els nivells de contaminació atmosfèrica i acústica continuen superant els nivells recomanats. S'estima que la contaminació atmosfèrica suposa un increment en la mortalitat de quatre-cents morts anuals.

Quant als patrons d'hàbits relacionats amb la salut, s'observen àrees que poden ser millorats. Un terç de la població, una part important, declara que algun membre de la família fuma a casa habitualment i s'observen a la llar nivells de nicotina elevats; cada cop una proporció de població més elevada dorm menys, sobretot les persones en barris de renda menor, i s'observa una proporció elevada de joves en visionat de pantalles per sobre de la recomanació. Finalment, les persones, sobretot dones, en qui recau de manera exclusiva la cura de persones dependents, mostren pitjors indicadors de salut.

Entre els resultats en salut, aquest any l'esperança de vida s'incrementa lleugerament i continua la tendència a la baixa de la mortalitat en la majoria de causes. Han disminuït les lesions greus i mortals per accident de treball i també disminueixen els embarassos i la fecunditat adolescents. Però seguim vigilant i esmerçant esforços pel que fa a les malalties de transmissió sexual, que persisteixen en el seu increment, tot i que aquest no és tan gran com el del any anterior.

Les desigualtats en el sobrepès i l'obesitat van disminuir lleugerament durant el mateix període, i també la mortalitat prematura, així com lleugerament l'esperança de vida, però les de mala salut mental s'han incrementat.

Els resultats que es presenten en aquest informe aconsellen continuar aplicant les mesures i els plans d'acció que s'ha posat en marxa en els darrers anys, destacant, entre altres, els de salut mental, salut sexual i reproductiva, drogodependències i salut comunitària, continuar treballant amb l'objectiu de reducció de les desigualtats i posar encara més esforços en la millora de la qualitat ambiental.

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 de Barcelona, l'any 2017 la població de Barcelona ha estat de 1.617.455 persones (2016: 1.608.710). El grup d'edat més nombrós és el de 15 a 44 anys, 600.000 persones i escaig. En el grup de persones de 75 anys o més el nombre de dones gairebé dobla el nombre d'homes. Les persones nascudes fora de l'estat espanyol se situen en un 23,7%. El 30,4% d'homes i el 32,3% de dones tenen estudis universitaris. El districte amb més percentatge de persones que canvien de districte de residència és Gràcia. De les 6.510 persones que canvien de domicili i ho fan dins la mateixa ciutat, un 64,2% canvien de districte. El que menys és Nou Barris, on un 63,9% roman al districte.

L'entorn familiar

La parella amb fills és la llar més freqüent (41,3%), seguida de la parella sense fills (23,7%) i la llar unipersonal (9,7%). Tanmateix les llars unipersonals són les que més s'han incrementat en la darrera dècada. Tenir alguna persona aturada a la llar, tant amb subsidi d'atur com sense, és més freqüent a les llars monoparentals. Segons dades de l'Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària, realitzada el 2016 amb adolescents de la ciutat de Barcelona de 13 a 18 anys, el 20% pertanyien a un nucli de convivència monoparental. En preguntar per les relacions familiars, varen ser els nois els que van percebre tenir millors relacions amb la seva família que les noies. En ambdós sexes, les relacions amb la família varen ser millors en els joves de centres educatius emplaçats en barris de nivell socioeconòmic afavorit.

L'entorn econòmic

El 2017 ha disminuït l'atur, sobretot en les dones (de l'11,2 al 10,6% en homes i del 13,8 a l'11,3% en dones el darrer any), però també en elles ha disminuït la taxa d'activitat, fet que podria reflectir una sortida del mercat de treball. L'ocupació, tot i que lleugerament, ha augmentat en ambdós sexes. Ha seguit disminuint l'atur de llarga durada (del 38,3 al 35,5% en homes

i del 44,3 al 42,1% en dones) però el percentatge de persones en atur que cobren subsidi ha disminuït (del 49,0 al 48,2%). La nova contractació segueix sent majoritàriament temporal i s'han incrementat els contractes inferiors a un mes de durada. La jornades parcials han augmentat en les dones i disminuït lleugerament en els homes.

Les condicions de vida

La taxa de risc de pobresa o exclusió social se situa al 22,5%. En les persones inactives és del 25,2%, mentre que en les ocupades és del 14%, i en les persones jubilades, del 14,6%. Existeix un gradient en el risc de pobresa segons la intensitat del treball a la llar (mesurat segons el nombre de persones i temps que treballen del total possible). Si la intensitat de la llar és baixa o molt baixa, el risc de pobresa arriba al 35%. Quan la intensitat de treball és alta, el risc de pobresa és del 12%.

Viure en un habitatge inadequat o a un cost inassequible té repercussions negatives en la salut física i mental. A Barcelona, l'any 2016 les despeses destinades al pagament de l'habitatge van representar un 24,2% (un 64,4% en llars amb ingressos baixos). L'any 2017 es van produir un total de 2.389 desnonaments, la gran majoria (el 89,5%) derivats de la llei d'arrendaments urbans (LAU). De les persones ateses per la Unitat Contra l'Exclusió Residencial, una tercera part van ser menors d'edat, la meitat amb règim de lloguer i un terç amb ocupacions. La majoria eren persones residents a Ciutat Vella, Sants-Montjuïc i Nou Barris. Finalment, el nombre de persones sense llar continua amb tendència creixent: es van comptabilitzar un total de 3.383 persones, un 7,7% més que l'any anterior i un 67,7% més que 10 anys enrere.

La participació de la comunitat

Els consells de salut dels districtes de la ciutat tenen una principal representació de professionals del sistema sanitari, sent la representació de les entitats al voltant d'una tercera part. Però hi ha variabilitat territorial, on destaca el consell de salut del districte de Nou Barris, en el què les entitats arriben al 56% dels participants.

Els serveis sanitaris

Atenció primària

Durant l'any 2017, el 74% de la població de Barcelona ha estat atesa alguna vegada pels serveis públics d'atenció primària (l'any 2016, un 71,6%). El districte on s'han atès més persones ha estat Nou Barris (82,7%), mentre que a Sarrià-Sant Gervasi s'ha atès un 59% de la població del districte. La taxa bruta de visites per 100 habitants a Barcelona ciutat ha estat de 539,8, en què el valor més alt s'ha recollit al districte de Sant Martí (608,6) i el més baix, a Sarrià-Sant Gervasi (335,7). Aproximadament 9 de cada 10 persones declaren que quan tenen un problema de salut van al/la metge de capçalera abans d'anar a qualsevol altre lloc.

Atenció hospitalària i d'urgències

L'atenció especialitzada disposa de 3.465 llits (2016: 3.444), i ha augmentat en 274 llits respecte del 2016. La taxa d'urgències hospitalàries és de 340,5 per 1.000 habitants en homes i de 378,3 en dones, lleugerament inferior al 2016, mentre que s'incrementa subtilment l'atenció als centres d'urgències d'atenció primària (150,3 en homes i 157,5 en dones). Les taxes més elevades d'hospitalització, utilització dels serveis d'urgències i més risc de morbiditat les presenten els districtes amb indicadors socioeconòmics més desfavorits: Horta-Guinardó, Nou Barris i Ciutat Vella; mentre que el districte de Sarrià-Sant Gervasi en té les xifres més baixes. El temps d'espera dels procediments garantits de cataractes, pròtesis de genoll i pròtesis de maluc ha disminuït un 16,5% respecte del 2016.

Atenció sociosanitària

S'ha continuat desplegant l'atenció subaguda. Les sis unitats que duen a terme aquesta activitat han realitzat 3.159 altes durant l'any 2017 (un 9,4% més respecte de l'any anterior, quan van en ser 2.888).

Farmàcia

Des del 2011 hi ha una lleugera disminució en el consum d'hipnòtics i sedants, i també d'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.

La salut comunitària

En el marc de la promoció de salut a les escoles, han participat a primària (de 4t a 6è) 3.494 alumnes (el 13% de l'alumnat) i 73 centres educatius (22% dels centres) durant el curs 2016-2017. A secundària han participat 17.733 alumnes (el 33% de l'alumnat) i 106 centres educatius (47% dels centres). Xifres similars al curs anterior. Als programes de salut comunitària han participat 11.734 persones al programa Salut als barris (2016: 9.964) realitzat en 23 barris (2016: 21).

Les accions en salut pública

L'any 2017 va néixer el Sistema de Control Oficial en Cadenes de Distribució Alimentària amb el propòsit d'avaluar globalment el model de gestió sanitària de les empreses que disposen de molts punts de venda directa a consumidor final amb un sistema comú de gestió de la seguretat alimentària. L'últim trimestre del 2017 es va iniciar en 4 de les 18 cadenes incloses al programa.

Els canvis introduïts a la xarxa de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) permetran millorar l'atenció i avançar en la distribució territorial d'aquests recursos, per exemple, en la reducció dels 12 dies de mitjana de dies d'espera per a la visita del/la metge.

El context físic

La qualitat de l'aire

L'avaluació de la qualitat de l'aire del 2017 constata que es continuen superant els nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut per als contaminants NO₂, material particulat (PM₁₀ i PM_{2,5}), benzè, ozó i benzo(a)pirè. Pel que fa al NO₂, el 70% de la població està potencialment exposada a nivells per sobre dels de referència de l'OMS, i el valor límit anual de la UE i el 98% de la població està potencialment exposada a nivells per sobre dels de referència de l'OMS per a les partícules PM₁₀.

La qualitat de l'aigua

El programa de control d'aigua als centres educatius ha mostrat com només un 1,2% de les mostres d'aixeta preses presentaven algun incompliment o anomalia confirmat, i en tots aquests casos van ser deguts a problemes de la instal·lació interior de l'edifici. El 57,6% del subministrament d'aigua de les fonts naturals de la ciutat és no apta per al consum humà. Tot i així, el 10,7% de la població ha manifestat que fa servir aigua de les fonts naturals ocasionalment i el 0,9% l'utilitza habitualment.

La contaminació acústica

El mapa estratègic de soroll de Barcelona del 2017 indica que el 56% de la ciutadania s'exposa a nivells per sobre dels recomanats per l'OMS durant el dia (55dB(A)), i el 70% s'hi exposa durant la nit (40dB(A)). El trànsit és la font principal de soroll a Barcelona, tant de dia com de nit, mentre que l'oci nocturn és responsable de la superació del nivell nocturn per al 5% de la població.

La seguretat alimentària

Durant el 2017 es van gestionar 76 alertes alimentàries, la majoria de les quals van estar produïdes per productes de la pesca contaminats amb mercuri i cadmi. A més, es van investigar un total de 146 denúncies i queixes de ciutadans particulars a establiments alimentaris per irregularitats detectades, majoritàriament, a establiments de restauració.

Resum executiu

10

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2016, el 52,3% dels homes i el 62,3% de les dones majors de 15 anys són inactius en el temps de lleure. Hi ha persones que no han caminat almenys 10 minuts seguits durant els darrers 7 dies, i el 43,6% dels homes i el 40,3% de les dones declaren que estan asseguts durant la major part de la jornada. Tots tres comportaments segueixen patrons socioeconòmics, ja que les persones de classe social més desafavorida són les que presenten més inactivitat al lleure, i les de classe més avantatjada, més inactivitat durant la jornada habitual.

L'exposició al fum ambiental del tabac

Quasi un terç de la població de Barcelona declara que algun membre de la família fuma a casa habitualment. En cases de famílies amb menors de 12 anys on viu alguna persona fumadora es donen valors elevats en la concentració mitjana de nicotina. Al menjador de cases amb dues o més persones fumadores i en cases on està permès fumar, arriba fins a 1,04 µg/m³, xifra més alta que l'observada en llocs de treball abans de la llei de control de tabac implementada l'any 2006. A l'habitació de l'infant també s'observen nivells de nicotina elevats (0,66 µg/m³ en cases amb dues o més persones fumadores i 0,48 µg/m³ en cases on es permet fumar), tot i declarar que no es fuma a la mateixa habitació. Fora de casa, una de cada cinc persones ocupades estan exposades al fum ambiental de tabac al lloc de treball.

Les hores de son

El 23,6% dels homes i el 24,6% de les dones dormen 6 hores o menys. Això és més freqüent en les classes socials menys avantatjades i també als barris de renda menor. Des del 1986 s'ha incrementat el nombre de persones que dormen menys de 6 hores fins la crisi econòmica, en què baixa per mantenir-se o incrementar-se de nou el 2016.

L'exposició a les pantalles

El visionat de pantalles de televisió, ordinador i tauleta en adolescents és similar en ambdós sexes. No és així en el cas de jugar a la videoconsola, on

són els nois que, amb una proporció més elevada, hi dediquen dues hores o més al dia, tant en dies lectius com en caps de setmana. En general, s'observa una proporció elevada en el visionat de pantalles per sobre de la recomanació (≥ 2 hores).

La cura de les persones dependents

Al voltant d'una quarta part de la població s'ocupa de forma no remunerada del treball de cures de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència. El treball de cures el desenvolupen principalment dones amb baix nivell educatiu i en edat de jubilació. El treball de cures es relaciona amb prevalences superiors de mal estat de salut percebuda, de patiment psicològic i d'un descans insuficient, sobretot les cures realitzades al mateix domicili en solitari.

Resultats en salut

L'esperança de vida

L'any 2016 l'esperança de vida va ser de 81,2 anys per als homes i de 86,9 anys per a les dones residents a la ciutat de Barcelona (2015: 80,8 homes i 86,6 dones). Aquestes xifres, però, van presentar desigualtats segons la zona de la ciutat. En homes es va observar una relació positiva amb el nivell socioeconòmic del districte (com més nivell socioeconòmic, més esperança de vida), relació que es va mantenir per a l'esperança de vida en néixer, als 45 anys i als 75 anys. En dones, en canvi, aquesta relació no va ser tan clara.

La salut percebuda

El 84,4% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir una salut percebuda entre bona i excel·lent. L'evolució de la mala salut percebuda (salut regular i dolenta) té una tendència a disminuir en ambdós sexes entre 1986 i 2016. Les dones tenen pitjor estat de salut en tot el període, però les diferències per sexe disminueixen de 8,3 punts percentuals el 1986 i a 3,4 el 2016.

La salut laboral

El 2017 han disminuït totes les lesions per accident de treball, sobretot les mortals. Les lesions *in itinere* han estat les més freqüents de les lesions més severes (greus i mortals). També han disminuït les malalties professionals amb baixa. D'altra banda, han augmentat les malalties professionals sense baixa i les malalties relacionades amb el treball notificades pels centres d'atenció primària. Els trastorns ansiosos i depressius han continuat sent el grup més freqüentment notificat de les malalties relacionades amb el treball.

La salut sexual i reproductiva

Els embarassos i la fecunditat en les dones adolescents disminueixen a la ciutat. La taxa d'embarassos és de 16,7 per 1.000 dones de 15 a 19 anys (2016: 18,6), i una fecunditat de 4,8 (2016: 5,8). No obstant la millora, es manté el gap de desigualtat per país d'origen en la fecunditat i els

avortaments tant en dones adolescents com en el global de les dones. Els embarassos mostren una distribució i una evolució desigual als districtes de la ciutat que no sembla relacionada amb el patró de riquesa de la ciutat.

La salut mental i les addiccions

L'evolució de la salut mental de les persones que viuen als 18 barris amb pitjors indicadors de salut segons de l'Enquesta de Salut del 2006 a 2016 és manté estable en les dones i empitjora lleugerament en els homes.

El 2017 s'han notificat 445 trastorns de salut mental relacionats amb el treball. En relació amb l'any anterior ha augmentat el nombre (2016: 396) i la incidència en ambdós sexes. Els casos han estat més freqüents en dones, persones nascudes a l'estat espanyol, personal de serveis i comerç i personal de suport, i persones que treballen al comerç al major i detall i reparació de vehicles. Els factors de risc més freqüentment implicats als casos estudiats han estat la manca de suport dels superiors i les elevades exigències psicològiques.

En els darrers 10 anys el nombre d'inicis de tractament per abús de substàncies ha disminuït, ha passat dels aproximadament 5.000 inicis l'any 2007 als 4.000 l'any 2017. Aproximadament el 26% dels inicis de tractament es produeixen en dones, xifra que es manté constant des de l'any 2007. L'alcohol ha seguit sent la substància que més inicis per trastorn de consum ha causat. D'altra banda, l'any 2016 es van produir 54 morts per reacció adversa al consum de drogues, 12 morts més que l'any 2015, sent els opiàcids la substància més detectada. Tot i així, aquesta substància ha anat disminuint des de l'any 2012.

El consum de cànnabis experimental (un cop a la vida) s'ha incrementat entre els joves de 17 a 18 anys entre 2012 i 2016 (fins al 56,8% en nois i el 52,9% en noies). Pel que fa al consum de cànnabis els darrers 30 dies, s'incrementa en nois (fins al 25,2%) però disminueix en noies (fins al 15,5%).

L'any 2017 s'han atès 47.011 persones als centres de salut mental d'adults i 12.493 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 32,5% el 2017. En la població infantil i juvenil, ho eren el 4,2 d'infants i joves l'any 2005, per a arribar al 12,4% el 2017.

La salut ambiental

El nou Sistema de Vigilància de l'Impacte sobre la Salut de la Contaminació de l'Aire a Barcelona permet estimar anualment la mortalitat atribuïble a la contaminació atmosfèrica a la ciutat. Entre l'any 2010 i el 2017, la mortalitat atribuïble a l'excés de partícules menors de 2,5 micres (PM_{2,5}) a l'aire va ser del 3% de mitjana en residents 30 anys o més, fet que representa 424 morts anuals. Petites variacions en els nivells anuals de contaminació tenen un impacte en la salut molt rellevant.

Les malalties transmissibles

VIH/sida

El 2017 se n'han detectat 352 casos (2016: 310) i es trenca la tendència al descens que s'observava des de l'any 2012, de manera que se situa en una taxa de 21,8 casos per cent mil habitants i un increment del 4% respecte al 2016. La taxa en homes és del 40,7 i en dones, del 4,8 (2016: 41,5 i 2,5, respectivament). La principal via de transmissió del VIH continua sent la sexual. La infecció afecta de manera desproporcionada homes joves amb relacions amb altres homes. Tot i que continua descendent, l'increment ha estat a compte de dones i homes heterosexuales.

S'han detectat 55 casos de sida. La taxa és de 3,0 casos per 100.000 i un increment del 18,9% respecte del 2016. La taxa per cent mil habitants de sida és de 5,6 casos en homes i 0,7 en dones (2016: 4,4 i 1,3, respectivament). En la sida s'ha observat un increment en els homes que fan sexe amb homes i en els usuaris de drogues intravenoses. El retard en el diagnòstic és elevat (43,2%).

Malalties de transmissió sexual

L'any 2017 continua observant-se la tendència creixent de la sífilis, fins a 67,9 casos per cent mil habitants: 130,4 en homes i 12,2 en dones (2016: 117,9 i 11,7, respectivament). La gonocòccia, fins a 225,3 en homes i 28,9 en dones (2016: 172,2 i 20,8, respectivament), i del limfogranuloma, 20,9 en homes i 0,1 en dones (2016: 15,1 en homes). També s'incrementa la infecció per *Chlamydia trachomatis*. La major part dels casos ocorren en homes joves amb relacions homosexuals, excepte per la infecció per *Chlamydia trachomatis*, que afecta en una proporció similar homes i dones.

Resum executiu

12

La tuberculosi

Durant el 2017 s'han detectat 267 casos de tuberculosi en residents a la ciutat (2016: 260), 167 homes i 104 dones. La incidència és de 16,5 casos per cent mil habitants, i es manté estable tot i un cert repunt en la població immigrant. La malaltia és més freqüent a Ciutat Vella i Nou Barris i en la població immigrant.

La mortalitat

L'any 2016 es van produir 15.551 defuncions de persones residents a la ciutat de Barcelona: 7.310 homes i 8.241 dones. Les taxes de mortalitat (1.043,7 homes i 600,6 dones per cent mil habitants) i de mortalitat prematura van continuar amb la tendència decreixent dels darrers anys (taxa de mortalitat el 2016: 1.068,2 homes i 614,5 dones). Les primeres causes de mortalitat en homes de 15 a 44 anys van ser els suïcidis i els enverinaments accidentals per substàncies tòxiques. En les dones la primera causa va ser el tumor maligne de mama. En persones de 45 a 74 anys, el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó va ser la primera causa de mortalitat en ambdós sexes. En el grup de 75

anys i més, en homes les malalties del cor i pulmó van ser les causes més freqüents, mentre que les demències van predominar en les dones.

Les desigualtats en salut

L'anàlisi de l'evolució de les desigualtats en salut varia depenent de l'indicador amb què s'avalua i també de que el període sigui més o menys ampli. Les desigualtats en la salut mental entre 2006 i 2016 es van incrementar. Les desigualtats en mala salut mental van passar de ser poc més de dues vegades més prevalents en les classes desfavorides el 2006 a 4,5 vegades el 2016. Les desigualtats en el sobrepès i l'obesitat van disminuir lleugerament durant el mateix període.

Disminueixen les desigualtats socioeconòmiques per barris en esperança de vida. En el període 2011-2013 els barris amb més renda familiar disponible van tenir 4,3 anys més d'esperança de vida que els barris amb menys renda familiar. En el període 2013-2015 aquesta diferència va disminuir a 3,6 anys, i el 2014-2016 va ser de 2,4 anys. Segons sexes, en el període 2014-2016 la diferència en l'esperança de vida entre els barris amb més i menys nivell socioeconòmic és de 4,7 anys en homes i de -0,7 anys en dones. Aquestes diferències eren lleugerament inferiors en comparació amb el període 2011-2013 (6,6 i 1,1, respectivament). En el cas de la mortalitat prematura es van observar desigualtats en el període 2011-2013 que van tendir a disminuir en el període 2014-2016 en ambdós sexes.

Resumen ejecutivo

El contexto socioeconómico

La población

Según datos del padrón municipal de habitantes de Barcelona, en el año 2017 la población de Barcelona fue de 1.617.455 personas (2016: 1.608.710). El grupo de edad más numeroso es el de 15 a 44 años, por encima de 600.000 personas. En el grupo de personas de 75 años o más el número de mujeres casi dobla el número de hombres. Las personas nacidas fuera de España se sitúan en un 23,7%. El 30,4% de hombres y el 32,3% de mujeres tienen estudios universitarios.

El distrito con más porcentaje de personas que cambian de residencia es Les Corts. De las 3.328 personas que cambian de domicilio y lo hacen dentro de la misma ciudad, un 64,2% cambian de distrito. El que menos cambia es Nou Barris, donde un 63,9% permanece en el distrito.

El entorno familiar

La pareja con hijos es el hogar más frecuente (41,3%), seguido de la pareja sin hijos (23,7%) y el hogar unipersonal (9,7%). Sin embargo, los hogares unipersonales son los que más se han incrementado en la última década. Tener alguna persona parada en el hogar, tanto con subsidio de desempleo como sin él, es más frecuente en los hogares monoparentales.

Según datos de la Encuesta Factores de Riesgo en Estudiantes de Secundaria, realizada en 2016 con adolescentes de la ciudad de Barcelona de 13 a 18 años, el 20% pertenecían a un núcleo de convivencia monoparental. Al preguntar por las relaciones familiares, fueron los chicos los que percibieron tener mejores relaciones con su familia que las chicas. En ambos sexos, las relaciones con la familia fueron mejores en los jóvenes de centros educativos emplazados en barrios de nivel socioeconómico favorecido.

El entorno económico

En 2017 ha disminuido el paro, sobre todo en las mujeres (del 11,2 al 10,6% en hombres y del 13,8 al 11,3% en mujeres el último año), pero también en ellas ha disminuido la tasa de actividad, lo que podría reflejar una salida del mercado de trabajo. El empleo, aunque ligeramente, ha aumentado en ambos sexos. Ha seguido disminuyendo el paro de larga duración (del 38,3 al 35,5% en hombres y del 44,3 al 42,1% en mujeres), pero el porcentaje de personas en paro que cobran subsidio ha disminuido (del 49,0 al 48,2%). La nueva contratación sigue siendo mayoritariamente temporal y se han incrementado los contratos inferiores a un mes de duración. La jornadas parciales han aumentado en las mujeres y disminuido ligeramente en los hombres.

Las condiciones de vida

La tasa de riesgo de pobreza o exclusión social se sitúa en el 22,5%. En las personas inactivas es del 25,2%, mientras que en las ocupadas es del 14%, y en las personas jubiladas, del 14,6%. Existe un gradiente en el riesgo de pobreza según la intensidad del trabajo en el hogar (medido según el número de personas y tiempo que trabajan del total posible). Si la intensidad del hogar es baja o muy baja, el riesgo de pobreza alcanza el 35%. Cuando la intensidad de trabajo es alta, el riesgo de pobreza es del 12%.

Vivir en una vivienda inadecuada o a un coste inasequible tiene repercusiones negativas en la salud física y mental. En Barcelona, en el año 2016 los gastos destinados al pago de la vivienda representaron un 24,2% (un 64,4% en hogares con ingresos bajos). En 2017 se produjeron un total de 2.389 desahucios, la gran mayoría (el

89,5%) derivados de la ley de arrendamientos urbanos (LAU). De las personas atendidas por la Unidad Contra la Exclusión Residencial, una tercera parte fueron menores de edad, la mitad con régimen de alquiler y un tercio con ocupaciones. La mayoría eran personas residentes en Ciutat Vella, Sants-Montjuïc y Nou Barris. Finalmente, el número de personas sin hogar continúa con tendencia creciente: se contabilizaron un total de 3.383 personas, un 7,7% más que el año anterior y un 67,7% más que 10 años atrás.

La participación de la comunidad

Los consejos de salud de los distritos de la ciudad tienen una principal representación de profesionales del sistema sanitario, siendo la representación de las entidades alrededor de una tercera parte. Pero hay variabilidad territorial, donde destaca el consejo de salud del distrito de Nou Barris, en el que las entidades llegan al 56% de los participantes.

Los servicios sanitarios

Atención primaria

Durante el año 2017, el 74% de la población de Barcelona ha sido atendida alguna vez por los servicios públicos de atención primaria (el año 2016, un 71,6%). El distrito donde se han atendido a más personas ha sido Nou Barris (82,7%), mientras que en Sarrià-Sant Gervasi ha sido un 59% de la población del distrito. La tasa bruta de visitas por 100 habitantes en Barcelona ciudad ha sido de 539,8, en que el valor más alto se ha recogido en el distrito de Sant Martí (608,6) y el más bajo, en Sarrià-Sant Gervasi (335,7). Aproximadamente 9 de cada 10 personas declaran que cuando tienen un problema de salud van al/a la médico de cabecera antes de ir a cualquier otro lugar.

Atención hospitalaria y de urgencias

La atención especializada dispone de 3.465 camas (2.016: 3.444), y ha aumentado en 274 camas con respecto a 2016. La tasa de urgencias hospitalarias es de 340,5 por 1.000 habitantes en hombres y de 378,3 en mujeres, ligeramente inferior a 2016, mientras que se incrementa sutilmente la atención a los centros de urgencias de atención primaria (150,3 en hombres y 157,5 en mujeres). Las tasas más elevadas de hospitalización, utilización de los servicios de urgencias y más riesgo de morbilidad las presentan los distritos con indicadores socioeconómicos más desfavorecidos: Horta-Guinardó, Nou Barris y Ciutat Vella; mientras que el distrito de Sarrià-Sant Gervasi tiene las cifras más bajas. El tiempo de espera de los procedimientos garantizados de cataratas, prótesis de rodilla y prótesis de cadera ha disminuido un 16,5% con respecto a 2016.

Atención sociosanitaria

Se ha continuado desplegando la atención subaguda. Las seis unidades que llevan a cabo esta actividad han realizado 3.159 altas durante el año 2017 (un 9,4% más respecto del año anterior, en que fueron 2.888).

Resumen ejecutivo

14

Farmacia

Desde 2011 hay una ligera disminución en el consumo de hipnóticos y sedantes, y también de 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 por los efectos adversos que tiene, con más frecuencia en las mujeres.

La salud comunitaria

En el marco de la promoción de salud en las escuelas, han participado en primaria (de 4º a 6º) 3.494 alumnos (el 13% del alumnado) y 73 centros educativos (22% de los centros) durante el curso 2016-2017. En secundaria han participado 17.733 alumnos (el 33% del alumnado) y 106 centros educativos (47% de los centros). Cifras similares durante el curso anterior. En los programas de salud comunitaria han participado 11.734 personas en el programa Salud en los barrios (2016: 9964) realizado en 23 barrios (2016: 21).

Las acciones en salud pública

En 2017 nació el Sistema de Control Oficial en Cadenas de Distribución Alimentaria con el propósito de evaluar globalmente el modelo de gestión sanitaria de las empresas que disponen de muchos puntos de venta directa a consumidor final con un sistema común de gestión de la seguridad alimentaria. El último trimestre de 2017 se inició en 4 de las 18 cadenas incluidas en el programa.

Los cambios introducidos en la red de centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS) permitirán mejorar la atención y avanzar en la distribución territorial de estos recursos, por ejemplo, en la reducción de los 12 días de media de días de espera para la visita del/de la médico.

El contexto físico

La calidad del aire

La evaluación de la calidad del aire en 2017 constata que se siguen superando los niveles de referencia de la Organización Mundial de la Salud para los contaminantes NO₂, material particulado (PM₁₀ y PM_{2,5}), benceno, ozono y benzo(a)pireno.

En cuanto al NO₂, el 70% de la población está potencialmente expuesta a niveles por encima de los de referencia de la OMS y el valor límite anual de la UE, y el 98% de la población está potencialmente expuesta a niveles por encima de los de referencia de la OMS para las partículas PM₁₀.

La calidad del agua

El programa de control de agua en los centros educativos ha mostrado como solo un 1,2% de las muestras de grifo tomadas presentaban algún incumplimiento o anomalía confirmado, y en todos estos casos se debieron a problemas de la instalación interior del edificio. El 57,6% del suministro de agua de las fuentes naturales de la ciudad es no apta para el consumo humano. Sin embargo, el 10,7% de la población ha manifestado que utiliza agua de las fuentes naturales ocasionalmente y el 0,9% lo utiliza habitualmente.

La contaminación acústica

El mapa estratégico de ruido de Barcelona de 2017 indica que el 56% de la ciudadanía se expone a niveles por encima de los recomendados por la OMS durante el día (55dB (A)), y el 70% se expone durante la noche (40dB (A)). El tráfico es la fuente principal de ruido en Barcelona, tanto de día como de noche, mientras que el ocio nocturno es el responsable de la superación del nivel nocturno para el 5% de la población.

La seguridad alimentaria

Durante el año 2017 se gestionaron 76 alertas alimentarias, la mayoría de las cuales generadas por productos de la pesca contaminados con mercurio y cadmio. Además, se investigaron un total de 146 denuncias y quejas de ciudadanos particulares en establecimientos alimentarios por irregularidades detectadas, mayoritariamente, en establecimientos de restauración.

Los comportamientos relacionados con la salud

La actividad física y el sedentarismo

Según datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2016, el 52,3% de los hombres y el 62,3% de las mujeres mayores de 15 años son inactivos en el tiempo de ocio. Hay personas que no han caminado al menos 10 minutos seguidos durante los últimos 7 días, y el 43,6% de los hombres y el 40,3% de las mujeres declaran que están sentados durante la mayor parte de la jornada. Los tres comportamientos siguen patrones socioeconómicos, ya que las personas de clase social más desfavorecida son las que presentan más inactividad durante el ocio, y las de clase más aventajada, más inactividad durante la jornada habitual.

La exposición al humo ambiental del tabaco

Casi un tercio de la población de Barcelona declara que algún miembro de la familia fuma en casa habitualmente. En casas de familias con menores de 12 años donde vive alguna persona fumadora se dan valores elevados en la concentración media de nicotina. En el comedor de casas con dos o más personas fumadoras y en casas donde está permitido fumar, llega hasta 1,04 g/m³, cifra más alta que la observada en puestos

de trabajo antes de la ley de control de tabaco implementada en 2006. En la habitación del niño también se observan niveles de nicotina elevados (0,66 g/m³ en casas con dos o más personas fumadoras y 0,48 g/m³ en casas donde se permite fumar), incluso declarando que no se fuma en la misma habitación. Fuera de casa, una de cada cinco personas ocupadas están expuestas al humo ambiental de tabaco en el lugar de trabajo.

Las horas de sueño

El 23,6% de los hombres y el 24,6% de las mujeres duermen 6 horas o menos. Esto es más frecuente en las clases sociales menos aventajadas y también en los barrios de renta menor. Desde 1986 se ha incrementado el número de personas que duermen menos de 6 horas hasta la crisis económica, en que baja para mantenerse o incrementarse de nuevo en 2016.

La exposición a las pantallas

El visionado de pantallas de televisión, ordenador y tableta en adolescentes es similar en ambos sexos. No es así en el caso de los juegos de videoconsola, donde los chicos, con una proporción más elevada, dedican dos horas o más al día, tanto en días lectivos como en fines de semana. En general, se observa una proporción elevada en el visionado de pantallas por encima de la recomendación (≥ 2 horas).

El cuidado de las personas dependientes

Alrededor de una cuarta parte de la población se ocupa de forma no remunerada del trabajo de cuidados de familiares que requieren una dedicación especial por problemas de salud, derivados de una edad avanzada o de encontrarse en una situación de dependencia. El trabajo de cuidados lo desarrollan principalmente mujeres con bajo nivel educativo y en edad de jubilación. El trabajo de cuidados se relaciona con prevalencias superiores de mal estado de salud percibida, de sufrimiento psicológico y de un descanso insuficiente, sobre todo los cuidados realizados en el mismo domicilio en solitario.

Resultados en salud

La esperanza de vida

En 2016 la esperanza de vida fue de 81,2 años

para los hombres y de 86,9 años para las mujeres residentes en la ciudad de Barcelona (2015: 80,8 hombres y 86,6 mujeres). Estas cifras, sin embargo, presentaron desigualdades según la zona de la ciudad. En hombres se observó una relación positiva con el nivel socioeconómico del distrito (a mayor nivel socioeconómico, más esperanza de vida), relación que se mantuvo para la esperanza de vida al nacer, a los 45 años y los 75 años. En mujeres, en cambio, esta relación no fue tan clara.

La salud percibida

El 84,4% de los hombres y el 78,2% de las mujeres declaran tener una salud percibida entre buena y excelente. La evolución de la mala salud percibida (salud regular y mala) tiene una tendencia a disminuir en ambos sexos entre 1986 y 2016. Las mujeres tienen peor estado de salud en todo el período, pero las diferencias por sexo disminuyen en 8,3 puntos porcentuales en 1986 y 3,4 en 2016.

La salud laboral

En 2017 han disminuido todas las lesiones por accidente de trabajo, sobre todo las mortales. Las lesiones *in itinere* han sido las más frecuentes de las lesiones más severas (graves y mortales). También han disminuido las enfermedades profesionales con baja. Por otro lado, han aumentado las enfermedades profesionales sin baja y las enfermedades relacionadas con el trabajo notificadas por los centros de atención primaria. Los trastornos ansiosos y depresivos han continuado siendo el grupo más frecuentemente notificado de las enfermedades relacionadas con el trabajo.

La salud sexual y reproductiva

Los embarazos y la fecundidad en las mujeres adolescentes disminuyen en la ciudad. La tasa de embarazos es de 16,7 por 1.000 mujeres de 15 a 19 años (2016: 18,6), y una fecundidad de 4,8 (2016: 5,8). No obstante, se mantiene el gap de desigualdad por país de origen en la fecundidad y los abortos tanto en mujeres adolescentes como en el global de las mujeres. Los embarazos muestran una distribución y una evolución desigual en los distritos de la ciudad que no parece relacionada con el patrón de riqueza de la ciudad.

La salud mental y las adicciones

La evolución de la salud mental de las personas que viven en los 18 barrios con peores indicadores de salud según de la Encuesta de Salud de 2006 a 2016 se mantiene estable en las mujeres y empeora ligeramente en los hombres.

En 2017 se han notificado 445 trastornos de salud mental relacionados con el trabajo. En relación con el año anterior ha aumentado el número (2016: 396) y la incidencia en ambos sexos. Los casos han sido más frecuentes en mujeres, personas nacidas en España, personal de servicios y comercio y personal de apoyo, y personas que trabajan en el comercio al mayor y menor y reparación de vehículos. Los factores de riesgo más frecuentemente implicados en los casos estudiados han sido la falta de apoyo de los superiores y las elevadas exigencias psicológicas.

Resumen ejecutivo

16

En los últimos 10 años el número de inicios de tratamiento por abuso de sustancias ha disminuido, pasando de los aproximadamente 5.000 inicios del año 2007 a 4.000 en 2017. Aproximadamente el 26% de los inicios de tratamiento se producen en mujeres, cifra que se mantiene constante desde el año 2007. El alcohol ha seguido siendo la sustancia que más inicios por trastorno de consumo ha causado. Por otra parte, en 2016 se produjeron 54 muertes por reacción adversa al consumo de drogas, 12 muertes más que en 2015, siendo los opiáceos la sustancia más detectada. Sin embargo, esta sustancia ha ido disminuyendo desde el año 2012.

El consumo de cannabis experimental (una vez en la vida) se ha incrementado entre los jóvenes de 17 a 18 años entre 2012 y 2016 (hasta el 56,8% en chicos y el 52,9% en chicas). En cuanto al consumo de cannabis en los últimos 30 días, se incrementa en chicos (hasta el 25,2%) pero disminuye en chicas (hasta el 15,5%).

El año 2017 se han atendido 47.011 personas en los centros de salud mental de adultos y 12.493 en los centros de salud mental infantil y juvenil. La actividad realizada 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 atendidas en 2005, un 22,2% fueron por trastornos graves, y este porcentaje se ha incrementado hasta el 32,5% en 2017. En la población infantil y juvenil, fue un 4,2% de niños y jóvenes en 2005, para llegar al 12,4% en 2017.

La salud ambiental

El nuevo Sistema de Vigilancia del Impacto sobre la Salud de la Contaminación del Aire en Barcelona permite estimar anualmente la mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica en la ciudad. Entre 2010 y 2017, la mortalidad atribuible al exceso de partículas menores de 2,5 micras (PM_{2,5}) en el aire fue del 3% de media en residentes 30 años o más, lo que representa 424 muertes anuales. Pequeñas variaciones en los niveles anuales de contaminación tienen un impacto en la salud muy relevante.

Las enfermedades transmisibles

VIH/sida

En 2017 se han detectado 352 casos (2016: 310) y se rompe la tendencia al descenso que se observaba desde 2012, por lo que se sitúa en una tasa de 21,8 casos por cien mil habitantes y un incremento del 4% respecto a 2016. La tasa en hombres es del 40,7 y en mujeres, del 4,8 (2016: 41,5 y 2,5, respectivamente). La principal vía de transmisión del VIH sigue siendo la sexual. La infección afecta de manera desproporcionada a hombres jóvenes con relaciones con otros hombres. Este incremento se ha dado por cuenta de mujeres y hombres heterosexuales. En los hombres que tienen sexo con hombres, continúa descendiendo.

Se han detectado 55 casos de sida. La tasa es de 3,0 casos por 100.000 y un incremento del 18,9% respecto de 2016. La tasa por cien mil habitantes de sida es de 5,6 casos en hombres y 0,7 en mujeres (2016: 4,4 y 1,3, respectivamente). En el sida se ha observado un incremento en los hombres que tienen sexo con hombres y en los usuarios de drogas intravenosas. El retraso en el diagnóstico es elevado (43,2%).

Enfermedades de transmisión sexual

En 2017 continúa observándose la tendencia creciente de la sífilis, hasta 67,9 casos por cien mil habitantes: 130,4 en hombres y 12,2 en mujeres (2016: 117,9 y 11,7, respectivamente). La gonococia, hasta 225,3 en hombres y 28,9 en mujeres (2016: 172,2 y 20,8, respectivamente), y el linfogranuloma, 20,9 en hombres y 0,1 en mujeres (2016: 15,1 en hombres). También se incrementa la infección por *Chlamydia trachomatis*. La mayor parte de los casos ocurren en hombres jóvenes con relaciones homosexuales, excepto para la infección por *Chlamydia trachomatis*, que afecta en una proporción similar a hombres y mujeres.

La tuberculosis

Durante 2017 se han detectado 267 casos de tuberculosis en residentes en la ciudad (2.016: 260), 167 hombres y 104 mujeres. La incidencia es de 16,5 casos por cien mil habitantes, y ha aumentado casi un 2% con respecto al año anterior por el aumento de la tuberculosis en la población inmigrante. La enfermedad es más frecuente en Ciutat Vella y Nou Barris y en la población inmigrante.

La mortalidad

En el año 2016 se produjeron 15.551 defunciones de personas residentes en la ciudad de Barcelona: 7.310 hombres y 8.241 mujeres. Las tasas de mortalidad (1.043,7 hombres y 600,6 mujeres por cien mil habitantes) y de mortalidad prematura continuaron con la tendencia decreciente de los últimos años (tasa de mortalidad en 2016: 1.068,2 hombres y 614,5 mujeres). Las primeras causas de mortalidad en hombres de 15 a 44 años fueron los suicidios y los envenenamientos accidentales por sustancias tóxicas. En las mujeres la primera causa fue el tumor maligno de mama. En personas de 45 a 74 años, el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón fue la primera causa de mortalidad en ambos sexos. En el grupo de 75 años y más, en hombres las enfermedades del corazón y pulmón

fueron las causas más frecuentes, mientras que las demencias predominaron en las mujeres.

Las desigualdades en salud

La evolución de las desigualdades en salud varía dependiendo del indicador con el que se evalúa. Las desigualdades en la salud mental entre 2006 y 2016 se incrementaron. Las desigualdades en mala salud mental pasaron de ser poco más de dos veces más prevalentes en las clases desfavorecidas en 2006 a 4,5 veces en 2016. Las desigualdades en el sobrepeso y la obesidad disminuyeron ligeramente durante el mismo periodo.

Disminuyen las desigualdades socioeconómicas por barrios en esperanza de vida. En el periodo 2011-2013 los barrios con más renta familiar disponible tuvieron 4,3 años más de esperanza de vida que los barrios con menos renta familiar. En el periodo 2013-2015 esta diferencia disminuyó a 3,6 años, y de 2.014 a 2016 fue de 2,4 años. Según sexos, en el periodo 2014-2016 la diferencia en la esperanza de vida entre los barrios con más y menos nivel socioeconómico es de 4,7 años en hombres y de -0,7 años en mujeres. Estas diferencias eran ligeramente inferiores en comparación con el periodo 2011-2013 (6,6 y 1,1, respectivamente). En el caso de la mortalidad prematura se observaron desigualdades en el periodo 2011-2013 que tendieron a disminuir en el periodo 2014-2016 en ambos sexos.

Executive Summary

The socio-economic context

The population

According to the Municipal Population Census released by the Barcelona City Council, Barcelona had a population of 1,617,455 in 2017 (2016: 1,608,710). The largest age group corresponds to the 15 to 44-year-old bracket, just over 600,000 people. In the group of over-75s, there is almost twice the number of women as men. The number of people born outside Spain totals 23.7%. 30.4% of men and 32.3% of women have a university education. The district with the highest percentage of people who change district is Gràcia. 64.2% of the 6,510 people who move house and do so in the same town move to a different district. Nou Barris is the district with the smallest percentage, as 63.9% remain there.

The family setting

The most frequent household type is the couple with children (41.3%), followed by the couple without children (23.7%) and the single-person household (9.7%). Single-person households

have also registered the highest increase in the last decade. Having an unemployed person in the household, either with or without unemployment benefit, is more frequent in single-parent homes.

According to data from the Compulsory Secondary Education Student Risk Factor Survey conducted in 2016 with adolescents aged 13 to 18 years from the city of Barcelona, 20% belong to a single-parent family unit. When questioned about family relationships, the boys answered that they perceived a better relationship with their family than girls. In both genders, family relationships were better in young people from schools in districts with a higher socio-economic level.

The economic setting

Unemployment fell in 2017, particularly in women (from 11.2% to 10.6% in men and from 13.8% to 11.3% in women in the last year), although women's rate of activity has also diminished, which could point to women leaving the job market. Employment increased in both genders, albeit slightly. Long-term unemployment continued to fall (from 38.3% to 35.5% in men and from 44.3% to 42.1% in women), although the percentage of unemployed people that receive unemployment benefit has diminished (from 49.0% to 48.2%). New recruitment continues to be of a mainly temporary nature and contracts of employment with a duration of less than one month have increased. Part-time work has increased in women and fallen slightly in men.

Executive Summary

18

Living conditions

The rate of risk of poverty or social exclusion stands at 22.5%. This rate in inactive persons is 25.2%, whereas in employed and retired people it is 14% and 14.6%, respectively. There is a steep gradient in the risk of poverty according to the intensity of work in the household (measured according to the number of people and the time they work out of the total possible time). If intensity of work in the household is low or very low, the risk of poverty reaches 35%. When the intensity of work is high, the risk of poverty is 12%.

Living in unsuitable or unaffordable housing has negative consequences for physical and mental health. In Barcelona, in 2016, expenses allocated to housing costs accounted for 24.2% (64.4% in low-income homes). There were a total of 2,389 evictions in 2017, most of them (89.5%) a result of the Urban Leasing Law (LAU). One third of the people attended to by the Unitat Contra l'Exclusió Residencial [Unit to Counter Housing Exclusion] were minors, half were rental tenants and one third were squatters. Most of them were residents of Ciutat Vella, Sants-Montjuïc and Nou Barris. Finally, the number of homeless people continues to increase: a total of 3,383 people were counted, 7.7% more than the previous year and 67.7% more than 10 years ago.

Community participation

The boards of health of the city's districts are mainly represented by healthcare professionals; local organisations account for roughly one third. Although there is territorial variability, one noteworthy example being the board of health of the district of Nou Barris, where local organisations account for 56% of the representation.

Healthcare services

Primary healthcare

In the course of 2017, 74% of the population of Barcelona was attended to at least once by the public primary health care services (71.6% in 2016). The district where most people were seen was Nou Barris (82.7%), whereas 59% of the population of the district of Sarrià-Sant Gervasi were attended to. The gross rate of visits per 100 inhabitants in the city of Barcelona was 539.8, and the highest value was recorded in the district

of Sant Martí (608.6) and the lowest in Sarrià-Sant Gervasi (335.7). Approximately 9 out of every 10 people say that when they have a health problem they see their GP before seeing anyone else.

Hospital care and emergencies

There were 3,465 hospital beds in specialised care units (2016: 3,444), 274 beds up on the figure for 2016. The rate of hospital emergencies is 340.5 per 1000 inhabitants in men, and 378.3 in women, slightly down on the figure for 2016, whereas there was a very slight increase in the care provided by primary care emergency centres (150.3 in men and 157.5 in women). The highest rates of hospitalisation and use of emergency services and the highest morbidity risk are to be found in the districts with the least favourable socio-economic indicators: Horta-Guinardó, Nou Barris and Ciutat Vella; while the district of Sarrià-Sant Gervasi has the lowest figures. The guaranteed waiting times for cataract, knee replacement and hip replacement procedures fell by 16.5% with regard to 2016.

Long-term healthcare

The provision of subacute care has continued to increase. The six units that engage in this activity took on 3,159 new cases in 2017 (9.4% up on the previous year's figure of 2,888).

Pharmacy

Since 2011, the consumption of hypnotics, sedatives and anxiolytics has fallen slightly, although there has been 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, one that is particularly sensitive to these drugs' adverse effects, especially women.

Community health

3,494 pupils (13% of all pupils) from primary education aged 9 to 11 and from 73 schools (22% of total schools) participated in health promotion in schools in the 2016-2017 school year. The corresponding figures in secondary education were 17,733 pupils (33% of all pupils) and 106 schools (47% of total schools). These figures are similar to the previous year. With regard to community health programs, 11,734 people took part in the Salut als barris [Health in the districts] programme (2016: 9,964) deployed in 23 districts (2016: 21).

Public health measures

The Official Control System in Food Distribution Chains was created in 2017 with a view to globally evaluating health management by companies with a large number of direct points of sale to end consumers with a common food safety management system. This system was introduced into 4 of the 18 chains included in the programme in the last quarter of 2017. The changes made to the network of Drug-Dependence care and monitoring centres (CAS) will make it possible to improve care and the territorial distribution of these resources, for example, through the reduction of the average 12-day wait to see a doctor.

The physical context

Air quality

The evaluation of air quality in 2017 shows that levels continue to exceed the WHO reference levels for NO₂, particulate material (PM₁₀ and PM_{2.5}), benzene, ozone and benzo(a)pyrene contaminants. With regard to NO₂, 70% of the population are potentially exposed to levels above the WHO reference levels and the EU annual limit value and 98% of the population are potentially exposed to levels above the WHO reference levels for PM₁₀ particulate matter.

Water quality

The water control programme in schools has shown that only 1.2% of tap water samples taken presented any confirmed non-fulfilment or abnormality and which in all cases were due to problems in installations inside the buildings. 57.6% of the supply of water from the city's natural water sources is not fit for human consumption. Despite this, 10.7% of the population stated that they occasionally use water from the natural water sources and 0.9% do so regularly.

Noise pollution

Barcelona's 2017 strategic noise map shows that 56% of the citizens are exposed to levels above WHO recommendations in the course of the day (55dB(A)) and 70% are exposed during the night (40dB(A)). Traffic is the main source of noise in Barcelona, both during the day and at night, whereas night-time recreation accounts for 5% of the population exceeding the night-time level.

Food safety

In the course of 2017, seventy-six food alerts were handled, most of them caused by fish products contaminated with mercury and cadmium. Moreover, a total of 146 reports and complaints filed by private citizens against food establishments for irregularities, detected mainly in restaurants, were investigated.

Health-related behaviours

Physical activity and sedentary lifestyle

According to the 2016 Barcelona Health Survey, 52.3% of the men and 62.3% of the women over the age of 15 years are inactive in their lei-

sure time. Some people have not walked for at least 10 consecutive minutes over the last 7 days and 43.6% of men and 40.3% of women admit that they remain seated during the better part of the day. These three behaviours follow socio-economic patterns, since people from the more under-privileged social classes engage in less activity during their leisure time and the more privileged classes are more inactive during their normal working day.

Exposure to environmental tobacco smoke

About one third of the population of Barcelona states that a member of the family regularly smokes at home. The homes of families with children under the age of 12 where there is a smoker present high average nicotine concentration values. In the living room of houses with two or more smokers and in homes where smoking is allowed, these values may be as high as 1.04 µg/m³, which surpasses the figure observed in workplaces before the enactment of the tobacco control law in 2006. The child's room also presents high nicotine levels (0.66 µg/m³ in houses with two or more smokers, and 0.48 µg/m³ in houses where smoking is allowed), despite claims that nobody smokes in the child's bedroom. Outside the home, one in every five employed persons are exposed to environmental tobacco smoke in the workplace.

Hours of sleep

23.6% of men and 24.6% of women sleep 6 hours or less. This is more frequent in the less privileged social classes and in low-income districts. Since 1986, the number of people who sleep less than 6 hours increased up until the economic slump, when it fell and subsequently remained stable or increased again in 2016.

Exposure to screens or displays

Watching television, computer and tablet screens in adolescents is similar in both genders. This is not the case in videogaming, on which boys, in whom this activity reaches higher proportions, spend two hours or more a day, both on school days and at weekends. Generally speaking, the proportion of watching screens or displays is above the recommended level (≥2 hours).

Care-giving to dependents

Around one quarter of the population provides unpaid care for relatives who require special attention on account of healthcare problems, either because they are elderly or dependent. This type of care is provided mainly by women with a low level of education and in the retirement age. Care-giving is related to higher prevalences of perceived poor health, psychological suffering and insufficient rest, particularly with regard to care provided in the home by a single person.

Health outcomes

Life expectancy

In 2016, life expectancy was 81.2 years for men and 86.9 years for women living in the city of Barcelona (2015: 80.8 men and 86.6 women).

Executive Summary

20

Nevertheless, these figures are unequal depending on the area of the city. In men, a positive relationship was observed with the district's socio-economic level (i.e. the higher the socio-economic level the greater the life expectancy), which was maintained for life expectancy at birth and at the ages of 45 and 75 years. On the other hand, this relationship was not so clear in women.

Perceived health

84.4% of men and 78.2% of women rate their perceived health from good to excellent. The evolution of perceived poor health (average and bad health) tended to fall in both genders between 1986 and 2016. Women presented poorer health throughout this period, although by-gender differences fell from 8.3% in 1986 and to 3.4% in 2016.

Occupational health

All injuries caused by occupational accidents, particularly fatal ones, fell in 2017. Injuries sustained on the way to and from work were the most frequent type of serious injury (serious and fatal). Professional diseases with sick leave have also fallen. On the other hand, professional diseases without sick leave and work-related diseases reported by primary care centres have increased. Anxiety and depressive disorders continued to be the most frequently reported group of work-related diseases.

Sexual and reproductive health

Pregnancies and fertility in adolescent women in the city are falling. The rate of pregnancies is 16.7 per 1,000 women aged 15 to 19 years of age (2016: 18.6), and the fertility rate is 4.8 (2016: 5.8). Despite this improvement, the inequality gap by country of origin in fertility and miscarriages in adolescents and in women overall is maintained. Pregnancies present an uneven distribution and evolution in the city's districts that does not appear to be related to the city's pattern of wealth.

Mental health and addictions

The evolution of mental health of the people who live in the 18 districts with the poorest health indicators according to the 2006-2016 Health Survey remained stable in women and worsened slightly in men.

In 2017, 445 work-related mental health disorders were reported. This constitutes an increase in the number and in incidence in both genders with regard to the previous year (2016: 396). These cases were more frequent in women, people born in Spain, personnel involved in services and in commerce, and support personnel and people engaged in wholesale and retail activities and vehicle repair. The risk factors most frequently involved in the cases studied were lack of support from superiors and high psychological demands.

In the last 10 years, the number of treatments begun on account of substance abuse has diminished, falling from approximately 5,000 treatments initiated in 2007 to 4,000 in 2017. Approximately 26% of treatments initiated are in women, a figure that has remained constant since 2007. Alcohol continues to be the substance leading to the highest number of treatments for substance-use disorders. On the other hand, in 2016, 54 deaths were caused by adverse drug reactions, 12 deaths up on the figure for 2015, with opiates being the most commonly detected substance. Nevertheless, this substance has gradually diminished since 2012.

The use of experimental cannabis (once in a lifetime) increased between young people aged 17 to 18 between 2012 and 2016 (up to 56.8% in boys and 52.9% in girls). The use of cannabis in the course of the last 30 days increases in boys (up to 25.2%) but decreases in girls (down to 15.5%).

In 2017, 47,011 people were attended to in adult mental healthcare facilities and 12,493 in childhood and juvenile mental healthcare facilities. In primary healthcare facilities, 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 32.5% in 2017. For children and young people, this figure was 4.2% in 2005 and 12.4% in 2017.

Environmental health

The new Surveillance System for the Impact of Pollution on Health in Barcelona makes it possible to estimate the mortality attributable to the city's atmospheric pollution every year. Between 2010 and 2017, mortality attributable to an excess of particles smaller than 2.5 microns (PM_{2.5}) in the air averaged 3% in residents aged 30 years or above, accounting for 424 annual deaths. Small variations in annual pollution levels have a very relevant impact on health.

Communicable diseases

HIV/AIDS

Three hundred and fifty-two (352) cases were detected in 2017 (2016: 310), breaking the ongoing reduction that had been observed since 2012, bringing the rate to 21.8 cases per 100,000 inhabitants and a

4% increase on 2016. The rate in men is 40.7 and 4.8 in women (2016: 41.5 and 2.5, respectively). The main route of HIV transition continues to be sexual. This infection disproportionately affects young men who have same-sex relations. While it is continuing to fall, the increase is due to heterosexual women and men.

Fifty-five cases of AIDS were detected. The rate is 3.0 cases per 100,000 and an increase of 18.9% on 2016. The AIDS rate per 100,000 inhabitants is 5.6 cases in men and 0.7 in women (2016: 4.4 and 1.3, respectively). In AIDS, there has been an increase seen in men who have same-sex relations and in intravenous drug users. The delay in diagnosis is high (43.2%).

Sexually-transmitted diseases

The growing trend in syphilis continued through 2017, reaching 67.9 cases per 100,000 inhabitants: 130.4 in men and 12.2 in women (2016: 117.9 and 11.7, respectively). Gonorrhoea to 225.3 in men and to 28.9 in women (2016: 172.2 and 20.8, respectively), and in lymphogranuloma venereum, 20.9 in men and 0.1 in women (2016: 15.1 in men). *Chlamydia trachomatis* infection has also increased. Most cases occur among young men who maintain homosexual relations, except for *Chlamydia trachomatis* infection, which affects a similar proportion of men and women.

Tuberculosis

During 2017, 267 cases of tuberculosis were detected in residents in the city (2016: 260), 167 of them in men and 104 in women. The

incidence is 16.5 cases per 100,000 inhabitants, heralding an increase of almost 2% on the previous year due to the increase in tuberculosis in the immigrant population. The disease is very frequent in Ciutat Vella and Nou Barris and in the immigrant population.

Mortality

In 2016, 15,551 residents of the city of Barcelona died. 7,310 men and 8,241 women. Mortality (1,043.7 men and 600.6 women per 100,000 inhabitants) and premature mortality rates continued to decrease, as in previous years (mortality rate in 2016: 1,068.2 men and 614.5 women). The leading causes of death in men aged between 15 and 44 years were suicide and accidental poisoning by toxic substances. In women, the leading cause was malignant breast cancer. In people between 45 and 74 years old, malignant trachea, bronchial and lung tumours were the leading causes of death in both genders. In the group of people aged 75 years or older, in males the most frequent causes were heart and lung, whereas dementia was the predominant cause in women.

Health inequalities

The evolution of health inequalities varies depending on the indicator used to evaluate them. Inequalities in mental health between 2006 and 2016 increased. Inequalities in poor mental health in the under-privileged classes went from being just over two times more prevalent in the under-privileged classes in 2006 to 4.5-fold in 2016. Inequalities in being overweight and obesity fell slightly in the same period. Socio-economic inequalities in terms of life expectancy by districts have fallen. In the 2011-2013 period, the districts with higher available family income had a life expectancy of 4.3 years more than districts with a lower family income. Between 2013 and 2015, this difference fell to 3.6 years, and to 2.4 years between 2014 and 2016. By gender, in the 2014-2016 period, the difference in life expectancy between districts with a higher or lower socio-economic level was 4.7 years in men and -0.7 years in women. These differences were slightly lower compared to the 2011-2013 period (6.6 and 1.1, respectively). In the case of premature mortality, inequalities were observed in the 2011-2013 period and which tended to fall in the 2014-2016 period in both genders.

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

22

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 d'organitzacions i agents socials.

El context físic

El context físic es refereix al context natural (el clima o la geografia) i altres factors físics com ara el medi construït basat en la planificació urbana i la política d'habitatge, que depenen parcialment de les autoritats locals. La urbanització i l'urbanisme estan determinats per les infraestructures públiques (comunicacions, sistema de clavegueram), per les reglamentacions generals (en relació amb els edificis i l'ús de l'espai públic) i pels equipaments dels barris (instal·lacions esportives, sanitàries i educatives, mercats, biblioteques, etc.). Les polítiques d'habitatge (impostos, habitatge social de lloguer o de venda, habitatge cooperatiu en cessió d'ús i altres) poden fer-lo més assequible, sobretot a les persones de les llars amb ingressos baixos, i l'absència d'aquestes polítiques converteix l'habitatge en un bé d'especulació, tal com ha passat en la crisi econòmica actual. Un altre aspecte del context físic és la mobilitat, tant la de vianants com la possibilitat 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.

El context socioeconòmic

Aquesta secció es refereix a diversos aspectes, com ara els factors econòmics, l'ocupació i les condicions de treball, l'entorn domèstic i familiar, els serveis públics (educació, salut, serveis per 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 es resolen problemes relacionats amb la salut. Exemples d'entorns

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

són 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 impedeixen la relació entre els diversos grups socials. Aquesta segregació residencial determina les característiques socials de la població del barri, i per tant, es relaciona amb les desigualtats en salut entre diverses zones.³

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

Eixos de desigualtat

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

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

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.

³*Global report on urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development*. WHO/Un-HABITAT 2017.

⁴Borrell C et al. *Factors and processes influencing health inequalities in urban areas*. J Epidemiol Community Health. 2017; 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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

La població

26

Segons dades del padró municipal d'habitants de Barcelona (vegeu la taula 1, pàgina 96 de l'annex), l'any 2017 la població de Barcelona ha estat de 1.617.455 persones, de les quals 764.926 (un 47,3%) eren homes i 852.529 (un 52,7%) eren dones.

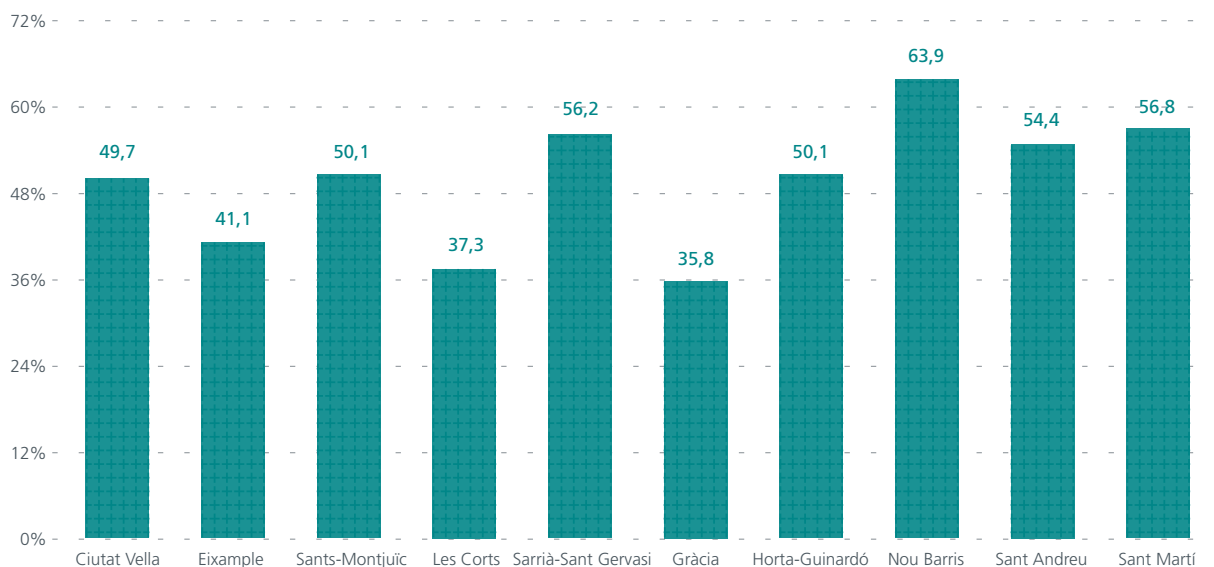
Per grups d'edat, el més nombrós és el de 15 a 44 anys, amb una mica més de 600.000 persones (un 41,6% del total d'homes i un 37,5% del total de dones). En el grup de persones de 75 anys o més el nombre de dones gairebé dobla el nombre d'homes. El percentatge de persones nascudes fora de l'estat espanyol ha augmentat lleugerament respecte de l'any anterior i se situa en un 23,7%.

L'any 2017, un 26,7% dels homes i un 38,6% de les dones tenia 65 anys o més. Dins d'aquest grup de persones, 21.186 homes i 68.654 dones

vivien sols. El percentatge més alt el trobem en les dones de 85 anys o més, on un 45,1% vivien soles. Pel que fa al nivell d'estudis, el percentatge de persones sense estudis ha anat disminuint els últims anys fins a situar-se el 2017 en un 1,6% dels homes i un 3,6% de les dones. El contrari ha passat amb el percentatge de persones universitàries, que ha estat enguany d'un 30,4% en els homes i un 32,3% en les dones.

Pel que fa a la mobilitat dins la ciutat de Barcelona, el 2017, 85.898 persones van canviar de domicili dins la mateixa ciutat (comparat, per exemple, amb les 52.652 baixes per emigració o les 56.981 per inscripció indeguda o caducitat). A Gràcia, de les 6.510 persones que van canviar de domicili i ho van fer dins la mateixa ciutat, un 64,2% va canviar de districte, normalment per anar, en aquest ordre, a Horta, l'Eixample o Sarrià. A les Corts, de les 3.328 persones que van canviar de domicili dins la mateixa ciutat, un 62,7% va canviar de districte i ho va fer majoritàriament a Sants, Sarrià o l'Eixample. Per contra, els districtes on més gent es va quedar al mateix districte van ser Sant Martí i Nou Barris, amb un 56,8 i un 63,9%, respectivament, que van romandre al districte (vegeu la figura 1).

Figura 1. Percentatge de persones que es queden al districte del total de la població per districtes que canvia de domicili dins la ciutat. Barcelona, 2017.



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

L'entorn familiar

Tipologia de les llars

Existeixen poques diferències en la tipologia de les llars, segon les dues darreres enquestes de salut de Barcelona. La parella amb fills/es és la llar més freqüent, seguida de la parella sense fills/es, i la unipersonal (vegeu el quadre 1). Si tenim en compte la intensitat de treball (mesurada com l'existència d'alguna persona aturada a la llar, tant amb subsidi d'atur com sense) observem a la figura 2 com les freqüències més elevades es donen a les llars monoparentals. Aquest fet és doblement significatiu, ja que precisament són les llars on, degut a la presència de menors o adolescents, hi ha una dependència més significativa d'ingressos de l'adult. Per aquest motiu, la presència més alta de les diferents formes de pobresa són més elevades en les llars monoparentals, sobretot en les dones.

Relacions de convivència

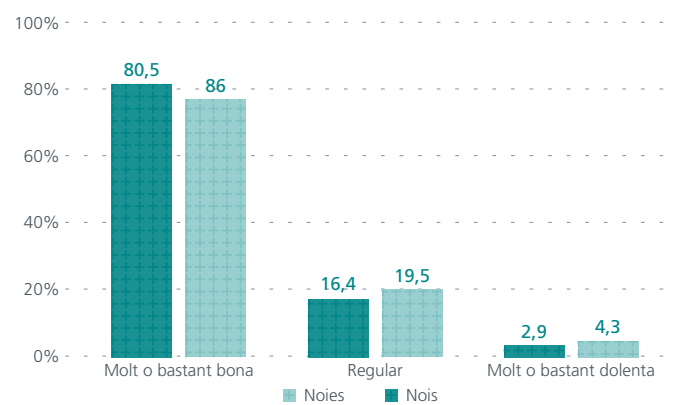
En l'adolescència les relacions socials i l'amistat adquireixen gran importància. Les relacions familiars tenen un pes menys rellevant en aquestes edats, però tenen repercussió en la seva salut i en la seva qualitat de vida. L'any 2016, a l'Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (FRESC), dirigida als adolescents escolaritzats d'entre 13 i 18 anys de la ciutat de Barcelona, es va observar que el 69,5% dels adolescents tenien un nucli familiar biparental; el 20,1%, monoparental (conviu amb el pare o la mare), i el 10,3% té un nucli rees-

Quadre 1. Tipologia de la llar. Barcelona, 2011-2016.

	2011	2016
Parella amb fills/es	45,3	41,3
Parella sense fills/es	21,4	23,7
Unipersonal	10,4	9,7
Monoparental	8,8	7,7
Parella amb fills/es i altres	4,3	5,7
Monoparental amb altres persones	2,4	3,4
Altres	7,4	8,5
	100	100

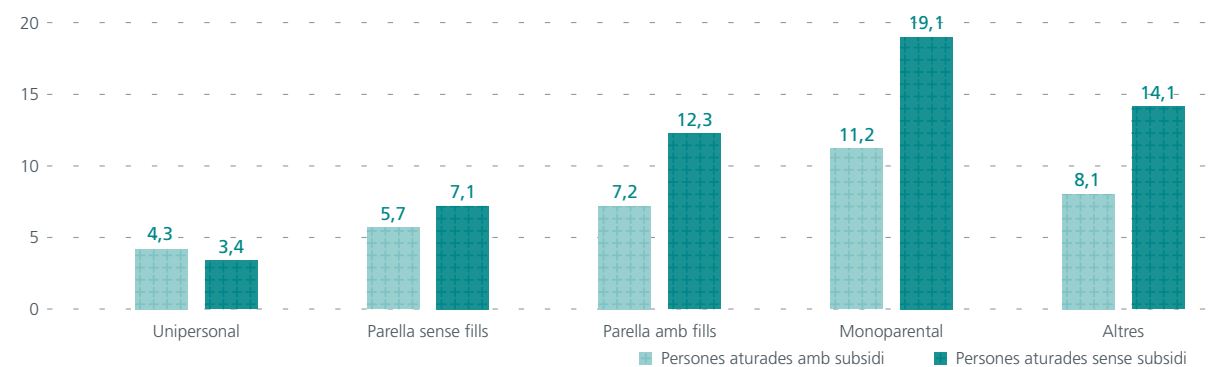
Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

Figura 3. Percentatge del tipus de relació habitual amb la família en adolescents de 13 a 18 anys segons sexe. Barcelona, 2016.



Font: Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (Enquesta FRESC, 2016).

Figura 2. Percentatge de persones aturades amb i sense subsidi d'atur per tipologia de llar. Barcelona, 2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

L'entorn familiar

28

tracturat (conviu amb el pare o la mare i amb la parella del pare o la mare) o altres situacions, com per exemple viure en un centre d'acollida o amb altres familiars. En la percepció de les relacions de convivència familiar, es va obtenir que més del 75% dels joves enquestats declaraven tenir una relació molt bona o bastant bona amb la seva família de forma habitual. Per sexes, els nois van

percebre tenir millors relacions amb la seva família (80,5%) que les noies (76,0%). En canvi, el 2,9% dels nois i el 4,3% de les noies van indicar tenir unes relacions molt o bastant dolentes (vegeu la figura 3, pàgina 27). El percentatge d'adolescents que van afirmar tenir unes relacions bones o molt bones amb la família va ser més elevat en els joves escolaritzats en centres educatius emplaçats en barris de nivell afavorit (82,2% de nois i 77,7% de noies) respecte dels joves escolaritzats en centres educatius de barris de nivell desfavorit (78,8% de nois i 74,0% de noies).

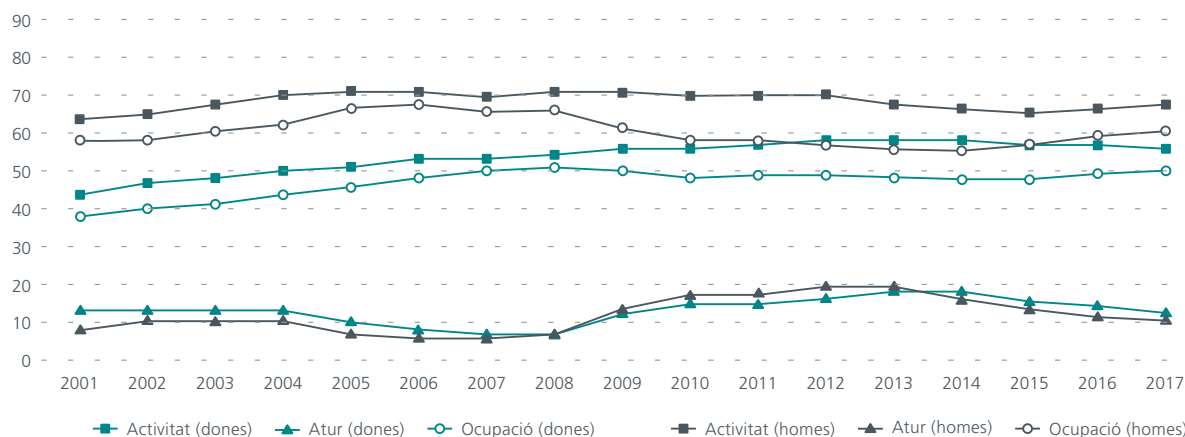
L'entorn econòmic

El 2017 ha augmentat lleugerament la taxa d'ocupació en ambdós sexes, ha disminuït la taxa d'atur, sobretot en les dones, i la taxa d'activitat ha variat poc, amb un lleuger increment en els homes i una lleugera disminució en les dones (vegeu la figura 4). Malgrat la disminució de la diferència entre homes i dones en la taxa d'atur, que podria indicar una disminució de

les desigualtats de gènere, la taxa d'ocupació no ha anat en el mateix sentit i l'evolució dels indicadors en les dones podria reflectir una sortida d'aquestes del mercat de treball en el darrer any.

L'atur de llarga durada ha seguit disminuint el 2017, però menys en les dones. Ha passat de 38,3 a 35,5% en els homes i de 44,3 a 42,1% en les dones. Tot i així, més de la meitat dels homes més grans de 44 anys en atur i prop del 60% de les dones amb les mateixes caracterís-

Figura 4. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe, en percentatges. Barcelona, 2001 -2017.



Font: Enquesta de Població Activa (EPA). Institut Nacional d'Estadística (INE). Elaboració pròpia a partir de dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

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 poder establir comparacions, però no són comparables a les dels anys anteriors.

tiques estaven sense feina des de feia més d'un any. Quant a la cobertura econòmica de l'atur ha continuat disminuint i ha seguit una tendència similar a l'atur de llarga durada (el 2016 hi havia un 49,0% de persones a l'atur que cobraven prestació, i el 2017 n'han estat el 48,2%).^{1,2}

Ha disminuït la contractació laboral temporal, tot i que segueix sent la majoritària de les noves contractacions (el 85,6% en homes i el 86,3% en dones). A més, els contractes més freqüents han continuat sent els de durada més breu, que s'han incrementat respecte de l'any anterior (els de menys d'un mes han passat del 41,8% al 46,5%)². D'altra banda, la jornada parcial, que és més freqüent en les dones, ha augmentat en

aquestes i ha disminuït lleugerament en els homes (segons l'Enquesta de Població Activa en les dones ha passat de 17,3 a 19,1%, i en els homes, de 9,6 a 9,4%).

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, excloent-ne els treballadors ocupats que volen canviar de feina, els treballadors que no tenen disponibilitat immediata per treballar o amb una situació que hi és incompatible, els treballadors que demanen una ocupació d'unes característiques determinades i els treballadors eventuais agraris beneficiaris del subsidi especial d'atur. Cal tenir en compte que en fer comparacions entre grups (per exemple, entre districtes), hi podria haver un biaix 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 de Treball, Afers Socials i Famílies. Generalitat de Catalunya. Elaboració del Departament d'Estadística. Ajuntament de Barcelona.

Les condicions de vida

La situació de pobresa segons la intensitat de treball

Existeixen diversos indicadors per mesurar la situació de pobresa de les llars. L'Enquesta de Salut de Barcelona va reportar que la pobresa material (estar afectat per 3 de 9 indicadors de privació) afectava el 15,9% de la població, però era més alta sobretot en les dones de llars unipersonals i monoparentals (amb el 24,2 i el 30,2%, respectivament). Un altre indicador és la taxa de risc de pobresa o exclusió social (*at risk of poverty or social exclusion*, AROPE). L'Enquesta de Condicions de Vida (IDESCAT) permet conèixer aquesta taxa per a diferents nivells territorials. A Barcelona és del 22,5%, lleugerament per sobre de l'àrea metropolitana, amb el 21,7% (incloent-hi Barcelona), però igual a la de Catalunya, amb el 22,5%.

També és interessant destacar les diferències en la taxa segons la situació laboral. La taxa de risc de pobresa de les persones inactives és del 25,2%, mentre que en les persones ocupades és del 14%, i en les persones jubilades, del 14,6%. També destaca com a mesura de pobresa la baixa intensitat del treball a la llar, ja sigui degut a persones ocupades amb baixos ingressos i/o a la convivència amb altres membres de la llar desocupats (per exemple, llars de 3 persones amb un únic ocupat, i altres). La intensitat de treball es calcula dividint la suma total de mesos treballats pels membres en edat de treballar de la llar, per la suma total dels mesos en què aquests membres poden treballar durant l'any anterior. Existeix un gradient en el risc de pobresa segons la intensitat del treball a la llar (vegeu el quadre 2, pàgina 30). Quan la intensitat de treball a la llar és baixa o molt baixa, el risc de pobresa de la població que hi viu és del 35%, però també és molt elevat quan la intensitat de treball a la llar està al voltant de la meitat del treball potencial (27,9%), evidenciant la importància del nombre de sustentadors/es a les llars com a mecanisme de reducció del risc de pobresa.

Les condicions de vida

30

Les condicions socioeconòmiques de l'habitatge

L'evidència científica demostra que viure en un habitatge inadequat o a un cost inassequible repercuteix en la salut, tant física com mental, de les persones que hi resideixen.

Tot i la disminució de l'atur a la ciutat els darrers anys, la precarietat laboral, els baixos salaris i els preus creixents de l'habitatge han ocasionat que hagi augmentat el nombre de persones amb dificultats per fer front a les despeses de l'habitatge. Segons l'Enquesta de Condicions de Vida de l'any 2016 les despeses destinades al pagament de l'habitatge van representar un 24,2% entre les persones residents a Barcelona ciutat, percentatge que va ser molt superior en llars amb ingressos baixos (64,4% en llars amb menys de 9.000 € anuals d'ingressos). A més, un 40,8% de la població que viu de lloguer ha de destinar més del 40% dels ingressos a les despeses de l'habitatge, xifra molt superior a la mitjana europea (27,9%) i a la situació a Barcelona l'any 2011 (33,5%).

L'elevat nombre de famílies amb problemes per fer front als pagaments de l'habitatge pot derivar en impagaments, que porten a la judicialització del cas i, fins i tot, al desnonament de la família. Segons dades del Consell General del Poder Judicial, l'any 2017 es van produir a la ciutat de Barcelona 4.597 procediments judicials lligats al lloguer (un 5,3% més que l'any 2016) i 458 per execució hipotecària (un 48,5% menys). Pel que fa als desnonaments, se'n van produir un total de 2.389, la gran majoria (el 89,5%) derivats de la llei d'arrendaments urbans (LAU). Respecte de l'any anterior es va produir una reducció en el nombre de desnonaments, tant els derivats de la LAU (un 6,4% menys) com els derivats d'execucions hipotecàries (un 24,7% menys).³

Segons l'informe anual de la Unitat Contra l'Exclusió Residencial (UCER), que té per un dels seus objectius principals la prevenció i atenció als desnonaments, l'any 2017 van atendre 2.351

unitats de convivència, que es van correspondre amb 7.760 persones, 2.377 de les quals, menors d'edat (30,6%). A la Figura 5 (pàgina 31) es presenta la distribució de la taxa de desnonaments per 1.000 llars per districtes. S'observa que els districtes amb taxes més elevades van ser Ciutat Vella, Nou Barris i Sants-Montjuïc, en canvi, Sarrià-Sant Gervasi, Les Corts i Gràcia van ser els que van presentar una taxa menor de desnonaments. El règim de tinença principal de les unitats de convivència ateses va ser el lloguer (51%), seguit de les ocupacions (36%) i només el 7% la propietat (per a un 6% no hi havia informació). També cal destacar que el 47% dels habitatges afectats eren de persones petites tenidores, i un 45%, de grans tenidores (un 9% sense informació).

Pel que fa les persones sense llar, segons l'informe anual de la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar (XAPSLL) de Barcelona, l'any 2017 es van comptabilitzar a la ciutat un total de 3.383 persones sense llar (un 7,7% més que l'any anterior i un 67,7% més que 10 anys enrere) (vegeu la figura 6, pàgina 31). D'aquestes, 2.006 estaven allotjades en recursos assistencials de la XAPSLL, 415 residien en assentaments i 962 dormien al carrer. L'increment de persones que han pogut dormir en recursos de la XAPSLL ha estat possible, entre altres qüestions, gràcies a l'ampliació de recursos en 126 pisos del programa *Housing First*, que va començar l'any 2014.

El nombre d'inscripcions vigents al registre de sol·licitants d'habitatge de protecció oficial s'ha incrementat notablement respecte a anys anteriors: l'any 2017 hi havia 36.577 inscripcions, mentre que els 6 anys anteriors aquesta xifra oscil·lava entre els 28.000 i els 30.000. Aquest augment s'ha produït sobretot per l'esforç de difusió dels serveis d'habitatge que ha fet l'Ajuntament. Això suposa un total de 71.924 persones, si se sumen tots els membres de les unitats familiars, fet que suposa un 4,4% de la població de Barcelona, xifra superior a la de l'any 2016 (3,7%). Per donar resposta a aquesta problemàtica, l'Ajuntament de Barcelona està apostant per ampliar el parc públic amb un Pla de Promoció d'Habitatge Assequible que inclou diverses mesures complementàries, així com augmentar els recursos físics i humans destinats a l'atenció i prevenció de l'emergència habitacional.

Quadre 2. Taxa de risc a la pobresa segons intensitat de treball a la llar (població de 0 a 59 anys). Barcelona, 2016.

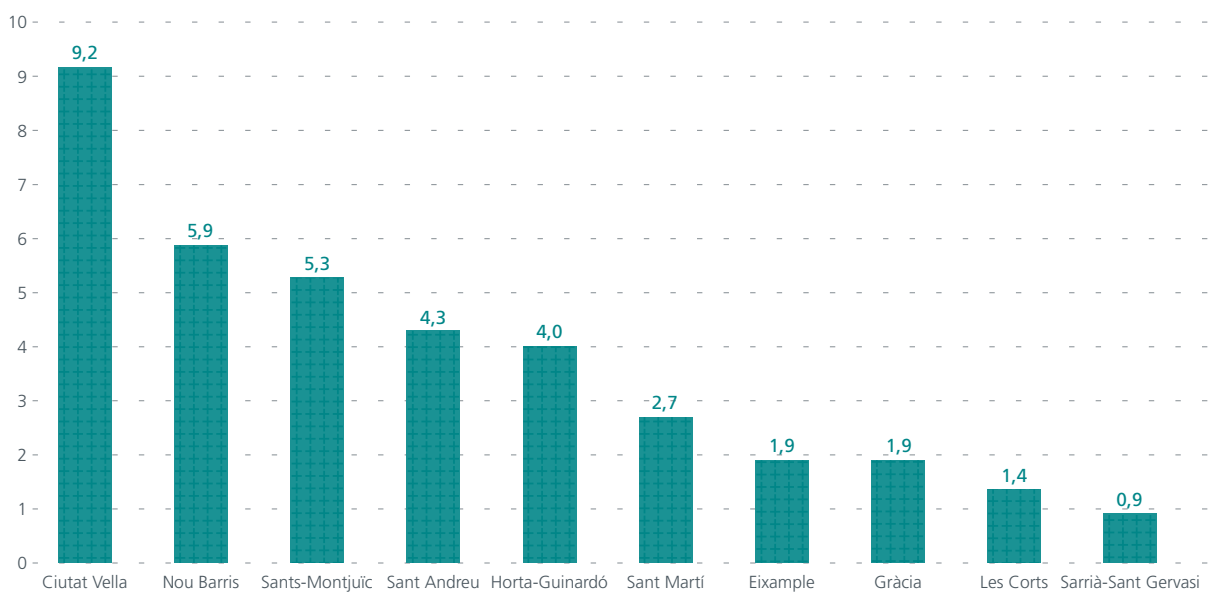
Intensitat de treball	%
Intensitat de treball baixa i molt baixa (<= 0,45)	35,0
Intensitat de treball mitjana (> 0,45 a <= 0,55)	27,9
Intensitat de treball alta (> 0,55 a <= 0,85)	17,5
Intensitat de treball molt alta (> 0,85 a <= 1)	12,0

Font: Pobresa i desigualtat social a la ciutat de Barcelona, la configuració de l'escenari post-crisi. Àrea d'Afers Socials, 2017.

Nota: La intensitat de treball es calcula dividint la suma total de mesos treballats pels membres en edat de treballar de la llar per la suma total dels mesos en què aquests membres poden treballar durant l'any anterior a l'enquesta. Les persones en edat de treballar són definides com els individus de 18 a 59 anys; s'exclou la població de 18 a 24 anys que són estudiants. La intensitat de treball es mesura en valors que van del 0 a l'1.

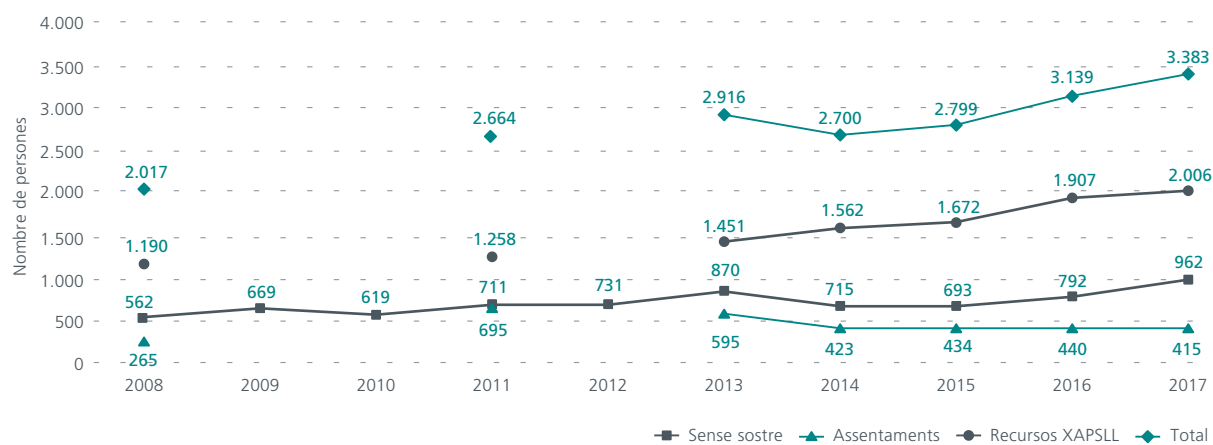
³Dades referides a qualsevol tipus d'immoble.

Figura 5. Taxa de desnonaments per 1.000 llars segons els districtes de Barcelona, 2017.



Font: Informe d'activitat de la Unitat contra l'Exclusió Residencial (UCER), 2017.

Figura 6. Evolució del sensellarisme. Barcelona, 2008-2017.



Font: Equip de detecció dels Serveis d'Inserció Social (SIS), 2017 i Diagnosi 2017, Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar de Barcelona.
 Nota: XAPSL és la Xarxa d'Atenció a les Persones Sense Llar.

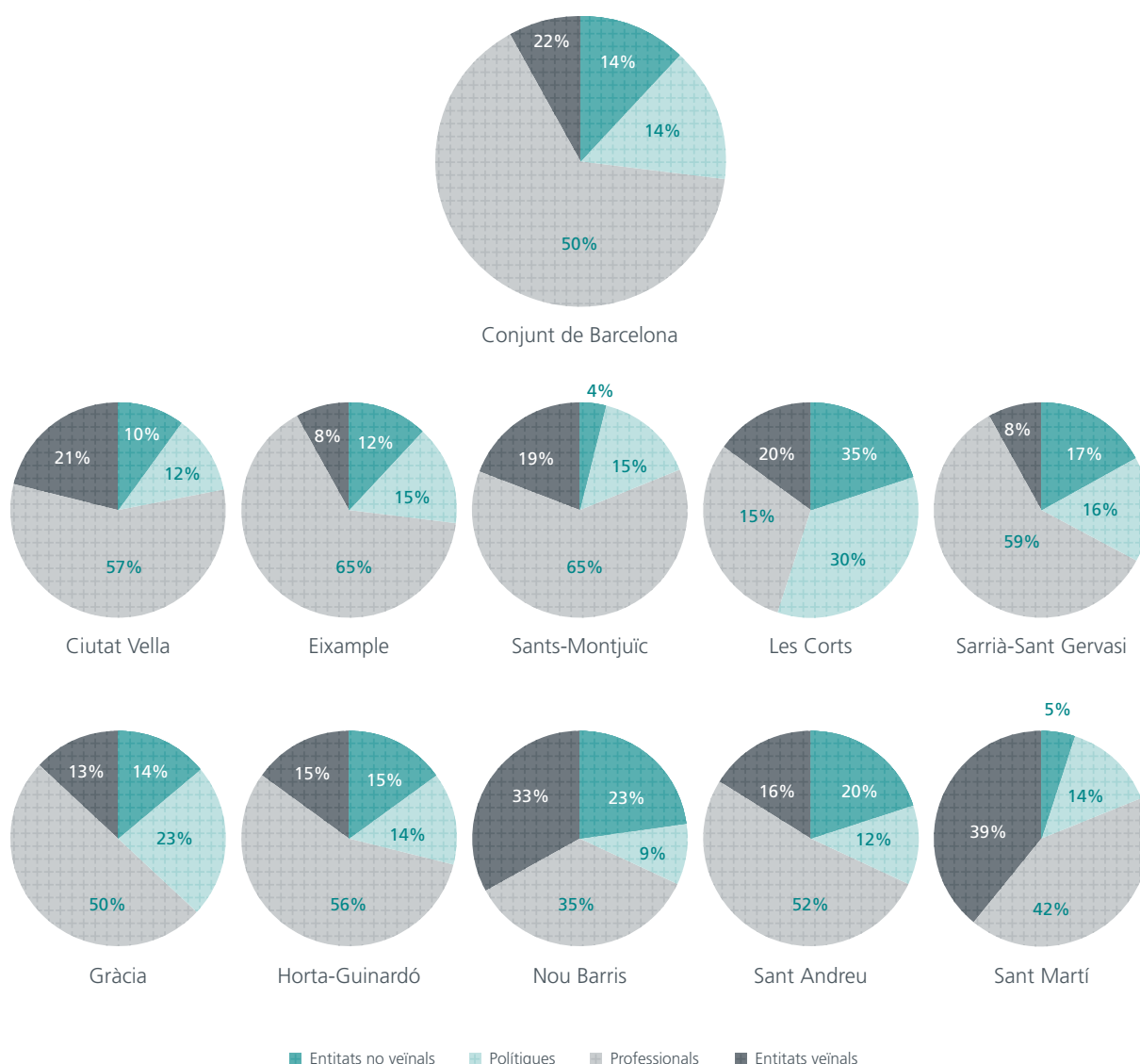
La participació de la comunitat

32

Els consells de salut són espais de participació concebuts per ser un espai compartit per persones que, en l'àmbit del districte, tenen interès en la salut de veïns i veïnes i en l'atenció que s'hi dispensa. Són convocats pel conseller de l'equip de govern del districte i d'acord amb el Consorci

Sanitari de Barcelona (CSB). En la decisió de l'ordre del dia intervenen, a més del districte i el CSB, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), la Direcció de Salut de l'Ajuntament de Barcelona i la vicepresidència associativa del consell corresponent. Solen reunir-se dos cops cada any. Un cop analitzada la participació als consells de salut a través dels actes celebrats al llarg de l'any 2017, es veu que la composició mitjana global

Figura 7. Perfils de les persones participants als consells de salut dels districtes, i distribució de la mitjana de participació en el conjunt de la ciutat. Barcelona, 2017 (les dades de les Corts corresponen al 2018).



Font: elaboració pròpia a partir d'actes dels consells de salut als districtes. ASPB.

va ser de 28 persones: 4 representants polítics, 14 professionals, 6 persones d'entitats veïnals (associacions de veïnes veïns o de comerciants, d'àmbit de districte o barri, AMPAs) i 4 d'entitats no veïnals (col·legis professionals, associacions de malalts o altres entitats d'àmbit ciutat, etc.).

Però hi ha variabilitat, tant en el nombre total d'assistents (de 20 a les Corts a més de 40 a Sant Martí i Nou Barris) com en el pes que tenen els diferents perfils (vegeu la figura 7, pàgina 32). Així, el rang de professionals varia: 30% a Sant

Martí, les Corts i Nou Barris, i els que superen el 60%, com ara l'Eixample i Sants-Montjuïc. La representació de les entitats és del 37% en global, però oscil·la entre el 19% de l'Eixample i el 56% de Nou Barris. Les entitats veïnals van tenir més presència a Sant Andreu (39%) i Nou Barris (33%). Les entitats que s'han categoritzat com a no veïnals oscil·len entre el 4% a Sants-Montjuïc i el 23% a Nou Barris.

Finalment, quant al sexe de les persones participants, les dones són majoritàries: 67,3% en el conjunt, però 53% en figures polítiques, 70% en professionals, 67% en entitats veïnals i 72% en entitats no veïnals.

Els serveis sanitaris

Els serveis sanitaris de la ciutat contemplen diverses línies d'actuació: l'atenció primària, les urgències, l'atenció hospitalària, l'atenció intermèdia sociosanitària i l'atenció a la salut mental i les addiccions. El pressupost públic per a la ciutat de Barcelona destinat a la contractació de serveis sanitaris és de 1.967 milions d'euros, dels quals el 72% es destina a l'atenció hospitalària i especialitzada d'aguts (1.417 milions d'euros), el 14,6% es destina als equips d'atenció primària, el 5,6% a l'atenció intermèdia sociosanitària, el 5% a la salut mental i addiccions i el 2,8% a altres conceptes.

En aquest apartat es descriu quin ha estat l'ús dels serveis sanitaris prenent com a base dues fonts d'informació: els registres dels serveis sanitaris pròpiament i l'Enquesta de Salut de Barcelo-

na, que dona informació sobre la percepció i pot complementar alguns aspectes sobre l'ús a nivell poblacional que no figuren als registres.

Enguany, el Consorci Sanitari de Barcelona ha impulsat i dinamitzat diferents línies i projectes de millora de l'accessibilitat i qualitat de l'atenció sanitària de finançament públic, dels quals es poden trobar més detalls a la Memòria 2017 (http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/60_actualitat/2018/Memoria-2017_-BARCELONA-CIUTAT.pdf), que inclou també un conjunt d'indicadors d'activitat dels serveis assistencials més ampli del que es troba sintetitzat en aquest capítol. L'any 2016 es van presentar en el conjunt de Barcelona Ciutat 10.845 reclamacions i pel 2017 han estat de 10.197, fet que suposa 6% menys respecte l'any anterior. Són un 6% reclamacions per cada 1000 habitants.

L'atenció primària

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

Els serveis sanitaris

34

Quadre 3. Utilització dels serveis d'atenció primària de finançament CatSalut. Barcelona, 2017.

	Visites	Persones ateses	Adscrites	Taxa bruta de visites ¹	% Persones adscrites/visites
Ciutat Vella	584.745	75.061	100.603	581,2	74,6
Eixample	1.284.914	186.839	267.113	481	69,9
Sants-Montjuïc	1.050.707	139.140	180.781	581,2	77,0
Les Corts	369.785	53.589	81.082	456,1	66,1
Sarrià-St. Gervasi	478.853	84.161	142.656	335,7	59,0
Gràcia	544.947	86.114	121.171	449,7	71,1
Horta-Guinardó	1.000.391	132.364	168.640	593,2	78,5
Nou Barris	1.109.542	139.140	168.313	659,2	82,7
Sant Andreu	857.027	115.714	148.229	578,2	78,1
Sant Martí	1.422.279	180.759	233.685	608,6	77,4
Total	8.703.190	1.192.881	1.612.273	539,8	74,0

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD-AP) i RCA.

Nota: ¹Taxa bruta de visites: visites corresponents a residents de cada districte per cada 100 habitants.

la ciutat de Barcelona es realitzen als centres d'atenció primària de les 68 àrees bàsiques de salut, on treballen els equips de professionals que durant l'any 2017, segons dades dels serveis sanitaris públics, han atès el 74% de la població general (incrementant-se respecte del 71,2% de l'any 2016). El districte on s'han atès més persones ha estat Nou Barris (82,7%), mentre que a Sarrià-Sant Gervasi s'ha atès un 59% de la població del districte (vegeu el quadre 3).

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona, durant el període 2016-2017 el 35% de la població té doble cobertura sanitària i el 64,1%, cobertura exclusivament pública, però la variabilitat entre districtes és molt alta (rang de cobertura exclusivament pública, entre el 25,8% a Sarrià-Sant Gervasi i el 78,3% a Ciutat Vella).

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona es controlen la tensió arterial de manera periòdica el 52,1% dels homes i el 55,9% de les dones. De 65 a 74 anys ho fan més del 88,1% d'homes i el 79,4% de dones, i més del 90% a partir d'aquesta edat.

Es controlen el nivell de colesterol a la sang el 62,3% dels homes i el 72,4% de les dones. De la

mateixa manera que la pressió arterial, el nivell de colesterol es controla majoritàriament entre els 45 i 64 anys (72,7% d'homes i 84,5% de dones), i a partir d'aquesta edat és més del 90% en ambdós sexes, excepte en les dones de 85 anys i més.

Segons els registres dels serveis sanitaris públics els motius de consulta més freqüents en els menors de 14 anys estan relacionats amb les activitats preventives, exàmens de salut i vacunacions (proporció similar en nens i nenes). En el cas dels adults les consultes més freqüents són les relacionades amb exàmens de salut i la hipertensió arterial (proporció similar en homes i dones). Destaca, però, que les consultes per trastorns osteoarticulars són més freqüents en dones de prop de 60 anys. Per aquest motiu consulten un 64% de dones i un 36% d'homes.

La inclusió per primer cop a l'enquesta de les visites a teràpies no convencionals permet estimar l'ús de l'homeopatia, l'acupuntura i l'herboristeria per un 1,4% d'homes i un 3,4% de dones.

Pel que fa als menors, han visitat un professional sanitari també quasi la totalitat de la població infantil; destaquen les visites al dentista en més de 4 de cada 10 infants. La visita d'infermeria és la més freqüent, en un 25% en ambdós sexes, seguida de la visita farmacèutica i psicològica, en un 10,4% els nois i un 5,2% les noies.

Valoració de l'atenció primària

Per tenir una aproximació inicial a la valoració que la població fa de l'atenció primària a partir de la seva experiència amb aquest servei, l'Enquesta de

Salut de Barcelona inclou una selecció i adaptació d'alguns dels ítems del qüestionari PCAT (Primary Care Assessment Tools). Són un conjunt de 10 ítems al qüestionari d'adults i 19 al de menors de 15 anys. Aproximadament 9 de cada 10 persones declaren que quan tenen un problema de salut van al seu metge de capçalera abans d'anar a qualsevol altre lloc. Els aspectes més ben valorats, que superen el 80% de persones que els valoren favorablement, són: el fet d'aconseguir visita el mateix dia, ser visitats generalment per les mateixes persones i que aquestes coneixen els seus problemes més importants. En l'atenció pública hi ha menys valoració favorable dels ítems referits a l'accessibilitat telefònica, així com de l'assessorament sobre problemes o malestars en l'esfera de la salut mental. El 78,9% de les persones que tenen de referència el sistema públic i el 83,3% de les que tenen el sector privat, recomanarien el seu centre a un amic o familiar.

Atenció hospitalària

L'atenció hospitalària especialitzada dels serveis sanitaris públics a Barcelona disposa de 9 hospitals d'internament d'atenció pública de tipologia diferent; tres 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 3.465 llits estables contractats tot l'any distribuïts per tal de donar cobertura a tota la ciutat (3.444 el 2016).

L'activitat realitzada l'any 2017 ha estat de 213.151 altes, un 1% superior a la de l'any 2016 (211.042). De la població atesa als centres hospitalaris de Barcelona, el 79% són residents a la ciutat i el 21% restant de fora de la ciutat, mentre que la taxa de persones de Barcelona que acudeixen a centres públics de fora de la ciutat és un 6,2%.

La taxa d'hospitalització és de 106,8 per 1.000 habitants, i és lleugerament superior en les dones que en els homes. En l'anàlisi de les taxes d'hospitalització segons districte de residència s'observen variacions: Nou Barris (141,6), Horta-Guinardó i Sants-Montjuïc (118) són els que

presenten les xifres més elevades, mentre que Sarrià-Sant Gervasi (66) i les Corts (79,8) tenen els valors més baixos. Les causes d'hospitalització més freqüents en els homes són les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, seguides de les malalties de l'aparell circulatori i de l'aparell respiratori. En les dones, ocupen el primer lloc les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits, seguides de les de l'aparell circulatori, i en tercer lloc, les de l'embaràs/part/puerperi.

Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona, el 10% dels homes i l'11,5% de les dones han realitzat com a mínim un ingrés hospitalari d'una nit el darrer any. En les persones de 65 anys i més és del 21,3% en homes i de 19,5% en dones. Pel que fa al centre en què s'ha realitzat l'ingrés hospitalari, ha estat a l'hospital públic en el 77% d'homes i el 67,8% de dones. De les persones que han fet l'ingrés, la despesa va anar a càrrec en el 70,3% de les vegades del Servei Català de la Salut, i en segon lloc, de les mútues de filiació obligatòries (5,1%), seguit de la mateixa persona (2,4%). Quant al temps d'espera de les persones amb necessitat d'intervenció quirúrgica, el 31,2% han estat inferiors a set dies; el 30,1%, entre 8 dies i un mes; el 26,8%, entre 2 mesos i mig any, i l'11,8%, en un termini superior al mig any.

Atenció a les urgències

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

Dins l'atenció a les urgències cal diferenciar l'àmbit hospitalari i l'extrahospitalari, amb els dispositius d'atenció primària i el servei d'emergències mèdiques, 061 CatSalut Respon. A banda del fet que

Quadre 4. Taxes d'urgències hospitalàries i en centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) per 1.000 habitants, segons el sexe. Barcelona, 2016 i 2017.

	Homes		Dones		Total	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Hospital	342,0	340,5	380,1	378,3	362,1	360,4
CUAP	147,5	150,3	152,5	157,5	150,2	154,1
Total	489,5	490,8	532,6	535,8	512,3	514,5

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

Els serveis sanitaris

36

cada centre assistencial atén les urgències que li arriben, a més de la resta de serveis habituals, Barcelona disposa actualment d'onze centres d'urgència d'atenció primària d'alta tecnologia (CUAP) i 8 serveis d'urgències hospitalàries. La taxa d'urgències ateses en aquests dispositius és de 514,5 per 1.000 habitants, lleugerament superior a les 512,2 del 2016 (vegeu el quadre 4, pàgina 35).

A més, a les nits, festius i caps de setmana, es disposa del servei d'atenció continuada urgent a domicili que s'activa a través del 061, i que ha suposat l'any 2017 un total de 44.613 domicilis en què s'han atès 34.956 pacients. L'atenció hospitalària urgent en hospitals de la xarxa pública varia segons el districte de procedència. Les taxes més elevades les presenten Horta-Guinardó (465,47 visites per cada 1.000 habitants) i Nou Barris (438,4), mentre que el territori que menys utilitza els serveis públics d'urgències és Sarrià-Sant Gervasi (238,1), seguit de les Corts (273,8) (vegeu la figura 8). Les dones presenten taxes més elevades que els homes.

Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona el 35,1% d'homes i el 43,5% de dones han

utilitzat els serveis d'urgències durant el darrer any. Aquests percentatges són més alts entre els menors de 15 anys (48,5% de nois i 53,8% de noies). El 47,2% de les urgències s'han realitzat a un hospital públic; el 31,9%, a un centre d'urgències de l'atenció primària; el 15%, a un hospital privat, i només un 3,8% a la consulta privada. En 9 de cada 10 casos la decisió d'anar a aquest centre l'ha pres la mateixa persona o el seu entorn familiar.

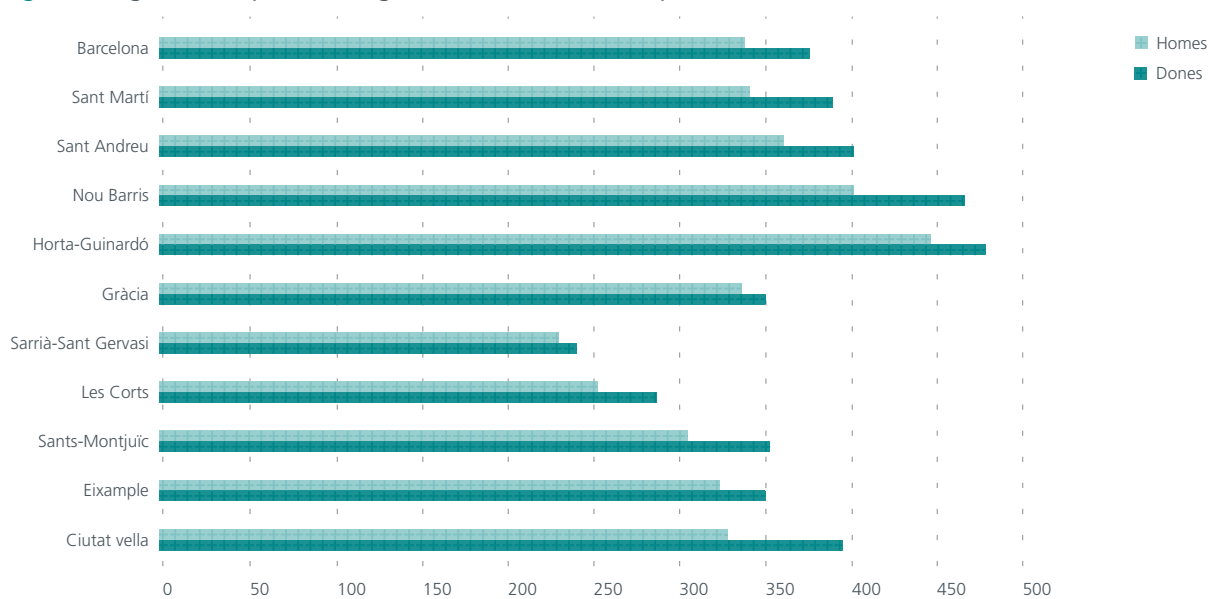
Llistes d'espera quirúrgiques per a procediments garantits

Segons dades dels serveis sanitaris públics, ha augmentat l'activitat quirúrgica en nombre d'intervencions en un 8,15%, i el temps d'espera en l'activitat quirúrgica ha disminuït un 16,5% (vegeu el quadre 5, pàgina 37). Pel que fa a la llista d'espera per a consultes externes el nombre de pacients ha disminuït un 25,3% en relació amb el 2016. El nombre de pacients en llista d'espera de proves diagnòstiques ha disminuït un 19,39% en relació amb el 2016 degut a les depuracions dels registres que han fet els centres.

Atenció intermèdia socio sanitària

La ciutat de Barcelona disposa de 2.157 llits d'internament, 1.081 dels quals són llits de llarga estada, 877 de convalsència i estada mitjana polivalent, 111 de cures pal·liatives i 88 de subaguts, distribuïts en 20 dispositius d'atenció intermèdia socio sanitària. Xifres similars a les de l'any anterior. Pel que fa als equipaments d'hospital de dia socio sanitària, n'hi ha 12 a la ciutat i una oferta de 398 places.

Figura 8. Urgències hospitalàries segons districte i sexe, taxes per 1.000 hab. Barcelona, 2017.



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

Quadre 5. Llistes d'espera quirúrgiques per a procediments garantits. Barcelona, 2016 i 2017.

	Pacients en llista		Activitat		Temps d'espera ¹	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Cirurgia oncològica	581	501	6.647	6.928	19	21
Cirurgia cardíaca	204	159	1.053	1.060	41	36
Cataractes, pròtesis maluc, pròtesis genoll	5.946	6.324	18.097	20.367	75	66
Resta de procediments	25.420	26.236	63.818	68.773	150	124
Altres	10	0	195	4	729	0
Total	32.161	33.220	89.810	97.132	133	111

Font d'informació: Datamart transversal. Informes predefinitos. Memòria CatSalut (RS). Atenció a la ciutadania.
Nota: ¹Dades expressades en dies.

Amb aquests dispositius s'han atès 15.688 persones: 4.365 en unitats de llarga estada (amb els trastorns cognitius com a principal diagnòstic), 8.112 de convalsència i estada mitjana polivalent (destacant la fractura de coll de fèmur), 3.159 en unitats de subaguts (destacant la insuficiència cardíaca i la insuficiència urinària), 2.286 en dispositius de cures pal·liatives i 925 en hospitals de dia.

El consum de fàrmacs

El 2017 els dos grups farmacològics que han presentat més consum en envasos han estat el grup del sistema nerviós i el grup del sistema cardiovascular, amb un 28,0% i un 26,7%, respectivament sobre el total dels envasos de les especialitats farmacèutiques. També són els dos grups que representen el percentatge més elevat en l'import.

Al quadre 6 es presenten les dades evolutives de les dosis per cada 1.000 habitants i per dia, dels anys 2013 a 2017, dels subgrups farmacològics del sistema nerviós més prevalent en salut mental: ansiolítics, hipnòtics i sedants, antidepressius i antipsicòtics.

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. S'ha observat que el consum d'ansiolítics i el d'hipnòtics i sedants continua baixant, sobretot

Quadre 6. 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, 2013-2017.

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

Font: Datamart® Transversal, SII, CatSalut.
Nota: DHD: dosi/1.000 habitants/dia.

Els serveis sanitaris

38

en la població més consumidora d'aquests fàrmacs, que és la franja d'edat de més grans de 44 anys, possiblement degut, entre altres factors, a les accions i les iniciatives dutes a terme en el marc del Consorci Sanitari de Barcelona des de fa un temps (formació, jornades, indicadors de seguiment i altres). L'ús dels antidepressius i els antipsicòtics ha augmentat.

Cal destacar que el consum d'aquests quatre grups de fàrmacs és elevat en la població de 75 anys o més, un grup que hi és especialment sensible pels efectes adversos, amb més freqüència en dones (vegeu el quadre 7).

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 81,5 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, igual que anys anteriors. S'observa també en el grup dels homes una diferència de 42,0 dosis per 1.000 habitants i dia entre districtes, en què el valor més alt es troba a Gràcia i el més baix correspon a Ciutat Vella.

L'any 2017, les oficines de farmàcia de la ciutat de Barcelona han dispensat 31,5 milions de receptes, un 0,15% menys respecte de l'any anterior, i l'import de la despesa del CatSalut per aquest concepte ha estat de 362,9 milions d'euros, un 1,9% més respecte de l'any anterior.

Quadre 7. Consum de determinats grups farmacològics per població de 75 anys o més (dosi per 1.000 habitant i dia). Barcelona, 2017.

	Antipsicòtics		Antidepressius		Hipnòtics i sedants		Ansiolítics	
	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona	Home	Dona
Ciutat Vella	77,2	125,2	95,8	221,3	43,9	94,3	14,6	20,5
Eixample	84,4	142,0	127,2	257,8	58,7	93,4	14,2	22,4
Sants-Montjuïc	74,1	134,8	105,6	240,6	54,8	110,4	14,2	19,6
Les Corts	92,0	152,3	129,4	261,1	61,5	94,1	12,6	18,1
Sarrià-Sant Gervasi	97,1	143,9	114,3	209,7	58,2	88,6	13,0	27,0
Gràcia	79,4	144,2	137,9	276,5	53,2	107,2	13,3	22,4
Horta-Guinardó	70,4	141,9	127,9	287,5	52,6	107,6	17,1	26,9
Nou Barris	62,0	139,4	109,1	263,6	54,6	108,5	12,7	18,1
Sant Andreu	69,6	141,8	117,5	283,2	52,7	108,4	10,2	17,7
Sant Martí	67,8	124,3	125,8	291,1	49,2	87,2	13,7	19,6

Font: Datamart® Transversal, SII, CatSalut.

La salut comunitària

Salut a les escoles

Els programes de salut a les escoles tenen l'objectiu de promoure la salut i afavorir el desenvolupament d'hàbits saludables en la població escolar. L'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) els dissenya, n'avalua l'efectivitat i els ofereix gratuïtament a tots els centres escolars de Barcelona ciutat. Són implementats pel professorat amb el suport de material didàctic, formació i assessorament continuat oferts per part de l'equip del Servei de Salut Comunitària de l'ASPB. Els programes fomenten la col·laboració amb altres entitats de la comunitat que treballen per la salut escolar.

Els programes es basen en recomanacions de l'OMS, i tenen una durada mínima de 4 hores en diverses sessions separades. Són desenvolupats per professorat format i consisteixen en activitats dinàmiques i pràctiques a partir de les necessitats i els interessos del mateix alumnat.

De 4rt a 6è de primària, durant el curs escolar 2016-2017, hi han participat 3.494 alumnes (el 13% de l'alumnat) i 73 centres educatius (el 22% dels centres). A secundària hi han participat 17.733 alumnes (el 33% de l'alumnat) i 106 centres educatius (el 47% dels centres). Xifres similars al curs anterior. El quadre 8 mostra una distribució de les cobertures, prou equilibrades, segons el programa i l'estabilitat entre els cursos escolars.

Salut comunitària

L'estratègia de salut comunitària *Barcelona salut als barris* (BSaB) es duu a terme des del 2007 als barris més desfavorits de la ciutat. BSaB pretén millorar la salut i la qualitat de vida i reduir les desigualtats entre aquests barris i la resta de la ciutat. Durant el 2017 l'ASPB ha participat en 567 reunions de taules/grups de treball amb més de 350 agents (entre serveis públics, entitats, equipaments de proximitat i ciutadania). S'ha treballat conjuntament per detectar les necessitats en salut del barri, dissenyar, implementar i avaluar programes per cobrir aquestes necessitats. S'han dut a terme 167 intervencions, on han participat 11.734

persones (2016: 9.964), realitzades a 23 barris (2016: 21) (vegeu el quadre 8): 127 famílies a través del programa d'habilitats familiars, 5.965 nois i noies en els programes de promoció de la salut a les escoles, 1.567 escolars en les activitats de salut bucodental, 116 nens i nenes i 1.295 joves en els programes de lleure saludable, 1.758 en intervencions dirigides a millorar la seva qualitat de vida, tant física com mental, i 906 persones grans en el programa d'activitat física *Activa't als parcs de Barcelona* i als tallers de memòria a les escoles de salut de la gent gran. La satisfacció de les persones participants en aquests programes és molt alta.

Quadre 8. Cobertura dels centres educatius escolars dels programes de promoció de la salut del curs 2016-2017, i participants de salut comunitària 2017. Barcelona, 2017.

	Curs 2015-16	Curs 2016-17
Programes Promoció Salut Primària		
Creixem sans escoles	20%	21%
Creixem sans alumnat	24%	19%
Creixem més sans escoles	7%	9%
Creixem més sans alumnat	8%	8%
Programes Promoció Salut Secundària		
Pse.bcn alumnat	25%	25%
Pse.bcn escoles	24%	26%
Canvis alumnat	42%	44%
Canvis escoles	36%	36%
Sobre canyes i petes alumnat	28%	26%
Sobre canyes i petes escoles	27%	29%
Parlem-ne; no et tallis! alumnat	33%	34%
Parlem-ne; no et tallis! escoles	33%	35%
	2016	2017
Salut als Barris		
Nombre de barris amb BSaB	21	23
Participants		
Famílies	204	127
Programes promoció de la salut Escola (barris prioritaris)	5.825	5.965
Escolars amb tallers de salut bucodental		1.567
Joves en programes de lleure saludable	1.786	1.411
Joves i adults (SIRIAN, tallers de cuina i altres)	1.224	1.758
Persones grans	925	906
Total	9.964	11.734

Font: Elaboració pròpia a partir de les memòries dels serveis de salut comunitària.

Les accions en salut pública

40

Enguany, es destaquen en aquest apartat tres temàtiques molt diferents, una del camp de la seguretat alimentària, la segona sobre l'experiència d'incorporar a infants i joves en els diagnòstics comunitaris, i la tercera sobre l'atenció a les drogodependències.

Canvis en el control oficial de cadenes alimentàries

L'any 2017 va néixer el Sistema de Control Oficial en Cadenes de Distribució Alimentària amb el propòsit d'avaluar globalment el model de gestió sanitària d'empreses que disposen de molts punts de venda directa a consumidor final amb un sistema comú de gestió de la seguretat alimentària. L'avaluació global consisteix en una primera fase de revisió de la documentació dels autocontrols de l'empresa i en una segona fase d'inspecció d'un nombre determinat d'establiments de cada cadena, on es valora la implantació dels seus autocontrols i les condicions higienicosanitàries dels establiments.

Amb aquest model de control oficial es millora el principi d'homogeneïtat, ja que l'equip auditor està format només per dues persones tècniques de l'ASPB. S'utilitzen protocols, que estan disponibles al web de l'ASPB. S'aconsegueix així una millor sistematització de la inspecció i s'assegura la transparència. Finalment, també millora l'eficiència, ja que s'avalua el sistema de gestió

de l'empresa, mitjançant el protocol d'avaluació documental i implementació dels autocontrols, i no només els incompliments puntuals detectats en una de les seves botigues. Cada cadena ha designat una persona interlocutora i té assignat un únic inspector, cosa que facilita molt la comunicació entre ambdues parts.

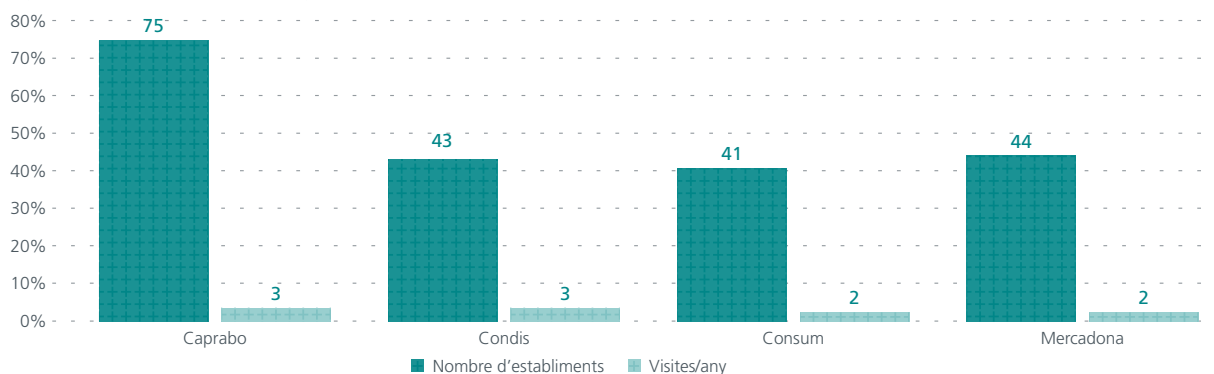
Les inspeccions es van iniciar l'últim trimestre del 2017 a 4 de les 18 cadenes incloses al programa (vegeu la figura 9). Els informes es van lliurar durant el primer trimestre del 2018. Es va evidenciar un alt grau de conformitat en les empreses subjectes al control oficial. Tot i així, els incompliments més comuns es van trobar en el manteniment de les instal·lacions, i els més greus, encara que infreqüents, en el control de dates de consum dels aliments a disposició dels clients. La correcció de les no conformitats trobades s'estendrà a la resta d'establiments de la cadena. Cada any també es farà la comprovació de les mesures correctores aplicades per l'empresa amb els seguiments corresponents.

La incorporació d'infants i adolescents als diagnòstics de salut als barris

Des del programa *Barcelona salut als barris* s'ha procurat captar la mirada dels infants en els processos de diagnòstic comunitari a través de metodologies qualitatives. L'any 2017 s'han portat a terme tres experiències als barris de la Teixonera, Sant Genís dels Agudells i Poble-sec, en les quals s'han adaptat diferents metodologies segons l'evidència a diferents grups d'edat.

A la Teixonera, amb la col·laboració del casal infantil, un grup de nois i noies d'entre 10 i 14 anys va realitzar una sortida fotogràfica on fotografiaven tot allò que pensaven que podia millorar o empitjorar la salut del seu barri. Posteriorment, en una segona sessió, el grup es va tornar a reunir per discutir les fotografies i els motius que els van portar a fer-les. A Sant Genís dels Agudells, amb la col·laboració de la

Figura 9. Nombre i visites/any d'inspeccions a les cadenes alimentàries. Barcelona, 2017.



Font: Direcció de Seguretat Alimentària. ASPB.

ludoteca de la Casa Groga, infants d'entre els 7 i els 12 anys van dibuixar un mural, amb diversos materials, on van plasmar tots els aspectes positius i negatius del seu barri que afecten la seva salut i benestar. Finalment, al Poble-sec, amb la col·laboració de l'Institut Consell de Cent, joves de 4t d'ESO van participar en un concurs fotogràfic com a part del rediagnòstic de salut. El jurat, format per membres destacats de la salut comunitària del barri, va tenir en compte l'originalitat dels missatges presentats i la seva adequació al diagnòstic de salut.

Aquestes experiències no només donen veu als infants i joves en els processos de diagnòstic comunitari, sinó que a més a més han permès identificar facilitadors i barreres per millorar la participació en els propers diagnòstics comunitaris realitzats.

Canvis en els recursos de la xarxa d'atenció a les drogodependències de la ciutat de Barcelona

Durant l'any 2017, hi va haver una sèrie de canvis en la xarxa de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) i en els serveis de reducció de danys de la ciutat de Barcelona amb

els objectius de millorar l'atenció i d'avançar en la distribució territorial d'aquests recursos. Aquests canvis han tingut efectes clars en alguns indicadors de qualitat de l'atenció. Per exemple, en una reducció a la meitat en la mitjana global de dies d'espera per a la visita del/la metge en els CAS de la ciutat, que se situa actualment en 12 dies.

El febrer del 2017 va obrir el CAS Les Corts amb una cartera de tractament completa (programa d'alcoholisme, de cocaïna i altres psicoestimulants, d'opiacis, de cànnabis, d'altres substàncies, de comorbiditat psiquiàtrica i de trastorn addictiu sever), a més de programes de reducció de danys (programa d'intercanvi de xeringues i espai de venipunció assistida). L'octubre del 2017 el CAS Baluard es va traslladar a l'avinguda Drassanes, núm. 13 (vegeu la figura 10). Fins al moment del trasllat, aquest centre oferia principalment programes de reducció de danys i estava situat al baluard de la muralla de la plaça de la Blanquerna. Amb l'obertura al nou emplaçament ofereix, a més, una cartera de tractament completa. Al districte de Ciutat Vella cal destacar també durant el 2017 l'augment del nombre d'educadors dels equips comunitaris, grups que són claus a l'hora de vincular les persones amb consums problemàtics als serveis sanitaris i socials. Finalment cal destacar la previsió, a principis del 2018, de l'obertura de la cartera de tractament completa de la Unitat de Conductes Addictives de l'Hospital Clínic, així com la incorporació del tractament de les addiccions tecnològiques en població jove a la cartera de serveis del CAS Horta-Guinardó.

Aquests canvis formen part d'algunes de les accions i mesures prioritzades en les diverses línies estratègiques del Pla d'Acció de Drogues de Barcelona, 2017-2020.

Figura 10. Nous espais d'atenció CAS Baluard, Barcelona, 2017.



Font: Servei de Drogodependències, ASPB.



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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

La qualitat de l'aire

44

L'avaluació de la qualitat de l'aire del 2017 constata la superació dels nivells de referència de l'Organització Mundial de la Salut per als contaminants NO_2 , material particulat (PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$), benzè, ozó i benzo(a)pirè. L'evolució respecte de l'any anterior mostra un increment dels nivells d'entre el 7 i el 12% per als dos contaminants més crítics, el NO_2 i el material particulat. Aquest fet comporta un increment en la mortalitat prematura a la ciutat (vegeu l'apartat Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire, pàgina 80). L'evolució temporal dels contaminants atmosfèrics depèn del tipus i la quantitat de les emissions, especialment del trànsit en una ciutat com Barcelona, i de les variables meteorològiques condicionants de la seva dispersió, transformació i/o deposició. És per aquest motiu que en l'anàlisi de l'evolució temporal cal agafar una finestra temporal més àmplia que les fluctuacions que es puguin detectar en un any respecte de l'anterior.

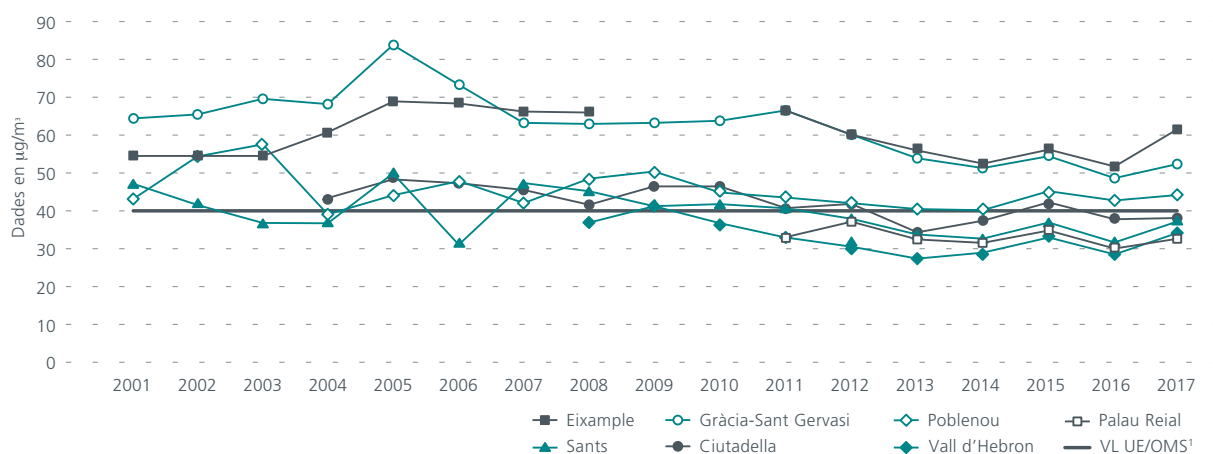
Respecte del NO_2 , les estacions properes a les emissions de trànsit (Eixample i Gràcia-Sant

Gervasi), així com l'estació de fons urbà de Poblenou, superen el nivell de referència de l'OMS i el valor límit anual establert per la normativa (Directiva 2008/50/CE i RD 102/2011) (vegeu la figura 1). El 70% de la població està potencialment exposada a nivells per sobre dels nivells de referència de l'OMS i el valor límit anual de la UE, i se supera en un 57% de la longitud dels carrers de la ciutat.

Respecte de les partícules (PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$), els nivells es mantenen per sobre del nivell de referència anual i diari de l'OMS a totes les estacions de la ciutat, i per contra, es compleixen els respectius valors límit, menys restrictius, de la UE (vegeu la figura 2, pàgina 45). El 98% de la població està potencialment exposada a nivells per sobre dels nivells de referència de l'OMS per a les partícules PM_{10} . En unitat de superfície, els nivells de PM_{10} se superen en el 90% dels trams lineals de carrers de la ciutat.

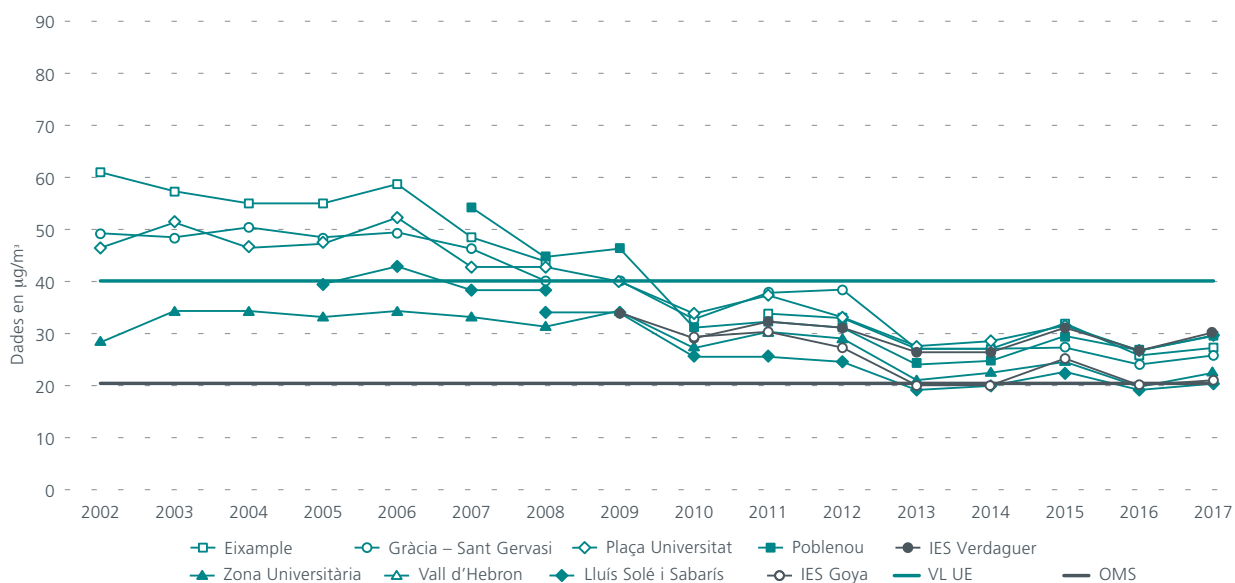
La superació dels valors de referència de l'OMS de la contaminació atmosfèrica a nivell de ciutat es manté estable per a tot el període 2000-2017 per als contaminants NO_2 i material particulat (PM_{10} i $\text{PM}_{2,5}$). La relació d'aquests contaminants amb el trànsit motoritzat demostra que cal una gestió més restrictiva per tal de millorar la qualitat de l'aire a la ciutat i protegir la salut de la població.

Figura 1. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de NO_2 per estació de mesurament. Barcelona, 2001-2017.



Font: Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: ¹Nivell de referència OMS = 20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Valor Límit UE = 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$.

Figura 2. Evolució de la mitjana anual en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM_{10} per estació de mesurament. Barcelona, 2002-2017.



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) = $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

La qualitat de l'aigua

46

La vigilància de l'aigua de consum humà de Barcelona

L'ASPB, com a administració sanitària competent a Barcelona, supervisa que els programes d'autocontrol que aplica l'empresa gestora del subministrament d'aigua siguin correctes, realitza les inspeccions sanitàries de les instal·lacions i verifica la qualitat de l'aigua mitjançant un programa de vigilància anual. Durant el 2017 s'han dut a terme un total de 407 controls de desinfectant i 88 analítiques de verificació en els dipòsits d'emmagatzematge d'aigua de la ciutat i en punts aleatoris de la xarxa pública de distribució. A aquests controls s'han de sumar també els que realitza l'empresa gestora. No s'ha detectat cap incompliment ni

anomalia dels valors límits establerts a la normativa vigent (reial decret 140/2003)¹ ni dels valors guia establerts per l'Organització Mundial de la Salut (OMS)². Així mateix, els valors de qualitat es mantenen estables respecte als anys anteriors.

El control a aixeta del consumidor en els centres educatius

L'ASPB, per tal de donar compliment a l'article 20 del Reial decret 140/2003, realitza també controls a les aixetes de la ciutadania per verificar que les xarxes internes dels edificis no produeixen un efecte negatiu sobre la qualitat de l'aigua.

En el període 2004-2017, l'ASPB ha mostrejat un total de 892 d'aixetes de consum en 535 centres educatius (vegeu el quadre 1), el 85,5% del cens de centres educatius de la ciutat de Barcelona (incloent-hi qualsevol centre d'infantil, primària o secundària públic, concertat o privat). Només un 1,2% de les mostres han presentat algun incompliment o anomalia confirmat. Els més freqüents han estat per excés en la concentració de plom (36,4% dels incompliments), contaminació microbiològica (36,4% dels incompliments) o excés de níquel (27,3% dels incompliments). En tots aquests casos, l'ASPB ha emès un requeriment sanitari dirigit a la propietat i ha realitzat el seguiment del centre fins que s'han portat a terme les reparacions oportunes (per exemple, el canvi de les canonades de plom), i s'ha confirmat analíticament la correcció de la incidència.

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.

Quadre 1. Concentracions (mínim, màxim, mitjana i mediana) dels paràmetres determinats a l'aixeta de les escoles en les mostres recollides durant el període 2004-2017.

	Límit UE	Límit OMS	Nombre d'aixetes mostrejades	Nombre de mostres amb incidències detectades	Nombre de mostres amb incidències confirmades (%)	Concentracions (mín.-màx.)	Mediana
Amoni (mg/l)	0,5	-	892	0	0	<0,1-0,5	<0,1
Bacteris coliformes (ufc/100ml)	0	-	892	26	4 (0,5%)	<1-165,2	<1
Clor lliure residual (mg/l)	0,2-1	5	719	27	0	0-1,1	0,5
Conductivitat (µS/cm)	2.500	-	892	0	0	19,4-2.250	607
Coure (mg/l)	2,0	2,0	892	0	0	<0,02-1,9	<0,02
Crom (µg/l)	50	50	892	0	0	<4-7	<4
Escheríchia coli (ufc/100mL)	0	0	892	3	1 (0,1%)	<1-1	<1
Ferro (µg/l)	200	-	892	7	2 (0,2%)	<20-1.089	<20
Níquel (µg/l)	20	70	892	33	1 (0,1%)	<1-548	<1
Plom (µg/l)	10	10	892	17	4 (0,5%)	<1-217,1	<1
Terbolesa (UNF)	5	-	890	2	0	<0,2-8,2	0,2

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

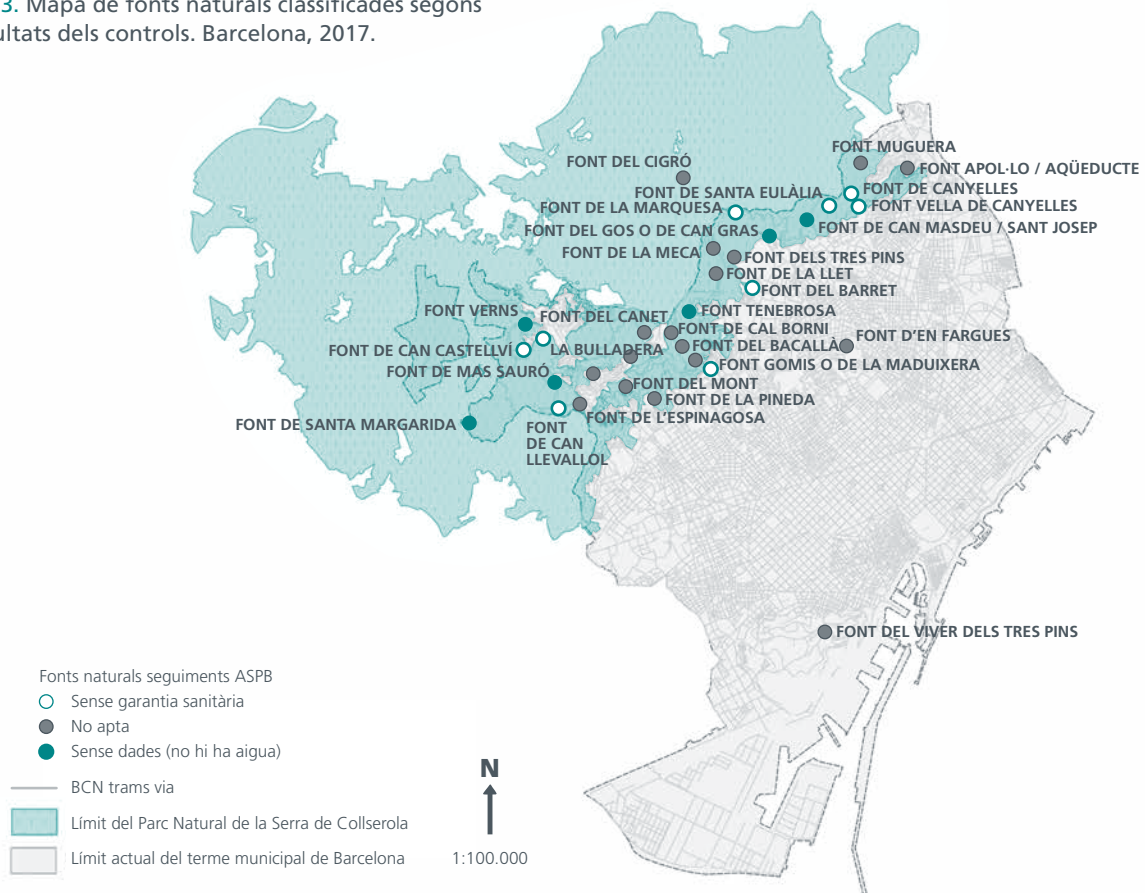
Les fonts naturals: qualitat i percepció ciutadana

Actualment a la ciutat de Barcelona hi ha 33 fonts naturals censades, i l'ASPB realitza activitats de vigilància de la qualitat de l'aigua com a mínim amb una freqüència anual. Les fonts naturals són aigües subterrànies que afloren a la superfície de forma natural o que s'extreuen mitjançant galeries d'infiltració i no són utilitzades amb finalitats comercials ni estan connectades a dipòsits o xarxes de distribució. L'aigua d'aquestes fonts no està desinfectada. A la figura 3 es mostra un mapa que classifica les fonts naturals segons els resultats de les anàlisis fetes durant l'any 2017. A qualsevol font natural, amb independència dels

resultats analítics, cal col·locar un rètol on s'indiqui que l'aigua no està desinfectada i no té garanties de seguretat microbiològica, així que no és recomanable el seu consum. Addicionalment si els resultats analítics evidencien que existeixin superacions dels paràmetres de qualitat de l'aigua de consum, cal retolar la font com a aigua no apta per al consum humà. El 70,4% de les fonts naturals analitzades el 2017 han presentat incompliments.

Per una altra banda, a l'Enquesta de Salut realitzada per l'ASPB el 2016 es van incloure algunes preguntes sobre la utilització d'aigua de les fonts naturals per part de la ciutadania. El 10,7% de la població ha manifestat que fa servir aigua de les fonts naturals ocasionalment, i el 0,9% que l'utilitza habitualment. Cal insistir que no és recomanable consumir l'aigua de les fonts naturals de la ciutat, atesa la seva manca de garantia sanitària, que podria arribar a provocar un eventual problema de salut a les persones consumidores.

Figura 3. Mapa de fonts naturals classificades segons els resultats dels controls. Barcelona, 2017.



La contaminació acústica

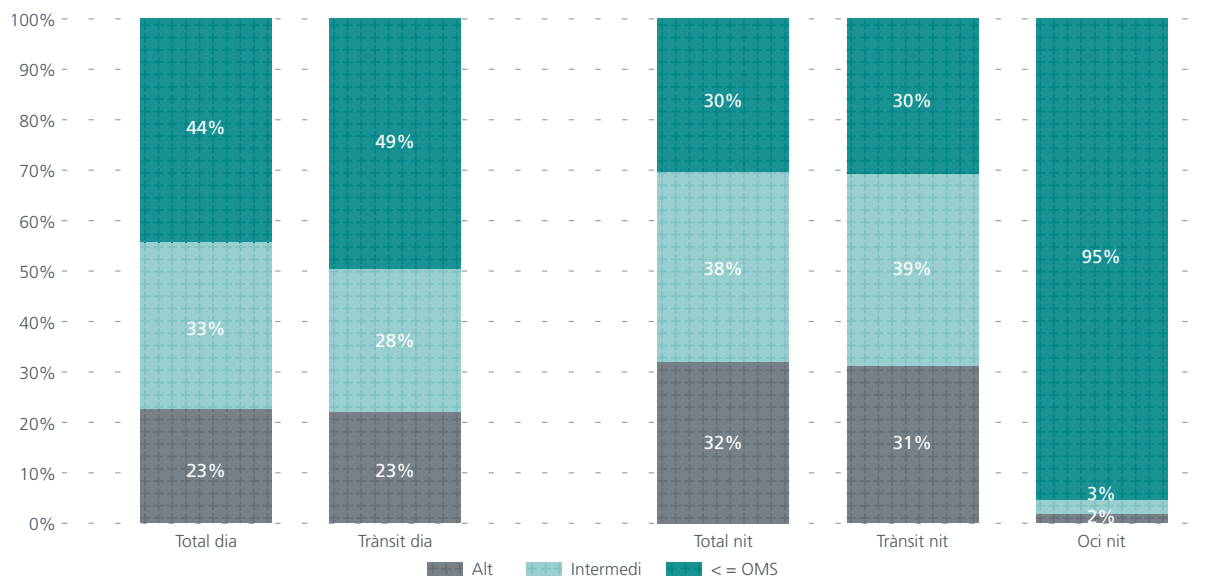
48

El 2017 s'ha actualitzat el Mapa Estratègic de Soroll de Barcelona, que descriu el nivell sonor durant el dia (de 7 a 21 h) i la nit (de 23 a 7 h) als carrers de la ciutat. També estima la població exposada a cada rang de nivell sonor segons el lloc de residència, per diferents fonts de soroll, com el trànsit o l'oci nocturn.

L'OMS recomana no exposar-se a nivells ambientals de soroll superiors als 55dB(A) durant el dia i als 40dB(A) durant la nit. L'exposició crònica a nivells superiors de soroll té un impacte negatiu sobre la salut, especialment en malalties cardiovasculars i en pertorbació del son.

El 56% de la ciutadania de Barcelona s'exposa a nivells per sobre dels recomanats per l'OMS durant el dia i el 70% s'hi exposa durant la nit (vegeu la figura 4). Una proporció considerable de residents s'exposa a nivells de soroll força per sobre dels recomanats (23% per sobre dels 65dB(A) durant el dia i 32% per sobre dels 55dB(A) durant la nit). Segons les fonts de soroll, la població exposada al soroll total coincideix amb la població exposada al soroll provinent del trànsit, tant durant el dia com durant la nit. L'oci nocturn és responsable de la superació del nivell de soroll de l'OMS durant la nit en el 5% de la població. L'estructura de ciutat densa i amb molt alta densitat de trànsit comporta una gran proporció de població vivint molt pròxima al trànsit i exposant-se a uns nivells massa elevats de soroll, especialment durant la nit.

Figura 4. Població exposada a diferents rangs de soroll total, provinent del trànsit i de l'oci nocturn durant el dia i la nit, en percentatges. Barcelona, 2017.



Font: Mapa estratègic de soroll de Barcelona, 2017. Ajuntament de Barcelona.
 Nota: Rangs de soroll durant el dia: alt (>65dB(A)), intermedi (>55-65dB(A)), OMS (<=55dB(A)). Rangs durant la nit: alt (>55dB(A)), intermedi (>40-55dB(A)), OMS (<=40dB(A)).

La seguretat alimentària

Les alertes i denúncies rebudes en matèria de seguretat alimentària requereixen actuacions immediates, ja que poden suposar situacions de risc per a la salut pública.

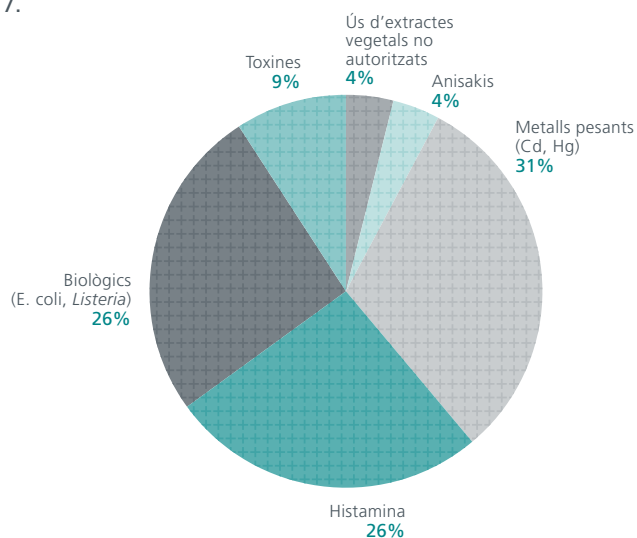
El 2017 es van rebre 87 comunicacions d'alertes a través del Sistema Coordinat d'Intercanvi Ràpid d'Informació (SCIRI). Aquest sistema permet identificar i gestionar les incidències associades als productes alimentaris, ja que està configurat en forma de xarxa i s'integra al sistema d'alerta alimentària comunitari (Rapid Alert System for Food and Feed, RASFF) i internacional (International Food Safety Authorities Network, INFOSAN). L'objectiu és protegir la persona consumidora de qualsevol perill real o potencial en cas que s'hagi detectat un risc greu o immediat en un producte i permetre identificar el producte sospitós i retirar-lo del mercat ràpidament.

De les 87 comunicacions d'alertes, s'ha intervingut en 76 casos (el 2016, de 69 alertes es va intervenir en 50). El tipus d'aliments implicats són majoritàriament productes de la pesca (32%), productes d'origen vegetal frescos, en conserva o fruita seca (21%) i complements alimentaris (16%). L'origen dels aliments implicats en les alertes comunicades va ser l'estat espanyol (39%), França (11%), resta de països de la UE (26%) i altres països (23%).

Respecte als motius, destaquen pel seu nombre els productes de la pesca amb metalls pesants (mercuri i cadmi), alt contingut en histamina o la presència de bacteris patògens (vegeu la figura 5). Per als productes vegetals, la presència de substàncies químiques (toxines, sulfits, pesticides) per sobre dels límits permesos. I en el cas dels complements, la presència de substàncies no autoritzades.

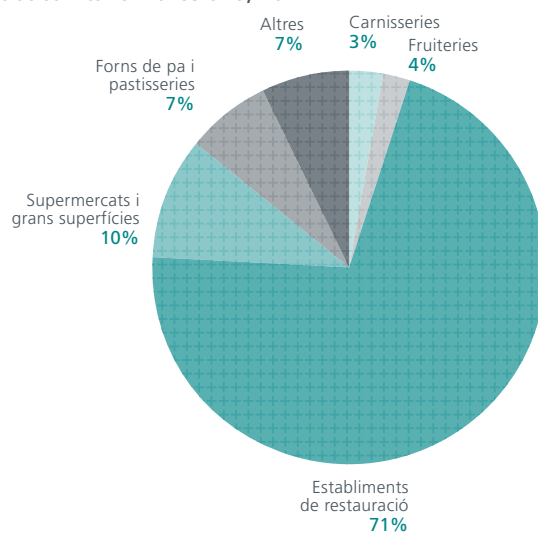
A més a més de les alertes, també es van investigar 146 denúncies rebudes de persones particulars que afectaven establiments alimentaris. D'aquestes, el 71% són d'establiments de restauració, on els motius més freqüents de denúncia són les condicions higièniques deficientes, la presència de plagues i la mala conservació dels aliments (vegeu la figura 6).

Figura 5. Motiu de les alertes en productes de la pesca. Barcelona, 2017.



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

Figura 6. Classificació dels tipus d'establiments denunciats per motius sanitaris. Barcelona, 2017.



Font: Registre de Denúncies i incidències (RDI) del portal d'aplicacions de la web de CatSalut (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya).



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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

L'activitat física i el sedentarisme

52

La inactivitat física i el sedentarisme no només afavoreixen l'aparició de nombroses malalties, sinó que també augmenten la probabilitat de morir de forma prematura. A més a més, recentment s'ha evidenciat com el temps sedentari (assegut o davant de pantalles, per exemple) pot considerar-se, per si mateix, un factor que augmenta el risc d'emmalaltir, independentment del temps d'activitat física que es realitzi. Segons dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona del 2016, el 52,3% dels homes i el 62,3% de les dones majors de 15 anys són inactius en el temps de lleure. Tant en homes com en dones la inactivitat augmenta a mesura que augmenta l'edat. Destaca com les dones de 15 a 44 anys són molt més inactives que els homes de la mateixa edat (52,1 vs. 39,1%). Segons classe social, la inactivitat al temps de lleure passa del 35,3 i el 43,3% en els homes i les dones de classes més afavorides al 56,7 i el 63,3%, respectivament, en les classes menys avantatjades (vegeu el quadre 1).

D'altra banda, activitats rutinàries i integrades en la vida quotidiana, com el fet de caminar, també són una eina fonamental per combatre el sedentarisme i fer contribucions significatives a l'activitat física realitzada. Tot i això, hi ha persones que no han caminat almenys 10 minuts seguits durant els 7 dies previs a l'enquesta (6,6%). Aquest percentatge augmenta amb l'edat tant en homes com en dones. Destaca com en les dones de 65 o més anys aquesta xifra arriba al 12,1%. Tant en els homes com en les dones sense estudis el percentatge dels que no han caminat és molt més alt que en les persones universitàries.

Finalment, una de les dades més destacades mostra com el 43,6% dels homes i el 40,3% de les dones declaren que estan asseguts durant la major part de la jornada. Aquest percentatge augmenta amb l'edat tant en homes com en dones. En el cas dels homes són les classes més afavorides i els universitaris els que presenten els majors percentatges (61,5 i 53,7%). En el cas de les dones, el patró no és tan clar segons classe social, però també apunta que les de classe més afavorida i les universitàries són les més inactives. Cal destacar també que segons dades de la mateixa enquesta, el 23,3% dels nois i el 29,1% de les noies d'entre 3 a 14 anys no juga cap dia de la setmana al parc o al carrer, i el 84,6% i el 75,8%, respectivament, veu 4-5 dies el televisor en dia laborable.

Quadre 1. Comportaments sedentaris per sexe, segons edat, classe social i nivell d'estudis. Barcelona, 2016.

	Inactivitat en el temps de lleure		No ha caminat		Està assegut/uda durant la major part de la jornada	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
15-44 anys	39,1%	52,1%	5,6%	3,8%	40,0%	38,3%
45-64 anys	56,6%	62,2%	7,1%	5,7%	44,0%	38,7%
65 i més	69,3%	66,0%	8,3%	12,1%	48,6%	42,9%
CS I	35,3%	43,4%	6,0%	7,1%	61,5%	49,8%
CS II	47,0%	37,7%	5,7%	6,3%	51,1%	30,7%
CS III	42,7%	47,6%	6,0%	5,1%	47,5%	50,7%
CS IV	50,4%	58,2%	8,1%	5,2%	29,7%	23,2%
CS V	56,7%	63,3%	6,0%	5,7%	39,7%	25,9%
Sense estudis	43,5%	46,3%	10,3%	8,5%	44,4%	41,4%
Primaris	60,5%	69,0%	8,4%	5,9%	36,3%	32,0%
Secundaris	54,1%	59,5%	5,7%	6,2%	34,8%	33,5%
Universitaris	42,0%	48,2%	5,6%	5,2%	53,7%	42,5%

Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

Nota: CSI a CSV significa classe social més afavorida a menys afavorida.

L'exposició al fum ambiental del tabac

Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona, el 27,8% de les persones declaren que algun membre de la família fuma a casa habitualment. Existeixen diferències per classe social, amb més exposició al fum ambiental de tabac a casa en persones de classes socials menys afavorides (31% en els homes i 20,8% en les dones).

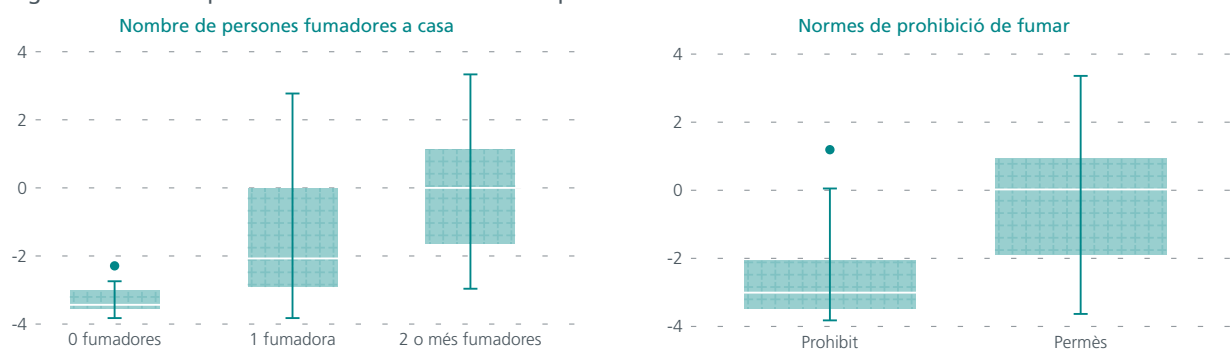
¹López, M.J.; Arechavala, T.; Continente, X.; Schiaffino, X.; Pérez-Ríos, M.; Fernández, E. *Social inequalities in secondhand smoke exposure in children in Spain*. *Tob Induc Dis*. 2018;16(April):14.

²Arechavala, T.; Continente, X.; Pérez-Ríos, M. *et al*. *Second-hand smoke exposure in homes with children: assessment of airborne nicotine in the living room and children's bedroom*. *Tob Control*. 2018;27(4):399-406.

El 21,4% dels homes i el 17,5% de les dones treballadores manifesten que alguna persona prop seu fuma en el lloc de treball. Els dies feiners, el 10,2% dels homes i el 8,4% de les dones passen més d'una hora diària en ambients carregats de fum fora de casa i de la feina (el 4,8% i el 3,5% més de quatre hores, respectivament). Durant el cap de setmana les xifres s'incrementen al 13,2% en homes i el 10% en dones.

Els nens i les nenes són població especialment vulnerable al fum ambiental del tabac, i l'exposició a casa és la més important, pel temps que hi passen a dins. S'estima que el 25,8% hi estan exposats a casa, el 4,6% al cotxe i el 8,2% al transport públic¹. Un estudi realitzat a famílies de Barcelona amb menors de 12 anys² va mostrar alts nivells de nicotina al menjador de cases on algun membre era fumador, amb una concentració mediana de 0,16 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Aquests nivells augmentaven fins a 1,04 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en cases amb dues o més persones fumadores, concentració més elevada fins i tot que les obtingudes en llocs de treball

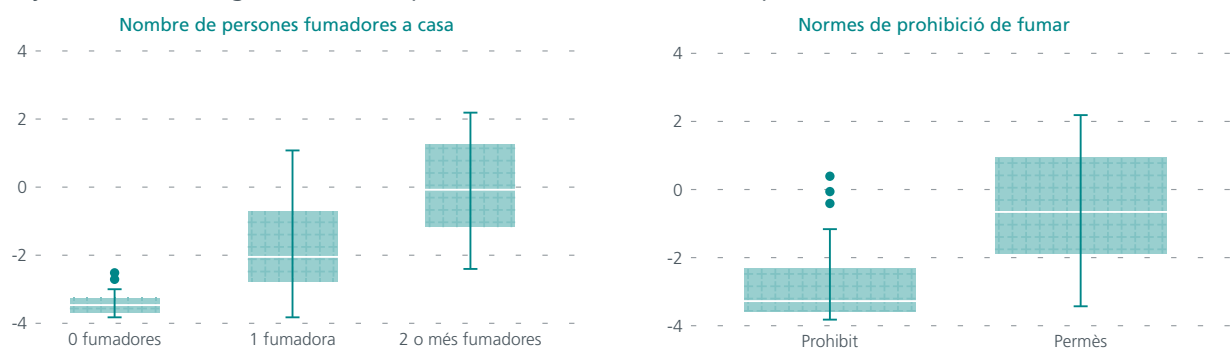
Figura 1. Concentració de nicotina* ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) en menjadors de cases de famílies amb menors de 12 anys de Barcelona, segons nombre de persones fumadores i normes de prohibició de fumar.



Font: Arechavala, T.; Continente, X.; Pérez-Ríos, M. *et al*. *Second-hand smoke exposure in homes with children: assessment of airborne nicotine in the living room and children's bedroom*. *Tob Control*. 2018;27(4):399-406.

Nota: La gràfica mostra la transformació logarítmica de la concentració de nicotina.

Figura 2. Concentració de nicotina* ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) a l'habitació de l'infant més jove de cases de famílies amb menors de 12 anys de Barcelona, segons nombre de persones fumadores i normes de prohibició de fumar.



Font: Arechavala, T.; Continente, X.; Pérez-Ríos, M. *et al*. *Second-hand smoke exposure in homes with children: assessment of airborne nicotine in the living room and children's bedroom*. *Tob Control*. 2018;27(4):399-406.

Nota: La gràfica mostra la transformació logarítmica de la concentració de nicotina.

L'exposició al fum ambiental del tabac

54

abans de l'aplicació de la llei de control del tabaquisme. De la mateixa manera, la concentració mediana de nicotina al menjador era més elevada en cases de persones que permetien fumar a dins de casa ($1,04 \mu\text{g}/\text{m}^3$), respecte de les cases on no es deixava fumar ($0,06 \mu\text{g}/\text{m}^3$). El mateix estudi també va mostrar una forta correlació en-

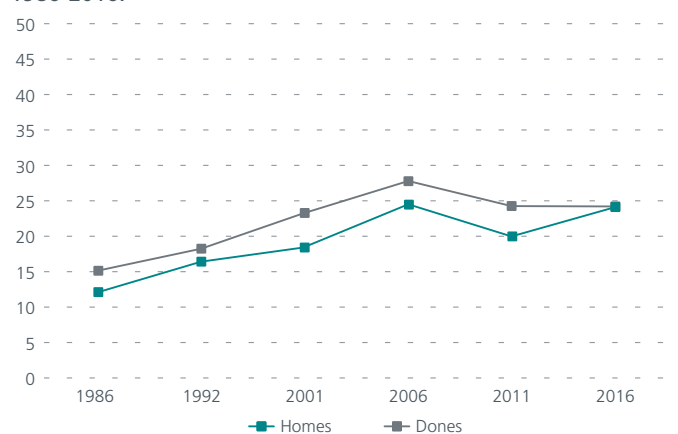
tre la concentració de nicotina al menjador i a l'habitació de dormir de l'infant. Així, la concentració mediana de nicotina a l'habitació de l'infant més jove en cases amb dues o més persones fumadores era de $0,66 \mu\text{g}/\text{m}^3$, i la de cases on es permetia fumar era de $0,48 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (vegeu les figures 1 i 2, pàgina 53).

Les hores de son

Es considera que dormir entre 7 i 9 hores diàries és necessari per recuperar-se i reposar tant físicament com emocionalment. A Barcelona el 23,6% dels homes i el 24,6% de les dones refeixen dormir 6 hores o menys. Segons el grup d'edats aquest percentatge arriba al màxim del 35% en ambdós sexes en el grup de 55 a 64 anys. Existeixen desigualtats segons la classe social; el 22,6% d'homes de classe social més avantatjada dormen menys de 6 hores, i els de classe social menys avantatjada ho fan el 35,1%. En les dones les diferències són del 21,7 al 32,8%. Aquestes diferències igualment es mostren segons el nivell de renda dels barris. Als barris amb menor renda, el 26,6% dels homes i el 29,0% de les dones dormen 6 hores o menys, mentre que els de renda més alta ho fan el 21,1% i el 16,4%, respectivament (vegeu la figura 4, pàgina 55).

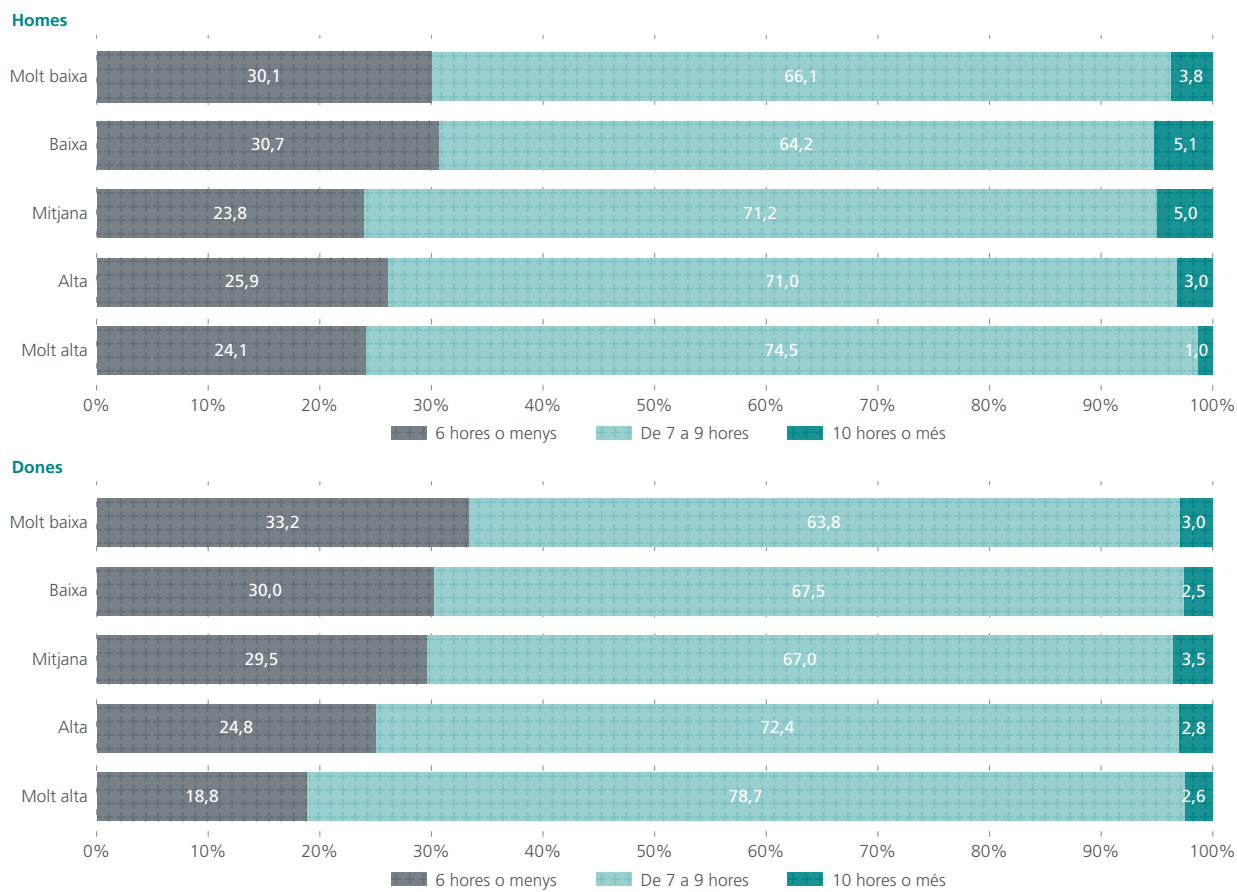
El nombre de persones que dormen menys de 6 hores al dia ha anat incrementant-se fins al 2006, per disminuir amb la crisi econòmica i incrementar-se de nou el 2016. Es manté al llarg del període el nombre més elevat de dones que dormen menys de 6 hores respecte dels homes fins a igualar-se el 2016 (vegeu la figura 3).

Figura 3. Evolució de la freqüència de dormir menys de 6 hores per sexe, en percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1986-2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

Figura 4. Hores de son per nivell de renda del barri, en percentatges, Barcelona 2016/17.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

L'exposició a les pantalles

56

Actualment, la societat s'està fent ressò dels possibles riscos quant a un temps excessiu (dues hores o més al dia, segons dades de l'Associació Americana de Pediatria)³ de visionat de pantalles (televisió, videoconsola, ordinador i/o tauleta). Aquesta realitat tecnològica requereix una anàlisi amb més profunditat de l'ús que en fan els adolescents, per conèixer l'impacte en la seva salut i qualitat de vida. L'any 2016 es va dur a terme una enquesta realitzada als adolescents escolaritzats d'entre 13 i 18 anys a Barcelona. Les dades obtingudes van mostrar que els adolescents estan davant d'alguna pantalla dues hores o més al dia en el seu temps lliure, i aquest temps augmenta en cap de setmana.

En dies lectius i en horari de temps lliure, el visionat de pantalles per sobre del recomanat (dues hores o més al dia) de televisió, ordinador o tauleta va ser similar en ambdós sexes (televisió: 25,7% en nois i 24,9% en noies; ordinador:

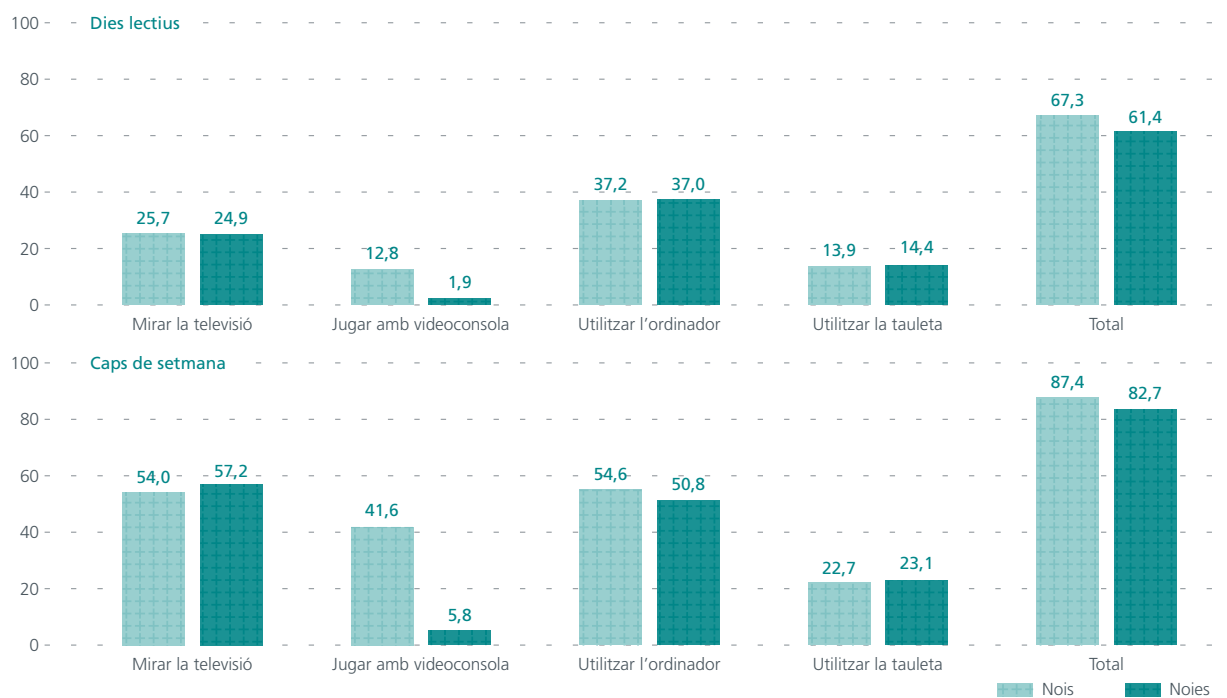
37,2% en nois i 37,0% en noies; tauleta: 13,9% en nois i 14,4% en noies). En canvi, en el cas de les videoconsoles, el 12,8% dels nois va declarar estar-s'hi dues hores o més respecte de l'1,9% de les noies (p<0.05).

En caps de setmana, el percentatge de visionat de pantalles va augmentar en els quatre aparells estudiats i en ambdós sexes. Més de la meitat dels enquestats van mirar la televisió (54,0% en nois i 57,2% en noies) o utilitzar l'ordinador (54,6% en nois i 50,8% en noies) dues hores o més. Pel que fa a jugar a la videoconsola, el percentatge de nois que hi juga dues hores o més va augmentar fins al 41,6%, i en les noies va passar al 5,8% (vegeu la figura 5). L'ús d'ordinador en temps lliure, en dues hores o més, augmenta amb l'edat tant en dies lectius com en caps de setmana i en ambdós sexes.⁴

³American Academy of Pediatrics. Policy statement: Children, adolescents and television. Pediatrics. 2001; 107:423-6.

⁴Santamariña-Rubio, E.; Serral Cano, G.; Pérez, C.; Ariza, C. i grup col·laborador 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. Disponible a: <http://www.aspb.cat/documents/informe-fresc-30-maig-2017/>

Figura 5. Percentatge en el visionat de pantalles de 2 hores o més al dia, en adolescents de 13 a 18 anys, en dies lectius i en caps de setmana, segons sexe. Barcelona, 2016.



Font: Enquesta Factors de Risc en Estudiants de Secundària (Enquesta FRESC, 2016). ASPB.

La cura de les persones dependents

Abordar el treball de cures implica posar al centre de la reflexió el benestar de les persones.^{5,6} Tothom, al llarg de la vida, necessita cures. La dependència és inherent a la condició humana. Ara bé, no en totes les circumstàncies es necessiten els mateixos tipus de cures. Segons les dades de l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016, al voltant d'una de cada quatre barcelonines i un de cada cinc barcelonins s'ocupa de forma no remunerada del treball de cures de familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut, derivats d'una edat avançada o d'estar en una situació de dependència. Aquestes xifres són més elevades que en estudis previs,⁷ i aquest augment es deu al fet que el 2016 s'ha inclòs el treball de cures amb qui no es conviu, i que suposen gairebé la meitat del treball de cures. Com a la resta de les societats occidentals, a Barcelona el treball de cures es resol en termes inequitatius, és a dir, el desenvolupen principalment dones i es tracta d'un treball en solitari al propi domicili (8,6% de les dones i 5,2% dels homes), per part de persones amb baix nivell educatiu i que es troben a la jubilació.

El treball de cures de familiars pot tenir efectes positius en el benestar de les cuidadores,⁸ però les condicions de sobrecàrrega en les quals habitualment es desenvolupa fan que el cost que assumeixen les persones cuidadores sigui elevat en termes de salut i benestar.⁹ Així, segons l'ESB del 2016, la responsabilitat del treball de cures es relaciona amb prevalències superiors de mal estat de salut percebuda en el cas de la cura de persones amb qui es conviu, especialment entre les dones que cuiden soles, amb un 39,4% (vegeu la figura 6). Les persones que cuiden, tant al propi domicili com a fora, també presenten prevalències més elevades de risc de patiment psicològic i d'un descans insuficient. Finalment, cal destacar que aquestes diferències són de nou més notables en el cas de les dones que cuiden soles al propi domicili, i presenten el 27,7% de risc de patiment psicològic i el 43,8% de tenir un descans insuficient, versus el 15,6 i el 25,3% de les dones que no cuiden, respectivament.

⁵Fraser, N. After *The Family Wage: Gender Equity and the Welfare State*. *Polit Theory*. 1994;22(4):591-618

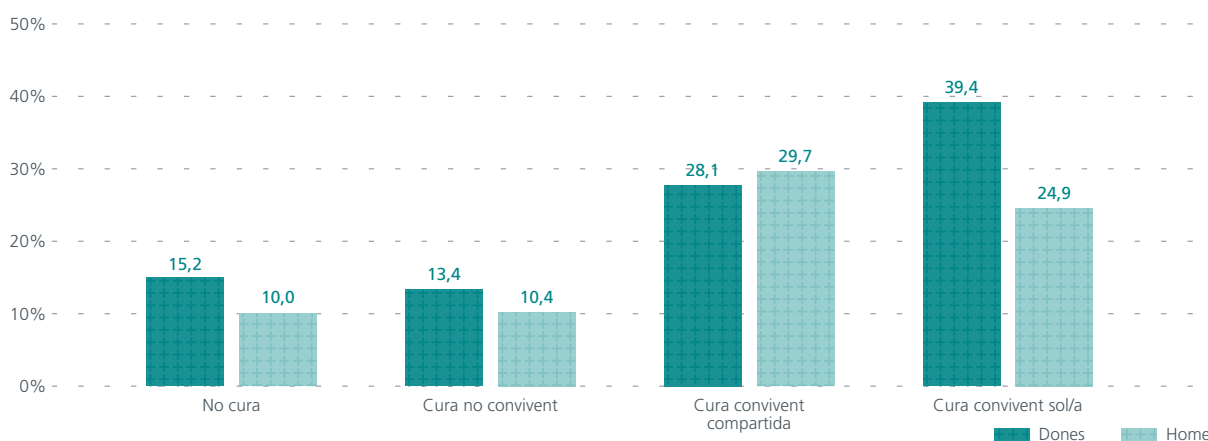
⁶Rubery, J. *Regulating for Gender Equality: A Policy Framework to Support the Universal Caregiver Vision*. *Soc Polit*. 2015;22(4):513-538.

⁷La salut dels qui conviu amb persones que tenen necessitats especials d'atenció o dependència a Barcelona. Xarxa de Suport a les Famílies Cuidadores, Ajuntament de Barcelona, ASPB, juny 2009.

⁸Roth, D.; Fredman, L.; Haley, W. *Informal caregiving and its impact on health: A reappraisal from population-based studies*. *Gerontologist*. 2015.

⁹García, J.R. *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. *Imsero*; 2012.

Figura 6. Prevalença de mal estat de salut percebut segons es tingui cura o no de persones amb necessitats especials d'atenció i segons la convivència amb elles i el sexe. Barcelona, 2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona 2016. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: La diferència entre cura convivent compartida en homes i cura convivent sola en dones és significativa respecte de la no cura un cop ajustat per nivell educatiu i nivell educatiu.



← Linha 1 Hospital de Belvite

← Linha 5



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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

L'esperança de vida

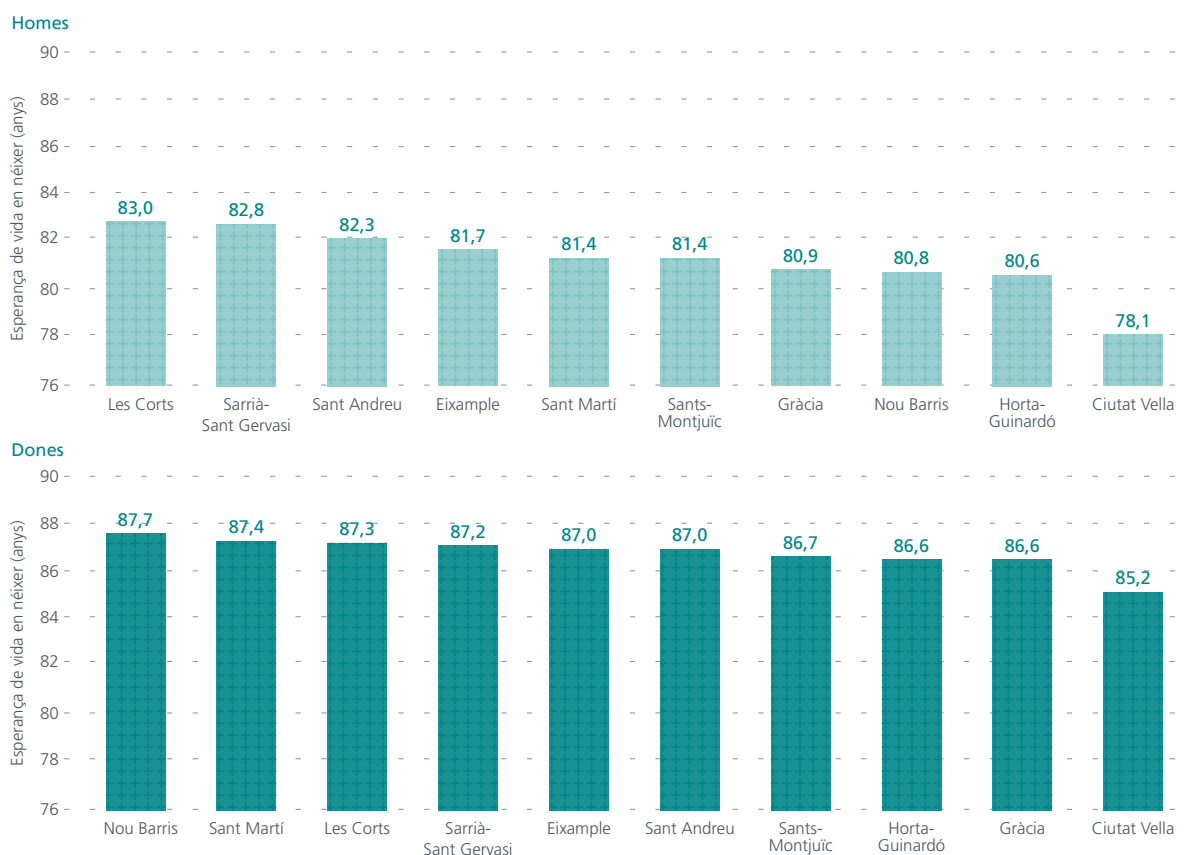
60

Segons el Registre de Mortalitat de la ciutat de Barcelona (vegeu la nota al final del capítol), l'any 2016 l'esperança de vida en néixer era de 81,2 anys per als homes i de 86,9 anys per a les dones (2015: 80,8 en homes i 86,6 en dones). Aquestes xifres situen l'esperança de vida de les persones residents a Barcelona una mica per sobre de la de Catalunya (80,8 i 86,3 anys, respectivament) i la de l'estat espanyol (80,3 i 85,8 anys). En comparació amb l'any anterior, l'esperança de vida va augmentar molt lleugerament, tant en els homes com en les dones.

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 l'esperança de vida en néixer entre els districtes de la ciutat segons sexe. En homes, els districtes de les Corts i Sarrià-Sant Gervasi van ser els que van presentar una esperança de vida més elevada, i Ciutat Vella i Horta-Guinardó, els que la van presentar la més baixa, en correspondència amb la seva situació socioeconòmica. Aquest mateix patró s'observa també per a l'esperança de vida als 45 anys i als 75 anys. Les dones mostren un patró diferent: la relació amb la situació socioeconòmica no és tan clara, de manera que podem trobar districtes desafavorits entre els que presenten una esperança de vida més elevada (com és el cas de Nou Barris), per exemple. Les desigualtats socioeconòmiques en l'esperança de vida s'analitzen amb més detall al capítol de desigualtats en salut d'aquest informe.

Figura 1. Esperança de vida en néixer als districtes segons sexe. Barcelona, 2016.



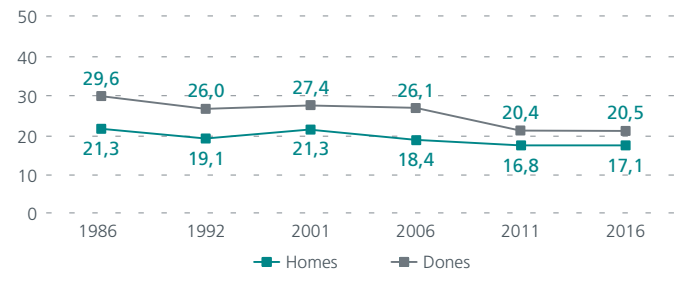
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, ASPB.

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

La salut percebuda

El 84,4% dels homes i el 78,2% de les dones declaren tenir una salut percebuda de bona a excel·lent. Si corregim aquestes xifres pels possibles canvis en la composició en l'edat des del 1986 al 2016, observem que l'evolució de la mala salut percebuda (una salut regular o dolenta) té una tendència a disminuir en ambdós sexes (vegeu la figura 2). Les dones tenen pitjor estat de salut que els homes en tot el període, però les diferències per sexe disminueixen de 8,3 punts percentuals el 1986 a 3,4 el 2016. La disminució en la mala salut s'estabilitza entre les dues últimes edicions de l'enquesta el 2011 i el 2016.

Figura 2. Evolució de mala salut percebuda en percentatges estandarditzats per edat. Barcelona, 1986-2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona. ASPB.

La salut laboral

Les lesions per accident de treball

L'any 2017 s'han produït 31.836 lesions per accident de treball amb baixa laboral (213 van ser greus i 15 mortals). En relació amb l'any 2016 hi ha hagut una disminució del nombre i la incidència¹ de tots els nivells de gravetat, sobretot de les lesions mortals. Les lesions més

severes (greus i mortals) més freqüents van ser *in itinere*. Al quadre 1 s'observa el nombre, la incidència i la variació d'ambdós indicadors en relació amb el 2016.

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.

Quadre 1. Lesions per accident de treball amb baixa. Nombre, incidència i variació respecte del 2016, segons gravetat. Barcelona, 2017.

	Nombre		Variació 2016-2017 (%)		Incidència (x 100.000 persones afiliades)	Variació 2016-2017 (%)
	Homes	Dones	Homes	Dones		
Lleus	18.083	13.525	-1,7	-1,6	3.398,7	-5,3
Greus	149	64	-18,6	-15,8	22,9	-20,8
Mortals	12	3	-52,0	-50,0	1,6	-54,3
Total	18.244	13.592	-2,0	-1,7	3.423,2	-5,5

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

62

Les malalties professionals

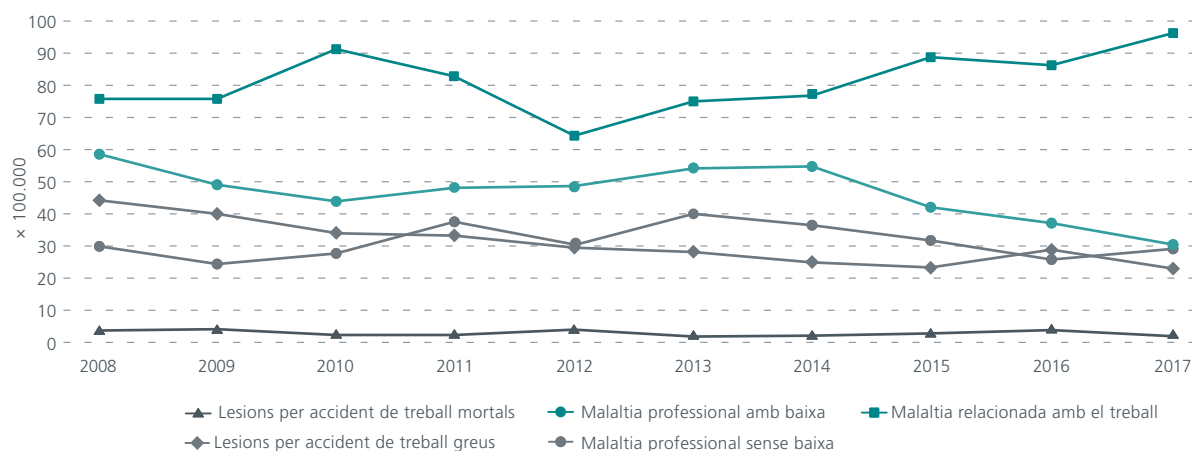
Les malalties professionals (regulades al real decret 1299/2006) declarades el 2017 han estat 550, el 50,7% de les quals han estat amb baixa. La incidència¹ ha estat de 59,2 casos per cada 100.000 persones afiliades a la seguretat social (30,0 i 29,1 per cada 100.000, amb baixa i sense baixa, respectivament). En relació amb l'any 2016 s'observa una disminució del nombre i incidència de les malalties amb baixa (van passar de 335 a 279 i d'una incidència de 37,4 a 30,0 per 100.000 persones afiliades) i un augment dels dos indicadors de les malalties sense baixa (de 234 a 271 malalties i una incidència de 26,1 a 29,1 per 100.000 persones afiliades).

Les malalties relacionades amb el treball

L'any 2017 els equips d'atenció primària han notificat 611 malalties relacionades amb el treball (trastorns de salut que tenen algun nivell de relació amb factors de risc laboral) a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona, un 11,9% més que l'any anterior. També la incidència s'ha incrementat i ha passat de 87,3 a 96,2 per cada 100.000 persones assalariades. Com en anys anteriors, els trastorns ansiosos i depressius han estat els més freqüents (76,5% en homes i 70,6% en dones), seguits dels musculoesquelètics (14,6 i 16,3%, respectivament). A la figura 3 s'observa l'evolució dels tres indicadors de salut analitzats en aquest apartat.

¹El 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 3. Evolució de la taxa d'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, 2008-2017.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies 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 afiliades al règim general de la Seguretat Social en el cas de malalties professionals i lesions mortals greus; i unitats per cada 10.000 persones ocupades en el cas de les malalties relacionades amb el treball. En els dos primers casos no es disposa de denominadors separats per sexe, per la qual cosa no es poden calcular les incidències segons el sexe.

La salut sexual i reproductiva

L'any 2017 es van produir 19.333 embarassos en dones en edat fèrtil (51 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys) dels quals 13.866 van ser naixements (36,6 naixements per 1.000 dones) i 5.467 van ser avortaments (14,4 per 1.000 dones). Tant els embarassos com els avortaments mostren un evolució estable a la ciutat, i és la fecunditat el valor que mostra un lleuger descens a la ciutat (vegeu la figura 4). Pel que fa a la planificació de l'embaràs, el 28,3% dels embarassos en les dones en edat fèrtil acaben en avortament, percentatge estable en els darrers anys.

La fecunditat en dones de 15 a 49 anys presenta xifres similars en les dones nascudes a l'estat espanyol (36,6 per 1.000 dones) i les nascudes a països de rendes baixes (40 per 1.000 dones). En canvi, els avortaments són més freqüents entre les dones nascudes a països de rendes baixes (22,2 per 1.000 dones) que les dones nascudes a l'estat espanyol (14,4 per 1.000 dones). Aquesta

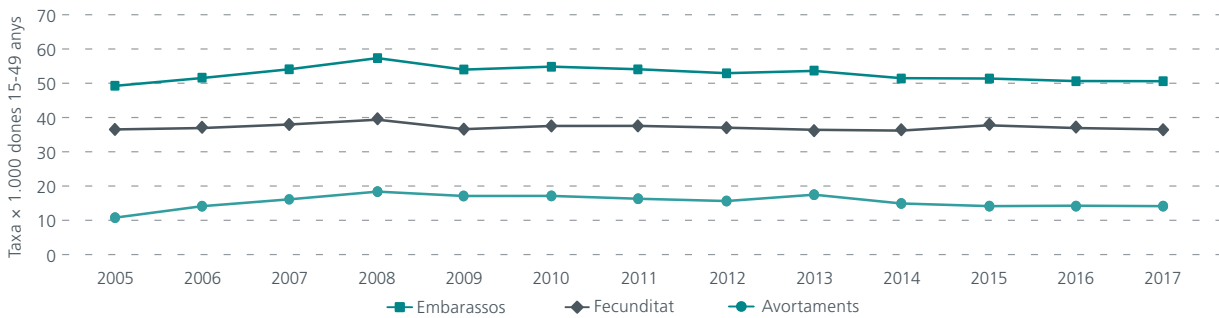
desigualtat per país d'origen es manté estable en els darrers anys (vegeu la taula 16, pàgina 106 de l'annex).

Fecunditat, avortaments i embaràs en l'adolescència.

L'any 2017 s'han produït 537 embarassos (16,7 per 1.000 dones) en dones adolescents, que és la xifra més baixa des de l'any 2003 a la ciutat. En els darrers 3 anys els avortaments (12 per 1.000 dones) es mantenen estables, mentre que la fecunditat (5 per 1.000 dones) en les dones adolescents baixa (vegeu la figura 5). Per país d'origen, les dones adolescents de països de rendes baixes presenten una freqüència més elevada d'embarassos adolescents (33,9 per 1.000 dones vs. 12 per 1.000 dones de l'estat espanyol), en la fecunditat (12,5 per 1.000 dones vs. 2,8 per 1.000 dones de l'estat espanyol) i els avortaments (21,1 per 1.000 dones vs. 9,2 per 1.000 dones de l'estat espanyol).

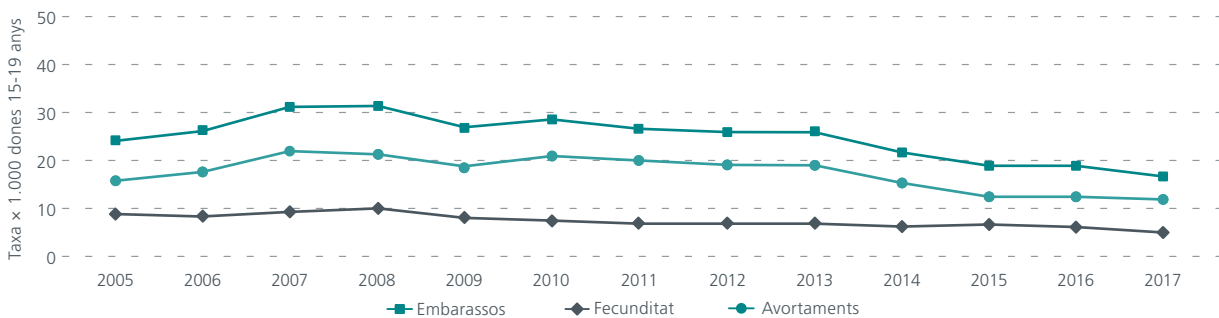
En les dones adolescents, el 71% dels embarassos acaben en avortament. En les dones originàries de països de rendes baixes, el 63% dels embarassos acaben en avortament, mentre que aquest percentatge és del 77% en les dones originàries de l'estat espanyol.

Figura 4. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones en edat fèrtil. Barcelona, 2005-2017.



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

Figura 5. Evolució de la fecunditat, els avortaments i els embarassos en dones de 15 a 19 anys. Barcelona, 2005-2017.



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

La salut sexual i reproductiva

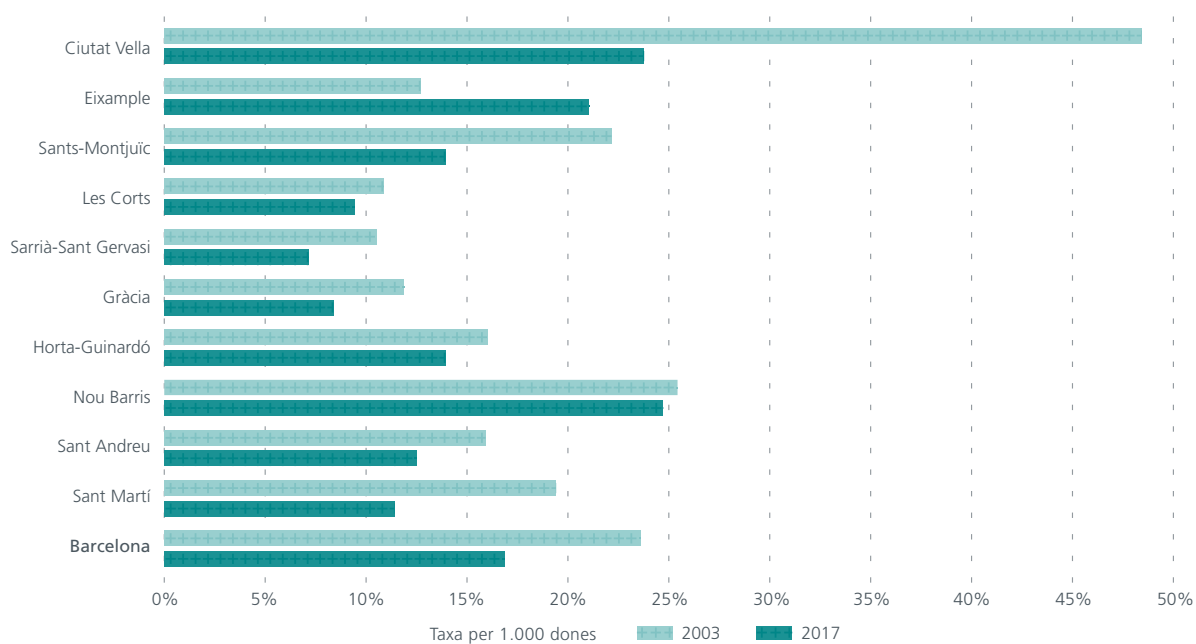
64

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

La freqüència d'embarassos en dones adolescents més alta correspon als districtes de Ciutat Vella (taxa de 23,8 per 1.000 dones adolescents) i Nou Barris (taxa de 24,6 per 1.000 dones adolescents). Aquest any apareix el districte de l'Eixample com a tercer districte amb més freqüència d'embarassos adolescents (taxa de 21 per 1.000 dones) (vegeu la figura 5, pàgina 63).

Pel que fa a l'evolució entre 2008 i 2017, la ciutat de Barcelona mostra un descens important en la xifra dels embarassos en dones adolescents que també es veu reflectit en la majoria dels districtes de la ciutat, i destaca el descens a Ciutat Vella, on s'observa una reducció d'un 50%, i a Sants-Montjuïc. Nou Barris mostra xifres altes d'embarassos adolescents i sense modificació en aquest període, i l'Eixample mostra un important creixement en els embarassos adolescents no observat anteriorment (vegeu la figura 6).

Figura 6. Evolució dels embarassos en dones de 15 a 19 anys als districtes. Barcelona, 2003-2017.



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

La salut mental i les addiccions

La salut mental poblacional

En la població adulta de 15 anys o més, declaren tenir bona salut mental el 83,5% dels homes i el 80,1% de les dones (és a dir, el 16,5% dels homes i el 19,9% de les dones presenten risc de patiment psicològic). S'aprecia una pitjor salut mental en les classes menys afavorides. En els homes la xifra és del 25,8% a les classes desfavorides i del 8,5% a les classes més afavorides; en les dones és del 30,3% i el 14,1%, respectivament.

Si considerem l'evolució comparada dels 18 barris amb pitjors indicadors de salut respecte de la resta de barris de Barcelona entre 2006 i 2016 (vegeu la figura 7), s'observa en els homes un empitjorament de la prevalença de la salut mental, mentre que es manté en les dones. Aquest fet pot estar relacionat amb l'efecte de la crisi econòmica, que ha incrementat la població en atur de llarga durada i s'ha vist afectat el rol cultural masculí com a principal aportador a la llar.

Els trastorns de salut mental relacionats amb el treball

L'any 2017 els centres d'atenció primària de la ciutat han notificat 445 persones amb trastorn de salut mental (majoritàriament, de tipus ansiós i depressiu) relacionats amb el treball a la Unitat de Salut Laboral de Barcelona. La majoria han afectat dones (63,5%), i l'edat mitjana ha estat de 44,6 anys. El 28,6% dels homes i el 21,4% de les dones havien nascut fora de l'estat espanyol, sobretot en països sud-americans (12,4 i 13,8%, homes i dones, respectivament).

Personal de serveis i comerç, i personal de suport han estat les dues ocupacions més freqüents (26,3 i 20,6% d'una i altra ocupació en el cas dels homes i 23,2 i 31,2% en el cas de les dones en les mateixes ocupacions, respectivament), mentre que l'activitat econòmica amb més casos ha estat el comerç al major i detall, reparació de

vehicles (15,8% dels casos masculins i 14,8% dels femenins), seguida de l'hoteleria en els homes (13,9%) i les activitats sanitàries i de serveis socials en les dones (14,1%).

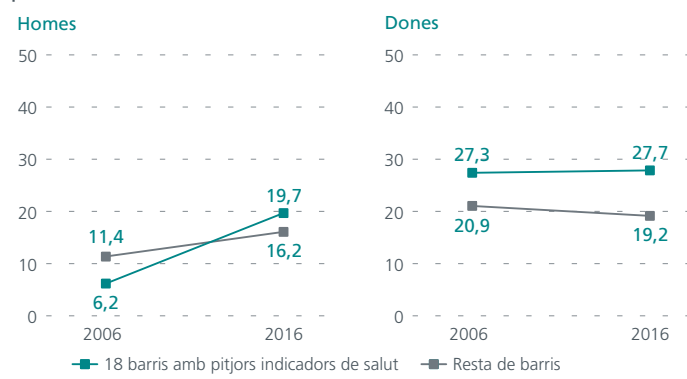
El factor de risc més freqüentment implicat en els casos estudiats ha estat la manca de suport dels superiors (55,1% en els casos masculins i 60,4% en els femenins), seguit de les elevades exigències psicològiques, com l'elevat volum de feina i la pressió de temps (29,5% homes, 25,6% dones). En relació amb l'any anterior, enguany ha augmentat el nombre de casos i la incidència en ambdós sexes. En homes, s'ha passat de 137 a 162 casos, i de 45,4 a 53,0 casos per 100.000 assalariats. El nombre de casos en les dones ha passat de 259 a 283, i la incidència, de 80,2 a 86,4 per 100.000 assalariades.³

L'atenció a la salut mental en els serveis sanitaris

L'any 2017 s'han atès 46.518 persones als centres de salut mental d'adults i 12.493 als centres de salut mental infantil i juvenil. A la figura 8 (pàgina 66) es mostra l'increment de la població que ha estat atesa als centres de salut mental del període entre el 2002 i el 2017, amb un increment del 129,5% de la població infantil i juvenil i d'un 67,4% en la població adulta. L'any 2017 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 (60,5%). 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.

Del total de persones ateses als centres de salut mental, la figura 9 (pàgina 66) mostra l'evolució, en percentatges, de les persones amb trastorns mentals greus i severos. En adults, del 22,2% amb trastorns

Figura 7. Evolució de la mala salut mental segons 18 barris amb pitjors indicadors socioeconòmics i de salut i de la resta de barris per sexes. Barcelona 2006-2016.



³El càlcul de la incidència s'ha fet a partir del nombre de trastorns mentals notificats en persones assalariades respecte de la mitjana anual de persones assalariades, segons l'Enquesta de Població Activa. Els nombres absoluts es refereixen a tots els casos notificats.

La salut mental i les addiccions

66

greus atesos el 2005 s'ha arribat al 32,5% el 2017. En la població infantil i juvenil, del 4,2% d'infants i joves amb trastorns greus atesos el 2005 s'ha arribat al 12,4% el 2017. L'increment progressiu s'interpreta com una millor adequació de l'ús dels serveis especialitzats de salut mental i es deuria en part a la millora en la detecció precoç. Aquest model s'està aplicant des de fa anys de forma progressiva i es mostra estable durant el període 2016-2017, tal com s'observa a la gràfica.

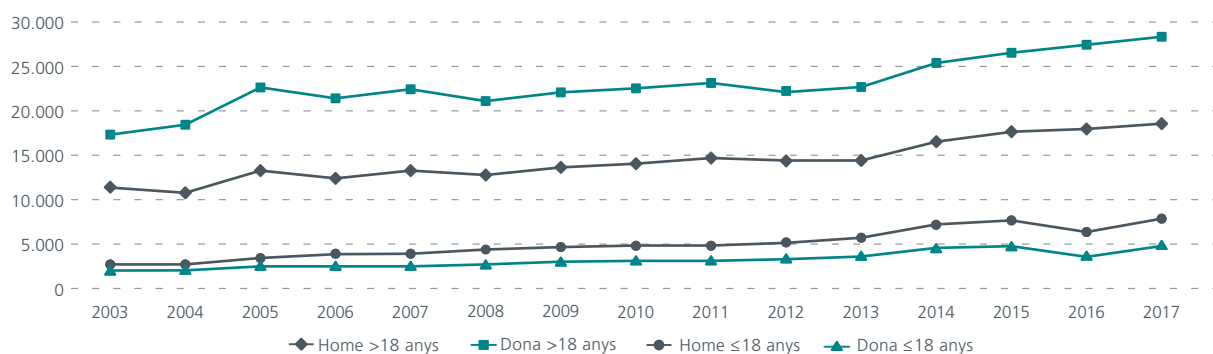
Les addiccions

La xarxa pública de centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS) de Barcelona constava de 15 centres l'any 2017 (2016: 14) (CAS Barceloneta, Fòrum, Garbivent, Hospital Sant Pau, Nou Barris, Sarrià, Sants, Vall d'Hebron,

Horta-Guinardó, Baluard, Gràcia, Les Corts, Hospital Clínic, CECAS i Lluís Companys). En els darrers 10 anys el nombre d'inicis de tractament registrats ha disminuït, i ha passat dels aproximadament 5.000 inicis l'any 2007 als 4.062 l'any 2017 (vegeu la figura 10, pàgina 67). Aproximadament el 26% dels inicis de tractament es produeixen en dones, xifra que es manté constant des de l'any 2007. L'alcohol continua sent la substància que més inicis per trastorn de consum de substàncies ha causat (42,5% en els homes i 49,1% en les dones l'any 2017) seguit de la cocaïna (21,6% en els homes i 15,1% en les dones l'any 2017). No obstant, des de l'any 2009 s'ha observat una disminució en els inicis de tractament per trastorn de consum de cocaïna que s'ha estabilitzat en els darrers anys. La resta de substàncies s'han mantingut estables al llarg d'aquests 10 anys.

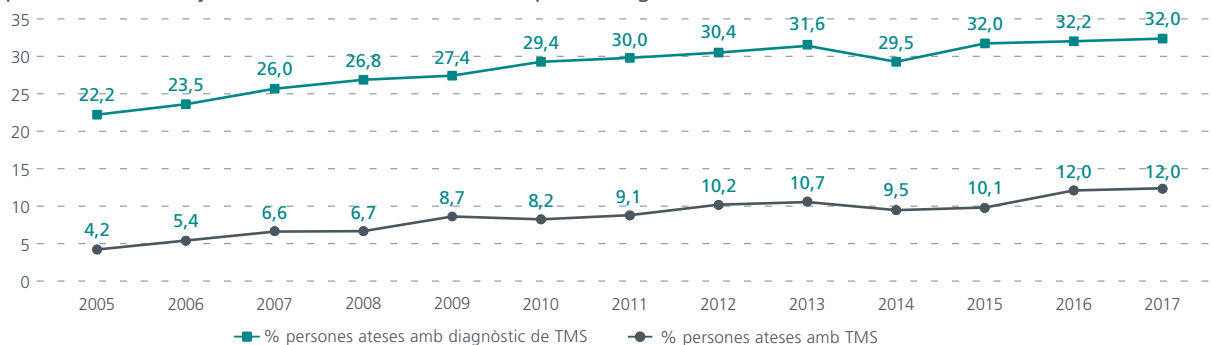
El percentatge d'inicis de tractament dels centres d'atenció i seguiment de gestió municipal (CAS Garbivent, Nou Barris, Sarrià, Sants, Horta-Guinardó, Baluard)⁴ corresponen aproximadament al 50% dels inicis de tractament de tota la xarxa pública de la ciutat, i la tipologia de subs-

Figura 8. Població atesa als centres de salut mental segons el grup d'edat i el sexe. Barcelona, 2003-2017.



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

Figura 9. Persones ateses amb diagnòstic de trastorn mental sever (TMS) en adults i trastorn mental greu (TMG) en població infantil i juvenil als CSMA i als CSMIJ, en percentatges. Barcelona, 2005-2017.



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

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

tàncies és molt semblant a la de la xarxa pública de tota la ciutat. L'any 2017, als centres de tractament de gestió municipal es van atendre 5.544 persones, la majoria de les quals estaven en tractament per alcohol, per heroïna o altres opiàcis (vegeu la taula 12, pàgina 104 de l'annex).

Respecte a la mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, l'any 2016 es van produir 54 morts (47 homes i 7 dones), 12 morts més que l'any 2015, fet que representa un increment del 28%. Les substàncies més detectades en les persones difuntes, soles o combinades, van ser els opiàcis (34,5%), seguides de la cocaïna (32,7%) i les

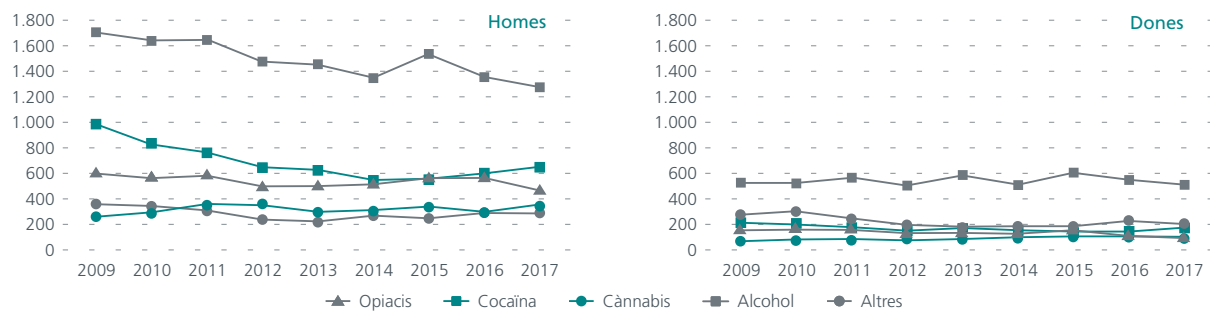
benzodiazepines (32,7%); tot i així, des de l'any 2012 es constata una disminució en la detecció d'opiàcis (45,5%) i cocaïna (38,6%) i un augment de la presència de benzodiazepines (15,8%). A Barcelona, a diferència del que s'ha vist a l'Amèrica del Nord, el consum d'heroïna i altres opiàcis no mostra un augment ni en els inicis de tractament ni en les defuncions per sobredosi.

El consum de cànnabis a la població juvenil

Segons dades recollides a l'enquesta FRESC de les darreres quatre edicions (anys 2004, 2008, 2012 i 2016), el percentatge de consum de cànnabis en els últims 30 dies (consum considerat habitual i, per tant, de risc), en general, presenta una tendència descendent. Si s'observa per sexe, el descens és clar en les noies. En canvi, en el cas dels nois s'observa un augment en el darrer període en els cursos de 4t d'ESO (edats de 15 a 16 anys) i a 2n de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (edats de 17 a 18 anys) (vegeu la figura 11). En el cas de l'evolució en el consum de cànnabis alguna vegada a la vida (considerat com

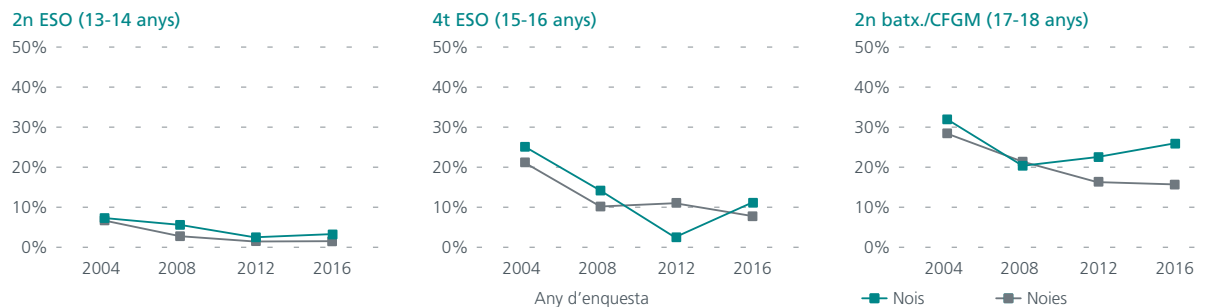
⁴L'any 2017 el CAS Vall d'Hebron ha deixat de ser gestionat a nivell municipal i ha passat a ser gestionat per l'Institut Català de la Salut.

Figura 10. Evolució del nombre d'inicis de tractament per trastorn d'ús de substàncies segons substància que motiva l'inici per sexe. Barcelona, 2009-2017.



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

Figura 11. Percentatge de l'alumnat adolescent de Barcelona que ha consumit cànnabis en els últims 30 dies, segons sexe i curs. Barcelona, 2004-2016.



Font: Enquesta FRESC, 2004-2016.

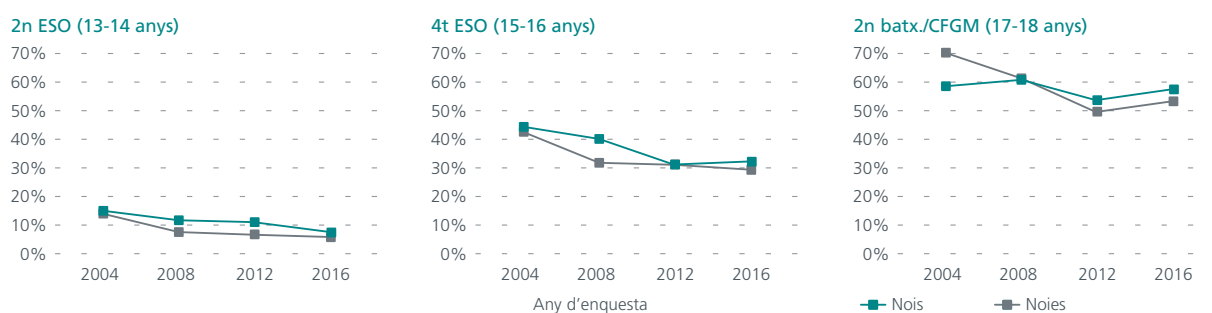
La salut mental i les addiccions

68

a consum experimental), també presenta un descens sobretot en els cursos de la ESO (edats de 13 a 16 anys). En canvi, en el darrer període

en els adolescents de 2n de batxillerat i cicles formatius de grau mitjà (edats de 17 a 18 anys) s'observa un repunt d'aquest tipus de consum en ambdós sexes (vegeu la figura 12).

Figura 12. Percentatge de l'alumnat adolescent de Barcelona que ha consumit cànnabis alguna vegada a la vida, segons sexe i curs. Barcelona, 2004-2016.



Font: Enquesta FRESC, 2004-2016.

La salut ambiental

En el nostre context, la contaminació de l'aire és el factor ambiental que més perjudica la salut de la població i contribueix a augmentar principalment les malalties cardiovasculars, respiratòries, el càncer de pulmó i la mortalitat total. El nou Sistema de Vigilància de l'Impacte sobre la Salut de la Contaminació de l'Aire a Barcelona (VISCAB), de l'ASPB, permet estimar anualment la mortalitat atribuïble a la contaminació atmosfèrica a la ciutat (vegeu el monogràfic específic en aquest mateix informe).

Entre l'any 2010 i el 2017, la mortalitat atribuïble a l'excés de partícules menors de 2,5 micres ($PM_{2,5}$) a l'aire va ser del 3% de mitjana en

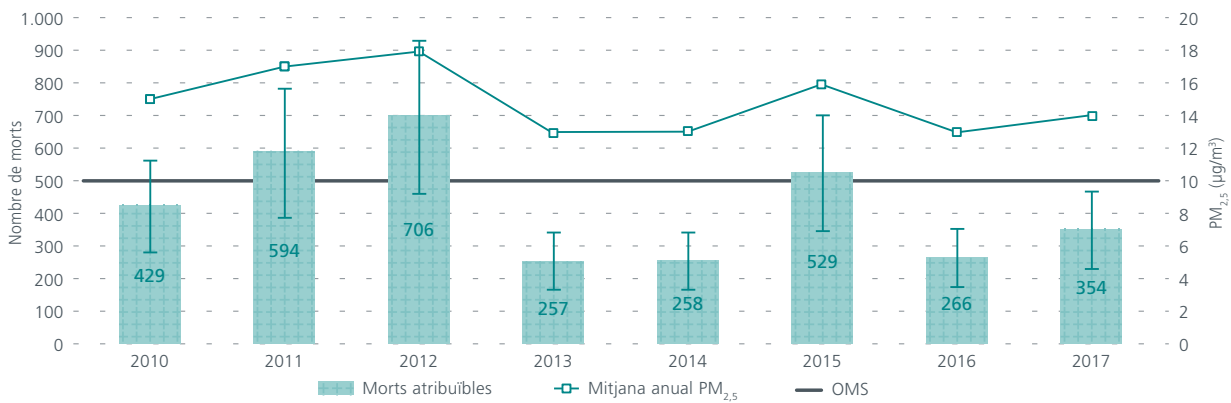
residents majors de 30 anys o més, fet que representa 424 morts anuals (interval de confiança al 95% entre 278 i 559 morts). Aquests valors oscil·len segons l'any (vegeu la figura 13, pàgina 69), en funció de les característiques poblacionals de la ciutat, però sobretot per canvis en la concentració mitjana anual de $PM_{2,5}$ a l'aire. El màxim es va donar l'any 2012, amb una concentració mitjana anual de $18\mu g/m^3$ de $PM_{2,5}$, quan el 5% de les morts en persones de 30 anys o més a la ciutat (706 morts) es poden atribuir a l'excés de contaminació. L'impacte més baix es va donar l'any 2013 amb una fracció atribuïble del 2% (257 morts), per una mitjana anual de $13\mu g/m^3$ de $PM_{2,5}$. L'any 2017 la ciutat va tenir una mitjana anual de $14\mu g/m^3$ de $PM_{2,5}$, $1\mu g/m^3$ més alta que l'any anterior, fet que suposa 88 morts prematures més.

La mortalitat atribuïble a la contaminació atmosfèrica a la ciutat és molt considerable. Petites variacions en la concentració mitjana anual tenen

un impacte en la salut molt rellevant. Cal millorar la qualitat de l'aire amb mesures estructurals que

redueixin el trànsit motoritzat, que és la font principal de contaminació de l'aire a Barcelona.

Figura 13. Nivells anuals de $PM_{2,5}$ en l'aire i mortalitat atribuïble. Barcelona, 2010-2017.



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

Nota: Mortalitat total (excloent causes externes) en persones de 30 anys o més i interval de confiança al 95%, atribuïbles a superar $10\mu g/m^3$ en la mitjana anual de $PM_{2,5}$ (valor límit recomanat OMS). Mitjanes anuals de $PM_{2,5}$ en les estacions de fons de la ciutat. *Per al càlcul de la mortalitat atribuïble dels anys 2016 i 2017 s'ha utilitzat la taxa de mortalitat del 2015.

Les malalties transmissibles

Infecció pel VIH/sida

A la fi del 2016 s'estimava que aproximadament 6.348 persones vivien a Barcelona amb el VIH, de les quals unes 1.481 (23,3%) no sabien que estaven infectades. L'any 2017 es van detectar 374 nous casos de VIH, dels quals el 94,1% (352) residien a la ciutat, fet que representa una taxa de 21,8 casos per 100.000 habitants i un increment del 4% respecte al 2016 degut a l'augment de casos en dones (vegeu la figura 14, pàgina 70). La taxa per homes va ser del 40,7 i en les dones, del 4,8 (2016: 41,5 i 2,5, respectivament). El

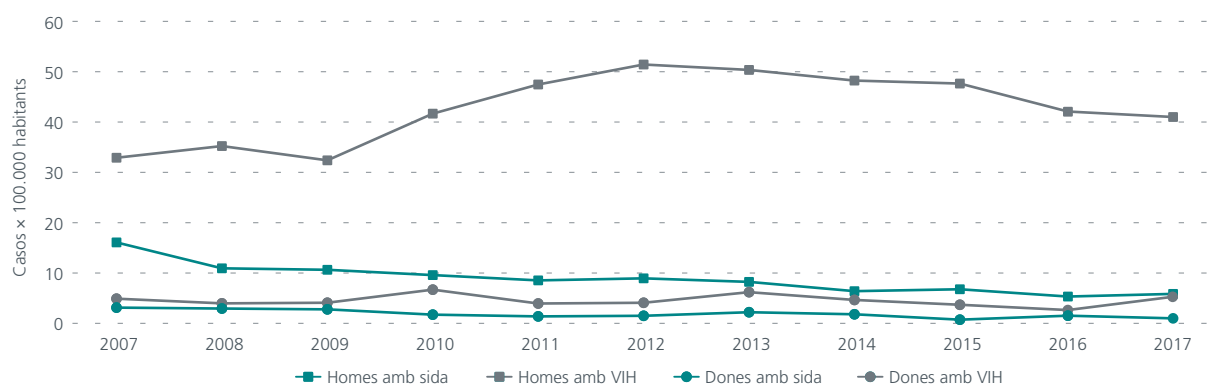
88,6% (311) dels casos eren homes entre 19 i 64 anys (mediana de 32 anys). Les edats de les 41 dones (2016: 21) oscil·laven entre els 17 i els 66 anys (mediana de 34 anys). El 54,3% (169) dels homes i el 63,4% (26) de les dones van néixer a l'estranger. La via de transmissió més freqüent entre els homes van ser les relacions sexuals amb homes en el 82,8% (251) dels casos, seguit de les relacions heterosexuales 11,9% (36) i l'ús de drogues intravenoses 5,3% (16) (d'alguns casos no se'n coneix la via de transmissió). En les dones, la principal via de transmissió varen ser les relacions heterosexuales amb el 90,2% dels casos, seguit de l'ús de drogues intravenoses.

Els districtes amb les taxes més altes continuen sent Ciutat Vella i l'Eixample (57,8 i 42,3 casos per 100.000 habitants, respectivament),

Les malalties transmissibles

70

Figura 14. Incidència de la infecció pel VIH i de la sida per a dones i homes. Barcelona 2007-2017.*



Font: Registre de la infecció pel VIH/sida. Agència de Salut Pública de Barcelona. Notificació obligatòria del VIH a partir del juliol del 2010. *Actualització de les dades l'agost del 2018. Dades susceptibles a canvis.

fet que representa més de dues vegades la taxa global de la ciutat. Si s'agrupen els barris per l'índex de la renda familiar disponible, s'observa que la infecció en les dones és més freqüent als barris amb rendes baixes, mentre que en els homes les taxes més elevades s'observen als barris amb rendes altes (vegeu la figura 15). L'estudi de les parelles sexuals es va iniciar en el 41,2% dels casos (en el 42,4% dels homes i 31,7% de les dones), més baix que el 2016 (48,1%).

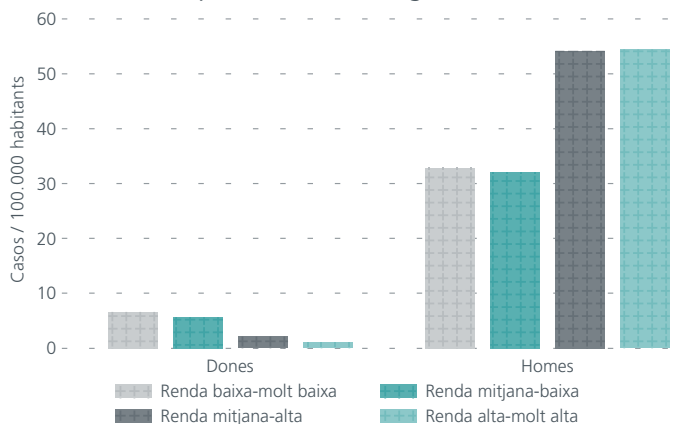
En relació amb l'estat immunitari, el 43,2 % dels nous VIH van presentar menys de 350 limfòcits CD4/mm³, que es considera el llindar de retard diagnòstic. A la Figura 16 (pàgina 73) es mostra el percentatge de nous diagnòstics de VIH segons el nivell de CD4 i la via de transmissió del VIH. En relació amb la sida, aquest any s'han detectat 55 casos dels quals el 89,1% (49) residien a Barcelona, fet que representa una taxa de 3 casos per 100.000 i un increment del 18,9% respecte del 2016 (vegeu la figura 14). La taxa per homes és de 5,6 i de 0,7 per dones (2016: 4,4 i 1,3, respectivament). El 87,8% (43) dels casos eren homes entre 19 i 60 anys, i una mediana de 39 anys. Les edats de les sis dones oscil·laven entre els 32 i els 75 anys, amb una mediana de 55 anys. El 50,0% de les dones i el 51,2% dels homes van néixer a l'estranger.

Les relacions sexuals no protegides van ser la principal via de transmissió. Així, entre els

homes, en el 60,5% (26) la via de transmissió van ser les relacions homosexuals i en el 18,6% (8), les heterosexuales. En el cas de les dones, les heterosexuales representaven el 83,3% (5). L'ús de drogues injectades es va identificar en 9 homes i en una dona.

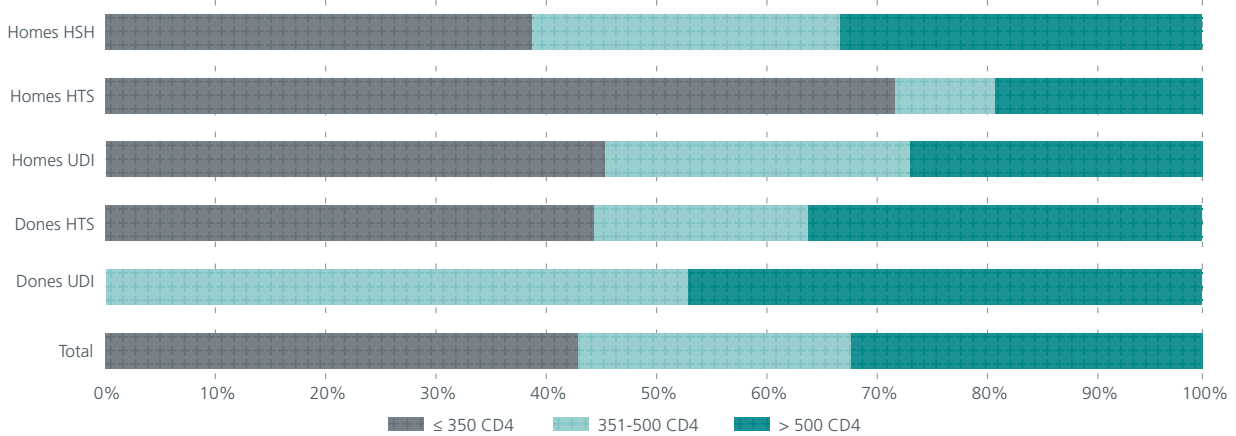
En homes, les malalties indicatives de sida més freqüents van ser la pneumònia per *P. jirovecii* (15 casos), la tuberculosi (11 casos) i el sarcoma de Kaposi (5 casos). En dues dones la tuberculosi va ser la malaltia diagnosticada, i la resta va ser diagnosticada per pneumònia per *P. jirovecii*, candidiasi bronquial, encefalopatia pel VIH i pneumònies bacterianes recurrents. Com a la infecció pel VIH, els districtes amb les taxes més elevades van ser Ciutat Vella i l'Eixample (12,9 i 4,5 casos per 100.000, respectivament). L'estudi de les parelles sexuals es va realitzar en el 28,5% dels casos (30,2% dels homes i 16,6% de les dones).

Figura 15. Incidència dels nous diagnòstics de VIH agrupats per l'índex de renda disponible dels barris segons sexe. Barcelona, 2017.



Font: Registre de la infecció pel VIH/sida. Agència de Salut Pública de Barcelona i distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona 2016. Gabinet Tècnic de Programació. Departament d'Estudis i Programació.

Figura 16. Distribució de l'estat immunitari dels nous diagnòstics d'infecció pel VIH segons sexe i via de transmissió. Barcelona, 2017.



Font: Registre de VIH/sida. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Actualització a 23 d'agost del 2018 (nombre de casos: 317).
HSH: homes que fan sexe amb homes; HTS: contactes heterosexuales; UDI: usuaris de drogues intravenoses.

Les malalties de transmissió sexual

La informació epidemiològica sobre les infeccions de transmissió sexual (ITS) s'obté a través del sistema de malalties de declaració obligatòria, i des de l'any 2016, del sistema de notificació microbiològica. Les ITS sotmeses a vigilància epidemiològica individualitzada a Catalunya són la sífilis infecciosa, la infecció gonocòccica, el limfogranuloma veneri i la infecció per *Chlamydia trachomatis* des de l'any 2016. Tot i l'augment dels nous casos d'enguany, el ritme de creixement dels nous casos va ser molt superior el 2016 respecte del 2017 en totes les malalties excepte en limfogranuloma en homes.

Sífilis

L'any 2017 es van notificar al sistema de notificació microbiològica 1.099 casos de sífilis infecciosa en persones residents a Barcelona, fet que suposa una taxa de 67,9 casos per 100.000 habitants (130,4 en homes i 12,2 en dones) i un increment del 10,3% en homes i 3,4% en dones respecte del 2016, però increments inferiors al 88% en homes i el 290% en dones entre 2016 i 2015 (vegeu la figura 14, pàgina 70). Dels 824 casos amb enquesta, el 94,5% (779) eren homes; el 4,0% (33), dones, i l'1,5% (12) s'identificaven

com a transsexuals femenines. Els homes tenien entre 18 i 83 anys (mediana de 37,0 anys); les dones, entre 20 i 73 anys (mediana de 38,0 anys), i les transsexuals femenines, entre 31 i 61 anys (mediana de 39,5 anys). El 41,8% (344) havien nascut a l'estranger, el 37,7% (311) a l'estat espanyol, i en un 20,5% (169) aquesta variable no estava informada. Entre els homes, el 71,1% (554) havien mantingut relacions sexuals amb homes, el 5,9% (46) havien tingut relacions heterosexuales, i en el 23,0% (179) no constava aquesta informació. En les dones, el 81,8% (27) es van considerar heterosexuales i el 6,1% (2) bisexuals, i en quatre casos no es disposava d'informació (vegeu la figura 16). Totes les transsexuals femenines havien mantingut relacions amb homes. Dels 608 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 55,8% (339) estava coinfectat. Entre les nou transsexuals femenines amb informació, el 44,4% (4) estaven coinfectades, i entre les dones (22), una estava coinfectada.

L'estudi dels contactes sexuals es va iniciar en el 51,9% dels casos (52,2% d'homes i 45,5% de dones). Aquesta dada ha millorat de manera global respecte a l'any passat (2016: 48,9%; 49,8% en homes i 34,9% en dones), però encara és un avenç clarament insuficient.

Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample (121,6 i 106,9 casos per 100.000 habitants, respectivament), fet que representa més de dues vegades la taxa global de la ciutat. Si s'agrupen els barris per l'índex de la renda familiar disponible, s'observa que la infecció en les dones és més freqüent als barris amb rendes baixes, mentre que en els homes les taxes més elevades s'observen als barris amb rendes altes (vegeu la figura 16).

Les malalties transmissibles

72

Gonocòccia

A Barcelona es van detectar 1.970 casos d'infecció gonocòccica, dels quals el 87,5% (1.723) eren en homes (inclou una transsexual femenina) i el 12,5% (247) en dones. De la mateixa manera que en la sífilis s'observa una tendència a l'augment des del 2007, amb una taxa de 121,8 casos per 100.000 habitants (172,2 en homes i 20,8 en dones), fet que suposa un increment del 30,6% en homes i el 38,9% en dones respecte de l'any 2016 (225,3 en homes i 28,9 en dones), però percentatges inferiors al 149% en homes i el 197% en dones entre 2015 i 2016 (Figura 15). Els homes tenien entre 14 i 74 anys (mediana de 31 anys), i les dones, entre 15 i 75 anys (mediana de 26 anys). Dels 948 homes i les 155 dones amb informació sobre el país de naixement, el 45,5% (431) dels homes i el 50,3% (78) de les dones van néixer a l'estranger. Es coneixia la conducta sexual en 998 homes i 147 dones. D'aquests, el 85,3% (851) eren homosexuals i el 14,7% (147), heterossexuals. Entre les dones el 95,9% (141) eren heterossexuals, i sis, bisexuals (Figura 16). Dels 247 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 29,3% estava coinfectat, mentre que entre les 112 dones amb aquesta informació, dos casos (1,8%) eren VIH positives.

L'inici de l'estudi de contactes constava en el 41,4% d'homes i el 51,4% de dones. Aquest indicador ha millorat respecte a l'any passat (2016: 38,8%), probablement degut a la creació de programes específics implantats en alguns centres de la ciutat i a la col·laboració de personal de l'Agència de Salut Pública. Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample (307,9 i 103,6 casos per 100.000 habitants, respectivament), fet que representa més de dues vegades la taxa global de la ciutat. Si s'agrupen els barris per l'índex de la renda familiar disponible, s'observa que la infecció en les dones és menys freqüent als barris amb rendes altes, mentre que en els homes les taxes més elevades s'observen als barris amb rendes mitjanes altes (vegeu la figura 19, pàgina 73).

Limfogranuloma veneri (LGV)

A Barcelona es van detectar 176 casos, dels quals el 91,5% (161) eren residents a la ciutat, fet que

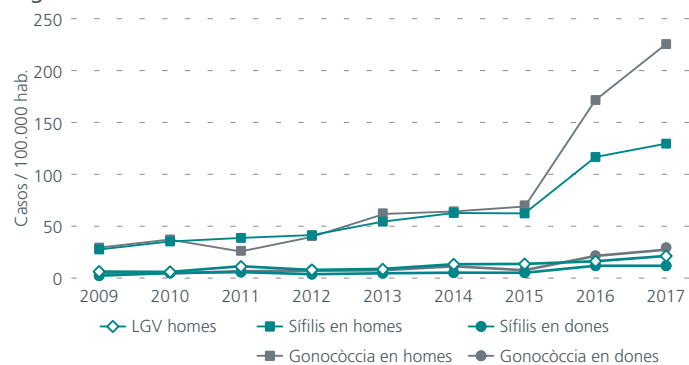
representa una taxa de 10 casos per 100.000 habitants (20,9 en homes i 0,1 en dones) (2016: 15,1 en homes) (vegeu la figura 17). El 98,8% (159) eren homes, entre 18 i 71 anys (mediana 37 anys). El 51,2% dels casos van néixer a l'estranger. Una persona es va identificar com a transsexual femenina. En el 43,9% dels casos es disposava d'informació sobre la conducta sexual i coinfecció pel VIH. D'aquests, el 95,7% eren homes que havien tingut relacions sexuals amb homes, i el 80,9% estaven coinfectats pel VIH (vegeu la figura 18 a la pàgina 73). Solament en el 21,6% dels casos figurava que l'estudi de contactes s'havia realitzat. Els districtes amb les taxes més altes han estat Ciutat Vella i l'Eixample (35,9 i 26,8 casos per 100.000 habitants, respectivament), fet que representa gairebé tres vegades la taxa global de la ciutat. Si s'agrupen els barris per l'índex de la renda familiar disponible, s'observa que en els homes les taxes més elevades corresponen als barris amb rendes altes (vegeu la figura 19, pàgina 73).

Infecció per *Chlamydia trachomatis*

A Barcelona es van detectar 2.578 infeccions per *Chlamydia trachomatis* el 2017, de les quals el 71,3% (1.837) residien a Barcelona, fet que suposa una taxa de 113,6 casos per 100.000 habitants (115,8 casos en homes i 111,6 en dones). El 51,8% (951) eren dones, amb edats entre 14 i 64 anys (mediana de 25 anys), mentre que el 48,2% (886) eren homes, amb edats entre 14 i 80 anys (mediana de 33 anys). El 68,8% de les dones tenia menys de 30 anys i un 15%, menys de 20. En els homes aquestes proporcions van ser del 37,0% i del 2,8%, respectivament. De les 725 dones i dels 665 homes amb informació sobre el país de naixement, el 42,6% (309) de les dones i el 49,6% (330) dels homes van néixer a l'estranger.

Es disposava d'informació sobre la conducta sexual en 427 dones i en 146 homes. El 94,3% (403) de les dones eren heterossexuals i el 6,7% (24), bisexuals. Dels homes, el 61,0% (89) eren heterossexuals, el 37,0% (49) eren homosexuals i el 2,1% (3), bisexuals. Dels 100 homes amb informació sobre la coinfecció amb el VIH, el 22% (22) estaven coinfectats. Entre les 245 dones amb aquesta informació, 5 casos (2%)

Figura 17. Incidència de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma segons sexe. Barcelona 2009-2017.



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

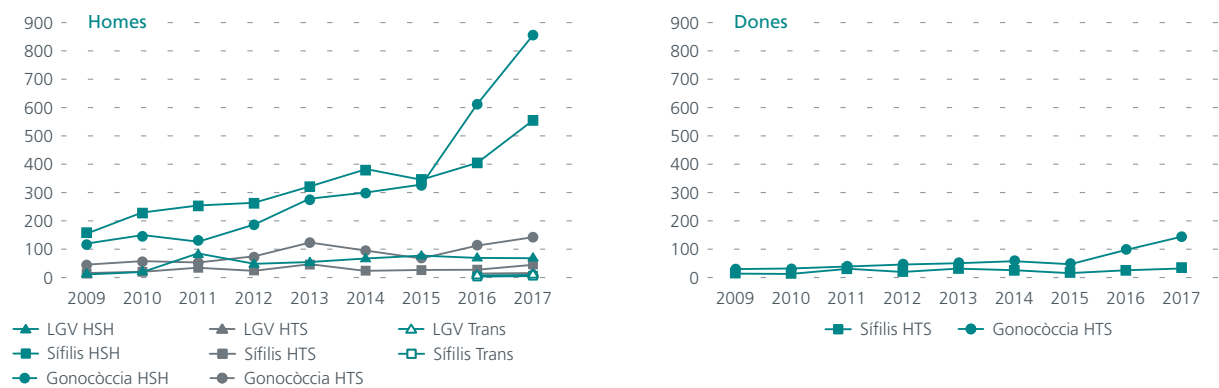
van ser VIH positius. L'estudi de contactes constava com a realitzat només en el 3,9% dels casos.

Tuberculosi

L'any 2017 s'han detectat a Barcelona 420 casos de tuberculosi, dels quals 267 eren residents a la ciutat (2016: 260), fet que representa una incidència de 16,5 casos per 100.000 habitants, gairebé un 2% superior a l'any anterior. La malaltia ha augmentat més en homes (3,4%) que en dones (0,8%). El declivi mitjà anual des de l'any 2000 en homes ha estat del 2%, i en dones, de l'1,7%. La malaltia és més freqüent en els homes (167 casos) que en les dones (104 casos) (vegeu la figura 20, pàgina 74).

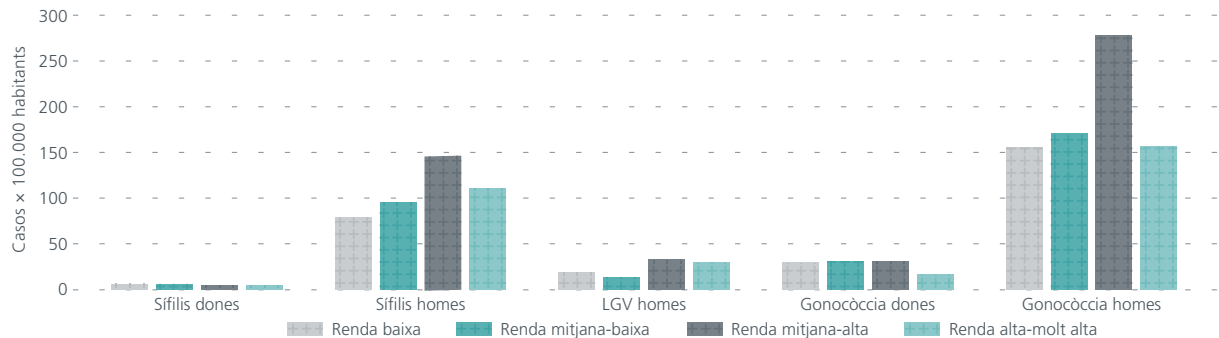
Aquest augment s'ha produït pel canvi de tendència en la població immigrant, en què hem observant un increment de la incidència del 37% en homes i del 12% en dones. En població autòctona la malaltia continua en declivi i mostra una davallada del 7% tant en homes com en dones (vegeu la figura 21, pàgina 74). El districte de la ciutat amb la incidència més elevada ha estat Ciutat Vella, seguit de Nou Barris en homes i de Sant Andreu en dones (vegeu la figura 22, pàgina 74). Hi ha diferència en homes i en dones respecte als factors de risc. Mentre que en homes els més freqüents eren el tabaquisme (43%), l'alcoholisme (17%), l'exclusió social (15%) i la infecció pel VIH (11%), en dones eren el tabaquisme (10%), la diabetis (7%), l'embaràs-puerperi (5%) i la tuberculosi anterior (5%). La forma clínica més freqüent ha estat la tuberculosi pulmonar, tant en homes (72%) com en dones (64%). Dels 267 pacients, 65 presentaven la forma més contagiosa de la malaltia. La taxa de tuberculosi bacil·lífera ha estat de 4,0 casos per 100.000 habitants, un 4% inferior a la de l'any anterior.

Figura 18. Distribució dels casos de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma segons sexe i via de transmissió. Barcelona 2009-2017.



Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. LGV: limfogranuloma veneri. HSH: homes sexe amb homes. HTS: relacions heterosexuales.

Figura 19. Incidència de la sífilis, LGV i infecció gonocòccica agrupats per l'índex de renda familiar disponible dels barris segons sexe. Barcelona, 2017.

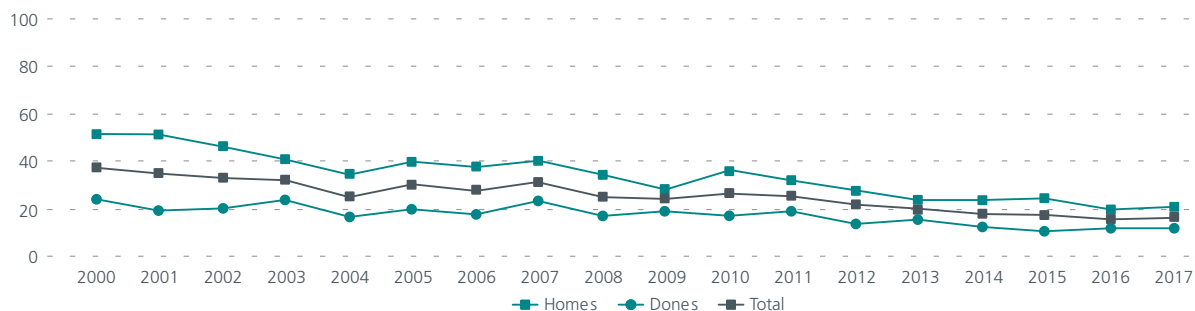


Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona i Departament d'Estudis i Programació de l'Ajuntament de Barcelona. IRDF: índex de renda familiar disponible. Distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona 2016. Gabinet Tècnic de Programació. Departament d'Estudis i Programació de l'Ajuntament de Barcelona. barcelonaeconomia.bcn.cat

Les malalties transmissibles

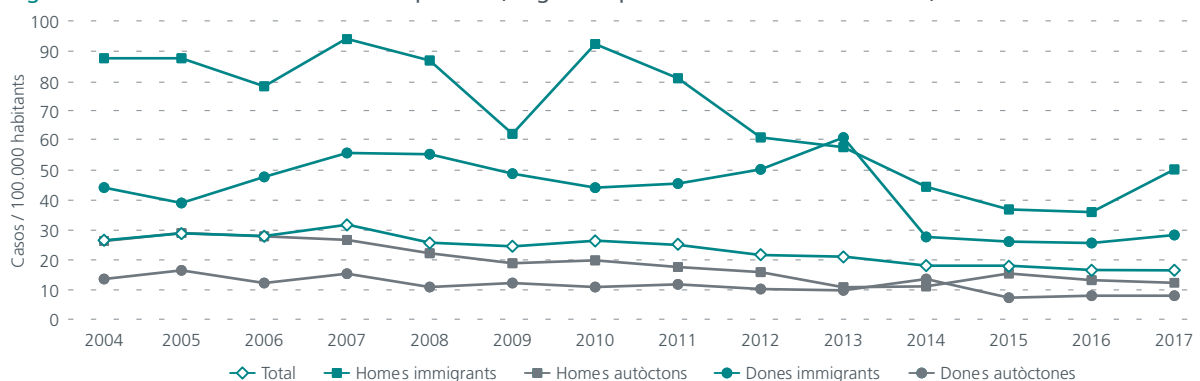
74

Figura 20. Evolució de la incidència de la tuberculosi, segons el sexe, taxes per 100.000 habitants. Barcelona, 2000-2017.



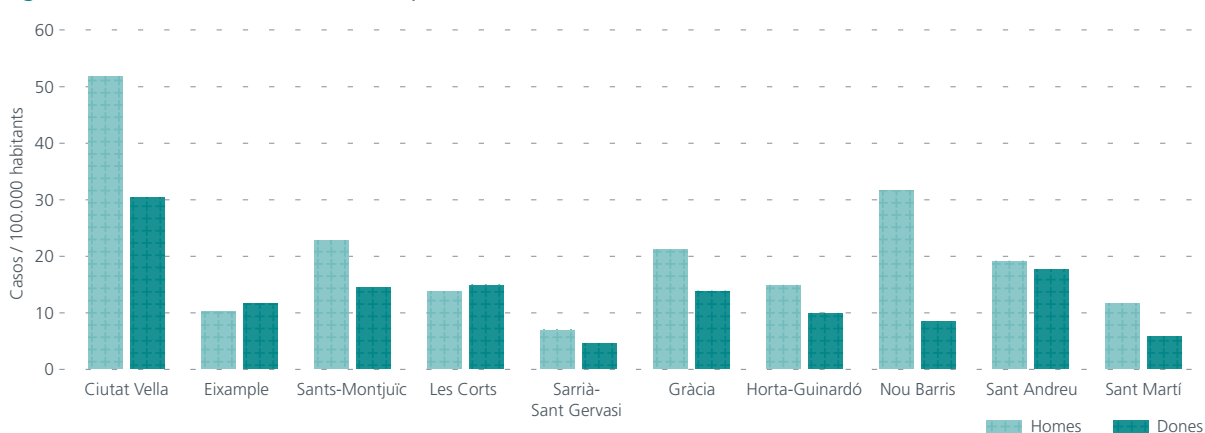
Font: Registre d'ITS. Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Notes: HSH: relacions sexuals entre homes. HTS: relacions heterosexuales. LGV: limfogranuloma veneri.

Figura 21. Incidència de la tuberculosi per sexe, segons el país de naixement. Barcelona, 2004-2017.



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

Figura 22. Incidència de la tuberculosi per districtes i sexe. Barcelona, 2017.



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

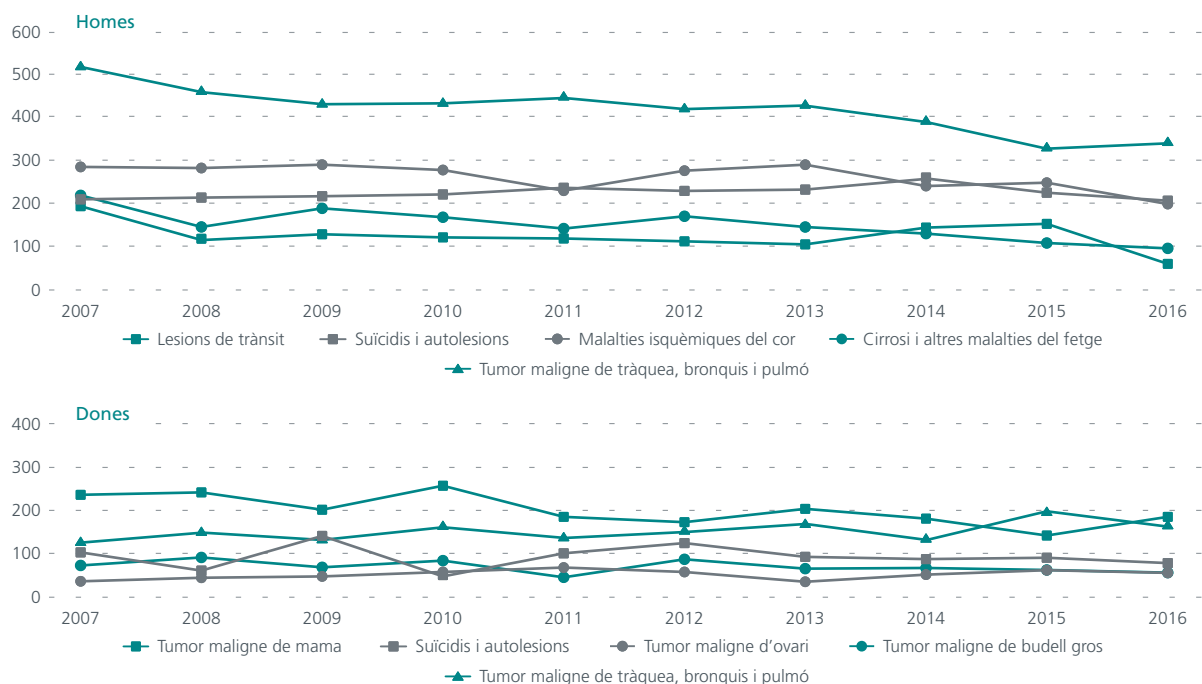
La mortalitat

Segons el registre de mortalitat, l'any 2016 es van produir 15.551 defuncions de persones residents a la ciutat de Barcelona: 7.310 homes i 8.241 dones. La taxa de mortalitat estandarditzada per edat va continuar amb la tendència decreixent dels anys anteriors. De manera similar, la mortalitat prematura (el nombre d'anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys) es va reduir en ambdós sexes (vegeu la figura 23 per l'evolució de les principals causes). Tant les taxes de mortalitat global com, especialment, les de mortalitat prematura van ser més elevades en els homes que en les dones. Pel que fa als suïcidis, tant en homes com en dones les taxes es van mantenir estables en el temps. La taxa de mortalitat infantil va continuar la tendència decreixent, amb una taxa d'1,5 defuncions per cada 1.000 nadons vius en néixer.

Causas principals de mortalitat segons edat i sexe

A les Taules 5 a 7 de l'annex La salut en xifres (pàgines 102 a 104) es mostren les cinc principals causes de mortalitat segons grups d'edat i sexe. En homes de 15 a 44 anys les principals causes de mortalitat van ser els suïcidis i les autolesions i els enverinaments accidentals per substàncies tòxiques, segona i tercera causa en dones, tot i que amb una taxa de mortalitat més de la meitat que la dels homes. En dones d'aquest grup d'edat la primera causa de mortalitat va ser el tumor maligne de mama. Les lesions de trànsit van ser la quarta causa en ambdós sexes. Pel que fa al grup de 45 a 74 anys, el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó va ser la primera causa de mortalitat en ambdós sexes, tot i que els homes van presentar una taxa més de 3 vegades superior a la de les dones. La segona causa de mortalitat en aquest grup d'edat van ser les malalties isquèmiques del cor en homes, tot i que amb una xifra molt inferior a la del tumor de pulmó, i el tumor de mama en dones. Finalment, el grup de 75 anys i més, en homes les malalties del cor i pulmó van ser les causes més freqüents, mentre que les demències van predominar en les dones. Novament, les taxes de mortalitat van ser molt superiors en homes que en dones. Les taxes d'aquestes causes van mostrar importants diferències segons districte, tal com es mostra a la figura 24 per al grup de 45 a 74 anys (pàgina 76).

Figura 23. Evolució de les 5 principals causes¹ de mortalitat prematura² en homes i en dones. Barcelona, 2007-2016.



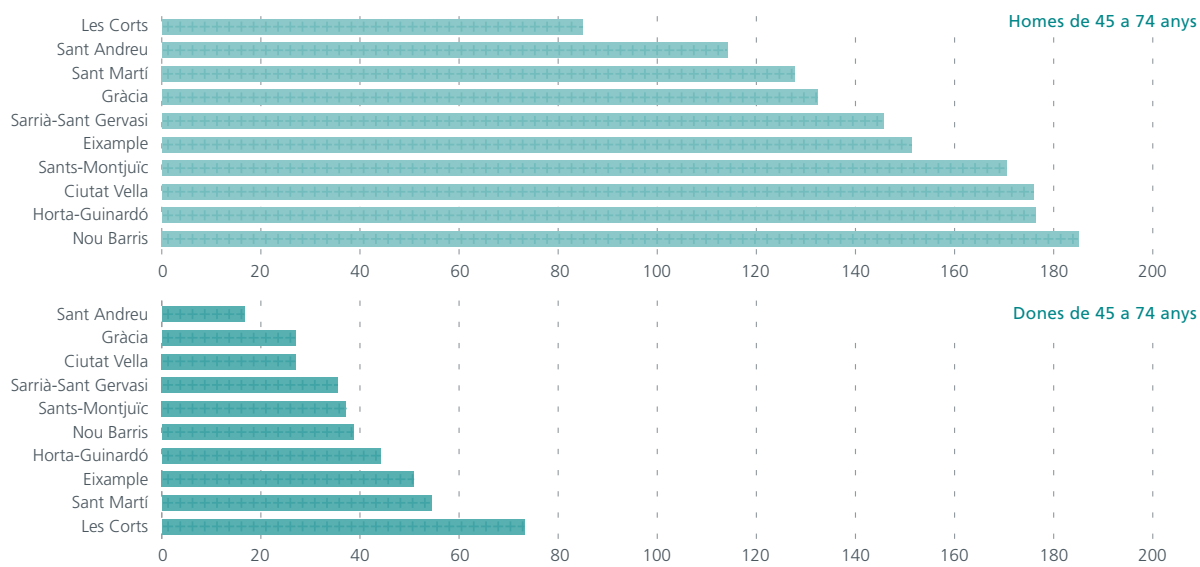
Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

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.

La mortalitat

76

Figura 24. Taxes estandarditzades¹ per 100.000 habitants de mortalitat en persones de 45 a 74 anys per tumor maligne de pulmó segons grups d'edat i sexe. Barcelona, 2016.



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

Nota: ¹Taxes estandarditzades segons la població del padró municipal d'habitants de Barcelona de l'any 2016.

Les desigualtats en salut

En aquest apartat es mesura l'evolució de les desigualtats socials en la salut a partir de la selecció d'alguns indicadors rellevants: dos indicadors de salut que permeten l'anàlisi de les desigualtats a nivell individual (el sobrepès i l'obesitat, i la mala salut mental) provinents de l'Enquesta de Salut de Barcelona, i dos indicadors que s'analitzen a nivell de barri (l'esperança de vida i la taxa de mortalitat prematura).

Com a indicadors de nivell socioeconòmic s'ha utilitzat la classe social per a les persones residents i l'índex de renda familiar disponible⁵ de l'any 2011 per als barris. Per a cada indicador de

salut i període de temps analitzat, s'han calculat dues mesures de desigualtat, una d'absoluta i una de relativa⁶. La mesura absoluta es pot interpretar com la diferència (resta) entre el valor de l'indicador de salut en

⁵Índex 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.

⁶La metodologia introduïda a l'informe *La salut a Barcelona 2016* difereix i millora la utilitzada en informes previs, en què només es comparava la diferència entre els 2 barris amb el valor més alt i més baix de l'indicador. Generalment, aquests barris extrems solien ser barris amb molt poca població i, per tant, amb valors molt poc fiables i inestables en el temps. La nova aproximació metodològica es pot interpretar com la comparació entre els 2 barris de renda familiar disponible més alta i més baixa, però tenint en compte la informació de tota la resta de barris, amb un pes proporcional a la seva població. A més, el nou mètode té en compte el nivell socioeconòmic dels barris, cosa que permet una aproximació més acurada a les desigualtats socioeconòmiques en salut.

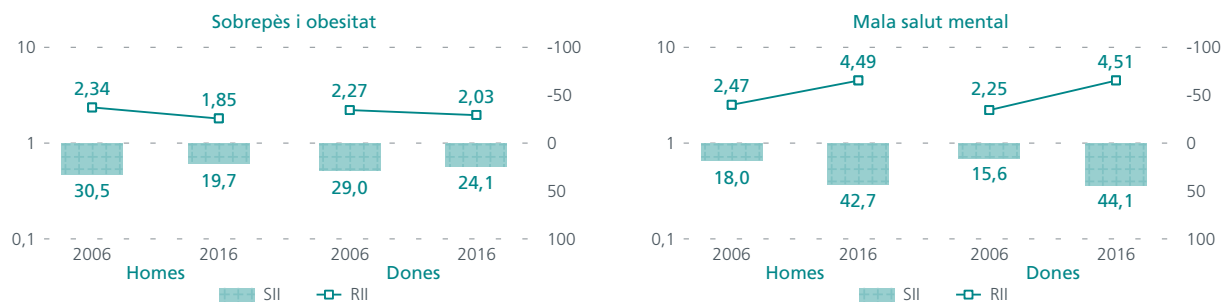
les persones amb classe social més desafavorida i el valor en les classes socials més afavorides, o bé als barris amb menys i més renda familiar disponible. La mesura relativa consisteix en el quocient entre aquests valors.

Com es pot observar a la figura 25, l'any 2006 el sobrepès i l'obesitat era 2,3 vegades més prevalent en les classes desafavorides que en les afavorides, tant en homes com en dones. Aquestes diferències van disminuir lleugerament l'any 2016 i van arribar a valors d'1,9 i 2,1 en homes i dones, respectivament. Les mesures absolutes també van disminuir, sobretot en homes. Pel que fa a la mala salut mental, el 2006 els homes de classes desafavorides tenien 2,5 vegades més probabilitat de tenir mala salut mental que els homes de classes afavorides, i les dones 2,3 vegades més. Aquesta desigualtat va augmentar considerablement l'any

2016, i va arribar a valors de desigualtat relativa de 4,5 en ambdós sexes. La mesura absoluta també es va incrementar considerablement.

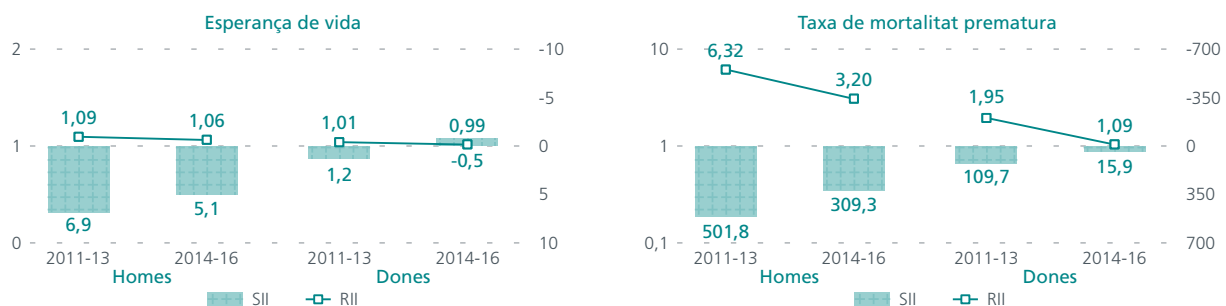
En el període 2011-2013 els barris amb més renda familiar disponible van tenir 4,5 anys més d'esperança de vida que els barris amb menys renda familiar. En el període 2013-2015 aquesta diferència va disminuir a 3,6 anys, i el 2014-2016, fins a 2,7 anys. Per sexe, en el període 2011-2013 la diferència en l'esperança de vida entre els barris amb més i menys renda familiar disponible va ser de 6,9 anys en els homes i 1,2 anys en les dones, com s'observa a la figura 26. Aquestes diferències van disminuir en el període 2014-2016 en ambdós sexes, amb valors de 5,1 anys en els homes i -0,5 en les dones (s'interpreta com que els barris amb menys renda van tenir un augment de 0,5 anys d'esperança de vida, tot i que de manera no significativa). En relació amb la mortalitat prematura, en el període 2011-2013 la taxa de mortalitat dels barris amb menys nivell socioeconòmic va ser 6,3 vegades i 2 vegades més elevada que en barris amb més nivell socioeconòmic, en homes i dones, respectivament. Aquesta desigualtat va disminuir en el període 2014-2016 en ambdós sexes, fins a 3,2 i 1,09, respectivament. La mesura absoluta també va disminuir considerablement.

Figura 25. Evolució de les desigualtats socioeconòmiques en el sobrepès i l'obesitat i la mala salut mental segons sexe. Barcelona, 2006 i 2016.



Font: Enquestes de Salut de Barcelona dels anys 2006 i 2016, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: RII: Mesura relativa (Relative Index of Inequality) i absoluta SII (Slope Index of Inequality).

Figura 26. Evolució de les desigualtats socioeconòmiques entre barris de l'esperança de vida i la taxa de mortalitat prematura segons sexe. Barcelona, 2011-2016.



Font: Registre de Mortalitat de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Nota: RII: Mesura relativa (Relative Index of Inequality) i absoluta SII (Slope Index of Inequality).



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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

80

Barcelona constata superacions dels límits recomanats per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) pel material particulat i pel diòxid de nitrogen, el que suposa un impacte negatiu sobre la salut de la població. El principal impacte de la contaminació de l'aire en la salut es produeix per l'exposició crònica, el que es coneix com l'efecte a llarg termini, que es tradueix en un augment de les malalties cardiovasculars, malalties respiratòries, càncer de pulmó i també de la mortalitat (vegeu la figura 1).

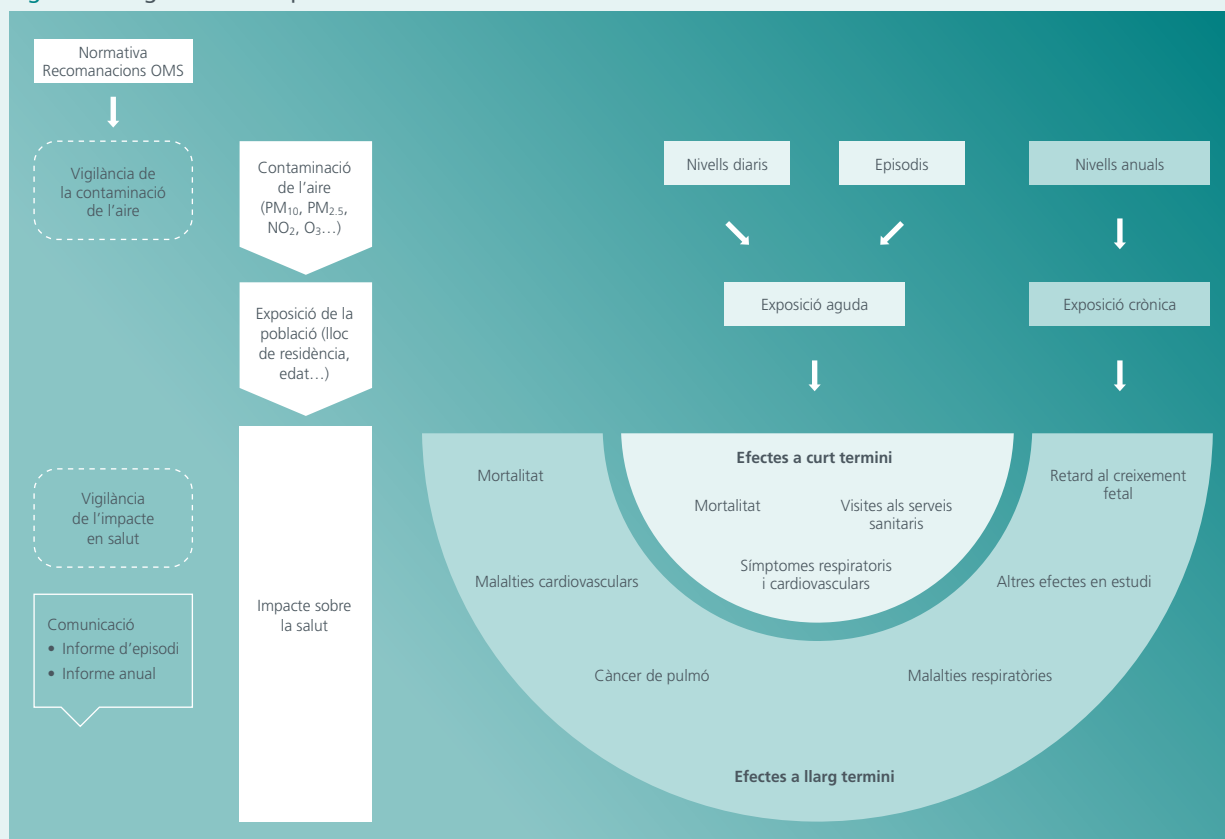
L'impacte en la salut en persones considerades vulnerables (embarassades, nadons, infants, gent gran o persones amb malalties cròniques) s'observa per l'exposició a nivells habituals de contaminació i també per exposicions agudes a nivells alts de contaminació, també anomenats episodis.

Aquests efectes a curt termini es manifesten en l'augment de la mortalitat prematura o bé en un major ús dels serveis sanitaris (hospitalitzacions, urgències o visites a atenció primària).

L'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) va rebre el 2017 l'encàrrec del Govern local de desenvolupar un Sistema de Vigilància de l'Impacte sobre la Salut de la Contaminació de l'Aire de Barcelona (en endavant VISCAB). Es va crear un grup de treball multidisciplinari amb tècnics del Servei de Qualitat i Intervenció Ambiental (SEQUIA), del Servei d'Informació Sanitària (SEISIS), de les direccions de l'Observatori de Salut Pública i de Salut Ambiental.

Després d'un procés de revisió i discussió amb experts dels àmbits de l'epidemiologia ambiental i l'anàlisi de les dades disponibles per avaluar l'impacte de la contaminació de l'aire en la salut, es va consensuar el protocol del sistema VISCAB, estructurat en els següents aspectes: objectiu, fonts i recollida de la informació, anàlisi de les dades i comunicació dels resultats.

Figura 1. Diagrama de l'impacte sobre la salut de la contaminació de l'aire i del VISCAB.



Font: Elaboració pròpia.

Protocol del sistema VISCAB

1. Objectiu

El principal objectiu del VISCAB és mesurar, analitzar i comunicar l'impacte sobre la salut de la contaminació de l'aire en la població de la ciutat de Barcelona, tant en cas d'episodis de contaminació com per l'exposició crònica.

2. Fonts i recollida d'informació

La font d'informació per a les dades de contaminació de l'aire és la Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació de l'Aire de la ciutat (XVPCA), formada per 11 estacions de mesurament fix que es classifiquen en estacions urbanes de trànsit o estacions urbanes de fons (situades en llocs més apartats del trànsit) en funció de la seva ubicació.¹

La XVPCA proporciona dades horàries per als analitzadors automàtics de diòxid de nitrogen (NO₂), material particulat (PM₁₀), ozó (O₃), diòxid de sofre (SO₂) i monòxid de carboni (CO), i de mitjanes diàries a partir de la recollida de mostres i l'anàlisi al laboratori de material particulat (PM₁₀ i PM_{2,5}), plom, cadmi, níquel, arsènic, benzo(a)pirè i benzè.

El retard per l'obtenció d'aquestes dades que requereixen l'anàlisi al laboratori és de 8 setmanes, mentre que les dades horàries es disposen en continu. Seguint les recomanacions de les guies internacionals se seleccionen les mitjanes diàries o anuals de les estacions de fons.²

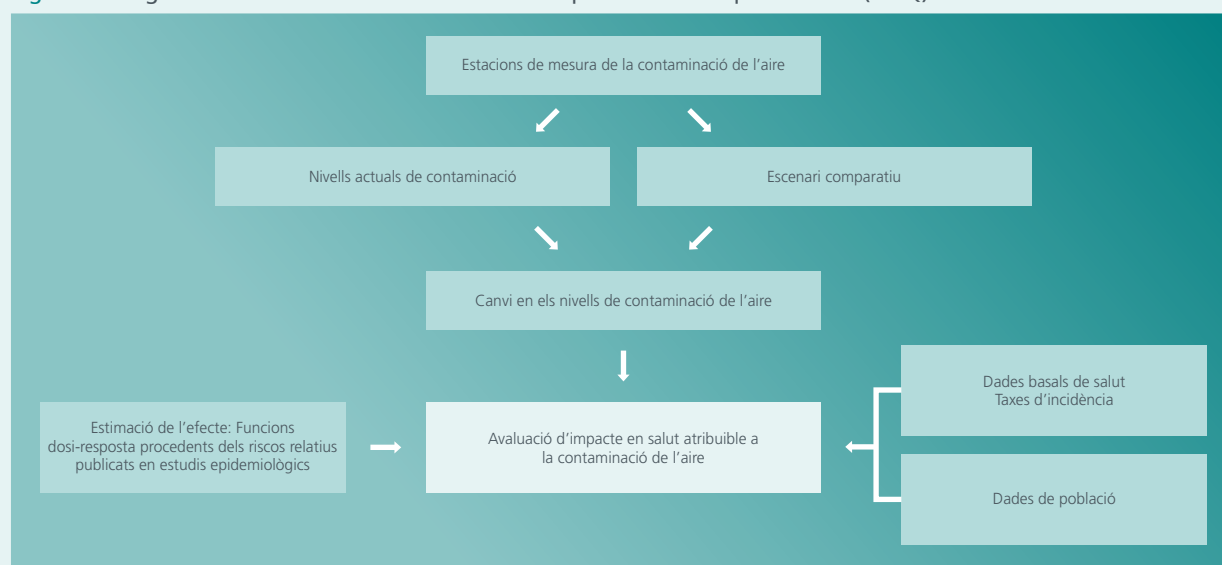
Pel que fa a les dades de salut, les fonts d'informació són:

- El Registre de Mortalitat de Barcelona de l'ASPB, que proporciona dades diàries del nombre de morts a la ciutat. El retard d'obtenció d'aquestes dades és de 2 anys.
- Els registres d'enterraments de les funeràries que operen a la ciutat, que proporcionen a l'ASPB el nombre diari de morts. El retard per a l'obtenció d'aquestes dades és de 3 dies.
- El conjunt mínim bàsic de dades d'altres hospitalàries, que proporciona dades diàries d'admissions hospitalàries per causes cardiovasculars, respiratòries i per totes les causes. El retard per l'obtenció d'aquestes dades és de 3 a 6 mesos.

3. Anàlisi de les dades

La quantificació de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire es fa seguint el mètode d'avaluació d'impacte en salut quantitativa (AISQ). Aquest mètode permet estimar l'impacte en salut d'exposicions ambientals a partir del càlcul de la fracció atribuïble per uns escenaris de reducció de la contaminació i tenint en compte les dosis-resposta establertes a partir d'estudis epidemiològics de metanàlisi (vegeu la figura 2).

Figura 2. Diagrama sobre el mètode d'avaluació d'impacte en salut quantitativa (AISQ).



Font: *Air Pollution and the Health of New Yorkers: The Impact of Fine Particles and Ozone*. New York City Department of Health and Mental Hygiene.

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

82

Per la quantificació de l'impacte en salut de l'exposició crònica a la contaminació de l'aire s'utilitza l'eina AirQ+ de l'OMS, dissenyada per a aquest propòsit³.

Els indicadors per descriure l'impacte anual de l'exposició crònica són:

- Mortalitat anual atribuïble a l'excés de PM_{2,5} i de NO₂
- Admissions hospitalàries per causa respiratòria anuals atribuïbles a l'excés de PM_{2,5} i de NO₂
- Admissions hospitalàries per causa cardiovascular anuals atribuïbles a l'excés de PM_{2,5}

Per a l'avaluació de l'impacte en la salut dels episodis, s'han definit els següents indicadors:

- Mortalitat atribuïble a l'excés de PM₁₀ (durant l'episodi de PM₁₀)
- Mortalitat atribuïble a l'excés de NO₂ (durant l'episodi de NO₂)

Tots els indicadors de salut, contaminació, escenaris de contaminació i riscos relatius seleccionats es detallen al quadre 1.

4. Comunicació de resultats

El VISCAB comunicarà de forma anual els resultats de l'impacte de l'exposició crònica a la contaminació de l'aire dins l'Informe de qualitat de l'aire de la ciutat. D'altra banda, després de cada episodi de contaminació declarat està previst comunicar els resultats de l'impacte sobre la salut en un breu informe i publicar-lo al web de l'ASPB. A continuació es descriuen breument els resultats del VISCAB comunicats fins avui.

a) Comunicació de l'impacte sobre la salut de l'exposició crònica

L'Informe de qualitat de l'aire de Barcelona 2017 ha inclòs per primera vegada l'apartat d'impacte en salut; concretament, s'ha estimat l'impacte de la contaminació per PM_{2,5} i per NO₂ en la mortalitat dels residents de la ciutat del 2010 al 2017.¹ Durant el període analitzat, la mortalitat atribuïble a l'excés de PM_{2,5} va ser, de mitjana, del 3% de residents de 30 anys o més, fet que representa 424 morts anuals (interval de confiança al 95% entre 278 i 559 morts). Aquests valors oscil·len cada any en funció de les característiques poblacionals de la ciutat, però sobretot per canvis en la mitjana anual de PM_{2,5}. El màxim es va observar l'any 2012, amb una mitjana anual de 18 µg/m³ de PM_{2,5} i 706 morts atribuïbles, i el mínim va ser l'any 2013, amb una mitjana de 13 µg/m³ i 257 morts atribuïbles.

b) Comunicació d'impacte sobre la salut per episodi

Fins al moment, s'ha publicat un informe de l'impacte sobre la salut d'un episodi per partícules PM₁₀ que es va declarar el 25 d'abril del 2018.⁴

Quadre 1. Contaminants, escenaris de contaminació, indicadors de salut i riscos relatius (RR) utilitzats per avaluar l'impacte en salut de l'exposició crònica i dels episodis de contaminació de l'aire al VISCAB.

	Contaminant	Escenari de contaminació	Indicador salut	RR (IC95%)	Referència
Exposició crònica	PM _{2,5}	Mitjana anual 10 µg/m ³	Mortalitat total (excepte causes externes) en >30 anys	1,062 (1,04-1,083)	AirQ+ ³
			Admissions hospitalàries respiratòries	1,019 (0,9982-1,0402)	AirQ+ ³
			Admissions hospitalàries cardiovasculars	1,0091 (1,0017-1,0166)	AirQ+ ³
	NO ₂	Mitjana anual 20 µg/m ³	Mortalitat total (excepte causes externes)	1,041 (1,019-1,064)	AirQ+ ³
			Admissions hospitalàries respiratòries	1,018 (1,011-1,024)	AirQ+ ³
Episodi	PM ₁₀	Mitjana diària 50 µg/m ³	Mortalitat total (excepte causes externes) en >30 anys	1,006 (1,004-1,008)	Anderson et al. 2004 ⁵
	NO ₂	Mitjana diària 40 µg/m ³	Mortalitat total (excepte causes externes)	1,0027 (1,0016-1,0038)	AirQ+ ³

Font: Elaboració pròpia. Disseny de Rocío Barbero.

La mitjana diària de PM₁₀ de les estacions de fons de la ciutat va superar el valor diari recomanat per l'OMS (50 µg/m³) durant només un dia. La fracció atribuïble a aquest excés de contaminació va ser del 0,03% de la mortalitat diària a la ciutat, motiu pel qual no es pot atribuir cap mort a l'episodi.

Conclusions i línies de futur del VISCAB

Es tracta d'un sistema de vigilància pioner en l'àmbit local que permet estimar l'impacte de la contaminació en la salut per l'exposició crònica durant tot l'any (efectes a curt i llarg termini) i en cas d'episodi de contaminació (efectes a curt termini).

Els primers resultats mostren com l'impacte en la salut de l'exposició crònica a la contaminació de l'aire és molt més gran que l'impacte dels episodis. Aquest fet és especialment accentuat a Barcelona, on els episodis són lleus i molt poc freqüents. Les mesures s'han d'orientar a la reducció de trànsit de forma permanent, ja que aquesta és la principal font contaminant.

S'està treballant també en la incorporació de nous indicadors de salut al VISCAB, com són les

urgències i els motius de consulta d'atenció primària. A causa de la falta d'estudis de metanàlisis per a aquests indicadors, s'està treballant en l'anàlisi dels efectes a curt termini de la contaminació de l'aire sobre les urgències i els motius de consulta d'atenció primària a la ciutat de Barcelona mitjançant un estudi de sèries temporals. Les dosis-resposta obtingudes en aquest estudi, o en d'altres, podran complementar els indicadors que formen el VISCAB en un futur pròxim. La difusió dels resultats del VISCAB també és una àrea que es pretén ampliar pròximament.

¹ *Avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona 2017*. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

² WHO, 2016. *Health risk assessment of air pollution-general principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/298482/Health-risk-assessment-air-pollution-General-principles-en.pdf?ua=1

³ AirQ+: Software tool for health risk assessment of air pollution. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/activities/airq-software-tool-for-health-risk-assessment-of-air-pollution>

⁴ *Impacte en salut de l'episodi de contaminació per partícules*. Barcelona, Abril 2018. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018. Disponible a: <http://www.aspb.cat/documents/impacte-en-salut-de-lepisodi-pm10-25-abril-18/>

⁵ Anderson, H.; Atkinson, R.; Peacock, J.; Marston, L. & Konstantinou, K. *Meta-analysis of time-series studies and panel studies of particulate matter (PM) and ozone (O₃)*. Rep. a WHO Task Gr. 1-68 (2004).

⁶ *Air Pollution and the Health of New Yorkers: The Impact of Fine Particles and Ozone*. New York City Department of Health and Mental Hygiene. Disponible a: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/eode/eode-air-quality-impact.pdf>

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

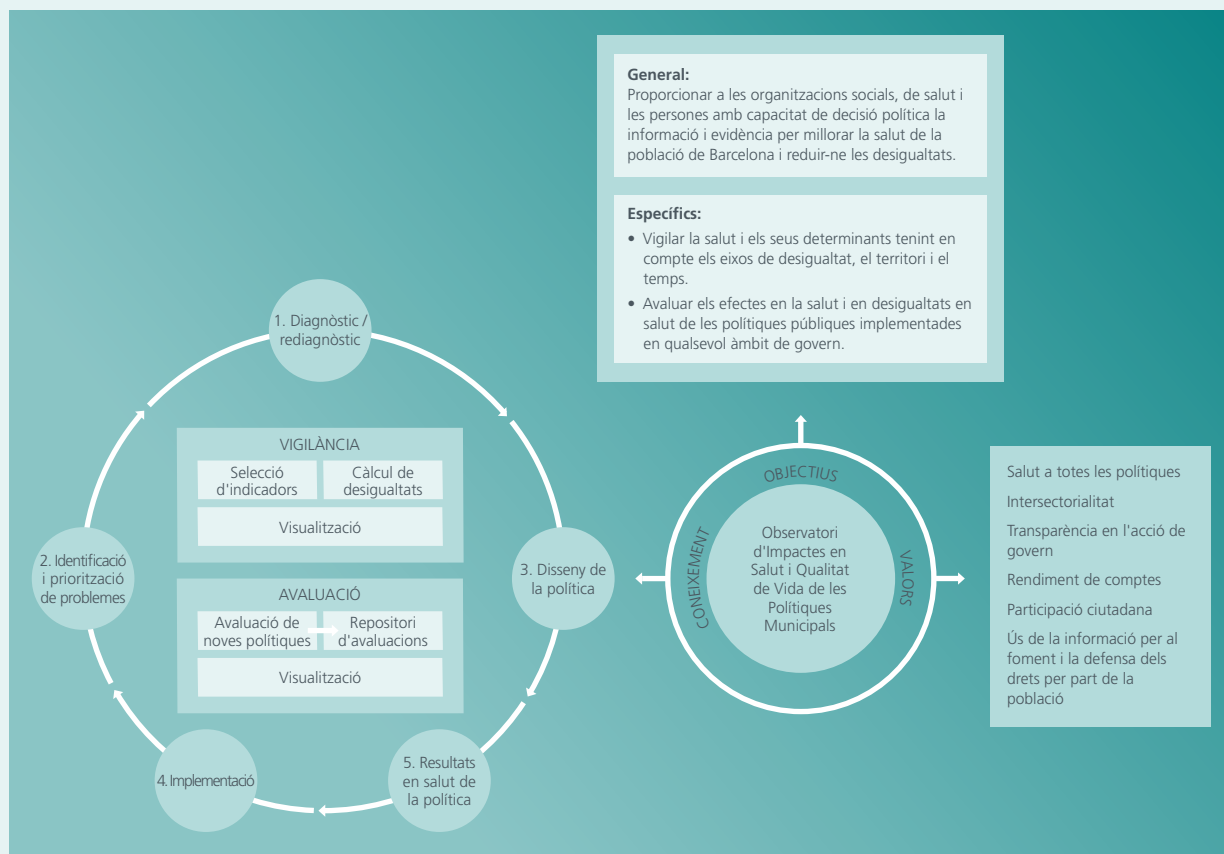
84

L'existència de desigualtats territorials a Barcelona és coneguda des de fa dècades, quan es van evidenciar les desigualtats en salut entre els diferents districtes i també entre els barris en què estava organitzada la ciutat¹. Per tal de fer front a aquestes desigualtats resultat de les circumstàncies socials i econòmiques que els grups socials experimenten al llarg de la vida, l'Ajuntament de Barcelona va aprovar l'any 2015 la Mesura de Govern d'Acció

Conjunta per la Reducció de les Desigualtats Socials en Salut. Aquesta mesura compta amb diverses accions intersectorials amb l'objectiu de reduir les desigualtats, entre les quals hi ha la creació de L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals.

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals neix com un observatori de salut pública i es basa en el marc conceptual sobre "els determinants socials de la salut i de les desigualtats en salut a les àrees urbanes"². A la figura 3 es presenta l'estructura

Figura 3. Estructura de L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals Barcelona, 2017.



Font: Elaboració pròpia. Disseny: Rocío Barbero.

de l'Observatori, en què es mostren els valors de governança, els objectius generals i específics i la metodologia de generació de coneixement en els quals es basa l'Observatori. Quant als valors de governança, l'Observatori parteix de l'aproximació conceptual de la salut en totes les polítiques. L'estratègia Salut a Totes les Polítiques (STP) és l'aproximació que sistemàticament té en compte la implicació en la salut i la qualitat de vida de totes les decisions preses i té com a objectiu buscar sinergies entre els diferents sectors fomentant la intersectorialitat per tal d'evitar impactes nocius en la salut, millorar la salut poblacional i reduir-ne les desigualtats.³ L'Observatori, a més, pretén generar transparència en l'acció de govern i la millora en el rendiment de comptes amb la població, així com fomentar la participació ciutadana a través de la integració de la ciutadania en els processos d'avaluació de les polítiques i posar a l'abast la informació per tal que la població pugui fer-ne ús per a la defensa dels seus propis drets (*advocacy*).

L'objectiu general de l'Observatori respon a la necessitat de donar a les organitzacions socials, de salut i als decisors polítics la informació i evidència que necessiten per prendre les decisions més encertades per millorar la salut de la població de Barcelona i reduir les desigualtats en salut. Els objectius específics són: 1) vigilar la salut i els seus determinants tenint en compte els eixos de desigualtat i fer-ne un monitoratge en els diferents territoris de la ciutat i al llarg del temps, mitjançant la recollida sistemàtica i publicació d'un conjunt d'indicadors clau sobre l'estat de salut de la població i els seus determinants; 2) avaluar els efectes en la salut i en les desigualtats en salut de les polítiques públiques implementades en qualsevol àmbit de govern per identificar i reforçar les polítiques amb més capacitat per disminuir aquestes desigualtats, així com els punts de millora de les polítiques municipals en termes de salut; 3) visualitzar i difondre els resultats, tant de la monitorització com de l'avaluació, en un lloc web accessible a la població.

La combinació de la vigilància de la salut i els seus determinants i de l'avaluació de les polítiques permet generar el coneixement necessari per tal d'implementar polítiques municipals que fomentin la reducció de les desigualtats en salut.

Vigilància de la salut, els seus determinants i les desigualtats

Per tal de dur a terme la vigilància de la salut i dels seus determinants s'han seleccionat 57 indicadors. La selecció dels indicadors s'ha realitzat mitjançant un grup d'experts i partint de l'aproximació conceptual de la salut en totes les polítiques, d'acord amb el marc conceptual dels determinants de la salut i les desigualtats en salut a les àrees urbanes.² En aquest sentit, s'ha intentat obtenir indicadors que cobreixin la major part dels determinants de la salut especificats al marc conceptual, que es puguin calcular pels diferents eixos de desigualtat (sexe, edat, territori, posició socioeconòmica o estatus migratori) i que siguin indicadors que es calculin de forma rutinària, que siguin vàlids i fiables en la mesura de les desigualtats. Els indicadors seleccionats s'han organitzat en 5 grans grups: 1) Descripció de les característiques sociodemogràfiques de la població; 2) Governança urbana; 3) El context físic; 4) Context socioeconòmic; 5) Salut.

Un cop seleccionats els indicadors, s'han calculat per als diferents eixos de desigualtat al llarg del temps i s'han quantificat les desigualtats mitjançant el càlcul de mesures absolutes i relatives. Les mesures absolutes reflecteixen la magnitud de la diferència de salut entre grups. Les mesures relatives mostren les diferències proporcionals en salut entre grups, és a dir, quantes vegades té més risc un grup respecte d'un altre.³

Finalment, tota la informació generada a partir del càlcul dels indicadors i de les mesures de desigualtat es visualitzarà mitjançant la utilització de diferents recursos, com per exemple mapes de coropletes, gràfics de barres, gràfics de línies o taules resum que estaran disponibles a la pàgina web de l'observatori.

Avaluació de les polítiques en la salut i les desigualtats

L'avaluació dels efectes en salut i en les desigualtats en salut de les polítiques públiques implementades en qualsevol àmbit de govern municipal s'ha estructurat en dues parts diferenciades. En primer lloc, l'avaluació de noves polítiques municipals en fase de disseny o implementació, i en segon lloc, la creació i gestió d'un repositori de polítiques, plans i intervencions a nivell municipal avaluades des de l'any 2010 fins a l'actualitat.

Per a l'avaluació de noves polítiques s'han establert els següents criteris de selecció de les diverses intervencions susceptibles de ser avaluades: 1) Accions contingudes al Programa d'Acció Municipal (2016-2020) per tal de cobrir les diferents àrees de govern o sectors i identificar de cadascun dels sectors aquelles intervencions que poden tenir impactes més importants en la salut; 2) Polítiques o intervencions amb més cobertura poblacional; 3) Polítiques o intervencions amb pressupost assignat més elevat; 4) Polítiques o intervencions més innovadores en el seu àmbit; 5) Polítiques o intervencions que permetin realitzar una avaluació de resultats; 6) Polítiques o intervencions que a nivell teòric s'evidencii que

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

86

puguin tenir més impacte en la salut i en les desigualtats socials en salut.

En aquest sentit, l'Agència de Salut Pública de Barcelona ha avaluat o està en procés d'avaluar diverses intervencions municipals. Alguns dels exemples més destacables són: 1) Polítiques de transformació urbanística, mobilitat i reducció de la contaminació atmosfèrica i del soroll relacionat amb l'oci nocturn, com l'avaluació de les superilles, les zones de baixes emissions o les activitats d'oci nocturn a Ciutat Vella; 2) Polítiques per millorar l'ocupabilitat, com el programa d'inserció laboral *Treball als barris* o disminuir la precarització d'alguns sectors, com l'avaluació de les superilles socials, que tenen com a objectiu reorganitzar el servei d'ajut a domicili, de treball d'ajuda familiar i auxiliars de neteja, per tal de millorar l'atenció a les persones grans i disminuir la precarització de les treballadores; 3) Polítiques de transferències econòmiques o d'ajut a la millora de les condicions de vida, com el programa *Energia, la justa*, per a persones en situació de pobresa energètica, o la participació en l'avaluació del projecte *B-Mincome*, d'aplicació de renda mínima garantida a l'Eix Besòs; 4) Avaluació de plans i mesures de govern, com per exemple el Pla de Salut Mental.

El repositori d'avaluacions és una eina per promoure l'ús i la sistematització d'avaluacions de polítiques públiques, plans i programes implementats pels diferents sectors del govern local. A través de la seva visualització a la pàgina web de l'Observatori, està destinat a potenciar la gestió del coneixement per la millora de les polítiques públiques. El repositori contindrà –en el seu disseny inicial– les avaluacions realitzades totalment o parcialment per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, amb la possible col·laboració d'altres institucions, des de l'any 2010 fins a l'actualitat.

Conclusions i línies de futur

La combinació de la vigilància de la salut i els seus determinants i de la informació generada per les avaluacions de polítiques és una de les característiques més importants de l'Observatori. La disponibilitat de forma sistemàtica d'indicadors de salut i els seus determinants permetrà generar en qualsevol moment un diagnòstic de desigualtats socials en salut en funció del territori, el gènere, la classe social i l'estatus migratori, així com analitzar l'evolució de les desigualtats en el temps. El diagnòstic és útil per tal d'identificar i prioritzar els problemes de salut pública a Barcelona. Un cop identificat el problema que cal solucionar, el repositori d'avaluacions de les polítiques municipals permetrà tenir informació a partir de l'evidència científica sobre quines polítiques implementades i avaluades fins a l'actualitat han sigut més efectives per millorar la situació. En el cas de no disposar de cap intervenció avaluada, es podria sotmetre el disseny de la nova política a un estudi de valoració de possibles impactes en salut de la política (en anglès, *health impact assessment*). Un cop s'implementa la política en qüestió, si compleix els criteris de selecció mencionats s'avaluarà tant en termes de procés com de resultats, per tal de poder saber si s'està implementant de la forma que s'ha dissenyat, a quantes persones dona cobertura i sobretot si està tenint l'efecte esperat en la salut de la població, i passarà posteriorment a formar part del repositori.

Cal destacar que existeixen poques experiències d'observatoris en salut pública que combinin la recollida d'informació sistemàtica d'indicadors de salut i els determinants socials, conjuntament amb la informació sobre l'efecte de les polítiques municipals en la salut de la seva població. La combinació d'ambdós objectius permet la identificació dels problemes més rellevants a resoldre, així com la identificació de les polítiques amb més capacitat per disminuir les desigualtats en salut per tal de reforçar-les. A més, la visualització de l'Observatori en un lloc web, previst per als propers mesos, comporta molta més transparència de l'acció de govern i el rendiment de comptes, i facilita que el conjunt de la població tingui aquesta informació útil com a mitjà de foment i defensa dels seus drets.

¹Borrell, C.; Rodríguez-Sanz, M.; Ricart, I.; Pérez, G. Les desigualtats socials en salut a Barcelona. *Barcelona Societat*, número 13, 2005.

²Borrell, C.; Pons-Vigués, M.; Morrison, J.; Díez, E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J Epidemiol Community Health*. 2013 May;67(5):389-91

³Organització Mundial de la Salut. *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, 2013.

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

El Pla de Salut de Barcelona 2016-2020 s'ha impulsat de forma coordinada entre l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat, i forma part del Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. El Pla de Salut de Barcelona té com a prioritat lluitar contra les desigualtats socials a la ciutat a partir de 10 objectius, a desenvolupar a través de 32 accions estratègiques⁴. El mes d'abril del 2018 es va publicar al web del CSB el seguiment de les accions corresponent a l'actuació fins a aquell moment. Aquest capítol presenta un resum del document citat.

Al quadre 2 s'assenyalen les principals actuacions realitzades l'any 2017, així com el que principalment resta pendent. També es fa una valoració

qualitativa del grau d'implementació de les accions, i s'hi assenyalen dues categories: en verd clar, si ja està plenament en marxa i en verd fosc, si està avançada però encara cal fer accions per considerar-la implementada. En resum, de les 32 accions estratègiques del PSB 2016-2020, 46,9% (15) les podem considerar implantades i que estan en marxa, 50% (16) s'han iniciat i han avançat, però requereixen encara esforços per desenvolupar o posar en marxa actuacions importants per poder-les donar per implantades. Aquestes darreres esdevenen ja molt prioritàries, donat que es consideren necessàries i resten dos anys del període del Pla de Salut de Barcelona per posar-les en marxa.

⁴Disponible a: <http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/article2/Pla-de-salut-de-Catalunya>

Quadre 2. Pla de Salut de Barcelona. Informació del seu desenvolupament al llarg del 2017.

Objectiu 1. Reduir les desigualtats en salut, prioritzant accions als barris identificats amb els pitjors indicadors socioeconòmics i de salut		
Accions estratègiques	Desenvolupament 2017	Grau d'implementació
1.1 Coordinació amb altres àrees de govern per abordar les desigualtats socials en salut	L'ASPB i el CSB han participat en l'elaboració de l'estratègia d'inclusió i de reducció de desigualtats socials de Barcelona 2017-2027. També participen en diferents grups municipals (Pla de Salut Mental, estratègia de salut sexual i reproductiva, Pla d'Acció de Drogodependències de Barcelona, Pla de Mobilitat, Pla de Barris, entre altres).	
1.2 Accessibilitat a l'assistència sanitària de la població vulnerable	<ul style="list-style-type: none"> - Creació de la comissió del padró municipal i les diferents àrees implicades per facilitar i agilitzar l'empadronament de col·lectius vulnerables. - Creació del comitè d'accessibilitat en el si del CSB i amb participació de l'Ajuntament per detectar, revisar i treballar els casos i punts més problemàtics en l'accés universal. - Document sobre la declaració responsable de no tenir recursos suficients per pagar l'atenció urgent, que es va aprovar en una resolució CatSalut (30/9/16) i que ara s'ofereix en primera instància a les persones sense cobertura sanitària i sense recursos econòmics. - Difusió de circuits en forma d'infografia, models de full informatiu i sessions formatives als professionals d'admissions dels centres sanitaris públics. - Difusió de cartelleria amb la frase: "En aquest centre s'atén a tothom que ho necessiti. Si no teniu la targeta, us atendrem igualment i us explicarem com podeu obtenir-la". - Treball per poder posar en marxa l'any 2018 serveis específics d'odontologia i podologia per a col·lectius en condicions d'elevada vulnerabilitat socioeconòmica. 	

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

88

1.3	Accessibilitat a l'assistència sanitària, especialment a l'AP	Es disposa d'un factor de correcció definit per l'AQUAS per al càlcul de l'assignació dels EAP corregit segons desigualtats en salut. Gaire bé 1 de cada 3 EAP ha rebut una part addicional a la seva assignació, en total, 21 EAP.	
1.4	Programa <i>Barcelona salut als barris</i> (BSaB)	L'any 2017 es va estendre a 7 nou barris prioritaris i va arribar a estar implantat en un total de 23. Per primer cop s'han elaborat memòries anuals del programa i estan disponibles al web de l'ASPB.	
1.5	Programes poblacionals de promoció de la salut i de prevenció de problemes de salut	<ul style="list-style-type: none"> - Cobertura de programes escolars, en centres de secundària, en barris prioritaris: 28 centres (36%). - S'ha dissenyat el programa <i>1, 2, 3 Emoció!</i>, de salut emocional. Resta pendent l'avaluació d'efectivitat. A la fase pilot han participat 11 escoles de primària, i el curs 2018-19, 38 escoles participaran en la seva avaluació. - Programes de prevenció de l'obesitat infantil: cobertures del Creixem Sans i del Creixem Més Sans: 21% i 9% dels centres educatius de primària, respectivament. 	
1.6	Informació sobre les desigualtats socials en salut	S'ha dissenyat L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals, i s'ha incorporat un apartat en l'Informe de Salut.	Falta el disseny del web de l'Observatori.

Objectiu 2. Abordatge comunitari, intersectorial i participatiu per a la millora de la salut i la reducció de desigualtats

2.1	Desenvolupament del programa <i>COMSalut</i> a les ABS prioritzades a la ciutat	COMSalut desplegat als EAP de Barcelona: 1A: EAP Barceloneta (PAMEM), 2E: EAP Casanova-Esquerra de l'Eixample (CAPSE), 5E: EAP Sant Gervasi (EBA Vallcarca SLP), 6D: EAP Vallcarca (EBA Vallcarca SLP), 7C: EAP Carmel (ICS), 8I EAP Chafarinas (ICS) i 8G: EAP Roquetes (ICS). L'ASPB ha fet tallers mensuals de formació per al desenvolupament de salut comunitària, i dona suport als equips d'atenció primària implicats en COMSalut.	
2.2	La salut en xarxa: mapa d'actius als districtes saludables	Mapa d'actius desenvolupat ja a tots els districtes, està funcionant de forma pilot. S'han identificat més de 1.000 actuacions vinculades a la salut a 9 districtes de la ciutat.	Falta finalitzar la fase pilot.

Objectiu 3. Una sanitat pública universal, equitativa i de qualitat

<p>3.1 Optimitzar els serveis sanitaris públics i reforçar l'atenció primària de salut i l'acció comunitària. Analitzar i millorar les inversions en els serveis sanitaris públics i en atenció primària de forma prioritària</p>	<p>Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016, el 35% d'homes i dones tenen doble cobertura publicoprivada. Les dones nascudes en països de rendes baixes que declaren no tenir cap tipus de cobertura sanitària representen el 9%, i els homes, el 2%.</p> <p>Quant als projectes vinculats a aquest objectiu durant l'any 2017 cal destacar: L'elaboració de la proposta de les 11 XAP de BCN en el marc de l'ENAPISC. Grups de treball en l'elaboració de documents de model comunitari quant a la RHB a l'AP i a la salut mental i addiccions. Acreditació de les 4 unitats d'expertesa territorials d'atenció a les persones afectades de les síndromes de sensibilització centrals (SSC) de Barcelona. Pel que fa al Pla Nacional d'Urgències de Catalunya (PLANUC), cal destacar les accions realitzades per potenciar l'atenció domiciliària, ampliant horaris en cap de setmana i festius, com també l'obertura de nous ESSIC.</p> <p>Inversions quant a infraestructures: s'han acabat a l'atenció primària les obres del CAP Vila de Gràcia Cibeles, març 2017, on s'ubica també el CSMA Vila de Gràcia i part del CAS del districte; el CAP Guinardó, juny 2017; l'Equip de Suport Integral a la Complexitat Atenció Primària Casernes-Hospital Vall d'Hebron, març 2017, i el CAP Vila Olímpica, maig 2017. Quant a la salut mental: CAS Baluard, octubre del 2017, CAS Fòrum i Centre Fòrum. Pel que fa a hospitals: Hospital del Mar, finalitzades les obres de la fase 1 i 2, juny del 2017.</p>	
<p>3.2 Augment de la transparència, rendiment de comptes i participació ciutadana en la sanitat pública: treballar conjuntament amb diferents ens (entitats proveïdores sanitàries i socials)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hi ha estructures, com els comitès operatius, creats fa anys pel CSB, i altres de noves, com comissions clíniques i comissions de proveïdors, que permeten millorar la coordinació entre serveis sanitaris. - Els espais de treball municipals (ex.: salut mental, salut sexual i reproductiva, grups del Consell Municipal de Benestar Social) són espais que permeten el diàleg i la coordinació amb altres agents no sanitaris (entitats o serveis). - Els consells de salut dels 10 districtes permeten la interacció entre institucions, professionals i entitats (vegeu l'apartat de la participació de la comunitat d'aquest informe), i són espais de rendiments de comptes. 	

Objectiu 4. Garantir una atenció integrada social i sanitària

<p>4.1 Integració de recursos sanitaris i socials per a pacients amb ictus. Pla de Retorn a Domicili: fer un estudi qualitatiu i implementar el Pla de Retorn a Domicili</p>	<p>S'ha fet el Pla, així com un estudi per avaluar el seu impacte, el qual s'ha de finalitzar l'any 2018.</p>	
--	---	--

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

90

4.2 Implementació del conveni de col·laboració entre l'Ajuntament de Barcelona i el Departament de Salut per a l'intercanvi de dades clíniques i socials	<ul style="list-style-type: none"> - Signat un conveni entre el Consorci Sanitari de Barcelona i l'Ajuntament de Barcelona per a l'intercanvi de dades socials i sanitàries. - Elaborat el document de consentiment informat. - Adaptats els sistemes d'informació SIAS (serveis socials) I HC3 (salut) a fi que es pugui visualitzar la informació d'un ciutadà al qual s'ha de prestar atenció. - S'ha iniciat la prova pilot a 3 ABS (Barcelona 2C Esquerra de l'Eixample, 2B Via Roma I 10 D Besòs) i dos equips de serveis socials bàsics (Nova Esquerra de l'Eixample i Besòs). 	
4.3 Xarxa de Suport a les Famílies Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - S'ha continuat el procés de difusió de la <i>Guia d'orientacions de persones que cuiden</i>, així com el treball de la Xarxa. - S'ha fet l'estudi de l'impacte en salut de les persones que cuiden familiars que requereixen una dedicació especial per problemes de salut derivats d'una edat avançada o d'estar en situació de dependència. Serà la base del futur pla per donar suport a les persones que cuiden. 	

Objectiu 5. Millora de la salut sexual i reproductiva, i prevenció i atenció de les malalties de transmissió sexual

5.1 Promoció de la salut afectivosexual en la població adolescent i jove	Cobertura de programes escolars <i>Parlem-ne; no et tallis!</i> al 34% dels centres educatius d'ESO, el 60% dels centres de barris prioritzats, el 28% dels centres de barris no prioritzats.	Poden continuar augmentant les cobertures.
5.2 Accés a mètodes contraceptius	<ul style="list-style-type: none"> - El 2017 el SIRIAN, igual que el 2016, estava implantat en 10 barris, però el nombre de persones participants va passar de 710 a 1.350. El 2018 s'amplia a 12 barris. - Des de l'estratègia de salut sexual i reproductiva s'ha elaborat un díptic que permetrà millorar la difusió dels mètodes contraceptius. Restava avançar en la millora de la seva disponibilitat, especialment en poblacions amb més vulnerabilitats. 	
5.3 Canviar la tendència creixent de la incidència d'infeccions de transmissió sexual	<p>Millores en vigilància epidemiològica i en detecció precoç, però la tendència continua sent creixent. Durant l'any 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En el marc del programa <i>Saunes</i> es van fer 500 proves ràpides d'ITS/VIH. - Es va contactar amb 944 usuaris d'aplicacions mòbils per a contactes sexosocials, dels quals 122 es van fer la prova ràpida d'ITS/VIH. I a través de missatges per finestres emergents, visualitzats per 5.870 persones, es van fer 107 provés més. - A Barcelona hi ha 4 unitats funcionals per a la prevenció, diagnòstic i tractament de les infeccions de transmissió sexual de la ciutat (H. del Mar, St. Pau, Vall d'Hebron i H. Clínic), i treballen en col·laboració amb l'atenció primària. 	L'increment anual del 2017 és menor que el del 2016, però continua sent una tendència creixent.
5.4 Actuacions de suport per la millora de la salut sexual i reproductiva	S'han fet actuacions en tots els camps d'acció que assenyalava el Pla de Salut de Barcelona: formació a professionals, sistemes d'informació, recerca, avaluació. Cal continuar-les.	

Objectiu 6. Millora de la salut mental i de l'atenció a persones afectades de problemes de salut mental, incloent-hi les addiccions

<p>6.1 Pla de Salut Mental de Barcelona</p>	<p>De les 111 accions, durant el 2017, el 82% estaven en desenvolupament, amb un grau de compliment d'un 3,4 sobre 5.</p> <p>En el desplegament de les accions s'han prioritzat els barris i districtes amb més necessitat social i de salut, com Sant Andreu, Sant Martí, Nou Barris i Ciutat Vella. Alguns exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'han començat a desenvolupar les taules de salut mental de districte, la primera a constituir-se ha estat a Sant Andreu el mes de juliol del 2017. - S'han obert els primers dispositius territorials del <i>Konsulta'm</i>, projecte de salut mental comunitària adreçat a adolescents i joves amb l'objectiu de detectar i intervenir precoçment els problemes de salut mental, així com orientar i assessorar els professionals que treballen amb aquest col·lectiu. - Conjuntament amb el Pla de Barris s'ha donat impuls a l'extensió del projecte <i>Xarxa sense gravetat</i>, amb les entitats de persones afectades, el qual permet que les persones que pateixen un problema de salut mental puguin participar de manera activa a la comunitat, i alhora es lluita contra l'estigma que pateixen. - El Consorci Sanitari de Barcelona treballa per avançar en la millora de l'atenció dels serveis sanitaris de salut mental: augmentant els professionals psicòlegs, psiquiatres i infermers als CSMA i CSMIJ, etc. - Amb Barcelona Activa s'ha endegat un programa d'inserció laboral per a joves amb problemes de salut mental, programa <i>A prop Jove</i>. Es tracta d'un dispositiu d'inserció sociolaboral adreçat a joves d'entre 16 i 35 anys que pateixen algun problema de salut mental. La ciutat de Barcelona compta amb 4 dispositius en marxa als districtes prioritaris. - Amb el Pla de Barris s'ha treballat perquè les escoles d'alta complexitat es puguin dotar de professionals de l'àmbit psicosocial, amb l'objectiu d'assegurar l'atenció global dels infants i adolescents escolaritzats. És el projecte anomenat <i>Escoles enriquides</i>. - L'ASPB va fer la prova pilot a diverses escoles d'un programa d'educació emocional adreçat a infants d'educació infantil, per tal de poder-lo estendre o oferir a totes les escoles, que anteriorment no podien disposar-ne. 	
<p>6.2 Pla d'Acció de Drogues de Barcelona</p>	<p>Aprovat el 6 d'octubre del 2017 i en desenvolupament.</p>	
<p>6.3 Diagnòstic i tractament en salut mental i addiccions de les persones amb comorbiditat psiquiàtrica, amb especial atenció a les persones sense sostre</p>	<p>El creixement de sensellarisme, així com altres problemàtiques, com són els problemes d'habitatge de la ciutat, ha fet que tot i desenvolupar les accions previstes al Pla de Salut de Barcelona per millorar els circuits sanitari, social i l'accés a l'habitatge, no s'hagi traduït en una millora del problema.</p>	
<p>6.4 Mesures per a la reducció de la mortalitat en persones amb risc de suïcidi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S'ha fet formació en cribratge de la ideació autolítica en pacients clau (pacients amb trastorn per ús de substàncies i amb TEA). - S'han realitzat accions de coordinació territorial i de formació en el 100% dels proveïdors de Barcelona i seguiment semestral en els comitès operatius de salut mental i addiccions (COSMiA), per detectar errors i optimitzar el registre del codi risc suïcidi i seguiment dels pacients. 	

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

92

Objectiu 7. Millorar el model de prevenció, detecció, atenció i recuperació de la violència de gènere, dels infants i de la gent gran			
7.1	Avaluar l'encaix dels serveis de salut dins el circuit de violència masclista a la ciutat de Barcelona	Es va realitzar l'avaluació amb els diferents serveis implicats en el Circuit BCN-VM. A partir de l'avaluació s'han introduït canvis en l'organització del circuit.	
7.2	Revisió del model de prevenció, detecció precoç i atenció de la violència masclista contra les dones. Realitzar un pla de sensibilització entre els professionals i dissenyar un sistema de recollida d'informació i integrar-lo al sistema de salut	S'ha endarrerit al 2018 la formació de professionals sanitaris i socials de Barcelona, així com l'adaptació de les històries clíniques perquè incorporin les variables del registre.	
7.3	Revisió del model i les accions per atendre els menors víctimes de violència	L'any 2017 es va revisar el circuit d'actuació de maltractament en l'àmbit escolar conjuntament amb el Consorci d'Educació de Barcelona.	
7.4	Aprovar i compartir el protocol d'actuació contra els maltractaments en gent gran	L'any 2017 es va aprovar el protocol, per part del comitè directiu del CSB i de l'àrea de serveis a gent gran de l'Ajuntament de Barcelona, i el 2018 s'ha fet presentació de responsables i TS de les ABS de BCN.	Cal treballar la difusió i l'aplicació.

Objectiu 8. Millora de la salut ambiental. Control i anàlisi dels diferents elements que la conformen i establir mecanismes de comunicació i difusió cap a la població

8.1	Salut ambiental: control, anàlisi, comunicació i difusió a la població	<ul style="list-style-type: none"> - Publicació de l'informe de qualitat de l'aire 2016, incorporant informació sobre l'exposició de la població i recomanacions sobre la salut. - Redacció del document <i>Proposta de millora de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona</i>. - Adquisició de tres nous equips per a la unitat mòbil de l'ASPB, entre els quals, un monitor automàtic de partícules PM₁₀. - Col·laboració tècnica amb l'Ajuntament de Barcelona en l'adquisició d'una nova unitat mòbil de control atmosfèric per a la vigilància a l'entorn de la plaça de les Glòries. - Utilització de tubs passius de NO₂ per primera vegada en avaluacions indicatives de la qualitat de l'aire per disposar d'una representativitat territorial més àmplia. - Disseny i implantació del sistema de vigilància dels efectes en la salut de la contaminació de l'aire a Barcelona (VISCAB), que permet fer el seguiment de l'efecte en la salut dels nivells dels contaminants atmosfèrics a la ciutat per episodis i a llarg termini. El disseny del VISCAB ha incorporat la part de comunicació i difusió a la població. 	
8.2	Malalties transmeses per vectors: vigilància i control de les arboviro-sis	<ul style="list-style-type: none"> - Per a la millora de la vigilància entomològica: instal·lació de noves trampes de mosquits en continu que permeten monitoritzar aquest vector i la seva capacitat de transmissió; formació dels tècnics; disseny d'una plataforma educativa; millores en la plataforma MosquitoAlert. - Per a la millora de la vigilància epidemiològica: incorporació de vigilància de les arboviro-sis, seguint les directrius del Departament de Salut. 	

8.3 Canvi climàtic i impacte en la salut	<p>- S'ha avançat en la identificació de persones vulnerables a les onades de calor, així com les àrees més vulnerables, per tal de poder dur a terme intervencions, com l'increment del verd que mitigui l'efecte de la calor en aquestes zones.</p> <p>- S'ha participat en l'elaboració del Pla Clima de l'Ajuntament de Barcelona.</p>	
--	--	--

Objectiu 9. Avançar en les actuacions de salut laboral per millorar la salut i el benestar relacionada amb el treball

9.1 Sistema d'informació en salut laboral: millorar els informes i la seva difusió	El sistema de vigilància de salut laboral de Barcelona ha presentat l'Informe de Salut Laboral del 2016, on s'inclou informació sobre les característiques generals de la població treballadora, condicions d'ocupació, estat de salut i recursos per a la prevenció.	
9.2 Promoció de la salut mental i prevenció de problemes de salut relacionats amb el treball, preferentment els de l'entorn psicossocial	S'ha treballat amb Barcelona Activa, serveis socials i l'Institut Català de la Salut un protocol i la fase pilot d'un programa adreçat a la millora del benestar emocional de les persones en atur de llarga durada. S'estima que la fase pilot començarà el gener del 2019. S'ha elaborat un document de recomanacions adreçat a les intervencions per a la millora del benestar emocional de les persones a l'atur.	
9.3 Enfortir el paper de l'atenció primària en la identificació de malalties relacionades amb el treball, i contribuir a la seva prevenció, així com a l'atenció des del nivell corresponent del sistema sanitari	Sembla que la Unitat de Salut Laboral de Barcelona no tindrà accés a l'e-CAP ni a l'HC3. Segueix la tendència a l'augment de les malalties relacionades amb el treball.	
9.4 Programa de vigilància postocupacional de l'exposició a l'amiant	El programa està ja consolidat.	

Objectiu 10. Sistemes d'informació

10.1 Millorar els sistemes d'informació per monitorar la salut, prioritzar i avaluar les intervencions i millorar la comunicació	S'ha avançat en el sistema de visualització dels indicadors de salut que tenen una primera aproximació en l'Infobarris. Durant la vigència d'aquest pla caldrà tenir un sistema de visualització d'indicadors de salut dels districtes.	
--	---	--



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 de la comunitat

Els serveis sanitaris

La salut comunitària

Les accions en salut pública

El context físic

La qualitat de l'aire

La qualitat de l'aigua

La contaminació acústica

La seguretat alimentària

Els comportaments relacionats amb la salut

L'activitat física i el sedentarisme

L'exposició al fum ambiental del tabac

Les hores de son

L'exposició a les pantalles

La cura de les persones dependents

La salut

L'esperança de vida

La salut percebuda

La salut laboral

La salut sexual i reproductiva

La salut mental i les addiccions

La salut ambiental

Les malalties transmissibles

La mortalitat

Les desigualtats en salut

Monogràfics

Vigilància de l'impacte en salut de la contaminació de l'aire

L'Observatori d'Impactes en Salut i Qualitat de Vida de les Polítiques Municipals

Situació de les 10 actuacions estratègiques de Barcelona en el marc del Pla de Salut 2016-2020

La salut en xifres

El context socioeconòmic

96

Taula 1. Evolució de la població i indicadors sociodemogràfics. Barcelona, 1991-2017.

		1991		2001		2016		2017	
Població									
0-14 anys	Homes	121.726	15,7%	88.592	12,6%	104.586	13,8%	105.597	13,8%
	Dones	115.104	13,3%	84.543	10,6%	99.216	11,7%	99.864	11,7%
15-44 anys	Homes	352.714	45,5%	317.954	45,1%	317.738	41,8%	318.097	41,6%
	Dones	356.504	41,1%	318.161	39,8%	317.093	37,4%	319.249	37,5%
45-64 anys	Homes	193.872	25,0%	172.202	24,4%	199.610	26,2%	201.839	26,4%
	Dones	218.143	25,1%	196.389	24,6%	222.001	26,2%	223.824	26,3%
65-74 anys	Homes	68.244	8,8%	74.974	10,6%	71.330	9,4%	72.115	9,4%
	Dones	97.166	11,2%	99.508	12,5%	91.427	10,8%	92.766	10,9%
75 anys o més	Homes	39.432	5,1%	51.502	7,3%	67.630	8,9%	67.278	8,8%
	Dones	80.639	9,3%	100.059	12,5%	118.079	13,9%	116.826	13,7%
Total	Homes	775.988	100%	705.224	100%	760.894	100%	764.926	100%
	Dones	867.554	100%	798.660	100%	847.816	100%	852.529	100%
Índex de dependència senil¹	Homes		19,7%		25,8%		26,9%		26,8%
	Dones		30,9%		38,8%		38,9%		38,6%
Índex de sobreenvelliment²	Homes		36,6%		29,6%		48,7%		48,3%
	Dones		45,3%		50,1%		56,4%		55,7%
Gent gran que viu sola³ 65-74 anys	Homes	4.518	6,6%	7.081	9,2%	9.416	13,2%	9.716	13,5%
	Dones	23.015	23,7%	24.854	24,2%	21.816	23,9%	22.282	24,0%
75-84 anys	Homes	3.277	10,0%	5.274	13,3%	7.062	14,7%	6.941	14,7%
	Dones	18.580	30,1%	29.113	40,4%	26.368	36,2%	25.570	36,2%
85 anys o més	Homes	827	12,3%	2.095	21,1%	4.384	22,4%	4.529	22,6%
	Dones	3.837	20,2%	10.502	38,3%	20.222	44,6%	20.802	45,1%
Nivell d'instrucció⁴									
Sense estudis	Homes		20,5%		11,7%		2,4%		1,6%
	Dones		29,6%		17,5%		4,4%		3,6%
Estudis primaris	Homes		28,2%		26,9%		17,6%		16,4%
	Dones		30,1%		29,4%		19,8%		18,8%
Estudis secundaris	Homes		16,3%		18,7%		22,4%		23,0%
	Dones		15,0%		17,5%		20,4%		20,9%
Batxillerat i FPII	Homes		21,4%		24,6%		27,2%		27,2%
	Dones		15,5%		19,5%		23,5%		23,6%
Universitaris	Homes		12,8%		17,7%		29,4%		30,4%
	Dones		9,3%		15,7%		31,0%		32,3%
No consta	Homes		0,8%		0,4%		1,1%		1,4%
	Dones		0,5%		0,5%		0,9%		1,0%
Població nascuda a l'estranger		45.417	2,7%	101.947	6,8%	366.096	22,8%	383.444	23,7%

Font: Padró municipal d'habitants de l'any 1996, cens de població de l'any 1991 i el 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) × 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) × 100 habitants. ³Es mostren els resultats per a l'any 2000. ⁴Nivell d'instrucció en persones de 16 anys i més.

Taula 2. Evolució de les taxes d'activitat, ocupació i atur segons el sexe, en percentatges. Barcelona, 1995-2017.

Any	Activitat		Ocupació		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
2017	67,0	56,1	59,9	49,8	10,6	11,3

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

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

Notes: ¹Mitjanes anuals calculades a partir de dades trimestrals. ²L'any 2014 ha canviat la base poblacional. Les dades del període 2002-2013 s'han revisat amb la base de població nova per poder establir comparacions, però no són comparables amb les dels anys anteriors.

El context socioeconòmic

98

Taula 3. Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2010-2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Atenció primària de salut								
Visites per habitant i any	5,4	5,2	5,1	5,2	5,3	5,4	5,3	5,3
Cobertura de vacunació antigripal en persones de 60 anys o més	47,8%	47,4%	48,8%	47,8%	48,1%	45,5%	44,3%	44,71%
Cobertura del programa d'atenció domiciliària en la població de 65 anys o més	6,5%	6,3%	6,0%	6,1%	5,9%	5,7%	5,5%	5,25%
Atenció a les urgències								
Urgències hospitalàries								
Nombre d'urgències ateses	679.192	649.957	629.919	627.296	638.968	671.298	659.088	651.665
Activitat SEM-061¹								
Nombre d'urgències a domicili	32.958	33.563	34.678	32.575	37.529	32.745	33.908	40.000
Nombre d'emergències	197.604	194.558	192.458	183.750	208.413	221.253	214.559	243.762
Atenció especialitzada hospitalària								
Nombre de llits públics d'aguts (XHUP) per 1.000 habitants ²	2,4	2,3	2,2	2,0	2,2	2,0	2,1	2,3
Taxa d'hospitalització a la XHUP per 1.000 hab./any dels residents a Barcelona ³	89,4	87,3	89,7	90,0	88	98,2	99,1	99,3
Residents a BCN que s'atenen a hospitals de la XHUP de fora de la regió sanitària ³	8,0%	7,4%	6,6%	6,2%	6%	6,2%	6,2%	6,20%
Altes als hospitals de la XHUP de Barcelona de no residents a la ciutat	29,0%	27,6%	26%	25,5%	23,6%	24,2%	23,8%	21,05%
Atenció sociosanitària								
Llits de llarga estada	1.382	1.466	1.434	1.248	1.124	1.090	1.062	1.081
Llits de convalsència	970	930	912	845	788	791	832	834
Llits de cures pal·liatives	109	104	114	100	115	128	115	111
Llits d'unitats de sida	35	35	20	19	19	19	19	19
Places en hospitals de dia	371	446	443	410	398	399	408	398
Nombre d'equips PADES	32	18	18	20	20	20	19	47
Nombre d'equips UFISS hospitalària	12	9	9	9	9	9	9	6
Equips d'avaluació integral ambulatoria (EAIA)	8	8	8	7	7	7	8	7
Nombre de pacients en llits llarga estada	3.211	2.186	4.180	4.293	5.157	4.843	4.627	4365
Nombre de pacients en unitats de convalsència	6.458	6.473	6.373	7.048	7.021	8.506	6.942	8.112
Nombre de pacients en unitats de cures pal·liatives	1.351	1.328	1.719	1.911	1.871	2.339	2.050	2.286
Nombre de pacients en unitats d'hospital de dia	977	1.075	1.231	1.456	1.398	1.381	882	925

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 3 (continuació). Indicadors de serveis sanitaris. Barcelona, 2010-2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Atenció socio sanitària								
PADES (inclou ETODA) ⁴	3.727	3.875	3.765	4.018	4.070	4.371	4.748	4.380
UFISS	5.776	4.760	4.785	5.374	4.675	4.408	4.507	N/D
EAIA (processos) ⁵	ND	11.562	11.924	11.077	11.971	9.681	14.470	N/D
Atenció a la salut mental Ambulatori								
Nombre de centres d'adults (CSMA ⁶)	16	16	16	14	14	15	15	15
Nombre de llits d'hospitalització psiquiàtrica	577	579	593	578	ND	633	624	651
Nombre de centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	11	10	10	9	9	10	10	10
Nombre de places d'hospitals de dia	577	579	593	578	573	349	367	408
Rehabilitació								
Nombre de places en centres de dia	706	671	671	673	673	673	673	822
Nombre de persones ateses								
Centres d'adults (CSMA ⁶)	36.083	37.092	34.518	37.894	42.704	44.953	45.394	46.518
Centres infantils i juvenils (CSMIJ ⁷)	7.669	7.657	7.875	8.071	10.517	12.066	11.455	12.493
Hospitals i altres	5.337	4.478	4.531	4.469	5.188	4.778	4.940	5.769
Centres de dia	1.641	1.539	1.716	1.756	1.792	1.752	1.854	1.982

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 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. ⁵EAIA: 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

100

Taula 4. Evolució de les taxes de mortalitat i mortalitat prematura per cada 100.000 habitants. Barcelona, 2006-2016.

Homes	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de defuncions	7.758	7.483	7.455	7.439	7.258	7.572	7.194	7.230	7.370	7.310
Taxa de mortalitat	1.020,4	965,7	958,4	970,1	942,1	984,3	939,9	945,6	966,5	960,7
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat	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	1.043,7
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat prematura ²	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	3.003,9
Dones										
Defuncions	8.130	8.232	8.196	7.848	7.938	8.325	7.905	8.008	8.384	8.241
Taxa de mortalitat	964,6	964,5	957,9	921,1	934,0	979,2	931,6	943,6	989,9	972,0
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat	626,8	628,1	613,5	576,9	561,6	655,7	611,0	608,1	614,5	600,6
Taxa estandarditzada ¹ de mortalitat prematura ²	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	1.529,7

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

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

²APVP: Anys potencials de vida perduts entre 1 i 70 anys.

Taula 5. 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, 2015 i 2016.

Homes	2005		2010		2015		2016	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Suïcidis i autolesions	40	11,1	33	9,1	33	9,9	29	8,1
Lesions per accident de trànsit	36	10,6	15	4,4	15	5,0	8	2,5
Enverinaments accidentals per substàncies tòxiques	49	13,4	37	10,1	15	4,2	17	5,0
Malaltia isquèmica del cor	20	5,7	10	2,6	10	2,7	10	2,6
Insuficiència cardíaca	2	0,6	2	0,5	7	1,9	3	0,8
Totes les causes	371	104,0	258	71,2	183	52,6	178	50,8
Dones								
Suïcidis i autolesions	13	3,9	6	1,7	11	3,2	10	2,9
Tumor maligne de mama	17	4,8	23	6,1	11	3,0	17	4,5
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	5	1,4	5	1,4	6	1,7	3	0,8
Enverinaments accidentals per substàncies tòxiques	13	3,7	13	3,5	5	1,3	8	2,3
Tumor maligne de budell gros	1	0,3	4	1,3	4	1,0	2	0,5
Totes les causes	167	47,6	132	36,6	103	29,7	98	27,7

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.

Taula 6. 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, 2015 i 2016.

	2005		2010		2015		2016	
	N	TX	N	TX	N	TX	N	TX
Homes								
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	465	193,0	391	168,3	351	145,3	365	151,2
Malalties isquèmiques del cor	315	132,8	245	107,6	208	85,4	158	64,4
Tumor maligne de budell gros	123	51,7	101	45,0	102	43,2	77	32,3
Tumor maligne de pàncrees	66	27,7	87	36,8	88	37,4	84	34,1
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	141	61,4	73	33,8	80	34,8	77	34,0
Cirrosi i altres malalties del fetge	100	40,9	104	42,9	86	34,3	61	23,8
Malalties cerebrovasculars	134	57,2	98	43,4	80	32,9	75	31,7
Tumor maligne de fetge	81	33,4	80	35,1	62	25,0	78	32,4
Tumor maligne d'estómac	71	30,3	62	27,4	51	22,1	48	19,3
Tumor maligne de ronyó i dels òrgans urinaris	37	15,7	35	15,7	43	17,5	59	24,2
Totes les causes	3.017	1.264,7	2.467	1.067,6	2.195	906,6	2.179	900,1
Dones								
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	92	30,6	117	39,7	138	44,9	130	42,3
Tumor maligne de mama	138	45,9	136	46,6	95	31,5	113	37,1
Tumor maligne de budell gros	74	25,0	58	20,3	62	20,8	68	22,9
Malalties cerebrovasculars	68	22,4	60	21,0	55	19,0	53	18,2
Tumor maligne de pàncrees	42	14,0	34	12,2	47	16,0	53	17,9
Tumor maligne d'ovari	50	16,6	40	13,9	46	15,0	36	11,6
Cirrosi i altres malalties del fetge	62	20,7	47	16,6	31	10,4	27	8,7
Malalties isquèmiques del cor	82	27,5	53	19,0	30	10,2	39	13,3
Insuficiència cardíaca	22	7,5	16	5,9	30	10,0	24	8,1
Tumor maligne de l'encèfal	30	10,1	34	11,9	28	9,3	18	6,0
Totes les causes	1.473	493,6	1.255	440,3	1.186	397,5	1.218	406,6

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.

La salut

102

Taula 7. 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, 2015 i 2016.

	2005		2010		2015		2016	
	N	2005	N	TX	N	TX	N	TX
Homes								
Malalties isquèmiques del cor	470	870,8	421	671,5	394	563,5	442	615,9
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC ²	395	758,3	304	491,5	345	485,7	333	457,8
Demència senil, vascular, i demència no especificada	187	381,3	201	343,8	311	433,8	312	416,8
Malalties cerebrovasculars	398	767,1	312	503,2	298	411,2	243	336,7
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	258	447,7	325	497,7	268	397,6	256	375,4
Malaltia d'Alzheimer	115	218,0	157	256,6	204	276,9	192	252,3
Insuficiència cardíaca	220	449,7	152	265,2	188	264,0	174	234,9
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	155	294,6	112	179,4	177	246,6	153	210,4
Tumor maligne de pròstata	146	279,6	149	240,8	161	226,3	164	224,5
Malalties hipertensives	90	179,8	110	185,6	124	173,6	124	169,8
Totes les causes	4.911	9.303,9	4.674	7.535,9	4.958	7.013,2	4.929	6.812,9
Dones								
Demència senil, vascular, i demència no especificada	500	397,2	539	358,3	789	431,8	784	425,7
Malalties cerebrovasculars	720	604,5	547	389,3	529	334,7	496	316,9
Malaltia d'Alzheimer	317	267,4	437	309,4	553	333,1	597	356,5
Malalties isquèmiques del cor	584	489,5	443	318,2	426	265,1	410	247,4
Insuficiència cardíaca	552	447,0	339	228,5	394	231,6	371	212,4
Malalties hipertensives	196	160,8	333	228,2	280	166,8	292	163,9
Malalties del ronyó i de les vies urinàries	203	170,7	199	139,8	242	143,1	231	134,3
Bronquitis, emfisema, asma i MPOC ²	206	169,5	167	118,9	185	117,6	187	119,6
Tumor maligne de budell gros	147	126,3	157	120,6	144	104,8	134	96,0
Tumor maligne de mama	129	114,4	132	103,4	135	97,6	174	130,6
Totes les causes	6.909	5.779,7	6.433	4.640,7	7.075	4.480,0	6.913	4.328,2

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. ²MPOC: Malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Taula 8. Evolució de les taxes de mortalitat infantil i perinatal. Barcelona, 2008-2016¹.

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

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

Nota: ¹Les estimacions dels indicadors d'evolució poden presentar petites variacions respecte d'informes anteriors. ²La mortalitat infantil inclou els nascuts vius i morts abans de l'any d'edat. ³La mortalitat perinatal inclou els nascuts morts o els nascuts vius i morts abans dels 8 dies de vida i amb un pes igual o superior als 500 g.

Taula 9. Evolució de les malalties professionals amb baixa, segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2014-2017.

	Homes				Dones			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Malalties per agents químics ¹	6,5	3,8	6,3	15,1	8,9	8,8	9,2	11,3
M. per fatiga de beines tendinoses	65,7	74,5	63,3	59,7	53,1	42,9	44,9	45,0
M. per paràlisi dels nervis degut a pressió	9,5	5,7	11,7	7,6	17,1	19,5	12,1	10,6
M. per altres agents físics	8,0	10,2	6,3	7,6	7,4	5,9	10,1	11,3
M. per agents biològics	3,5	1,9	5,5	5,9	8,5	14,6	12,1	14,4
M. de la pell	6,5	3,2	7	4,2	5,0	8,3	11,1	7,5
M. per agents carcinògens	0,5	0,6	-	-	-	-	0,5	-
Total	201	157	128	119	258	205	207	160

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 10. 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, 2014-2017.

	Homes				Dones			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Lesions greus per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	43,3	43,1	50,8	48,3	59,3	56,1	57,9	559,4
En jornada laboral:								
No traumàtiques	9,6	7,3	4,9	7,4	3,7	6,1	2,6	3,1
De trànsit	8,3	9,5	9,3	6,0	1,9	3	6,6	4,7
Resta traumàtiques	38,9	40,1	35,0	38,3	35,2	34,8	32,9	32,8
Total	157	137	183	149	54	66	76	64
Lesions mortals per accidents de treball								
<i>In itinere</i>	30,8	28,6	20	58,3	75,0	50	33,3	33,3
En jornada laboral:								
No traumàtiques	30,8	28,6	28	25,0	-	-	50	33,3
De trànsit	23,1	14,3	8	-	-	50	-	-
Resta traumàtiques	15,4	28,6	44	16,7	25,0	-	16,7	33,3
Total	13	21	25	12	4	4	6	3

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

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

104

Taula 11. Evolució de les malalties relacionades amb el treball segons el diagnòstic i el sexe. Percentatges i nombre total de casos. Barcelona, 2014-2017.

	Homes				Dones			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu	24,7	21,5	18,3	14,7	17,3	14,7	16,1	16,4
Malalties del sistema respiratori	3,8	1,6	2,1	1,9	2,3	3,2	2,3	1,8
Trastorns mentals i del comportament	60,1	64,9	71,7	76,3	72,0	73,8	72,9	70,8
Malalties del sistema nerviós	1,3	2,1	1,6	0,5	1,6	2,6	3,7	2,5
Traumatismes i enverinaments	4,4	2,1	3,1	3,3	1,3	2,1	2,0	2,5
Altres	5,7	7,9	3,1	3,3	5,5	3,5	3,1	6,0
Total	158	191	191	212	307	340	354	399

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

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

Taula 12. Persones en tractament i amb inicis de tractament als centres d'atenció i seguiment (CAS) de titularitat de l'ASPB1 segons substància per la qual s'inicia el tractament per sexe. Barcelona, 2015-2017.

Substància per la qual inicia tractament	CAS de titularitat ASPB ¹					
	Homes			Dones		
Persones en tractament	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Heroïna i altres opiacis	1.134	1.203	1.141	269	272	259
Cocaïna	733	747	780	190	181	178
Amfetamines	22	36	49	6	11	13
Cànnabis	399	361	416	98	118	105
Alcohol	1.610	1.572	1.528	642	706	689
Tabac	143	150	149	123	144	133
Altres ²	63	65	65	33	34	39
Total	4.104	4.134	4.128	1.361	1.466	1.416
Inicis de tractament						
Heroïna i altres opiacis	274	302	226	53	55	36
Cocaïna	295	303	367	70	65	77
Amfetamines	8	14	37	7	9	7
Cànnabis	241	179	229	55	73	49
Alcohol	731	689	635	268	269	239
Tabac	79	84	91	74	96	80
Altres ²	32	33	22	18	18	16
Total	1.660	1.604	1.607	545	585	504
Inicis de tractament als CAS de la xarxa pública						
Heroïna i altres opiacis	568	548	457	143	123	80
Cocaïna	556	596	658	139	141	156
Cànnabis	343	288	358	102	103	98
Alcohol	1.541	1.369	1.290	605	539	505
Altres	248	304	271	185	225	189
Total	3.256	3.105	3.034	1.174	1.131	1.028

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

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

Taula 13. Diversos indicadors de seguiment d'atenció a les drogodependències. Barcelona, 2015-2017.

	2015	2016	2017
Nre. xeringues recollides carrer	20.421	24.297	30.949
Usuaris diferents centres REDAN	3.122	3.366	3.448
Total visites sales consum	29.751	36.538	29.153
Visites sales consum injectat	24.347	30.698	24.435
Visites sales consum fumat	5.404	5.840	4.718
Mortalitat total	42	54	ND
Substància detectada: Cocaïna	28	30	ND
Substància detectada: Opiacis	29	31	ND

Taula 14. Evolució de la incidència de la tuberculosi segons el país de naixement i el sexe. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2017.

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

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 15. Evolució de la incidència de VIH segon el país de naixement i el sexe en edats de 15 a 64 anys. Taxes estandarditzades¹ per edat per 100.000 habitants. Barcelona, 2012-2017.

Homes	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Autòctons	43,7	48,3	41,5	51,0	42,9	43,2
Immigrants	84,8	85,2	92,3	96,7	92,7	96,6
Total	54,5	59,4	56,9	65,3	59,5	61,4
Dones						
Autòctones	2,0	5,4	2,6	3,4	1,7	3,9
Immigrants	9,7	15,5	12,3	6,7	8,3	13,5
Total	4,9	8,7	5,5	4,5	3,8	7,6

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.

La salut

106

Taula 16. Evolució recent dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taxa de natalitat per 1.000 habitants	8,9	8,6	8,7	8,9	8,7	8,5
Dones 15-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	14.498	13.972	14.984	14.442	13.947	13.866
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	37,2	36,2	36,6	38,3	37,1	36,6
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	36,3	35,0	35,8	37,9	36,3	35,4
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	40,4	40,2	40,2	40,2	39,7	39,9
Nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)	6.088	6.646	5.658	5.164	5.251	5.467
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	15,6	17,2	14,8	13,7	14,0	14,4
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	11,9	13,2	12,2	9,9	10,2	10,5
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	25,6	28,0	22,1	22,3	22,2	22,2
Nombre d'embarassos	20.586	20.618	19.642	19.606	19.198	19.333
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	52,8	53,5	51,4	51,9	51,0	51,0
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	48,2	48,2	48,0	47,7	46,5	45,9
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	65,9	68,2	62,3	62,4	61,8	62,0
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	29,6	32,2	28,8	26,3	27,4	28,3
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'estat espanyol	14,7%	14,9%	15,9%	16,3%	16,3%	15,5%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'estat espanyol	27,9%	28,0%	28,1%	28,7%	28,7%	32,2%
Naixements amb baix pes en néixer (< 2.500 g)	8,1%	7,3%	7,4%	9,8%	7,5%	7,1%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	7,8%	6,4%	6,5%	8,2%	6,3%	5,8%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,5%	6,5%	6,8%	7,2%	6,5%	6,7%
Adolescents (dones 15-19 anys)						
Fecunditat						
Nombre de naixements	212	213	188	199	184	155
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	6,9	7,0	6,1	6,4	5,4	4,8
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	3,1	3,6	3,5	3,4	3,4	2,8
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	20,2	19,1	15,5	17,8	15,2	12,5
Nombre d'IVE	589	579	472	393	402	382
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	19,0	19,0	15,4	12,7	12,8	11,9
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	14,6	13,6	12,0	10,3	9,9	9,2
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	35,7	38,3	28,2	21,7	23,1	21,1

Fonts: Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; Registre de naixements de l'IDESCAT; Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Taula 16 (continuació). Evolució recent dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'embarassos	801	792	660	592	586	537
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	25,9	26,0	21,5	19,1	18,7	16,7
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	17,7	17,3	15,5	13,7	13,2	12,0
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	55,9	57,4	43,7	39,5	38,3	33,6
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	73,5	73,1	71,5	75,4	68,6	71,1
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'estat espanyol	13,1%	15,0%	11,7%	18,9%	18,9%	11,0%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'estat espanyol	58,1%	40,8%	34,6%	49,0%	49,0%	55,5%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	10,8%	6,1%	8,5%	8,0%	8,2%	9,7%
Dones 20-34 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	8.254	7.822	7.726	7.554	7.474	7.259
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	49,3	48,2	48,9	48,9	48,7	46,7
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	48,7	47,1	48,8	49,0	47,6	44,9
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	55,6	55,1	55,6	53,7	55,2	54,6
Nombre d'IVE	4.129	4.404	3.617	3.458	3.504	3.583
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	24,6	27,1	22,9	22,4	22,9	23,1
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	20,3	22,6	20,1	17,1	17,5	17,7
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	35,1	38,7	30,7	32,7	33,2	32,2
Nombre d'embarassos	12.383	12.226	11.343	11,12	10.978	10.842
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	73,9	75,4	71,8	71,3	71,6	69,8
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	69,0	69,7	68,9	66,1	65,2	62,6
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	90,7	93,9	86,3	86,4	88,3	86,8
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	33,3	36,0	32,0	26,0	31,9	33,1
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'estat espanyol	13,6%	13,7%	14,6%	15,3%	17,3%	14,8%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'estat espanyol	35,3%	35,2%	34,7%	35,9%	19,6%	40,0%
Naixements amb baix pes en néixer (< 2.500 g)	7,1%	6,5%	7,1%	8,2%	7,3%	6,6%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	6,7%	5,8%	6,1%	6,8%	5,8%	4,8%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,5%	6,4%	6,6%	7,0%	6,4%	6,8%

Fonts: Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; Registre de naixements de l'IDESCAT; Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Taula 16 (continuació) >

La salut

108

Taula 16 (continuació). Evolució recent dels indicadors de salut sexual i reproductiva en les dones en edat fèrtil (15-49 anys) i per grups d'edat. Barcelona, 2012-2017.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dones 35-49 anys						
Fecunditat						
Nombre de naixements	6.032	5.937	6.070	6.689	6.289	6.452
Taxa de fecunditat global (per 1.000 dones)	31,5	30,8	31,4	34,8	32,8	33,7
Taxa de fecunditat de les dones autòctones (per 1.000 dones)	33,4	32,2	32,8	36,7	34,8	35,5
Taxa de fecunditat de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	24,7	26,0	27,0	29,2	27,3	28,4
Nombre d'IVE	1.370	1.663	1.569	1.313	1.345	1.502
Taxa d'IVE global (per 1.000 dones)	7,1	8,6	8,1	6,8	7,0	7,8
Taxa d'IVE de les dones autòctones (per 1.000 dones)	5,5	6,7	6,9	4,9	5,4	5,9
Taxa d'IVE de les dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	12,6	14,5	12,2	11,7	11,1	12,2
Nombre d'embarassos	7.402	7.600	7.639	8.002	7.634	7.954
Taxa d'embarassos global (per 1.000 dones)	38,6	39,4	39,5	41,7	39,8	41,5
Taxa d'embarassos de les dones autòctones (per 1.000 dones)	38,8	38,9	39,7	41,6	40,2	41,3
Taxa d'embarassos de dones de països en desenvolupament (per 1.000 dones)	37,3	40,4	39,1	40,9	38,4	40,6
Embarassos no planificats (% IVE sobre el total d'embarassos)	18,5	21,9	20,5	16,4	17,6	18,9
Resultats de l'embaràs						
Naixements amb només un dels pares de fora de l'Estat espanyol	16,3%	16,5%	17,6%	17,3%	17,3%	16,5%
Naixements amb tots dos pares de fora de l'Estat espanyol	16,8%	18,0%	19,2%	19,6%	19,6%	23,0%
Naixements amb baix pes al néixer (< 2.500 g)	9,3%	8,4%	7,6%	11,7%	7,8%	7,1%
Naixements prematurs (< 37 setmanes de gestació)	9,1%	7,1%	7,0%	9,8%	6,9%	6,9%
Baix pes per edat gestacional (percentil 10)	6,5%	6,7%	7,0%	7,4%	6,6%	6,6%

Les fonts de dades per a l'elaboració de la taula són: 1) Registre d'IVE de Catalunya, del Departament de Salut; 2) Registre de parts i naixements de l'IDESCAT; 3) Padró de població del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

La salut a Barcelona 2017



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



SlideShare

Podeu trobar dades addicionals de l'Informe de Salut al document annex *La salut en xifres a Barcelona. Districtes i àrees integrals de salut 2017*, disponible al web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

C S B Consorci Sanitari de Barcelona



Agència de Salut Pública

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 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

