

Informe d'indicadors de salut local

Sant Adrià de Besòs

2024

Diputació Barcelona

Direcció i coordinació dels continguts

Àrea de Comerç, Consum i Salut Pública 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, 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- i Servei de Vigilància i Control de l'Aire de la Generalitat de Catalunya) 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: 9 desembre de 2024

© d'aquesta edició: Diputació de Barcelona

© dels textos: Estela Núñez Manchón, Xènia Domènech Domènech, Antoni Salvadó Nayach, Clàudia Caballero Lillo, Ivana López Gay, 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 11
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 Mortalitat segons les 20 grans causes 71
4.2.2 Mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes 74
4.3 MORTALITAT EVITABLE 75
4.4 MORTALITAT PREMATURA 78

5. Accidentalitat viària 81

5.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES 84
5.2 COL·LECTIUS VULNERABLES 88
5.3 ALCOHOLÈMIA 90

6. Socioeconomia 92

6.1 ACTIVITAT ECONÒMICA 95
6.2 MERCAT DE TREBALL 96
6.3 HABITATGE 98

7. Qualitat de l'aire..... 100
7.1 CONTAMINACIÓ PER NO_2 103
7.2 CONTAMINACIÓ PER PM_{10}.....106



Presentació

La salut de les persones està condicionada pels determinants socials i ambientals de la salut, a més de per factors biològics. Així, per exemple, són importants les xarxes socials i comunitàries, les condicions de vida (el barri, l'educació, el treball, l'habitatge, etc.) i per factors lligats al context general (socioeconòmics, culturals, ambientals i d'entorn). També cal destacar les conductes relacionades amb la salut o els serveis sanitaris. De fet, el 80% dels factors determinants de la salut no depenen del sistema sanitari i es poden treballar des de les polítiques locals, amb un enfoc transversal, intersectorial i d'equitat, que respecti i fomenti la salut des de totes les polítiques i amb la participació de la ciutadania per crear entorns saludables que permetin guanyar salut a la població.

Disposar de dades relacionades amb aquests factors determinants permet conèixer la realitat local en salut, establir l'escenari per planificar, saber quines són les necessitats, definir prioritats, desenvolupar polítiques i fer-ne un seguiment i avaluació. Per tant, per a construir municipis més saludables, sostenibles i equitatius el punt d'inici és conèixer a fons les dades de salut i desigualtats en salut a nivell local.

Des de la Diputació de Barcelona treballem per facilitar-vos aquesta tasca i és per això que un any més us presentem l'Informe d'Indicadors de Salut Local (ISL) del vostre municipi. Aquest recurs, adreçat als municipis de més de 10.000 habitants, proporciona un centenar d'indicadors locals clau per conèixer l'estat de salut de la vostra localitat.

Com a novetat, aquest any l'informe inclou un nou capítol sobre la qualitat de l'aire. La contaminació atmosfèrica te un gran impacte en la salut humana i, en l'actualitat, representa el segon factor de risc de mort a nivell mundial. Per aquest motiu, és clau impulsar polítiques i programes de vigilància en aquest àmbit. En aquest nou apartat s'inclouen les dades de mitjanes anuals de dos dels contaminants amb major impacte sobre la salut pública ($N0_2$ i PM_{10}).

Estic convençuda de que aquest recurs, juntament amb d'altres que oferim des del servei com el Quadre de comandament d'ISL, serà d'utilitat per a detectar aspectes susceptibles de millora, especialment pensant en l'acció i capacitat d'intervenció dels decisors públics, dels professionals de diferents àmbits, no tan sols de la salut, i així seguir avançant en garantir el dret a la salut en els nostres municipis.

Gemma Tarafa Orpinell

Diputada delegada de Salut Pública

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 de Comerç, Consum i Salut Pública 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'INFORME?



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.**



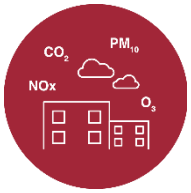
ACCIDENTALITAT VIÀRIA

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.



QUALITAT DE L'AIRE

Inclou dades de mitjanes anuals de dos dels contaminants amb major impacte sobre la salut: **NO_2** i **PM_{10}**. Les dades estan referides a les estacions de la Zona de Qualitat de l'Aire on està ubicat el municipi.

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 cens anual de població que, a partir del 2024, substitueix el padró municipal d'habitants. No obstant, les dades històriques anteriors a 2024 estan calculades a partir del padró. També proporciona l'estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) que ha substituït l'antiga estadística de variacions residencials. Per la seva banda, l'IDESCAT proporciona les dades de les estimacions postcensals de població i les dades de les projeccions municipals. Cal tenir present que enguany les projeccions són en base 2021, prenen l'escenari mitjà i tenen un horitzó temporal 2041.

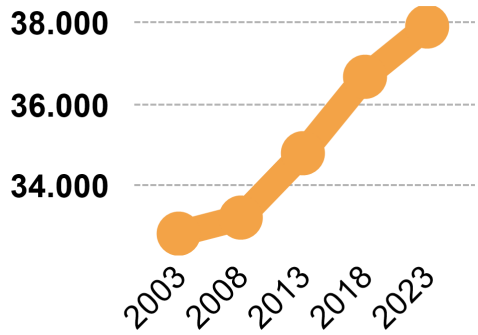
Com a denominadors per al càlcul de taxes de creixement natural i migratori s'han utilitzat les següents dades de població:

Càlcul de taxes brutes: padró fins al 2022 i cens actual a partir del 2023. Font: INE.

Dades destacades de **demografia** l'any **2023** 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 **22%** de la població és **nascuda a l'estranger**

Feminització de la població

1,9 dones per cada home en la població més gran de 85 anys

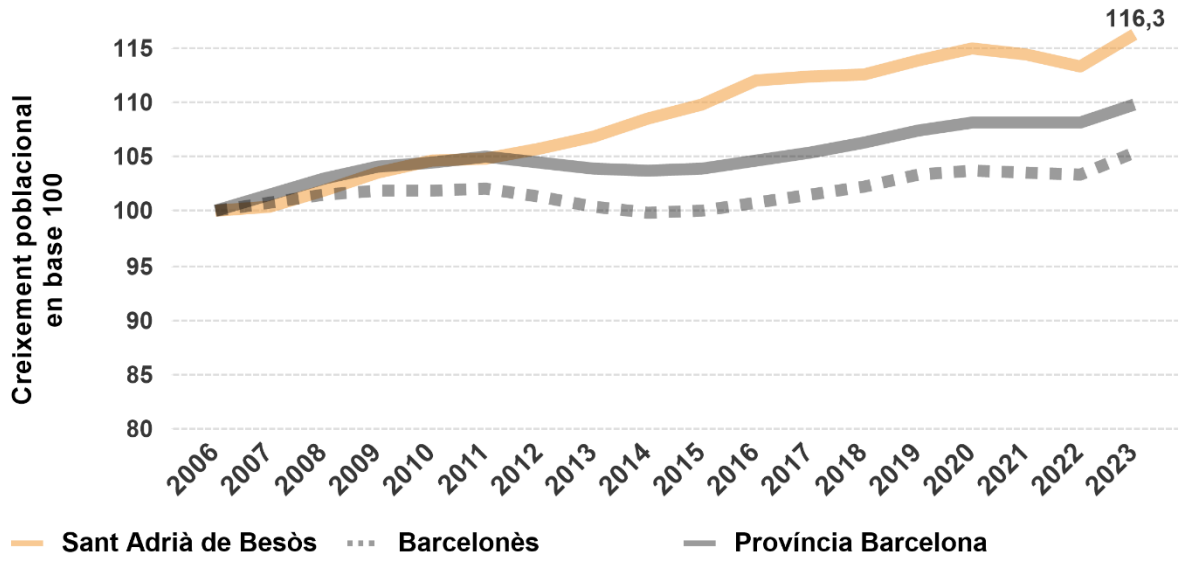
Nacionalitat més habitual dels residents **estrangers**

Pakistan

1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ

A 1 de gener de 2023, la població empadronada a Sant Adrià de Besòs era de **37.906 habitants** (49% homes i 51% dones), és a dir, respecte a l'any anterior **la població va variar un 2,68%**. Com a referència, l'any 2023 la població de la demarcació de Barcelona va tenir una variació d'1,31% habitants respecte al 2022.

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



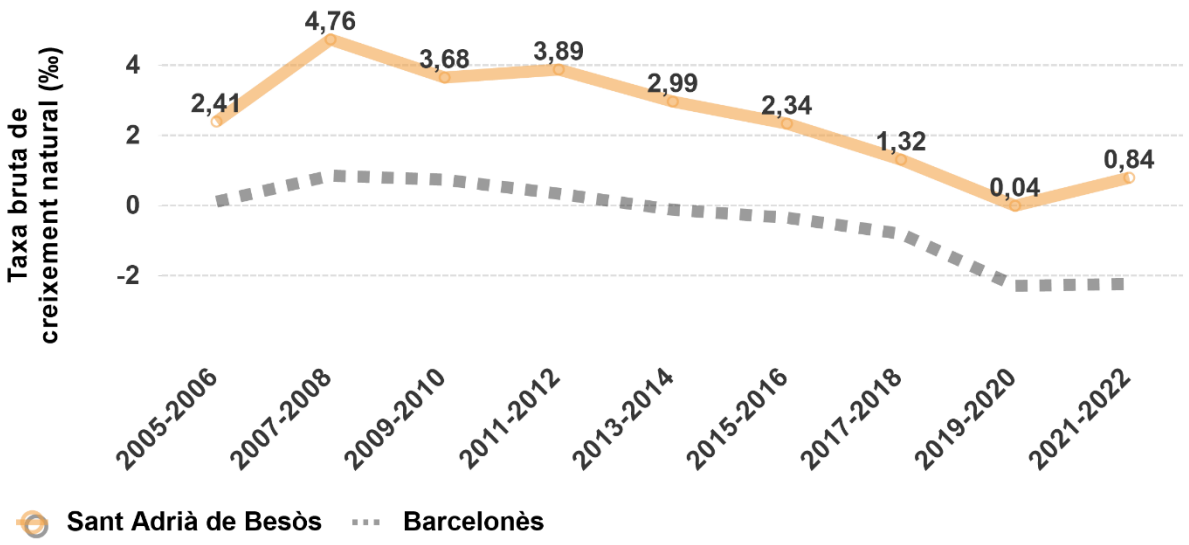
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.
Nota: El primer any el nombre d'habitants de la demarcació de Barcelona, de la comarca i del municipi prenen valors iguals a 100, i a partir d'aquí es valora el percentatge de variació poblacional 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 2021-2022 es va situar en un 0,84‰.

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.

1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT

L'**estadística de migracions i canvis de residència** (EMCR) 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 externa**.

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 externa.**

1.2.1 Immigració

L'any 2022 es van registrar **3.511 altes** a Sant Adrià de Besòs (un **64%** van ser immigracions **internes** i un **36%** immigracions **externes**).

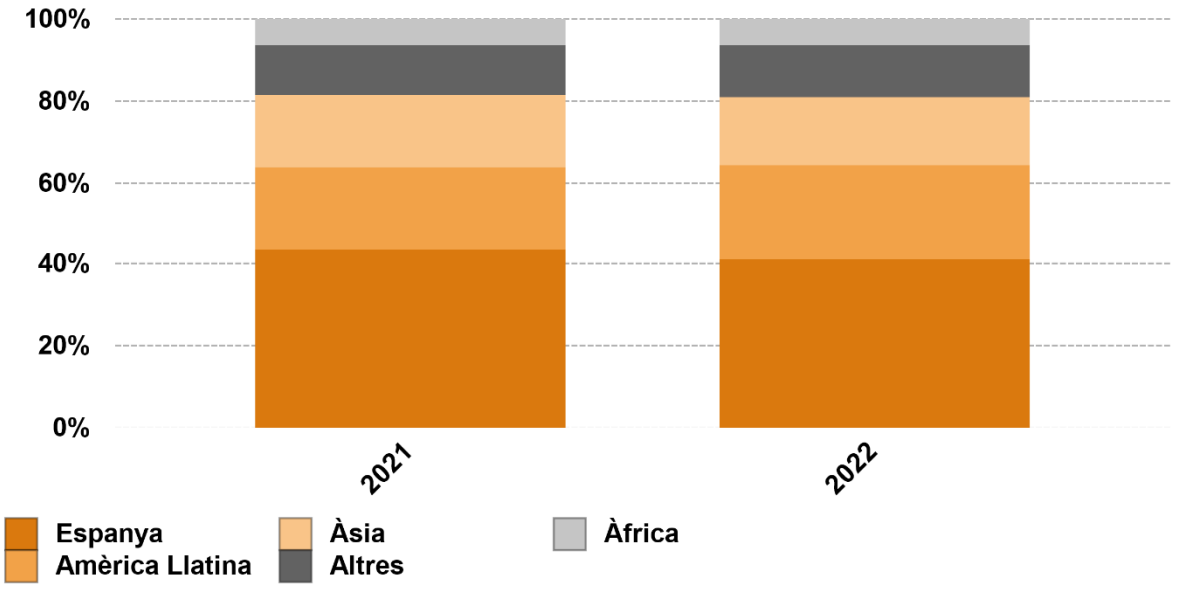
***Fig. 3* | Evolució anual de la immigració segons la procedència**

Procedència	2021	2022
Resta d'Espanya	246	218
Altres municipis de la província de Barcelona	1.759	1.927
Altres províncies de Catalunya	78	88
Estranger	1.005	1.278
Total	3.088	3.511

Font: Estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) de l'INE. Elaboració pròpia.

El **41%** d'aquestes **altes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **59%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

***Fig. 4* | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades d'alta residencial a Sant Adrià de Besòs**



Font: Estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) 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 2022 es van registrar **2.599 baixes** a Sant Adrià de Besòs (un **87%** van ser emigracions **internes** i un **13%** emigracions **externes**).

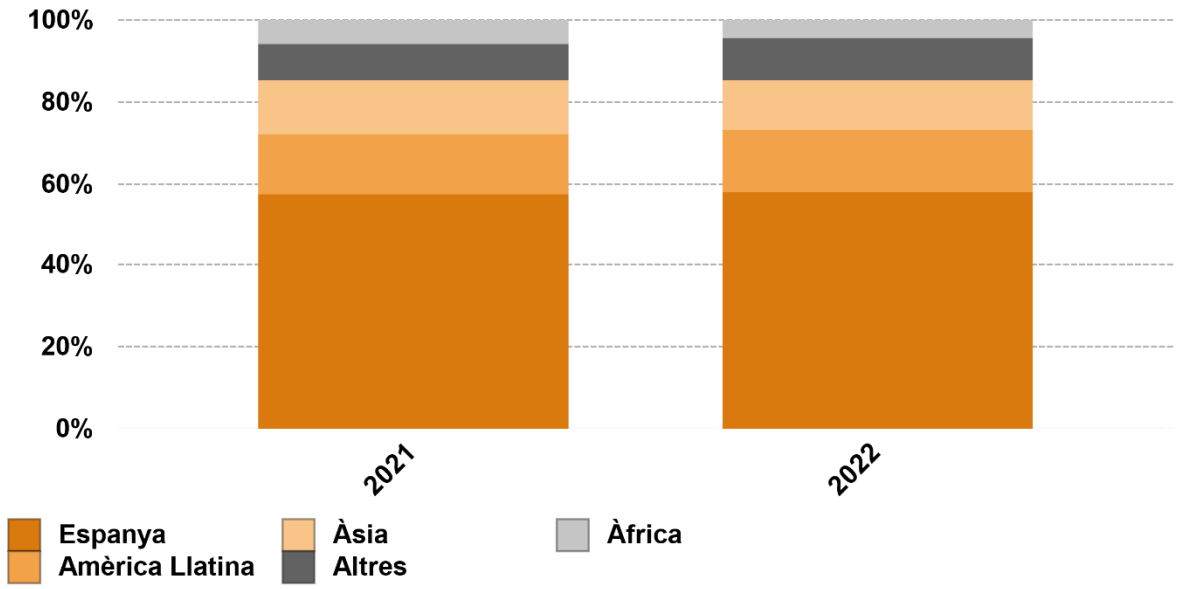
***Fig. 5* | Evolució anual de l'emigració segons la destinació**

Destinació	2021	2022
Resta d'Espanya	272	270
Altres municipis de la província de Barcelona	1.910	1.867
Altres províncies de Catalunya	128	123
Estranger	986	339
Total	3.296	2.599

Font: Estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) de l'INE. *Elaboració pròpia.*

El **58%** d'aquestes **baixes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **42%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

***Fig. 6* | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades de baixa residencial a Sant Adrià de Besòs**



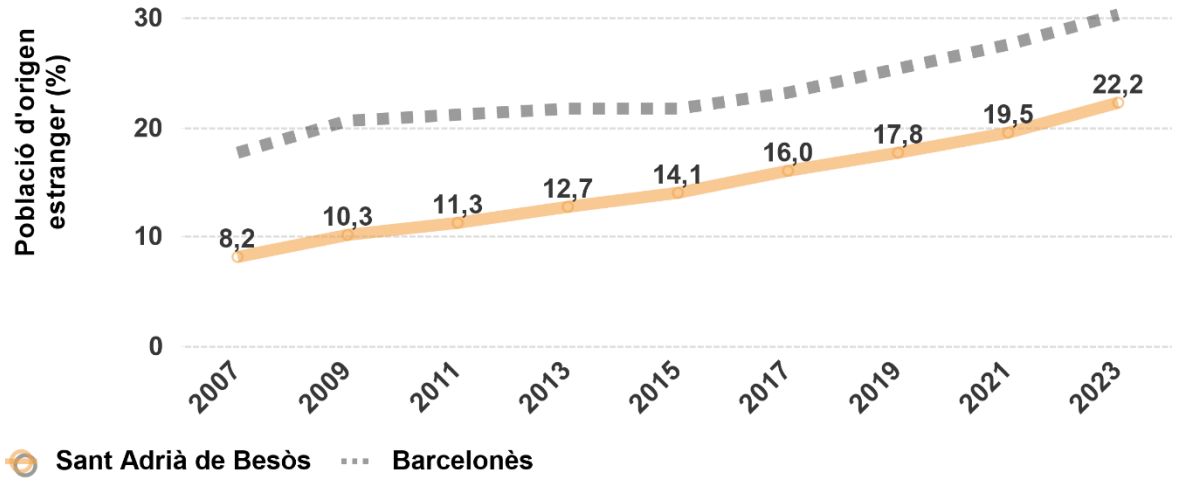
Font: Estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) de l'INE. *Elaboració pròpia.*
Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania.

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, i actualment es situa en un 22%. La població d'origen estranger es caracteritza per tenir un perfil d'edat jove, **el 89% de la població estrangera està dins la franja d'edat de 15 a 64 anys**. Aquest percentatge és considerablement inferior entre els residents nascuts a Espanya, un 61%.

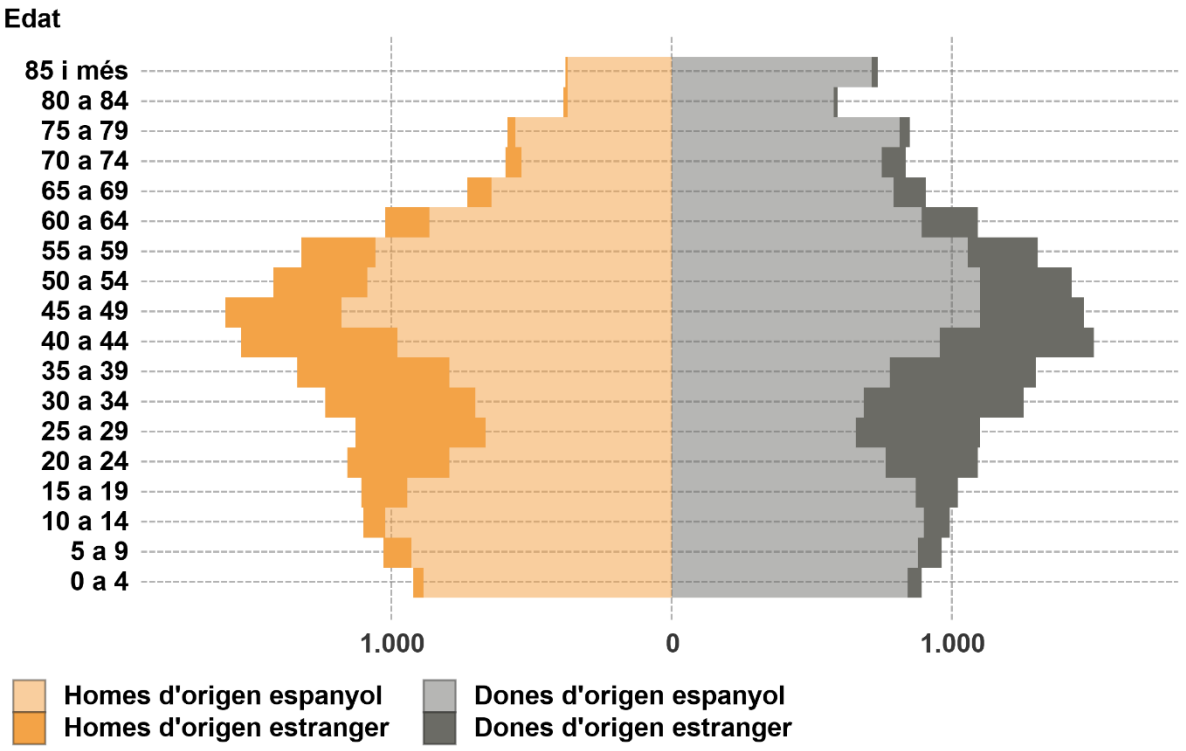
Conèixer les característiques del col·lectiu de persones d'origen estranger és important per impulsar accions que garanteixin la **integració** i **cohesió socials**, promoguin l'accés als **recursos** de **manera equitativa** i **redueixin** les **desigualtats** en salut.

Fig. 7 | Evolució del percentatge de població nascuda a l'estranger



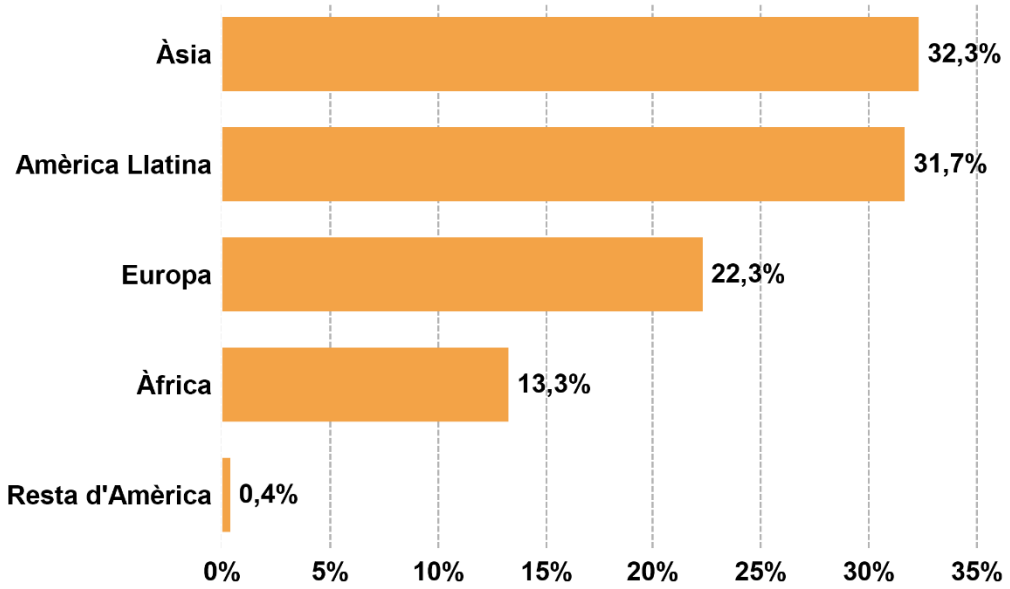
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

Fig. 8 | Distribució de la població segons l'origen, el sexe i l'edat



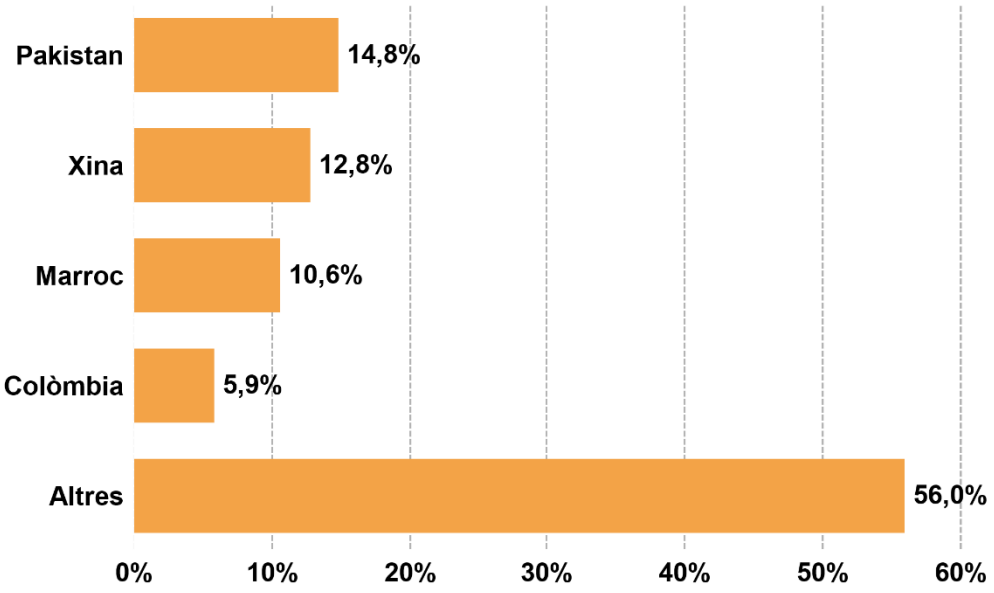
Dades corresponents a 2023.
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

Fig. 9 | Distribució de la població de nacionalitat estrangera segons el continent



Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

Fig. 10 | Distribució de la població de nacionalitat estrangera segons el país

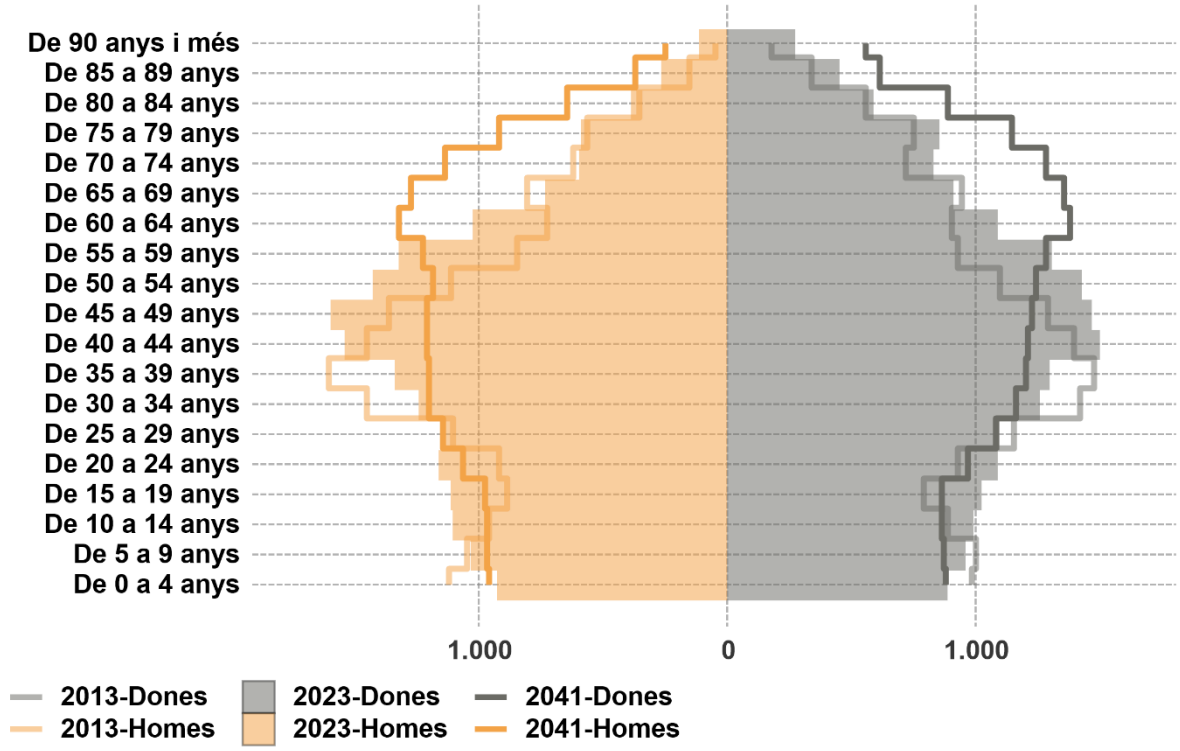


Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA

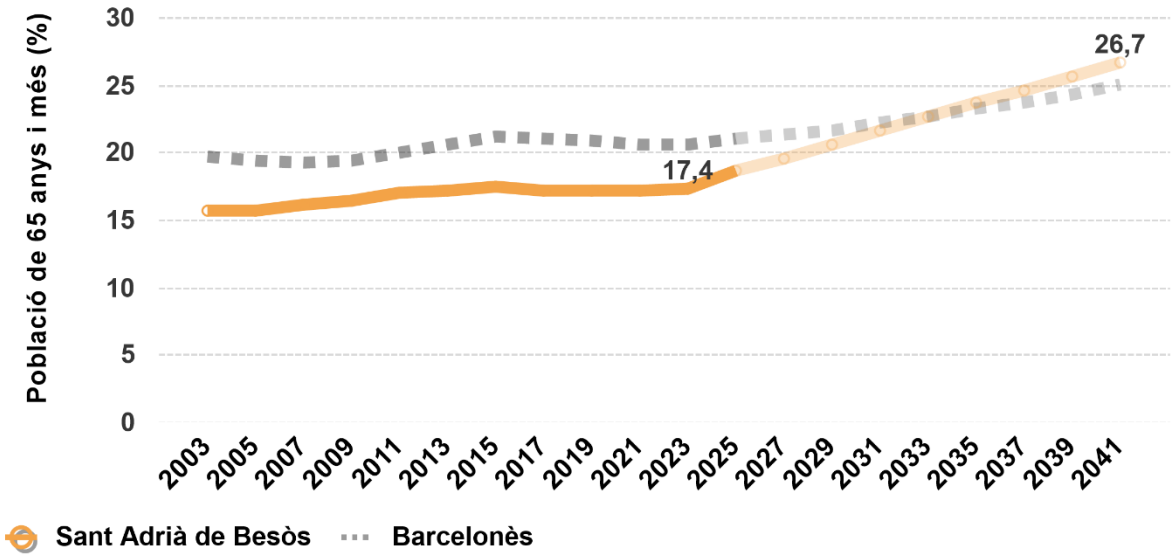
Els indicadors demogràfics mostren, des de fa anys, un **envelliment progressiu** de la població. Aquest envelliment està condicionat per l'evolució de la natalitat, la mortalitat i els moviments migratoris. L'envelliment de la població es reflecteix en un percentatge de població de 65 anys i més cada vegada més gran, i en uns índexs d'envelliment i sobreenvelliment amb tendències també ascendents. **S'estima que l'any 2041 el 27% de la població tindrà més de 65 anys.**

***Fig. 11* | Piràmide poblacional per edat i sexe 2013, 2023 i projecció del 2041**



Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2021. Elaboració pròpia.

Fig. 12 | Evolució anual del percentatge de població envellida (65 anys i més)

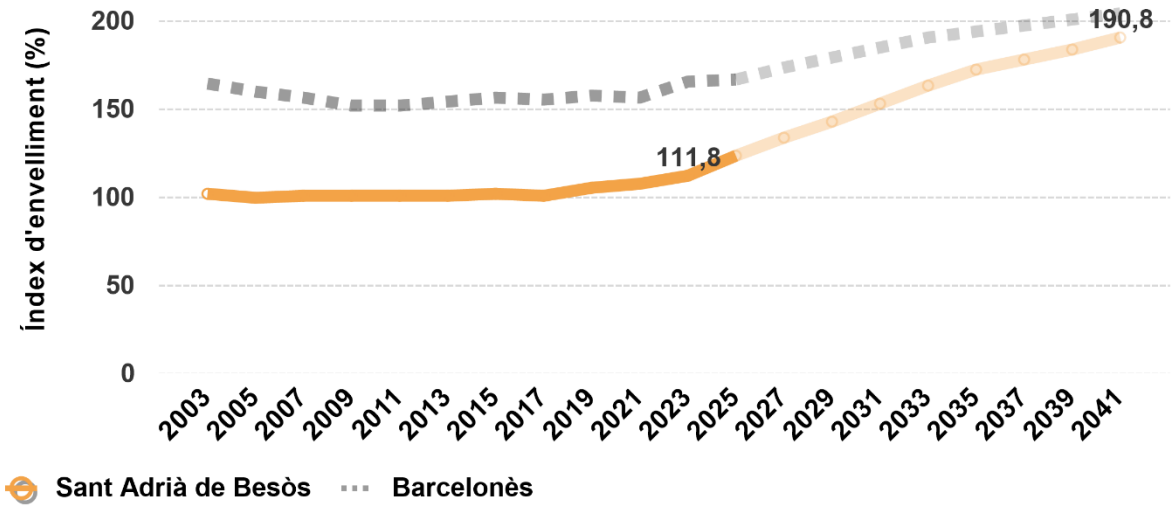


Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2021. Elaboració pròpia.

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

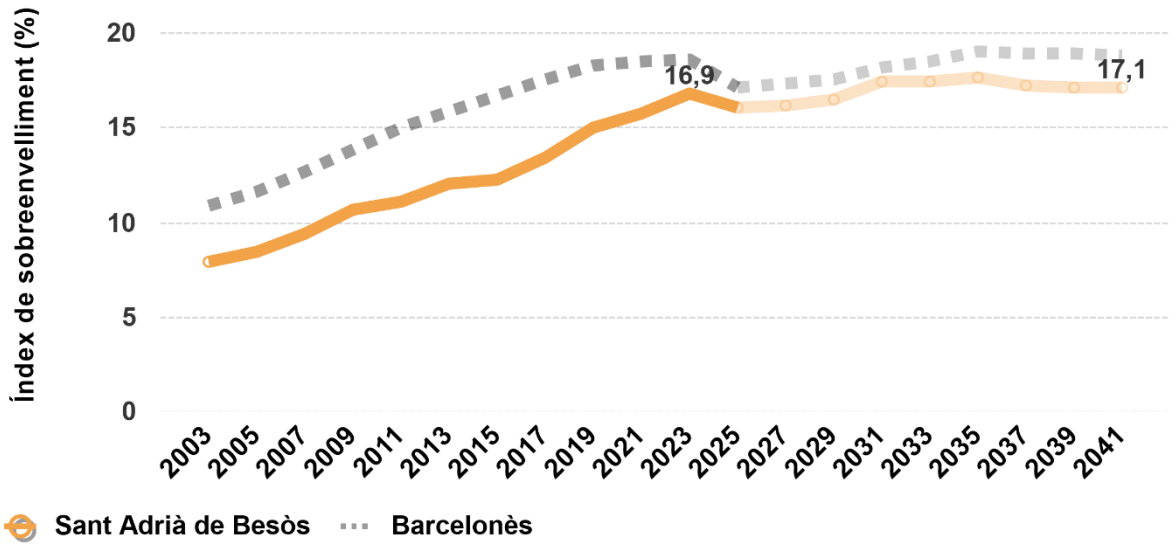
Índex de sobreenvelliment: nombre de persones de 85 anys i més anys per cada 100 persones de 65 anys i més.

Fig. 13 | Evolució anual de l'índex d'envelliment



Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2023. Elaboració pròpia.

***Fig. 14* | Evolució anual de l'índex de sobreenvelliment**

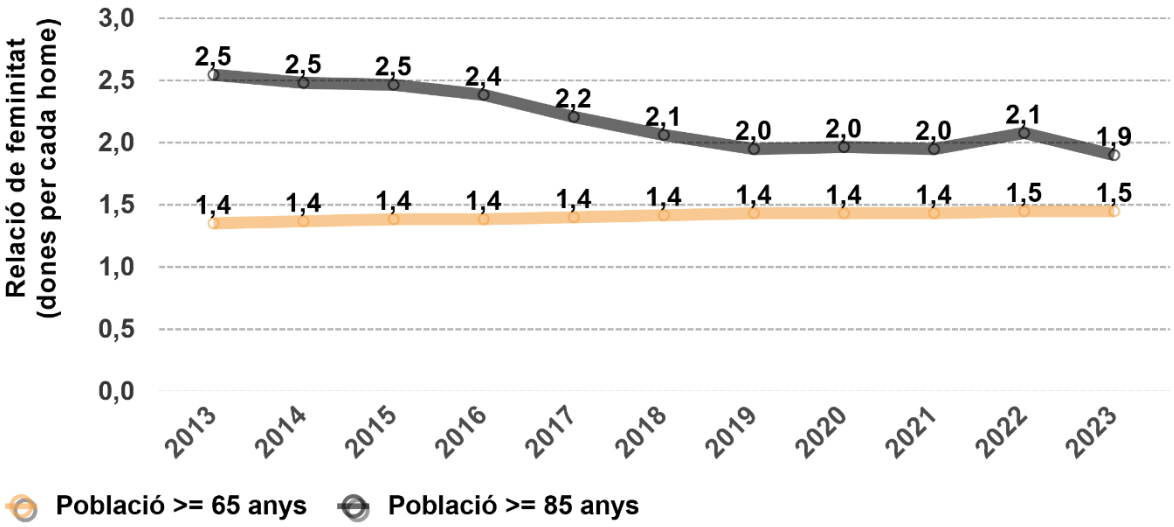


Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2023. Elaboració pròpia.

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. 15* | Evolució anual de la relació de feminitat**

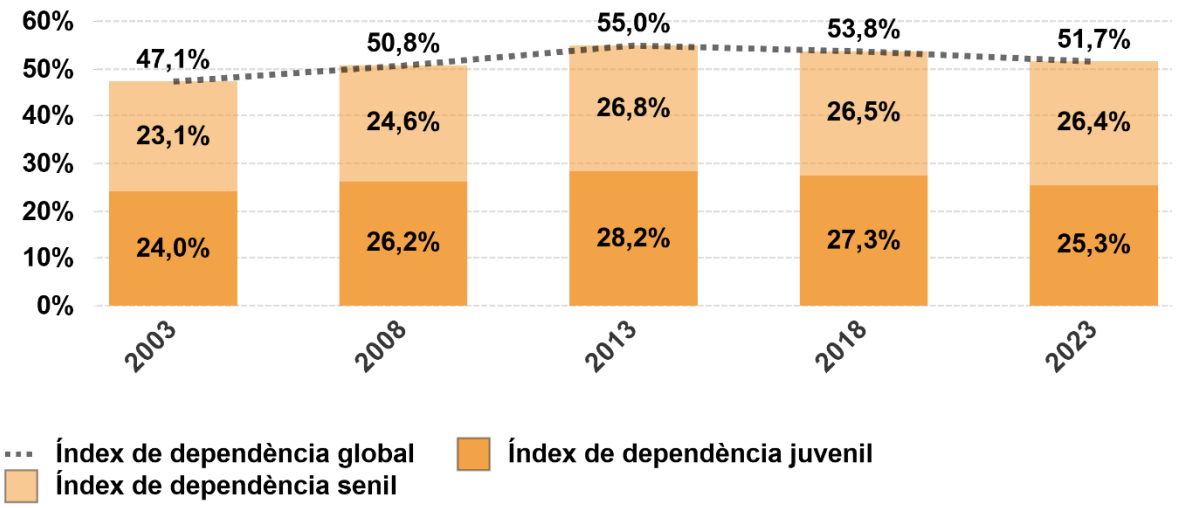


Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

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



Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (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.

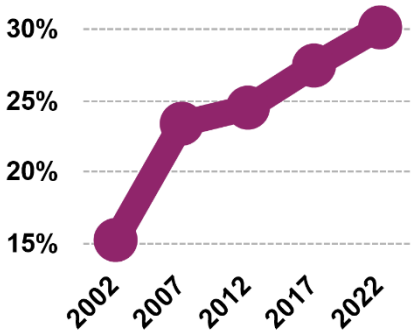
Com a denominadors per al càlcul de taxes s'han utilitzat les següents dades de població:

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: padró fins al 2022 i cens anual a partir del 2023. Font: INE.

Dades destacades de **salut sexual i reproductiva** l'any **2022** a Sant Adrià de Besòs

324

Naixements



Creixement del percentatge de

mares >34 anys

El **31%** de les dones que van ser mares eren de **nacionalitat estrangera**

122

Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

42% de les **IVE** van ser de **repetició**

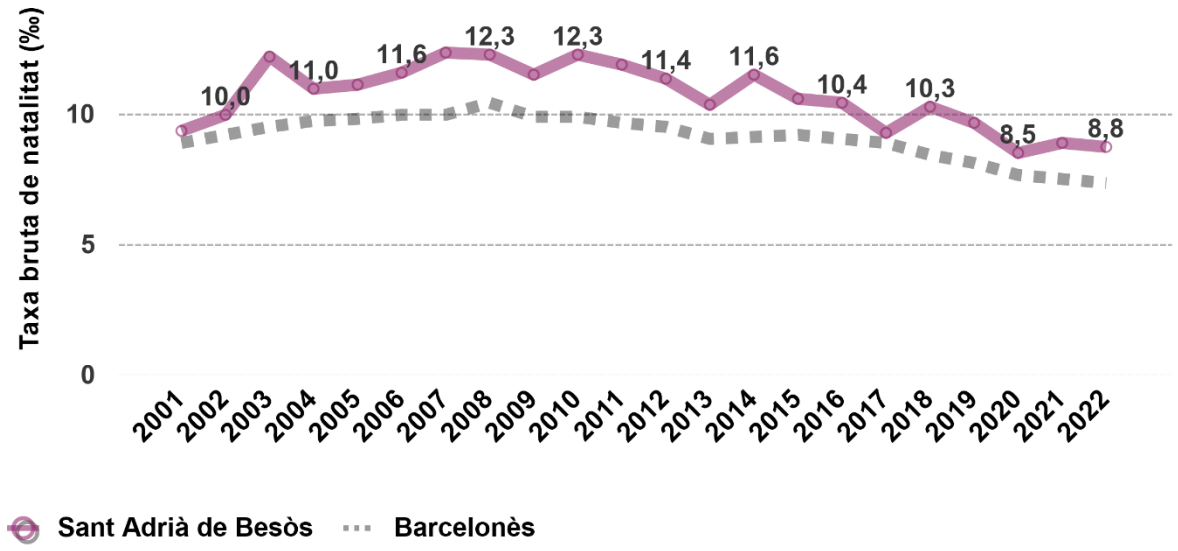
150 nous casos **d'ITS** de declaració obligatòria individualitzada

2.1 NATALITAT

La **taxa bruta de natalitat** el 2022 va ser de **8,8 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. 17* | 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.

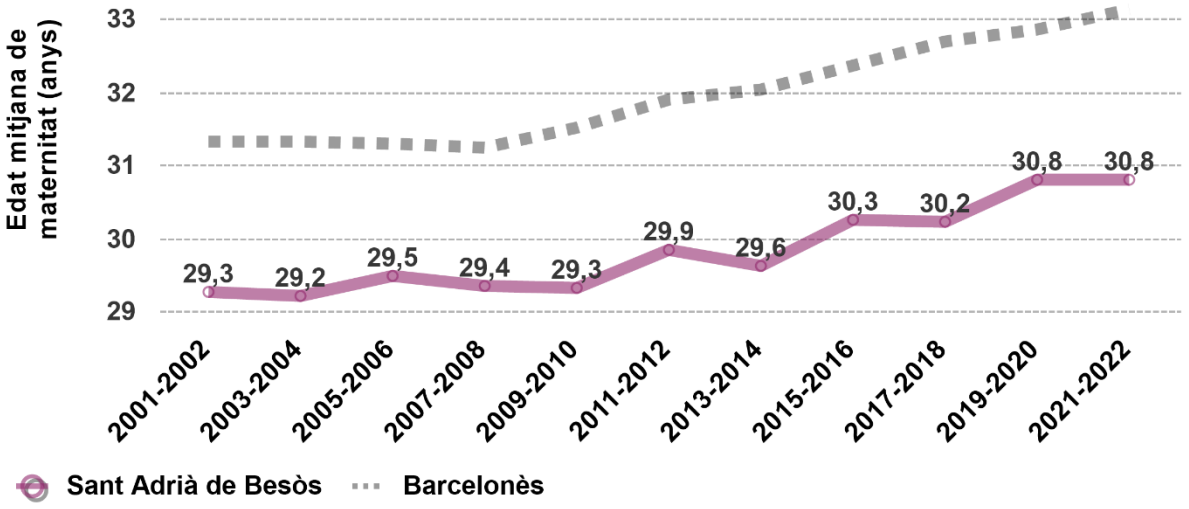
La fertilitat disminueix de forma important a partir dels 35 anys. Això fa que es recorri en moltes ocasions a tractaments de fertilitat. Per induir l'ovulació s'utilitzen tractaments hormonals que poden ocasionar una resposta excessiva dels ovaris, causar danys i, fins i tot, s'ha evidenciat un augment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

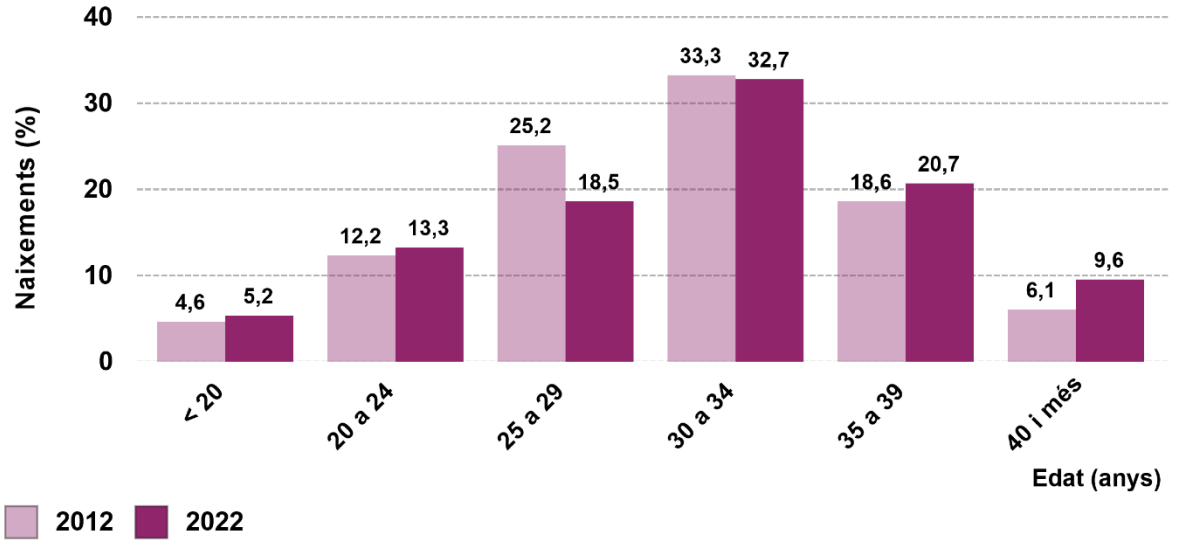
***Fig. 18* | Evolució de l'edat mitjana de maternitat**



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

L'any 2022, el 32,7% de les dones que van ser mares tenien de 30 a 34 anys i el 20,7% de 35 a 39 anys. El 2012 el 33,3% de les dones tenien de 30 a 34 anys i el 25,2% de 25 a 29 anys.

***Fig. 19* | Distribució de naixements segons l'edat de la mare, en dos períodes**

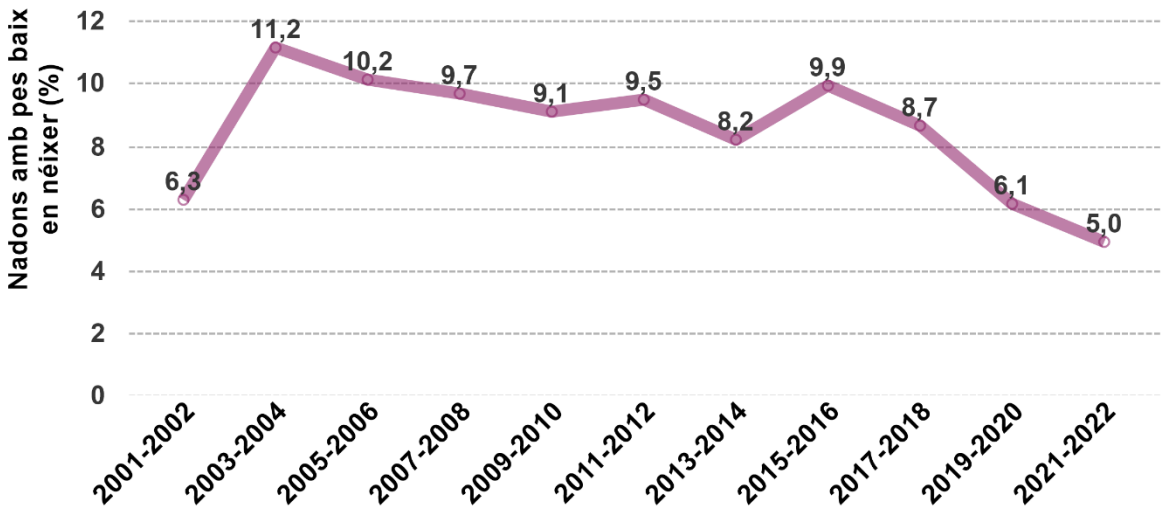


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

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



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

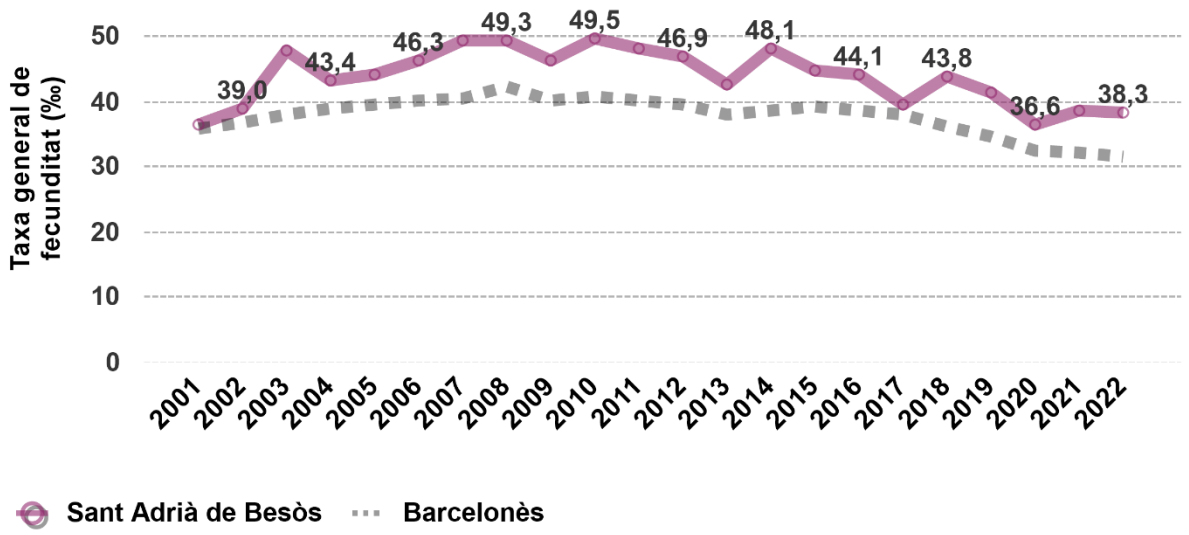
2.2 FECUNDITAT

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.

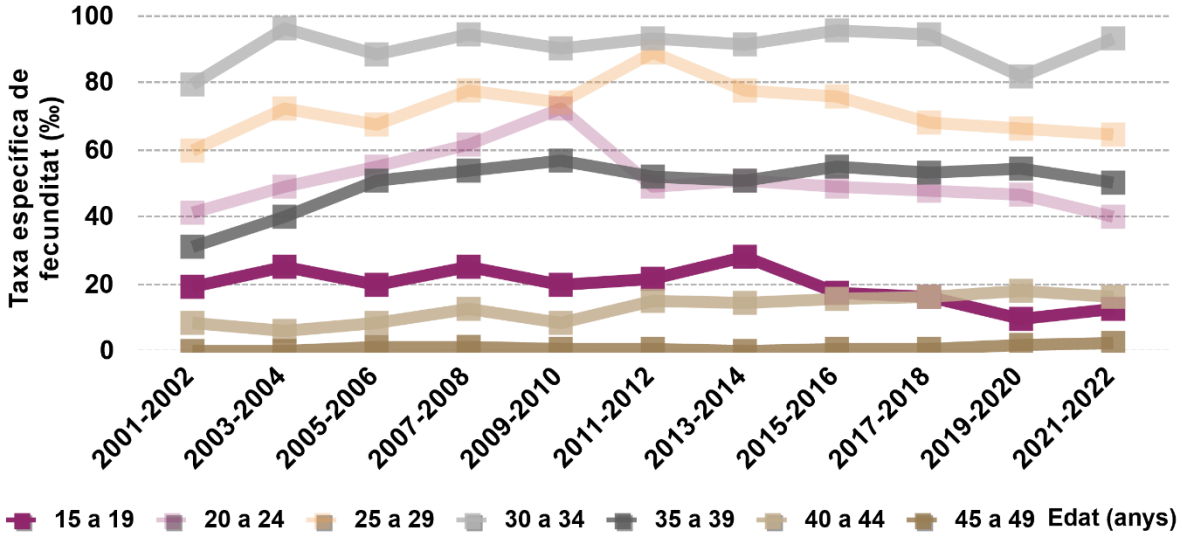
Taxa específica de fecunditat per edat: nombre de naixements d'una població per cada 1.000 dones en edat fèrtil d'un grup d'edat determinat. Permet comparar en quin grup d'edat hi ha més dones que tenen fills i veure l'evolució al llarg del temps.

Fig. 21 | Evolució de la taxa general de fecunditat (dones de 15-49 anys)



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

Fig. 22 | Evolució de les taxes específiques de fecunditat per edat de la mare

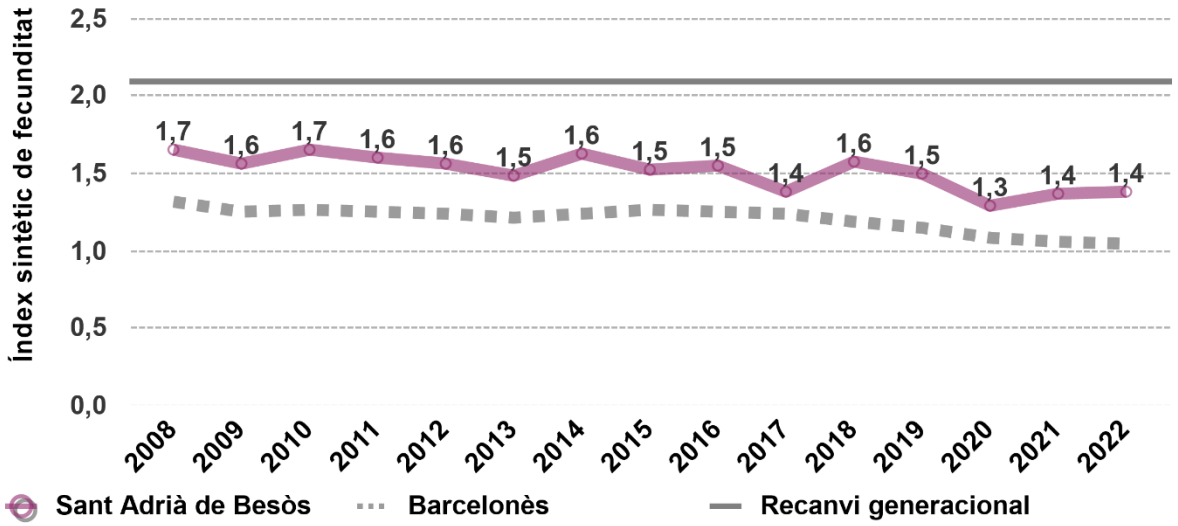


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

.

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 2022 és d'1,4, vol dir que una dona que neixi aquest any es calcula que haurà tingut 1,4 fills als 49 anys. L'ISF hauria de ser superior de 2,1 per garantir el relleu generacional.

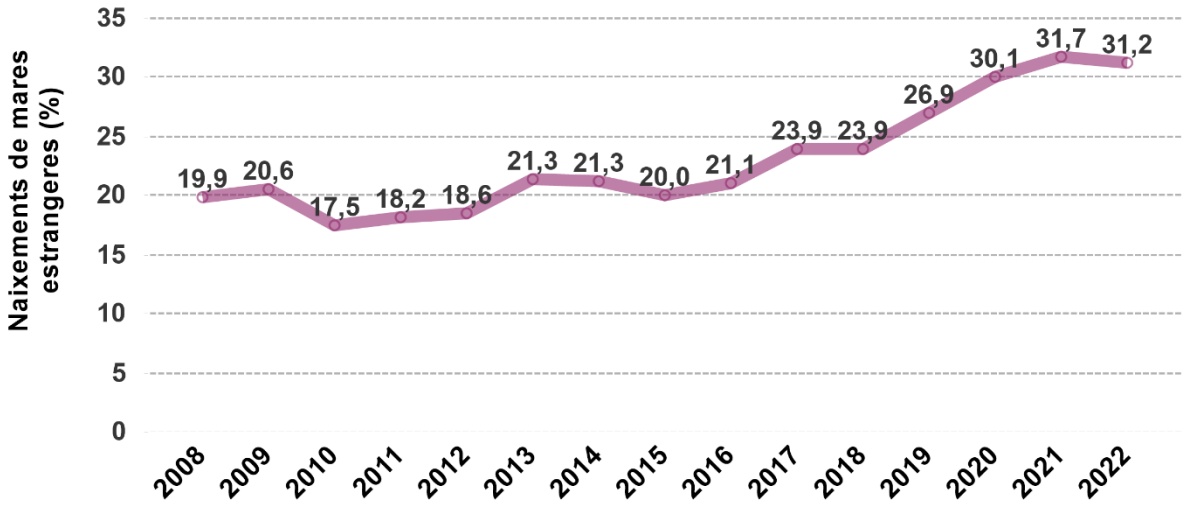
***Fig. 23* | Evolució de l'Índex sintètic de fecunditat**



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

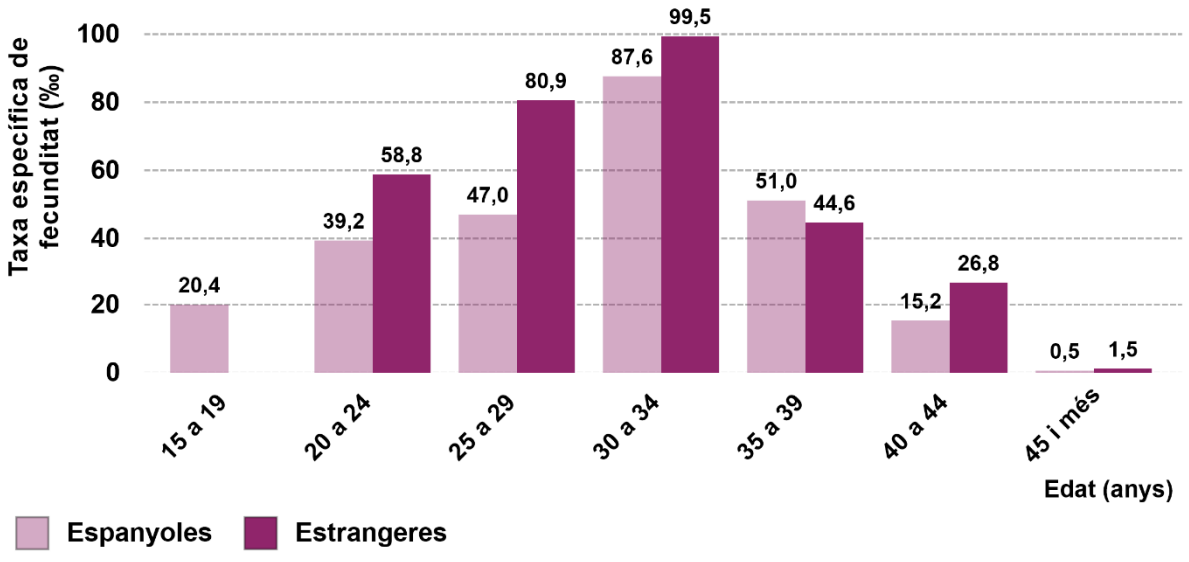
Les dones de nacionalitat estrangera i les dones de nacionalitat espanyola poden tenir comportaments reproductius diferents. Per analitzar aquests comportaments cal avaluar les taxes específiques de naixements en funció de l'origen i l'edat de la mare.

Fig. 24 | Evolució del percentatge de naixements de mares estrangeres



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

Fig. 25 | Distribució de les taxes específiques de fecunditat segons la nacionalitat i l'edat de la mare

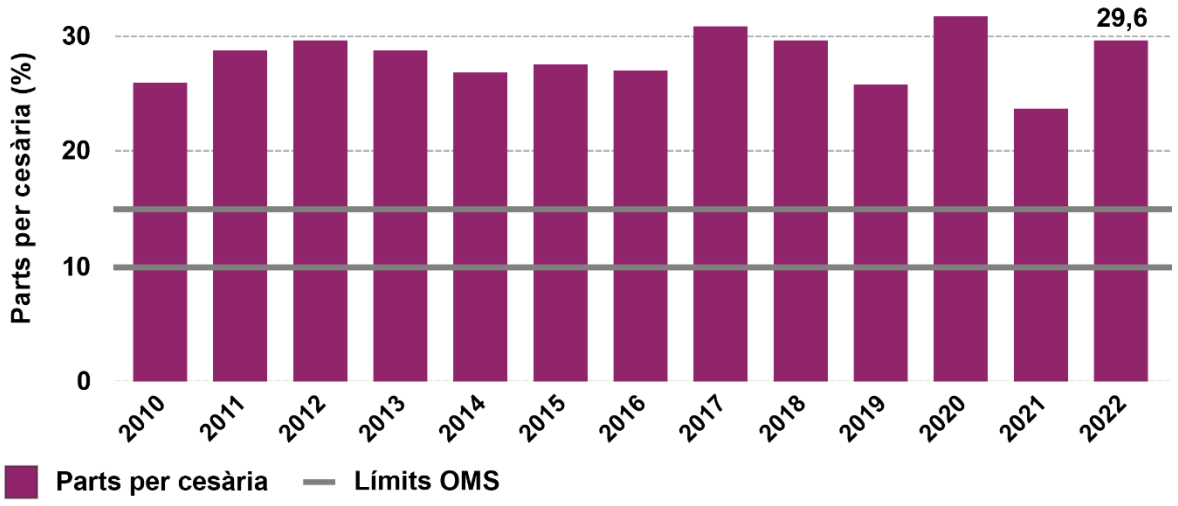


Dades corresponents a 2022.
Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

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. 26 **| Evolució del percentatge de parts per cesària**

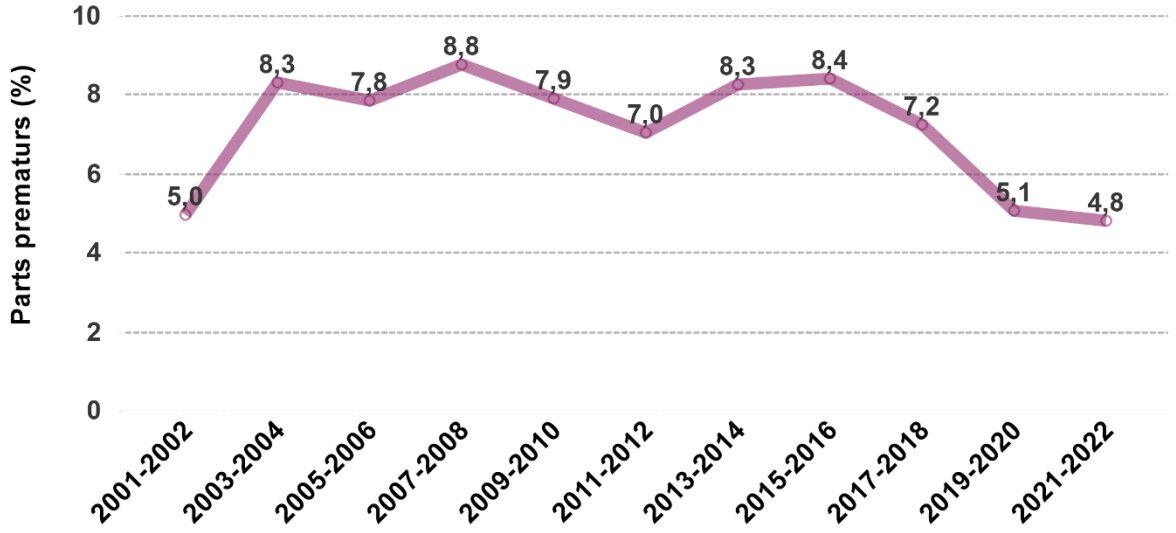


Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

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. 27* | Evolució del percentatge de parts prematurs**

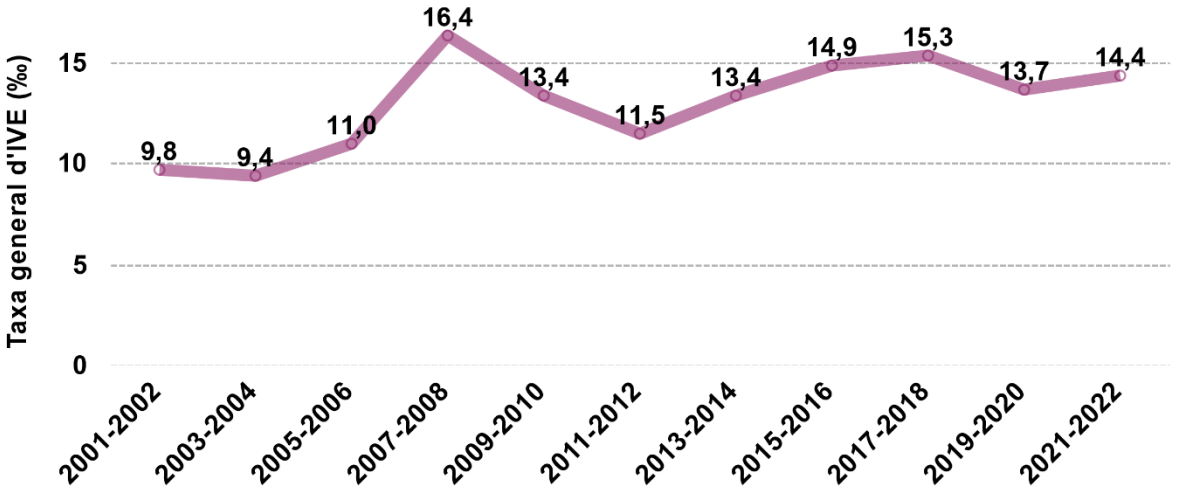


Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

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.

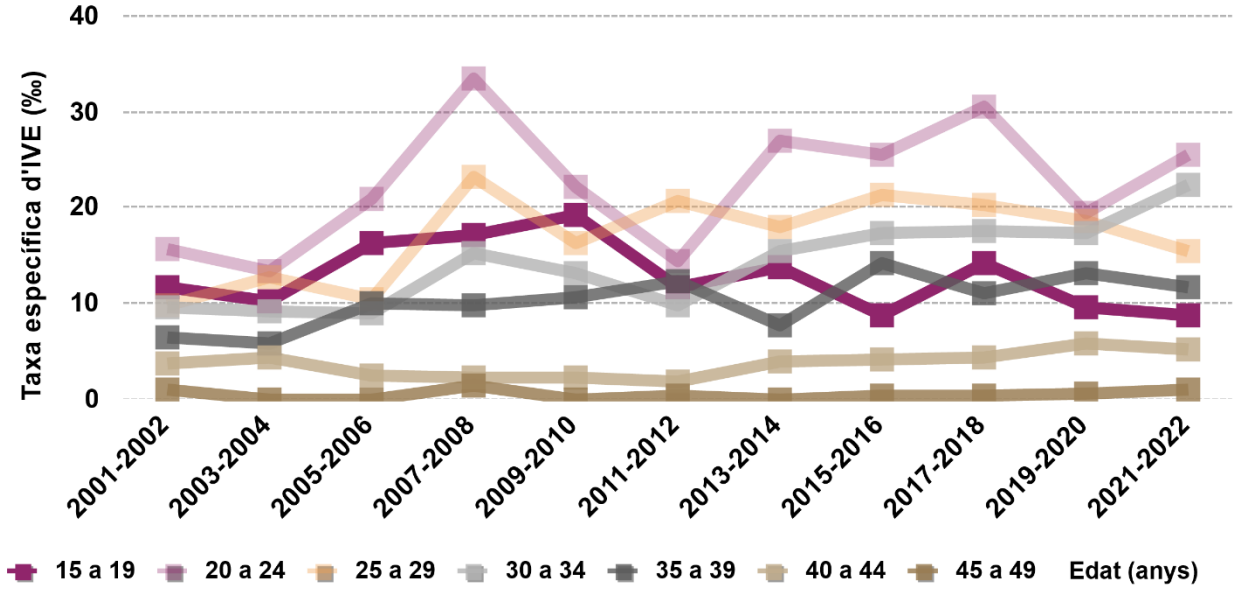
Fig. 28 | Evolució de la taxa general d'IVE (dones de 15-44 anys)



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

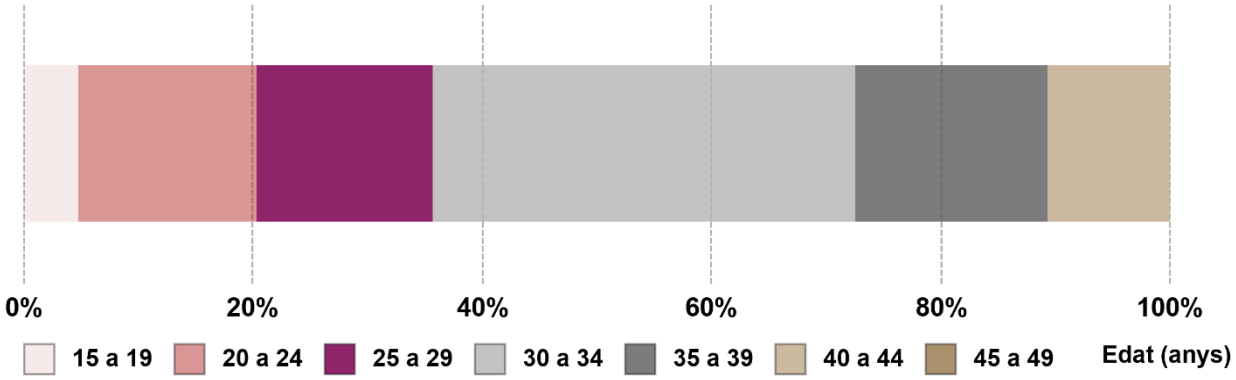


Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

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.

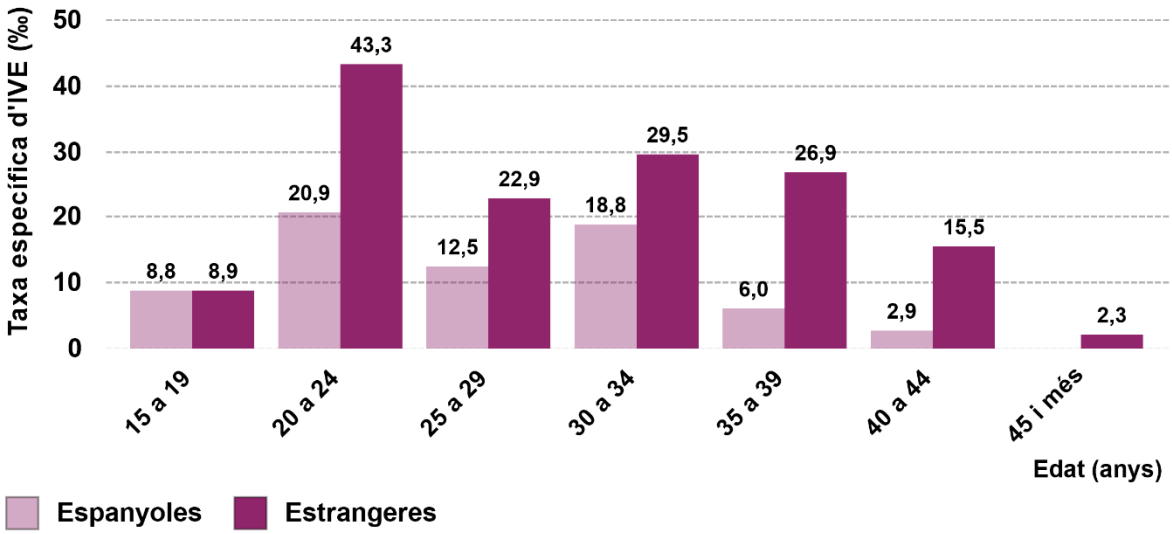
L'any 2022, el 28% dels embarassos va finalitzar amb una IVE i el 42% de les dones que van interrompre l'embaràs, ja havien practicat almenys una altra IVE amb anterioritat.

***Fig. 30* | Distribució d'IVE de repetició per grups edat**



Dades corresponents a 2021-2022.
Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

***Fig. 31* | Distribució de les taxes específiques d'IVE segons la nacionalitat i l'edat de la dona**



Dades corresponents a 2021-2022.
Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

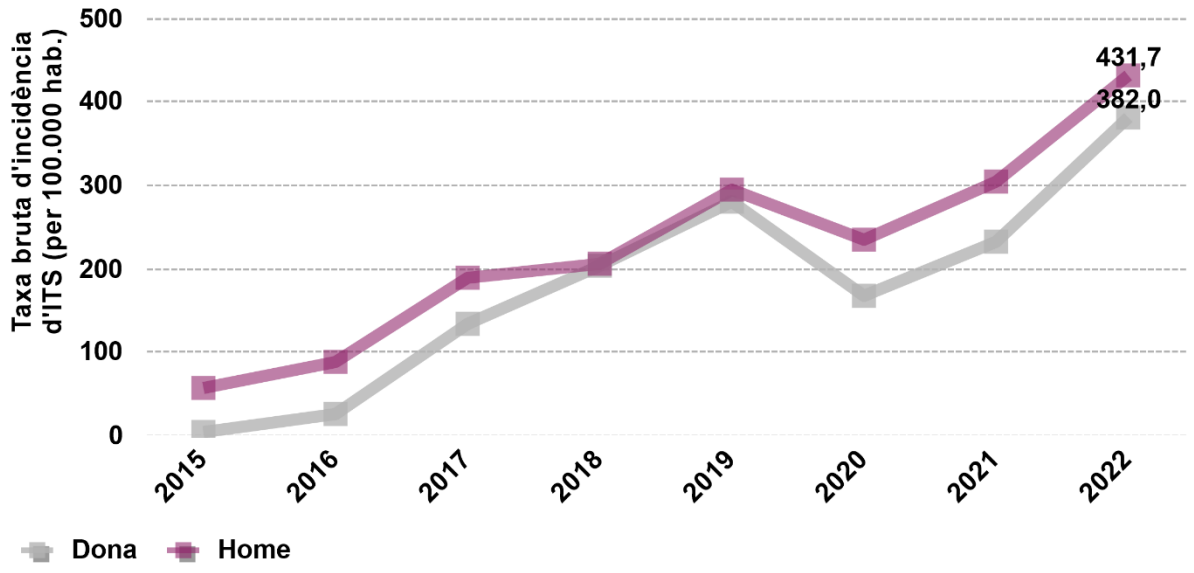
2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són 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. La clamídia, la gonocòccia, la sífilis, el limfogranuloma veneri i el virus de la immunodeficiència humana (VIH) són ITS considerades malalties de declaració obligatòria individualitzada.

Malaltia de declaració obligatòria individualitzada: malaltia transmissible que el metge està obligat a comunicar en ser d'especial importància per a la comunitat. La declaració individualitzada implica que cal notificar determinades dades identificatives de la persona malalta i del metge declarant, als efectes de poder exercir un control adequat de la persona malalta i del seu entorn.

A Sant Adrià de Besòs, l'any 2022 es van notificar 150 casos d'ITS de declaració obligatòria individualitzada. Majoritàriament se'n van diagnosticar de **clamídia** (**80 casos;** 63,7% en dones i 36,3% en homes) i de **gonocòccia** (**56 casos;** 35,7% en dones i 64,3% en homes). Al 2020 s'observa una davallada de casos, possiblement a causa del distanciament social en el context de la pandèmia de la COVID-19. A partir del 2021 es recupera la tendència creixent dels darrers anys.

Fig. 32 **| Evolució de la taxa d'incidència de les ITS de declaració obligatòria individualitzada segons el sexe**



Font: Registre d'ITS del CEEISCAT. Elaboració pròpia.
Nota: Es representen de forma agregada les taxes d'incidència de clamídia, gonocòccia, sífilis, limfogranuloma veneri i VIH.

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».

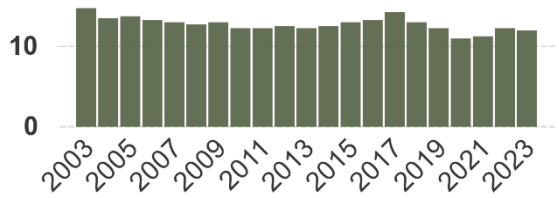
Com a denominadors per al càlcul de taxes de morbiditat s'han utilitzat les dades de població següents:

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: padró fins al 2022 i cens anual a partir del 2023. Font: INE.

Dades destacades de **morbiditat** l'any **2023** a Sant Adrià de Besòs

4.576 ingressos HOSPITALARIS

52,1% DE LES PERSONES **INGRESSADES** VAN SER **DONES**



NOMBRE D'INGRESSOS PER CADA 100 HABITANTS

60,5 anys

edat mitjana

1.656

CIRURGIES

MAJORS

AMBULATÒRIES

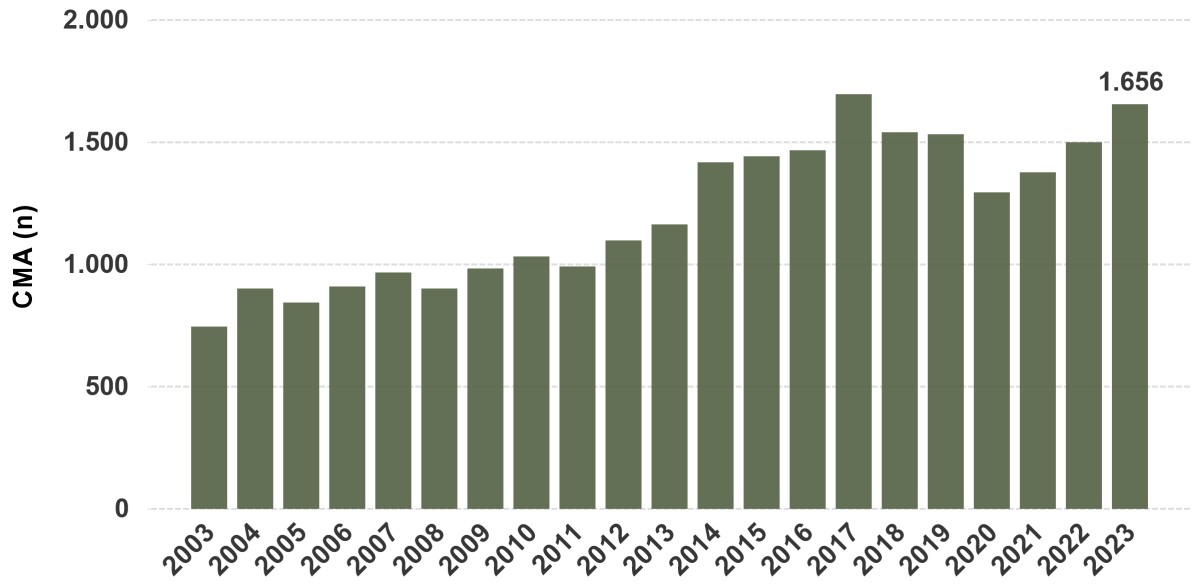
SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA D'HOSPITALITZACIÓ	SEXE	CAUSES D'HOSPITALITZACIÓ PER ORDRE DE FREQÜÈNCIA
♀	Malalties de l'aparell respiratori	♀	Altres trastorns de l'aparell urinari Fractura de fèmur Insuficiència cardíaca Artrosi de genoll
♂	Malalties de l'aparell respiratori	♂	Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica Pneumònia causada per microorganismes no especificats Altres trastorns de l'aparell urinari Neoplàsia maligna de bufeta urinària

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.

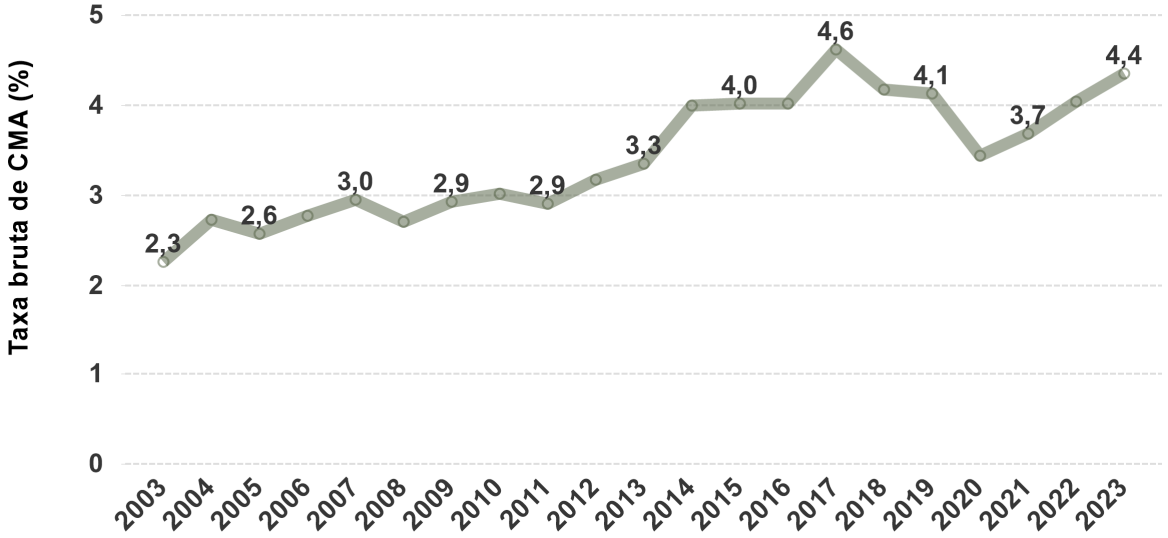
El 2023, es van fer **1.656 CMA**, el **53,8% en dones** i el **46,2% en homes**. La mitjana d'edat dels pacients que es van sotmetre a aquest tipus d'intervenció va ser de **58,7 anys**, i el principal motiu d'intervenció van ser els **trastorns del cristal·lí**.

***Fig. 33* | Evolució del nombre de cirurgies majors ambulatòries**



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

Fig. 34 | Evolució de la taxa bruta de cirurgies majors ambulatòries

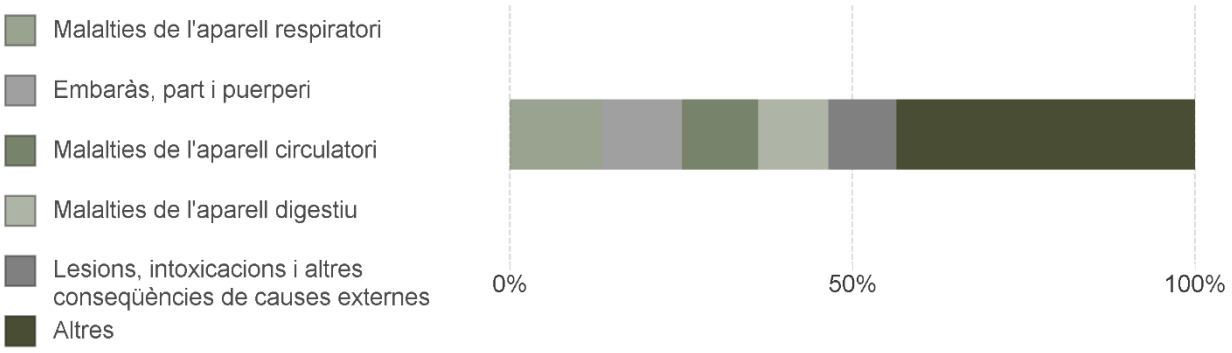


Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

3.2 HOSPITALITZACIONS

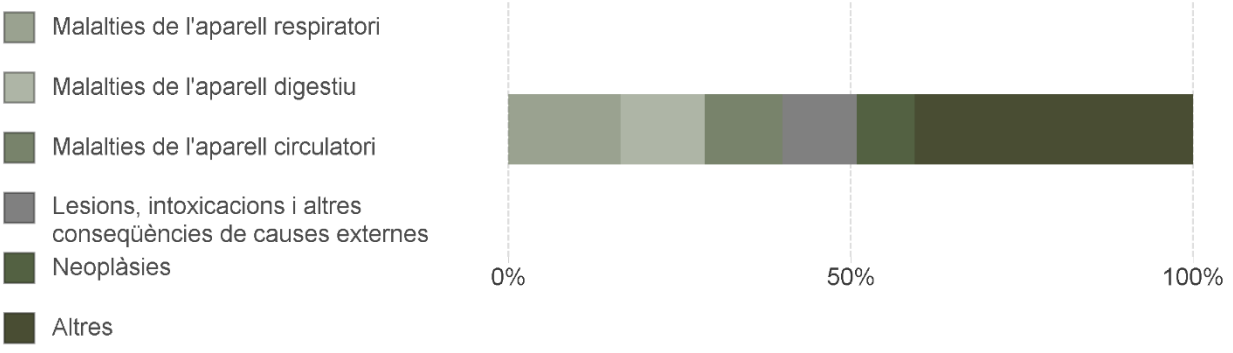
El 2023 es van comptabilitzar **4.576 ingressos** hospitalaris (**2.385 dones** i **2.191 homes**). L'**edat mitjana** dels pacients ingressats va ser de **60,0 anys** en el cas de les **dones**, i de **61,1 anys** en el cas dels **homes**. Les principals grans **causes d'hospitalització** van ser **malalties de l'aparell respiratori** tant en dones com en homes.

Fig. 35 | Principals causes d'ingrés en dones



Dades corresponents a 2023.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 36 | Principals causes d'ingrés en homes



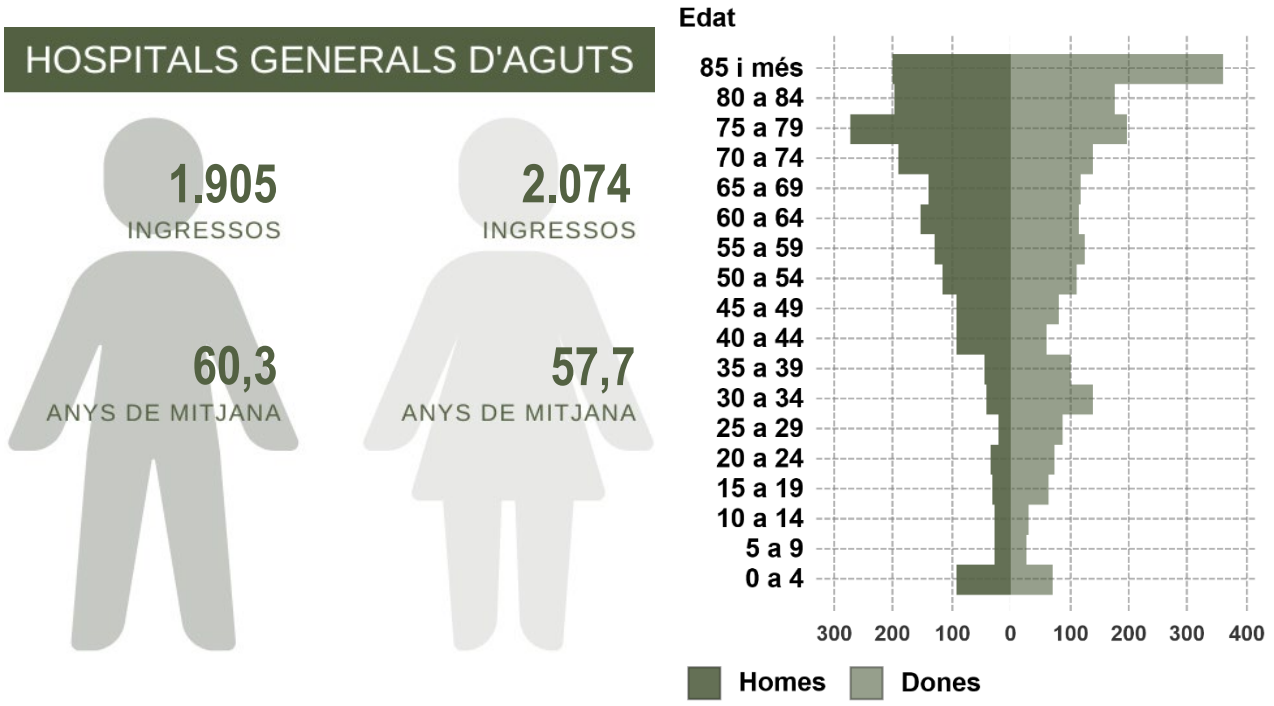
Dades corresponents a 2023.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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.

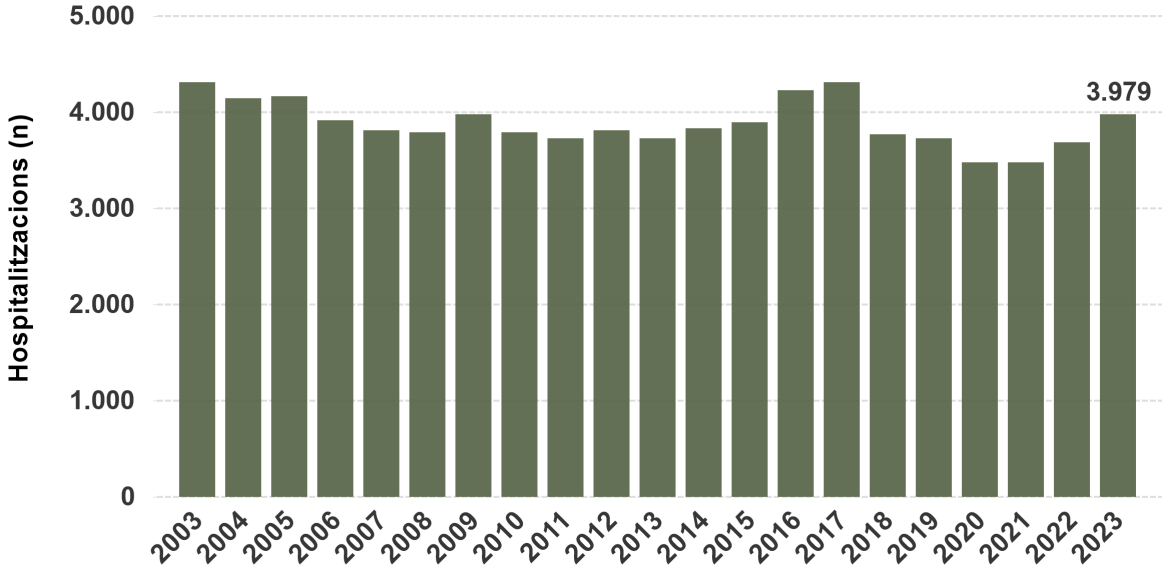
3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés

Hospitals generals d'aguts



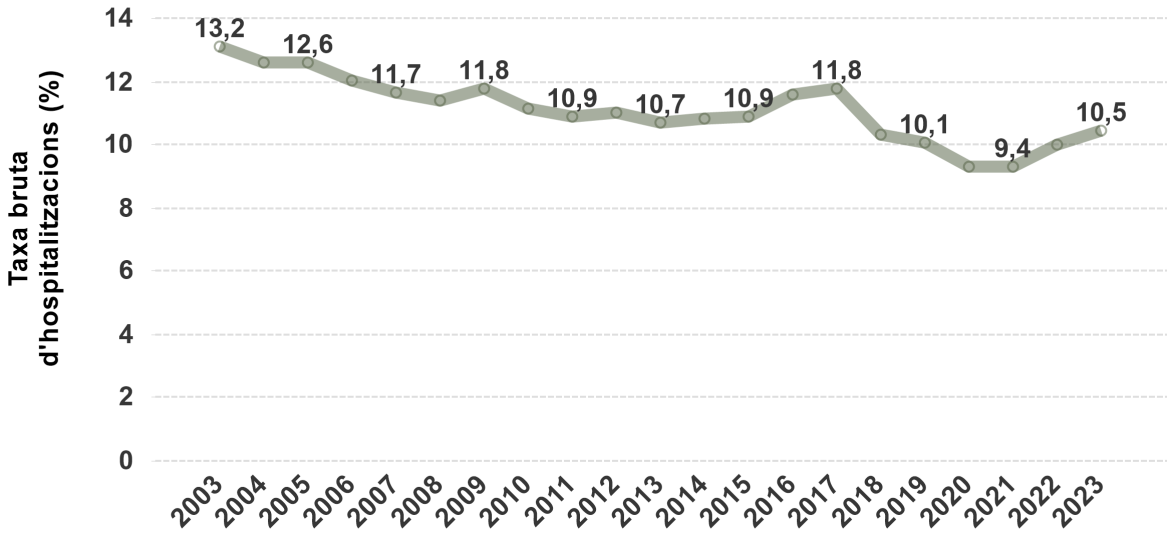
Dades corresponents a 2023.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 37 | Evolució del nombre d'ingressos en hospitals generals d'aguts



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

Fig. 38 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en hospitals generals d'aguts



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

Fig. 39 | Principals causes d'ingrés en hospitals generals d'aguts

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	129	3,2%
Colelitiasi	88	2,2%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	83	2,1%
Altres	**3.679**	**92,5%**
Total	**3.979**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Colelitiasi	52	2,5%
Artrosi de genoll	47	2,3%
Embaràs prolongat	44	2,1%
Altres	**1.931**	**93,1%**
Total	**2.074**	**100,0%**

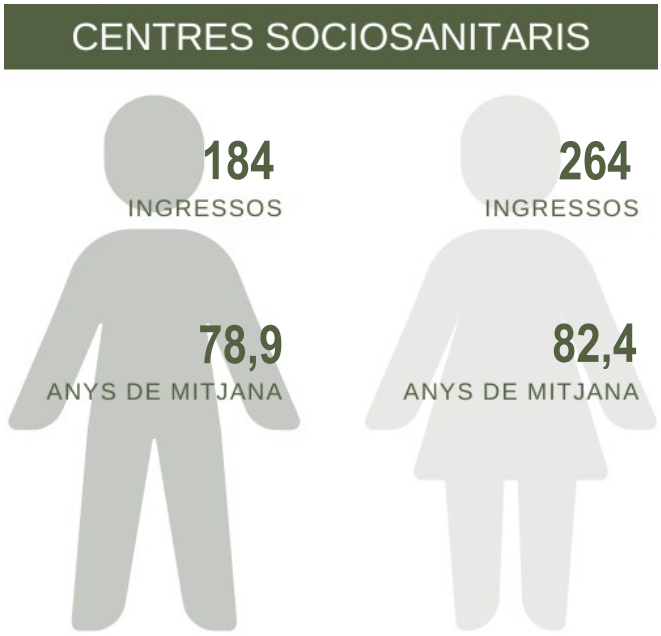
Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

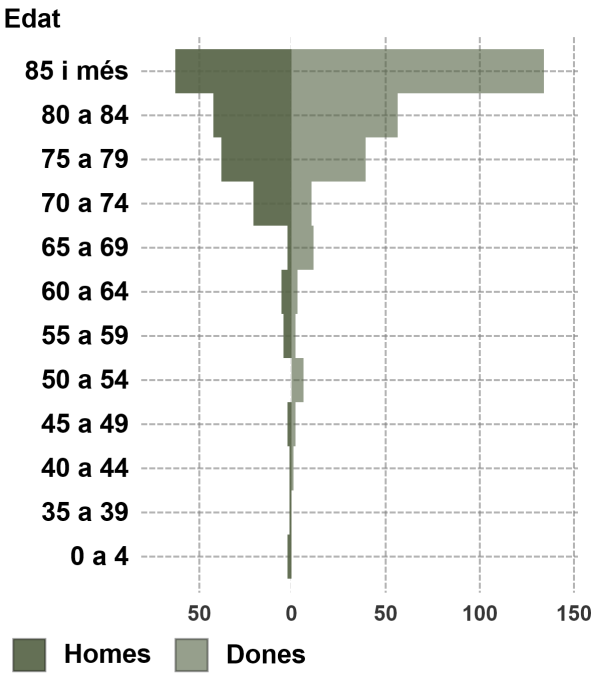
Fig. 41 | Principals causes d'ingrés en hospitals generals d'aguts en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	87	4,6%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	51	2,7%
Altres trastorns de l'aparell urinari	38	2,0%
Altres	**1.729**	**90,8%**
Total	**1.905**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

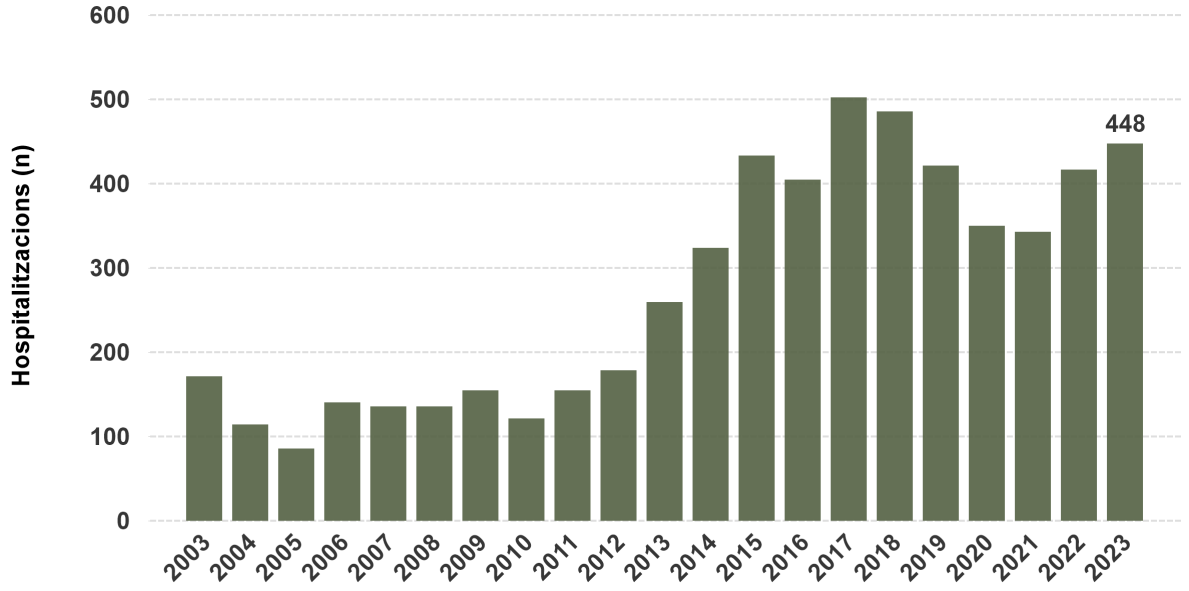
Centres sociosanitaris





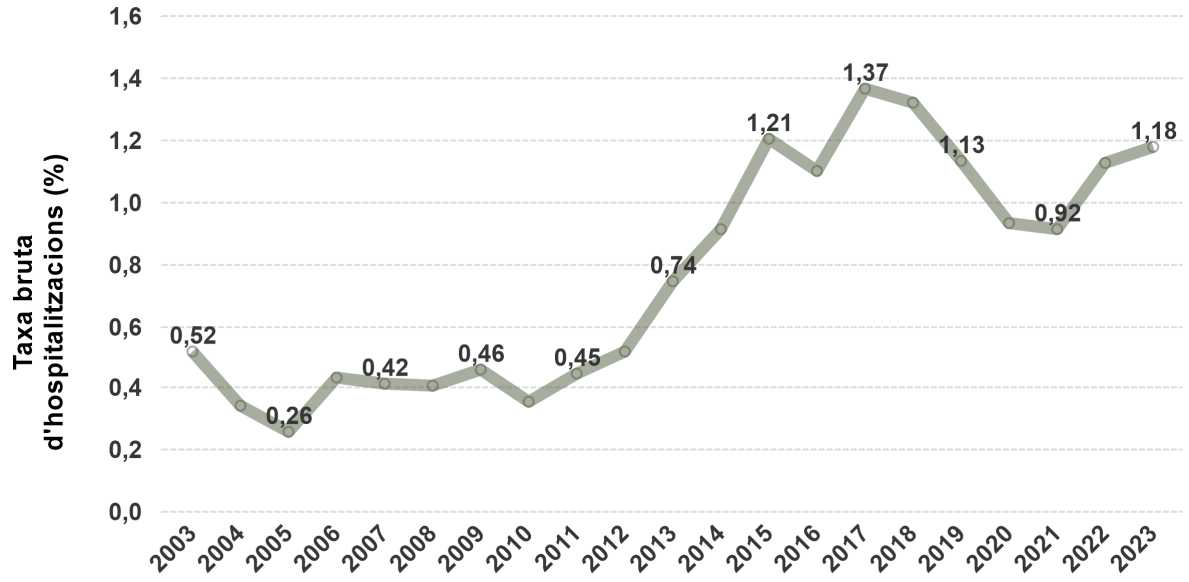
Dades corresponents a 2023.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 42 | Evolució del nombre d'ingressos en centres sociosanitaris



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

Fig. 43 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en centres sociosanitaris



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

Fig. 44 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	29	6,5%
Altres trastorns de l'aparell urinari	28	6,3%
Fractura de fèmur	25	5,6%
Altres	**366**	**81,7%**
Total	**448**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	23	8,7%
Altres trastorns de l'aparell urinari	18	6,8%
Lesió de regió corporal no especificada	17	6,4%
Altres	**206**	**78,0%**
Total	**264**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. 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 homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Fractura de fèmur	11	6,0%
Altres trastorns de l'aparell urinari	10	5,4%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	8	4,3%
Altres	**155**	**84,2%**
Total	**184**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-RSS del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

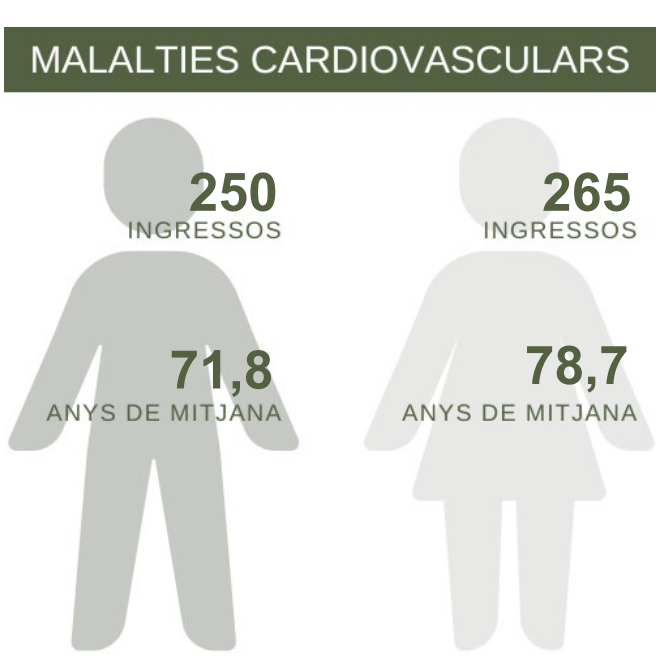
3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés

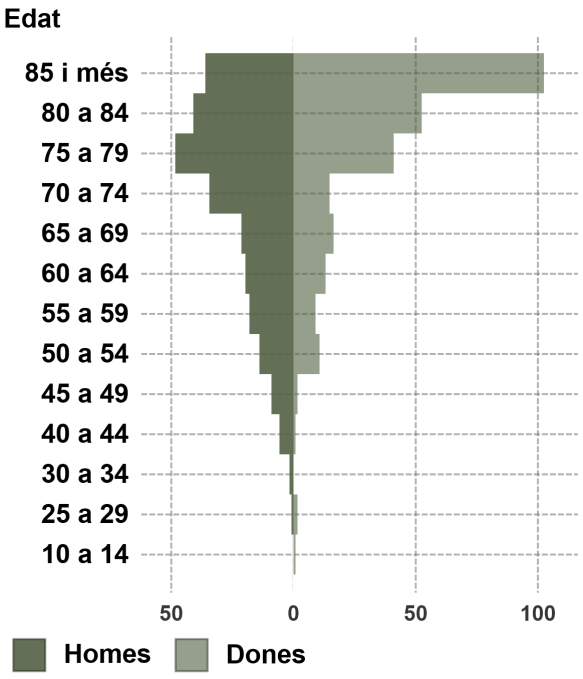
Malalties cardiovasculars

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.

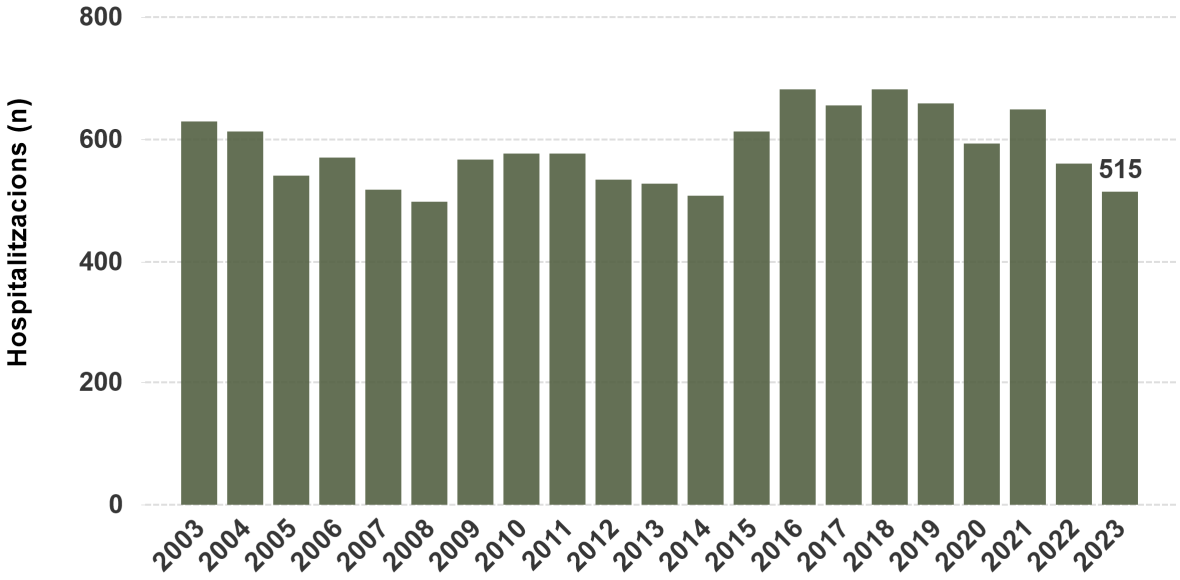
L'any 2023, el **11,3%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal una **malaltia cardiovascular** (**515 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia cardiovascular va ser de **75,3 anys**. Tant les **dones** (**51,5%** de les hospitalitzacions) com els **homes** (**48,5%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **insuficiència cardíaca**.





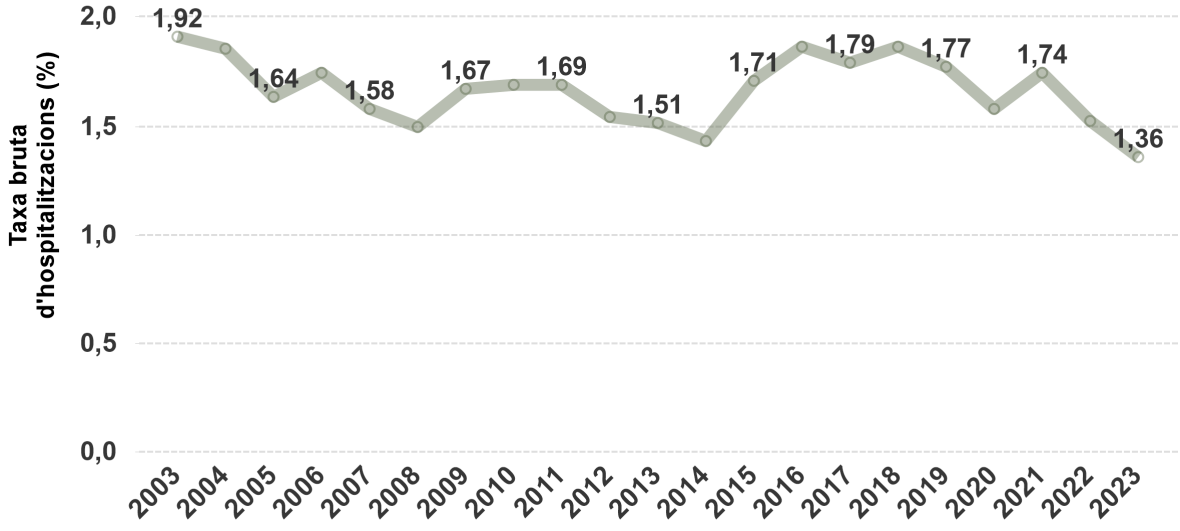
Dades corresponents a 2023.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 47 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties cardiovasculars



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

Fig. 48 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties cardiovasculars



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

Fig. 49 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	93	18,1%
Infart cerebral	49	9,5%
Cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	48	9,3%
Altres	**325**	**63,1%**
Total	**515**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	57	21,5%
Cardiopatia hipertensiva	29	10,9%
Infart cerebral	28	10,6%
Altres	**151**	**57,0%**
Total	**265**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. 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 homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Insuficiència cardíaca	36	14,4%
Infart agut de miocardi	31	12,4%
Cardiopatia hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	22	8,8%
Altres	**161**	**64,4%**
Total	**250**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

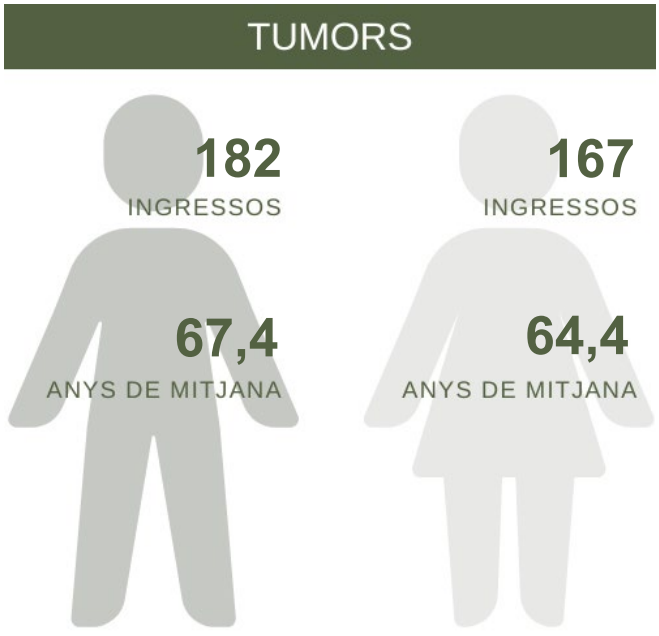
Tumors

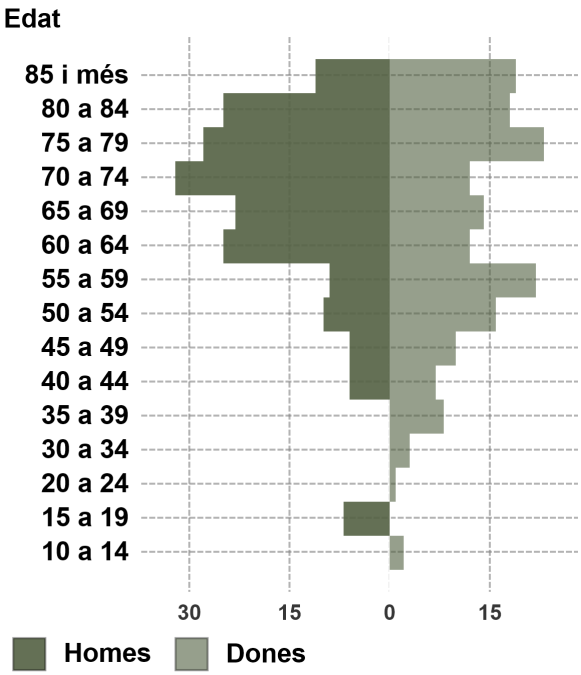


Segons l'OMS, fins a un terç de les defuncions per **càncer** estan lligades a hàbits i comportaments no saludables com ara el consum de tabac, un índex elevat de massa corporal, el consum d'alcohol, una ingesta baixa de fruites i verdures i la manca d'activitat física. A banda, cal tenir presents altres 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**.

Segons el Pla contra en càncer de Catalunya 2022-2026, la incidència de tumors entre els 35 i els 64 anys s'ha estabilitzat o ha disminuït en la majoria de tumors. No obstant, el nombre total de casos va en augment, bàsicament degut a l'augment de casos en la població de més de 65 anys.

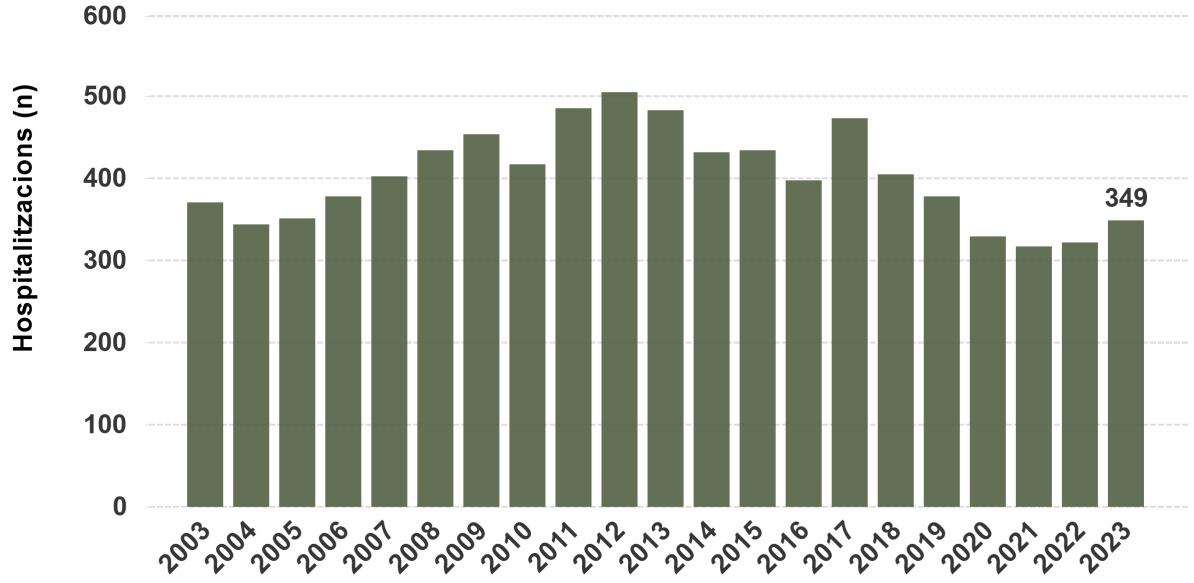
L'any 2023, el **7,6%** de les **hospitalitzacions** de residents a Sant Adrià de Besòs va tenir com a causa principal els **tumors** (**349 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per **tumors** va ser de **66,0 anys**. Les **dones** (**47,9%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **neoplàsia maligna de mama**, mentre que els **homes** (**52,1%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **neoplàsia maligna de bufeta urinària**.





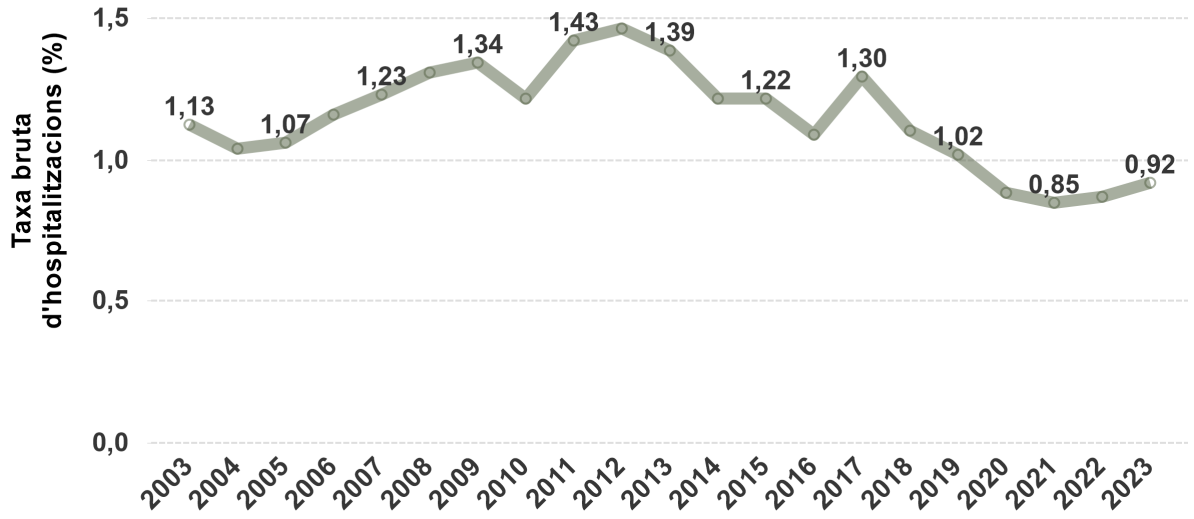
Dades corresponents a 2023.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 52 | Evolució del nombre d'ingressos per tumors



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

Fig. 53 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per tumors



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

Fig. 54 | Principals causes d'ingrés per tumors

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	46	13,2%
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	43	12,3%
Neoplàsia maligna de còlon	28	8,0%
Altres	**232**	**66,5%**
Total	**349**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Fig. 55 | Principals causes d'ingrés per tumors en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de mama	21	12,6%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	19	11,4%
Liomioma uterí	17	10,2%
Altres	**110**	**65,9%**
Total	**167**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. 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 homes

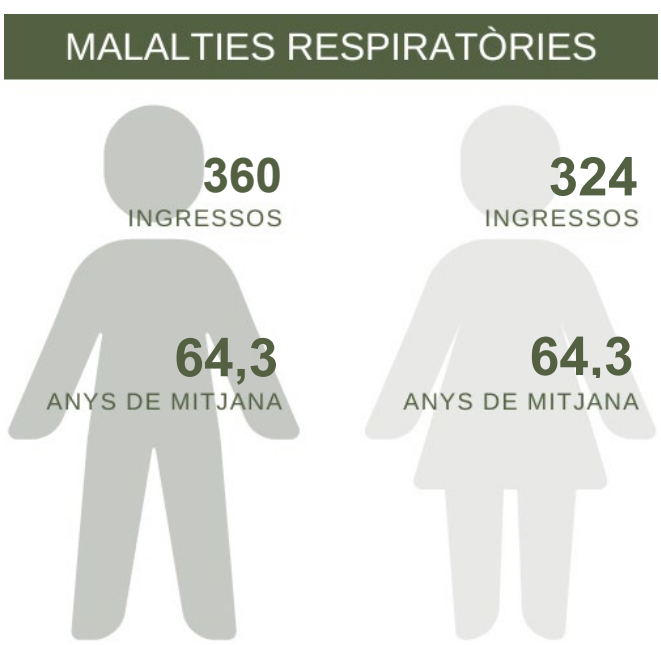
Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	40	22,0%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	27	14,8%
Neoplàsia maligna de còlon	13	7,1%
Altres	**102**	**56,0%**
Total	**182**	**100,0%**

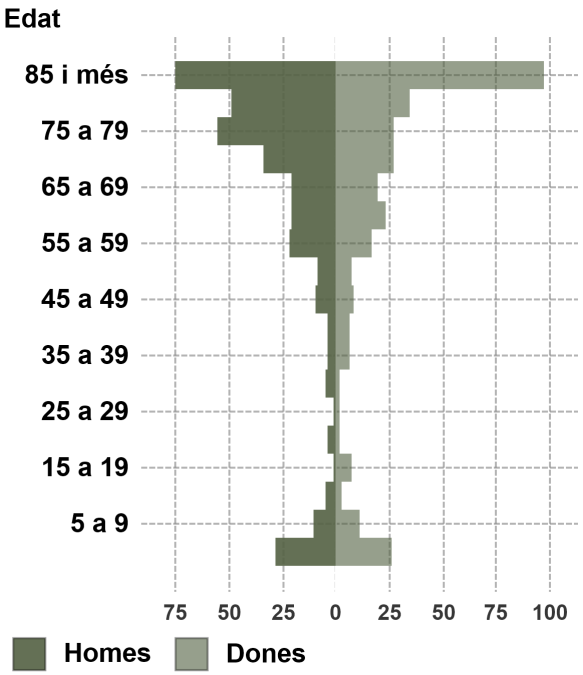
Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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. L'any 2022 el nombre d'ingressos per malalties respiratòries va augmentar respecte l'any anterior.

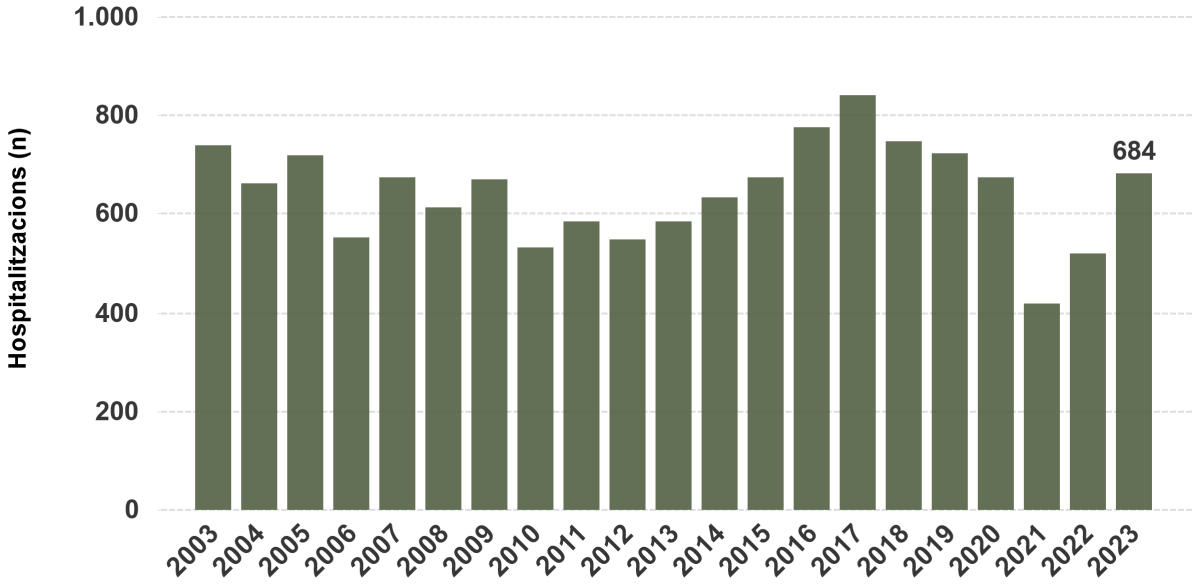
L'any 2023, el **14,9%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal una **malaltia respiratòria (684 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia respiratòria va ser de **64,3 anys**. Les **dones** (**47,4%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **bronquitis aguda**, mentre que els **homes** (**52,6%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica**.





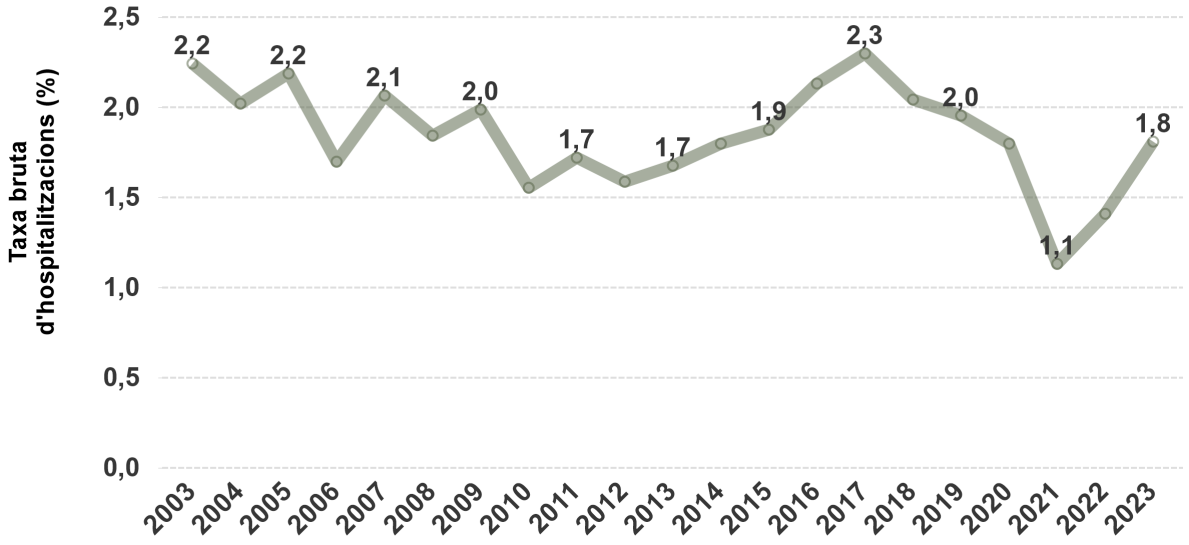
Dades corresponents a 2023.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 57 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties respiratòries



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

Fig. 58 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties respiratòries



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

Fig. 59 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	139	20,3%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	89	13,0%
Bronquitis aguda	70	10,2%
Altres	**386**	**56,4%**
Total	**684**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Bronquitis aguda	46	14,2%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	44	13,6%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	37	11,4%
Altres	**197**	**60,8%**
Total	**324**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. 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 homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	95	26,4%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	52	14,4%
Grip causada per altres virus de la grip identificats	27	7,5%
Altres	**186**	**51,7%**
Total	**360**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. 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.

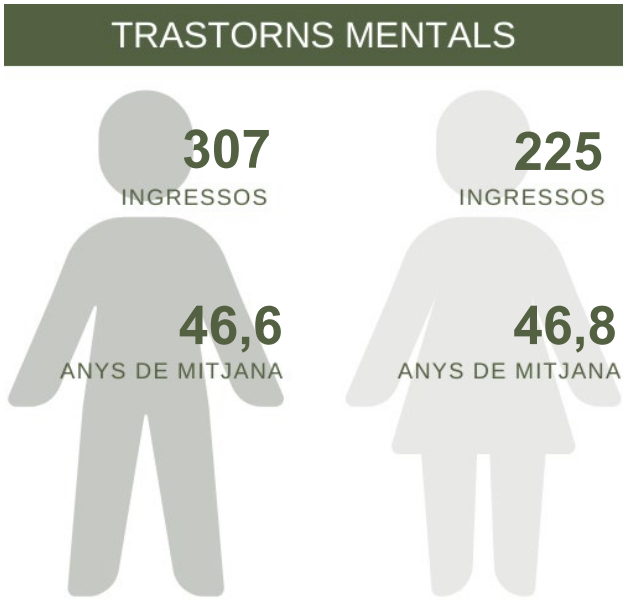
Per ajudar a conèixer l'estat de la salut mental a Sant Adrià de Besòs, en aquest apartat s'exposen indicadors d'assistència sanitària per trastorns mentals en l'àmbit hospitalari i en centres ambulatoris especialitzats.

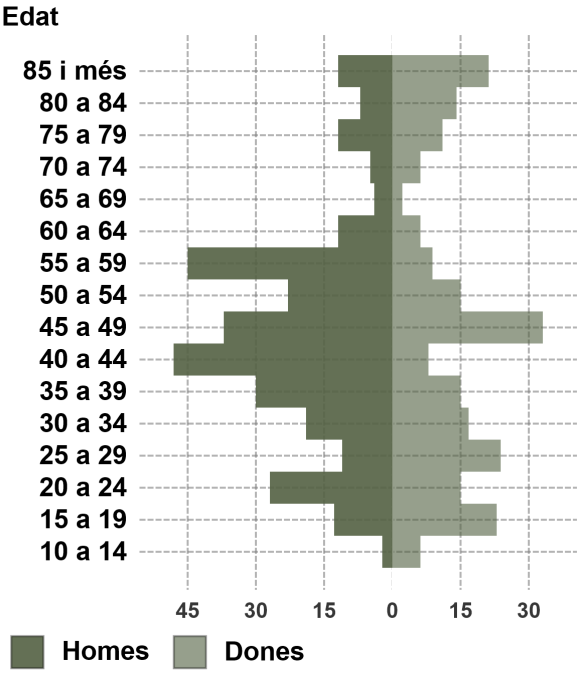
Els serveis d'**hospitalització** de **salut mental** són els serveis orientats a les persones que, voluntàriament o involuntàriament, necessiten un període perllongat d'hospitalització per garantir la seva reinserció en la comunitat en condicions d'estabilitat clínica. Es tracta de persones amb símptomes 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

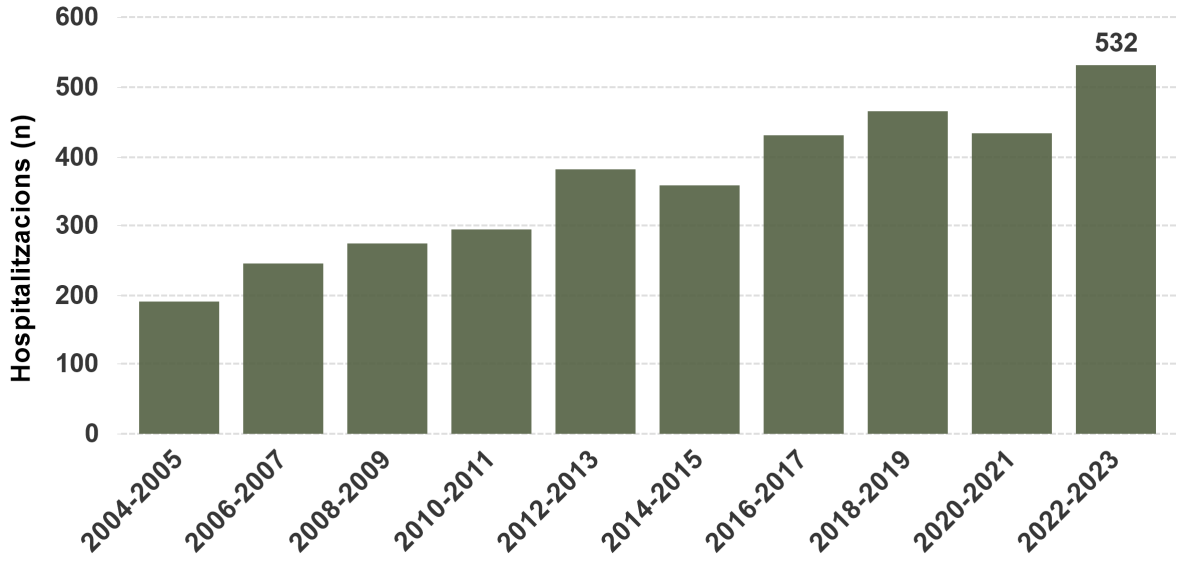
En l'últim bienni, 2022-2023, el **5,9%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal un **trastorn mental** (**532 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per trastorn mental va ser de **46,7 anys**. Les **dones** (**42,3%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **trastorns de la personalitat específics**, mentre que els **homes** (**57,7%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **esquizofrènia**.





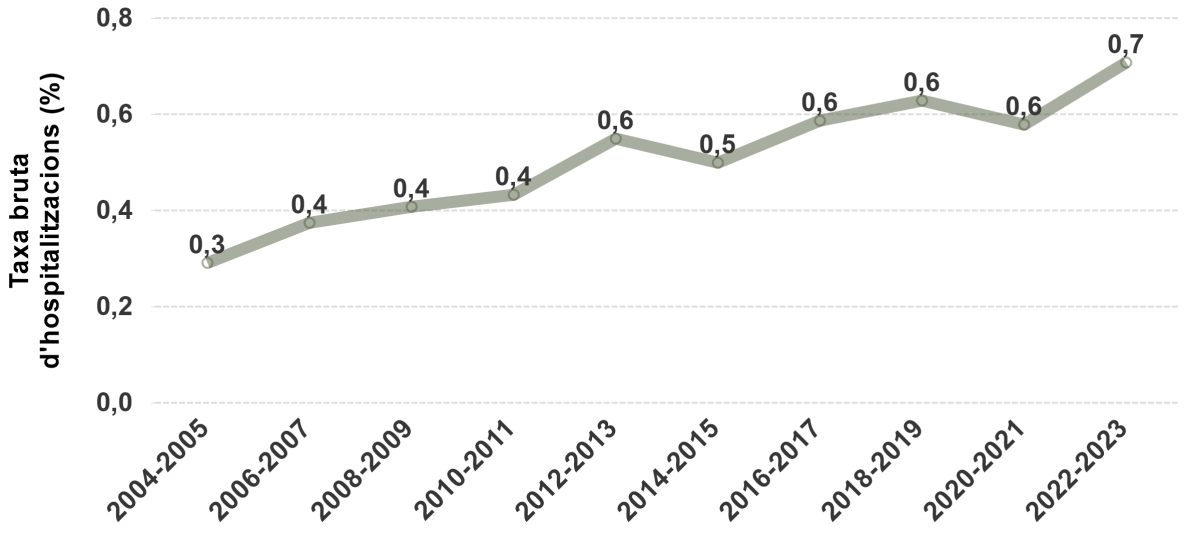
Dades corresponents a 2022-2023.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.
Elaboració pròpia.

Fig. 62 | Evolució del nombre d'ingressos per trastorns mentals



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

Fig. 63 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per trastorns mentals



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

Fig. 64 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Esquizofrènia	81	15,2%
Trastorn bipolar	45	8,5%
Trastorns relacionats amb l'alcohol	38	7,1%
Altres	**368**	**69,2%**
Total	**532**	**100,0%**

Dades corresponents a 2022-2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorns de la personalitat específics	23	10,2%
Trastorn depressiu major recurrent	19	8,4%
Esquizofrènia	18	8,0%
Altres	**165**	**73,3%**
Total	**225**	**100,0%**

Dades corresponents a 2022-2023. 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 homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Esquizofrènia	63	20,5%
Trastorn bipolar	33	10,7%
Trastorns relacionats amb l'alcohol	30	9,8%
Altres	**181**	**59,0%**
Total	**307**	**100,0%**

Dades corresponents a 2022-2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

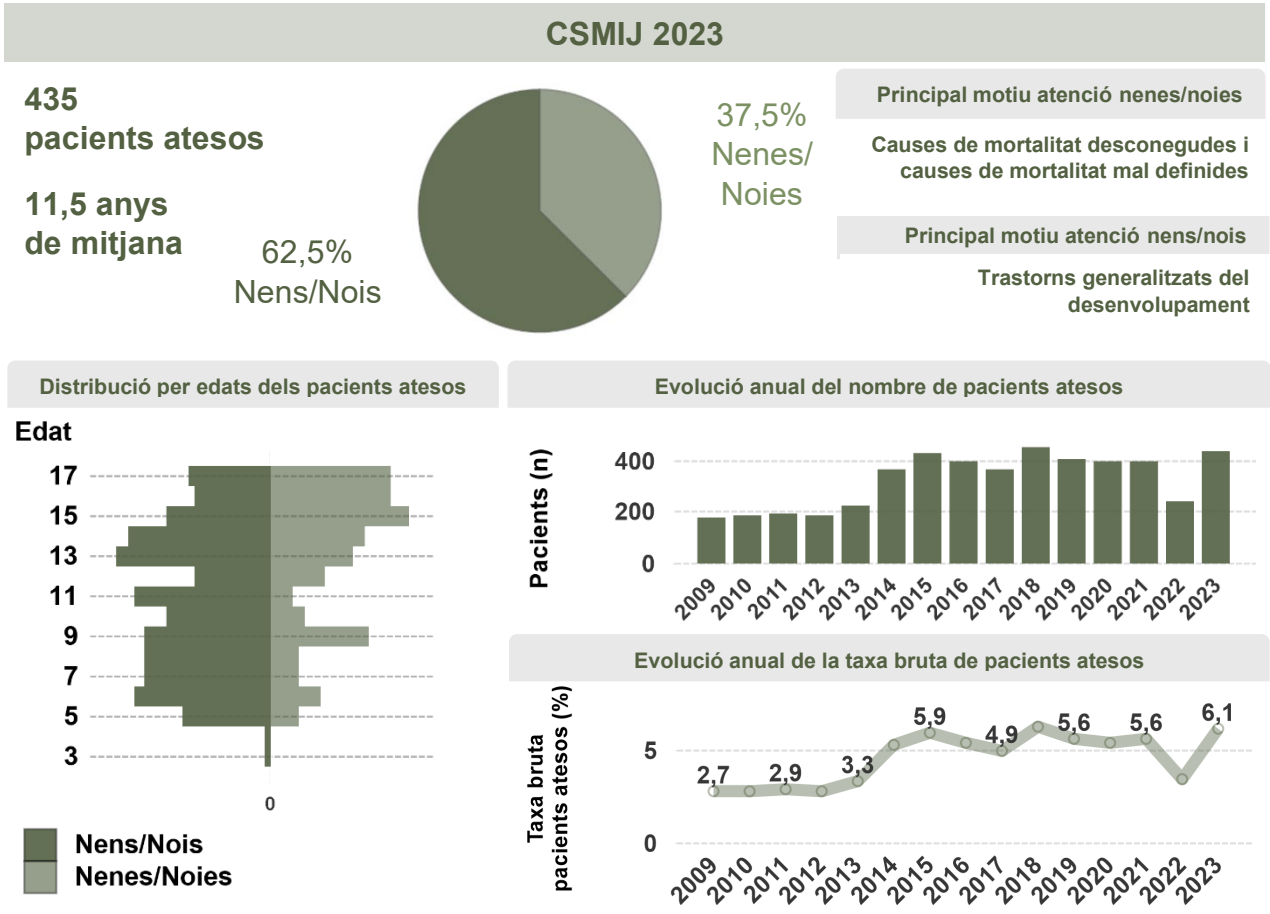
3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ

L'any 2023, el **4,3% de la població** va ser atesa en centres especialitzats de salut mental ambulatòria. En total, es van atendre **1.618** pacients (**487** van ser casos nous) amb una mitjana d'edat de **38,2 anys.**

Als **CSMIJ** es van atendre **435** infants/adolescents. Les **noies (37,5% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per **causes de mortalitat desconegudes i causes de mortalitat mal definides**. Per la seva banda, els **nois (62,5% dels pacients)** van ser atesos principalment per **trastorns generalitzats del desenvolupament**.

Als **CSMA** es van atendre **1.183** persones. Les **dones (58,5% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per trastorns de **reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació**. Per la seva banda, els **homes** (**41,5% dels pacients)** van ser atesos majoritàriament per trastorns d'**esquizofrènia**.

Fig. 67 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMIJ (atenció als menors d'edat)



152 pacients atesos per primera vegada

49 pacients donats d'alta a domicili

Patologia	Pacients (n)	Pacients (%)
Causes de mortalitat desconegudes i causes de mortalitat mal definides	89	18,9%
Trastorns generalitzats del desenvolupament	83	17,7%
Trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)	69	14,7%
Altres	**229**	**48,7%**
Total	**470**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull els pacients sense motiu d'atenció registrat.
Font: Registre CMBD-SMA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

CSMA 2023

1.183 pacients atesos

48,1 anys de mitjana



58,5% Dones

41,5% Homes

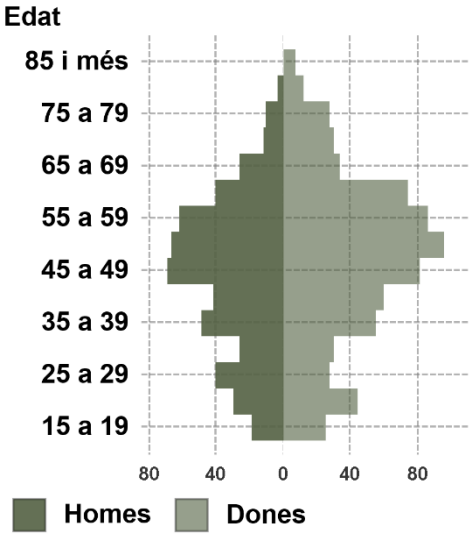
Principal motiu atenció dones

Reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació

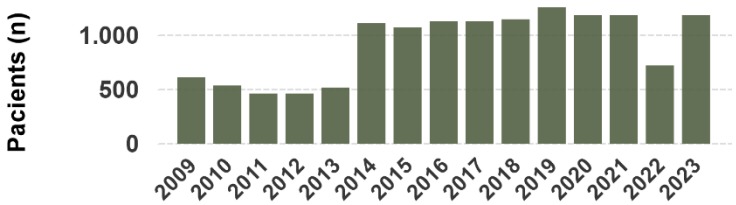
Principal motiu atenció homes

Esquizofrènia

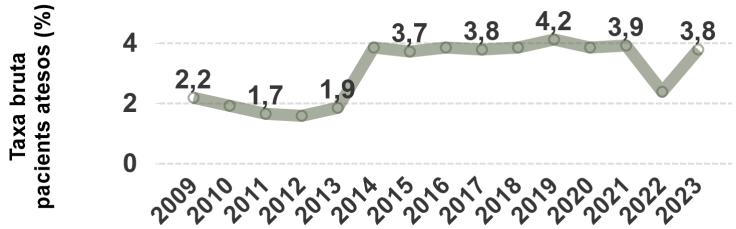
Distribució per edats dels pacients atesos



Evolució anual del nombre de pacients atesos



Evolució anual de la taxa bruta de pacients atesos



335 pacients atesos per primera vegada

62 pacients donats d'alta a domicili

Patologia	Pacients (n)	Pacients (%)
Reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació	178	14,7%
Altres trastorns d'ansietat	162	13,3%
Trastorn depressiu major d'episodi únic	115	9,5%
Altres	**760**	**62,6%**
Total	**1.215**	**100,0%**

Dades corresponents a 2023. La taula no recull els pacients sense motiu d'atenció registrat.
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.

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 causes** (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.

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 fins al 2022 i cens anual a partir del 2023. Font: INE.

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

Dades destacades de **mortalitat** l'any **2022** a Sant Adrià de Besòs

277
DEFUNCIONS

44,0% DE LES **DEFUNCIONS** SÓN EN **DONES**

15,2%
DE LES DEFUNCIONS EREN **EVITABLES**

76,8
anys
edat mitjana

DEFUNCIONS PREMATURES

27 en DONES

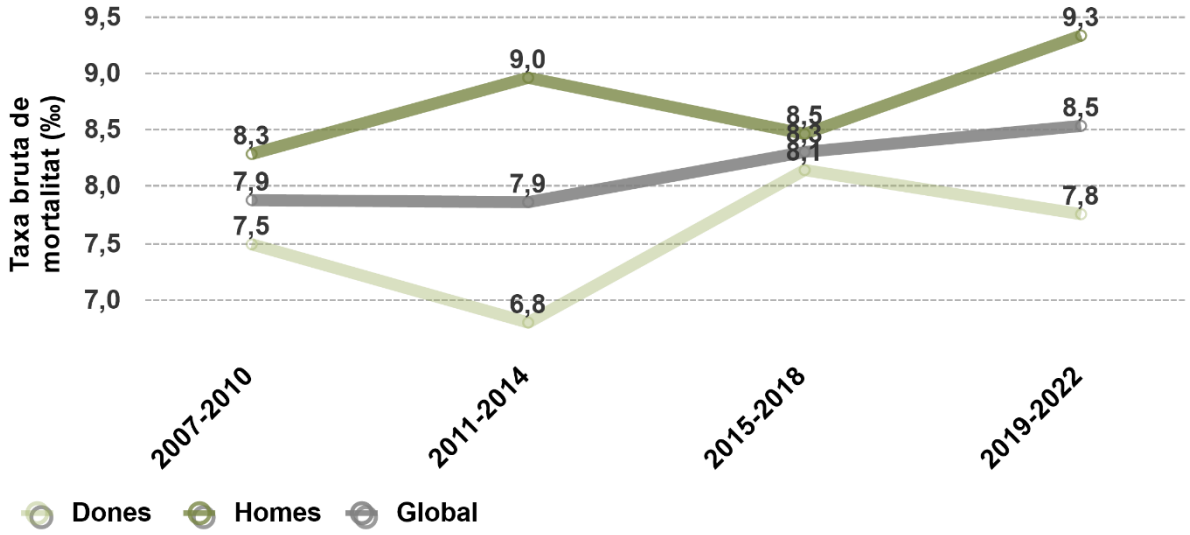
60 en HOMES

SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA DE MORTALITAT	SEXE	CAUSES DE MORT PER ORDRE DE FREQÜÈNCIA
♀	Tumors	♀	Trastorns mentals orgànics, senils i presenils COVID-19 Malalties hipertensives Resta de malalties del sistema digestiu
♂	Tumors	♂	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó Malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma) Resta de malalties isquèmiques del cor COVID-19

4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT

L'any **2022** es van produir **277 defuncions** a Sant Adrià de Besòs (el **44,0%** eren **dones** i el **56,0%** eren **homes**). Aquesta xifra suposa una **variació del -12,3%** respecte a l'any 2021. La taxa bruta de mortalitat l'any 2022 va ser de 7,50 defuncions per cada 1.000 habitants (**6,47** en **dones** i **8,58** en **homes**).

***Fig. 69* | 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.

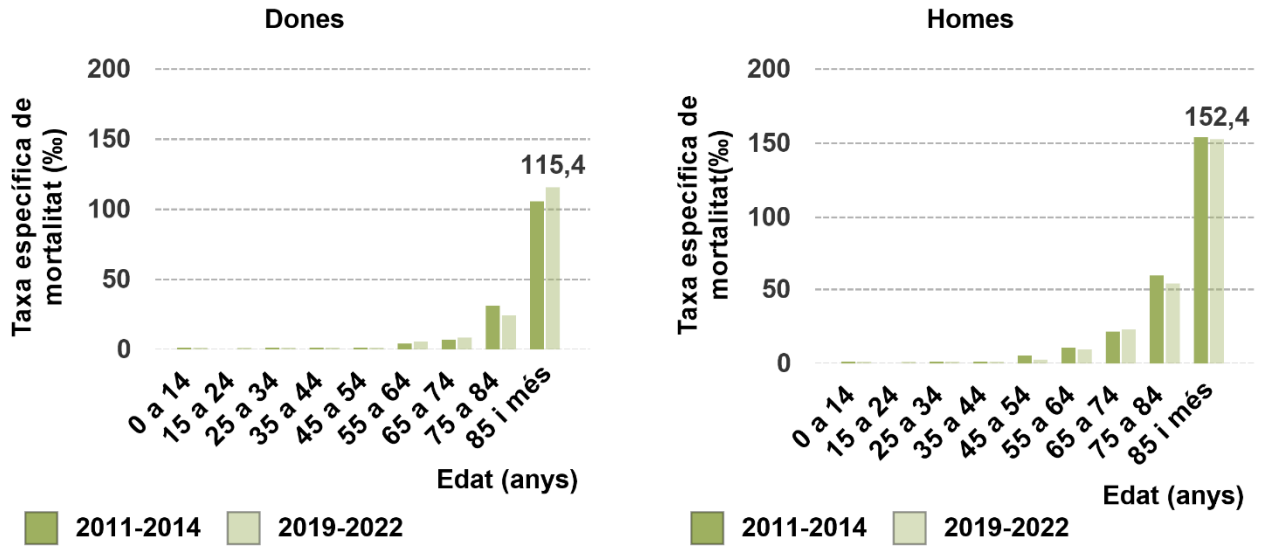
Per conèixer si la mortalitat té una tendència a la baixa, si és més gran en homes que en dones o per comparar dades de diferents territoris, cal treballar amb dades estandarditzades per sexe i edat.

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.

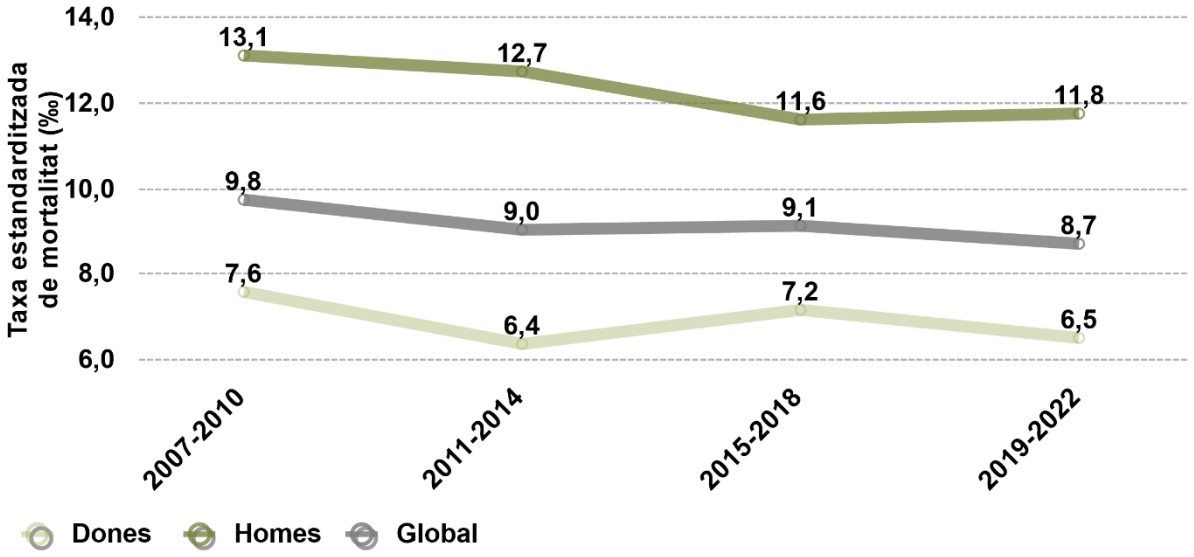
Els patrons de mortalitat evidencien un biaix de gènere, amb diferències significatives entre homes i dones. La taxa de mortalitat en homes és significativament superior a la de les dones.

***Fig. 70* | Evolució de les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat en dones i homes; comparativa 2011/2014-2019/2022**



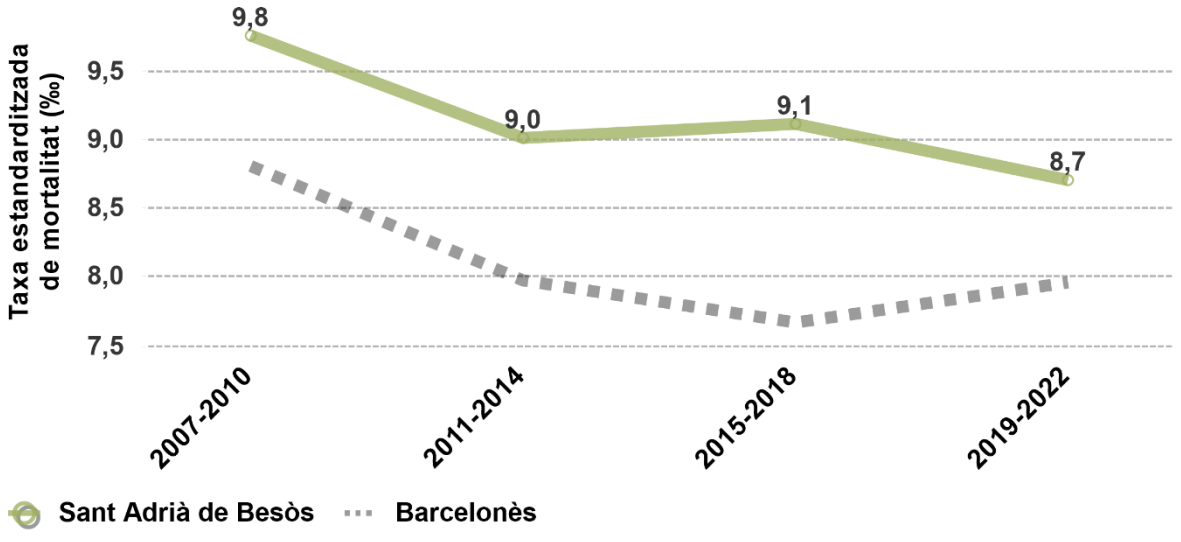
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 71 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa dones-homes



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

Fig. 72 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa municipi-comarca



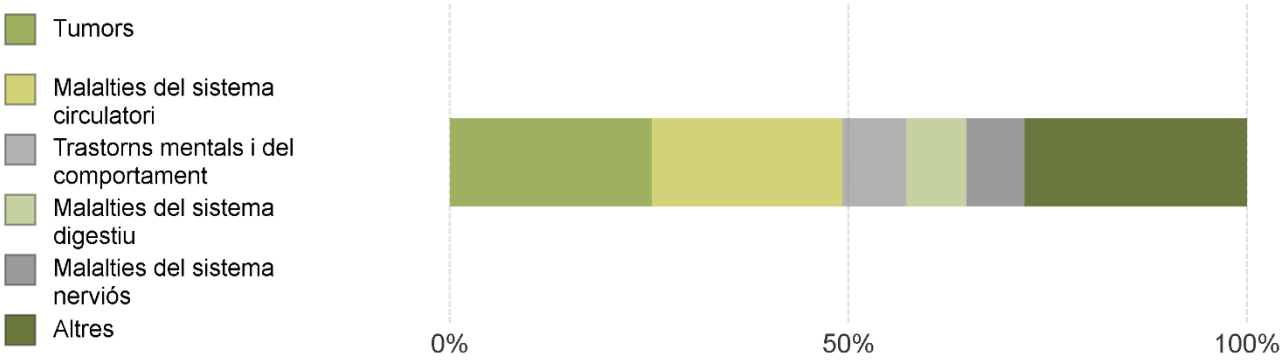
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.2 CAUSES DE MORTALITAT

4.2.1 Mortalitat segons les 20 grans causes

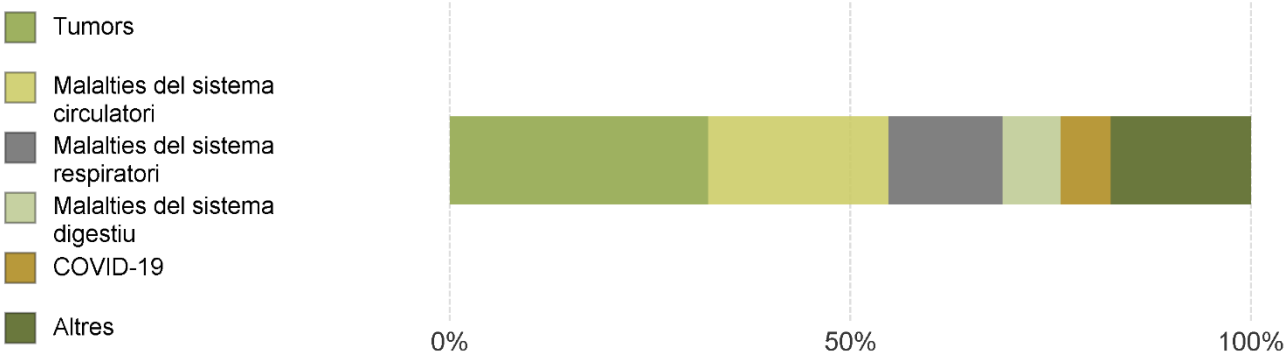
El **2022** les **principals grans causes de mortalitat** van ser: **tumors** (81 defuncions), **malalties del sistema circulatori** (64 defuncions), **malalties del sistema respiratori** (29 defuncions), **malalties del sistema digestiu** (20 defuncions) i **COVID-19** (19 defuncions). En conjunt, les defuncions per aquestes causes representen el 76,9% del total de morts.

***Fig. 73* | Principals grans causes de mortalitat en dones**



Dades corresponents a 2022.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

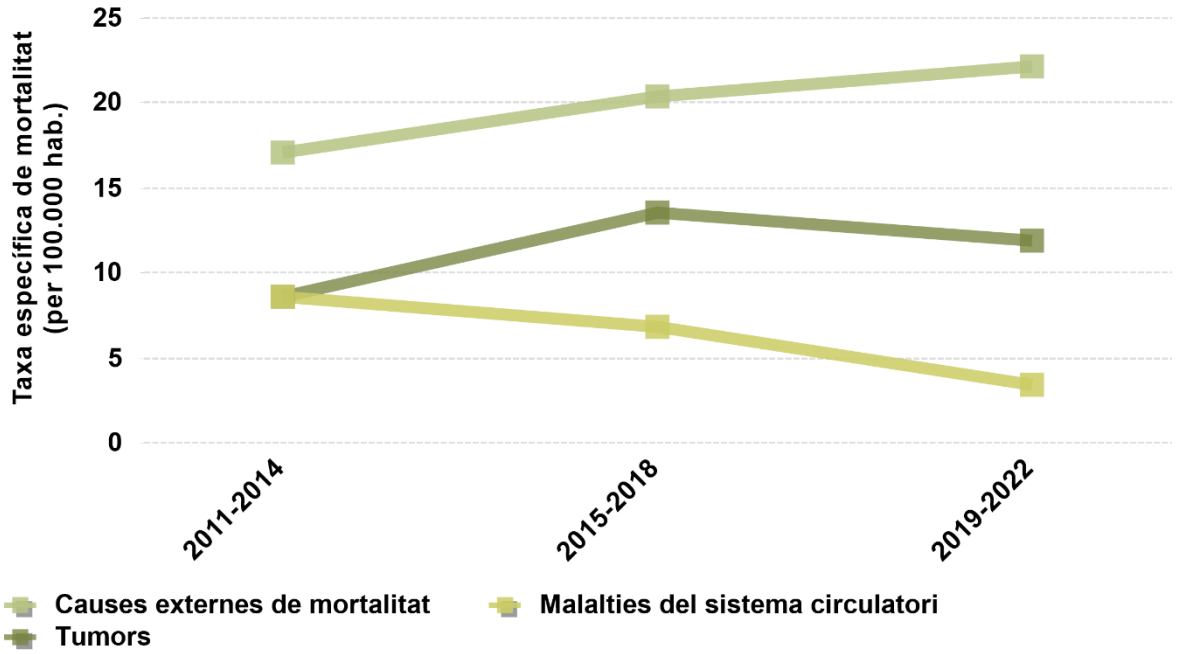
***Fig. 74* | Principals grans causes de mortalitat en homes**



Dades corresponents a 2022.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

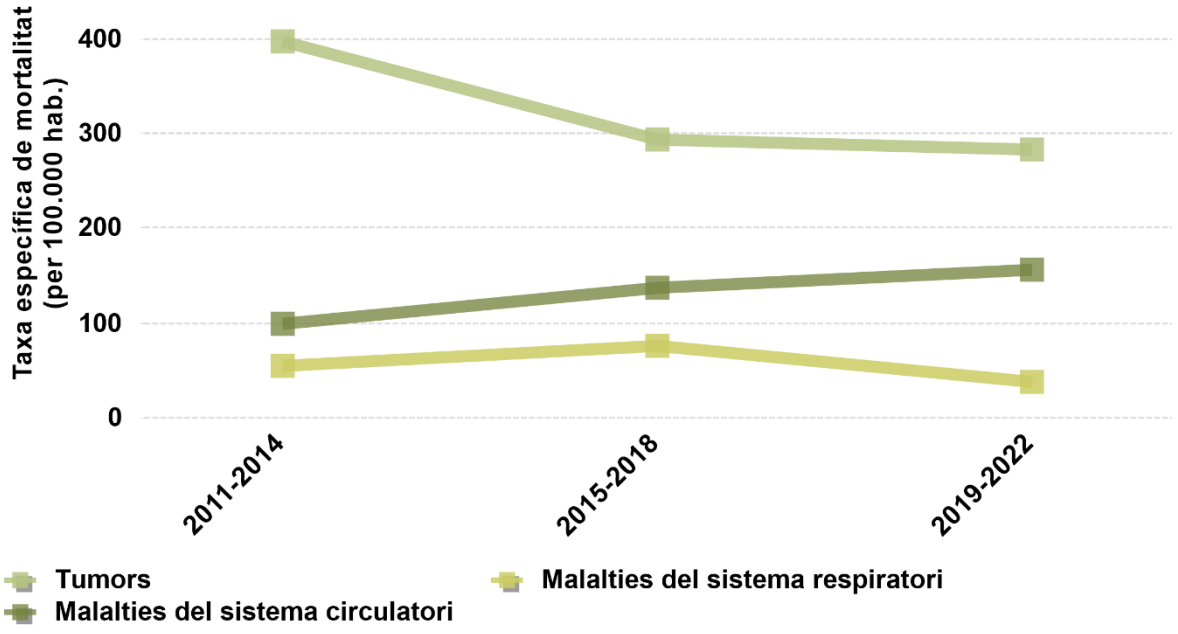
Les causes de mortalitat varien en funció de molts factors, entre ells l'edat. És per això que per tenir una perspectiva de com evolucionen les causes de mortalitat al municipi és interessant analitzar les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

***Fig. 75* | Evolució de les tres principals grans causes de mortalitat en la població d'entre 15 i 44 anys**



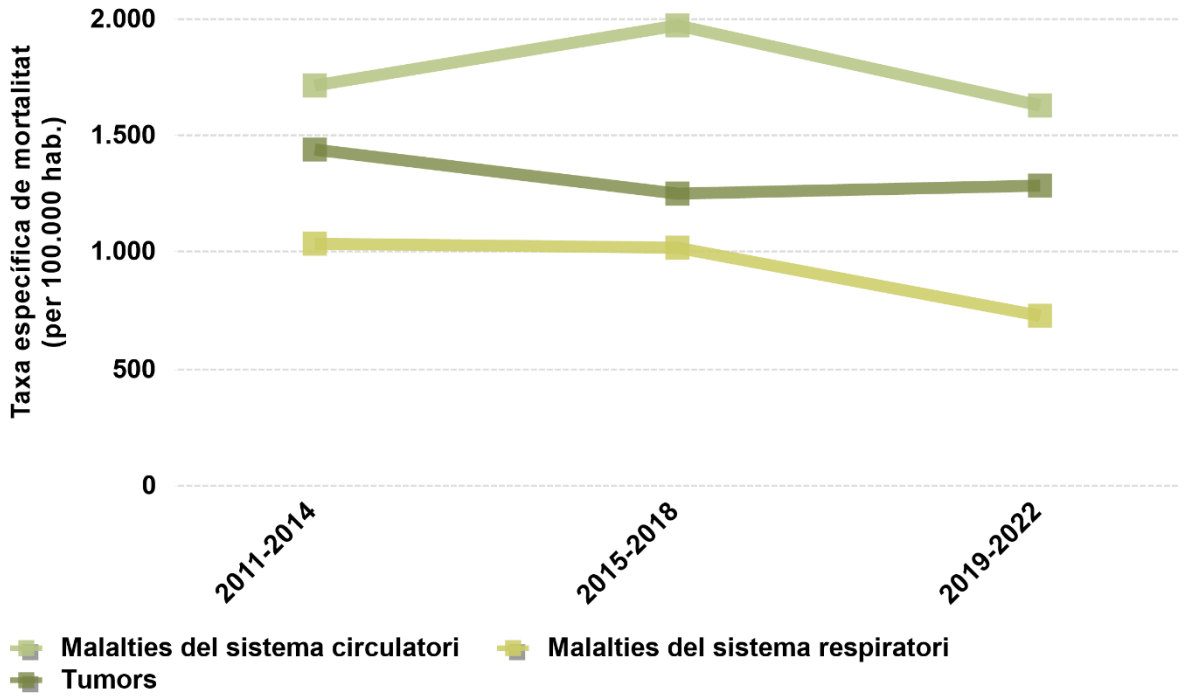
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

***Fig. 76* | 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. 77* | 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 Mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes

El **2022** les **principals causes de mortalitat segons la llista de 102 causes** van ser: **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** (22 defuncions), **COVID-19** (19 defuncions), **malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma)** (14 defuncions), **malalties hipertensives** (13 defuncions) i **insuficiència cardíaca** (9 defuncions). En conjunt les defuncions per aquestes causes representen el 27,8% del total de morts.

Per sexe, el 2022 les principals causes de defuncions van ser:

En **dones**: **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** amb 10 defuncions i **COVID-19** i **Malalties hipertensives** amb 9 defuncionscadascuna.

En **homes**: **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** amb 19 defuncions i **malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma)** amb 12 defuncions.

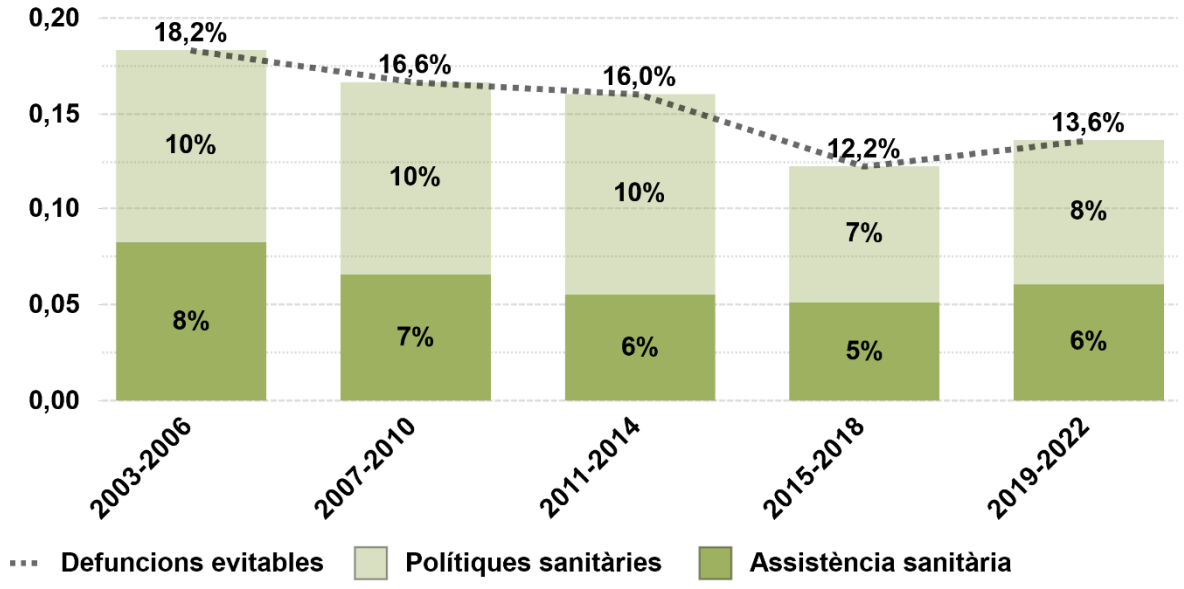
4.3 MORTALITAT EVITABLE

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 **2022** es van produir a Sant Adrià de Besòs **42 defuncions evitables** (el 15,2% del total de morts). El 26,2% de les defuncions evitables es produí en dones i el 73,8% restant en homes.

La majoria de les defuncions evitables (un 45%) es podrien haver previngut mitjançant polítiques sanitàries intersectorials.

***Fig. 78* | Evolució del pes relatiu de la mortalitat evitable respecte al total de defuncions**



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

Fig. 79 | 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)	14
	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	5
	Tumor maligne de cos i part no especificada de l'úter (15-74 anys)	3
Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials	Resta de causes externes (totes les edats)	13
	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	11

Dades corresponents a 2019-2022.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

Fig. 80 | Causes de les defuncions evitables en homes

Tipus d'intervenció	Causes de mortalitat evitable	Defuncions (n)
Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	35
	Resta de causes externes (totes les edats)	16
	Suïcidis (totes les edats)	10
	Homicidis (totes les edats)	4
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	22
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	10
	Hipertensió (0-74 anys)	7

Dades corresponents a 2019-2022
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

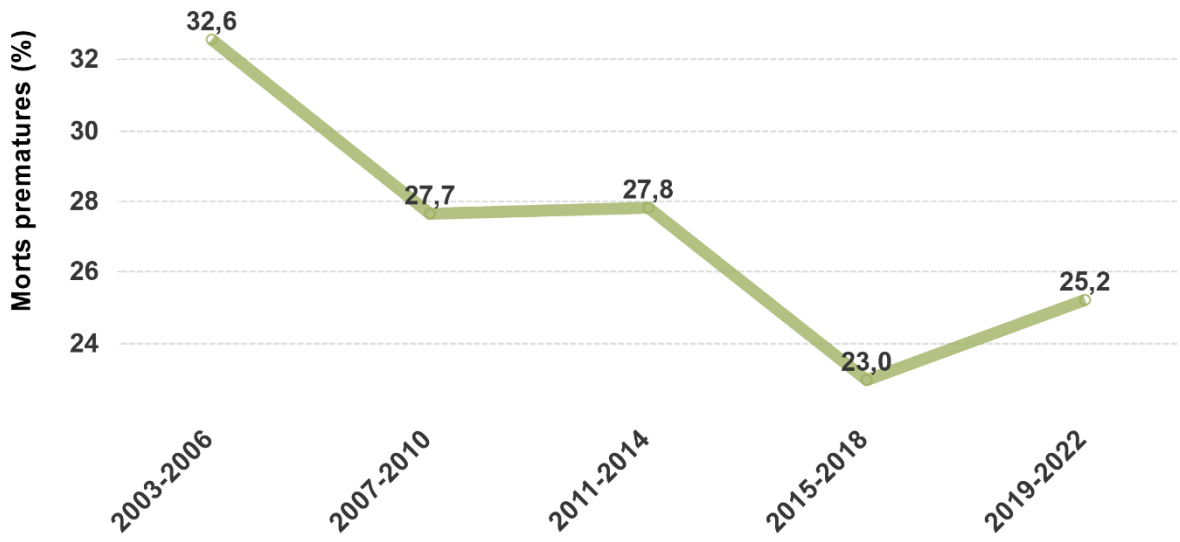
4.4 MORTALITAT PREMATURA

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

El **2022** a Sant Adrià de Besòs es van produir **87 defuncions prematures** (27 dones i 60 homes), les quals representen un **31% 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).

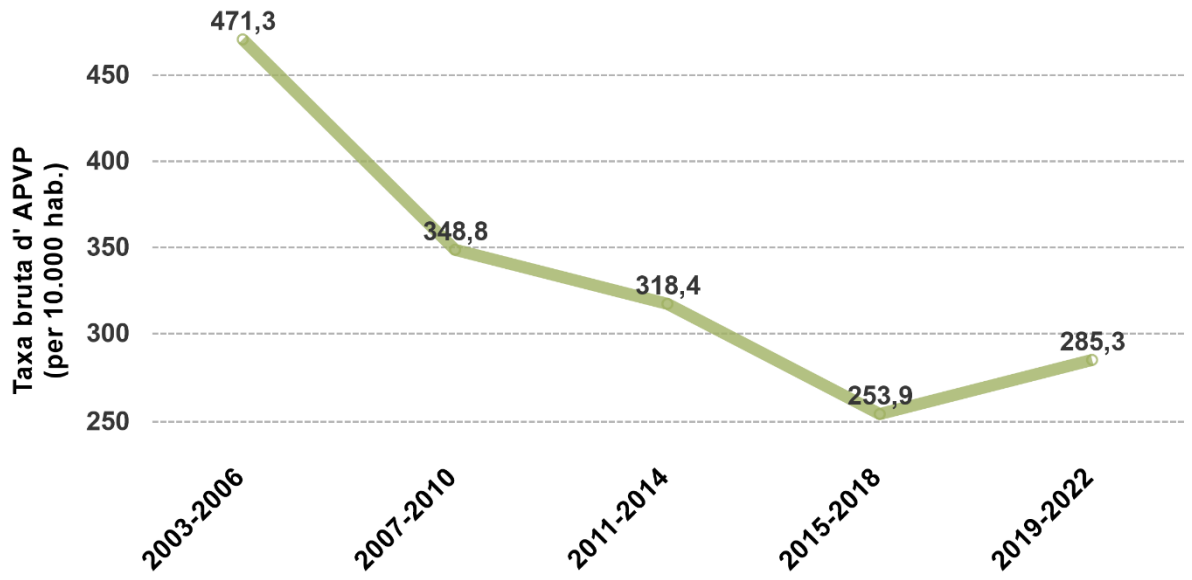
Fig. 81 **| Evolució del pes relatiu de la mortalitat prematura respecte al total de defuncions**



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

Les defuncions prematures van suposar un total de 923 APVP (315 APVP en dones i 608 APVP en homes).

Fig. 82 | Evolució de la taxa bruta d'APVP



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

Fig. 83 | 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 mama	105,0	9
Leucèmia	55,0	28
Resta de malalties cardíaques	70,0	18
Malalties cròniques de les vies respiratòries baixes (excepte asma)	45,0	11
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	67,5	8
Resta de malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	80,0	13
COVID-19	45,0	8
Insuficiència respiratòria	32,5	33
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	102,5	17
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	50,0	25
Caigudes accidentals	37,5	38
Accident de trànsit	57,5	58
Tumor maligne de teixit limfàtic, d'òrgans hematopoiètics i teixis afins (excepte leucèmia)	67,5	17
Pneumònia	32,5	33
Resta de malalties endocrines, de la nutrició i del metabolisme	67,5	68
	1.400,0	**12**

Dades corresponents a 2019-2022

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

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

Fig. 84 | 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
Resta de malalties isquèmiques del cor	147,5	10
Homicidis	130,0	33
Resta de malalties cardíaques	240,0	12
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	160,0	7
Ofegament, submersió i sufocació accidentals	50,0	13
Suïcidis i autolesions	217,5	31
Tumor maligne de pàncrees	110,0	12
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	125,0	11
COVID-19	115,0	7
Tumor maligne de fetge	47,5	7
Malalties cerebrovasculars	55,0	9
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	77,5	26
Infart agut de miocardi	50,0	13
Leucèmia	47,5	48
Tumor maligne d'encèfal	67,5	14
	2.245,0	**11**

Dades corresponents a 2019-2022
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Es representen les quinze causes més freqüents de mortalitat prematura.

5.

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. El Pla de seguretat viària (PSV) 2024-2026 té com a objectiu general assolir aquesta Visió Zero i per arribar-hi es planteja una reducció del 50% de les víctimes mortals l'any 2030 en relació amb l'any 2019 i zero víctimes mortals i ferides greus el 2050.

A més, el PSV també marca com a objectiu millorar la qualitat ambiental i mitigar l'impacte de l'emergència climàtica en la mobilitat. 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

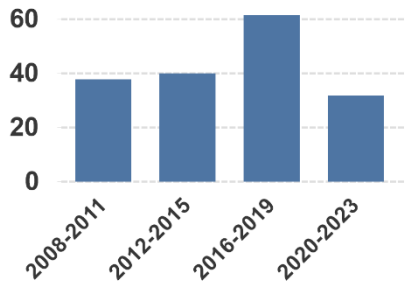
Els indicadors d'accidentalitat viària que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de les dades proporcionades pel **Servei Català de Trànsit.** Aquestes dades són recopilades pel **Sistema Integral de Recollida de Dades d'Accidents de Trànsit (SIDAT)**.

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 quadrienni **2020-2023** a **Sant Adrià de Besòs**



8 DE CADA 10
VÍCTIMES SÓN **HOMES**



MORTS I FERITS GREUS

25 a 34 anys
la franja d'edat amb més víctimes

50% de les víctimes, en zona **URBANA**

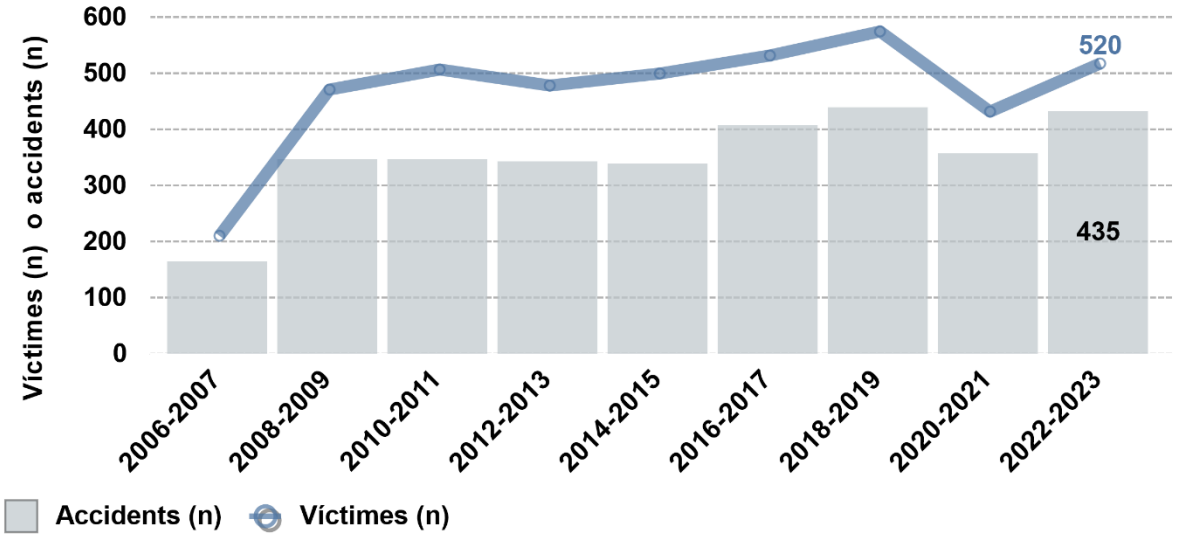
72% de les víctimes viatjaven en vehicles de **2 RODES**

75%
de les víctimes, en dies FEINERS

5.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES

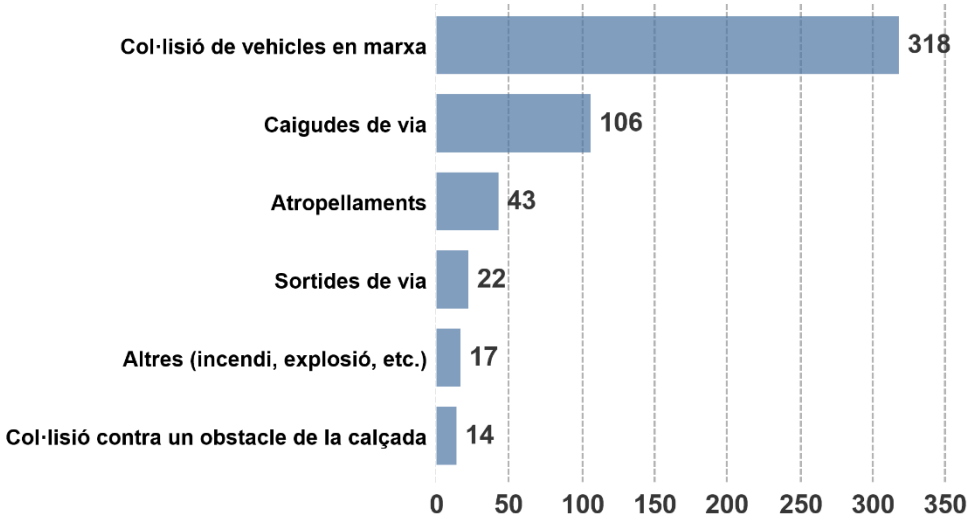
El 2023 es van comptabilitzar **222 accidents amb 521 persones implicades** (**246 d'il·leses, 265 de ferides lleus i 7 de ferides greus o mortes**; 3 sense dades). El major nombre de víctimes es van donar en accidents per **col·lisió de vehicles en marxa, en dia feiner** i en **vies de zona urbana**.

***Fig. 85* | Evolució del nombre d'accidents amb víctimes i del nombre de víctimes**



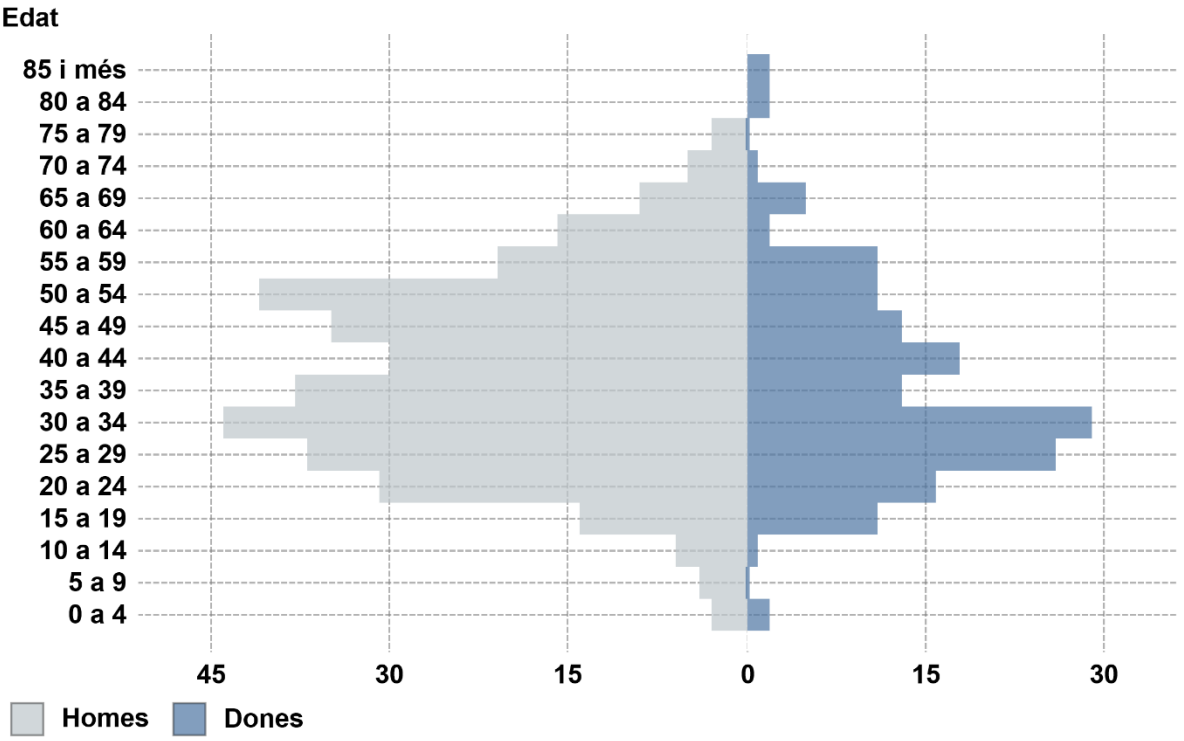
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

***Fig. 86* | Nombre de víctimes en funció del tipus d'accident**



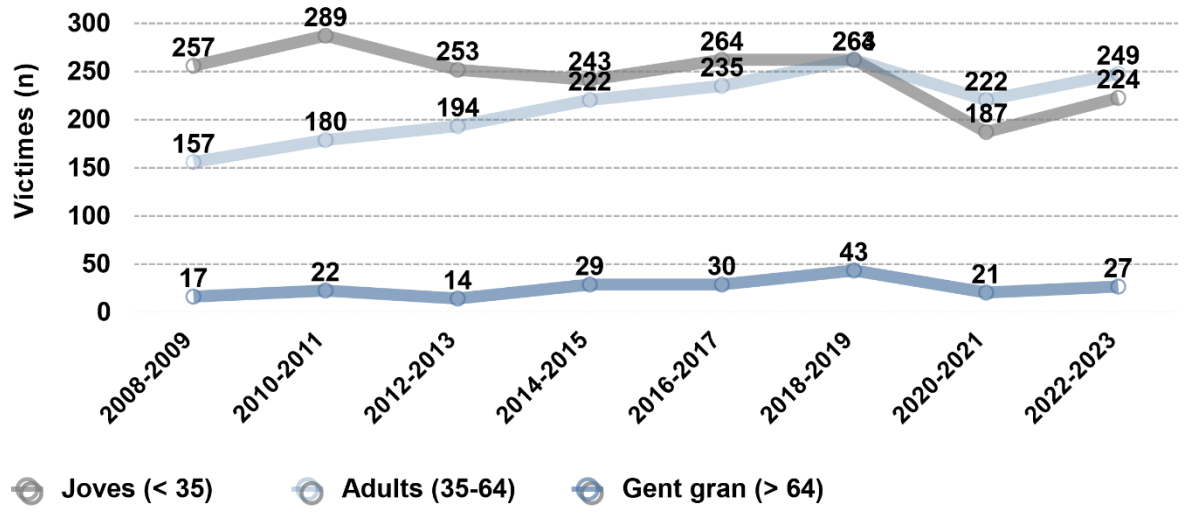
Dades corresponents a 2022-2023.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 87 | Distribució per edat i sexe de les víctimes



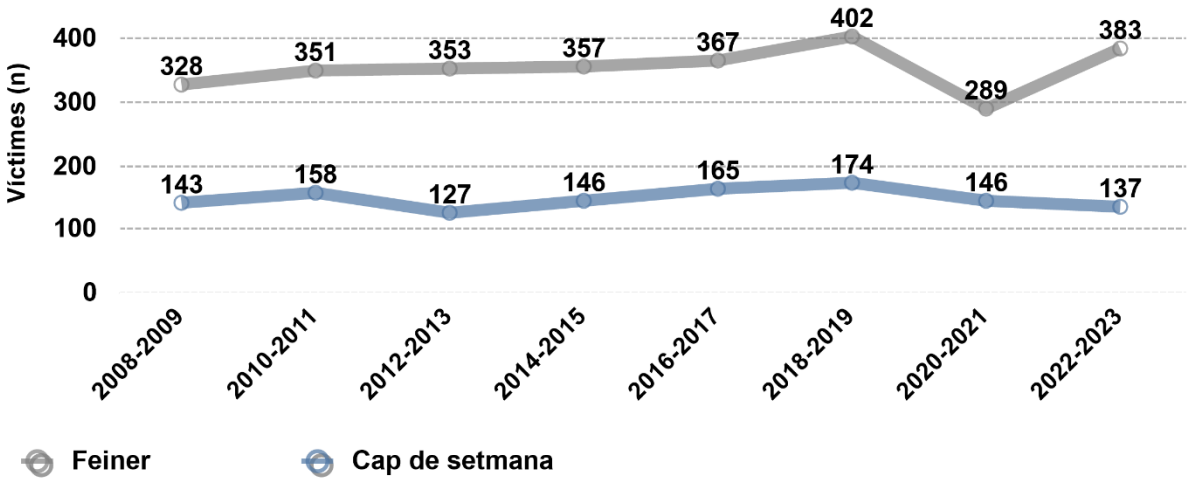
Dades corresponents a 2022-2023.
Font : Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 88 | Evolució del nombre de víctimes segons el grup d'edat



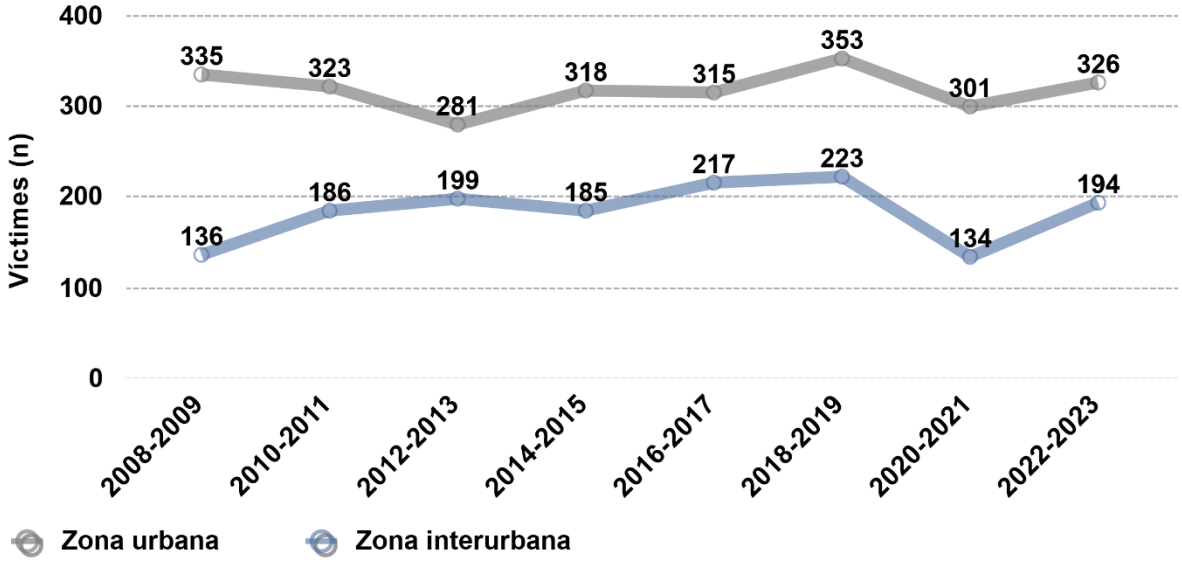
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 89 | Evolució del nombre de víctimes segons la tipologia de dia



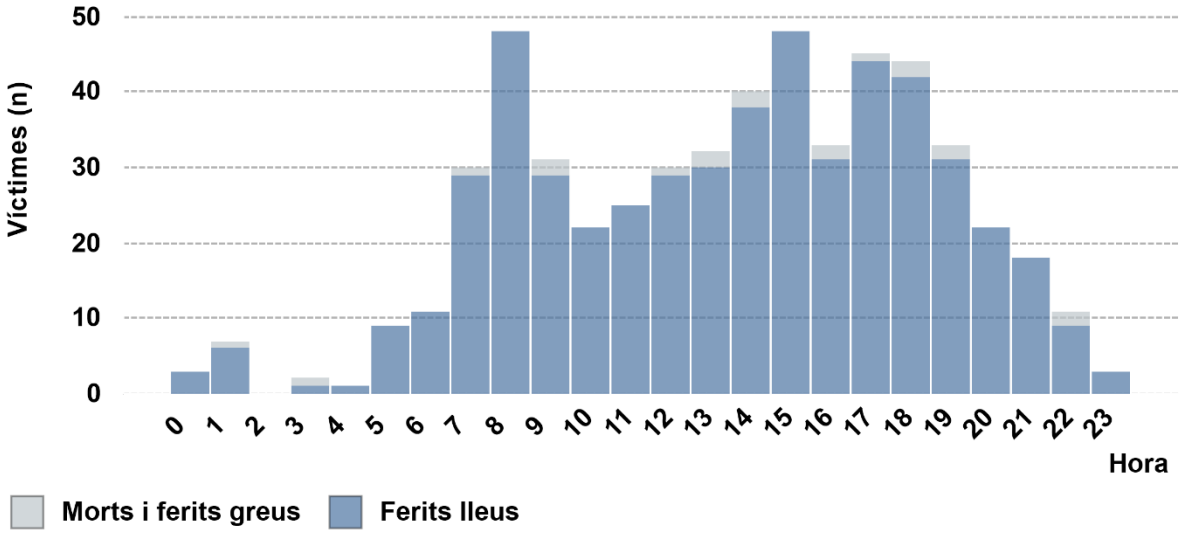
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 90 | Evolució del nombre de víctimes segons la zona de l'accident



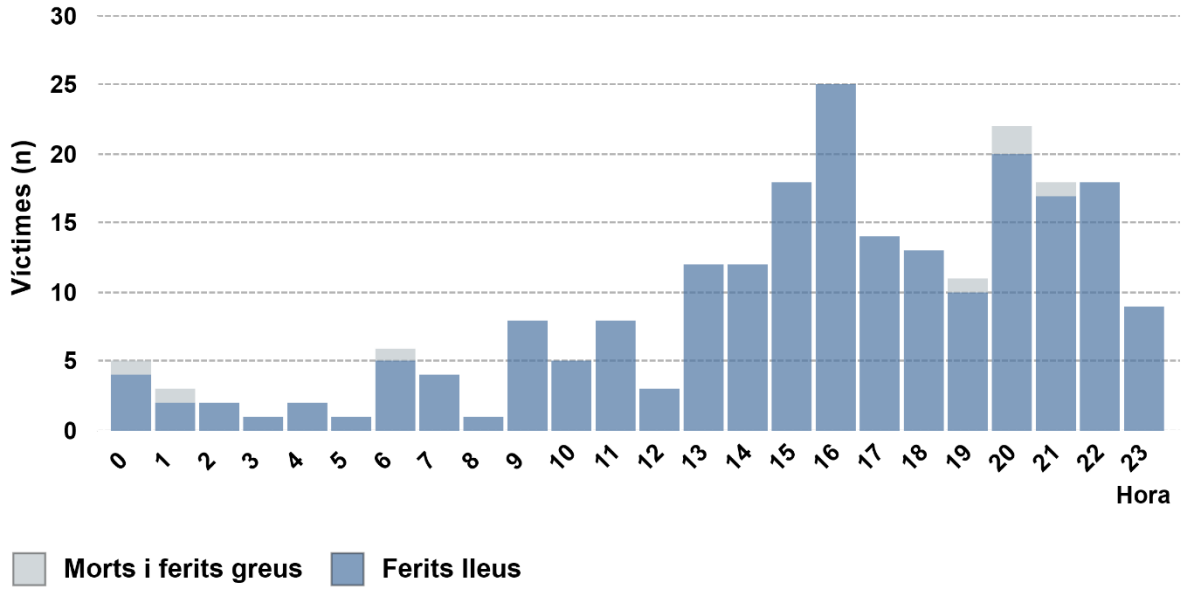
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 91 | Víctimes segons la franja horària els dies feiners



Dades corresponents a 2022-2023.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 92 | Víctimes segons la franja horària els caps de setmana

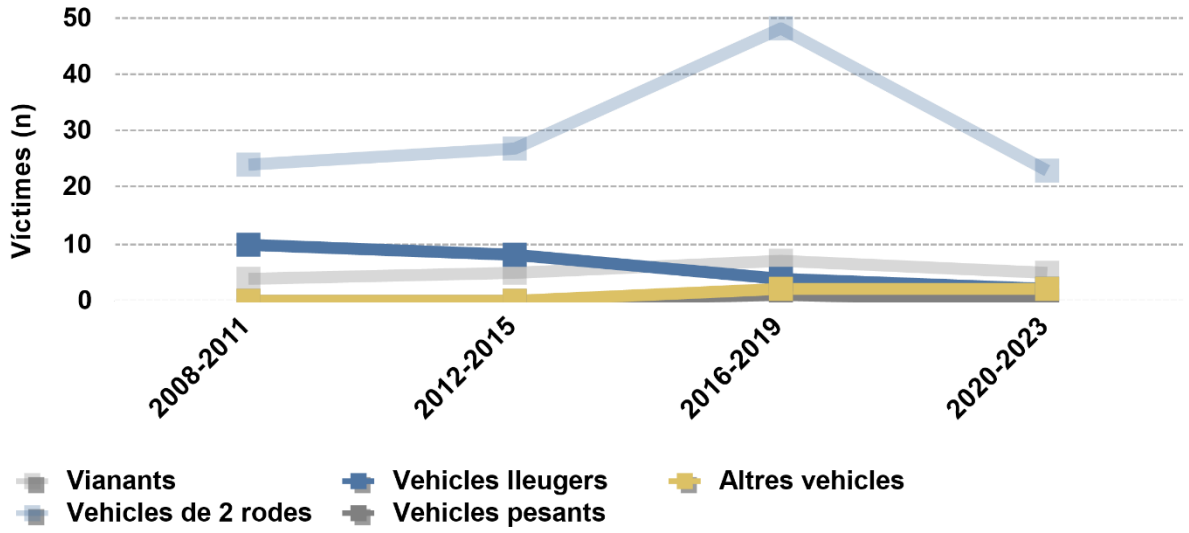


Dades corresponents a 2022-2023.
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

5.2 COL·LECTIUS VULNERABLES

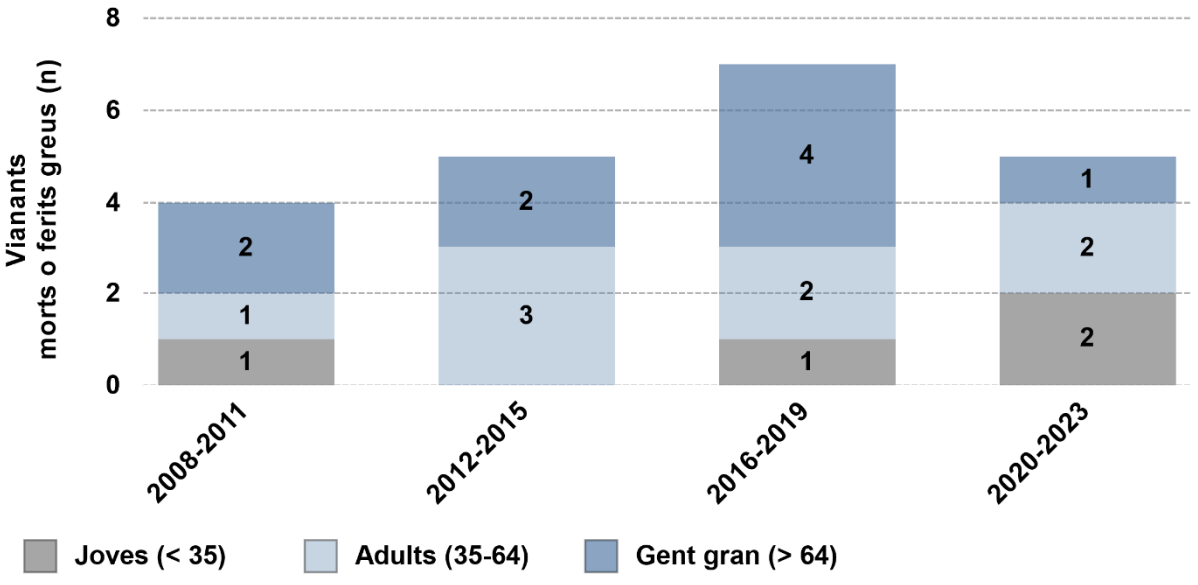
El PSV 2024-2026 presenta objectius específics per a la protecció dels col·lectius més vulnerables. Concretament s'ha fixat com a objectiu **reduir un 20% les víctimes mortals per sinistres viaris en zona interurbana i un 5% en zona urbana l'any 2026 en relació amb l'any 2019.**

***Fig. 93* | Evolució de víctimes greus i morts segons el vehicle ocupat**



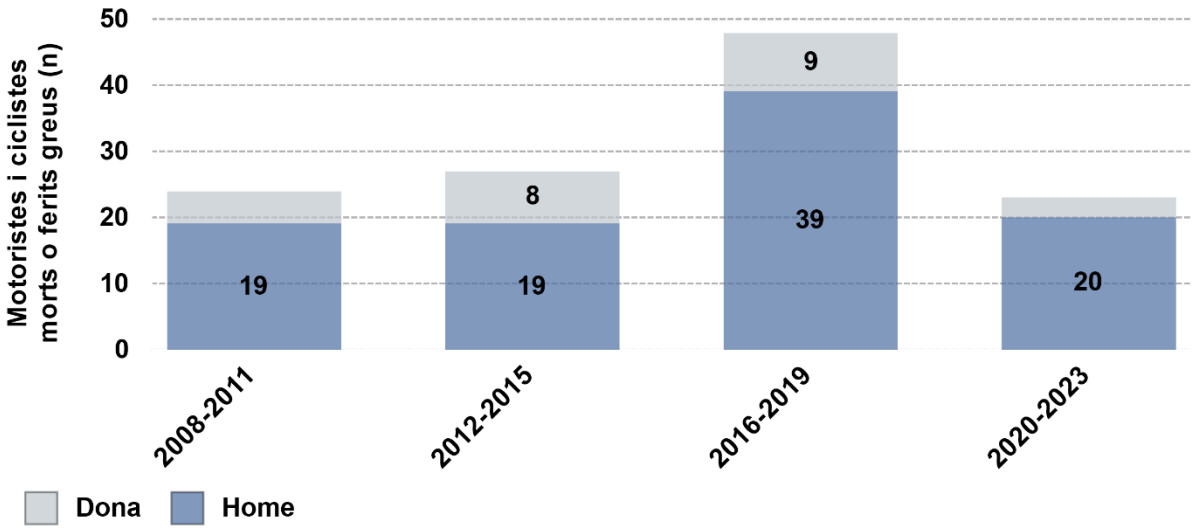
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

***Fig. 94* | Evolució per edat dels vianants morts o ferits greus**



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

***Fig. 95* | Evolució per sexe dels usuaris de vehicles de dues rodes morts o ferits greus**



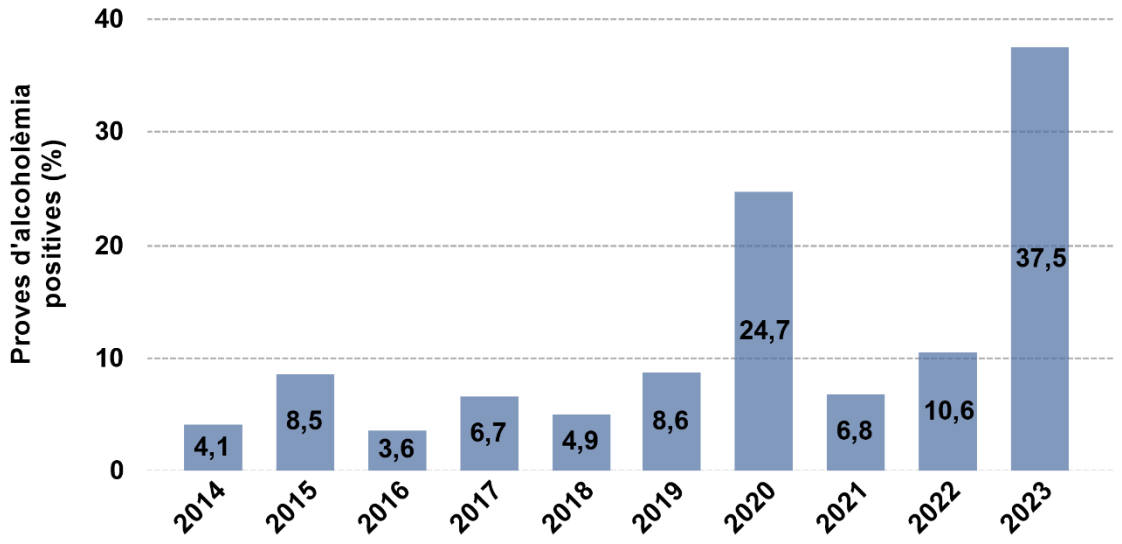
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

5.3 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%.**

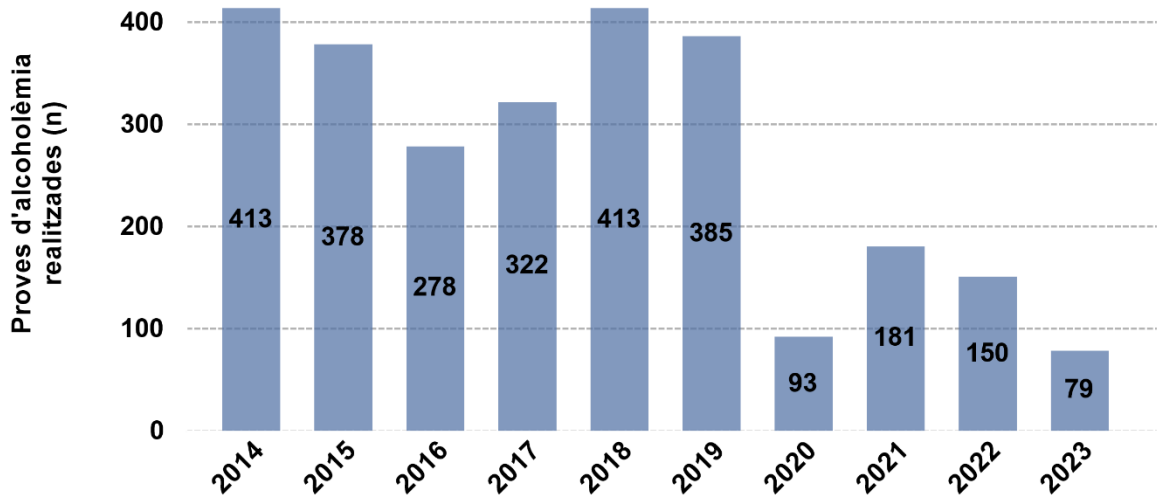
Segons les últimes dades publicades pel Servei Català de Trànsit, a Catalunya poc més de l'1% dels conductors circula amb una taxa d'alcohol per sobre de la permesa. No obstant això, entre els accidentats el percentatge es va situar en el 14% (2021), i entre els conductors morts en el 28,2% (2022).

Fig. 96 **| 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. 97* | 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.

6.

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

2030

ODS 11

Fita

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

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.

Enguany no hem disposat de les dades d'esforç econòmic del lloguer, raó per la qual es tornen a presentar els resultats corresponents al 2022 que ja es van presentar en l'edició anterior.

Dades socioeconòmiques destacades de l'any 2023 a **Sant Adrià de Besòs**

17.185€

Renda anual familiar disponible bruta per habitant

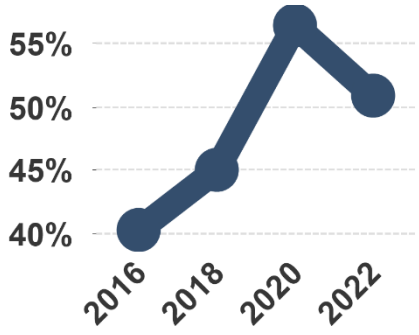
46%

dels contractes **TEMPORALS**

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

15%

d'ATUR



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

51%

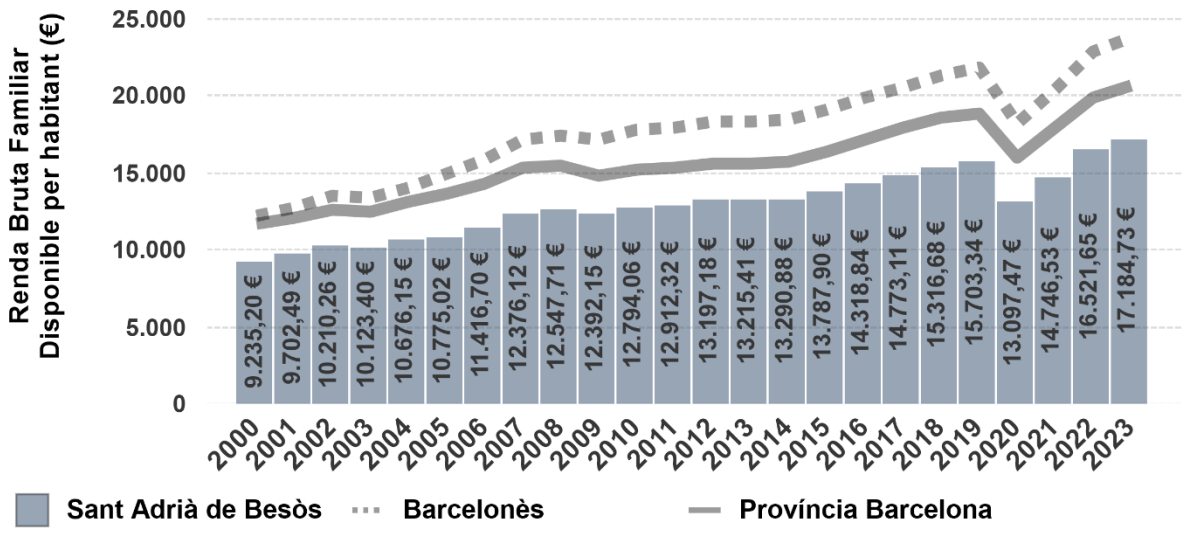
dels aturats reben **prestacions per desocupació**

6.1 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. 98 **| Evolució de la RFDB per habitant**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

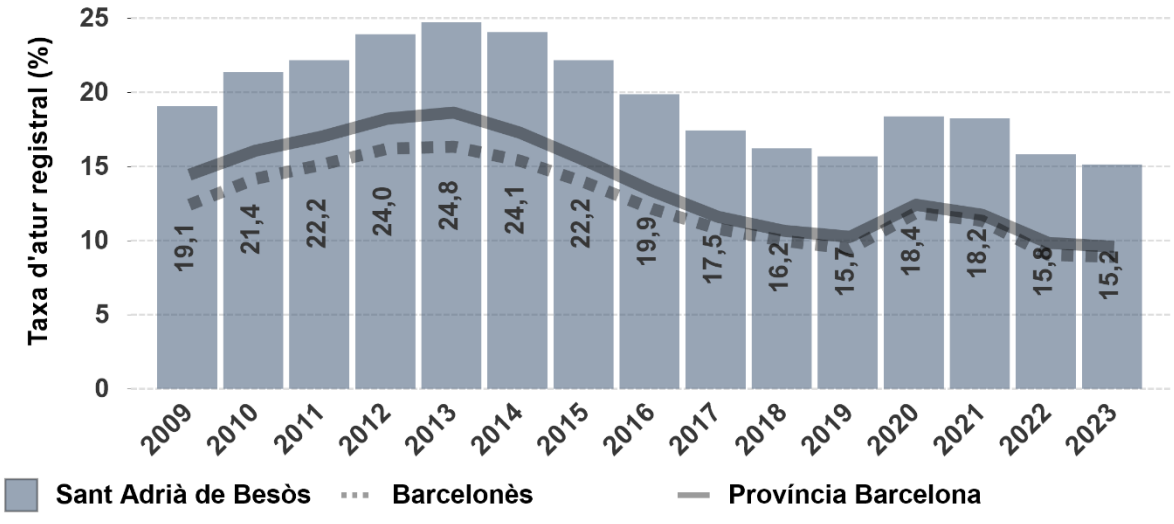
6.2 MERCAT DE TREBALL

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.

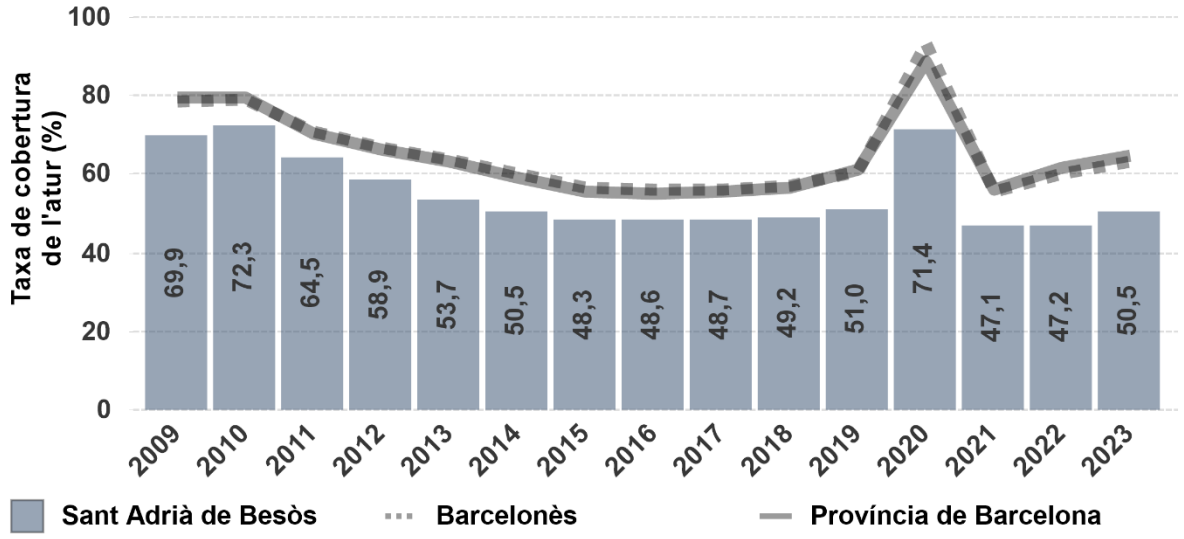
Taxa de cobertura de les prestacions per desocupació: es calcula com la relació de prestacions per desocupació respecte als aturats, expressada en tant per cent.

***Fig. 99* | Evolució de la taxa d'atur registral**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

***Fig. 100* | Evolució de la taxa de cobertura de les prestacions per desocupació**

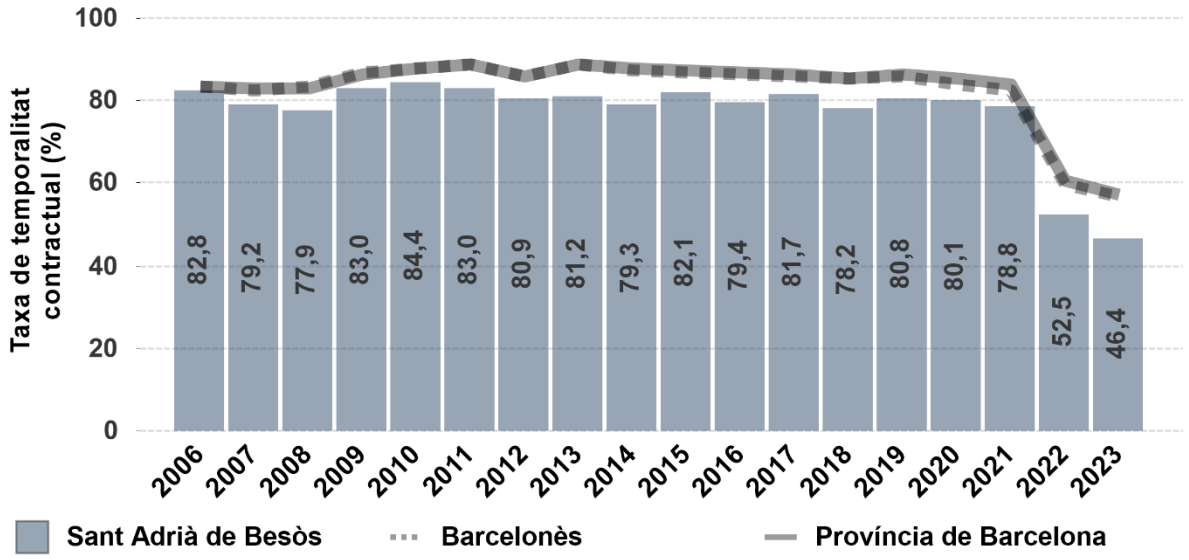


Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.
Nota: Aquest indicador apareix desvirtuat per l'any 2020, atès que la situació econòmica derivada de la COVID-19 va provocar múltiples ERTO i, per tant, diverses persones van ser beneficiàries de més d'una prestació el 2020.

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, els contractes suposen un percentatge molt elevat del total, 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. Al 2022 es constata una clara reducció de la taxa de temporalitat contractual, probablement vinculada a la reforma laboral del Reial Decret-llei 32/2021, de 28 de desembre.

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

***Fig. 101* | Evolució de la taxa de temporalitat contractual**



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

6.3 HABITATGE

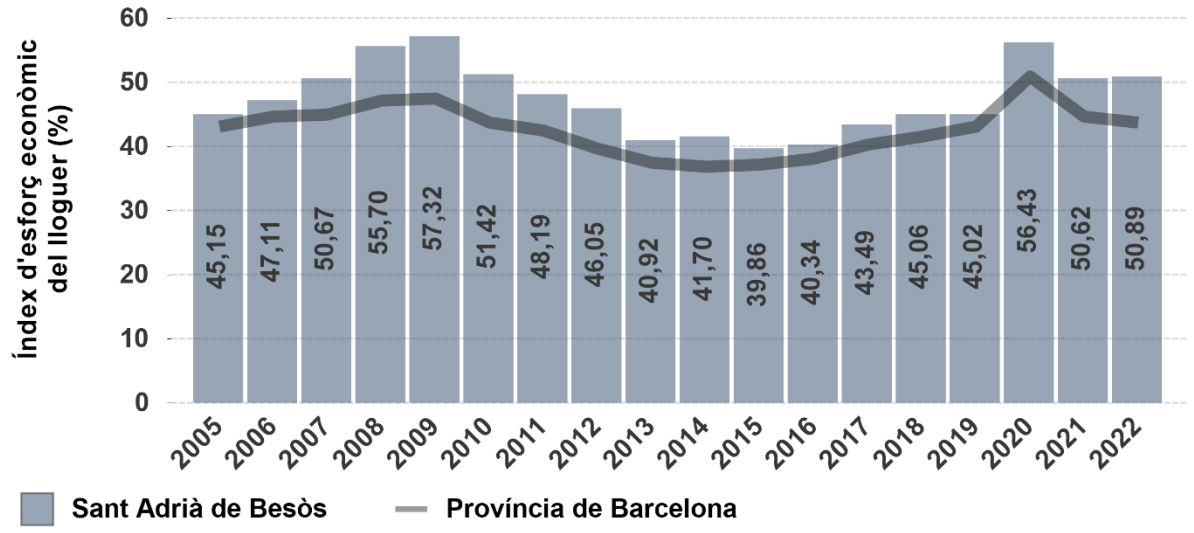
És fonamental garantir l'accés a un habitatge digne i adequat per protegir la salut i evitar problemes d'exclusió residencial. Aquesta garantia és especialment necessària en el cas dels col·lectius més vulnerables: famílies amb pocs recursos, famílies monoparentals, gent gran i joves amb problemes per 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 demarcació 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. 102 | Evolució de l'índex d'esforç econòmic del lloguer



Font: Servei d'Habitatge de la Diputació de Barcelona a partir de les fiances de lloguer de l'INCASOL i l'Atles de distribució de renda de les llars de l'INE. Elaboració pròpia.

7.

QUALITAT DE L'AIRE

L'evidència científica relaciona l'exposició a la contaminació atmosfèrica amb efectes negatius sobre la salut fins al punt de ser el segon factor de risc de les malalties no transmissibles. La mala qualitat de l'aire s'ha vinculat amb increment del risc d'asma, problemes cardiovasculars, càncer de pulmó, diabetis tipus II, baix pes en néixer, gestació curta i malalties neurològiques. La població infantil, les dones gestants, les persones d'edat avançada i les persones amb malalties respiratòries o cardiovasculars són les més vulnerables.

Segons l'OMS la contaminació de l'aire s'associaria a 6,7 milions de morts prematures cada any al planeta.

Es recomana que els municipis identifiquin les principals fonts d'emissió de contaminants per emprendre accions efectives (com ara promoure el transport actiu i públic, l'ús de vehicles híbrids i elèctrics, augmentar espais verds, regular les emissions del sector industrial i energètic, sensibilitzar a la ciutadania...) amb la finalitat de disminuir la contaminació atmosfèrica i els efectes que aquesta té sobre la salut i complir les *recomanacions de l'OMS*.

Aquest organisme considera les PM_{10} i el NO_2 dos dels principals contaminants amb efectes sobre la salut i estableix uns valors guia de 10 $\mu g/m^3$ pel NO_2 i 15 $\mu g/m^3$ per les PM_{10}. Per la seva banda, la Directiva 2008/50/CE en matèria de qualitat de l'aire estableix uns llindars legals de 40 $\mu g/m^3$ que a l'Estat van ser transposats pel RD 102/2011 de 28 de gener.

Notes metodològiques

Pla QA

Horitzó 2027

Objectiu

Valor màxim de la mitjana anual de NO_2 i PM_{10}: 25 µg/m³

Els indicadors de qualitat de l'aire que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de dades proporcionades pel **Servei de Vigilància i Control de l'Aire. Direcció General de Canvi Climàtic i Qualitat Ambiental. Departament d'Acció Climàtica, Alimentació i Agenda Rural. Generalitat de Catalunya**.

S'exposen mitjanes anuals de contaminació per diòxid de nitrogen (NO_2) i de partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM_{10}).

Seguint criteris de la UE, l'avaluació dels contaminants es fa per Zones de Qualitat de l'Aire (ZQA). Són zones dins de les quals els nivells de contaminants són similars pel que fa a volum d'emissions, densitat de població i condicions de dispersió (depenen de la climatologia i l'orografia). Cada municipi queda adscrit a una de les 14 ZQA en que es divideix Catalunya. L'adscripció dels municipis a la seva ZQA es pot consultar aquí.

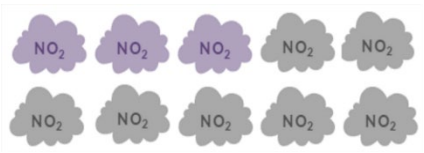
Els resultats es presenten per a punts de mesurament fixos amb dades anuals definitives. S'hi inclouen tant les estacions automàtiques com les manuals, així com les estacions industrials, de trànsit i de fons (aquestes darreres ubicades en punts que no reben l'impacte directe de les emissions del trànsit o de la indústria).

Dades destacades de **qualitat de l'aire** l'any **2023 a Sant Adrià de Besòs**

ZQA Àrea de Barcelona

18
Estacions NO_2

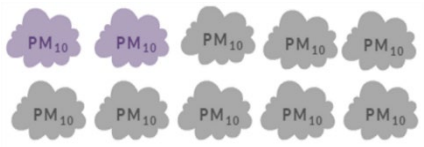
21
Estacions PM_{10}



EL **33%** D'ESTACIONS **HAN SUPERAT** EL LÍMIT DE **25** $\mu g/m^3$ DE NO_2 DEL **PLA QA 2027**

MITJANA ANUAL MÀXIMA REGISTRADA EN ESTACIÓ DE NO_2

35 $\mu g/m^3$



EL **24%** D'ESTACIONS **HAN SUPERAT** EL LÍMIT DE **25** $\mu g/m^3$ DE PM_{10} DEL **PLA QA 2027**

MITJANA ANUAL MÀXIMA REGISTRADA EN ESTACIÓ DE PM_{10}

30 $\mu g/m^3$

7.1 CONTAMINACIÓ PER NO_2

El NO_2 és un gas que es genera bàsicament en processos de combustió provinents del trànsit (terrestre, aeri i marítim) i la indústria.

En termes de salut, la contaminació per NO_2 es relaciona amb inflamació de les vies respiratòries, augment dels símptomes de bronquitis en infants asmàtics i reducció de la funció pulmonar. Exposicions a llarg termini s'associen a reducció de l'esperança de vida.

A banda dels efectes negatius sobre la salut, el NO_2 també té efectes sobre el medi ambient i el clima.

Actualment, la legislació vigent estableix que la mitjana anual dels punts de mesurament no pot superar els valors de referència marcats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire en la Directiva 2008/50/CE i en el Reial decret 102/2011 en un valor de 40 µg/m^3. Tanmateix hi ha altres llindars a considerar:

- 25 µg/m^3, objectiu marcat per al 2027 al Pla de Qualitat de l'Aire de Catalunya
- 10 µg/m^3, directriu sobre la Qualitat de l'Aire de l'OMS

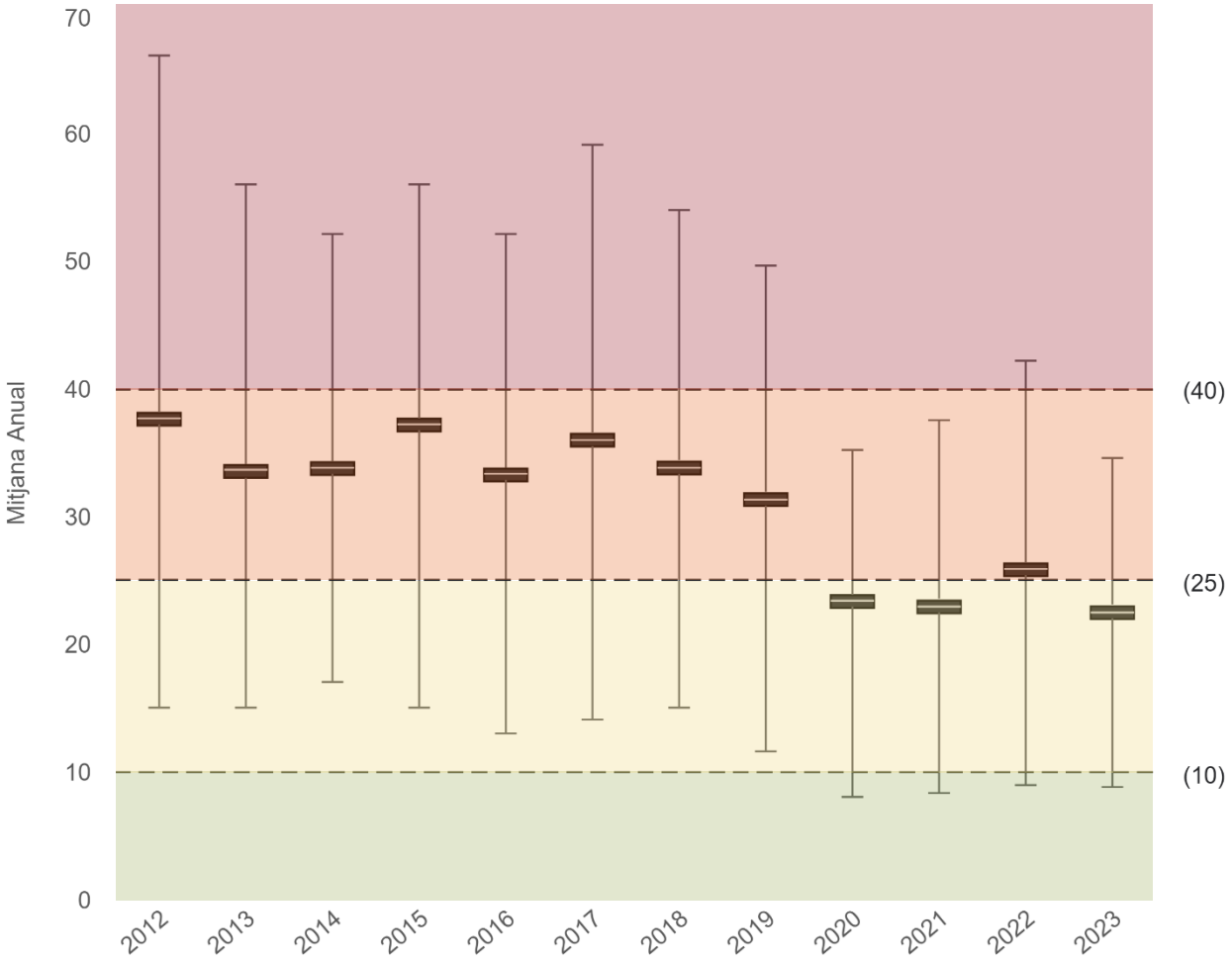
Fig. 103 | Evolució temporal de la mitjana anual de NO_2 (µg/m^3) en les estacions de la ZQA Àrea de Barcelona

Estació	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
08015021	37	39	40	41	38	39	35	33	26	24	-	26
08019004	43	40	39	45	43	44	39	37	29	26	27	24
08019042	40	33	32	36	32	36	33	31	24	22	26	20
08019043	-	56	52	56	52	59	54	50	35	38	42	35
08019044	66	54	52	54	49	52	46	44	32	31	35	29
08019050	40	35	37	42	38	38	35	32	24	25	31	27
08019054	33	27	28	32	29	33	29	29	22	20	22	19
08019057	-	32	31	34	30	32	29	28	-	18	21	17
08019058	-	-	-	-	-	-	-	12	8	8	9	9
08089005	15	15	17	15	13	14	15	15	11	11	12	10
08101001	36	33	34	39	35	36	36	33	24	23	25	23
08169008	39	33	34	37	35	35	34	33	24	26	29	25
08169009	-	35	34	-	35	35	34	32	23	-	29	25
08194008	44	41	42	42	40	40	40	37	27	26	30	27
08245012	41	37	37	37	34	35	33	33	26	26	29	26
08263001	36	34	34	35	33	35	33	32	23	26	28	25
08263007	-	20	-	33	28	30	28	28	22	23	24	21
08301004	18	19	19	17	17	19	22	25	17	17	22	19

Valor igual o inferior a 10 µg/m^3 (llindar recomanat per l'OMS)
Valor entre 11 µg/m^3 i 25 µg/m^3 (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
Valor entre 26 µg/m^3 i 40 µg/m^3 (màxim legal que estableix la normativa actual)
Valor superior a 40 µg/m^3 (màxim legal que estableix la normativa actual)

Font: Servei de Vigilància i Control de l'Aire. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

Fig. 104 | Evolució temporal de la mitjana anual de NO_2 (µg/m^3) per al conjunt d'estacions de la ZQA Àrea de Barcelona



Valor igual o inferior a 10 µg/m^3 (llindar recomanat per l'OMS)
Valor entre 11 µg/m^3 i 25 µg/m^3 (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
Valor entre 26 µg/m^3 i 40 µg/m^3 (màxim legal que estableix la normativa actual)
Valor superior a 40 µg/m^3 (màxim legal que estableix la normativa actual)
Mitjana anual del conjunt d'estacions de la ZQA

Font: Servei de Vigilància i Control de l'Aire. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.
Nota: Els intervals indiquen les mitjanes anuals màximes i mínimes mesurades.

7.2 CONTAMINACIÓ PER PM_{10}

Les PM_{10} són partícules en suspensió amb un diàmetre inferior a 10 micres. Malgrat que hi poden haver components naturals com la pols africana, la principal font d'aquest contaminant és antropogènica causada per exemple per la combustió en vehicles o calefaccions.

La contaminació per PM_{10} s'associa a un augment del risc de patir malalties cardiovasculars, respiratòries i càncer de pulmó.

Actualment, la legislació vigent estableix que la mitjana anual dels punts de mesurament no pot superar els valors de referència marcats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire en la Directiva 2008/50/CE i en el Reial decret 102/2011 en un valor de 40 $\mu g/m^3$. Tanmateix hi ha altres llindars a considerar:

- 25 $\mu g/m^3$, objectiu marcat per al 2027 al Pla de Qualitat de l'Aire de Catalunya
- 15 $\mu g/m^3$, directriu sobre la Qualitat de l'Aire de l'OMS

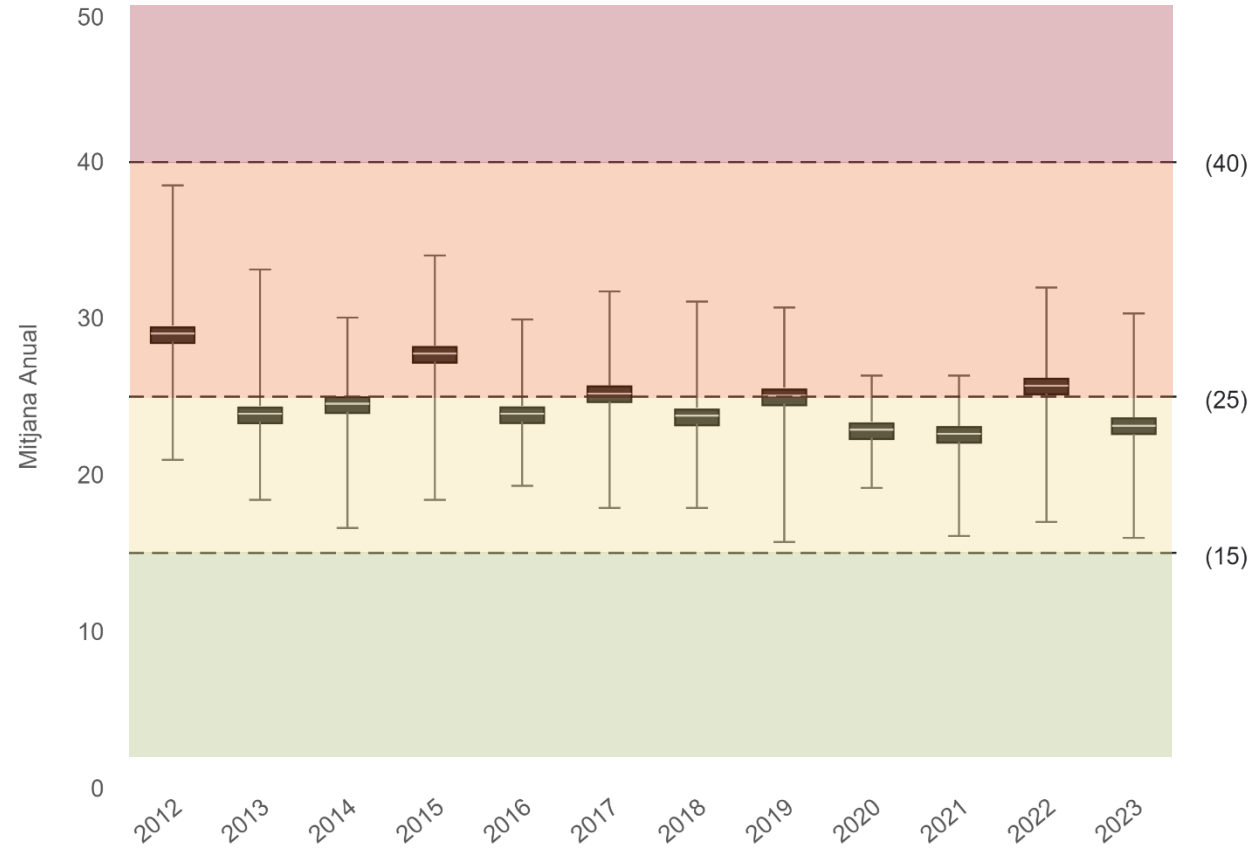
Fig. 105 | Evolució temporal de la mitjana anual de PM_{10} ($\mu g/m^3$) en les estacions de la ZQA Àrea de Barcelona

Estació	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
08015023	22	20	23	25	22	24	22	24	20	21	23	20
08019004	31	25	25	29	27	29	26	29	23	22	24	21
08019028	33	27	28	31	26	29	28	30	26	25	28	25
08019042	38	25	26	29	23	26	23	26	22	23	24	24
08019043	33	27	27	29	26	27	26	29	23	23	25	23
08019044	38	26	26	27	24	26	25	27	24	23	26	23
08019045	28	20	22	24	20	22	21	23	21	20	23	21
08019052	32	24	25	28	25	26	28	27	22	21	26	22
08019054	24	19	20	22	19	20	19	23	19	19	22	18
08019055	31	26	27	31	27	29	27	30	-	26	30	28
08089005	23	-	17	18	19	18	18	16	-	16	17	16
08101001	-	-	-	-	-	26	25	-	23	24	29	26
08123001	30	24	26	33	27	28	24	28	23	26	27	23
08169008	34	-	29	-	28	32	31	31	26	26	32	30
08169009	-	-	28	27	24	24	23	23	-	22	24	22
08194008	32	27	27	30	28	28	25	24	21	24	26	25
08245012	28	24	25	30	25	27	23	27	23	22	26	23
08263001	-	-	30	34	-	-	23	24	23	24	31	26
08263006	33	27	29	31	30	32	31	28	26	26	30	27
08263007	-	-	-	26	23	26	27	22	23	21	25	23
08301004	-	20	18	22	21	20	19	20	-	20	21	19

Valor igual o inferior a 15 $\mu g/m^3$ (llindar recomanat per l'OMS)
Valor entre 16 $\mu g/m^3$ i 25 $\mu g/m^3$ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
Valor entre 26 $\mu g/m^3$ i 40 $\mu g/m^3$ (màxim legal que estableix la normativa actual)
Valor superior a 40 $\mu g/m^3$ (màxim legal que estableix la normativa actual)

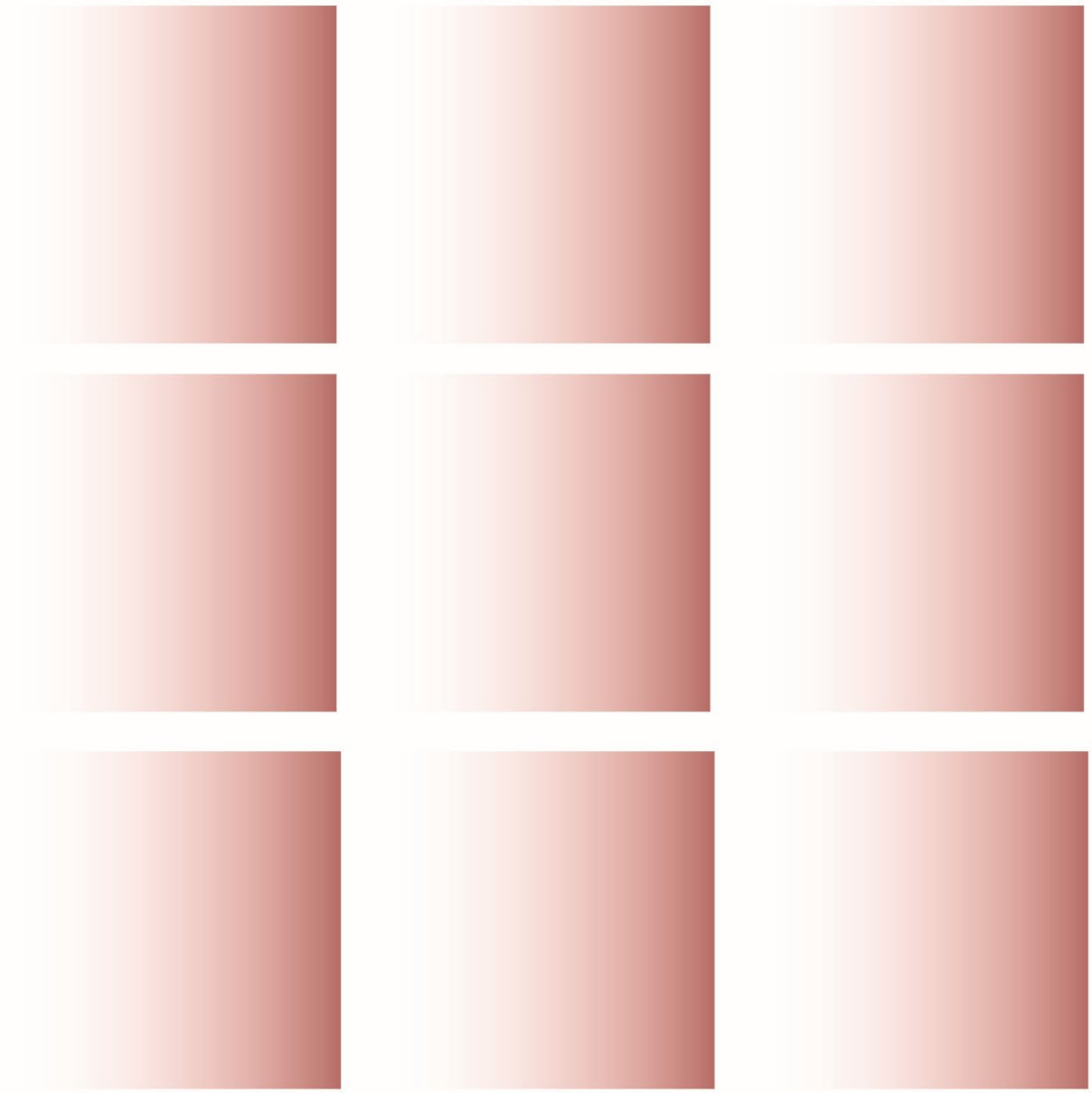
Font: Servei de Vigilància i Control de l'Aire. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.

***Fig. 106* | Evolució temporal de la mitjana anual agregada de PM_{10} ($\mu g/m^3$) per al conjunt d'estacions de la ZQA Àrea de Barcelona**



Valor igual o inferior a 15 $\mu g/m^3$ (llindar recomanat per l'OMS)
Valor entre 16 $\mu g/m^3$ i 25 $\mu g/m^3$ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
Valor entre 26 $\mu g/m^3$ i 40 $\mu g/m^3$ (màxim legal que estableix la normativa actual)
Valor superior a 40 $\mu g/m^3$ (màxim legal que estableix la normativa actual)
Mitjana anual del conjunt d'estacions de la ZQA

Font: Servei de Vigilància i Control de l'Aire. Generalitat de Catalunya. Elaboració pròpia.
Nota: Els intervals indiquen les mitjanes anuals màximes i mínimes mesurades.



Diputació Barcelona | Àrea de Comerç, Consum i Salut Pública

Servei de Salut Pública
Passeig de la Vall d'Hebron, 171
Recinte Mundet
08035 Barcelona
Tel. 934 022 468
ssp.infoanalisi@diba.cat
www.diba.cat/salutpublica