

Informe d'indicadors de salut local per al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona

2022



**Diputació
Barcelona**

Direcció i coordinació dels continguts

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

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

Edició: 27 abril de 2023

© d'aquesta edició: Diputació de Barcelona

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

ÍNDEX

Presentació	4
Introducció	5
1. Demografia.....	7
1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ	10
1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT	12
1.2.1 Immigració	13
1.2.2 Emigració.....	14
1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUTA A L'ESTRANGER.....	15
1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA	18
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.....	38
3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA.....	41
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	50
3.3 SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL	59
3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental.....	60
3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ	63
4. Mortalitat.....	66
4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT	69
4.2 ESPERANÇA DE VIDA	71
4.3 CAUSES DE MORTALITAT	73
4.3.1 Causes de mortalitat segons els 20 grans grups	73
4.3.2 Causes de mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes.....	76
4.4 MORTALITAT EVITABLE	78
4.5 MORTALITAT PREMATURA	81
4.6 AGENDA 2030 I OBJECTIUS DE MORTALITAT.....	84
5. COVID-19.....	86
5.1 CASOS COVID-19	89
5.2 DEFUNCIONS PER COVID-19	91
6. Accidentalitat viària	92
6.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES	95
6.2 COL·LECTIUS VULNERABLES	100

6.3	BICICLETES I VEHICLES DE MOBILITAT PERSONAL	102
6.4	ALCOHOLÈMIA	103
7.	Socioeconomia	105
7.1	ACTIVITAT ECONÒMICA	108
7.2	MERCAT DE TREBALL	109
7.3	HABITATGE	111



Presentació

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

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

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

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

Espero que aquest informe esdevingui una eina de suport al treball que feu dia a dia per millorar la salut de la ciutadania i contribueixi a continuar incorporant la salut en les vostres polítiques. I també, que us permeti actuar sobre els determinants de la salut i intervenir sobre les desigualtats, per tal de fer i construir els nostres municipis encara més saludables, equitatius i cohesionats.

Jesús Naharro Rodríguez

Diputat delegat de Salut Pública i Consum

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

INTRODUCCIÓ

Conèixer l'estat de salut de la població és imprescindible per a la presa de decisions ajustades a les necessitats de cada moment. Per aquest motiu, el Servei de Salut Pública de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona elabora anualment un Informe d'indicadors de salut local (ISL) amb les dades agregades del conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona (**Barcelona ciutat exclosa**). Aquest document recull un conjunt ampli d'indicadors i la seva tendència al llarg dels anys, i 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** en 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

En aquest apartat s'ofereixen dades referents a l'**hospitalització** en hospitals d'aguts, a l'hospitalització en centres **sociosanitaris** i a l'atenció hospitalària i ambulatoria 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**, les **defuncions evitables** i l'**esperança de vida de la població**.



COVID-19

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



ACCIDENTALITAT VIÀRIA

Aporta informació de l'evolució dels **accidents** i les **víctimes de trànsit** durant els darrers anys. Avalua amb perspectiva de sexe 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.

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 a compleixen un paper important en l'estat de salut d'una població. Per aquest motiu, analitzar i conèixer les característiques demogràfiques del territori és indispensable per dissenyar intervencions ajustades a les necessitats dels seus habitants.

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

Notes metodològiques

ODS 3

Repte

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

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

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

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: estimacions postcensals per als municipis de més de 50.000 habitants i dades del padró municipal d'habitants per a la resta de municipis. Fonts: IDESCAT i INE, respectivament.

Dades destacades de **demografia** l'any **2021**
en els **municipis de més de 10.000 habitants** de la
província de Barcelona



**Feminització de
la població**

**Dues dones per cada
home** en la població
més gran de 85 anys

3.448.121

habitants en el conjunt
de municipis de més de
10.000 habitants



El **19%** de la població
és **nascuda a
l'estranger**

Edat mitjana de les persones
immigrants

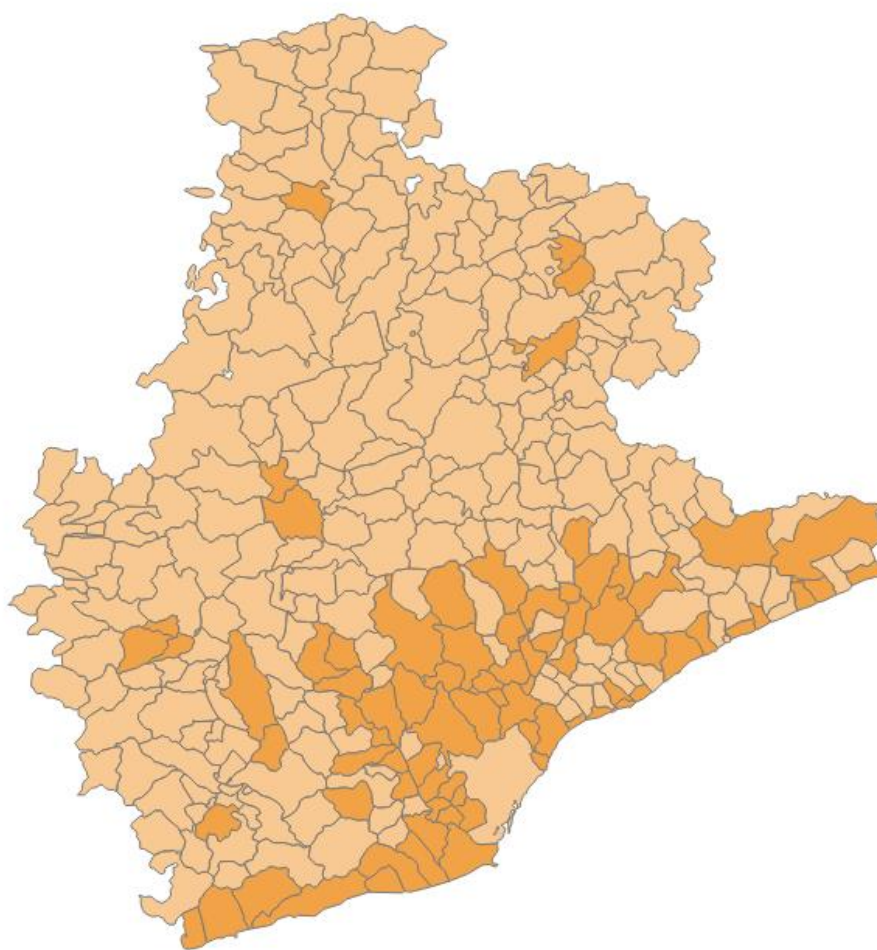
34 anys

1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ

El creixement poblacional dels darrers anys ha fet que el nombre de **municipis** de la província de Barcelona (**exceptuant Barcelona ciutat**) que **superen els 10.000 habitants** hagi passat de 65 l'any 2001 a **82** l'any 2021.

La població empadronada en aquests 82 municipis l'any 2021 era de **3.448.121 habitants** (49,2% homes i 50,8% dones). Aquesta xifra implica que el **84,6% de la població resideix en municipis de més 10.000 habitants**.

Fig. 1 | Municipis de la província de Barcelona amb més de 10.000 habitants



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

Nota: En color fosc es marquen els 82 municipis de la província de Barcelona que al gener de 2021 superaven els 10.000 habitants (ciutat de Barcelona exclosa).

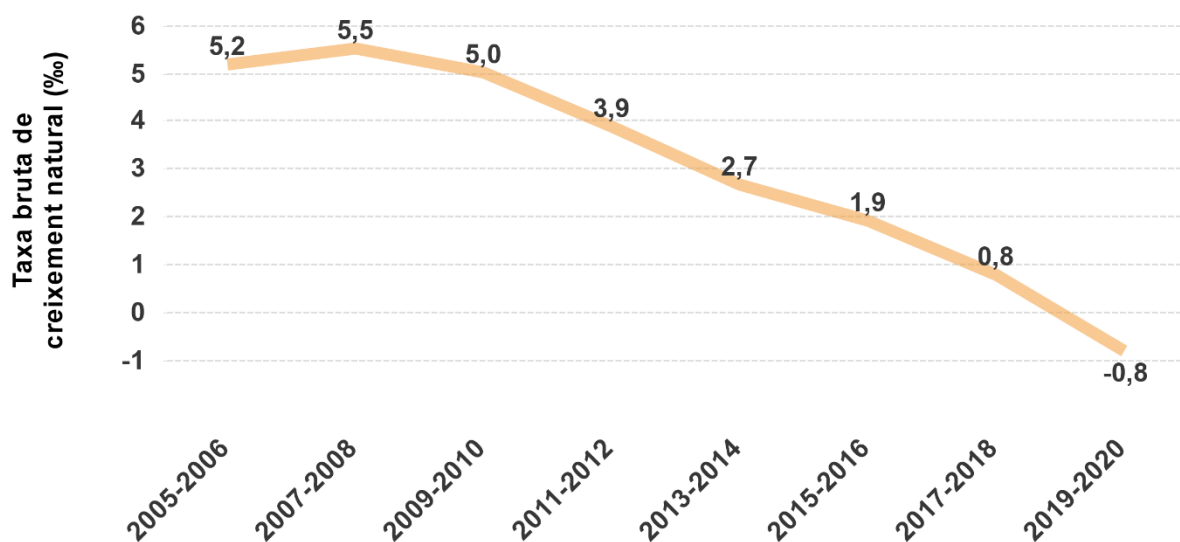
El creixement total de la població ve determinat pel creixement natural i el creixement migratori.

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.

La **taxa de creixement natural** presenta, des de fa uns anys, una **tendència a la baixa**. El **bienni 2019-2020** es va situar en xifres negatives amb un -0,8‰, la qual cosa implica que **es van produir més defuncions que naixements**.

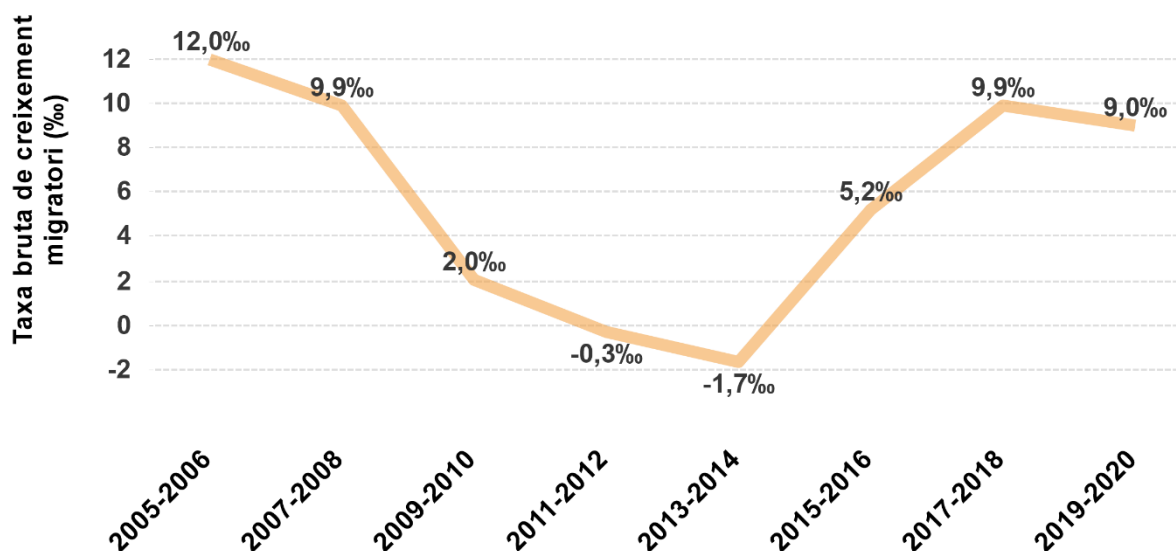
Fig. 2 | Evolució biennal de la taxa bruta de creixement natural



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

La taxa de creixement migratori mostra una evolució en forma de lletra u. Els valors més baixos, i fins i tot negatius, coincideixen amb els anys de la crisi econòmica del 2008. **El bienni 2019-2020 la taxa de creixement migratori va ser de 9,0‰**, la qual cosa implica que va haver-hi més immigració que no pas emigració.

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



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

1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT

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

Immigració: altes registrades per canvi de residència. Quan la procedència és un municipi de la resta 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 municipi de la resta 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

A la província de Barcelona, els municipis de més de 10.000 habitants, l'any 2021 van registrar un total de **198.832 altes** (un **74%** van ser immigracions **internes** i un **26%** immigracions **externes**).

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

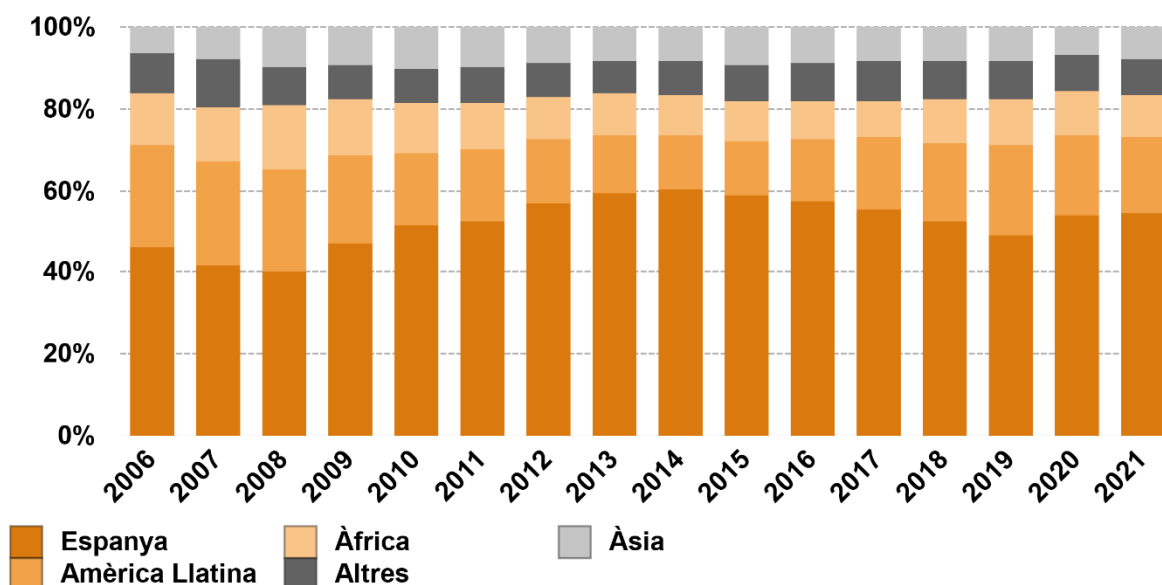
Procedència	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Altres municipis de la província de Barcelona	107.176	107.997	105.512	104.696	105.571	99.384	102.063	110.569	114.714	101.475	120.033
Altres províncies de Catalunya	11.185	11.091	10.796	10.897	10.994	9.704	9.164	9.460	9.816	7.825	9.537
Resta d'Espanya	22.798	20.960	20.250	20.927	20.907	19.849	19.988	18.899	19.831	15.638	18.554
Estranger	40.296	31.703	29.578	33.889	39.261	46.367	54.619	63.871	72.930	40.764	50.708
Total	181.455	171.751	166.136	170.409	176.733	175.304	185.834	202.799	217.291	165.702	198.832

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

Nota: Les dades corresponen al sumatori de les altes registrades en els municipis de més de 10.000 habitants.

El **54%** d'aquestes **altes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **46%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

Fig. 5 | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades d'alta residencial



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

Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania. Les dades corresponen al sumatori de les altes registrades en els municipis de més de 10.000 habitants.

1.2.2 Emigració

L'any 2021 es van registrar **183.139 baixes** al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona (un **83%** van ser emigracions **internes** i un **17%** emigracions **externes**).

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

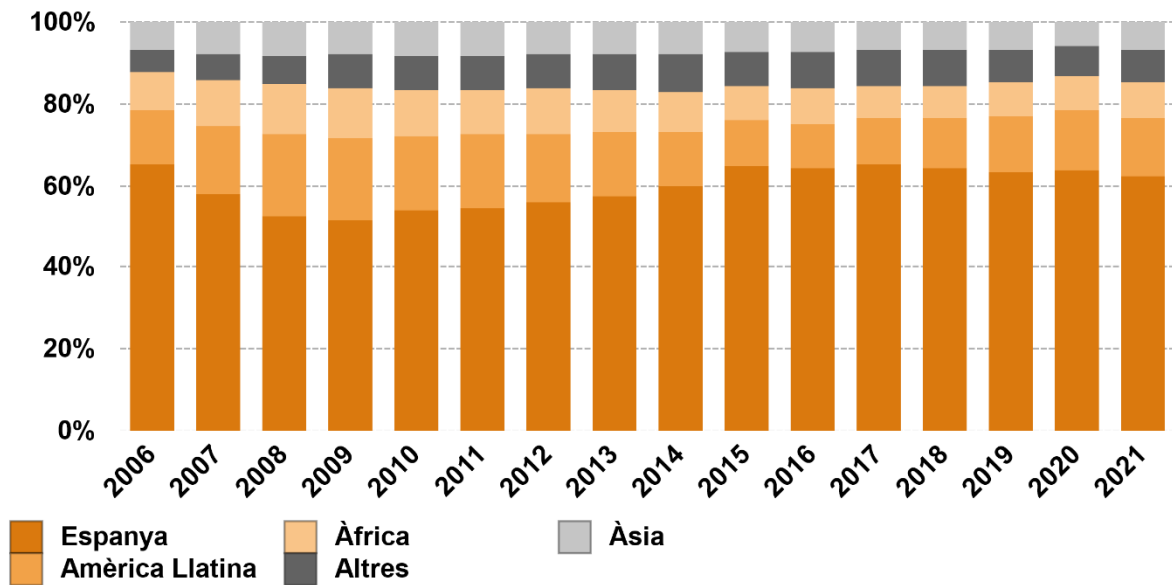
Destinació	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Altres municipis de la província de Barcelona	105.435	104.788	102.437	102.377	101.197	95.202	97.266	104.255	109.217	96.924	116.206
Altres províncies de Catalunya	11.370	11.044	10.699	10.209	9.920	9.932	10.595	11.716	12.468	14.440	14.644
Resta d'Espanya	23.512	22.692	21.416	20.150	19.079	18.554	18.949	20.826	21.106	20.228	21.821
Estranger	37.668	38.716	39.798	40.395	31.111	32.611	29.792	29.298	26.559	20.546	30.468
Total	177.985	177.240	174.350	173.131	161.307	156.299	156.602	166.095	169.350	152.138	183.139

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

Nota: Les dades corresponen al sumatori de les baixes registrades en els municipis de més de 10.000 habitants.

El **62%** d'aquestes **baixes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **38%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

Fig. 7 | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades de baixa residencial



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

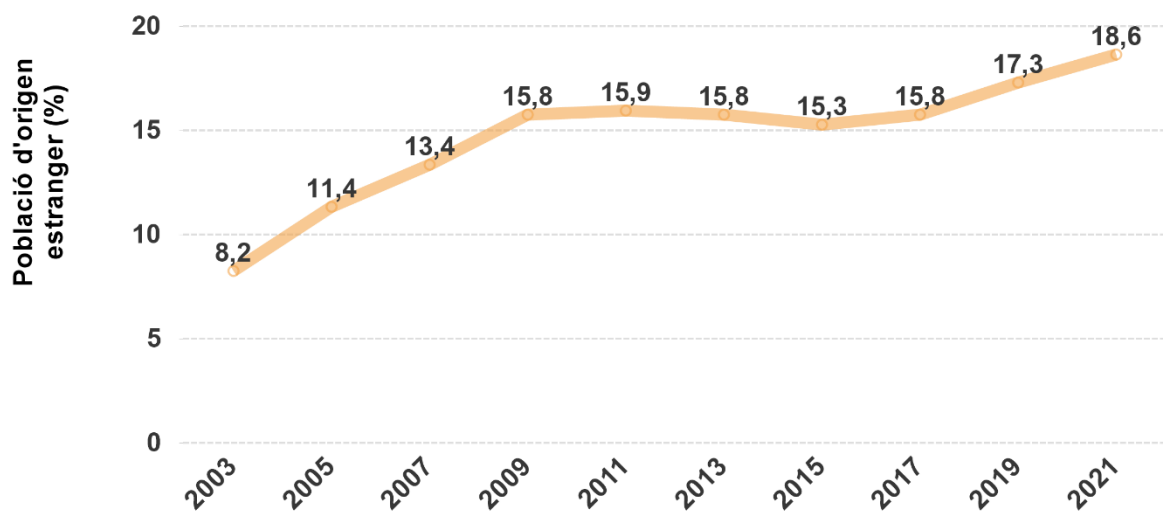
Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania. Les dades corresponen al sumatori de les baixes registrades en els municipis de més de 10.000 habitants.

1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUTA A L'ESTRANGER

En línies generals, la proporció de població resident al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona que ha nascut a l'estranger ha seguit una tendència creixent els darrers anys (amb l'excepció dels anys de la crisi econòmica del 2008, en els que els valors es van mantenir estables).

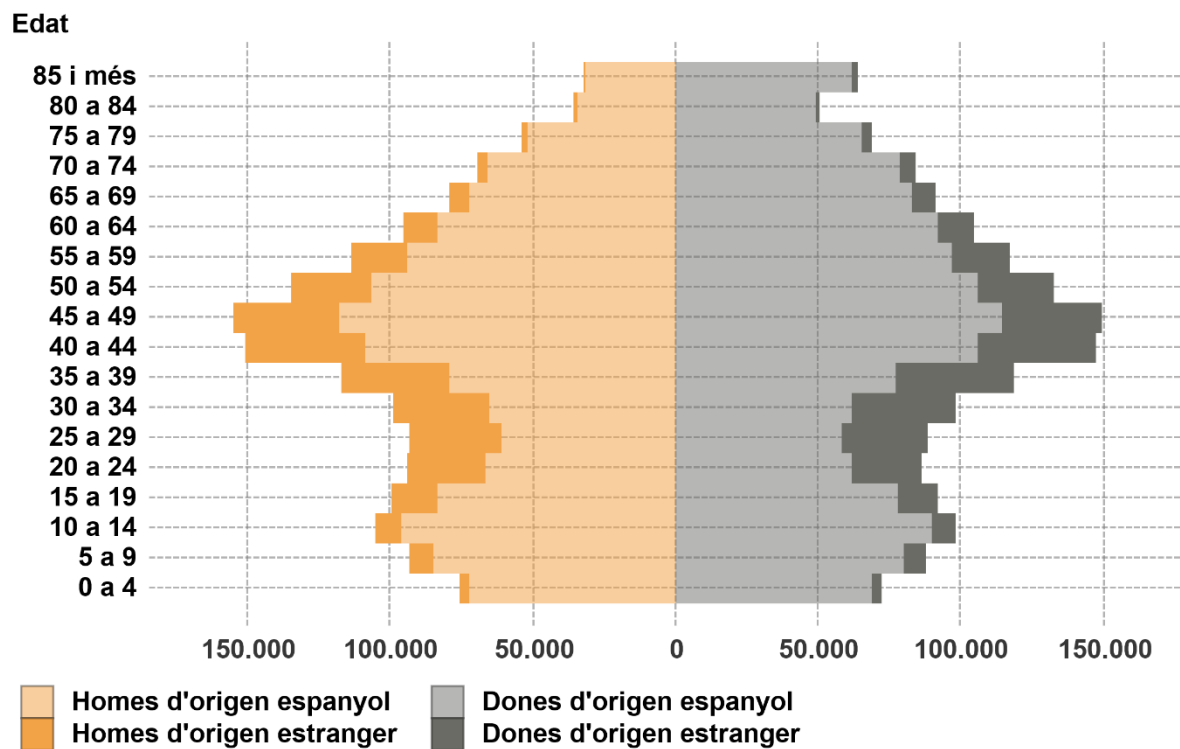
Conèixer les característiques del col·lectiu de persones amb nacionalitat estrangera és important per impulsar accions que garanteixin la **integració** i **cohesió socials**, promoguin l'accés als **recursos** de **manera equitativa** i **redueixin** les **desigualtats** en salut.

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



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

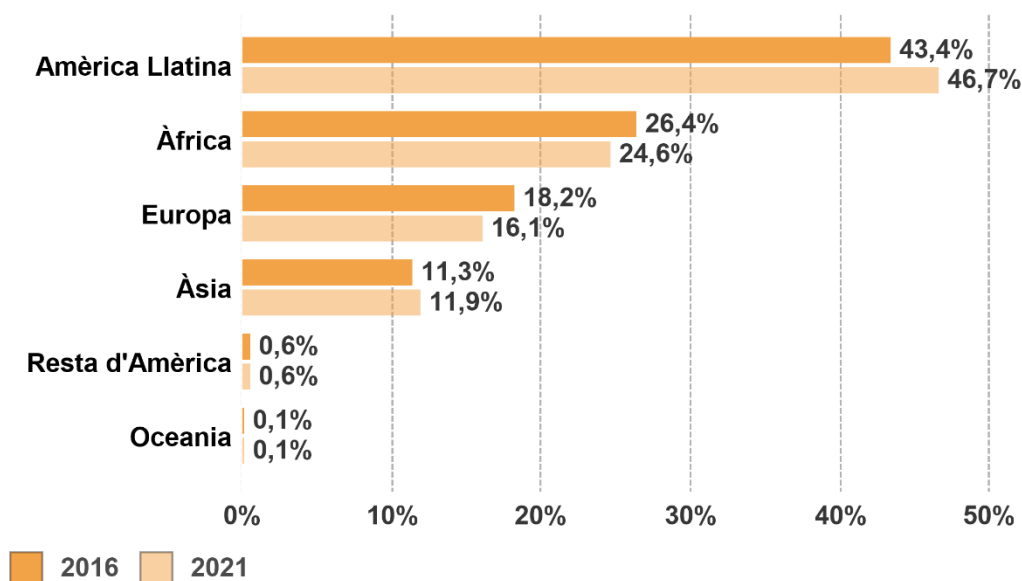
Fig. 9 | Distribució de la població segons l'origen, el sexe i l'edat



Dades corresponents a 2021.

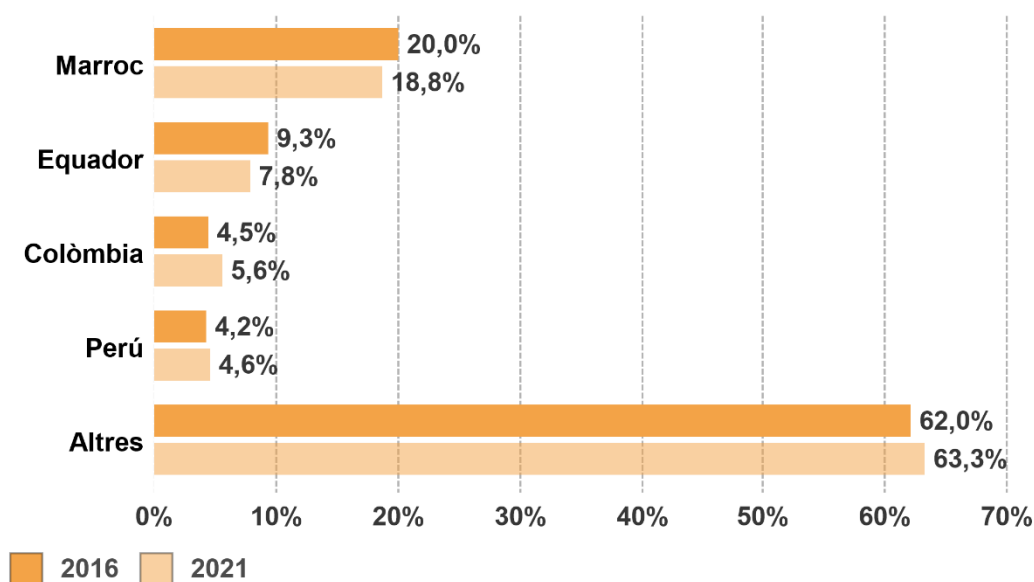
Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

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



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

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

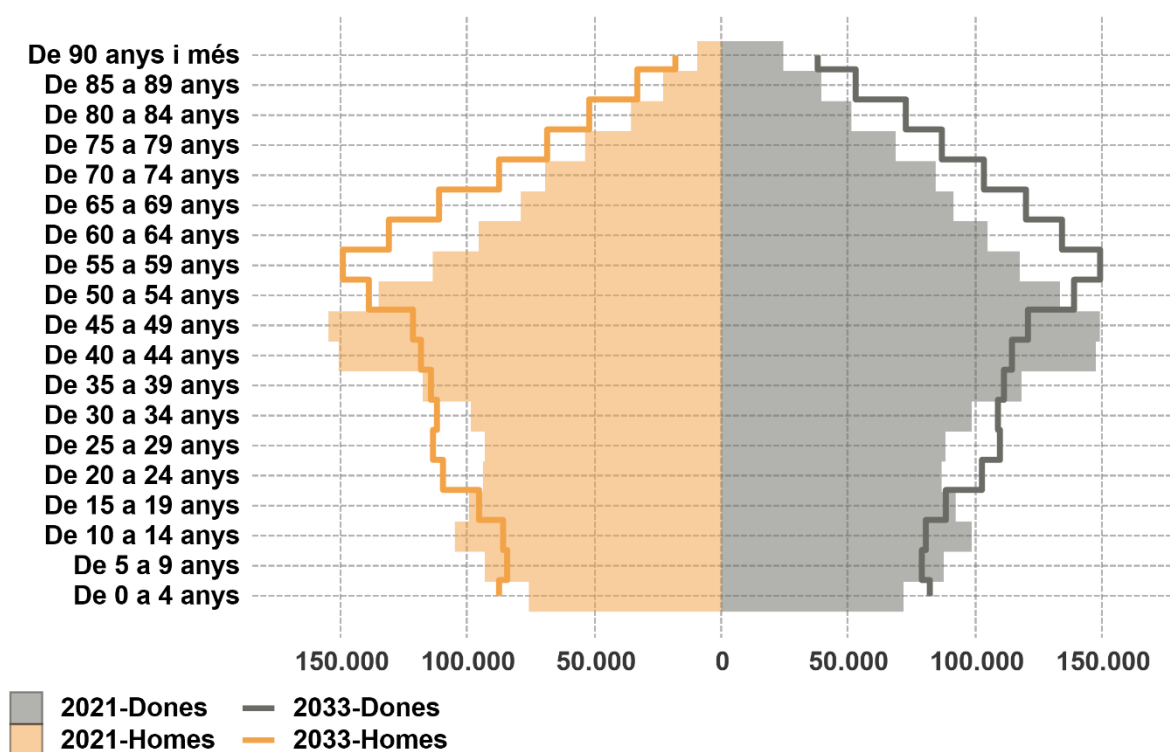


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA

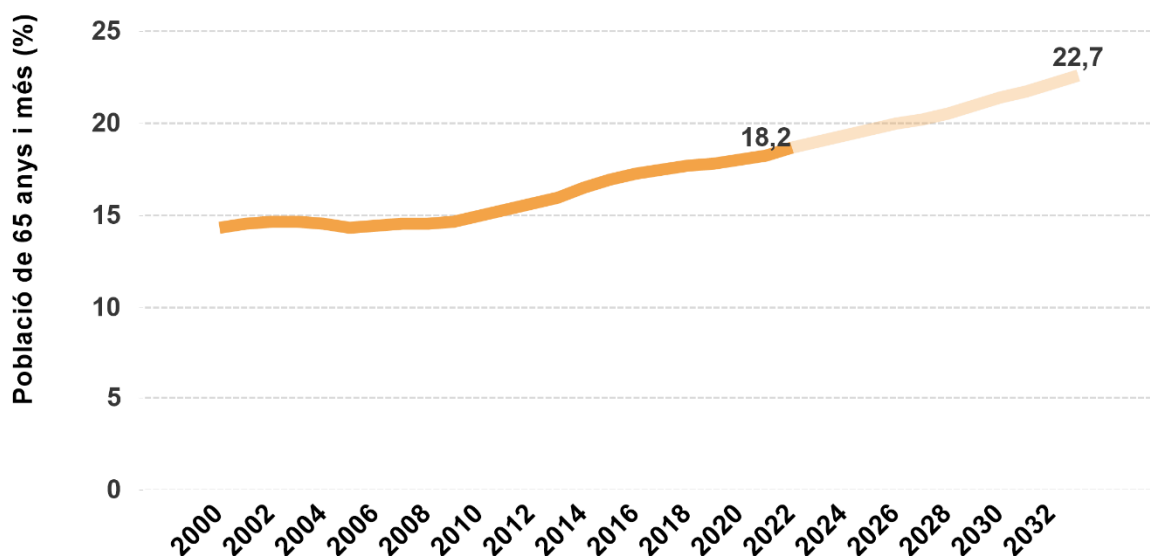
Els indicadors demogràfics mostren, des de fa anys, un **envelliment progressiu** de la població. Aquest envelliment està condicionat per l'evolució de la natalitat, la mortalitat i els moviments migratoris. L'envelliment de la població es reflecteix en un percentatge de població de 65 anys i més cada vegada més gran, i en uns índexs d'envelliment i sobreenvelliment amb tendències també ascendents. **S'estima que el 2033 el 23% de la població del conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona tindrà més de 65 anys.**

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



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

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

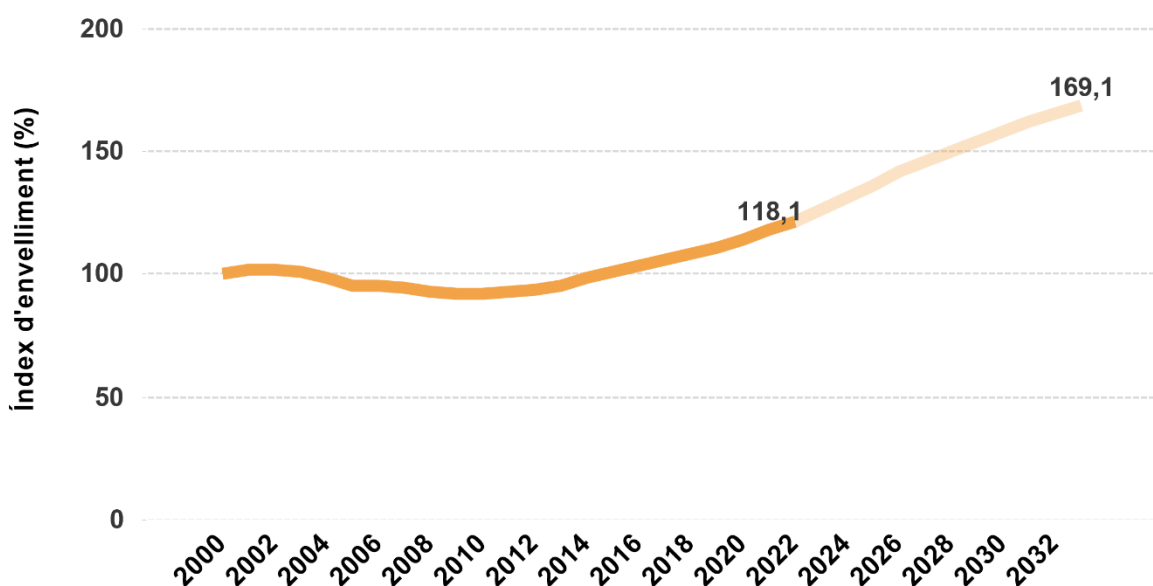


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

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

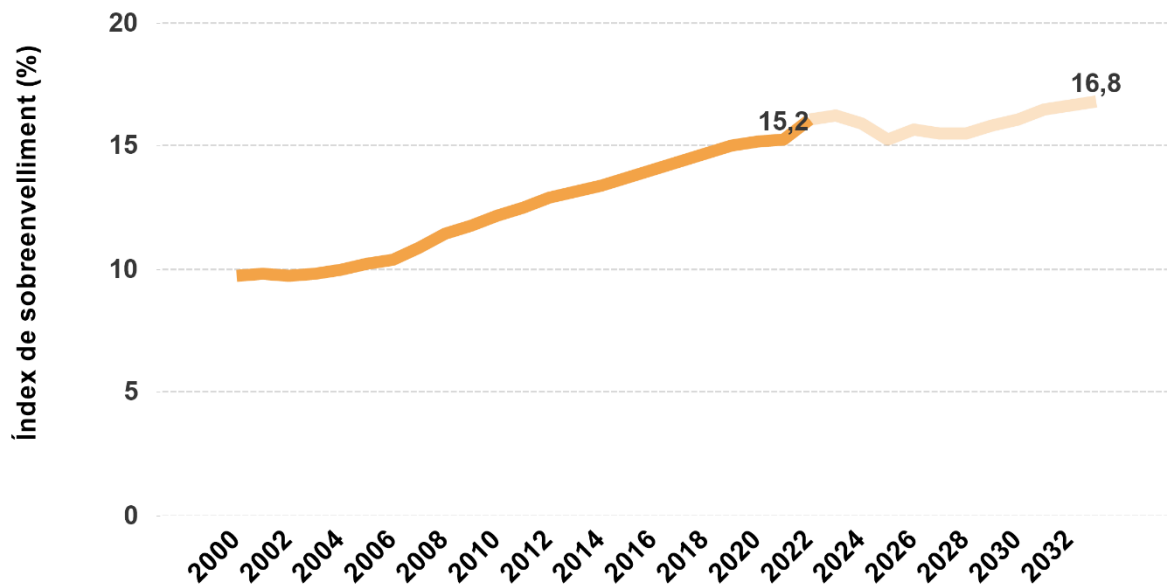
Índex de sobreenvelliment: nombre de persones de 85 anys i més anys per cada 100 persones de 65 anys i més.

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



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

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

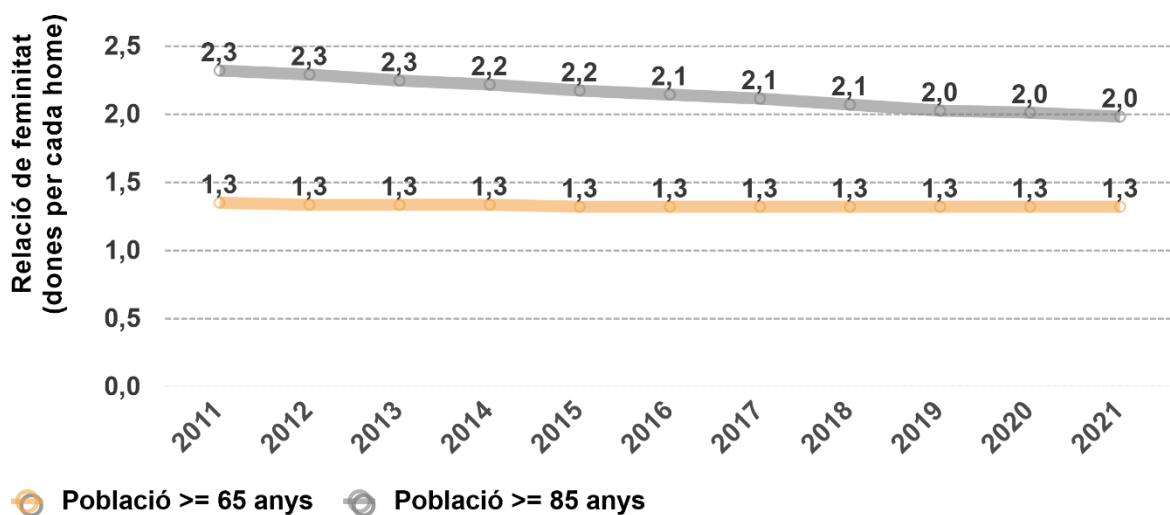


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE i projeccions municipals de l'Idescat segons l'escenari padronal 2018. Elaboració pròpia.

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

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

Fig. 16 | Evolució anual de la relació de feminitat

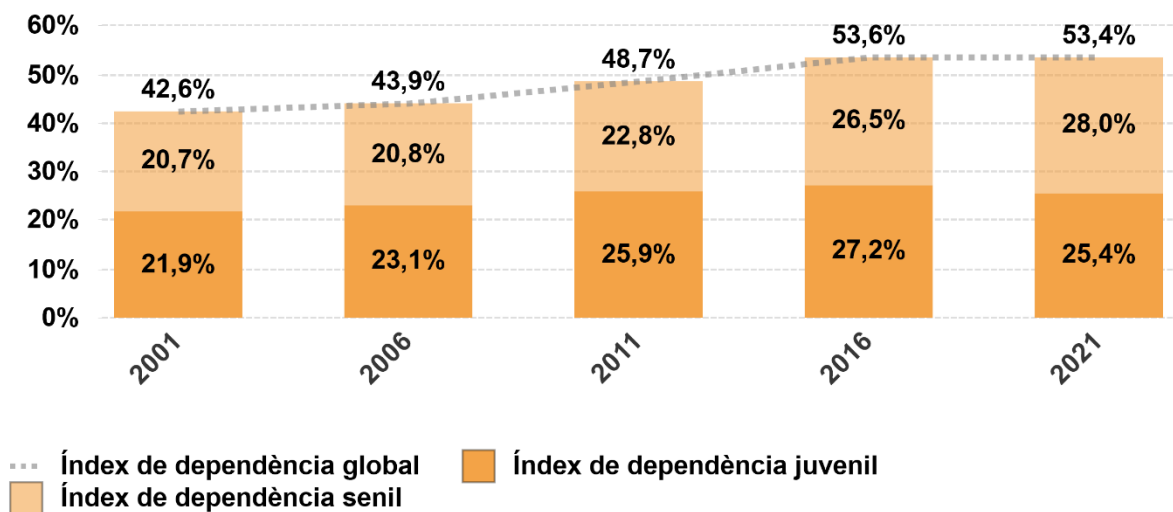


Font: Padró municipal d'habitants de l'INE. Elaboració pròpia.

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

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

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



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

2.

SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

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

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

Notes metodològiques

Pla Salut

2021-2025

Objectiu

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

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

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

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

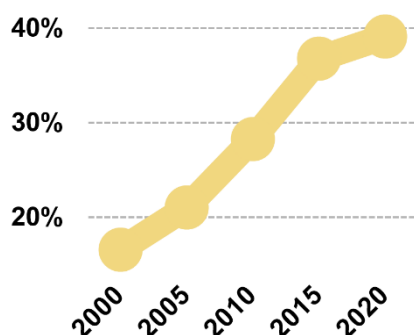
Càlcul de taxes brutes i taxes específiques per edat: estimacions postcensals per als municipis de més de 50.000 habitants i dades del padró municipal d'habitants per a la resta de municipis. Fonts: IDESCAT i INE, respectivament.

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

Dades destacades de **salut sexual i reproductiva**
l'any **2020** al conjunt de **municipis de més de 10.000**
habitants

25.990

Naixements



**Creixement del
percentatge de
mares >34 anys**

El **31%** de les mares són
de **nacionalitat
estrangera**

8.505

**Interrupcions
voluntàries de l'embaràs
(IVE)**

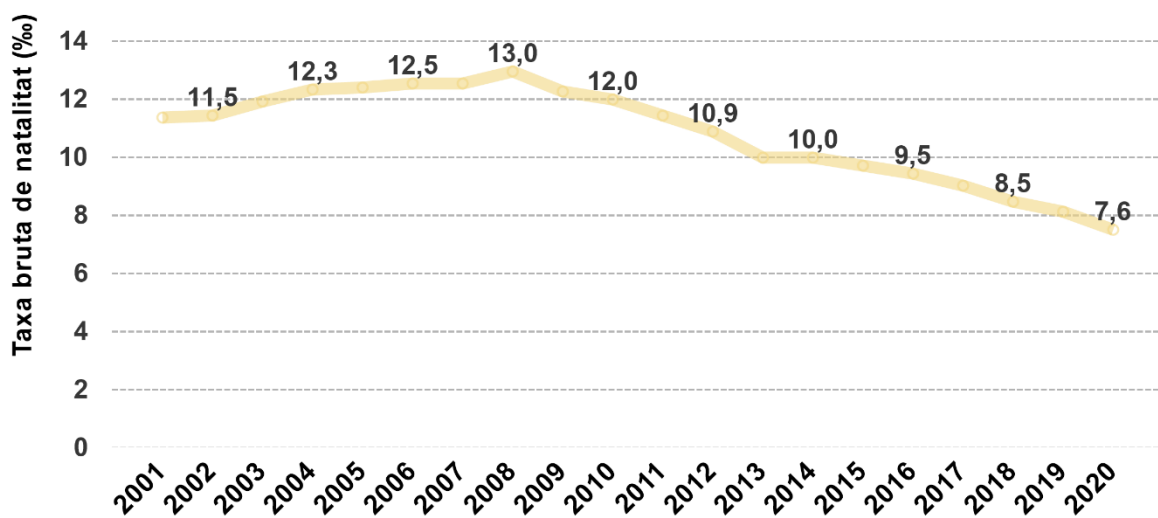


2.1 NATALITAT

La **taxa bruta de natalitat** el 2020 en el conjunt de municipis de més de 10.000 habitants va ser de **7,6 naixements per cada 1.000 habitants**. Aquest indicador mostra una tendència a la baixa generalitzada des de l'any 2008, coincidint amb l'inici de la crisi econòmica.

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

Fig. 18 | Evolució de la taxa bruta de natalitat



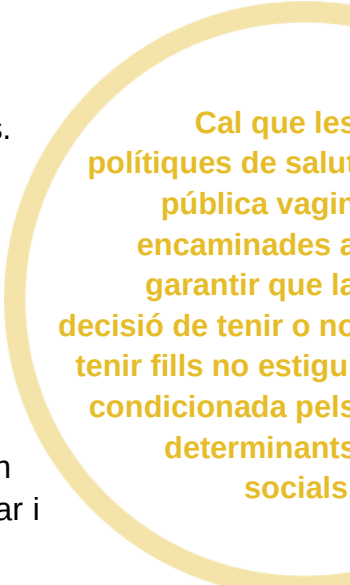
Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

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

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

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

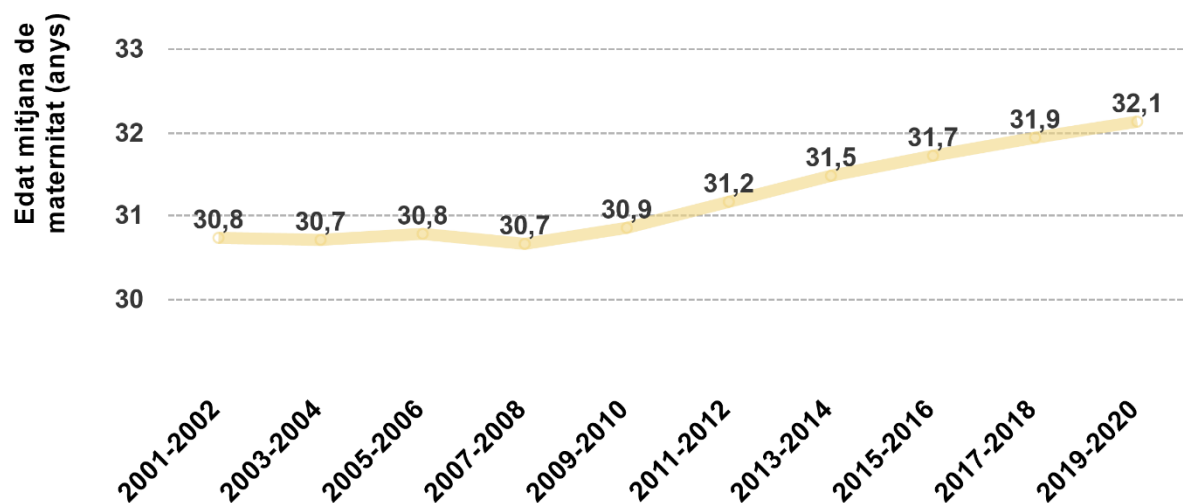
La manca d'estabilitat econòmica, les dificultats per accedir a un habitatge i mantenir-lo i els obstacles per conciliar la vida familiar i laboral influeixen de manera important en la decisió de tenir fills.



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

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

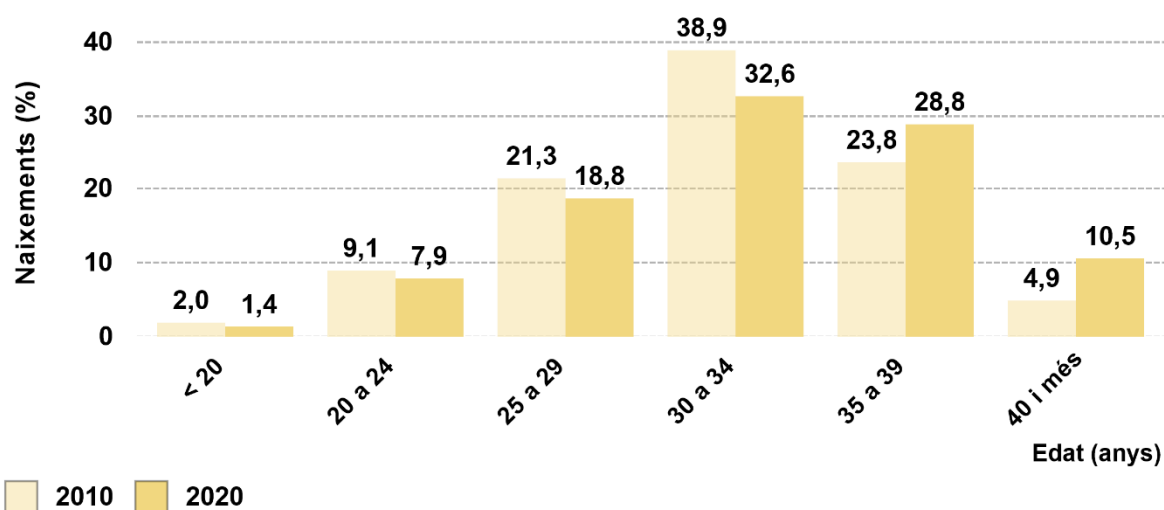
Fig. 19 | Evolució de l'edat mitjana de maternitat



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

L'any 2020 les dones de 30 a 34 anys van representar el 32,6% de les dones que van tenir fills, i les dones de 35 a 39 anys el 28,8%. Deu anys enrere les dones de 30 a 34 anys representaven el 38,9%, i les de 35 a 39 anys, el 23,8%.

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

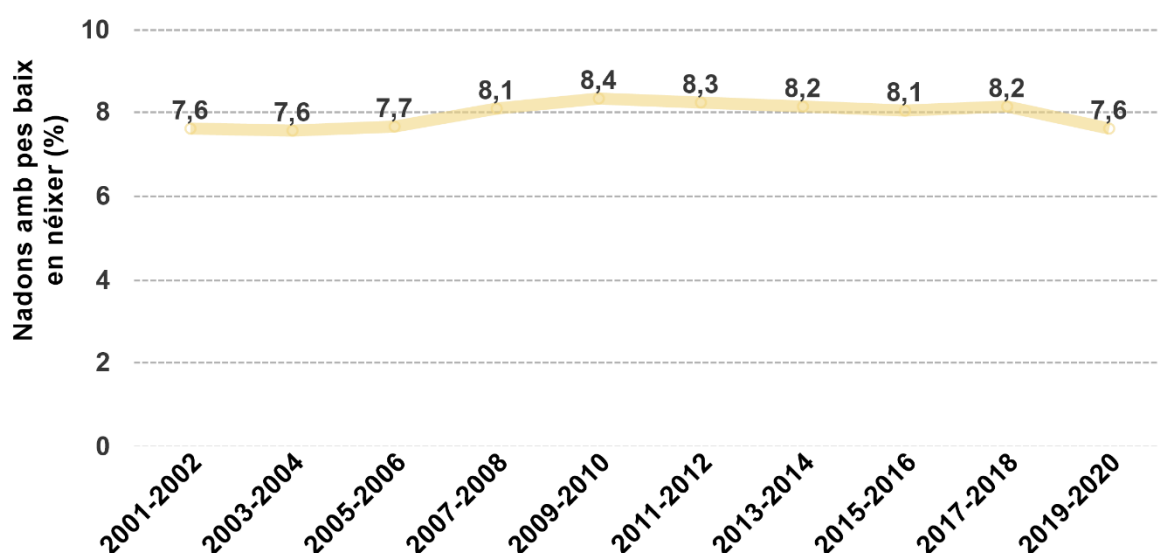


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

El pes en néixer és un indicador important de la qualitat del desenvolupament fetal i un bon predictor de la salut al llarg de la vida. Els nadons nascuts amb un pes baix tenen un risc més alt de patir malalties cardiovasculars, hipertensió arterial, diabetis i altres patologies. Aquest indicador presenta una tendència estable des de fa dues dècades en el conjunt de municipis de més de 10.000 habitants de la província de Barcelona.

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

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



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

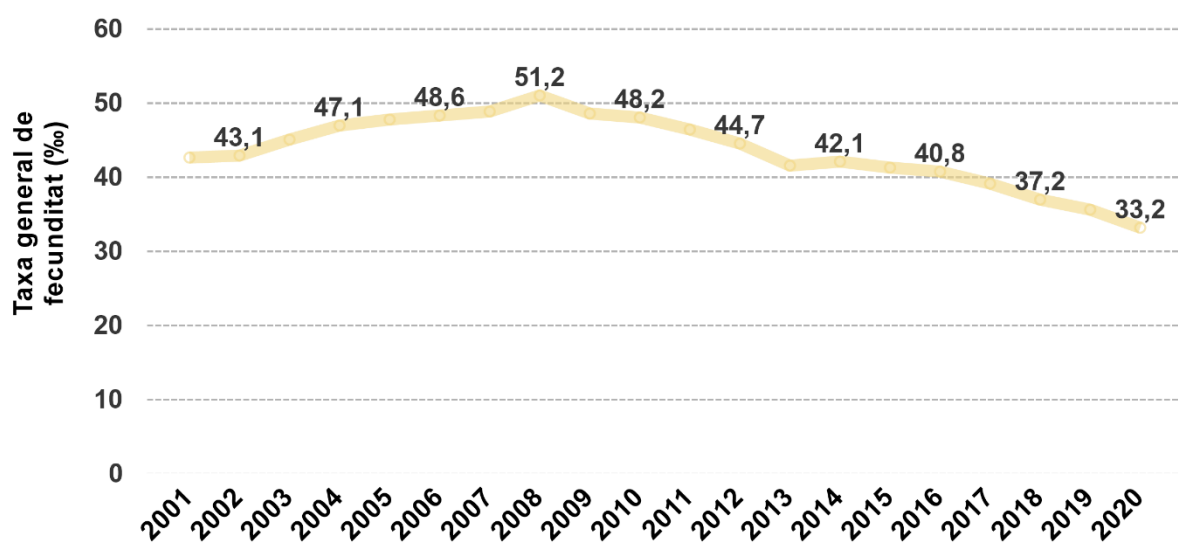
2.2 FECUNDITAT

Els indicadors de natalitat fan referència als naixements ocorreguts en una població sense tenir en compte el seu potencial reproductiu. **Els indicadors de fecunditat, en canvi, avaluen els naixements en relació amb les dones en edat fèrtil (15-49 anys) que hi ha en la població estudiada.** De la mateixa manera que la taxa de natalitat, la taxa de fecunditat també presenta una tendència a la baixa des de 2008.

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

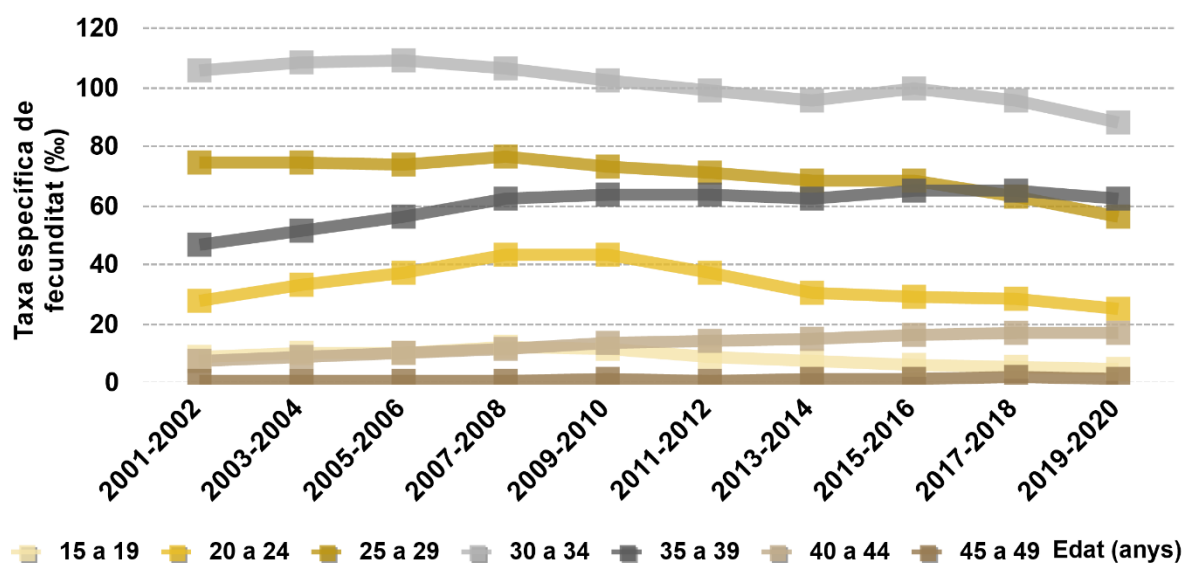
Taxa específica de fecunditat per edat: nombre de naixements d'una població per cada 1.000 dones en edat fèrtil d'un grup d'edat determinat. Permet comparar en quin grup d'edat hi ha més dones que tenen fills i veure l'evolució al llarg del temps.

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



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

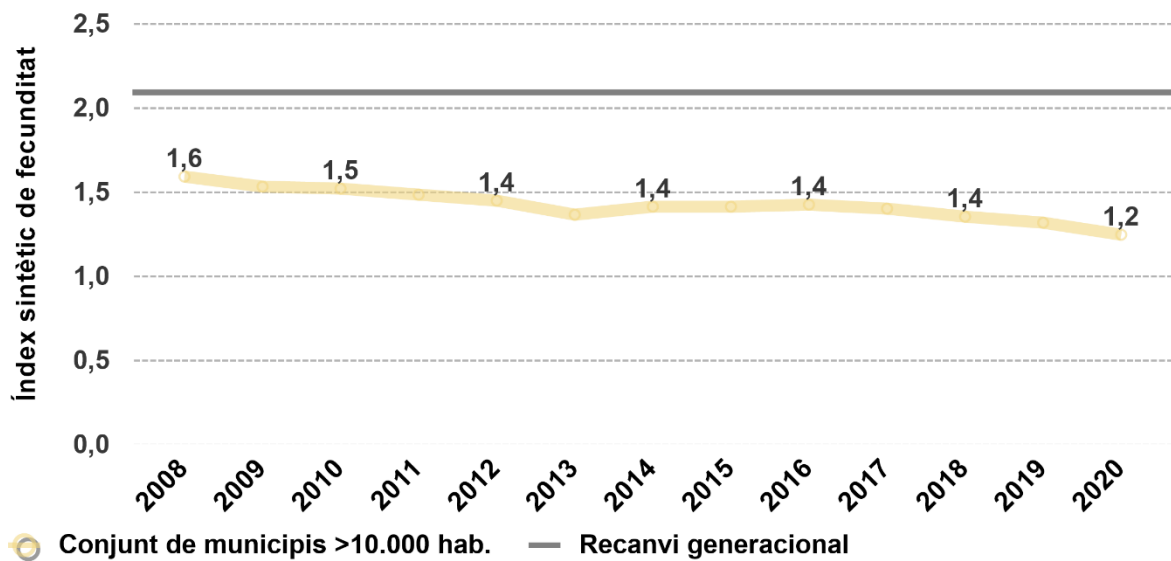
Fig. 23 | Evolució de les taxes específiques de fecunditat per edat de la mare



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

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

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

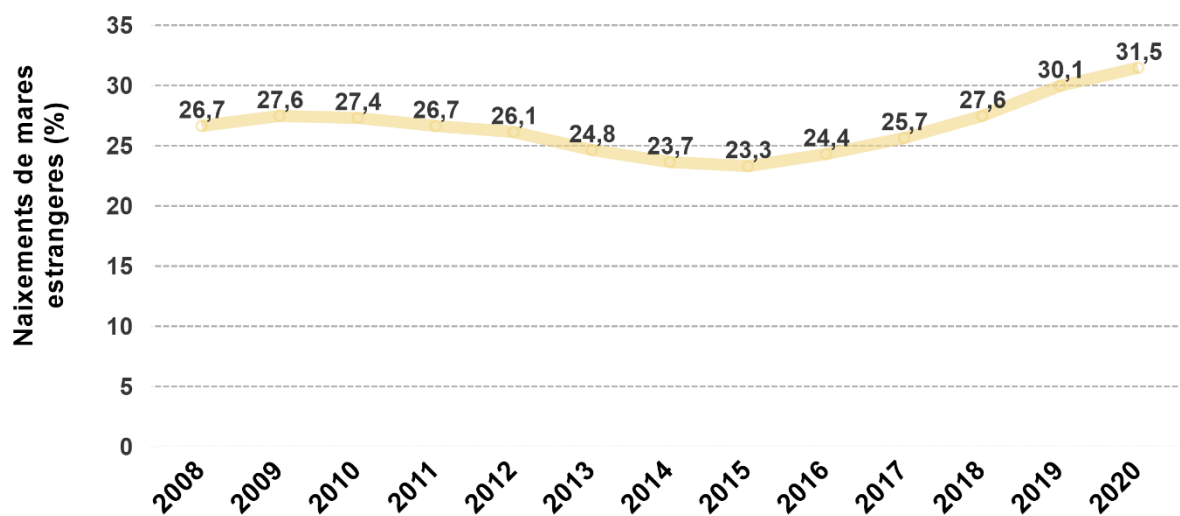


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

Les **dones de nacionalitat estrangera i les dones de nacionalitat espanyola** poden tenir **comportaments reproductius diferents**. Conèixer aquestes diferències pot ser útil per **adaptar les polítiques públiques a la població diana i construir societats més equitatives**. Per analitzar aquests comportaments cal avaluar les taxes específiques de naixements en funció de l'origen i l'edat de la mare.

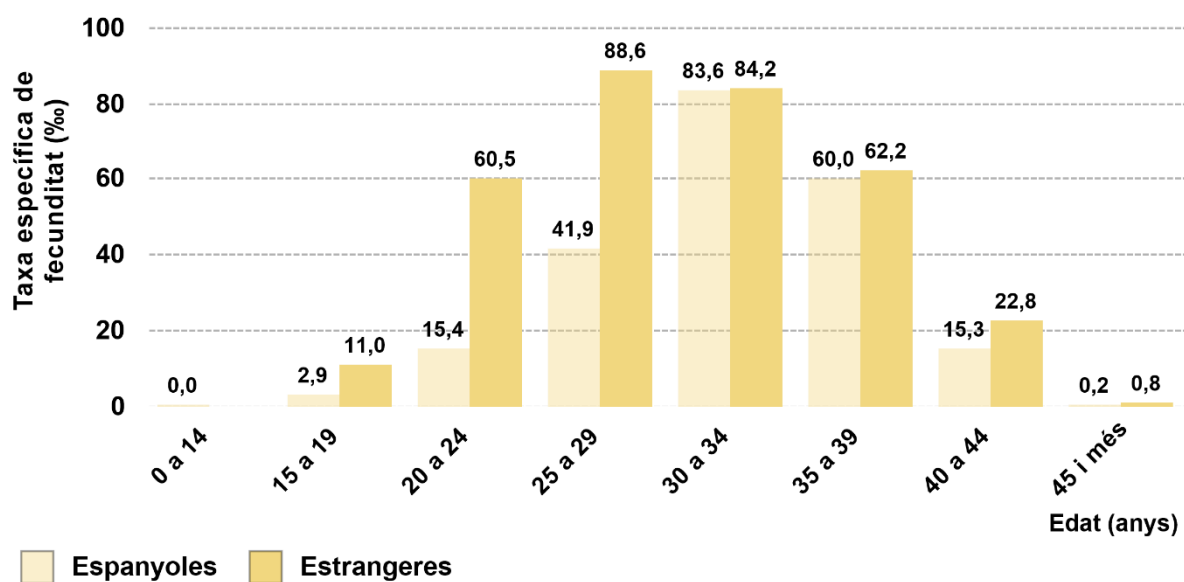
Les dades il·lustren una **tendència creixent del percentatge que representen les mares de nacionalitat estrangera sobre el total**. El 2020, de cada 10 dones que van tenir fills, 3 eren de nacionalitat estrangera. D'altra banda, si comparem les dones estrangeres i les dones de nacionalitat espanyola, observem que les primeres tenen més fills, especialment en la franja d'edat entre els 15 i els 29 anys.

Fig. 25 | Evolució del percentatge de naixements de mares d'origen estranger



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

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



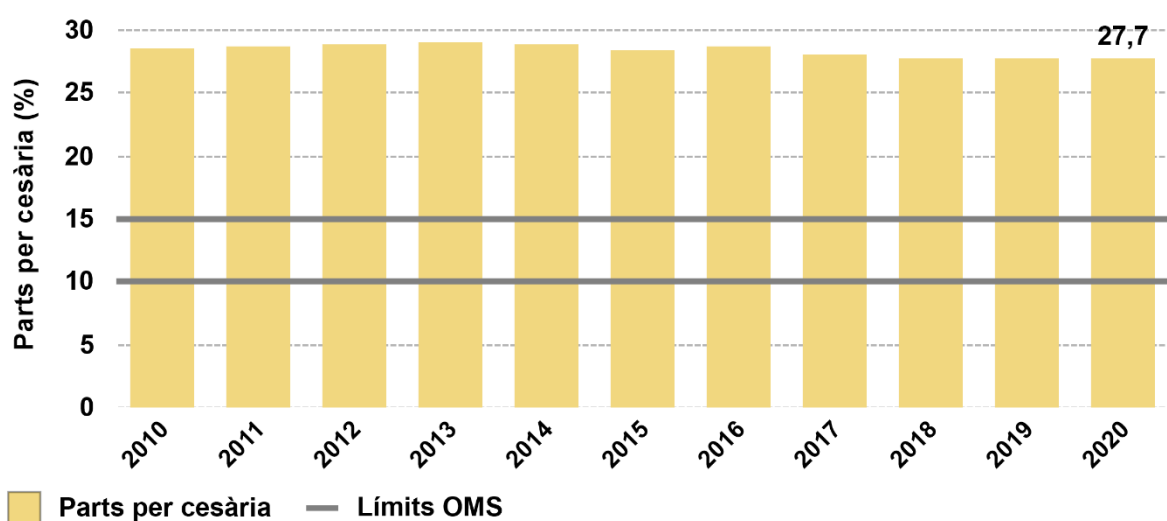
Dades corresponents a 2020.

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

2.3 PARTS

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

Fig. 27 | Evolució del percentatge de parts per cesària

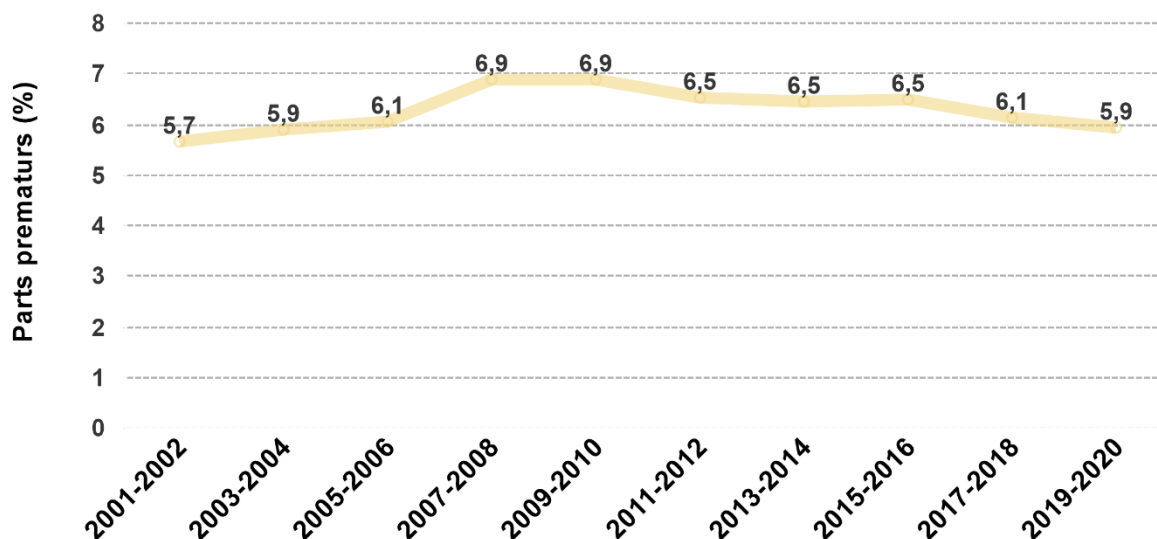


Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

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

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

Fig. 28 | Evolució del percentatge de parts prematurs



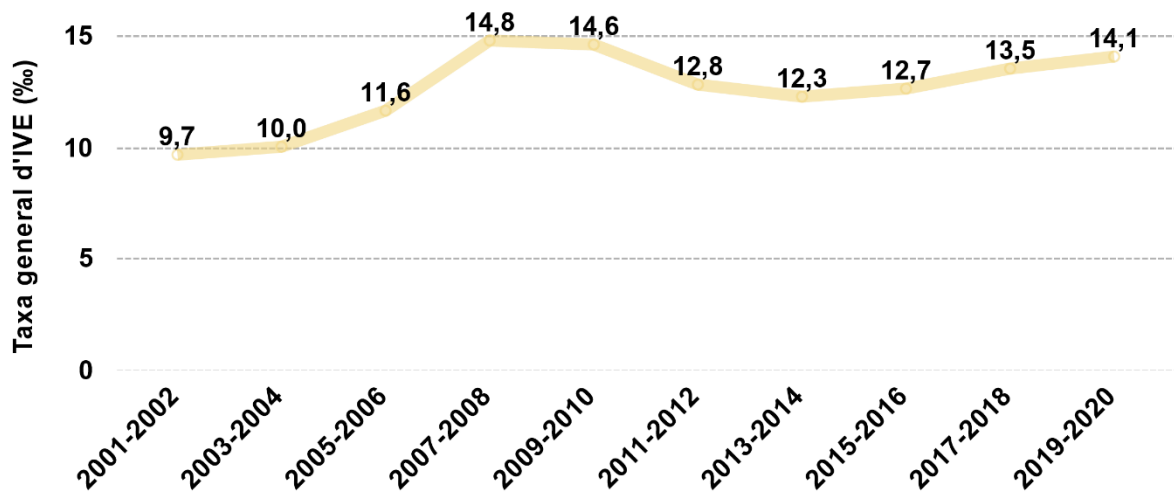
Font: Registre de parts de l'INE. Elaboració pròpia.

2.4 INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS

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

En el bienni 2019-2020, 14 de cada 1.000 dones entre 15 i 44 anys van practicar una interrupció voluntària de l'embaràs, en el bienni 2001-2002 van fer-ho 10 de cada 1.000 dones. **La franja d'edat amb la taxa d'IVE més elevada és la d'entre 20 i 24 anys.**

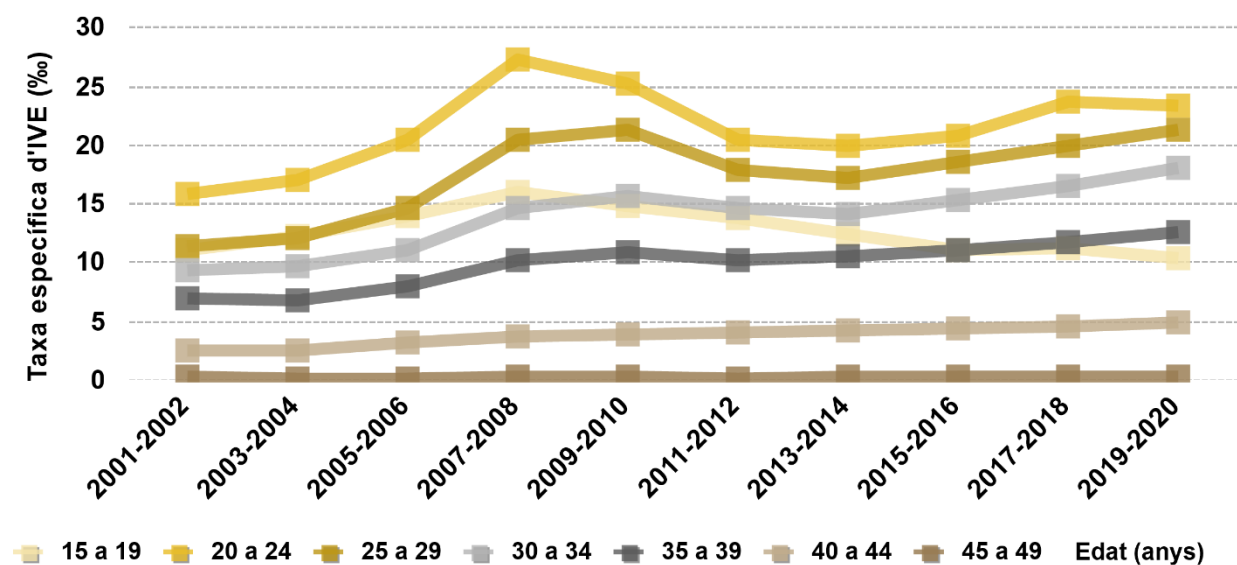
Fig. 29 | Evolució de la taxa general d'IVE (dones de 15-44 anys)



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

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

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

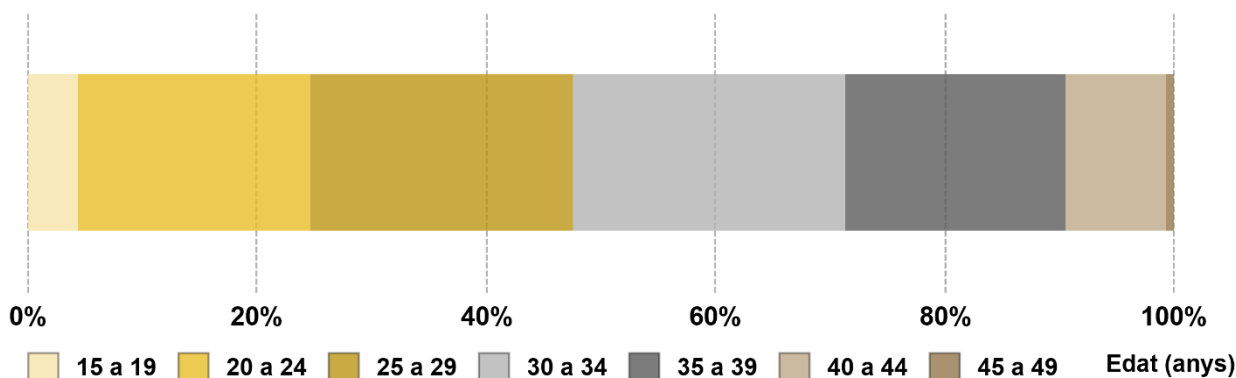


Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

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

L'any 2020, el 25% dels embarassos va finalitzar amb una IVE i el 36% de les dones que van interrompre l'embaràs, ja havien practicat almenys una altra IVE amb anterioritat. Cal destacar també que les taxes d'IVE són més altes entre les dones de nacionalitat estrangera.

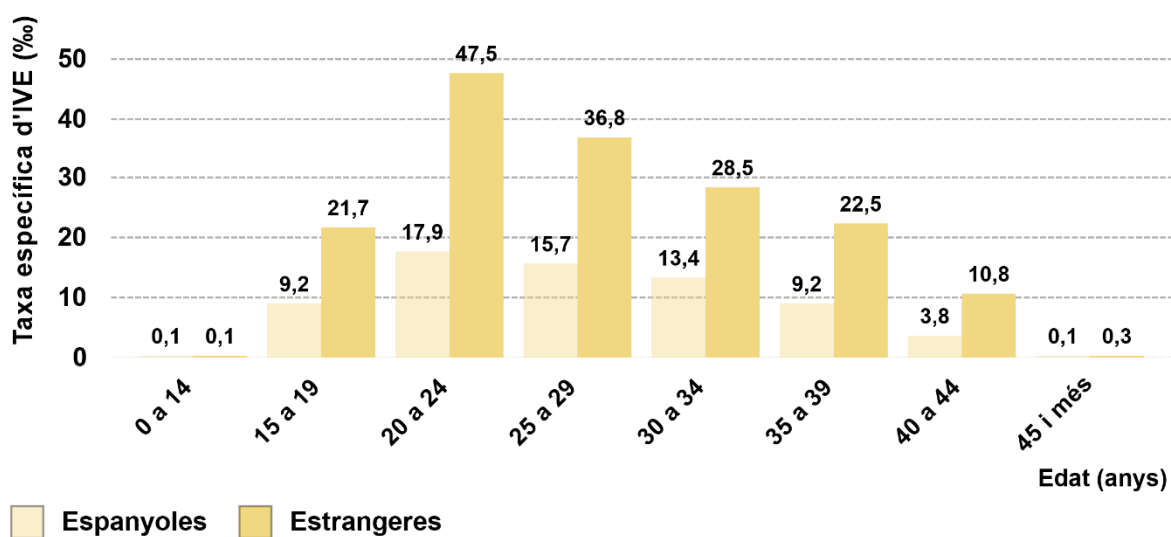
Fig. 31 | Distribució d'IVE de repetició per grups edat



Dades corresponents a 2019-2020.

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

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



Dades corresponents a 2019 -2020

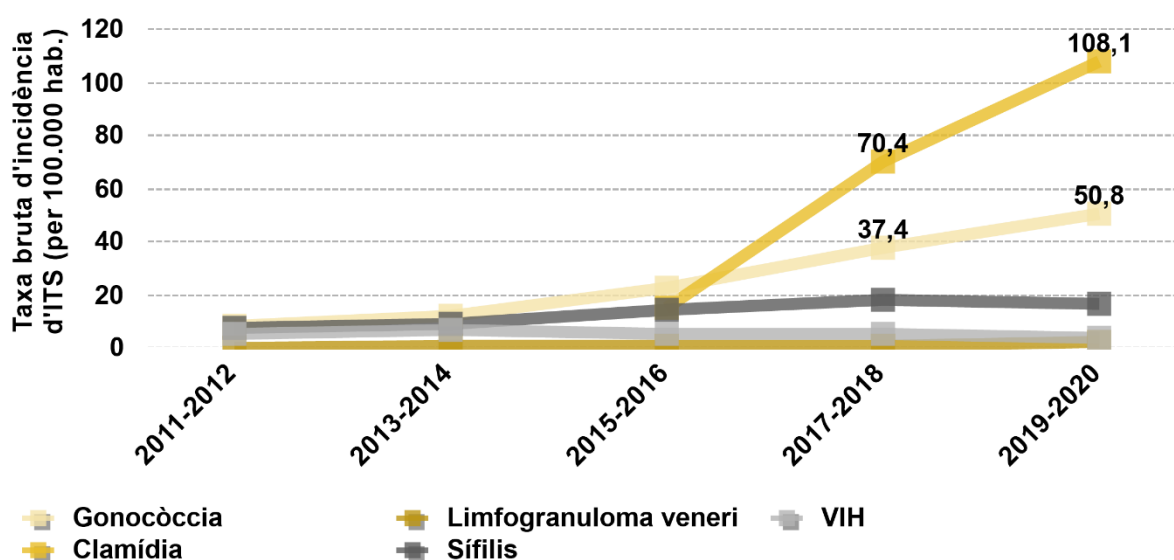
Font: Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs del Ministeri de Sanitat. Elaboració pròpia.

2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

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

En el conjunt de municipis de més de 10.000 habitants, l'any 2020 es van notificar **3.005 casos nous de clamídia** (63,5% en dones i 36,5% en homes), **1.393 de gonocòccia** (29,0% en dones i 71,0% en homes), **502 de sífilis infecciosa** (16,9% en dones i 83,1% en homes), **71 casos de limfogranuloma veneri (LGV)** (8,5% en dones i 91,5% en homes) i **86 casos d'infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)** (12,8% en dones i 87,2% en homes). Les dades evidencien una **notable tendència a l'alça de les infeccions per clamídia i gonocòccia**.

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

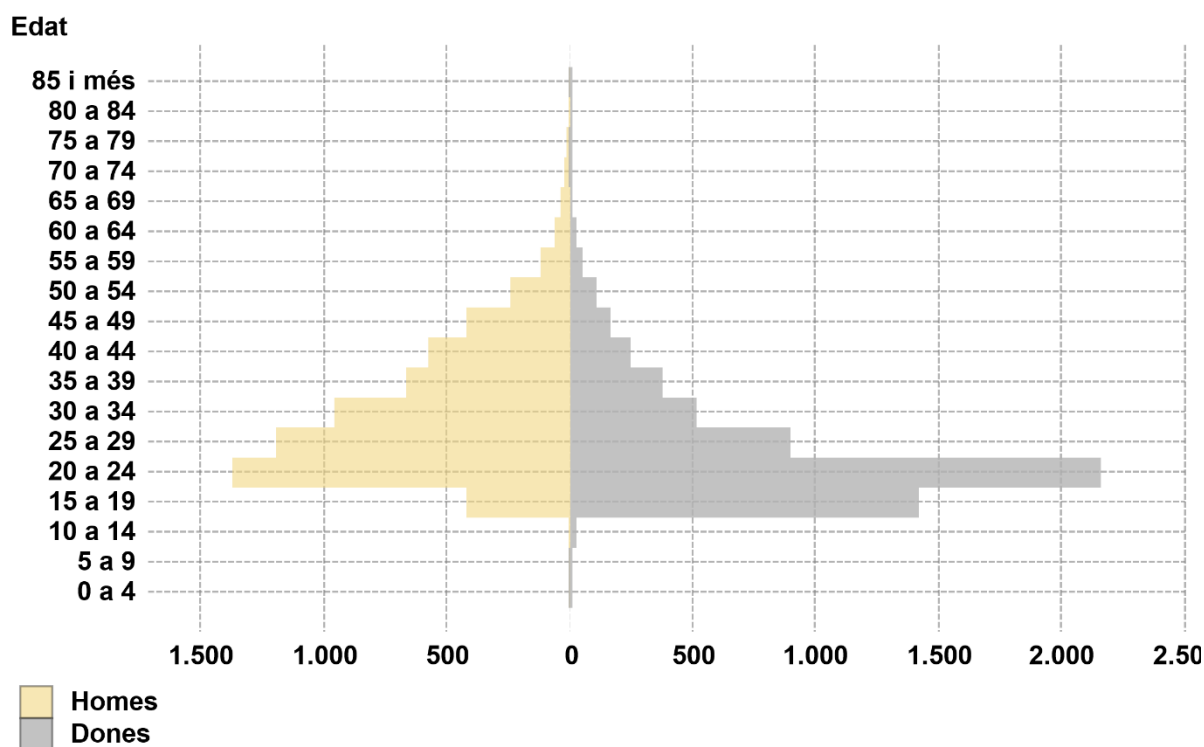


Font: Registre d'ITS del CEEISCAT. Elaboració pròpia.

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

Els casos incidents de clamídia, gonocòccia, sífilis infecciosa i limfogranuloma veneri destaquen en la franja d'edat entre els 15 i els 24 anys. Cal remarcar que la major incidència en noies es deu, al menys en part, a què en moltes ocasions els nois són asimptomàtics. Pel que fa a les infeccions per VIH, la incidència és notablement major en homes.

Fig. 34 | Distribució dels casos incidents d'ITS

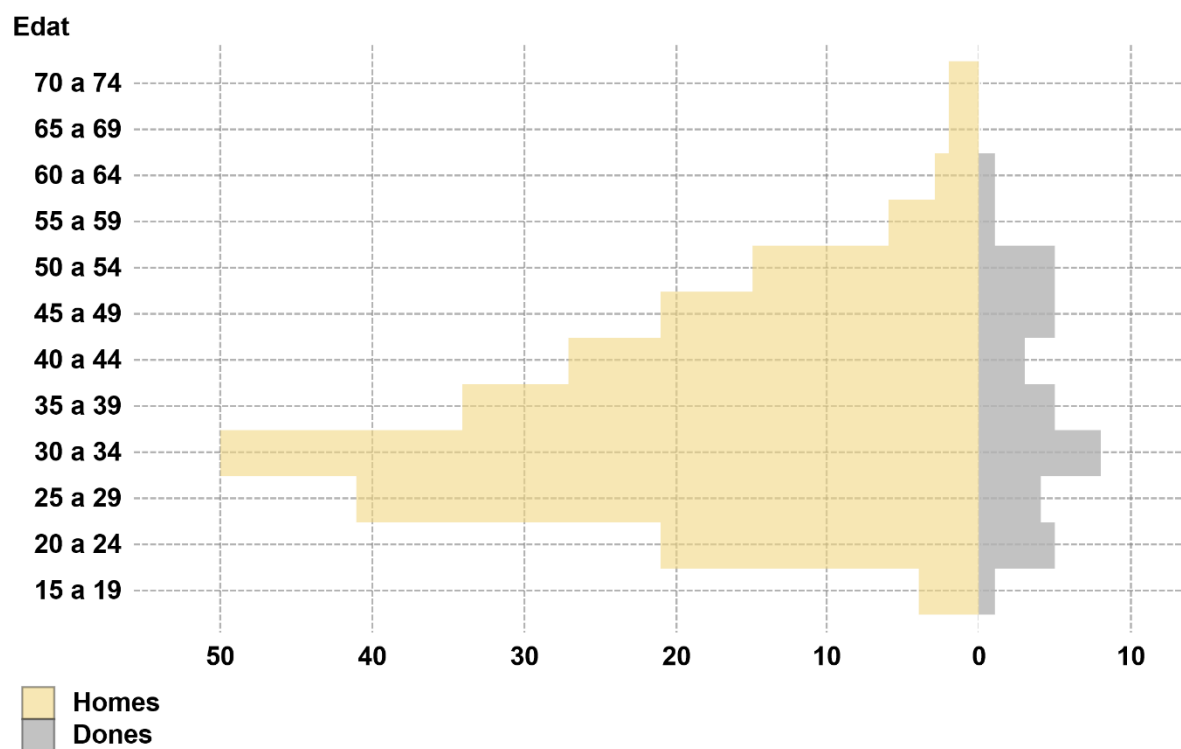


Font: Registre d'ITS del CEEISCAT. Elaboració pròpia.

Dades corresponents a 2019-2020.

Nota: Les dades corresponen als casos de les següents ITS de declaració obligatòria individualitzada: clamídia, gonocòccia, sífilis infecciosa i limfogranuloma veneri.

Fig. 35 | Distribució dels casos incidents de VIH



Font: Registre d'ITS del CEEISCAT. Elaboració pròpia.

Dades corresponents a 2019-2020.

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.



Pla Salut

2021-2025

Objectiu

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

Notes metodològiques

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 ambulatoria) 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 provisionalment.

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».

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

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

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: estimacions postcensals per als municipis de més de 50.000 habitants i dades del padró municipal d'habitants per a la resta de municipis. Fonts: IDESCAT i INE, respectivament.

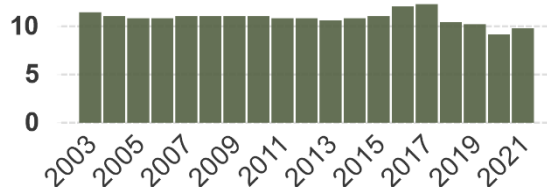
Dades destacades de **morbidity** l'any **2021** al conjunt de **municipis de més de 10.000 habitants**

**335.681 ingressos
HOSPITALARIS**

50,5% DE LES PERSONES
INGRESSADES VAN
SER **DONES**

61,5
anys

edat mitjana



NOMBRE D'INGRESSOS
PER CADA 100 HABITANTS

130.465

CIRURGIES

MAJORS

AMBULATORIES

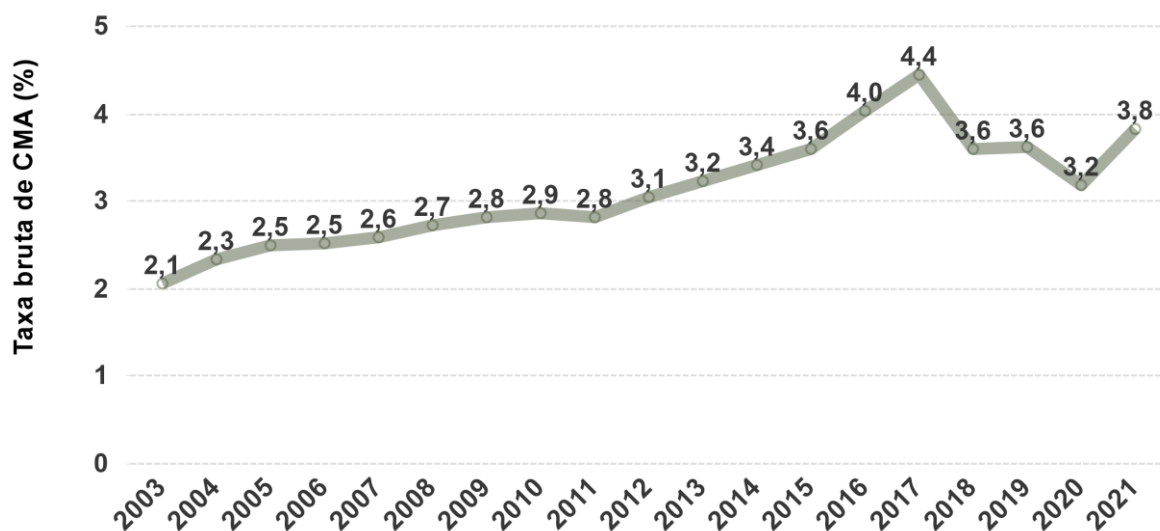
SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA D'HOSPITALITZACIÓ	SEXE	CAUSES D'HOSPITALITZACIÓ PER ORDRE DE FREQUÈNCIA
♀	Malalties de l'aparell circulatori 	♀	COVID-19 Fractura de fèmur Embaràs prolongat Insuficiència cardíaca
♂	Malalties de l'aparell circulatori 	♂	COVID-19 Infart cerebral Infart agut de miocardi Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica

3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA

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

El 2021, es van fer **130.465 CMA**, el **53,1% en dones** i el **46,9% en homes**. La mitjana d'edat dels pacients que es van sotmetre a aquest tipus d'intervenció va ser de **57,7 anys**, i el principal motiu d'intervenció van ser els **trastorns del cristal·lí**.

Fig. 36 | Evolució de la taxa bruta de cirurgies majors ambulatòries

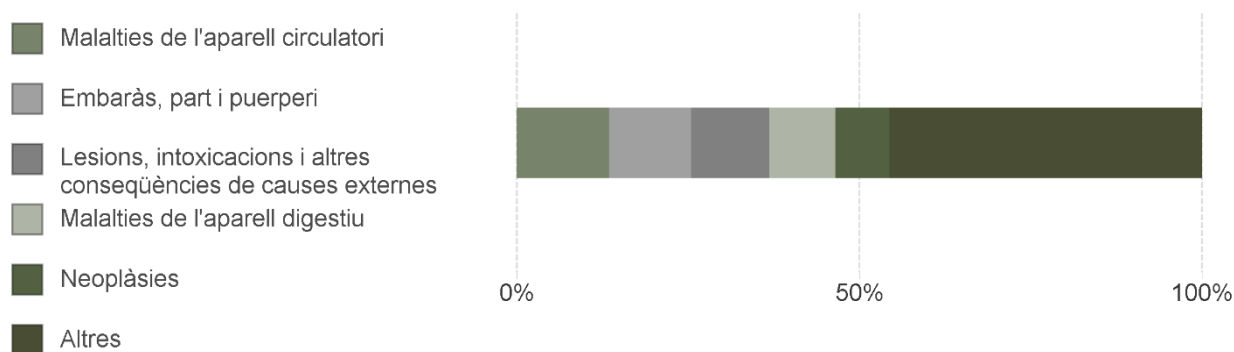


Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

3.2 HOSPITALITZACIONS

El 2021 es van comptabilitzar **335.681 ingressos** hospitalaris (**169.473 dones** i **166.192 homes**). L'edat mitjana dels pacients ingressats va ser de **61,2 anys** i la causa majoritària per la qual van ingressar, les **malalties de l'aparell circulatori**.

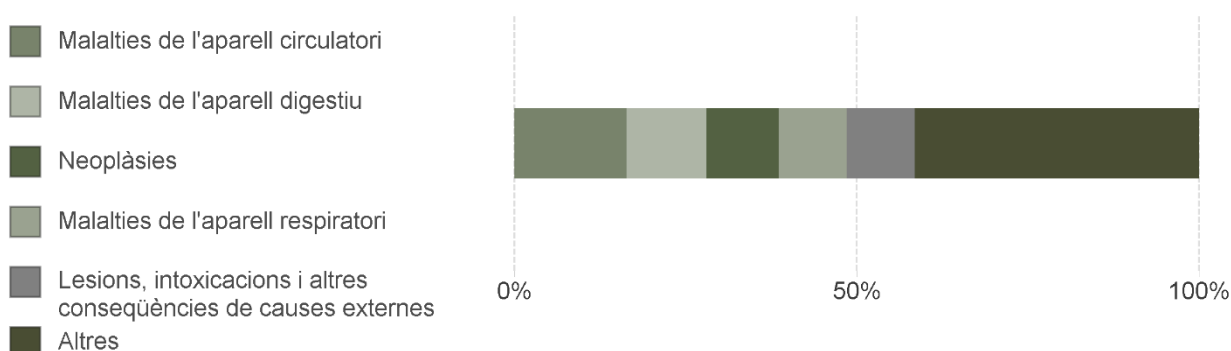
Fig. 37 | Principals causes d'ingrés en dones



Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 38 | Principals causes d'ingrés en homes



Dades corresponents a 2021.

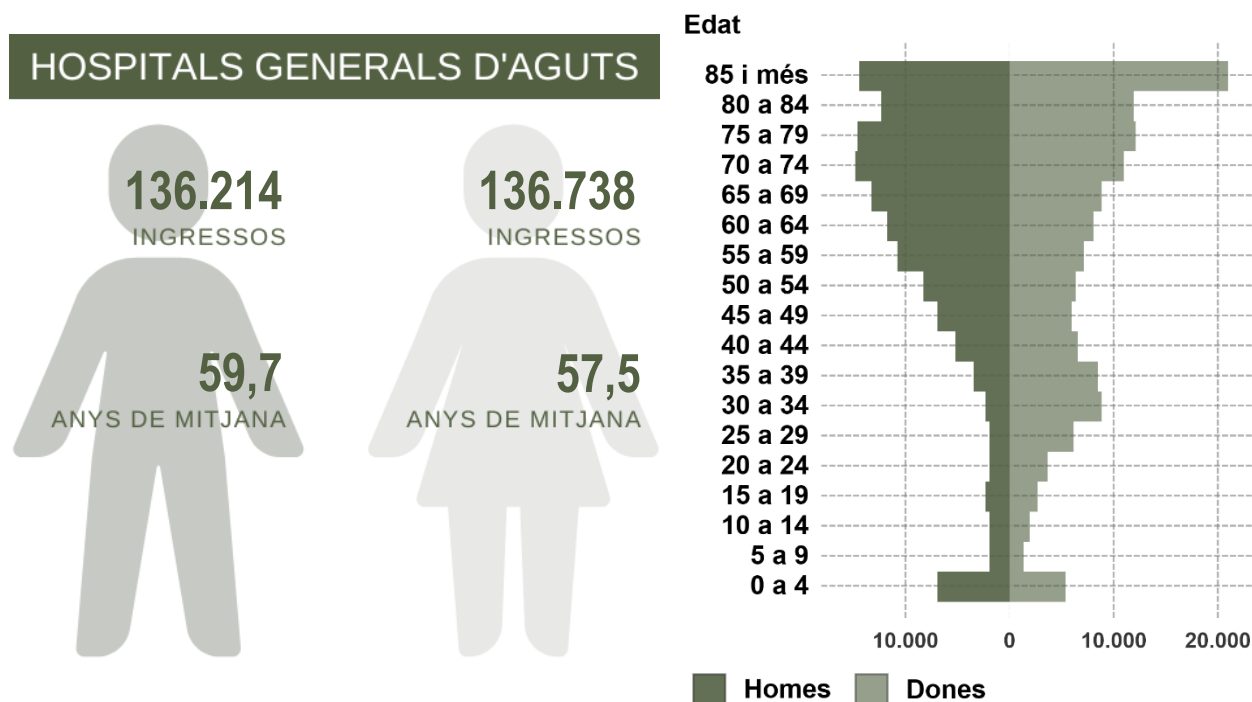
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

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

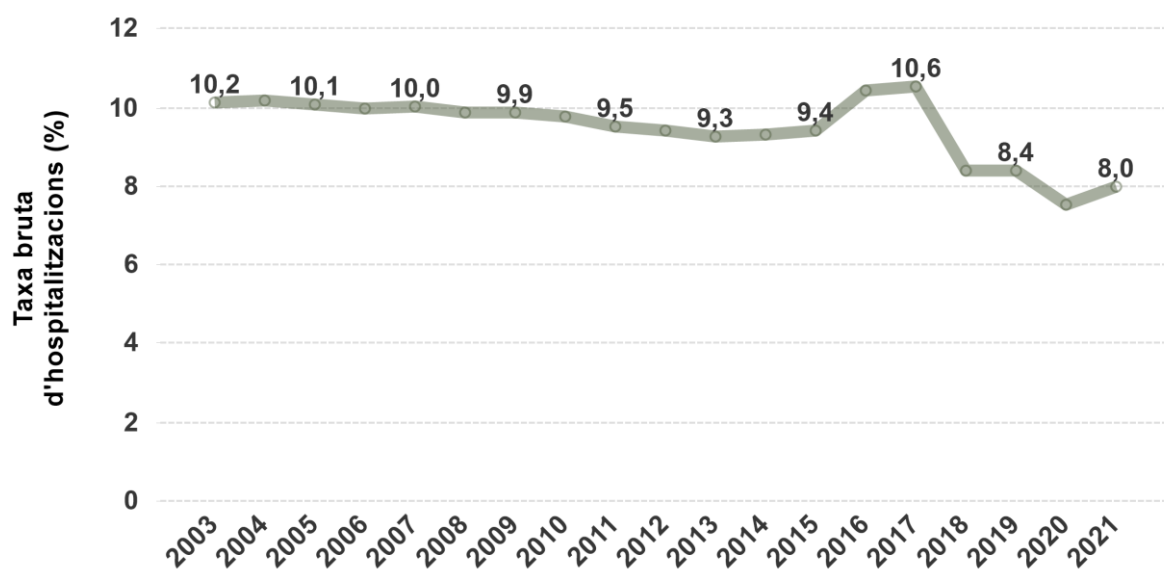
3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés

Hospitals generals d'aguts



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

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



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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
COVID-19	17.994	6,6%
Colelitiasi	5.782	2,1%
Infart cerebral	4.830	1,8%
Altres	243.927	89,5%
Total	272.533	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
COVID-19	7.583	5,8%
Embaràs prolongat	3.872	2,8%
Ruptura prematura de membranes	3.365	2,5%
Altres	121.730	89,1%
Total	136.550	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
COVID-19	10.411	7,7%
Infart agut de miocardi	3.280	2,4%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	2.715	2,0%
Altres	119.561	87,9%
Total	135.967	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Hospitals de salut mental

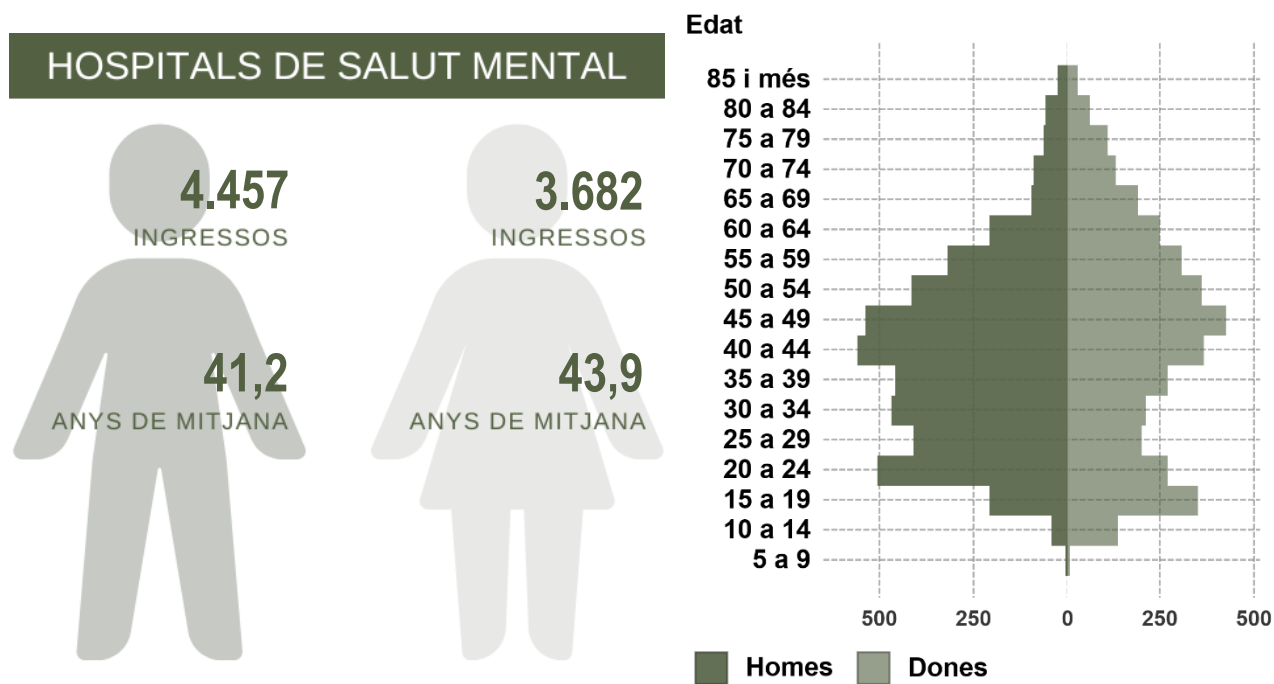


Fig. 43 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en hospitals de salut mental

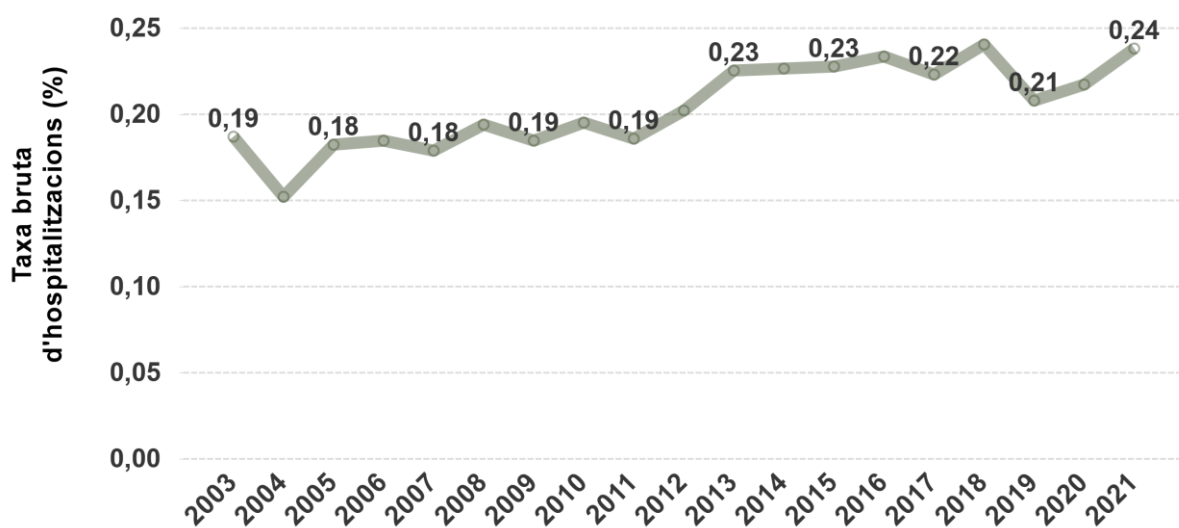


Fig. 44 | Principals causes d'ingrés en hospitals de salut mental

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Esquizofrènia	1.365	16,8%
Trastorn bipolar	1.087	13,4%
Trastorns esquizoafectius	901	11,1%
Altres	4.785	58,8%
Total	8.138	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 45 | Principals causes d'ingrés en hospitals de salut mental en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Trastorn bipolar	535	14,5%
Trastorns esquizoafectius	376	10,2%
Trastorns de la personalitat específics	362	9,8%
Altres	2.409	65,4%
Total	3.682	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

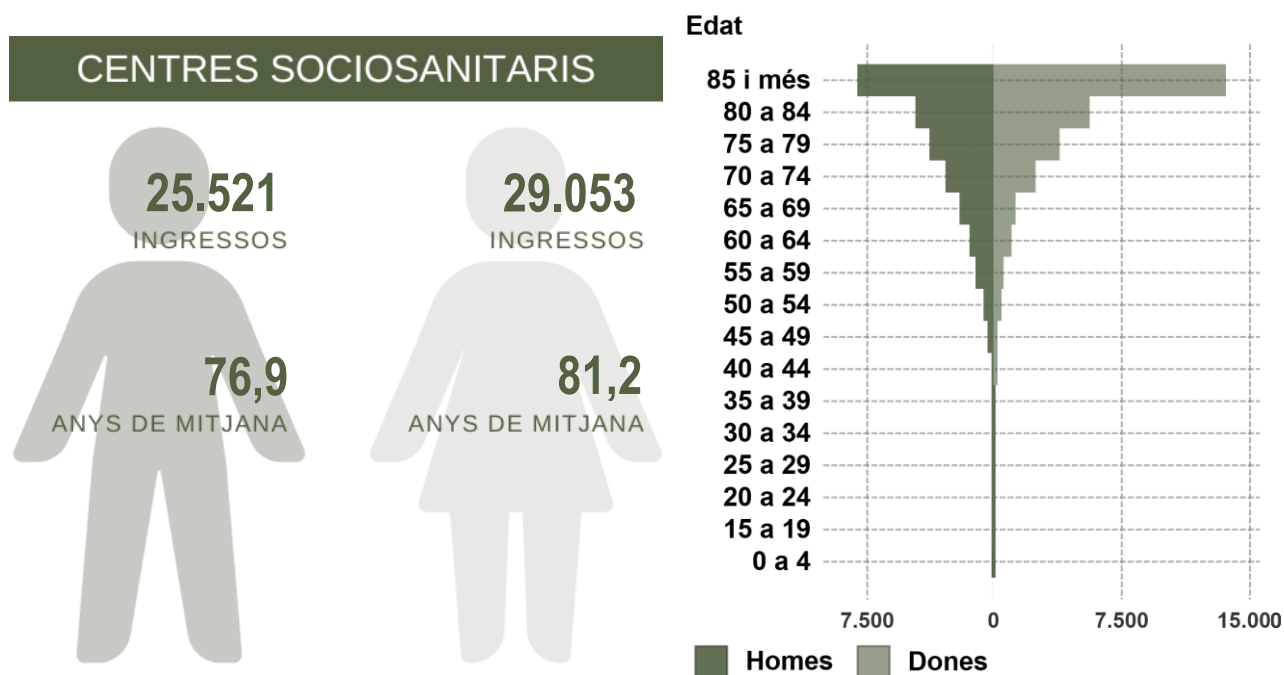
Fig. 46 | Principals causes d'ingrés en hospitals de salut mental en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Esquizofrènia	1.005	22,6%
Trastorn bipolar	552	12,4%
Trastorns esquizoafectius	525	11,8%
Altres	2.374	53,3%
Total	4.456	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Centres sociosanitaris

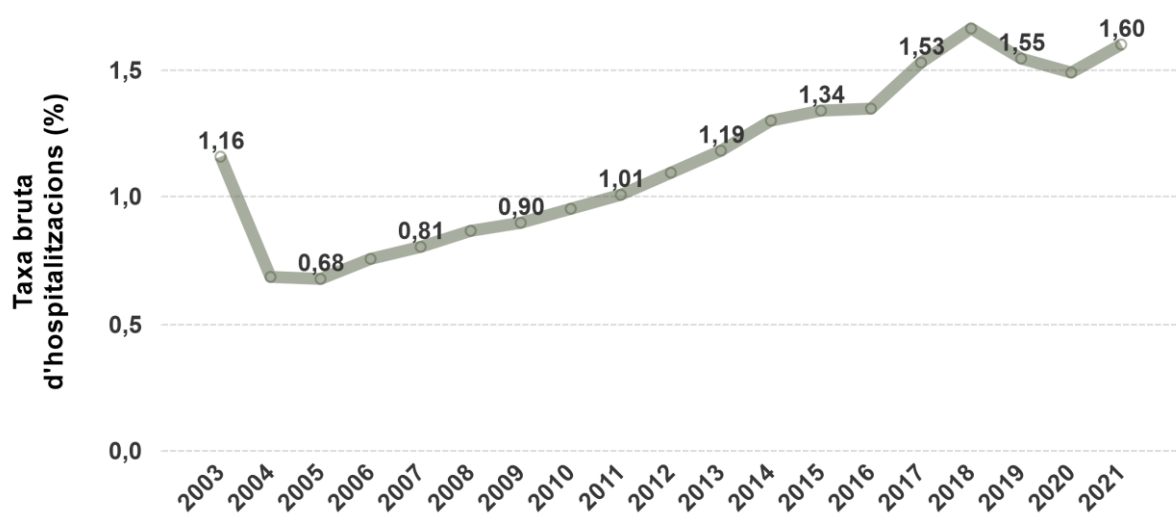


Dades corresponents a 2021.

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

Elaboració pròpia.

Fig. 47 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en centres sociosanitaris



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

Fig. 48 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Fractura de fèmur	4.436	8,2%
Agents vírics que causen malalties classificades en un altre lloc	3.484	6,4%
Insuficiència cardíaca	2.483	4,6%
Altres	43.690	80,8%
Total	54.093	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 49 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Fractura de fèmur	3.208	11,1%
Agents vírics que causen malalties classificades en un altre lloc	1.833	6,4%
Insuficiència cardíaca	1.583	5,5%
Altres	22.190	77,0%
Total	28.824	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 50 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Agents vírics que causen malalties classificades en un altre lloc	1.651	6,5%
Fractura de fèmur	1.228	4,9%
Infart cerebral	1.066	4,2%
Altres	21.324	84,4%
Total	25.269	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés

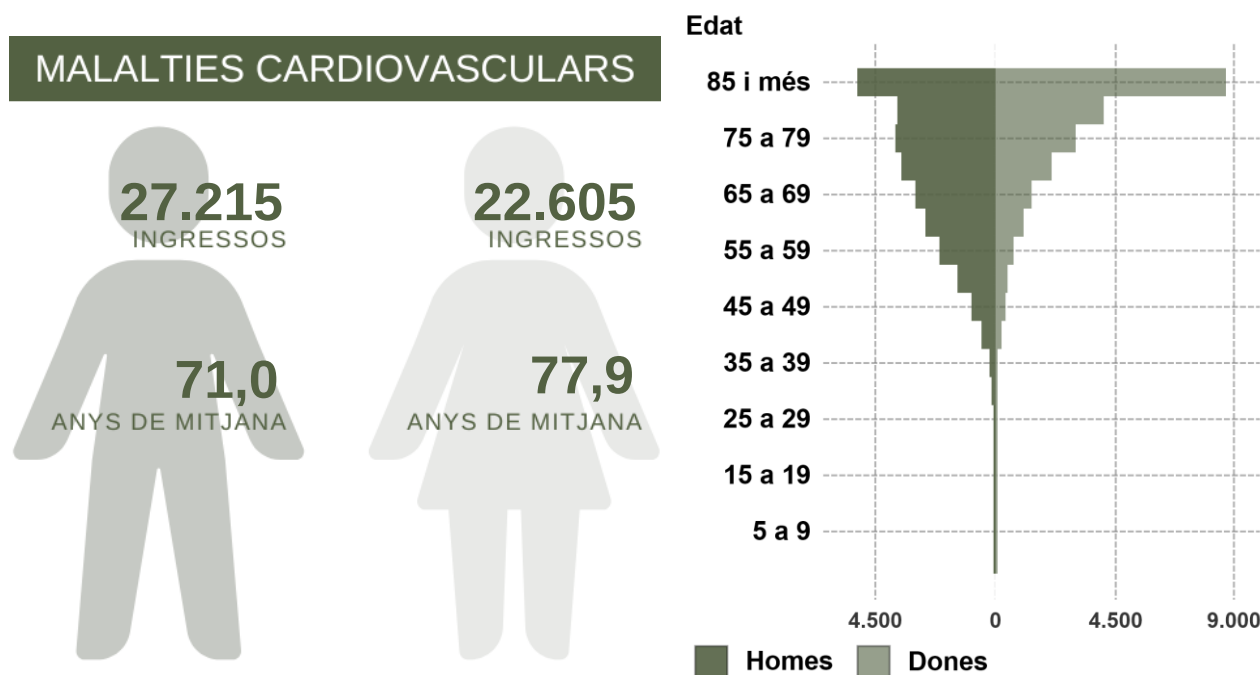
Malalties cardiovasculars



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

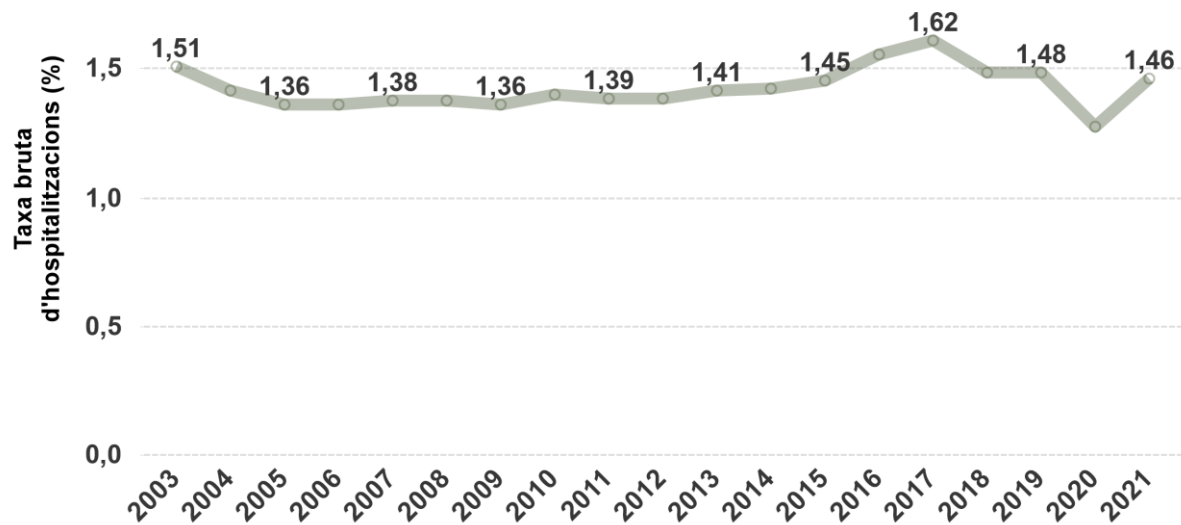
Com a factors de risc cardiovascular destaquen el tabaquisme, l'obesitat, la diabetis de tipus II, el colesterol elevat i la hipertensió arterial. A banda, **el nivell socioeconòmic i l'estrès també es consideren determinants de les malalties cardiovasculars**. En aquest sentit, les polítiques que creen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

El 2021, el **14,8%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal una **malaltia cardiovascular (49.820 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia cardiovascular va ser de **74,2 anys**. Les **dones (45,4%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **insuficiència cardíaca**, mentre que els **homes (54,6%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **infart cerebral**.



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

Fig. 51 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties cardiovasculars



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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Infart cerebral	6.907	13,9%
Insuficiència cardíaca	6.517	13,1%
Infart agut de miocardi	4.869	9,8%
Altres	31.527	63,3%
Total	49.820	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 53 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Insuficiència cardíaca	3.741	16,5%
Infart cerebral	3.160	14,0%
Cardiopatía hipertensiva i malaltia renal crònica hipertensiva	2.359	10,4%
Altres	13.345	59,0%
Total	22.605	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 54 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Infart cerebral	3.747	13,8%
Infart agut de miocardi	3.427	12,6%
Insuficiència cardíaca	2.776	10,2%
Altres	17.265	63,4%
Total	27.215	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

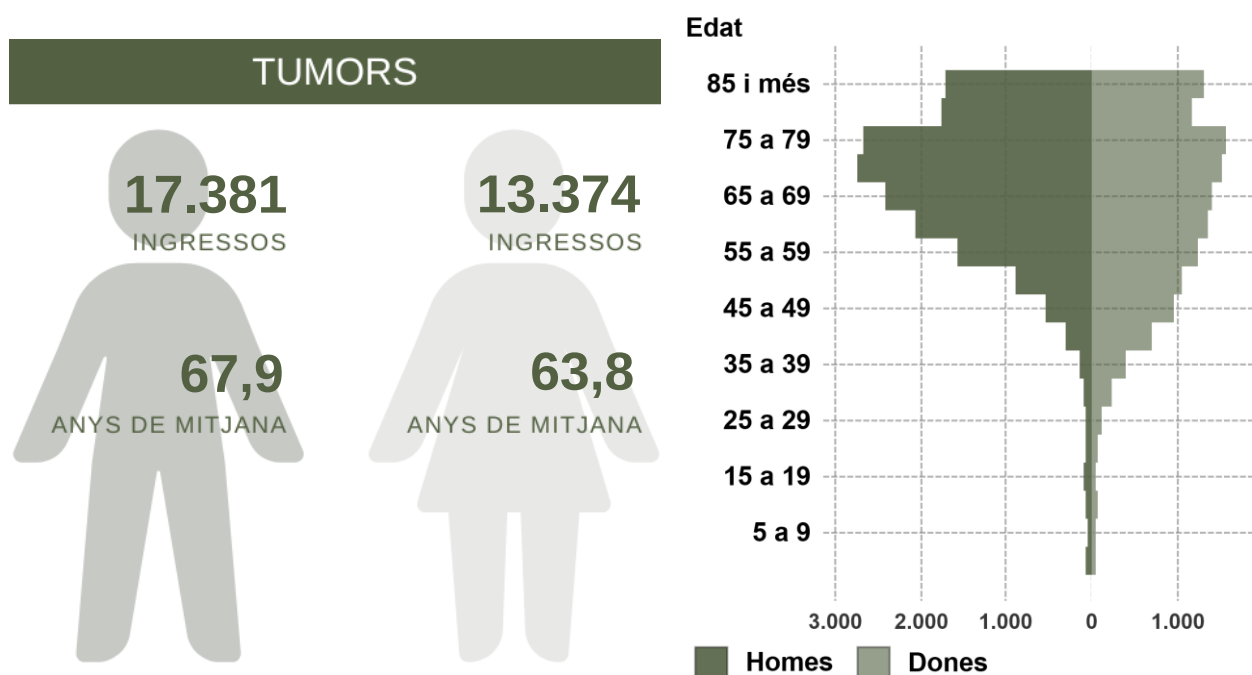
Tumors



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

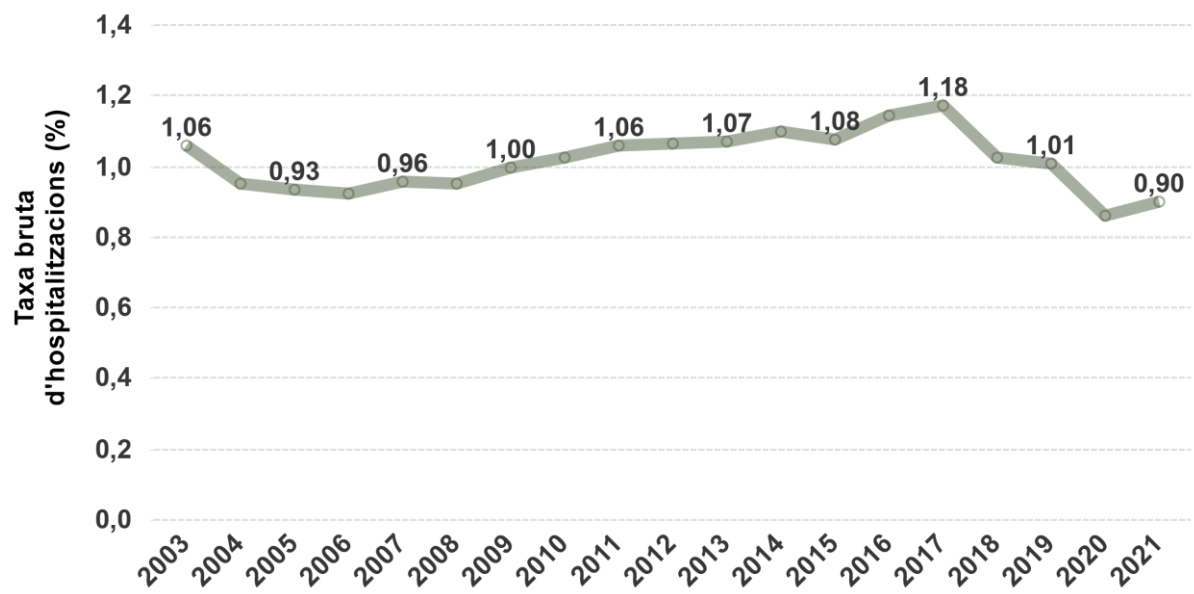
Actualment, es calcula que **entre el 30 i el 50% dels càncers es podrien evitar reduint els factors de risc i aplicant polítiques de prevenció**. Treballar en la prevenció dels factors de risc evitables és clau per incidir en la previsió de l'augment de la incidència del càncer. I és que es calcula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

El 2021, el **9,2%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal els **tumors (30.755 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per **tumors** va ser de **66,1 anys**. Les **dones (43,5%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **neoplàsia maligna de mama**, mentre que els **homes (56,5%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **neoplàsia maligna de bufeta urinària**.



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

Fig. 55 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per tumors



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

Fig. 56 | Principals causes d'ingrés per tumors

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	3.094	10,1%
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	2.923	9,5%
Neoplàsia maligna de còlon	2.337	7,6%
Altres	22.401	72,8%
Total	30.755	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de mama	1.692	12,7%
Neoplàsia maligna de còlon	936	7,0%
Neoplàsia maligna secundària d'òrgans respiratoris i digestius	869	6,5%
Altres	9.877	73,9%
Total	13.374	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

Fig. 58 | Principals causes d'ingrés per tumors en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	2.489	14,3%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	2.332	13,4%
Neoplàsia maligna de còlon	1.401	8,1%
Altres	11.159	64,2%
Total	17.381	100,0%

Dades corresponents a 2021.

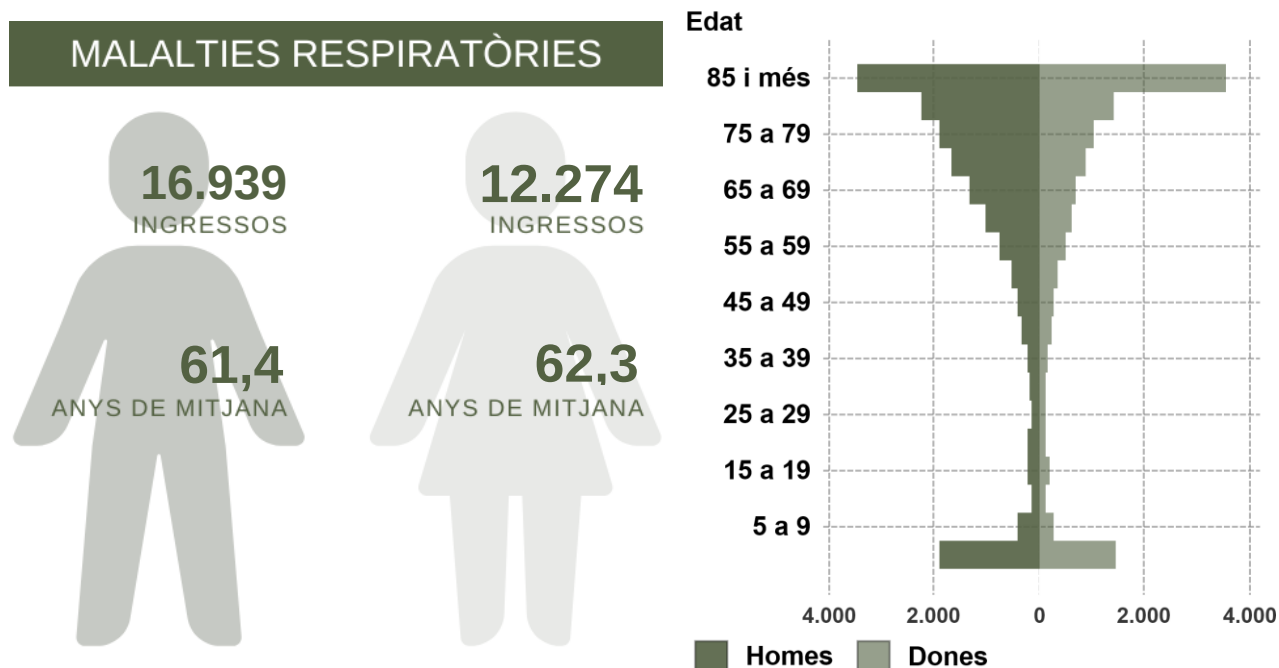
Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

Malalties respiratòries



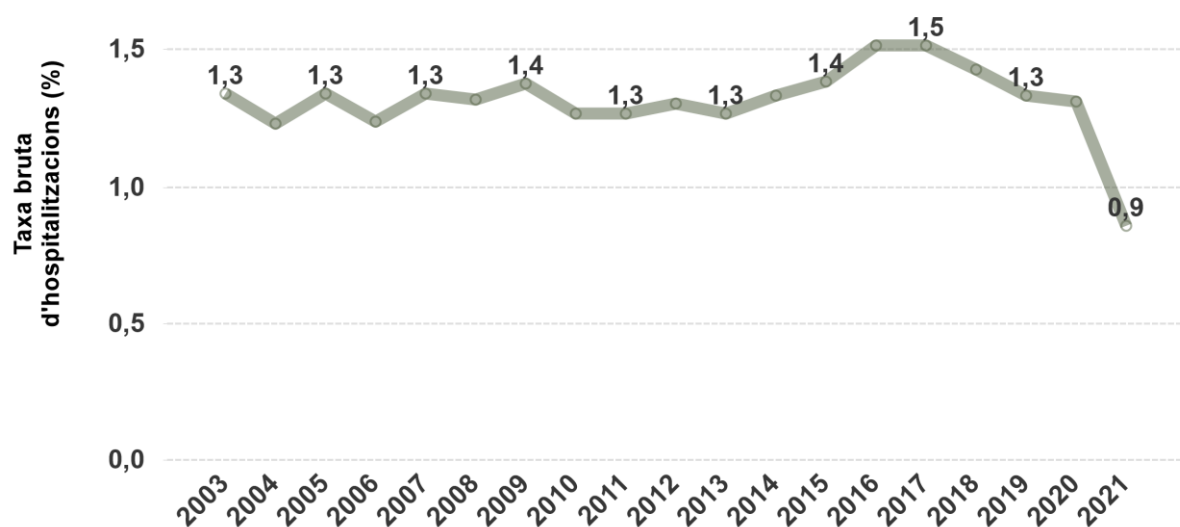
Les **malalties respiratòries no inclouen els casos de COVID-19**, ja que aquests es classifiquen en una categoria pròpia. Això explica que els anys 2020 i 2021 no s'observi cap increment notori dels ingressos per malalties respiratòries. De fet, el que sí s'observa és que l'any 2021 va haver una davallada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

El 2021, el **8,7%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal una **malaltia respiratòria (29.213 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia respiratòria va ser de **61,8 anys**. Les **dones (42,0%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **pneumònia causada per microorganismes no especificats**, mentre que els **homes (58,0%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica**.



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

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



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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	4.284	14,7%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	3.614	12,4%
Fallida respiratòria no classificada a cap altre lloc	2.984	10,2%
Altres	18.331	62,7%
Total	29.213	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	1.519	12,4%
Fallida respiratòria no classificada a cap altre lloc	1.405	11,4%
Pneumonitis causada per sòlids i líquids	1.326	10,8%
Altres	8.024	65,4%
Total	12.274	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	3.350	19,8%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	2.095	12,4%
Pneumonitis causada per sòlids i líquids	1.620	9,6%
Altres	9.874	58,3%
Total	16.939	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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.

En aquest apartat s'exposen indicadors d'assistència sanitària per trastorns mentals en l'àmbit hospitalari i a nivell de centres ambulatoris especialitzats.



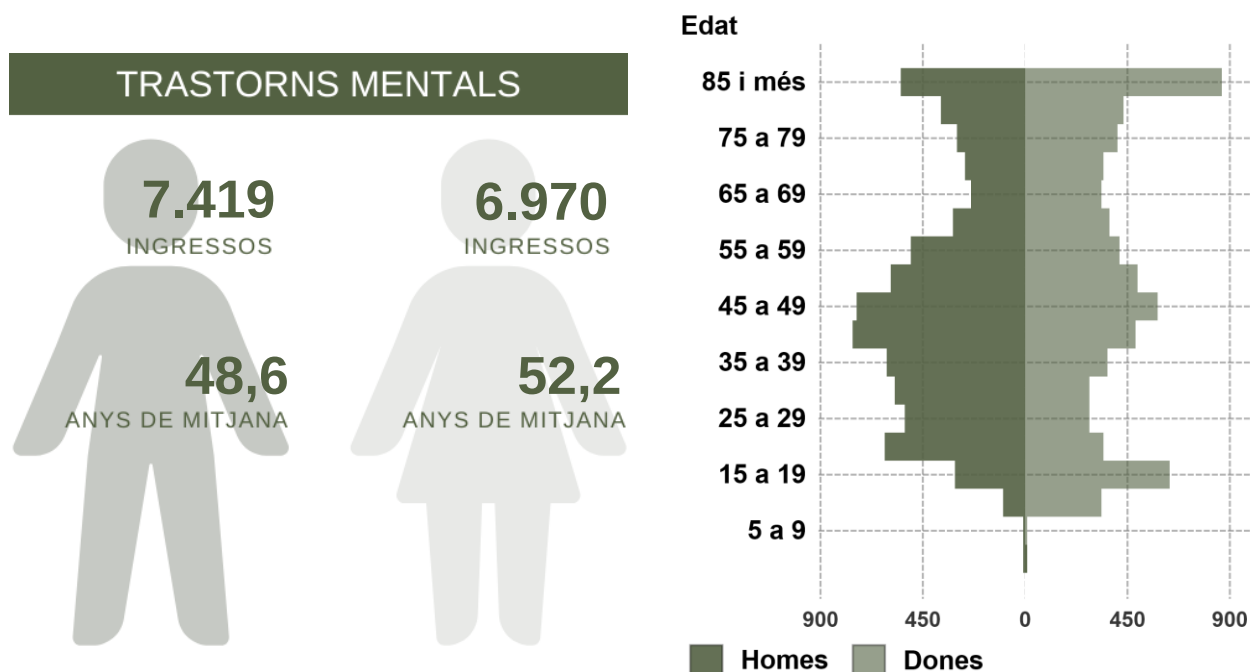
Les desigualtats socials són grans condicionants del benestar emocional, la qual cosa condueix a la necessitat de dissenyar polítiques públiques transversals amb perspectiva de gènere i equitat.

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.

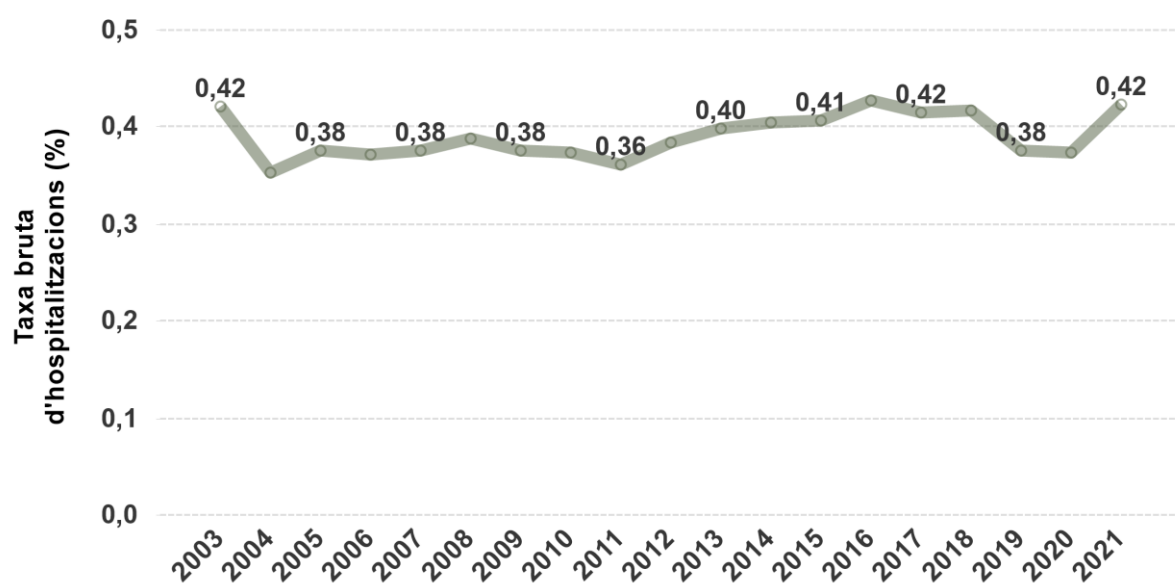
3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental

El 2021, el **4,3%** de les **hospitalitzacions** van tenir com a causa principal un **trastorn mental** (**14.397 ingressos**). La mitjana d'edat dels pacients ingressats per trastorn mental va ser de **50,3 anys**. Les **dones** (**48,4%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **trastorn bipolar**, mentre que els **homes** (**51,6%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **esquizofrènia**.



*Dades corresponents a 2021.
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	1.713	11,9%
Trastorn bipolar	1.348	9,4%
Trastorns esquizoafectius	1.086	7,5%
Altres	10.250	71,2%
Total	14.397	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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 (%) ✓
Trastorn bipolar	673	9,7%
Delírium causat per factors fisiològics coneguts	535	7,7%
Esquizofrènia	493	7,1%
Altres	5.269	75,6%
Total	6.970	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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	1.220	16,4%
Trastorn bipolar	675	9,1%
Trastorns relacionats amb l'alcohol	621	8,4%
Altres	4.903	66,1%
Total	7.419	100,0%

Dades corresponents a 2021.

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

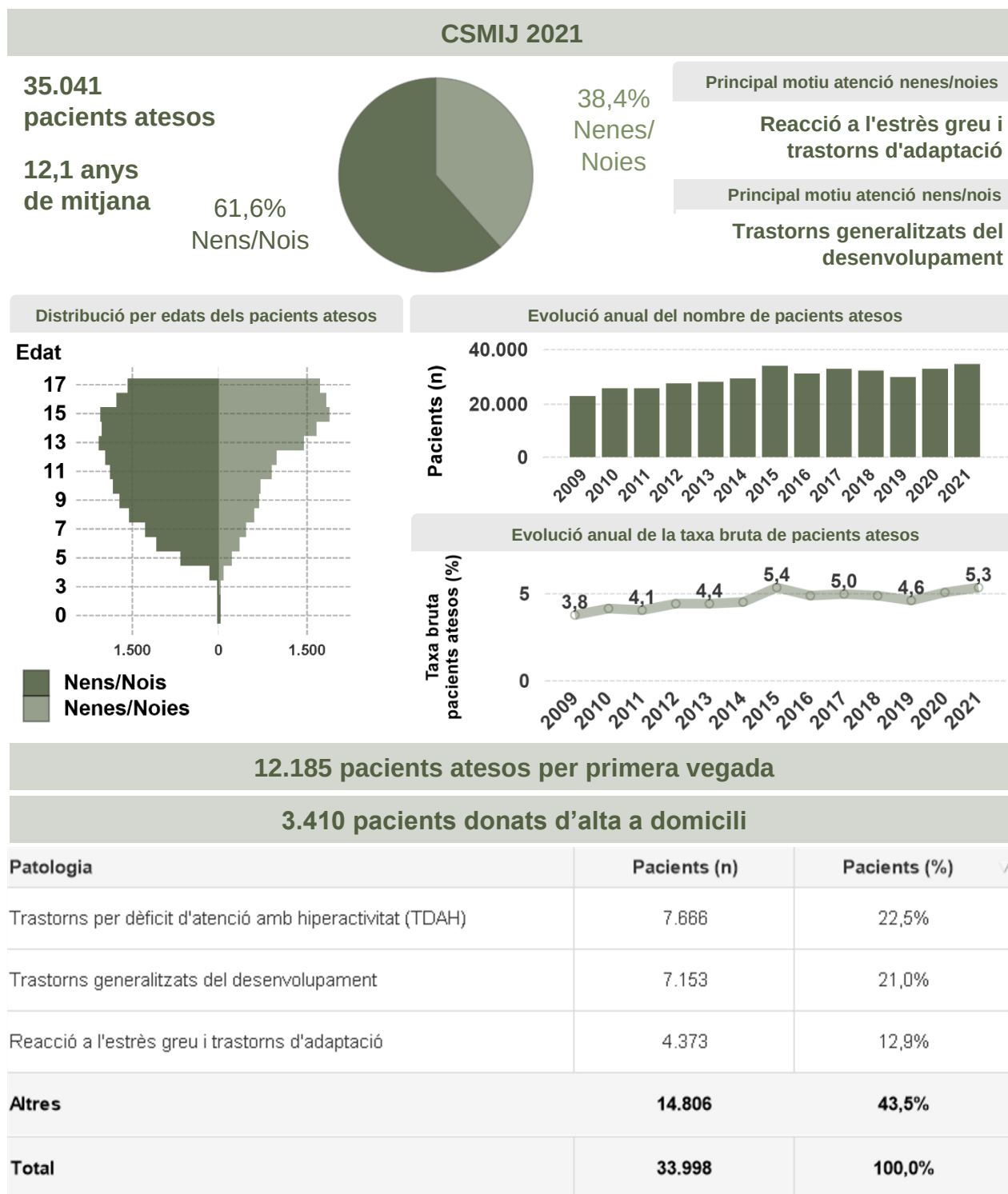
3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ

El 2021, el **3,4% de la població** va ser atesa en centres especialitzats de salut mental ambulatoria. En total, es van atendre **118.382** pacients (**31.063** van ser casos nous) amb una mitjana d'edat de **37,4 anys**.

Als **CSMIJ** es van atendre **35.041** infants/adolescents. Les **noies (38,4% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per trastorns de **reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació**. Per la seva banda, els **nois (61,6% dels pacients)** van ser atesos principalment per **trastorns generalitzats del desenvolupament**.

Als **CSMA** es van atendre **83.340** persones. Les **dones (59,0% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per trastorns de **reacció a l'estrès greu i trastorns d'adaptació**. Per la seva banda, els **homes (41,0% dels pacients)** van ser atesos majoritàriament per trastorns d'**esquizofrènia**.

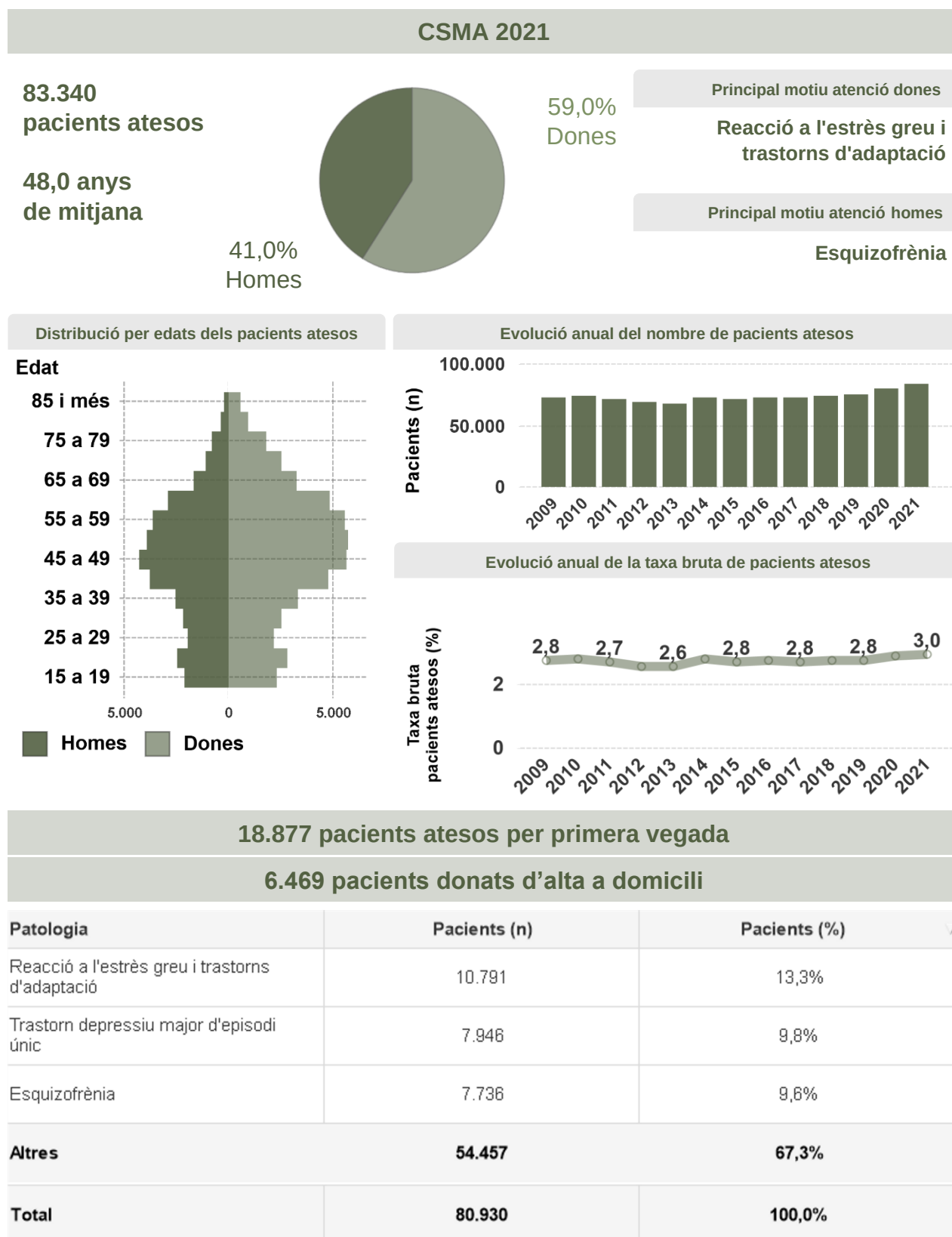
Fig. 67 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMIJ (atenció als menors d'edat)



Dades corresponents a 2021.

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)



Dades corresponents a 2021.

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

4.

MORTALITAT

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

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

El Pla de salut de Catalunya 2021-2025 apunta reptes en la mortalitat i l'esperança de vida de la població, amb objectius enfocats a mantenir la tendència decreixent de la mortalitat prèvia a la pandèmia i recuperar l'esperança de vida en néixer. Per treballar actuacions en el pla municipal que permetin l'assoliment d'aquests reptes, en primer lloc cal fer una anàlisi en profunditat de les defuncions registrades al territori. 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.

Pla Salut

2021-2025

Objectiu

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

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

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

Per als indicadors de mortalitat evitable s'han seleccionat les causes de la [llista consens publicada el 2006](#).

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

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: estimacions postcensals per als municipis de més de 50.000 habitants i dades del padró municipal d'habitants per a la resta de municipis. Fonts: IDESCAT i INE, respectivament.

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

Dades destacades de mortalitat l'any 2020 al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants

33.293

DEFUNCIONS

49,2% DE LES DEFUNCIONS
SÓN EN DONES

10,3%

DE LES DEFUNCIONS
EREN EVITABLES

79,9

anys

edat mitjana

DEFUNCIONS
PREMATURES

2.232

en DONES

4.440

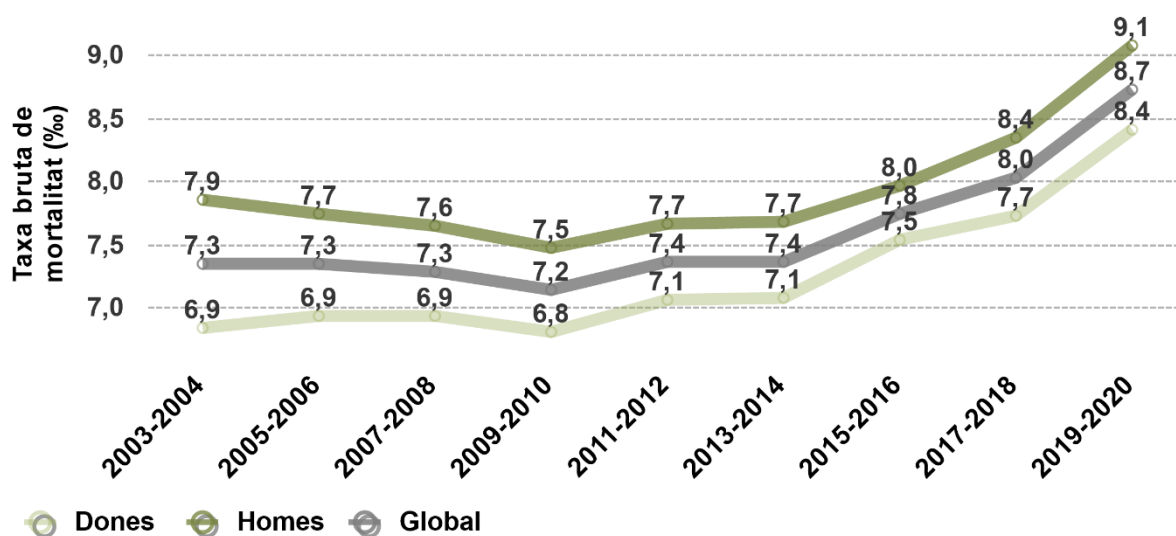
en HOMES

SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA DE MORTALITAT	SEXE	CAUSES DE MORT PER ORDRE DE FREQUÈNCIA
♀	Malalties del sistema circulatori 	♀	COVID-19 Trastorns mentals orgànics, senils i presenils Malaltia d'Alzheimer Malalties cerebrovasculares
♂	Tumors 	♂	COVID-19 Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó Resta de malalties cardíagues Resta de malalties isquèmiques del cor

4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT

L'any **2020** es van produir **33.293 defuncions** al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants (el **49,2% dones** i el **50,8% homes**). La taxa bruta de mortalitat l'any 2020 va ser de 9,67 defuncions per cada 1.000 habitants (**9,35 en dones** i **10,01 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 territori 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.

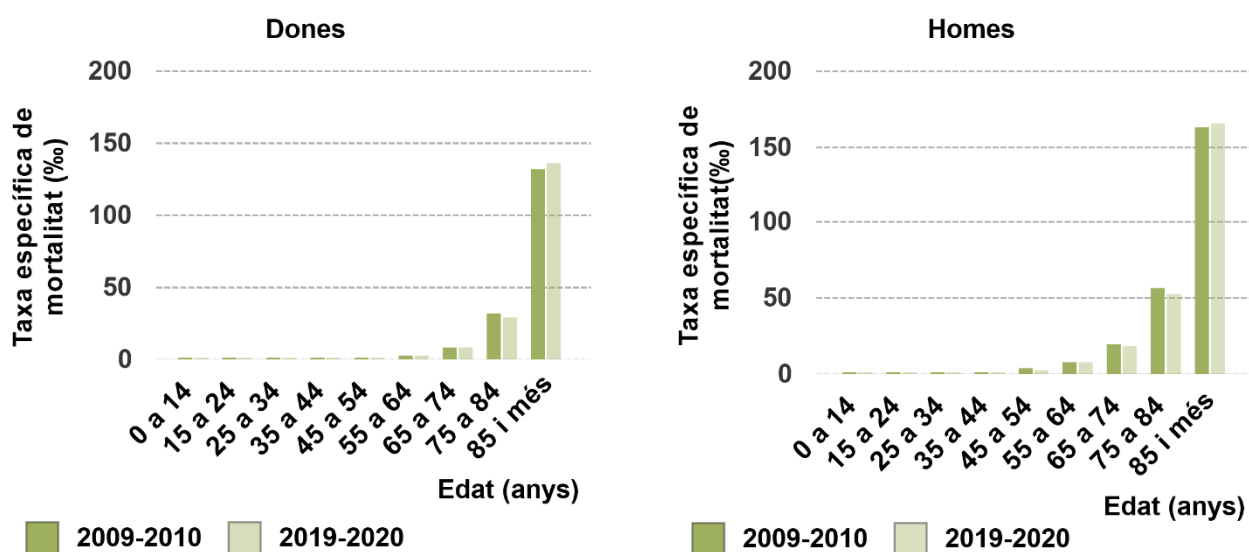
Per conèixer si la mortalitat té una tendència a la baixa, si és més gran en homes que en dones o per comparar dades de diferents territoris, cal treballar amb dades estandarditzades per sexe i edat.

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 diferències entre homes i dones. La taxa de mortalitat en homes és significativament superior a la de les dones.

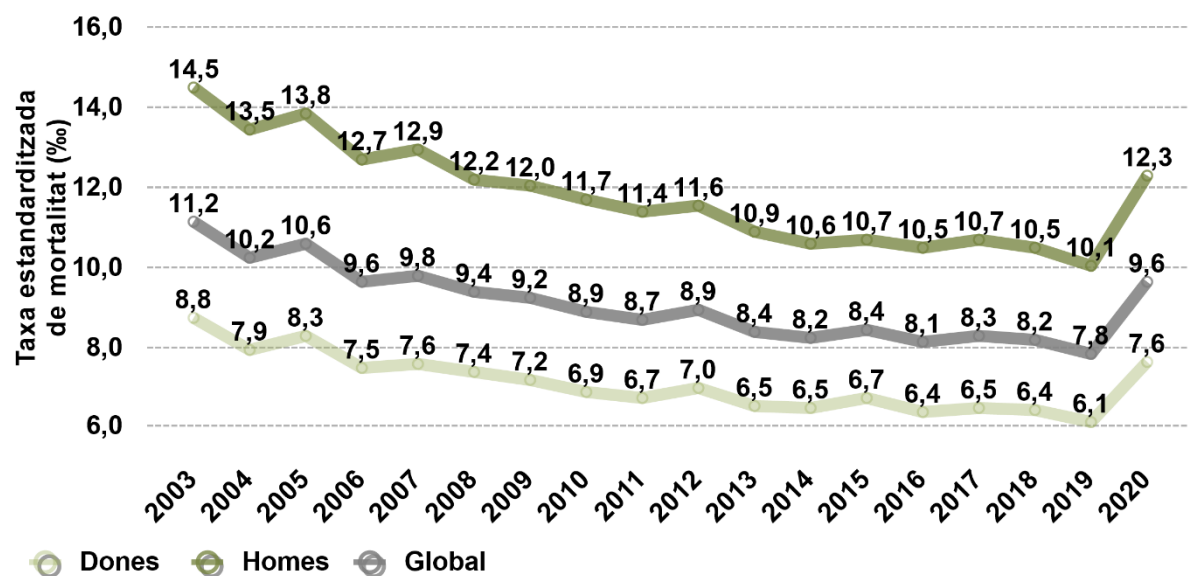
Fig. 70 | Evolució de les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat en dones i homes; comparativa 2009/2010-2019/2020



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

La taxa de mortalitat estandarditzada ha experimentat una tendència decreixent en els darrers anys. Les dades mostren com aquesta tendència es trenca abruptament l'any 2020, com a conseqüència d'un increment significatiu de la mortalitat l'any 2020 derivat de la pandèmia de la COVID-19.

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



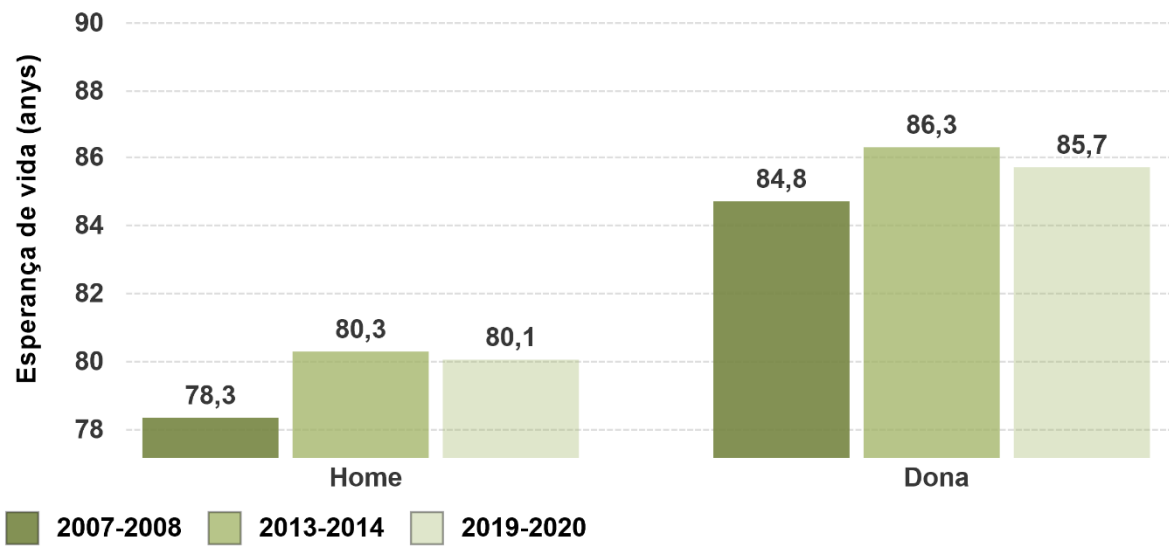
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.2 ESPERANÇA DE VIDA

En termes generals, a Catalunya l'esperança de vida segueix una tendència creixent des de fa més de tres dècades, i s'ha incrementat en més de cinc anys des de l'any 1983. La COVID-19, però, ha impactat de forma important en aquesta tendència: el 2020 s'ha observat la davallada interanual més gran de l'esperança de vida dels últims trenta anys.

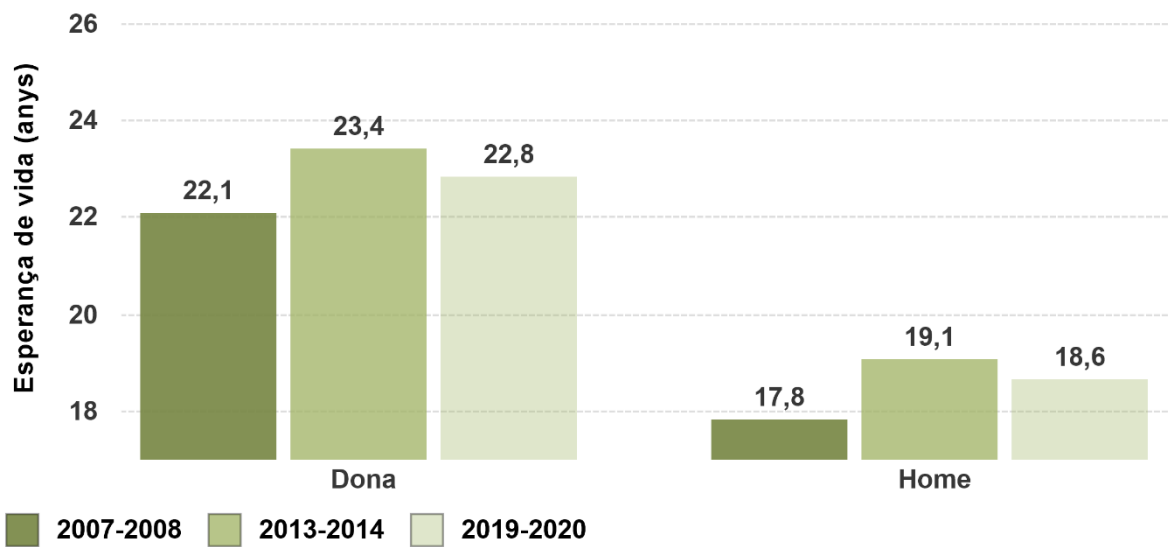
Esperança de vida: mitjana aritmètica dels anys que teòricament, per a cada edat, poden arribar a viure els habitants d'una àrea determinada si es mantenen les taxes de mortalitat per edat del moment.

Fig. 72 | Evolució de l'esperança de vida en néixer



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

Fig. 73 | Evolució de l'esperança de vida amb 65 anys



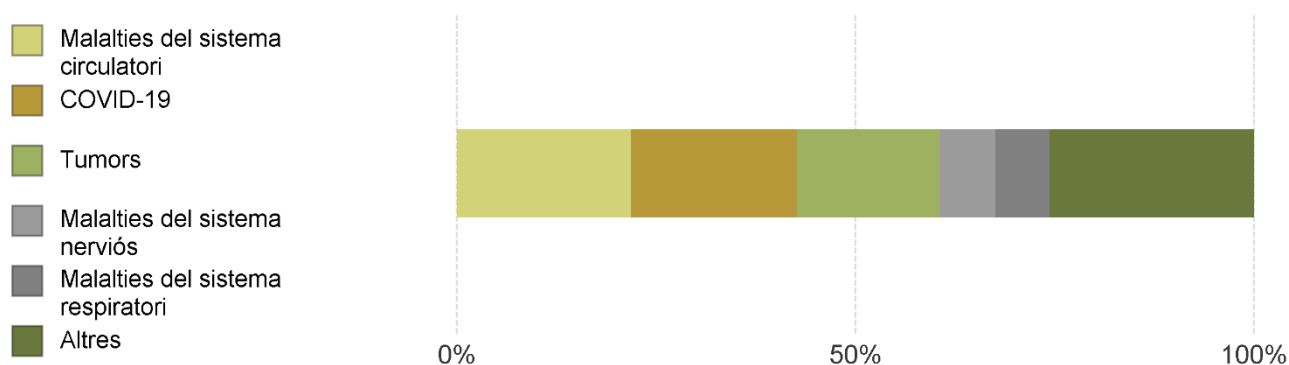
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.3 CAUSES DE MORTALITAT

4.3.1 Causes de mortalitat segons els 20 grans grups

El 2020 les principals causes de mortalitat (segons els 20 grans grups de la CIM-10) van ser: **tumors** (7.232 defuncions), **COVID-19** (7.011 defuncions), **malalties del sistema circulatori** (6.937 defuncions), **malalties del sistema respiratori** (2.626 defuncions) i **malalties del sistema nerviós** (1.851 defuncions). En conjunt, les defuncions per aquestes causes representen el 77,1% del total de morts.

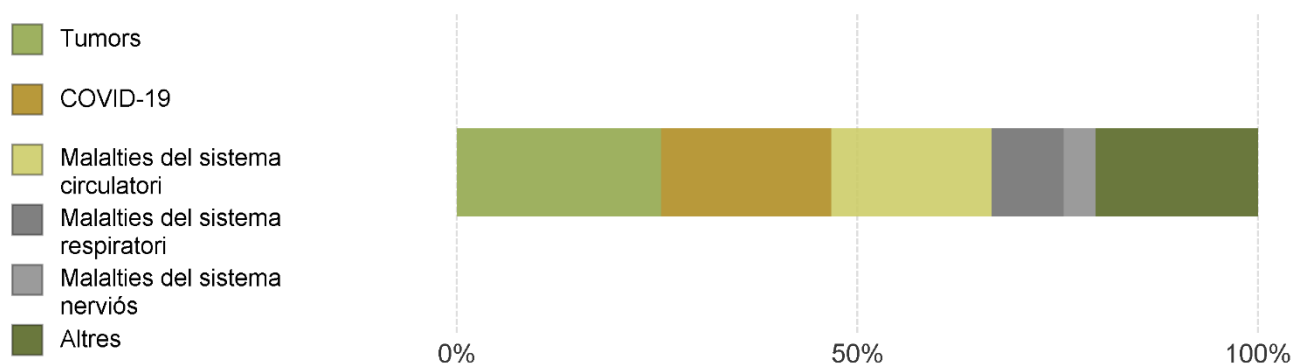
Fig. 74 | Principals grans causes de mortalitat en dones



Dades corresponents a 2020.

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

Fig. 75 | Principals grans causes de mortalitat en homes

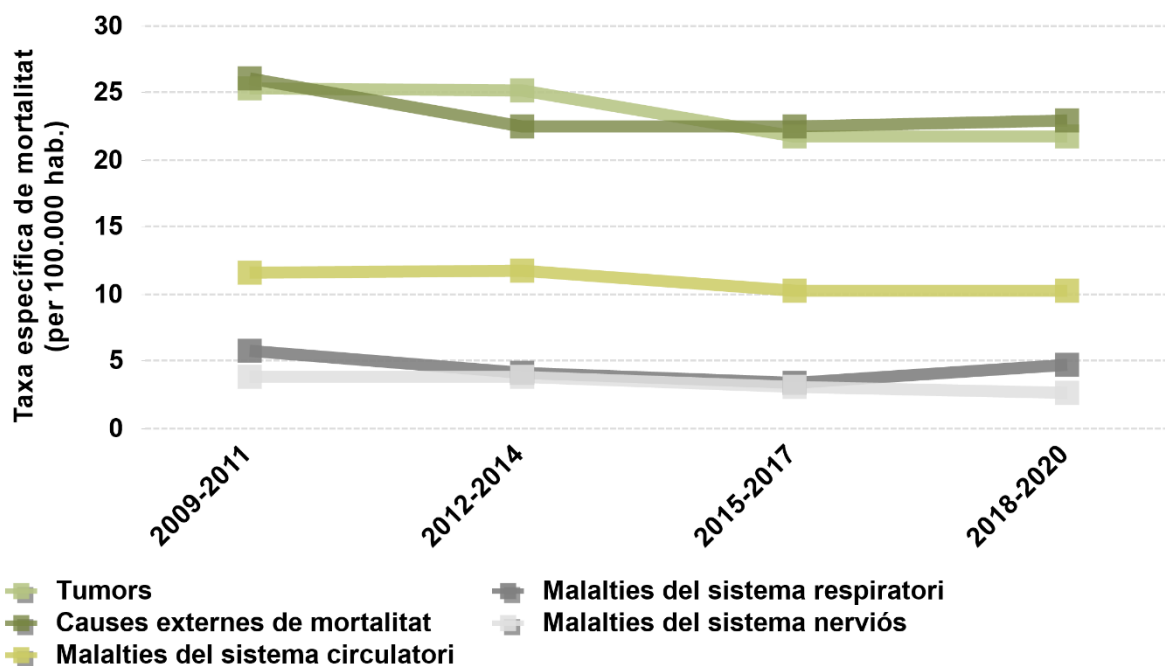


Dades corresponents a 2020.

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

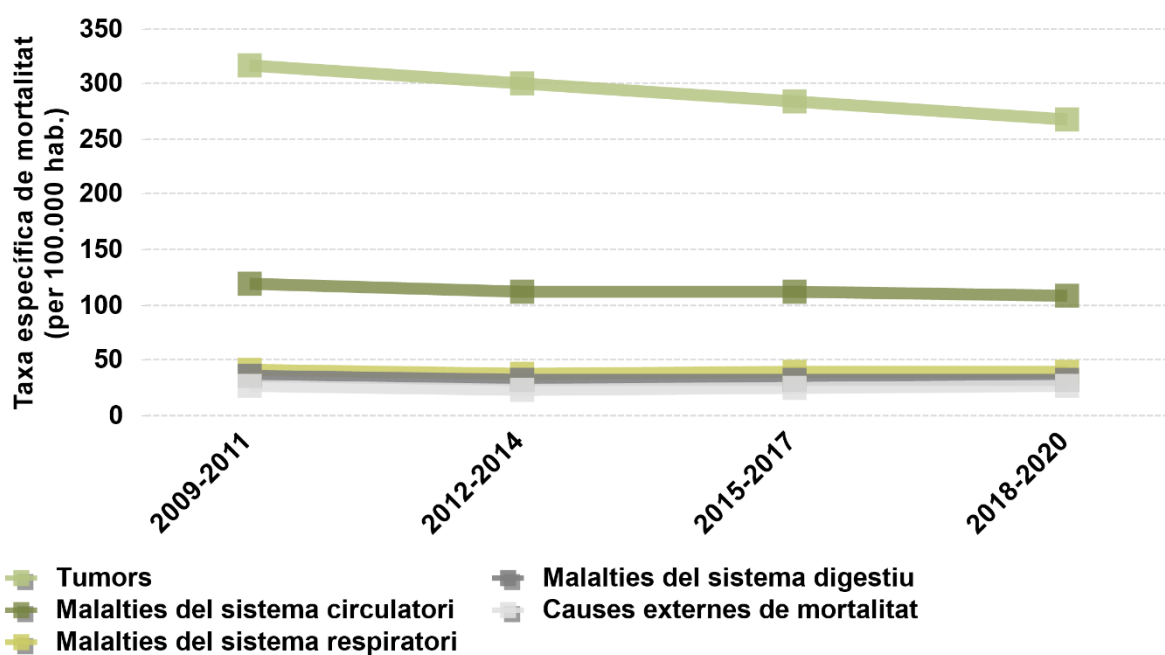
Les causes de mortalitat varien en funció de molts factors, entre ells l'edat. És per això que per tenir una perspectiva de com evolucionen les causes de mortalitat al territori, és interessant analitzar les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

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



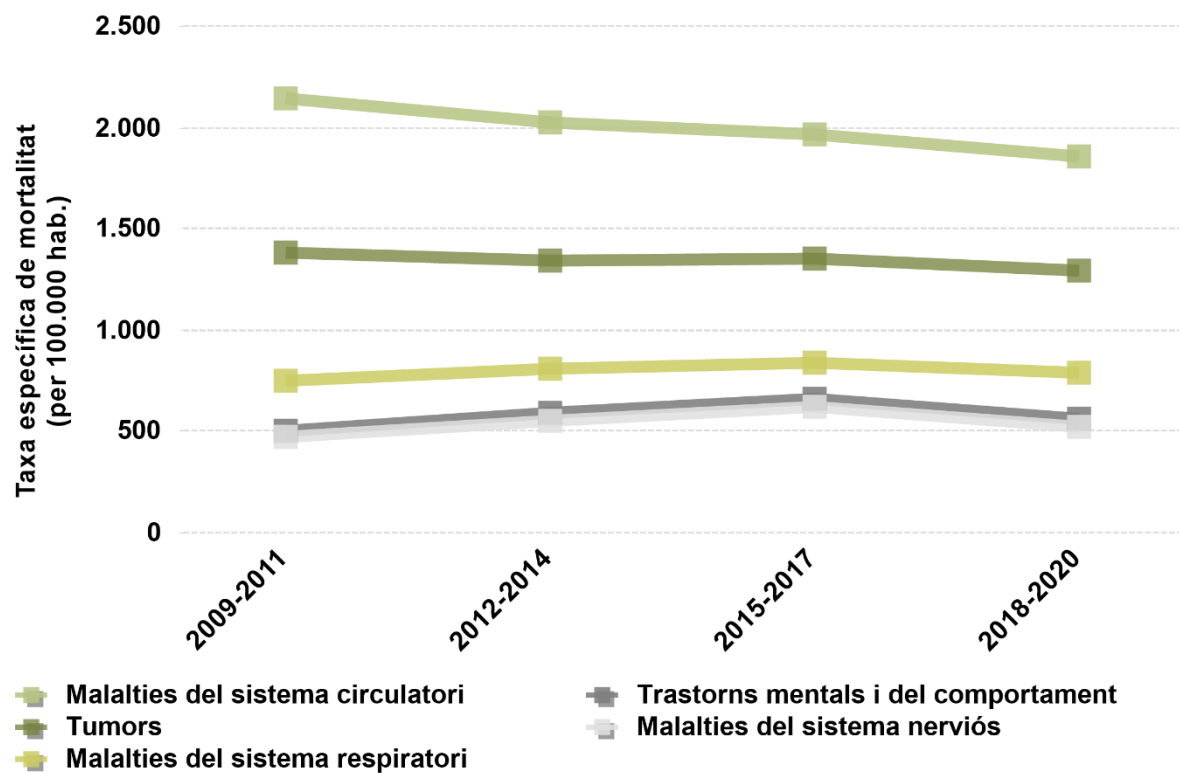
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

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



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

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



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

4.3.2 Causes de mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes

El 2020 les principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes) van ser: **COVID-19** (7.011 defuncions), **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** (1.525 defuncions), **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** (1.450 defuncions), **resta de malalties cardíques** (1.376 defuncions) i **malalties cerebrovasculars** (1.348 defuncions). En conjunt les defuncions per aquestes causes representen el 38,2% del total de morts.

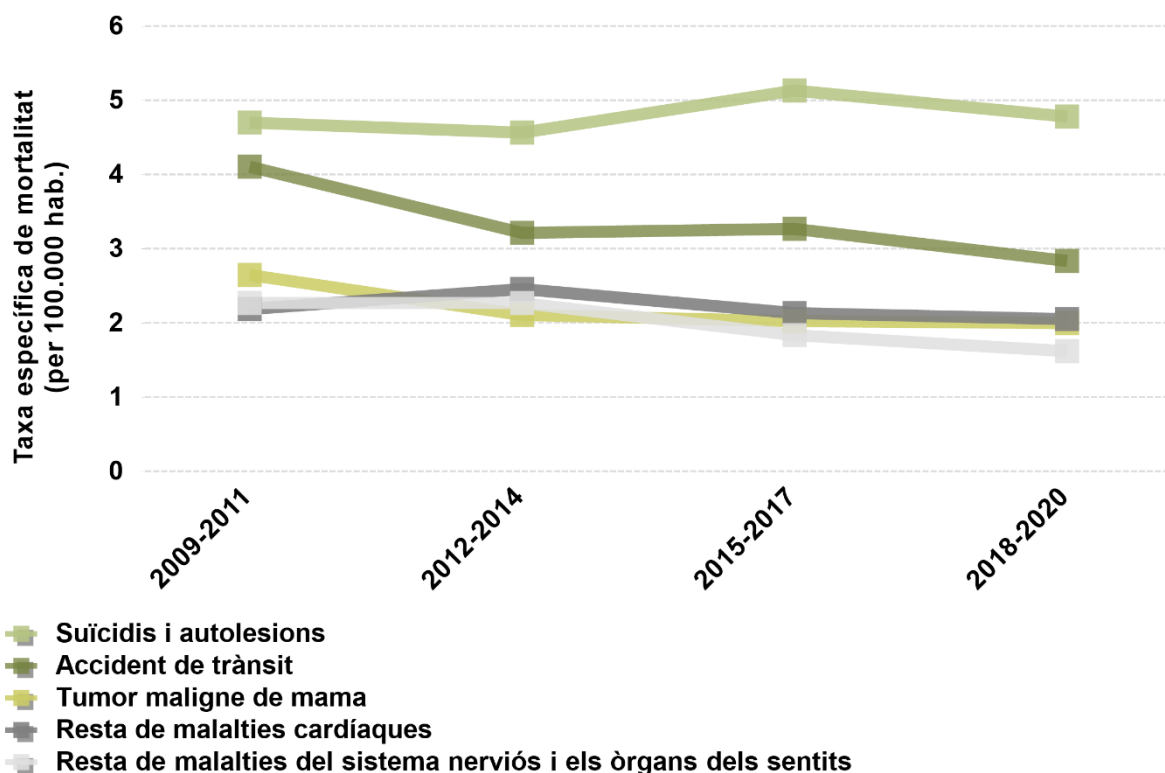
Per sexe, el 2020 les principals causes de defuncions van ser:

En **dones**: **COVID-19** amb 3.419 defuncions i **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** amb 1.013 defuncions.

En **homes**: **COVID-19** amb 3.592 defuncions i **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** amb 1.126 defuncions.

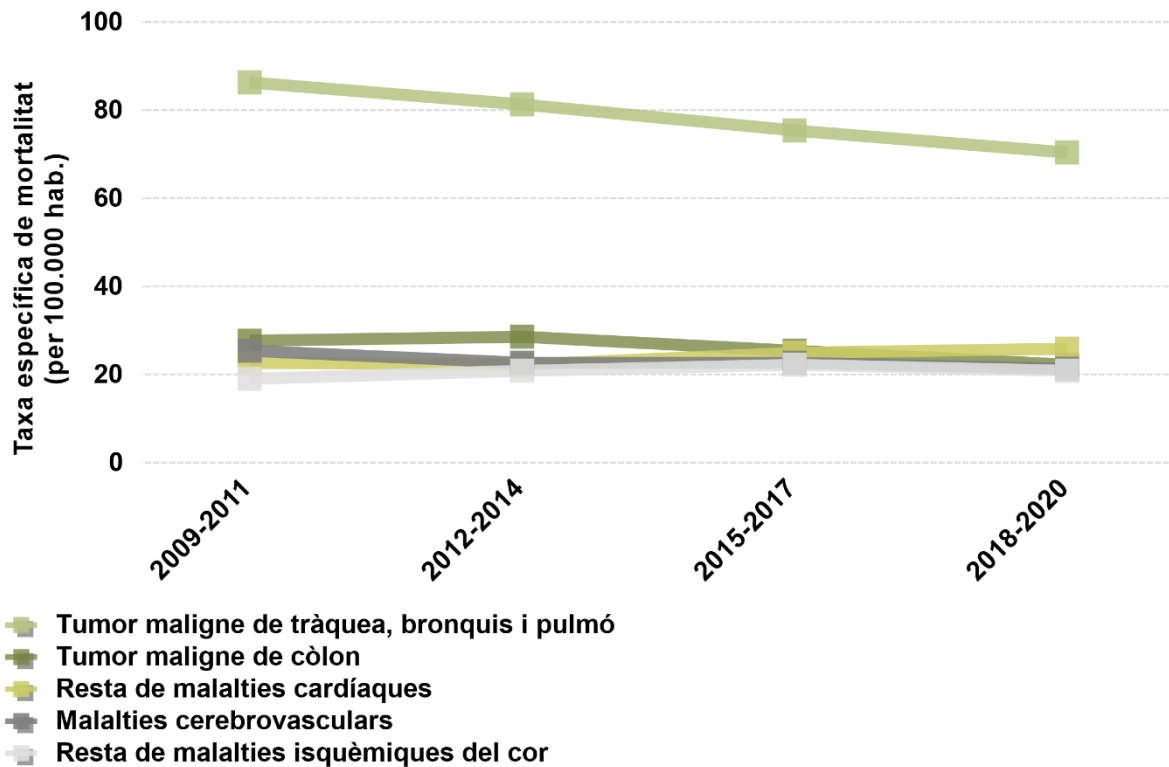
Com a l'apartat anterior, a continuació s'analitzen les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

Fig. 79 | Evolució de les cinc principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes) en la població d'entre 15 i 44 anys



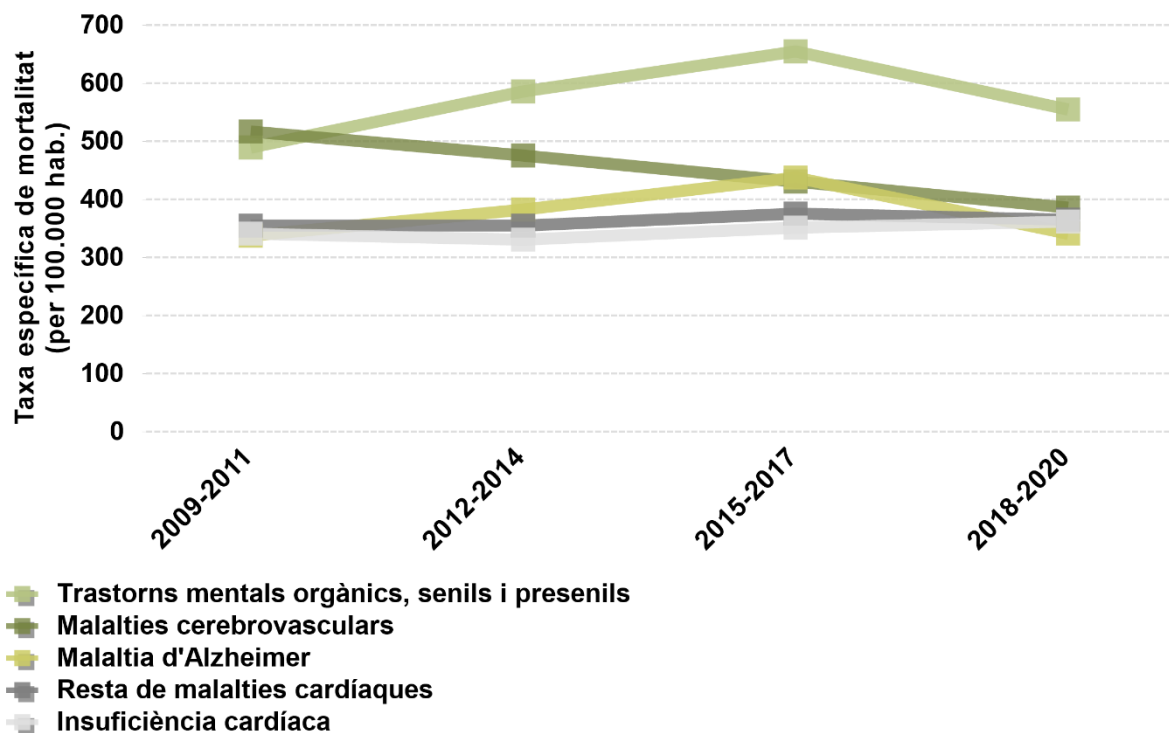
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 80 | Evolució de les cinc principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes) en la població d'entre 45 i 74 anys



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

Fig. 81 | Evolució de les cinc principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes) en la població de 75 anys i més



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

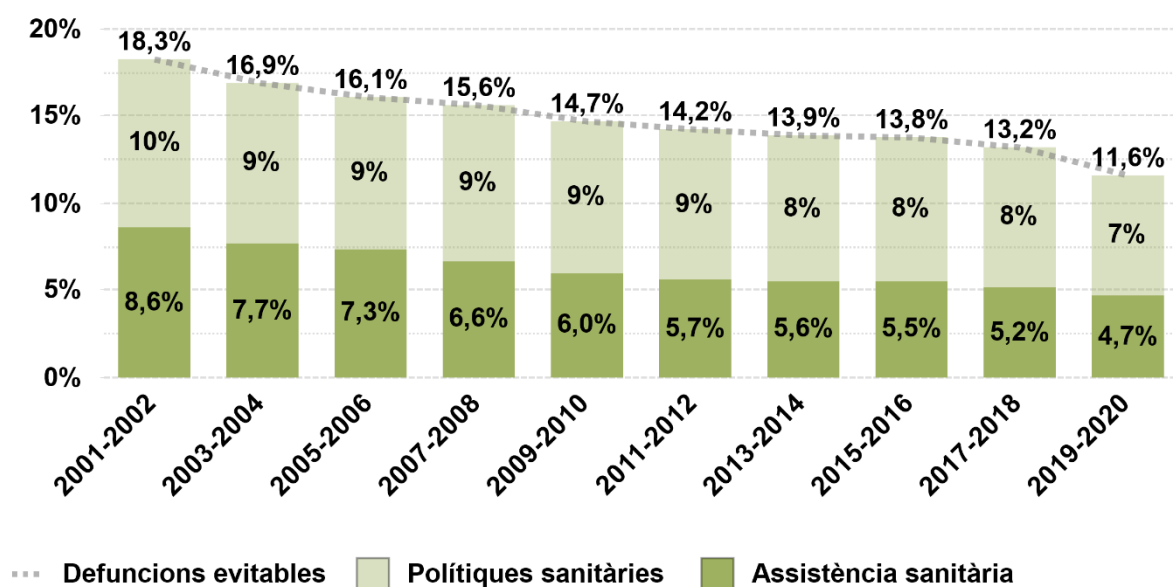
4.4 MORTALITAT EVITABLE

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

L'any **2020** es van produir **3.431 defuncions evitables** (el 10,3% del total de morts). El 36,8% de les defuncions evitables es produí en dones i el 63,2% restant en homes.

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

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



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

Fig. 83 | Causes de les defuncions evitables en dones

Tipus d'intervenció	Causes de mortalitat evitable	Defuncions (n)
Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials	Resta de causes externes (totes les edats)	729
	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	393
	Suïcidis (totes les edats)	118
	Accidents de trànsit amb vehicles a motor (totes les edats)	34
	Malaltia alcohòlica del fetge (15-74 anys)	20
	Homicidis (totes les edats)	17
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Tumor maligne de mama femenina (0-74 anys)	450
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	197
	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	150
	Tumor maligne de cos i part no especificada de l'úter (15-74 anys)	100
	Malaltia respiratòria aguda, pneumònia i influença (0-74 anys)	64
	Hipertensió (0-74 anys)	51
	Tumor maligne de coll d'úter (15-74 anys)	42
	Causes perinatals (totes les edats)	29
	Tumor maligne de pell (0-74 anys)	24
	Malaltia reumàtica crònica del cor (0-74 anys)	17
	Incidents adversos mèdics i quirúrgics (totes les edats)	14
	Anomalies congènites cardiovasculars (0-74 anys)	12
	Colelitiasis/Colecistitis (0-74 anys)	10

Dades corresponents a 2019-2020.

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

Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb deu o més defuncions.

Fig. 84 | 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)	1.365
	Resta de causes externes (totes les edats)	858
	Suïcidis (totes les edats)	317
	Accidents de trànsit amb vehicles a motor (totes les edats)	121
	Malaltia alcohòlica del fetge (15-74 anys)	80
	Sida i infecció per VIH (totes les edats)	35
	Homicidis (totes les edats)	27
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	814
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	367
	Malaltia respiratòria aguda, pneumònia i influença (0-74 anys)	148
	Hipertensió (0-74 anys)	78
	Tumor maligne de pell (0-74 anys)	56
	Causes perinatals (totes les edats)	50
	Colelitiasis/Colecistitis (0-74 anys)	25
	Incidents adversos mèdics i quirúrgics (totes les edats)	15
	Malaltia reumàtica crònica del cor (0-74 anys)	13
	Hernia abdominal (0-74 anys)	12
	Anomalies congènites cardiovasculars (0-74 anys)	10
	Úlceres pèptiques (0-74 anys)	10

Dades corresponents a 2019-2020

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

Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb deu o més defuncions.

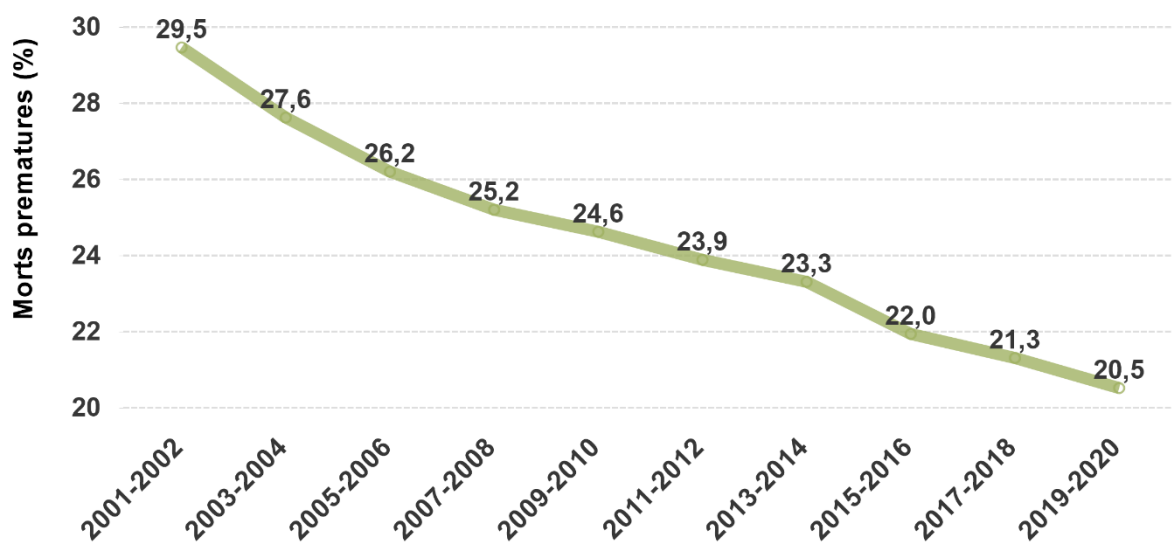
4.5 MORTALITAT PREMATURA

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

El **2020**, en el conjunt de municipis de més de 10.000 habitants, es van produir **6.672 defuncions prematures** (2.232 dones i 4.440 homes), les quals representen un **20% 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).

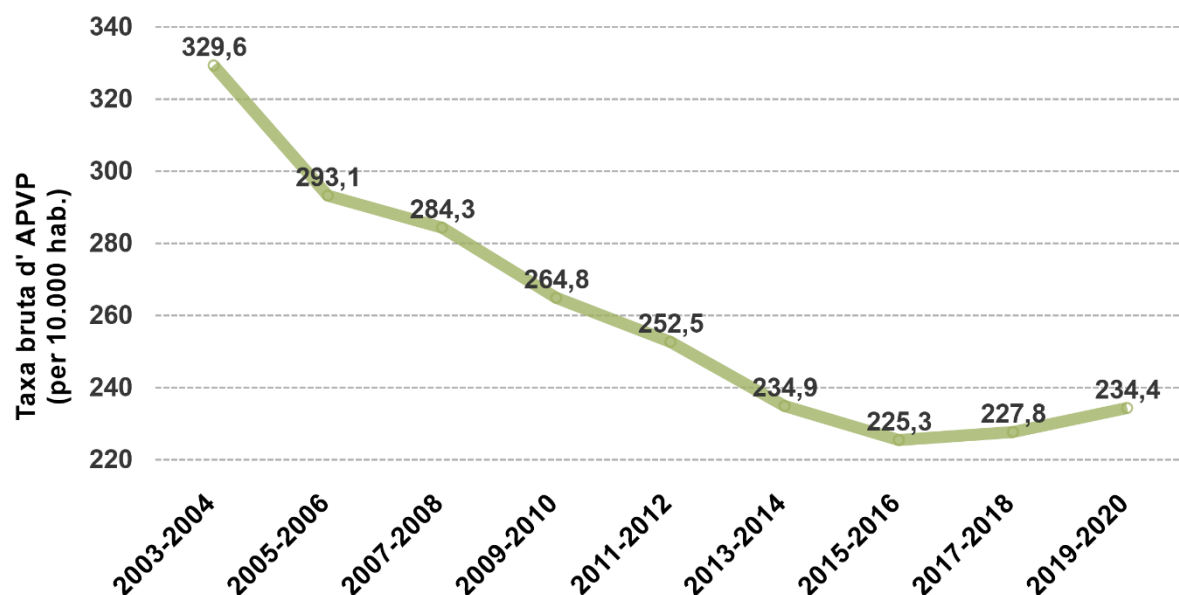
Fig. 85 | Evolució del pes relatiu de la mortalitat prematura respecte al total de defuncions



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

Aquestes defuncions prematures van suposar un total de 73.260,00 APVP (25.165 APVP en dones i 48.095 APVP en homes). La causa de mortalitat que va provocar més APVP l'any 2020 va ser el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó.

Fig. 86 | Evolució de la taxa bruta d'APVP



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

Fig. 87 | 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	5.260,0	14
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	3.305,0	10
COVID-19	2.477,5	8
Suïcidis i autolesions	2.167,5	23
Tumor maligne de còlon	1.835,0	10
Resta malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	1.825,0	12
Malalties cerebrovasculars	1.490,0	11
Tumor maligne d'ovari	1.405,0	11
Resta malalties cardíques	1.357,5	10
Tumor maligne de pàncrees	1.312,5	8
Tumor maligne d'encèfal	1.187,5	13
Tumor maligne d'estómac	1.032,5	13
Resta malalties del sistema respiratori	947,5	12
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	917,5	11
Tumor maligne de fetge	782,5	11
	46.410,0	12

Dades corresponents a 2019-2020

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

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

Fig. 88 | 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
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	7.960,0	8
COVID-19	5.662,5	9
Suïcidis i autolesions	5.457,5	22
Resta malalties cardíques	4.657,5	12
Resta malalties isquèmiques del cor	3.355,0	9
Infart agut de miocardi	2.917,5	11
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	2.902,5	11
Accident de trànsit	2.765,0	27
Malalties cerebrovasculars	2.750,0	10
Resta malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	2.722,5	13
Resta malalties del sistema respiratori	2.417,5	12
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	2.335,0	27
Tumor maligne d'encèfal	2.155,0	15
Tumor maligne de fetge	2.075,0	9
Resta malalties del sistema digestiu	2.052,5	11
	91.365,0	11

Dades corresponents a 2019-2020

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

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

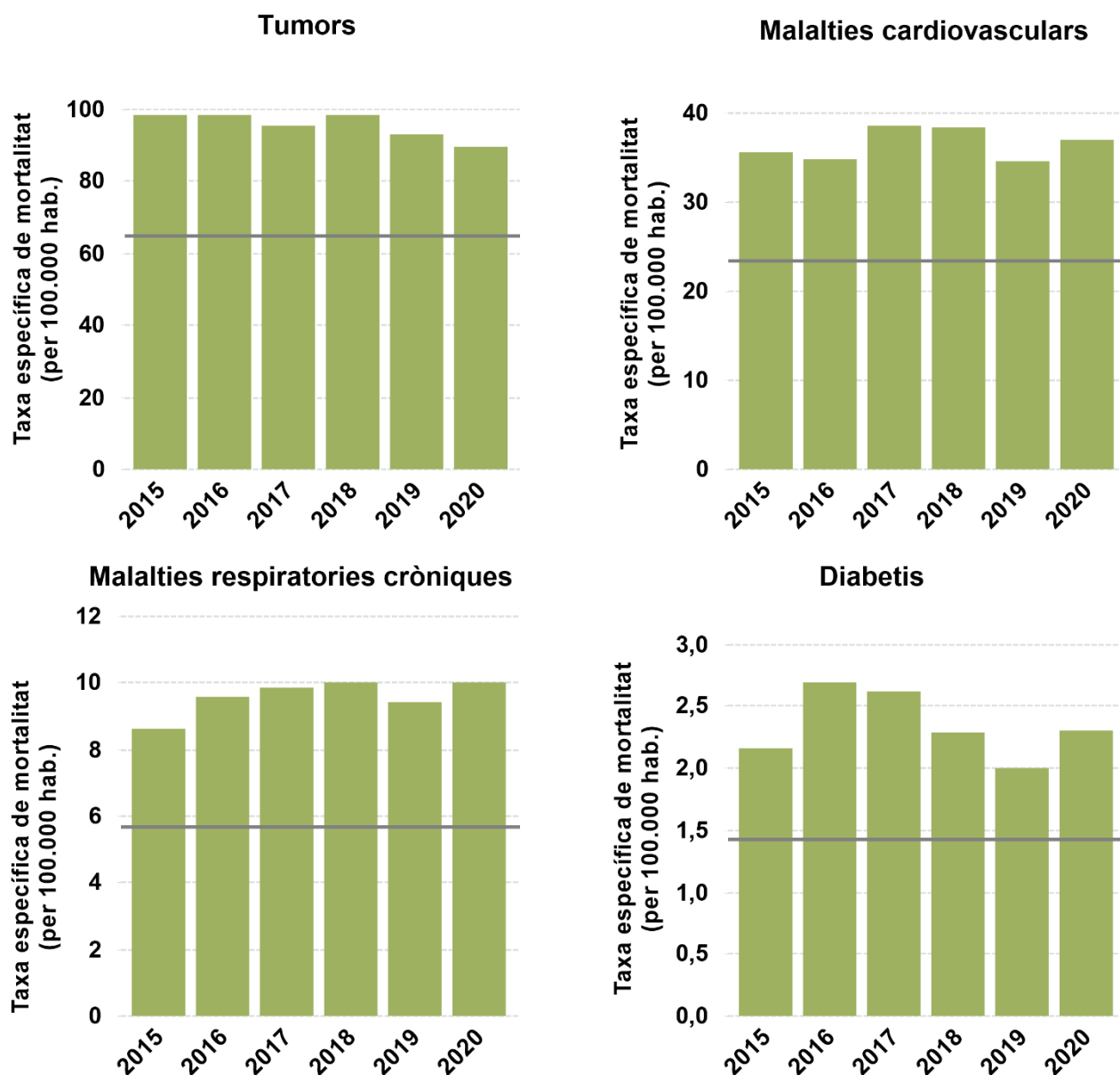
4.6 AGENDA 2030 I OBJECTIUS DE MORTALITAT

L'Agenda 2030 per al desenvolupament sostenible ha fixat entre els seus objectius **garantir una vida sana i promoure el benestar de tothom a totes les edats (ODS 3)**.

La fita 3.4 d'aquest objectiu és **reduir, respecte al 2015, un terç la mortalitat prematura per malalties no transmissibles mitjançant la seva prevenció i tractament, i promoure la salut mental i el benestar**.

Per monitoritzar l'assoliment d'aquesta fita es proposen els indicadors de les figures 89 i 90:

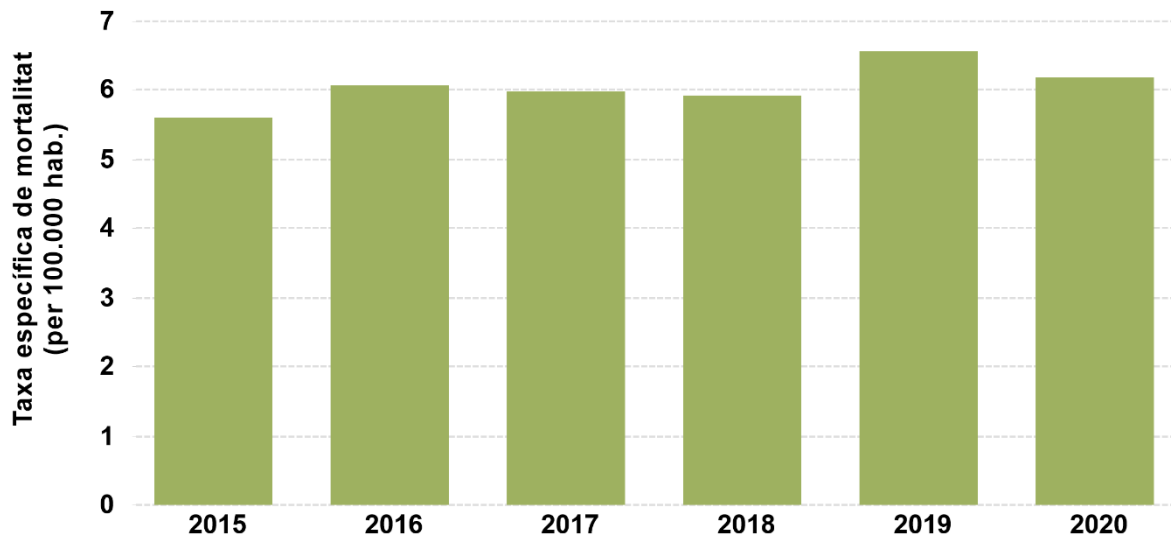
Fig. 89 | Evolució de la taxa de mortalitat d'1 a 70 anys atribuïda als tumors, les malalties cardiovasculars, les malalties respiratòries cròniques o la diabetis



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

Nota: la línia de referència marca el valor objectiu segons la fita 3.4 de l'ODS 3.

Fig. 90 | Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi

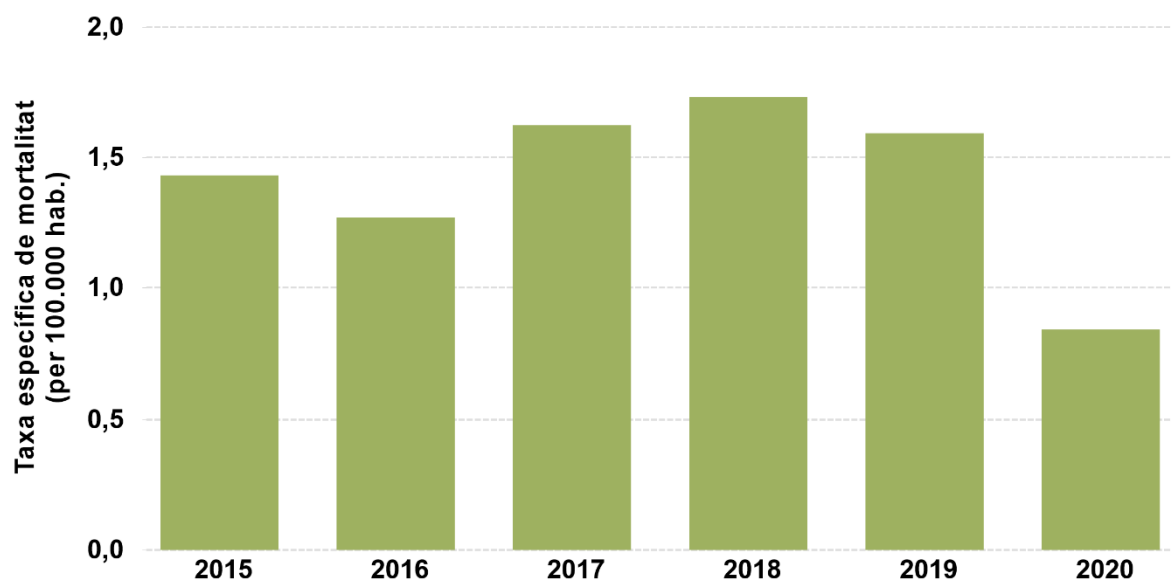


Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

D'altra banda, la **fita 3.9** pretén **reduir substancialment, respecte al 2015, el nombre de morts i malalties causades per productes químics perillosos i per la pol·lució i contaminació de l'aire, l'aigua i el sòl.**

Un dels indicadors que es proposa per monitoritzar l'assoliment d'aquesta fita és el següent:

Fig. 91 | Evolució de la taxa de mortalitat atribuïda a intoxicacions involuntàries



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

5.

COVID-19

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

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

Notes metodològiques

11 març
2020

**OMS declara
pandèmia**

6 ONADES

**Més 480 MILIONS
de casos
registrats a nivell
global**

**Més de 6 MILIONS
de MORTS a tot el
món**

**fins el març
de 2022**

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

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

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

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

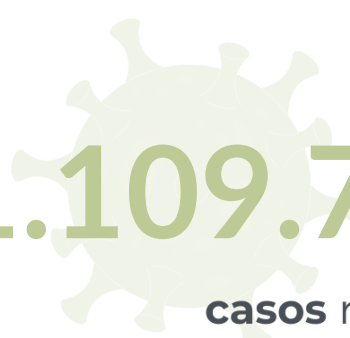
Com a denominadors per al càlcul de taxes de mortalitat s'han fet servir les dades de població següents:

Càlcul de taxes brutes: estimacions postcensals per als municipis de més de 50.000 habitants i dades del padró municipal d'habitants per a la resta de municipis. Fonts: IDESCAT i INE, respectivament.

Dades destacades de **COVID-19** al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants

CASOS

03/2020 - 03/2022



1.109.767

casos registrats

40 a 59
anys

la franja d'edat
amb més
contagis



34 ^{casos}
cada 100 **DONES**



31 ^{casos}
cada 100 **HOMES**

DEFUNCIONS

03/ 2020 - 12/2020

7.011

defuncions

21% del total
de **defuncions** van
ser **per COVID-19**



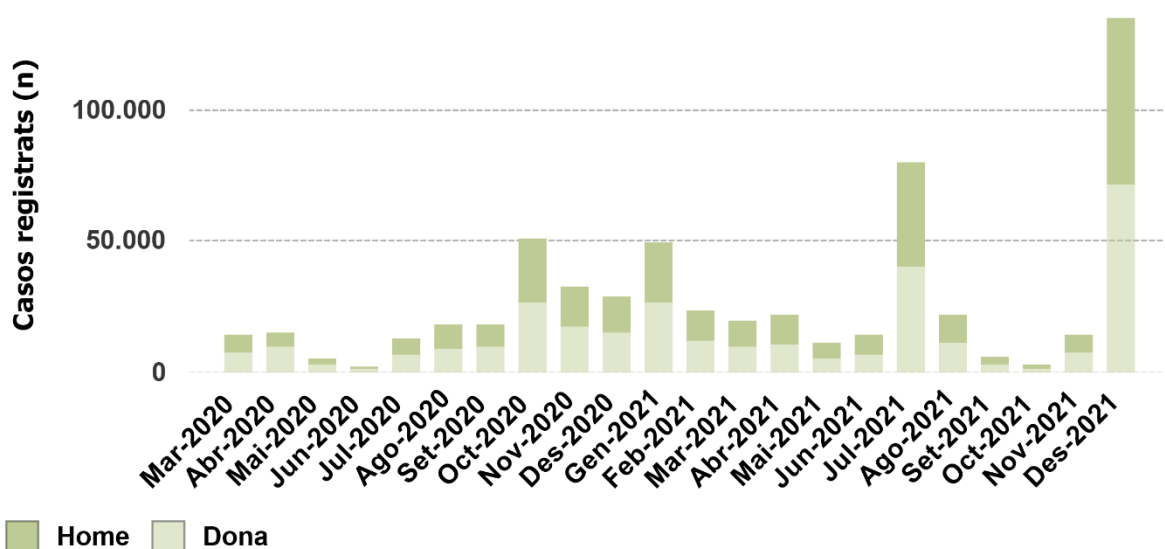
49% de les
defuncions van ser
en **DONES**

5.1 CASOS COVID-19

Des de l'inici de la pandèmia i fins al 28 de març de 2022, es van registrar 1.109.767 casos de COVID-19, la qual cosa representa una taxa de **32,2 casos per cada 100 habitants**. Del total de casos, **589.316** es van registrar en **dones** i **520.451** en **homes**.

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

Fig. 92 | Evolució mensual del nombre de casos COVID-19 per sexe



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

Fig. 93 | Evolució mensual de la distribució d'edats dels casos COVID-19

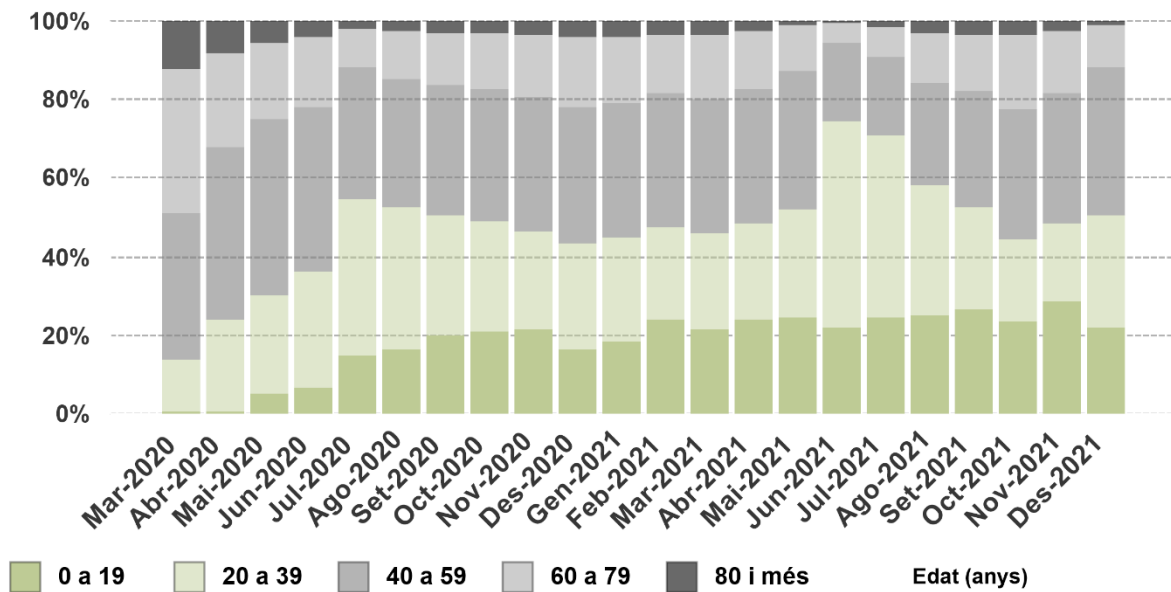
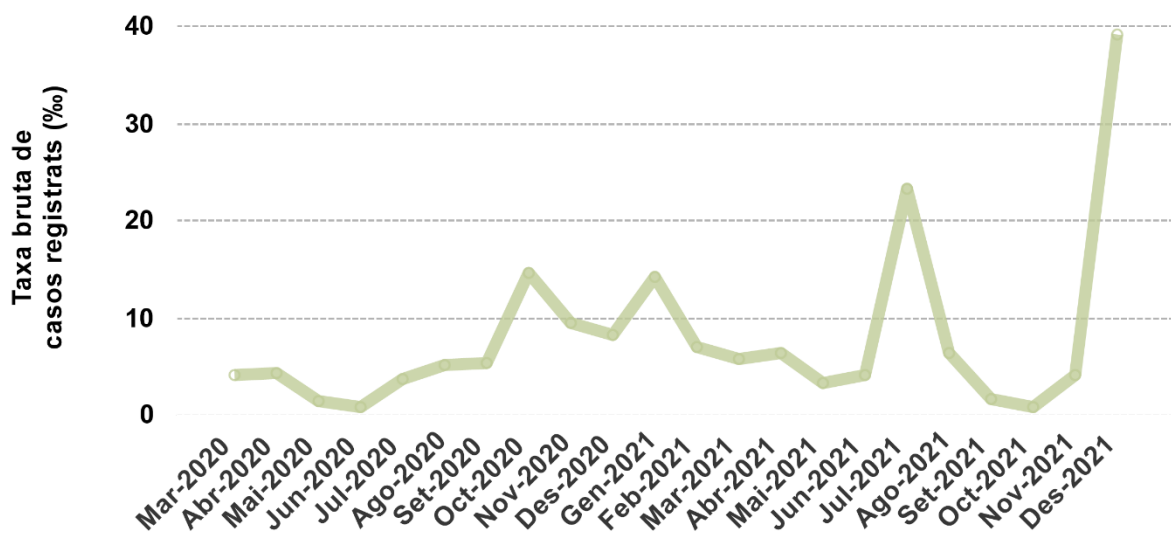


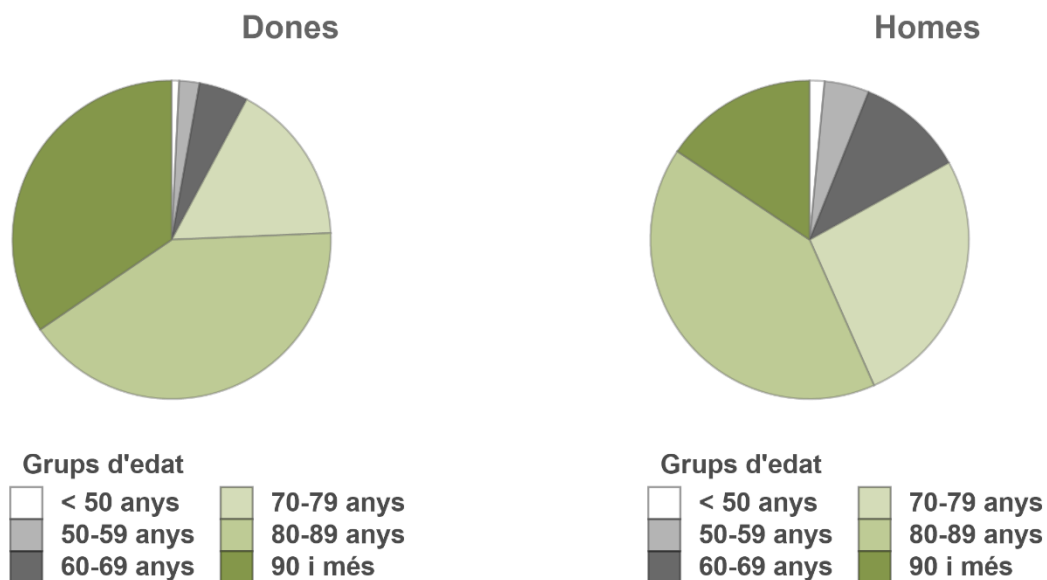
Fig. 94 | Evolució mensual de la taxa bruta de casos COVID-19



5.2 DEFUNCIONS PER COVID-19

L'any 2020, en el conjunt de municipis de més de 10.000 habitants van morir per COVID-19 **7.011** persones (**3.419** dones i **3.592** homes). Aquestes xifres representen una taxa bruta de **2,04** defuncions per cada 1.000 habitants.

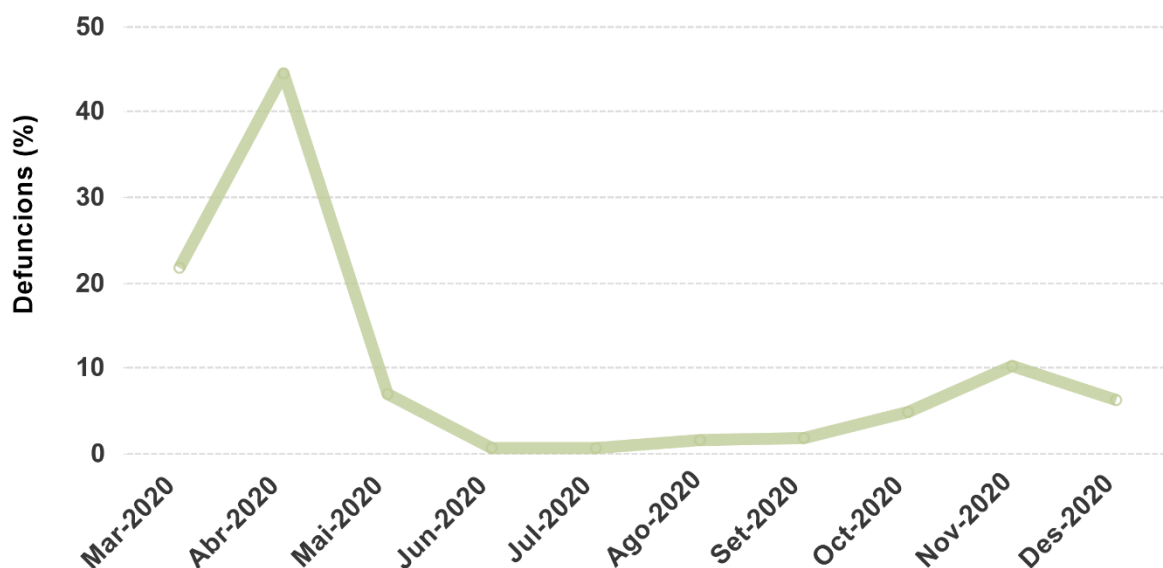
Fig. 95 | Distribució per edat i sexe de les defuncions per COVID-19



Dades corresponents a 2020

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

Fig. 96 | Percentatge de les defuncions per COVID-19 de l'any 2020 ocorregudes cada mes



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

6.

ACCIDENTALITAT VIÀRIA

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

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

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

Notes metodològiques



2050

Visió Zero

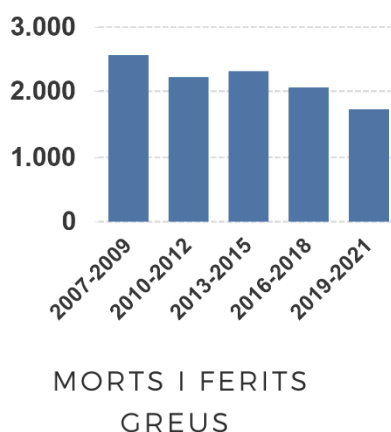
Objectiu
0 víctimes
mortals i
ferits greus

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

Cal destacar que les dades fan referència als accidents i víctimes que hi ha hagut en els termes municipals del conjunt de municipis de més de 10.000 habitants, 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.

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

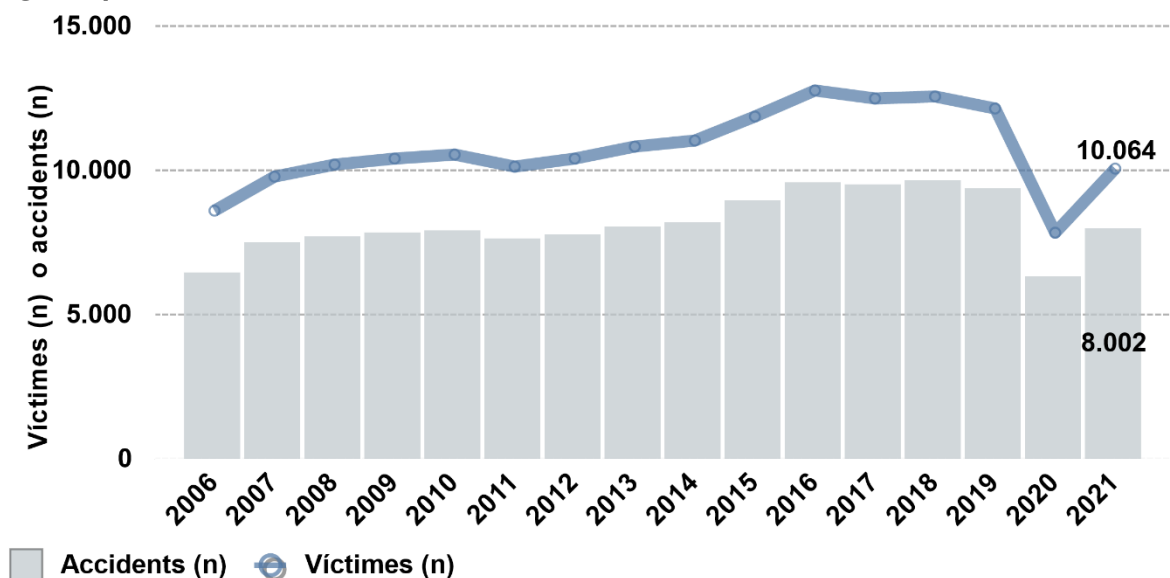
Dades destacades de **morts i ferits greus** el trienni **2019-2021** al conjunt de **municipis de més de 10.000 habitants**



6.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES

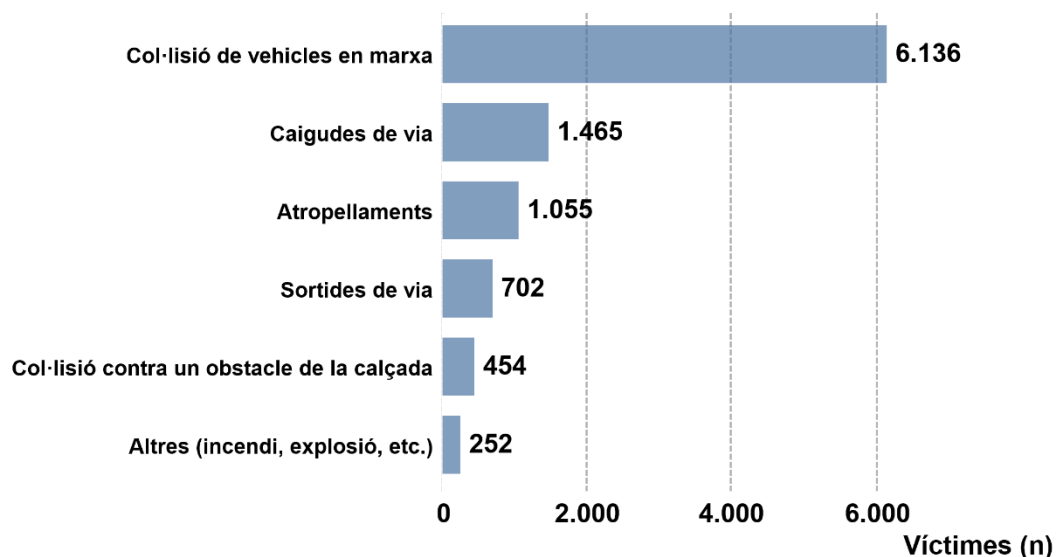
El 2021 es van comptabilitzar **8.002 accidents amb 18.400 persones implicades (7.771 d'il·leses, 9.494 de ferides lleus i 570 de ferides greus o mortes; 565 sense dades)**. El major nombre de víctimes es van donar en accidents per **col·lisió de vehicles en marxa**, en **dia feiner** i en **vies de zona urbana**.

Fig. 97 | Evolució del nombre d'accidents amb víctimes i del nombre de víctimes



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

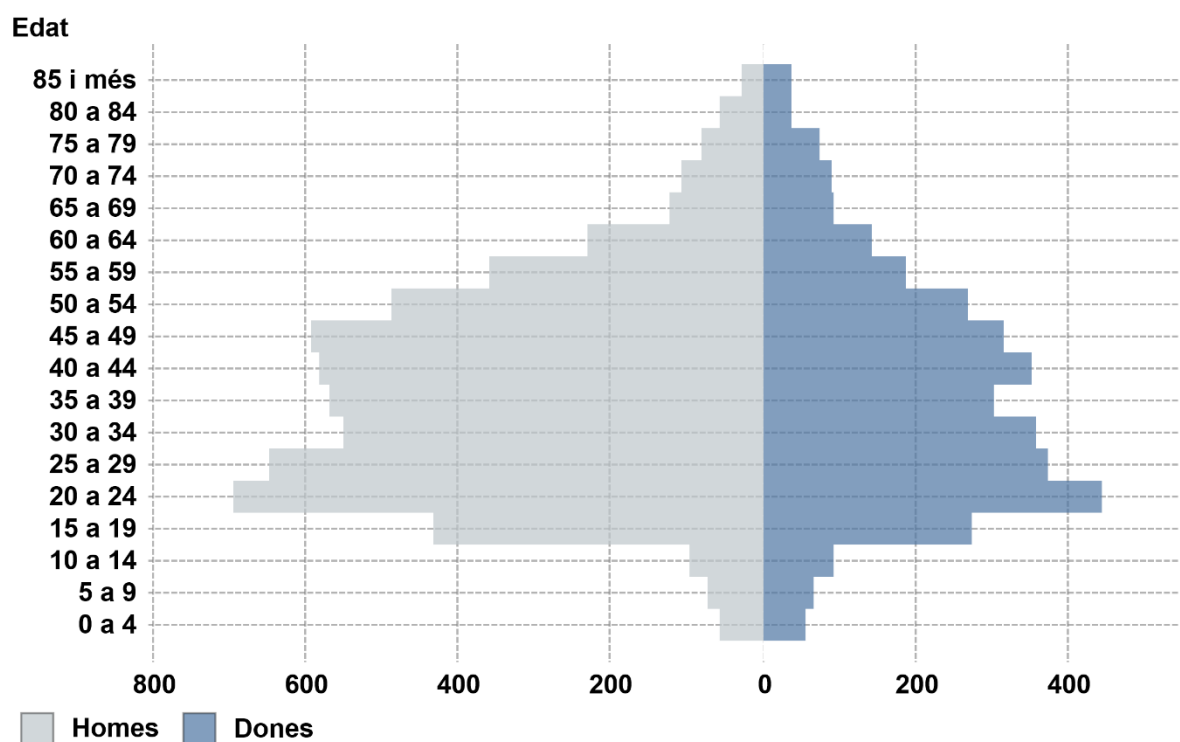
Fig. 98 | Nombre de víctimes en funció del tipus d'accident



Dades corresponents a 2021.

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

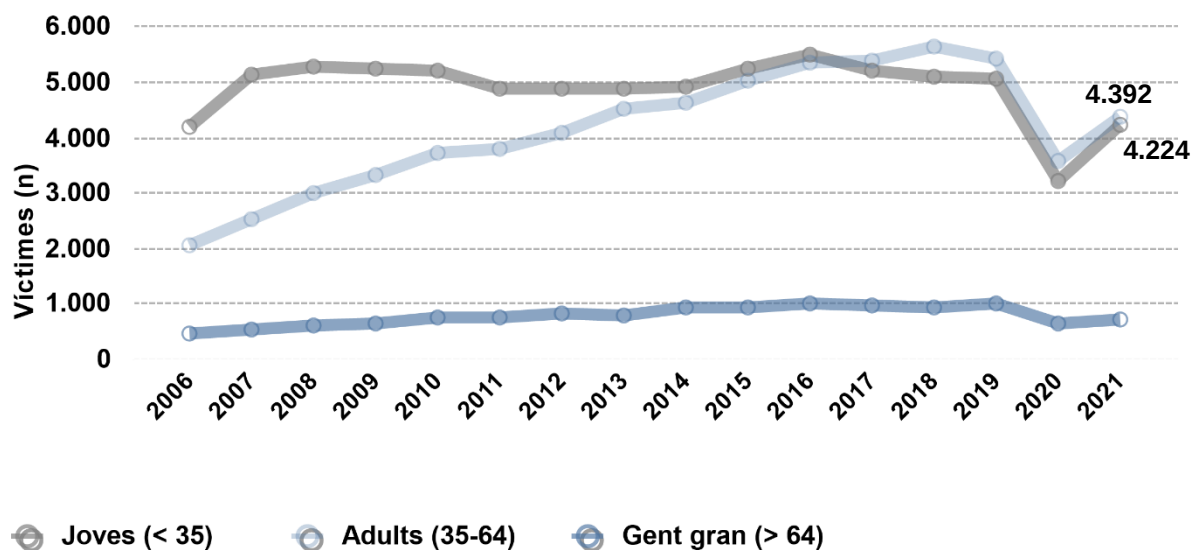
Fig. 99 | Distribució per edat i sexe de les víctimes



Dades corresponents a 2021.

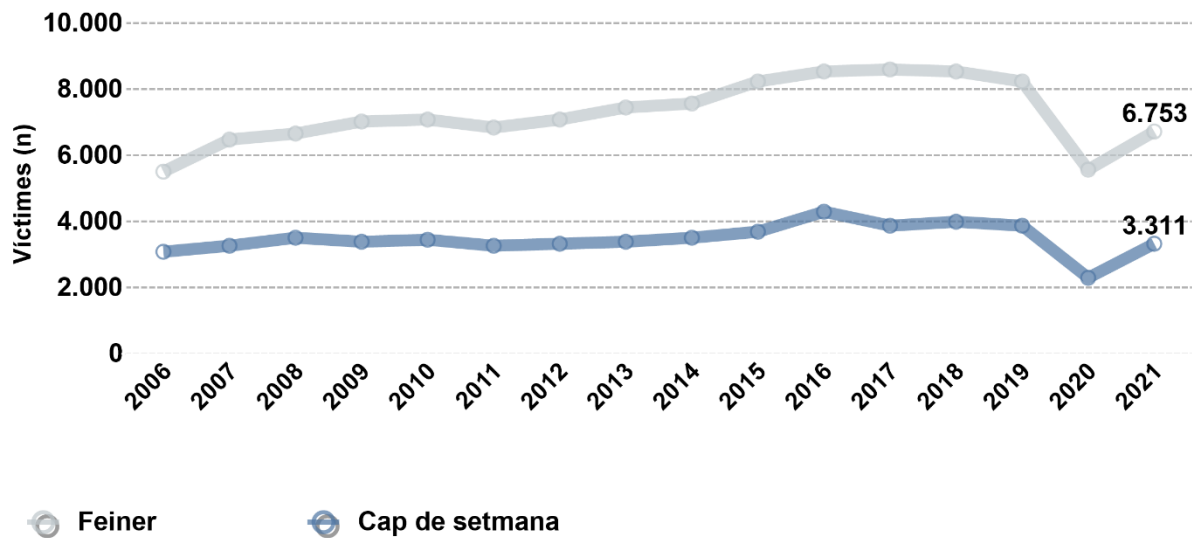
Font : Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 100 | Evolució del nombre de víctimes segons el grup d'edat



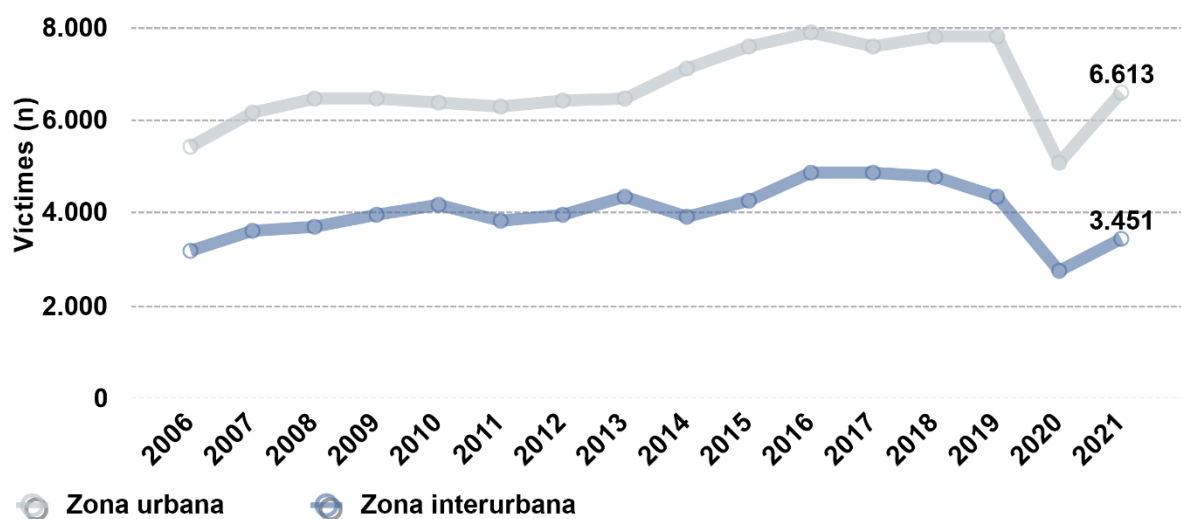
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 101 | Evolució del nombre de víctimes segons la tipologia de dia



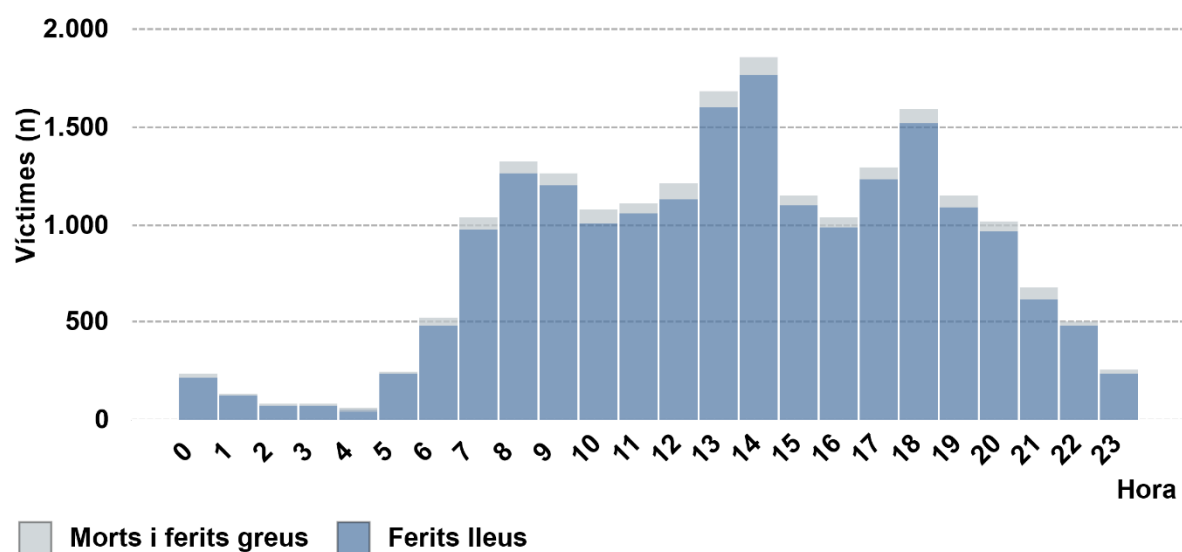
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 102 | Evolució del nombre de víctimes segons la zona de l'accident



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

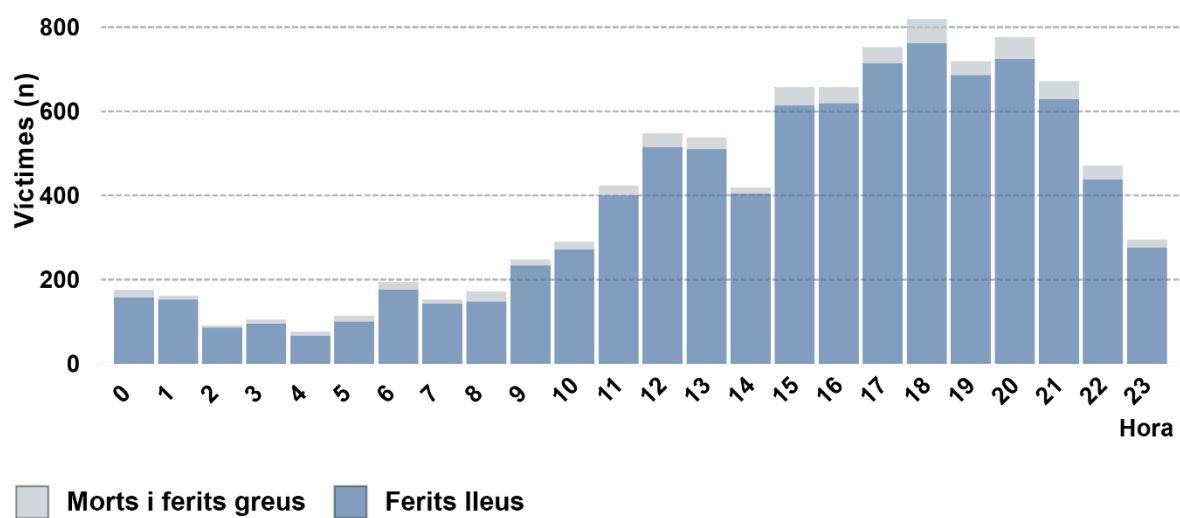
Fig. 103 | Víctimes segons la franja horària els dies feiners



Dades corresponents a 2019-2021.

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

Fig. 104 | Víctimes segons la franja horària els caps de setmana

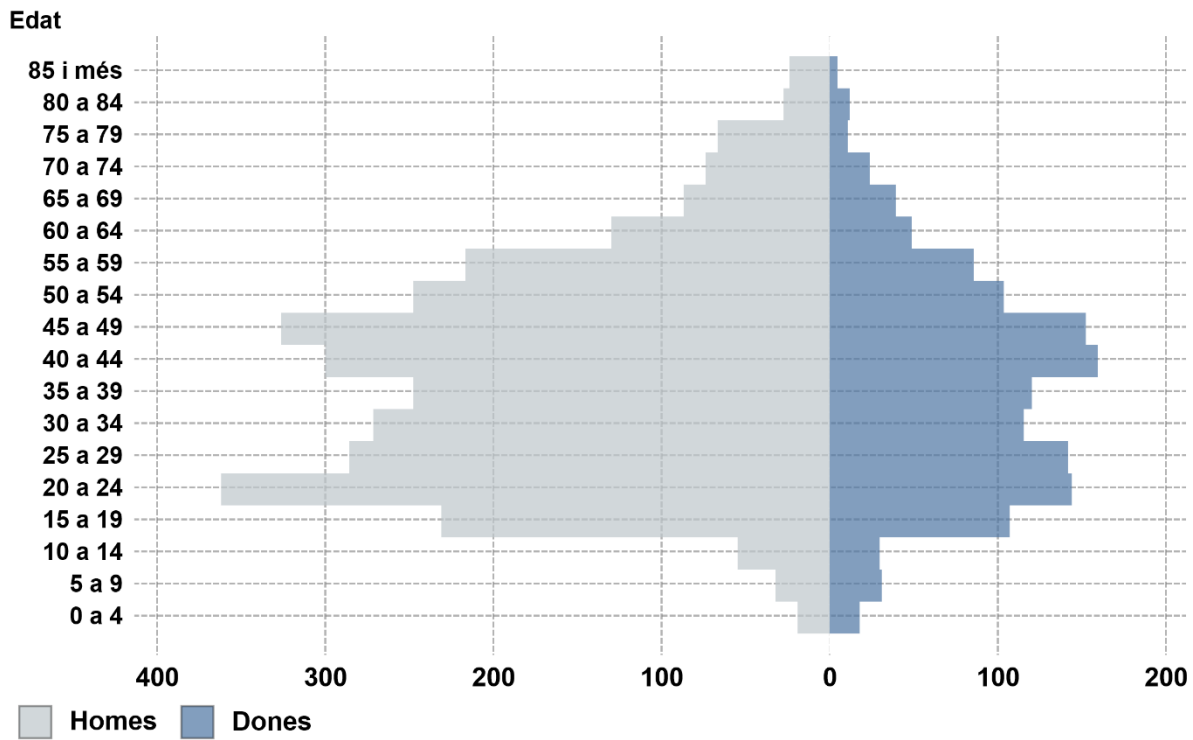


Dades corresponents a 2019-2021.

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

L'avaluació del perfil de les persones responsables dels accidents mostra un clar biaix de gènere que caldria tenir en compte a l'hora de dissenyar polítiques públiques i campanyes de prevenció de l'accidentalitat viària. **El perfil majoritari del responsable d'un accident és el d'un home entre 20 i 24 anys (8,3% dels casos).**

Fig. 105 | Distribució per edat i sexe de la persona responsable de l'accident



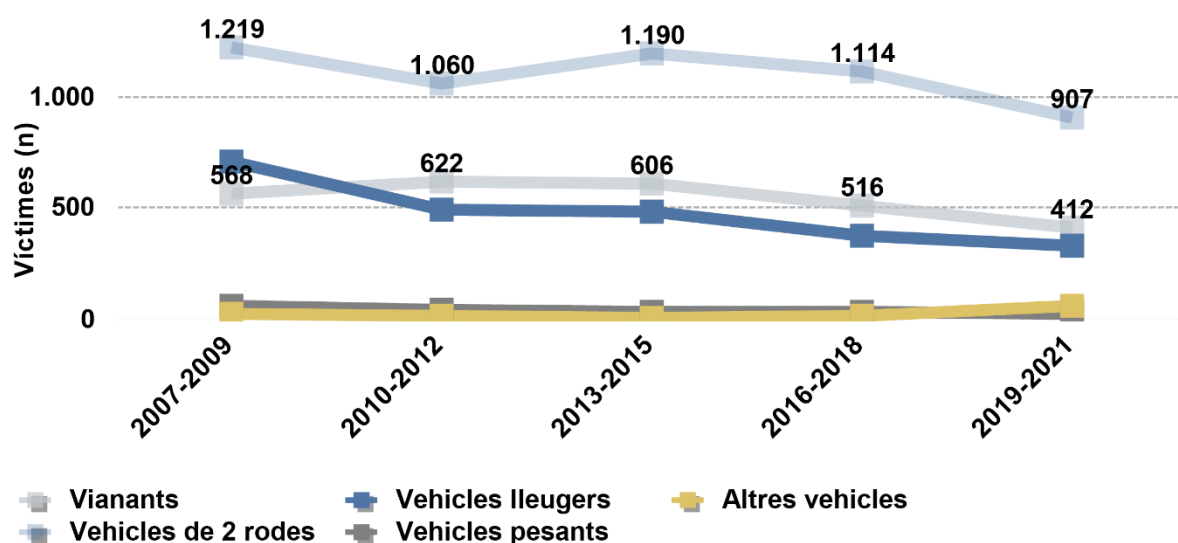
Dades corresponents a 2021.

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

6.2 COL·LECTIUS VULNERABLES

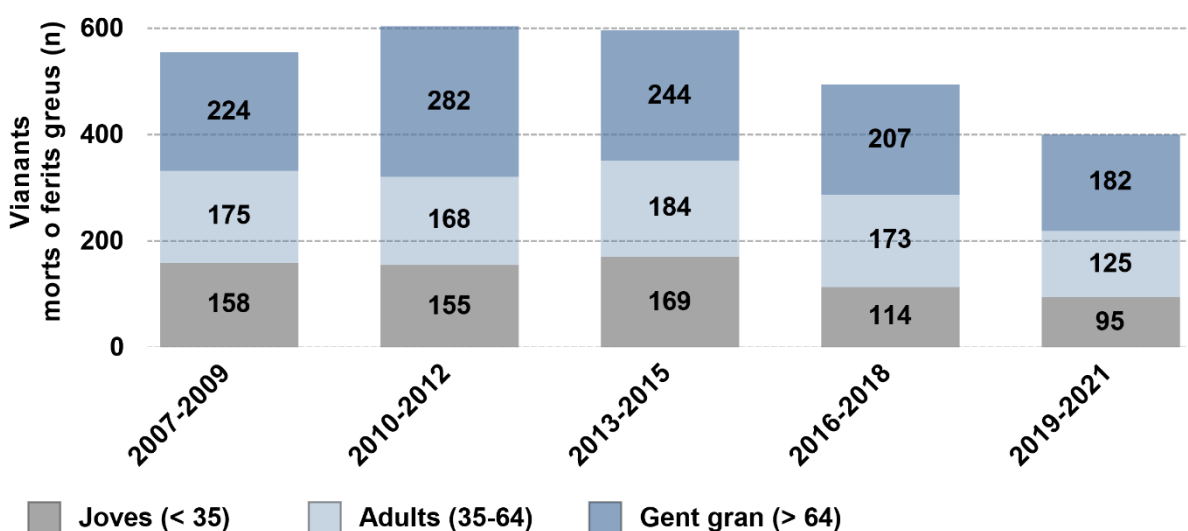
El PSV 2021-2023 presenta objectius específics per a la protecció dels col·lectius més vulnerables. Concretament s'ha fixat com a objectiu **reduir un 6% els motoristes i ciclistes que resulten ferits greus o morts, i un 12% les víctimes mortals per atropellament**.

Fig. 106 | Evolució de víctimes greus i morts segons el vehicle ocupat



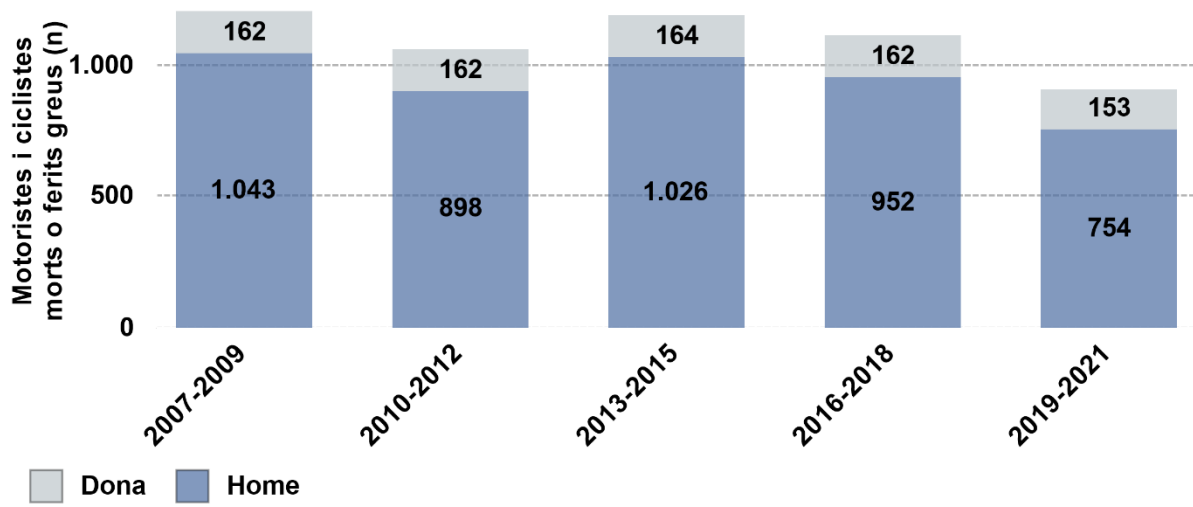
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 107 | Evolució per edat dels vianants morts o ferits greus



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

Fig. 108 | Evolució per sexe dels usuaris de vehicles de dues rodes morts o ferits greus



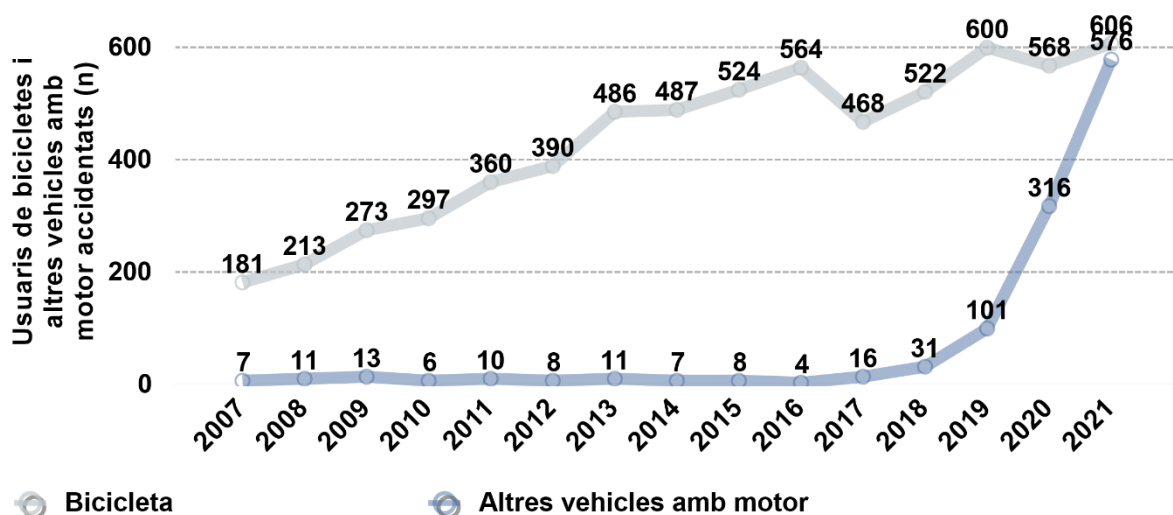
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

6.3 BICICLETES I VEHICLES DE MOBILITAT PERSONAL

L'Estratègia Catalana de la Bicicleta 2020-2025 té com a **objectiu** duplicar la quota modal de la bicicleta per arribar a un **8% dels desplaçaments urbans**, sense que això augmenti l'accidentalitat en aquest sector. Tanmateix la sinistralitat específica de la bicicleta està creixent a partir de l'ús massiu d'aquest mitjà els últims anys.

En aquest escenari també cal tenir present la compartició de l'espai de la bicicleta amb els **vehicles de mobilitat personal** (VMP), que han vist incrementat el seu ús els darrers anys de manera exponencial, i en conseqüència, la seva implicació en accidents.

Fig. 109 | Evolució dels usuaris de bicicletes i altres vehicles amb motor accidentats en zona urbana



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

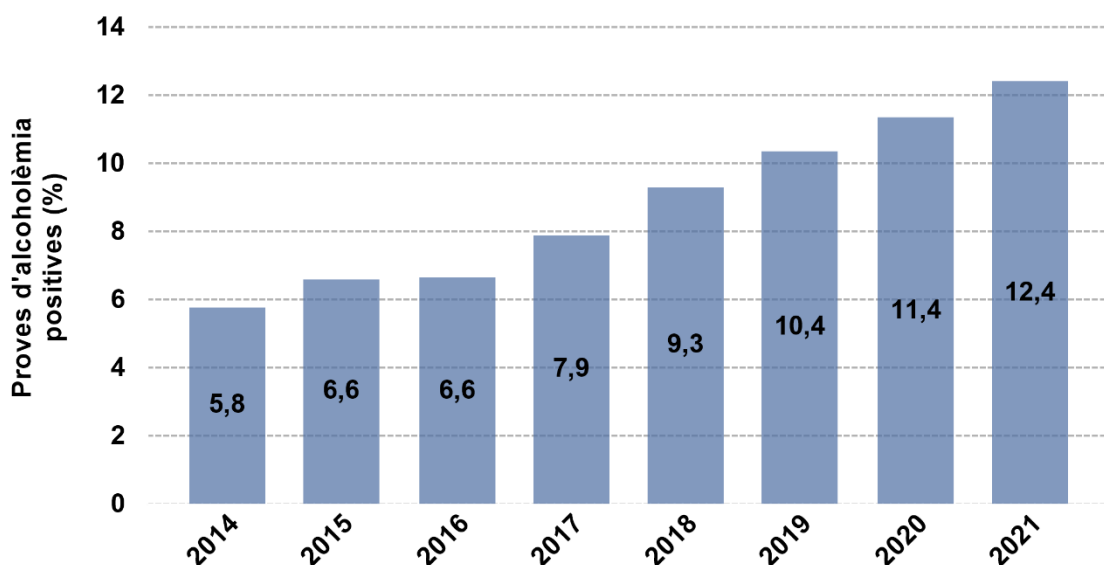
Patinets elèctrics: actualment els vehicles de mobilitat personal no constitueixen una única categoria per se, sinó que s'engloben dins de la categoria «altres vehicles amb motor». Aquesta categoria inclou tots els vehicles amb motor que NO es classifiquen com a turisme, motocicleta, ciclomotor, autobús, autocaravana, camió, furgoneta, maquinària d'obres i serveis, microbús, quadricicle, totterreny o tractor.

6.4 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%.

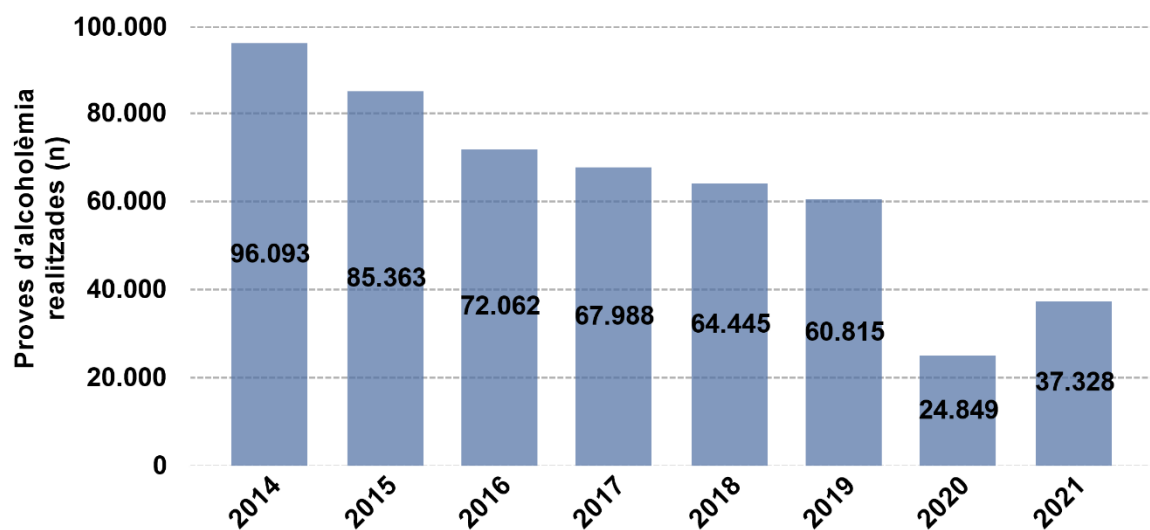
Segons les últimes dades publicades pel Servei Català de Trànsit, a Catalunya poc més de l'1% dels conductors circula amb una taxa d'alcohol per sobre de la permesa. No obstant això, l'any 2021, entre els accidentats el percentatge es va situar en el 14%, i entre els conductors morts en el 27%. Les dades mostren una tendència a l'alça de la **proporció de proves d'alcoholèmia amb resultat positiu**. Aquesta proporció ha passat del 5,8% l'any 2014 al 12,4% l'any 2021.

Fig. 110 | Evolució del percentatge de proves d'alcoholèmia positives



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

Fig. 111 | Evolució del nombre de proves d'alcoholèmia realitzades



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

7.

SOCIOECONOMIA

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

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

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

Notes metodològiques

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



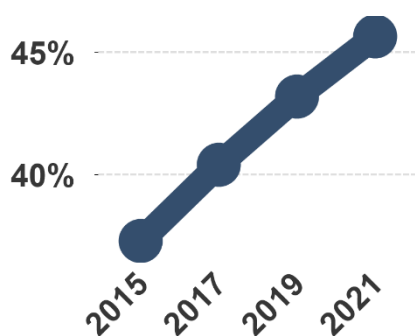
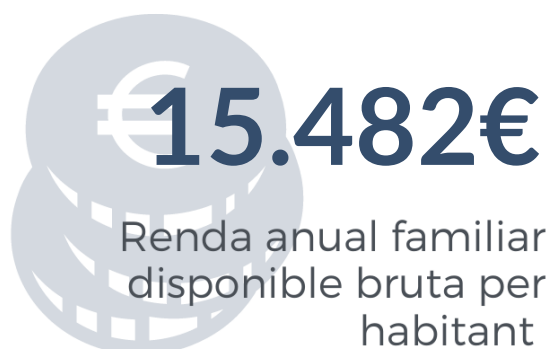
2030

ODS 11

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

En cada anualitat es representen només les dades dels municipis que en aquell any superaven els 10.000 habitants.

Dades **socioeconòmiques** destacades de l'any **2021** al conjunt de **municipis de més de 10.000 habitants**



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



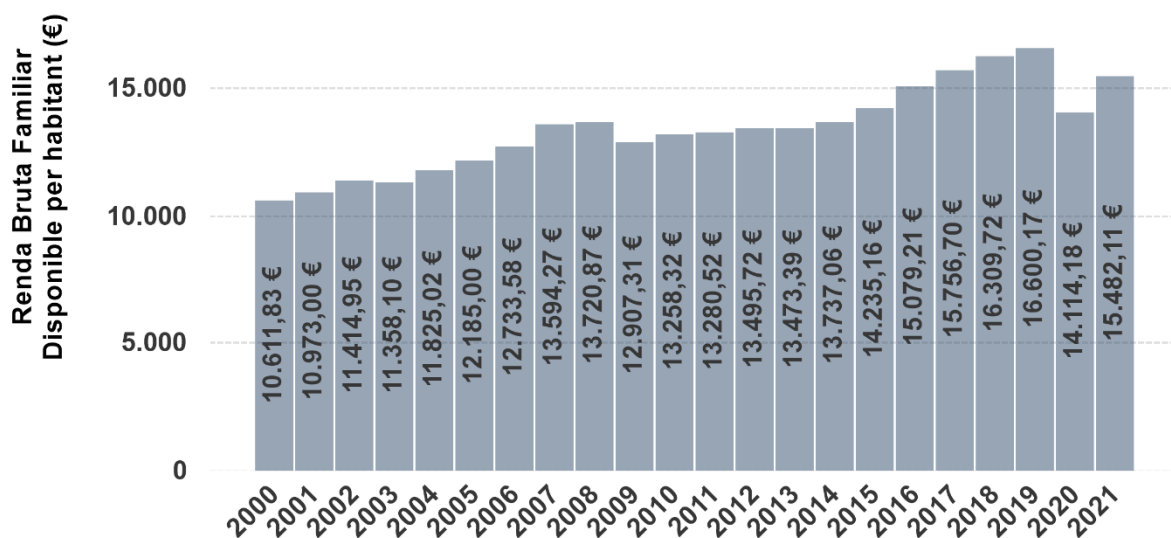
*Les dades relacionades amb l'esforç del lloguer estan referides al conjunt de la província de Barcelona.

7.1 ACTIVITAT ECONÒMICA

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

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

Fig. 112 | Evolució de la RFDB per habitant



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

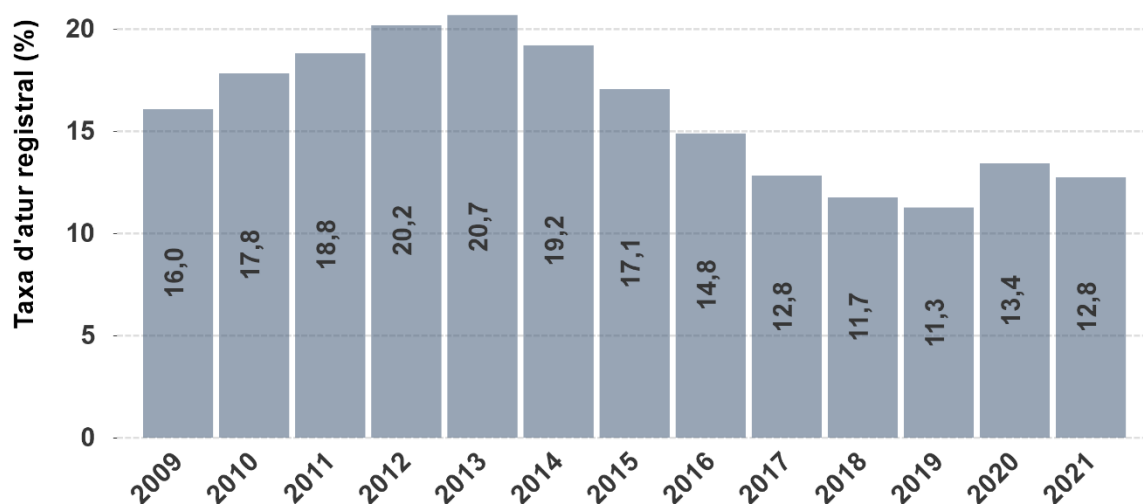
7.2 MERCAT DE TREBALL

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

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

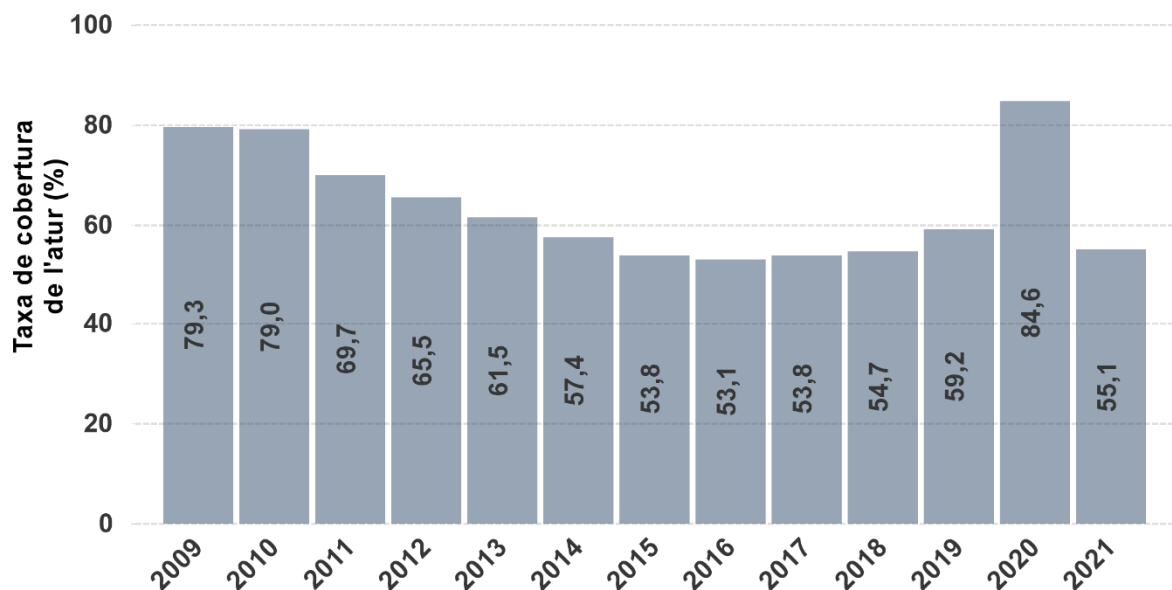
Taxa de cobertura de les prestacions per desocupació: es calcula com la relació de prestacions per desocupació respecte als aturats, expressada en tant per cent.

Fig. 113 | Evolució de la taxa de d'atur registral



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

Fig. 114 | Evolució de la taxa de cobertura de les prestacions per desocupació



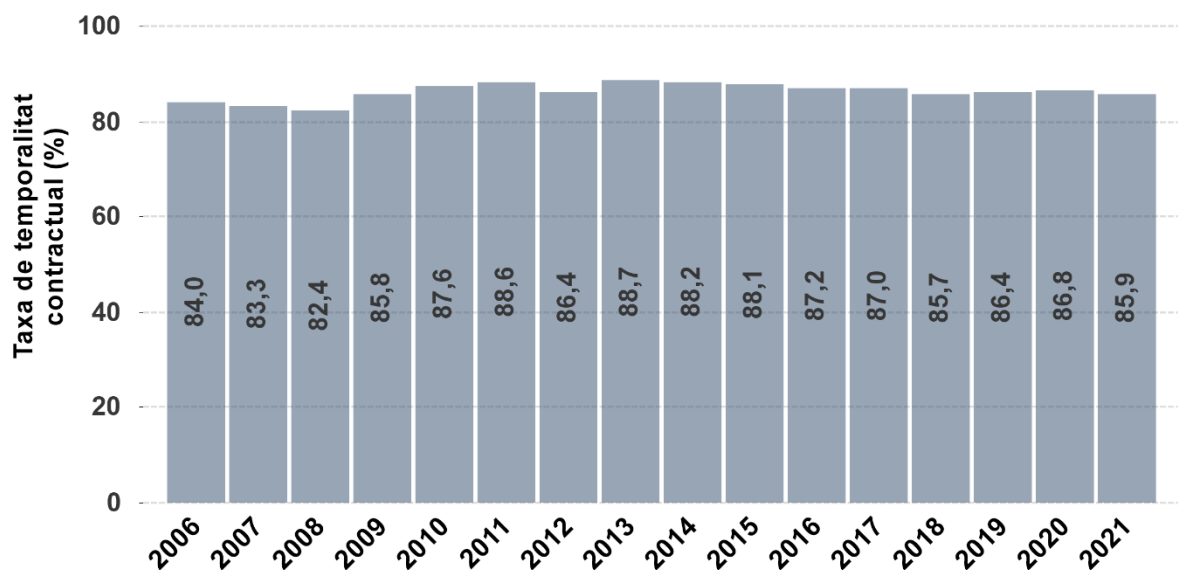
Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

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

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

Fig. 115 | Evolució de la taxa de temporalitat contractual



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

7.3 HABITATGE

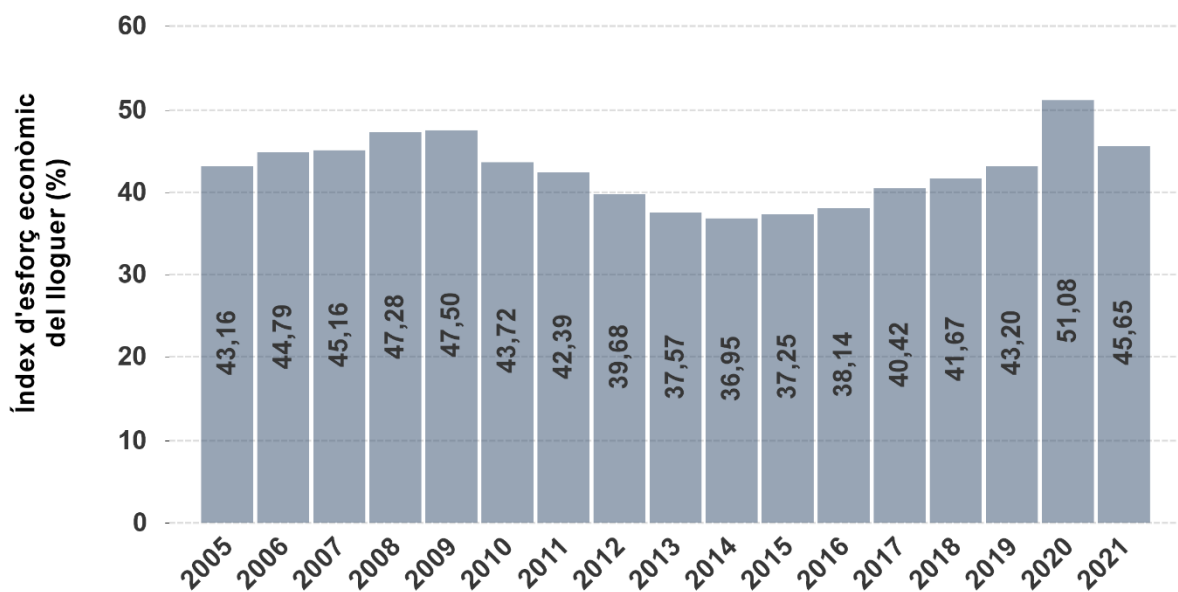
És fonamental garantir l'accés a un habitatge digne i adequat per protegir la salut i evitar problemes d'exclusió residencial. Aquesta garantia és especialment necessària en el cas dels col·lectius més vulnerables: famílies amb pocs recursos, famílies monoparentals, gent gran i joves amb problemes per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

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

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

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

Fig. 116 | Evolució de l'índex d'esforç econòmic del lloguer



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

Nota: Les dades corresponen a tota la província de Barcelona i no únicament al conjunt de municipis de més de 10.000 habitants.



**Diputació
Barcelona**

Àrea d'Igualtat
i Sostenibilitat Social

Servei de Salut Pública

ssp.infoanalisi@diba.cat

Telèfon 93 404 91 48

<http://www.diba.cat/salutpublica>