Informe d'indicadors de salut local

2022

Sant Adrià de Besòs

Diputació Barcelona

Direcció i coordinació dels continguts

Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona

Nota d'autoria: S'ha de destacar que, si bé les entitats proveïdores Institut Nacional d'Estadística, Servei Català de la Salut, Servei Català de Trànsit, Departament de Salut, Subdirecció General de Promoció de la Salut i Vigilància en Salut Pública del Ministeri de Sanitat, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya, Institut d'Estadística de Catalunya i Diputació de Barcelona (programa HERMES i Observatori Local d'Habitatge) han facilitat les bases o registres de dades per a l'elaboració de l'informe, és responsabilitat de les autores i autors la fiabilitat i exactitud de la informació proporcionada en aquesta publicació.

Edició: 12 desembre de 2022

© d'aquesta edició: Diputació de Barcelona

© dels textos: Estela Núñez Manchón, Xènia Domènech Domènech, Clara Finazzi Martínez, Antoni Salvadó Nayach, Sònia Chavero Bellido i César Frias Trigo.

ÍNDEX

Presentació 4

Introducció 5

1. Demografia 7

1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ 10
1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT 12
1.2.1 Immigració 12
1.2.2 Emigració 13
1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUDA A L'ESTRANGER 14
1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA 17

2. Salut sexual i reproductiva 22

2.1 NATALITAT 25
2.2 FECUNDITAT 28
2.3 PARTS 32
2.4 INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS 33
2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL 36

3. Morbiditat 37

3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA 40
3.2 HOSPITALITZACIONS 42
3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés 43
3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés 49
3.3 SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL 58
3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental 59
3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ 62

4. Mortalitat 65

4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT 68
4.2 CAUSES DE MORTALITAT 71
4.2.1 Causes de mortalitat segons els 20 grans grups 71
4.2.2 Causes de mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes 74
4.3 MORTALITAT EVITABLE 75
4.4 MORTALITAT PREMATURA 78

5. COVID-19 81

5.1 CASOS COVID-19 84
5.2 DEFUNCIONS PER COVID-19 86

6. Accidentalitat viària 87

6.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES 90
6.2 COL·LECTIUS VULNERABLES 94
6.3 ALCOHOLÈMIA 96

7. Socioeconomia 98

7.1 ACTIVITAT ECONÒMICA 101
7.2 MERCAT DE TREBALL 102
7.3 HABITATGE 104



Presentació

La crisi de la COVID-19 ha posat de manifest la importància per als ajuntaments de conèixer l'estat de salut de la població davant el repte que assumiu de protegir i promoure la salut pública dels municipis. Amb la finalitat d'acompanyar-vos en aquesta tasca, i la de garantir el benestar de les persones així com la de construir territoris més equitatius, saludables, sostenibles i resilients, des de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona presentem, un any més, l'I*nforme d'indicadors de salut local* (ISL).

Aquesta eina, adreçada als municipis de més de 10.000 habitants, proporciona indicadors clau per analitzar l'estat de salut del municipi i permet identificar possibles necessitats i desigualtats, així com prioritzar actuacions que facilitin la presa de decisions en salut pública. Disposar d'informació rigorosa i de qualitat permet orientar les polítiques públiques amb garanties d'equitat i eficiència.

Enguany, amb l'objectiu de convertir aquest recurs en una eina més útil i pràctica, i amb la voluntat de donar resposta a les peticions i els suggeriments expressats pels municipis, presentem un informe totalment renovat, més visual, entenedor i amb nous continguts.

Aquest nou informe és el resultat d'una revisió exhaustiva dels diferents indicadors de salut, els quals s'han avaluat des d'un punt de vista de contingut i de format de presentació. Entre les novetats, cal destacar que s'han incorporat nous indicadors referents a les infeccions de transmissió sexual, s'han afegit indicadors de morbiditat relatius als grups de malalties més prevalents i s'ha ampliat l'apartat COVID-19 amb dades de mortalitat.

Espero que aquest informe i, el quadre de comandament que el complementa, esdevinguin eines de suport al treball que feu dia a dia per millorar la salut de la ciutadania i contribueixin a continuar incorporant la salut en les vostres polítiques. I també, que us permetin actuar sobre els determinants de la salut i intervenir sobre les desigualtats, per tal de fer i construir els nostres municipis encara més saludables, equitatius i cohesionats.

Jesús Naharro Rodríguez

Diputat delegat de Salut Pública i Consum

INTRODUCCIÓ

Disposar de dades és clau per dissenyar polítiques públiques de salut ajustades a les necessitats

Conèixer l'estat de salut de la població és imprescindible per a la presa de decisions ajustades a les necessitats de cada moment. Per aquest motiu, el Servei de Salut Pública de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona posa a disposició dels ajuntaments dels municipis de més de 10.000 habitants els informes d'indicadors de salut local (ISL), una eina que recull un conjunt ampli d'indicadors i la seva tendència al llarg dels anys. Aquest recurs permet fer una aproximació de l'estat de salut de la població, identificar problemes i desigualtats, i facilitar la presa de decisions en polítiques municipals de salut (priorització d'intervencions, disseny de plans locals, avaluació d'actuacions dutes a terme...).

QUINA INFORMACIÓ APORTA CADA APARTAT DE L'ISL?



DEMOGRAFIA

Permet conèixer com ha evolucionat **la població** els darrers anys, avaluar **l'envelliment** poblacional i tenir informació dels **moviments migratoris**.



SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

Aporta informació sobre com han evolucionat els **naixements**, les **interrupcions voluntàries de l'embaràs**, la proporció de **mares** de nacionalitat **estrangera** i **l'edat de la maternitat** en els darrers anys. Incorpora informació sobre els casos incidents d'infeccions de transmissió sexual.



MORBIDITAT

Permet conèixer les malalties amb més prevalença en la població. En aquest apartat s'ofereixen dades referents a **l'hospitalització** d'aguts, a l'hospitalització en centres **sociosanitaris** i a l'atenció hospitalària i ambulatòria de la **salut mental**.



MORTALITAT

Mostra l'evolució temporal dels indicadors de mortalitat més rellevants. Analitza l'evolució de la mortalitat, **les causes de defunció, la mortalitat prematura i les defuncions evitables.**



COVID-19

Analitza l'**impacte** de la **pandèmia** al municipi, aporta informació sobre el nombre de **casos registrats** i el nombre de **defuncions**.



ACCIDENTALITAT VIÀRIA

Aporta informació de l'evolució dels **accidents** i les **víctimes de trànsit** durant els darrers anys. Avalua amb perspectiva de gènere l'accidentalitat viària i posa el focus en els col·lectius més vulnerables.



SOCIOECONOMIA

Ofereix informació dels principals **determinants econòmics de la salut**: renda bruta familiar disponible, atur, temporalitat contractual i esforç econòmic del lloguer.

En cas de necessitar dades addicionals a les presentades en aquest document, les podeu demanar mitjançant un correu electrònic a ssp.infoanalisi@diba.cat o consultar la pàgina web on hi trobareu informació del quadre de comandament, una eina complementària als informes.

1.

DEMOGRAFIA

La demografia analitza la població, la seva composició i la procedència. L'edat, el sexe o l'origen de les persones són factors que acompleixen un paper important en l'estat de salut d'una població. Per aquest motiu, analitzar i conèixer les característiques demogràfiques del municipi és indispensable per dissenyar intervencions ajustades a les necessitats dels seus habitants.

L'evolució de l'estructura demogràfica els darrers anys ha estat marcada per la reducció de la natalitat, l'increment de l'esperança de vida i uns fluxos migratoris canviants. Les previsions apunten que d'aquí a 30 anys una de cada tres persones superarà els 65 anys d'edat. Si bé l'increment de l'esperança de vida es pot considerar un èxit, també suposa un repte, i és que no es pot obviar que, si l'augment de la longevitat no va acompanyat d'una reducció i un retard de la morbiditat, resultarà en un impacte negatiu sobre la salut i la qualitat de vida de la població. És, per tant, imprescindible activar recursos i mecanismes de prevenció i promoció de la salut que fomentin un envelliment saludable.

Notes metodològiques

ODS 3

Repte

Fomentar l'envelliment actiu per mantenir la gent sana en la vellesa

Els indicadors de demografia que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de dades proporcionades per l'**Institut Nacional d'Estadística** (INE) i l'**Institut d'Estadística de Catalunya** (IDESCAT). Concretament, l'INE proporciona les dades del padró municipal d'habitants i les dades de l'estadística de variacions residencials. Per la seva banda, l'IDESCAT proporciona de les projeccions municipals fins al 2033 segons l'escenari padronal de 2018.

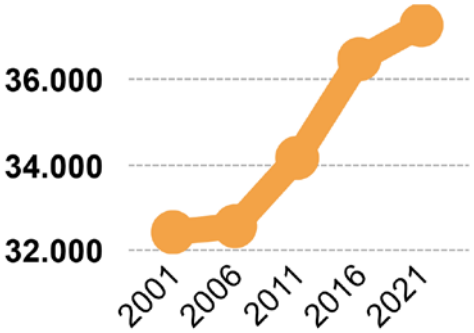
Com a denominadors per al càlcul de taxes de creixement natural i migratori s'han utilitzat les següents dades de població:

Càlcul de taxes brutes: padró municipal d'habitants. Font: INE.

Dades destacades de **demografia** l'any **2021** a **Sant Adrià de Besòs**

El **17%** de la població té més de

65 anys



Evolució del **creixement** de la població

51% de la població són **DONES**



El **20%** de la població és **nascuda a l'estranger**

Feminització de la població

2,0 dones per cada home en la població més gran de 85 anys

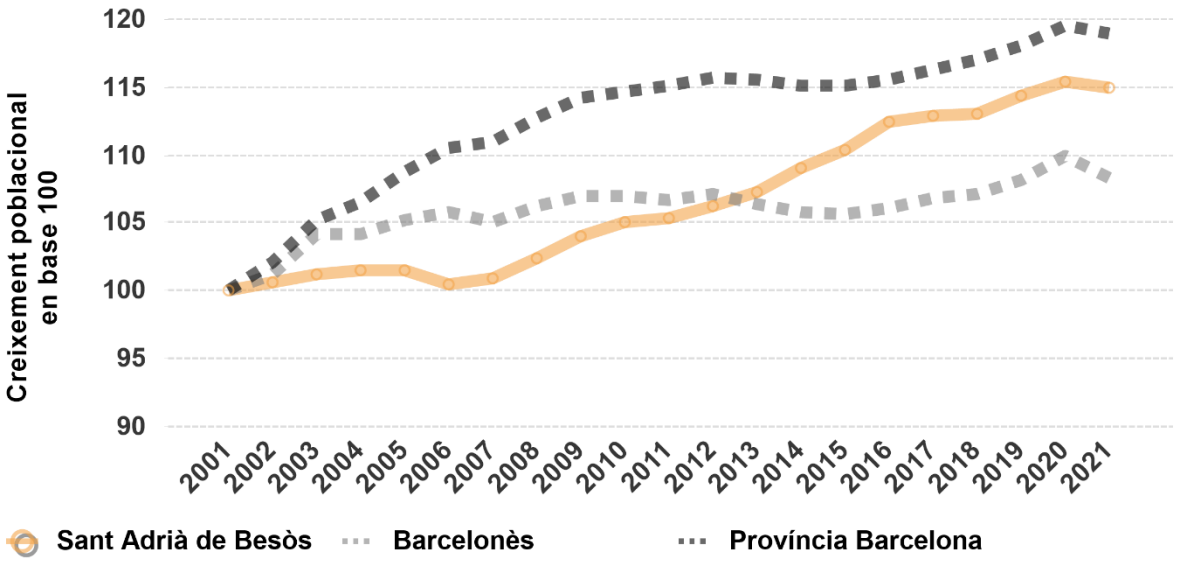
Edat mitjana de les persones **immigrades** al municipi

33 anys

1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ

A 1 de gener de 2021, la població empadronada a Sant Adrià de Besòs era de **37.283 habitants** (49% homes i 51% dones). Aquesta xifra implica que respecte a l'any anterior **la població va variar un -0,44%**. Com a referència, l'any 2021 la població de la província de Barcelona va tenir una variació de -0,50% habitants respecte al 2020.

***Fig. 1* | Evolució del creixement poblacional en base 100**



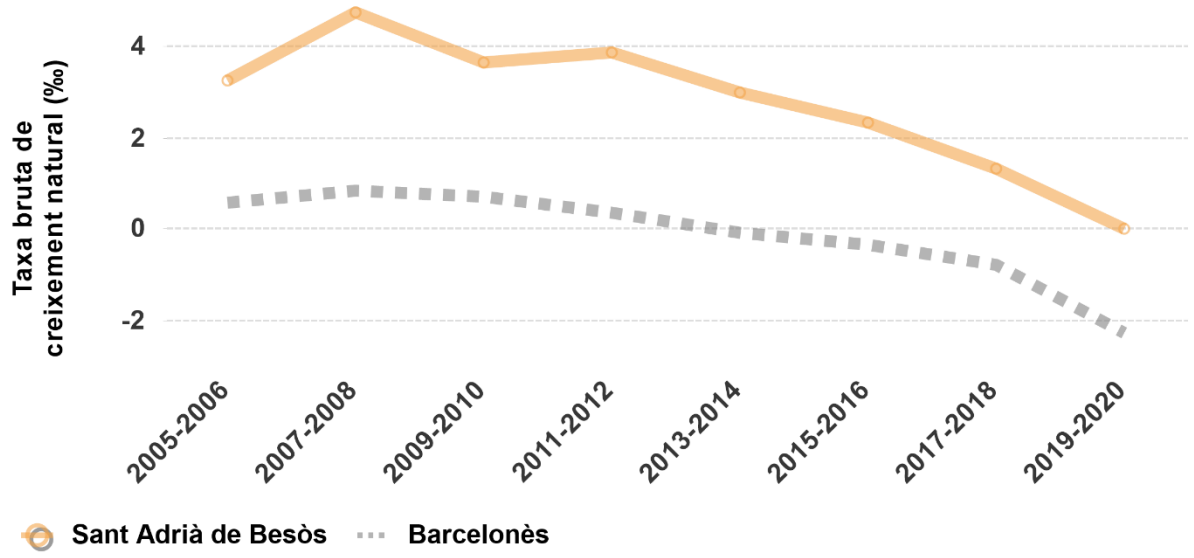
Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: El primer any el nombre d'habitants de la província de Barcelona, de la comarca i del municipi prenen valors iguals a 100, i a partir d'aquí es valora el percentatge de variació poblacional respecte a l'any precedent. Això ens permet comparar la variació poblacional per anys entre territoris.

El creixement total de la població ve determinat pel creixement natural i el creixement migratori. A Sant Adrià de Besòs, la taxa de creixement natural presenta, des de fa uns anys, una tendència a la baixa. El 2019-2020 es va situar en un 0,04‰.

Taxa de creixement natural: diferència entre la taxa bruta de natalitat i la taxa bruta de mortalitat. Es considera alta quan supera el 20‰ anual, intermèdia quan es troba entre el 10‰ i el 19‰, i baixa quan és inferior al 10‰.

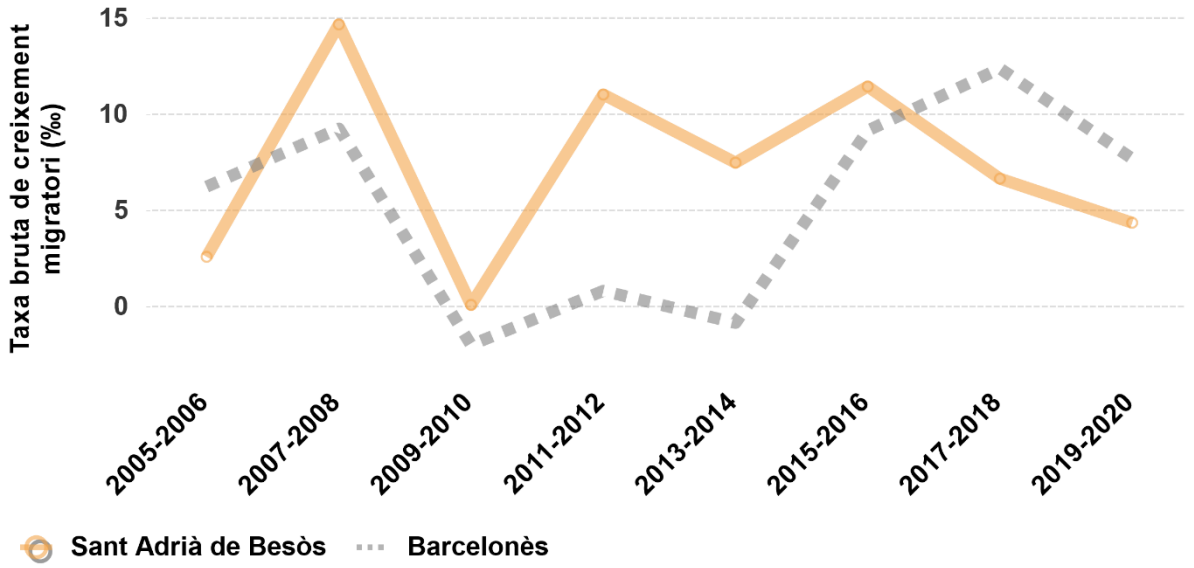
Taxa de creixement migratori: diferència entre la taxa bruta d'immigració i la taxa bruta d'emigració.

Fig. 2 | Evolució biennal de la taxa bruta de creixement natural



Font: Estadística de defuncions i de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 3 | Evolució biennal de la taxa bruta de creixement migratori



Font: Estadística de variacions residencials de l'INE. Elaboració pròpia.

1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT

L'**estadística** de **variacions residencials** (EVR) s'elabora a partir de la informació relativa a les **altes** i les **baixes** per **canvis** de **residència** (excloent-hi els canvis de residència dins del mateix municipi) que es registren en el padró municipal.

Immigració: altes registrades per canvi de residència. Quan la procedència és un altre municipi de Catalunya o la resta de l'Estat parlem d'**immigració interna**, i, quan la procedència és l'estranger, parlem d'**immigració exterior**.

Emigració: baixes registrades per canvi de residència. Quan la destinació és un altre municipi de Catalunya o la resta de l'Estat parlem d'**emigració interna**, i, quan la destinació és l'estranger, parlem d'**emigració exterior.**

1.2.1 Immigració

L'any 2021 es van registrar **2.848 altes** a Sant Adrià de Besòs (un **73%** van ser immigracions **internes** i un **27%** immigracions **externes**).

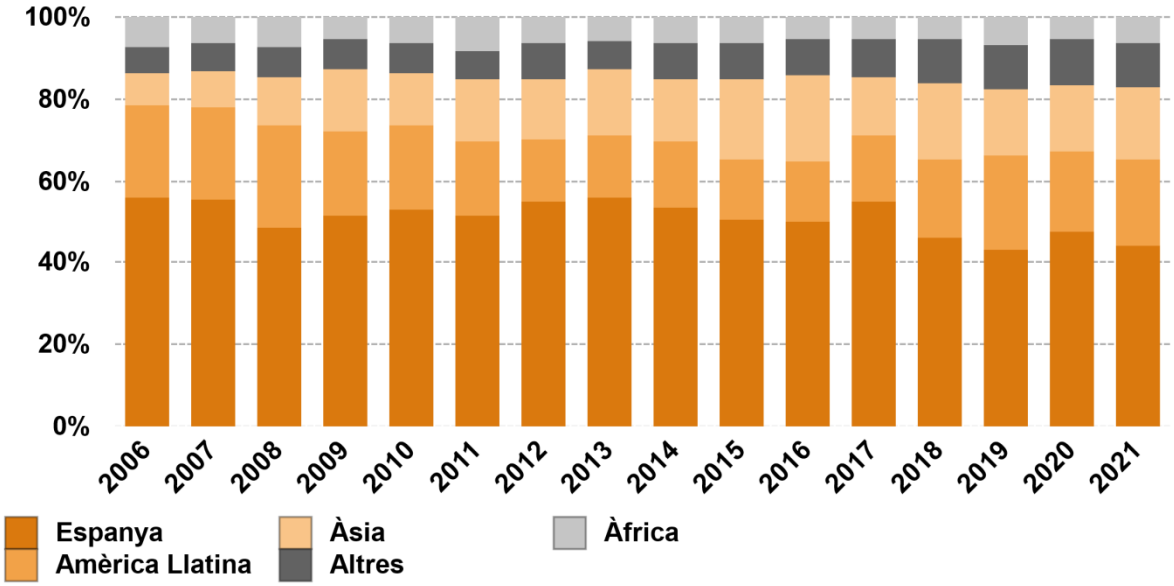
***Fig. 4* | Evolució anual de la immigració segons la procedència**

Procedència	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Altres municipis de la província de Barcelona	1.791	1.919	1.813	1.769	2.194	1.588	1.660	1.700	1.745	1.414	1.770
Altres províncies de Catalunya	99	90	133	117	107	86	79	81	81	75	81
Resta d'Espanya	248	285	304	288	273	264	268	199	217	167	240
Estranger	498	458	394	501	597	670	646	771	861	484	757
Total	2.636	2.752	2.644	2.675	3.171	2.608	2.653	2.751	2.904	2.140	2.848

Font: Estadística de variacions residencials de l'INE. Elaboració pròpia.

El **44%** d'aquestes **altes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **56%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

***Fig. 5* | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades d'alta residencial a Sant Adrià de Besòs**



Font: Estadística de les variacions residencials de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania.

1.2.2 Emigració

L'any 2021 es van registrar **2.998 baixes** (un **76%** van ser emigracions **internes** i un **24%** emigracions **externes**).

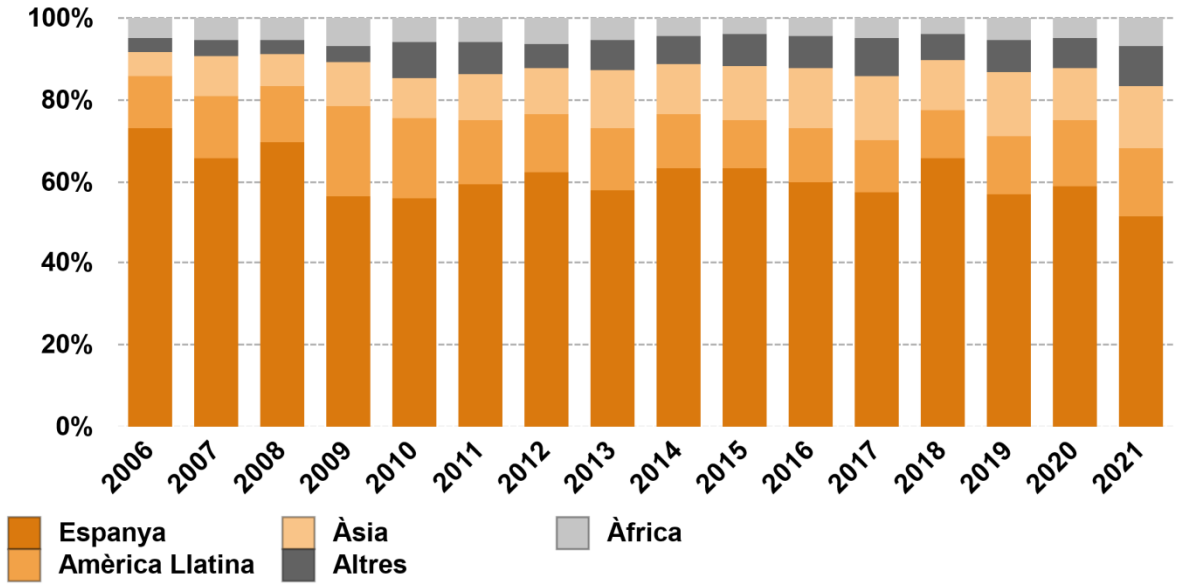
***Fig. 6* | Evolució anual de l'emigració segons la destinació**

Destinació	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Altres municipis de la província de Barcelona	1.604	1.582	1.643	1.749	1.792	1.747	1.757	1.717	1.806	1.530	1.875
Altres províncies de Catalunya	129	107	117	108	92	81	135	127	138	159	126
Resta d'Espanya	253	279	245	265	251	301	257	271	219	243	268
Estranger	388	283	375	287	262	421	498	153	405	217	729
Total	2.374	2.251	2.380	2.409	2.397	2.550	2.647	2.268	2.568	2.149	2.998

Font: Estadística de variacions residencials de l'INE. Elaboració pròpia.

El **52%** d'aquestes **baixes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **48%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

***Fig. 7* | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades de baixa residencial a Sant Adrià de Besòs**

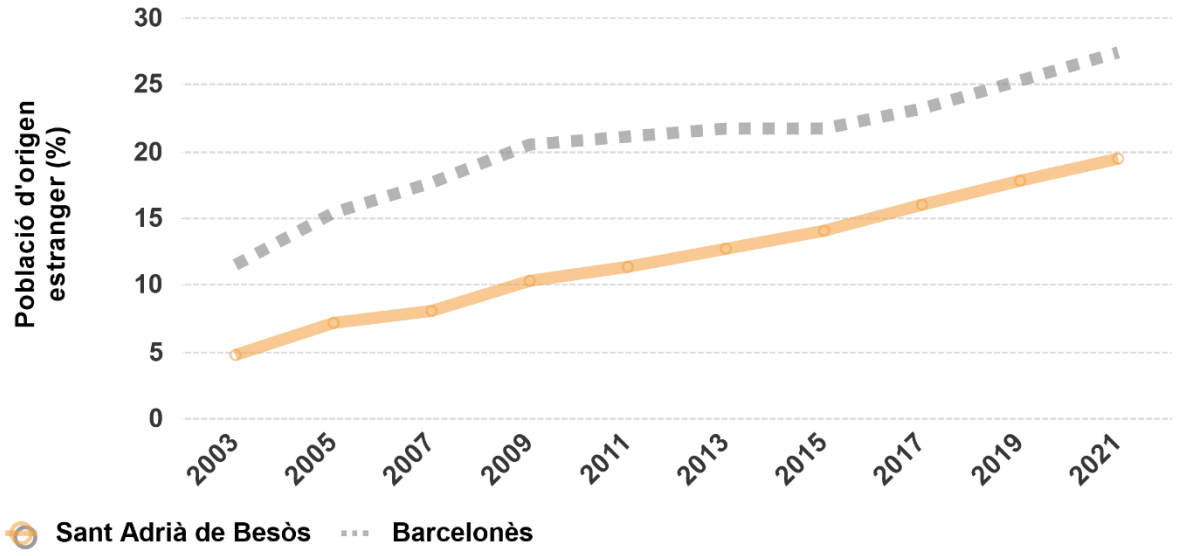


Font: Estadística de les variacions residencials de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania.

1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUDA A L'ESTRANGER

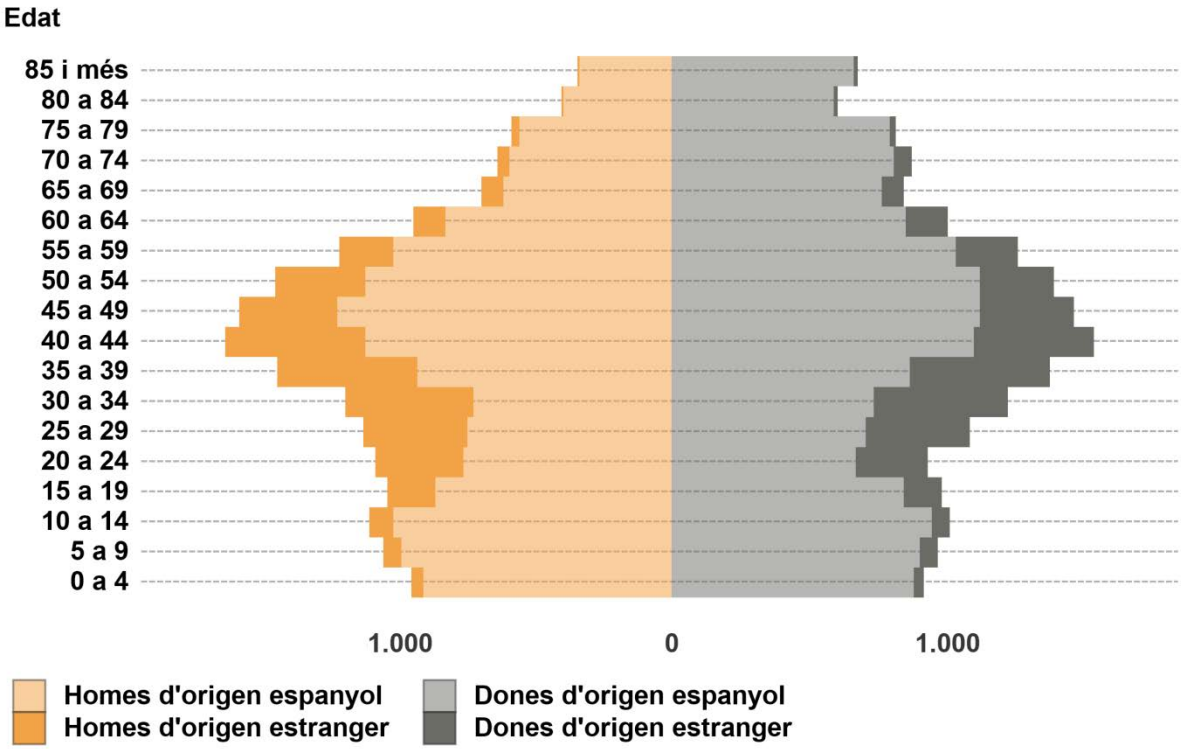
En línies generals, la proporció de població resident a Sant Adrià de Besòs nascuda a l'estranger ha seguit una tendència creixent els darrers anys. Conèixer les característiques del col·lectiu de persones amb nacionalitat estrangera és important per impulsar accions que garanteixin la **integració** i **cohesió socials**, promoguin l'accés als **recursos** de **manera equitativa** i **redueixin** les **desigualtats** en salut.

Fig. 8 | Evolució del percentatge de població nascuda a l'estranger



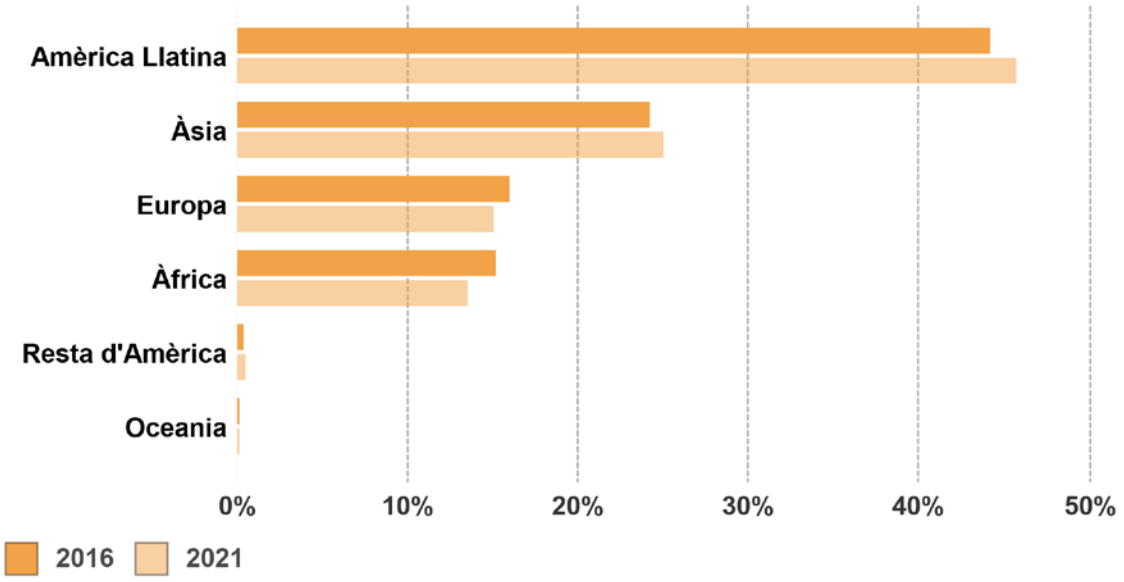
Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 9 | Distribució de la població segons l'origen, el sexe i l'edat



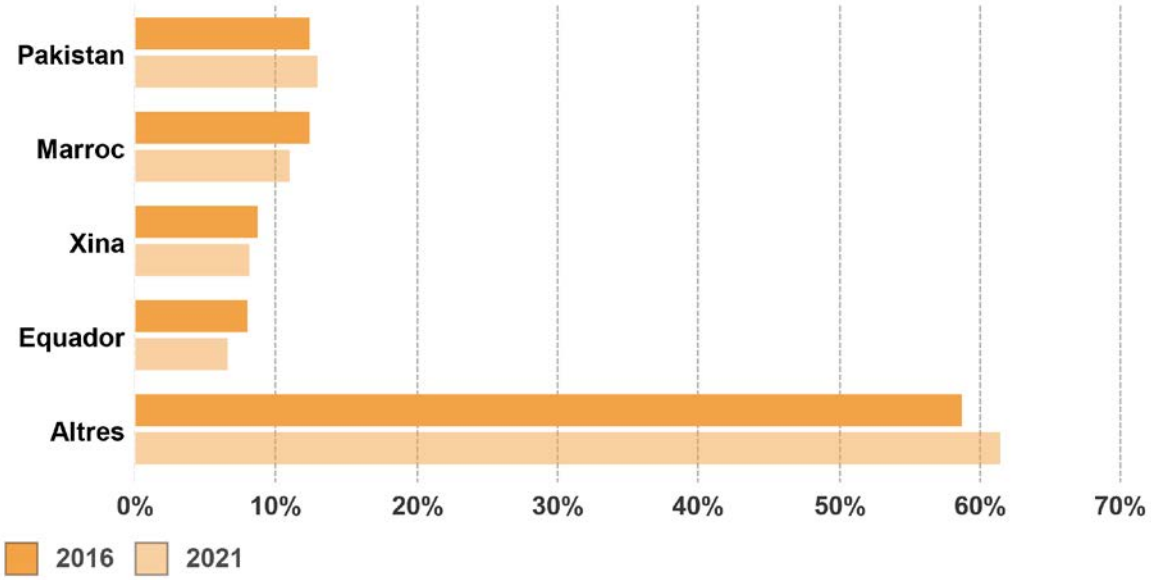
Dades corresponents a 2021.
Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 10 | Distribució de la població nascuda a l'estranger segons el continent de naixement; comparativa 2016-2021



Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 11 | Distribució de la població nascuda a l'estranger segons el país de naixement; comparativa 2016-2021

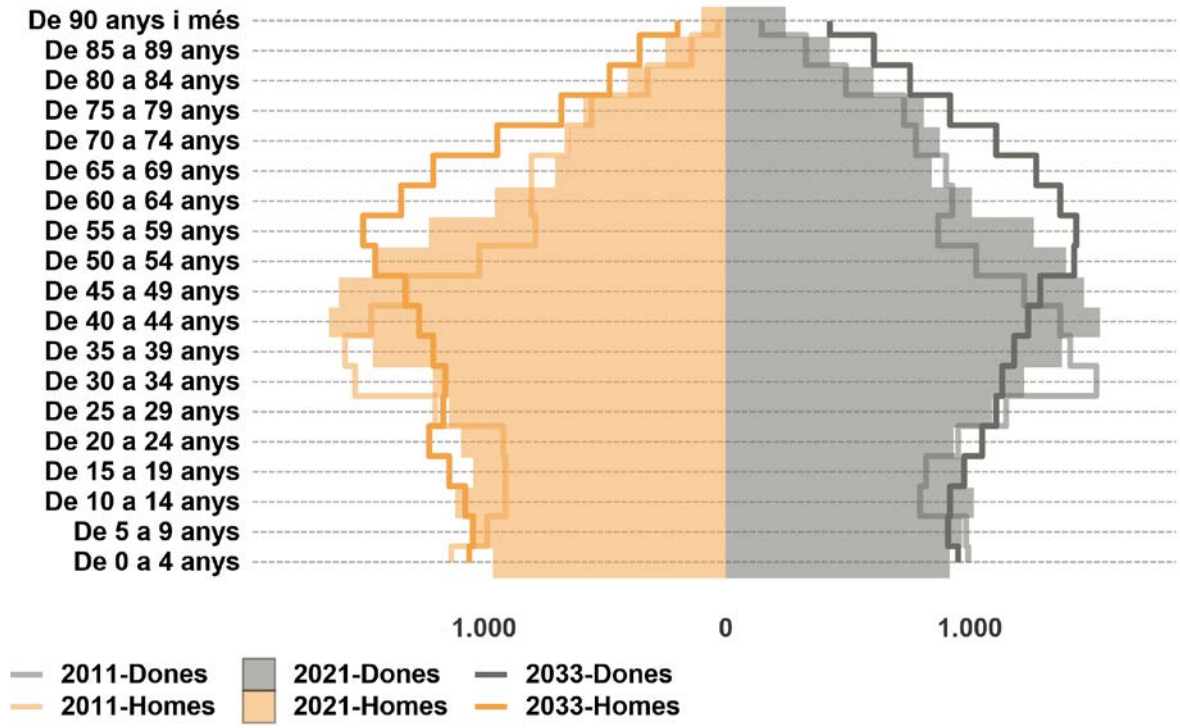


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA

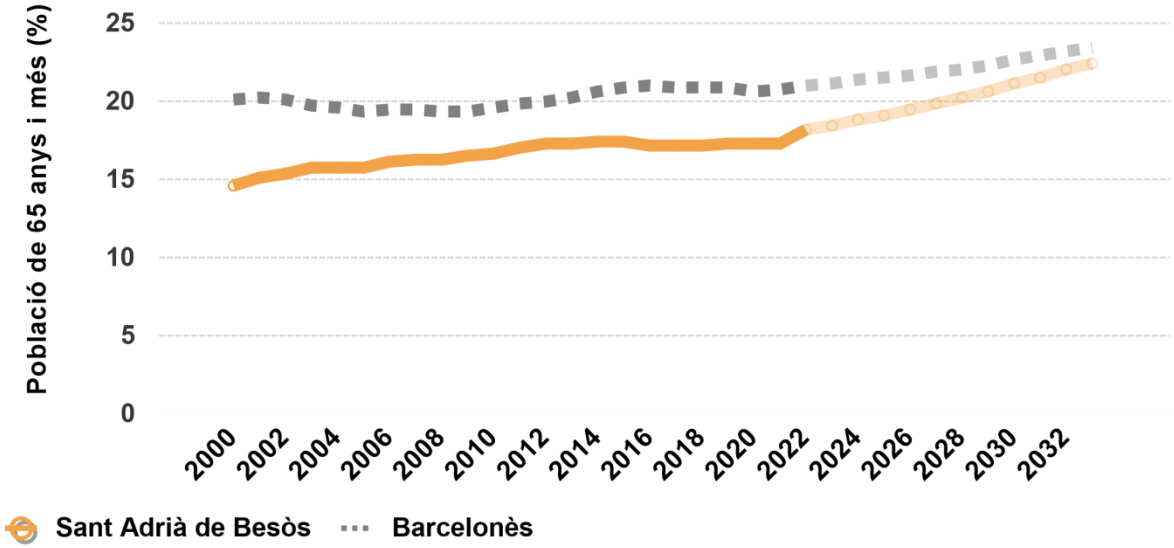
Els indicadors demogràfics mostren, des de fa anys, un **envelliment progressiu** de la població. Aquest envelliment està condicionat per l'evolució de la natalitat, la mortalitat i els moviments migratoris. L'envelliment de la població es reflecteix en un percentatge de població de 65 anys i més cada vegada més gran, i en uns índexs d'envelliment i sobreenvelliment amb tendències també ascendents. **S'estima que el 2033 el 22% de la població tindrà més de 65 anys.**

***Fig. 12* | Piràmide poblacional per edat i sexe 2011, 2021 i projecció del 2033**



Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

Fig. 13 | Evolució anual del percentatge de població envellida (65 anys i més)

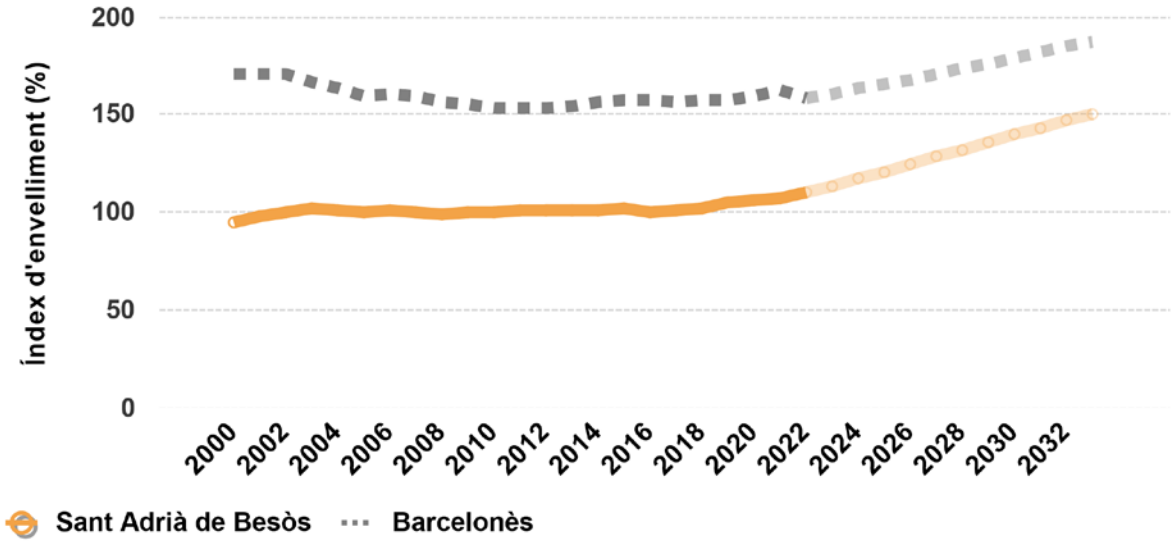


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

Índex d'envelliment: nombre de persones de 65 anys i més per cada 100 persones de menys de 15 anys.

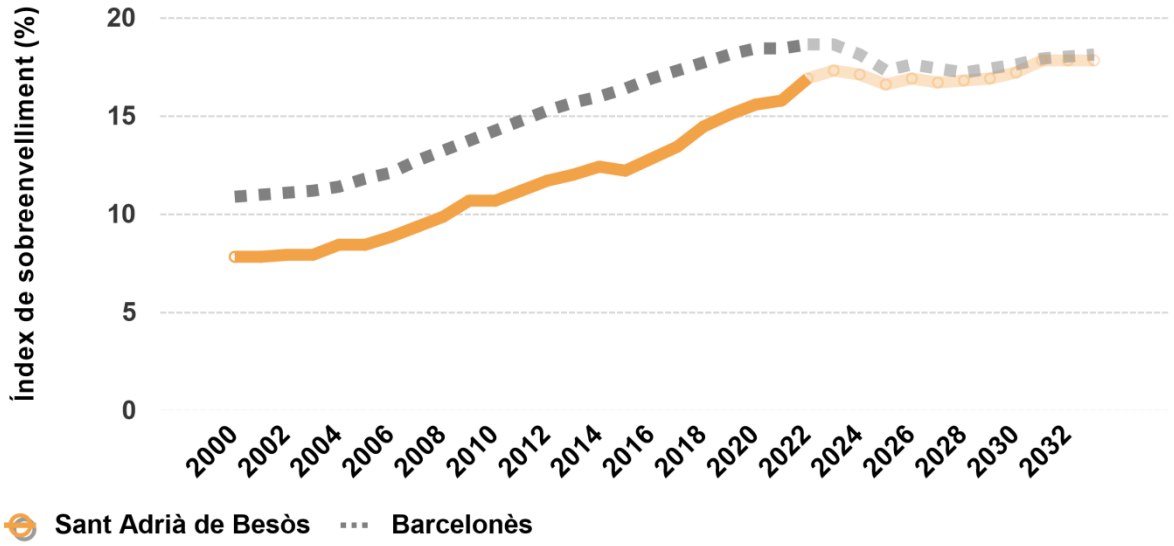
Índex de sobreenvelliment: nombre de persones de 85 anys i més anys per cada 100 persones de 65 anys i més.

Fig. 14 | Evolució anual de l'índex d'envelliment



Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

***Fig. 15* | Evolució anual de l'índex de sobreenvelliment**

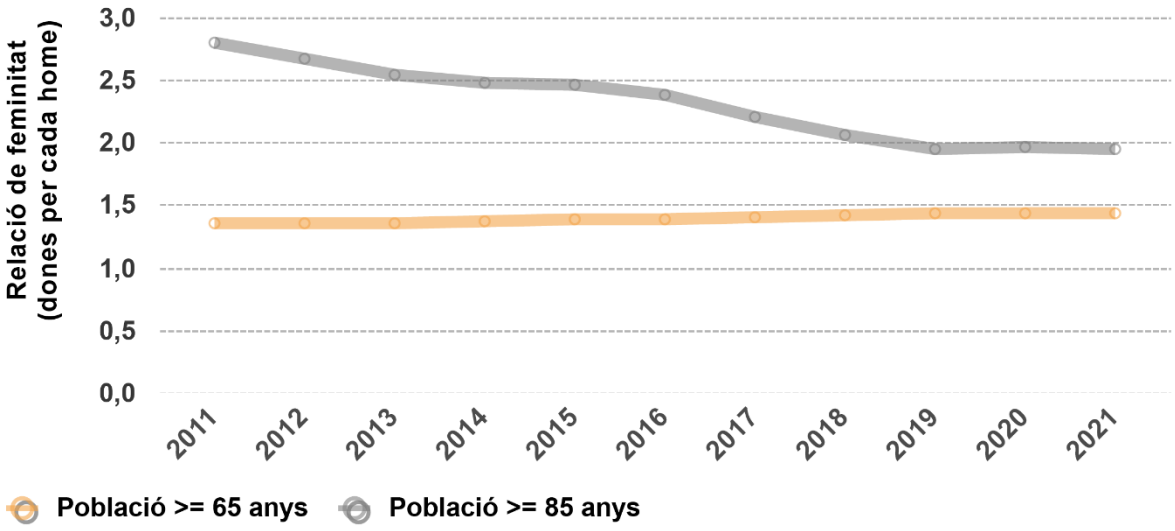


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

Com es veurà a l'apartat de «Mortalitat», l'esperança de vida és significativament superior en dones que en homes. Aquest fet comporta que hi hagi un fenomen de **feminització en la població de 65 anys i més**, que s'accentua en la població de 85 anys i més, i que cal tenir en compte a l'hora de definir actuacions adreçades al col·lectiu de gent gran.

Relació de feminitat: nombre de dones que trobem en una població per cada home del mateix rang d'edat.

***Fig. 16* | Evolució anual de la relació de feminitat**

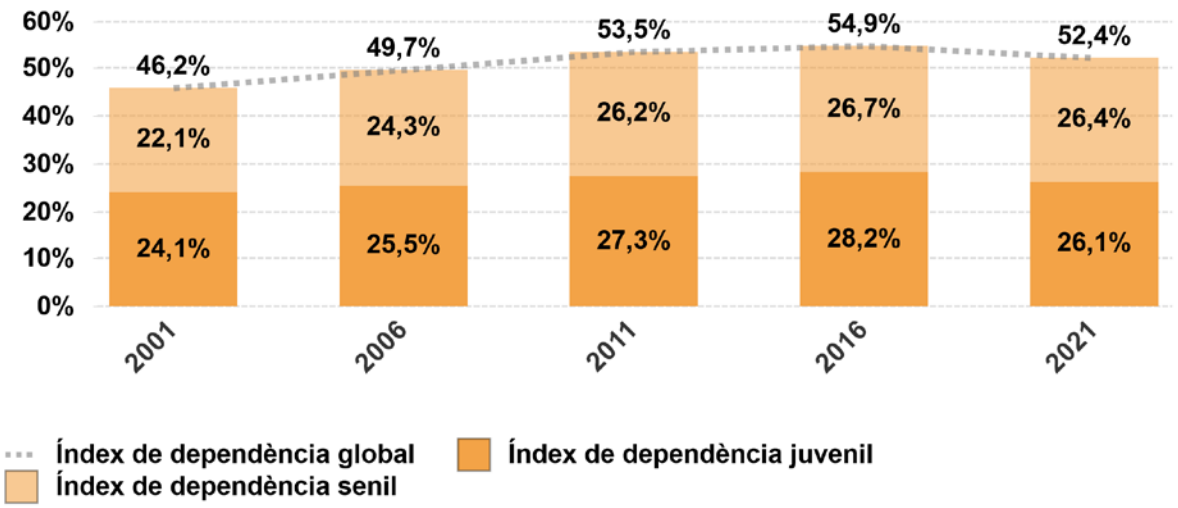


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

A banda d'analitzar els indicadors d'envelliment, és important fer una avaluació de l'índex de dependència, i és que una **tendència creixent de l'índex de dependència senil** va associada a una **pressió més gran sobre la població activa** per sostenir l'atenció a la salut i el sistema de pensions de la gent gran.

Índex de dependència global: nombre de persones dependents (de menys de 16 anys i de més de 64 anys) per cada 100 persones en edat de treballar o no dependents (de 16 a 64 anys). Aquest índex es pot descompondre en l'**índex de dependència juvenil** (de menys de 16 anys) i l'**índex de dependència senil** (de més de 64 anys).

Fig. 17 | Evolució de l'índex de dependència global, senil i juvenil



Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

2.

SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

La salut sexual i reproductiva és una dimensió del benestar i la salut física i emocional de les persones, les parelles i les famílies, i un actiu per al desenvolupament econòmic, que rau en el dret de gaudir d'una vida sexual segura i agradable. La Llei 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i d'interrupció voluntària de l'embaràs, entre d'altres, empara aquests drets.

Promoure una sexualitat saludable i responsable en totes les etapes de la vida és un deure de les institucions públiques. És necessari, doncs, disposar d'indicadors relatius a aquest àmbit per tal de fer un bon diagnòstic de la situació i poder establir, així, línies d'actuació per oferir serveis de salut sexual i reproductiva adequats, assequibles, accessibles i de bona qualitat a la ciutadania, posant un èmfasi especial en la població juvenil.

Notes metodològiques

Pla Salut 2021-2025

Objectiu
Mantenir la tendència decreixent de les IVE en adolescents i reduir els casos d'ITS

Els indicadors de salut sexual i reproductiva que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de dades proporcionades per l'INE, la Subdirecció General de Promoció de la Salut i Vigilància en Salut Pública del Ministeri de Sanitat i el Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Més concretament, l'INE facilita les dades provinents de l'**estadística de naixements** i l'**estadística de parts**, el Ministeri de Sanitat les dades de les **interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)**, i el CEEISCAT dades dels casos incidents d'**infeccions de transmissió sexual (ITS)** de declaració obligatòria individualitzada.

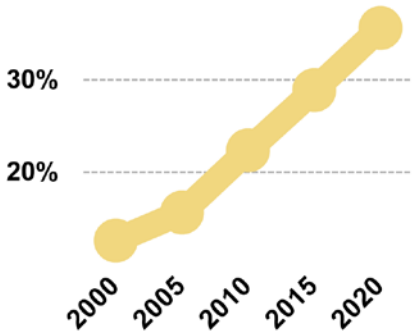
Com a denominadors per al càlcul de taxes s'han utilitzat les següents dades de població:

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: dades del padró municipal d'habitants. Font: INE.

Dades destacades de **salut sexual i reproductiva** l'any **2020** a Sant Adrià de Besòs

319

Naixements



Creixement del percentatge de mares >34 anys

El **30%** de les mares són de **nacionalitat estrangera**

103

Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

35% de les **IVE** van ser de **repetició**

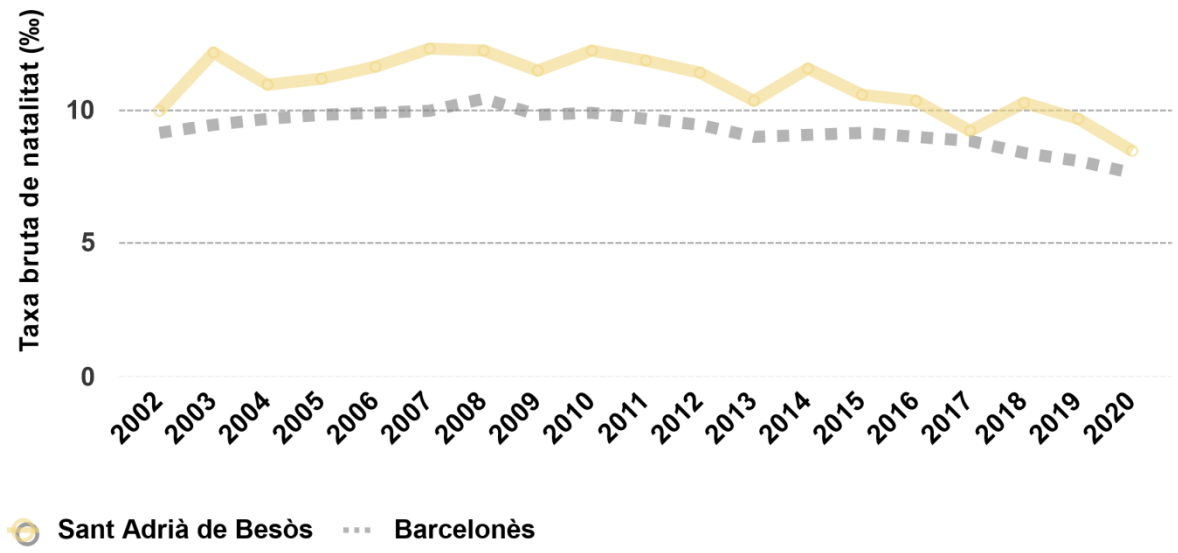
74 nous casos **d'ITS** de declaració obligatòria individualitzada

2.1 NATALITAT

La **taxa bruta de natalitat** el 2020 va ser de **8,5 naixements per cada 1.000 habitants**. Aquest indicador mostra una tendència a la baixa generalitzada des de l'any 2008, coincidint amb l'inici de la crisi econòmica.

Taxa bruta de natalitat: nombre de naixements ocorreguts en una població per cada 1.000 habitants.

***Fig. 18* | Evolució de la taxa bruta de natalitat**



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Històricament, les actuacions en l'àmbit de la salut reproductiva han posat el focus en el col·lectiu adolescent. La major part de les vegades, els embarassos de dones adolescents no solen ser planificats i generen una reestructuració de les relacions familiars, socials, formatives o laborals de les persones implicades. Aquests fets poden tenir com a conseqüències la construcció de parelles inestables, conflictes psicològics, avortaments i, dificultats en l'accés al mercat laboral o a la formació.

L'escenari actual mostra, però, que, a banda de **continuar reduint la taxa d'embarassos no desitjats en les dones més joves**, també cal analitzar un fenomen creixent que ha emergit els darrers anys: el **retard en l'edat de la maternitat**. Ser mare en edats avançades s'associa a un nombre més alt d'alteracions cromosòmiques fetals, prematuritat i pes baix en néixer. Alhora es relaciona amb un risc més elevat per a la mare de patir preeclàmpsia i diabetis gestacional, entre d'altres.

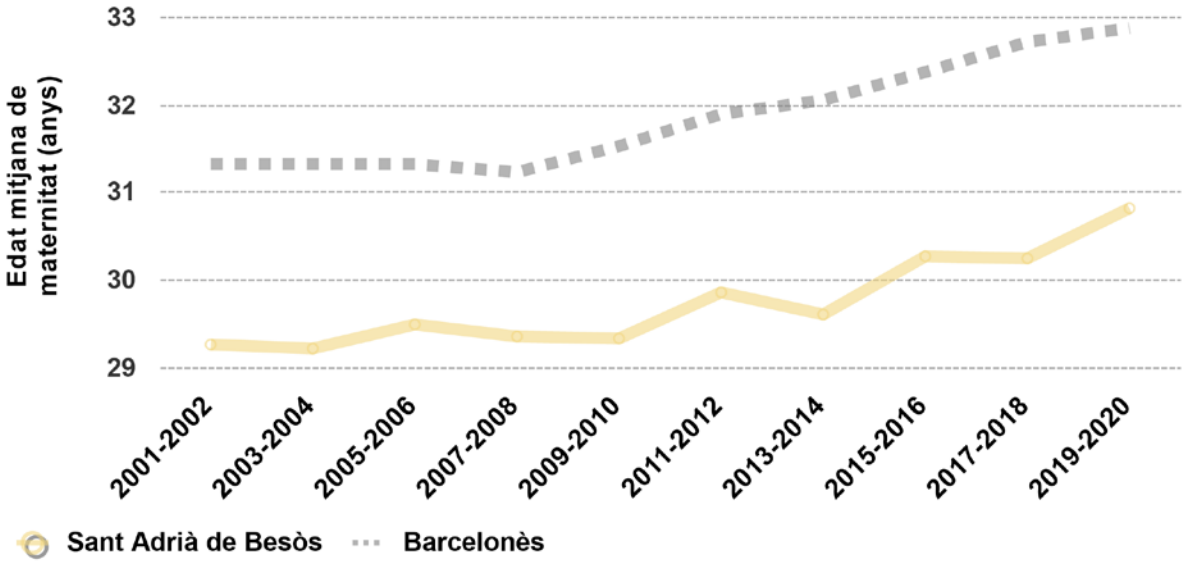
La fertilitat disminueix de forma important a partir dels 35 anys. Això fa que es recorri en moltes ocasions a tractaments de fertilitat. Per induir l'ovulació s'utilitzen tractaments hormonals que poden ocasionar una resposta excessiva dels ovaris, causar danys i, fins i tot, s'ha evidenciat un augment del risc de patir certs tipus de càncers.

La manca d'estabilitat econòmica, les dificultats per accedir a un habitatge i mantenir-lo i els obstacles per conciliar la vida familiar i laboral influeixen de manera important en la decisió de tenir fills.

Cal que les polítiques de salut pública vagin encaminades a garantir que la decisió de tenir o no tenir fills no estigui condicionada pels determinants socials.

Edat mitjana de maternitat: representa l'edat mitjana en què les dones tenen els seus fills, independentment de si es tracta del primer fill o no.

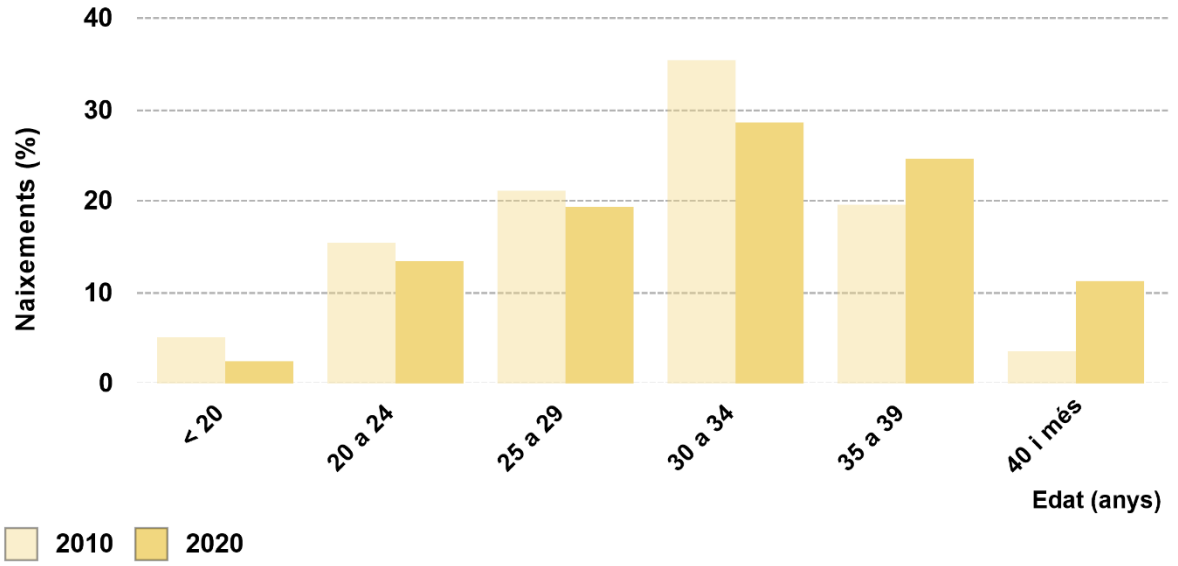
***Fig. 19* | Evolució de l'edat mitjana de maternitat**



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Els naixements l'any 2020 es van donar principalment en dones de 30 a 34 anys (28,5% dels naixements) i de 35 a 39 anys (24,8% dels naixements), mentre que el 2010 van ser en dones de 30 a 34 anys (35,4% dels naixements) i de 25 a 29 anys (21,1% dels naixements).

***Fig. 20* | Distribució de naixements segons l'edat de la mare, en dos períodes**

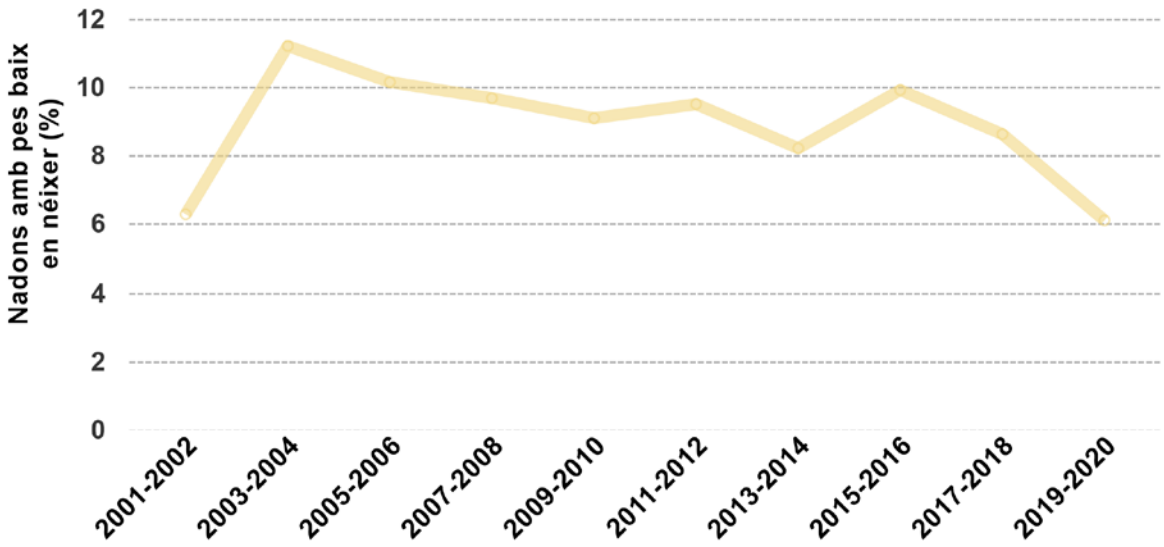


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

El pes en néixer és un indicador important de la qualitat del desenvolupament fetal i un bon predictor de la salut al llarg de la vida. Els nadons nascuts amb un pes baix tenen un risc més alt de patir malalties cardiovasculars, hipertensió arterial, diabetis i altres patologies.

Pes baix: es considera quan el pes és inferior a 2.500 grams. Entre 2.500 i 4.000 grams es considera pes normal, i quan se superen els 4.000 grams, sobrepès.

***Fig. 21* | Evolució del percentatge de nadons amb pes baix en néixer**



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

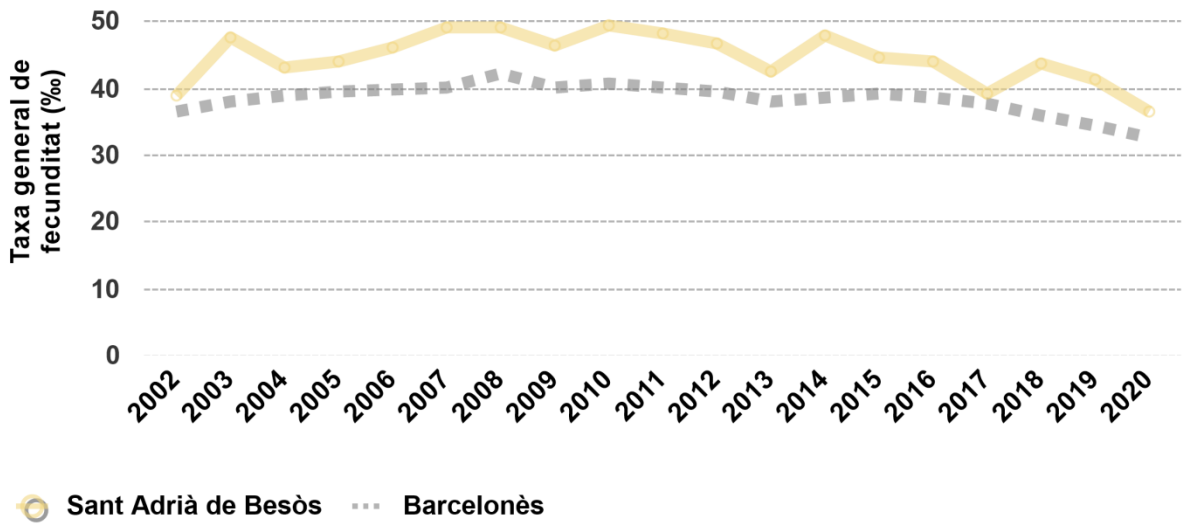
2.2 FECUNDITAT

Els indicadors de natalitat fan referència als naixements ocorreguts en una població sense tenir en compte el seu potencial reproductiu. **Els indicadors de fecunditat, en canvi, avaluen els naixements amb relació a les dones en edat fèrtil (15-49 anys) que hi ha en la població estudiada.**

Taxa general de fecunditat: nombre de naixements d'una població per cada 1.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys) que hi ha en aquesta població.

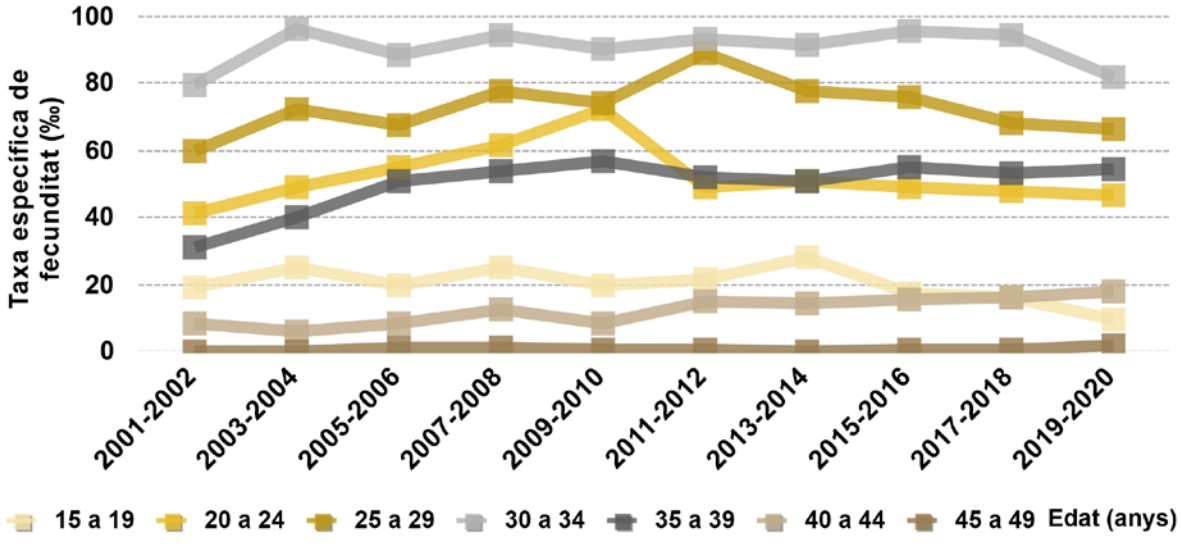
Taxa específica de fecunditat per edat: nombre de naixements d'una població per cada 1.000 dones en edat fèrtil d'un grup d'edat determinat. Permet comparar en quin grup d'edat hi ha més dones que tenen fills i veure l'evolució al llarg del temps.

Fig. 22 | Evolució de la taxa general de fecunditat (dones de 15-49 anys)



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 23 | Evolució de les taxes específiques de fecunditat per edat de la mare

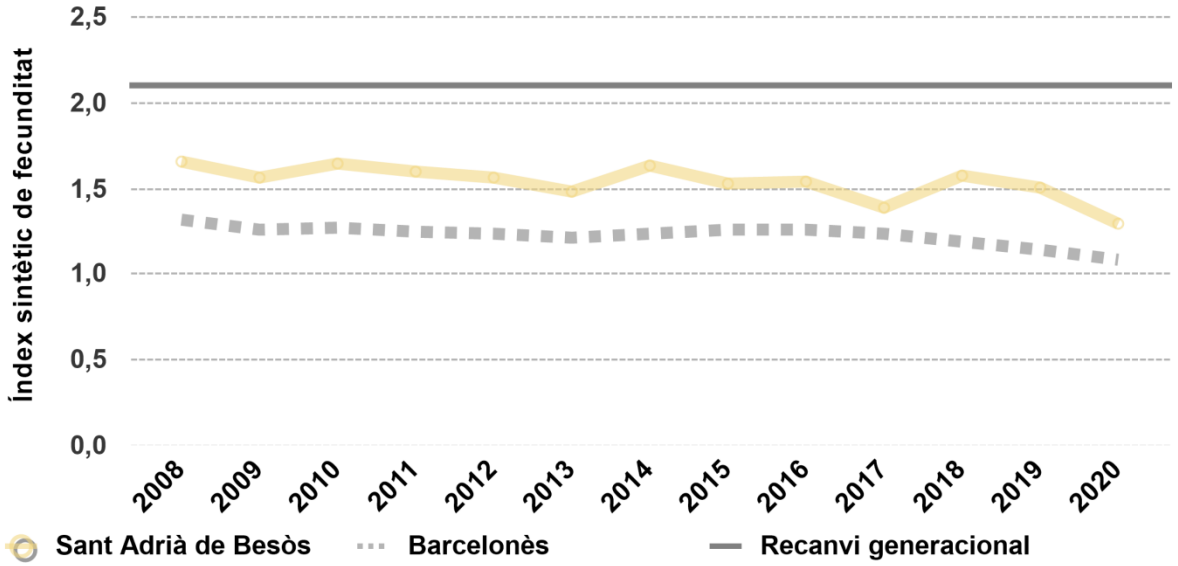


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

.

Índex sintètic de fecunditat (ISF): expressa el nombre de fills que tindria una dona al final de la seva vida fèrtil si es mantinguessin les taxes de fecunditat per edats existents en el moment del seu càlcul. Així, per exemple, si l'ISF el 2020 és d'1,30, vol dir que una dona que neixi aquest any es calcula que haurà tingut 1,30 fills als 49 anys. L'ISF hauria de ser superior de 2,1 per garantir el relleu generacional.

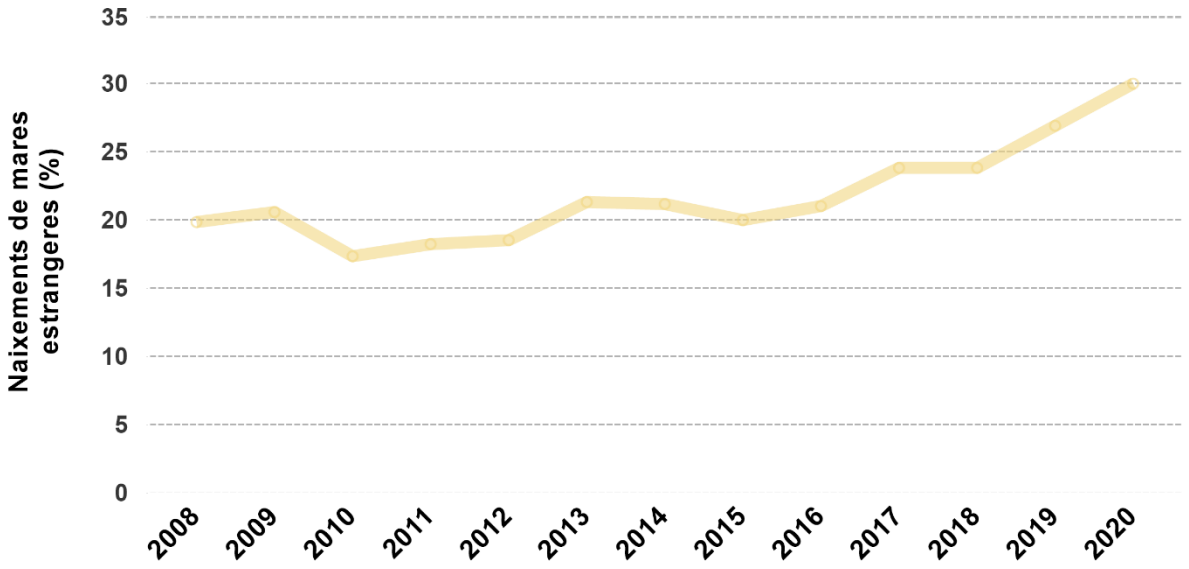
***Fig. 24* | Evolució de l'Índex sintètic de fecunditat**



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

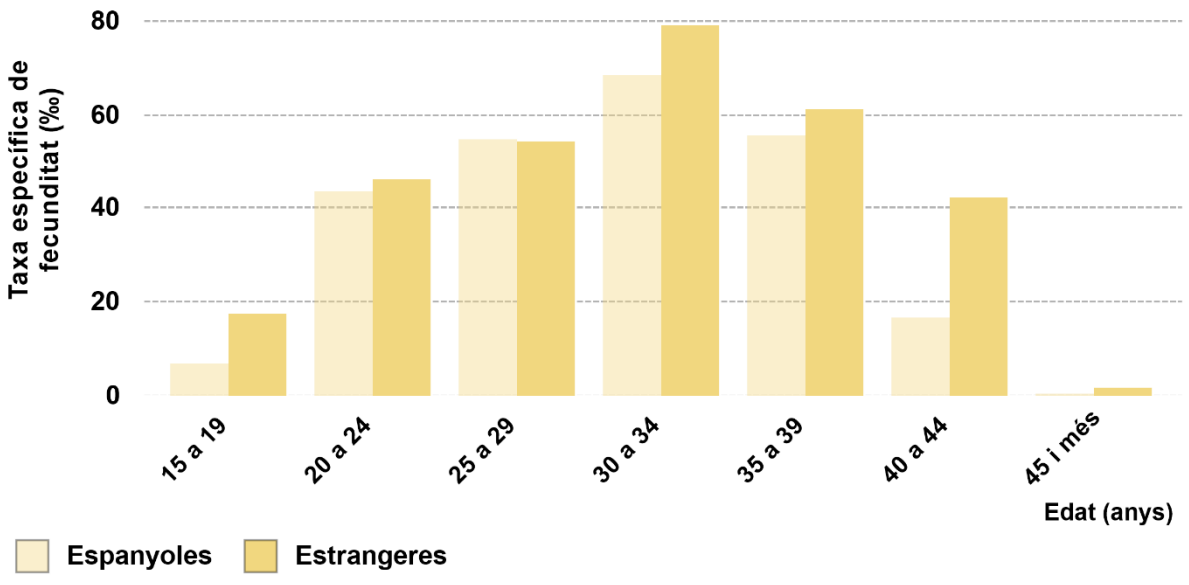
Les dones de nacionalitat estrangera i les dones de nacionalitat espanyola poden tenir comportaments reproductius diferents. Per analitzar aquests comportaments cal avaluar les taxes específiques de naixements en funció de l'origen i l'edat de la mare.

Fig. 25 | Evolució del percentatge de naixements de mares estrangeres



Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 26 | Distribució de les taxes específiques de fecunditat segons la nacionalitat i l'edat de la mare

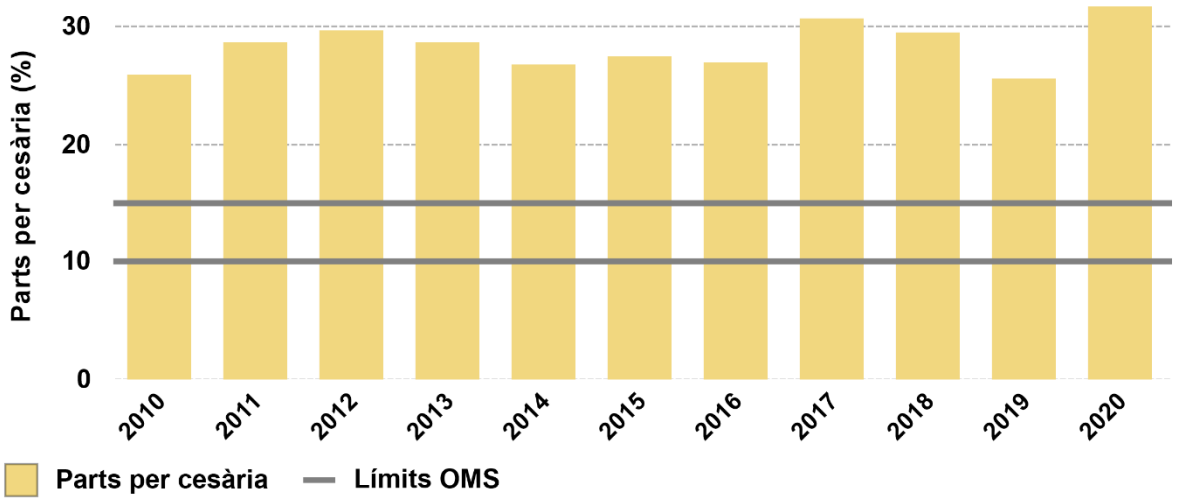


Dades corresponents a 2020.
Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

2.3 PARTS

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), la taxa ideal de parts per cesària ha d'oscil·lar entre el 10% i el 15%. No estan demostrats els beneficis del part per cesària per a les dones o els nadons en els casos en què la cesària resulta innecessària. Com en qualsevol cirurgia, la cesària està associada a riscos a curt i a llarg termini que poden perdurar molts anys després de la intervenció i afectar la salut de la dona, i del nadó, així com un embaràs futur.

Fig. 27 **| Evolució del percentatge de parts per cesària**

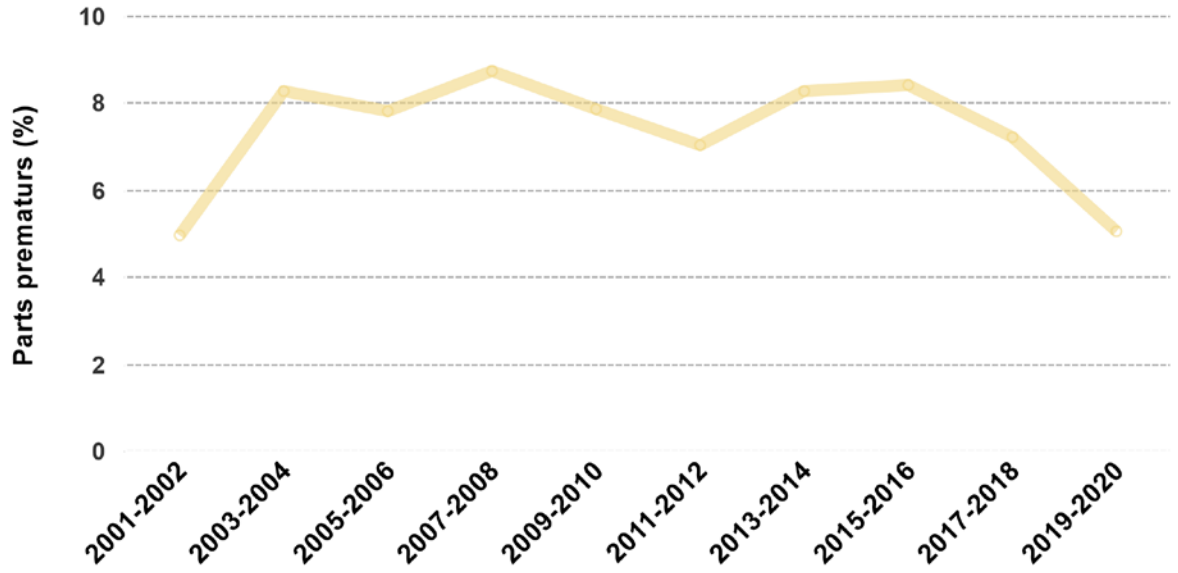


Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

La prematuritat és un dels problemes de salut més rellevants en la població infantil dels països desenvolupats, ja que representa el 75% de la mortalitat perinatal, i més de la meitat de la morbiditat perinatal a llarg termini. Provoca, sobretot, trastorns del desenvolupament neurològic, i complicacions respiratòries i gastrointestinals. El percentatge de parts prematurs ha mantingut una tendència estable al llarg dels últims anys.

Prematur: menys de 37 setmanes de gestació; **a terme**: entre 37 i 42 setmanes de gestació; **postterme**: més de 42 setmanes de gestació.

***Fig. 28* | Evolució del percentatge de parts prematurs**

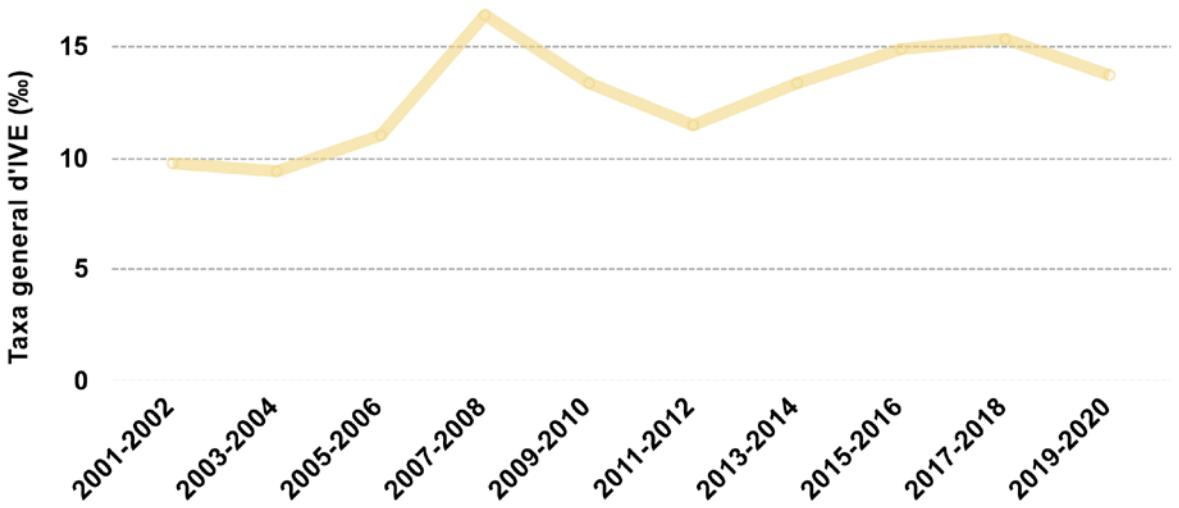


Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

2.4 INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS

La **interrupció voluntària de l'embaràs** (IVE) és la finalització de la gestació per decisió de la dona, duta a terme per professionals mèdics, o sota la seva direcció, d'acord amb la normativa legal vigent. És important conèixer l'evolució d'aquesta pràctica, ja que **generalment és el resultat d'un embaràs no desitjat, i pot tenir conseqüències en la salut física i mental de la dona**. L'evolució dels indicadors de les IVE permeten avaluar els resultats de les activitats desenvolupades en matèria de prevenció i planificació de la salut reproductiva, i definir noves activitats orientades sobretot als grups més vulnerables.

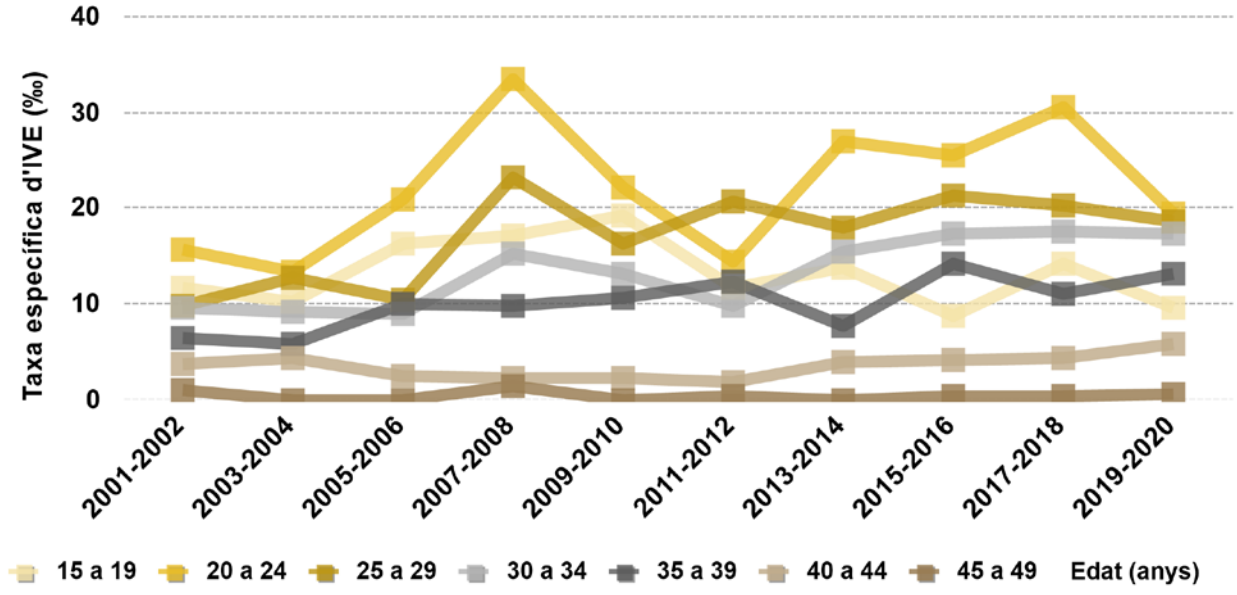
Fig. 29 | Evolució de la taxa general d'IVE (dones de 15-44 anys)



Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

Taxa general d'IVE: nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs per cada 1.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 44 anys).
Per al càlcul de la taxa, tot i que s'hi inclouen els pocs casos d'IVE de dones de menys de 15 anys i de dones de més de 44 anys, es fa servir la població de dones d'edats compreses entre els 15 i els 44 anys en el denominador.

Fig. 30 | Evolució de les taxes específiques d'IVE per grups d'edat

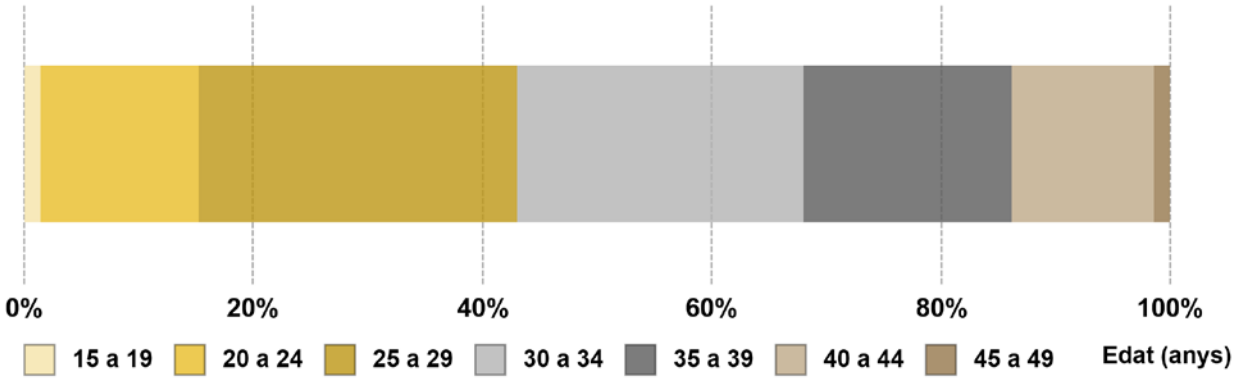


Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

Tot i que un avortament fet en condicions sanitàries de seguretat, tal i com determina la llei, no ha de suposar un risc per a la dona, **una IVE no s'hauria de promoure mai com un mètode de planificació familiar**. Una pràctica repetida d'IVE pot tenir implicacions en futurs embarassos, com ara prematuritat o altres complicacions.

L'any 2020, el 24% dels embarassos va finalitzar amb una IVE i el 35% de les dones que van interrompre l'embaràs, ja havien practicat almenys una altra IVE amb anterioritat.

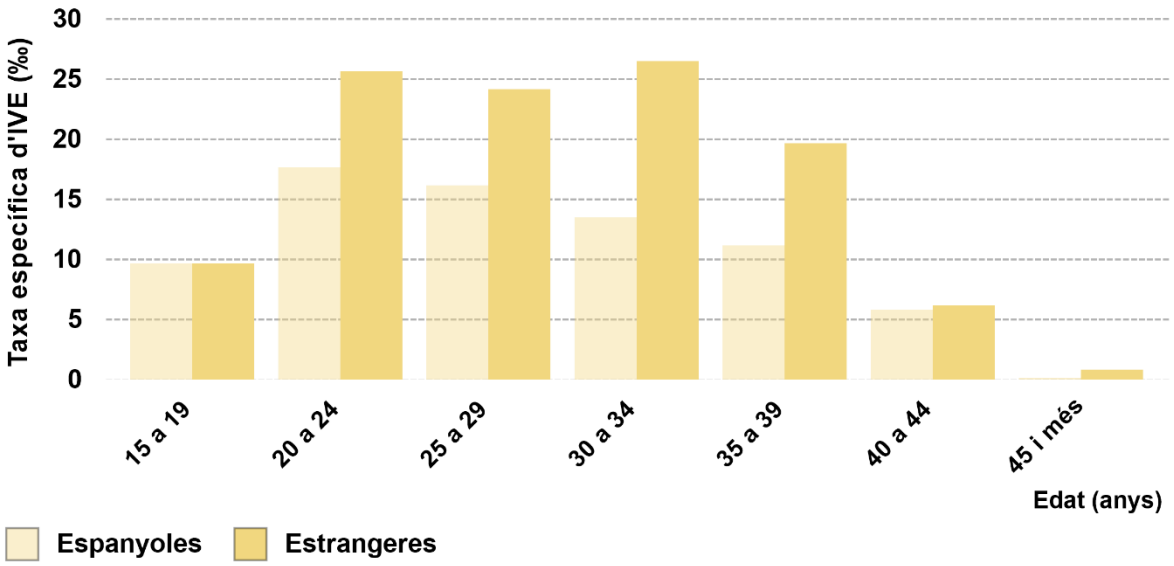
***Fig. 31* | Distribució d'IVE de repetició per grups edat**



Dades corresponents a 2019-2020.

Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

***Fig. 32* | Distribució de les taxes específiques d'IVE segons la nacionalitat i l'edat de la dona**



Dades corresponents a 2019 -2020

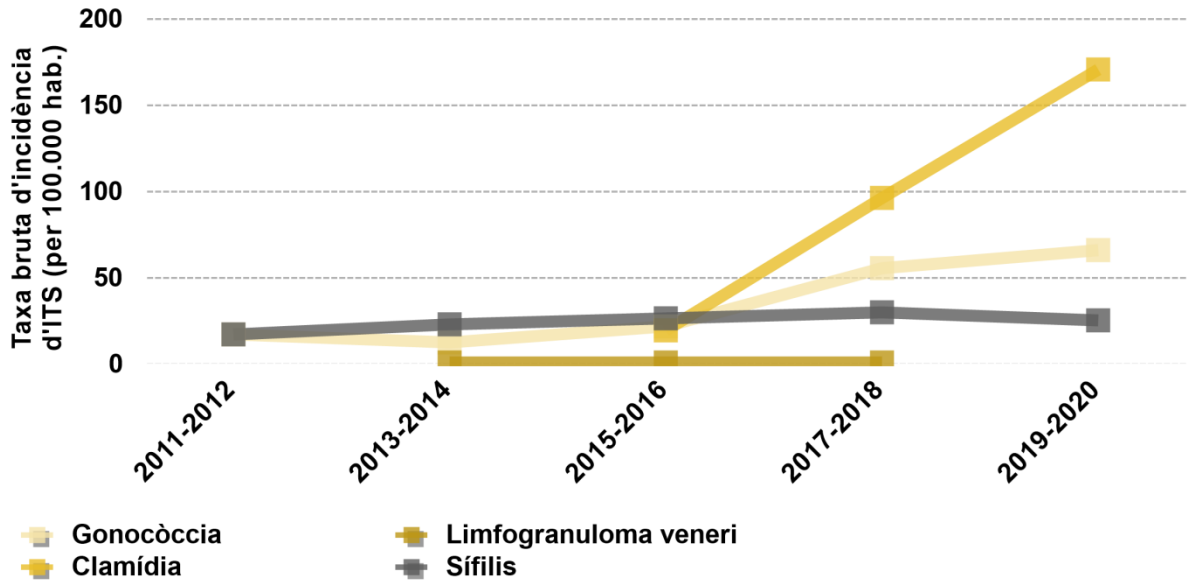
Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són un problema global de salut pública. Les ITS són freqüents en el nostre entorn, i el seu control es veu dificultat perquè sovint són asimptomàtiques. Poden generar morbimortalitat per les complicacions que poden desencadenar si no es diagnostiquen precoçment i es tracten adequadament.

A Sant Adrià de Besòs, l'any 2020 es van notificar **41 casos nous** de **clamídia** (53,7% en dones i 46,3% en homes), **23 de gonocòccia** (21,7% en dones i 78,3% en homes) i **8 de sífilis infecciosa** (12,5% en dones i 87,5% en homes).

***Fig. 33* | Evolució de la taxa d'incidència d'ITS**



Font: Registre d'ITS del CEEISCAT. Elaboració pròpia.
Nota: Les dades d'infecció per clamídia es representen a partir del 2015, any en què passa a ser una malaltia de declaració obligatòria individualitzada.

3.

MORBIDITAT

Les previsions indiquen que la població seguirà envellint durant els propers anys. L'envelliment poblacional va associat a un increment de la multimorbiditat, de la dependència i de les necessitats socials. Les malalties cròniques són molt freqüents en l'edat avançada i són, per tant, les dones (que tenen una esperança de vida més alta que els homes) les que presenten més freqüentment problemes de comorbiditat, fragilitat i soledat no volguda. Les dones viuen més anys, però ho fan amb una *pitjor percepció de l'estat de salut*.

Els objectius de morbiditat del Pla de salut de Catalunya 2021-2025 posen el focus en la salut mental, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori i les malalties de l'aparell cardiovascular, i insten a analitzar els indicadors de salut amb perspectiva de gènere.

Les polítiques públiques orientades a facilitar estils de vida i entorns saludables constitueixen una palanca de canvi clau per reduir la morbiditat de la població.

Notes metodològiques

Pla Salut 2021-2025

Objectiu
Abordar els objectius de morbiditat tenint en compte el sexe com a paràmetre de desigualtat.

Els indicadors de morbiditat s'han elaborat a partir de dades proporcionades pel CatSalut. Les dades provenen dels **registres del conjunt mínim bàsic de dades** (**CMBD**), que recopilen sistemàticament l'activitat assistencial i suposen una eina molt útil per **conèixer la patologia atesa** i la seva evolució en el temps.

Concretament, les dades provenen dels registres **CMBD-HA** (recull dades dels hospitals d'aguts), **CMBD-SMH** (recopila informació dels hospitals de salut mental), **CMBD-SMA** (recull informació dels centres de salut mental ambulatòria) i **CMBD-RSS** (recull dades provinents dels recursos sociosanitaris).

Els diagnòstics estan codificats segons la desena revisió de la classificació internacional de malalties (CIM-10) i es presenten agrupats per categories (causes) o capítols (grans causes). En les dues agrupacions s'ha afegit la COVID-19 com a opció de manera provisional. S'hi inclou tant «COVID-19. Virus identificat» (codi U07.1 de la CIM-10) com «COVID-19. Virus no identificat» (codi U07.2 de la CIM-10).

IMPORTANT. L'ús de la CIM-10, en substitució de la versió anterior CIM-9, s'inicia el 2018. Això comporta que es produeixi una **infranotificació** de l'activitat hospitalària, especialment de la que té lloc en centres privats. Aquest fenomen comporta una baixada (que no és real) de les xifres d'ingressos a partir de 2018, per la qual cosa cal fer una lectura cautelosa de les dades.

D'altra banda, cal tenir present que **el nombre d'ingressos per COVID-19 és superior al que indiquen les dades**, ja que no estan comptabilitzats els ingressos per COVID-19 dels centres sociosanitaris. **El registre CMBD-RSS** encara fa servir la codificació **CIM-9**, en la qual **no existeix una codificació específica per a la COVID-19.** Per tant, en els centres sociosanitaris, els pacients ingressats per COVID-19 han estat classificats en altres categories diagnòstiques, com ara «agents vírics que causen malalties classificades a un altre lloc».

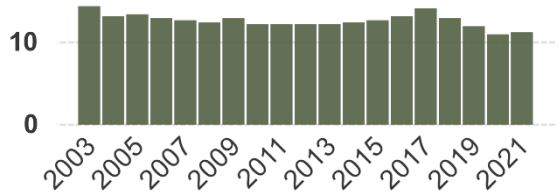
Com a denominadors per al càlcul de taxes de morbiditat s'han utilitzat les dades de població següents:

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: estimacions postcensals. Font: IDESCAT.

Dades destacades de **morbiditat** l'any **2021** a Sant Adrià de Besòs

4.182 ingressos HOSPITALARIS

51,1% DE LES PERSONES **INGRESSADES** VAN SER **DONES**



NOMBRE D'INGRESSOS PER CADA 100 HABITANTS

60,4 anys

edat mitjana

1.378

CIRURGIES

MAJORS

AMBULATÒRIES

SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA D'HOSPITALITZACIÓ
♀	Embaràs, part i puerperi
♂	Malalties de l'aparell circulatori

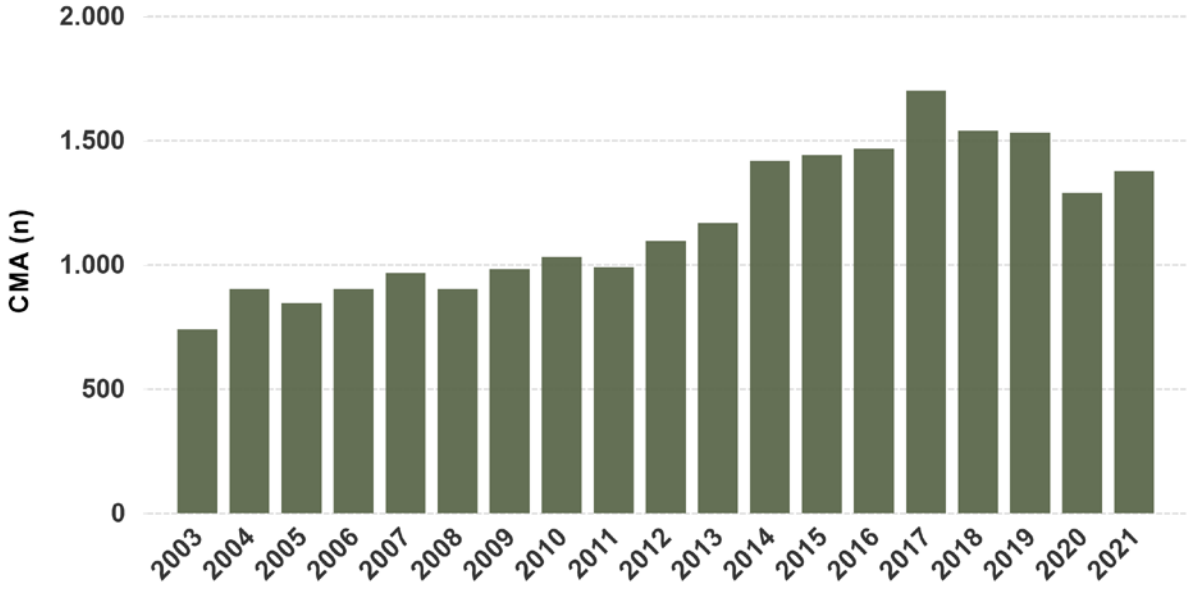
SEXE	CAUSES D'HOSPITALITZACIÓ PER ORDRE DE FREQÜÈNCIA
♀	COVID-19 Embaràs prolongat Colelitiasi Ruptura prematura de membranes
♂	COVID-19 Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica Insuficiència cardíaca Infart cerebral

3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA

La cirurgia major ambulatòria (**CMA**) consisteix a dur a terme una **intervenció quirúrgica**, habitualment de complexitat mitjana, **sense necessitat d'un ingrés hospitalari**. D'aquesta manera, el pacient va al centre el mateix dia de la intervenció i torna a casa després d'haver-se-la fet.

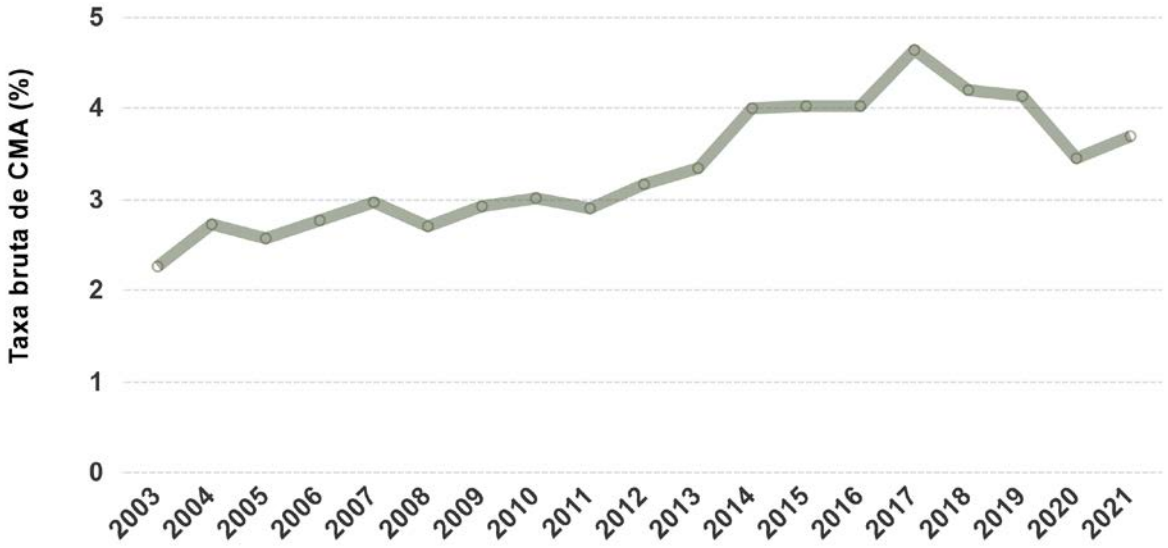
El 2021, es van fer **1.378 CMA**, el **54,8% en dones** i el **45,2% en homes**. La mitjana d'edat dels pacients que es van sotmetre a aquest tipus d'intervenció va ser de **60,3 anys**, i el principal motiu d'intervenció van ser els **trastorns del cristal·lí**.

***Fig. 34* | Evolució del nombre de cirurgies majors ambulatòries**



Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 35 | Evolució de la taxa bruta de cirurgies majors ambulatòries

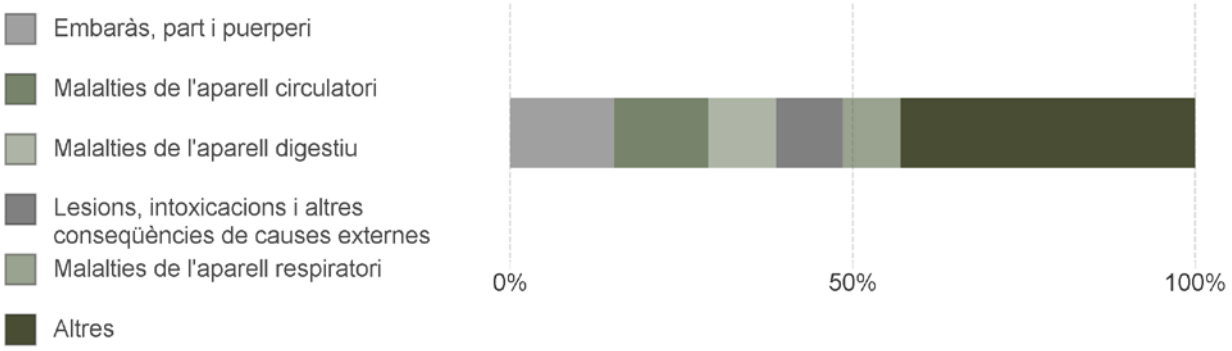


Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

3.2 HOSPITALITZACIONS

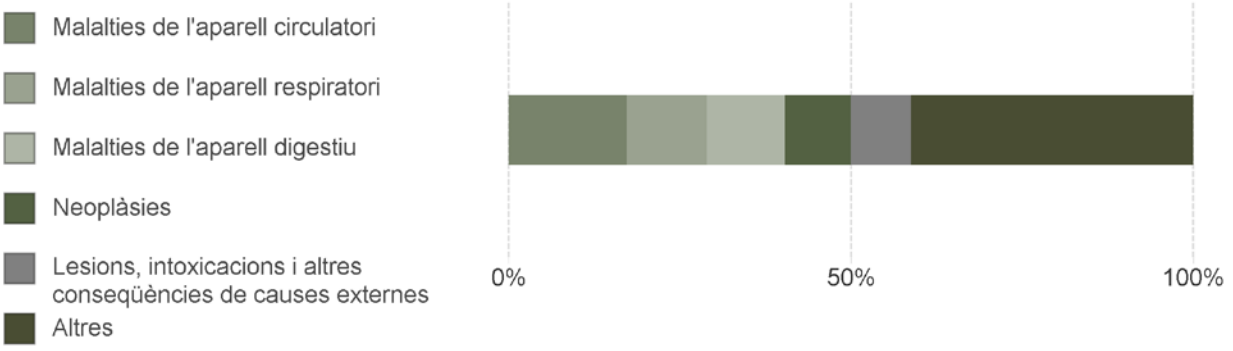
El 2021 es van comptabilitzar **4.182 ingressos** hospitalaris (**2.136 dones** i **2.045 homes**). L'**edat mitjana** dels pacients ingressats va ser de **59,2 anys** en el cas de les **dones**, i de **61,8 anys** en el cas dels **homes**. Les principals grans **causes d'hospitalització** van ser **embaràs, part i puerperi** (dones) i **malalties de l'aparell circulatori** (homes).

Fig. 36 | Principals causes d'ingrés en dones



Dades corresponents a 2021.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 37 | Principals causes d'ingrés en homes



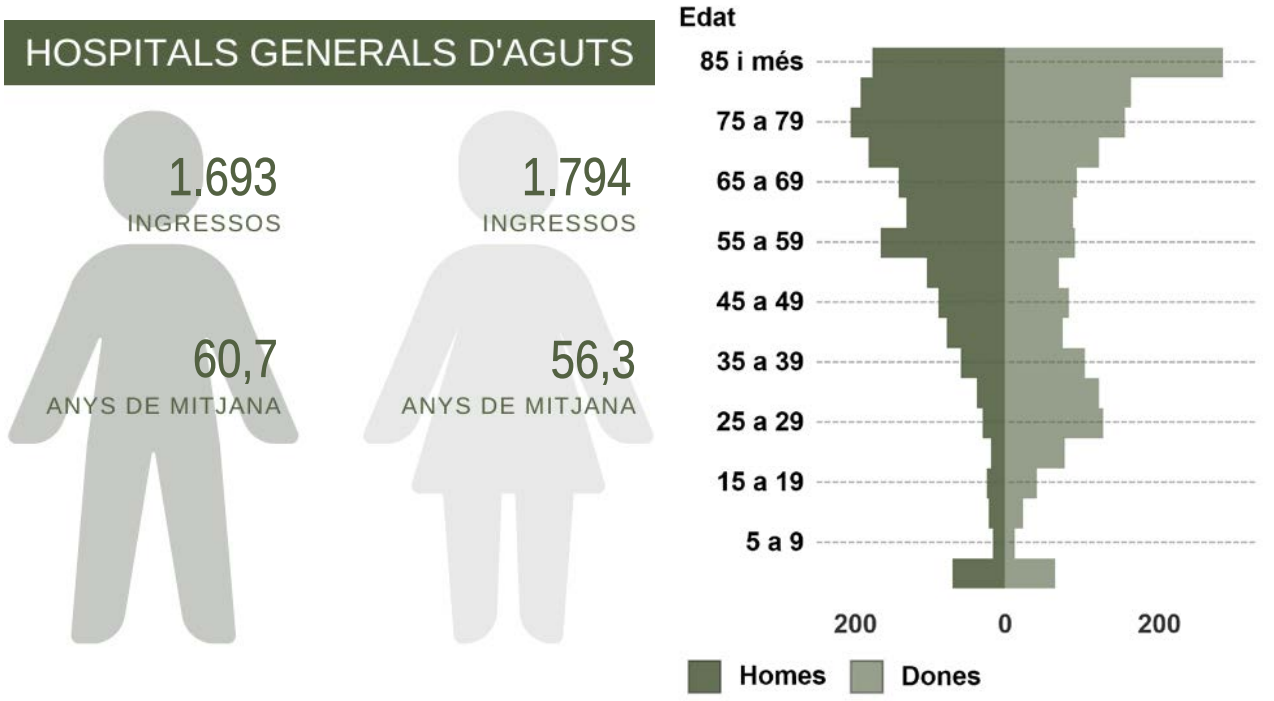
Dades corresponents a 2021.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Les **dades d'hospitalització** d'aquest informe es presenten des de dues perspectives. En primer lloc (apartat 3.2.1), s'exposen les dades dels ingressos en funció del tipus de centre d'hospitalització (**hospitals generals d'aguts i centres sociosanitaris**).

En segon lloc (apartat 3.2.2), es presenten les dades dels ingressos en funció dels principals grans grups de malalties (**malalties cardiovasculars, tumors i malalties respiratòries**). Les dades referents a les hospitalitzacions per **trastorns mentals** s'exposen de manera més extensa en un tercer bloc independent.

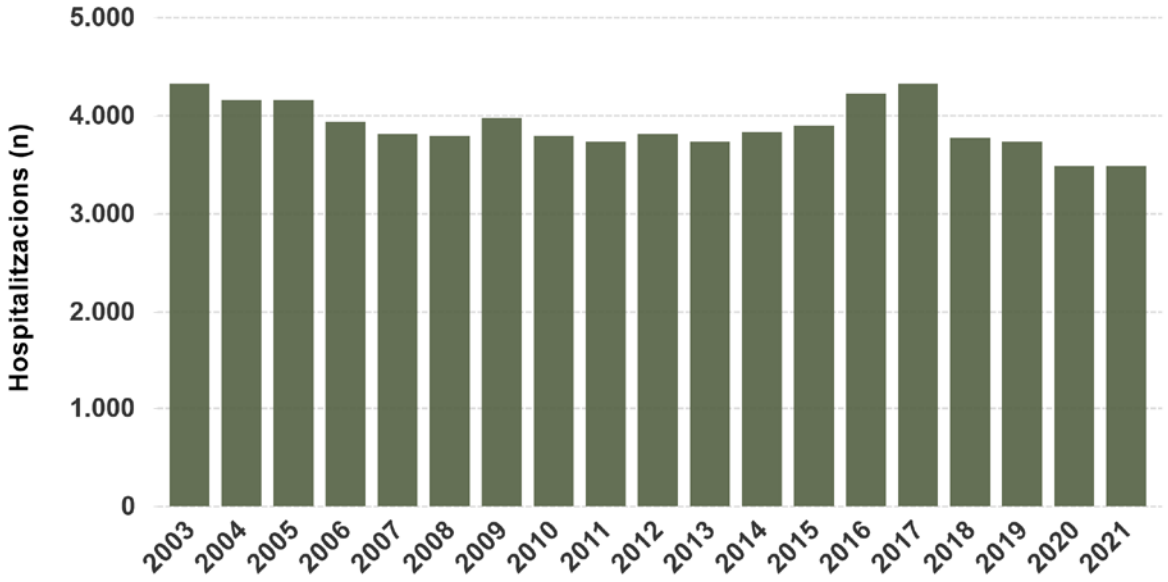
3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés

Hospitals generals d'aguts



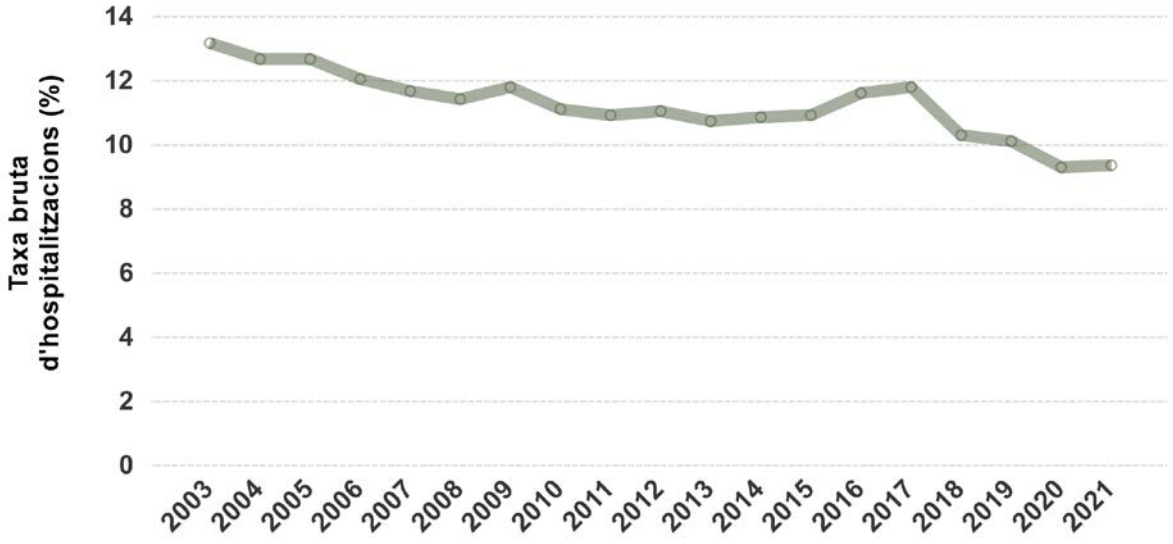
Dades corresponents a 2021.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 38 | Evolució del nombre d'ingressos en hospitals generals d'aguts



Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 39 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en hospitals generals d'aguts



Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 40 | Principals causes d'ingrés en hospitals generals d'aguts

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
COVID-19	231	6,7%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	106	3,1%
Colelitiasi	90	2,6%
Altres	**3.003**	**87,6%**
Total	**3.430**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 41 | Principals causes d'ingrés en hospitals generals d'aguts en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
COVID-19	98	5,6%
Embaràs prolongat	58	3,3%
Colelitiasi	51	2,9%
Altres	**1.558**	**88,3%**
Total	**1.765**	**100,0%**

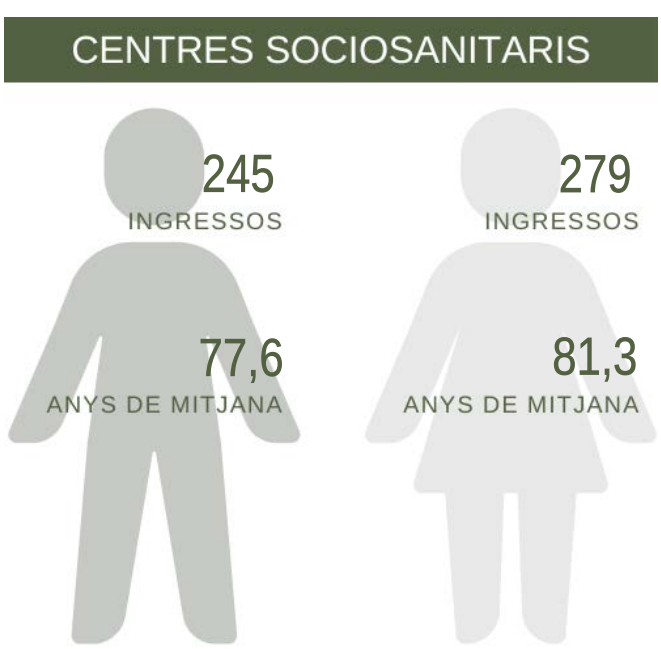
Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

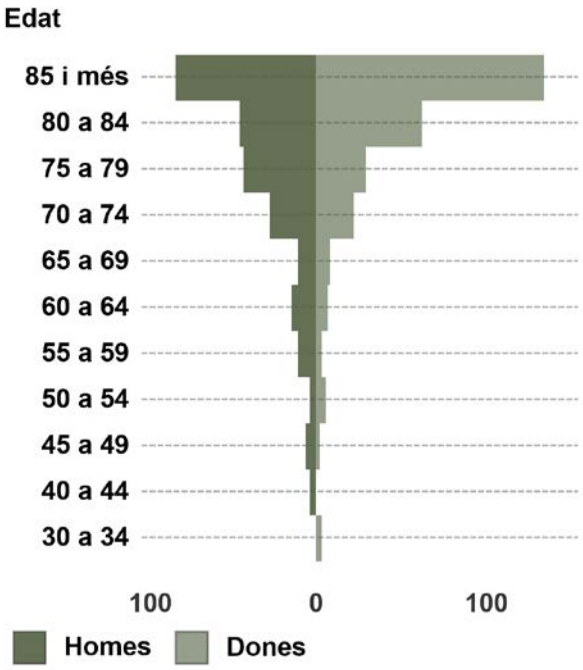
Fig. 42 | Principals causes d'ingrés en hospitals generals d'aguts en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
COVID-19	133	8,0%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	82	4,9%
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	43	2,6%
Altres	**1.406**	**84,5%**
Total	**1.664**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

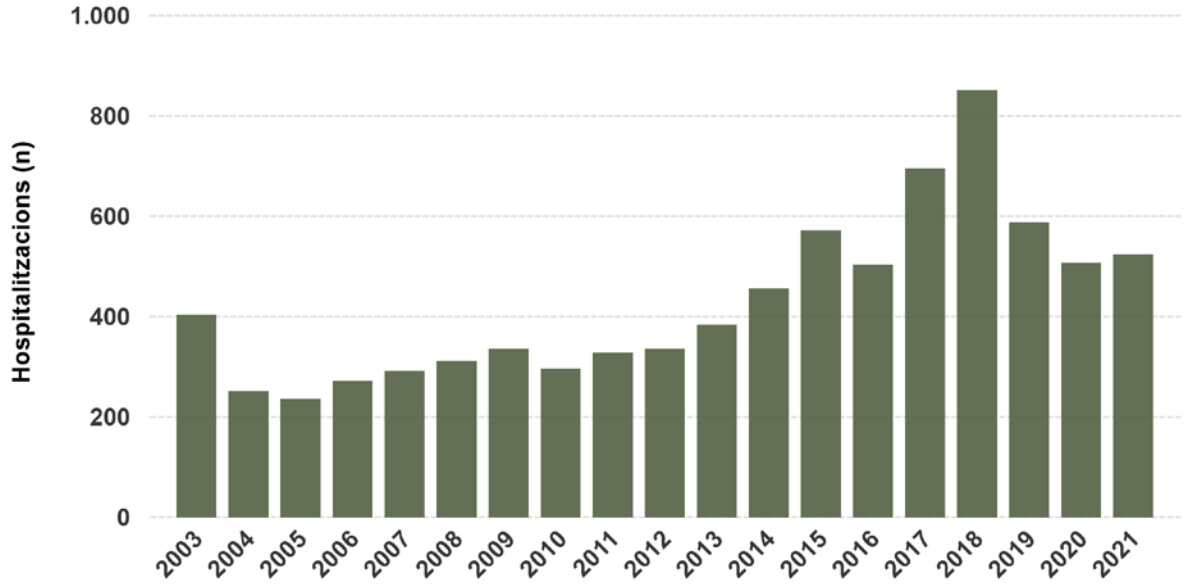
Centres sociosanitaris





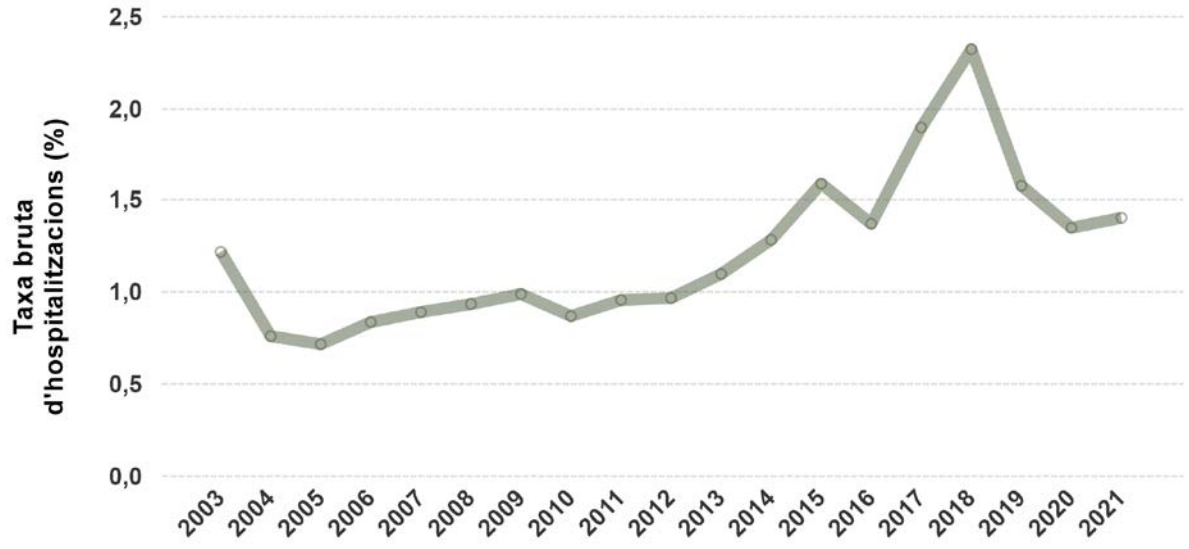
Dades corresponents a 2021.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 43 | Evolució del nombre d'ingressos en centres sociosanitaris



Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 44 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en centres sociosanitaris



Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 45 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Agents vírics que causen malalties classificades en un altre lloc	34	6,5%
Insuficiència cardíaca	34	6,5%
Infart cerebral	24	4,6%
Altres	**428**	**82,3%**
Total	**520**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 46 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Agents vírics que causen malalties classificades en un altre lloc	22	7,9%
Fractura de fèmur	18	6,5%
Insuficiència cardíaca	18	6,5%
Altres	**220**	**79,1%**
Total	**278**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 47 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	16	6,6%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	15	6,2%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	13	5,4%
Altres	**198**	**81,8%**
Total	**242**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

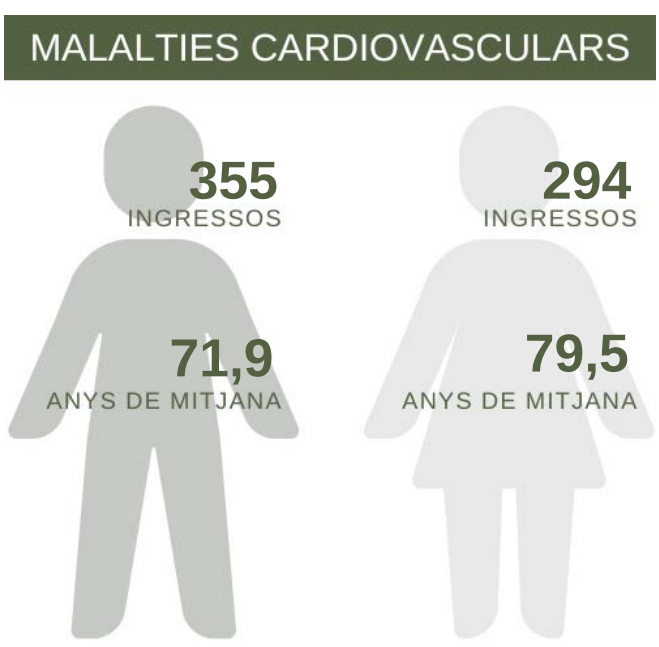
3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés

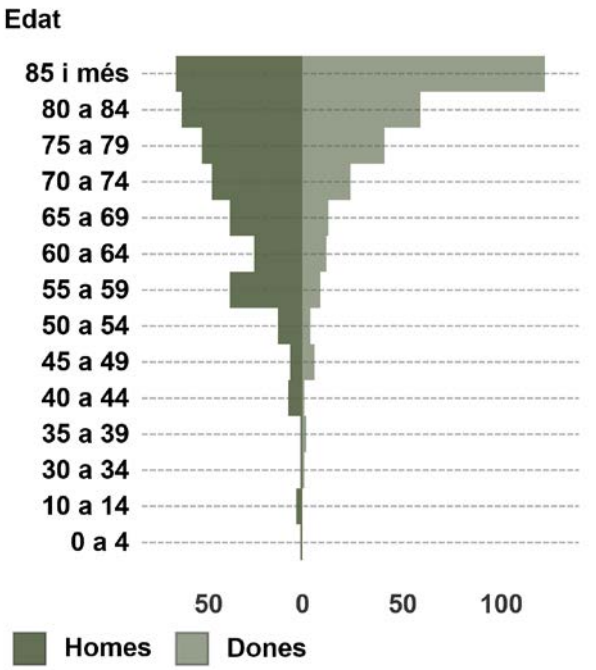
Malalties cardiovasculars

Les **malalties cardiovasculars** són la **principal causa de mort a escala mundial**. El seu caràcter crònic impacta directament sobre la qualitat de vida de les persones i genera dependència, risc de complicacions i uns costos sanitaris i socioeconòmics molt elevats. Tot això converteix les malalties cardiovasculars en un dels principals problemes actuals de salut pública.

Com a factors de risc cardiovascular destaquen el tabaquisme, l'obesitat, la diabetis de tipus II, el colesterol elevat i la hipertensió arterial. A banda, **el nivell socioeconòmic i l'estrès també es consideren determinants de les malalties cardiovasculars**. En aquest sentit, les polítiques que creen entorns propicis per assegurar l'assequibilitat i la disponibilitat d'opcions per mantenir estils de vida i hàbits saludables, són essencials per prevenir les malalties cardiovasculars.

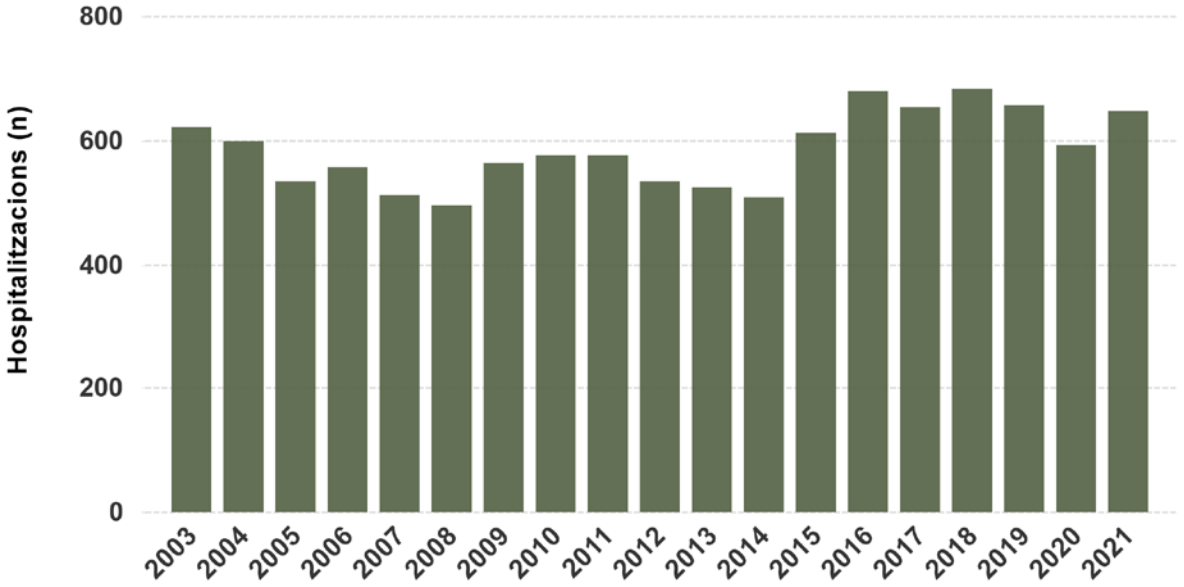
El 2021, el **15,5%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal una **malaltia cardiovascular** (**649 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia cardiovascular va ser de **75,3 anys**. Les **dones** (**45,3%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva**, mentre que els **homes (54,7% de les hospitalitzacions)** ho van fer per **insuficiència cardíaca**.





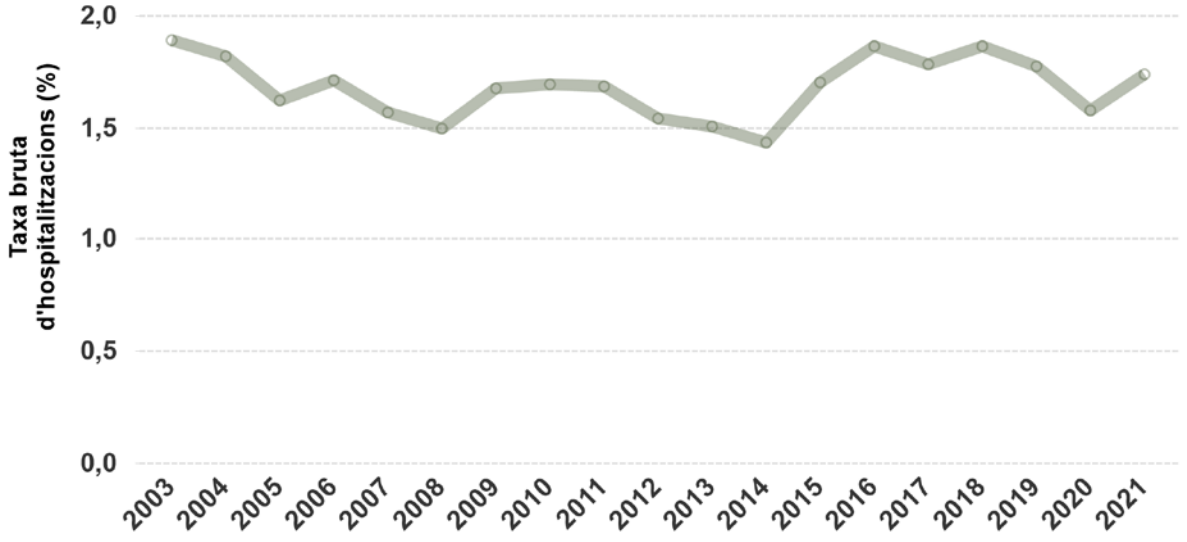
Dades corresponents a 2021.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 48 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties cardiovasculars



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 49 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties cardiovasculars



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 50 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	92	14,2%
Infart cerebral	89	13,7%
Cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	79	12,2%
Altres	**389**	**59,9%**
Total	**649**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 51 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	42	14,3%
Infart cerebral	41	13,9%
Insuficiència cardíaca	41	13,9%
Altres	**170**	**57,8%**
Total	**294**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 52 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	51	14,4%
Infart cerebral	48	13,5%
Cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	37	10,4%
Altres	**219**	**61,7%**
Total	**355**	**100,0%**

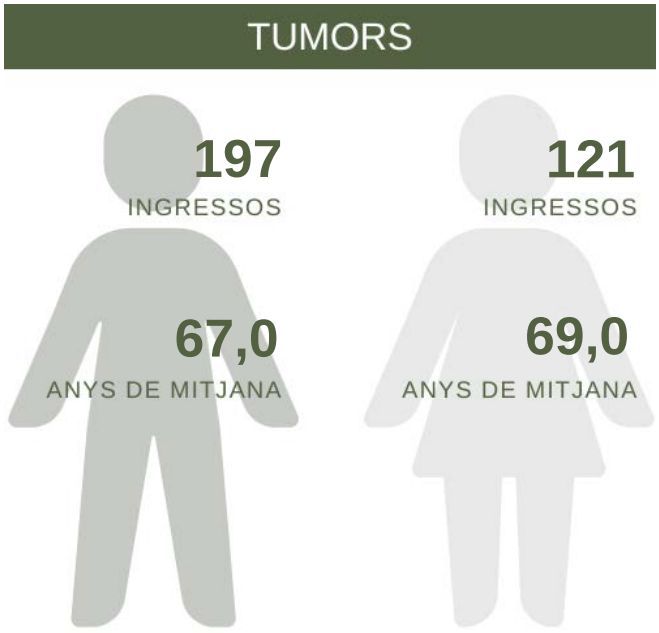
Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

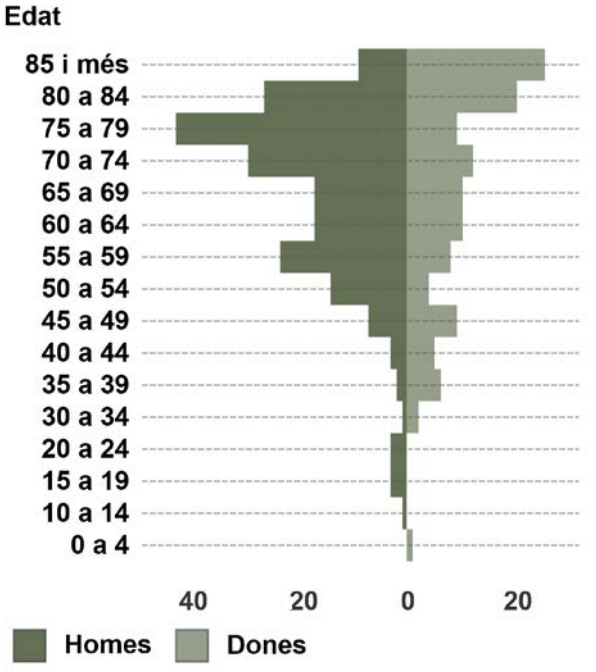
Tumors

Segons l'OMS, fins a un terç de les defuncions per **càncer** estan lligades a hàbits i comportaments no saludables com ara el consum de tabac, un índex elevat de massa corporal, el consum d'alcohol, una ingesta baixa de fruites i verdures i la manca d'activitat física. A banda, cal tenir presents altres factors de risc per al desenvolupament de tumors com ara la contaminació de l'aire i determinades infeccions (per *Helicobacter pylori*, pel virus del papil·loma humà, pels virus de l'hepatitis B i de l'hepatitis C, pel virus d'Epstein-Barr i pel virus de la immunodeficiència humana - VIH).

Actualment, es calcula que **entre el 30 i el 50% dels càncers es podrien evitar reduint els factors de risc i aplicant polítiques de prevenció**. Treballar en la prevenció dels factors de risc evitables és clau per incidir en la previsió de l'augment de la incidència del càncer. I és que es calcula que el 2040 el diagnòstic de nous casos anuals de càncer haurà augmentat un 50% respecte al 2020.

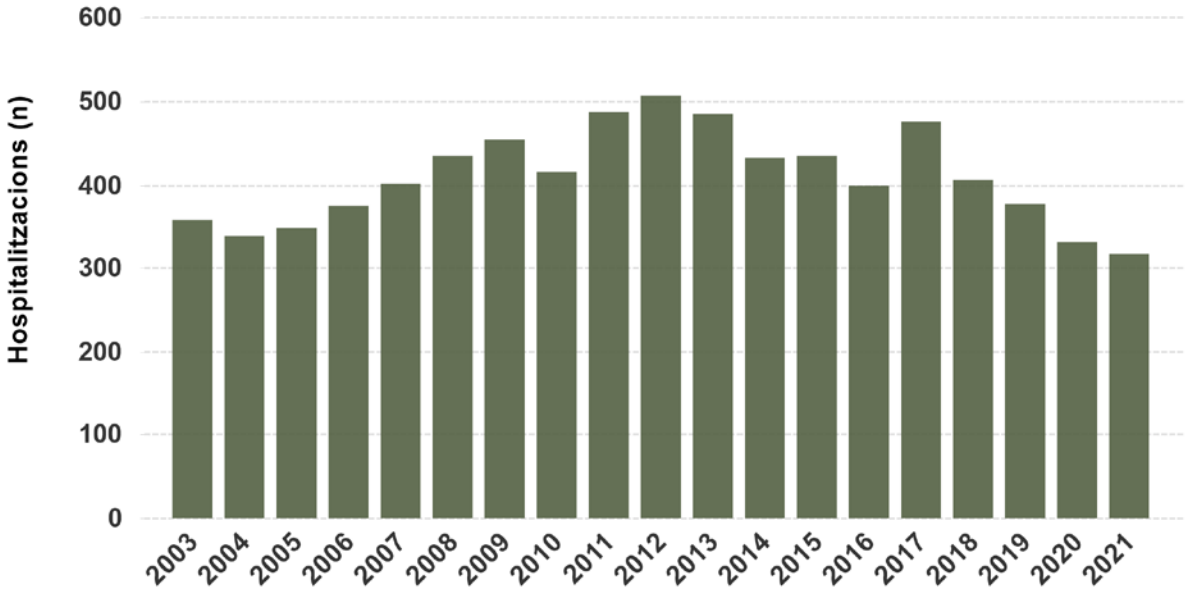
El 2021, el **7,6%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal els **tumors** (**318 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per **tumors** va ser de **67,8 anys**. Les **dones** (**38,1%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **neoplàsia maligna de mama**, mentre que els **homes** (**61,9%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **neoplàsia maligna de bufeta urinària**.





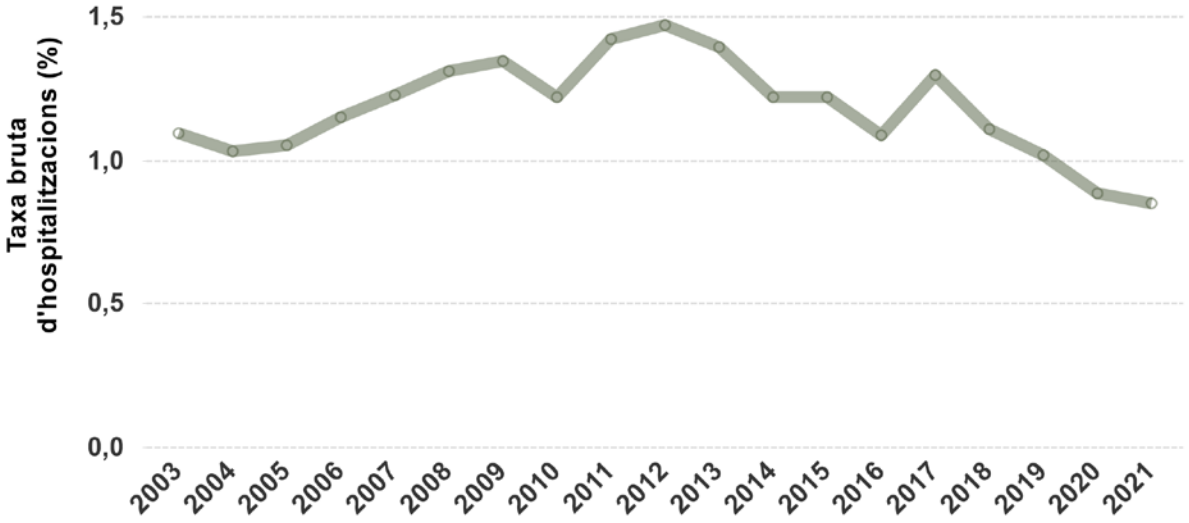
Dades corresponents a 2021.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 53 | Evolució del nombre d'ingressos per tumors



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 54 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per tumors



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 55 | Principals causes d'ingrés per tumors

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	49	15,4%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	36	11,3%
Neoplàsia maligna de pàncrees	21	6,6%
Altres	**212**	**66,7%**
Total	**318**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 56 | Principals causes d'ingrés per tumors en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de mama	15	12,4%
Neoplàsia maligna de còlon	8	6,6%
Neoplàsia maligna de pàncrees	8	6,6%
Altres	**90**	**74,4%**
Total	**121**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 57 | Principals causes d'ingrés per tumors en homes

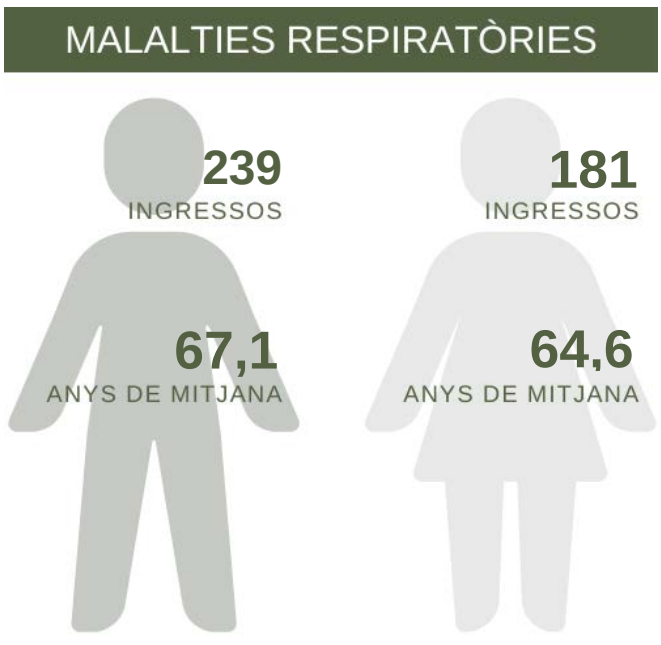
Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	45	22,8%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	32	16,2%
Neoplàsia maligna de fetge i conductes biliars intrahepàtics	16	8,1%
Altres	**104**	**52,8%**
Total	**197**	**100,0%**

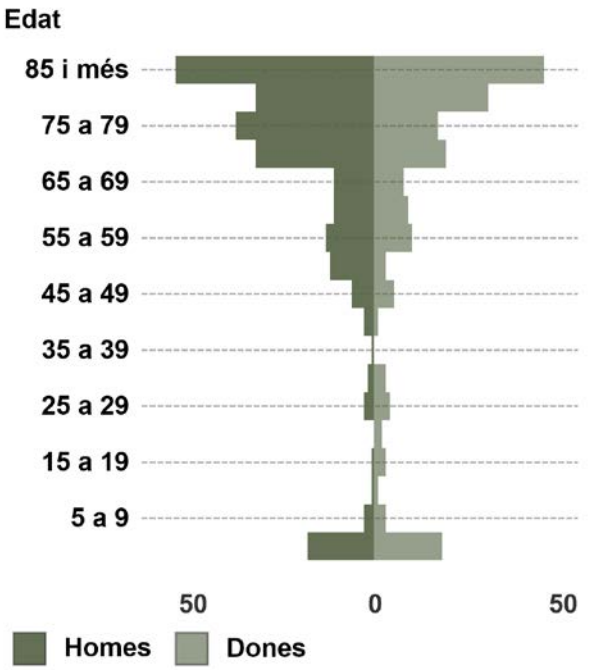
Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Malalties respiratòries

Les **malalties respiratòries no inclouen els casos de COVID-19**, ja que aquests es classifiquen en una categoria pròpia. Això explica que els anys 2020 i 2021 no s'observi cap increment notori dels ingressos per malalties respiratòries. El que sí s'observa és que l'any 2021 va haver una davallada important dels ingressos causats per malalties respiratòries. Una explicació possible la trobaríem en l'ús de la mascareta i les bones pràctiques d'higiene de mans, que podrien haver afavorit la prevenció d'infeccions respiratòries. D'altra banda, l'elevada presència del virus de la COVID-19 hauria pogut competir amb altres agents infecciosos habituals.

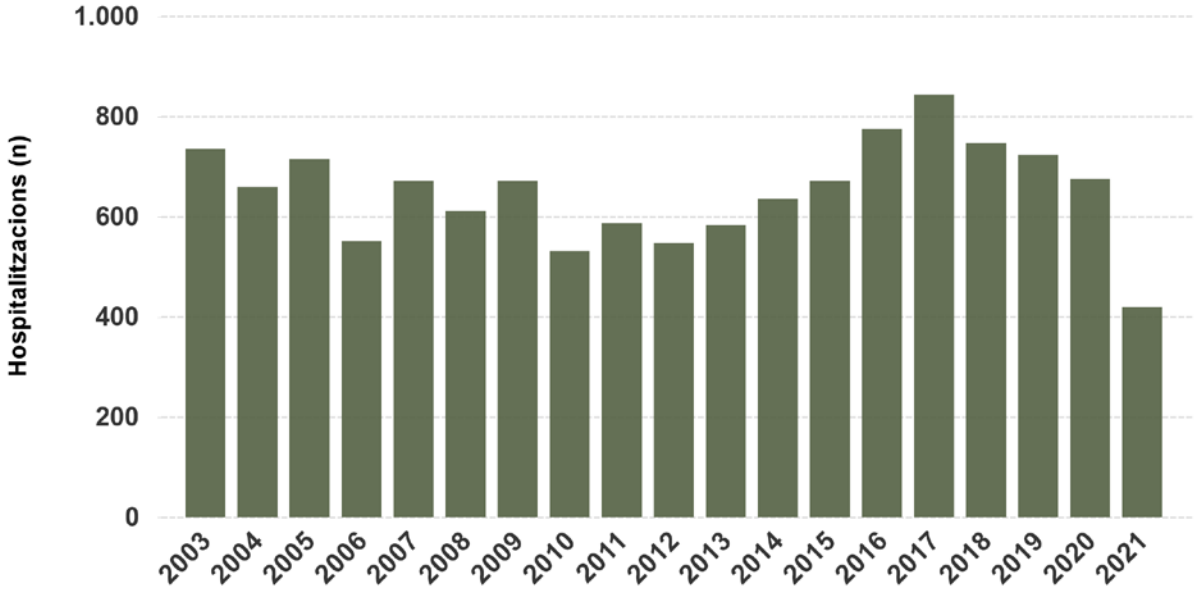
El 2021, el **10,0%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal una **malaltia respiratòria (420 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia respiratòria va ser de **66,0 anys**. Tant les **dones** (**43,1%** de les hospitalitzacions) com els **homes** (**56,9%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica**.





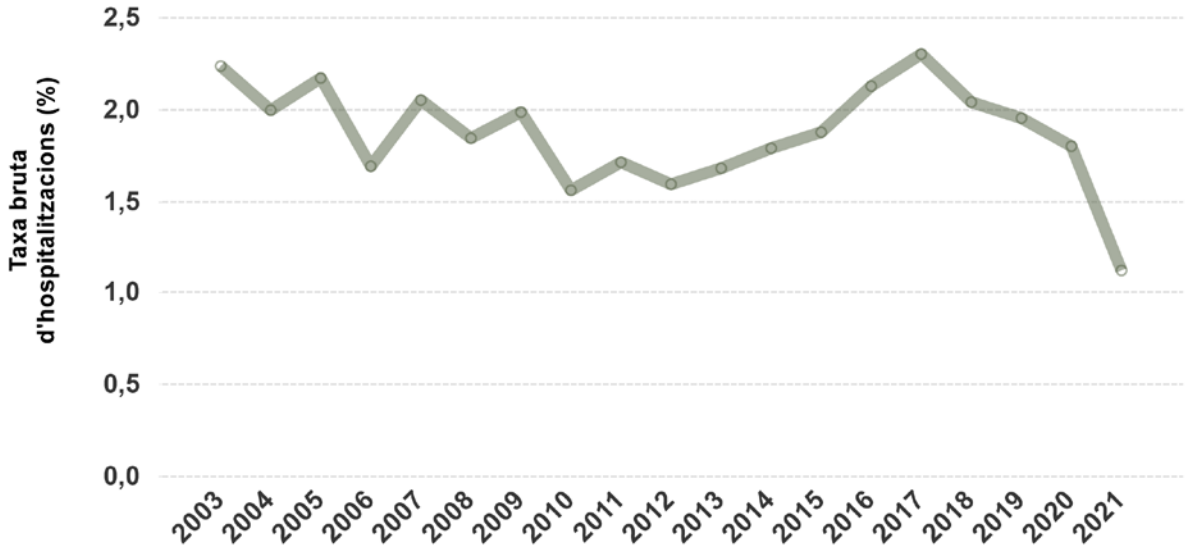
Dades corresponents a 2021.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 58 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties respiratòries



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 59 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties respiratòries



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 60 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	128	30,5%
Bronquitis aguda	46	11,0%
Pneumonitis causada per sòlids i líquids	32	7,6%
Altres	**214**	**51,0%**
Total	**420**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 61 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	31	17,1%
Bronquitis aguda	28	15,5%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	17	9,4%
Altres	**105**	**58,0%**
Total	**181**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 62 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	97	40,6%
Bronquitis aguda	18	7,5%
Pneumonitis causada per sòlids i líquids	16	6,7%
Altres	**108**	**45,2%**
Total	**239**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

3.3 SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL

Segons l'OMS **una de cada quatre** persones experimentarà algun **problema de salut mental** al llarg de la seva vida. A més cal tenir present que els trastorns mentals impacten globalment en la qualitat de vida de la persona que els pateix i també en el seu entorn (familiar, laboral i social).

Els factors socials, culturals, econòmics, polítics i ambientals tenen un paper fonamental en la salut mental de les persones. **La feina, l'habitatge, l'entorn, la situació econòmica, així com la discriminació de gènere i l'exclusió social que les persones poden patir, són fets que impacten directament sobre la salut mental.**

La **prevalença** de problemes relacionats amb la salut mental i el benestar emocional **cada vegada** és **més elevada**. Tanmateix, l'OMS alerta que l'**estigma** per raó de salut mental continua sent un problema global i que, per tant, la seva eliminació ha de ser una prioritat de totes les societats.

Les desigualtats socials són grans condicionants del benestar emocional, la qual cosa condueix a la necessitat de dissenyar polítiques públiques transversals amb perspectiva de gènere i equitat.

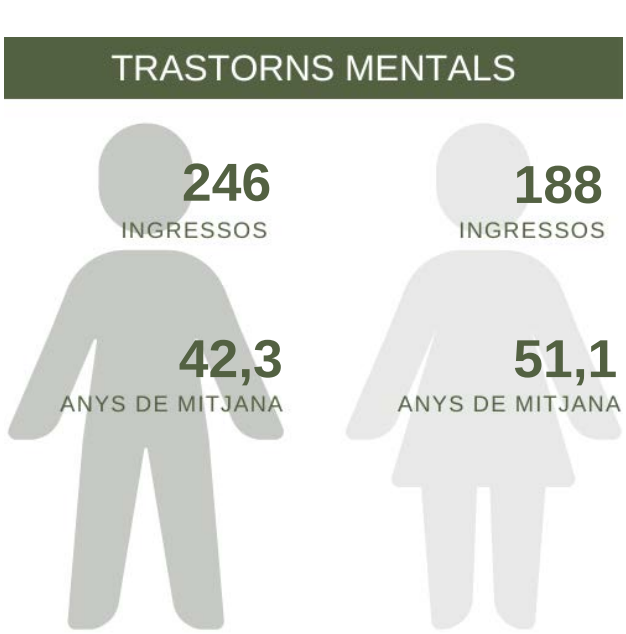
Per ajudar a conèixer l'estat de la salut mental a Sant Adrià de Besòs, en aquest apartat s'exposen indicadors d'assistència sanitària per trastorns mentals en l'àmbit hospitalari i en nivell de centres ambulatoris especialitzats.

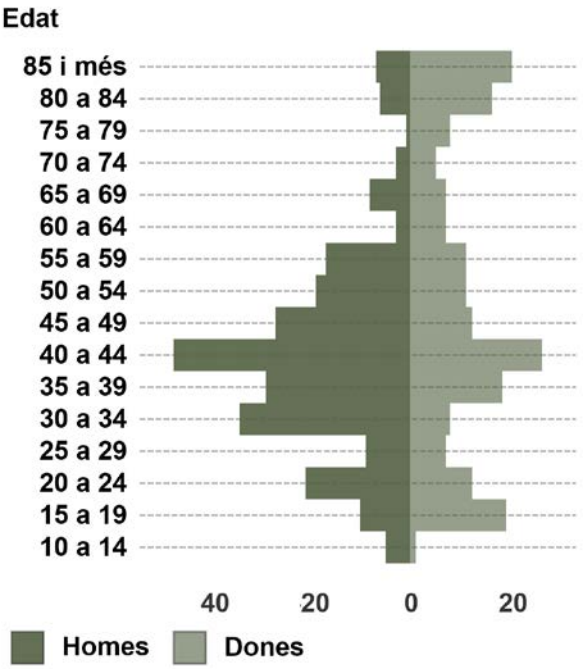
Els serveis d'**hospitalització** de **salut mental** són els serveis orientats a les persones que, voluntàriament o involuntàriament, necessiten un període perllongat d'hospitalització per garantir la seva reinserció en la comunitat en condicions d'estabilitat clínica. Es tracta de persones amb símptomes greus i persistents, d'evolució crònica, amb una desadaptació social i familiar important, amb limitacions del funcionament autònom i riscos personals i socials. Aquests serveis d'internament es presten des dels hospitals de salut mental, des dels serveis de psiquiatria dels hospitals generals i des dels centres sociosanitaris autoritzats.

Els centres de salut mental infantil juvenil (**CSMIJ**) i els centres de salut mental d'adults (**CSMA**) presten una atenció especialitzada en règim ambulatori a les persones derivades des de l'atenció primària. Els primers atenen infants i adolescents fins als divuit anys i els segons presten atenció a les persones majors d'edat.

3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental

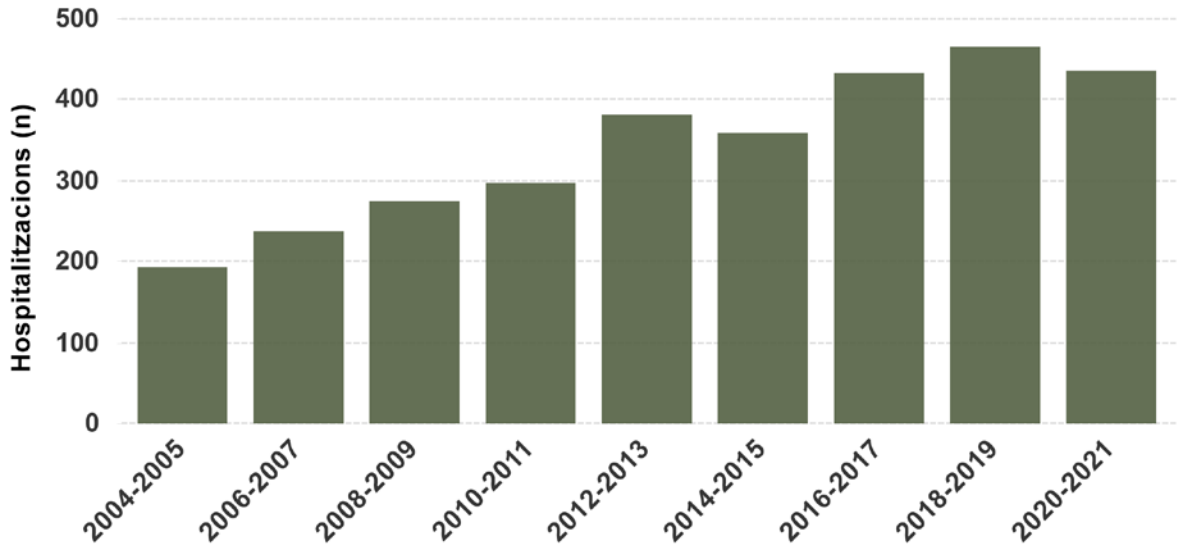
En l'últim bienni, 2020-2021, el **5,5%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal un **trastorn mental** (**435 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per trastorn mental va ser de **46,1 anys**. Les **dones** (**43,3%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **trastorns de la personalitat específics**, mentre que els **homes** (**56,7%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **esquizofrènia**.





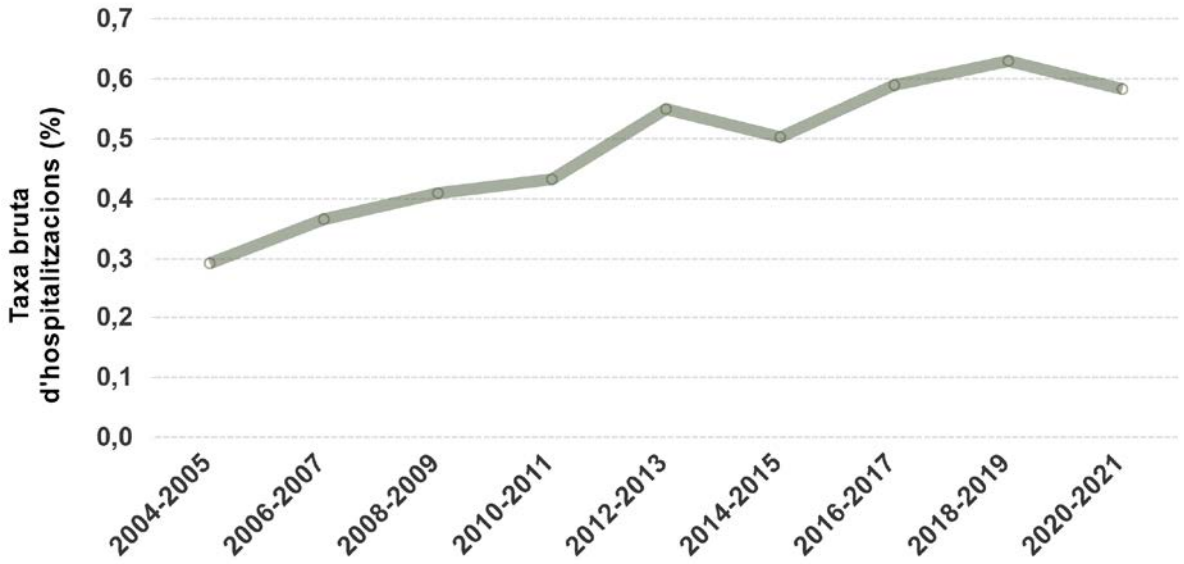
Dades corresponents a 2020-2021.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 63 | Evolució del nombre d'ingressos per trastorns mentals



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 64 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per trastorns mentals



Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 65 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Esquizofrènia	63	14,5%
Trastorn bipolar	52	12,0%
Trastorn depressiu major recurrent	34	7,8%
Altres	**286**	**65,7%**
Total	**435**	**100,0%**

Dades corresponents a 2020-2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 66 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorns de la personalitat específics	17	9,0%
Trastorn depressiu major recurrent	16	8,5%
Trastorn bipolar	15	8,0%
Altres	**140**	**74,5%**
Total	**188**	**100,0%**

Dades corresponents a 2020-2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 67 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Esquizofrènia	48	19,5%
Trastorn bipolar	37	15,0%
Trastorns relacionats amb la cocaïna	24	9,8%
Altres	**137**	**55,7%**
Total	**246**	**100,0%**

Dades corresponents a 2020-2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ

El 2021, el **4,2% de la població** va ser atesa en centres especialitzats de salut mental ambulatòria. En total, es van atendre **1.579** pacients (**454** van ser casos nous) amb una mitjana d'edat de **38,9 anys.**

Als **CSMIJ** es van atendre **398** infants/adolescents. Tant les **noies (37,4% dels pacients)** com els **nois** (**62,6%** dels pacients) van ser atesos principalment per **trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)**.

Als **CSMA** es van atendre **1.181** persones. Les **dones (57,5% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per trastorns de **reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació**. Per la seva banda, els **homes** (**42,5%** dels pacients) van ser atesos majoritàriament per trastorns de **esquizofrènia**.

Fig. 68 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMIJ (atenció als menors d'edat)

CSMIJ 2021

398 pacients atesos

11,5 anys de mitjana

62,6% Nens/Nois



37,4% Nenes/ Noies

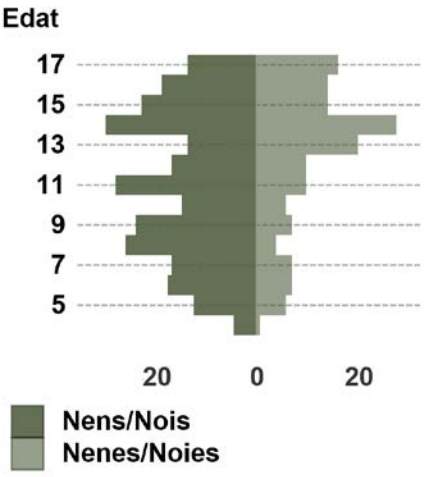
Principal motiu atenció nenes/noies

Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)

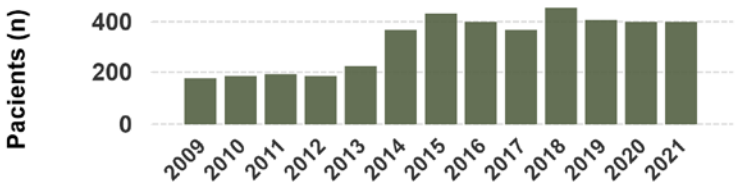
Principal motiu atenció nens/nois

Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)

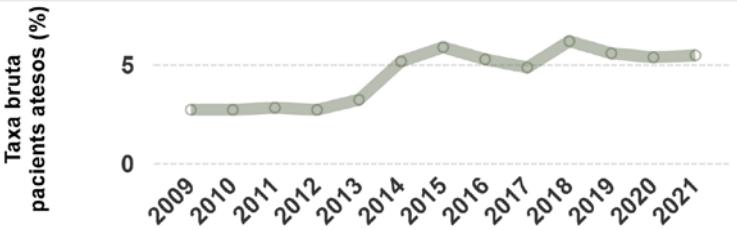
Distribució per edats dels pacients atesos



Evolució anual del nombre de pacients atesos



Evolució anual de la taxa bruta de pacients atesos



132 pacients atesos per primera vegada

27 pacients donats d'alta a domicili

Patologia	Pacients (n)	Pacients (%)
Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)	74	21,7%
Trastorns generalitzats del desenvolupament	64	18,8%
Causes de mortalitat desconegudes i causes de mortalitat mal definides	47	13,8%
Altres	**156**	**45,7%**
Total	**341**	**100,0%**

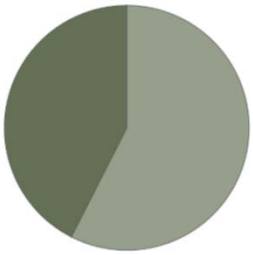
Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-SMA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 69 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMA (atenció als majors d'edat)

CSMA 2021

1.181 pacients atesos

48,1 anys de mitjana



42,5% Homes

57,5% Dones

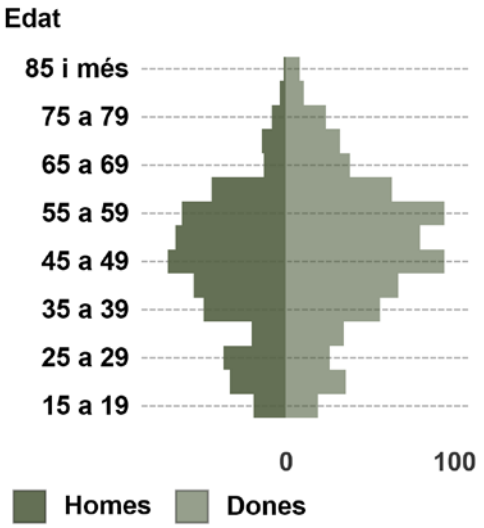
Principal motiu atenció dones

Reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació

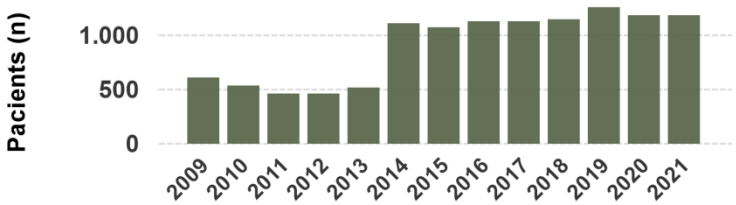
Principal motiu atenció homes

Esquizofrènia

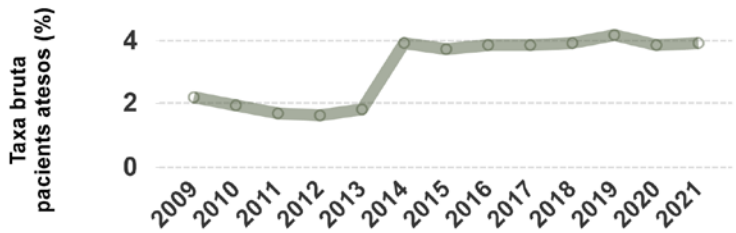
Distribució per edats dels pacients atesos



Evolució anual del nombre de pacients atesos



Evolució anual de la taxa bruta de pacients atesos



322 pacients atesos per primera vegada

41 pacients donats d'alta a domicili

Patologia	Pacients (n)	Pacients (%)
Reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació	201	17,6%
Trastorn depressiu major recurrent	135	11,8%
Esquizofrènia	125	11,0%
Altres	**679**	**59,6%**
Total	**1.140**	**100,0%**

Dades corresponents a 2021. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-SMA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

4.

MORTALITAT

La mortalitat és la informació relativa a les defuncions de les persones i les causes de mort i constitueix un reflex clar de l'estat de salut de la població. Les estadístiques de defuncions són una font d'informació molt útil per al monitoratge de la salut de la població; un instrument fonamental per dissenyar i planificar polítiques i actuacions de salut pública municipal.

A l'informe d'enguany, els indicadors de mortalitat mostren el fort impacte de la COVID-19 en termes de defuncions registrades, així com en l'esperança de vida, que el 2020 va disminuir dos anys en el conjunt de la província, una davallada mai vista en els darrers trenta anys.

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025 apunta reptes en la mortalitat i l'esperança de vida de la població, amb objectius enfocats a mantenir la tendència decreixent de la mortalitat prèvia a la pandèmia i recuperar l'esperança de vida en néixer. Per treballar actuacions en el pla municipal que permetin l'assoliment d'aquests reptes, en primer lloc cal fer una anàlisi en profunditat de les defuncions registrades al municipi. D'altra banda, l'anàlisi de l'evolució temporal dels indicadors de mortalitat permet avaluar els resultats assolits per les polítiques de salut i les millores en l'estil de vida de la ciutadania.

Notes metodològiques

Pla Salut 2021-2025

Objectiu
Mantenir la tendència decreixent de la mortalitat per totes les causes prèvia a la pandèmia

Els indicadors de mortalitat que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de dades proporcionades per l'INE. Les dades provenen del **certificat mèdic de defunció/butlletí estadístic de defunció** (recull les defuncions ocorregudes per causes naturals), del **butlletí estadístic de defunció judicial** (recull la informació de les defuncions que han requerit intervenció judicial) i del **butlletí estadístic de parts** (recull la informació de les defuncions ocorregudes durant les 24 primeres hores de vida).

Les causes bàsiques de mort estan codificades segons la desena revisió de la classificació internacional de malalties (CIM-10). Les causes de mort es presenten en base a dues agrupacions: segons **vint grans grups** (corresponents als capítols de la CIM-10) i, de forma més detallada, segons la **llista reduïda de 102 causes de mort**. En totes dues agrupacions s'ha afegit la COVID-19 com a opció de forma provisional. S'hi inclou tant «COVID-19. Virus identificat» (codi U07.1 de la CIM-10) com «COVID-19. Virus no identificat» (codi U07.2 de la CIM-10).

Per als indicadors de mortalitat evitable s'han seleccionat les causes de la llista consens publicada el 2006.

Com a denominadors per al càlcul de taxes de mortalitat s'han utilitzat les dades de població següents:

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: padró municipal d'habitants. Font: INE.

Càlcul de taxes estandarditzades: població Europea revisada al 2012 i publicada al 2013. Font: EUROSTAT.

Dades destacades de **mortalitat** l'any **2020** a Sant Adrià de Besòs

359
DEFUNCIONS

48,2% DE LES **DEFUNCIONS** SÓN EN **DONES**

12,0%
DE LES DEFUNCIONS EREN **EVITABLES**

77,8
anys
edat mitjana

DEFUNCIONS PREMATURES

32
en DONES

53
en HOMES

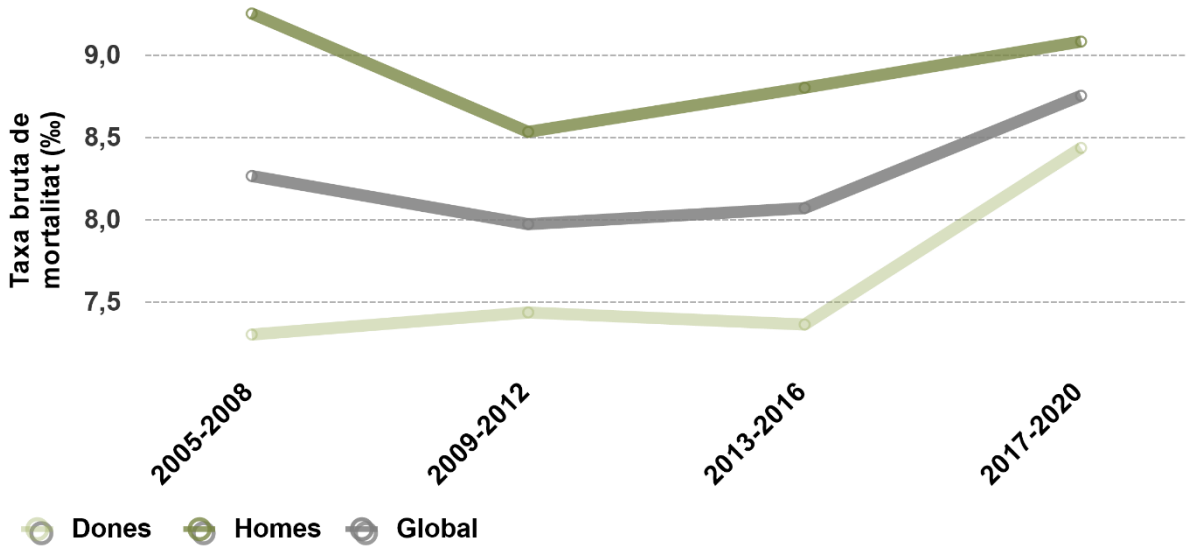
SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA DE MORTALITAT
♀	COVID-19
♂	Tumors

SEXE	CAUSES DE MORT PER ORDRE DE FREQÜÈNCIA
♀	COVID-19 Trastorns mentals orgànics, senils i presenils Resta de malalties cardíaques Tumor maligne de mama
♂	COVID-19 Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó Malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma) Malalties cerebrovasculars

4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT

L'any **2020** es van produir **359 defuncions** a Sant Adrià de Besòs (el **48,2%** eren **dones** i el **51,8%** eren **homes**). Aquesta xifra suposa una **variació del 13,2%** respecte a l'any 2019. La taxa bruta de mortalitat l'any 2020 va ser de 9,59 defuncions per cada 1.000 habitants (**9,07** en **dones** i **10,13** en **homes**).

***Fig. 70* | Evolució de la taxa bruta de mortalitat**



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Aquestes dades serveixen per conèixer la realitat del municipi en termes de defuncions, i saber si en un període determinat hi ha hagut més o menys defuncions respecte a un altre. Ara bé, és important tenir present que **les dades brutes no ens permeten extreure conclusions sobre com evoluciona la mortalitat**, ja que la mortalitat depèn de paràmetres com l'edat i el sexe i, per tant, depèn de l'estructura poblacional de cada moment i cada territori.

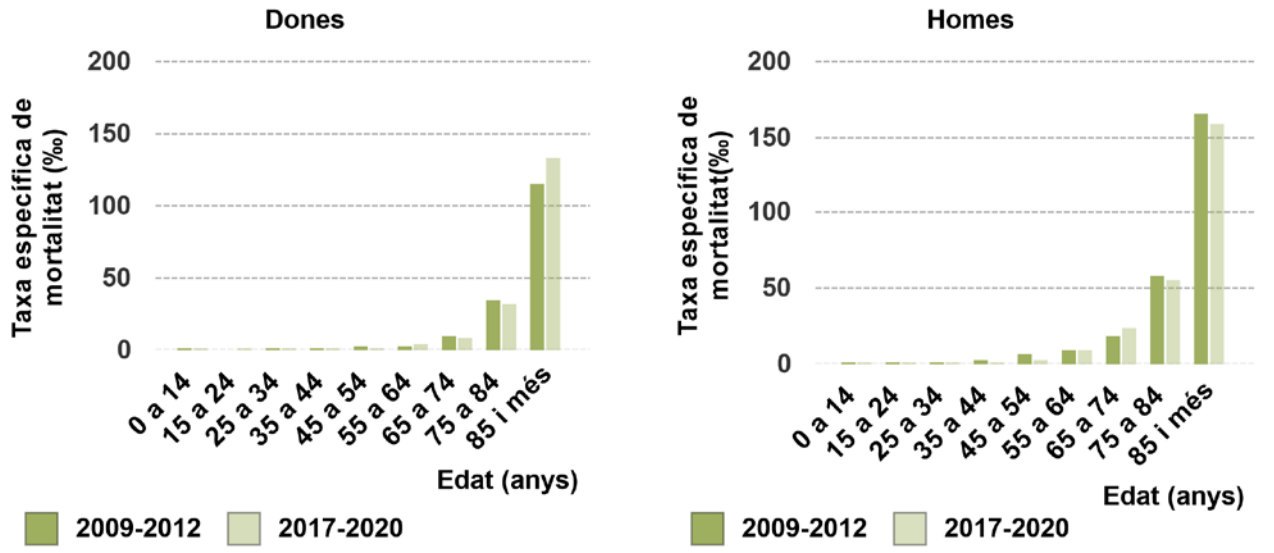
Per conèixer si la mortalitat té una tendència a la baixa, si és més gran en homes que en dones o per comparar dades de diferents territoris, cal treballar amb dades estandarditzades per sexe i edat.

Taxa específica de mortalitat per edat i sexe: nombre de defuncions ocorregudes en la població d'un determinat grup d'edat i sexe amb relació al total d'habitants d'aquest grup poblacional.

Taxa estandarditzada de mortalitat (TEM): nombre de defuncions per habitant que es registrarien en un territori segons la taxa de mortalitat per sexe i edat pròpies i amb l'estructura per edat d'una població tipus o estàndard.

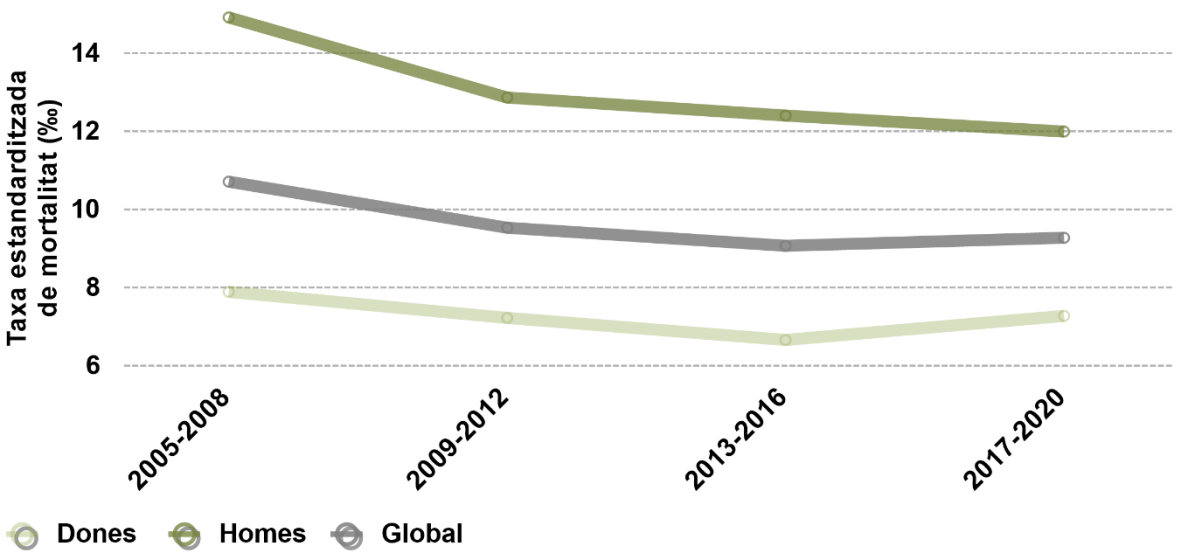
Els patrons de mortalitat evidencien un biaix de gènere, amb diferències significatives entre homes i dones. La taxa de mortalitat en homes és significativament superior a la de les dones.

***Fig. 71* | Evolució de les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat en dones i homes; comparativa 2009/2012-2017/2020**



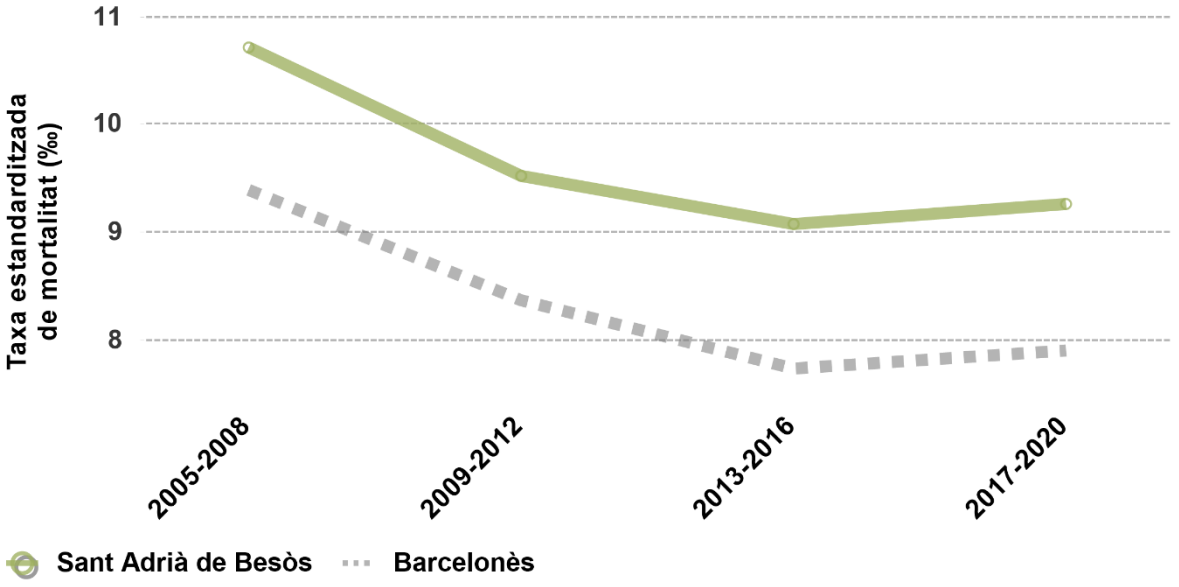
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 72 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa dones-homes



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 73 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa municipi-comarca



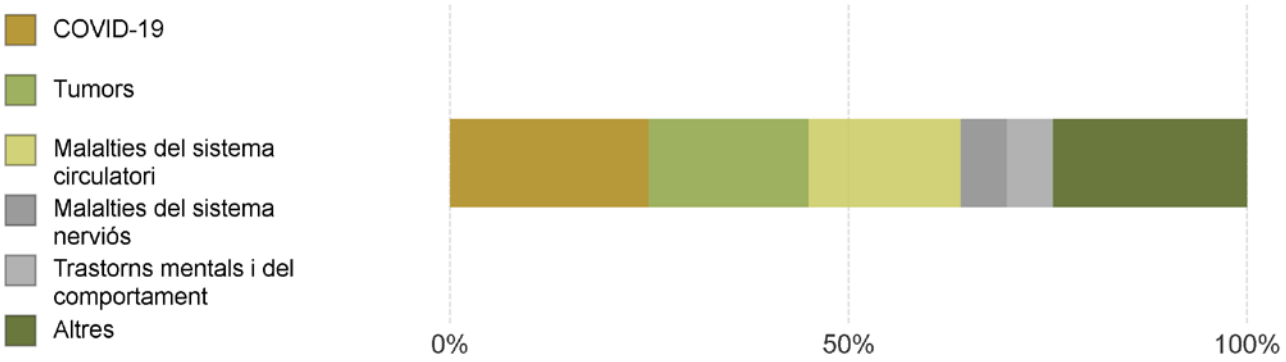
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.2 CAUSES DE MORTALITAT

4.2.1 Causes de mortalitat segons els 20 grans grups

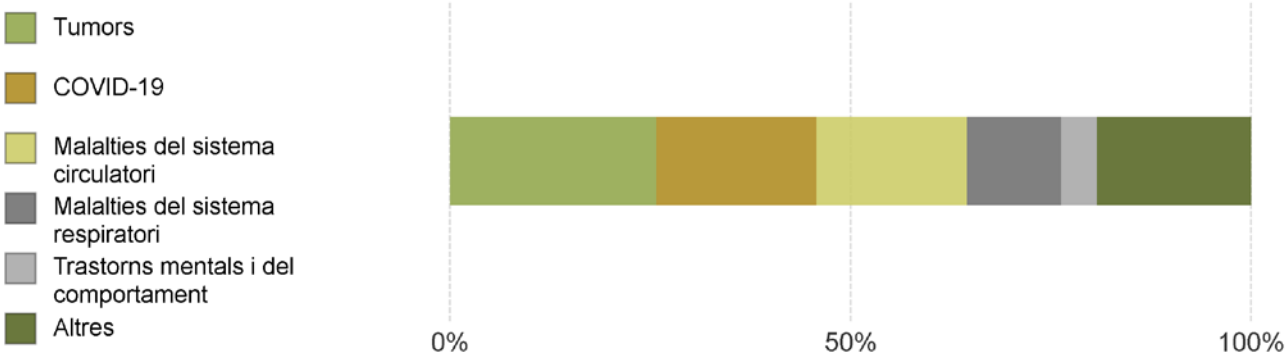
El **2020** les **principals causes de mortalitat** (segons els 20 grans grups de la CIM-10) van ser: **tumors** (83 defuncions), **COVID-19** (80 defuncions), **malalties del sistema circulatori** (68 defuncions), **malalties del sistema respiratori** (30 defuncions) i **trastorns mentals i del comportament** (18 defuncions). En conjunt, les defuncions per aquestes causes representen el 77,7% del total de morts.

***Fig. 74* | Principals grans causes de mortalitat en dones**



Dades corresponents a 2020.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

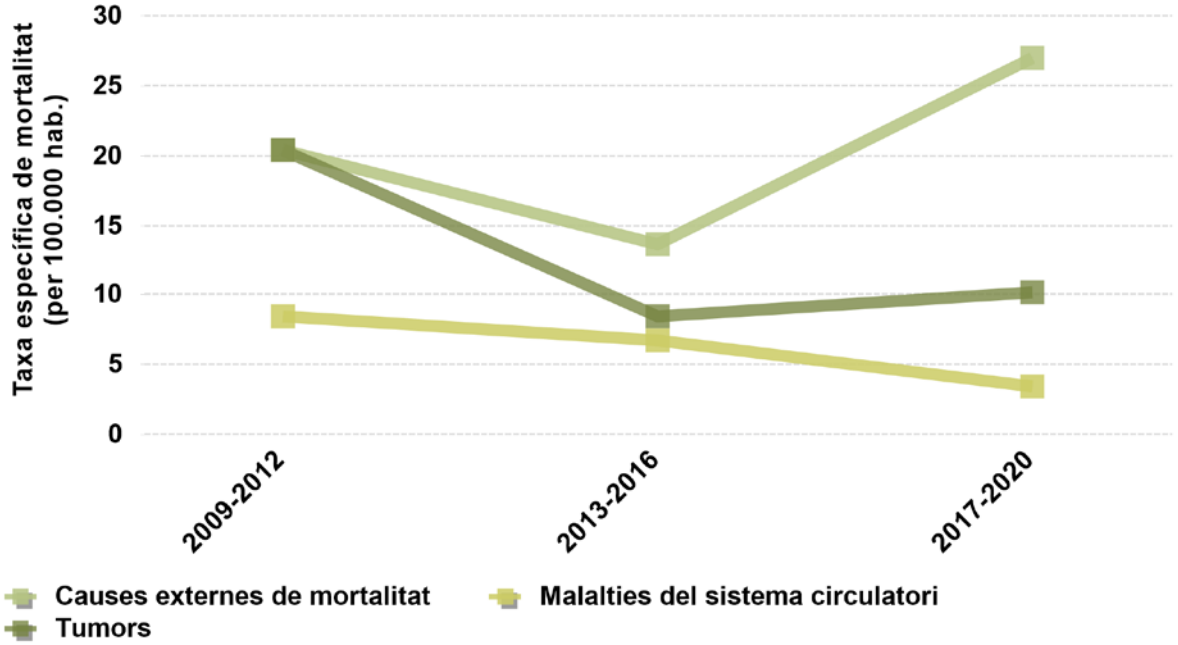
***Fig. 75* | Principals grans causes de mortalitat en homes**



Dades corresponents a 2020.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

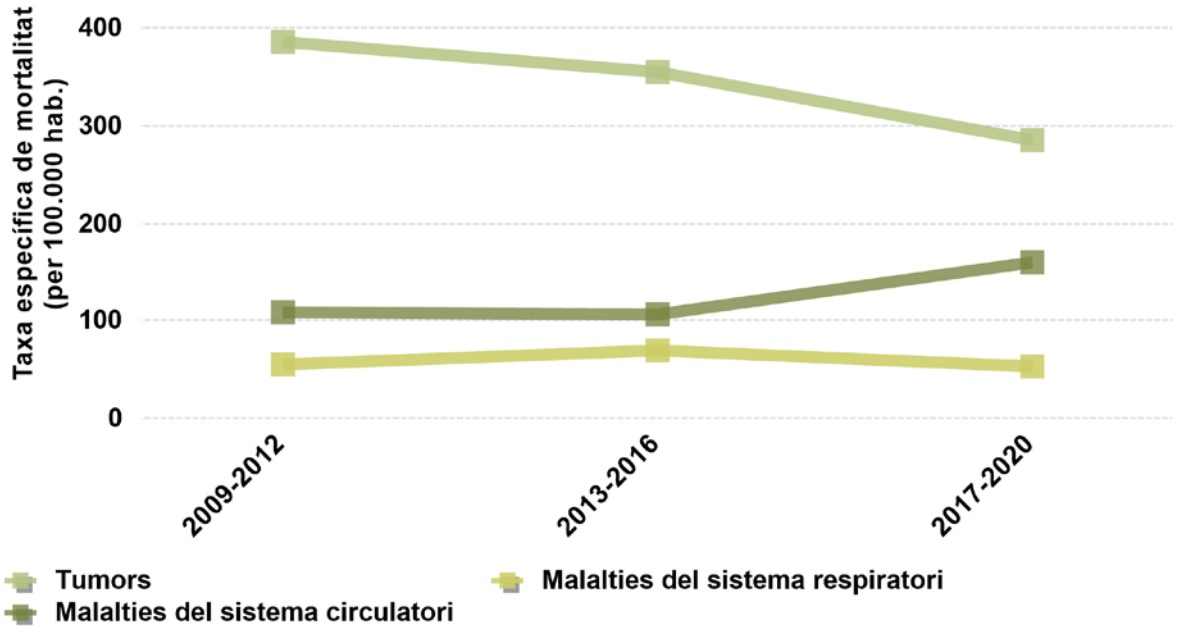
Les causes de mortalitat varien en funció de molts factors, entre ells l'edat. És per això que per tenir una perspectiva de com evolucionen les causes de mortalitat al municipi és interessant analitzar les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

***Fig. 76* | Evolució de les tres principals grans causes de mortalitat en la població d'entre 15 i 44 anys**



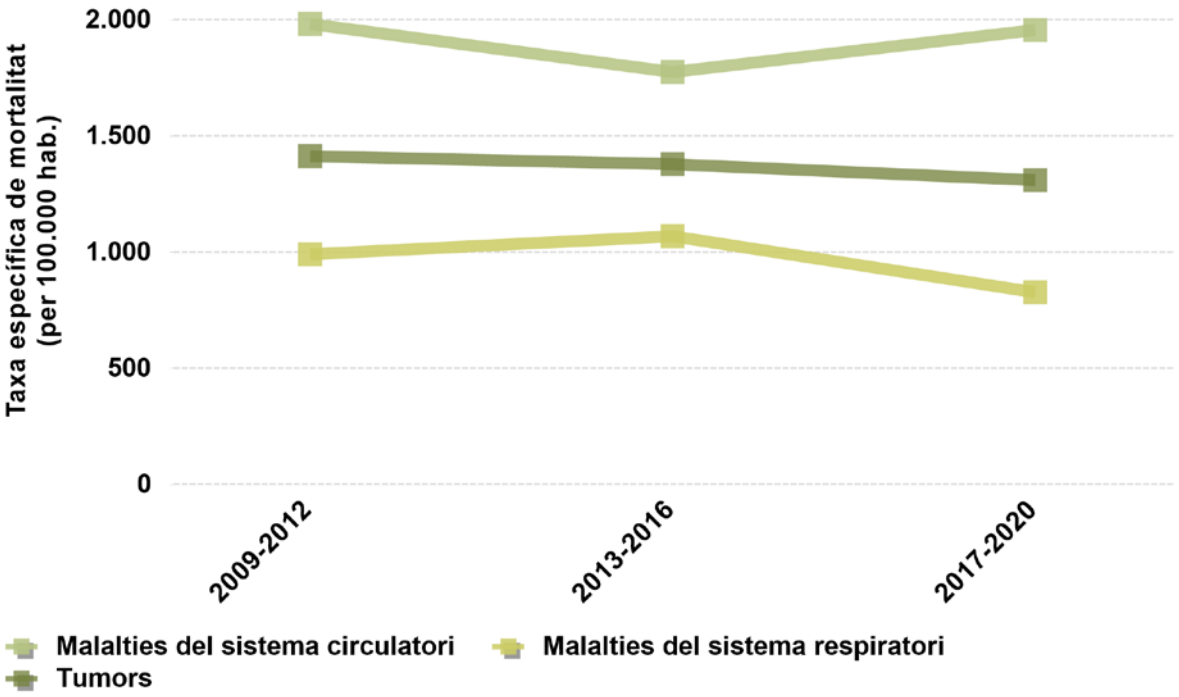
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

***Fig. 77* | Evolució de les tres principals grans causes de mortalitat en la població d'entre 45 i 74 anys**



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

***Fig. 78* | Evolució de les tres principals grans causes de mortalitat en la població de 75 anys i més**



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.2.2 Causes de mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes

El **2020** les **principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes)** van ser: **COVID-19** (80 defuncions), **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** (18 defuncions), **tumor maligne de tràquea bronquis i pulmó** (18 defuncions), **resta de malalties cardíaques** (15 defuncions) i **malalties cerebrovasculars** (12 defuncions). En conjunt les defuncions per aquestes causes representen el 37,9% del total de morts.

Per sexe, el 2020 les principals causes de defuncions van ser:

En **dones**: **COVID-19** amb 43 defuncions i **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** amb 10 defuncions.

En **homes**: **COVID-19** amb 37 defuncions i **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** amb 14 defuncions.

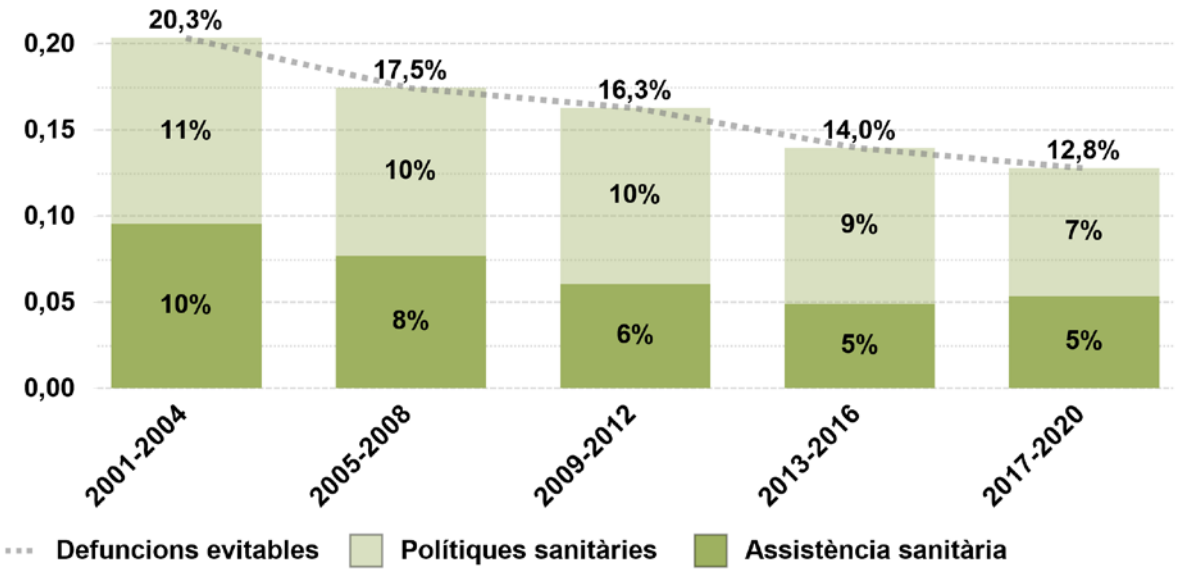
4.3 MORTALITAT EVITABLE

La mortalitat evitable fa referència al conjunt de defuncions que es podrien haver evitat amb una atenció correcta per part dels serveis d'assistència sanitària o bé mitjançant polítiques sanitàries intersectorials.

L'any **2020** es van produir a Sant Adrià de Besòs **43 defuncions evitables** (el 12,0% del total de morts). El 41,9% de les defuncions evitables es produí en dones i el 58,1% restant en homes.

La majoria de les defuncions evitables (un 58%) es podrien haver previngut mitjançant polítiques sanitàries intersectorials.

***Fig. 79* | Evolució del pes relatiu de la mortalitat evitable respecte al total de defuncions**



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 80 | Causes de les defuncions evitables en dones

Tipus d'intervenció	Causes de mortalitat evitable	Defuncions (n)
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Tumor maligne de mama femenina (0-74 anys)	6
	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	4
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	5
Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	8
	Resta de causes externes (totes les edats)	16

Dades corresponents a 2017-2020.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

Fig. 81 | Causes de les defuncions evitables en homes

Tipus d'intervenció	Causes de mortalitat evitable	Defuncions (n)
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	21
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	10
	Malaltia respiratòria aguda, pneumònia i influença (0-74 anys)	5
Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials	Suïcidis (totes les edats)	7
	Accidents de trànsit amb vehícles a motor (totes les edats)	3
	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	40
	Resta de causes externes (totes les edats)	17

Dades corresponents a 2017-2020
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

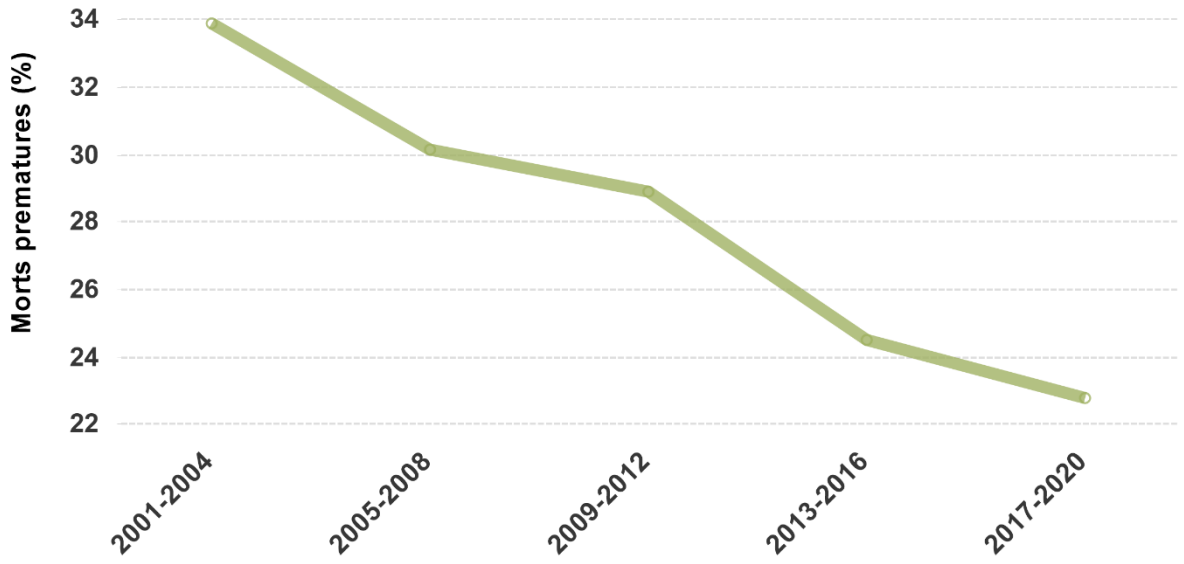
4.4 MORTALITAT PREMATURA

La mortalitat prematura analitza les defuncions que s'esdevenen abans d'hora, i es mesura com a anys potencials de vida perduts (APVP).

El **2020** a Sant Adrià de Besòs es van produir **85 defuncions prematures** (32 dones i 53 homes), les quals representen un **24% respecte al total de morts.**

APVP: nombre d'anys que teòricament una persona deixa de viure si es produeix una mort prematura. Es calcula per l'interval d'edat **entre 1 i 70 anys** (es prescindeix de la mortalitat en edats tardanes i de la mortalitat infantil).

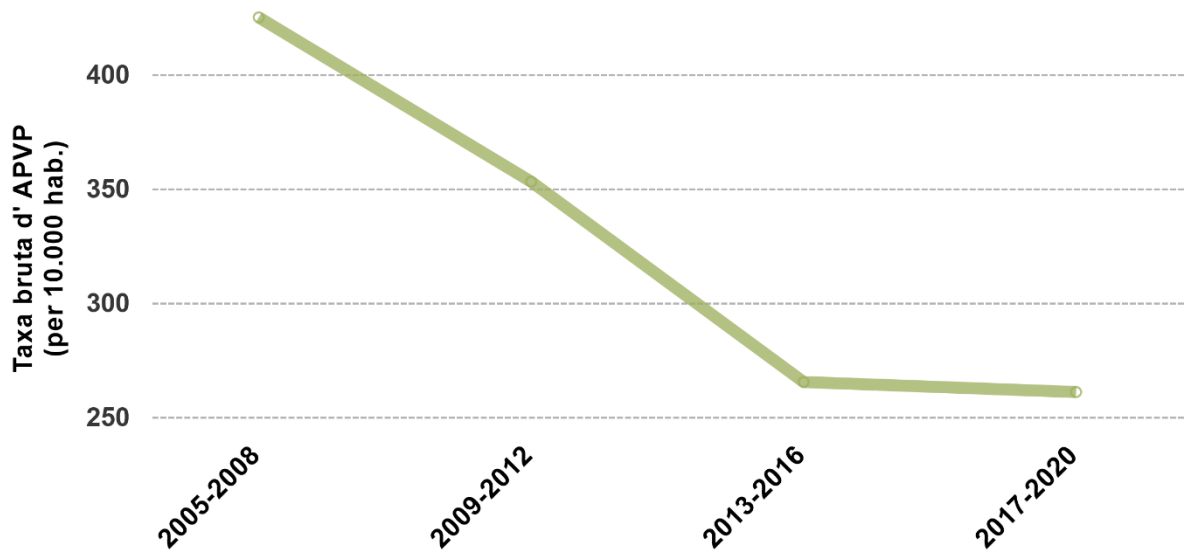
***Fig. 82* | Evolució del pes relatiu de la mortalitat prematura respecte al total de defuncions**



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Les defuncions prematures van suposar un total de 1.010,00 APVP (420 APVP en dones i 590 APVP en homes).

Fig. 83 | Evolució de la taxa bruta d'APVP



Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 84 | Principals causes de defunció prematura de persones d'1 a 70 anys segons la llista de 102 causes en dones

Causes de mortalitat que han ocasionat APVP en dones	APVP (n)	Mitjana d'APVP per dona
Tumor maligne de teixit limfàtic, d'òrgans hematopoiètics i teixis afins (excepte leucèmia)	110,0	22
Caigudes accidentals	65,0	33
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	72,5	18
COVID-19	35,0	12
Insuficiència respiratòria	40,0	20
Pneumònia	32,5	33
Resta malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	85,0	14
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	50,0	8
Tumor maligne de pàncrees	67,5	14
Tumor maligne de mama	30,0	6
Resta malalties cardíaques	120,0	10
Malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma)	55,0	14
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	50,0	25
Malformacions congènites del sistema nerviós	67,5	68
Malalties cerebrovasculars	55,0	14
	1.230,0	**12**

Dades corresponents a 2017-2020
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Es representen les quinze causes més freqüents de mortalitat prematura.

Fig. 85 | Principals causes de defunció prematura de persones d'1 a 70 anys segons la llista de 102 causes en homes

Causes de mortalitat que han ocasionat APVP en homes	APVP (n)	Mitjana d'APVP per home
Suïcidis i autolesions	177,5	36
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	122,5	14
Tumor maligne de pàncrees	95,0	14
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	225,0	7
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	120,0	30
Tumor maligne de fetge	67,5	10
Resta malalties cardíaques	185,0	15
Infart agut de miocardi	47,5	7
Pneumònia	55,0	14
Accident de trànsit	117,5	24
Resta malalties isquèmiques del cor	77,5	7
Resta malalties del sistema digestiu	50,0	13
Tumor maligne d'estómac	50,0	25
Resta malalties endocrines, de la nutrició i del metabolisme	65,0	16
Tumors malignes de localització mal definida, secundaris i de localització no especificada	50,0	25
	2.087,5	**11**

Dades corresponents a 2017-2020

Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Nota: Es representen les quinze causes més freqüents de mortalitat prematura.

5.

COVID-19

L'11 de març de 2020, l'OMS va declarar com a pandèmia la situació provocada pel nou coronavirus SARS-CoV-2 i la malaltia que produeix: la COVID-19. Des de llavors i fins al 28 de març de 2022, s'han succeït sis onades pandèmiques, que segons l'OMS han ocasionat més de 530 milions de casos confirmats i més de 6 milions de morts en tot el món.

Disposar dels indicadors COVID-19 és clau per poder entendre les conseqüències que la pandèmia ha provocat fins a dia d'avui, així com per contextualitzar els canvis potencials en l'evolució dels indicadors de salut que sorgeixin durant els propers anys.

Notes metodològiques

11 març 2020

OMS declara pandèmia

6 ONADES

Més 480 MILIONS de casos registrats a nivell global

Més de 6 MILIONS de MORTS a tot el món

fins el març de 2022

Els indicadors de COVID-19 s'han elaborat a partir de dades provinents del portal de dades obertes de la Generalitat de Catalunya i de l'INE. Concretament, les dades relatives als casos s'han extret del registre de casos de COVID-19 a Catalunya per municipi i sexe i del registre de dades diàries de COVID-19 per àrees de gestió assistència (AGA), i les dades de defuncions han estat facilitades per l'INE.

Els casos comptabilitzats en aquest informe són els que han estat registrats després de donar positiu en alguna prova diagnòstica (PCR, test ràpid antigènic o test ELISA) o estudi epidemiològic durant el període comprès **entre l'inici de la pandèmia i el 28 de març de 2022. A partir d'aquesta data el protocol de gestió de la COVID-19 no permet fer un recompte acurat dels casos.**

Pel que fa les defuncions, s'han comptabilitzat totes aquelles en què la causa bàsica de defunció ha estat «COVID-19. Virus identificat» o «COVID-19. Virus no identificat». **Únicament es disposa de les defuncions de l'any 2020**.

Com a denominadors per al càlcul de taxes de mortalitat s'han fet servir les dades de població següents:

Càlcul de taxes brutes: padró municipal d'habitants. Font: INE.

Dades destacades de **COVID-19** a Sant Adrià de Besòs

CASOS

03/2020 - 03/2022

13.585

casos registrats

40 a 59 anys

la franja d'edat amb contagis

38 casos **cada 100 DONES**

35 casos **cada 100 HOMES**

DEFUNCIONS

03/ 2020 - 12/2020

80

defuncions

22% del total de **defuncions** van ser **per COVID-19**

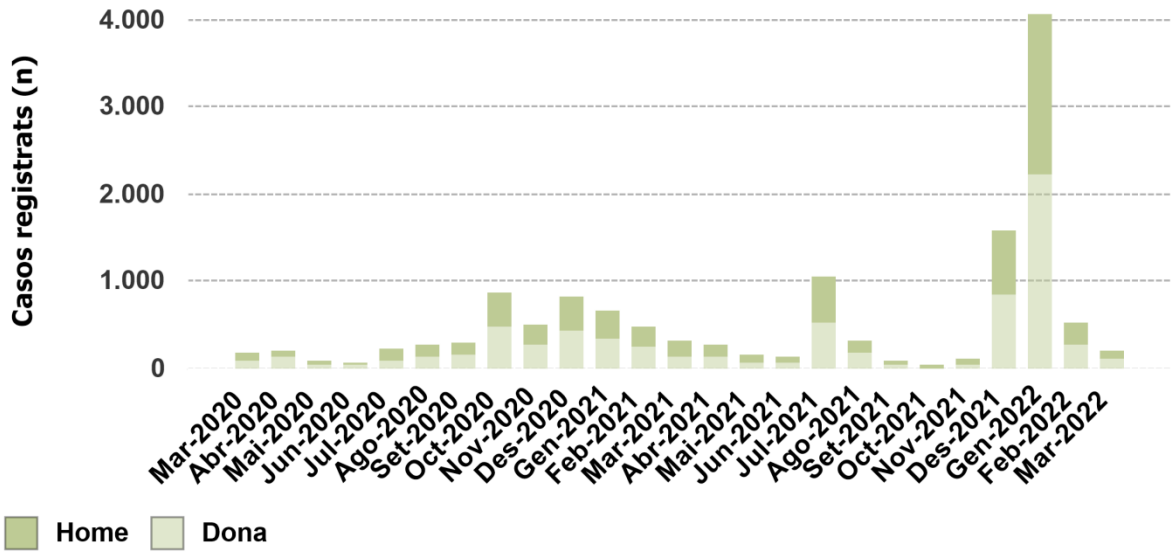
54% de les defuncions van ser en **DONES**

5.1 CASOS COVID-19

Des de l'inici de la pandèmia i fins al 28 de març de 2022, s'han registrat 13.585 casos de COVID-19, la qual cosa representa una taxa de **36,4 casos per cada 100 habitants**. Del total de casos, **7.233** s'han registrat en **dones** i **6.352** en **homes**.

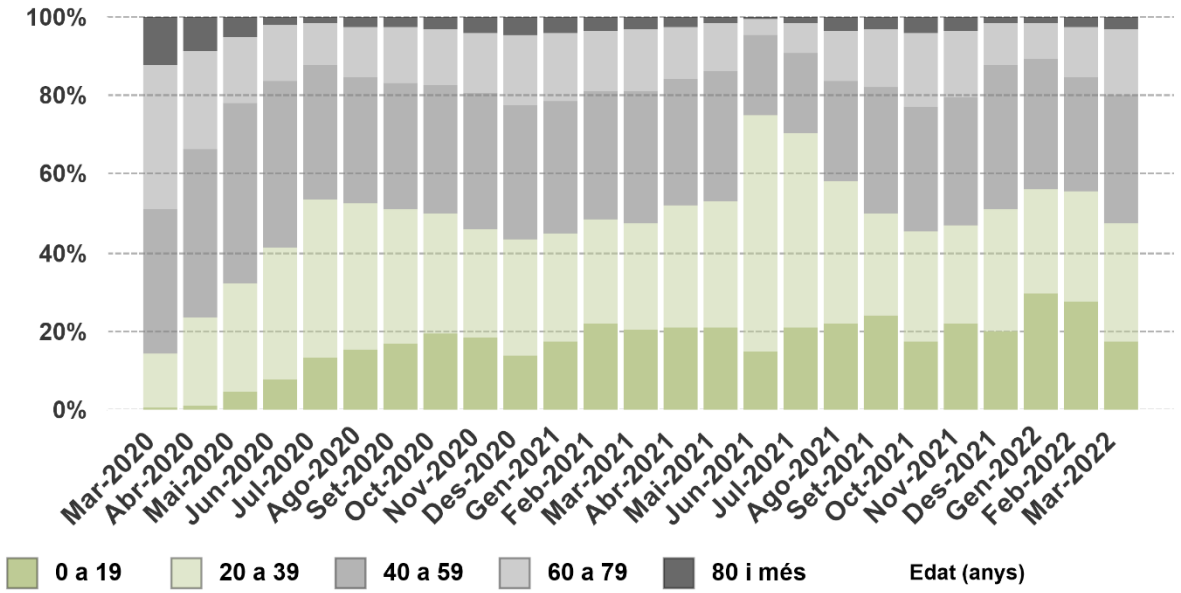
IMPORTANT. Al llarg dels dos anys de pandèmia analitzats en aquest informe, els criteris i la metodologia de comptabilització de casos de COVID-19 ha anat variant. Cal, per tant, fer una anàlisi cautelosa de les dades i tenir present que és altament probable que hi hagi una infranotificació de casos (especialment en la primera onada).

Fig. 86 **| Evolució mensual del nombre de casos COVID-19 per sexe a Sant Adrià de Besòs**



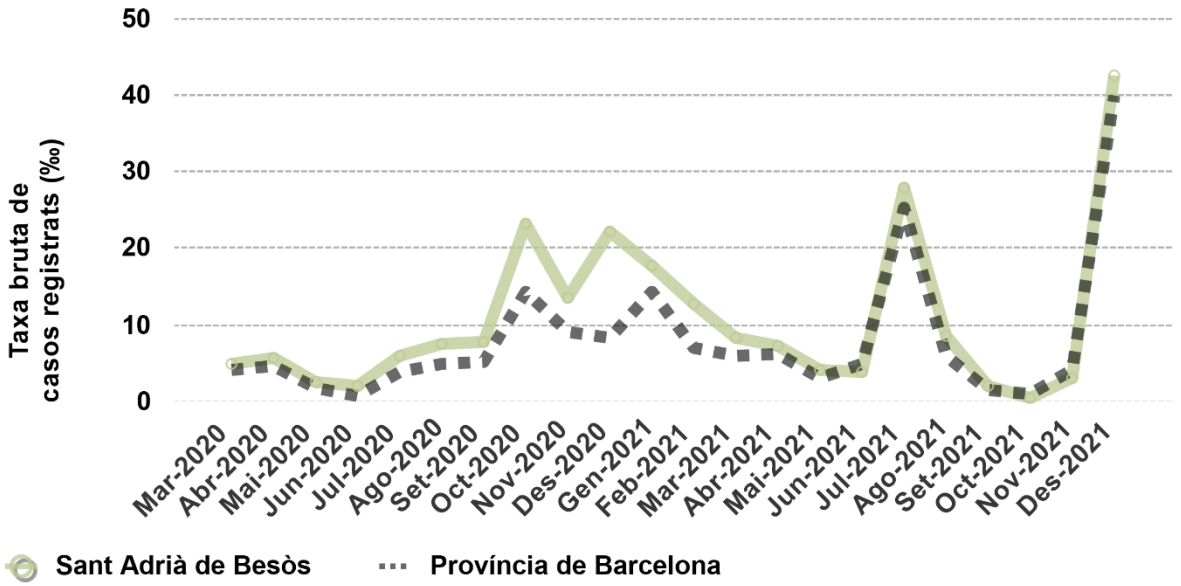
Font: Registre de casos de COVID-19 a Catalunya per municipi i sexe. Portal de dades obertes. Elaboració pròpia.

Fig. 87 | Evolució mensual de la distribució d'edats dels casos COVID-19 en l'AGA de referència



Font: Registre de dades diàries de COVID-19 per àrees de gestió assistencial (AGA). Elaboració pròpia.
Nota: Les dades per edats i AGA consideren només els positius per PCR. La correspondència entre municipis i AGA es pot consultar aquí.

Fig. 88 | Evolució mensual de la taxa bruta de casos COVID-19

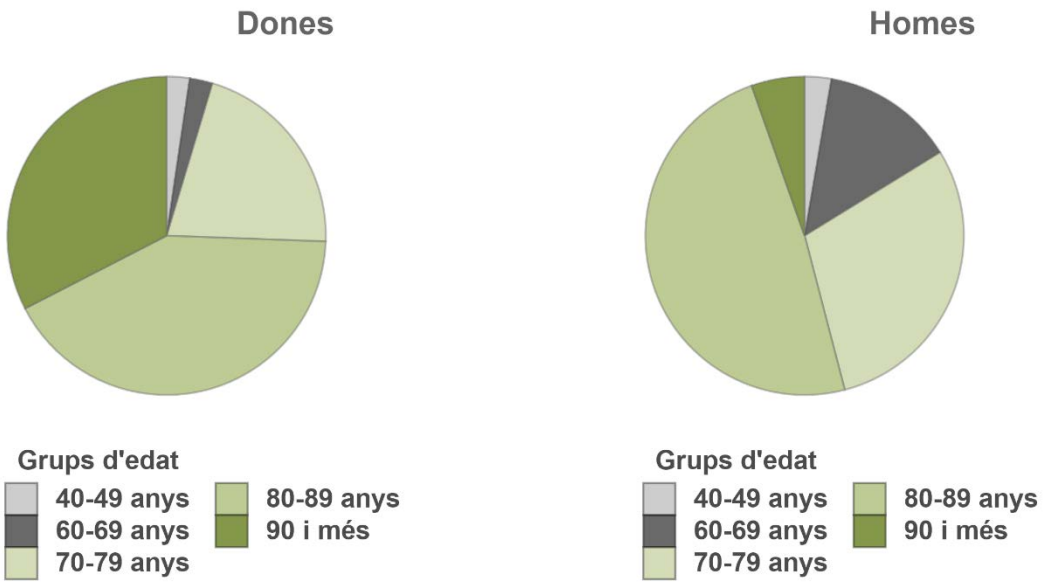


Font: Registre de casos de COVID-19 a Catalunya per municipi i sexe. Portal de dades obertes. Elaboració pròpia.
Nota: En el recompte de casos provincials no s'inclouen els que s'han registrat en municipis menors de 200 habitants. No apareixen dades de 2022 perquè es disposa del nombre de casos però no de les dades poblacionals.

5.2 DEFUNCIONS PER COVID-19

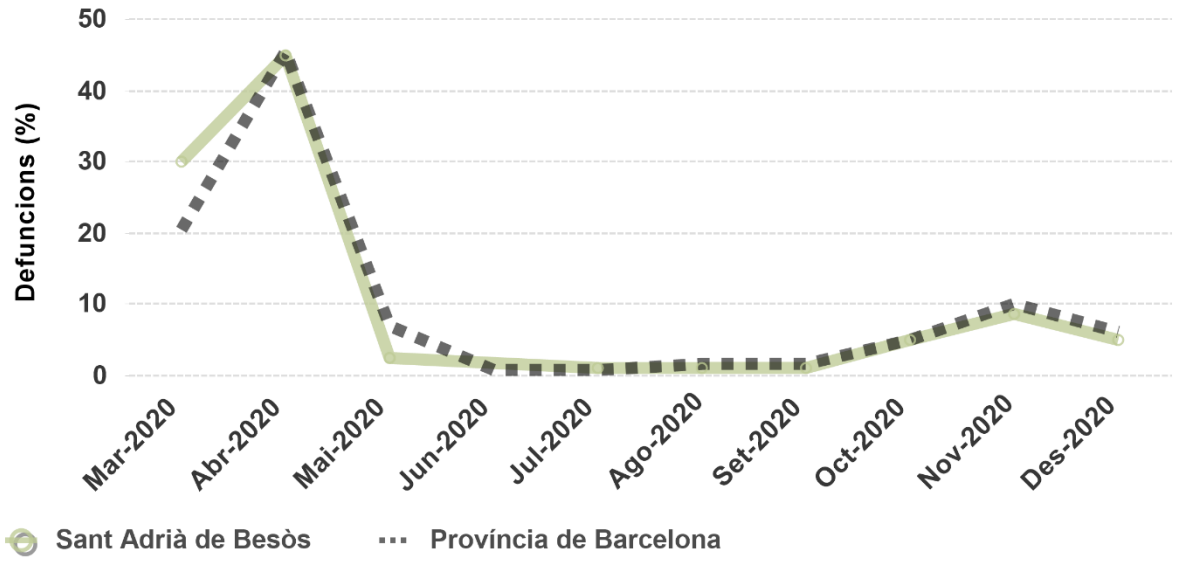
L'any 2020, a Sant Adrià de Besòs van morir per COVID-19 **80** persones (**43** dones i **37** homes). Aquestes xifres representen una taxa bruta de **2,14** defuncions per cada 1.000 habitants.

***Fig. 89* | Distribució per edat i sexe de les defuncions per COVID-19**



Dades corresponents a 2020
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

***Fig. 90* | Percentatge de les defuncions per COVID-19 de l'any 2020 ocorregudes cada mes**



Font: Registre de Mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

6.

ACCIDENTALITAT VIÀRIA

A Catalunya, l'accidentalitat durant la primera dècada dels 2000 mostra una disminució notable. No obstant això, des del 2013 s'ha produït un estancament d'aquesta tendència, amb petits repunts pel que fa al nombre de morts i ferits greus. Queda encara, per tant, molt camí a recórrer a fi d'assolir els objectius alineats amb la Visió Zero que ha marcat la Unió Europea. L'horitzó de l'any 2050 és cap víctima mortal ni ferit greu amb seqüeles per a tota la vida. El Pla de seguretat viària (PSV) 2021-2023 té com a objectiu general assolir la Visió Zero i per arribar-hi es planteja una reducció del 15% de les víctimes mortals l'any 2023 en relació amb l'any 2021 i d'un 12% de les víctimes ferides greus.

A més, el PSV també marca com a objectiu assolir una mobilitat prioritàriament sense efectes contaminants. Aquest objectiu ha de representar un punt d'inflexió en l'actual model de mobilitat centrat en els vehicles de motor, que té uns costos econòmics, socials, ambientals i per a la salut de les persones molt elevats.

Els ajuntaments són l'actor principal en la gestió de la mobilitat a les ciutats i pobles, la qual es caracteritza per la coexistència d'autobusos, turismes i furgonetes, per una banda, de motocicletes, bicicletes, vehicles de mobilitat personal i vianants per l'altra, que sovint fan servir els mateixos espais.

Notes metodològiques

2050

Visió Zero

Objectiu

0 víctimes mortals i ferits greus

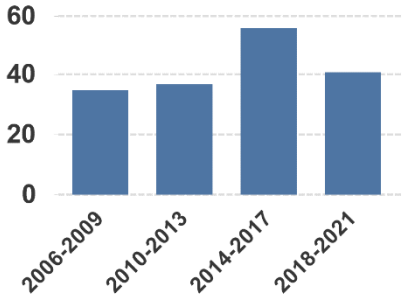
Els indicadors d'accidentalitat viària que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de les dades proporcionades pel **Servei Català de Trànsit.** Aquestes dades són recopilades pel **Sistema Integral de Recollida de Dades d'Accidents de Trànsit (SIDAT)**. Aquest sistema es va començar a difondre i a utilitzar a partir del maig de 2005, i és per això que es disposa de dades anuals a partir del 2006.

Cal destacar que les dades fan referència als accidents i víctimes que hi ha hagut al municipi de Sant Adrià de Besòs, independentment del lloc de residència de les víctimes. Alhora, cal tenir en compte que només estan registrats els accidents en què s'han produït víctimes. Es consideren víctimes d'un accident les persones que han resultat ferides lleus, ferides greus o mortes.

Dades destacades de **morts i ferits greus** el quatrienni **2018-2021** a **Sant Adrià de Besòs**



8 DE CADA 10
VÍCTIMES SÓN **HOMES**

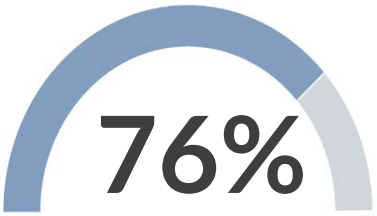


MORTS I FERITS GREUS

45 a 54 anys
la franja d'edat amb més víctimes

56% de les víctimes, en zona **URBANA**

71% de les víctimes viatjaven en vehícles de **2 RODES**

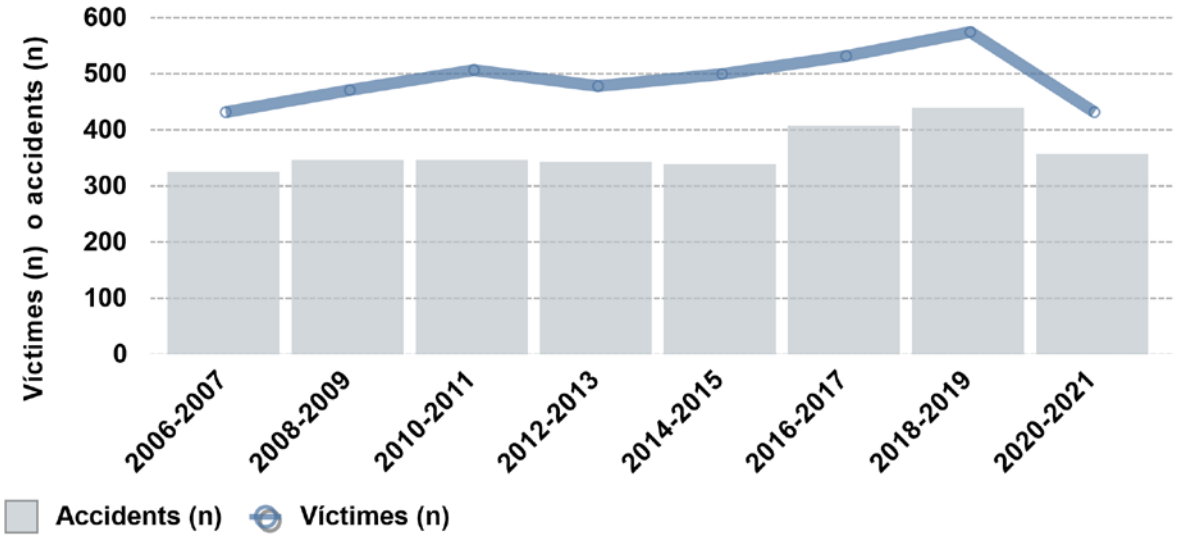


76%
de les víctimes, en dies FEINERS

6.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES

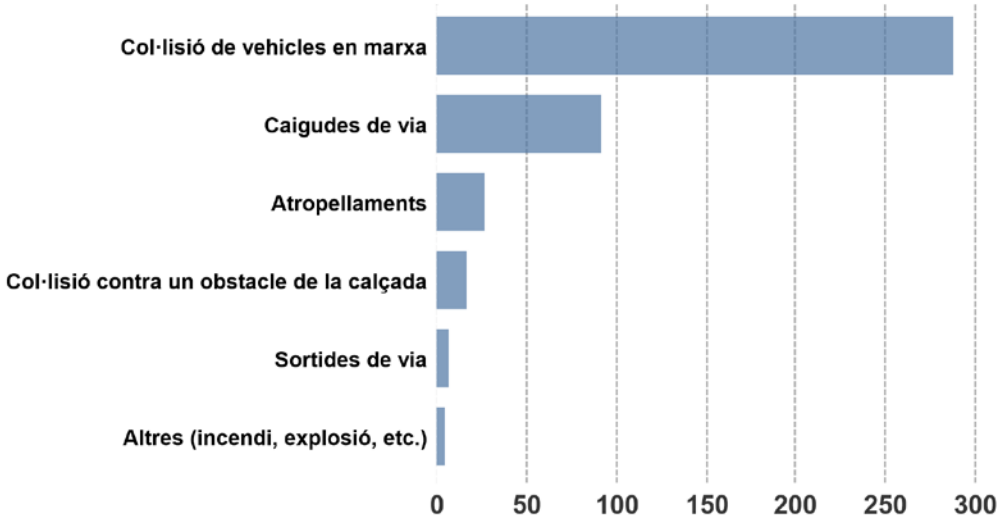
El 2021 es van comptabilitzar **206 accidents amb 474 persones implicades** (**218 d'il·leses, 240 de ferides lleus i 9 de ferides greus o mortes**; 7 sense dades). El major nombre de víctimes es van donar en accidents per **col·lisió de vehicles en marxa, en dia feiner** i en **vies de zona urbana**.

***Fig. 91* | Evolució del nombre d'accidents amb víctimes i del nombre de víctimes**



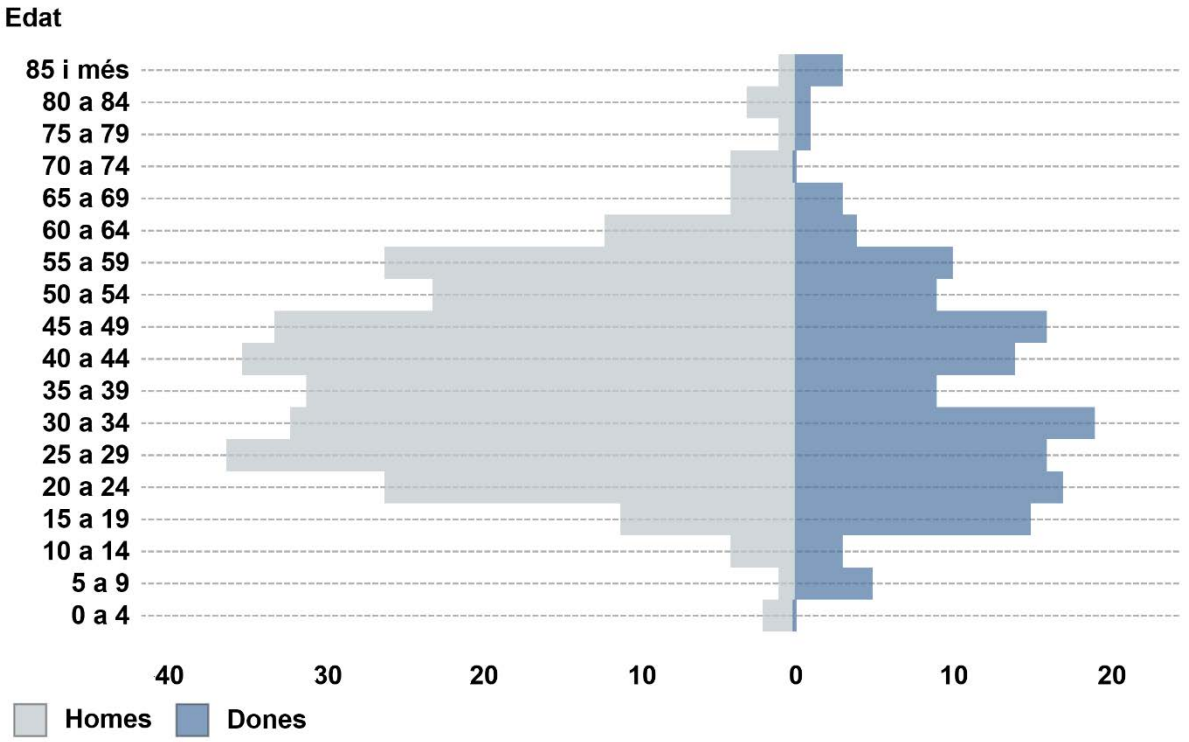
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

***Fig. 92* | Nombre de víctimes en funció del tipus d'accident**



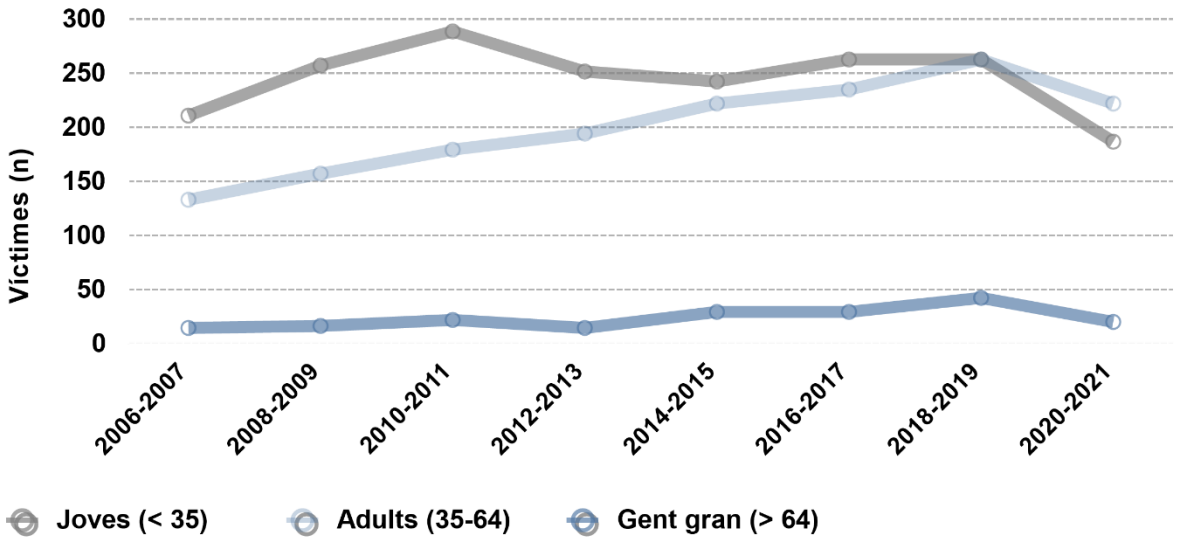
Dades corresponents a < vAny_Bieni_AT>.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 93 | Distribució per edat i sexe de les víctimes



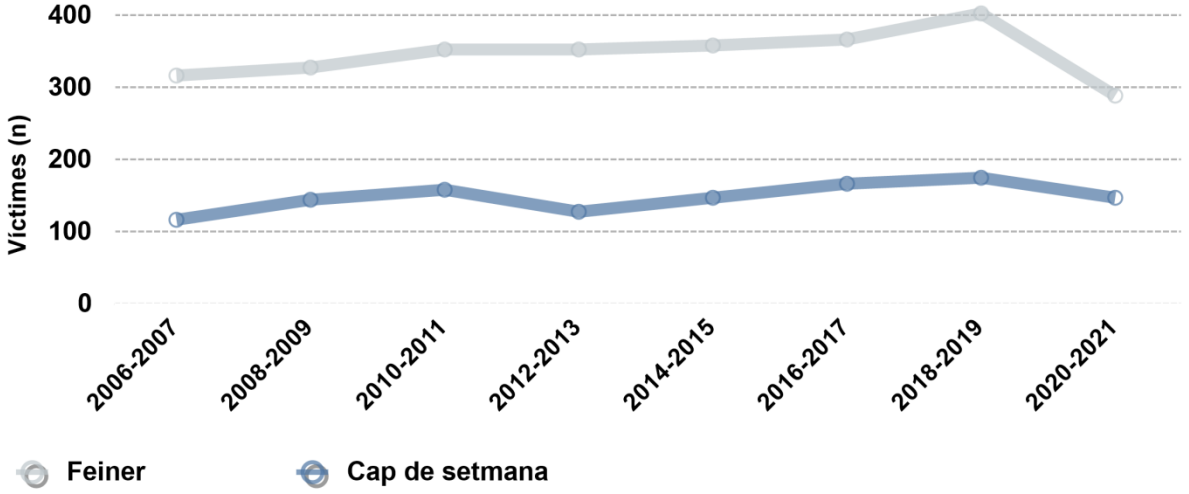
Dades corresponents a < vAny_Bieni_AT>.
Font : Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 94 | Evolució del nombre de víctimes segons el grup d'edat



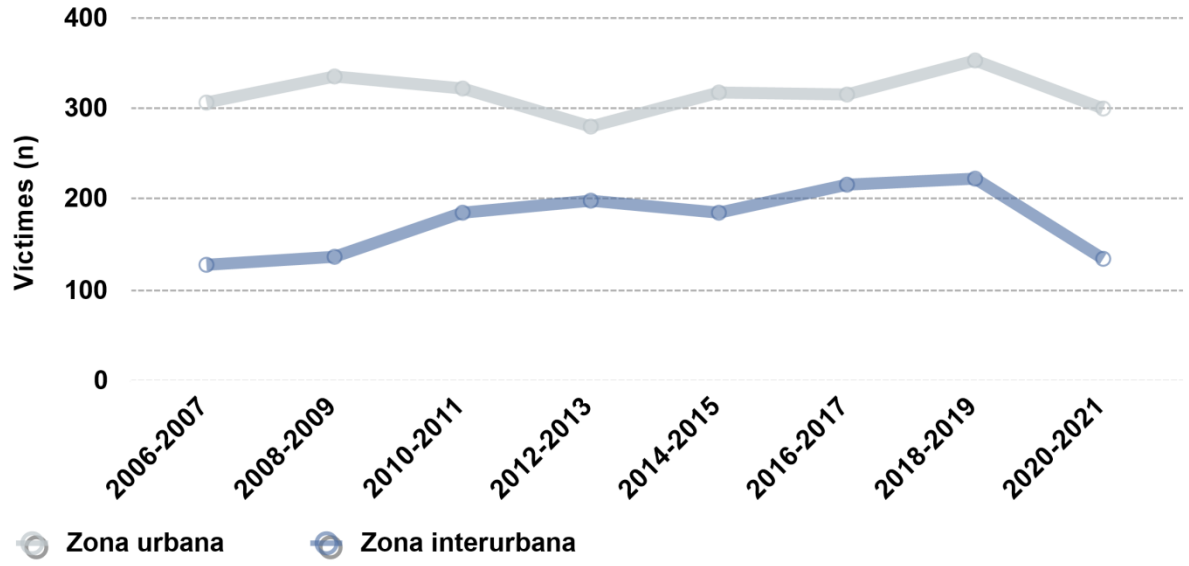
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 95 | Evolució del nombre de víctimes segons la tipologia de dia



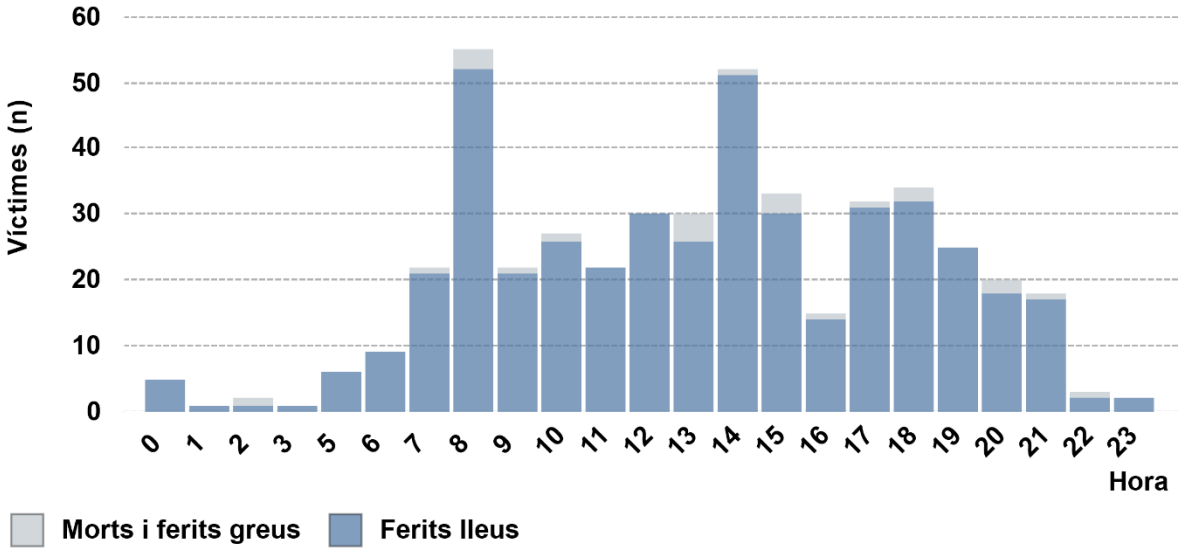
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 96 | Evolució del nombre de víctimes segons la zona de l'accident



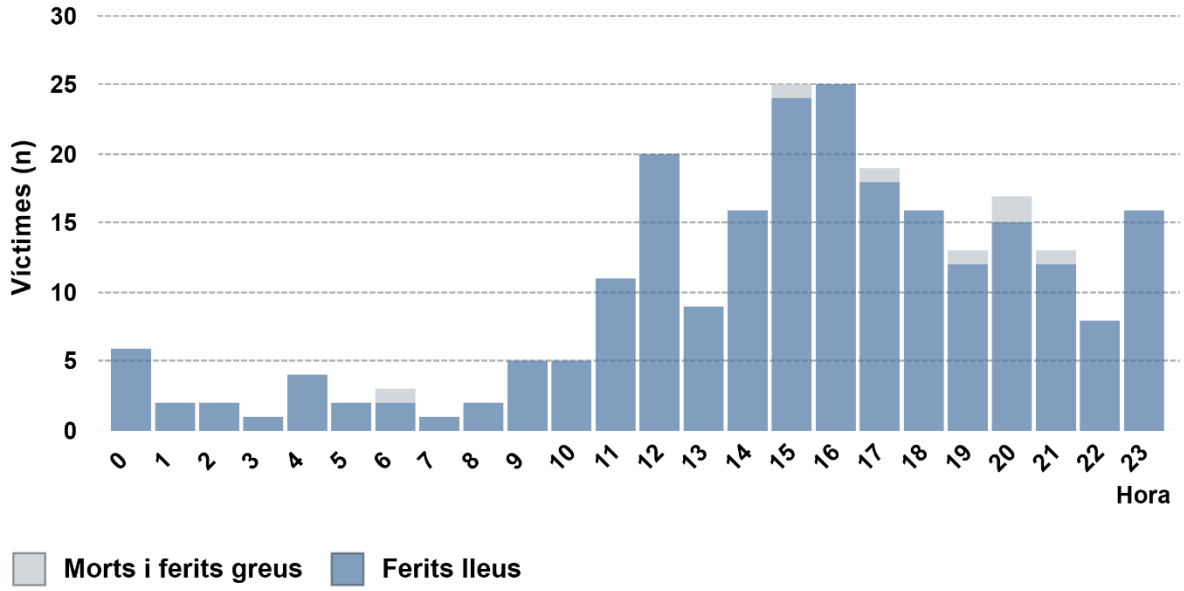
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 97 | Víctimes segons la franja horària els dies feiners



Dades corresponents a 2019-2021.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 98 | Víctimes segons la franja horària els caps de setmana

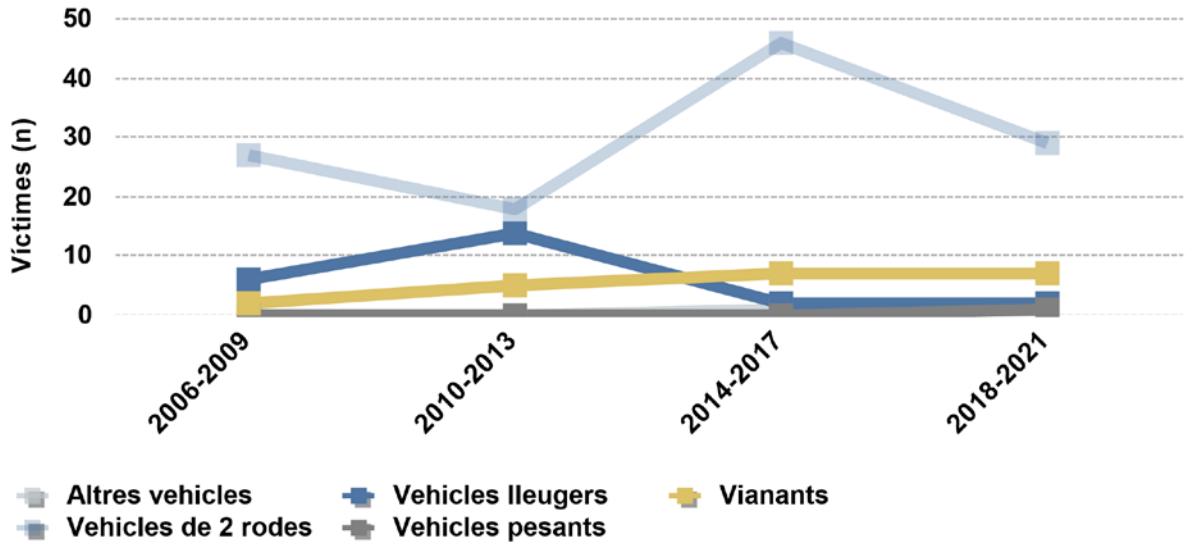


Dades corresponents a 2019-2021.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

6.2 COL·LECTIUS VULNERABLES

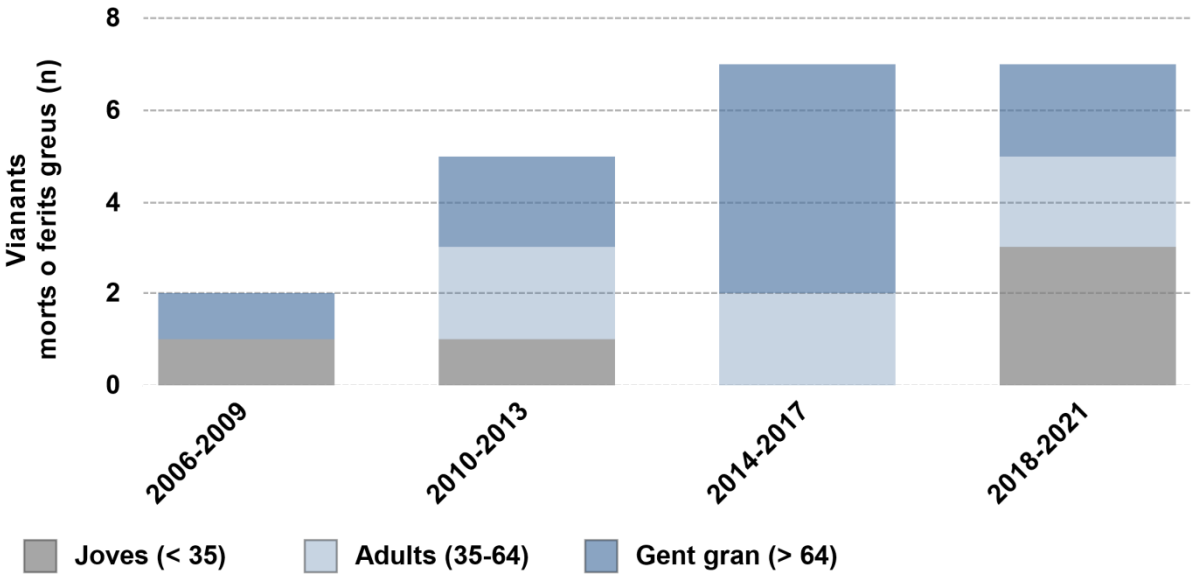
El PSV 2021-2023 presenta objectius específics per a la protecció dels col·lectius més vulnerables. Concretament s'ha fixat com a objectiu **reduir un 6% els motoristes i ciclistes víctimes mortals i ferits greus i un 12% les víctimes mortals per atropellament.**

***Fig. 99* | Evolució de víctimes greus i morts segons el vehicle ocupat**



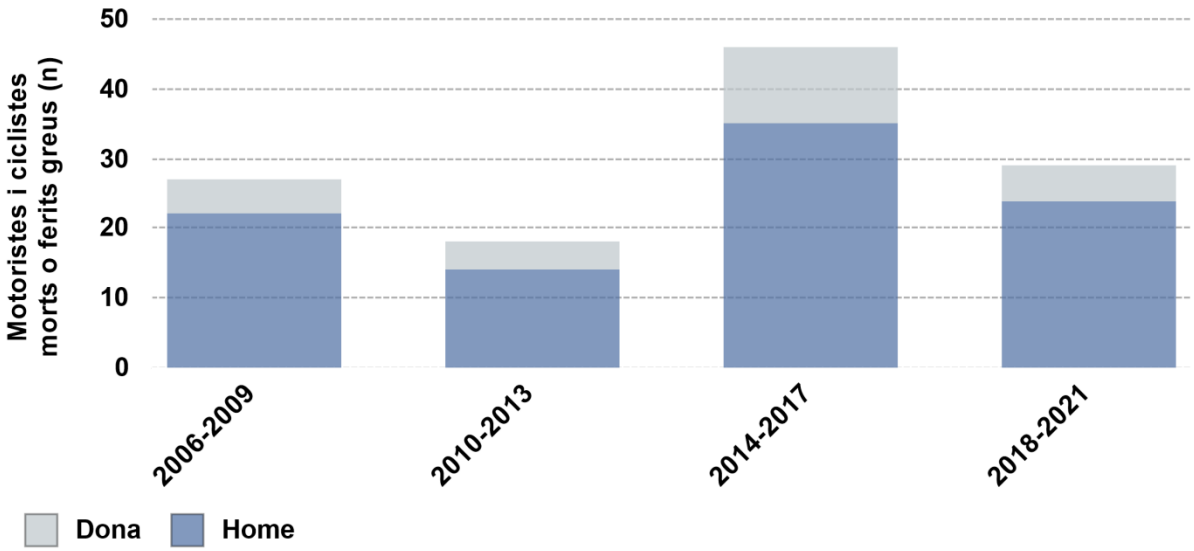
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

***Fig. 100* | Evolució per edat dels vianants morts o ferits greus**



Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 101 | Evolució per sexe dels usuaris de vehicles de dues rodes morts o ferits greus



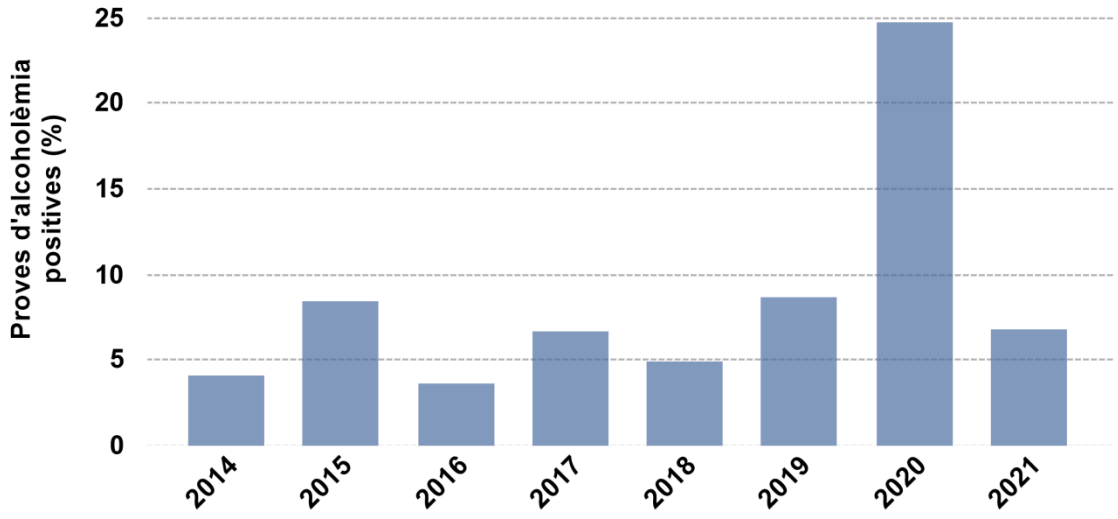
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

6.3 ALCOHOLÈMIA

Els principals efectes del consum d'alcohol en la conducció són l'augment del temps de reacció, problemes de percepció, d'atenció, control i coordinació, així com també l'increment de la somnolència**. Encara que se circuli amb una taxa d'alcoholèmia dins dels marges legals, el risc de sinistre s'incrementa. Per tant, l'única taxa segura si s'ha de conduir és el 0,0%.**

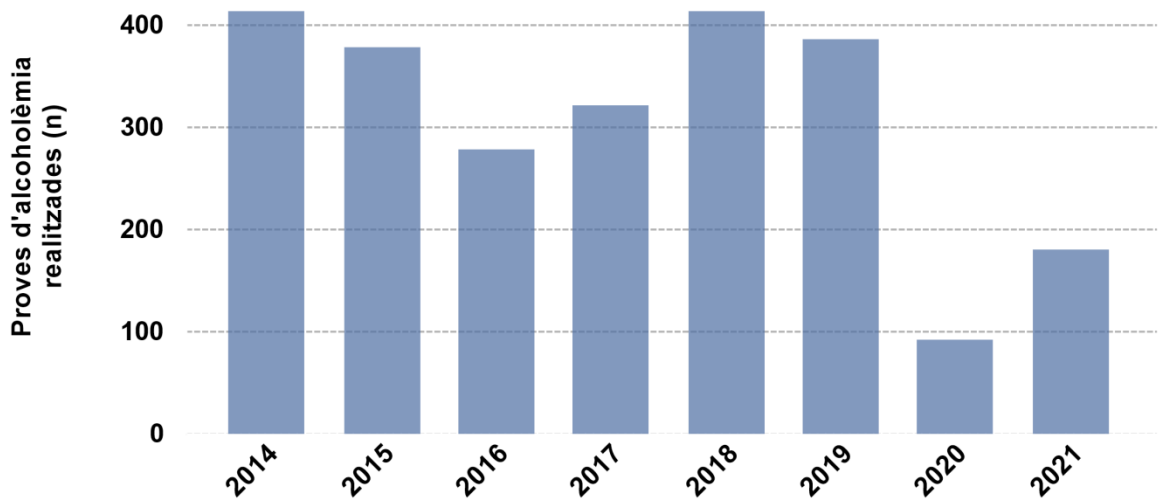
Segons les últimes dades publicades pel Servei Català de Trànsit, a Catalunya poc més de l'1% dels conductors circula amb una taxa d'alcohol per sobre de la permesa. No obstant això, entre els accidentats el percentatge es va situar en el 13% i entre els conductors morts l'any 2020 va ser del 27%.

Fig. 102 **| Evolució del percentatge de proves d'alcoholèmia positives en controls fets a Sant Adrià de Besòs**



Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 103 **| Evolució del nombre de proves d'alcoholèmia fetes en controls a Sant Adrià de Besòs**



Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

7.

SOCIOECONOMIA

Segons l'OMS, els determinants socials de la salut són les circumstàncies en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. Aquestes circumstàncies depenen de factors com la feina, la disposició de renda o l'accés a un habitatge digne, els quals faciliten o impedeixen estils i formes de vida saludables.

Les diferències en els aspectes socials generen desigualtats en salut que es manifesten en forma de gradient: a pitjor posició social, pitjor estat de salut.

En un escenari en què a tots els països del món s'observen desigualtats socials, és important treballar la salut a totes les polítiques per evitar que les desigualtats existents es consolidin i promoure que les persones puguin desenvolupar el seu potencial de salut independentment de les seves circumstàncies socials.

Notes metodològiques

Els indicadors socioeconòmics que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de les dades proporcionades pel programa HERMES i el Servei d'Habitatge de la Diputació de Barcelona.

2030

ODS 11

Fita

Garantir l'accés de totes les persones a habitatges i serveis bàsics adequats, segurs i assequibles

Dades socioeconòmiques destacades de l'any 2021 a **Sant Adrià de Besòs**

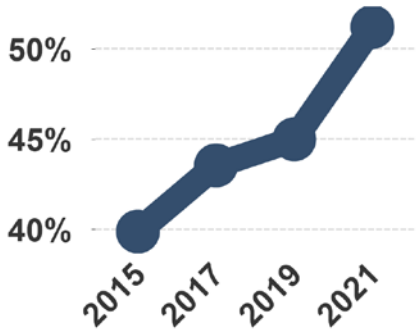
14.560€

Renda anual familiar disponible bruta per habitant

79%

dels contractes **TEMPORALS**

51% de la **renda** destinada al **LLOGUER**



Evolució de **l'esforç** per pagar el **lloguer**

18%

d'ATUR

47%

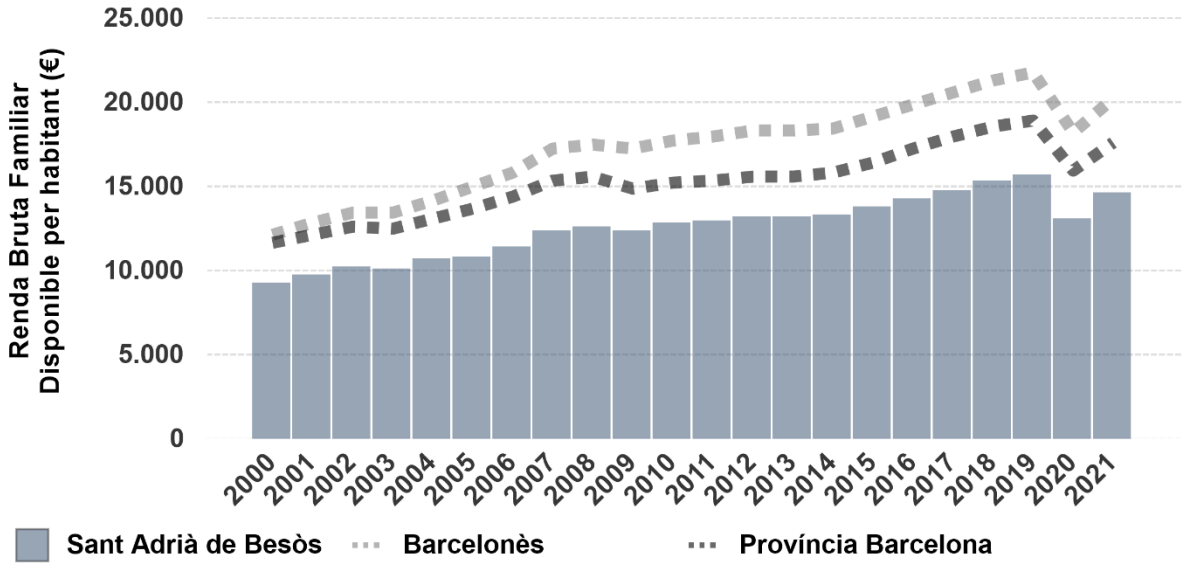
dels aturats reben **prestacions per desocupació**

7.1 ACTIVITAT ECONÒMICA

La renda familiar disponible bruta (RFDB) és la macromagnitud que mesura els ingressos de què disposen els residents d'un territori per destinar-los al consum o a l'estalvi.

RFBD: es calcula com a saldo del compte de renda de les famílies, és a dir, és la diferència entre el conjunt de recursos i usos. Els principals recursos dels comptes de la renda de les llars són la remuneració d'assalariats, l'excedent brut d'explotació i les prestacions socials. Els principals usos són les cotitzacions socials i l'impost sobre la renda i el patrimoni.

***Fig. 104* | Evolució de la RFDB per habitant**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

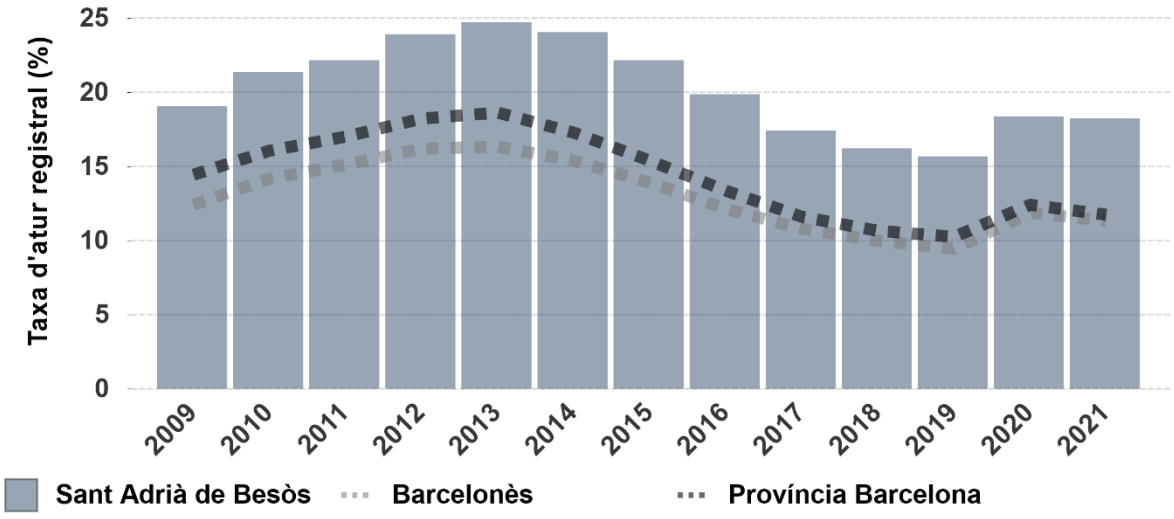
7.2 MERCAT DE TREBALL

Nombrosos estudis han demostrat l'impacte negatiu de l'atur sobre el benestar emocional de les persones. Disposar d'una feina estable aporta beneficis tant econòmics com psicosocials i permet la planificació del futur. La manca de feina incrementa l'estrès, perjudica la salut emocional i augmenta el risc d'exclusió social. Entre els aturats, els de llarga durada que deixen de ser beneficiaris de prestacions per desocupació representen el col·lectiu més vulnerable.

Taxa d'atur registral: es calcula a partir de valors obtinguts de registres administratius i mesura la relació existent entre l'atur registrat i una aproximació a la població activa registrada.

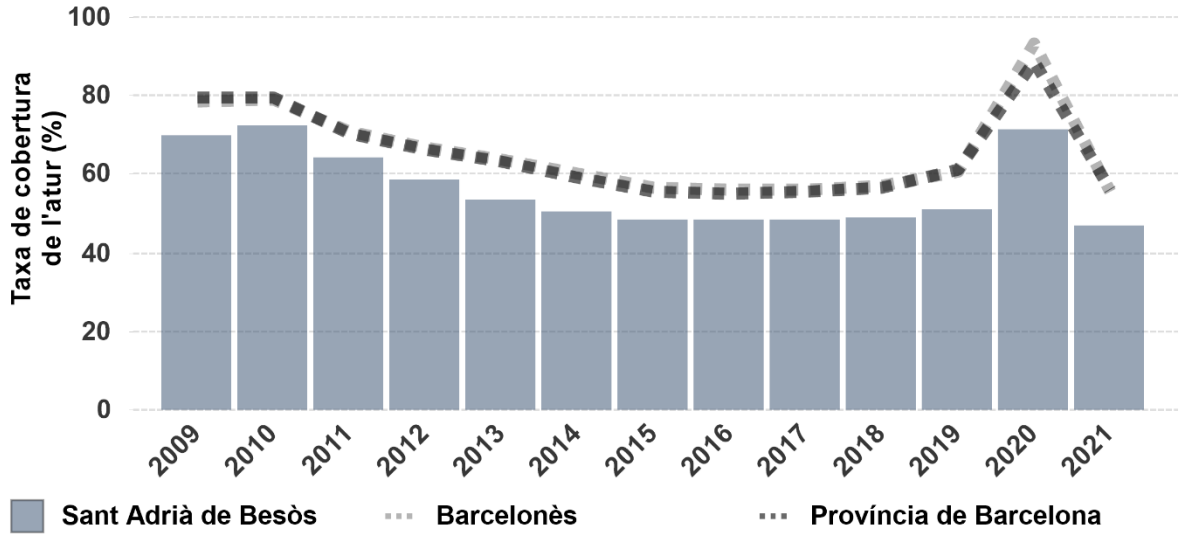
Taxa de cobertura de les prestacions per desocupació: es calcula com la relació de prestacions per desocupació respecte als aturats, expressada en tant per cent.

Fig. 105 **| Evolució de la taxa de d'atur registral**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

***Fig. 106* | Evolució de la taxa de cobertura de les prestacions per desocupació**

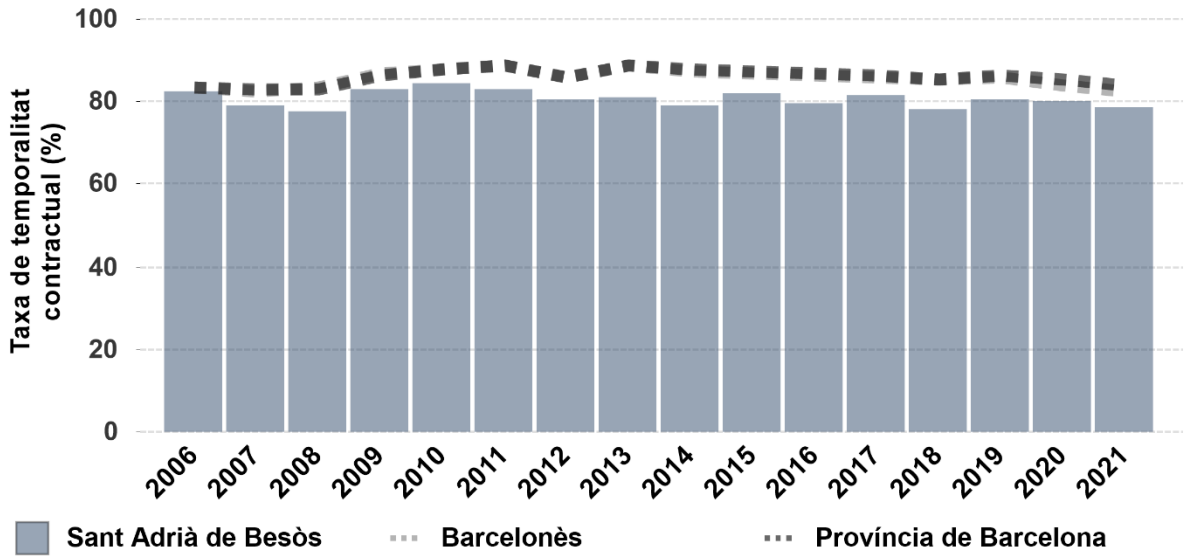


Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.
Nota: Aquest indicador apareix desvirtuat per l'any 2020, atès que la situació econòmica derivada de la COVID-19 va provocar múltiples ERTO i, per tant, diverses persones van ser beneficiàries de més d'una prestació el 2020.

A banda, de l'atur, la qualitat de la feina i les condicions de treball poden afectar de manera important la salut de les persones. Des de fa anys, el percentatge de contractes temporals oscil·la en percentatges molt elevats, i és un manifest de la situació de precarietat laboral. La successió de contractes de treball temporal de curta durada genera inseguretat laboral i vital, la qual cosa repercuteix negativament sobre la salut de qui la pateix.

Taxa de temporalitat contractual: es calcula com la relació de contractes temporals respecte al total de contractes, expressada en tant per cent.

***Fig. 107* | Evolució de la taxa de temporalitat contractual**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

7.3 HABITATGE

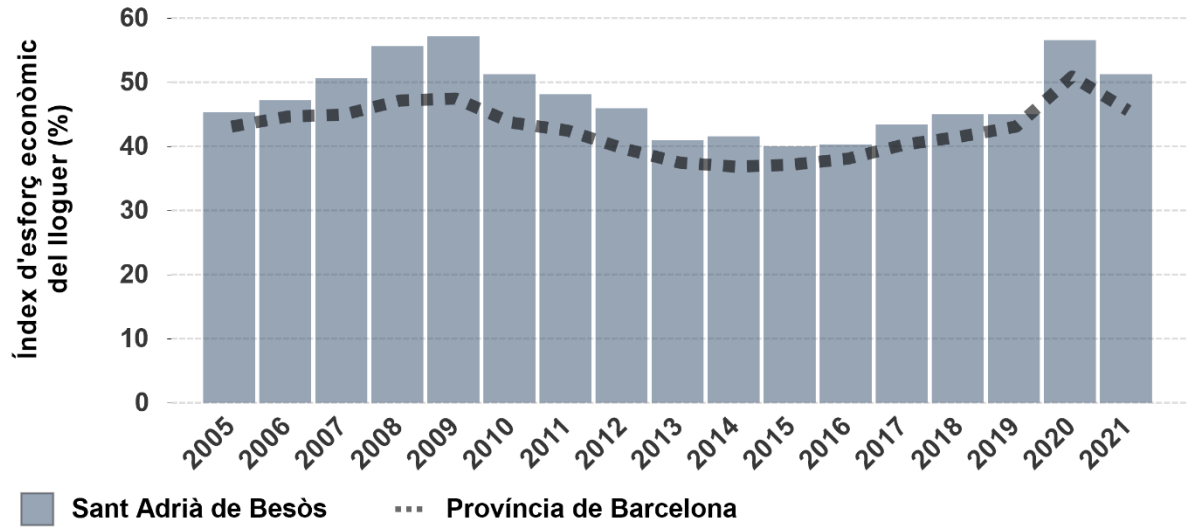
És fonamental garantir l'accés a un habitatge digne i adequat per protegir la salut i evitar problemes d'exclusió residencial. Aquesta garantia és especialment necessària en el cas dels col·lectius més vulnerables: famílies amb pocs recursos, famílies monoparentals, gent gran i joves amb problemes per emancipar-se.

La manca de possibilitat d'estalvi econòmic fa que moltes persones i famílies no puguin accedir a un finançament hipotecari i hagin d'optar per contractes de lloguer. Aquest fet ha contribuït a fer que la tensió en el mercat d'arrendament hagi experimentat un creixement notori els darrers anys en una gran part de municipis de la província de Barcelona.

La diferència creixent entre el preu del lloguer i la renda bruta familiar disponible comporta que moltes famílies hagin de destinar un percentatge molt elevat dels seus ingressos per accedir i mantenir un habitatge. Segons la Comissió Europea **el llindar d'assequibilitat de l'habitatge es troba en el 40%**, és a dir, les llars no haurien de destinar més del 40% dels ingressos a pagar despeses relacionades amb l'habitatge (renda de lloguer més subministraments bàsics -llum, aigua i gas).

Índex d'esforç econòmic del lloguer: es calcula com la relació entre el preu anual del lloguer i la RFDB (a partir de setze anys), expressada en tant per cent.

***Fig. 108* | Evolució de l'índex d'esforç econòmic del lloguer**



Font: Servei d'Habitatge de la Diputació de Barcelona. Elaboració pròpia.

Diputació Barcelona | Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social

Servei de Salut Pública
ssp.infoanalisi@diba.cat
Telèfon 93 404 91 48
http://www.diba.cat/salutpublica