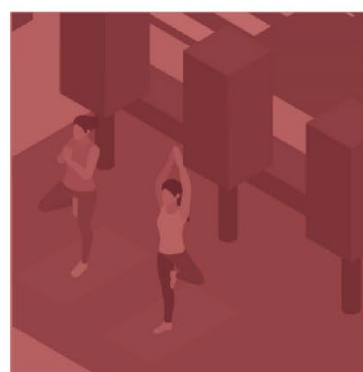
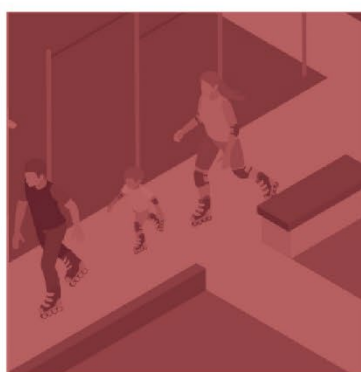
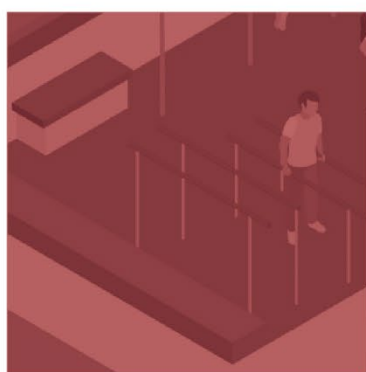
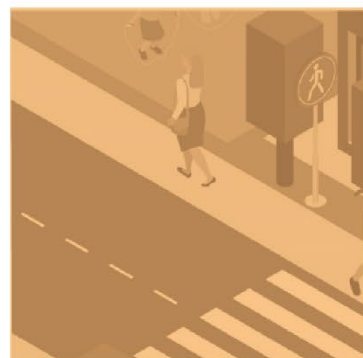




Informe d'indicadors de **salut local**

Sabadell

2024



Diputació
Barcelona

Direcció i coordinació dels continguts

Àrea de Comerç, Consum i Salut Pública de la Diputació de Barcelona

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

Edició: 9 desembre de 2024

© d'aquesta edició: Diputació de Barcelona

© dels textos: Estela Núñez Manchón, Xènia Domènech Domènech, Antoni Salvadó Nayach, Clàudia Caballero Lillo, Ivana López Gay, Sònia Chavero Bellido i César Frias Trigo.

ÍNDEX

Presentació	4
Introducció	5
1. Demografia.....	7
1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ	10
1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT	11
1.2.1 Immigració	12
1.2.2 Emigració.....	13
1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUTA A L'ESTRANGER.....	14
1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA	17
2. Salut sexual i reproductiva.....	22
2.1 NATALITAT	25
2.2 FECUNDITAT	28
2.3 PARTS	32
2.4 INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS	33
2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL.....	36
3. Morbiditat.....	37
3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA.....	40
3.2 HOSPITALITZACIONS	42
3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés	43
3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés.....	52
3.3 SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL	61
3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental.....	62
3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ	65
4. Mortalitat.....	68
4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT	71
4.2 ESPERANÇA DE VIDA	74
4.3 CAUSES DE MORTALITAT	76
4.3.1 Mortalitat segons les 20 grans causes	76
4.3.2 Mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes.....	79
4.4 MORTALITAT EVITABLE	81
4.5 MORTALITAT PREMATURA	84
4.6 AGENDA 2030 I OBJECTIUS DE MORTALITAT.....	87
5. Accidentalitat viària	89
5.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES	92
5.2 COL·LECTIUS VULNERABLES	96
5.3 ALCOHOLÈMIA	98
6. Socioeconomia.....	100
6.1 ACTIVITAT ECONÒMICA.....	103

6.2	MERCAT DE TREBALL	104
6.3	HABITATGE.....	106
7.	Qualitat de l'aire.....	108
7.1	CONTAMINACIÓ PER NO ₂	111
7.2	CONTAMINACIÓ PER PM ₁₀	114



Presentació

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

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

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

Com a novetat, aquest any l'informe inclou un nou capítol sobre la qualitat de l'aire. La contaminació atmosfèrica té un gran impacte en la salut humana i, en l'actualitat, representa el segon factor de risc de mort a nivell mundial. Per aquest motiu, és clau impulsar polítiques i programes de vigilància en aquest àmbit. En aquest nou apartat s'inclouen les dades de mitjanes anuals de dos dels contaminants amb major impacte sobre la salut pública (NO₂ i PM₁₀).

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

Gemma Tarafa Orpinell

Diputada delegada de Salut Pública

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 de Comerç, Consum i Salut Pública de la Diputació de Barcelona posa a disposició dels ajuntaments dels municipis de més de 10.000 habitants els informes d'indicadors de salut local (ISL), una eina que recull un conjunt ampli d'indicadors i la seva tendència al llarg dels anys. Aquest recurs permet fer una aproximació de l'estat de salut de la població, identificar problemes i desigualtats, i facilitar la presa de decisions en polítiques municipals de salut (priorització d'intervencions, disseny de plans locals, avaluació d'actuacions dutes a terme...).

QUINA INFORMACIÓ APORTA CADA APARTAT DE L'INFORME?



DEMOGRAFIA

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



SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

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



MORBIDITAT

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



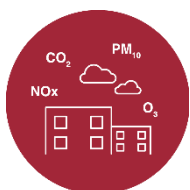
ACCIDENTALITAT VIÀRIA

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



SOCIOECONOMIA

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



QUALITAT DE L'AIRE

Inclou dades de mitjanes anuals de dos dels contaminants amb major impacte sobre la salut: **NO₂** i **PM₁₀**. Les dades estan referides a les estacions de la Zona de Qualitat de l'Aire on està ubicat el municipi.

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

1.

DEMOGRAFIA

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

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

Notes metodològiques



ODS 3

Repte

Fomentar
l'envel·liment
actiu per
mantenir la
gent sana en
la vellesa

Els indicadors de demografia que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de dades proporcionades per l'**Institut Nacional d'Estadística** (INE) i l'**Institut d'Estadística de Catalunya** (IDESCAT). Concretament, l'INE proporciona les dades del cens anual de població que, a partir del 2023, substitueix el padró municipal d'habitants. No obstant, les dades històriques anteriors a 2023 estan calculades a partir del padró. També proporciona [l'estadística de migracions i canvis de residència \(EMCR\)](#) que ha substituït l'antiga estadística de variacions residencials. Per la seva banda, l'IDESCAT proporciona les dades de les [estimacions postcensals de població](#) i les dades de les [projeccions municipals](#). Cal tenir present que enguany les projeccions són en base 2021, prenen l'escenari mitjà i tenen un horitzó temporal 2041.

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

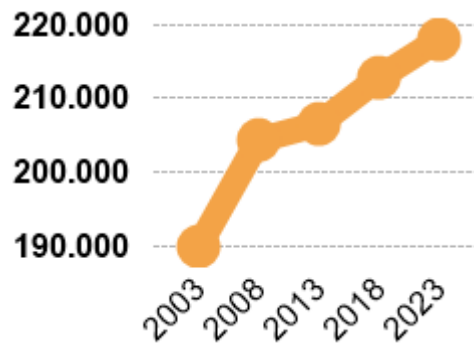
Càlcul de taxes brutes: estimacions postcensals fins al 2022. Font: IDESCAT; cens anual a partir del 2023. Font: INE.

Dades destacades de **demografia** l'any **2023** a **Sabadell**



Feminització de la població

2,1 dones per cada home en la població més gran de 85 anys



Evolució del **creixement** de la població



El 18% de la població és **nascuda a l'estranger**

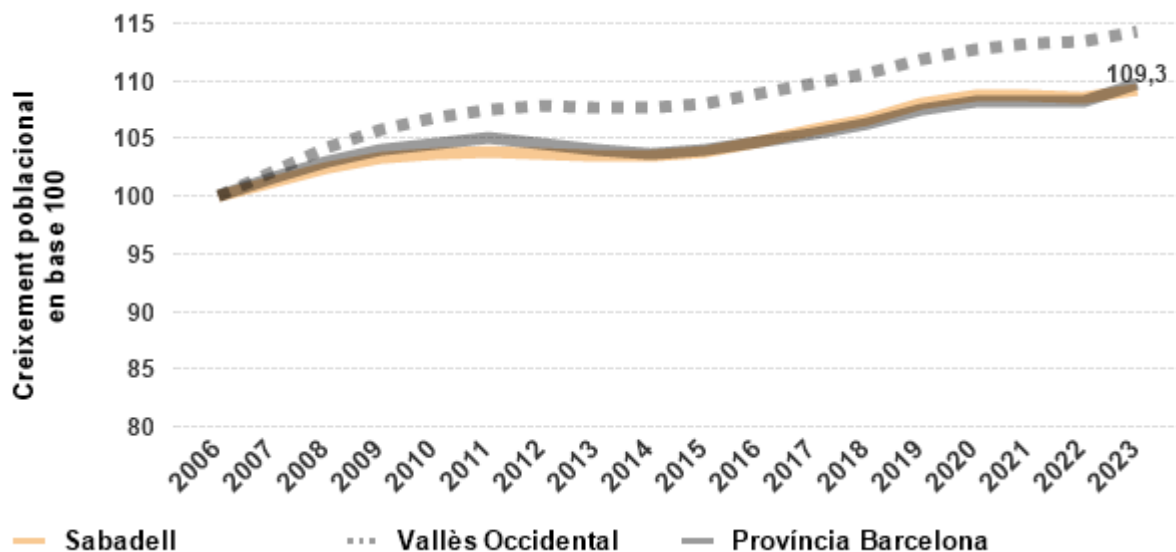
Nacionalitat més habitual dels residents **estrangers**

El Marroc

1.1 EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ

A 1 de gener de 2023, la població empadronada a Sabadell era de **217.968 habitants** (49% homes i 51% dones), és a dir, respecte a l'any anterior **la població va variar un 0,65%**. Com a referència, l'any 2023 la població de la demarcació de Barcelona va tenir una variació d'1,31% habitants respecte al 2022.

Fig. 1 | Evolució del creixement poblacional en base 100



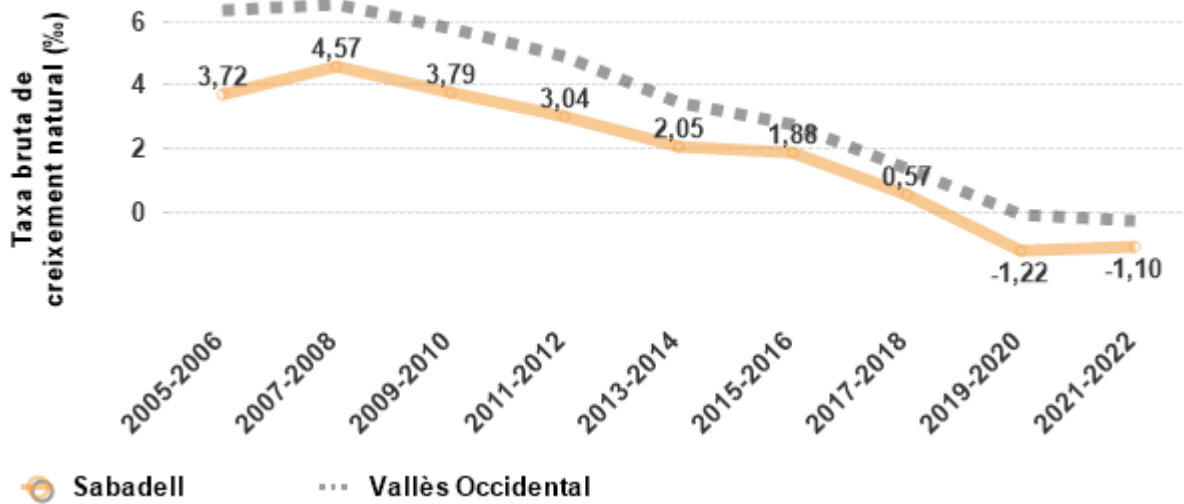
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022 i cens anual a partir del 2023 (INE). Elaboració pròpia.

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

El creixement total de la població ve determinat pel creixement natural i el creixement migratori. A Sabadell, la taxa de creixement natural presenta, des de fa uns anys, una tendència general a la baixa. El 2021-2022 es va situar en un -1,10‰.

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

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

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

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

1.2 VARIACIONS RESIDENCIALS: PROCEDÈNCIA, DESTINACIÓ I NACIONALITAT

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

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

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

1.2.1 Immigració

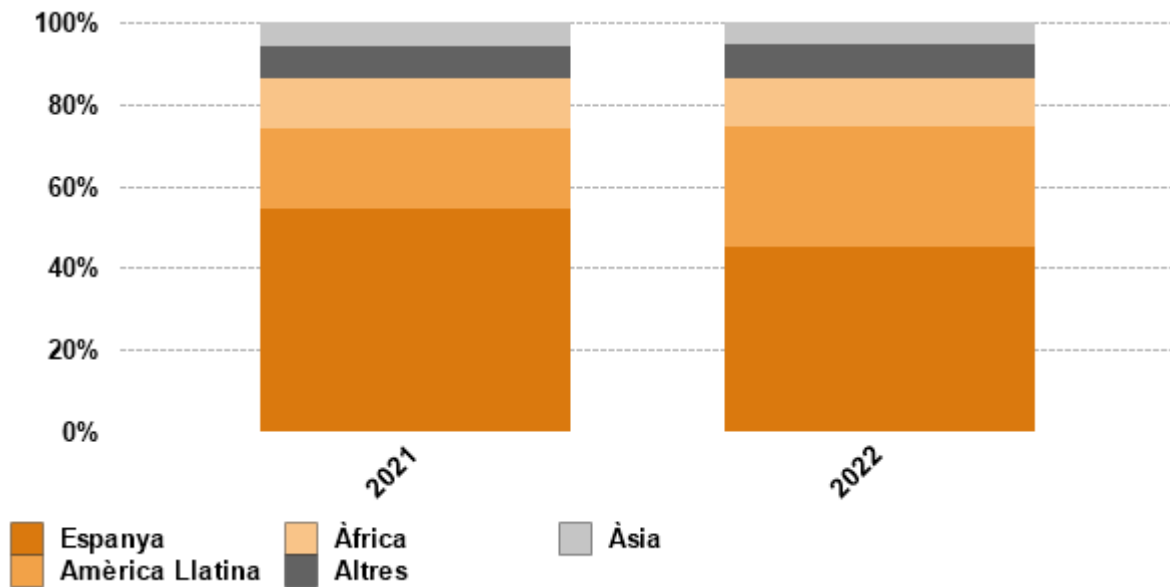
L'any 2022 es van registrar **12.552 altes** a Sabadell (un **58%** van ser immigracions **internes** i un **42%** immigracions **externes**).

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

Procedència	2021	2022
Resta d'Espanya	1.034	1.189
Altres municipis de la província de Barcelona	5.244	5.514
Altres províncies de Catalunya	503	575
Estranger	3.362	5.274
Total	10.143	12.552

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

El **45%** d'aquestes **altes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **55%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

Fig. 4 | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades d'alta residencial a Sabadell

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

Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania.

1.2.2 Emigració

L'any 2022 es van registrar **9.293 baixes** a Sabadell (un **74%** van ser emigracions **internes** i un **26%** emigracions **externes**).

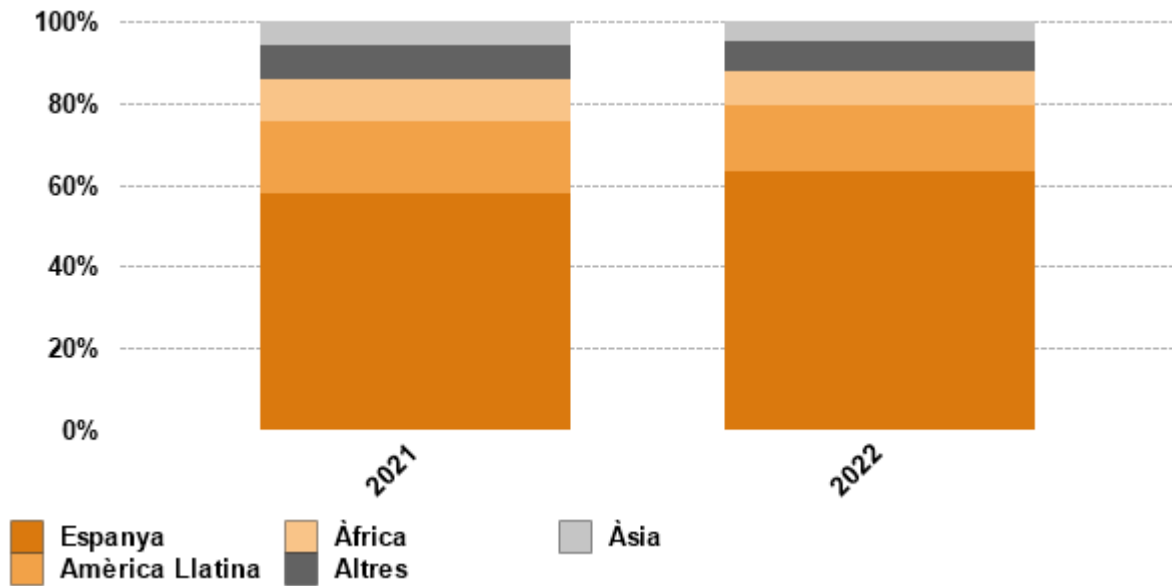
Fig. 5 | Evolució anual de l'emigració segons la destinació

Destinació	2021	2022
Resta d'Espanya	1.295	1.220
Altres municipis de la província de Barcelona	5.111	4.883
Altres províncies de Catalunya	839	744
Estranger	4.274	2.446
Total	11.519	9.293

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

El **63%** d'aquestes **baixes** van ser de persones de nacionalitat **espanyola**, mentre que el **37%** restant van ser de persones de nacionalitat **estrangera**.

Fig. 6 | Evolució anual de la nacionalitat de les persones donades de baixa residencial a Sabadell



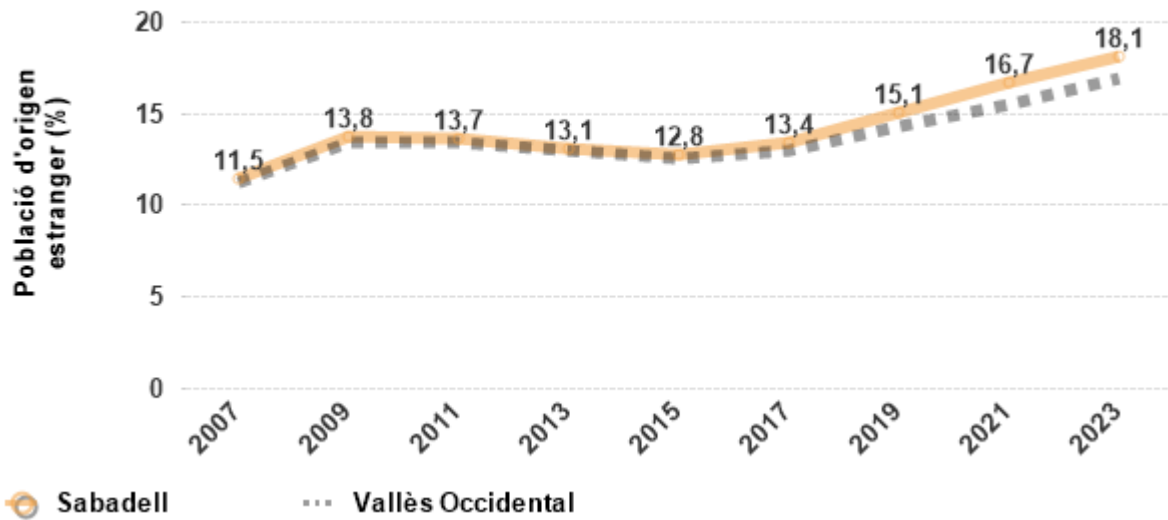
Font: Estadística de migracions i canvis de residència (EMCR) de l'INE. Elaboració pròpia.

Nota: El descriptiu «Altres» fa referència a Europa (Espanya exclosa), Amèrica del Nord i Oceania.

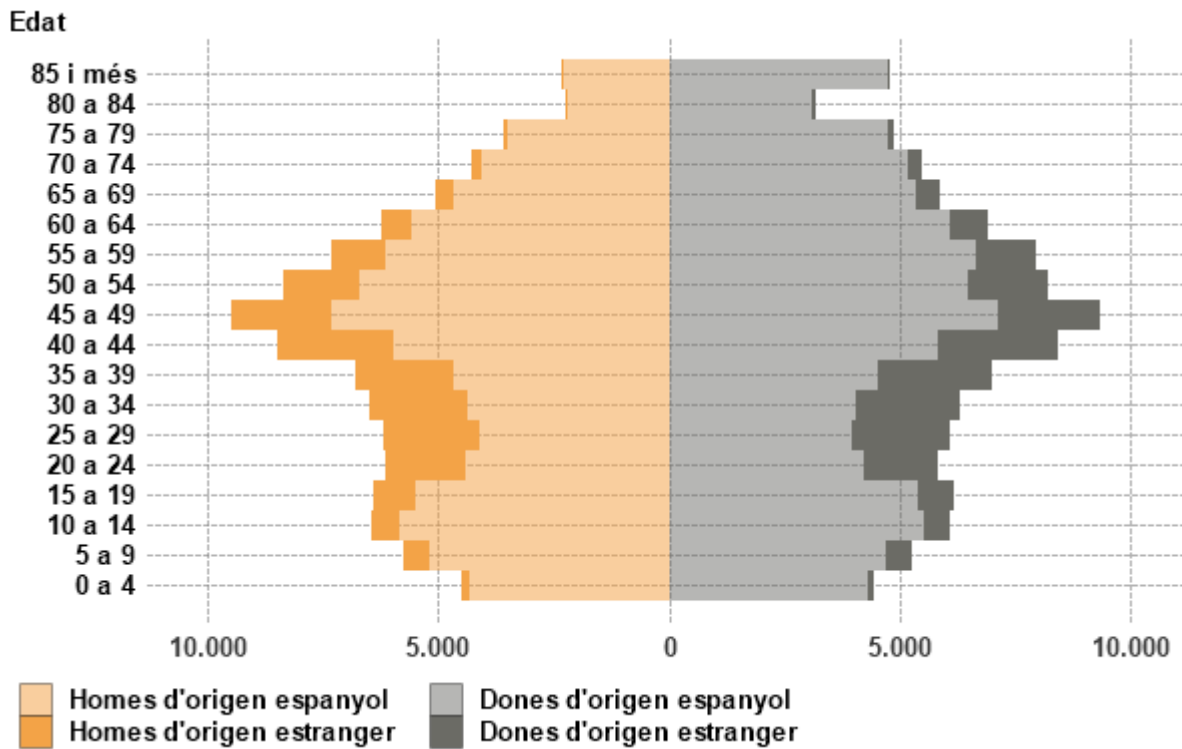
1.3 POBLACIÓ RESIDENT NASCUTA A L'ESTRANGER

En línies generals, la proporció de població resident a Sabadell nascuda a l'estranger ha seguit una tendència creixent els darrers anys, i actualment es situa en un 18%. La població d'origen estranger es caracteritza per tenir un perfil d'edat jove, **el 88% de la població estrangera està dins la franja d'edat de 15 a 64 anys**. Aquest percentatge és considerablement inferior entre els residents nascuts a Espanya, un 61%.

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

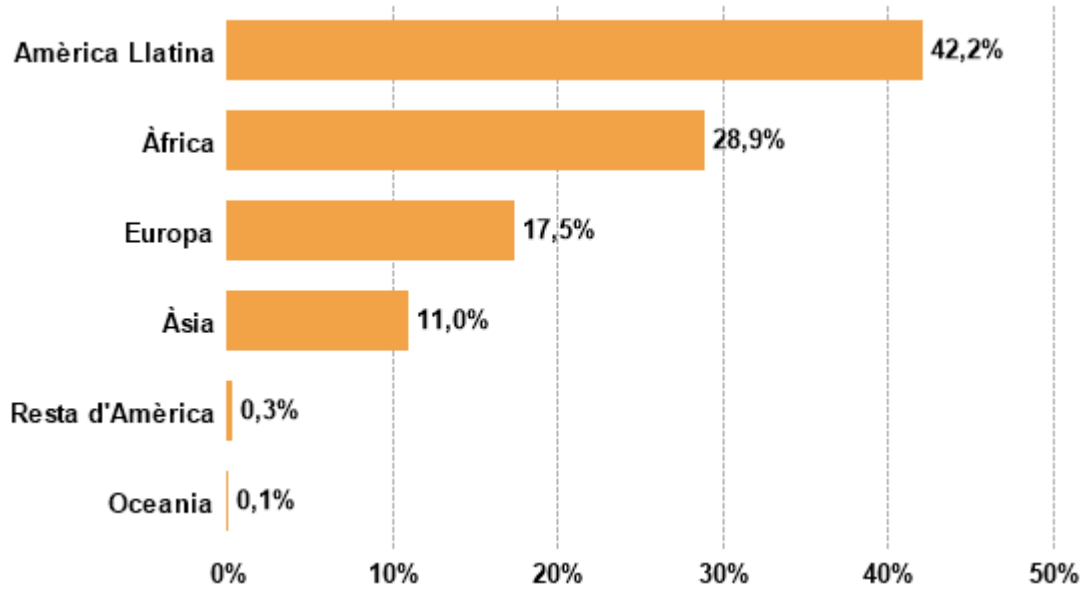
Fig. 7 | Evolució del percentatge de població de nascuda a l'estranger

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

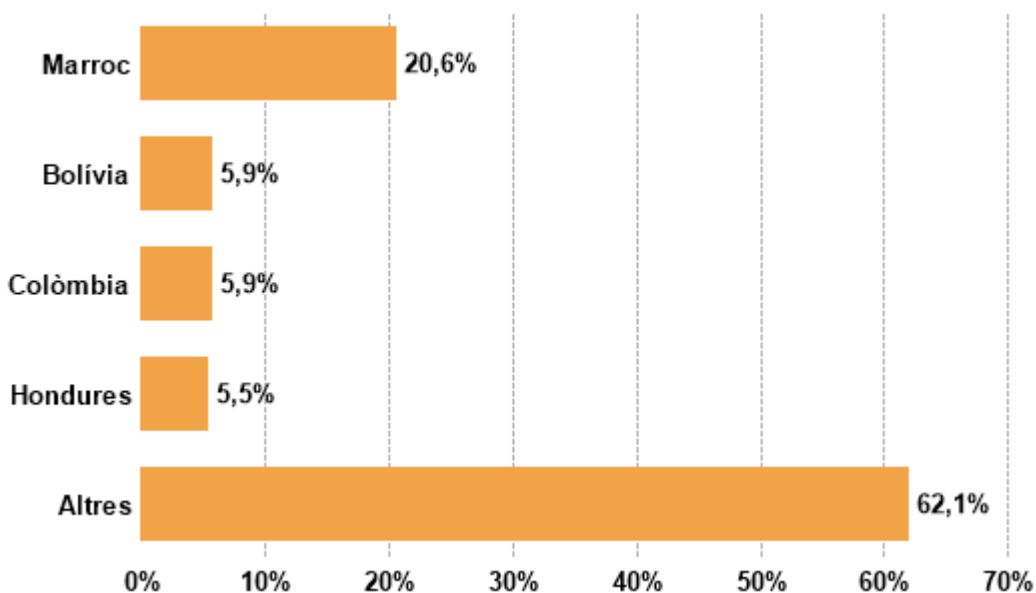
Fig. 8 | Distribució de la població segons l'origen, el sexe i l'edat

Dades corresponents a 2023.

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

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

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

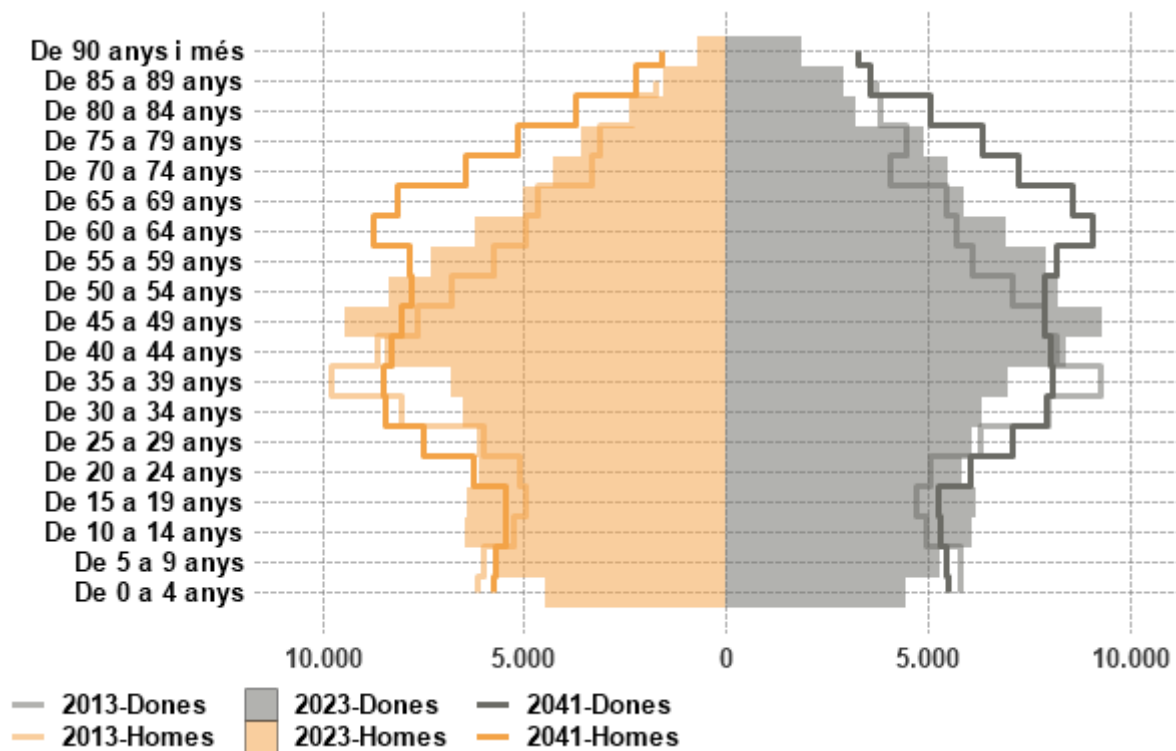
Fig. 10 | Distribució de la població de nacionalitat estrangera segons el país

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

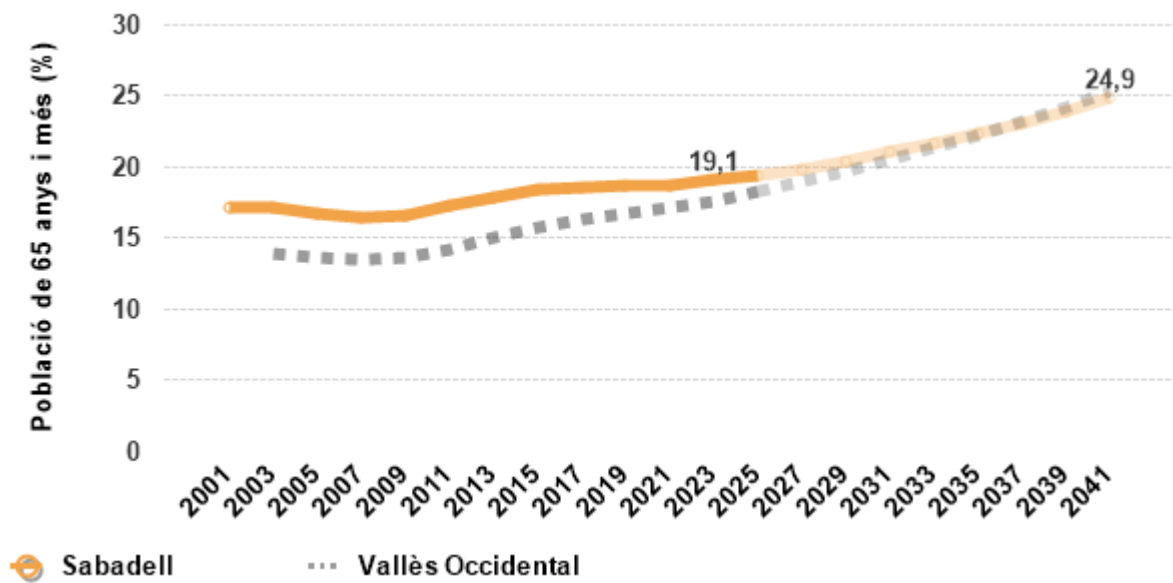
1.4 ESTRUCTURA PER EDATS, ENVELLIMENT I DEPENDÈNCIA

Els indicadors demogràfics mostren, des de fa anys, un **envelliment progressiu** de la població. Aquest envelliment està condicionat per l'evolució de la natalitat, la mortalitat i els moviments migratoris. L'envelliment de la població es reflecteix en un percentatge de població de 65 anys i més cada vegada més gran, i en uns índexs d'envelliment i sobreenvelliment amb tendències també ascendents. **S'estima que l'any 2041 el 25% de la població tindrà més de 65 anys.**

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



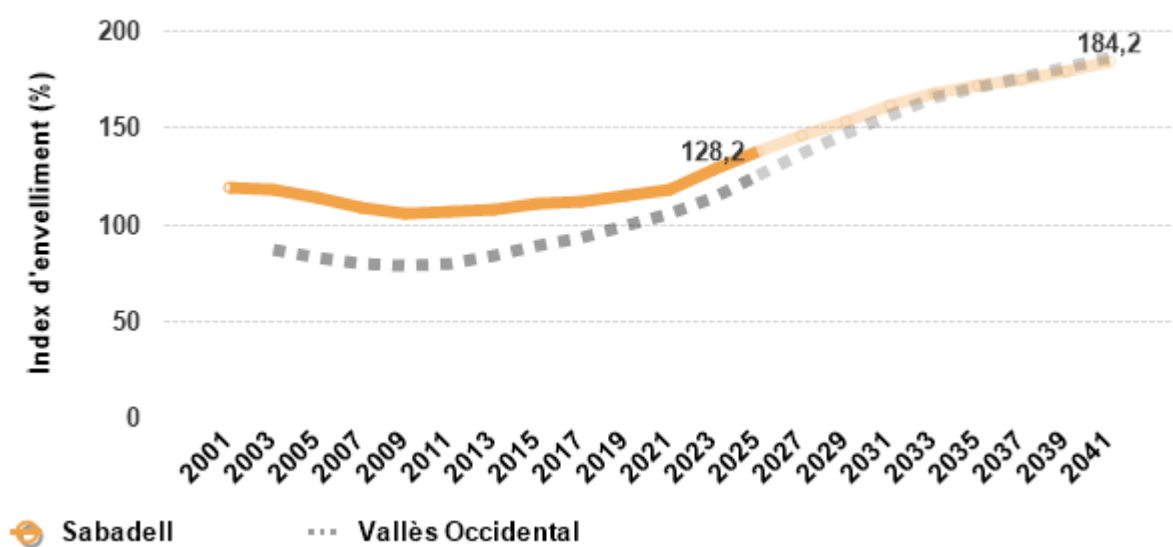
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2021. Elaboració pròpia.

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

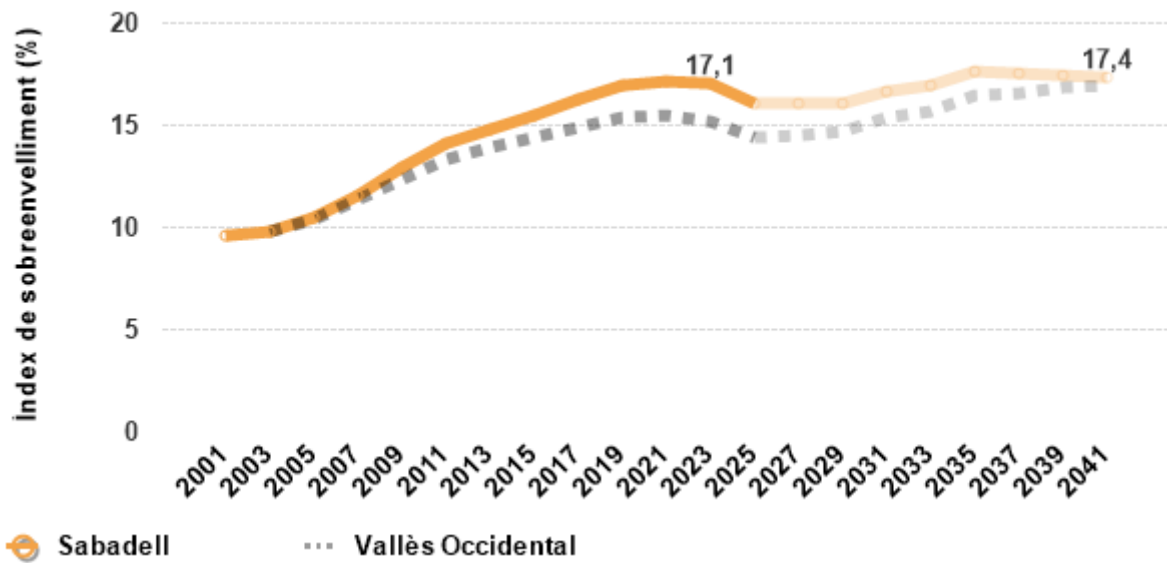
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2021. Elaboració pròpia.

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

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

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

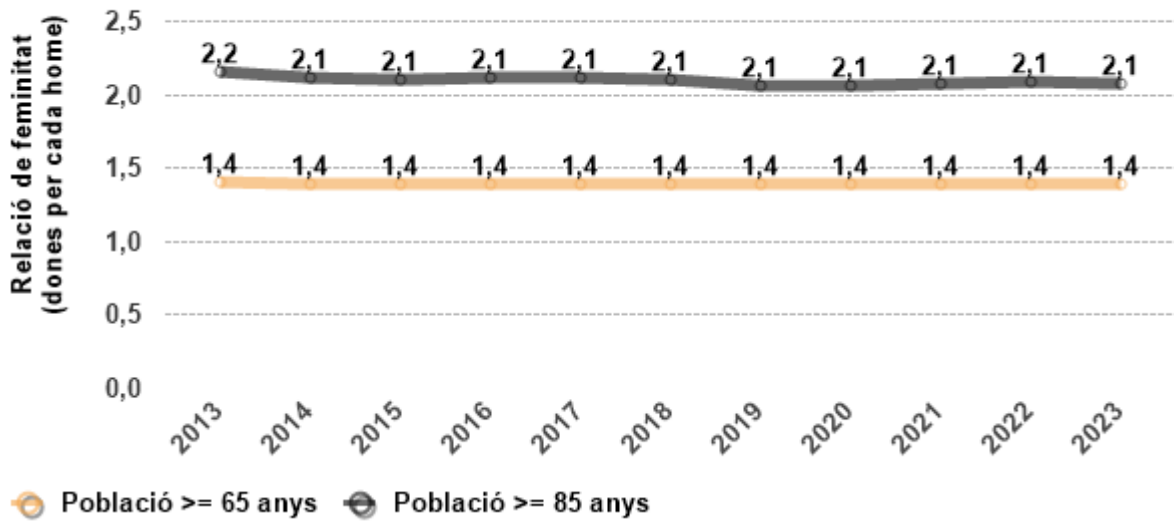
Font: Padró municipal d'habitants fins al 2022, cens anual a partir del 2023 (INE) i projeccions municipals de l'IDESCAT segons l'escenari mitjà 2021. Elaboració pròpia.

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

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

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

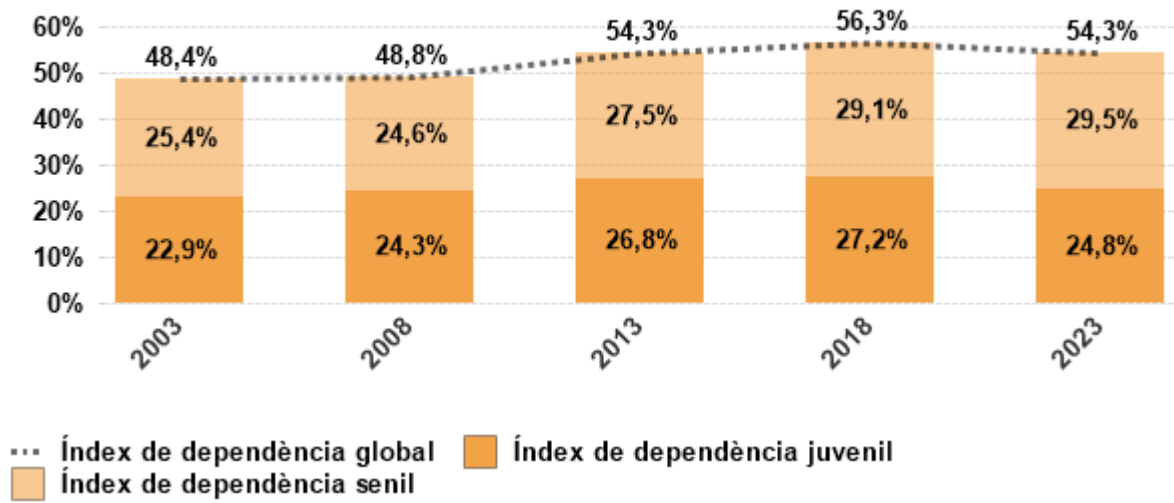
Relació de feminitat: nombre de dones que trobem en una població per cada home del mateix rang d'edat.

Fig. 15 | Evolució anual de la relació de feminitat

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

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

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

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

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

2.

SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA

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

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

Notes metodològiques

Pla Salut

2021-2025

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

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

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

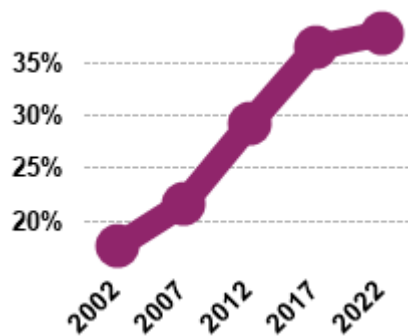
Càlcul de taxes brutes i taxes específiques per edat: estimacions postcensals fins al 2022. Font: IDESCAT; cens anual a partir del 2023. Font: INE.

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

Dades destacades de **salut sexual i reproductiva** l'any **2022** a Sabadell

1.680

Naixements



Creixement del
percentatge de
mares >34 anys

El **29%** de les dones que
van ser mares eren de
nacionalitat estrangera

644

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

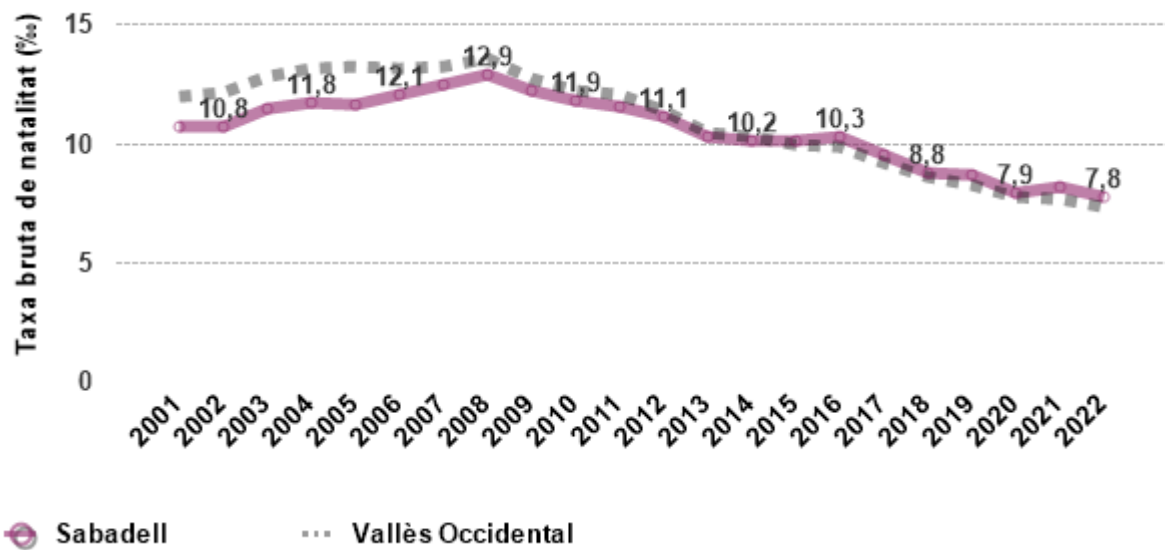


2.1 NATALITAT

La **taxa bruta de natalitat** el 2022 va ser de **7,8 naixements per cada 1.000 habitants**. Aquest indicador mostra una tendència a la baixa generalitzada des de l'any 2008, coincidint amb l'inici de la crisi econòmica.

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

Fig. 17 | Evolució de la taxa bruta de natalitat



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

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

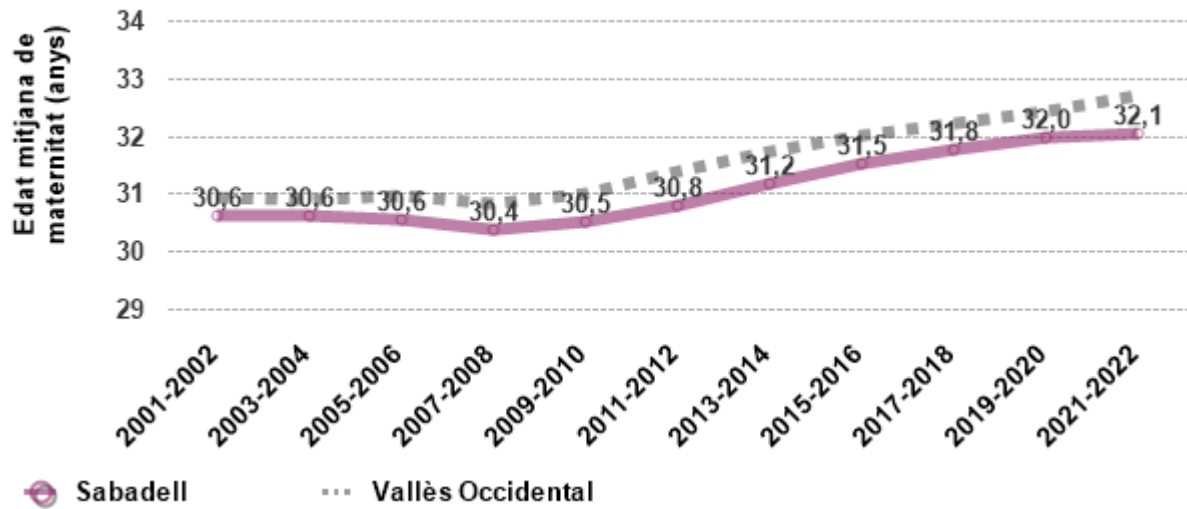
L'escenari actual mostra, però, que, a banda de **continuar reduint la taxa d'embarassos no desitjats en les dones més joves**, també cal analitzar un fenomen creixent que ha emergit els darrers anys: el **retard en l'edat de la maternitat**. Ser mare en edats avançades s'associa a un nombre més alt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

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

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

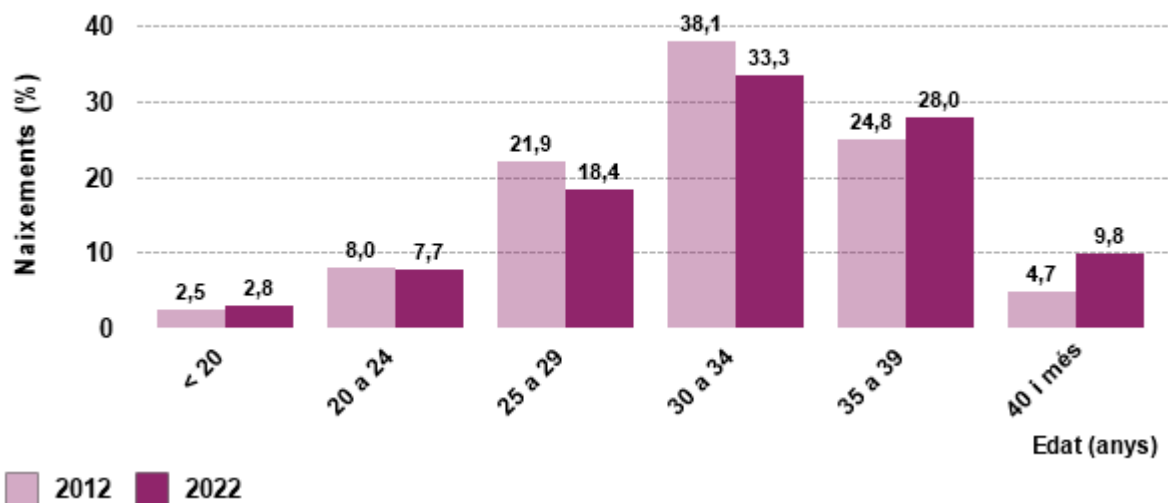
Cal que les polítiques de salut pública vagin encaminades a garantir que la decisió de tenir o no tenir fills no estigui condicionada pels determinants socials.

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

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

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

L'any 2022, el 33,3% de les dones que van ser mares tenien de 30 a 34 anys i el 28,0% de 35 a 39 anys. L'any 2012 el 38,1% de les dones tenien 30 a 34 anys i el 24,8% de 35 a 39.

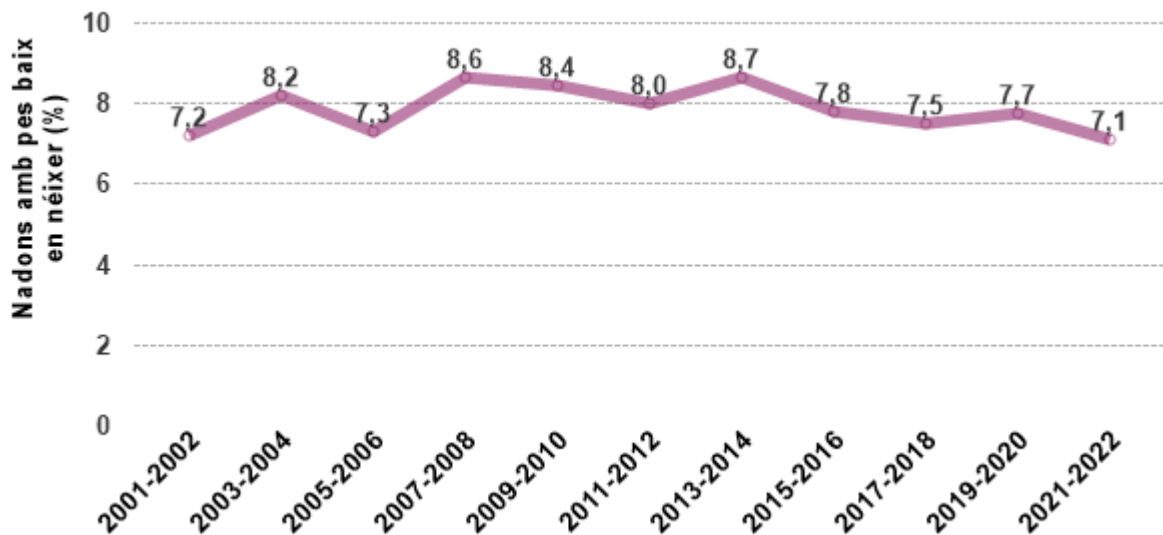
Fig. 19 | Distribució de naixements segons l'edat de la mare, en dos períodes

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

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

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

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



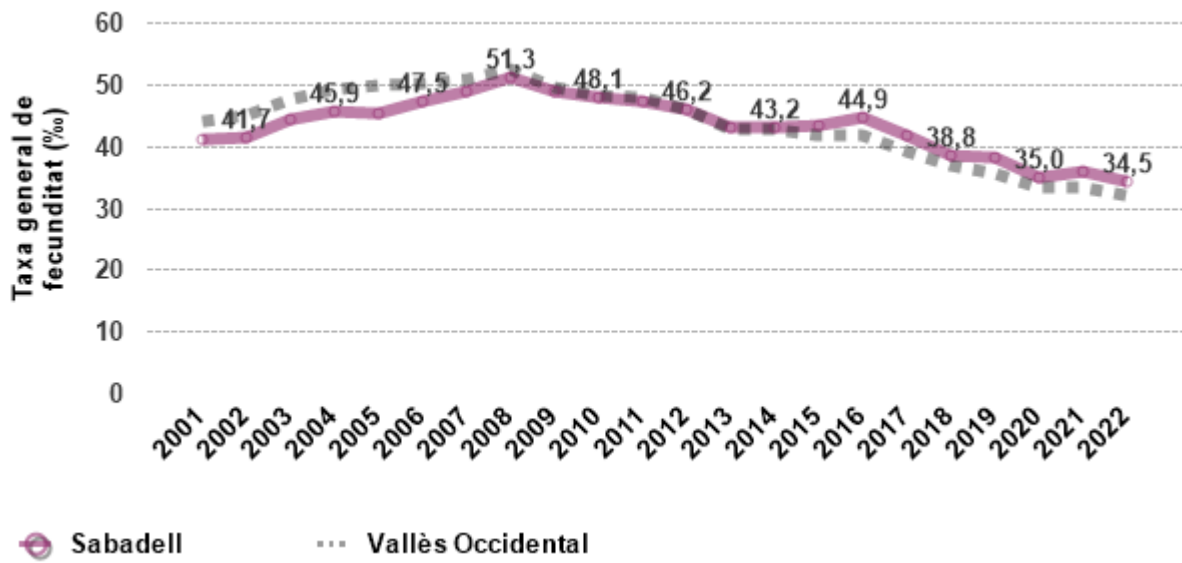
Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

2.2 FECUNDITAT

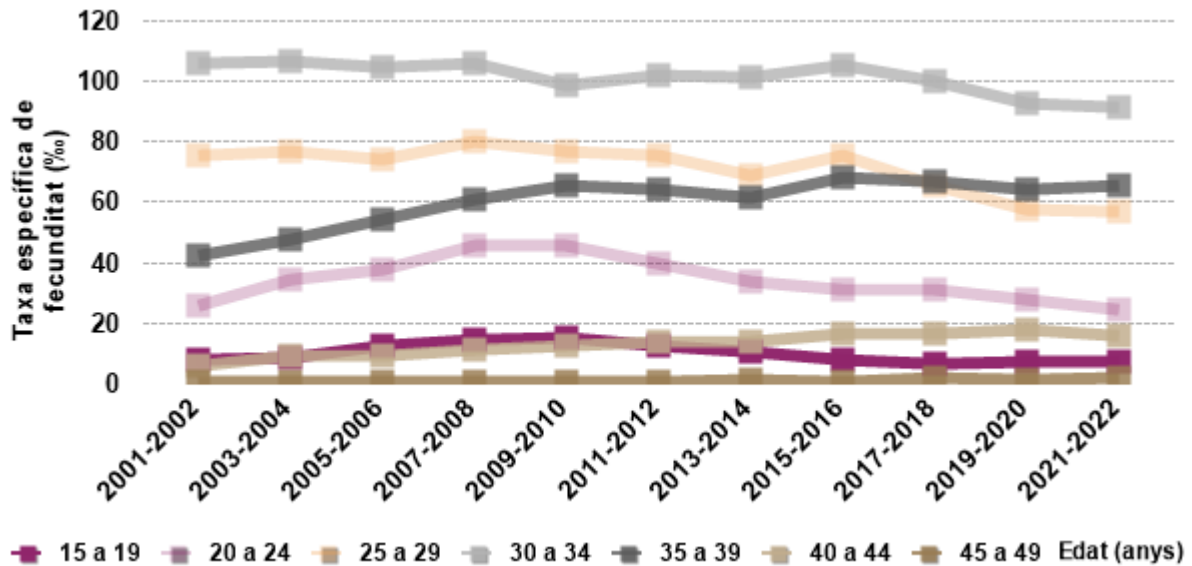
Els indicadors de natalitat fan referència als naixements ocorreguts en una població sense tenir en compte el seu potencial reproductiu. **Els indicadors de fecunditat, en canvi, avaluen els naixements amb relació a les dones en edat fèrtil (15-49 anys) que hi ha en la població estudiada.**

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

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

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

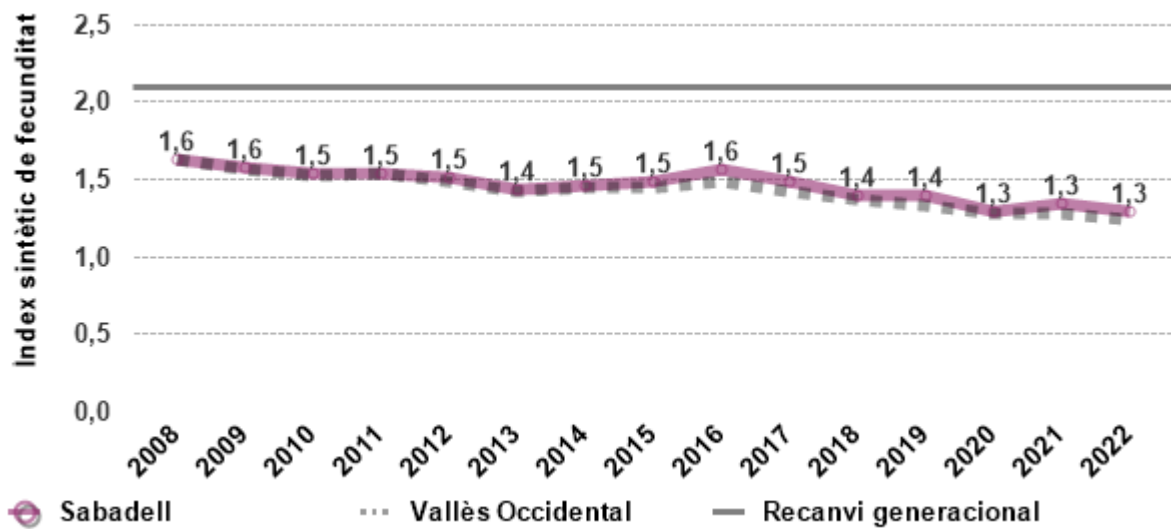
Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

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

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

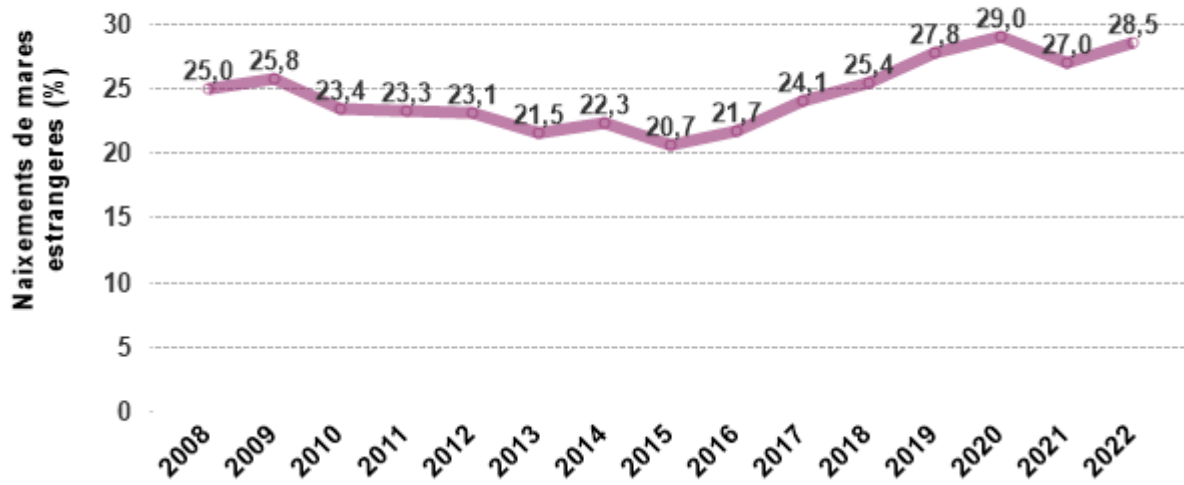
Índex sintètic de fecunditat (ISF): expressa el nombre de fills que tindria una dona al final de la seva vida fèrtil si es mantinguessin les taxes de fecunditat per edats existents en el moment del seu càlcul. Així, per exemple, si l'ISF el 2022 és d'1,3, vol dir que una dona que neixi aquest any es calcula que haurà tingut 1,3 fills als 49 anys. L'ISF hauria de ser superior de 2,1 per garantir el relleu generacional.

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

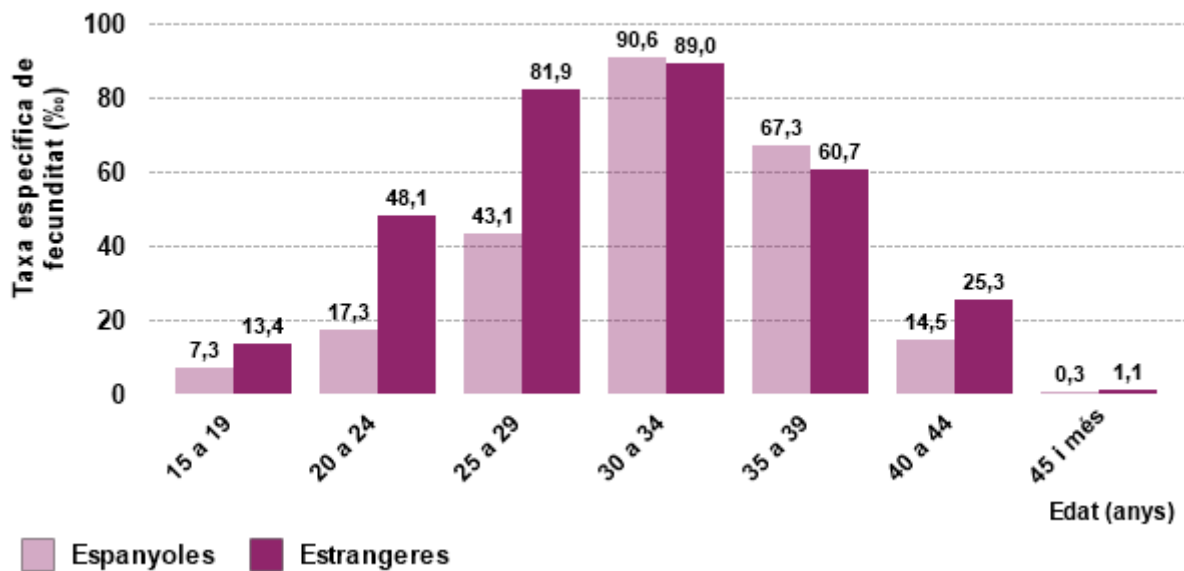


Font: Registre de naixements de l'INE. Elaboració pròpia.

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

Fig. 24 | Evolució del percentatge de naixements de mares d'origen estranger

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

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

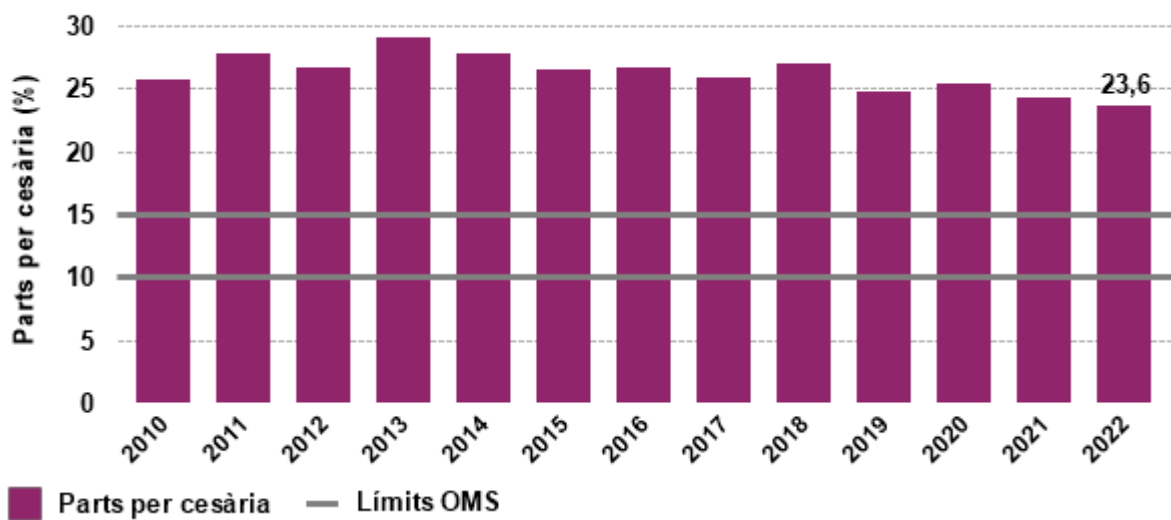
Dades corresponents a 2022.

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

2.3 PARTS

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

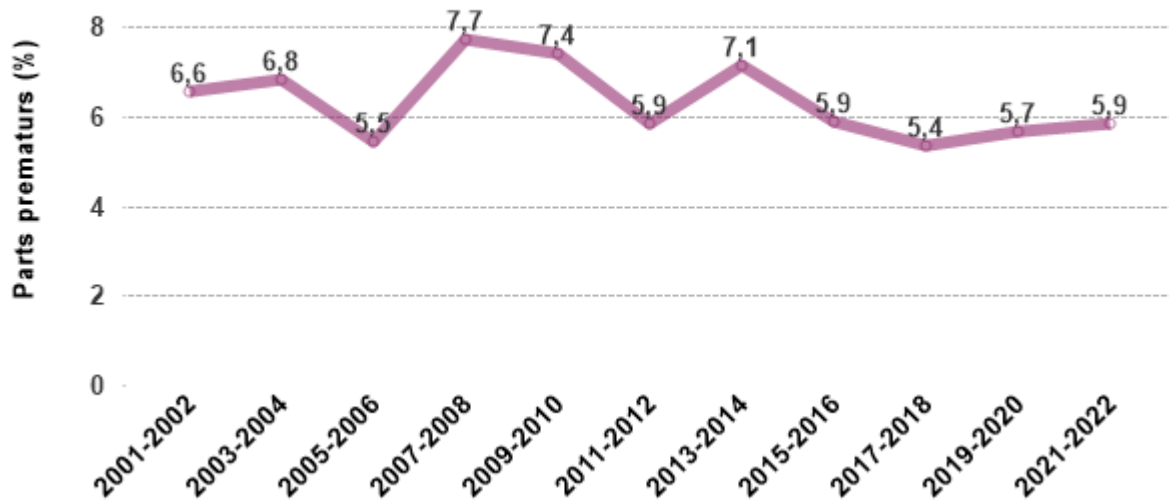
Fig. 26 | Evolució del percentatge de parts per cesària



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

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

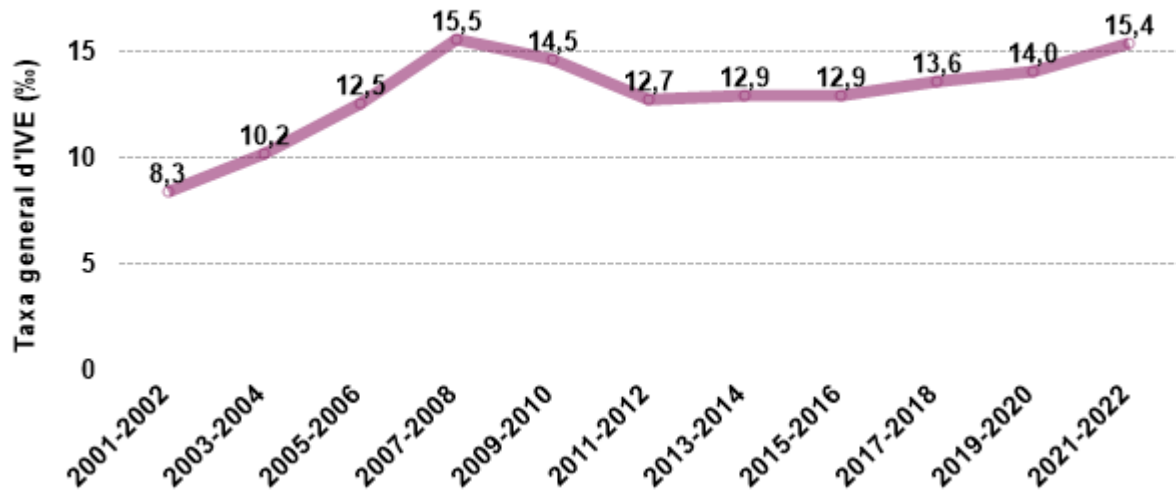
Prematur: menys de 37 setmanes de gestació; **a terme:** entre 37 i 42 setmanes de gestació; **postterme:** més de 42 setmanes de gestació.

Fig. 27 | Evolució del percentatge de parts prematurs

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

2.4 INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS

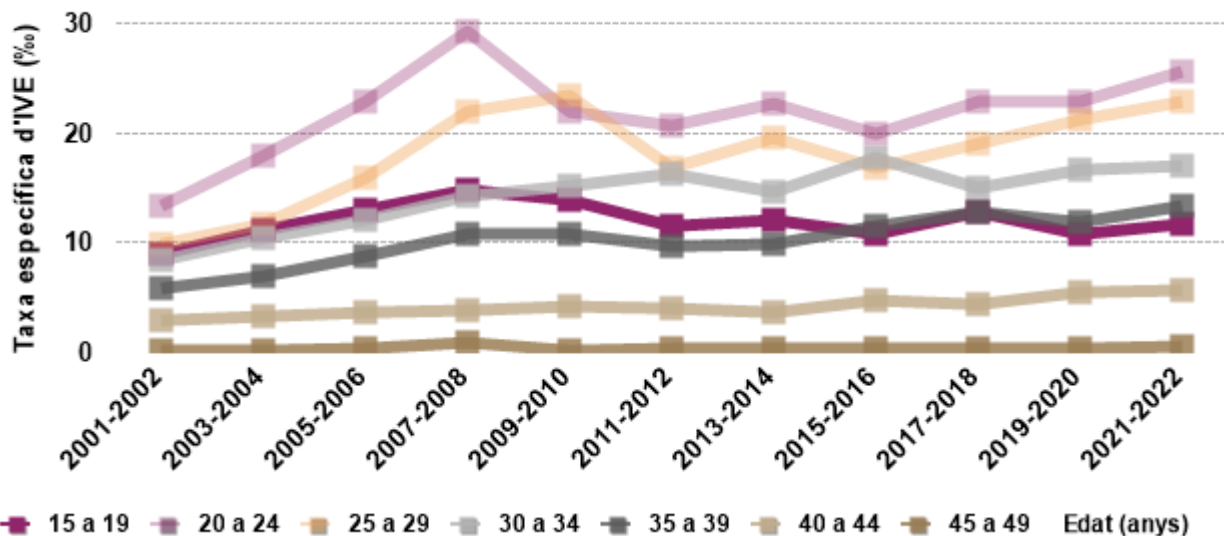
La **interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)** és la finalització de la gestació per decisió de la dona, duta a terme per professionals mèdics, o sota la seva direcció, d'acord amb la normativa legal vigent. És important conèixer l'evolució d'aquesta pràctica, ja que **generalment és el resultat d'un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

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

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

Taxa general d'IVE: nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs per cada 1.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 44 anys).

Per al càlcul de la taxa, tot i que s'hi inclouen els pocs casos d'IVE de dones de menys de 15 anys i de dones de més de 44 anys, es fa servir la població de dones d'edats compreses entre els 15 i els 44 anys en el denominador.

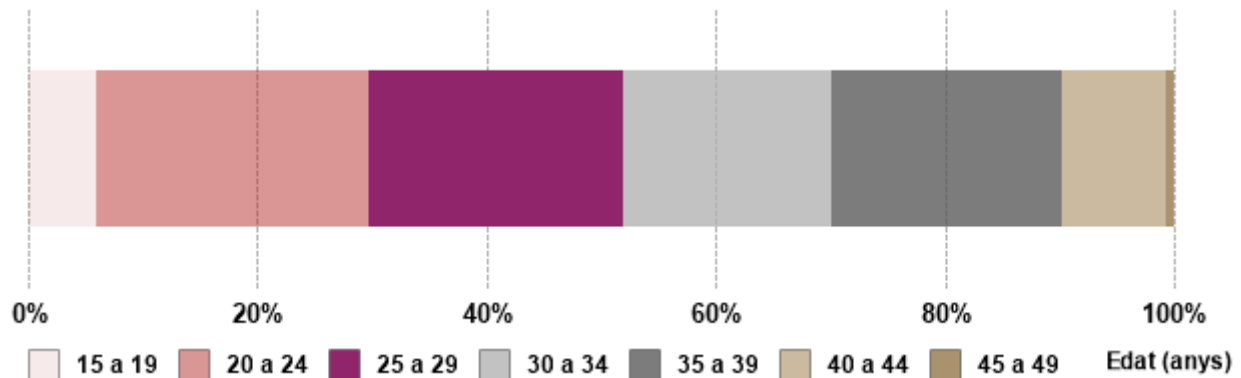
Fig. 29 | Evolució de les taxes específiques d'IVE per grups d'edat

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

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

L'any 2022, el 28% dels embarassos va finalitzar amb una IVE i el 34% de les dones que van interrompre l'embaràs, ja havien practicat almenys una altra IVE amb anterioritat.

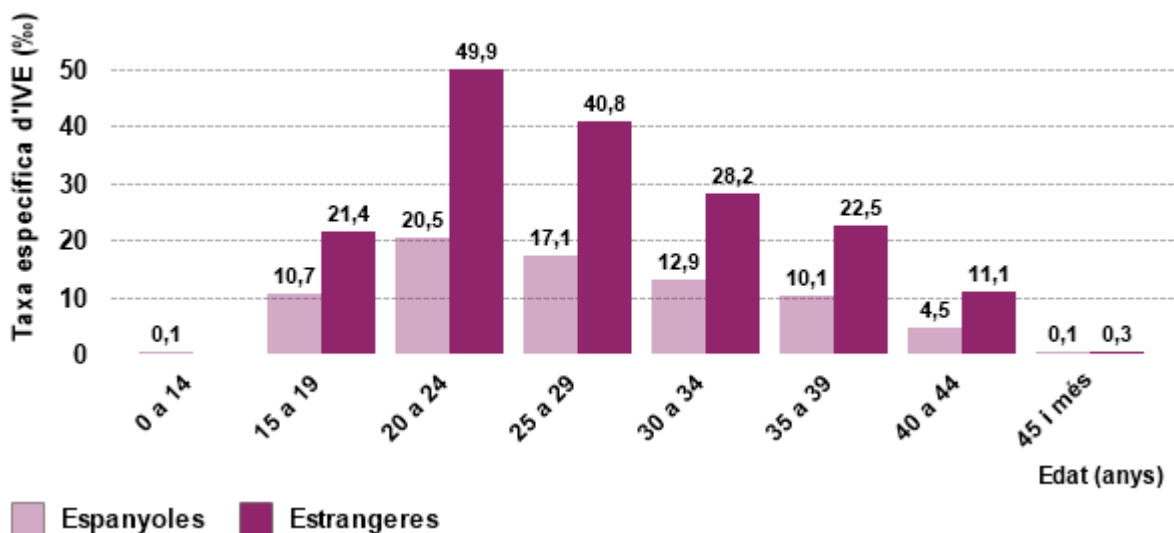
Fig. 30 | Distribució d'IVE de repetició per grups edat



Dades corresponents a 2021-2022.

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

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



Dades corresponents a 2021-2022.

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

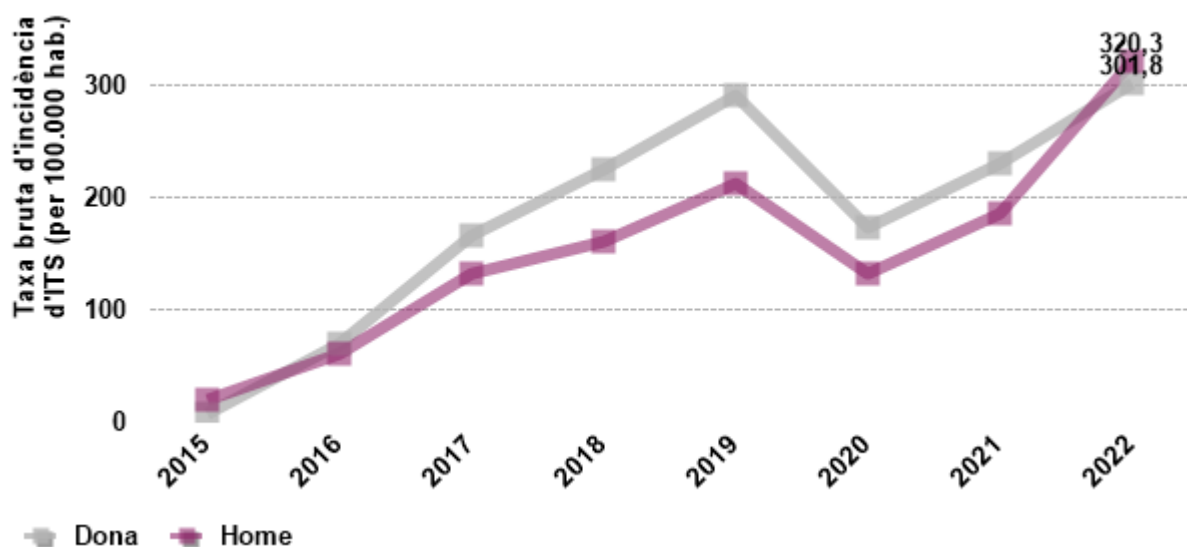
2.5 INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

Les infeccions de transmissió sexual (ITS) són freqüents en el nostre entorn, i el seu control es veu dificultat perquè sovint són asimptomàtiques. Poden generar morbimortalitat per les complicacions que poden desencadenar si no es diagnostiquen precoçment i es tracten adequadament. La clamídia, la gonocòccia, la sífilis, el limfogranuloma veneri i el virus de la immunodeficiència humana (VIH) són ITS considerades malalties de declaració obligatòria individualitzada.

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

A Sabadell, l'any 2022 es van notificar 673 casos d'ITS de declaració obligatòria individualitzada. Majoritàriament se'n van diagnosticar de **clamídia (399 casos; 61,4% en dones i 38,6% en homes)** i de **gonocòccia (245 casos; 35,5% en dones i 64,5% en homes)**. Al 2020 s'observa una davallada de casos, possiblement a causa del distanciament social en el context de la pandèmia de la COVID-19. A partir del 2021 es recupera la tendència creixent dels darrers anys.

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



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

Nota: Es representen de forma agregada les taxes d'incidència de clamídia, gonocòccia, sífilis, limfogranuloma veneri i VIH.

3.

MORBIDITAT

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

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

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

Notes metodològiques

Pla Salut

2021-2025

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

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

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

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

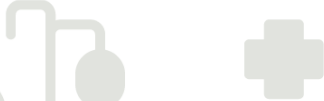
IMPORTANT. L'ús de la CIM-10, en substitució de la versió anterior CIM-9, s'inicia el 2018. Això comporta que es produeixi una **infranotificació** de l'activitat hospitalària, especialment de la que té lloc en centres privats. Aquest fenomen comporta una baixada (que no és real) de les xifres d'ingressos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

D'altra banda, cal tenir present que **el nombre d'ingressos per COVID-19 és superior al que indiquen les dades**, ja que no estan comptabilitzats els ingressos per COVID-19 dels centres socio-sanitaris. 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 socio-sanitaris, els pacients ingressats per COVID-19 han estat classificats en altres categories diagnòstiques, com ara «agents vírics que causen malalties classificades a un altre lloc».

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

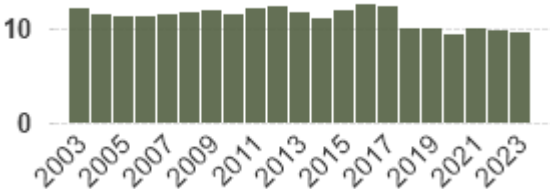
Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: estimacions postcensals fins al 2022. Font: IDESCAT; cens anual a partir del 2023. Font: INE.

Dades destacades de morbiditat l'any 2023 a Sabadell



20.928 ingressos
HOSPITALARIS

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



NOMBRE D'INGRESSOS
PER CADA 100 HABITANTS

62,4
anys

edat mitjana

8.940
CIRURGIES
MAJORS
AMBULATÒRIES

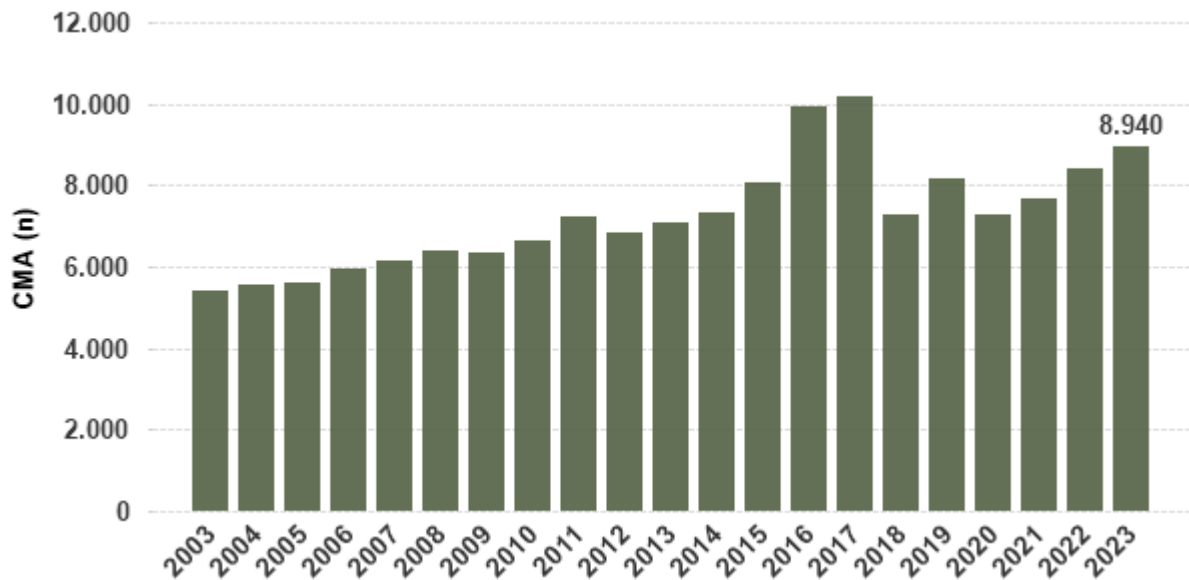
SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA D'HOSPITALITZACIÓ	SEXE	CAUSES D'HOSPITALITZACIÓ PER ORDRE DE FREQUÈNCIA
	Embaràs, part i puerperi 		Fractura de fèmur Embaràs prolongat Ruptura prematura de membranes Altres trastorns de l'aparell urinari
	Malalties de l'aparell circulatori 		Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica Pneumònia causada per microorganismes no especificats Infart agut de miocardi Infart cerebral

3.1 CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA

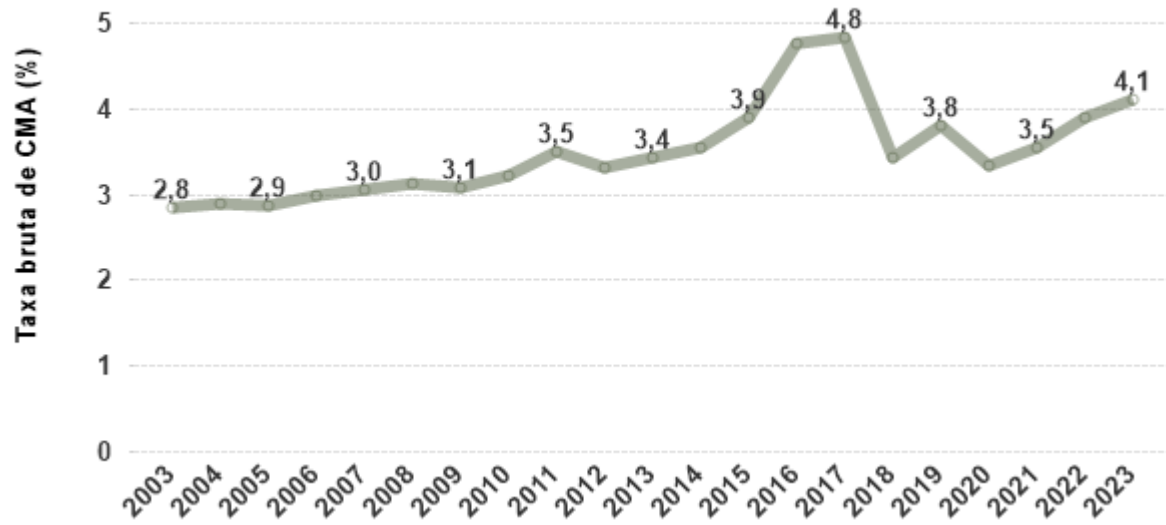
La cirurgia major ambulatoria (**CMA**) consisteix a dur a terme una **intervenció quirúrgica**, habitualment de complexitat mitjana, **sense necessitat d'un ingrés hospitalari**. D'aquesta manera, el pacient va al centre el mateix dia de la intervenció i torna a casa després d'haver-se-la fet.

El 2023, es van fer **8.940 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. 33 | Evolució del nombre de cirurgies majors ambulatòries



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

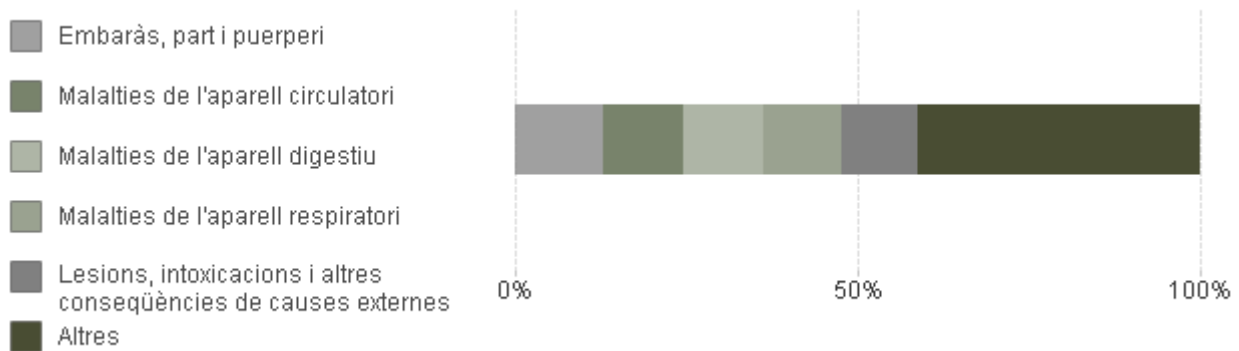
Fig. 34 | Evolució de la taxa bruta de cirurgies majors ambulatòries

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

3.2 HOSPITALITZACIONS

El 2023 es van comptabilitzar **20.928 ingressos** hospitalaris (**10.694 dones** i **10.231 homes**). L'edat mitjana dels pacients ingressats va ser de **61,7 anys** en el cas de les dones, i de **63,1 anys** en el cas dels homes. Les principals grans causes d'hospitalització van ser **embaràs, part i puerperi** (dones) i **malalties de l'aparell circulatori** (homes).

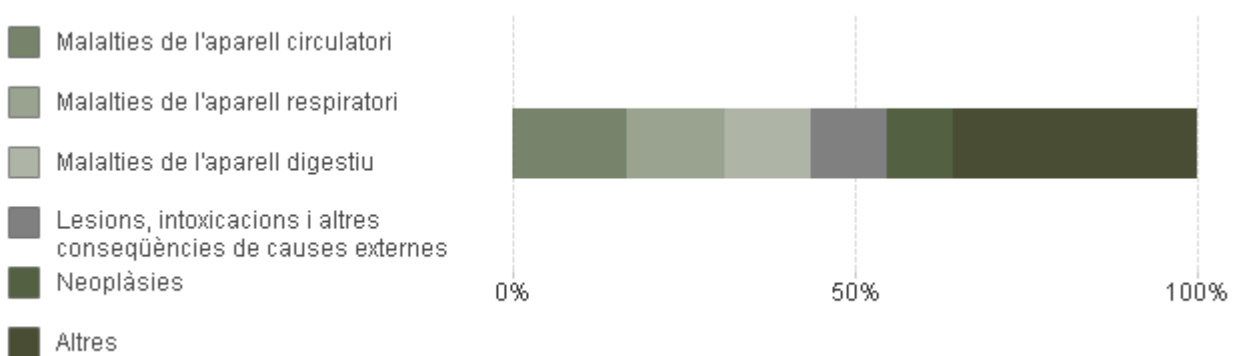
Fig. 35 | Principals causes d'ingrés en dones



Dades corresponents a 2023.

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

Fig. 36 | Principals causes d'ingrés en homes



Dades corresponents a 2023.

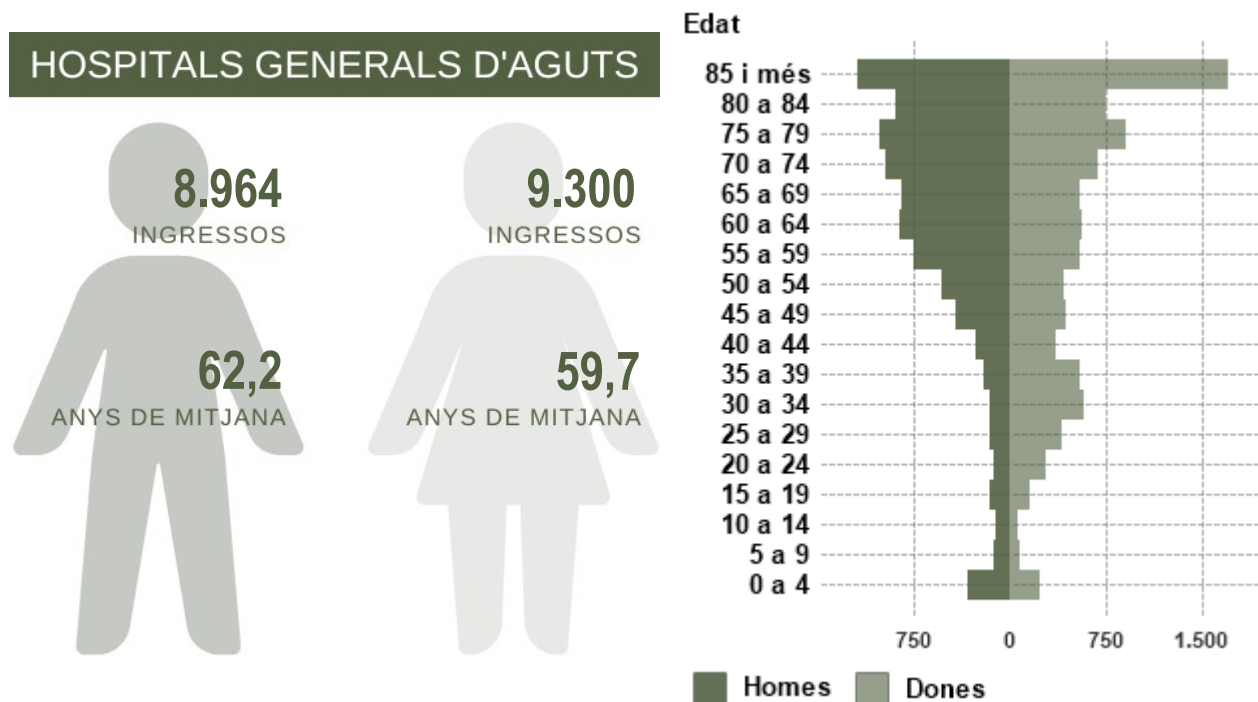
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

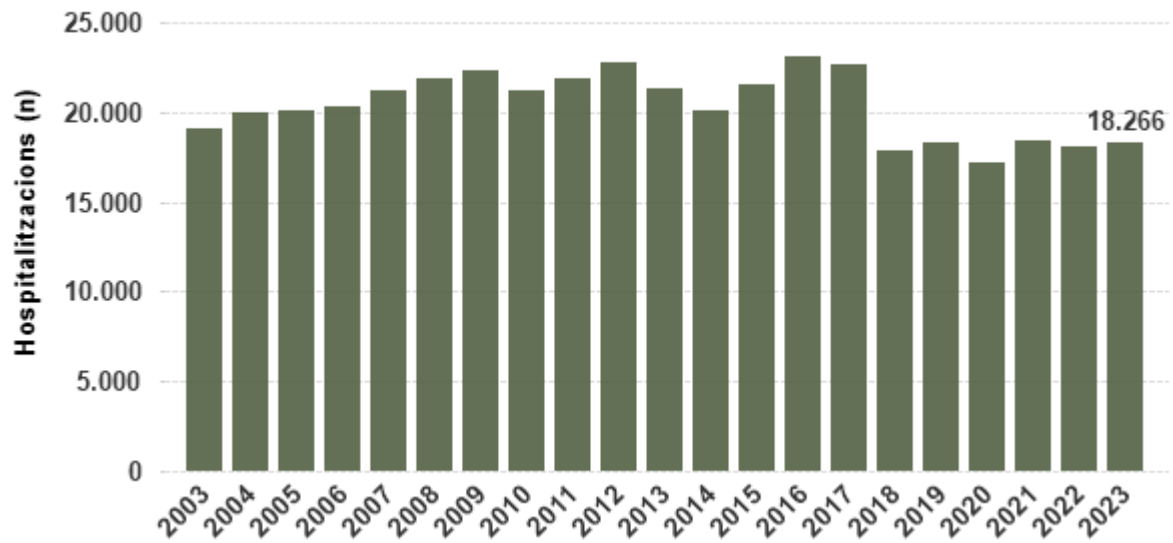
En segon lloc (apartat 3.2.2), es presenten les dades dels ingressos en funció dels principals grans grups de malalties (**malalties cardiovasculars, tumors i malalties respiratòries**). Les dades referents a les hospitalitzacions per **trastorns mentals** s'exposen de manera més extensa en un tercer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

3.2.1 Hospitalitzacions segons el tipus de centre d'ingrés

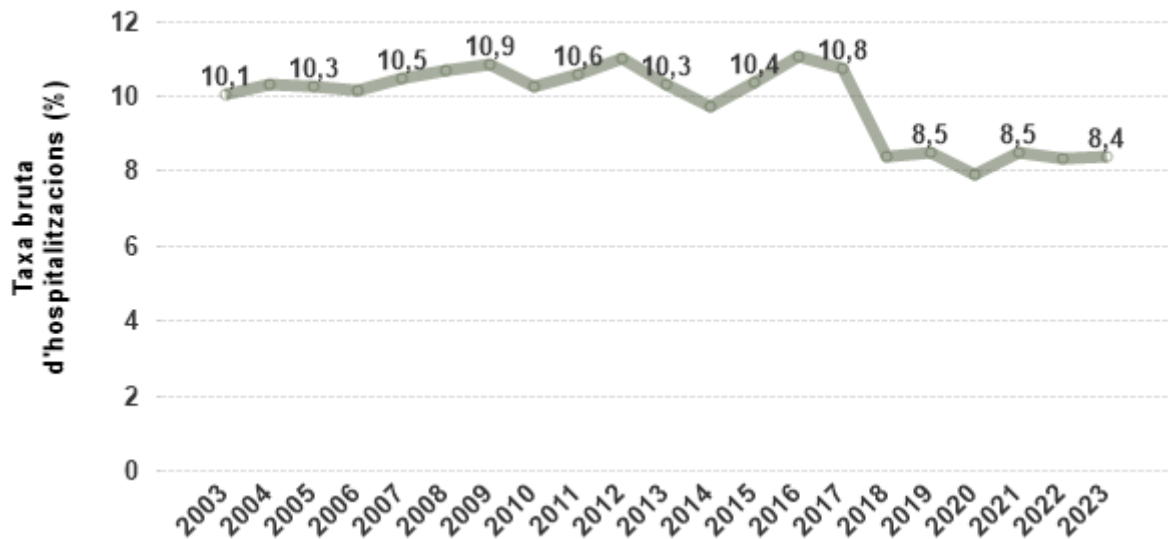
Hospitals generals d'aguts



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

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

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

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

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	466	2,6%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	400	2,2%
Colelitiasi	360	2,0%
Altres	17.040	93,3%
Total	18.266	100,0%

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Embaràs prolongat	298	3,2%
Ruptura prematura de membranes	246	2,6%
Fractura de fèmur	231	2,5%
Altres	8.525	91,7%
Total	9.300	100,0%

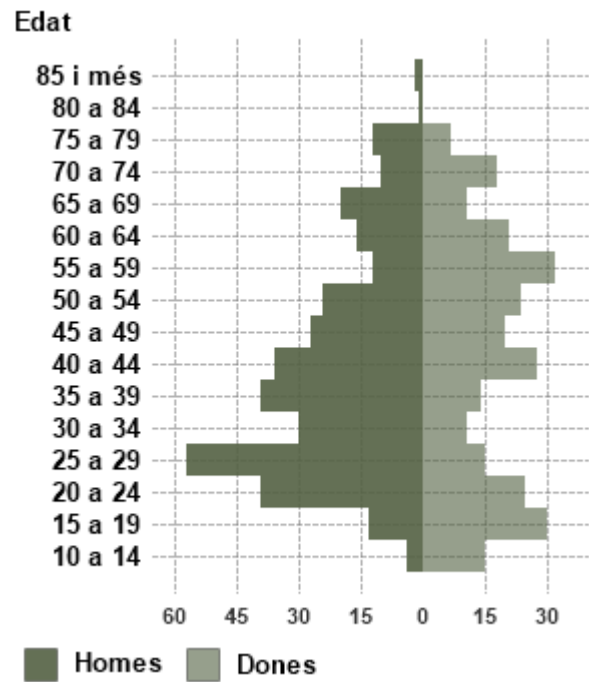
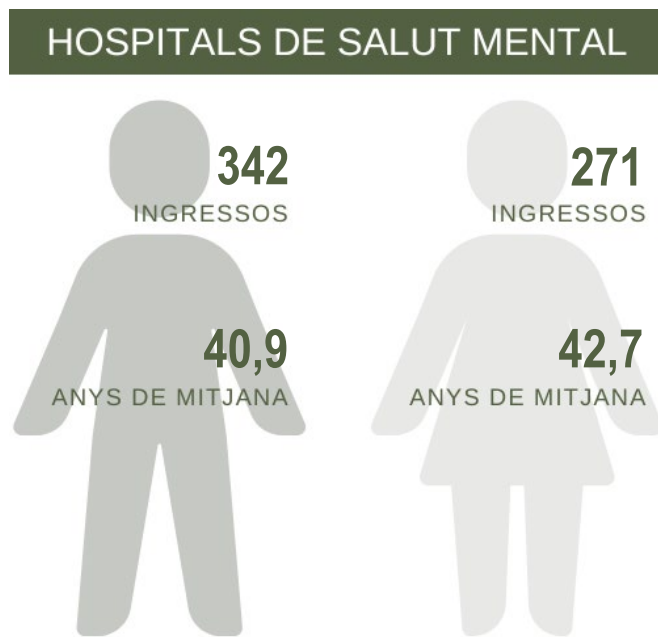
Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-HA del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	313	3,5%
Infart agut de miocardi	235	2,6%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	232	2,6%
Altres	8.184	91,3%
Total	8.964	100,0%

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

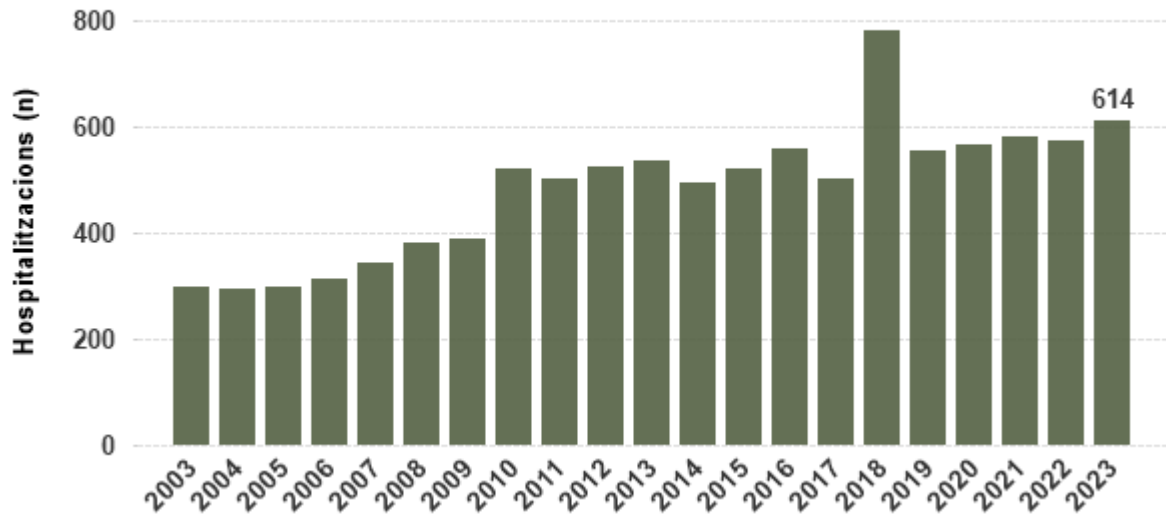
Hospitals de salut mental



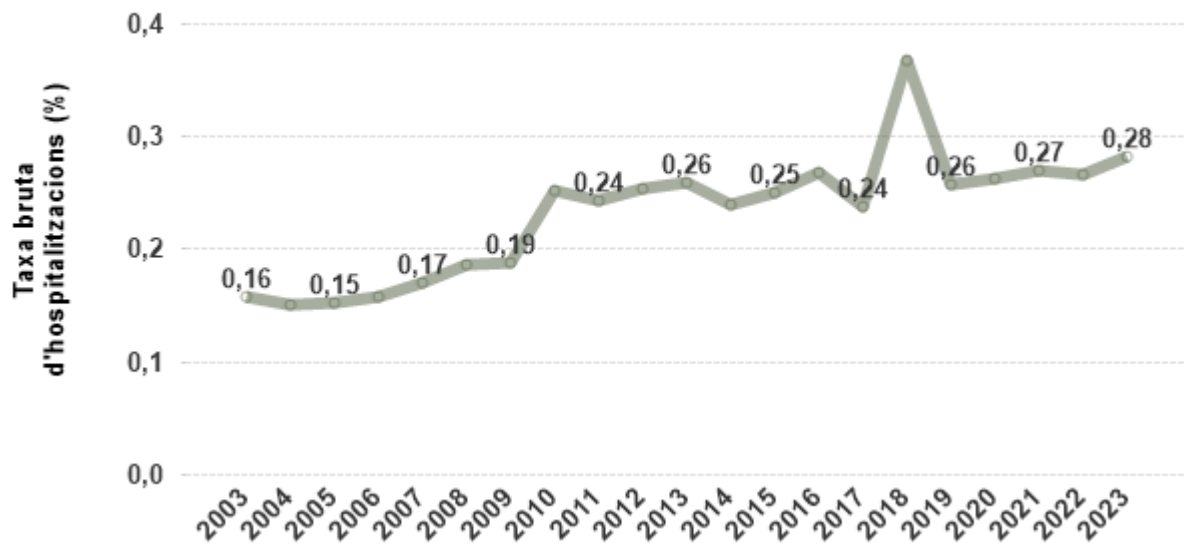
Dades corresponents a 2023.

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

Elaboració pròpia.

Fig. 42 | Evolució del nombre d'ingressos en hospitals de salut mental

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

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

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorn bipolar	155	25,2%
Esquizofrènia	93	15,1%
Trastorns esquizoafectius	75	12,2%
Altres	291	47,4%
Total	614	100,0%

Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
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	62	22,9%
Trastorns esquizoafectius	36	13,3%
Trastorn depressiu major recurrent	34	12,5%
Altres	139	51,3%
Total	271	100,0%

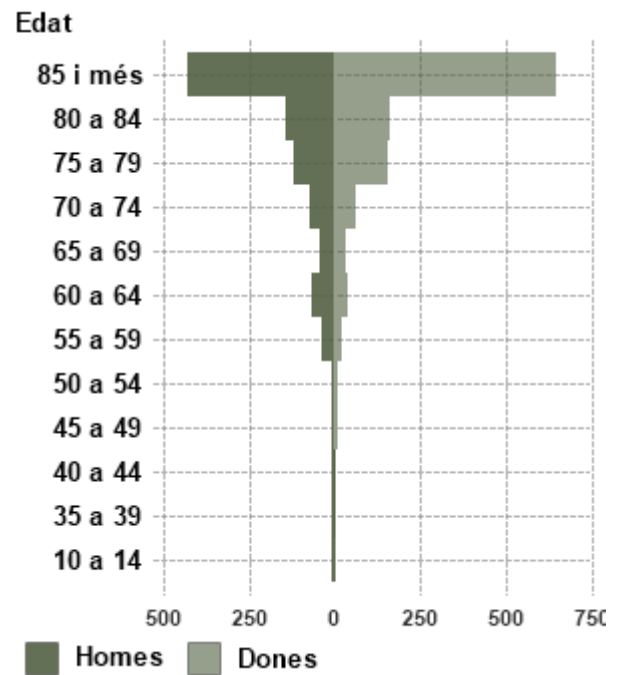
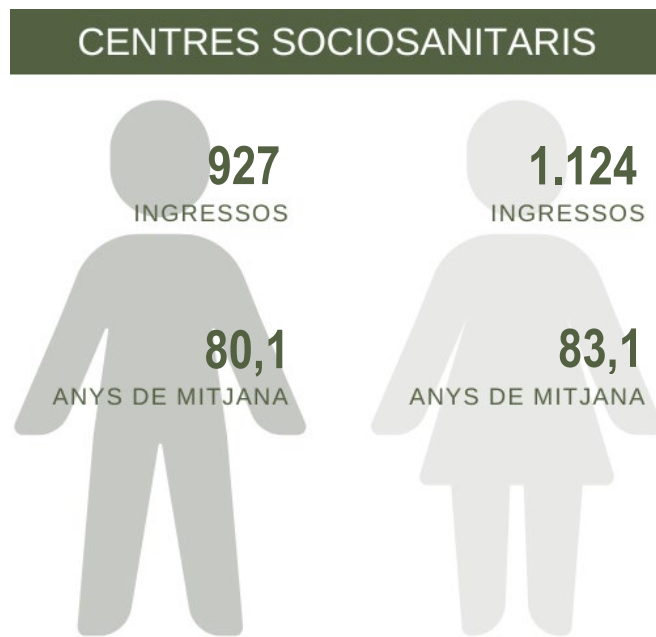
Dades corresponents a 2023. La taula no recull les hospitalitzacions sense causa d'ingrés.
Font: Registre CMBD-SMH del Servei Català de Salut. Elaboració pròpia.

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorn bipolar	93	27,2%
Esquizofrènia	79	23,1%
Trastorns esquizoafectius	38	11,1%
Altres	132	38,6%
Total	342	100,0%

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

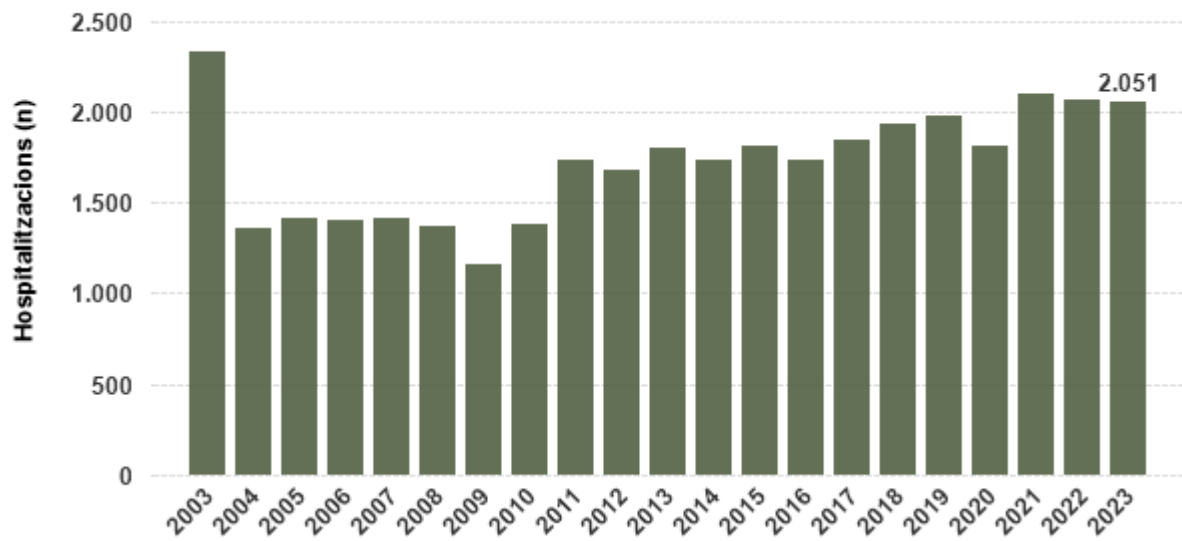
Centres sociosanitaris



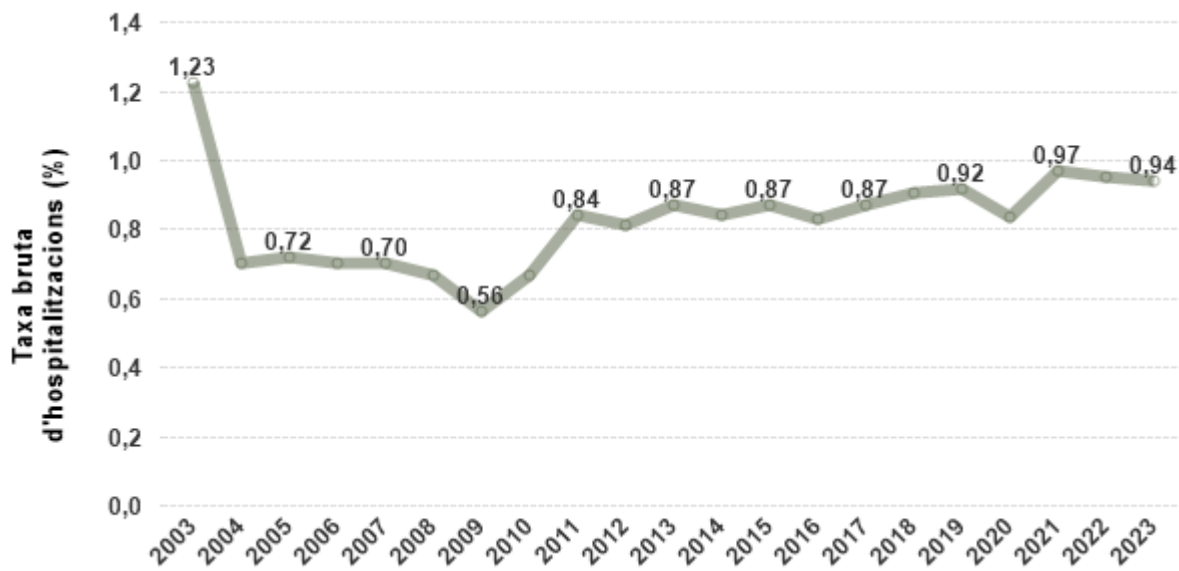
Dades corresponents a 2023.

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

Elaboració pròpia.

Fig. 47 | Evolució del nombre d'ingressos en centres sociosanitaris

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

Fig. 48 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos en centres sociosanitaris

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Fractura de fèmur	173	8,4%
Infart cerebral	86	4,2%
Insuficiència cardíaca	79	3,9%
Altres	1.713	83,5%
Total	2.051	100,0%

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Fractura de fèmur	123	10,9%
Insuficiència cardíaca	48	4,3%
Altres trastorns de l'aparell urinari	47	4,2%
Altres	906	80,6%
Total	1.124	100,0%

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

Fig. 51 | Principals causes d'ingrés en centres sociosanitaris en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Fractura de fèmur	50	5,4%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	48	5,2%
Infart cerebral	40	4,3%
Altres	789	85,1%
Total	927	100,0%

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

3.2.2 Hospitalitzacions segons la causa d'ingrés

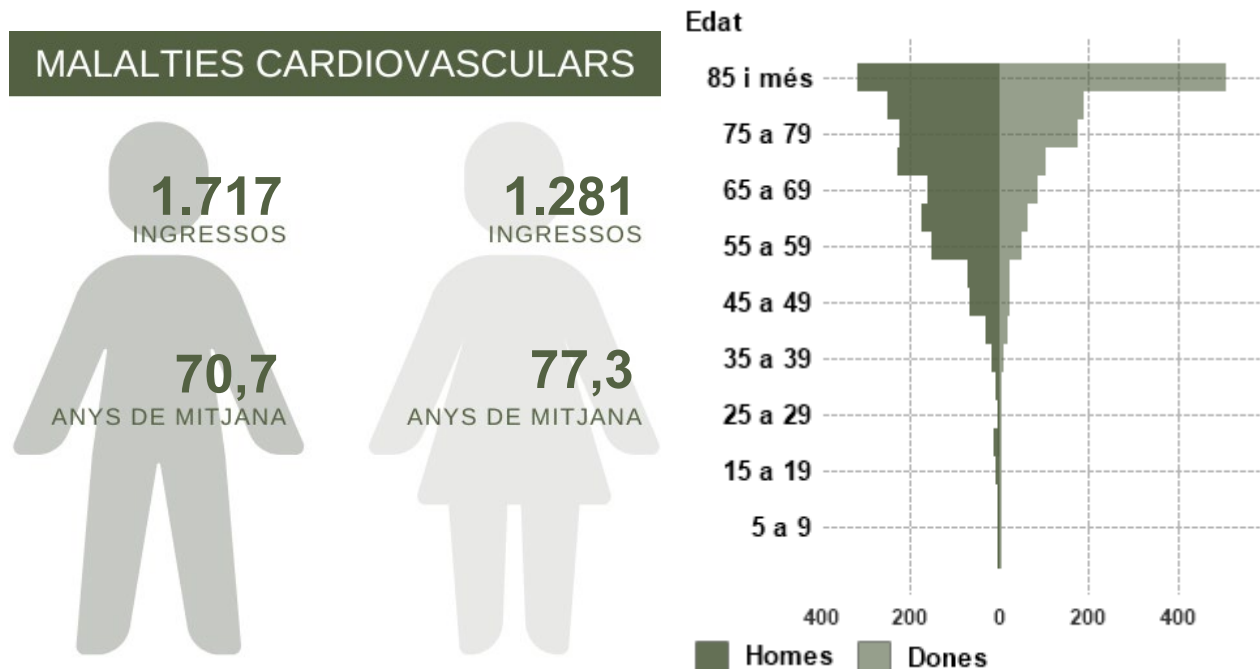
Malalties cardiovasculars



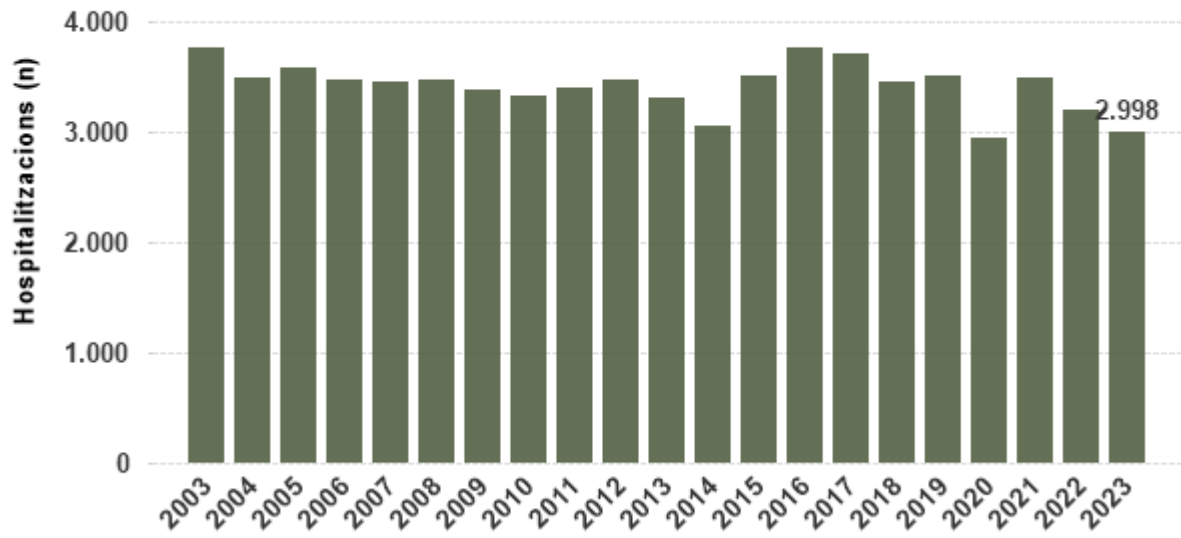
Les **malalties cardiovasculars** són la **principal causa de mort a escala mundial**. El seu caràcter crònic impacta directament sobre la qualitat de vida de les persones i genera dependència, risc de complicacions i uns costos sanitaris i socioeconòmics molt elevats. Tot això converteix les malalties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

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

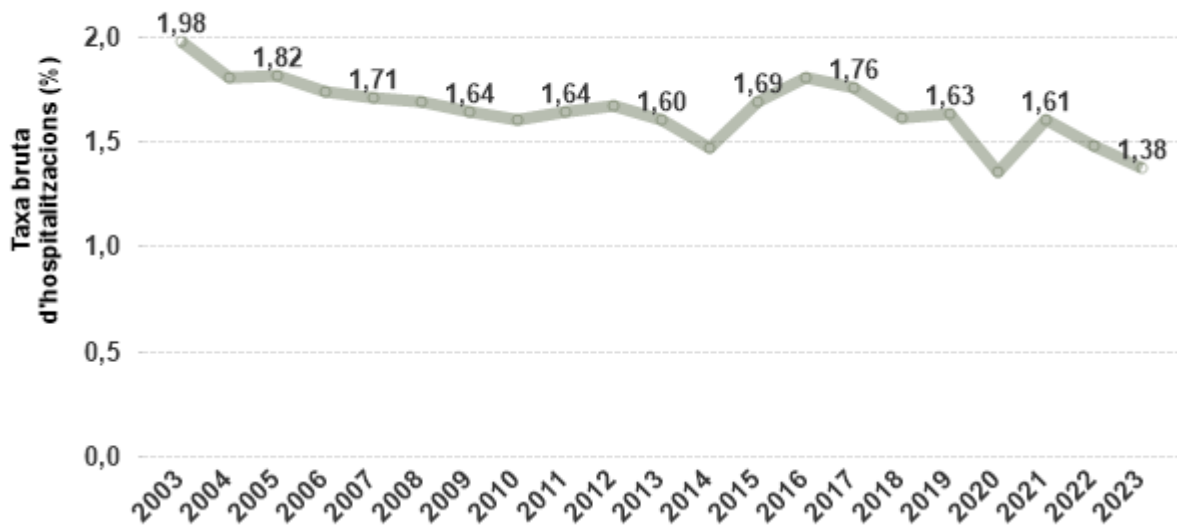
L'any 2023, el **14,3%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal una **malaltia cardiovascular (2.998 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia cardiovascular va ser de **73,6 anys**. Les **dones (42,7%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **infart cerebral**, mentre que els **homes (57,3% de les hospitalitzacions)** ho van fer per **infart agut de miocardi**.



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

Fig. 52 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties cardiovasculars

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

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

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Infart cerebral	404	13,5%
Infart agut de miocardi	329	11,0%
Cardiopatia hipertensiva	278	9,3%
Altres	1.987	66,3%
Total	2.998	100,0%

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Infart cerebral	198	15,5%
Cardiopatia hipertensiva	164	12,8%
Fibril·lació i aleteig [flutter] auriculars	129	10,1%
Altres	790	61,7%
Total	1.281	100,0%

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

Fig. 56 | Principals causes d'ingrés per malalties cardiovasculars en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Infart agut de miocardi	242	14,1%
Infart cerebral	206	12,0%
Cardiopatia isquèmica crònica	141	8,2%
Altres	1.128	65,7%
Total	1.717	100,0%

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

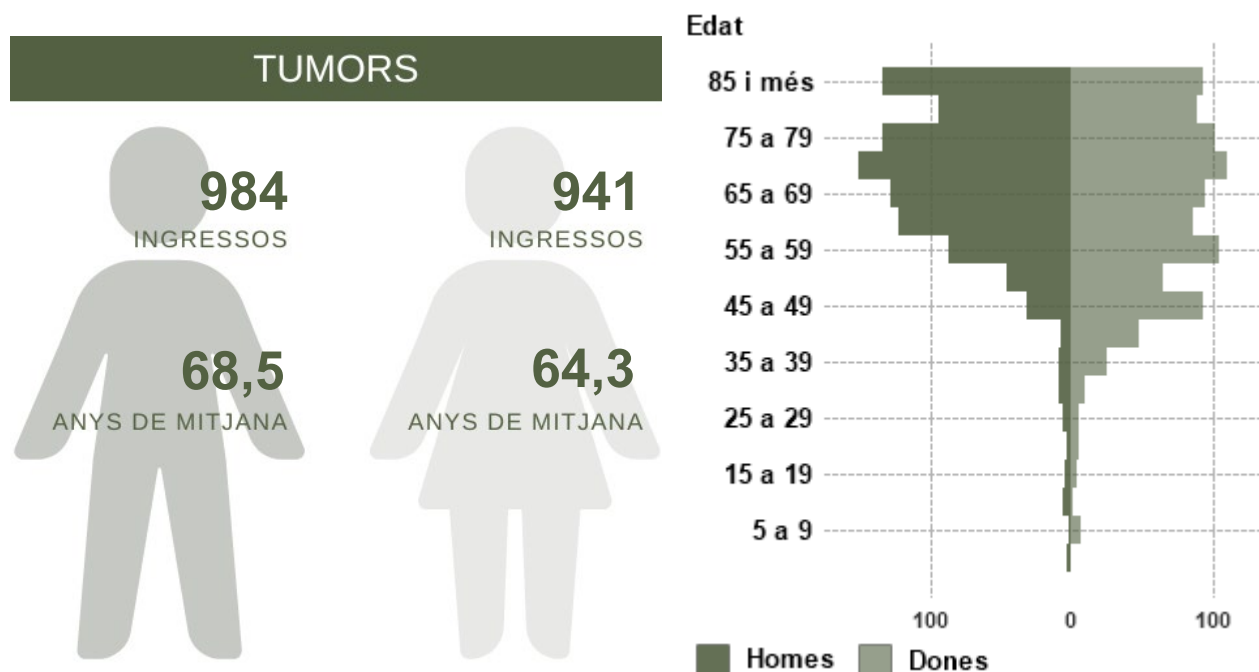
Tumors



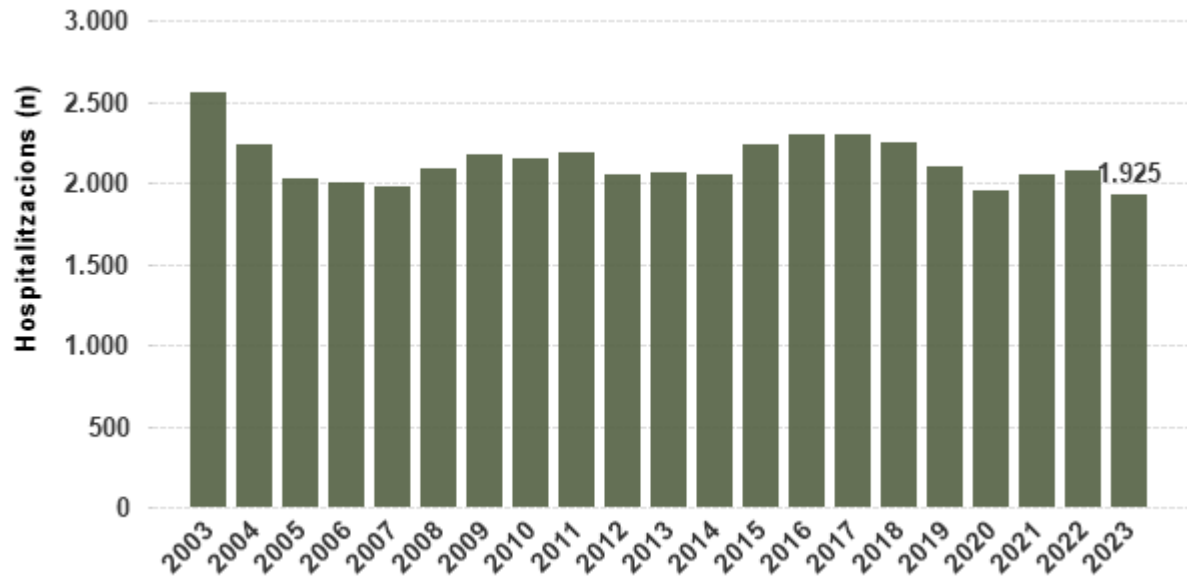
Segons l'OMS, fins a un terç de les defuncions per **càncer** estan lligades a hàbits i comportaments no saludables com ara el consum de tabac, un índex elevat de massa corporal, el consum d'alcohol, una ingesta baixa de fruites i verdures i la manca d'activitat física. A banda, cal tenir presents altres factors de risc per al desenvolupament de tumors com ara la contaminació de l'aire i determinades infeccions (per *Helicobacter pylori*, pel virus del papil·loma humà, pels virus de l'hepatitis B i de l'hepatitis C, pel virus d'Epstein-Barr i pel virus de la immunodeficiència humana - VIH). Actualment, es calcula que **entre el 30 i el 50% dels càncers es podrien evitar reduint els factors de risc i aplicant polítiques de prevenció**.

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

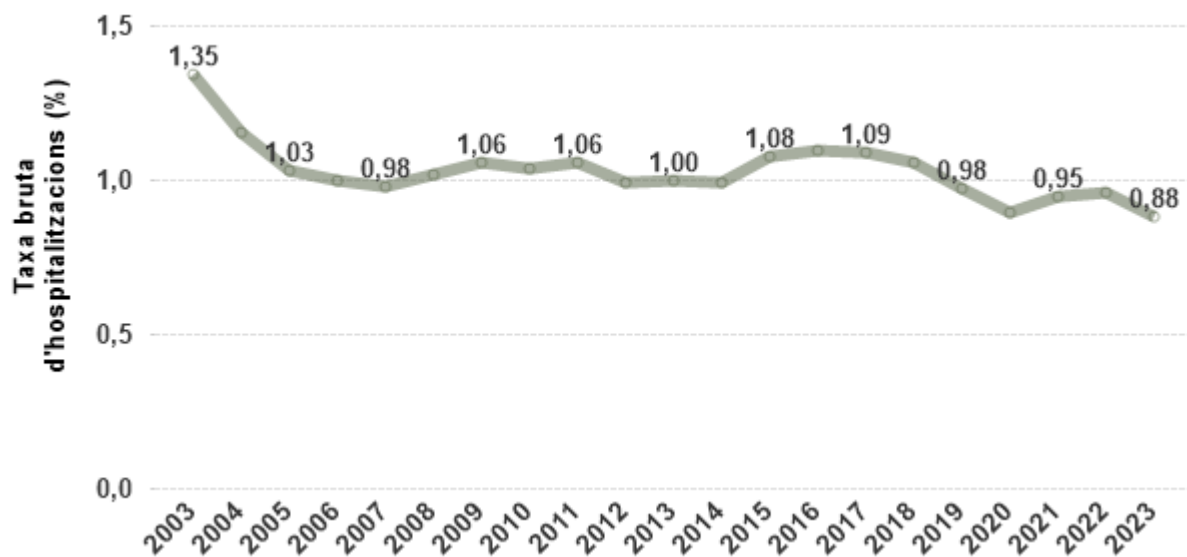
L'any 2023, el **9,2%** de les **hospitalitzacions** dels residents a Sabadell va tenir com a causa principal els **tumors (1.925 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per **tumors** va ser de **66,4 anys**. Les **dones (48,9%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **neoplàsia maligna de mama**, mentre que els **homes (51,1%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **neoplàsia maligna de bufeta urinària**.



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

Fig. 57 | Evolució del nombre d'ingressos per tumors

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

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

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

Fig. 59 | Principals causes d'ingrés per tumors

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	191	9,9%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	168	8,7%
Neoplàsia maligna de còlon	156	8,1%
Altres	1.410	73,2%
Total	1.925	100,0%

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

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

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de mama	109	11,6%
Neoplàsia maligna de còlon	78	8,3%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	58	6,2%
Altres	696	74,0%
Total	941	100,0%

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

Fig. 61 | Principals causes d'ingrés per tumors en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) ✓
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	166	16,9%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	110	11,2%
Neoplàsia maligna de còlon	78	7,9%
Altres	630	64,0%
Total	984	100,0%

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

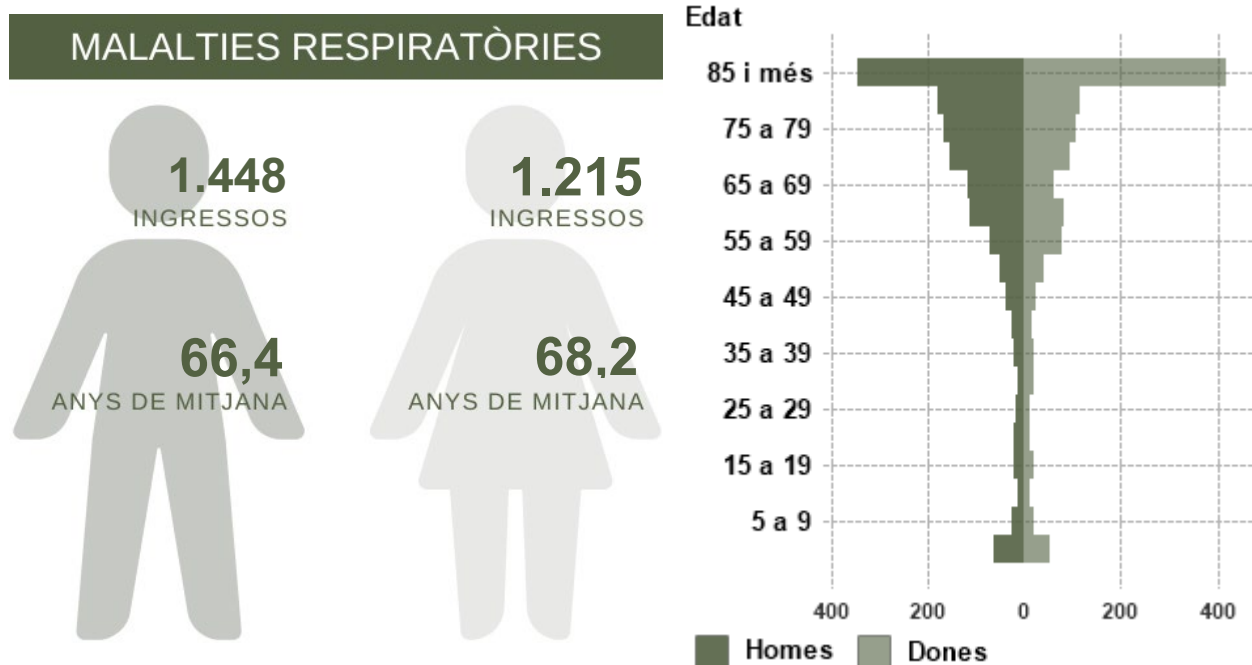
Malalties respiratòries



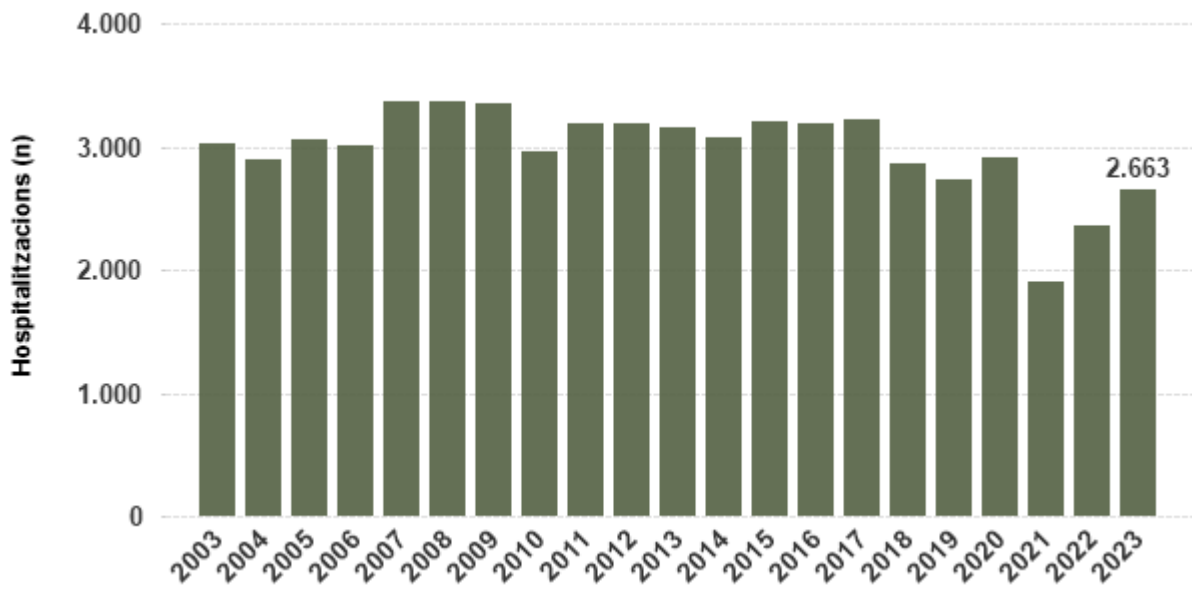
Les **malalties respiratòries no inclouen els casos de COVID-19**, ja que aquests es classifiquen en una categoria pròpia. Això explica que els anys 2020 i 2021 no s'observi cap increment notori dels ingressos per malalties respiratòries. El que sí s'observa és que l'any 2021 va haver una davallada important dels ingressos causats per malalties respiratòries.

Una explicació possible la trobaríem en l'ús de la mascareta i les bones pràctiques d'higiene de mans, que podrien haver afavorit la prevenció d'infeccions respiratòries. D'altra banda, l'elevada presència del virus de la COVID-19 hauria pogut competir amb altres agents infecciosos habituals. L'any 2022 els ingressos hospitalaris per malalties respiratòries van augmentar respecte l'any anterior.

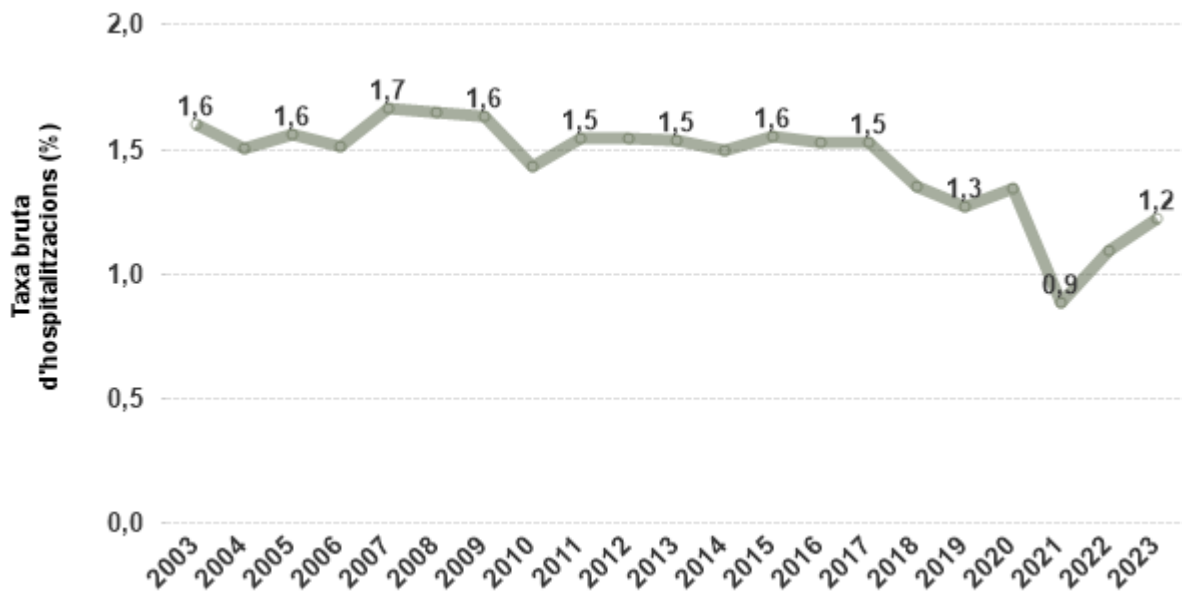
L'any 2023, el **12,7%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal una **malaltia respiratòria (2.663 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per malaltia respiratòria va ser de **67,2 anys**. Les **dones (45,6%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **bronquitis aguda**, mentre que els **homes (54,4%** de les hospitalitzacions) ho van fer per **altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica**.



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

Fig. 62 | Evolució del nombre d'ingressos per malalties respiratòries

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

Fig. 63 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per malalties respiratòries

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

Fig. 64 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) /
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	516	19,4%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	431	16,2%
Bronquitis aguda	364	13,7%
Altres	1.352	50,8%
Total	2.663	100,0%

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

Fig. 65 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) /
Bronquitis aguda	235	19,3%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	185	15,2%
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	166	13,7%
Altres	629	51,8%
Total	1.215	100,0%

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

Fig. 66 | Principals causes d'ingrés per malalties respiratòries en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%) /
Altres tipus de malaltia pulmonar obstructiva crònica	350	24,2%
Pneumònia causada per microorganismes no especificats	246	17,0%
Pneumonitis causada per sòlids i líquids	139	9,6%
Altres	713	49,2%
Total	1.448	100,0%

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

3.3 SALUT MENTAL I BENESTAR EMOCIONAL

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

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

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

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

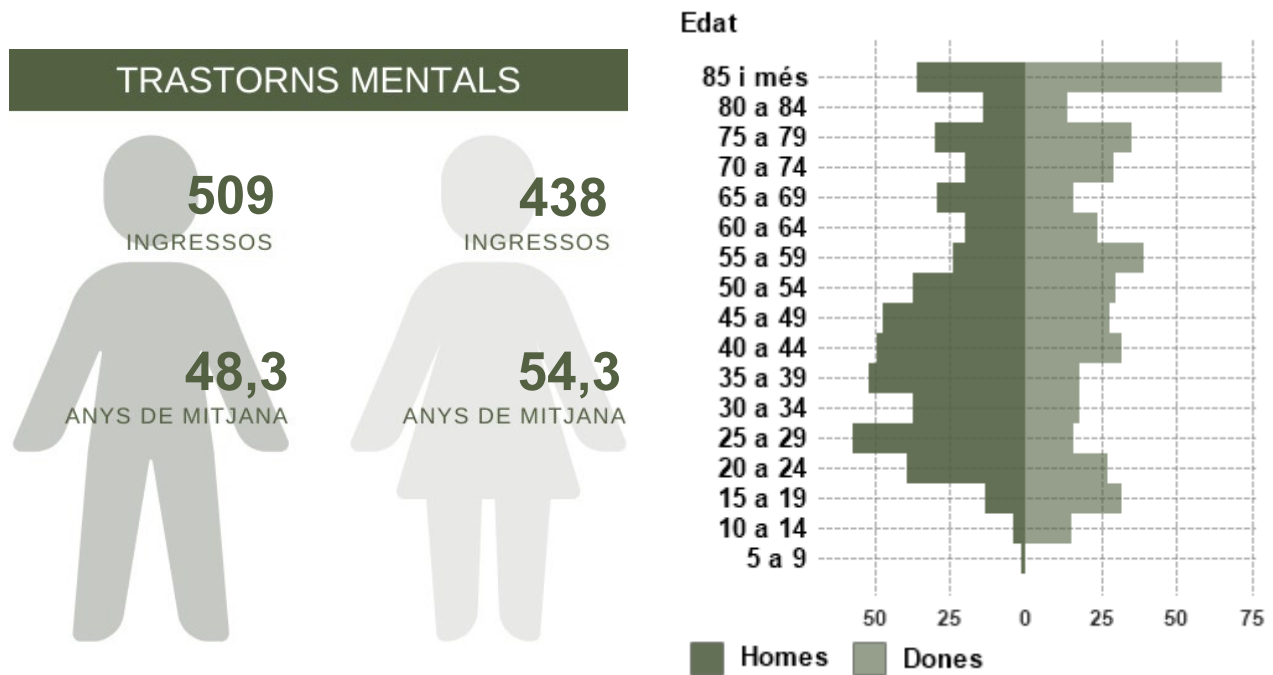
Per ajudar a conèixer l'estat de la salut mental a Sabadell, en aquest apartat s'exposen indicadors d'assistència sanitària per trastorns mentals en l'àmbit hospitalari i en centres ambulatoris especialitzats.

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

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

3.3.1 Activitat en serveis d'hospitalització de salut mental

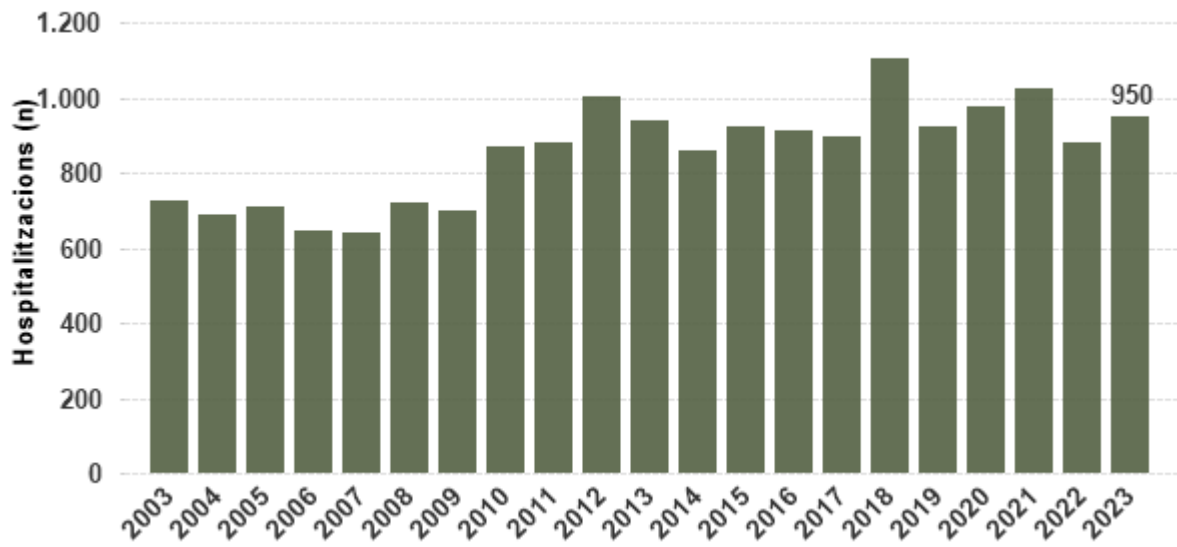
L'any 2023, el **4,5%** de les **hospitalitzacions** va tenir com a causa principal un **trastorn mental (950 ingressos)**. La mitjana d'edat dels pacients ingressats per trastorn mental va ser de **51,1 anys**. Tant les **dones (46,3%** de les hospitalitzacions) com els **homes (53,7%** de les hospitalitzacions) van ingressar principalment per **trastorn bipolar**.



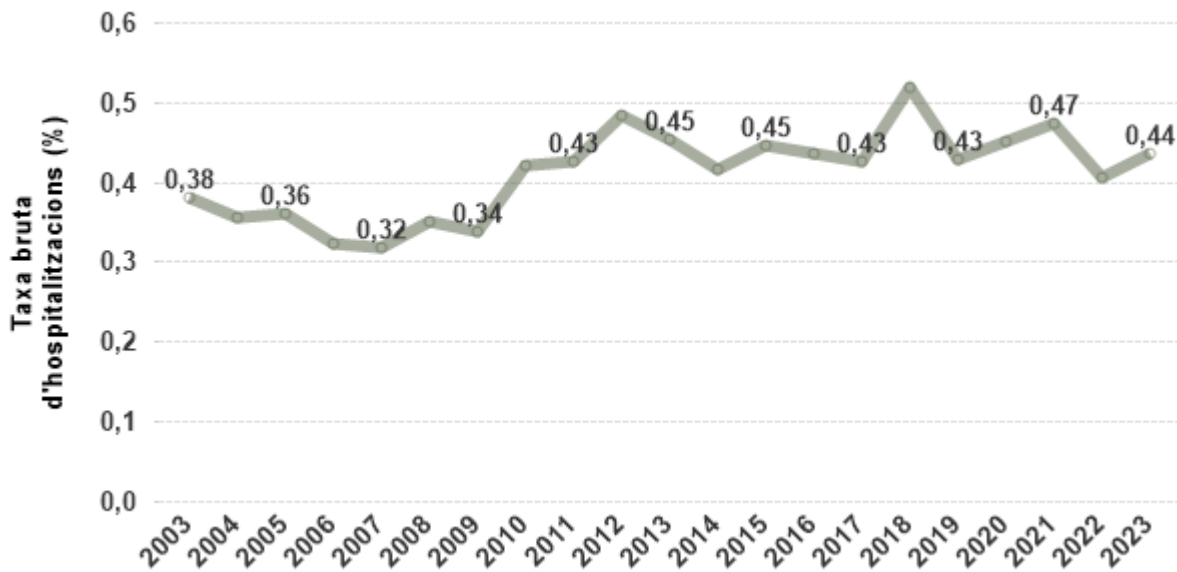
Dades corresponents a 2023.

Font: Registres CMBD del Servei Català de Salut.

Elaboració pròpia.

Fig. 67 | Evolució del nombre d'ingressos per trastorns mentals

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

Fig. 68 | Evolució de la taxa bruta d'ingressos per trastorns mentals

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

Fig. 69 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorn bipolar	159	16,7%
Esquizofrènia	101	10,6%
Trastorns esquizoafectius	75	7,9%
Altres	615	64,7%
Total	950	100,0%

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

Fig. 70 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals en dones

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorn bipolar	64	14,6%
Demència no especificada	40	9,1%
Trastorn depressiu major recurrent	40	9,1%
Altres	294	67,1%
Total	438	100,0%

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

Fig. 71 | Principals causes d'ingrés per trastorns mentals en homes

Patologia	Ingressos (n)	Ingressos (%)
Trastorn bipolar	95	18,7%
Esquizofrènia	83	16,3%
Trastorns relacionats amb l'alcohol	40	7,9%
Altres	291	57,2%
Total	509	100,0%

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

3.3.2 Activitat en CSMA i CSMIJ

L'any 2023, el **4,2% de la població** va ser atesa en centres especialitzats de salut mental ambulatoria. En total, es van atendre **9.188** pacients (**1.354** van ser casos nous) amb una mitjana d'edat de **37,5 anys**.

Als **CSMIJ** es van atendre **2.671** infants/adolescents. Tant les **noies (37,4% dels pacients)** com els **nois (62,6% dels pacients)** van ser atesos majoritàriament per trastorns de **trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH)**.

Als **CSMA** es van atendre **6.517** persones. Les **dones (57,1% dels pacients)** van ser ateses majoritàriament per trastorns de **assistència per a cribatge d'altres malalties i trastorns**. Per la seva banda, els **homes (42,9% dels pacients)** van ser atesos majoritàriament per trastorns d'**esquizofrènia**.

Fig. 72 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMIJ (atenció als menors d'edat)

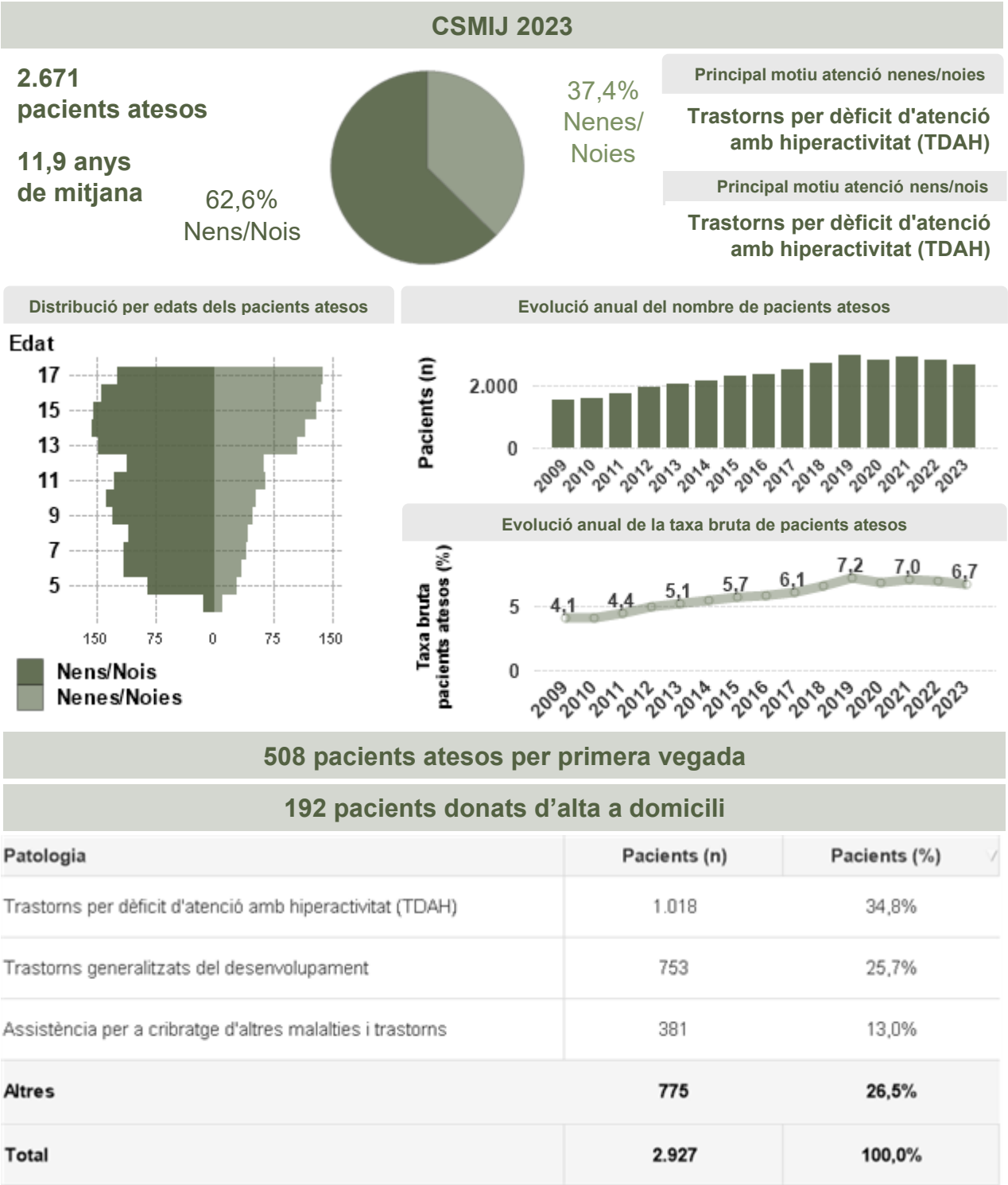
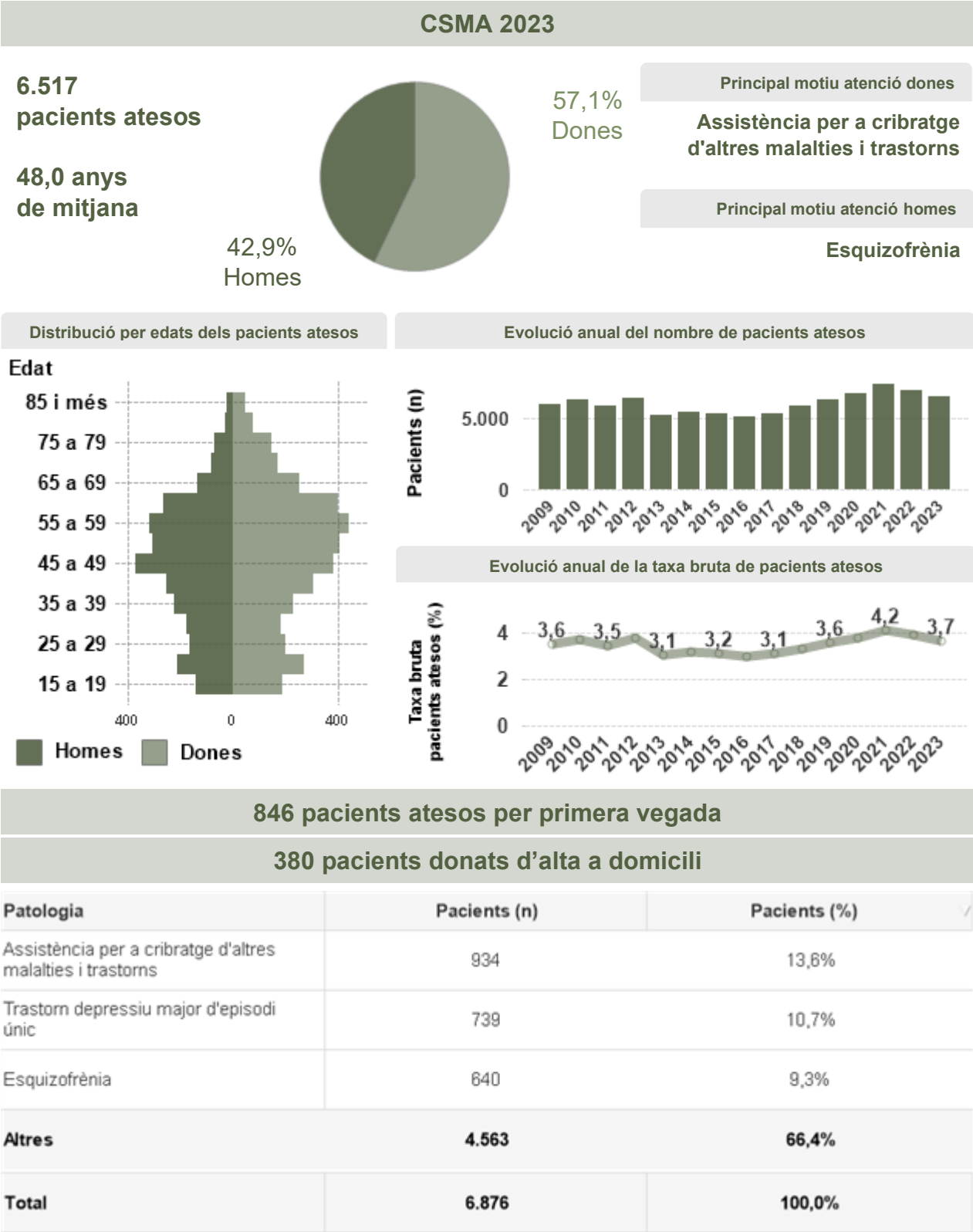


Fig. 73 | Anàlisi de l'activitat assistencial als CSMA (atenció als majors d'edat)



4.

MORTALITAT

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

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

Notes metodològiques

Pla Salut

2021-2025

Objectiu

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

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

Les causes bàsiques de mort estan codificades segons la desena revisió de la classificació internacional de malalties (CIM-10). Les causes de mort es presenten en base a dues agrupacions: segons **vint grans causes** (corresponents als [capítols de la CIM-10](#)) i, de forma més detallada, segons la [llista reduïda de 102 causes de mort](#). En totes dues agrupacions s'ha afegit la COVID-19 com a opció de forma provisional.

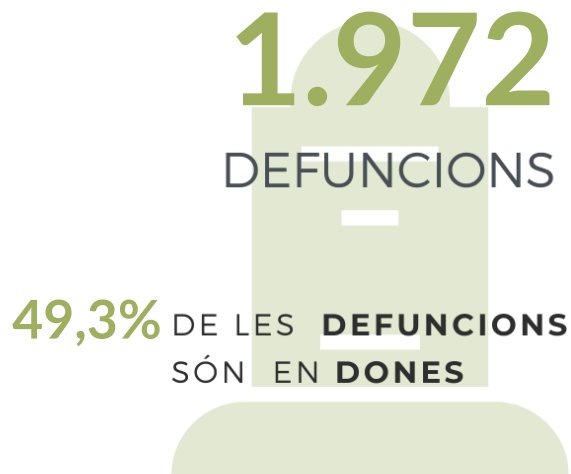
Per als indicadors de mortalitat evitable s'han seleccionat les causes de la [llista consens publicada el 2006](#).

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

Càlcul de taxes brutes i taxes específiques: estimacions postcensals fins al 2022. Font: IDESCAT; cens anual a partir del 2023. Font: INE.

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

Dades destacades de **mortalitat** l'any **2022** a Sabadell



14,2%

DE LES DEFUNCIONS
EREN **EVITABLES**

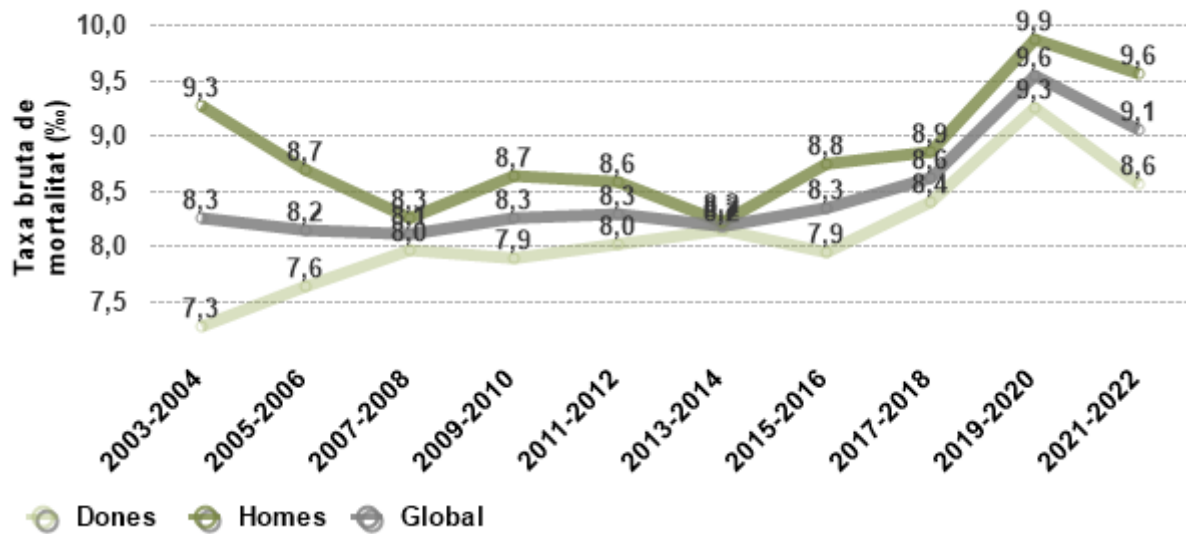


SEXE	PRIMERA GRAN CAUSA DE MORTALITAT	SEXE	CAUSES DE MORT PER ORDRE DE FREQUÈNCIA
♀	Malalties del sistema circulatori 	♀	Trastorns mentals orgànics, senils i presenils COVID-19 Malalties cerebrovasculars Malalties hipertensives
♂	Tumors 	♂	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó COVID-19 Malalties cerebrovasculars Trastorns mentals orgànics, senils i presenils

4.1 DEFUNCIONS I TAXES DE MORTALITAT

L'any **2022** es van produir **1.972 defuncions** a Sabadell (**49,3% dones** i **50,7% homes**). Aquesta xifra suposa una **variació de l'1,0%** respecte a l'any 2021. La taxa bruta de mortalitat l'any 2022 va ser de 9,11 defuncions per cada 1.000 habitants (**8,74 en dones** i **9,49 en homes**).

Fig. 74 | Evolució de la taxa bruta de mortalitat



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

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

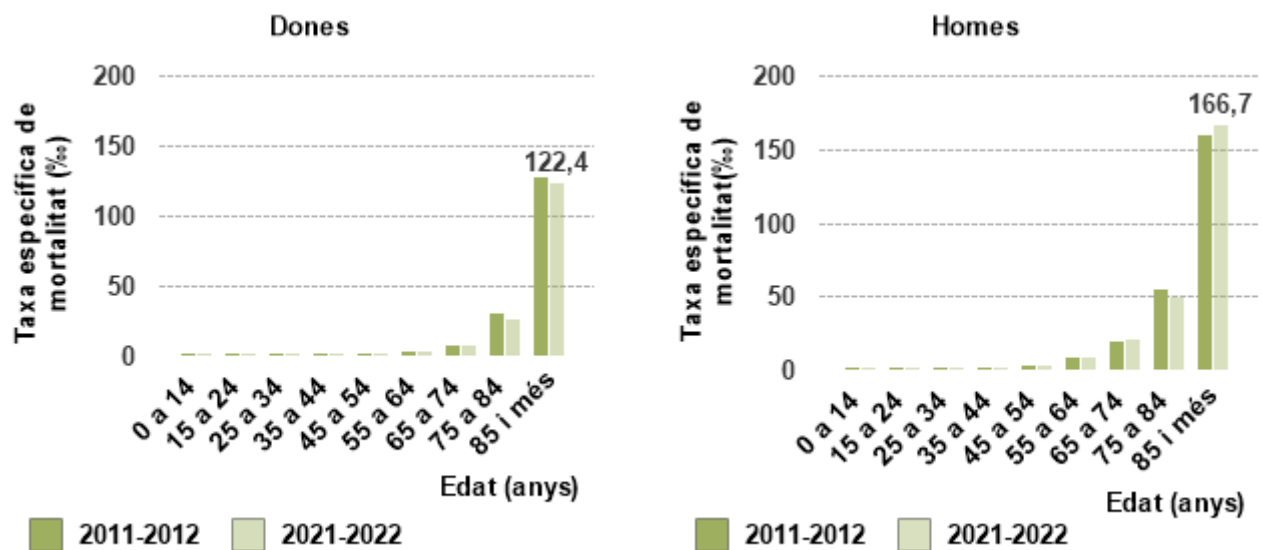
Per conèixer si la mortalitat té una tendència a la baixa, si és més gran en homes que en dones o per comparar dades de diferents territoris, cal treballar amb dades estandarditzades per sexe i edat.

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

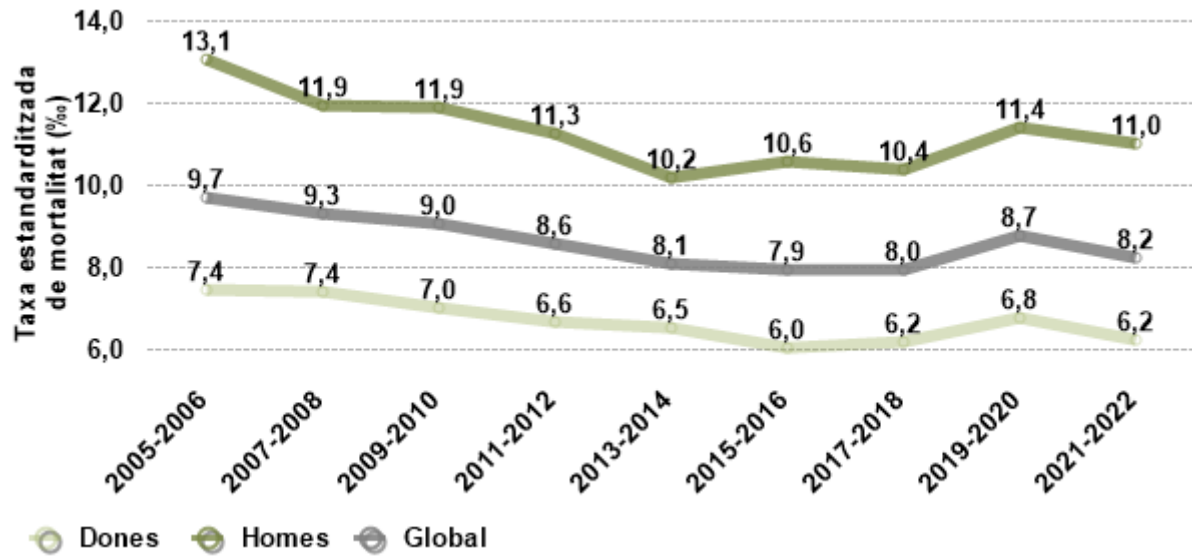
Taxa estandarditzada de mortalitat (TEM): nombre de defuncions per habitant que es registrarien en un territori segons la taxa de mortalitat per sexe i edat pròpies i amb l'estructura per edat d'una població tipus o estàndard.

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

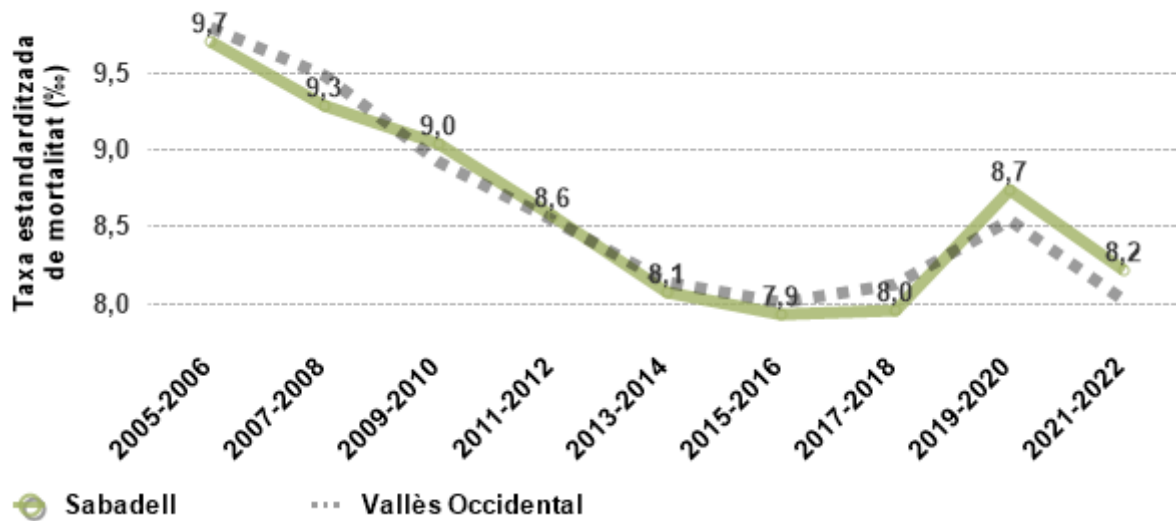
Fig. 75 | Evolució de les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat en dones i homes; comparativa 2011/2012-2021/2022



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

Fig. 76 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa dones-homes

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

Fig. 77 | Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat; comparativa municipi-comarca

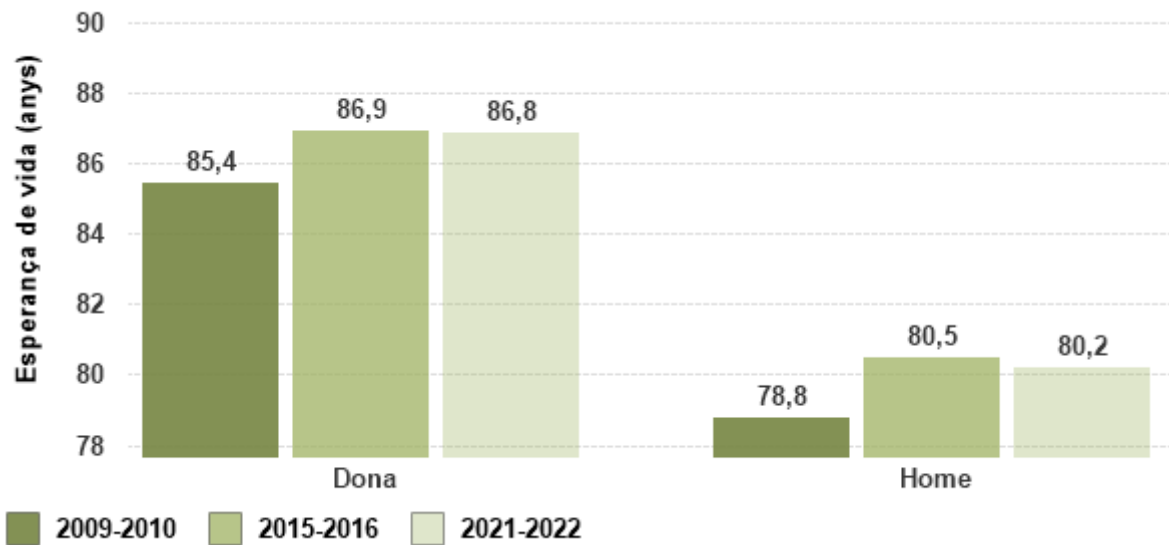
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.2 ESPERANÇA DE VIDA

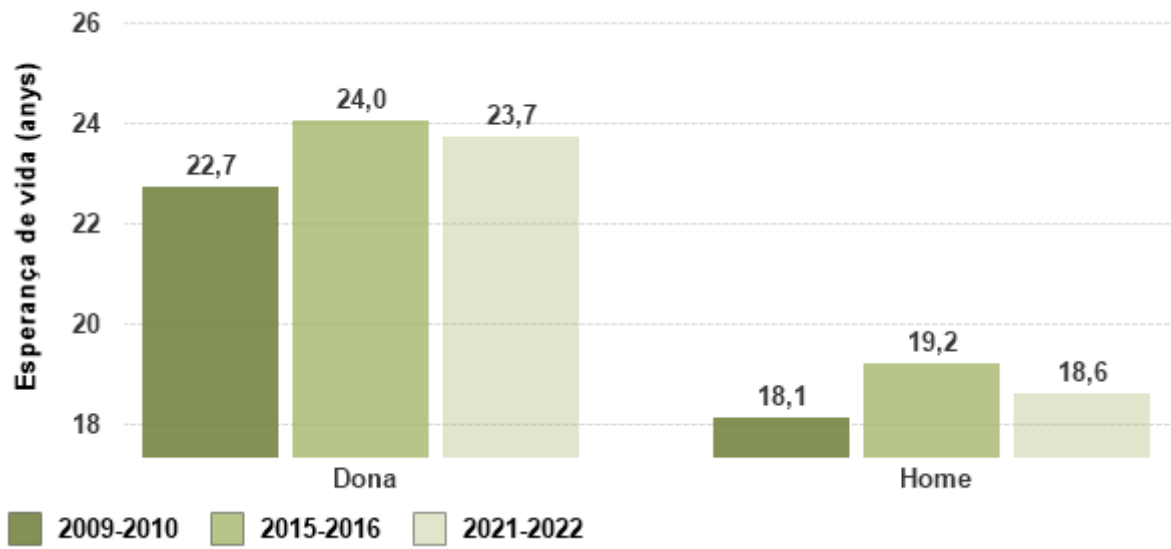
En termes generals, a Catalunya l'esperança de vida segueix una tendència creixent des de fa més de tres dècades, i s'ha incrementat en més de cinc anys des de l'any 1983. La COVID-19, però, ha impactat en aquesta tendència.

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. 78 | Evolució de l'esperança de vida en néixer



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

Fig. 79 | Evolució de l'esperança de vida amb 65 anys

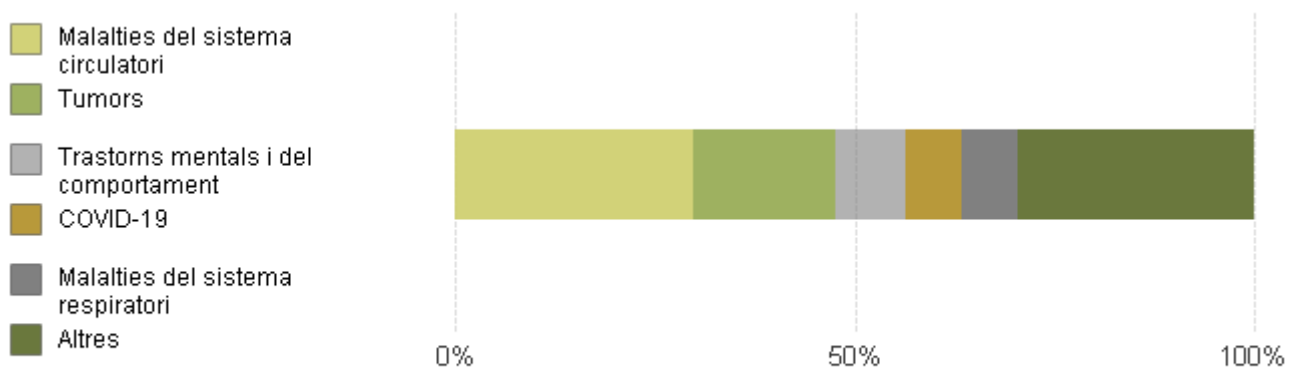
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

4.3 CAUSES DE MORTALITAT

4.3.1 Mortalitat segons les 20 grans causes

El **2022** les **principals grans causes de** van ser: **malalties del sistema circulatori** (509 defuncions), **tumors** (472 defuncions), **malalties del sistema respiratori** (160 defuncions), **COVID-19** (137 defuncions) i **trastorns mentals i del comportament** (135 defuncions). En conjunt, les defuncions per aquestes causes representen el 71,7% del total de morts.

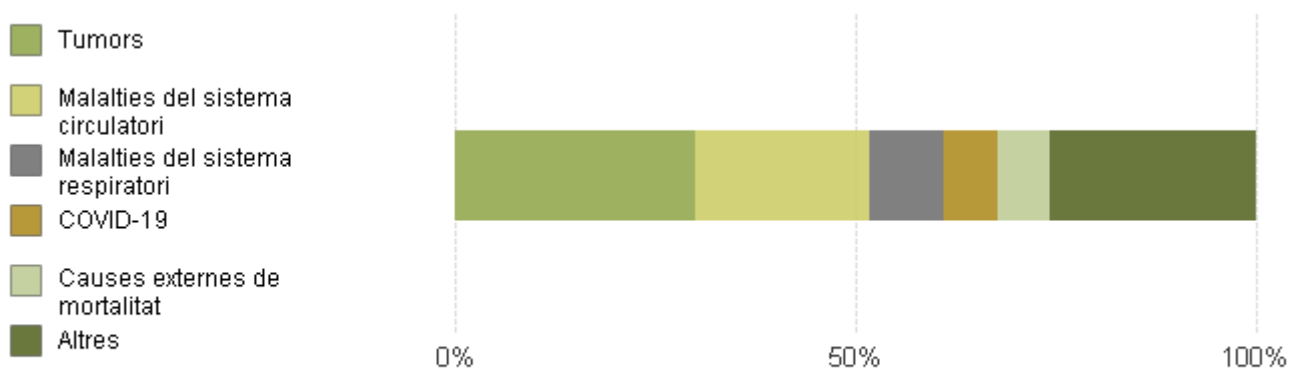
Fig. 80 | Principals grans causes de mortalitat en dones



Dades corresponents a 2022.

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

Fig. 81 | Principals grans causes de mortalitat en homes

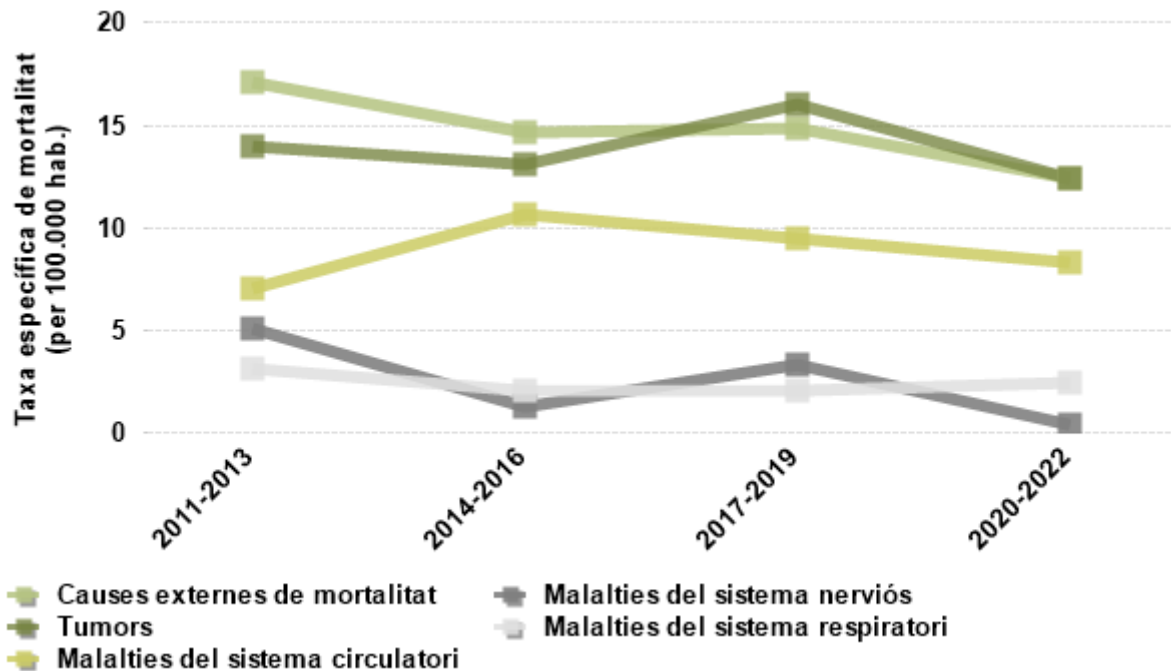


Dades corresponents a 2022.

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

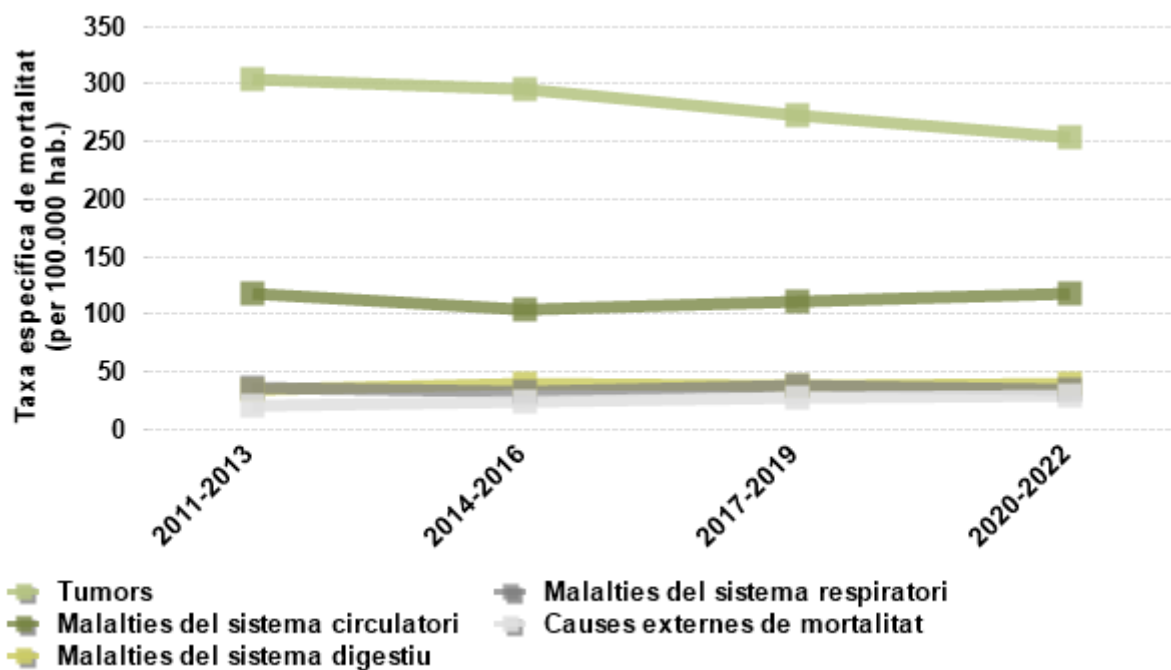
Les causes de mortalitat varien en funció de molts factors, entre ells l'edat. És per això que per tenir una perspectiva de com evolucionen les causes de mortalitat al municipi és interessant analitzar les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

Fig. 82 | Evolució de les cinc principals grans causes de mortalitat en la població d'entre 15 i 44 anys



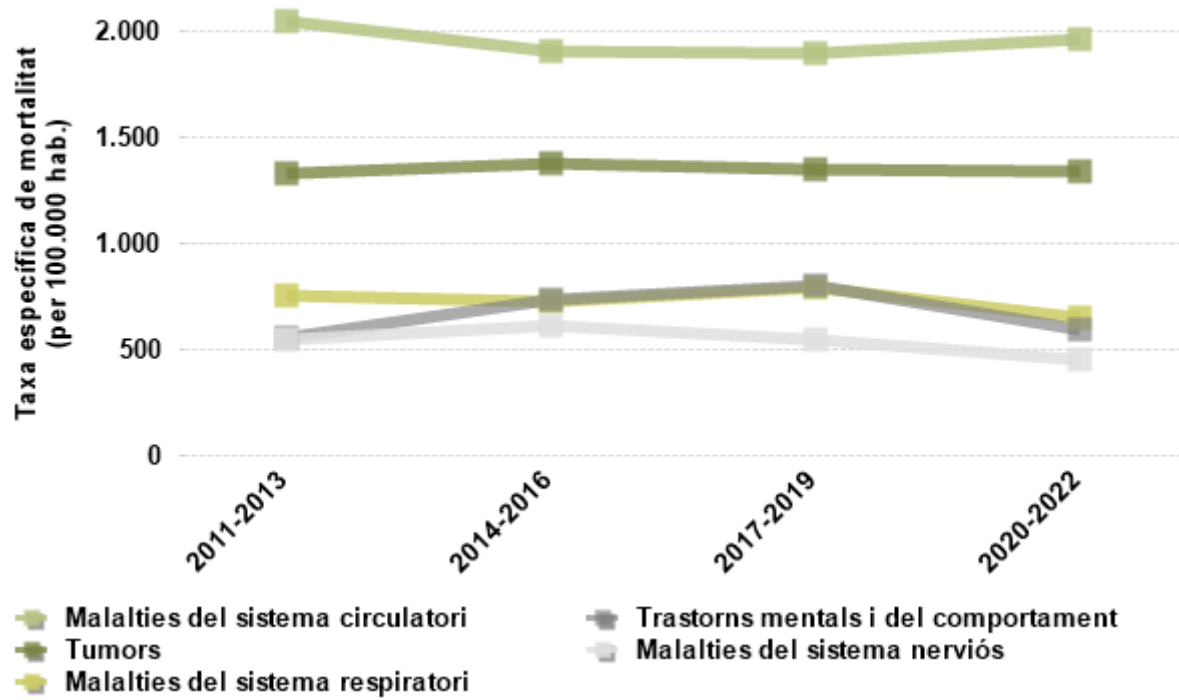
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 83 | 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. 84 | 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 Mortalitat segons la llista reduïda de 102 causes

El 2022 les principals causes de mortalitat segons la llista de 102 causes van ser: **COVID-19** (137 defuncions), **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** (127 defuncions), **malalties cerebrovasculars** (112 defuncions), **resta de malalties cardíaques** (99 defuncions) i **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** (92 defuncions). En conjunt les defuncions per aquestes causes representen el 28,8% del total de morts.

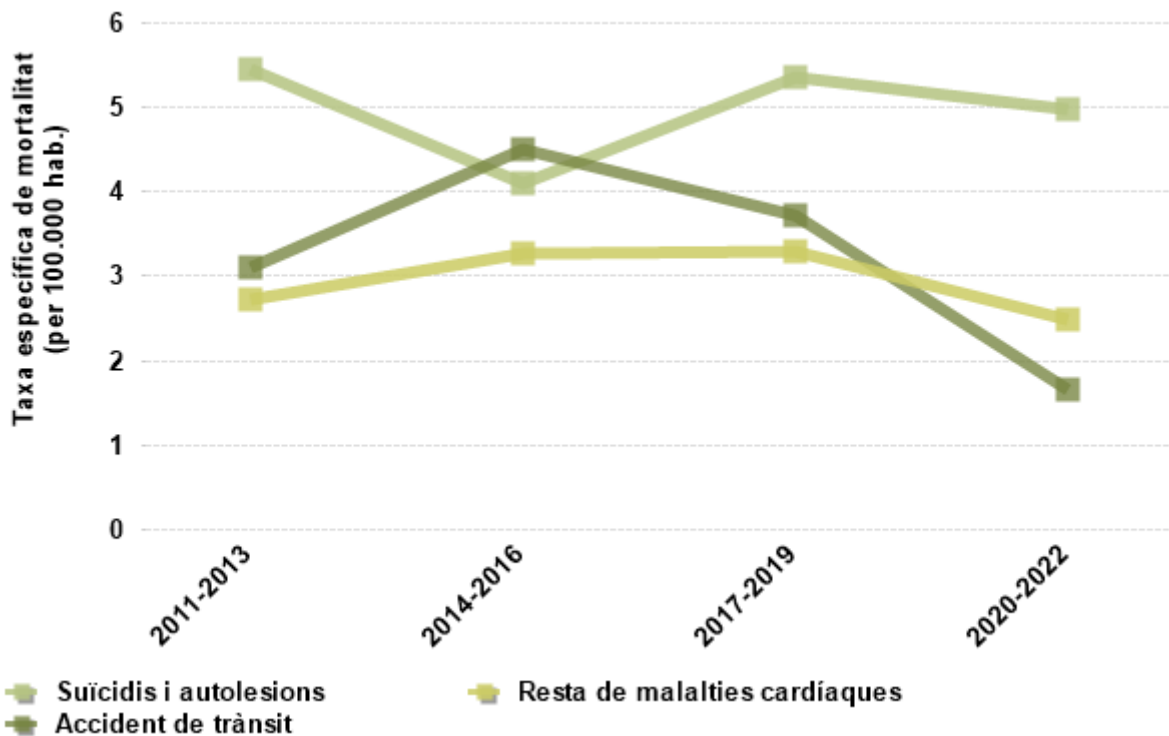
Per sexe, el 2022 les principals causes de defuncions van ser:

En dones: **trastorns mentals orgànics, senils i presenils** amb 83 defuncions i **COVID-19** amb 69 defuncions.

En homes: **tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó** amb 73 defuncions i **COVID-19** amb 68 defuncions.

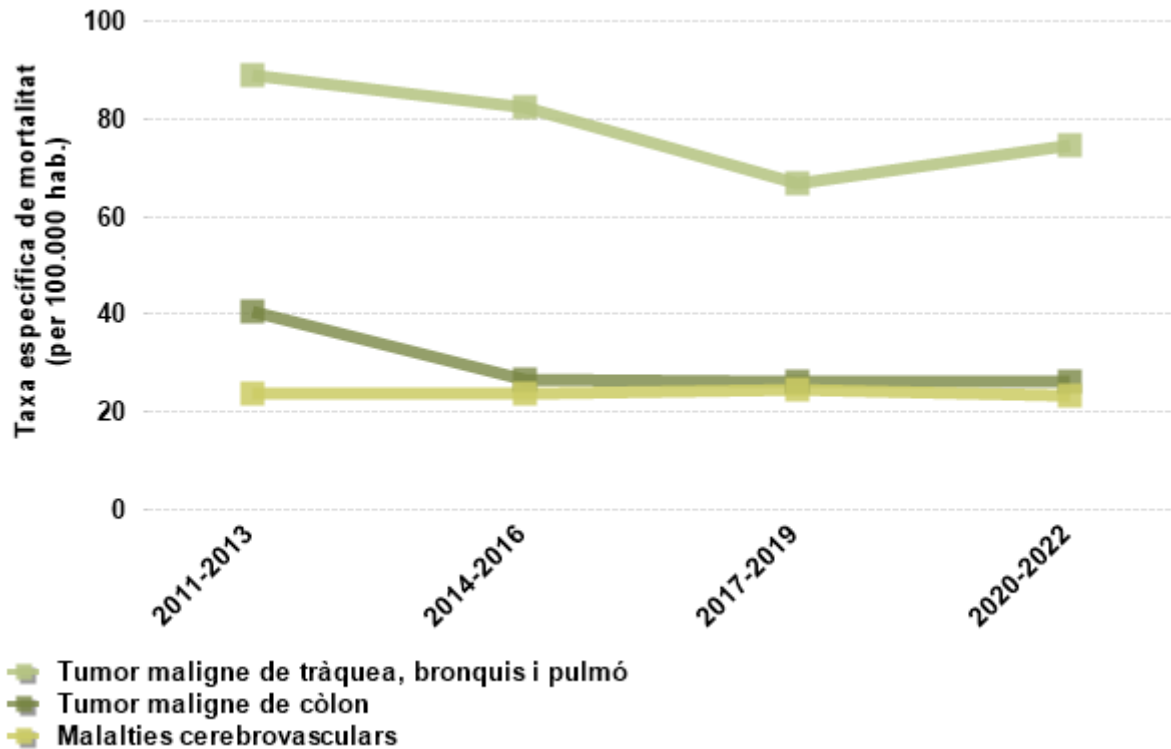
Com a l'apartat anterior, a continuació s'analitzen les taxes específiques de mortalitat per grups d'edat.

Fig. 85 | Evolució de les tres principals causes de mortalitat (segons la llista de 102 causes) en la població d'entre 15 i 44 anys



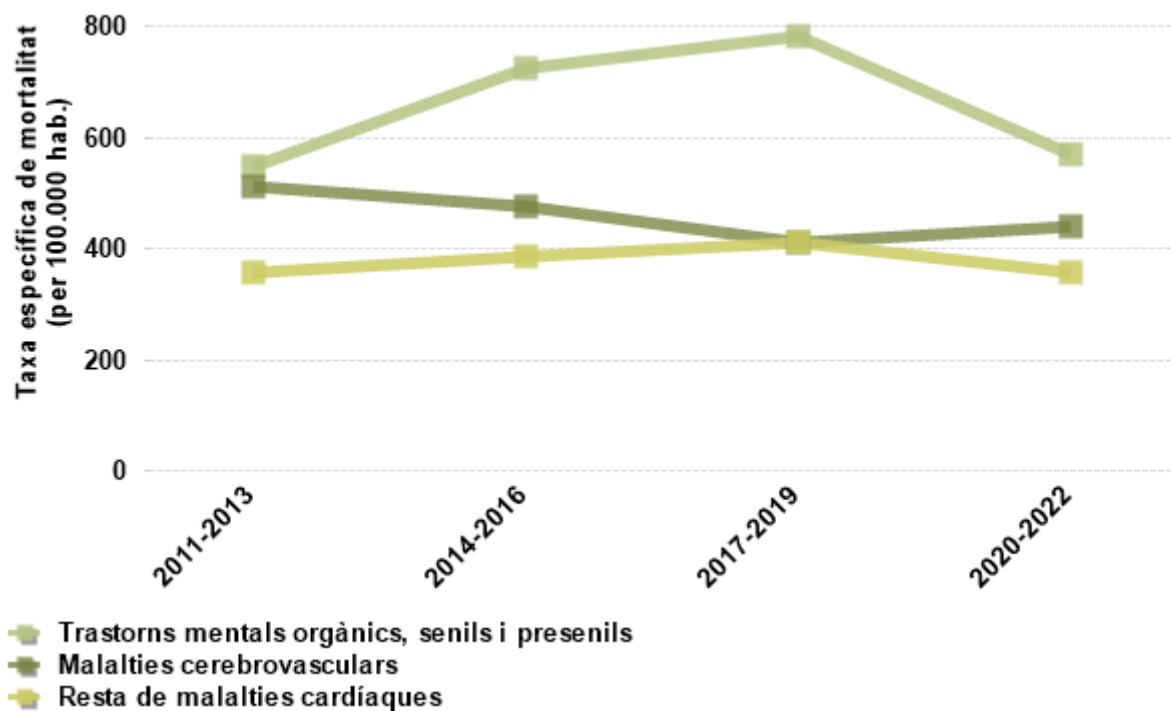
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.

Fig. 86 | Evolució de les tres 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. 87 | Evolució de les tres 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

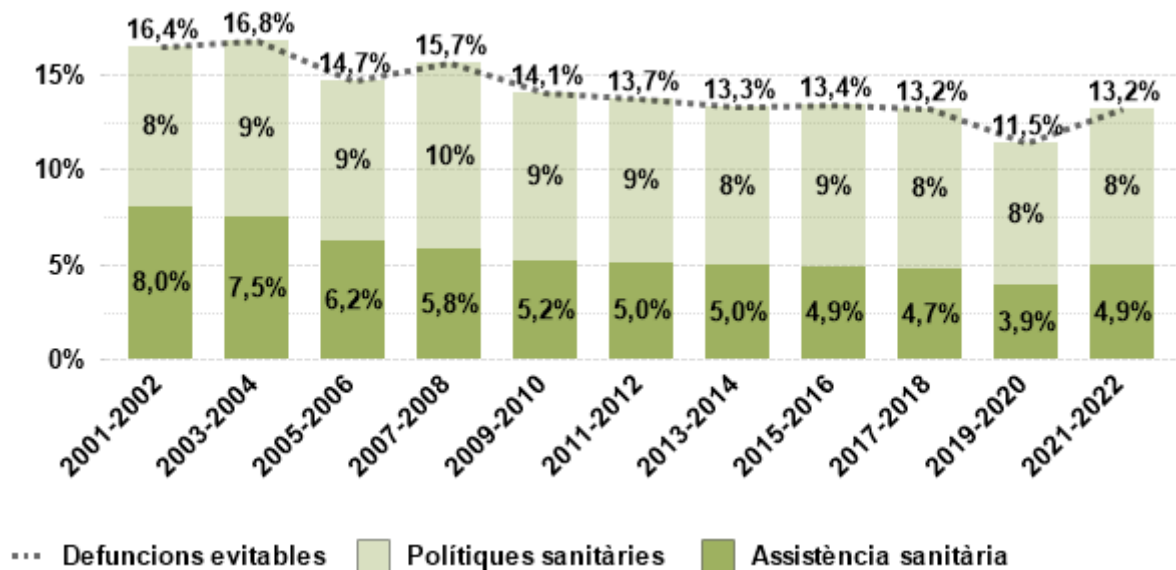
4.4 MORTALITAT EVITABLE

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 **2022** es van produir a Sabadell **281 defuncions evitables** (el 14,2% del total de morts). El 35,6% de les defuncions evitables es produí en dones i el 64,4% restant en homes.

La majoria de les defuncions evitables (un 62%) es podrien haver previngut mitjançant polítiques sanitàries intersectorials.

Fig. 88 | Evolució del pes relatiu de la mortalitat evitable respecte al total de defuncions



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

Fig. 89 | 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)	79
	Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó (0-74 anys)	25
	Suïcidis (totes les edats)	9
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Tumor maligne de mama femenina (0-74 anys)	25
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	14
	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	11
	Malaltia respiratòria aguda, pneumònia i influença (0-74 anys)	5
	Hernia abdominal (0-74 anys)	4
	Hipertensió (0-74 anys)	3
	Tumor maligne de coll d'úter (15-74 anys)	3

Dades corresponents a 2021-2022.
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

Fig. 90 | 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)	101
	Resta de causes externes (totes les edats)	72
	Suïcidis (totes les edats)	25
	Malaltia alcohòlica del fetge (15-74 anys)	5
	Accidents de trànsit amb vehicles a motor (totes les edats)	5
	Sida i infecció per VIH (totes les edats)	3
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	Malaltia isquèmica del cor (35-74 anys)	54
	Malalties cerebrovasculars (0-74 anys)	35
	Hipertensió (0-74 anys)	10
	Malaltia respiratòria aguda, pneumònia i influença (0-74 anys)	8
	Causes perinatals (totes les edats)	3

Dades corresponents a 2021-2022
Font: Registre de mortalitat de l'INE. Elaboració pròpia.
Nota: Només es representen les causes de mortalitat evitable amb tres o més defuncions.

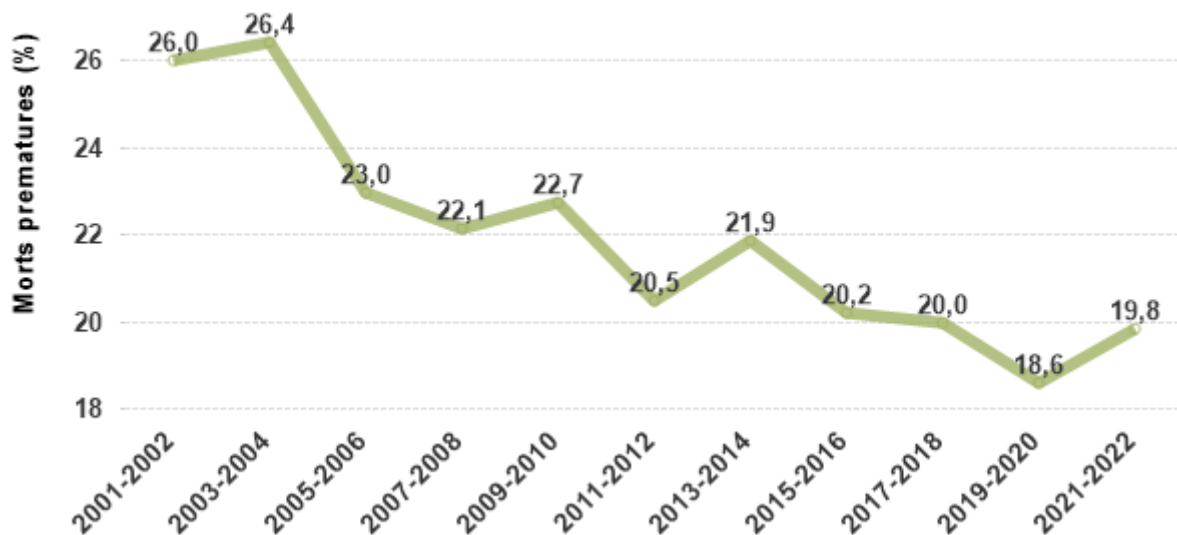
4.5 MORTALITAT PREMATURA

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

El **2022** a Sabadell es van produir **383 defuncions prematures** (122 dones i 261 homes), les quals representen un **19% respecte al total de morts**.

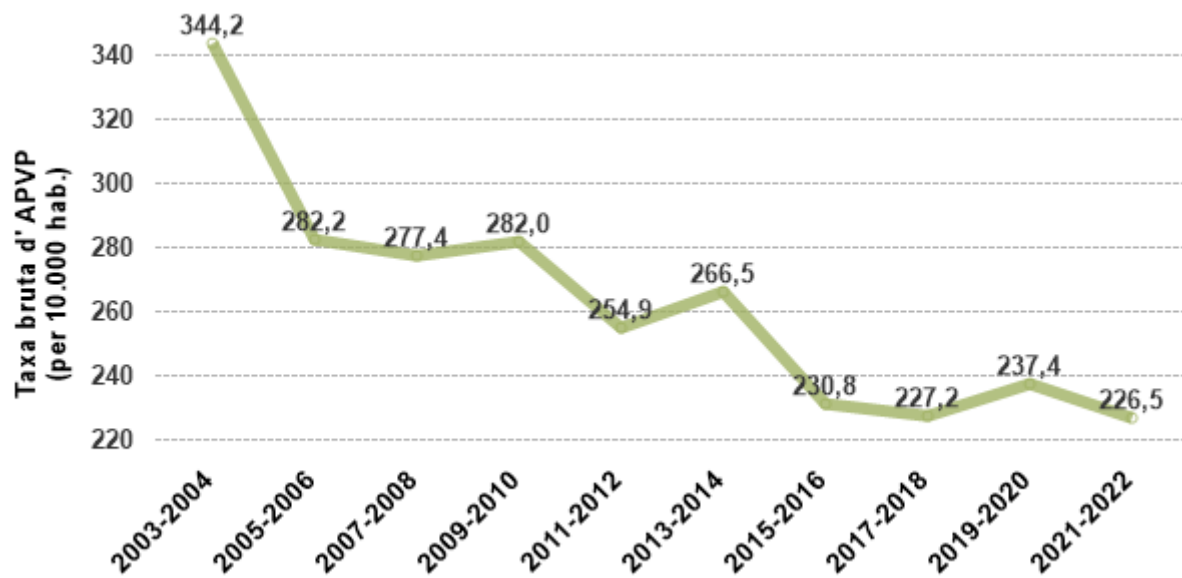
APVP: nombre d'anys que teòricament una persona deixa de viure si es produeix una mort prematura. Es calcula per l'interval d'edat **entre 1 i 70 anys** (es prescindeix de la mortalitat en edats tardanes i de la mortalitat infantil).

Fig. 91 | Evolució del pes relatiu de la mortalitat prematura respecte al total de defuncions



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

Les defuncions prematures van suposar un total de 4.148 APVP (1.338 APVP en dones i 2.810 APVP en homes).

Fig. 92 | Evolució de la taxa bruta d'APVP

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

Fig. 93 | 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	267,5	13
Suïcidis i autolesions	210,0	26
Resta de malalties cardíques	200,0	11
Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó	172,5	8
Resta de malalties del sistema digestiu	140,0	13
Malalties cerebrovasculars	130,0	16
Resta de malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	110,0	11
Tumor maligne d'encèfal	102,5	15
Tumors malignes de localització mal definida, secundaris i de localització no especificada	92,5	10
Tumor maligne d'estómac	92,5	12
Homicidis	70,0	35
Tumor maligne d'ovari	65,0	11
Resta de malalties del sistema respiratori	60,0	8
COVID-19	50,0	6
Resta de malalties isquèmiques del cor	50,0	13
	2.732,5	11

Dades corresponents a 2021-2022

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

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

Fig. 94 | 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	510,0	7
Suïcidis i autolesions	387,5	23
Resta de malalties cardíques	330,0	11
COVID-19	242,5	6
Malalties cerebrovasculars	227,5	10
Resta de malalties isquèmiques del cor	212,5	8
Tumor maligne de còlon	212,5	10
Tumor maligne de pàncrees	205,0	10
Tumor maligne d'encèfal	175,0	13
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues d'abús	170,0	21
Cirrosi i altres malalties cròniques del fetge	170,0	11
Resta de malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	170,0	12
Resta de malalties del sistema respiratori	142,5	12
Resta de malformacions congènites, deformitats i anomalies cromosòmiques	135,0	34
Resta de malalties dels vasos sanguinis	132,5	15
	5.635,0	11

Dades corresponents a 2021-2022

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

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

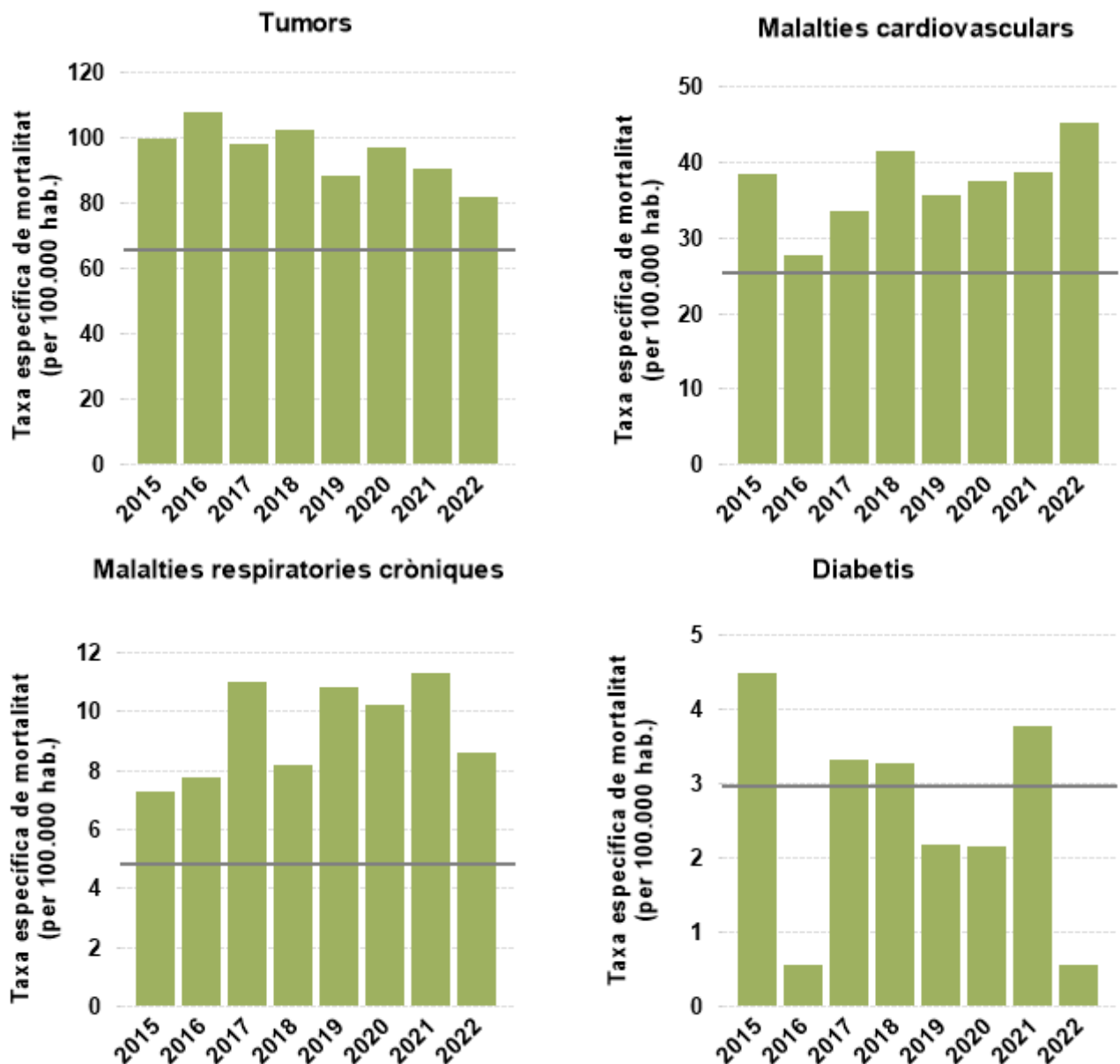
4.6 AGENDA 2030 I OBJECTIUS DE MORTALITAT

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 **fitxa 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**.

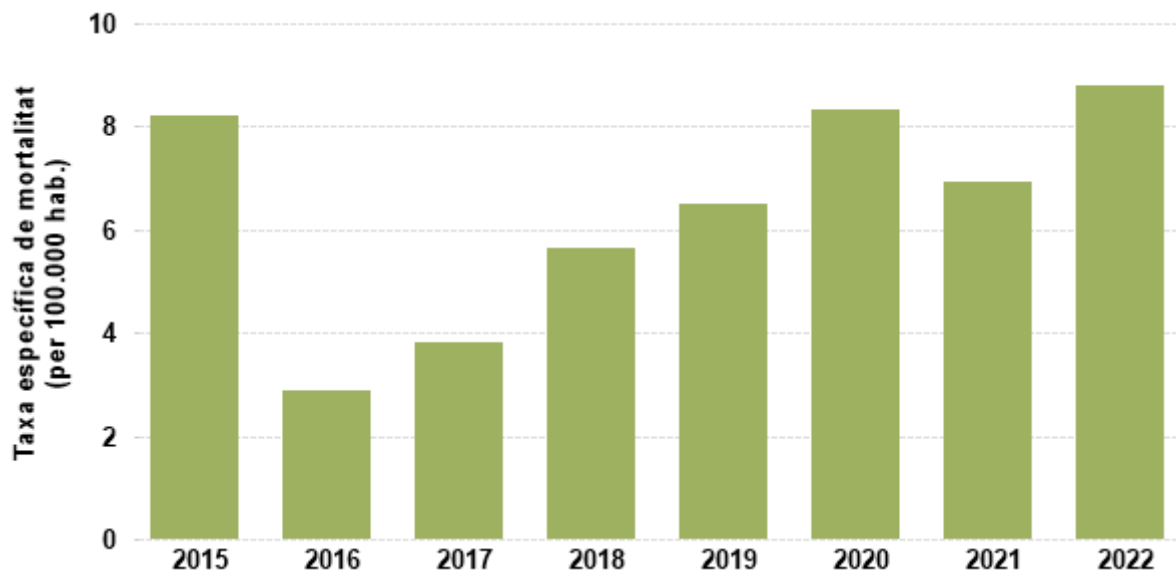
Per monitoritzar l'assoliment d'aquesta fitxa es proposen els indicadors de les figures 96 i 97:

Fig. 95 | 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.

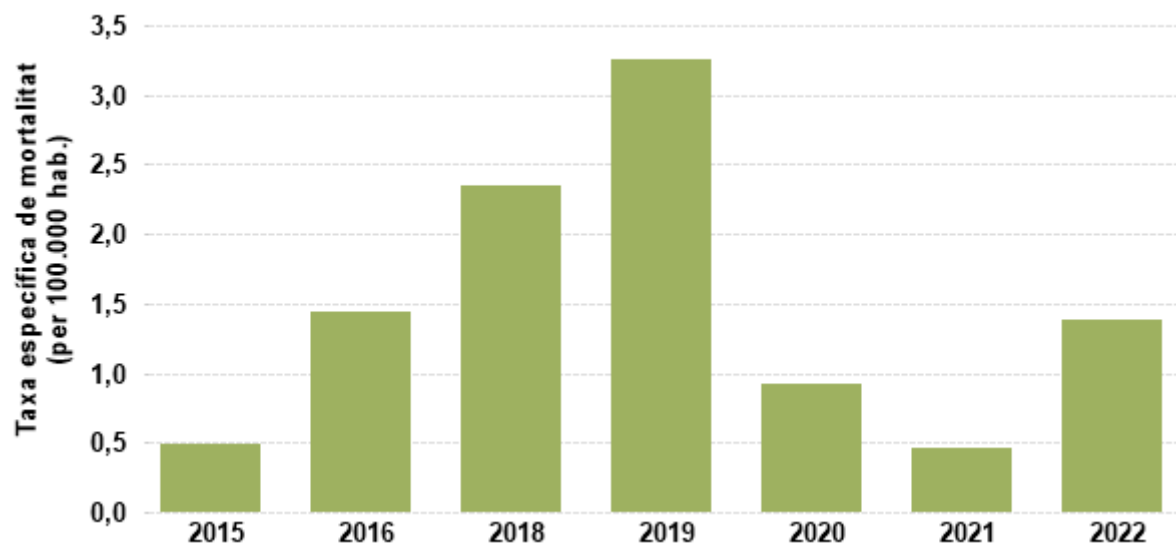
Nota: la línia de referència marca el valor objectiu segons la fitxa 3.4 de l'ODS 3.

Fig. 96 | 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. 97 | Evolució de la taxa de mortalitat atribuïda a intoxicacions involuntàries

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

5.

ACCIDENTALITAT VIÀRIA

A Catalunya, l'accidentalitat durant la primera dècada dels 2000 mostra una disminució notable. No obstant això, des del 2013 s'ha produït un estancament d'aquesta tendència, amb petits repunts pel que fa al nombre de morts i ferits greus. Queda encara, per tant, molt camí a recórrer a fi d'assolir els objectius alineats amb la Visió Zero que ha marcat la Unió Europea. El Pla de seguretat viària (PSV) 2024-2026 té com a objectiu general assolir aquesta Visió Zero i per arribar-hi es planteja una reducció del 50% de les víctimes mortals l'any 2030 en relació amb l'any 2019 i zero víctimes mortals i ferides greus el 2050.

A més, el PSV també marca com a objectiu millorar la qualitat ambiental i mitigar l'impacte de l'emergència climàtica en la mobilitat. Aquest objectiu ha de representar un punt d'inflexió en l'actual model de mobilitat centrat en els vehicles de motor, que té uns costos econòmics, socials, ambientals i per a la salut de les persones molt elevats.

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

Notes metodològiques



2050

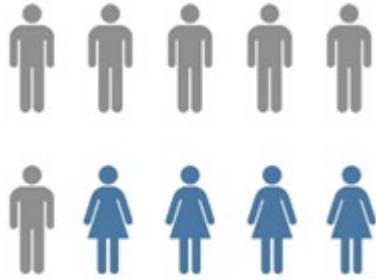
Visió Zero

Objectiu
0 víctimes
mortals i
ferits greus

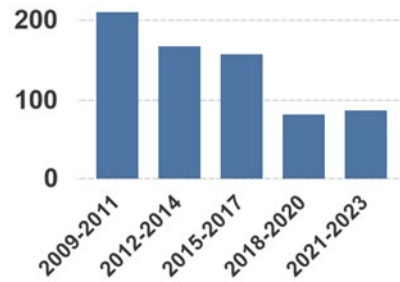
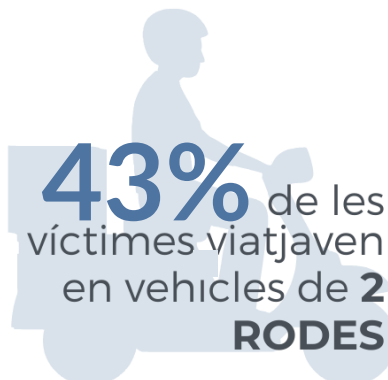
Els indicadors d'accidentalitat viària que es presenten en aquest apartat s'han elaborat a partir de les dades proporcionades pel **Servei Català de Trànsit**. Aquestes dades són recopilades pel **Sistema Integral de Recollida de Dades d'Accidents de Trànsit (SIDAT)**.

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

Dades destacades de morts i ferits greus el trienni 2021-2023 a Sabadell



6 DE CADA 10
VÍCTIMES SÓN **HOMES**



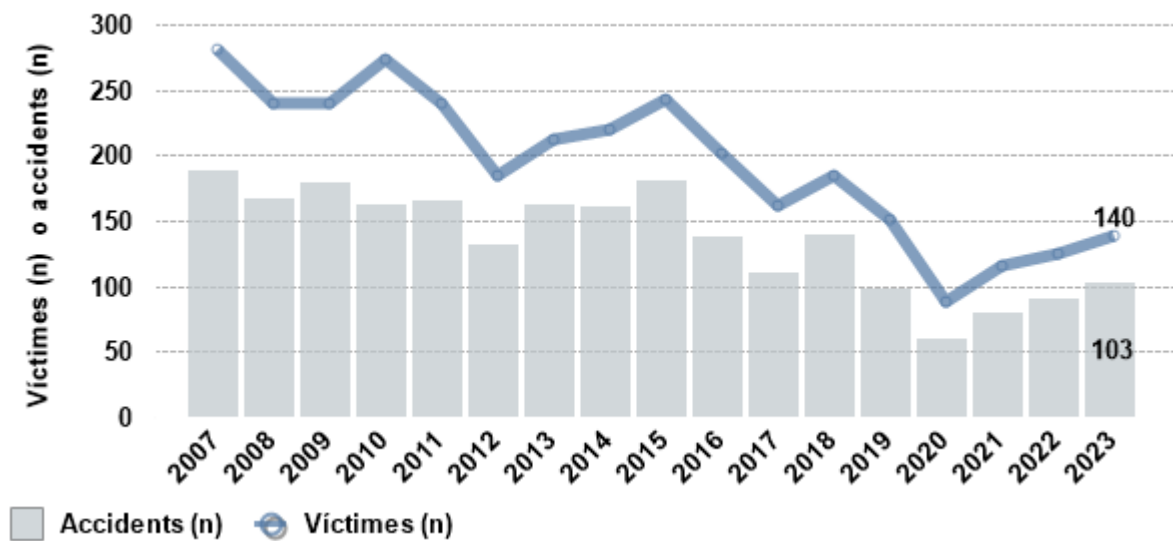
MORTS I FERITS
GREUS



5.1 CARACTERÍSTIQUES DELS ACCIDENTS AMB VÍCTIMES

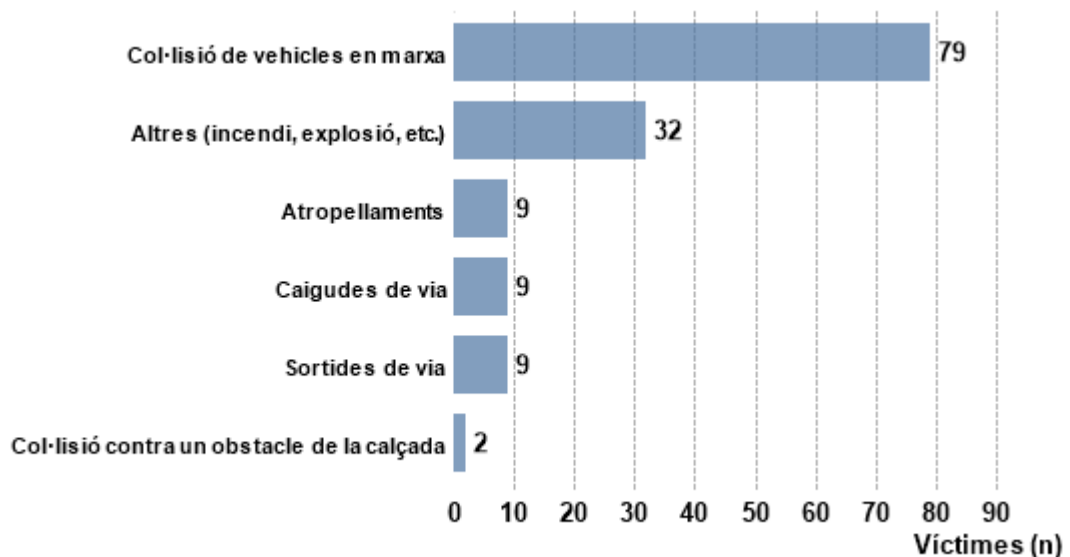
El 2023 es van comptabilitzar **103 accidents amb 258 persones implicades (105 d'il·leses, 103 de ferides lleus i 37 de ferides greus o mortes; 13 sense dades)**. El major nombre de víctimes es van donar en accidents per **col·lisió de vehicles en marxa, en dia feiner i en vies de zona interurbana**.

Fig. 98 | Evolució del nombre d'accidents amb víctimes i del nombre de víctimes



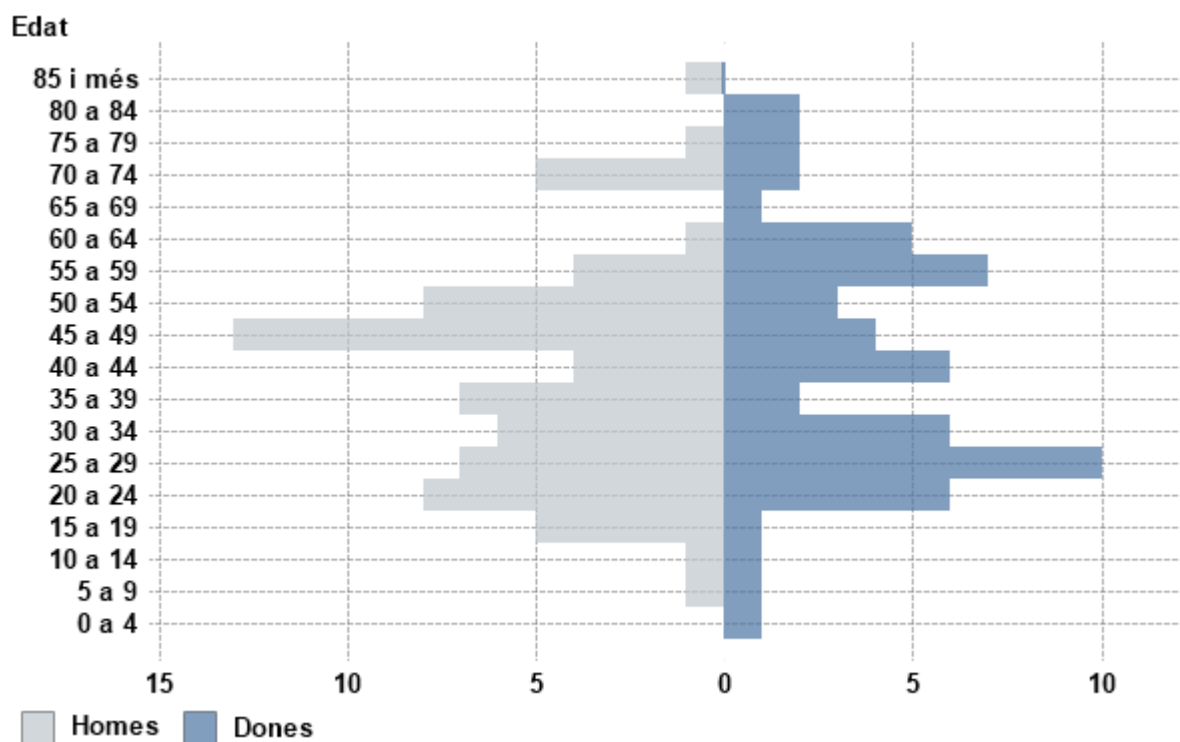
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 99 | Nombre de víctimes en funció del tipus d'accident



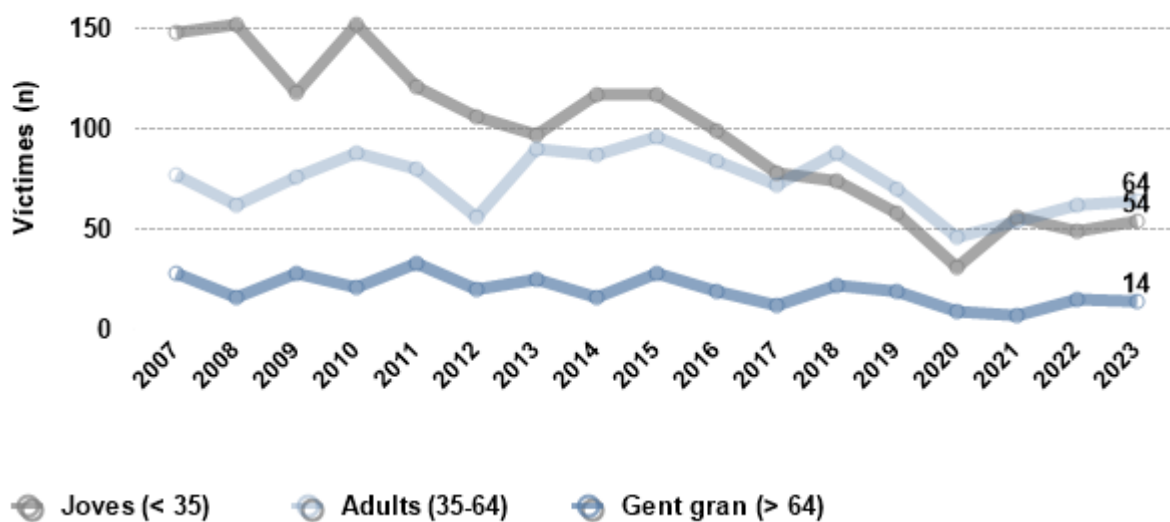
Dades corresponents a 2023.

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

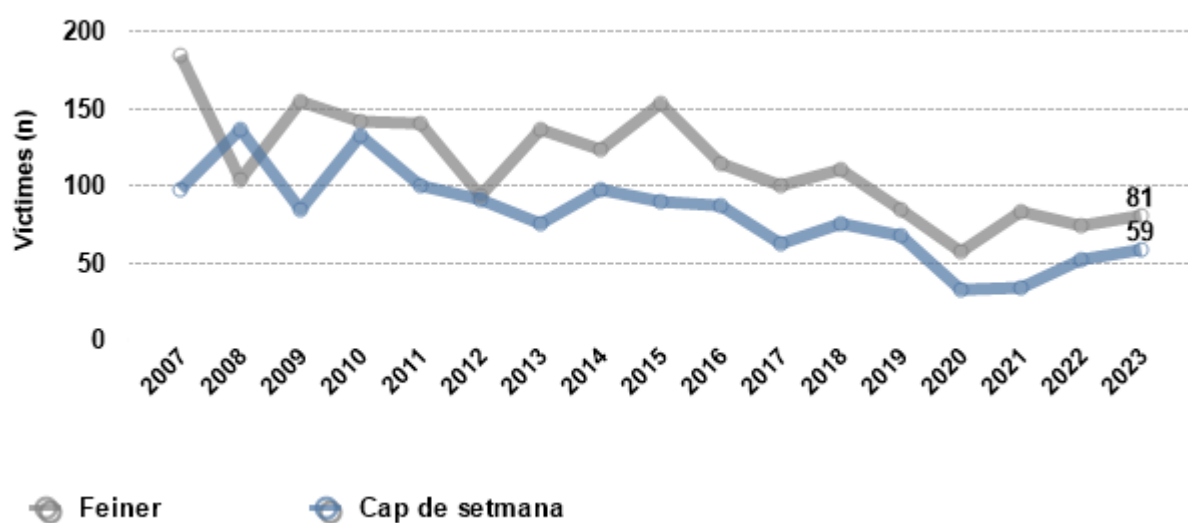
Fig. 100 | Distribució per edat i sexe de les víctimes

Dades corresponents a 2023.

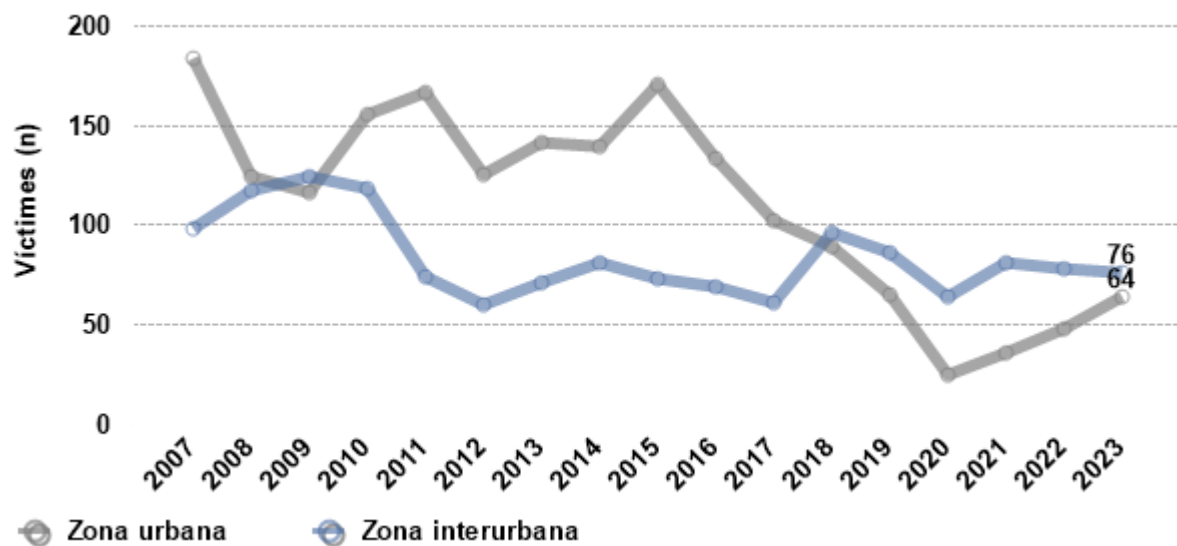
Font : Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 101 | Evolució del nombre de víctimes segons el grup d'edat

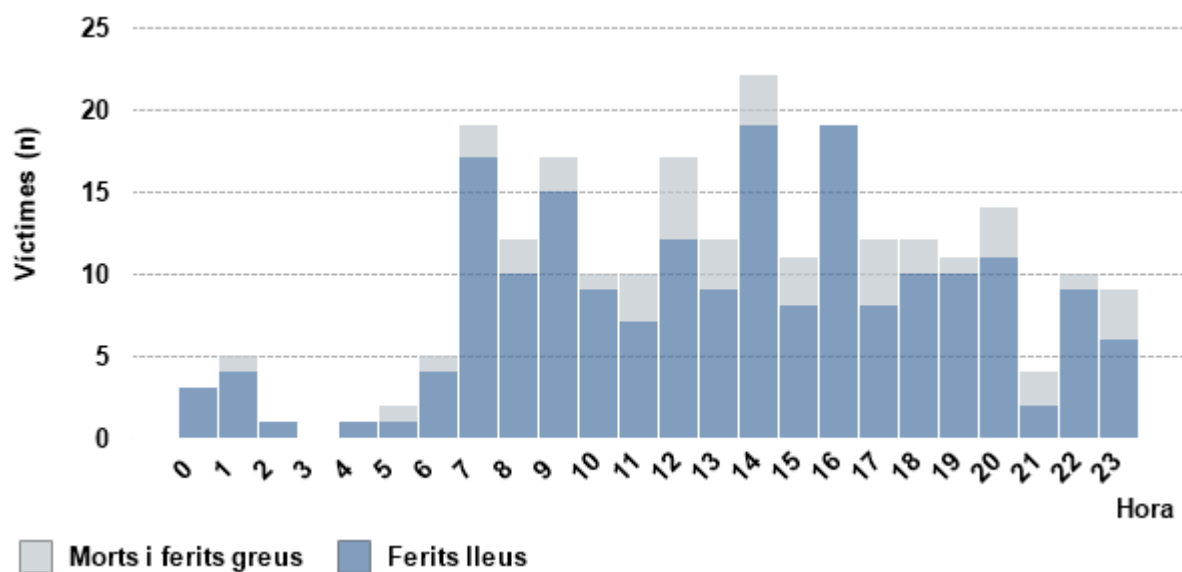
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

Fig. 102 | Evolució del nombre de víctimes segons la tipologia de dia

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

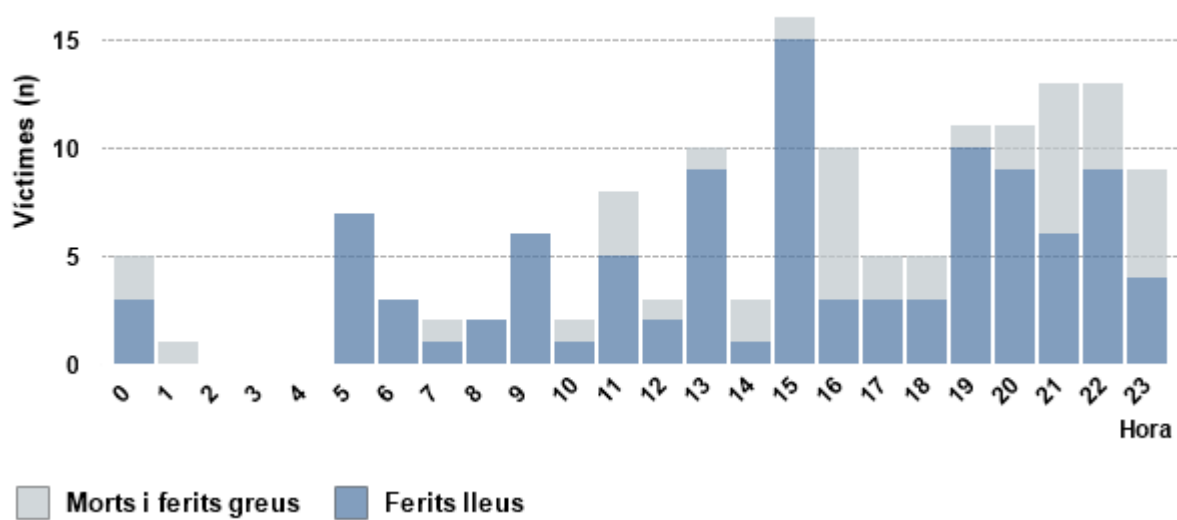
Fig. 103 | Evolució del nombre de víctimes segons la zona de l'accident

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

Fig. 104 | Víctimes segons la franja horària els dies feiners

Dades corresponents a 2021-2023.

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

Fig. 105 | Víctimes segons la franja horària els caps de setmana

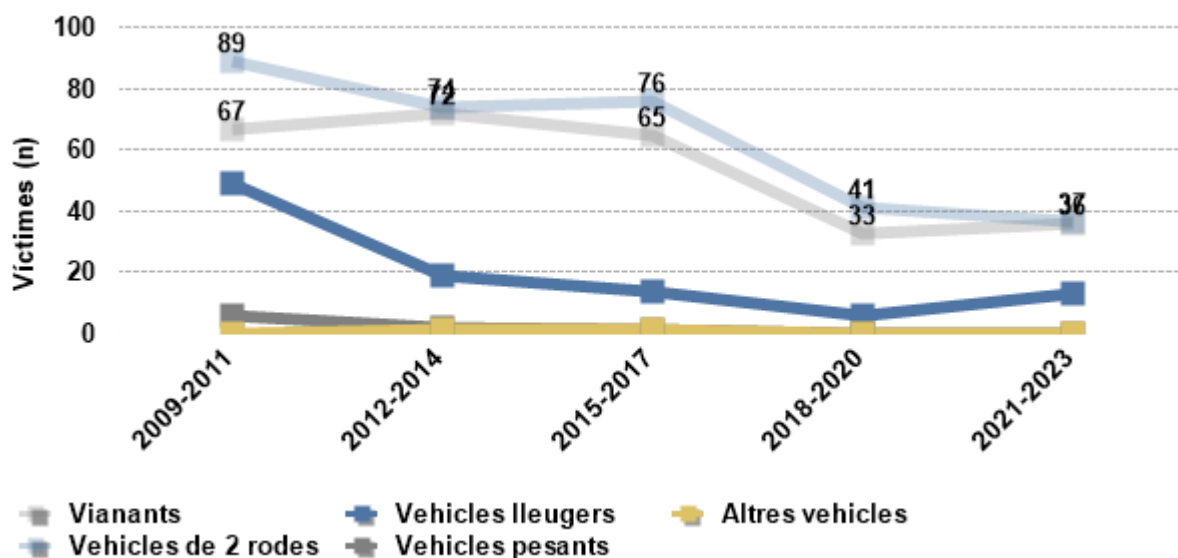
Dades corresponents a 2021-2023.

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

5.2 COL·LECTIUS VULNERABLES

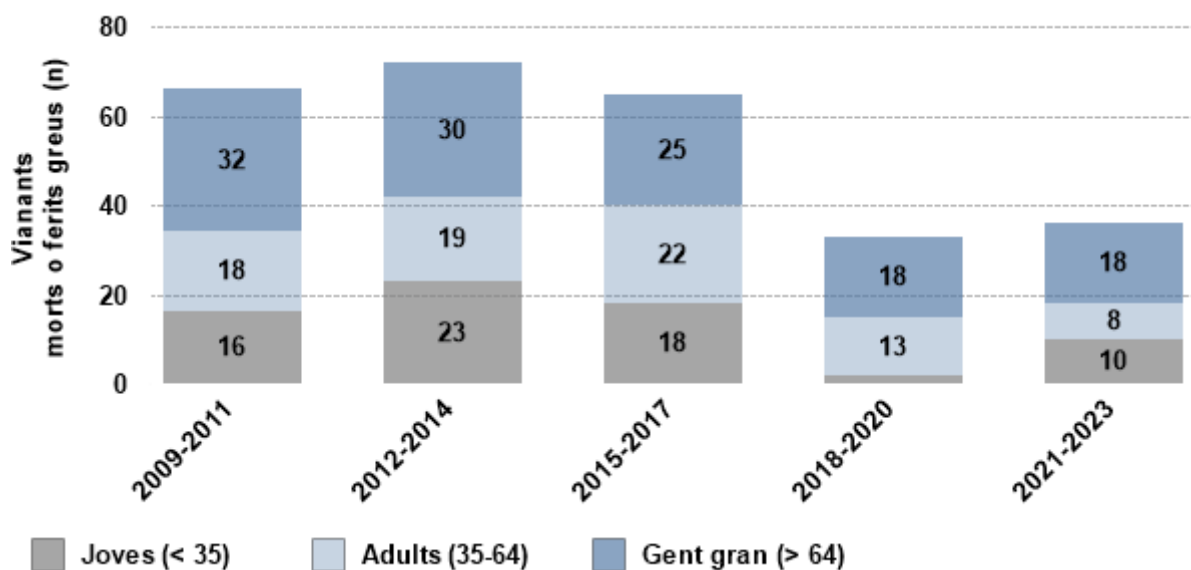
El PSV 2024-2026 presenta objectius específics per a la protecció dels col·lectius més vulnerables. Concretament s'ha fixat com a objectiu **reduir un 20% les víctimes mortals per sinistres viaris en zona interurbana i un 5% en zona urbana l'any 2026 en relació amb l'any 2019.**

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



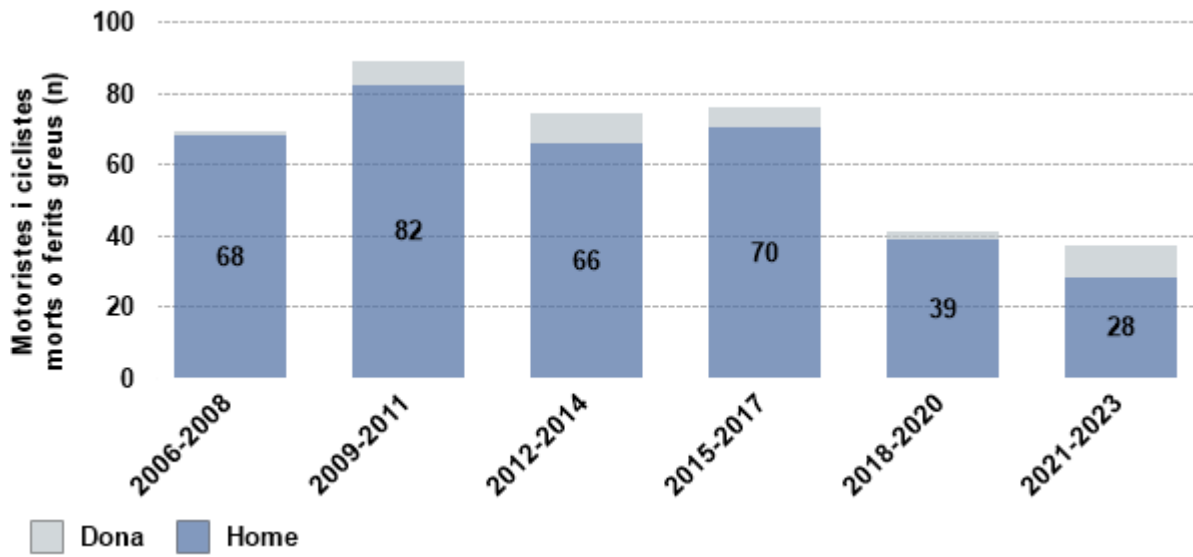
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

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



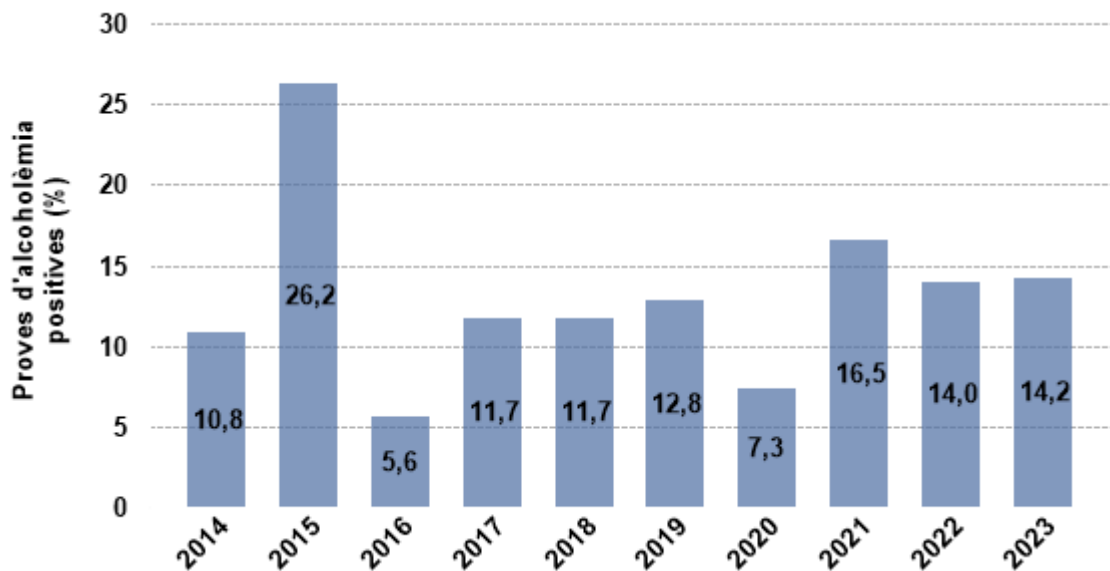
Font: Registre SIDAT del Servei Català de Trànsit. Elaboració pròpia.

5.3 ALCOHOLÈMIA

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

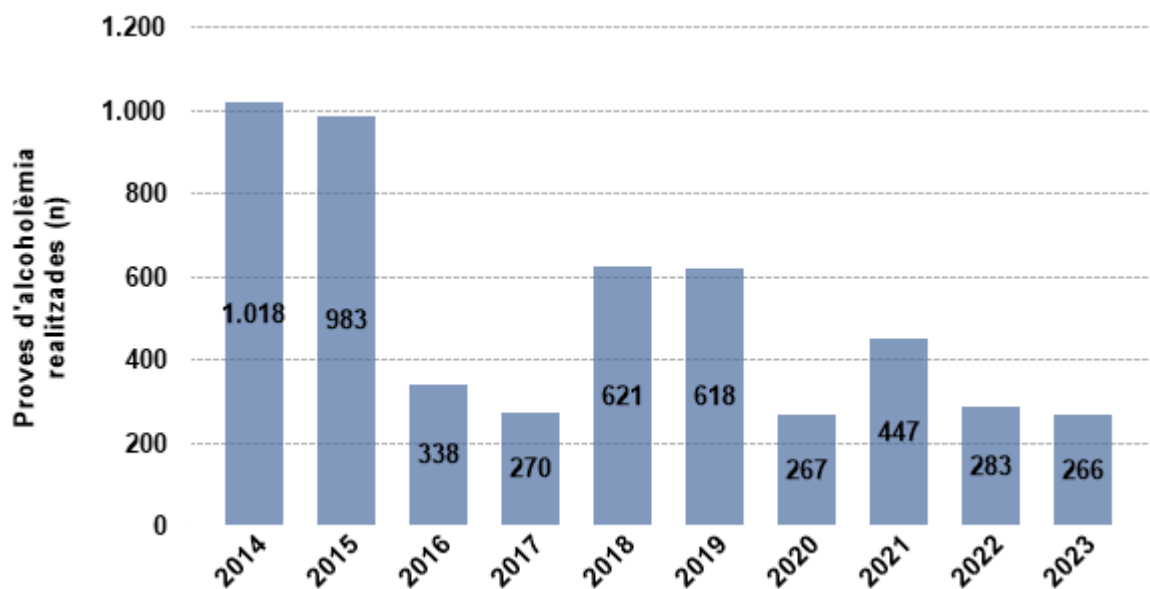
Segons les últimes dades publicades pel Servei Català de Trànsit, a Catalunya poc més de l'1% dels conductors circula amb una taxa d'alcohol per sobre de la permesa. No obstant això, entre els accidentats, el mateix percentatge es va situar en el 14% (2021), i entre els conductors morts en el 28,2% (2022).

Fig. 109 | Evolució del percentatge de proves d'alcoholèmia positives en controls fets a Sabadell



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

Fig. 110 | Evolució del nombre de proves d'alcoholèmia fetes en controls a Sabadell



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

6.

SOCIOECONOMIA

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

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

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

Notes metodològiques



2030

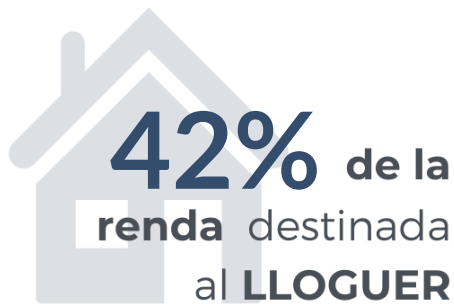
ODS 11

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

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

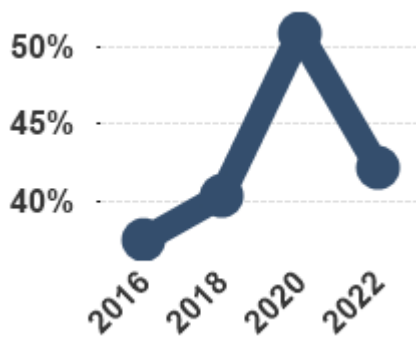
Enguany no hem disposat de les dades d'esforç econòmic del lloguer, raó per la qual es tornen a presentar els resultats corresponents al 2022 que ja es van presentar en l'edició anterior.

Dades socioeconòmiques destacades de l'any 2023 a Sabadell



11%

d'ATUR



Evolució de l'esforç per pagar el lloguer

59%

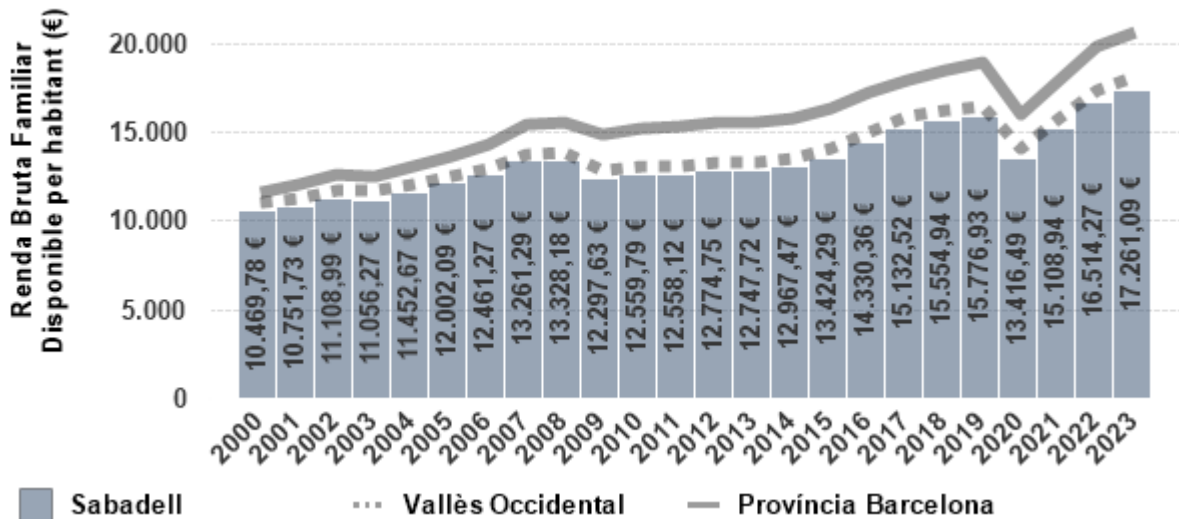
dels aturats reben **prestacions per desocupació**

6.1 ACTIVITAT ECONÒMICA

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

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

Fig. 1091 | Evolució de la RFDB per habitant



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

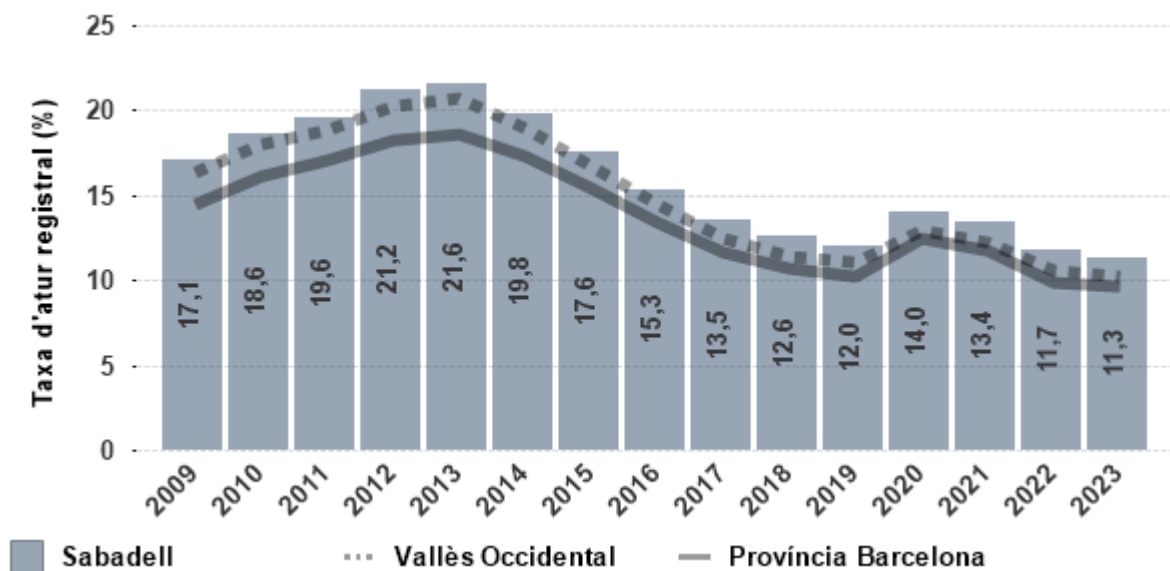
6.2 MERCAT DE TREBALL

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

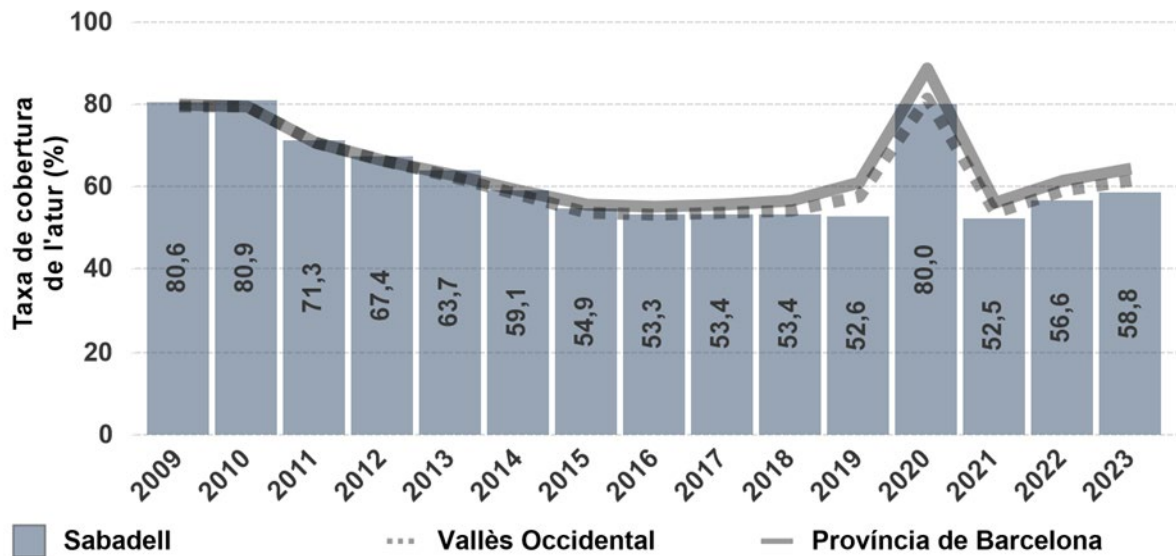
Taxa d'atur registral: es calcula a partir de valors obtinguts de registres administratius i mesura la relació existent entre l'atur registrat i una aproximació a la població activa registrada.

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

Fig. 112 | Evolució de la taxa d'atur registral



Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

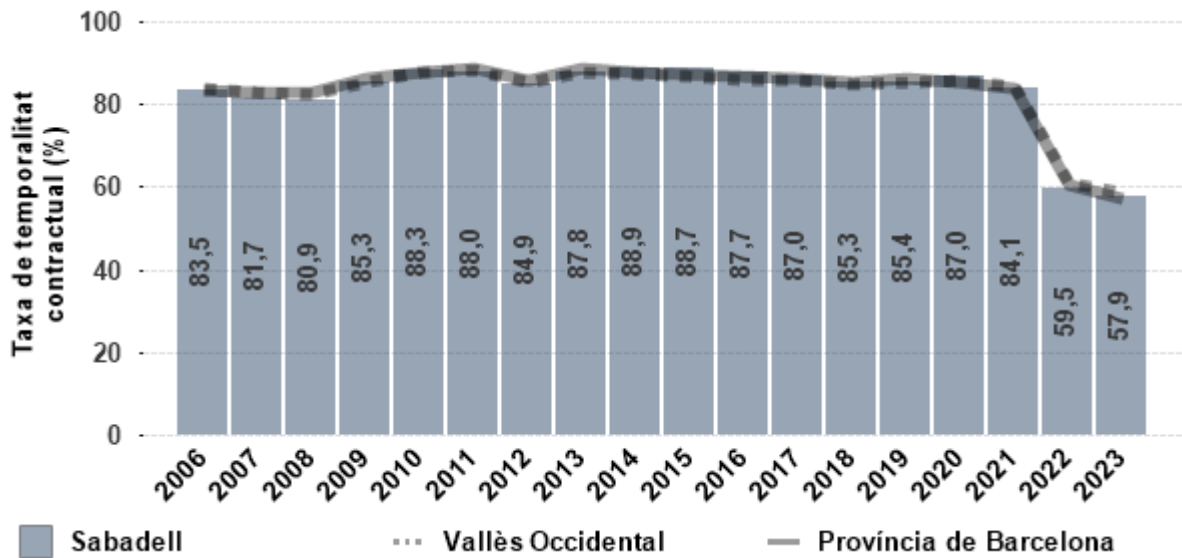
Fig. 113 | Evolució de la taxa de cobertura de les prestacions per desocupació

Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

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

A banda de l'atur, la qualitat de la feina i les condicions de treball poden afectar de manera important la salut de les persones. Des de fa anys, els contractes suposen un percentatge molt elevat del total, i és un manifest de la situació de precarietat laboral. La successió de contractes de treball temporal de curta durada genera inseguretat laboral i vital, la qual cosa repercuteix negativament sobre la salut de qui la pateix. Al 2022 es constata una clara reducció de la taxa de temporalitat contractual, probablement vinculada a la reforma laboral del Real Decret-Llei 32/2021, de 28 de desembre.

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

Fig. 114 | Evolució de la taxa de temporalitat contractual

Font: Programa HERMES. Elaboració pròpia.

6.3 HABITATGE

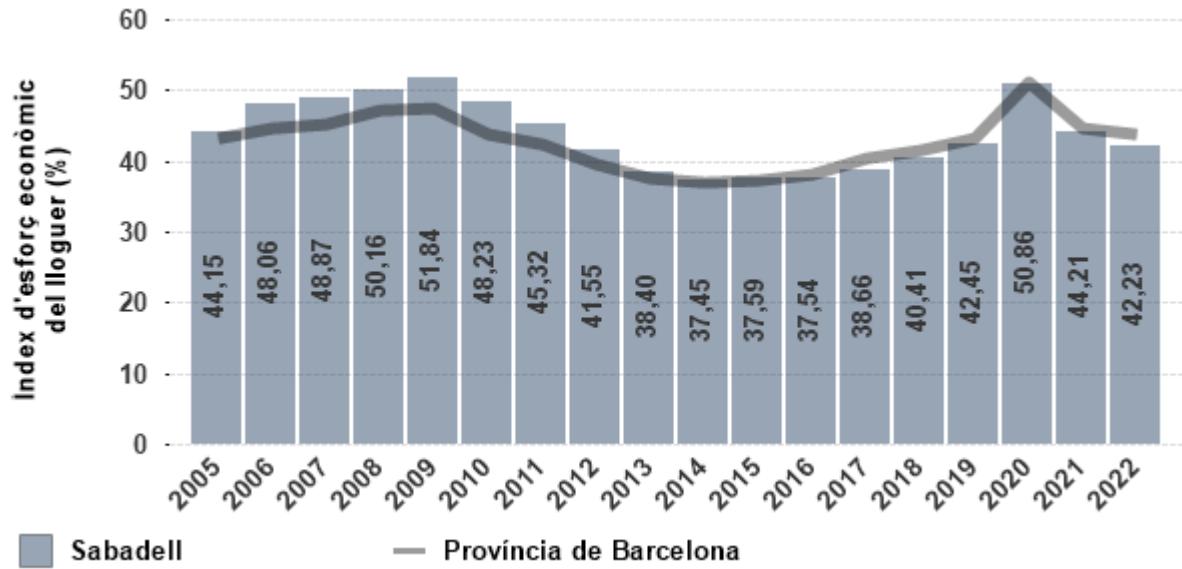
És fonamental garantir l'accés a un habitatge digne i adequat per protegir la salut i evitar problemes d'exclusió residencial. Aquesta garantia és especialment necessària en el cas dels col·lectius més vulnerables: famílies amb pocs recursos, famílies monoparentals, gent gran i joves amb problemes per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

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

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

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

Fig. 115 | Evolució de l'índex d'esforç econòmic del lloguer



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

7.

QUALITAT DE L'AIRE

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

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

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

Aquest organisme considera les PM₁₀ i el NO₂ dos dels principals contaminants amb efectes sobre la salut i estableix uns valors guia de 10 µg/m³ pel NO₂ i 15 µg/m³ per les PM₁₀. Per la seva banda, la Directiva 2008/50/CE en matèria de qualitat de l'aire estableix uns llindars legals de 40 µg/m³ que a l'Estat van ser transposats pel RD 102/2011 de 28 de gener.

Notes metodològiques

Pla QA

Horitzó 2027

Objectiu
Valor màxim
de la mitjana
anual de NO₂
i PM₁₀: 25
µg/m³

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

S'exposen mitjanes anuals de contaminació per diòxid de nitrogen (NO₂) i de partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM₁₀).

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

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

Dades destacades de qualitat de l'aire l'any 2023 a Sabadell

ZQA Vallès - Baix Llobregat

12

Estacions NO₂

14

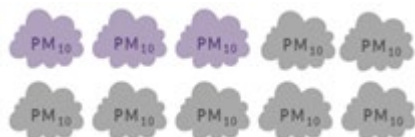
Estacions PM₁₀



EL **58%** D'ESTACIONS HAN ³
SUPERAT EL LÍMIT DE 25 µg/m
DE NO₂ DEL PLA QA 2027

MITJANA ANUAL MÀXIMA
REGISTRADA EN ESTACIÓ DE NO₂

32 µg/m³



EL **29%** D'ESTACIONS HAN ³
SUPERAT EL LÍMIT DE 25 µg/m
DE PM₁₀ DEL PLA QA 2027

MITJANA ANUAL MÀXIMA
REGISTRADA EN ESTACIÓ DE PM₁₀

28 µg/m³

7.1 CONTAMINACIÓ PER NO₂

El NO₂ és un gas que es genera bàsicament en processos de combustió provinents del trànsit (terrestre, aeri i marítim) i la indústria.

En termes de salut, la contaminació per NO₂ es relaciona amb inflamació de les vies respiratòries, augment dels símptomes de bronquitis en infants asmàtics i reducció de la funció pulmonar. Exposicions a llarg termini s'associen a reducció de l'esperança de vida.

A banda dels efectes negatius sobre la salut, el NO₂ també té efectes sobre el medi ambient i el clima.

Actualment, la legislació vigent estableix que la mitjana anual dels punts de mesurament no pot superar els valors de referència marcats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire en la Directiva 2008/50/CE i en el Reial decret 102/2011 en un valor de 40 µg/m³. Tanmateix hi ha altres lindars a considerar:

- 25 µg/m³, objectiu marcat per al 2027 al Pla de Qualitat de l'Aire de Catalunya
- 10 µg/m³, directriu sobre la Qualitat de l'Aire de l'OMS

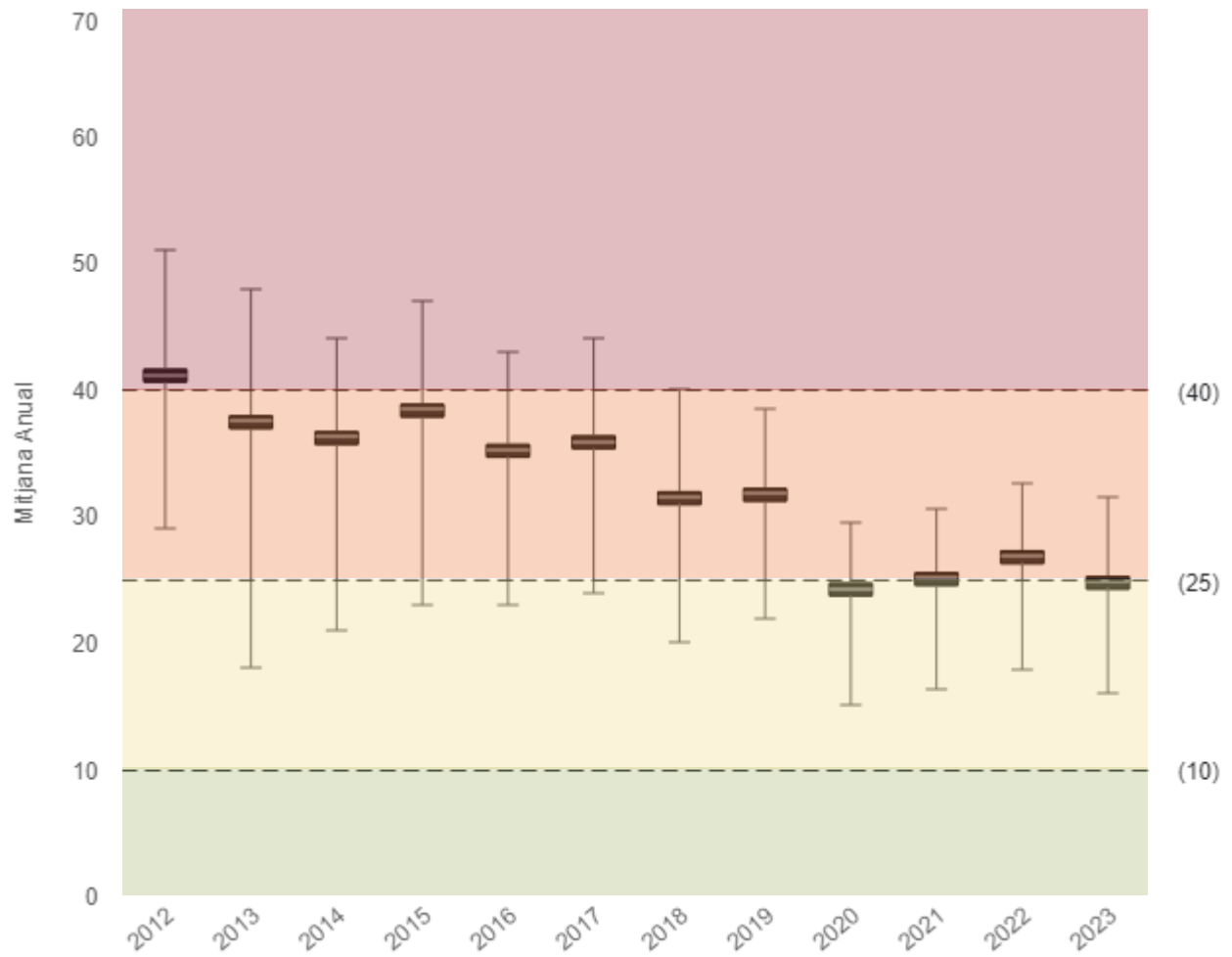
Fig. 1106 | Evolució temporal de la mitjana anual de NO₂ (µg/m³) en les estacions de la ZQA Vallès - Baix Llobregat

Estació	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
08088014	38	40	36	38	37	40	33	36	27	27	27	26
08114008	-	-	-	-	-	-	-	28	24	26	28	23
08124009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	33	30
08126002	42	38	40	40	38	36	32	36	28	28	31	32
08167003	-	18	21	23	23	24	20	22	16	18	18	18
08184008	28	26	27	31	23	28	23	23	19	19	20	18
08187012	48	43	43	42	39	38	36	34	28	28	28	27
08198001	48	43	41	42	41	43	39	33	29	28	31	28
08206002	30	30	27	28	27	27	24	26	19	20	21	19
08262008	42	41	40	41	38	38	33	34	28	26	27	24
08280010	36	33	37	38	38	37	32	32	24	27	28	28
08278011	51	44	44	47	42	40	36	38	28	28	32	29

	Valor igual o inferior a 10 µg/m³ (límit recomanat per l'OMS)
	Valor entre 11 µg/m³ i 25 µg/m³ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
	Valor entre 26 µg/m³ i 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
	Valor superior a 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)

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

Fig. 1117 | Evolució temporal de la mitjana anual de NO₂ (µg/m³) per al conjunt d'estacions de la ZQA Vallès - Baix Llobregat



- Valor igual o inferior a 10 µg/m³ (llindar recomanat per l'OMS)
- Valor entre 11 µg/m³ i 25 µg/m³ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
- Valor entre 26 µg/m³ i 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
- Valor superior a 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
- Mitjana anual del conjunt d'estacions de la ZQA

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

Nota: Els intervals indiquen les mitjanes anuals màximes i mínimes mesurades.

7.2 CONTAMINACIÓ PER PM₁₀

Les PM₁₀ són partícules en suspensió amb un diàmetre inferior a 10 micres. Malgrat que hi poden haver components naturals com la pols africana, la principal font d'aquest contaminant és antropogènica causada per exemple per la combustió en vehicles o calefaccions.

La contaminació per PM₁₀ s'associa a un augment del risc de patir malalties cardiovasculars, respiratòries i càncer de pulmó.

Actualment, la legislació vigent estableix que la mitjana anual dels punts de mesurament no pot superar els valors de referència marcats per a l'avaluació de la qualitat de l'aire en la Directiva 2008/50/CE i en el Reial decret 102/2011 en un valor de 40 µg/m³. Tanmateix hi ha altres llindars a considerar:

- 25 µg/m³, objectiu marcat per al 2027 al Pla de Qualitat de l'Aire de Catalunya
- 15 µg/m³, directriu sobre la Qualitat de l'Aire de l'OMS

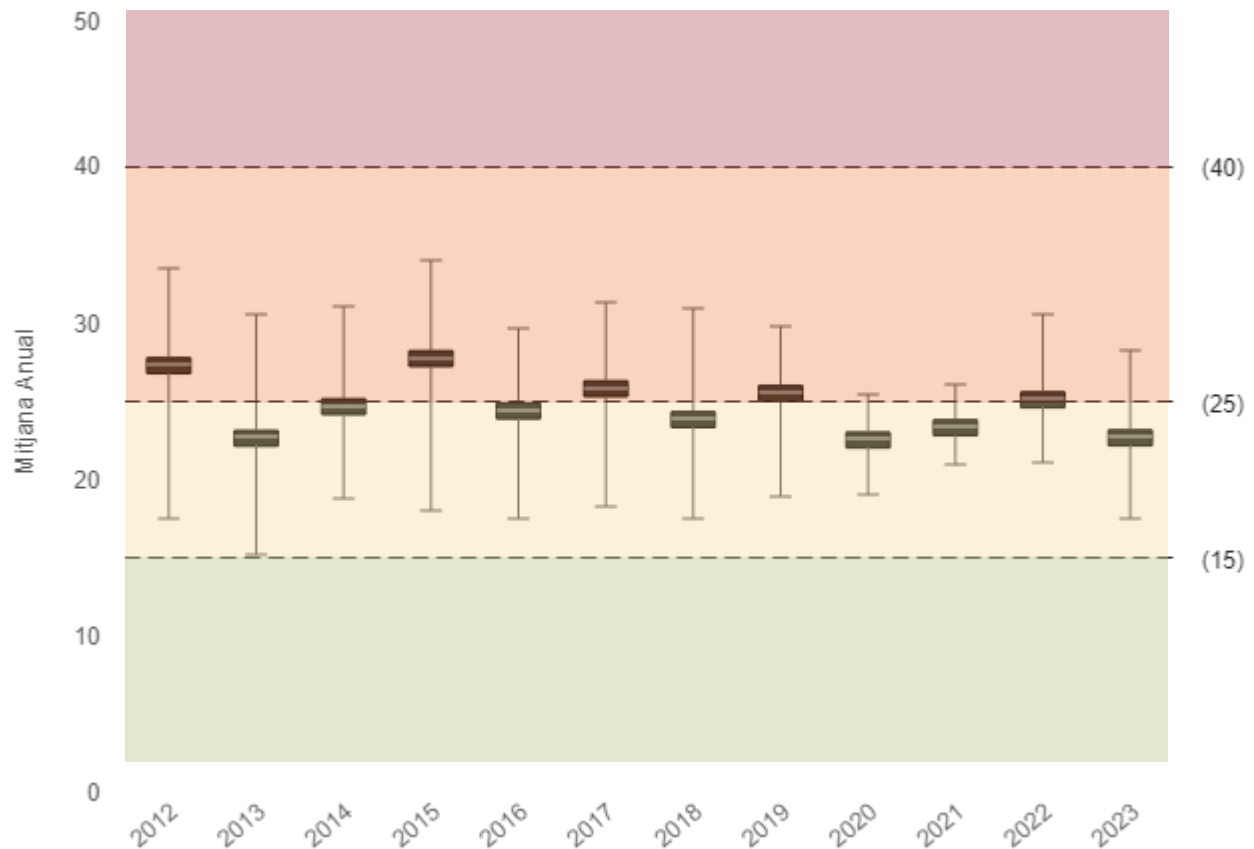
Fig. 118 | Evolució temporal de la mitjana anual de PM₁₀ (µg/m³) en les estacions de la ZQA Vallès - Baix Llobregat

Estació	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
08064001	27	22	24	28	24	28	24	24	21	23	28	24
08098014	33	31	28	34	28	31	28	28	24	24	23	26
08114008	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	18
08124008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	26
08126012	30	26	28	30	28	28	28	28	26	26	22	21
08126013	33	-	28	28	26	28	23	-	20	23	28	24
08138003	26	28	24	26	22	24	23	24	22	23	23	22
08167003	-	-	22	28	22	27	28	28	23	21	26	22
08184008	24	21	22	27	23	22	20	21	18	21	21	17
08187012	28	26	26	31	27	27	28	27	22	24	28	21
08198001	32	28	30	31	28	31	31	30	26	28	31	28
08206002	30	24	24	30	24	28	24	26	21	21	23	22
08280010	32	28	27	31	27	27	24	27	23	24	27	26
08278011	27	21	28	23	28	23	21	23	22	22	23	21

- Valor igual o inferior a 15 µg/m³ (lindar recomanat per l'OMS)
- Valor entre 16 µg/m³ i 25 µg/m³ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
- Valor entre 26 µg/m³ i 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
- Valor superior a 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)

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

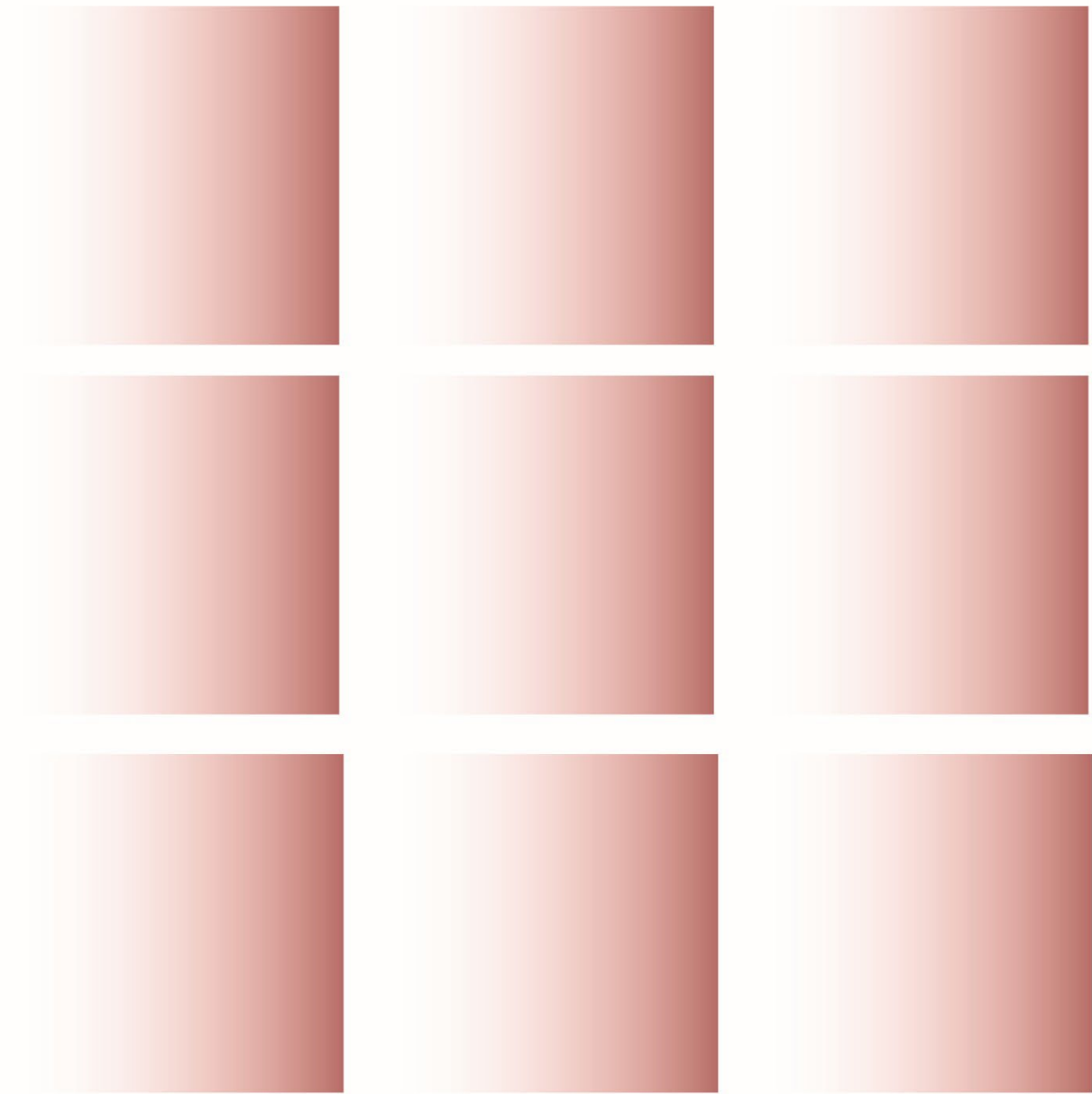
Fig. 11219 | Evolució temporal de la mitjana anual agregada de PM₁₀ (µg/m³) per al conjunt d'estacions de la ZQA Vallès - Baix Llobregat



- Valor igual o inferior a 15 µg/m³ (l'indiar recomanat per l'OMS)
- Valor entre 16 µg/m³ i 25 µg/m³ (màxim establert al Pla de Qualitat de l'Aire Horitzó 2027)
- Valor entre 26 µg/m³ i 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
- Valor superior a 40 µg/m³ (màxim legal que estableix la normativa actual)
- Mitjana anual del conjunt d'estacions de la ZQA

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

Nota: Els intervals indiquen les mitjanes anuals màximes i mínimes mesurades.



**Diputació
Barcelona**

**Àrea de Comerç, Consum
i Salut Pública**

Servei de Salut Pública

Passeig de la Vall d'Hebron, 171

Recinte Mundet

08035 Barcelona

Tel. 934 022 468

ssp.infoanalisi@diba.cat

www.diba.cat/salutpublica