
La salut sexual i reproductiva

Barcelona 2017



C S B Consorci Sanitari de Barcelona

 Agència de Salut Pública



La Salut en xifres

La salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona 2017

© 2018 Agència de Salut Pública de Barcelona

Aquest informe està sota un llicència Creative Commons

Reconeixement – NO Comercial – Compartir (BY-NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



Edita: Agència de Salut Pública de Barcelona

Agència de Salut Pública de Barcelona

Responsables de l'informe:

Glòria Pérez
Catherine Pérez
Maribel Pasarin

Autoria i redacció de l'informe:

Isabel Otero Hernández
Glòria Pérez

Col·laboradors/es

Maitona Miranda
Ana Novoa
Sergi Hernández

Agraïments:

Volem agrair la col·laboració del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, de l'Institut d'Estadística de Catalunya i del CatSalut, als companys i companyes de l'Agència de Salut Pública de Barcelona que han fet possible la recollida, codificació i anàlisi de tota aquesta informació i als centres assistencials que han participat en la recollida de dades i en l'enquesta: Institut Dexeus, Hospital Parc de Salut Mar, La Maternitat (Hospital Clínic), Hospital Santa Creu i Sant Pau, Hospital Vall d' Hebrón, Hospital El Pilar, Clínica Sagrada Família, Hospital Quirónsalud, Hospital de Barcelona, Clínica Corachan, Centre Mèdic Teknon, Hospital Sant Joan de Déu, Centre Mèdic Delfos, Clínica Nostra Senyora del Remei, Clínica Sant Jordi, Clínica Diagonal i Hospital de Sanitas CIMA

Cita recomanada:

Pérez G, Otero I, Miranda M, Novoa A, Hernández S, Salvador J, Pérez K. La salut reproductiva a la ciutat de Barcelona. Any 2017. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

Índex

La salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona 2017.....	1
Resum	6
Introducció.....	8
Mètodes	9
1. Planificació familiar.....	11
Planificació de l'embaràs	12
Embarassos i naixements de dones adolescents	17
2. Salut materna, fetal, neonatal i infantil.....	22
Consum de tabac durant l'embaràs	23
Sobrepès i obesitat	27
Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional.....	30
Mortalitat infantil i perinatal	34
3. Atenció sanitària a l'embaràs i el part.....	38
Visites a obstetrícia i realització d'ecografies.....	39
Realització de prova de l'ADN fetal en sang materna	42
Realització de cesària.....	45
Lactància materna	48
4. Orientació sexual	51
Orientació sexual	52
5. Discriminació i violències masclistes	59
Discriminació	60
Assetjament sexual.....	68
Maltractament	71
Conclusions.....	77
Annexos	79
Bibliografia.....	81

Resum

L'objectiu d'aquest informe és mostrar la situació actual amb les dades més recents i l'evolució en els darrers anys dels indicadors de la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona del Registre de Naixements, del Registre d'Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs i de l'Enquesta de Salut Matern Infantil de la ciutat de Barcelona. La incorporació d'alguns indicadors de l'enquesta de salut de Barcelona (ESB-2016) i l'enquesta de Factors de Risc a l'Escola Secundària (FRESC-2016) ha permès obtenir els resultats que es presenten en aquest informe. D'altra banda, als eixos de desigualtat que s'utilitzen habitualment com són edat, el país d'origen i el territori de residència, hem afegit el nivell d'estudis i la classe social per la majoria dels indicadors calculats.

Pel que fa a la planificació dels embarassos, els resultats mostren que tres de cada quatre embarassos de dones residents a la ciutat de Barcelona acaben en un naixement. Aquest percentatge s'inverteix en les dones adolescents, ja que tres de cada quatre embarassos acaba en una interrupció de l'embaràs. Pel que fa a les conductes relacionades amb la salut de les dones embarassades, cal destacar que una de cada dues dones fumadores va deixar l'hàbit durant la gestació i que una de cada sis dones tenia sobrepès abans i durant l'embaràs.

Pel que fa a les cures durant l'embaràs, set de cada deu dones embarassades realitza la seva primera visita a l'obstetra en el segon mes d'embaràs. Només una de cada cinc dones embarassades es van fer la prova de cribratge de l'ADN fetal en sang materna. Cal remarcar que un de cada tres parts es va realitzar per cesària. Nou de cada deu dones tenen intenció de fer lactància materna.

Els indicadors de resultats adversos de l'embaràs mostren que dos nadons per cada 1000 naixements moren en el primer any de vida. D'altra banda, sis de cada 100 naixements tenien un baix pes en néixer per l'edat gestacional, és a dir un retard de creixement intrauterí.

En relació a la salut sexual, una de cada deu persones refereixen haver-se sentit discriminades en l'últim any per motius d'orientació sexual, ètnia, sexe, idioma, religió, opinió política o d'una altra mena, origen nacional o social, posició econòmica, naixement o qualsevol altra condició. Respecte a les dones, quatre de cada cent dones refereixen haver patit maltractament (emocional, físic i/o sexual) per la seva parella en l'últim any.

Una de cada quatre dones adolescents declaren haver patit algun tipus de discriminació i una de cada set dones adolescents refereixen haver patit algun tipus de maltractament per la seva parella en l'últim any.

En relació a l'orientació sexual, el 10% dels nois i el 18% de les noies adolescents i joves declaren sentir-se atrets per persones del mateix sexe o per ambdós sexes.

En conclusió, la utilització de les fonts d'informació habituals, juntament amb les enquestes de salut permeten tenir un sistema de vigilància de la Salut Sexual i Reproductiva a la ciutat de Barcelona. Els indicadors obtinguts ens permeten també fer visibles els grups de persones més vulnerables en relació a la salut sexual i reproductiva.

Introducció

Es presenta l'informe de salut sexual i reproductiva de l'any 2017 pretén mostrar la situació actual i l'evolució en els darrers anys dels indicadors de la salut sexual i reproductiva de les persones residents a la ciutat de Barcelona, dels seus districtes i barris amb les dades disponibles més actualitzades elaborades per l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).

Els indicadors de salut sexual i reproductiva seleccionats per a elaborar aquest informe es basen en les recomanacions de l'EURO-PERISTAT (1) i de l'OMS (2) (3).

En cada un dels apartats de l'informe es presenta una breu introducció, les fonts d'informació utilitzades, la definició dels indicadors, els resultats i les limitacions.

Així mateix s'han elaborat gràfics per a indicadors rellevants de les diferents fonts d'informació de salut sexual i reproductiva segons característiques de les persones com l'edat, el país d'origen, el nivell d'estudis, la classe social i l'àrea de residència. Seguint el marc conceptual dels determinants de les desigualtats socials en salut (4), totes elles actuen com eixos de desigualtat que generen jerarquies de poder en la societat. Aquests eixos determinen les oportunitats de tenir una bona salut i posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa del poder, del prestigi i de l'accés als recursos. També es mostra el tipus d'assegurança de les dones que han estat mares com a determinant intermedi de les desigualtats, relacionat amb els serveis de salut.

A la web de l'Agència de Salut Pública de Barcelona també hi ha les [taules detallades d'indicadors 2017](#) per districtes de la ciutat. També es mostren els [indicadors](#) per barris i els [manuais d'elaboració](#) i anàlisis de les dades.

Mètodes

Els indicadors que es mostren en aquest informe s'obtenen dels Sistemes d'Informació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i d'altres institucions.

Per part de l'ASPB es realitza anualment l'Enquesta de Salut Matern Infantil de Barcelona (ESMI-BCN) que afegeix informació rellevant no recollida pels altres sistemes d'informació. Per aquest informe es disposa de les dades de l'any 2017. Aquesta enquesta té una mostra de 460 mares residents i amb un naixement en els centres sanitaris públics o privats de la ciutat.

L'Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT) subministra a l'ASPB la base de dades de parts anuals de les dones residents a la ciutat de Barcelona que mitjançant procediments de codificació i geocodificació resulta en el Registre de Naixements de la ciutat. Per aquest informe les dades més recents que disposem són les de l'any 2017. D'altra banda, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ens subministra les dades de les interrupcions voluntàries de l'embaràs de les dones residents a la ciutat de Barcelona. Les dades més recents de les quals disposem són les de l'any 2017.

La darrera [Enquesta de Salut de Barcelona](#) de 2016 realitzada per l'ASPB proporciona cada cinc anys informació de la salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris de la població barcelonina i els seus determinants.

La darrera Enquesta [FRESC](#) 2016 (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) realitzada per l'ASPB proporciona informació cada quatre

anys sobre la sexualitat, l'ús de contracepció i la relació amb els altres de les persones adolescents i joves escolaritzades a la ciutat de Barcelona.

Els eixos de desigualtat s'han abordat en els diferents sistemes d'informació utilitzant les següents classificacions:

1. La classe social s'ha obtingut utilitzant la Classificació Nacional d'Ocupacions de 2014 i segons els criteris de la proposta feta pel grup de treball de la SEE (5).
2. El país d'origen agrupat en tres categories, segons la classificació del World Bank (6).
3. El nivell d'estudis de les diverses fonts d'informació s'ha categoritzat seguint la recomanació de la International Standard Classification of Education de l'any 2011 (7).
4. El territori s'aborda des de dues divisions territorials: el barri i el districte.

A continuació es mostren els resultats de l'anàlisi de les dades fins a l'any 2017.

1. Planificació familiar

Planificació de l'embaràs

La capacitat d'escollir quan tenir fills és un aspecte fonamental de la salut reproductiva. Permet la participació social i econòmica de les dones i el control sobre la seva trajectòria vital (8). La disponibilitat i accessibilitat de l'anticoncepció minimitza el risc d'embaràs no planificat (9). La gran majoria d'embarassos no planificats i no desitjats es deuen a la incorrecta o a la no utilització d'anticonceptius eficaços. Una part d'aquests embarassos acaben en avortaments i una altra donen lloc a naixements.

Fonts d'informació

- Els naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- La Població del padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

Definició dels indicadors

- La *taxa d'embarassos globals* en edat fèrtil é el nombre avortaments sumats als naixements i dividit per la població de dones de 15 a 49 anys (per 1.000).
- La *taxa de fecunditat* en dones en edat fèrtil és el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 49 anys (per 1.000).
- La *taxa d'IVE* en edat fèrtil és el nombre d'avortaments dividit per la població de dones de 15 a 49 anys (per 1.000).
- Un embaràs no planificat i no desitjat és aquell en què la dona no volia quedar-se embarassada en el moment en què es va produir l'embaràs, tant si feia servir mètodes anticonceptius com si no (10,11). Per a tenir una aproximació a la planificació de l'embaràs es calculen dos indicadors:

- 1) El percentatge d'IVE per cada 100 embarassos que ens permet saber el percentatge d'embarassos que acaben en un avortament i que es poden considerar no planificats.
- 2) Dels embarassos que arriben al naixement també hi ha un percentatge que no són planificats (12). A l'ESMI-BCN es pregunta a les mares que han tingut un naixement si era un embaràs planificat i desitjat. L'indicador calculat serà el percentatge de naixements que no van ser planificats del total de naixements.

Resultats

Tres de cada quatre embarassos acaben en un naixement en les dones en edat fèrtil de la ciutat de Barcelona

L'any 2017 es van produir a Barcelona 19.333 embarassos en dones en edat fèrtil (taxa de 51 embarassos per 1.000 dones de 15 a 49 anys) dels quals 13.866 (72%) van ser naixements (taxa de 36,6 naixements per 1.000 dones) i 5.467 (28%) van ser avortaments (taxa de 14,4 per 1.000 dones).

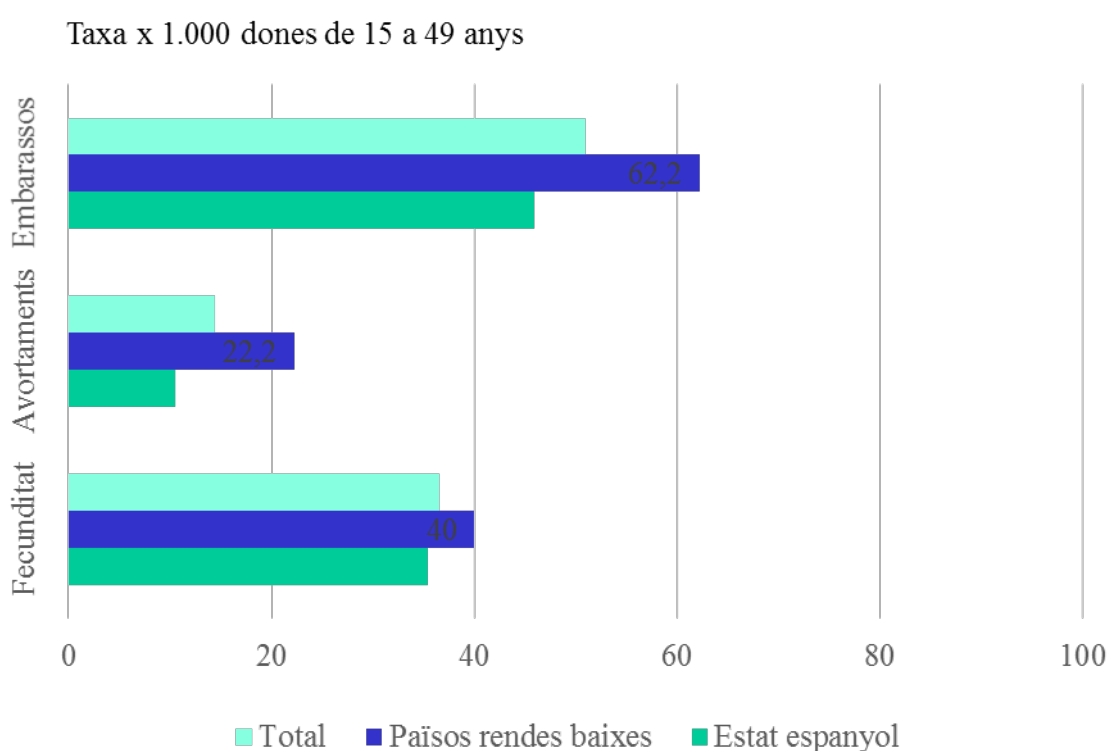
La fecunditat en dones de 15 a 49 anys presenta xifres similars en les dones nascudes a l'Estat espanyol (36,6 per 1.000 dones) i les nascudes a països de rendes baixes (40 per 1.000 dones). En canvi, els avortaments són més freqüents entre les dones nascudes a països de rendes baixes (22,2 per 1.000 dones) que a 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 (Figura 1.1).

Entre les dones més joves, el 70% dels embarassos acaben en una IVE. També s'observa un gradient segons nivell d'estudis i segons país d'origen de les dones, essent les dones amb pitjor nivell d'estudis i les que

provenen de països en rendes baixes les que mostren un major percentatge d'embarassos que finalitzen en una IVE (Figura 1.2).

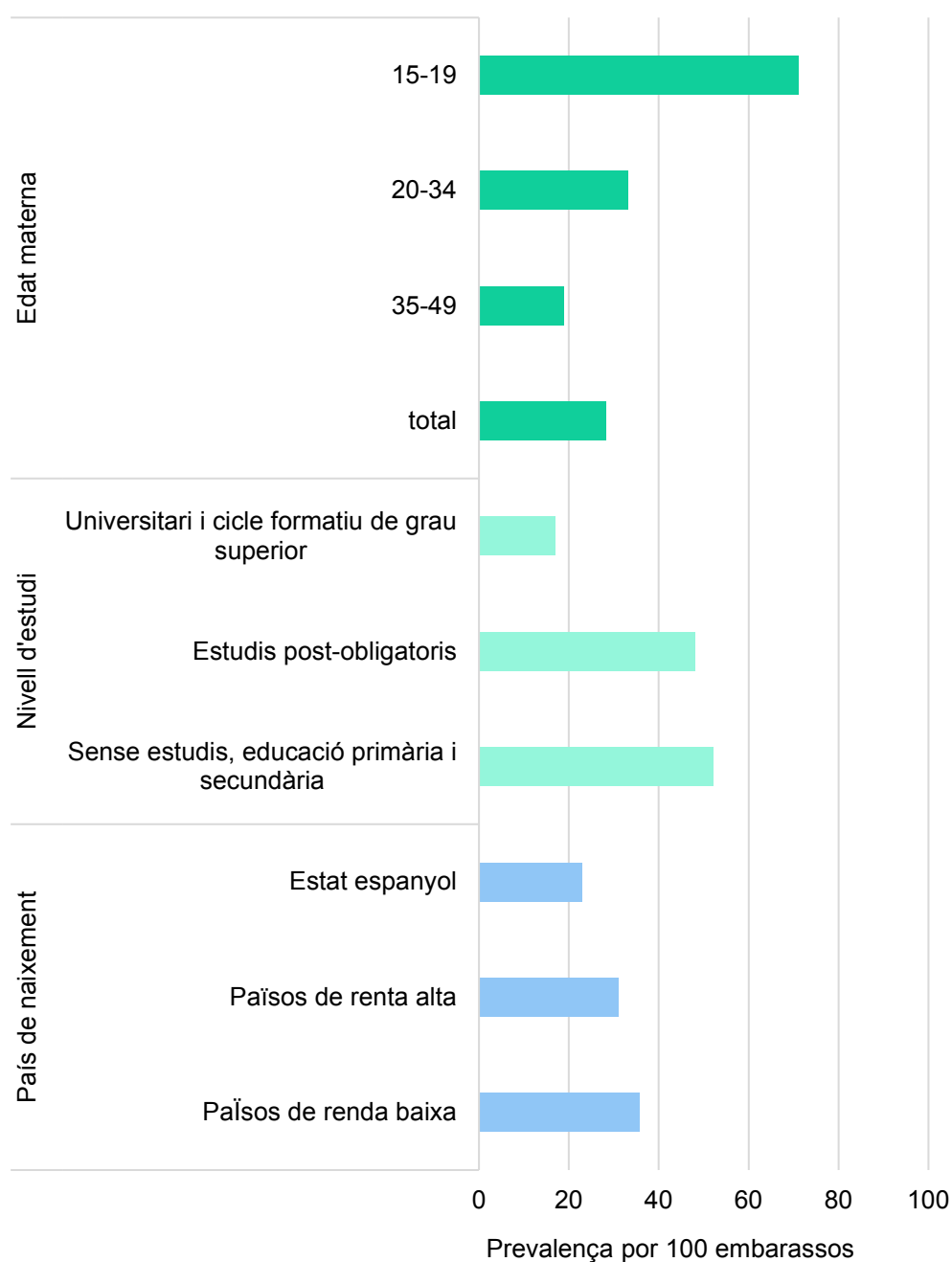
Segons l'ESMI-BCN de l'any 2017, el 10% de dones que han tingut un naixement declaren que l'actual no era un embaràs planificat. Aquest percentatge és menor en comparació als darrers anys. S'observen importants diferències per edat materna, sent el percentatge en les dones més joves el més elevat (41%) (Figura 1.3).

Figura 1.1: Distribució de la fecunditat, els embarassos i les interrupcions voluntàries de l'embaràs per 1000 dones en edat fèrtil (15-49 anys) segons país d'origen de la dona. Barcelona, 2017.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'IDESCAT, del Departament de Salut de la Generalitat i del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona 2017.

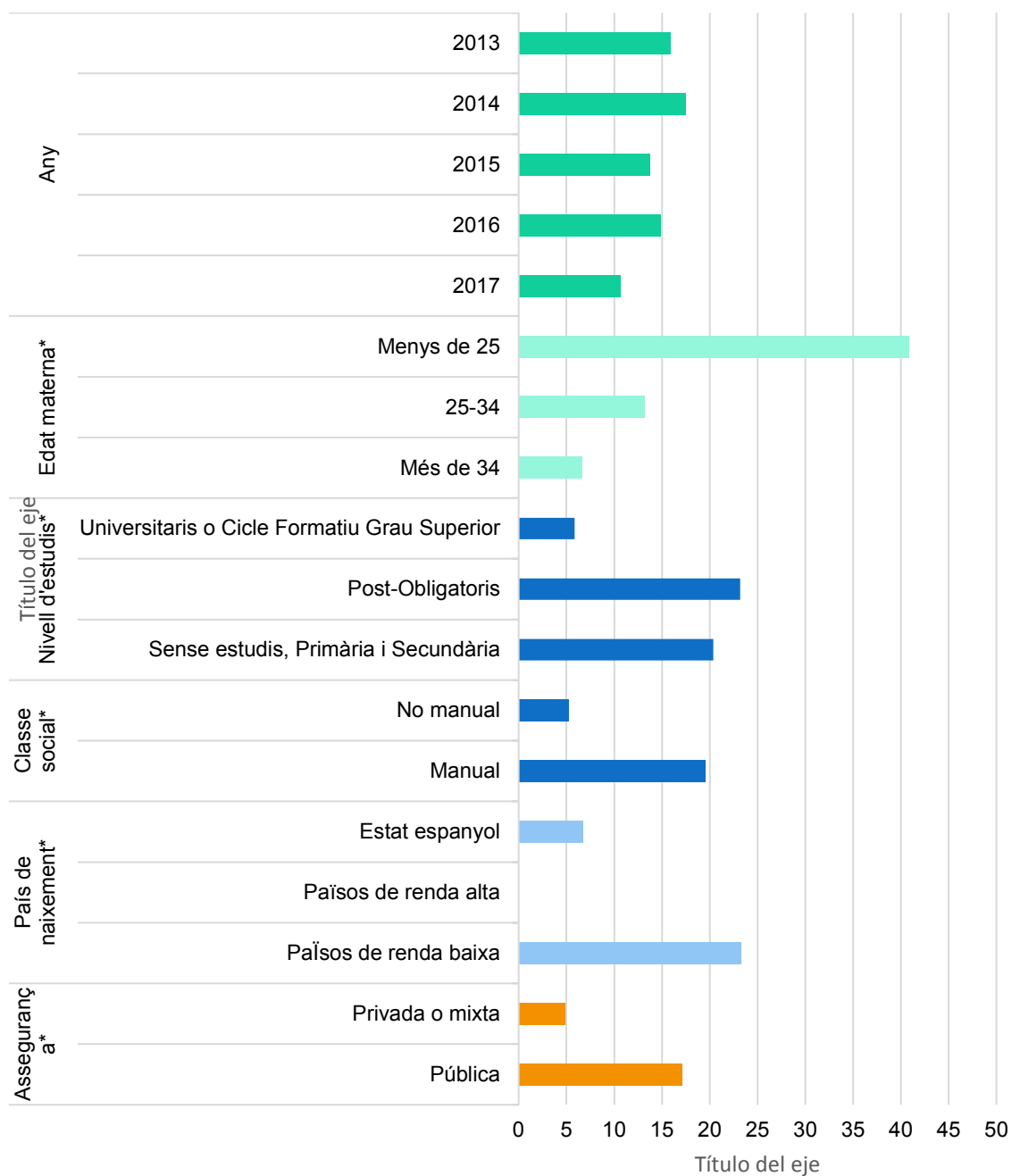
Figura 1.2: Prevalença d'embarassos que van acabar en una IVE en dones en edat fèrtil. Barcelona 2017.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'IDESCAT, del Departament de Salut de la Generalitat i del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona 2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 1.3: Prevalença d'embaràs no planificat segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2013-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Embarassos i naixements de dones adolescents

Segons UNICEF (13), la prevenció dels embarassos no desitjats permet a les dones adolescents finalitzar l'educació i adquirir els coneixements fonamentals per al creixement personal. D'altra banda, les dones més joves de classes socials desafavorides són les que més freqüentment tenen un embaràs no desitjat i no planificat (12) i les que tenen una taxa més alta d'avortaments (14,15).

Fonts d'informació

- Els Naixements, de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).
- Les IVE, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- La població del Padró d'habitants de la ciutat de Barcelona (Departament d'Estadística de Barcelona).

Definició dels indicadors

- La *taxa de fecunditat* en dones de 15 a 19 anys és el nombre de nascuts vius dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'IVE* en dones de 15 a 19 anys és el nombre d'avortaments dividit per la població de dones de 15 a 19 anys per 1.000.
- La *taxa d'embarassos* de dones de 15 a 19 anys es defineix com el nombre de nascuts vius de dones de 15 a 19 anys i IVE en dones de 15 a 19 anys per cada 1.000 dones en l'edat.

Resultats

Tres de cada quatre embarassos en les dones adolescents de la ciutat de Barcelona acaben en una interrupció de l'embaràs

A Barcelona, en l'any 2017, s'han produït 537 embarassos en les dones adolescents (taxa de 16,7 per 1.000 en dones adolescents), dels quals 382 van ser interrupcions de l'embaràs (taxa 12 per 1000 dones adolescents) que representa el 72% del total d'embarassos. Existeix un clar patró de desigualtat segons país d'origen de la dona de forma que del total d'embarassos, 12,0 per 1.000 dones adolescents nascudes a l'Estat espanyol i 33,6 per 1.000 dones adolescents nascudes a països de rendes baixes.

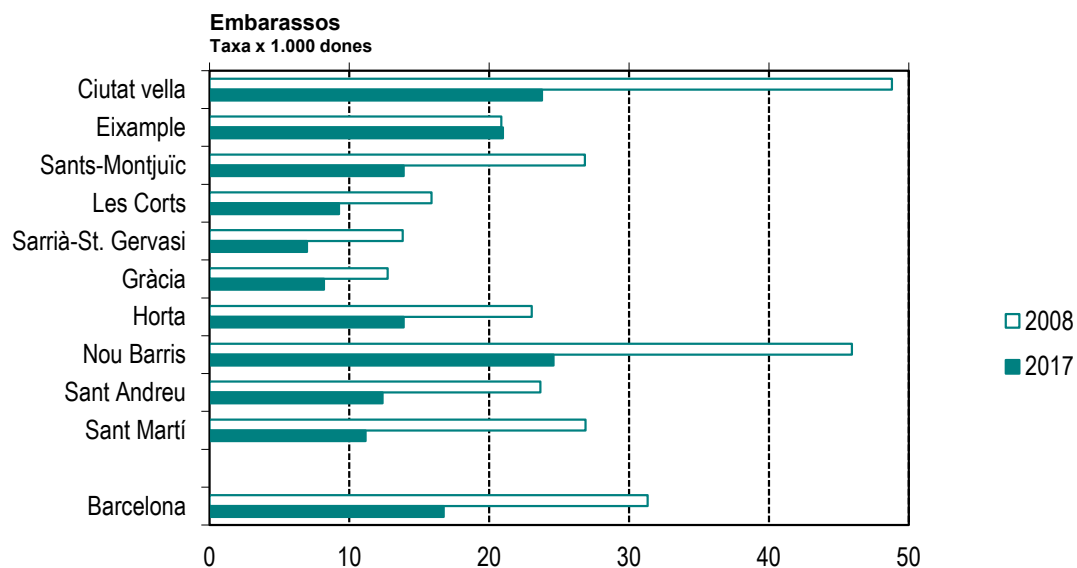
Distribució territorial

Per districtes, hi ha una forta variabilitat en la freqüència d'embarassos adolescents. Els districtes de Nou Barris i Ciutat Vella són els que presenten una major freqüència d'embarassos adolescents, mentre que el districte de Gràcia, Sarrià. Sant Gervasi i Les corts són els que presenten una menor freqüència d'embarassos.

Tots els districtes de la ciutat mostren un fort descens en la taxa d'embarassos en les dones adolescents entre 2008 i 2017 (Figura 2.1). Això no obstant, els districtes de Ciutat Vella i Nou Barris mostren una important disminució dels embarassos adolescents en ambdós districtes. En l'altre extrem es troba el districte de Sarrià-Sant Gervasi i Les Corts que són els districtes amb la taxa d'embarassos adolescents més baixa de la ciutat. També mostren una disminució en el període estudiat.

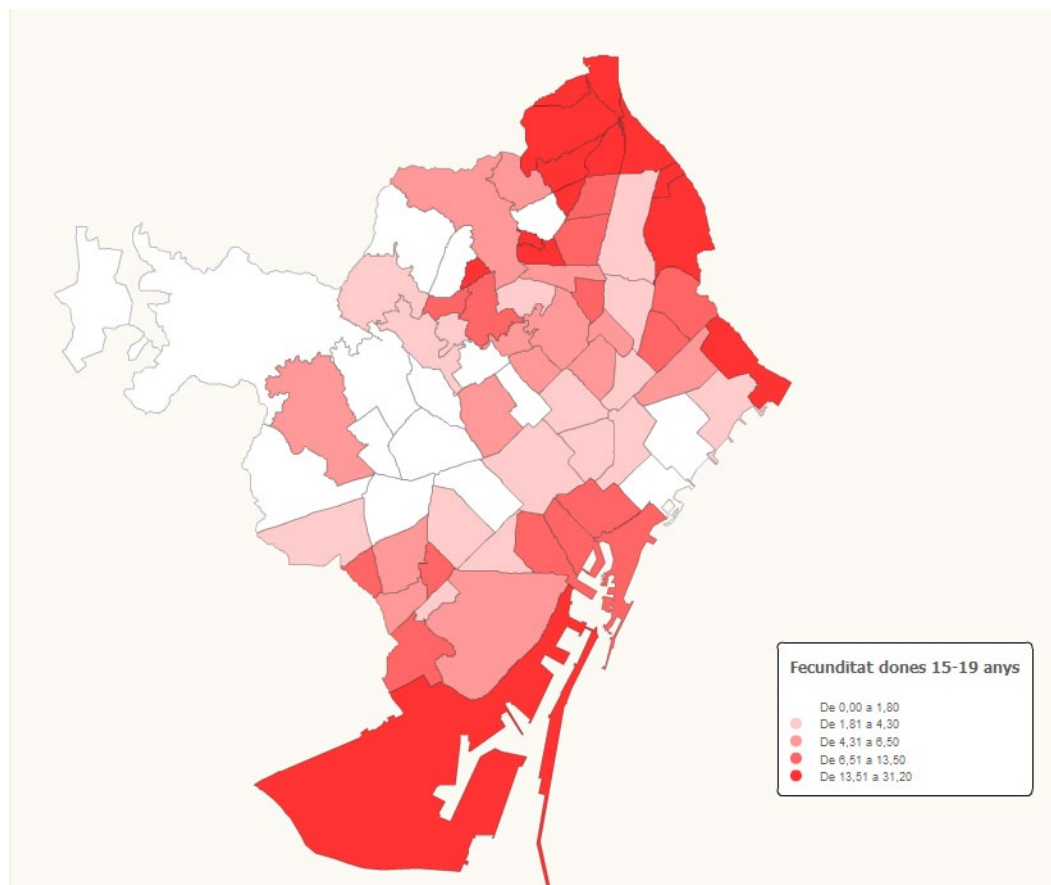
La distribució de la fecunditat en dones adolescents no és homogènia a la ciutat, mostrant un patró lligat a la pobresa dels barris. Els barris de la zona nord de la ciutat com són els barris de Vallbona, Trinitat Nova, Ciutat Meridiana i Les Roquetes del districte de Nou Barris, els barris de Baró de Viver a Sant Andreu, i el barri del Besós i el Maresme en el districte de Sant Martí són els barris que presenten una major freqüència de naixements en dones adolescents (Figura 2.2).

Figura 21: Evolució de la taxa d'embarassos en dones adolescents (15 a 19 anys) per districte. Barcelona 2008-2017.



Font: Registre de naixements i Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. Elaboració SISalut, ASPB. 2012-2016

Figura 22: Distribució de la taxa de fecunditat en dones adolescents (per 1.000 dones de 15 a 19 anys) en els barris de Barcelona, 2013-2017.



Font: Registre de naixements. Elaboració SISalut, ASPB. 2013-2017

Limitacions

La selecció de casos d'IVE de dones residents a la ciutat de Barcelona es fa a partir de la declaració de residència a la ciutat de les dones. L'adjudicació dels casos als districtes de residència es fa a partir dels codis postals autodeclarats. L'equivalència entre codis postals i districtes no és exacte i els casos es distribueixen proporcionalment. D'altra banda, els codis postals no estan sotmesos a control de qualitat per la font original de les dades, per la qual cosa hi ha un percentatge de casos amb codi postal

erroni o que clarament pertanyen a altres poblacions. És per això que no es mostren les taxes d'IVE o d'embarassos per divisions territorials de la ciutat.

2. Salut materna, fetal, neonatal i infantil

Consum de tabac durant l'embaràs

L'exposició del fetus als productes del tabac (nicotina i monòxid de carboni) durant l'embaràs suposa un factor de risc important. Els efectes de l'exposició prenatal al tabac inclouen l'avortament espontani, embaràs ectòpic, insuficiència placentària, baix pes en néixer, restricció del creixement fetal, part prematur, malaltia respiratòria infantil i problemes de comportament (16).

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

El *consum de tabac matern durant l'embaràs* és definit com el nombre de dones embarassades que fumen cigarretes durant l'embaràs, expressat com una proporció de totes les dones embarassades que han tingut un naixement.

Resultats

Una de cada dues dones fumadores de la ciutat de Barcelona deixen de fumar durant la gestació

Durant l'any 2017, el 54% de les dones fumadores van abandonar l'hàbit durant la gestació. Aquest percentatge és menor que el de l'any 2016 que va ser de 60%. S'observa que les dones entre els 25-34 anys, les de classe social no manual i aquelles nascudes en països de renda baixa van abandonar més l'hàbit tabàquic que les menors de 25 anys, les dones de classe social manual i les nascudes en l'Estat espanyol (Figura 3.1).

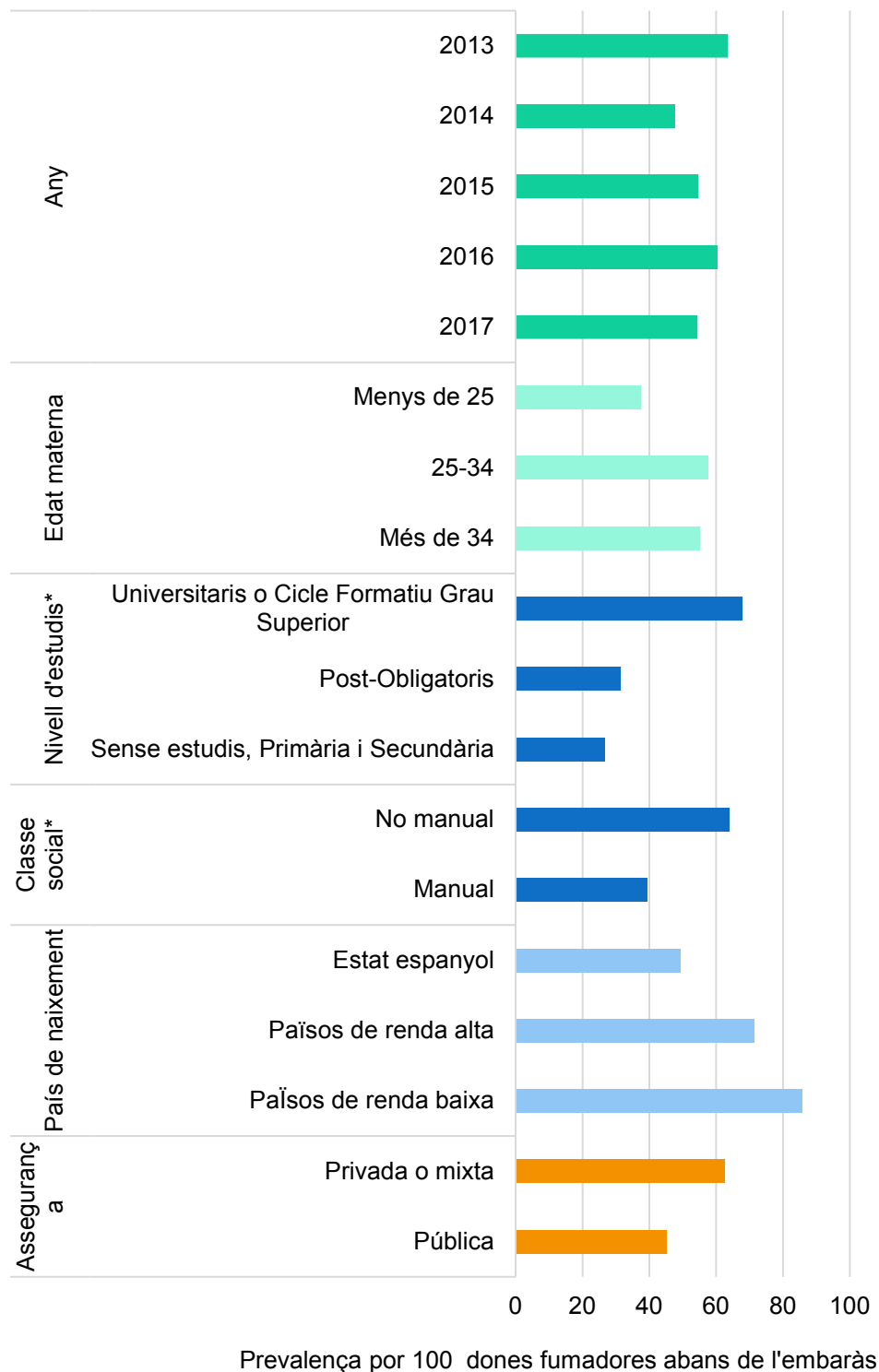
El 9% de les dones van fumar durant l'embaràs. La major prevalença es dona entre les dones més joves, ja que el 23% de les menors de 25 anys fumaven durant l'embaràs. Per país d'origen, la prevalença més alta és de les dones nascudes a l'Estat espanyol, perquè el 12% fumaveen durant l'embaràs mentre que les dones nascudes en països de renda alta i països de renda baixa tenien una menor prevalença de fumar durant l'embaràs (10% i 1% respectivament).

Tot i que l'embaràs és un moment de gran motivació per la cessació en el consum de tabac (17), s'ha observat que la prevalença de dones que van fumar durant l'embaràs ha augmentat lleugerament durant l'any 2017 respecte de l'any anterior (9% i 8% respectivament).

Limitacions

Es desconeix si la parella va variar l'hàbit tabàquic durant l'embaràs. Existeix la possibilitat de biaix de desitjabilitat social, tot i que les preguntes sobre el consum de tabac formen part del qüestionari confidencial.

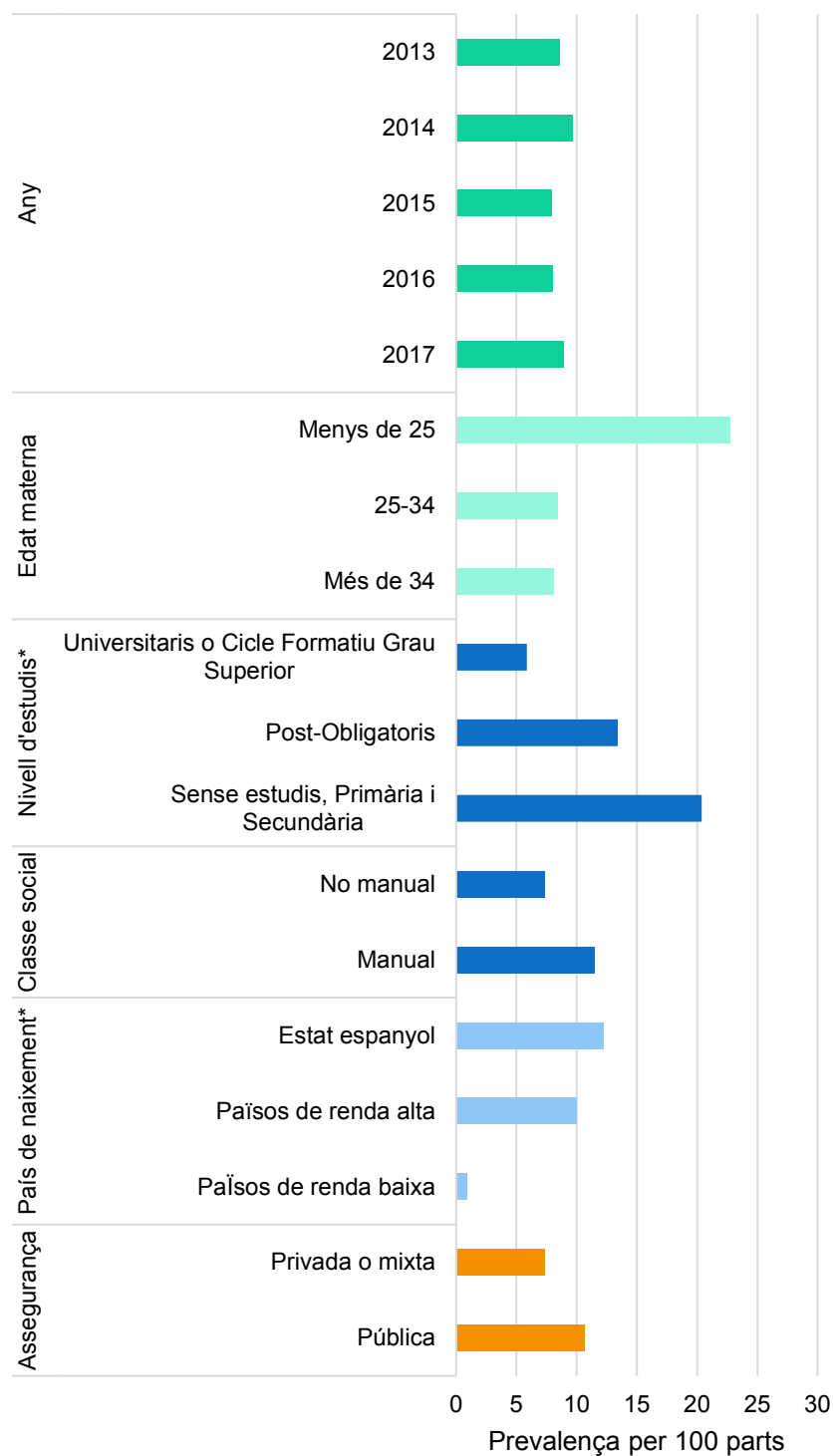
Figura 3.1: Prevalença de dones que van deixar de fumar durant l'embaràs segons característiques de la dona. Barcelona 2013-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 3.2: Prevalença de dones que fumaven durant l'embaràs segon característiques de la dona i tipus d'assegurança. Barcelona 2013-2017.



Font:

BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

ESMI-

Sobrepès i obesitat

L'obesitat en l'embaràs contribueix a l'augment de la morbiditat i mortalitat de la mare i del nadó. Les dones embarassades obeses tenen un major risc de tromboembolisme, diabetis gestacional, preeclàmpsia, hemorràgia postpart, infeccions de ferides i part per cesària. Els nadons de dones que són obeses tenen taxes més elevades d'anomalies congènites, mort fetal i de mort neonatal (18).

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

La *prevalença d'obesitat abans de l'embaràs* és definit com el nombre de dones amb un índex de massa corporal superior a 30 kg/m² abans de l'embaràs, expressat com una proporció de totes les dones embarassades que han tingut un naixement.

Resultats

Una de cada quatre dones de la ciutat de Barcelona tenen sobrepès abans de l'actual embaràs

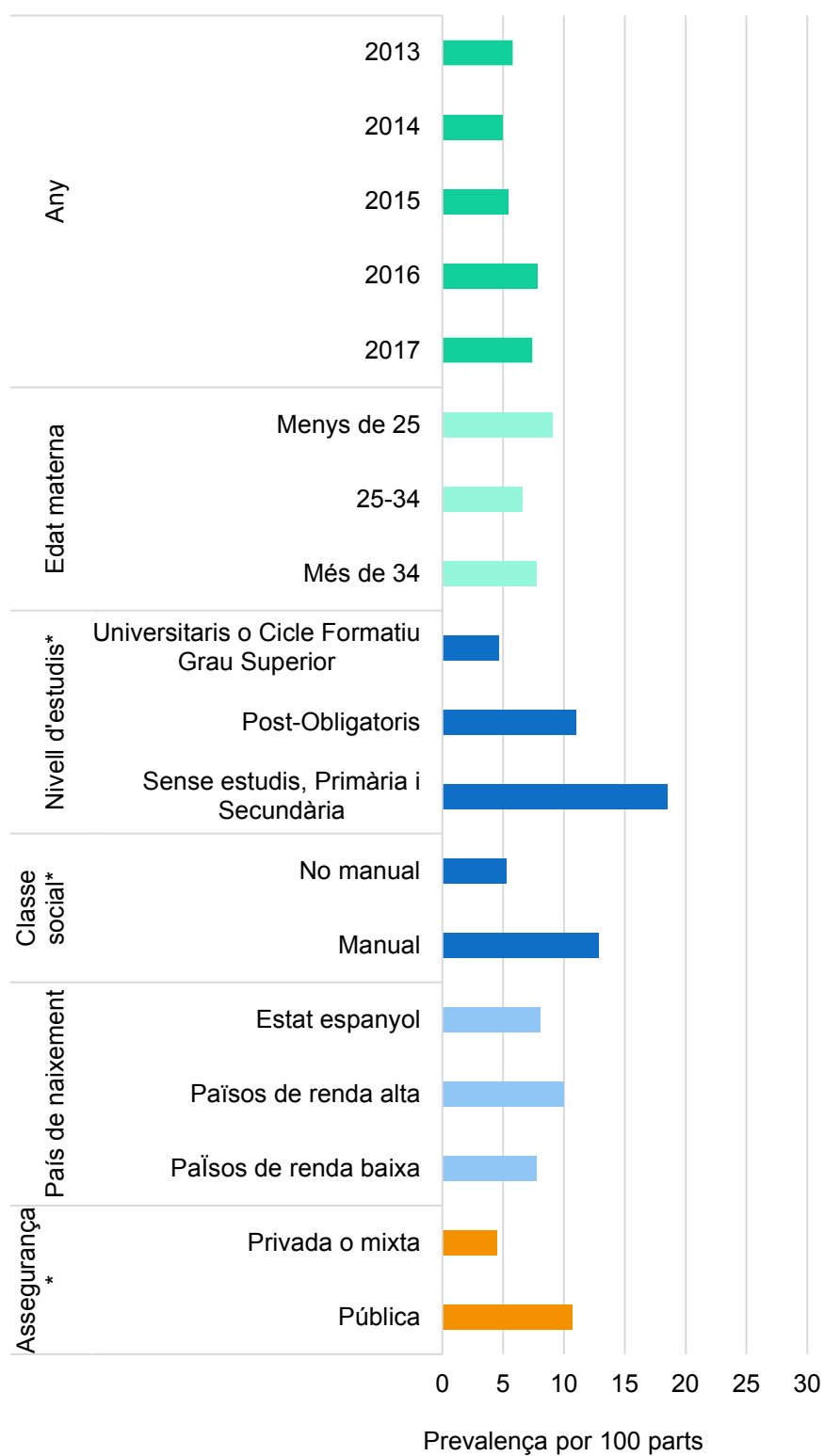
En l'any 2017, el 25% de les dones tenen sobrepès abans de l'embaràs a la ciutat de Barcelona. D'aquestes, el 18% és sobrepès i el 7% és obesitat. Aquestes prevalences varien al llarg dels anys, en l'any 2016 la prevalença de dones amb obesitat va ser de 8%. En les dones de països de renda alta i en les que pertanyen a la classe social manual, la prevalença de sobrepès

és major, sent la diferència entre classe manual i no manual més del doble (12,8% i 5,2%, respectivament) (Figura 4.1).

Limitacions

Els valors de pes i altura per al càlcul de l'IMC són autodeclarats. Hi ha variabilitat entre els anys analitzats quan es desglossa per edat, es necessita més grandària de mostra per a poder desagregar la prevalença per grups d'edat.

Figura 4.1: Prevalença de dones amb obesitat abans de l'embaràs segon característiques de la dona i tipus d'assegurança. Barcelona 2013-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Naixements prematurs, amb baix pes i amb baix pes per l'edat gestacional

Tant el baix pes en néixer com la prematuritat són bons indicadors de l'estat de salut de la població general. Tots dos estan fortament associats amb la mortalitat fetal i neonatal, així com la mortalitat postneonatal i infantil, ja que entre el 60% i el 80% de les morts infantils sense defectes congènits estan relacionades amb aquests resultats adversos de l'embaràs (22).

A Barcelona, s'han descrit desigualtats socioeconòmiques del baix pes en néixer en els districtes de la ciutat i barris (23,24) i tenint en compte el país d'origen de les mares (25). Tots els estudis mostraven que les zones més desfavorides de la ciutat presentaven pitjors resultats de l'embaràs. D'altra banda, el país d'origen de la mare, l'edat i la paritat estan fortament associades a la presència de resultats adversos de l'embaràs tot i tenir en compte el nivell socioeconòmic del lloc de residència.

El pes per edat gestacional és un indicador que relaciona el pes en néixer del nadó i les setmanes de gestació, amb el propòsit de fer una valoració més acurada de l'estat de salut, tant individual (nadó) com de la població neonatal. Per realitzar-la de forma fiable cal obtenir les corbes de referència que relacionen el pes en néixer i l'edat gestacional del nadó en la nostra població (26). A Catalunya es disposa de les taules de creixement intrauterí poblacional i són les que es fan servir per a calcular el pes per edat gestacional en els percentils 10 i 3 (27).

Fonts d'informació

La font d'informació és la dels Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

Definició dels indicadors

- *Prevalença de baix pes en néixer* per 100 naixements: es defineix baix pes en néixer com aquell inferior a 2500 grams.
- *Prevalença de prematuritat* per 100 naixements: es defineix prematuritat com aquells naixements de menys de 37 setmanes de gestació.
- *Prevalença de baix pes per edat gestacional*: es defineix baix pes per l'edat gestacional a partir dels casos situats per sota del percentil 3 o del 10, basats en les corbes de referència per Catalunya (26).

Resultats

Dels naixements a la ciutat de Barcelona, sis de cada cent nadons tenen un baix pes en néixer per la seva edat gestacional

La situació actual dels resultats adversos de l'embaràs a la ciutat de Barcelona és força estable. El 2017, la prevalença de baix pes en néixer és de 7%, la de prematuritat és de 6% i la de baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 és de 7%.

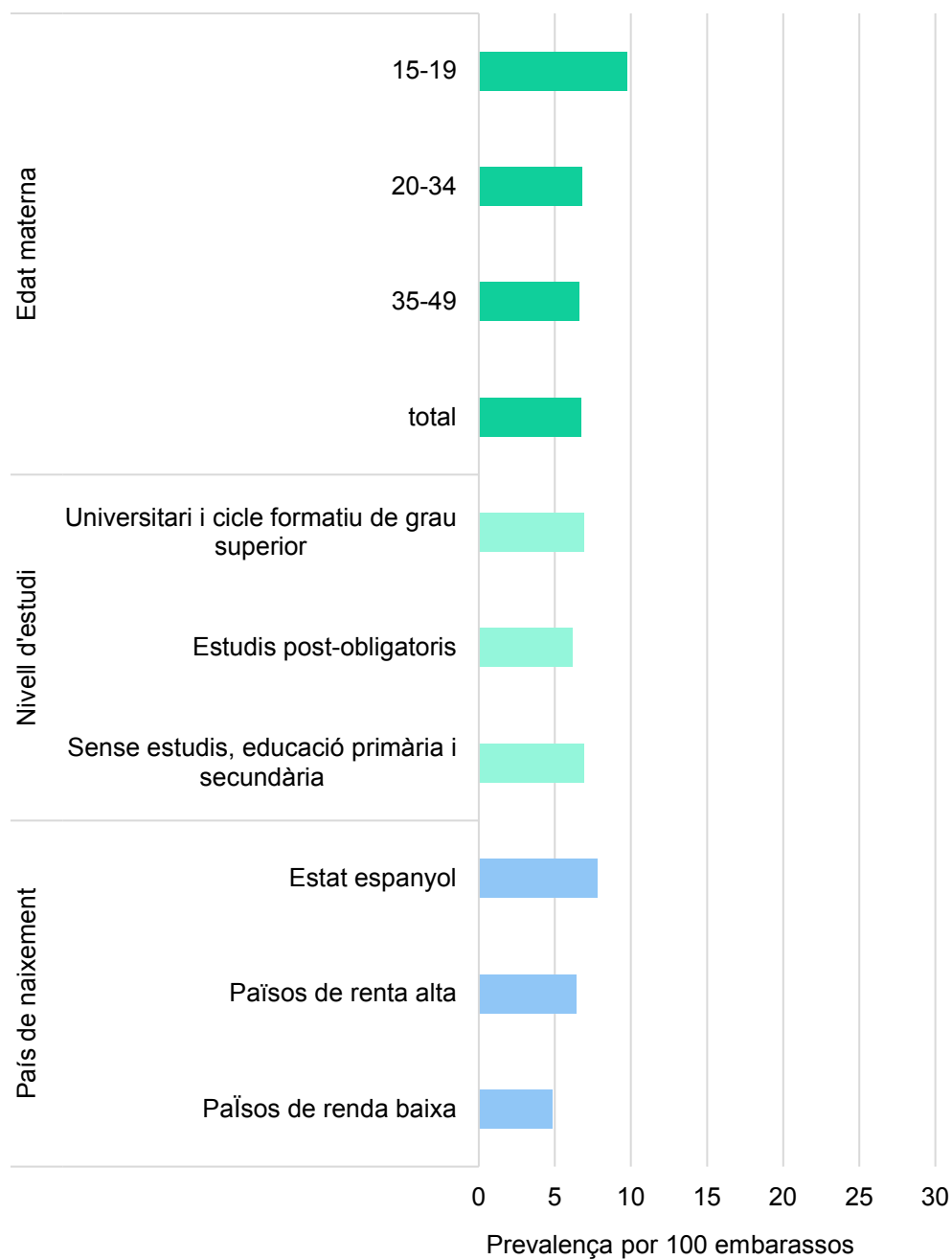
Les dones nascudes a l'Estat espanyol tenen una prevalença de baix pes en néixer per edat gestacional major que les nascudes en països de rendes baixes, no obstant les primeres mostren una tendència molt estable al llarg dels anys, mentre que en les segones existeix una major variabilitat del baix pes en néixer.

La prevalença de baix pes per l'edat gestacional en el percentil 10 es relaciona amb l'edat materna, essent més alta com més jove és mare (Figura 5.1).

Limitacions

No es compta amb informació sobre l'ocupació de la mare que permeti estratificar per classe social.

Figura 5. 1: Prevalença d'baix per en néixer per la edat gestacional segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona, 2017.



Font: IDESCAT 2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Mortalitat infantil i perinatal

La mortalitat perinatal i infantil ha estat considerada un bon indicador de la salut matern infantil i de l'atenció sanitària durant l'embaràs i el part, si bé en els països de renda alta, les causes més freqüents de mortalitat en el període perinatal i infantil, excloses les morts per defectes congènits, estan relacionades amb el baix pes en néixer i la prematuritat (19).

A la ciutat de Barcelona es realitza la recollida activa dels casos de mortalitat perinatal en els hospitals de la ciutat utilitzant els criteris de l'OMS y de la Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia (FIGO). Seguint aquests criteris l'indicador es calcula incloent les morts fetals de pes igual o superior a 500 gr. o de 22 setmanes de gestació.

En l'Estat espanyol, inclosa Catalunya s'utilitzen requeriments legals diferents dels esmentats i les morts fetals es declaren a partir dels 180 dies de gestació (aproximadament 27 o 28 setmanes de gestació). Aquesta definició genera infradeclaració (20) d'aquelles morts fetals entre la 22 setmana de gestació i la 27-28. A banda, a la ciutat de Barcelona s'han descrit desigualtats per nivell d'estudis en la mortalitat perinatal, desigualtats que desapareixen quan es tenen en compte altres variables com l'edat de la mare o tenir fills previs (21).

Fonts d'informació

- Registre de Mortalitat Perinatal, de la ciutat de Barcelona, de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Registre de Mortalitat de Catalunya, del Departament de Salut de Catalunya.
- Naixements de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

Definició dels indicadors

Per calcular la *taxa de mortalitat perinatal* s'han utilitzat dues definicions:

1. Estadístiques nacionals: en el numerador s'inclouen les morts fetals de pes ≥ 500 grams o setmanes de gestació >22 i en el denominador

s'inclouen els naixements i les morts fetals de pes ≥ 500 grams o setmanes de gestació >22 .

2. Estadístiques internacionals: en el numerador s'inclouen les morts fetals de pes ≥ 1000 grams o setmanes de gestació >22 i en el denominador s'inclouen els naixements i les morts fetals de pes ≥ 1000 grams o setmanes de gestació >22 .

La taxa de mortalitat infantil es calcula incloent en el numerador els nascuts vius que moren en el primer any de vida i en el denominador els nascuts vius.

Resultats

En el primer any de vida moren dos nadons de cada mil nascuts en la ciutat de Barcelona

L'any 2016 la mortalitat infantil a la ciutat de Barcelona va ser d'1,6 per 1000 nascuts vius. Des de 2004, la mortalitat infantil i la perinatal de la ciutat mostren una tendència descendent si bé aquest darrer any la mortalitat perinatal creix lleugerament (Figura 6.1).

Destacar que ja fa anys que la taxa de mortalitat infantil i la de la mortalitat perinatal definida com aquella que es produeix en els nadons a partir dels 1000 grams de pes mostren xifres similars.

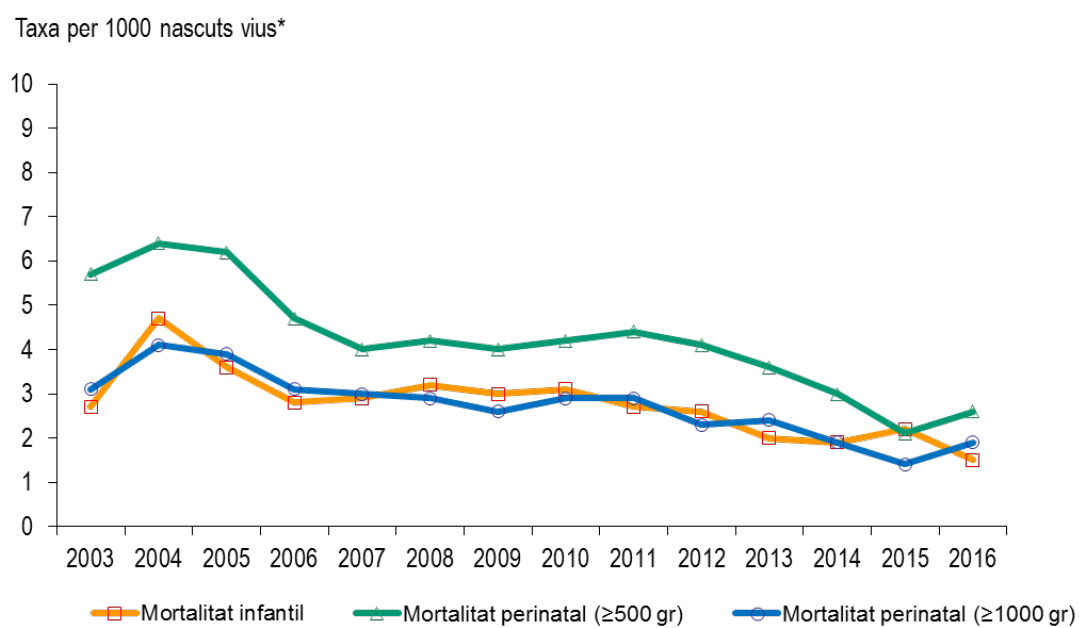
La mortalitat perinatal és major en les dones més joves i la distribució per districtes mostra una major freqüència al districte de Ciutat Vella. Malgrat això, no hi ha un patró clar segons el nivell socioeconòmic dels districtes de la ciutat.

Limitacions

La utilització de diferents definicions per al càlcul de la taxa de mortalitat perinatal dificulta la comparació amb els indicadors calculats a la resta de l'Estat a causa de l'infraregistre dels casos de mortalitat perinatal. No

obstant això, aquestes definicions permeten la comparació amb les estadístiques internacionals.

Figura 6.1: Evolució de la mortalitat infantil i perinatal. Barcelona 2003-2016.



*Les taxes de mortalitat perinatal és per 1000 nascuts vius i morts

Font: Registre de Mortalitat i Registre de naixements. Elaboració SISalut, ASPB. Diversos anys.

3. Atenció sanitària a l'embaràs i el part

Visites a obstetrícia i realització d'ecografies

Existeix una àmplia bibliografia sobre l'atenció antenatal a la ciutat de Barcelona. En treballs previs ja es detectava un percentatge elevat de dones que realitzaven entre 6 i 12 visites a Obstetrícia de l'embaràs [30] i també s'evidenciaven desigualtats socials en la cura durant l'embaràs (28). D'altra banda, a finals dels anys 90 ja hi havia un alt percentatge de dones embarassades (75%) que es feien més de tres ecografies durant l'embaràs (29).

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

El *nombre de visites a serveis especialitzats*, en aquest cas Obstetrícia, es recull com a variable continua a l'enquesta. El nombre de visites s'agrupen en tres categories: menys de 6 visites, de 6 a 12 visites i més de 12 visites.

El nombre d'ecografies es recull com a variable continua a l'enquesta i s'agrupen en tres categories: menys de 7 ecografies, de 7 a 9 ecografies i més de 9.

Resultats

Set de cada deu dones embarassades va fer la primera visita a obstetrícia en el segon mes d'embaràs.

Visites a obstetrícia

L'any 2017, el nombre mitjà de visites a obstetrícia va ser de 10,7. La majoria de les dones embarassades (83%) fan entre 6 i 12 visites, un 15% de les dones fan més de 12 i només un 1,3% van fer menys de 6 visites.

El 99% de les dones fan la primera visita a obstetrícia en el primer trimestre de l'embaràs. Un 1% la van fer passat el primer trimestre i aquest percentatge és més alt (5%) en les dones menors de 25 anys (Figura 7.1).

S'observa gran variabilitat entre els anys analitzats a causa del baix nombre de dones que realitzen la primera visita després del primer trimestre.

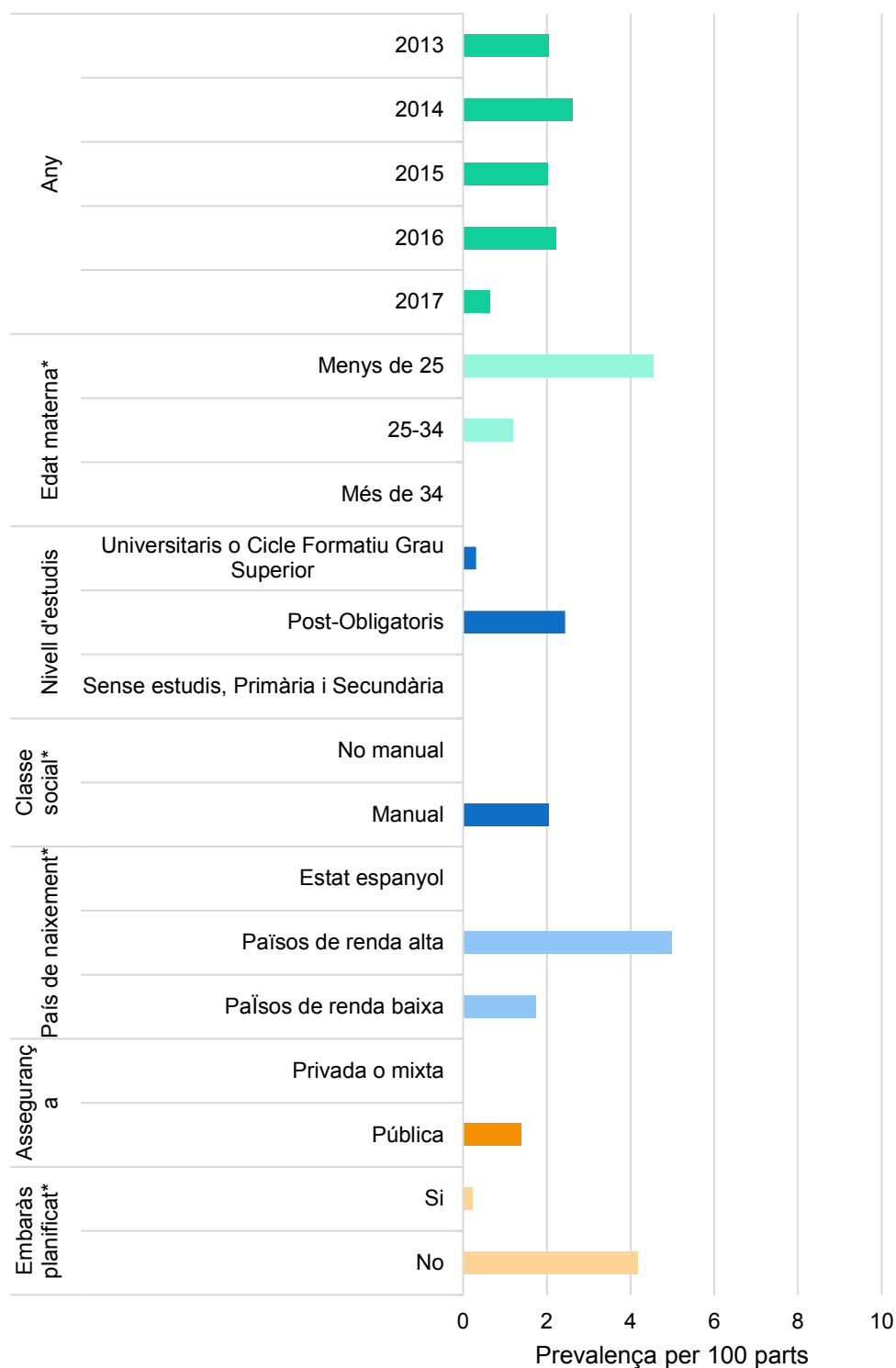
Realització d'ecografies

El nombre mitjà d'ecografies durant l'embaràs va ser de 7.

Limitacions

Es desconeix en els casos en què en realitat estava indicat un major control ecogràfic o major nombre de visites a Obstetrícia.

Figura 7.1: Prevalença de dones que van tenir la seva primera visita a obstetrícia posterior al primer trimestre de l'embaràs segon característiques de la dona i tipus d'assegurança. Barcelona 2013-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Realització de prova de l'ADN fetal en sang materna

La detecció d'ADN fetal lliure (ADN7) en sang materna és una tècnica no invasiva de cribratge avançat d'aneuploidia (presència d'un nombre anormal de cromosomes), que requereix confirmació mitjançant una prova diagnòstica invasiva en cas de resultat positiu. Aquesta prova presenta una alta sensibilitat i especificat per a la trisomia 21 (síndrome de Down) i menors per a les trisomies 18 i 13 (30). Actualment aquesta prova no es troba finançada per la sanitat pública.

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

La *prevalença de realització de la prova de l'ADN fetal* durant l'embaràs és definit com el nombre de dones embarassades que es realitzen aquesta prova, expressat com una proporció de totes les dones embarassades que han tingut un naixement.

Resultats

Una de cada cinc dones embarassades es va fer la prova de l'ADN fetal

Des de l'any 2015, primer any on s'inclou aquesta pregunta en l'enquesta ESMI, la prevalença de realització de la prova d'ADN fetal en sang materna

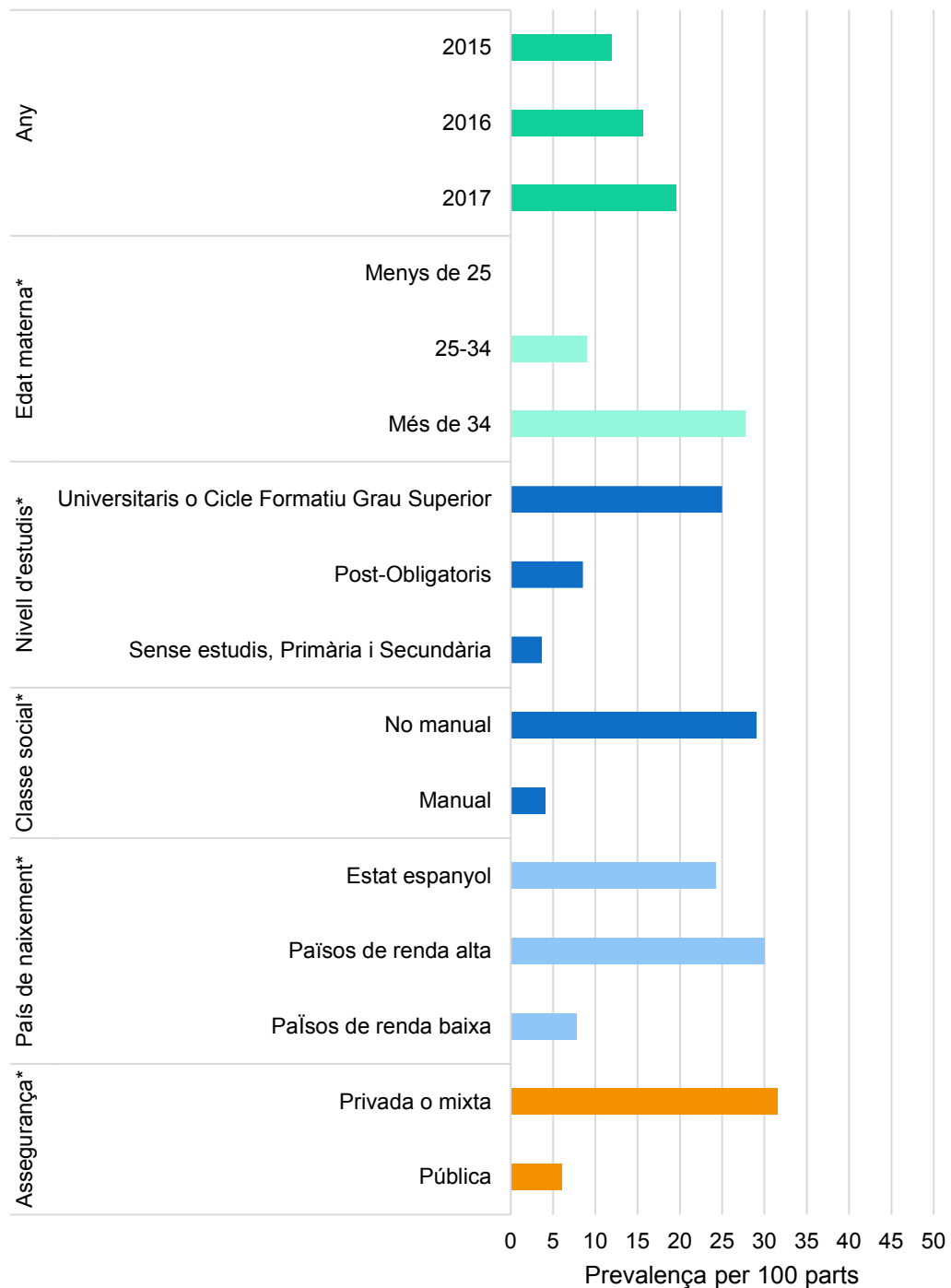
ha crescut de forma contínua, passant del 12% de l'any 2015 al 19% de l'any 2017.

S'observa una major prevalença de realització d'aquesta prova en les dones majors de 34 anys, les dones de classe social no manual i en les dones nascudes en països de renda alta i amb assegurança privada o mixta (Figura 8.1).

Limitacions

Aquesta tècnica no està coberta per la sanitat pública. Es desconeix si la tècnica es va realitzar com cribratge primari, secundari o contingent.

Figura 8.1: Prevalença de dones que es van realitzar la prova d'ADN fetal en sang materna segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2015-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2015-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Realització de cesària

En diverses publicacions prèvies es mostra l'excés de cesàries a la ciutat de Barcelona (31) sobretot en els centres sanitaris privats (32). La raó d'aquesta alta prevalença apunta a la possible demanda de la mare i acords amb els professionals de la salut (33) i a possibles raons financeres dels centres. A les guies NICE es recull com a criteri per fer una cesària la demanda de la dona sempre que el part vaginal sigui motiu d'ansietat i malestar psicològic de la dona (34).

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

La *prevalença de part per cesària* es defineix com el percentatge de parts únics o múltiples per cesària del total dels parts i segons cobertura sanitària de la dona: pública, privada i mixta (pública i privada).

Resultats

Un de cada tres parts realitzats a la ciutat de Barcelona va ser per cesària

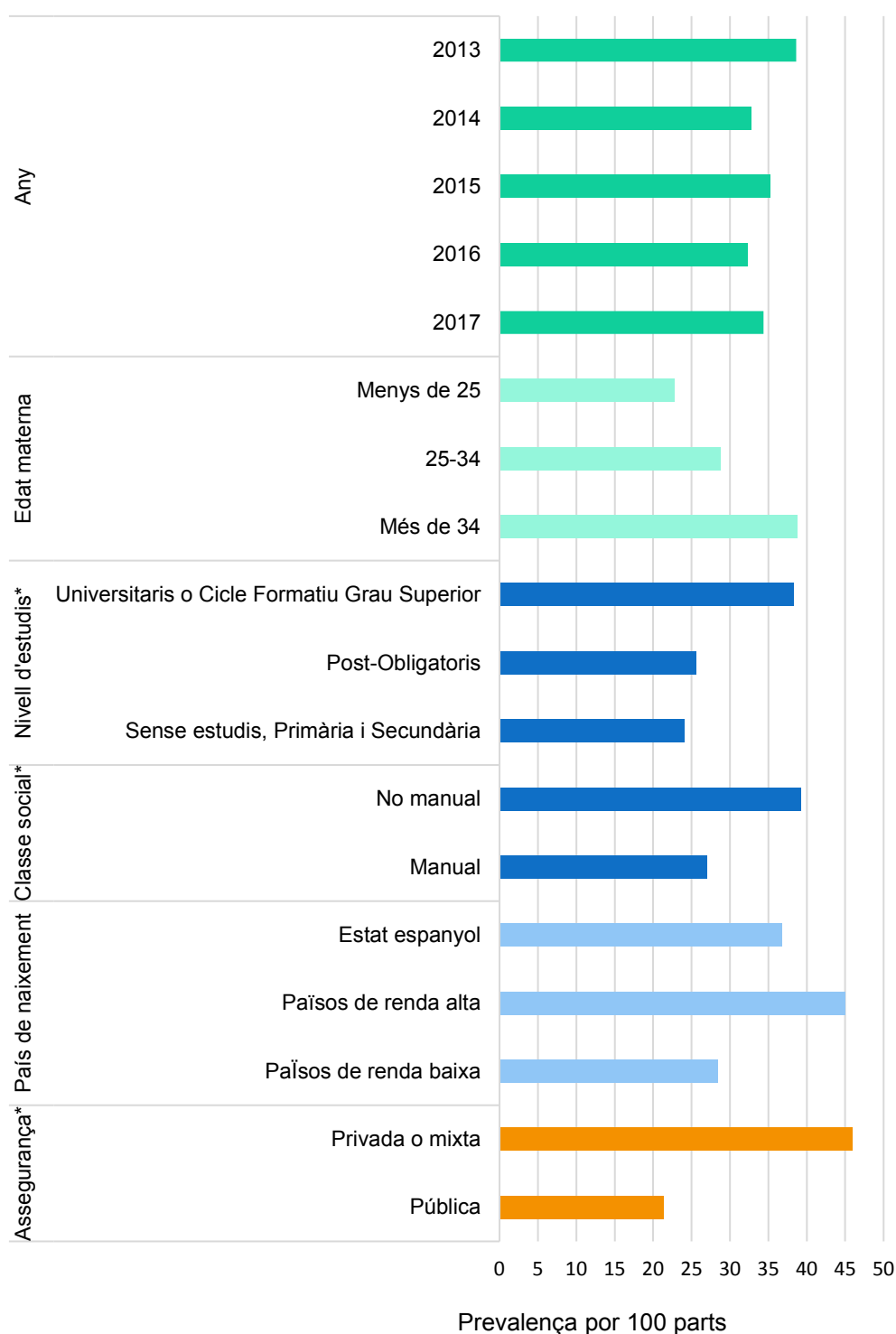
En el 2017, el 34% dels parts únics van ser per cesària. La possibilitat de tenir un part per cesària és més elevada en aquelles dones amb assegurança privada o mixta (un 46%) en comparació d'aquelles amb assegurança només pública (21%). També s'observen diferències en funció de l'edat materna, ja que a major edat major percentatge de cesàries: el 39% de les dones de més de 34 anys van fer un part per

cesària. També hi han diferències per classe social, amb major possibilitat de part per cesària en les dones de les classes socials no manuals (39%), amb estudis universitaris (38%), i les dones de països de renda alta (45%) (Figura 9.1).

Limitacions

L'ESMI-BCN no permet distingir les cesàries primàries (parts per cesària a les dones que no han tingut un part per cesària anterior) de les cesàries de repetició (nombre de parts per cesària a les dones que han tingut un part per cesària anteriorment). Tampoc hi ha informació sobre els criteris per a la realització de la cesària.

Figura 9.1: Prevalença de part per cesària en parts únics segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2013-2017



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Lactància materna

La iniciació de la lactància materna a l'hospital es considera un indicador d'una atenció sanitària de qualitat (35). A Barcelona no existeixen indicadors publicats sobre aquest aspecte de la salut infantil.

Fonts d'informació

Enquesta de salut matern infantil de Barcelona (ESMI-BCN) de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

La *prevalença de la intenció de fer lactància materna* es defineix com el percentatge de mares que declaren estar d'acord en fer lactància materna del total de mares entrevistades.

Resultats

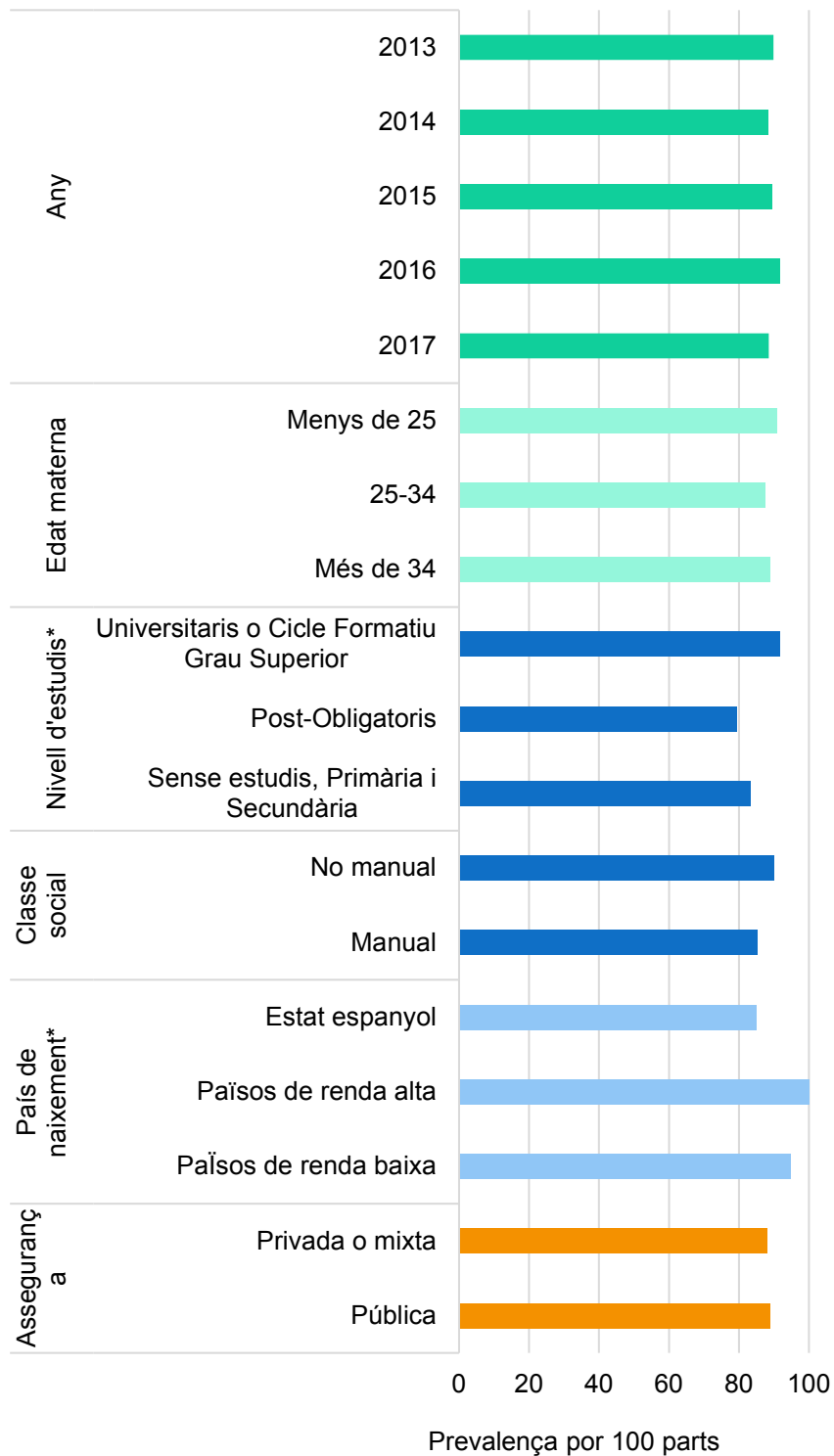
Nou de cada deu dones de la ciutat de Barcelona tenen la intenció de fer lactància materna

S'observen diferències en el percentatge de dones que tenen la intenció de fer lactància materna, sent les dones nascudes en l'Estat espanyol les que menor intenció en tenen (85%), en comparació amb el 100% en les dones nascudes en països de renda alta i el 94,8% nascudes en països de renda baixa. No hi ha diferències entre les dones amb cobertura sanitària privada o mixta (88%) i les dones amb cobertura pública (88,9%) (Figura 10.1).

Limitacions

Les dones declaren la intenció de fer lactància materna. Es desconeix la lactància materna que es fa i la seva durada.

Figura 10.1: Prevalença de la intenció de fer lactància materna segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2013-2017.



Font: ESMI-BCN, ASPB. 2013-2017

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

4. Orientació sexual

Orientació sexual

Segons l'OMS la **sexualitat** inclou aquells aspectes relacionats amb el sexe biològic, l'orientació sexual i els rols i identitats de gènere fins a l'erotisme, el plaer i les relacions íntimes, sense deixar de banda la reproducció. La sexualitat s'expressa a través de fantasies, desitjos, actituds, valors, comportaments, pràctiques, rols i relacions. Tot i que la sexualitat pot incloure totes aquestes dimensions, no totes elles s'expressen simultàniament: la interacció de factors biològics, psicològics, culturals, socials, legals i històrics influeixen la sexualitat (36). L'**orientació sexual** és un patró de l'atracció sexual o romàntica (o una combinació d'aquestes) a persones del mateix sexe o sexe oposades, del mateix sexe o gènere, o ambdós sexes o més d'un gènere. Aquestes atraccions generalment es troben definides com les identitats sexuals de l'heterosexualitat, l'homosexualitat i la bisexualitat. L'orientació sexual oscil·la al llarg d'un continu, des de l'atracció exclusiva al sexe oposat a l'atracció exclusiva del mateix sexe allunyant-nos de la conceptualització binària de gènere.

Fonts d'informació

- Enquesta de Salut de Barcelona realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona l'any 2016.
- Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona l'any 2016.

Definició dels indicadors

En les diferents fonts d'informació l'orientació sexual mitjançant tres indicadors:

- L'atracció sexual es refereix al desig sexual. Es calcula la *prevalença de les persones que se senten atretes* per persones del mateix sexe, per ambdós sexes i per l'altre sexe.
- La identitat sexual és la manera com una persona es veu a ella mateixa pel que fa a la seva atracció romàntica o sexual respecte altres persones. Es calcula la *prevalença de persones que*

s'identifiquen com heterosexuals, homosexuals, bisexuals i altres opcions.

- La conducta sexual és la forma natural d'intimitat i activitat sexual. Es calcula la *prevalença de relacions sexuals* amb persones del mateix sexe, de l'altre sexe o ambdós.

Resultats

El 14% de les persones entrevistades a la ciutat de Barcelona refereixen sentir-se atretes per l'altre sexe o per ambdós sexes.

Entre els i les joves aquest percentatge va ser de 17%.

Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona, en la ciutat de Barcelona. El 5% (n=69) d'homes i el 3% (n=47) de dones declara altres identitats diferents a l'heterosexual.

La distribució de la identitat sexual en homes i en dones segons els eixos de desigualtats es mostren en les figures 11.1 i 11.2 respectivament.

Pel que fa a la conducta sexual, el mateix percentatge d'homes i dones (1,6%) refereixen relacions sexuals amb ambdós sexes. El 4% d'homes i el 2% de dones refereixen tenir relacions només amb l'altre sexe (dades no mostrades).

Segons l'enquesta FRESC, en la ciutat de Barcelona, el 6% (n=86) dels nois adolescents declaren altres identitats sexuals diferents a l'heterosexual (Figura 11.3) essent més freqüent les identitats bisexuals (2,7%). L'11% (n=144) de les noies adolescents declaren altres identitats sexuals diferents a l'heterosexual (Figura 11.4) i la identitat bisexual aquí és també la més freqüent (7,4%) i superior a la dels nois.

En relació a haver tingut relacions sexuals, el 38% de les adolescents refereixen no haver tingut encara relacions sexuals (35% nois, 41% noies).

Pel que fa a la conducta sexual, a mesura que augmenta de l'edat, s'observa un augment del percentatge de noies que refereixen tenir

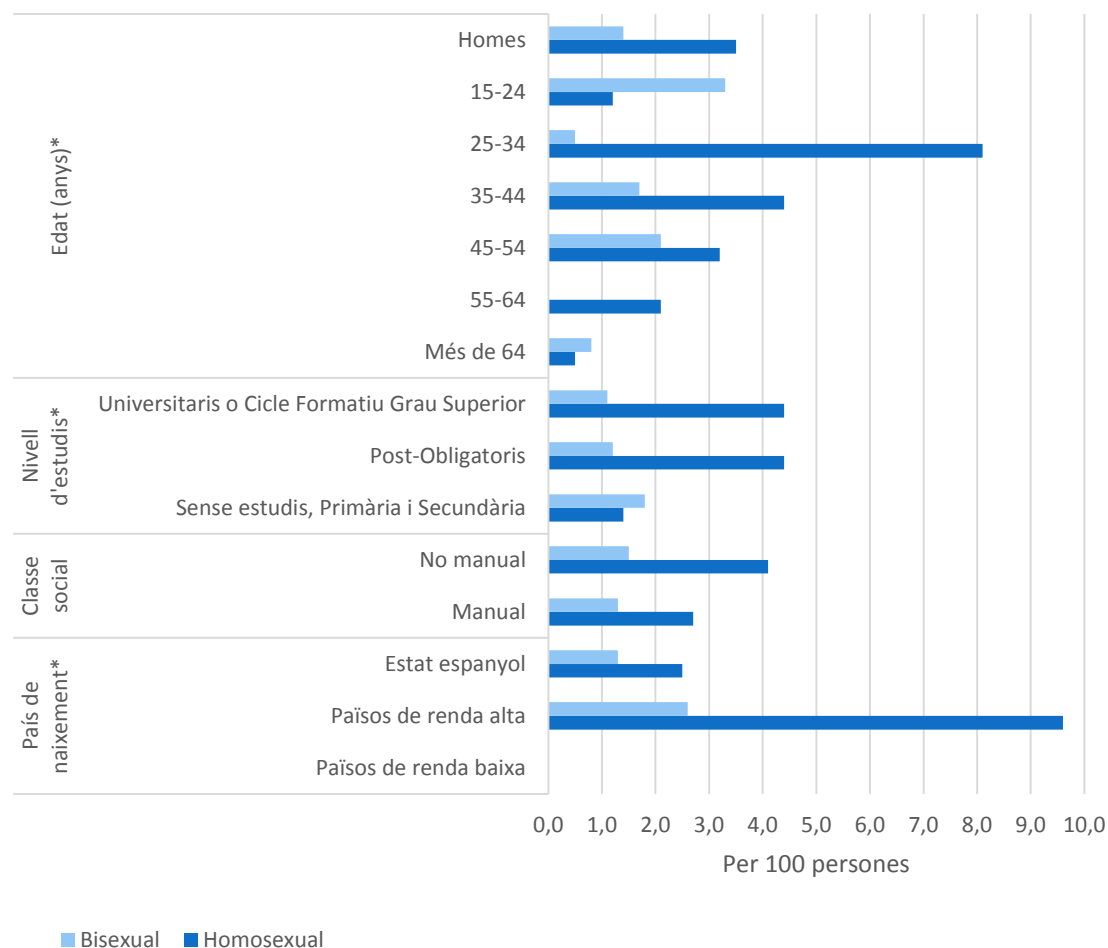
relacions sexuals amb altres noies (1,7% als 15 anys, 8,5% als 19 anys). En els nois el percentatge es manté més estable (dades no mostrades).

Limitacions

Els qüestionaris de l'Enquesta de Salut de Barcelona s'han completat a través d'entrevistes personals en el domicili de la persona enquestada, i això pot produir un biaix en la resposta de les persones enquestades per vergonya o por. D'altra banda, si la persona estava en companyia d'un altre familiar durant l'entrevista, la pregunta sobre orientació sexual no es feia.

En les enquestes FRESC les preguntes sobre sexualitat (atracció sexual, identitat sexual i conducta sexual), no es van preguntar als i les adolescents de 2n d'ESO. La majoria de les entrevistes es van fer en forma "online" el que permet la resposta més lliure de les persones entrevistades i eviten el biaix de desitjabilitat.

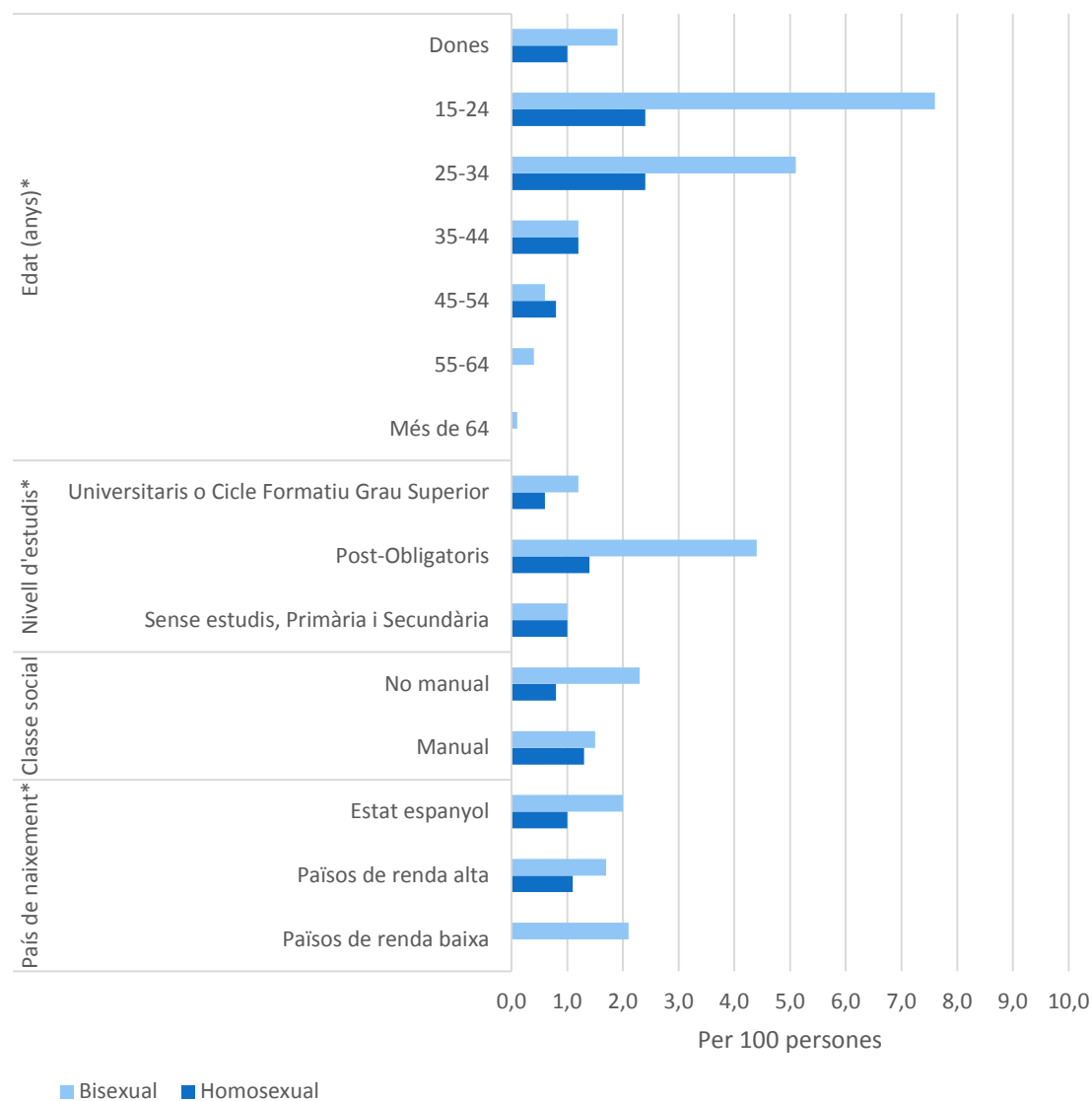
Figura 11.1: Prevalença de la identitat sexual segons les característiques socials i econòmiques dels homes. Barcelona 2016 (no s'inclou la identitat heterosexual).



Font: ESB, ASPB, 2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

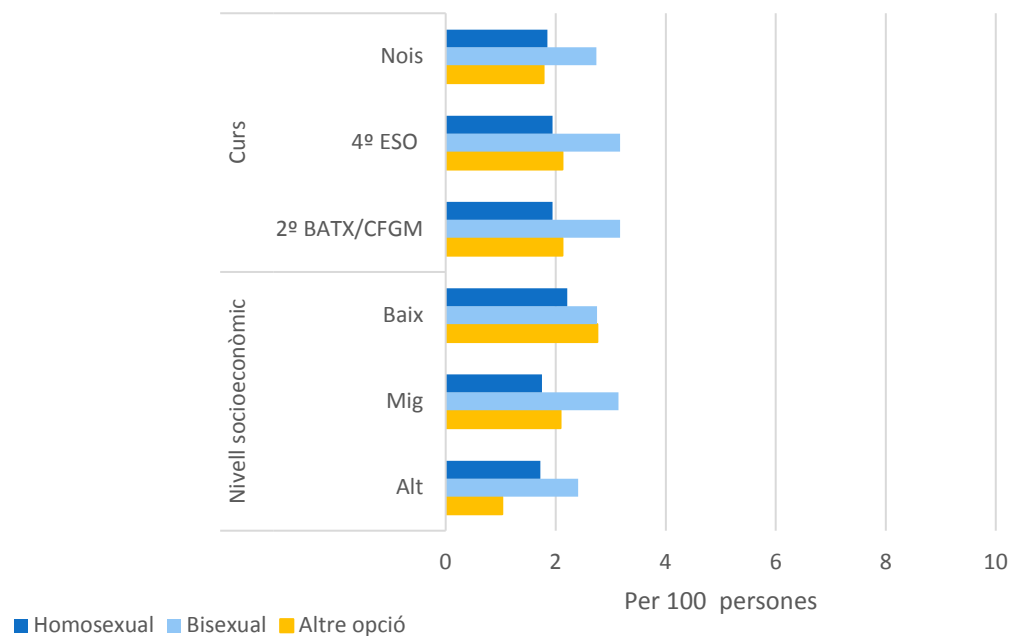
Figura 11.2: Prevalença de la identitat sexual segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2016 (no s'inclou la identitat heterosexual).



Font: ESB, ASPB 2016.

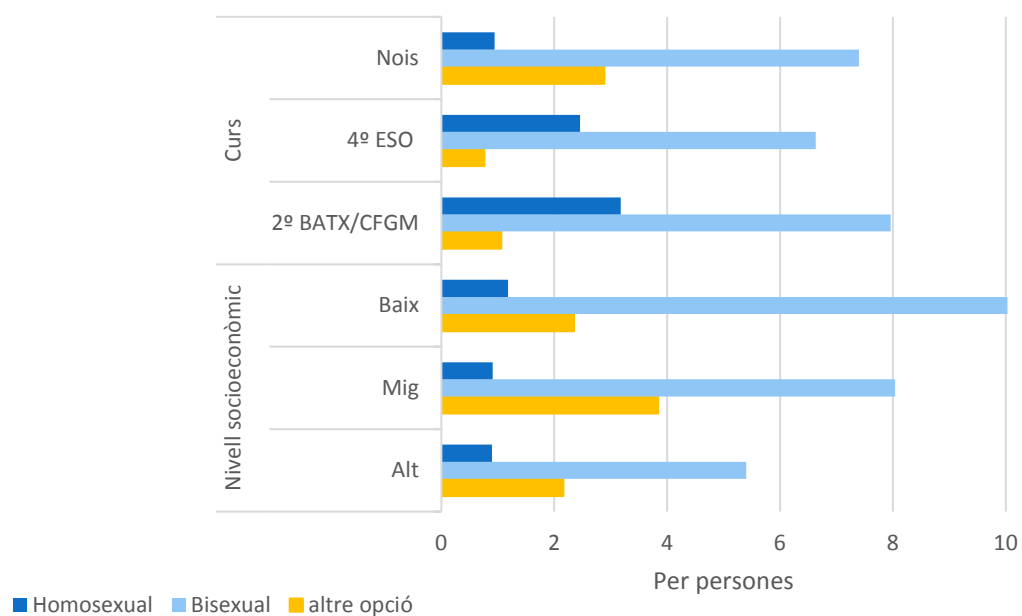
*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 11.3: Prevalença de la identitat sexual segons les característiques socials i econòmiques dels homes adolescents. Barcelona 2016 (no s'inclou la identitat heterosexual).



Font: FRESC. ASPB, 2016.

Figura 11.4: Prevalença de la identitat sexual segons les característiques socials i econòmiques de les dones adolescents. Barcelona 2016 (no s'inclou la identitat heterosexual).



Font: FRESC. ASPB, 2016

5. Discriminació i violències masclistes

Discriminació

El principi de no discriminació busca garantir que els drets humans s'exerceixin sense cap mena de discriminació basada en raça, color, sexe, llengua, religió, opinió política o d'altra índole, origen nacional o social, propietat, naixement o un altre estatus com discapacitat, edat, estat civil i familiar, orientació sexual i identitat de gènere, estat de salut, lloc de residència, situació econòmica i social (37).

Fonts d'informació

- Enquesta de Salut de Barcelona realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona l'any 2016.
- Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona l'any 2016.

Definició dels indicadors

Es calcula la *prevalença d'haver patit discriminació* que en l'Enquesta de Salut de Barcelona la discriminació es recull a través de preguntes específiques dirigides a saber si la persona se sent discriminada per raó de raça, color, sexe, idioma, religió, opinió política o d'una altra mena, origen nacional o social, posició econòmica, naixement o qualsevol altra condició, com per exemple, discapacitat, edat, estat civil i familiar, orientació i identitat sexual o estat de salut.

Resultats

De les persones entrevistades de la ciutat de Barcelona, el 12% referien haver-se sentit discriminades en l'últim any. Entre els i les joves, un de cada quatre refereix haver patit algun tipus de discriminació

En les dades provinents de l'Enquesta de Salut de Barcelona, s'observa major freqüència de discriminació en les dones (15,3% n=269) que en homes (8,5% n=135). També refereixen major discriminació en el grup d'edat de 25 a 34 anys (en les dones 27% i en els homes 16,1%). Per nivell d'estudis, les dones amb estudis universitaris són les que manifesten una major prevalença de discriminació (18,7% n=123). Tant els homes (27,6%) com les dones (32,6%) provinents de països rendes baixes són els que declaren una major discriminació. (Figura 12.1 i Figura 12.2).

En relació al districte de residència de les persones entrevistades, els homes de Ciutat Vella refereixen major discriminació (27%). No obstant això, les dones d'Eixample (22%) i Gràcia (21%) són les que major discriminació declaren, seguides de les dones del districte de Ciutat Vella (18%) (Figura 12.2).

En les dades obtingudes en el FRESC, s'observa un major percentatge de noies que refereixen discriminació respecte als nois (31% i 22% respectivament), així com els/les adolescents de 16 anys que declaren major discriminació (31%), respecte als de 13 anys (21%).

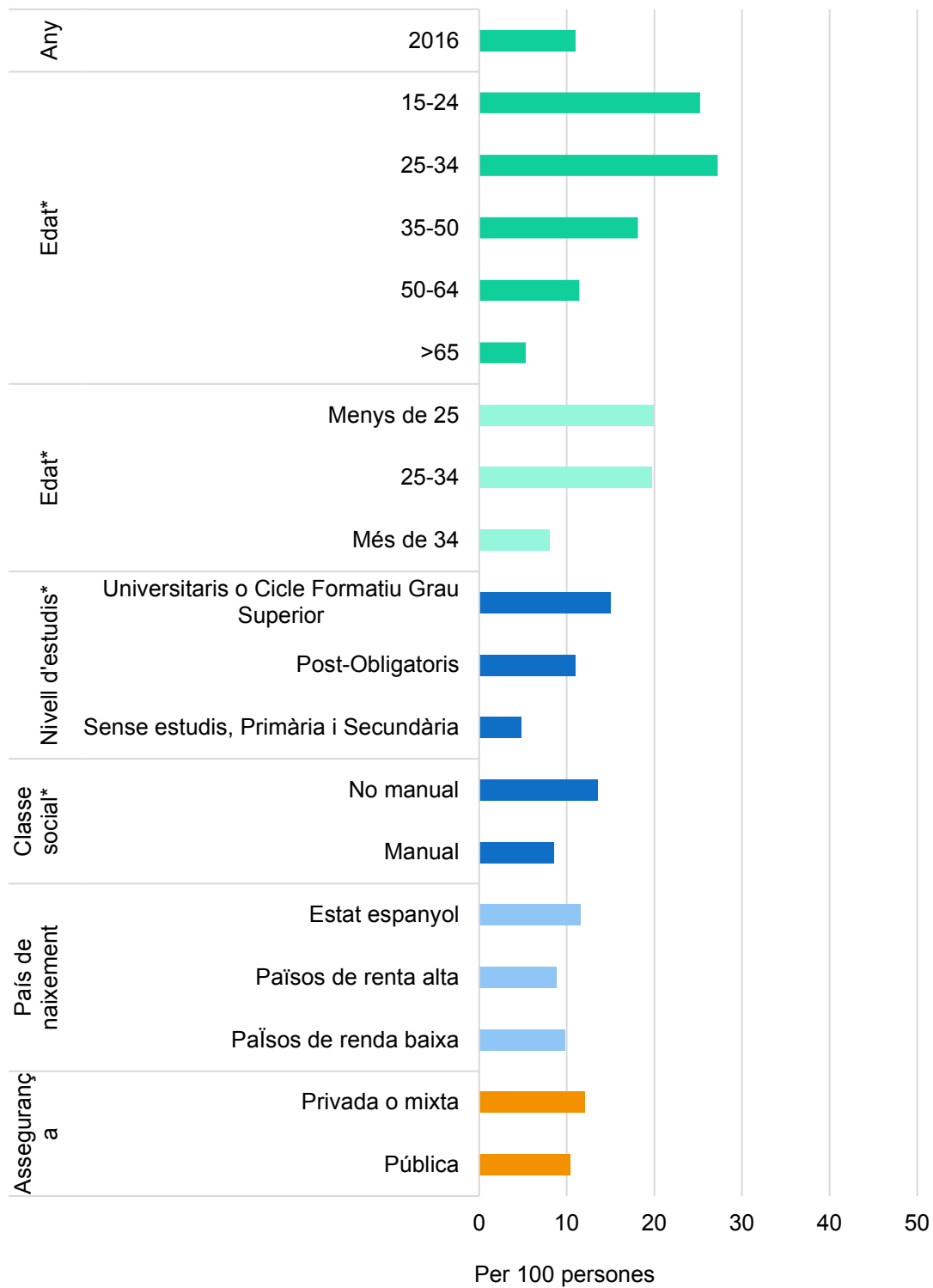
De la mateixa manera, el 22% (n= 434) dels nois adolescents i el 31% (n=577) de les noies adolescents refereixen haver patit algun tipus de discriminació. En les noies, la discriminació és més freqüent en aquelles de classes socials desfavorides (39%) i les que estan cursant batxillerat i cicles formatius de grau superior (34%) (Figura 12.4). Els nois en general mostren una menor prevalença de discriminació que les noies, no obstant això, mantenen el mateix patró de desigualtat que les noies essent els nois de les classes socials desfavorides els que tenen una major prevalença de discriminació (32%). En aquest cas són els que estan cursant quart de l'ESO els que tenen una freqüència més alta (32%) (Figura 12.5).

Limitacions

Els qüestionaris de l'Enquesta de Salut de Barcelona s'han completat a través d'entrevistes personals en el domicili de la persona enquestada, i això pot produir un cert biaix en la resposta de les persones enquestades.

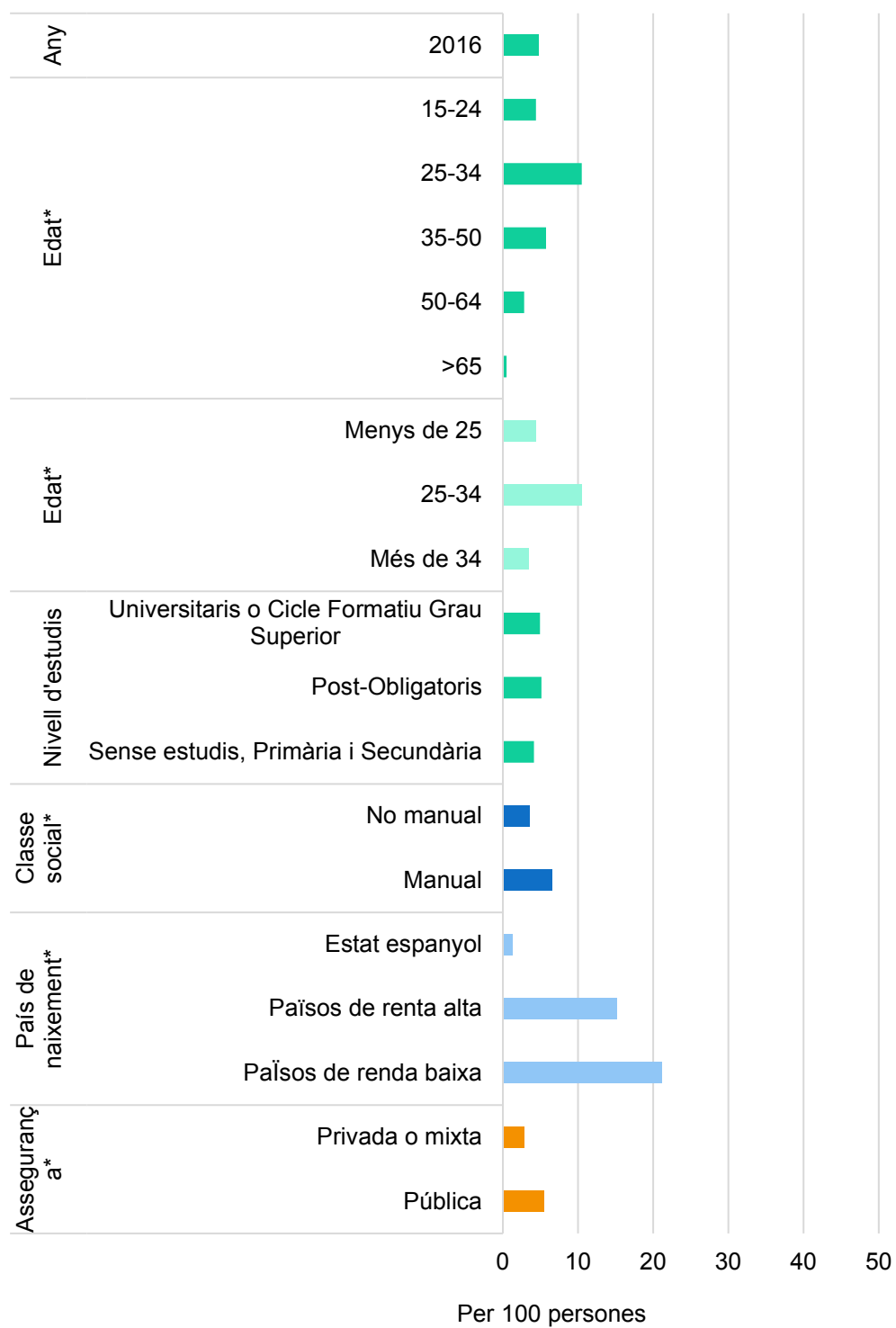
En les enquestes FRESC, la majoria de les entrevistes es van fer en forma “online” el que permet la resposta més lliure de les persones entrevistades i eviten el biaix de desitjabilitat.

Figura 12.1: Prevalença de discriminació per qualsevol motiu segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2016.



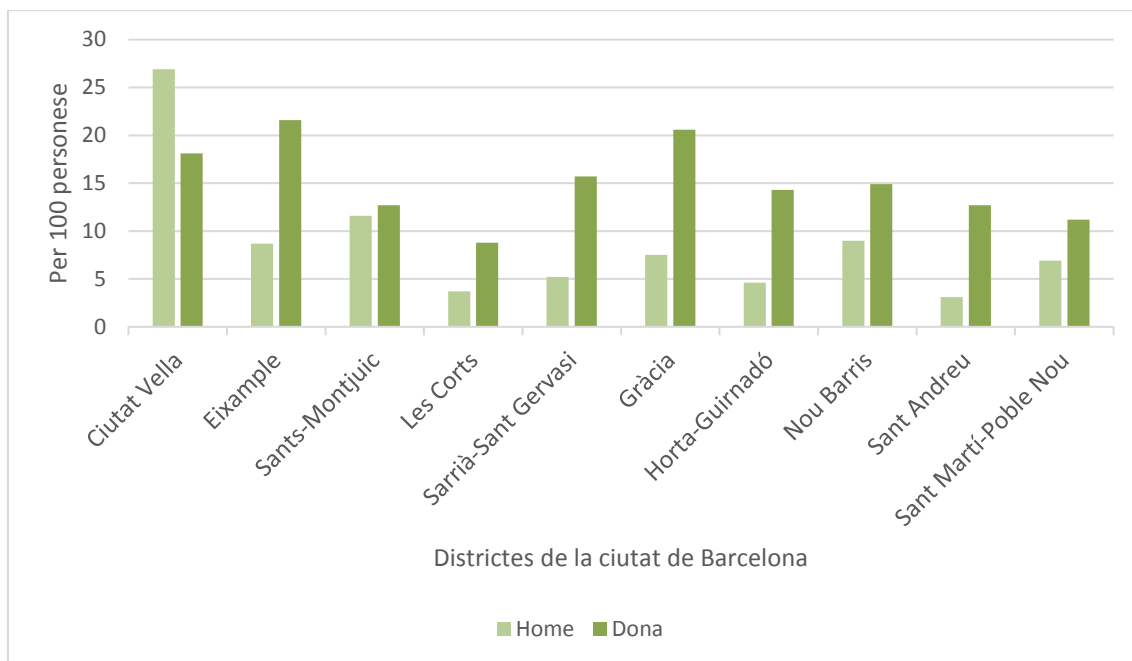
Font: ESB, ASPB 2016. *Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 12.2: Prevalença de discriminació per qualsevol motiu segons les característiques socials i econòmiques dels homes. Barcelona 2016.



Font: ESB, ASPB 2016. *Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

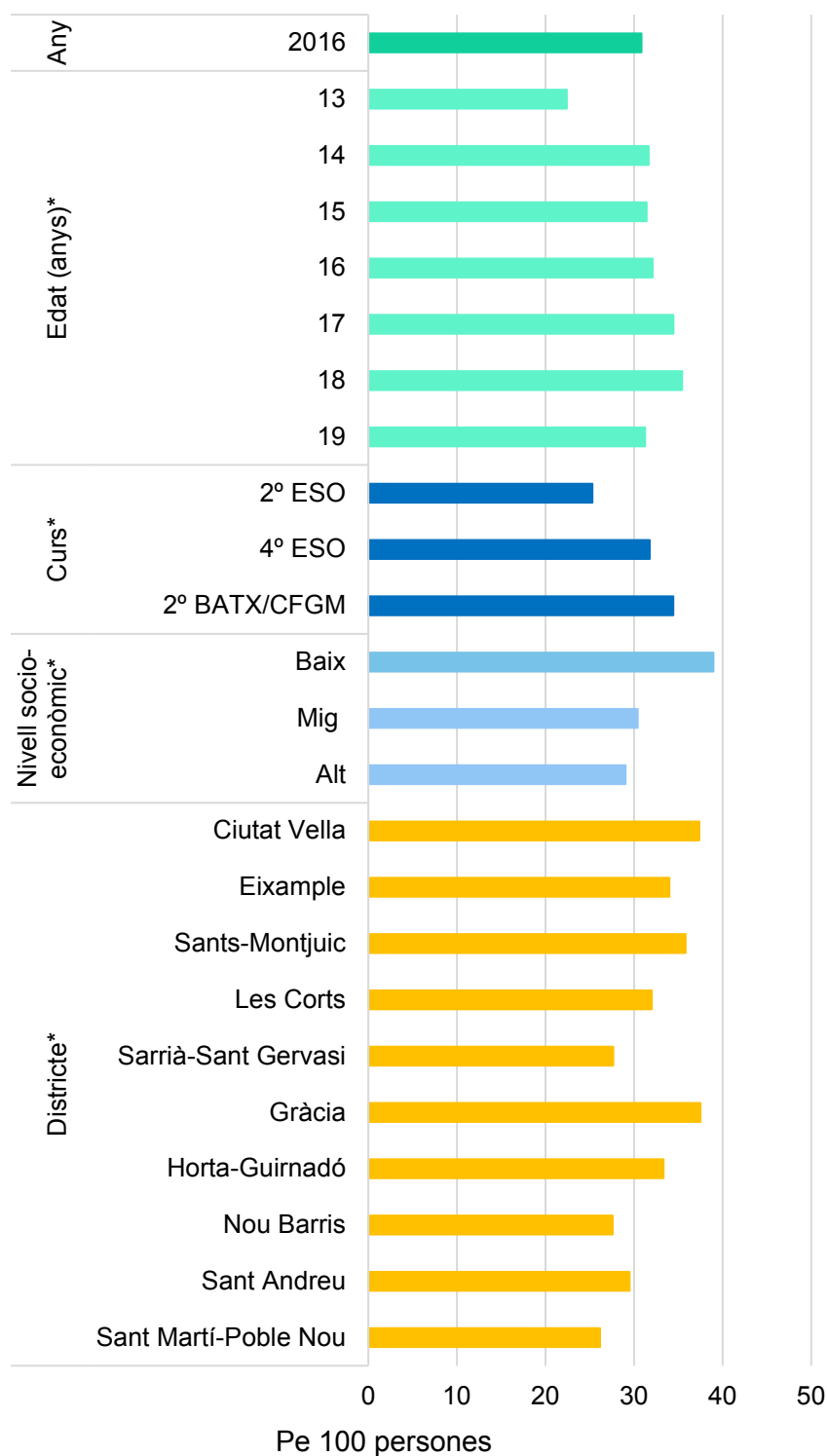
Figura 12.3: Distribució de la prevalença d'haver patit algun tipus de discriminació segons sexe i districte. Barcelona 2016.



Font: ESB, ASPB 2016.

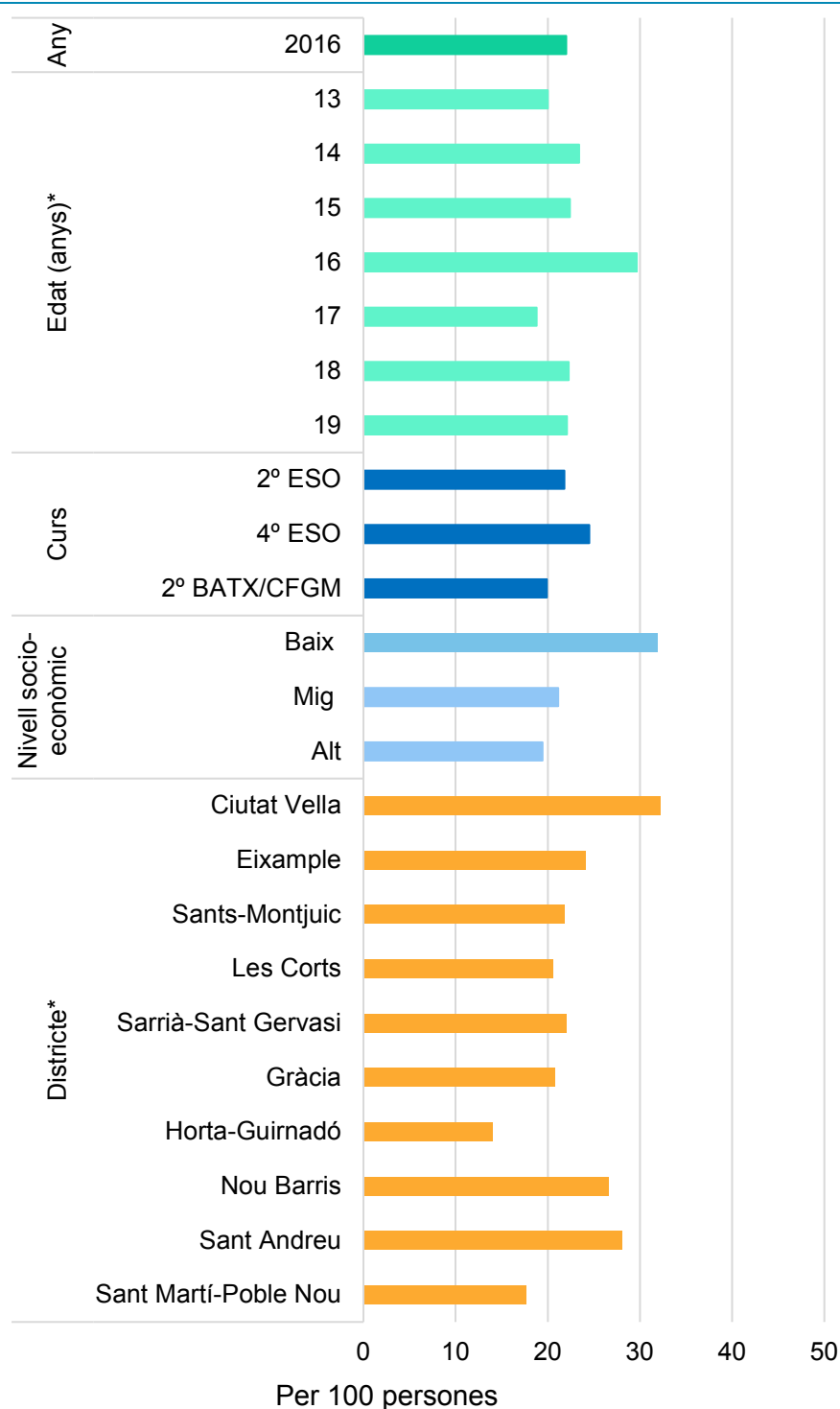
*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 12.4: Prevalença d'haver patit alguna classe de discriminació segons les característiques socials i econòmiques de les dones adolescents. Barcelona 2016.



Font: FRESC. ASPB, 2016. *Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 12.4: Prevalença d'haver patit alguna classe de discriminació segons les característiques socials i econòmiques dels homes adolescents. Barcelona 2016.



Font: FRESC. ASPB, 2016. *Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Assetjament sexual

L'assetjament sexual es defineix com una atenció sexual no desitjada que interfereix en la vida de la persona (37). Pot anar des de comentaris molestos fins a agressions físiques i abusos. L'assetjament sexual es pot dividir en assetjament per raó de gènere, atencions sexuals no desitjades i, extorsió sexual. L'assetjament per raó de gènere comprèn la comunicació verbal i no verbal despectiva i hostil basada en el gènere. L'atenció sexual no desitjada inclou qualsevol comportament no desitjat i percebut com a ofensiu. I l'extorsió sexual inclou comportaments que es donen per via de promeses o amenaces (38).

Fonts d'informació

Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) realitzada en l'any 2016 per l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

Es mesura la *prevalença de dones adolescent escolaritzades* que afirma haver patit alguna vegada assetjament sexual (qualsevol conducta verbal o física amb contingut sexual ofensiva i no desitjada).

Una de cada quatre noies de 17 i 18 anys de la ciutat de Barcelona refereix haver patit assetjament sexual

El 17% (n=319) de les noies adolescents escolaritzades a la ciutat de Barcelona pateixen assetjament sexual. Les dones de 19 anys són les que declaren un major percentatge d'assetjament sexual (27%) seguides de les noies de 17 anys (26%) i de les de 18 anys (24%). Globalment el 26% de les noies que estan cursant batxillerat i cicles formatius de grau superior pateixen assetjament sexual.

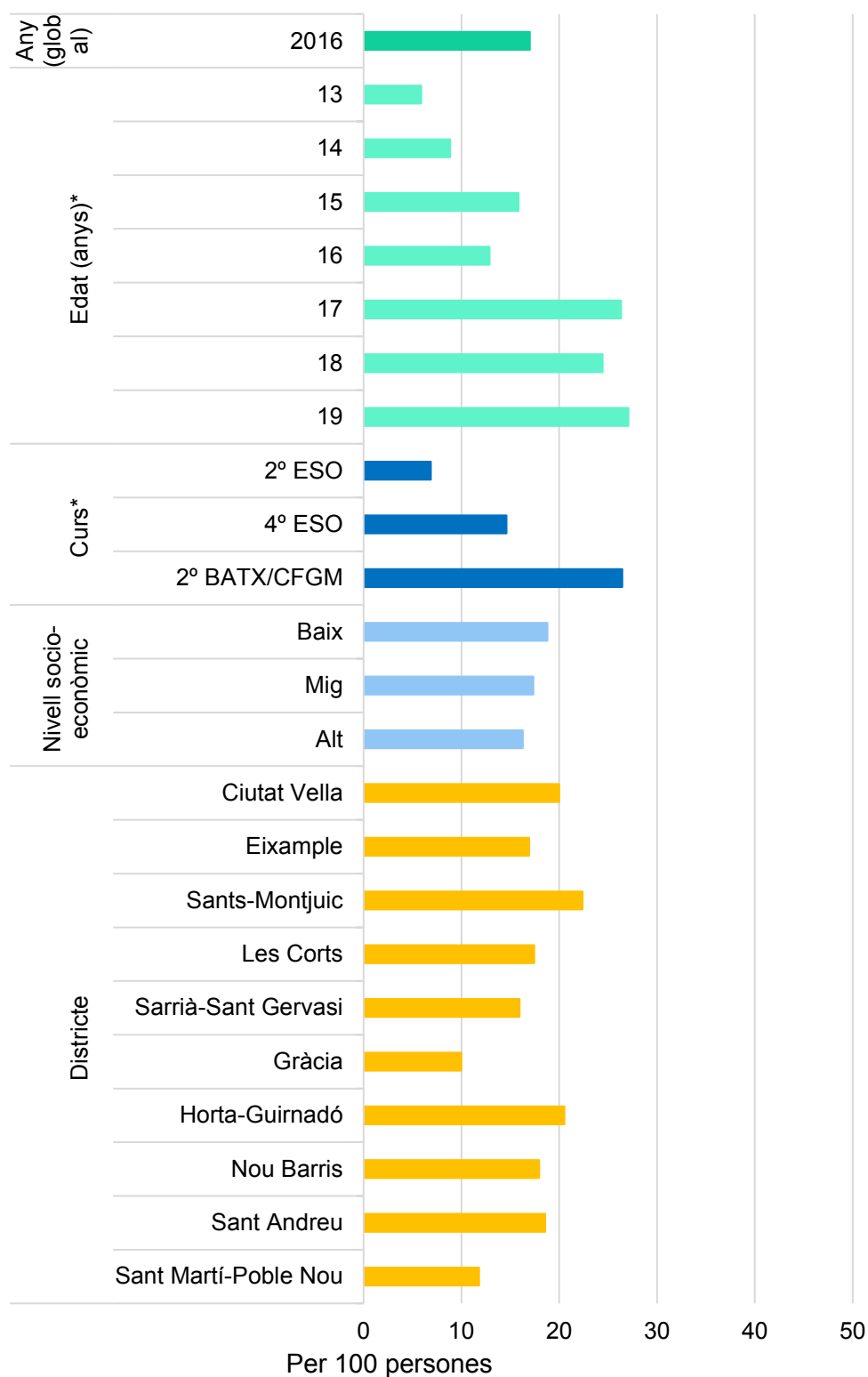
No s'han observat diferències significatives segons el nivell socioeconòmic ni segons el districte de residència pel que fa a la freqüència d'assetjament

sexual. No obstant això, s'observa una major freqüència d'assetjament sexual a les dones adolescents residents als districtes de Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó i Ciutat Vella (Figura 13.1).

Limitacions

En les enquestes FRESC, la majoria de les entrevistes es van fer en forma “online” el que permet la resposta més lliure de les persones entrevistades i eviten el biaix de desitjabilitat.

Figura 13.1: Prevalença d'assetjament sexual segons les característiques socials i econòmiques de les dones adolescents. Barcelona 2016.



Font: FRESC 2016. *Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Maltractament

La violència de parella íntima és una de les formes més comunes de violència contra les dones i inclou l'abús físic, sexual i emocional i comportaments de control d'un company íntim. La violència de parella íntima es produeix en tots els entorns i en tots els grups socioeconòmics, religiosos i culturals (37).

Fonts d'informació

- Enquesta de Salut de Barcelona realitzada per l'Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Enquesta FRESC (Factors de Risc en Estudiants de Secundària) realitzada en l'any 2016 per l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Definició dels indicadors

En l'Enquesta de salut de Barcelona l'indicador de maltractament es defineix com la *prevalença de dones* que han patit patir alguna vegada algun tipus de maltractament (emocionals, físics i/o sexuals) per part de la seva parella.

En el cas dels i de les adolescents escolaritzats, l'indicador es defineix com la *prevalença d'alumnat* que afirma haver patit alguna vegada en els últims 12 mesos algun tipus de maltractament (emocionals, físics i/o sexuals), per part de la seva parella. Considerant la parella com a algú amb qui tenia una relació especial, no només d'amistat ("novii", "núvia", amic o amiga especial), S'exclouen l'alumnat que afirma no haver tingut mai parella.

Resultats

A la ciutat de Barcelona en les dones adolescents, una de cada quatre refereix haver patit algun tipus de maltractament per la seva parella en l'últim any.

En les dones entrevistades a l'Enquesta de Salut de Barcelona s'observa una major freqüència de maltractament per part de la parella íntima entre les dones de les classes socials manuals respecte a les dones de les classes socials manuals (7% i 3%, respectivament). També refereixen major percentatge de maltractament les dones que provenen d'un país de renda baixa (16%) i les dones amb nivell d'estudis de primària o menys (6%) (Figura 14.1).

En relació al districte de residència, les dones de Nou Barris (10%) i les Horta-Guinarda i Ciutat Vella (7% respectivament) refereixen una major freqüència de maltractament per part de la parella (Figura 14.2).

En les dades de l'Enquesta FRESC s'observa que el 18% de les noies refereixen maltractament per part de la seva parella. Les dones adolescents de 19 anys són les que declaren una major prevalença (28%) mentre que les dones adolescents de 13 anys (9%) són les que declaren una menor prevalença.

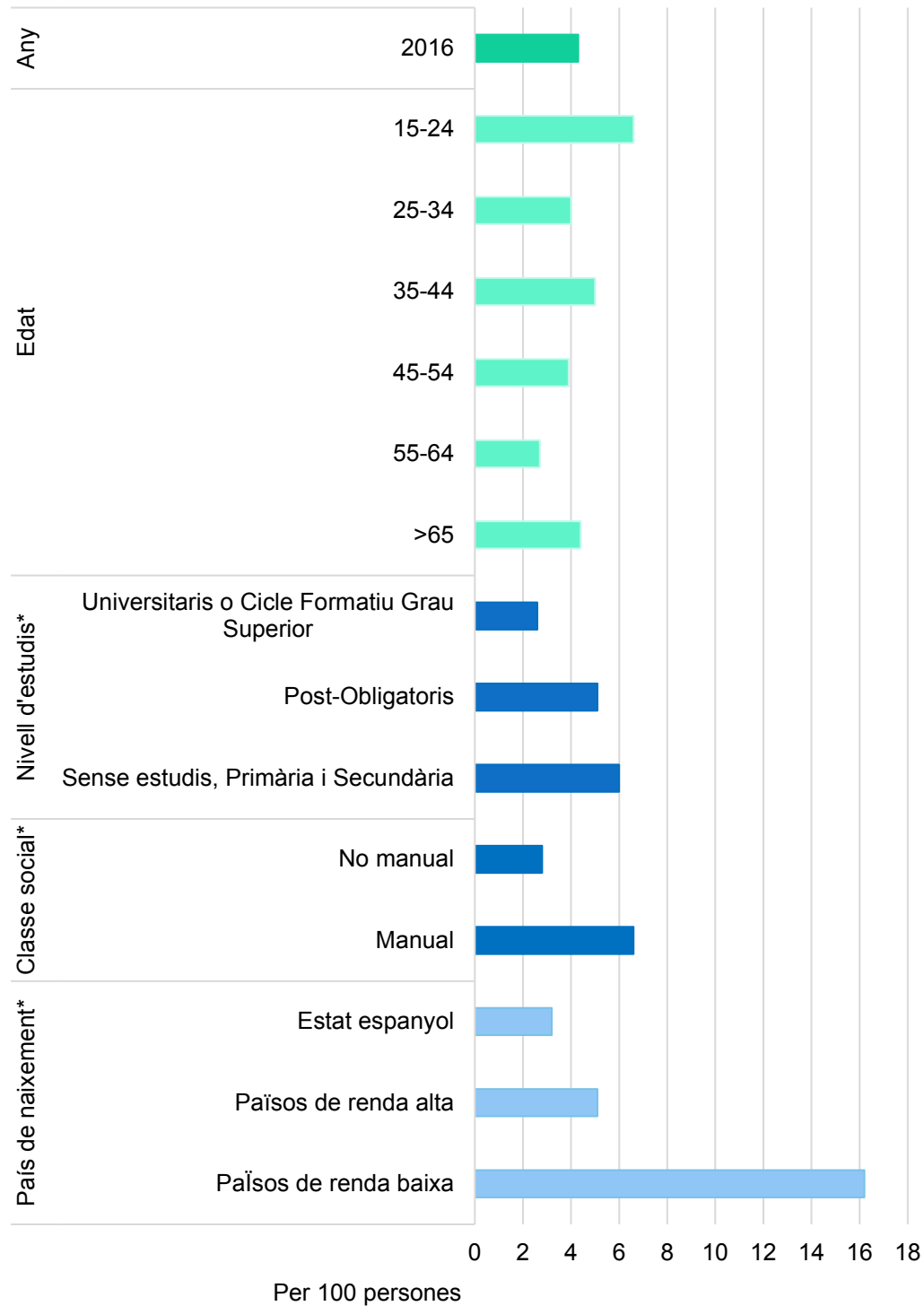
Les noies de nivell socioeconòmic desafavorit refereixen un major percentatge de maltractament (25%). No s'han observat diferències significatives segons el districte de residència. No obstant això, la freqüència és major en les adolescents de Nou Barris (24%), l'Eixample (22%) i Ciutat Vella (22%) (Figura 14.3).

Limitacions

En les dades que provenen de l'Enquesta de Salut de Barcelona, els qüestionaris s'han completat a través d'entrevistes personals al domicili. Si la persona estava en companyia d'un altre familiar durant l'entrevista, la pregunta sobre maltractament no es realitzava.

En les enquestes FRESC, la majoria de les entrevistes es van fer en forma “online” el que permet obtenir respostes més lliures.

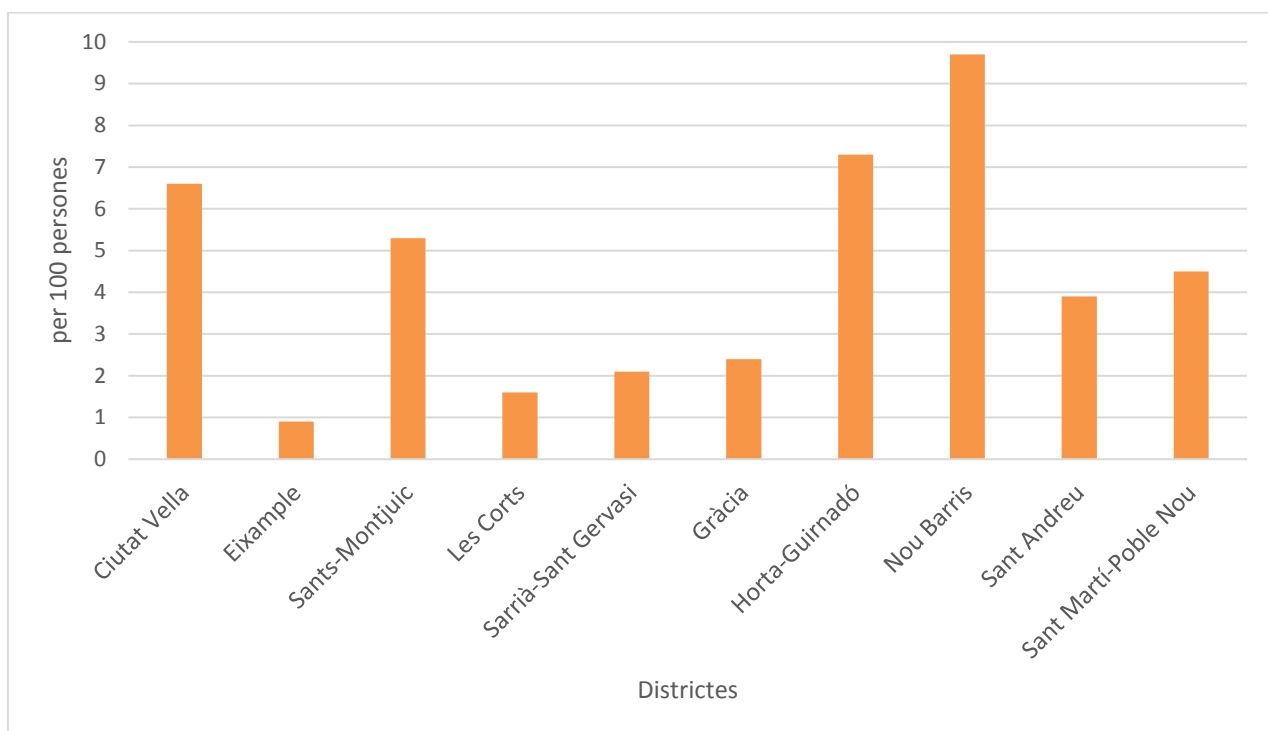
Figura 14.1: Prevalença de haver patit algun tipus de maltractament (físic i/o emocional i/o sexual) per la seva parella segons les característiques socials i econòmiques de les dones. Barcelona 2016.



Font: ESB. ASPB, 2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

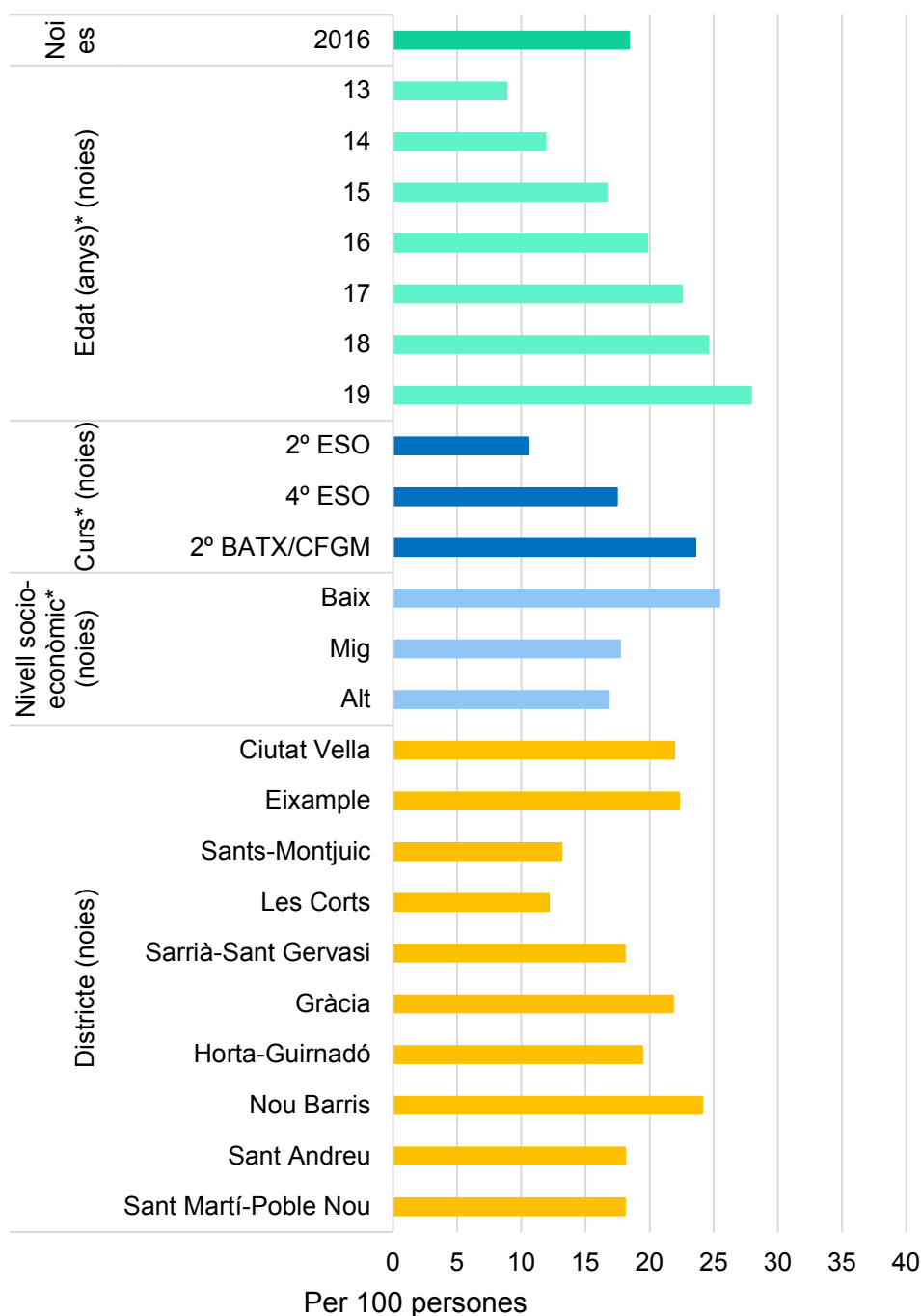
Figura 14.2: Distribució de la prevalença de dones que declaren haver patit algun tipus de maltractament (físic i/o emocional i/o sexual) per la seva parella segons districte. Barcelona 2016.



Font: ESB, ASPB 2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Figura 14.3: Prevalença d'haver patit algun tipus de maltractament per la parella segons les característiques socials i econòmiques de les dones adolescents. Barcelona 2016.



Font: FRESC. ASPB, 2016.

*Diferències estadísticament significatives per $p < 0,05$

Conclusions

S'han analitzat els indicadors de salut reproductiva per classe social i per nivell d'estudis de les dones, cosa que permet mostrar el gradient de desigualtat en la majoria dels indicadors analitzats relacionats amb les cures de l'embaràs i els resultats del part. De forma que les dones de classe social manual, de barris i districtes més desafavorits, amb menys nivell d'instrucció i provinents de països de rendes baixes mostren pitjors indicadors de salut reproductiva.

A la ciutat de Barcelona, la fecunditat es mostra estable en els darrers cinc anys i la de les dones nascudes als països de rendes baixes ha anat variant de forma que en els darrers anys s'ha acostat a la de les dones nascudes a l'estat espanyol.

Cal destacar el descens de l'embaràs adolescent molt probablement relacionat amb les intervencions realitzades a la ciutat per augmentar la prevenció de l'embaràs en l'adolescència i millorar l'ús de contracepció. D'altra banda, es mantenen les desigualtats en l'embaràs adolescent per país d'origen de les dones i per districtes de la ciutat.

Les cures durant l'embaràs es mostren estables i com a possible conseqüència, tant la mortalitat perinatal com el baix pes per edat gestacional també mostren xifres estables en els darrers anys.

Les violències masclistes afecten a totes les dones però molt especialment a les més joves i a les quals pertanyen a grups socials més desafavorits.

Les diferents formes en què es recull informació sobre l'orientació sexual ens proporciona una bona forma d'apropar-nos a les característiques socials de les sexualitats de la població de la nostra ciutat.

Caldria tenir presents aquests resultats a l'hora de definir les poblacions en les que intervenir en els diferents aspectes de la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona.

Annexos

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de les dones que han tingut un naixement. Barcelona 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Total (n)	441	459	444	449	460	2253
	%	%	%	%	%	%
Edat						
Menys de 25	5,0	4,6	5,0	4,7	4,8	4,8
25-34 anys	47,8	51,0	47,7	49,0	36,3	46,4
Més de 34	47,2	44,4	47,3	46,3	58,9	48,8
Classe social						
No manual	-	-	62,4	57,9	62,2	60,8
Manual	-	-	29,3	31,2	32,2	30,9
Desconeguda	-	-	8,3	10,9	5,7	8,3
País de naixement						
Estat espanyol	69,8	66,4	67,1	63,9	67,4	66,9
Països de renda alta	5,4	8,9	5,9	8,5	4,4	6,6
Països de renda baixa	24,7	24,4	27,0	27,6	25,2	25,8
Desconegut	0,1	0,2	0,0	0,0	3,0	0,7
Assegurança						
Privada o mixta	51,5	50,5	51,8	50,3	53,0	51,4
Pública	48,5	49,2	48,2	49,4	47,0	48,9
Desconeguda	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1
Part múltiple	15,4	9,6	6,8	6,2	7,4	9,1

Font: Enquesta de Salut Materna Infantil (ESMI-BCN), ASPB. 2013-2017.

% del total de naixements enquestats

Bibliografía

1. Europerinatat. EURO-PERISTAT Indicators of perinatal health [Internet]. Available from: <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html>
2. WHO. Sexual and reproductive health. Highlights topics. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/en/>
3. WHO. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators [Internet]. 2010. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/
4. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26(2):182–9.
5. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27(3):263–72.
6. World Bank. How we Classify Countries [Internet]. 2011. Available from: <https://es.scribd.com/document/198767589/How-We-Classify-Countries>
7. UNESCO-UIS. International Standard Classification of Education - ISCED 2011. UNESCO Inst Stat. 2011;(October 2010):88.
8. Pillai VK, Gupta R. Cross-national analysis of a model of reproductive health in developing countries. Soc Sci Res. 2006;
9. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. In: Contraception. 2010.
10. Fischer RC, Stanford JB, Jameson P, DeWitt MJ. Exploring the concepts of intended, planned, and wanted pregnancy. J Fam Pract. 1999;
11. Klerman L V. The intendedness of pregnancy: a concept in transition. Matern Child Health J. 2000;
12. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. J Urban Heal. 2008;
13. Adamson P, Brown G, Micklewright J, Wright A. A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Rep Card ERIC. 2001;
14. Pérez G, García-Subirats I, Rodríguez-Sanz M, Díez E, Borrell C. Trends in inequalities in induced abortion according to educational level among urban women. J Urban Heal. 2010;
15. Malmusi D, Pérez G. Aborto legal en mujeres inmigrantes en un entorno urbano. Gac Sanit. 2009;
16. Keegan J, Parva M, Finnegan M, Gerson A, Belden M. Addiction in pregnancy. J Addict Dis. 2010;29(2):175–91.

17. Jané M, Nebot M, Badí M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, et al. Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo. *Med clínica*. 2000;114(4):132–5.
18. Modder J, Fitzsimons JK. Management of women with obesity in pregnancy. CMA/RCOG Joint guideline. C London. 2010;
19. Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(s2):104–23.
20. Ferrando J, Borrell C, Ricart M, Plasència A. Infradeclaración de la mortalidad perinatal: la experiencia de 10 años de vigilancia activa en Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1997;108(9):330–5.
21. Borrell C, Cirera E, Ricart M, Pasarín MI, Salvador J. Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city. *Eur J Epidemiol*. 2003;18(1):5–13.
22. Kramer MS, Platt R, Yang H, Joseph KS, Wen SW, Morin L, et al. Secular trends in preterm birth: a hospital-based cohort study. *JAMA*. 1998;280(21):1849–54.
23. Nebot M, Rohlfs I, Díez E, Valero C. Maternidad en adolescentes de alto riesgo social. *Atención primaria*. 1993;11(5):213–4.
24. Nebot M, Díez E, Benaque A, Borrell C. Maternidad en adolescentes en los distritos y barrios de Barcelona: asociación con el nivel socioeconómico y prevalencia de bajo peso al nacer. Grupo de Trabajo de Salud Materno-Infantil del Instituto Municipal de la Salud de Barcelona. *Atención Primaria*. 1997;19(9):449–54.
25. Garcia-Subirats I, Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Muñoz DR, Salvador J. Neighborhood inequalities in adverse pregnancy outcomes in an urban setting in Spain: a multilevel approach. *J urban Heal*. 2012;89(3):447–63.
26. Ramos F, Pérez G, Jané M, Prats R. Construction of the birth weight by gestational age population reference curves of Catalonia (Spain): Methods and development. *Gac Sanit*. 2009;23(1):76–81.
27. Ramos F, Prats R, Jané M, Plasencia A, Pérez G. Corbes de referència de pes, perímetre cranial i longitud en néixer de nounats d'embarassos únics, de bessons i de trigèmins a Catalunya. *Dir Gen Salut Pública General Catalunya Barcelona Prous Sci*. 2007;
28. Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, del Mar Pérez M, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gac Sanit*. 2006;20(1):25–30.
29. Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrell C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994–1999. *Gac Sanit*. 2001;15(3):230–6.
30. Vilaseca AB, Font EC, Baiget GA, Bayona TV, de la Chica Díez R, Rustein AP, et al. Recomanacions per a l'aplicació clínica de la detecció d'aneuploidies en el DNA fetal lliure en la sang materna. *Vitr Verit*. 2017;18:46–50.
31. Salvador J, Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Lladonosa A, Borrell C. Inequalities in caesarean section: influence of the type of maternity care and social class in an area with a national health system. *J Epidemiol Community Heal*. 2009;63(3):259–61.
32. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de

- cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. *Gac Sanit.* 2013;27(3):258–62.
33. Tollånes MC, Thompson J, Daltveit AK, Irgens LM. Cesarean section and maternal education; secular trends in Norway, 1967--2004. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(7):840–8.
 34. Service NH. Clinical guideline 132: Caesarian Section.
 35. Río I, Castelló-Pastor A, Sand\\in-Vázquez MDV, Barona C, Jané M, Más R, et al. Breastfeeding initiation in immigrant and non-immigrant women in Spain. *Eur J Clin Nutr.* 2011;65(12):1345.
 36. WHO. Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health [Internet]. 2006. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
 37. United Nations Human Rights. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights [Internet]. 2009. Available from: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>
 38. Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Marttunen M. Sexual harassment and emotional and behavioural symptoms in adolescence: stronger associations among boys than girls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(8):1193–201.

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



La Salut en xifres

Connectem
f **t** **y** **in**

www.aspb.cat