

Salut Pública

Pla de Salut de la ciutat de Lleida 2012 / 2015

LA PAERIA



Ajuntament de Lleida

El document final que teniu a les mans és l'agrupació dels dos documents previs que, combinats, conformen a data d'avui el Pla de Salut de la ciutat de Lleida.

Tot seguit trobareu, en primer lloc, el diagnòstic preliminar que es va elaborar entre els mesos de febrer i desembre de 2011.

A continuació es reproduïx l'informe de resultats de la sessió participativa per a l'elaboració del Pla de Salut, celebrada a Lleida el dia 22 de desembre de 2011.

Pla de salut de Lleida

Diagnòstic preliminar

CSC – Consultoria i Gestió

Desembre 2011

Índex

1. INTRODUCCIÓ	6
1.1 Objectius de la redacció del Pla de Salut	6
2. METODOLOGIA DE LA DIAGNOSI	8
2.1 Recerca de fonts secundàries	8
2.2 Consulta a experts	9
2.3 Enquesta a la població	9
3. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES	10
3.1 Anàlisi de la realitat geogràfica	10
3.2 Evolució de la població	13
3.3 Estructura de la població	15
3.4 Projeccions de la població	21
3.5 Moviment natural i migratori	23
3.6 El creixement de la població	30
3.7 Habitatge	32
3.8 Mercat de treball	35
3.9 Prestacions socials	65
4. MORTALITAT	68
4.1 Mortalitat al municipi de Lleida	68
4.2 Causes de mort i distribució de la mortalitat segons sexe i any	74
5. ALTRES MALALTIES ESPECÍFIQUES	98
5.1 Malalties de declaració obligatòria	98

5.2 Drogodependències i altres addiccions	104
5.3 Sida	107
5.4 Tuberculosi	114
6. ALTRES ASPECTES DE SALUT	116
6.1 Accidents de trànsit	116
6.2 Accidents de treball	124
6.3 Interrupcions voluntàries de l'embaràs	127
7. HÀBITS I ESTILS DE VIDA DE LA POBLACIÓ DE LLEIDA	130
7.1 Estat de salut	130
7.2 Consum de substàncies	142
7.3 Hàbits mèdics	159
7.4 Hàbits preventius	168
7.5 Activitat física	178
8. VARIABLES AMBIENTALS	188
8.1 Qualitat de l'aire	188
8.2 Contaminació electromagnètica	194
8.3 Aigües de consum humà	195
8.4 Legionel·losi	197
8.5 Contaminació acústica	199
9. INFRAESTRUCTURES DE SALUT DISPONIBLES	201
9.1 Serveis i infraestructures sanitàries	201
9.2 Principals indicadors de recursos i d'activitat	207

10. OPINIÓ DELS EXPERTS SOBRE LA GESTIÓ I EL FUNCIONAMENT DE LA SALUT A LLEIDA	213
10.1 Elements que afavoreixen un bon estat de salut i qualitat de vida a Lleida	213
10.2 Àrees de millora	216
10.3 Propostes d'actuació	220
11. LA SALUT PÚBLICA A LLEIDA	223
11.1 Les activitats de promoció de la salut	223
11.2 Els programes de promoció de la salut de l'Ajuntament de Lleida	223
11.3 Els programes de promoció de la salut del Departament de Salut i els proveïdors assistencials	232
11.4 Els programes de promoció de la salut d'altres departaments de la Generalitat	234
11.5 Els programes de promoció de la salut d'entitats socials del tercer sector	236
11.6 La prevenció i vigilància de la salut	238
11.7 Els programes de prevenció i vigilància de la salut de l'Ajuntament de Lleida	238
11.8 La protecció de la salut	243
11.9 Els programes de protecció de la salut de l'Ajuntament de Lleida	243
11.10 Els programes de protecció de la salut de l'Agència de Protecció de la Salut	248
12. CONCLUSIONS	251
12.1 Característiques demogràfiques	251
12.2 Mortalitat	258
12.3 Altres malalties específiques	263
12.4 Altres aspectes de salut	266
12.5 Hàbits i estils de vida de la població de Lleida	268
12.6 Variables ambientals	274

12.7 Infraestructures de salut disponibles	276
12.8 Opinió dels experts sobre la gestió i el funcionament de la salut a Lleida	278
12.9 La salut pública a Lleida	282
13. ANNEXES	288
13.1 Consulta sobre salut a Lleida	289
13.2 Entrevistes a persones clau - Anàlisi de la situació	352

1. Introducció

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) té definida una "Estratègia de Salut per a Tots en el segle XXI" que proposa com a objectius assolir, identificar i solucionar els problemes que amenacen la salut integral, enfortir els factors que la beneficien, promoure polítiques públiques que afavoreixin la millora de l'entorn, atendre els grups més vulnerables i reforçar el poder de les comunitats en la millora de la salut. Les estratègies per aconseguir-ho prioritzen les polítiques de les intervencions en salut que es desenvolupen des de l'àmbit local.

Un dels mètodes més utilitzats per guiar les polítiques és la planificació estratègica o per objectius. Planificar no és res més que avançar-se als canvis en la direcció desitjada, és a dir, amb l'objectiu d'eleva el nivell de salut de la nostra població. Tot procés de planificació exigeix conèixer el punt de partida (ANÀLISI DE SITUACIÓ), per poder observar (AVALUAR) si les actuacions realitzades (PROGRAMES) han aconseguit el nostre propòsit de canvi.

Però per planificar és també necessari establir prioritats, assignar recursos humans i materials i definir un calendari. Per últim, s'ha de comptar amb la participació ciutadana, que ha de ser activa, contínua i capaç d'aglutinar el major nombre de col·lectius de la ciutat, implicant-los en totes les fases, des de la fase d'anàlisi i recopilació d'informació, com en el desenvolupament de les accions que es posin en marxa.

Aquest document és el primer pas per a la redacció del Pla de Salut de la Ciutat de Lleida.

Així doncs, l'elaboració del Pla de Salut de la ciutat de Lleida ha de ser un procés dinàmic que compti amb la participació de tots els implicats en el tema de la salut, des del propi ciutadà als tècnics i els polítics que marquen les prioritats en aquest camp. Per tant, caldrà comptar amb una visió tècnica i una visió participativa. La visió més tècnica haurà d'estar integrada per professionals de diferents sectors i institucions, ens referim concretament als tècnics i professionals de l'Àrea de salut pública i medi ambient de l'ajuntament de Lleida,... i la perspectiva de Participació haurà de comptar amb el Moviment Associatiu, els Grups Polítics i la ciutadania en general.

1.1 Objectius de la redacció del Pla de Salut

Objectiu general del pla de salut

Generar un instrument de planificació i ordenació d'actuacions en el àmbit de la salut a Lleida dins de les competències municipals, en base a les necessitats de la població, susceptible d'actualització periòdica.

Objectius específics del Pla de Salut

Per tal d'assolir aquest objectiu general, caldrà atendre als següents objectius específics:

- Fer una descripció global de la ciutat en termes demogràfics, urbanístics, socials, econòmics..
- Anàlisi del nivell de salut i estils de vida de la població de Lleida
- Anàlisi de les característiques mediambientals de Lleida a nivell d'entorn físic, sòl, habitatge, aigua, aire...
- Fer una radiografia / diagnosi de la ciutat de Lleida des de la perspectiva de la salut, en termes amplis (salut i medi), atenent a l'actual pla de salut i a accions desenvolupades fins el moment, identificació de mancances, necessitats, punt forts i punts febles, projectes pendents de futur...
- Anàlisi dels recursos existents a Lleida (recursos municipals, recursos sanitaris, educació, serveis socials...)
- Analitzar el model actual que s'està aplicant a la ciutat de Lleida des de la perspectiva de la Salut
- Definir les àrees, els segments, les matèries, que cal incorporar en la redacció del Pla de Salut
- Identificar els agents clau que poden intervenir en el territori en l'àmbit de la salut
- Definir objectius a mig termini quant al Pla de Salut de la ciutat de Lleida
- Definir i consensuar els continguts que ha d'incorporar el Pla de Salut de la ciutat de Lleida.

2. Metodologia de la diagnosi

El primer pas per a la redacció del Pla de Salut és fer una diagnosi inicial de quin és l'estat actual de la salut, en termes amplis, a la ciutat de Lleida.

La present diagnosi parteix de la metodologia clàssica utilitzada fins al moment per a fer plans de salut, amb una recollida d'informació normalment molt lligada a aspectes de caire assistencial/mèdic, però intenta anar més enllà indagant més en els aspectes socials que són una part molt important de la salut del ciutadà. En aquest sentit aquesta diagnosi i el Pla de Salut es volen dotar d'un caràcter social i més participatiu per tal de completar la informació epidemiològica i de serveis més comuna a la majoria dels plans de salut.

Donades les característiques i abast del projecte, es van proposar dos sistemes de recollida d'informació: recollida de dades secundàries i recollida d'informació primària a través d'una enquesta a la població de Lleida.

S'era conscient que aquesta fase tindria una gran importància ja que havia de ser d'utilitat per emmarcar la situació actual en termes generals a la ciutat de Lleida per a la qual s'hi han destinat tots els recursos disponibles (tècnics i econòmics) per tal de desenvolupar-la.

Es van establir de forma consensuada amb el Departament de Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida les principals dades que formarien part d'aquesta diagnosi, per tal que la informació obtinguda li fos d'utilitat i per no deixar de banda cap dada rellevant i imprescindible.

Tot i que en alguns casos, per motius aliens al redactors de la diagnosi, no s'han pogut obtenir dades de Lleida sobre alguns àmbits, aquestes mancances les supleix la realització de la consulta ciutadana, que aporta a la diagnosi una visió de la salut a partir dels hàbits de la població de Lleida molt actualitzada.

2.1 Recerca de fonts secundàries

La recerca de dades ha estat la feina més complexa ja que una part gens menyspreable de les dades publicades no arriben al detall municipal, i per tant s'han de demanar específicament a cadascun dels organismes que les faciliten. La gran disseminació de la informació entre aquests diferents organismes, i fins i tot dins d'aquests, entre les diferents unitats que els componen, ha estat un altre obstacle notable.

En alguns casos limitats, doncs, certa informació no s'ha pogut incloure en aquest document preliminar. Sempre que sigui possible es donarà aquesta informació a partir d'àmbits superiors pròxims a Lleida.

2.2 Consulta a experts

Com a part integral del procés de diagnòstic s'ha cercat l'opinió d'un seguit d'actors clau del territori, que han aportat la seva perspectiva sobre els principals problemes de salut al municipi i les seves causes

El principal objectiu de les 7 entrevistes realitzades ha estat extraure informació qualitativa sobre els factors socioculturals, ambientals i econòmics que influeixen en l'estat de salut de la població de Lleida, així com les tendències i necessitats futures a les que el Pla de Salut municipal haurà de fer front.

Les entrevistes han permès assolir dues finalitats:

- Recollir informació estratègica a partir dels coneixements, les opinions i els judicis de les persones expertes consultades per a la futura elaboració del Pla de Salut de Lleida.
- Complementar les dades quantitatives recollides i analitzades sobre la gestió i el funcionament de la salut a Lleida.

Atesa la diversitat de factors que determinen una qüestió tan transversal com la salut, la selecció d'actors clau a entrevistar es va fer cercant perfils multidisciplinaris, que no pertanyien exclusivament al camp de la salut.

2.3 Enquesta a la població

Quan es va iniciar el procés del Pla de Salut es va creure necessari fer una enquesta d'hàbits de salut entre la població lleidatana per tal de tenir dades recents respecte a la salut, la qualitat de vida, i els hàbits i estils de vida de la població lleidatana.

Es va prendre com a referència l'enquesta de salut de la Generalitat de l'any 2006 (l'ESCA 2006), sobre la qual es realitzaran alguna de les comparatives durant la diagnosi. Cal tenir present, però, que les dues consultes, ESCA 2006 i Enquesta Salut de Lleida 2011 no són totalment comparables donat que la metodologia de recerca d'informació no és la mateixa.

Igualment, cal tenir present que aquesta consulta té com a limitació que no pren en consideració al col·lectiu de persones institucionalitzades, i per tant, no es comptabilitza una població amb un alt grau de malaltia i un nivell de salut pitjor al de la majoria dels conciutadans no institucionalitzats per motius de salut.

3. Característiques sociodemogràfiques

3.1 Anàlisi de la realitat geogràfica

Situació

La ciutat de Lleida, capital de la província homònima, de la vegueria del Pla de Lleida i de la comarca del Segrià, està situada a 0° 38' de longitud est i a 41° 33' de latitud nord. La seva altitud mitjana és de 155 metres sobre el nivell del mar. El seu terme municipal compta amb una extensió de 212,3 quilòmetres quadrats.

Lleida es caracteritza per tenir un clima continental, amb temperatures mitjanes que oscil·len entre els 26 graus a l'estiu i 7 a l'hivern, i amb la característica boira com un dels principals trets identificatius de la ciutat.

Enclavada al costat del riu Segre, és un lloc de pas obligat entre les vies que connecten l'Estat espanyol amb la resta d'Europa i el Mediterrani: l'autopista AP-2 comunica Lleida amb les ciutats de Barcelona (també per autovia) i Saragossa, l'Eix Transversal la uneix a les comarques centrals de Catalunya i Girona, i l'Eix Occidental connecta Lleida amb el Delta de l'Ebre i amb el Pirineu i França. A aquesta extensa xarxa viària s'hi ha afegit recentment una línia d'alta velocitat ferroviària (que s'afegeix a la línia de mitja distància de RENFE) i l'Aeroport de Lleida-Alguaire.

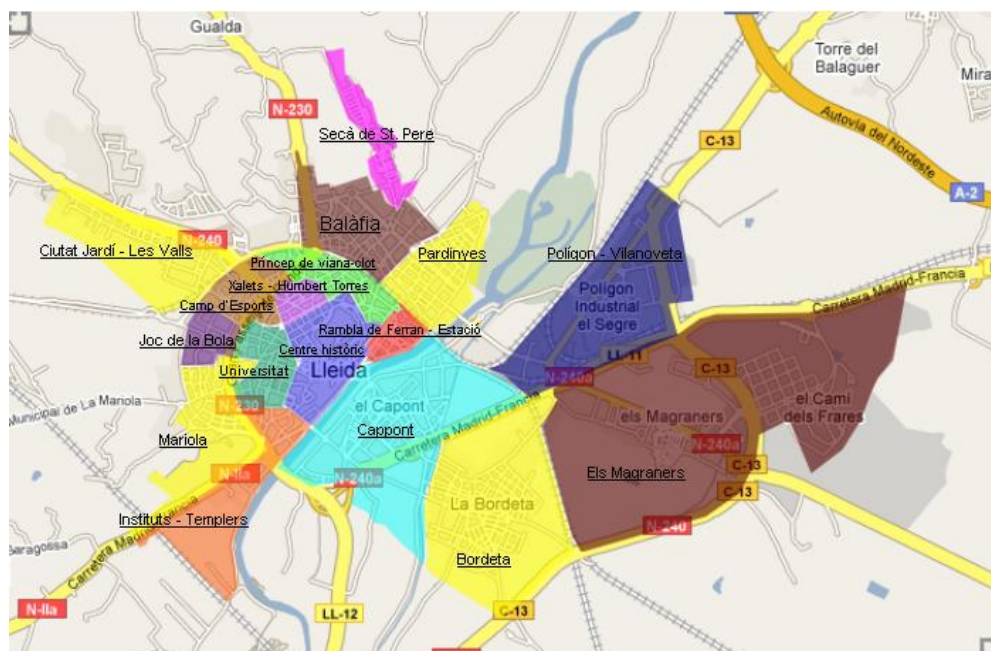
Figura 3-1 Ubicació geogràfica de Lleida al sud d'Europa i Catalunya



Font: Elaboració pròpia

Lleida està estructurada en barris, partides, i té dins el seu terme municipal una entitat municipal descentralitzada (Raimat-Sucs).

Figura 3-3 Plànol de Lleida amb distribució per barris. Any 2011.

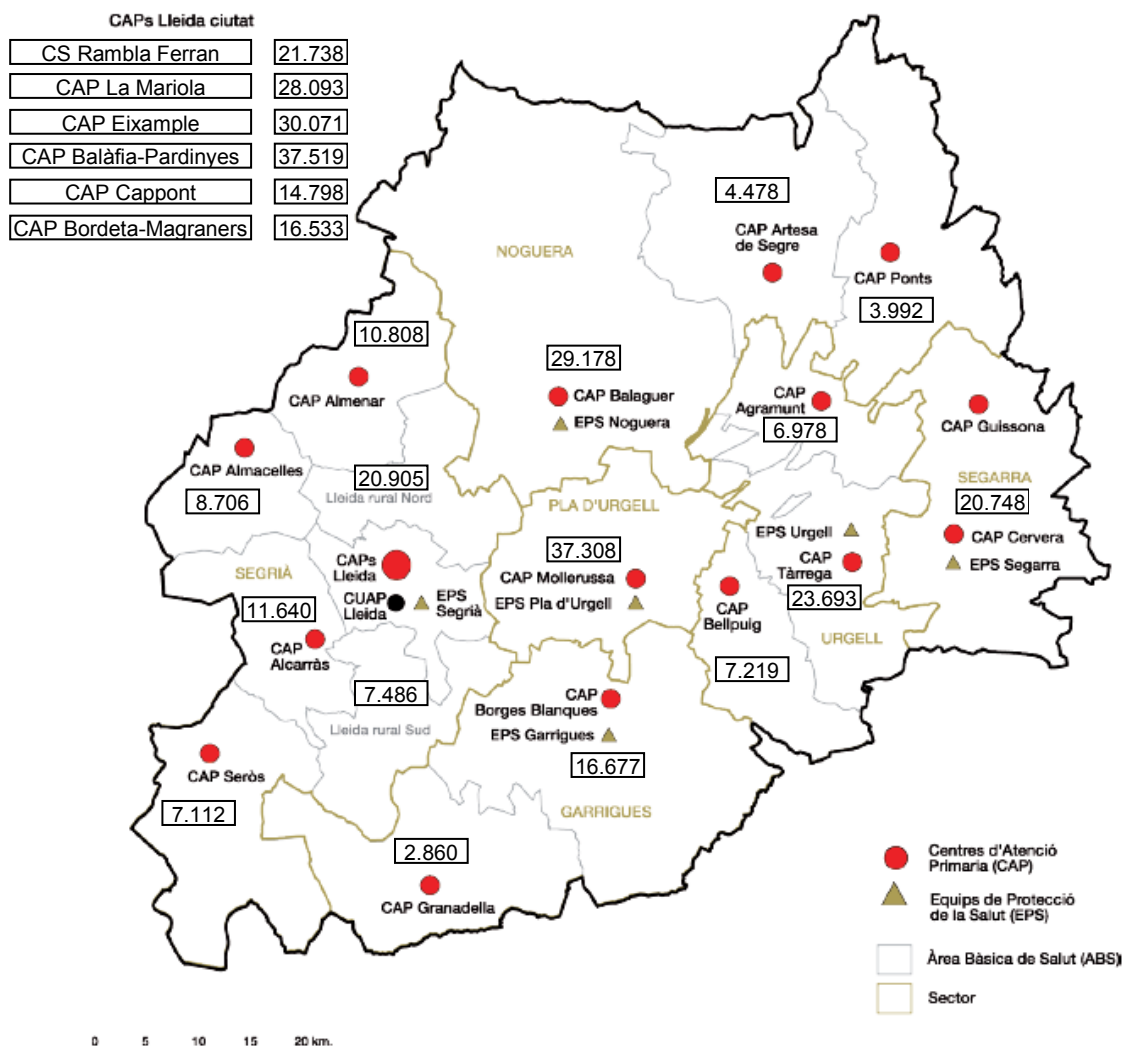


Font: Regidoria de Serveis Personals i Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida

Lleida és el centre demogràfic i econòmic més important de la Catalunya interior. Per la seva condició de capital de vegueria que és ahora regió sanitària i GTS (Govern Territorial de Salut), té centralitzats en el seu terme municipal molts dels recursos de salut que formen part d'aquesta àmplia demarcació. Per tant, en alguns moments la realitat geogràfica de Lleida serà tractada a nivell regional, donat que els recursos sanitaris són compartits amb les diferents ABS (àrees bàsiques de salut) que formen part d'aquesta regió i GTS.

La figura següent mostra la distribució geogràfica de les ABS dependents del GTS, amb la seva població de referència d'acord al Registre Central d'Assegurats de 2010.

Figura 3-4 Distribució geogràfica i poblacional de les ABS del GTS Pla de Lleida (2010)



Font: Regió Sanitària de Lleida i Registre Central d'Assegurats

Densitat de població

Lleida tenia l'any 2010 una densitat de població de 647,1 habitants per quilòmetre quadrat. Aquesta densitat és, amb diferència, la més baixa entre les 10 ciutats més poblades de Catalunya. Cal tenir en compte, però, que a diferència de la majoria de ciutats referides, Lleida compta amb un terme municipal molt extens, bona part del qual no constitueix pròpiament el nucli urbà. Així, si tenim en compte l'extensió en quilòmetres quadrats d'aquest nucli urbà (14,81 km², segons fonts de l'Ajuntament), la densitat de població lleidatana puja fins als 9.277 habitants, i doncs, en la franja mitja de les ciutats catalanes més poblades.

Figura 3-5 Densitat de població a les 10 principals ciutats de Catalunya (2010)

Ciutat	Població	Superfície (Km ²)	Densitat de població
L'Hospitalet de Llobregat	258.642	12,4	20.858,2
Santa Coloma de Gramenet	120.060	7,0	17.151,4
Barcelona	1.619.337	101,4	15.969,8
Badalona	218.886	21,2	10.324,8
Sabadell	207.338	37,8	5.485,1
Mataró	122.905	22,5	5.462,4
Terrassa	212.724	70,2	3.030,3
Tarragona	140.184	65,2	2.150,1
Reus	106.622	52,8	2.019,4
Lleida	137.387	212,3*	647,1*

*Si només tenim en compte el nucli urbà de Lleida, amb una superfície de 14,81 km², la densitat puja fins als 9.276,6 hab./km²

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

3.2 Evolució de la població

Segons dades del padró continu de l'Idescat, la ciutat de Lleida tenia l'any 2010 una població de 137.387 habitants, amb un creixement total del 22,5% de la població en el període 2000-2010 i una taxa de creixement interanual d'un 2,1% de mitjana.

Lleida ha crescut a un ritme similar al de les mitjanes comarcals, provincials i catalanes: lleugerament superior en el cas de la província i Catalunya, i inferior en el cas del Segrià.

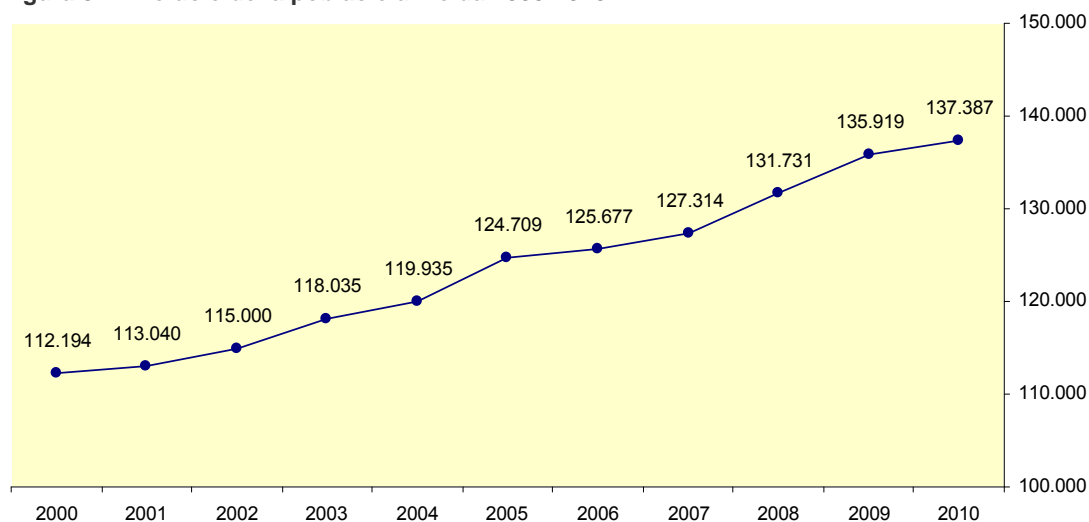
Figura 3-6 Evolució demogràfica de la població 2000-2010

Any	Lleida		Segrià		Província		Catalunya	
		% inter		% inter		% inter		% inter
2010	137.387	1,1%	205.724	1,2%	439.768	0,8%	7.512.381	0,5%
2009	135.919	3,2%	203.279	3,0%	436.402	2,2%	7.475.420	1,5%
2008	131.731	3,5%	197.391	3,6%	426.872	3,1%	7.364.078	2,1%
2007	127.314	1,3%	190.558	1,7%	414.015	1,6%	7.210.508	1,1%
2006	125.677	0,8%	187.326	1,8%	407.496	2,0%	7.134.697	2,0%
2005	124.709	4,0%	183.954	4,2%	399.439	3,7%	6.995.206	2,7%
2004	119.935	1,6%	176.618	2,0%	385.092	2,0%	6.813.319	1,6%
2003	118.035	2,6%	173.092	2,1%	377.639	1,8%	6.704.146	3,0%
2002	115.000	1,7%	169.593	1,7%	371.055	1,7%	6.506.440	2,3%
2001	113.040	0,8%	166.826	1,0%	365.023	0,9%	6.361.365	1,6%
2000	112.194	-	165.198	-	361.590	-	6.261.999	-
Evolució mitjana		2,1%		2,2%		2,0%		1,8%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Les dades permeten observar que malgrat el continu creixement registrat durant tot el període, en els dos darrers anys es detecta un alentiment en el ritme de creixement de la població.

Figura 3-7 Evolució de la població a Lleida 2000-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Si ho comparem **per sexes**, destaca el superior creixement de la població masculina respecte la femenina. Aquesta singularitat s'explica principalment per la nombrosa arribada de població nouvinguda durant el mateix període, que com es veurà més endavant és majoritàriament masculina.

Figura 3-8 Evolució demogràfica de la població de Lleida per sexes 2000-2010

Any	Homes		Dones		Total	
		% inter		% inter		% inter
2010	68.290	0,7%	69.097	1,4%	137.387	1,1%
2009	67.790	3,4%	68.129	2,9%	135.919	3,2%
2008	65.544	4,0%	66.187	3,0%	131.731	3,5%
2007	63.053	1,1%	64.261	1,5%	127.314	1,3%
2006	62.347	0,9%	63.330	0,7%	125.677	0,8%
2005	61.796	5,2%	62.913	2,8%	124.709	4,0%
2004	58.757	1,8%	61.178	1,5%	119.935	1,6%
2003	57.736	2,9%	60.299	2,4%	118.035	2,6%
2002	56.101	1,9%	58.899	1,6%	115.000	1,7%
2001	55.045	0,9%	57.995	0,6%	113.040	0,8%
2000	54.537	-	57.657	-	112.194	-
Evolució mitjana		2,3%		1,8%		2,1%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

3.3 Estructura de la població

Estructura per grans grups d'edat

Per analitzar comparativament l'estructura de la població del municipi per grans grups d'edat prenem com a indicador la distribució percentual de la població per segments d'edat.

Lleida i el Segrià presenten una estructura per grans grups d'edat amb un % de població infantil similar a Catalunya, un grup de 15-64 anys que se situa mig punt per sobre de la mitjana catalana i més d'un per sobre de la provincial, i un percentatge de població de 65 anys i més quasi mig punt per sota del que es registra a Catalunya i més d'un punt i mig sobre el de la província de Lleida. Respecte a l'any 2000, s'observa per a totes les demarcacions un creixement notable de la població infantil (per bé que un xic inferior a Lleida), un descens de la població gran (molt important al Segrià o a la província de Lleida, més modest a Lleida ciutat i Catalunya), i un manteniment del gran grup de 15 a 64 anys.

Figura 3-9 Població per grans grups d'edat a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000 i 2010

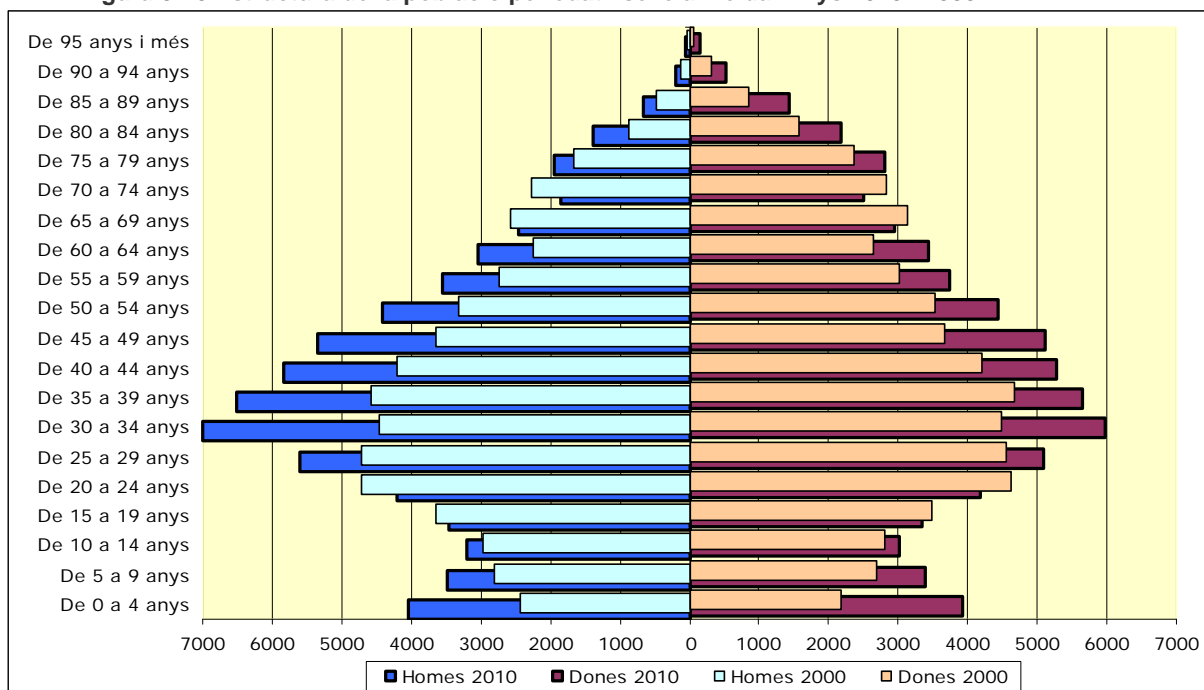
Grups d'edat	Lleida			Segrià			Província			Catalunya		
	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.
0-14	15,2%	14,2%	7,1%	15,2%	13,7%	11,0%	14,7%	13,1%	12,6%	15,3%	13,6%	12,1%
15-64	68,7%	68,8%	-0,1%	68,7%	67,8%	1,4%	67,5%	65,7%	2,6%	68,2%	69,0%	-1,2%
65 i més	16,1%	17,1%	-5,6%	16,1%	18,6%	-13,3%	17,8%	21,2%	-15,9%	16,5%	17,3%	-4,9%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

En la següent **piràmide** es mostra l'estructura de la població en el municipi de Lleida segons l'edat i el sexe dels seus habitants per als anys 2010 i 2000, i a continuació, la mateixa piràmide per al global de Catalunya. La piràmide de Lleida permet observar que en els deu últims anys s'ha produït un eixamplament de la base piramidal, sobretot per la creixuda que ha experimentat el segment de 0 a 4 anys i, en menor mesura, el de 5 a 9. Per contra, s'identifica una reducció dels grups de 15 a 19, i sobretot, de 20 a 24 anys. Entre els 25 i els 64 anys tots els grups d'edat han crescut amb relació a l'any 2000, essent el creixement més gran el dels segments de 30 a 34 i de 35 a 39, molt més accentuat en el cas dels homes que en el de les dones. L'evolució a l'alça dels grups d'edat citats fins ara s'explica per la important arribada de nouvinguts registrada durant els mateixos anys de la figura 3-8.

Com en el cas dels joves, entre els 65 i els 74 anys es torna a produir una reducció del volum de població, que torna a créixer per als últims grups d'edat (tal com mostrarà tot seguit l'increment en l'índex de sobreenvelliment). En aquests grups i en els següents, la població femenina supera de llarg la masculina, de manera més notòria en els grups d'edat més avançada; circumstància, aquesta, que s'explica per la major esperança de vida de les dones.

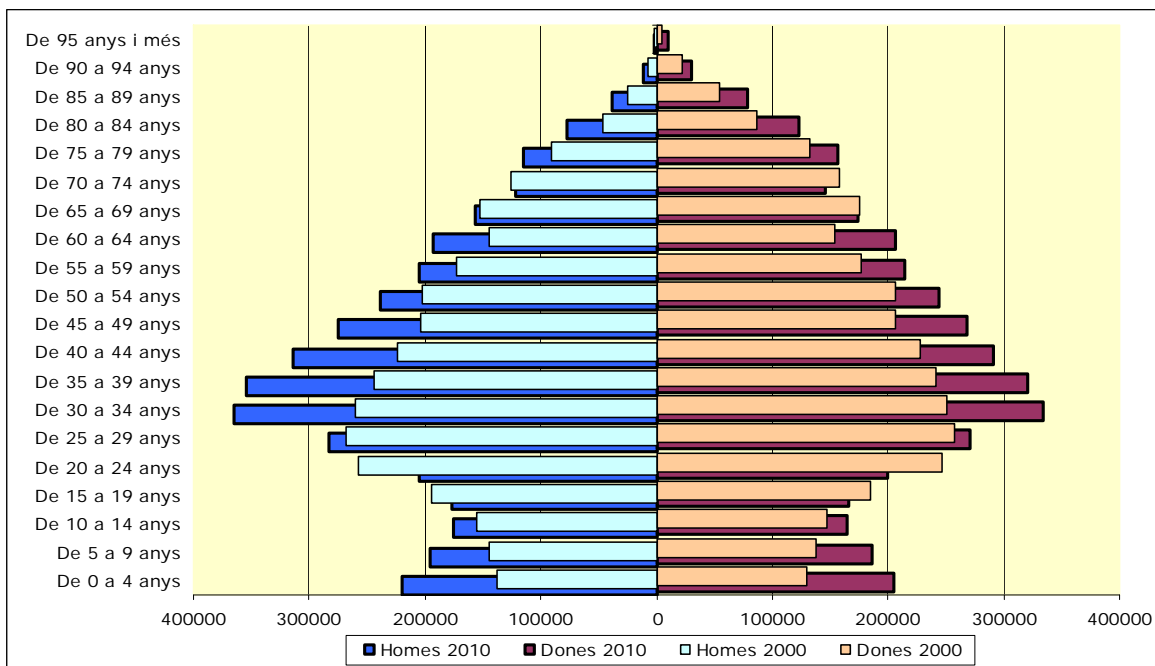
Figura 3-10 Estructura de la població per edat i sexe a Lleida. Anys 2010 i 2000



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

La piràmide del global de Catalunya, comparada amb la de Lleida, presenta una estructura pràcticament idèntica, amb uns creixements més moderats dels grups de 25 a 29 tant per homes com per dones, i un grup de 64 a 65 que a diferència de Lleida, creix lleugerament en el cas dels homes.

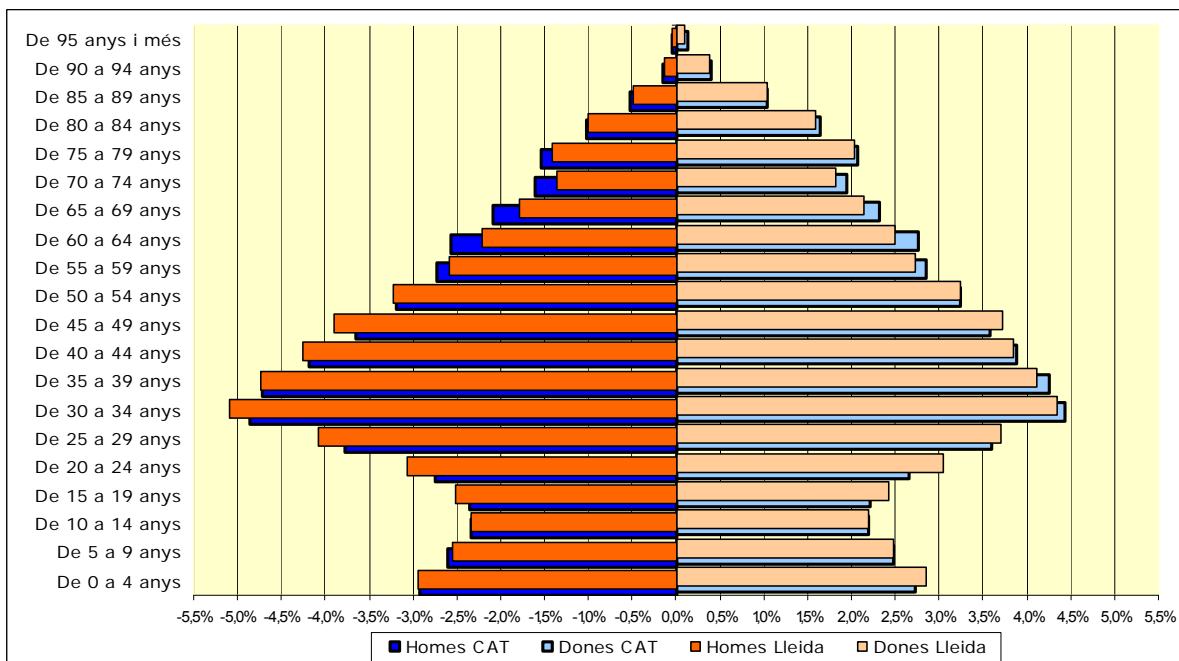
Figura 3-11 Estructura de la població per edat i sexe a Catalunya. Anys 2010 i 2000



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

Per a una millor comparació de les piràmides lleidatana i catalana, la següent figura les superposa, fixant per a cada segment d'edat i sexe el respectiu percentatge sobre el total de població.

Figura 3-12 Estructura de la població per edat i sexe a Lleida i a Catalunya (en %). Any 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

És així que s'observa amb més facilitat el major pes dels grups de joves a Lleida (entre els 15 i els 34 anys) sobretot en el cas dels homes, i per contra, la presència més marcada dels grups d'entre 55 i 84 anys en el global de Catalunya.

La **raó de masculinitat** indica quin és el pes de la població masculina en relació a la femenina (dones = 100), és a dir, quin és el nombre d'homes residint al municipi per a cada 100 dones. La població de Lleida presenta una relació de masculinitat (98,8 homes per cada 100 dones) similar al conjunt de Catalunya però inferior al conjunt provincial i comarcal, on hi ha més homes que dones. En els darrers 10 anys totes les demarcacions han vist créixer la raó entre un 3 i un 5%, és a dir, ha crescut el número d'homes amb relació a les dones.

Figura 3-13 Raó de masculinitat a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2010 i 2000

	Lleida			Segrià			Província			Catalunya		
	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.
Raó de masculinitat	98,8%	94,6%	4,5%	101,9%	97,2%	4,9%	104,2%	99,3%	5,0%	98,3%	95,5%	3,0%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

D'altra banda, l'any 2009 l'**edat mitjana** a Lleida, és a dir, la mitjana aritmètica de les edats del global de la població, era inferior a la del Segrià (0,7 anys menys), província de Lleida (quasi 2 anys menys) i Catalunya (1,2 anys menys), i s'havia reduït mig any amb relació a l'any 2000.

Figura 3-14 Edat mitjana a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2009 i 2000

	Lleida			Segrià			Província			Catalunya		
	2009	2000	% var.	2009	2000	% var.	2009	2000	% var.	2009	2000	% var.
Edat mitjana	39,52	40,02	-0,5	40,19	40,90	-0,7	41,43	42,23	-0,8	40,74	40,59	0,1

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Estructura d'edats i grau d'envelliment

Respecte a l'estructura demogràfica, la figura 3-15 mostra els índexs més rellevants dels diferents indicadors demogràfics de Lleida en comparació al Segrià, província de Lleida, i Catalunya. Aquests índexs són els següents:

- Índex d'infància: nombre de nens (0-14 anys) per cada 100 habitants
- Índex de joventut: nombre de joves (15-29 anys) per cada 100 habitants
- Índex de vellesa: nombre de gent gran (65 anys i més) per cada 100 habitants

- Índex d'envelliment: percentatge de població de 65 anys i més sobre la població infantil (0-14 anys)
- Índex de sobreenvelliment: percentatge de població de 85 anys i més sobre la població de 65 anys i més.
- Índex de dependència infantil: quocient entre el percentatge de població de 0 a 14 anys i el de població en edat de treballar (entre 15 i 64 anys).
- Índex de dependència senil: quocient entre el percentatge de població de 65 anys i més i el de població en edat de treballar (entre 15 i 64 anys).
- Índex de dependència global: Relació de la població de 65 anys i més i de 0 a 14 anys entre la població en edat de treballar (entre 15 i 64 anys). Mesura la càrrega que per a la població en edat de treballar representa la població en edats dependents.

Actualment, els índexs que fan referència a la joventut i a la vellesa se situen a Lleida per sobre i per sota, respectivament, dels nivells provincials i autonòmics. L'índex d'envelliment lleidatà és també considerablement inferior a les tres mitjanes agregades, i per bé que no tant, també el de sobreenvelliment se situa per sota. Seguint la mateixa tònica, els índex de dependència senil i global de Lleida registren uns nivells entre dos i quatre punts inferiors als de la província i Catalunya, mentre que el de dependència infantil presenta uns valors força semblants.

Si ens fixem en l'evolució d'aquests índexs en els darrers 10 anys, observem un clar retrocés del de joventut, vellesa, envelliment i dependència senil, i en canvi, un increment del d'infància, dependència infantil, i sobretot, sobreenvelliment.

Figura 3-15 Evolució dels indicadors de l'estructura demogràfica de Lleida comparativament amb la comarcal, provincial i catalana. Anys 2010 i 2000

Índex	Lleida			Segrià			Província			Catalunya		
	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.	2010	2000	% var.
Infància	15,3	14,2	8,3%	15,2	13,7	11,0%	14,7	13,1	12,6%	15,3	13,6	12,1%
Joventut	18,8	22,9	-17,9%	18,4	22,2	-17,2%	17,6	20,9	-15,6%	17,3	22,5	-23,0%
Vellesa	15,4	17,1	-10,1%	16,1	18,6	-13,3%	17,8	21,2	-15,9%	16,5	17,3	-4,9%
Envelliment	100,2	120,6	-17,0%	106,3	136,1	-21,9%	120,9	161,9	-25,4%	108,0	127,3	-15,2%
Sobreenvelliment	14,3	9,8	46,3%	14,4	10,2	42,1%	15,9	11,1	43,3%	13,8	10,7	28,9%
Dependència infantil	22,1	20,6	7,4%	22,1	20,2	9,4%	21,8	19,9	9,7%	22,4	19,7	13,4%
Dependència senil	22,1	24,8	-10,9%	23,5	27,4	-14,5%	26,4	32,2	-18,1%	24,2	25,1	-3,7%
Dependència global	44,3	45,4	-2,6%	45,5	47,6	-4,4%	48,3	52,2	-7,5%	46,5	44,8	3,8%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'idescat

Esperança de vida

Un dels principals indicadors que s'utilitza per a mesurar la qualitat de vida i la salut d'una societat és l'esperança de vida. Concretament, aquest indicador ens dona el nombre mitjà d'anys que es pot esperar viure, a partir d'una edat donada, en les condicions de mortalitat d'una població determinada definides per una taula de vida (que es genera a partir de las taxes de mortalitat específiques a cada edat). La inestabilitat d'aquest càlcul, molt afectat en poblacions petites per variacions dràstiques d'un any a l'altre per motiu d'accidents o esdeveniments fortuïts, fan recomanable utilitzar les dades del registre de mortalitat de Catalunya, que desagreguen fins a nivell comarcal.

Així, podem observar que l'esperança de vida en néixer entre 2004 i 2009 ha augmentat al Segrià més d'un any i mig, de 79,7 a 81,3. Tant en el cas comarcal com en el de la regió sanitària, crida l'atenció el notable augment ocorregut entre 2007 i 2008 entre la població masculina. Com sol ser habitual, les dones (84,0) assoleixen una edat esperada força superior a la dels homes (78,6). Alhora, però, l'esperança de vida al Segrià és lleugerament inferior a la de la Regió sanitària de Lleida (quatre mesos menys) i Catalunya (set mesos menys).

Figura 3-16 Esperança de vida al néixer al Segrià, Regió sanitària de Lleida i Catalunya. Anys 2004-2009

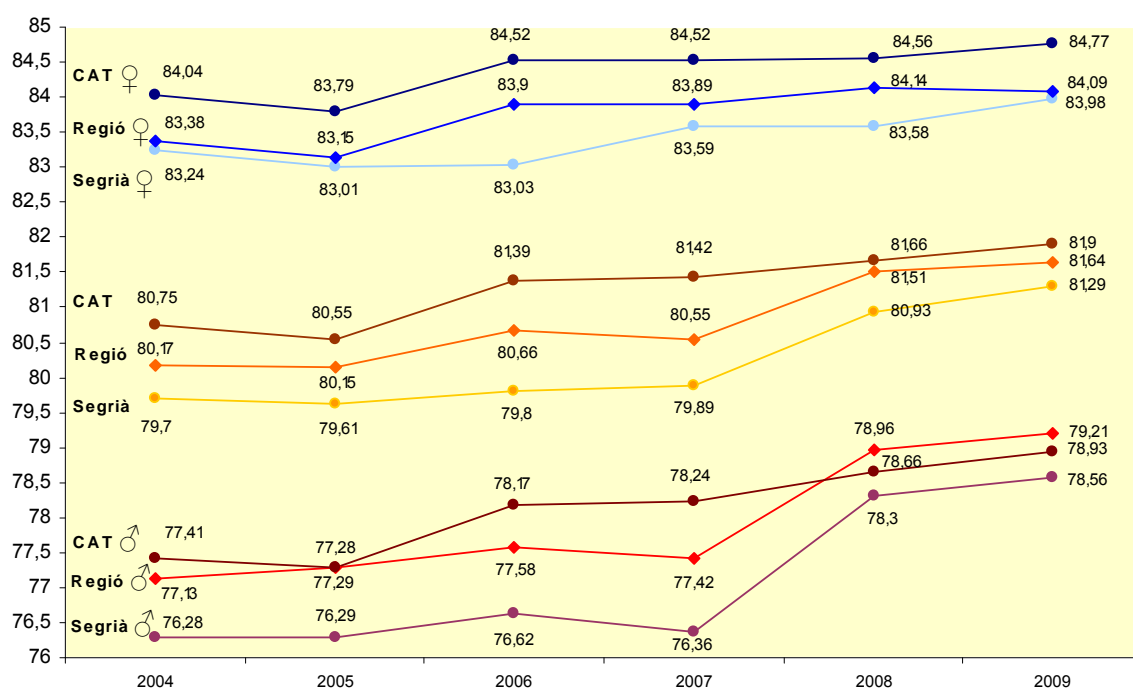
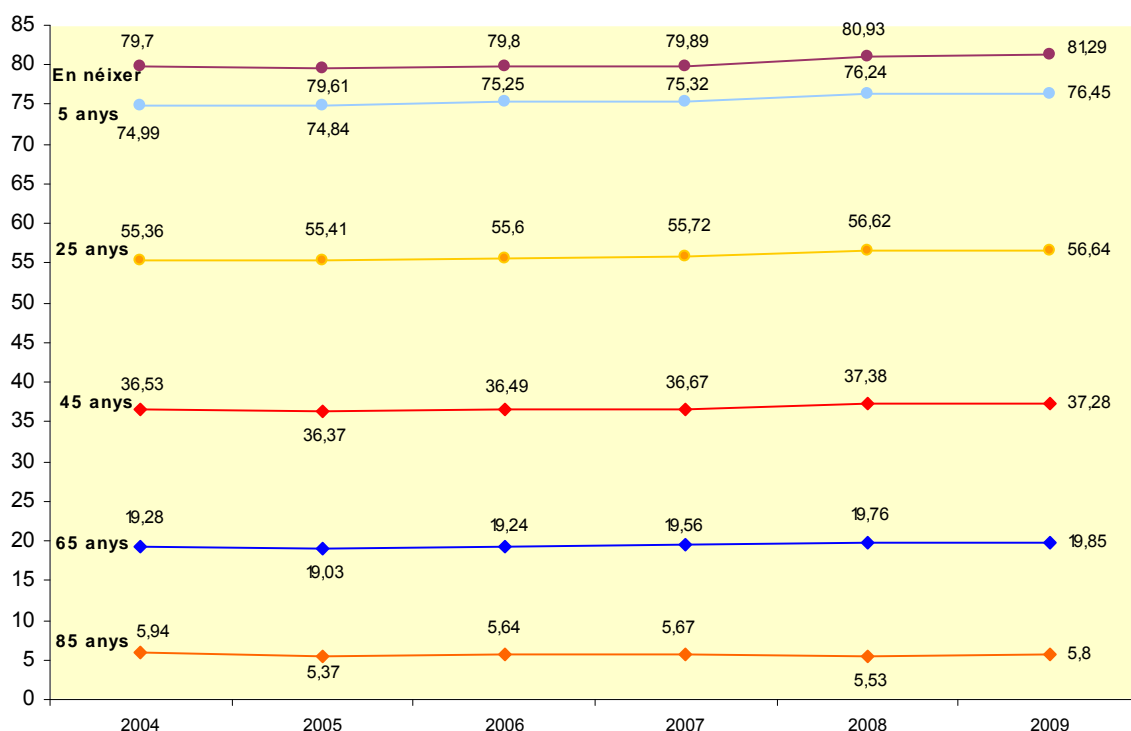


Figura 3-17 Esperança de vida al Segrià en néixer, als 5, 25, 45, 65 i 85 anys. Anys 2004-2009



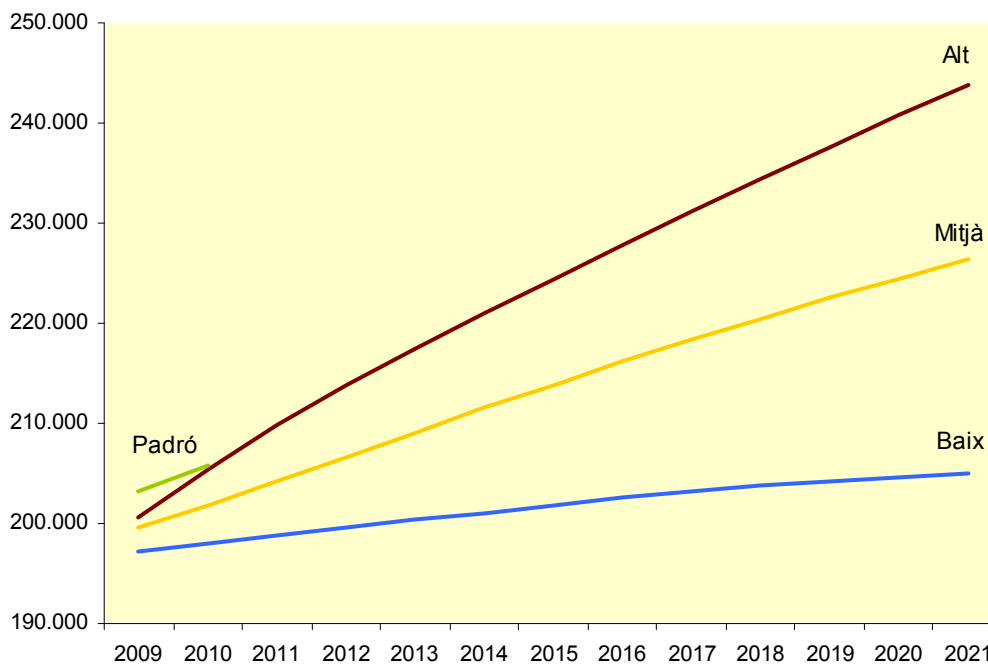
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya (Departament de Salut)

L'anàlisi de l'esperança de vida a determinades edats (5, 25, 45, 65 i 85 anys) al Segrià permet observar que en totes elles la xifra d'anys estimats ha crescut entre 2004 i 2009, excepte per als 85. I és que el guany en anys que s'ha experimentat en aquest període és decreixent; a més edat, doncs, menys ha millorat l'esperança de vida: un any i mig per als 5 anys, quinze mesos per als 25, nou mesos per als de 45, set mesos per als de 65, i com dèiem, un descens de quasi dos mesos per als de 85.

3.4 Projeccions de la població

Per a realitzar les projeccions de població es pren com a referència la comarca del Segrià, l'àmbit més petit de treball d'Idescat per a aquest tipus de càlcul.

Figura 3-18 Projeccions de població 2021 segons 3 escenaris. Comarca del Segrià



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Les 3 projeccions (escenaris baix, mitjà i alt, elaborats a partir de diferents hipòtesis d'evolució futura dels components del creixement de la població -fecunditat, mortalitat i migració) donen com a resultat una població a la comarca que d'aquí a 10 anys se situaria entre les poc més de 205.000 persones i les quasi 244.000.

Si observem la comparació entre les dades de les projeccions, que agafen com a població de partida la de l'any 2008, i les dades reals del padró continu per als anys 2009 i 2010, es fa palès que els escenaris alt i mitjà són els que per ara més es podrien aproximar a la realitat futura de l'evolució demogràfica del Segrià. El primer, per la coincidència quasi exacte de les respectives dades per al 2010. El segon, per la coincidència en la pendent, o en altres paraules, el percentatge de creixement entre el 2009 i 2010. Així doncs, ens podem aventurar a projectar una població comarcal per al 2021 un xic més acotada que oscil·laria entre els 226.000 i els 244.000 habitants. Si el pes de la ciutat de Lleida respecte la població del Segrià dels darrers anys es mantingués estable, aquestes xifres representarien per a Lleida una forquilla d'entre 151.000 i 163.000 habitants.

Caldrà prendre molta cautela, però, a l'hora d'atorgar un grau de certitud a aquestes dades. A la dificultat inherent de tota projecció de població a més de 10 anys vista, cal afegir-hi els desviaments ja detectats entre les dades del padró i les de les projeccions per als primers anys tot just apuntades. És innegable, a més, que el recent xoc econòmic, amb un potencial impacte

profund sobre els components de població que determinen les hipòtesis de les projeccions, era difícilment estimable en el moment d'elaborar aquestes projeccions.

3.5 Moviment natural i migratori

Moviment natural

La tendència que ha registrat Lleida respecte el moviment natural en els darrers 10 anys ha estat molt positiva, sempre amb més naixements que defuncions i doncs, amb un saldo natural sempre positiu. Amb comparació amb els altres àmbits territorials, Lleida presenta un saldo encara més positiu. I és que si bé en els darrers anys el Segrià, la província de Lleida i Catalunya han experimentat també una evolució del nombre de naixements més a l'alça que no pas la de defuncions, a la primera meitat del període d'estudi aquest saldo era molt més equilibrat, i en el cas de la província, marcadament negatiu.

Figura 3-19 Naixements, defuncions i saldo natural a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya 2000-2009

Any	Lleida			Segrià		
	Naixements	Defuncions	Saldo natural	Naixements	Defuncions	Saldo natural
2009	1.681	1.084	597	2.492	1.759	733
2008	1.786	1.092	694	2.566	1.777	789
2007	1.595	1.171	424	2.249	1.795	454
2006	1.564	1.159	405	2.188	1.796	392
2005	1.496	1.154	342	2.083	1.812	271
2004	1.510	1.067	443	2.002	1.680	322
2003	1.444	1.121	323	1.952	1.798	154
2002	1.247	1.087	160	1.701	1.721	-20
2001	1.280	1.018	262	1.702	1.604	98
2000	1.186	1.012	174	1.631	1.569	62

Any	Província			Catalunya		
	Naixements	Defuncions	Saldo natural	Naixements	Defuncions	Saldo natural
2009	4.954	4.097	857	84.849	59.644	25.205
2008	5.170	4.140	1.030	89.024	59.485	29.539
2007	4.493	4.109	384	83.716	59.352	24.364
2006	4.358	4.012	346	82.077	57.256	24.821
2005	4.251	4.340	-89	79.547	61.129	18.418
2004	3.965	3.964	1	76.687	57.096	19.591
2003	3.770	4.180	-410	72.980	60.076	12.904
2002	3.402	4.088	-686	68.315	57.278	11.037
2001	3.361	3.799	-438	64.722	55.792	8.930
2000	3.284	3.819	-535	63.489	55.342	8.147

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Si observem aquestes mateixes dades posant-les amb relació al volum de població total per a cada any (en tant per mil), les **taxes brutes de natalitat i mortalitat** que en resulten denoten també un major creixement de la natalitat i una mortalitat un xic inferior a Lleida que als restants àmbits (a excepció de la taxa de mortalitat del global de Catalunya, amb uns registres molt similars). La **taxa de creixement natural**, doncs, també acaba essent força més elevada a la ciutat de Lleida.

Figura 3-20 Taxes brutes de natalitat, mortalitat i de creixement natural a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya 2000-2009

Any	Lleida			Segrià		
	T. Bruta natalitat	T. Bruta mortalitat	T. creixement natural	T. Bruta natalitat	T. Bruta mortalitat	T. creixement natural
2009	12,45	8,03	4,42	12,42	8,77	3,65
2008	13,45	8,22	5,22	13,02	9,02	4,00
2007	12,35	9,06	3,28	11,74	9,37	2,37
2006	12,47	9,24	3,23	11,78	9,67	2,11
2005	12,21	9,42	2,79	11,52	10,02	1,50
2004	12,67	8,95	3,72	11,40	9,56	1,83
2003	12,46	9,67	2,79	11,42	10,52	0,90
2002	10,97	9,57	1,41	10,13	10,25	-0,12
2001	11,45	9,11	2,34	10,28	9,69	0,59
2000	10,68	9,12	1,57	9,93	9,56	0,38

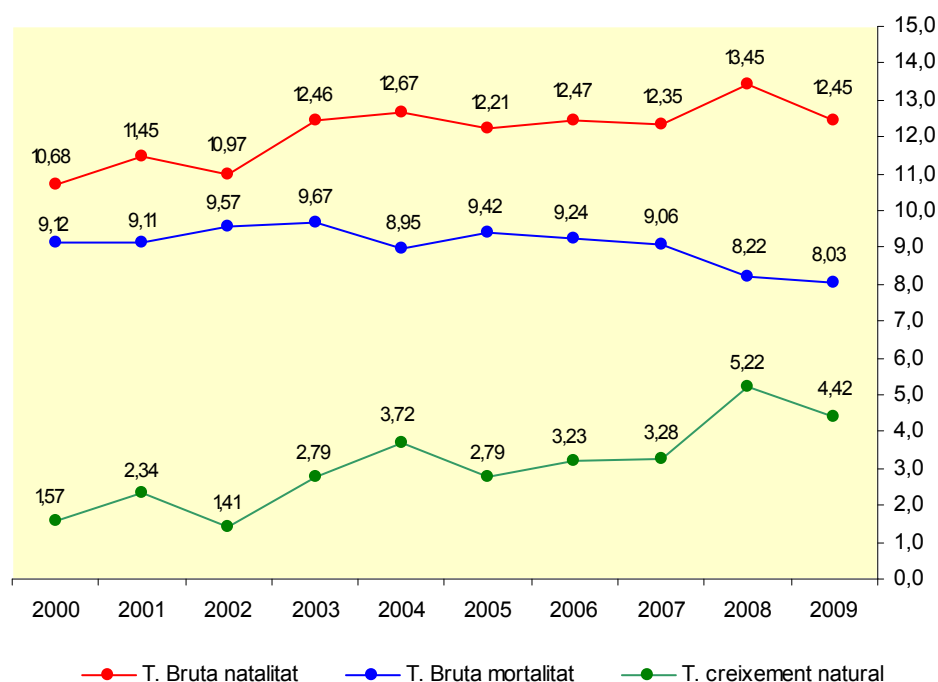
Any	Província			Catalunya		
	T. Bruta natalitat	T. Bruta mortalitat	T. creixement natural	T. Bruta natalitat	T. Bruta mortalitat	T. creixement natural
2009	11,58	9,57	2,00	11,50	8,08	3,41
2008	12,24	9,80	2,44	12,19	8,15	4,04
2007	10,90	9,97	0,93	11,68	8,28	3,40
2006	10,86	10,00	0,86	11,69	8,16	3,54
2005	10,84	11,06	-0,23	11,57	8,89	2,68
2004	10,36	10,36	0,00	11,41	8,49	2,92
2003	10,11	11,21	-1,10	11,07	9,12	1,96
2002	9,29	11,17	-1,87	10,60	8,89	1,71
2001	9,31	10,53	-1,21	10,27	8,85	1,42
2000	9,17	10,66	-1,49	10,22	8,91	1,31

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Finalment, si ens fixem en l'evolució d'aquestes taxes, podem detectar una tendència a l'alça de la taxa de natalitat fins a l'any 2004, una estabilització fins al 2007, un nou repunt l'any 2008, i un lleuger retrocés per a l'últim any del període. La taxa bruta de mortalitat ha mostrat un comportament molt estable fins al 2008, al voltant del 9 per mil anual, amb un lleuger descens durant els últims dos anys. Producte d'aquestes dues evolucions, la taxa de creixement natural

ha anat creixent progressivament, 3 punts percentuals durant tot el període, assegurant el reemplaçament de la població i el seu relleu generacional. Aquestes mateixes evolucions, amb diferents punts de partida, són a grans trets les que també s'han produït al Segrià, la província i Catalunya.

Figura 3-21 Taxes brutes de natalitat, mortalitat i creixement natural a Lleida 2000-2009



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Moviment migratori

L'altra variable que intervé en el creixement demogràfic d'una població és el moviment migratori, principal factor de canvi recent. En aquest sentit, en els darrers anys Lleida ha tingut una evolució migratòria positiva que ha propiciat el creixement de la població i de retruc l'elevació de la taxa de natalitat tot just referida.

Cal advertir, però, que quan fem servir dades estadístiques sobre població immigrant no podem obviar que el registre de dades sobre població estrangera no és ni total ni exhaustiu, degut a la situació d'irregularitat (invisibilitat oficial) en la que viuen molts estrangers a Catalunya. A més, la qualitat de les dades sobre immigració pot variar molt d'unes territoris a uns altres. Per tant, hem de prendre les dades referides a població estrangera com a orientatives d'una part de la població que pot ser més nombrosa.

Així doncs, tal com s'observa a la figura 3-22, en els darrers anys el saldo migratori total a Lleida ha estat sempre positiu, sobretot gràcies a l'empenta del saldo migratori exterior (és a dir, de la diferència entre les persones que arriben a Lleida procedents d'altres estats i les que hi marxen):

Figura 3-22 Immigració, emigració, saldos migratoris i taxa bruta de creixement migratori a Lleida, Segrià, província, i Catalunya 2005-2009

Any	Lleida									
	Immigració interior	Emigració interior	Saldo migratori interior	Immigració exterior	Emigració exterior	Saldo migratori exterior	Immigració total	Emigració total	Saldo migratori total	Taxa creixement migratori
2009	4.616	4.899	-283	2.634	1.671	963	7.250	6.570	680	5,04
2008	4.875	5.112	-237	3.981	1.333	2.648	8.856	6.445	2.411	18,15
2007	5.061	5.816	-755	4.979	466	4.513	10.040	6.282	3.758	29,09
2006	4.986	5.781	-795	3.839	136	3.703	8.825	5.917	2.908	23,18
2005	4.194	5.721	-1.527	3.869	141	3.728	8.063	5.862	2.201	17,97

Any	Segrià									
	Immigració interior	Emigració interior	Saldo migratori interior	Immigració exterior	Emigració exterior	Saldo migratori exterior	Immigració total	Emigració total	Saldo migratori total	Taxa creixement migratori
2009	7.738	7.563	175	3.729	2.354	1.375	11.467	9.917	1.550	7,73
2008	8.165	7.817	348	5.200	1.602	3.598	13.365	9.419	3.946	20,02
2007	9.027	8.820	207	6.489	726	5.763	15.516	9.546	5.970	31,17
2006	9.011	8.633	378	4.939	450	4.489	13.950	9.083	4.867	26,21
2005	7.399	8.432	-1.033	5.345	200	5.145	12.744	8.632	4.112	22,74

Any	Província									
	Immigració interior	Emigració interior	Saldo migratori interior	Immigració exterior	Emigració exterior	Saldo migratori exterior	Immigració total	Emigració total	Saldo migratori total	Taxa creixement migratori
2009	16.931	17.155	-224	7.060	4.743	2.317	23.991	21.898	2.093	4,89
2008	17.644	17.702	-58	10.462	3.021	7.441	28.106	20.723	7.383	17,48
2007	20.168	20.251	-83	13.630	1.962	11.668	33.798	22.213	11.585	28,11
2006	20.123	19.963	160	11.146	1.738	9.408	31.269	21.701	9.568	23,85
2005	16.781	18.743	-1.962	10.571	634	9.937	27.352	19.377	7.975	20,33

Any	Catalunya									
	Immigració interior	Emigració interior	Saldo migratori interior	Immigració exterior	Emigració exterior	Saldo migratori exterior	Immigració total	Emigració total	Saldo migratori total	Taxa creixement migratori
2009	316.464	319.291	-2.827	125.252	111.427	13.825	441.716	430.718	10.998	1,49
2008	319.494	323.576	-4.082	176.613	81.326	95.287	496.107	404.902	91.205	12,49
2007	336.880	347.521	-10.641	201.733	67.214	134.519	538.613	414.735	123.878	17,28
2006	347.847	359.609	-11.762	186.570	51.473	135.097	534.417	411.082	123.335	17,57
2005	332.586	342.362	-9.776	162.936	26.630	136.306	495.522	368.992	126.530	18,41

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

També al Segrià, província de Lleida i Catalunya s'observa aquesta mateixa evolució alcista i aquest pes preponderant del saldo migratori exterior en el creixement del saldo total. En tots els

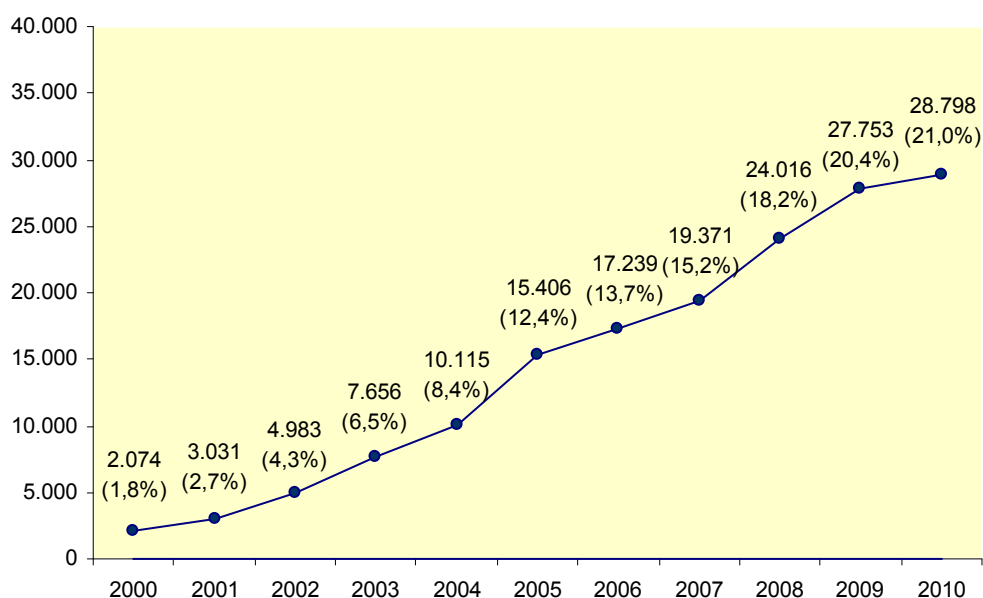
casos, a més, es detecta una evolució clarament a l'alça entre 2005 i 2007, uns primers indicis de desacceleració el 2008, i una caiguda ja força més perceptible el 2009, últim any amb dades disponibles. Aquest canvi de tendència d'aquest últim bienni, molt probablement, té el seu origen en la conjuntura econòmica desfavorable iniciada en aquest mateix moment.

Pel que fa a la migració interior, les petites pèrdues de població a Lleida en favor d'altres poblacions del Segrià, altres comarques de la província, altres províncies catalanes o altres CCAA, deixen un saldo migratori negatiu de poca importància, i que a més, en els darrers anys, s'ha anat reduint cada cop més. A excepció de la província de Lleida, aquesta evolució és coincident amb la del Segrià o el global de Catalunya.

Els nouvinguts a Lleida

Atenent a les dades, doncs, s'ha produït un important augment de la població estrangera a la ciutat de Lleida en els darrers anys. A la següent figura s'observa que mentre l'any 2000 la població estrangera representava només un 1,8% de la població total de Lleida, aquesta actualment ja és el 21%.

Figura 3-23 Evolució de la població de nacionalitat no espanyola a la ciutat de Lleida i del seu percentatge sobre el total de població 2000-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

A Lleida hi conviuen fins a 126 nacionalitats diferents. Les principals nacionalitats d'origen de la població immigrada són la romanesa (21%) i la marroquina (16%). Els dos terços restants es reparteix entre una miscel·lània d'estats amb un pes inferior al 5%.

Figura 3-24 Població immigrada total distribuïda per nacionalitats. Any 2010

País	Homes	Dones	Total	% s. total
Romania	3.169	3.045	6.214	21,3%
Marroc	2.981	1.789	4.770	16,3%
Algèria	1.022	410	1.432	4,9%
Colòmbia	606	747	1.353	4,6%
Brasil	476	731	1.207	4,1%
Senegal	910	212	1.122	3,8%
Xina	548	529	1.077	3,7%
Nigèria	555	425	980	3,4%
Bolívia	358	533	891	3,1%
Mali	667	64	731	2,5%
Equador	344	318	662	2,3%
Bulgària	356	265	621	2,1%
Ucraïna	312	280	592	2,0%
Guinea	445	116	561	1,9%
Rep. Dominicana	248	311	559	1,9%
Gàmbia	446	82	528	1,8%
Rússia	81	356	437	1,5%
Portugal	266	157	423	1,4%
Polònia	201	218	419	1,4%
Argentina	158	178	336	1,2%
Itàlia	191	120	311	1,1%
Altres nacionalitats	2.302	1.659	3.961	13,6%
Total	16.642	12.545	29.187	100,0%

Font: Regidoria de Serveis Personals i Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida

S'observa també un important pes de la població masculina en aquest col·lectiu, amb relació a la població general. Un 57% de la població immigrada són homes, per només un 43% de dones.

Les dues figures següents donen una idea clara de la concentració de la població immigrada en determinats barris de Lleida:

Figura 3-25 Població total distribuïda per barris 2008

Barri	Homes	Dones	Total
Centre històric	2.707	1.840	4.547
Prncep de Viana - Clot	1.960	1.433	3.393
Balafia	1.741	1250	2.991
Universitat	1.530	1.320	2.850
Mariola	1.633	1.076	2.709
Cappont	1.212	1.046	2.258
Pardinyes	1.223	894	2.117
La Bordeta	1.075	800	1.875
Instituts - Templers	820	658	1.478
Rambla Ferran - Estació	826	568	1.394
Xalets - Humbert Torres	494	420	914
Camp d'esports	447	449	896
Seca de Sant Pere	355	270	625
Cappont - Polígon Vilanoveta	199	158	357
Magraners	138	101	239
Joc de la Bola	85	84	169
Bases d'Alpicat	51	33	84
Llívia	29	54	83
Torres de Sanui	38	36	74
Raimat - Sucs	40	34	74
Butsenit	39	28	67
Total	16.642	12.552	28.410

Font: Regidoria de Serveis Personals i Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida

Figura 3-26 Població immigrada distribuïda per barris 2010

Barri	Dones	Homes	Total	% s. Lleida	% s. total pob. barri
Centre històric	1.840	2.707	4.547	16,0%	42,7%
Príncep de Viana - Clot	1.433	1.960	3.393	11,9%	27,8%
Balàfia	1250	1.741	2.991	10,5%	22,7%
Universitat	1.320	1.530	2.850	10,0%	23,5%
Mariola	1.076	1.633	2.709	9,5%	22,9%
Cappont	1.046	1.212	2.258	7,9%	19,4%
La Bordeta	800	1.075	1.875	6,6%	14,8%
Instituts - Templers	658	820	1.478	5,2%	19,7%
Rambla Ferran - Estació	568	826	1.394	4,9%	36,5%
Pardinyes	894	1.223	1.333	4,7%	10,6%
Xalets - Humbert Torres	420	494	914	3,2%	20,6%
Camp d'esports	449	447	896	3,2%	18,3%
Secà de Sant Pere	270	355	625	2,2%	15,9%
Cappont - Polígon Vilanoveta	158	199	357	1,3%	15,6%
Magraners	101	138	239	0,8%	9,6%
Joc de la Bola	84	85	169	0,6%	5,0%
Bases d'Alpicat	33	51	84	0,3%	4,3%
Llívia	54	29	83	0,3%	5,6%
Torres de Sanui	36	38	74	0,3%	3,0%
Raimat - Sucs	34	40	74	0,3%	6,9%
Butsènit	28	39	67	0,2%	4,2%
Total	12.552	16.642	28.410	100,0%	20,6%

Font: Regidoria de Serveis Personals i Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida

Barris com el Centre històric (43%) o Rambla Ferran-Estació (37%) tenen uns percentatges de població immigrada molt superiors a la mitjana de la ciutat (21%), mentre que d'altres, com Joc de la Bola, Torres de Sanui, Butsènit o Bases d'Alpicat, no superen ni el 5%.

3.6 El creixement de la població

Així doncs, tal com mostra la figura 3-27, de les dues components que determinen el creixement de la població, el moviment migratori és la que explica bona part del creixement dels darrers deu anys. Amb tot, durant els últims 2 anys s'observa un important descens en la seva taxa de creixement, i doncs, del seu pes sobre la taxa bruta de creixement total:

Figura 3-27 Taxa bruta de creixement total a Lleida, Segrià, Província i Catalunya 2000-2009

Any	Lleida			Segrià		
	T. bruta de creixement natural	T. bruta de creixement migratori	T. bruta de creixement total	T. bruta de creixement natural	T. bruta de creixement migratori	T. bruta de creixement total
2009	4,42	5,04	9,46	3,65	7,73	11,38
2008	5,22	18,15	23,37	4,00	20,02	24,02
2007	3,28	29,09	32,37	2,37	31,17	33,54
2006	3,23	23,18	26,41	2,11	26,21	28,32
2005	2,79	17,97	20,76	1,50	22,74	24,24
2004	3,72	30,75	34,47	1,83	32,23	34,06
2003	2,79	18,85	21,64	0,90	19,82	20,72
2002	1,41	16,26	17,67	-0,12	14,76	14,64
2001	2,34	13,07	15,41	0,59	13,09	13,68
2000	1,57	-3,41	-1,84	0,38	2,60	2,98

Any	Província			Catalunya		
	T. bruta de creixement natural	T. bruta de creixement migratori	T. bruta de creixement total	T. bruta de creixement natural	T. bruta de creixement migratori	T. bruta de creixement total
2009	2,00	4,89	6,89	3,41	1,49	4,90
2008	2,44	17,48	19,92	4,04	12,49	16,53
2007	0,93	28,11	29,04	3,40	17,28	20,68
2006	0,86	23,85	24,71	3,54	17,57	21,11
2005	-0,23	20,33	20,10	2,68	18,41	21,09
2004	0,00	30,08	30,08	2,92	19,31	22,23
2003	-1,10	21,65	20,55	1,96	16,67	18,63
2002	-1,87	17,57	15,70	1,71	18,92	20,63
2001	-1,21	13,91	12,70	1,42	15,01	16,43
2000	-1,49	4,94	3,45	1,31	11,36	12,67

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Com s'ha observat anteriorment, però, és evident que el lent però constant increment de la taxa de creixement natural es deu en bona part a l'arribada de població immigrada, que representava, l'últim any amb dades disponibles, més d'un de cada tres naixements a Lleida.

Figura 3-28 Nascuts vius a Lleida segons nacionalitat 2000-2009

Any	Nascuts vius	Nascuts vius de mare estrangera		1a nacionalitat	Nascuts vius		2a nacionalitat	Nascuts vius		3a nacionalitat	Nascuts vius	
		% total	% total		% total	% total						
2009	1.681	572	34,0%	Marroc	151	9,0%	Romania	84	5,0%	Resta Àfrica	81	4,8%
2008	1.786	629	35,2%	Marroc	135	7,6%	Romania	117	6,6%	Resta Àfrica	83	4,6%
2007	1.595	519	32,5%	Marroc	126	7,9%	Romania	92	5,8%	Resta Àfrica	64	4,0%
2006	1.564	430	27,5%	Marroc	105	6,7%	Resta Àfrica	67	4,3%	Romania	60	3,8%
2005	1.496	377	25,2%	Marroc	93	6,2%	Resta Àfrica	61	4,1%	Romania	45	3,0%
2004	1.510	311	20,6%	Marroc	75	5,0%	Resta Àfrica	61	4,0%	Romania	42	2,8%
2003	1.444	254	17,6%	Marroc	67	4,6%	Resta Àfrica	39	2,7%	Colòmbia	19	1,3%
2002	1.247	137	11,0%	Marroc	35	2,8%	Resta Àfrica	28	2,2%	Colòmbia	13	1,0%
2001	1.280	106	8,3%	Marroc	33	2,6%	Resta Àfrica	25	2,0%	Resta A. Sud	9	0,7%
2000	1.186	66	5,6%	Marroc	25	2,1%	Resta A. Sud	8	0,7%	Colòmbia	6	0,5%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Idescat

Per col·lectius immigrants, s'observa com el Marroc i Romania, principals nacionalitats presents a la ciutat, són també els que més nascuts vius presenten, si bé en aquest cas invertint les posicions respectives.

3.7 Habitatge

Habitatges i locals

El número d'habitatges a Lleida ha crescut en els darrers anys. Així, l'any 2010 hi havia a la ciutat 62.435 habitatges¹, 8.000 més que cinc anys abans. En canvi, el número de locals² ha experimentat un lleuger descens, passant de 10.330 a 9.864, un retrocés de quasi el 5%:

Figura 3-29 Habitatges i locals a Lleida. Anys 2005 i 2010

Any	Habitatges	Variació	Variació en %
2010	62.435	8.010	14,7%
2005	54.425		

Any	Locals	Variació	Variació en %
2010	9.864	-466	-4,5%
2005	10.330		

Font: Butlletí socioeconòmic de Lleida. Ajuntament de Lleida

¹ Tota construcció fixa destinada a ésser residència de persones físiques, o utilitzada com a tal, amb independència que s'hi desenvolupin altres usos (Article 2.1 de la Llei 24/1991, de 29 de novembre, de l'Habitatge (DOGC 1541, de 15.01.1992).

² Tindran també la consideració de locals aquelles parts d'un edifici que siguin susceptibles d'aprofitament independent per tenir sortida a un element comú d'aquell o a la via pública (Article 1 Llei 8/199, de 6 de abril, de reforma de la Llei 49/1960, de 21 de juliol, sobre propietat horitzontal (BOE nº 84, de 8/04/1999).

Segons el Butlletí socioeconòmic de Lleida, el setembre de 2010 hi havia 1.790 habitatges de nova construcció respecte el mateix mes de l'any anterior.

Habitatges de protecció oficial

D'acord a les dades proporcionades per Adigsa, l'any 2006 hi havia a Lleida un total de 3.002 habitatges amb algun tipus de protecció pública.

Figura 3-30 Habitatges públics a Lleida. Any 2006

Any	Promoció pública	Mercat secundari	Habitatges	Total
2006	2.969	10	23	3.002

Font: Adigsa

A aquestes xifres cal afegir-hi fins a 586 rehabilitacions en habitatges públics. D'altra banda, el Departament de Medi Ambient de la Generalitat comptava, per a l'any anterior (2005), 152 habitatges en règim de protecció oficial³ a la capital del Segrià.

Pel que fa al nombre de cèdules d'habitabilitat⁴, de nou segons el Departament de Medi Ambient i Habitatge, l'any 2005 se n'havien atorgat 2.272, 1.287 noves (d'habitatge nou o resultant d'una gran rehabilitació) i 985 de canvi (habitatges on s'han realitzat obres de rehabilitació o modificació de superfícies).

Cal tenir en compte, a més, que en els darrers anys a Lleida s'han desenvolupat dos plans de barri, dirigits des de l'Empresa Municipal d'Urbanisme (EMU), i centrats en els barris de Centre Històric i Mariola.

Zones verdes

Segons dades facilitades per la Regidoria de Medi Ambient, i d'acord a la classificació establerta en el Pla General de l'Ajuntament en vigor, Lleida compta actualment amb:

- 3 parcs d'interès natural⁵: Mas de Melons, Alfés, i La Mitjana
- 5 parcs territorials⁶: parcs territorials del Riu Segre-Fluvial i de Rufeia, Parc de Butsènit, Parc de Granyena, Parc Alcalde Pons-Les Basses, i Parc de la Cerdera-Polvorí

3 Són els de nova construcció que compleixen els requisits que estableix aquest Decret i siguin així qualificats pels serveis competents de la Direcció General d'Habitatge (Art. 3.9 Decret 255/2005, de 8 de novembre, d'actualització del Pla per al dret a l'habitatge 2004-2007; DOGC 4507, de 10.11.2005).

4 Document que acredita que un habitatge compleix els requisits d'habitabilitat i solidesa i que té aptitud per ser destinat a residència humana (art. 6.1 Decret 259/2003, de 21 d'Octubre, sobre requisits mínims d'habitabilitat en els edificis d'habitatges i de la cèdula d'habitabilitat DOGC núm. 3999, de 30 d'Octubre de 2003).

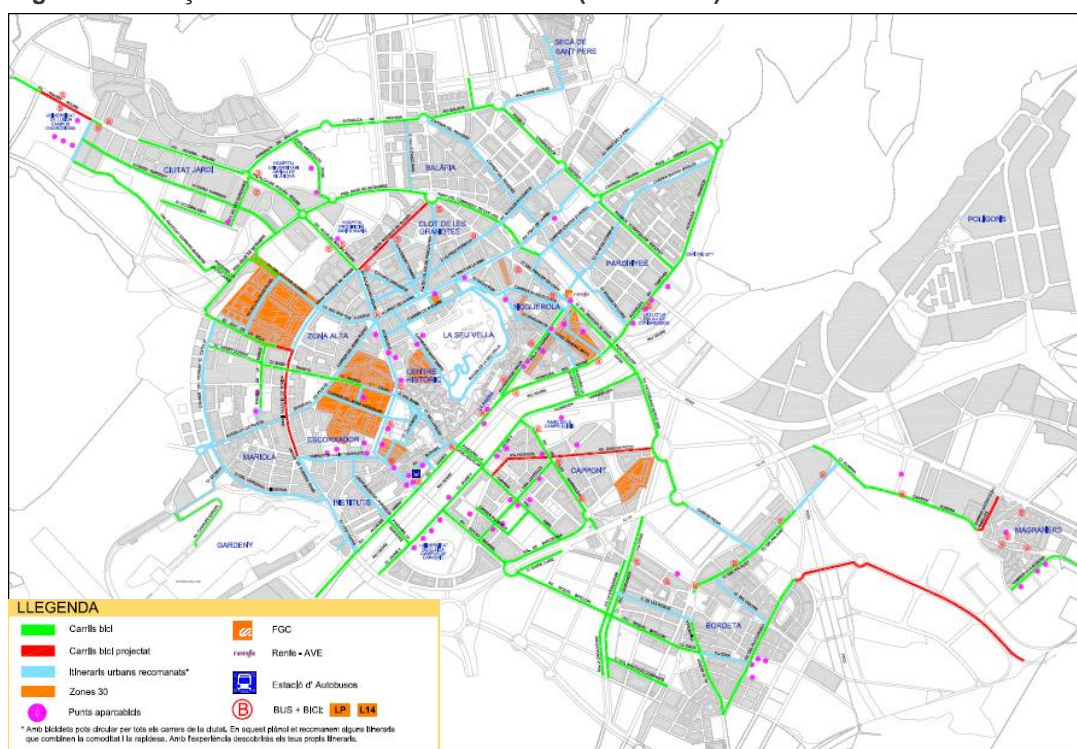
5 Àrees del municipi incloses total o parcialment al Pla d'Espais d'Interès Natural (PEIN).

- 15 parcs urbans⁷
- 83 zones verdes i jardins⁸
- 2 verds urbans o places⁹: Pàrquing Auditori i Plaça Espanya
- 5 espais lliures lineals¹⁰: Rambla del Corregidor Escofet, Rambla de Ferran, Avinguda Doctora Castells, Carrer Campament, i Carrer Canal
- 2 verds esportius¹¹: Camp de Tir amb Arc i Camp de Futbol de Balàfia.

Carrils bici

Segons la Regidoria d'Urbanisme, l'any 2010 Lleida disposava aproximadament de 33 quilòmetres de carrils bici, amb 7 ampliacions previstes durant el bienni 2010-2011. Aquesta extensió suposa més del doble de la disponible l'any 2006 (16 quilòmetres).

Figura 3-31 Traçat actual dels carrils bici a Lleida (febrer 2011)



6 Àrees que destaquen per les seves condicions mediambientals, paisatgístiques i de localització significativa en la geomorfologia i paisatge del territori.

7 Àrees qualificades de verd públic, que estructurin un conjunt d'àrees d'esbarjo de gran dimensió, la superfície dels quals supera 3 hectàrees de sòl.

8 Zones verdes de caràcter local de més reduïda dimensió, que acolliran normalment jocs per infants, àrees d'estada i repòs i lleure en general, amb un tractament prioritari d'arbrat o enjardinat.

9 Elements del sistema d'espais lliures de caràcter urbà, preparades per a funcions variades que acolliran normalment activitats lúdiques i de festa i participació.

10 Zones verdes que combinen les funcions d'oci i el passeig dels vianants amb les de la circulació rodada. La seva funció és la connectivitat entre la resta del sistema d'espais lliures.

11 Espais lliures ocupats per esports a l'aire lliure (camps de futbol, atletisme, la petanca, el tir amb arc etc.), que tenen limitació específica de no poder tenir més d'un 5% edificat.

Font: Regidoria d'Urbanisme de l'Ajuntament de Lleida

Accessibilitat i barreres arquitectòniques

L'any 2005 l'Ajuntament de Lleida elaborà el "Pla d'Accessibilitat de Lleida a la via Pública". El Pla se centrava en l'adequació de voreres i cruïlles per prioritzar el desplaçament dels vianants. Això comprenia la reducció de les vorades en els passos de vianants, l'aixecament de plataformes en els encreuaments i la senyalització especial.

El Pla també preveia intervencions específiques en el Pla de millora del barri de la Mariola, en l'entorn de la Universitat, en l'entorn de l'Escorxador, i altres actuacions, com ara la instal·lació d'elements reductors de la velocitat.

3.8 Mercat de treball

L'ocupació i les condicions de treball tenen uns efectes directes sobre l'estat de salut; quan són bons aporten seguretat, desenvolupament social, autoestima..., per tant existeixen relacions directes entre l'estat de salut i la precarietat laboral. Així doncs la manca d'ocupació laboral pot contribuir a empitjorar la salut mental de les persones, augmentant els casos de depressió, ansietat, addicció i trastorns adaptatius.

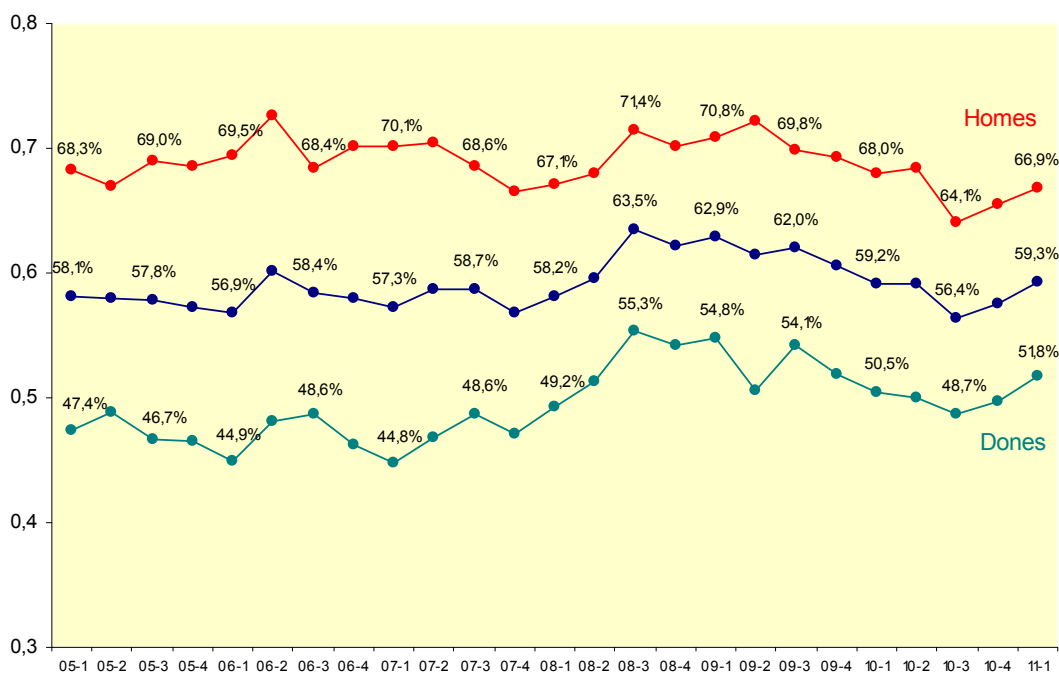
El següent apartat recull les principals dades relatives a l'ocupació a Lleida, si bé cal considerar que molta de la informació relativa a pràctiques laborals no saludables (treballs amb sobre esforç, manca de seguretat...) no ve recollida per les estadístiques.

Població activa

La població activa és la que intervé en el mercat de treball. Formen part de la població activa les persones de 16 anys i més que tenen ocupació remunerada o estan disponibles i fan gestions per incorporar-se al mercat laboral (és a dir, qui declara treballar o estar disposat a fer-ho). L'indicador emprat per mesurar-la és la taxa d'activitat, que posa en relació la població activa i la població potencialment activa (de 16 anys i més)

La principal font d'informació per a caracteritzar el mercat laboral, i doncs, la població activa, és l'Enquesta de Població Activa (EPA) que elabora l'*Instituto Nacional de Estadística*. La impossibilitat d'aconseguir aquesta dada a nivell municipal farà que s'agafi com a principal referència la població activa de la província.

Figura 3-32 Taxa d'activitat a la província de Lleida per gènere. Anys 2005-2011 (per trimestres).



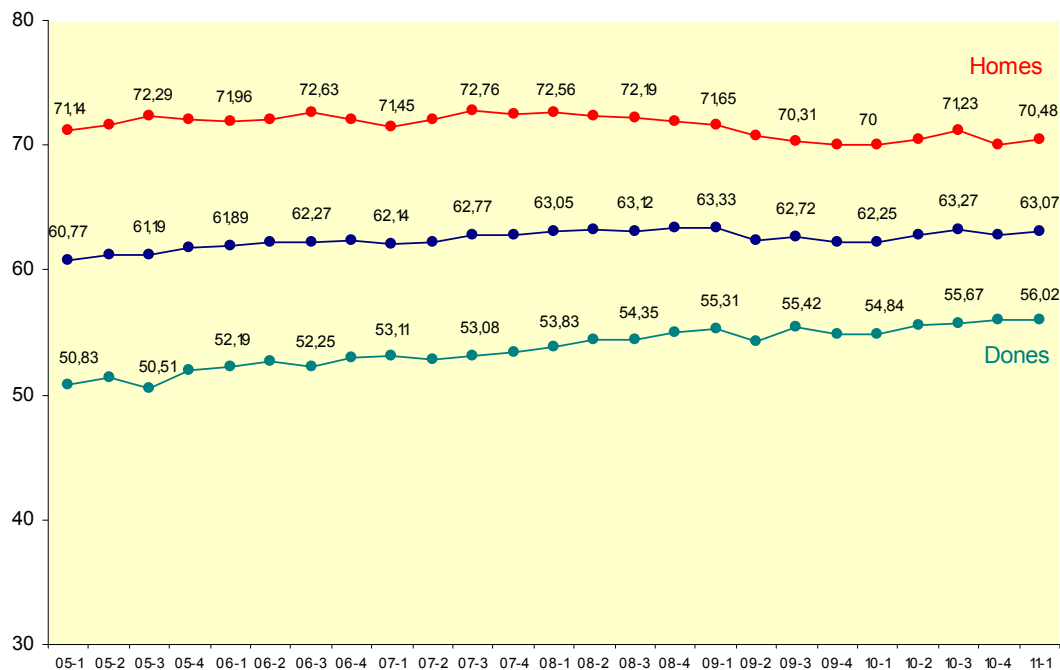
Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

La taxa d'activitat global, que posa en relació el total de població activa amb el total de població de 16 anys i més, s'ha mantingut a la província de Lleida en uns valors propers al 60% durant els últims 6 anys. És perceptible un lleuger creixement de la taxa des de 2006 fins a meitat de 2008 (uns 5 punts, del 57-58% al 62-63%), una progressiva caiguda als valors de l'inici del període durant els dos anys següents, i una nova recuperació en els darrers dos trimestres de l'EPA. Si ens fixem en les taxes masculina i femenina, observem un diferencial molt important en favor de la primera, d'entre 15 i 20 punts percentuals. Es detecta, però, un lent però progressiu acostament de les dues taxes: mentre que la primera s'ha mantingut pràcticament estable amb una lleugera reducció de poc més d'un punt, la segona ha crescut més de 4 punts. Així, si fins a 2007 la diferència mitjana superava el 20%, des d'aleshores la distància s'ha anat escurçant fins a poc més de 15 punts.

Un cop d'ull a les dades del global de Catalunya permet identificar algunes diferències destacables respecte la província: uns percentatges d'activitat global que de mitjana se situen entre 3 i 4 punts per sobre, una taxa d'activitat masculina que no supera els 3 punts de diferència, i en canvi, una taxa femenina que a Catalunya és més de 4 punts superior a la lleidatana. S'observen, per últim, unes variacions trimestrals molt més acusades en el cas

provincial, producte de la diferència de volums poblacionals, però també per una composició de l'ocupació més subjecta als canvis estacionals, tal com es veurà més endavant.

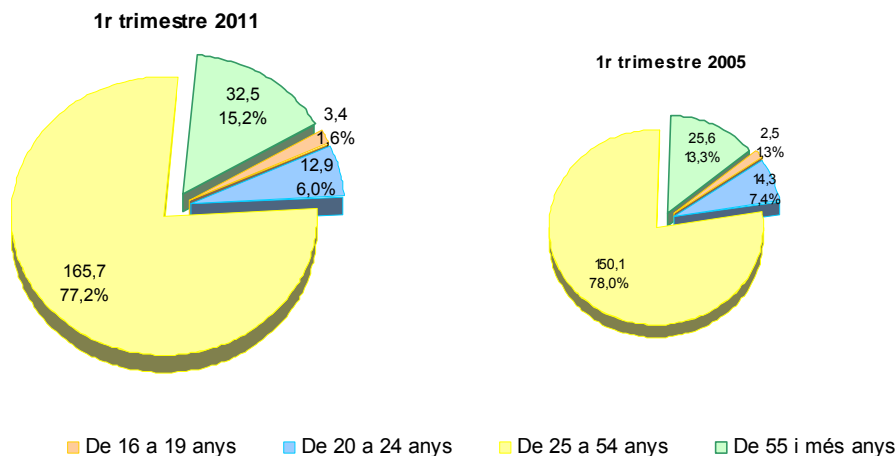
Figura 3-33 Taxa d'activitat a Catalunya per gènere. Anys 2005-2011 (per trimestres).



Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

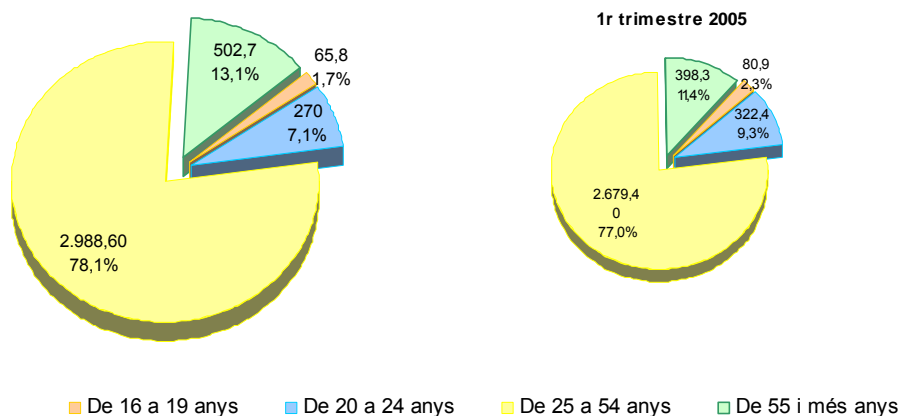
Per últim, si analitzem la distribució de l'activitat pels grups d'edat definits a l'EPA, trobem que en sis anys s'ha produït una lleugera disminució dels grups d'edat més joves (de 16 a 19 anys i de 20 a 24) i del central, i un increment dels treballadors de més edat (de 55 anys i més). En comparació a Catalunya, la província presenta una menor proporció d'actius joves i de mitjana edat, i un major pes del grup de més edat.

Figura 3-34 Població activa a la província de Lleida per edats (en milers). Anys 2005 i 2011 (1r trimestre).



Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

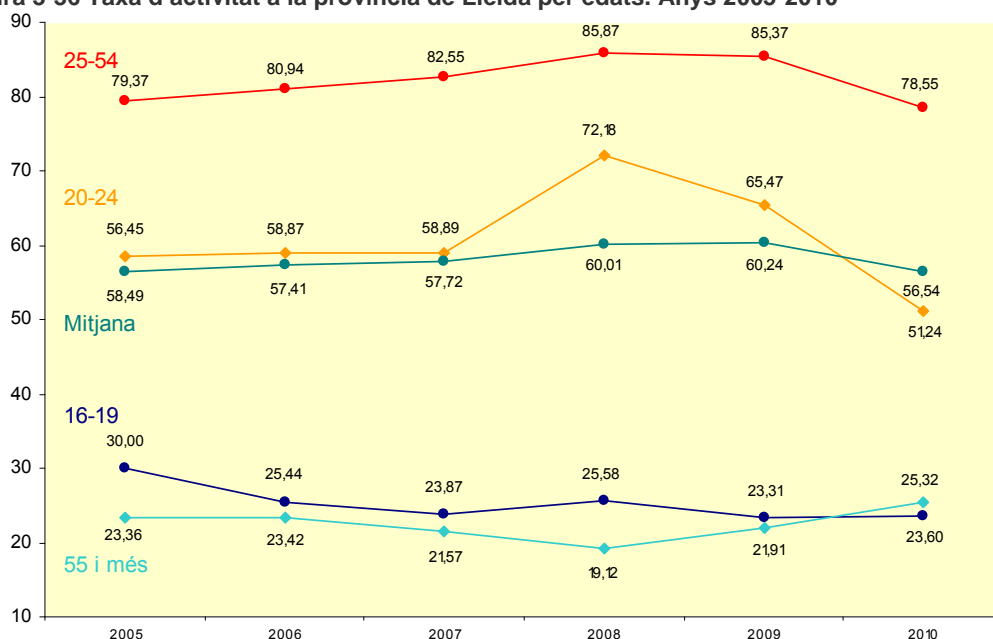
Figura 3-35 Població activa a Catalunya per edats (en milers). Anys 2005 i 2011 (1r trimestre).
 1r trimestre 2011



Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Per a poder calcular quina és la taxa d'activitat per aquestes mateixes franges d'edat es creuran a continuació aquestes dades de l'EPA (que no proporciona la població de 16 anys i més segmentada per edat a nivell provincial), amb les del padró municipal d'habitants (que sí les facilita). Cal tenir en compte que les taxes totals que en resultaran diferiran lleugerament de les que consten a la figura 3-32 per efecte de la diferent font d'informació per a la dada de la població de 16 anys i més, i per la conversió de les dades trimestrals de l'EPA a una mitjana anual.

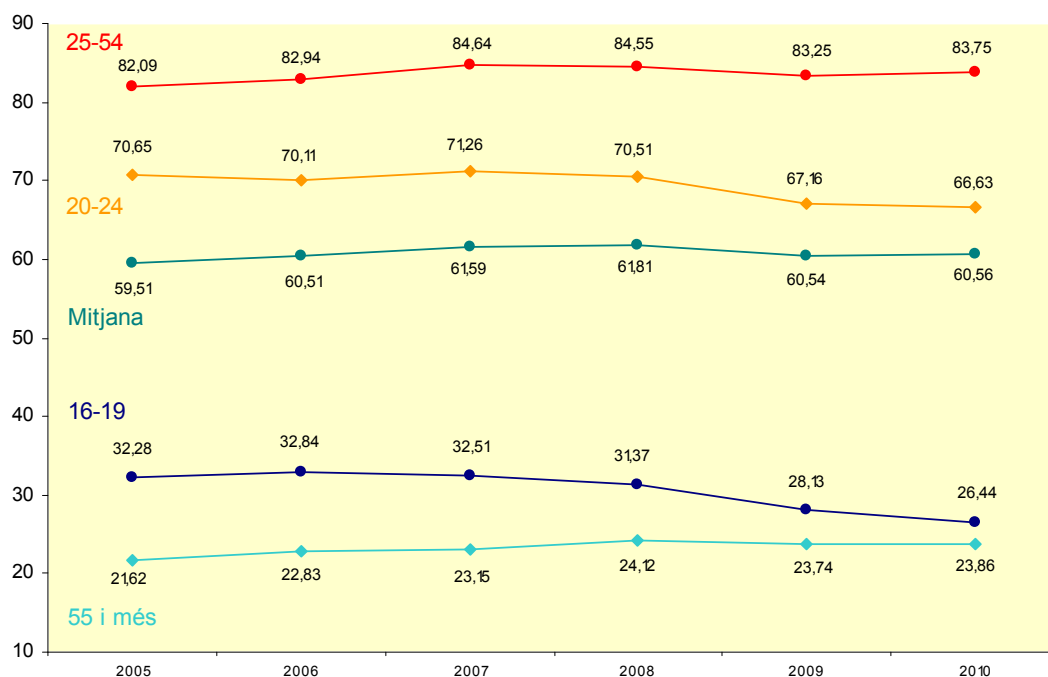
Figura 3-36 Taxa d'activitat a la província de Lleida per edats. Anys 2005-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i el padró municipal d'habitants (Idescat)

La particular disposició dels grups d'edat fa que la distribució final que en resulta sigui prou clara: 2 d'ells, situats als extrems, presenten una taxa d'activitat ben baixa, propera al 25% (de 16 a 19 anys i de 55 en endavant), el segon més jove (20-24 anys) marca uns valors propers a la mitjana -50%, i el més central, que comprèn la franja potencialment més activa de la societat, arriba quasi al 80%. L'evolució d'aquests grups entre 2005 i 2010 ha estat desigual. Mentre que els grup de 20 a 24 i de 25 a 54 s'ha comportat de manera anàloga a la mitjana, el de més edat ho ha fet més aviat a l'inrevés: baixada entre 2005 i 2008 (del 23 al 19%), i pujada des d'aleshores (fins al 25%). En el cas del grup més jove, es produeix un decreixement de 7 punts entre 2005 i 2007 que per aquest període també l'allunya del comportament general. Cal fer notar, a més, la particular evolució del grup de 20 a 24 anys, amb un fort creixement de més de 13 punts entre 2007 i 2008, i una caiguda encara més marcada en els dos anys posteriors, de més de 20 punts percentuals, 14 dels quals entre 2009 i 2010.

Figura 3-37 Taxa d'activitat a Catalunya per edats. Anys 2005-2010



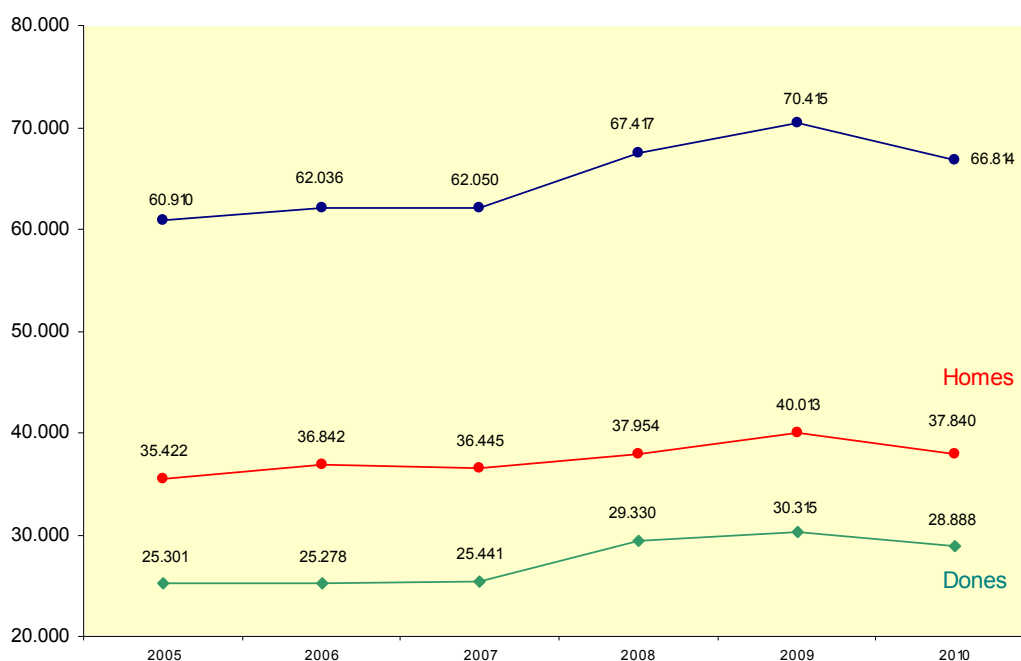
Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i el padró municipal d'habitants (Idescat)

En el cas de Catalunya, els valors per a tots els grups són superiors als de la província, amb l'única excepció del de més edat. Crida l'atenció la important diferència en el grup de 20 a 24 anys, amb una taxa d'activitat catalana més de 15 punts superior a les comarques de Lleida.

Estimació de la població activa a Lleida ciutat

A partir de les dades provincials de l'EPA tot just referides podem inferir quina podria ser, aproximadament, la població activa de la ciutat de Lleida. Per a fer-ho, utilitzarem un mètode de càlcul que per comptes d'utilitzar les dades del cens de 2001 (últimes que prenen com a referència el nivell municipal, totalment sobrepassades pels canvis poblacionals dels darrers deu anys), parteix de les taxes d'activitat per gènere i per edat de la província de Lleida aplicades sobre la població empadronada potencialment activa (de 16 anys en endavant).¹² Així, la població activa per gènere i per grups d'edat que s'estima a Lleida ciutat hauria seguit la següent evolució:

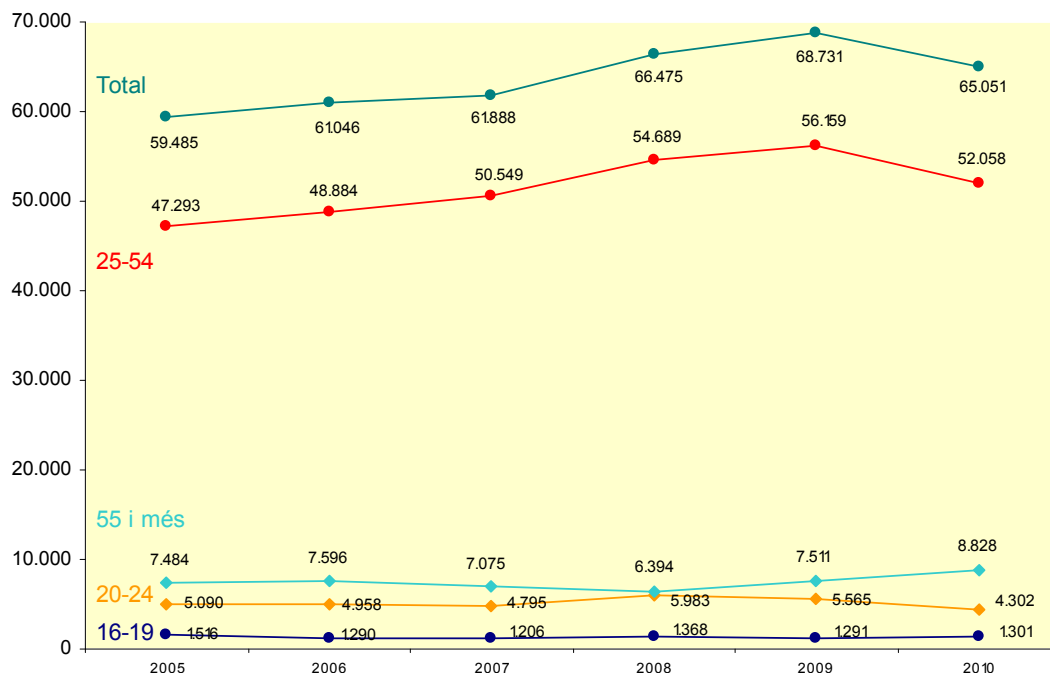
Figura 3-38 Població activa estimada per gènere a Lleida. Anys 2005-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i el padró municipal d'habitants (Idescat)

¹² Aquest mètode ha estat utilitzat per la Diputació de Barcelona per fer estimacions similars per als municipis de la seva demarcació. El document "Nou mètode de càlcul de la població activa local estimada i de la taxa d'atur registrat" explica aquest mètode (accessible el 5 de maig de 2011 a: http://www.ccmaresme.cat/ARXIU/2009/OBSERVATORI/Nou_calcul_activa_i_taxa_d_atur.doc)

Figura 3-39 Població activa estimada per edats a Lleida. Anys 2005-2010



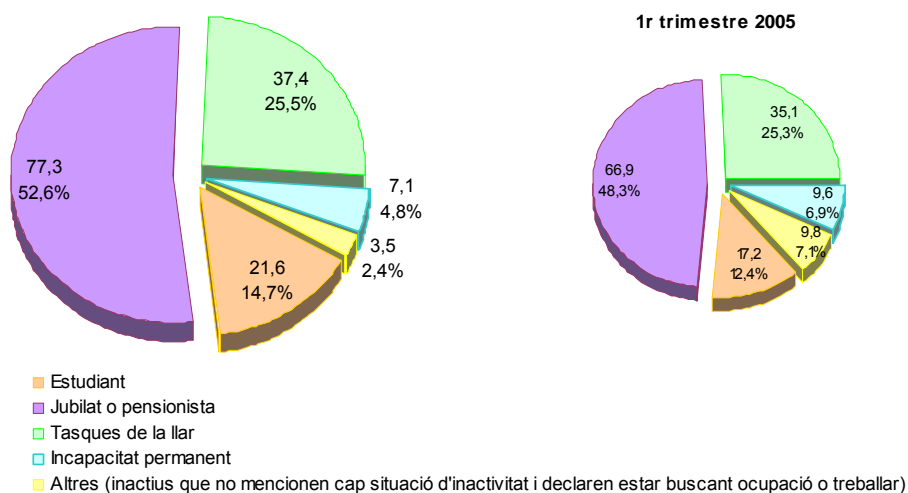
Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i el padró municipal d'habitants (Idescat)

Cal advertir que la diferència que s'observa entre les mitjanes globals estimades en una i altra figura es deuen novament a la utilització de dues fonts d'informació diferents per al càlcul de les taxes d'activitat.

Població inactiva

En el transcurs dels darrers 6 anys, doncs, un 60% de la població de la província ha estat activa laboralment. En quina situació es troba el 40% restant? Segons dades de l'EPA, durant el primer trimestre de 2011 fins a un 40,7% es trobava en aquesta situació. La següent figura il·lustra tant els perfils d'aquest col·lectiu com el canvis en la seva composició:

Figura 3-40 Situació d'inactivitat a la província de Lleida (en milers). Anys 2005 i 2011 (1r trimestre).

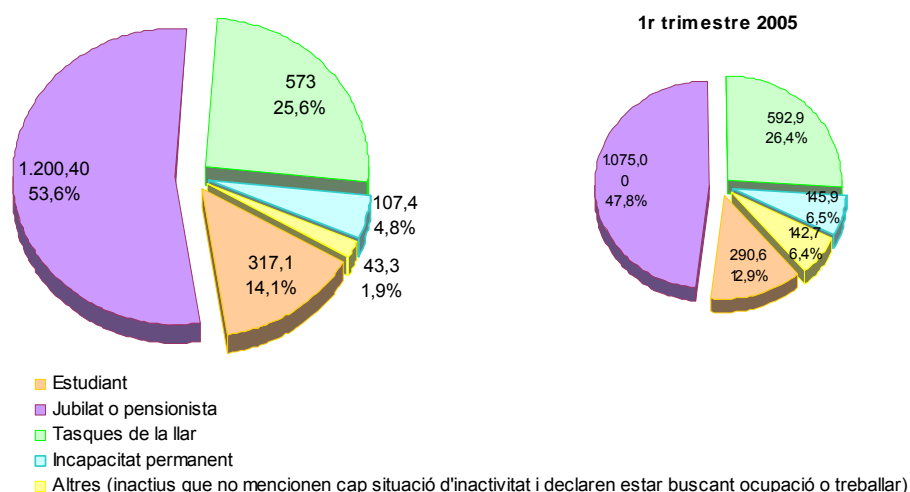


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Amb un volum de població inactiva similar (només lleugerament superior), entre 2005 i 2011 es detecta un creixement en el percentatge d'inactius que manifesten estar en situació de jubilació, i en menor mesura, dels estudiants. Per contra, els qui presenten algun tipus d'incapacitació permanent o els qui no s'ubiquen en cap de les situacions presentades han perdut pes. La proporció de persones que afirmen dedicar-se a tasques de la llar es manté estable.

En darrer lloc, cal dir que els registres de la província de Lleida són molt similars als de Catalunya: únicament s'identifica una menor proporció de jubilats (1 punt percentual), i una major d'estudiants (mig punt).

Figura 3-41 Situació d'inactivitat a Catalunya (en milers). Anys 2005 i 2011. (1r trimestre).

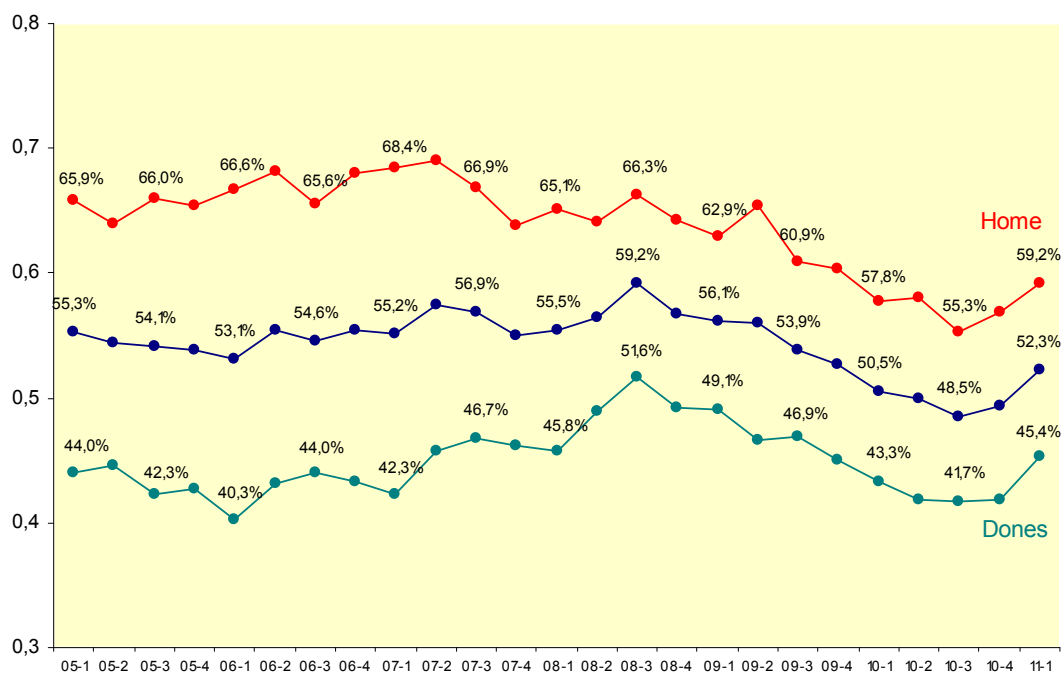


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Població ocupada

La població ocupada és definida com aquella que, tenint 16 anys o més, està treballant per compte d'altri o per compte propi. La corresponent taxa d'ocupació, doncs, relaciona la població ocupada respecte la població potencialment activa (de 16 anys i més). De nou, per poder obtenir aquesta dada bàsica haurem de recórrer altra vegada a les dades provincials que facilita l'EPA.

Figura 3-42 Taxa d'ocupació a la província de Lleida per gènere. Anys 2005-2011 (per trimestres).

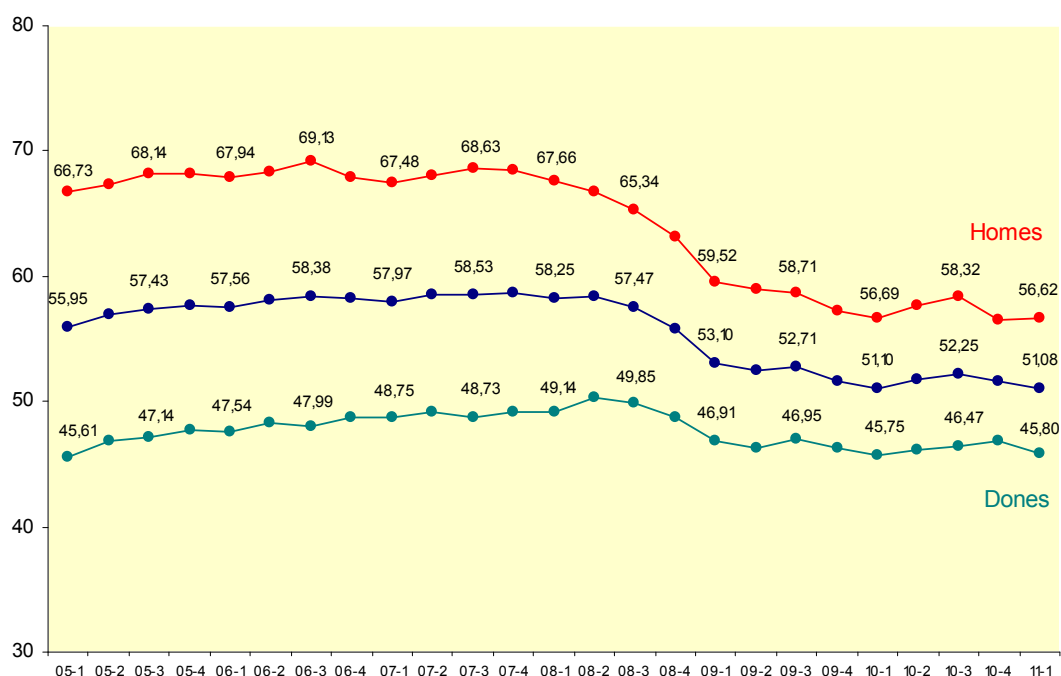


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Segons les dades de l'enquesta, la taxa d'ocupació ha experimentat una evolució similar a la d'activitat: un primer any de lleugera reculada (del 55% al 53%), un període entre 2006 i mitjats de 2008 de notable creixement (del 53 al 59%), dos anys i mig de caiguda i valors mínims (del 59 al 48,5%), i un darrer mig any de recuperació (del 48,5 al 52%). De manera anàloga, les taxes masculina i femenina, malgrat la considerable distància que les separa, han tendit a una major convergència des de l'any 2008: dels més de 20 punts de 2005, als menys de catorze de 2011.

Comparades amb Catalunya, les dades provincials presenten uns nivells inicials i finals similars (a excepció de la taxa masculina, menor en el global de Catalunya), però una evolució diferent: un creixement –moderat– des de l’inici del període, i una caiguda que es produeix en el mateix moment però que després d’una tènue recuperació a la primera meitat de 2010, sembla prosseguir a partir dels dos darrers trimestres.

Figura 3-43 Taxa d’ocupació a Catalunya per gènere. Anys 2005-2011

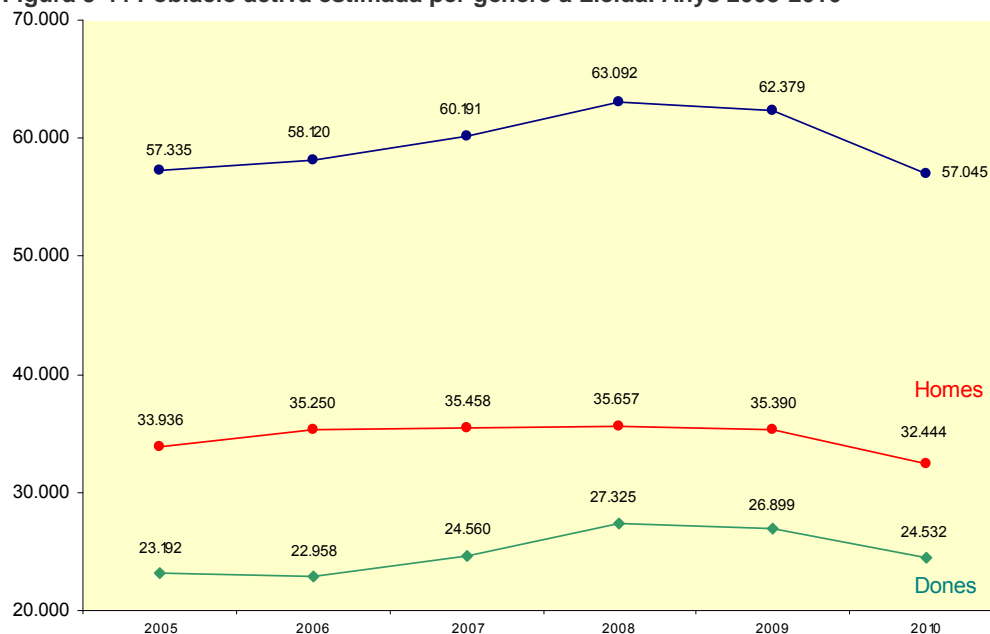


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Estimació de la població ocupada a Lleida ciutat

Com en el cas de la població activa, aplicant el mateix mètode estimatiu podem aproximar quin volum de població ocupada hi ha a la ciutat de Lleida, per bé que aquest cop només podem estimar la distribució per gènere:

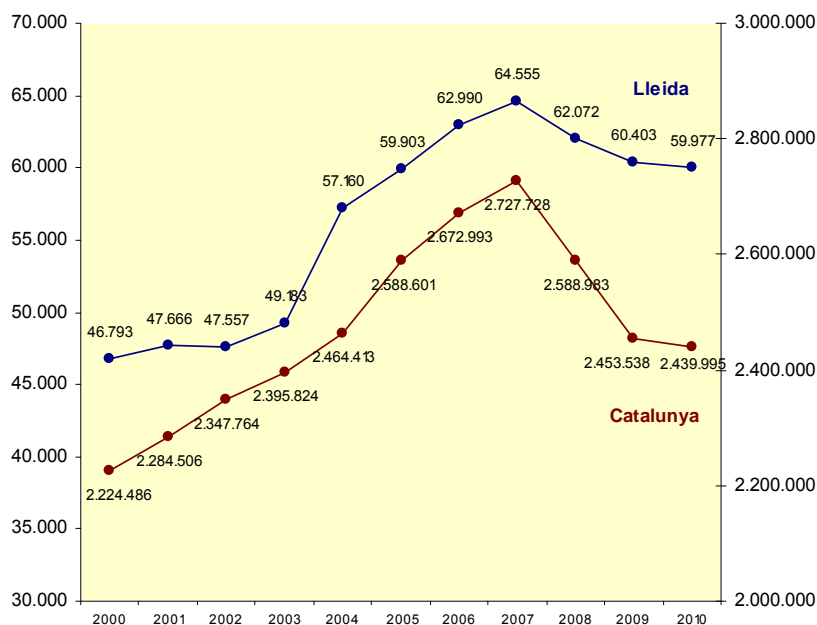
Figura 3-44 Població activa estimada per gènere a Lleida. Anys 2005-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i el padró municipal d'habitants (Idescat)

L'anàlisi evolutiu del **número d'afiliats a la Seguretat Social** en els darrers deu anys reitera l'evolució tot just referida. Aquest cop, les dades sí que fan referència a Lleida ciutat:

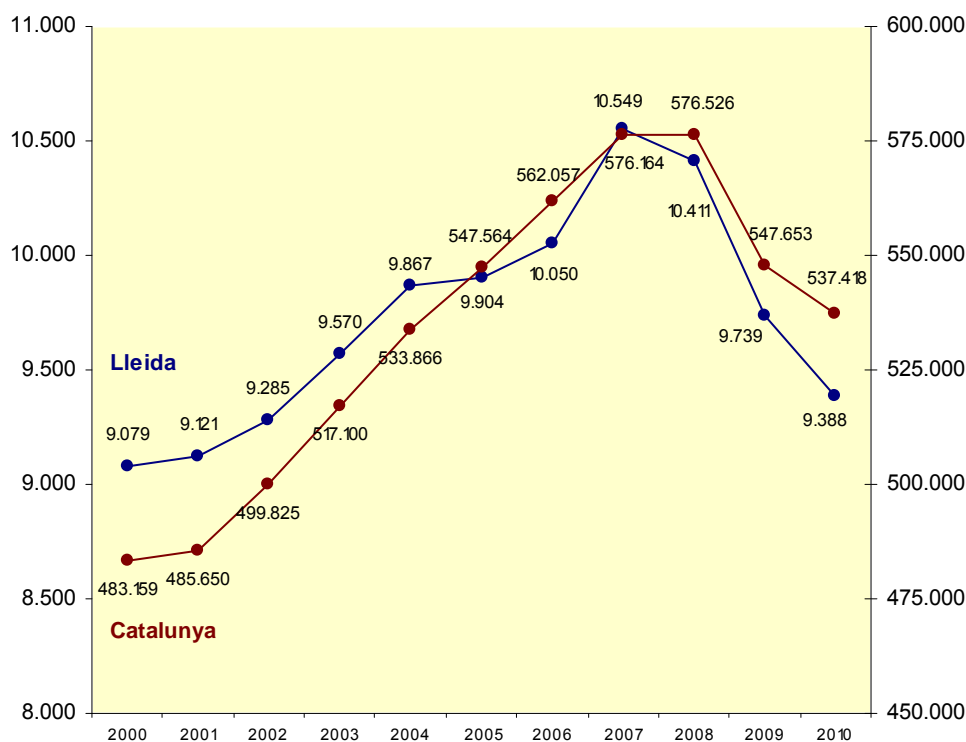
Figura 3-45 Afiliats al règim general de la Seguretat Social i al règim especial de la mineria i del carbó a Lleida i Catalunya a 31 de desembre. Anys 2000-2010



Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Com es pot veure, des de 2008 el número d'afiliats evoluciona a la baixa tant a Lleida ciutat com al global de Catalunya. És també observable un alentiment de la tendència decreixent en el darrer any. El comportament del número d'afiliats al règim d'autònoms és també similar.

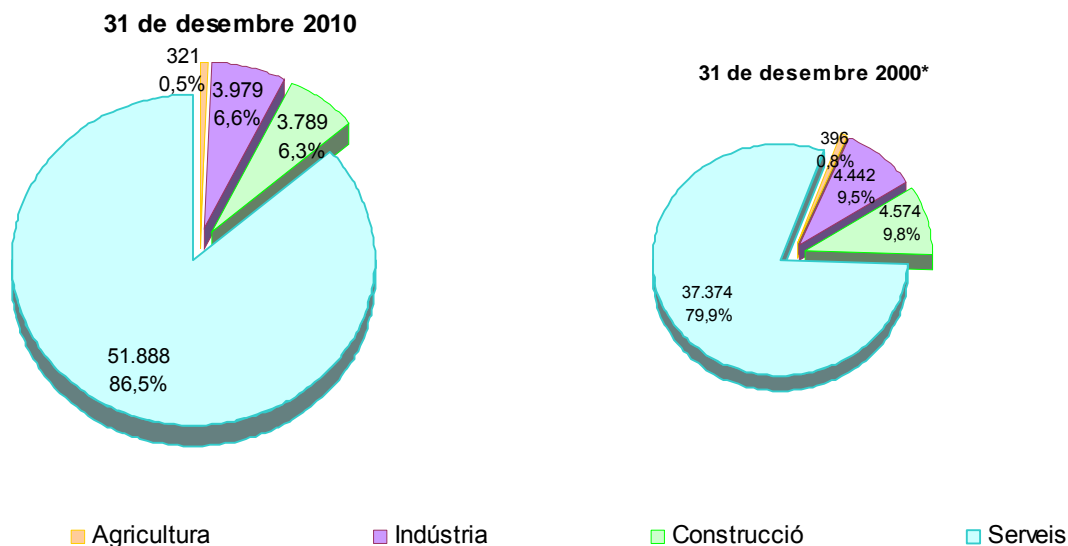
Figura 3-46 Afiliats al règim especial de treballadors autònoms a Lleida i Catalunya a 31 de desembre. Anys 2000-2010



Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Si parem atenció als **sectors econòmics**, observem una composició i una evolució particular a Lleida ciutat amb relació al global de Catalunya.

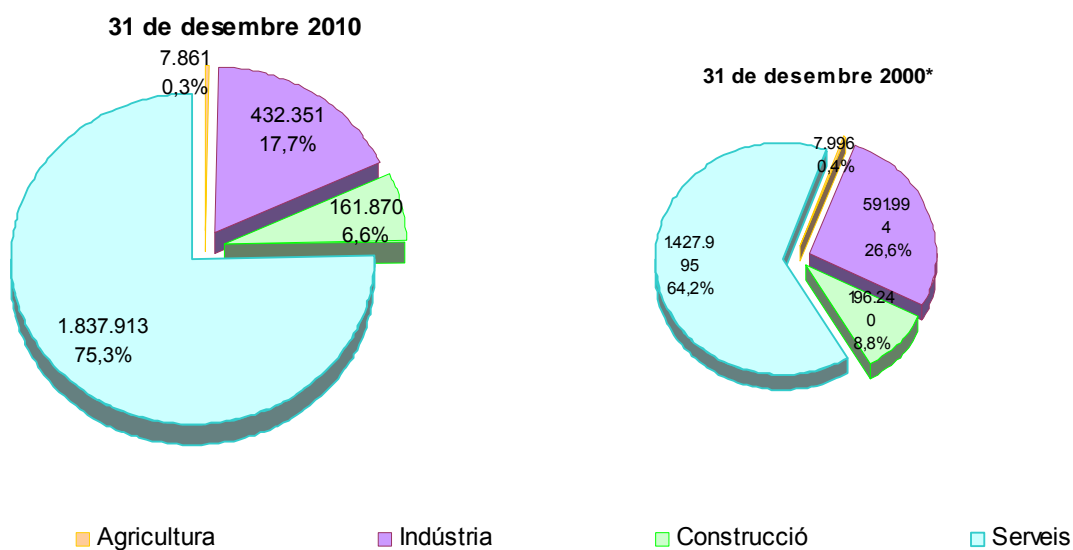
Figura 3-47 Afiliats al règim general de la Seguretat Social i al règim especial de la mineria i del carbó a Lleida a 31 de desembre per sectors. Anys 2000 i 2010.



* Els sectors de l'any 2000 estan definits d'acord a una classificació d'activitats econòmiques (CCAIE 93 rev. 1) diferent a l'aplicada pel 2010 (CCAIE 2009)

Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Figura 3-48 Afiliats al règim general de la Seguretat Social i al règim especial de la mineria i del carbó a Catalunya a 31 de desembre per sectors. Anys 2000 i 2010.



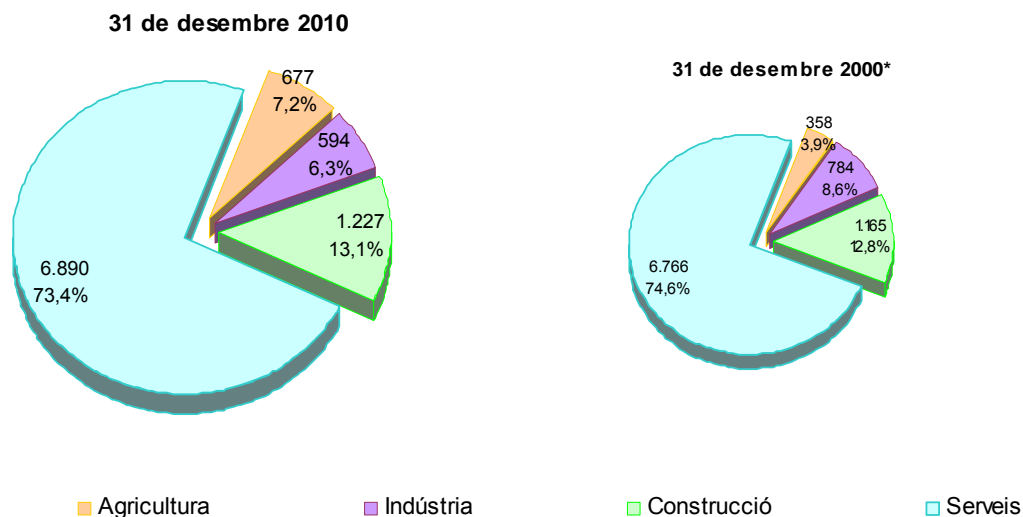
* Els sectors de l'any 2000 estan definits d'acord a una classificació d'activitats econòmiques (CCAIE 93 rev. 1) diferent a l'aplicada pel 2010 (CCAIE 2009)

Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Així, Lleida ha vist com en els darrers deu anys els serveis han incrementat el seu fort domini sobre els restants sectors, amb un creixement de més de 6 punts en detriment de la indústria, la construcció i l'agricultura. Catalunya ha evolucionat de manera similar, per bé que l'ascens dels serveis i la caiguda del sector industrial han estat molt superiors (uns 10 punts). Així i tot, un i altre sector tenen encara dimensions significativament diferents a les registrades a la ciutat de Lleida, amb un número d'afiliats que a Catalunya se situen, en el cas dels serveis, més de 10 punts per sota, i en el cas de la indústria, més de deu punts per sobre.

En el cas dels autònoms, observem un pes inferior dels afiliats a serveis i una major presència dels de la construcció i l'agricultura. Aquests dos darrers són, a més, precisament els que han crescut entre els anys 2000 i el 2010. Les dades del conjunt de Catalunya i la seva evolució en la passada dècada presenten un important grau de similitud a les de Lleida, amb un protagonisme més gran dels afiliats als serveis i menor als de l'agricultura.

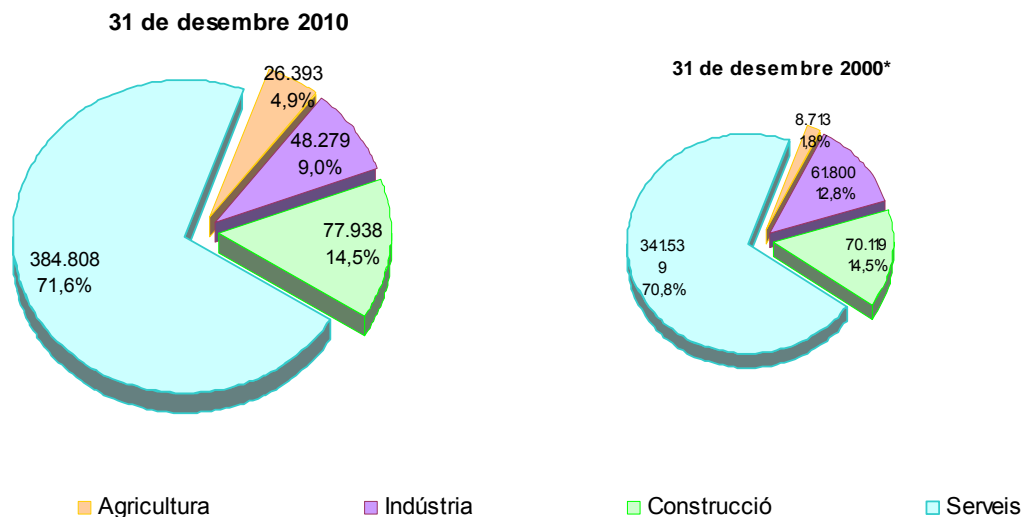
Figura 3-49 Afiliats al règim especial de treballadors autònoms a Lleida a 31 de desembre per sectors. Anys 2000 i 2010.



* Els sectors de l'any 2000 estan definits d'acord a una classificació d'activitats econòmiques (CCAIE 93 rev. 1) diferent a l'aplicada pel 2010 (CCAIE 2009)

Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Figura 3-50 Afiliats al règim especial de treballadors autònoms a Catalunya a 31 de desembre per sectors. Anys 2000 i 2010

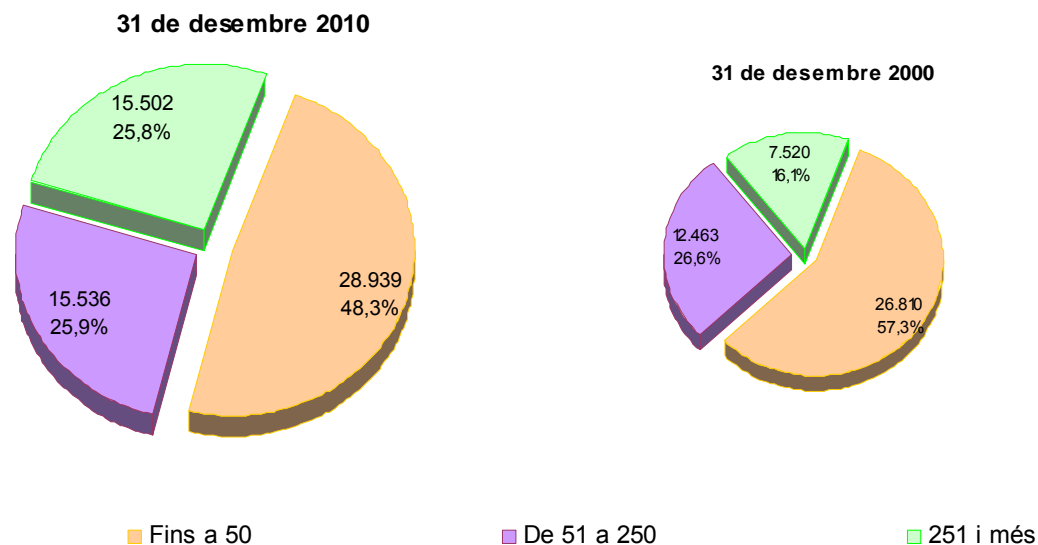


* Els sectors de l'any 2000 estan definits d'acord a una classificació d'activitats econòmiques (CCAIE 93 rev. 1) diferent a l'aplicada pel 2010 (CCAIE 2009)

Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

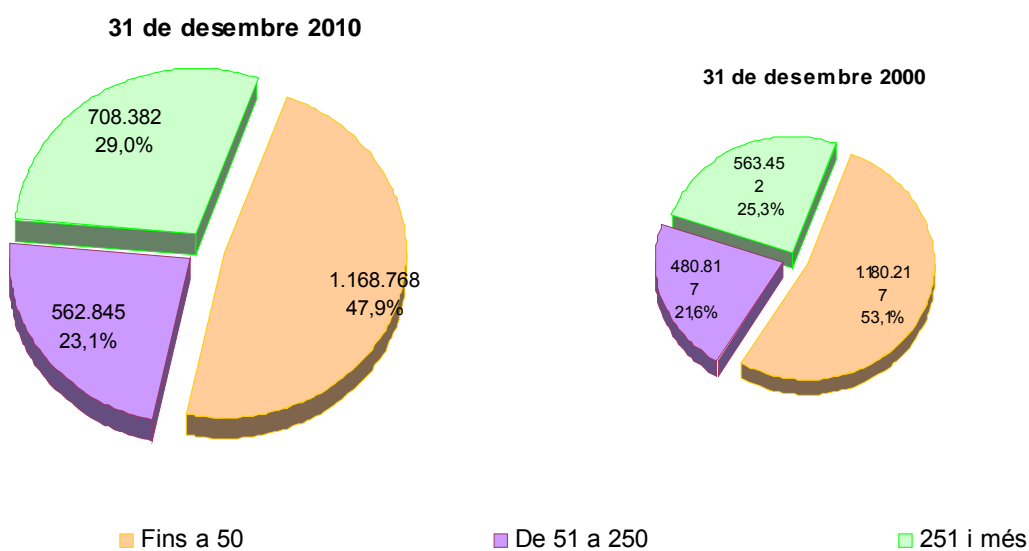
Per últim, resulta interessant constatar que els treballadors de règim comú lleidatans (i catalans) formen part principalment d'empreses de **dimensions** reduïdes (de 50 o menys treballadors), si bé en el decenni tot just acabat aquestes han deixat de ser les que concentren la majoria de treballadors.

Figura 3-51 Afiliats al règim general de la Seguretat Social i al règim especial de la mineria i del carbó a Lleida a 31 de desembre per grandària d'empresa. Anys 2000 i 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Figura 3-52 Afiliats al règim general de la Seguretat Social i al règim especial de la mineria i la carbó a Catalunya a 31 de desembre per grandària d'empresa. Anys 2000 i 2010

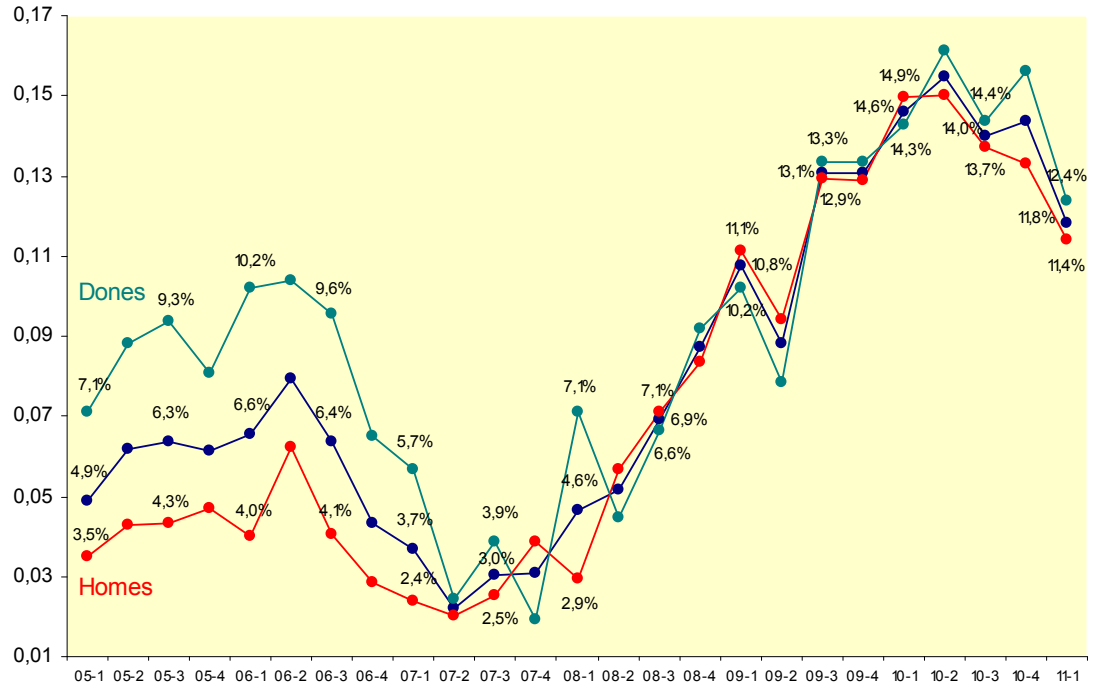


Font: Elaboració pròpia a partir les dades de l'INSS

Població aturada

Com en els anterior casos, la taxa que posa en relació el volum de persones desocupades i la població activa (taxa d'atur: població aturada / població activa), a partir de les dades de l'EPA, només permet obtenir dades a nivell provincial. La següent figura, doncs, il·lustra l'evolució d'aquesta taxa des de 2005 en el cas de la província de Lleida:

Figura 3-53 Taxa d'atur a la província de Lleida per gènere. Anys 2005-2010 (per trimestres).

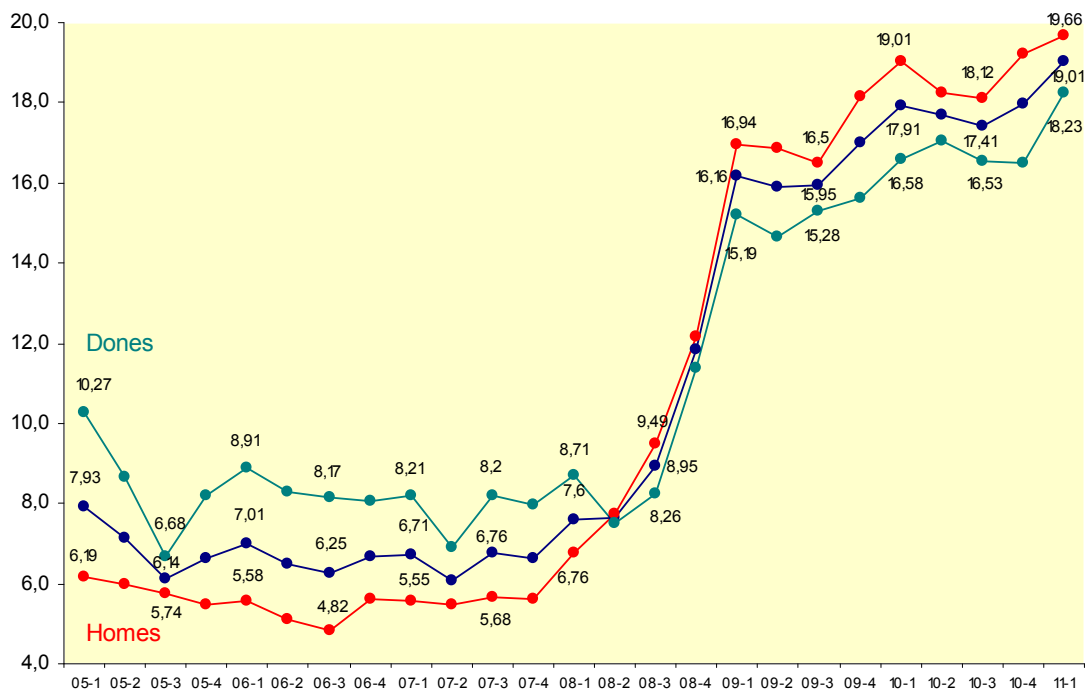


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Les dades provincials permeten identificar quatre etapes ben definides: un creixement de la taxa entre 2005 i el segon trimestre de 2006, una reducció fins a mínims històrics propers a la plena ocupació amb percentatges propers al 2% a meitats de 2007, un fort increment des d'aleshores fins al segon trimestre de 2010 amb un màxim que supera el 15%, i un últim descens d'uns 3 punts que deixa la taxa d'atur provincial en l'11,8%. Una altra conclusió que es fa evident és la progressiva convergència de les taxes masculina i femenina, que a partir del quart trimestre de 2006 inicien un apropament que les porta dels més de 6 punts de diferència a l'inici d'aquell mateix any a la quasi igualació. Des d'aleshores, amb algunes excepcions molt puntuals, el diferencial entre l'una i l'altra amb prou feines supera l'1%.

Una altra conclusió que es pot extreure de la comparació d'aquestes dades amb les del global de Catalunya que s'exposen tot seguit és que la taxa és significativament inferior a la mitjana catalana. El creixement de l'atur de meitats de 2008 és comparativament molt més sobtat a Catalunya que a la província, i arriba a uns nivells propers al 20% que se situen molt lluny dels que registra Lleida. La convergència entre les taxes masculina i femenina també s'observa en el conjunt de Catalunya, si bé en aquest cas el salt de l'atur de 2008 va representar també un canvi de tendència en aquest sentit: des d'aleshores les taxes masculines han estat entre 1 i 2 punts superiors a les femenines, quasi a l'inrevés del que passa a la província.

Figura 3-54 Taxa d'atur a Catalunya per gènere. Anys 2005-2010 (per trimestres).

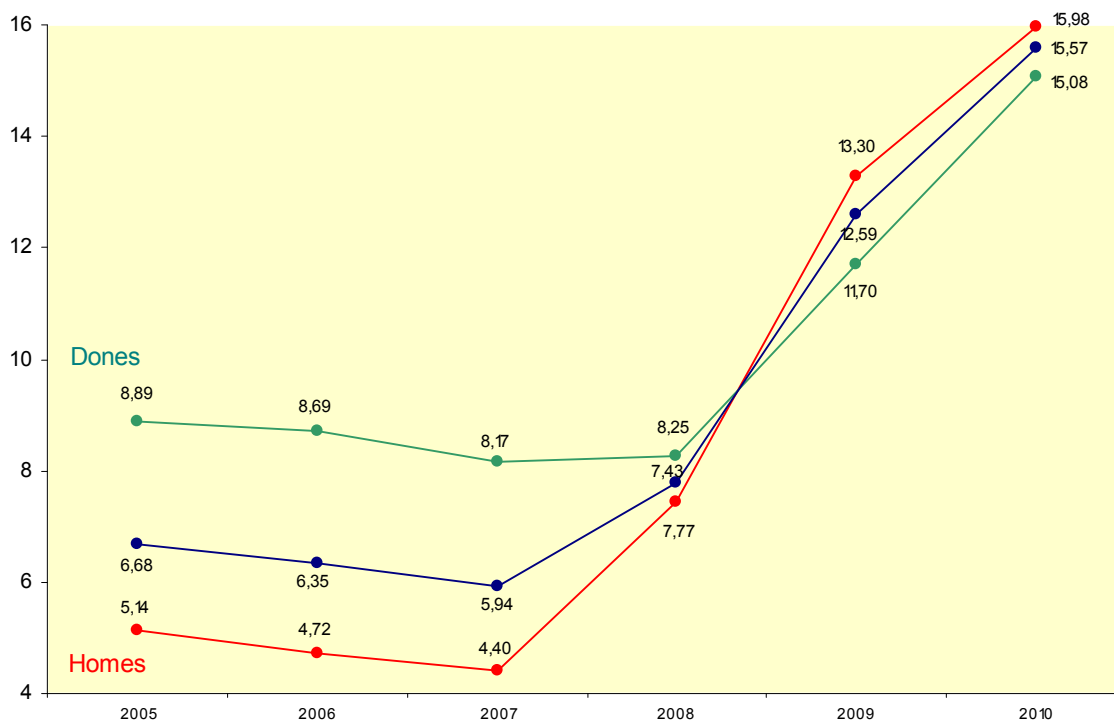


Font: Enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*)

Estimació de la taxa d'atur a Lleida ciutat

La disponibilitat de dades de persones aturades a nivell de Lleida ciutat, dada que s'obté de les demandes d'ocupació registrades a les oficines de treball de la Generalitat o del servei estatal d'ocupació, permet que, de nou, puguem fer una aproximació a la taxa d'atur de Lleida, partint de l'anterior estimació feta de la població activa de la capital del Segrià. La següent figura, doncs, estima aquesta taxa en funció del gènere.

Figura 3-55 Taxa d'atur estimada a Lleida (mitjana anual) per gènere. Anys 2005-2010

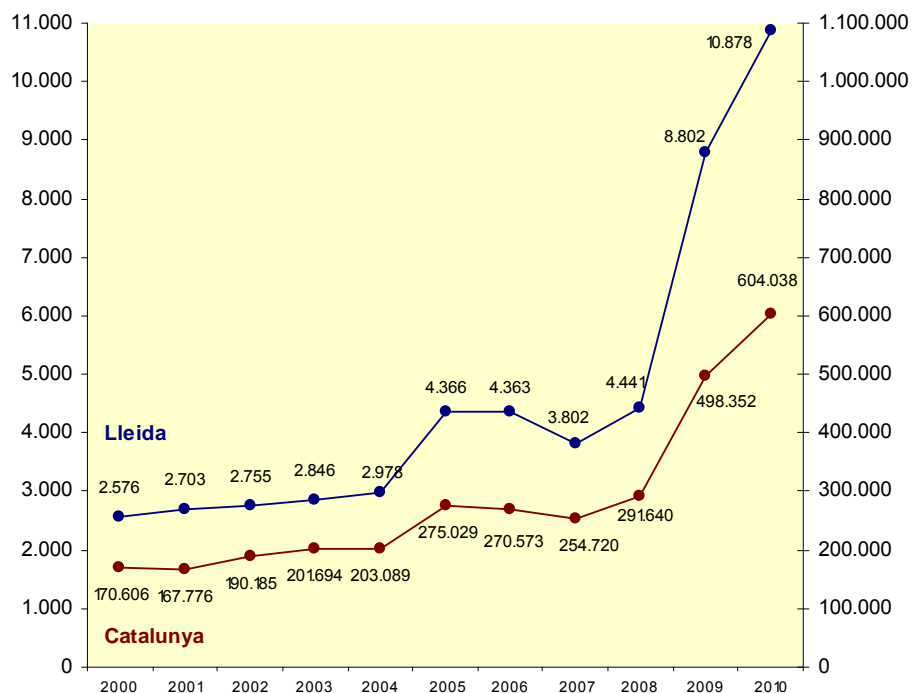


Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes de població activa (*Instituto Nacional de Estadística*) i dades d'Idescat

L'evolució de les taxes masculina, femenina i global és, de nou, similar a la del conjunt provincial i de Catalunya, si bé els nivells d'atur finals se situen a mig camí entre aquests altres dos àmbits territorials, entre el 15 i el 16%.

Tot seguit s'abordarà l'anàlisi del **número de persones aturades**. Com s'observa en la figura següent, el número d'aturats a Lleida, que es mantenia en uns nivells molt baixos fins a l'any 2004, va pujar lleugerament els quatre anys següents, i va fer un salt molt important els dos darrers anys (2009-2010). Catalunya ha seguit aquesta mateixa evolució, si bé proporcionalment ha crescut a un ritme inferior:

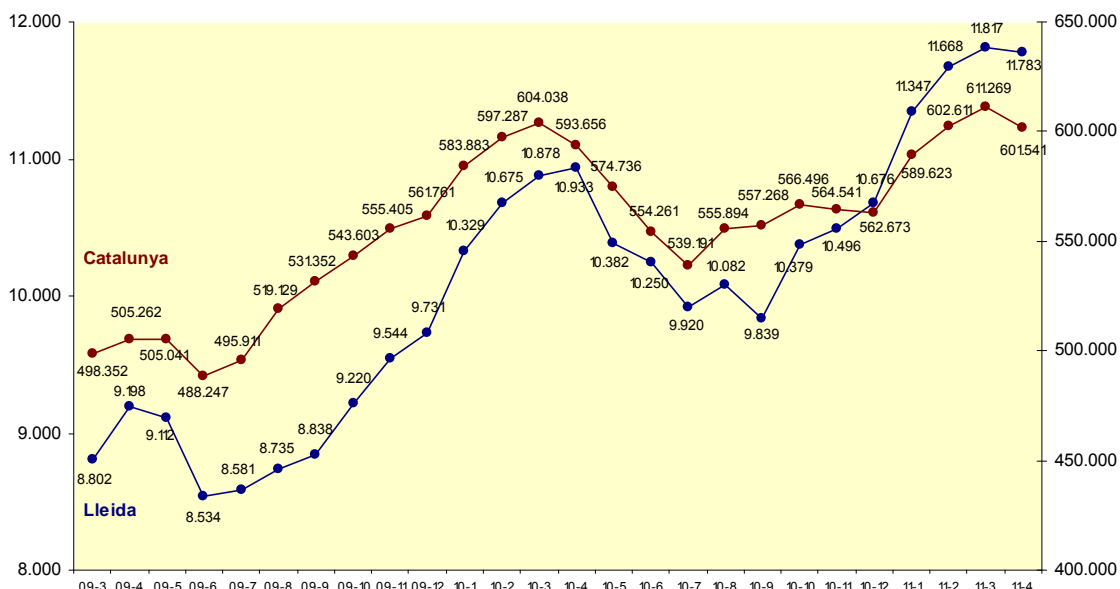
Figura 3-56 Atur registrat a Lleida i Catalunya (mitjana anual). Anys 2005-2010.



Fnt: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

Les dades dels dos anys més recents, mes a mes, a Lleida ciutat i Catalunya, apunten a un creixement sostingut de l'atur, amb les lògiques baixades estacionals. En clau de futur, però, a més d'identificar que durant els mesos d'estiu de 2010 ja es va produir un descens de l'atur major que en l'estiu anterior, una observació detallada de la seva evolució entre els mesos de març i abril permeten també apuntar un lleuger canvi de tendència per al 2011, amb una reducció de l'atur que no s'havia produït durant els dos anys anteriors.

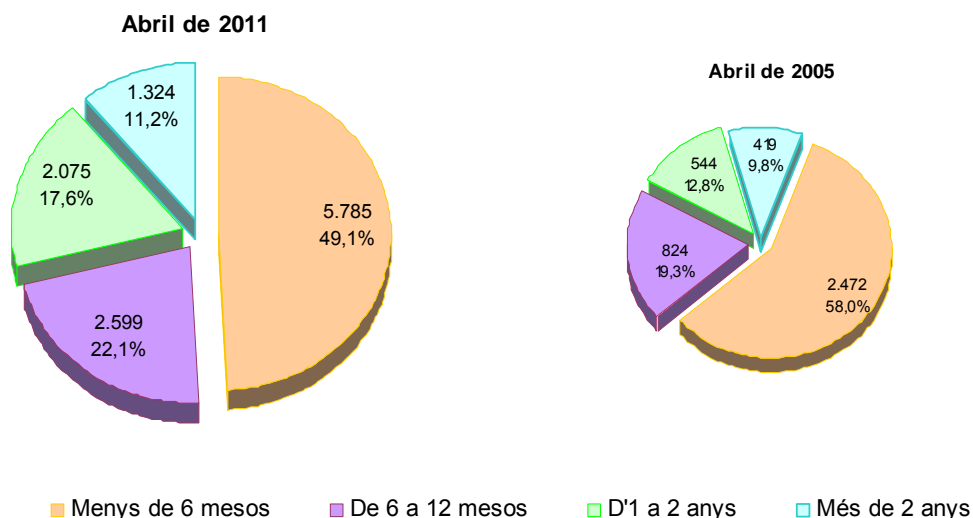
Figura 3-57 Atur registrat a Lleida i Catalunya mes a mes. Març 2009-Abril 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Un dels elements de més interès per a aprofundir en l'anàlisi de l'atur és fixar-nos en la **durada de l'atur**. A continuació podem veure que a l'abril del present any més de la meitat de l'aturat lleidatà portava més de 6 mesos en aquesta situació, dels quals més de 1.300 superaven els 2 anys. Amb relació a 6 anys abans, s'observa una reducció dels aturats de curta durada (6 mesos o menys) i un increment de tots els restants trams.

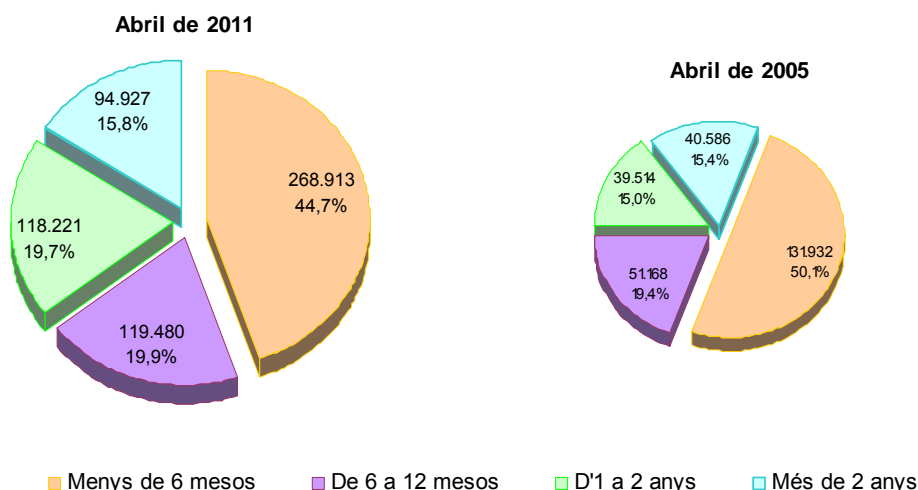
Figura 3-58 Atur registrat a Lleida per duració. Abril 2005 i abril 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

En comparació a Catalunya, però, a Lleida hi ha un major percentatge d'aturats d'1 any o menys en situació d'atur, i en canvi, una proporció de desocupats de més d'1 any significativament inferior.

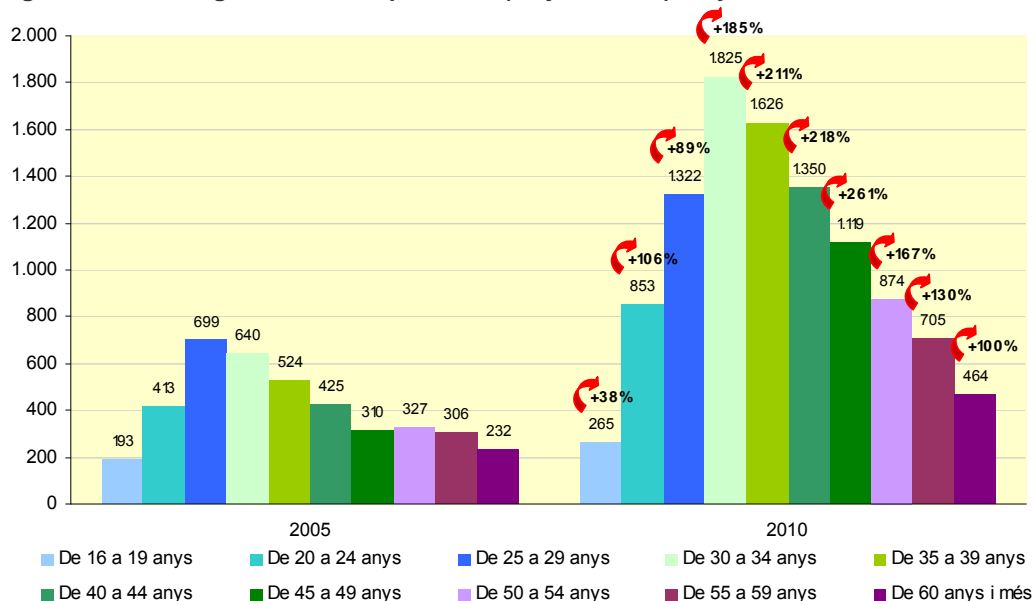
Figura 3-59 Atur registrat a Catalunya per duració. Abril 2005 i abril 2011



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Si parem atenció a la distribució per edats dels aturats lleidatans, observem pesos molt diferents en funció de l'edat: un volum d'aturats baix entre les franges més joves que va creixent a mesura que augmenta l'edat, amb un pic entre els 30 i 34 anys, i que a més edat va disminuint progressivament fins a arribar a uns valors similars als de l'inici.

Figura 3-60 Atur registrat a Lleida per edats (mitjana anual). Anys 2005 i 2010

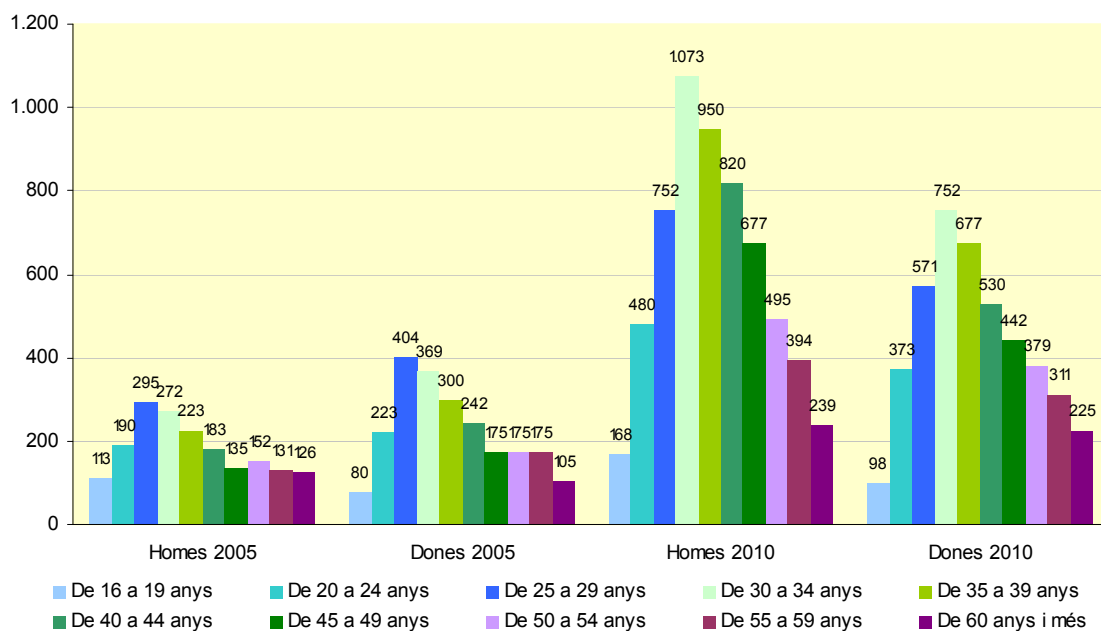


Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

En els darrers cinc anys, més enllà del notable creixement de tots els grups, podem detectar canvis en el repartiment de pes d'algunes franges d'edat. Així, s'observa un increment més accentuat en els grups d'edat centrals (entre els 30 i els 54 anys), que de mitjana van créixer un 208%, força més que els dels grups més joves (78% entre els 16 i els 29), i els més grans (115% de 55 en endavant).

Si parem atenció a la mateixa distribució per gènere, es confirma l'intercanvi de posicions entre homes i dones ja apuntat anteriorment en l'anàlisi de les taxes d'atur provincials i catalana: mentre que l'any 2005 eren majoria les dones aturades per a totes les franges excepte la de 60 anys i més, el 2010 la situació s'havia invertit completament. Si el 2005 cap dels grups d'edat masculins superaven els 300 aturats, el 2010 tots ho feien excepte el més jove i el de més edat.

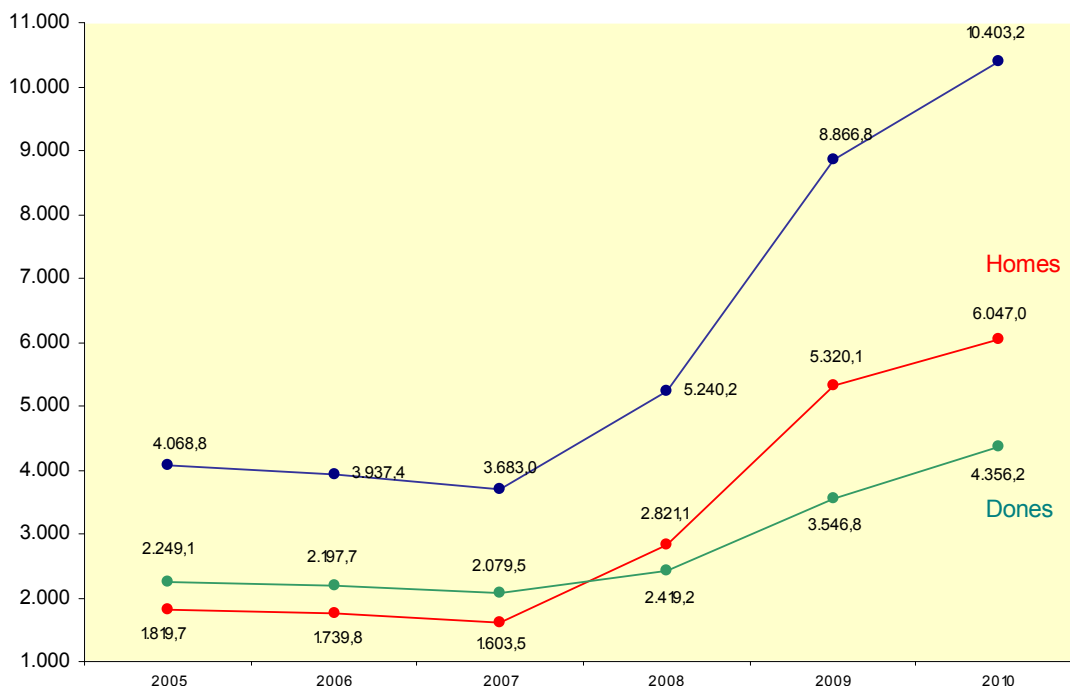
Figura 3-61 Atur registrat a Lleida per edats i gènere (mitjana anual). Anys 2005 i 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

La següent figura permet il·lustrar millor aquest *sorpasso*:

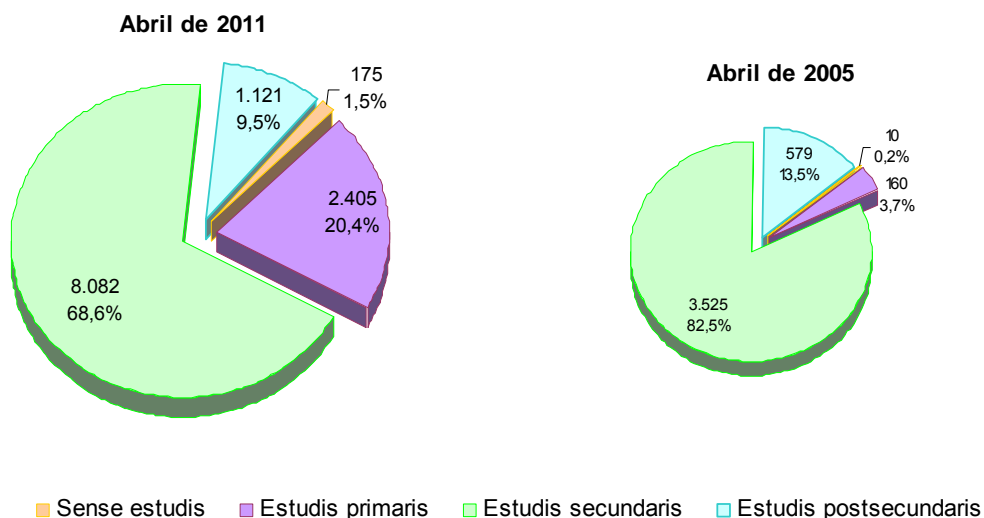
Figura 3-62 Atur registrat a Lleida per gènere (mitjana anual). Anys 2005-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

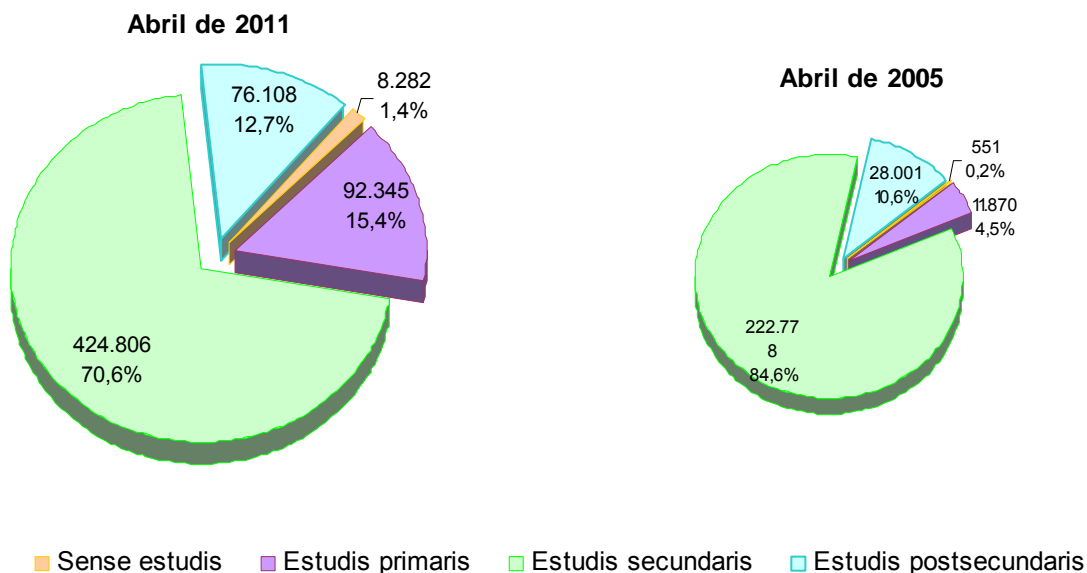
Si introduïm la variable del **nivell formatiu**, observem que el pes preponderant que tenen els aturats amb secundària s'ha vist reduït de manera ostensible en favor dels qui tenen només estudis primaris, i en molt menor mesura, dels qui no en tenen. També s'ha produït un descens proporcional dels qui gaudeixen de titulació postsecundària:

Figura 3-63 Atur registrat a Lleida per nivell formatiu. Abril de 2005 i 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Figura 3-64 Atur registrat a Catalunya per nivell formatiu. Abril de 2005 i 2011.

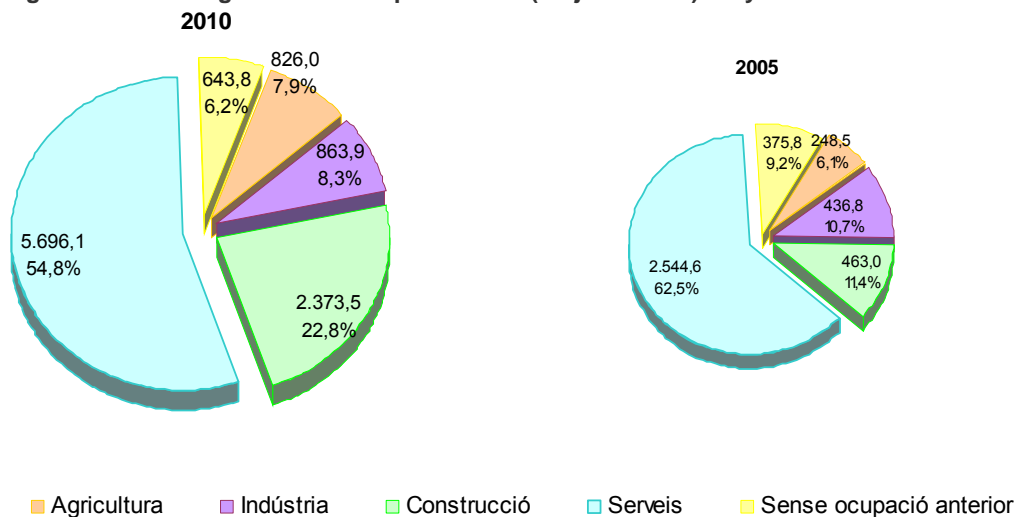


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

En el conjunt de Catalunya, en canvi, s'observa un major pes del col·lectiu amb estudis postsecundaris, que a més han crescut amb relació a l'any 2005, i una menor presència d'aturats amb nivell de primària. Caldrà tenir present en tot moment, però, que aquestes dades mesuren la composició del col·lectiu d'aturats, i no pas el nivell d'atur de cadascun dels nivells formatius, amb unes proporcions potencialment diferents entre Lleida i el conjunt de Catalunya.

Pel que fa a la distribució dels aturats per sectors econòmics, el predomini dels que provenien de feines ubicades a la categoria de serveis és important, però s'ha vist afeblit en els darrers cinc anys. El principal responsable d'aquesta reducció proporcional de pes és la construcció, que ha registrat un increment de més del 400% en el número d'aturats. També l'agricultura ha vist augmentar el seu pes relatiu, mentre que els que provenien de la indústria i els qui manifestaven no tenir una ocupació anterior han reduït el seu percentatge sobre el total.

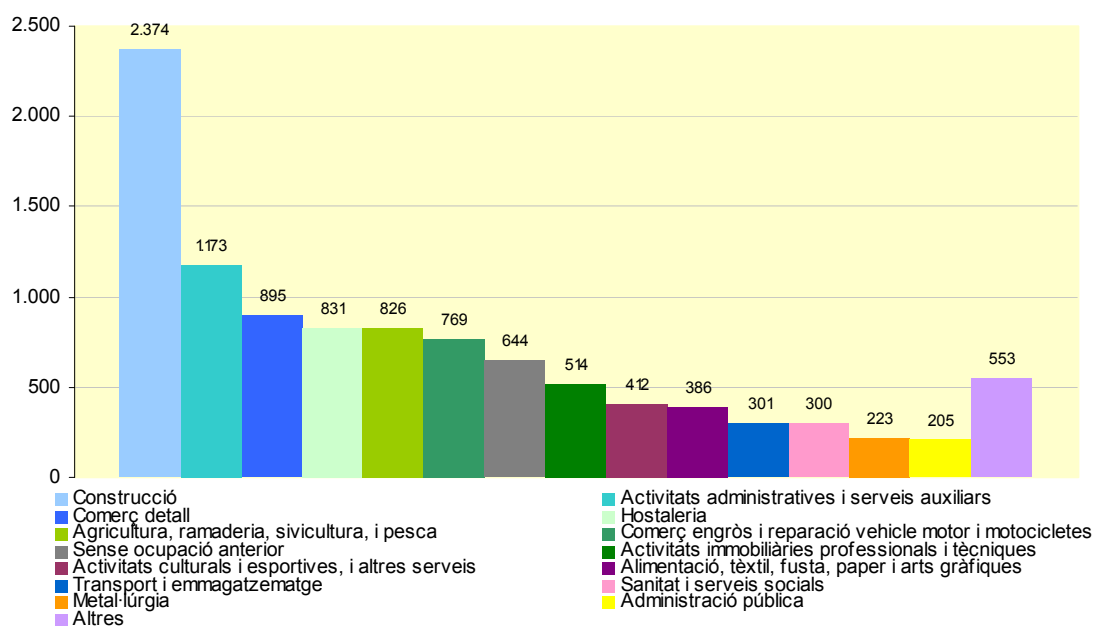
Figura 3-65 Atur registrat a Lleida per sectors (mitjana anual). Anys 2005 i 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

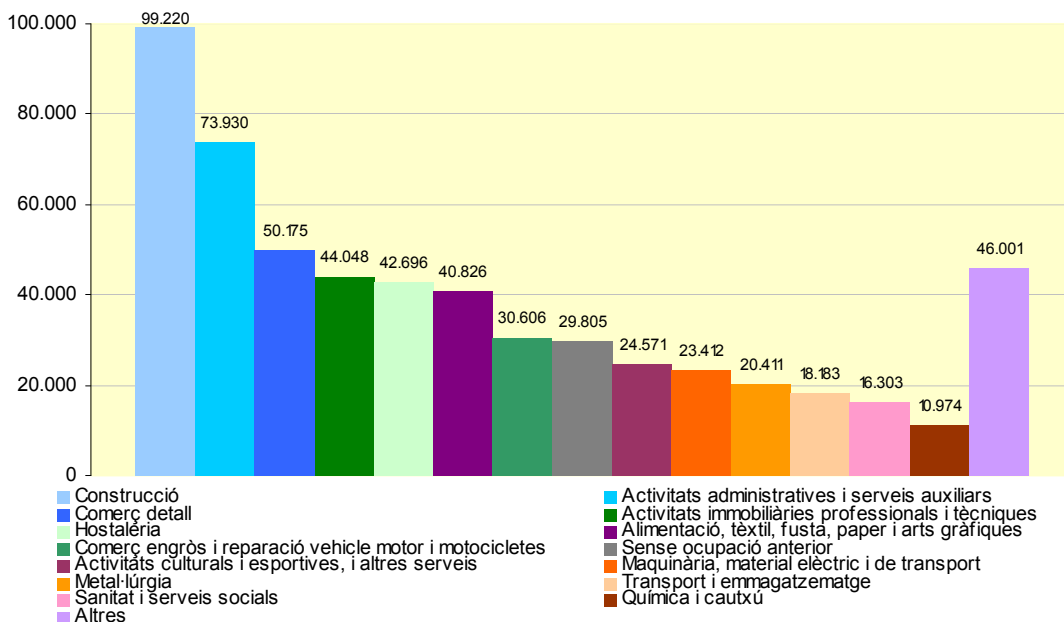
Un anàlisi més detallat per **branques d'activitat** permet identificar on es concentren els aturats de Lleida, i de nou, destaca el pes que ha assolit la construcció, per sobre d'altres branques amb notable presència com el comerç, l'hostaleria, o l'agricultura. A Catalunya, la composició no presenta excessives variacions, per bé que no s'observa un predomini tan marcat de la construcció:

Figura 3-66 Atur registrat a Lleida per branques d'activitat (mitjana anual). Any 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

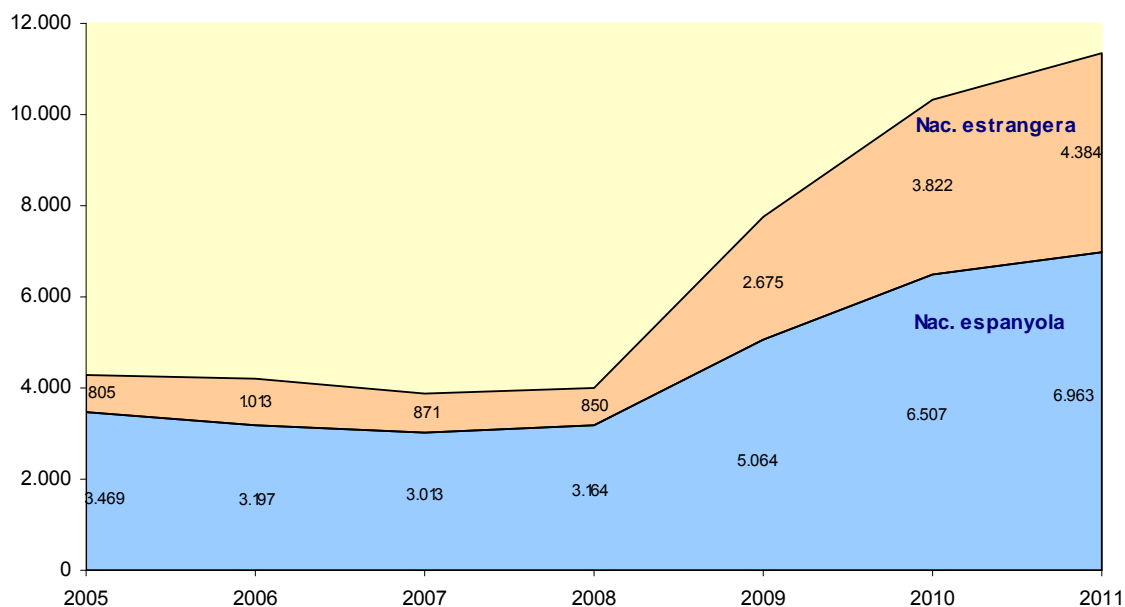
Figura 3-67 Atur registrat a Catalunya per branques d'activitat (mitjana anual). Any 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'Idescat

Finalment, és convenient focalitzar l'atenció en el col·lectiu de **persones immigrades**. Ja s'ha destacat amb anterioritat que aquest col·lectiu ha augmentat considerablement en els darrers anys. Situat majoritàriament en edats actives, és a dir, entre els 16 i els 64 anys, no obstant això, presenta dificultats per accedir al mercat de treball, per mantenir-s'hi i per poder millorar la seva categoria sociolaboral. La següent figura il·lustra prou bé el creixement notori de les persones de nacionalitat no espanyola en la composició dels aturats de Lleida:

Figura 3-68 Atur registrat a Lleida per nacionalitat. Abril 2005-Abril 2011.

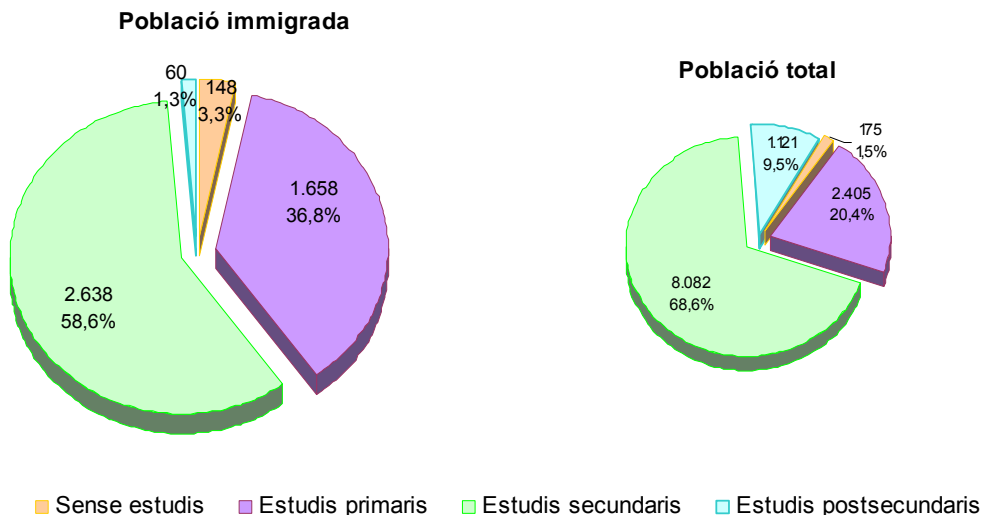


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

És observable, doncs, com el pes de la població de nacionalitat no espanyola ha anat creixent. Si entre 2005 i 2008, abans del fort increment de l'atur, representava aproximadament el 20% de la població aturada de la capital del Segrià, en els darrers 3 anys ha crescut el seu pes relatiu fins arribar a representar quasi el 40% del total. 4 de cada 10 aturats registrats al servei d'ocupació, doncs, són de nacionalitat no espanyola, una proporció que dobla la del pes global del col·lectiu a la ciutat sobre el total de població. Si tenim en compte que l'any 2010 hi havia 28.798 estrangers a Lleida, i que el desembre d'aquest mateix any es tancava amb 4.235 inscrits a l'atur, aquestes xifres representen que un 15% del total de població estrangera està en situació d'atur (xifra que no s'ha de confondre amb la taxa d'atur, que calculada sobre la població activa seria molt superior).

Aquest grup d'aturats, a més, presenta unes característiques pròpies. D'entrada, un nivell formatiu en general més baix, amb un major protagonisme dels aturats amb nivell bàsic o sense educació reglada, i un menor pes dels que la tenen secundària o postsecundària:

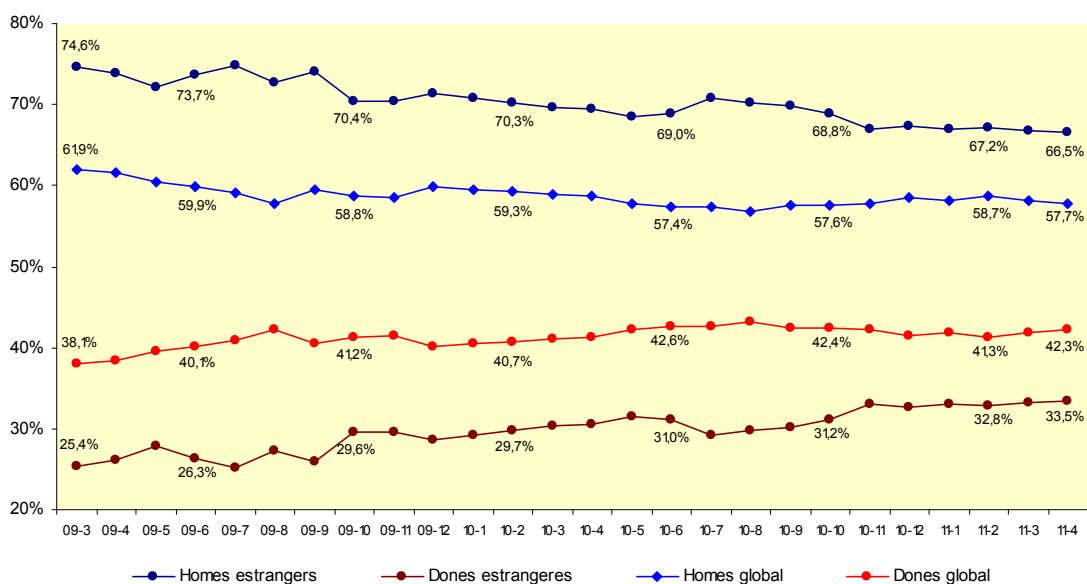
Figura 3-69 Atur registrat a Lleida per nivell formatiu entre la població general i la immigrada. Abril de 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

La presència de dones aturades, a més, és molt menor si es compara amb el conjunt de les lleidatanes que es troben en aquesta situació, amb diferències que superen en els darrers dos anys els 10 punts:

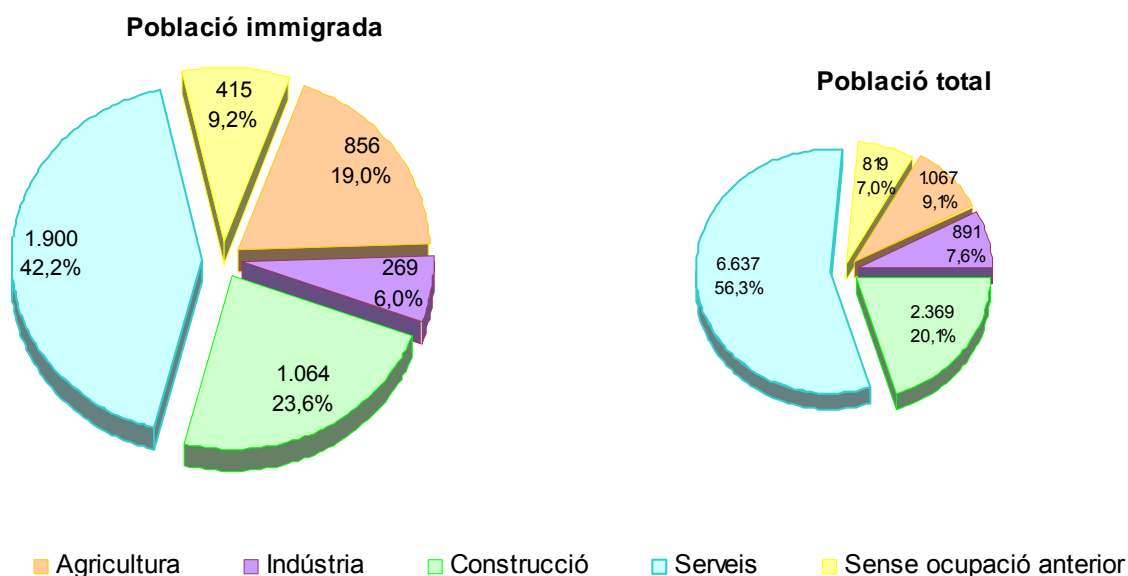
Figura 3-70 Atur registrat a Lleida per gènere entre la població general i la immigrada. Març 2009- Abril 2011



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Per grans sectors d'activitat, també s'observa que l'atur en l'agricultura està pràcticament tot ell format per població immigrada, i té un pes força superior al del global d'aturats de Lleida. El sector serveis, per contra, tot i ser majoritari, té un pes molt menor entre els aturats immigrants respecte el total.

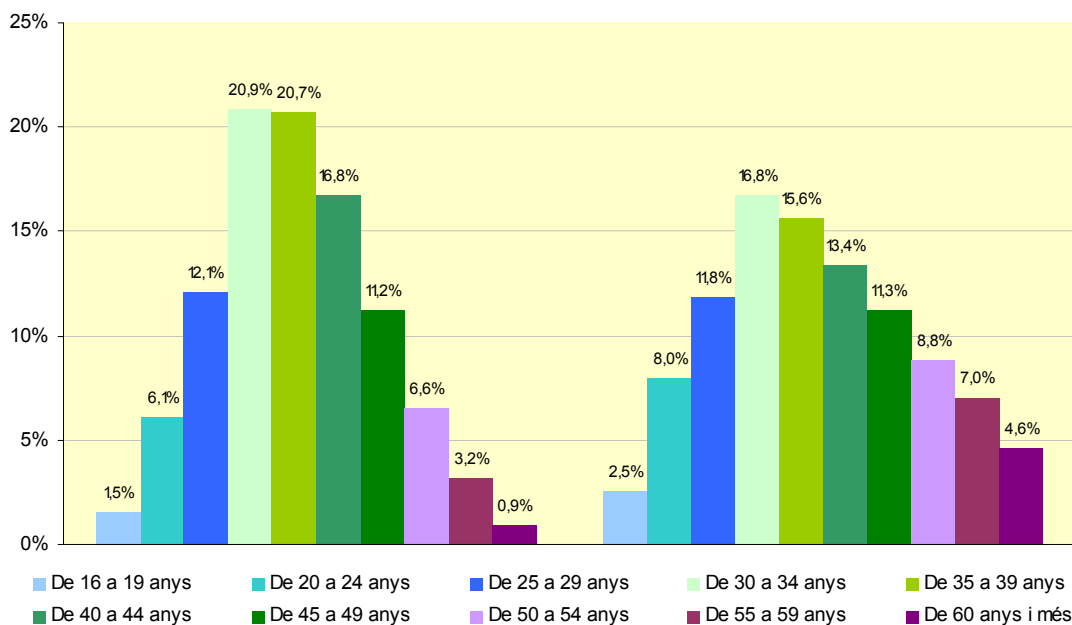
Figura 3-71 Atur registrat a Lleida per sectors entre la població general i la immigrada. Abril 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Per últim, si parem atenció a la composició per edats, observem que la població immigrada té una concentració proporcionalment superior d'aturats en els trams d'edat que van dels 30 als 44 anys, i en canvi, la presència de desocupats en els tres últims grups (de 50 anys en endavant) és força inferior a la del total de lleidatans:

Figura 3-72 Percentatge d'atur registrat a Lleida per grup d'edat sobre el total d'aturats entre la població general i la immigrada. Abril 2011.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Observatori del Treball

Amb tot, convé tenir present que el registre d'aturats, que només comptabilitza els qui estan inscrits a les oficines del SOC, possiblement deixa fora una part significativa d'aturats estrangers, que per la delicada situació legal no són comptabilitzats en una proporció molt superior a la de la població autòctona.

3.9 Prestacions socials

Les 2 taules següents mostren comparativament les ajudes que es dediquen a diferents col·lectius amb risc d'exclusió social, així com les prestacions complementàries a les pensions de viduïtat i els ajuts a les famílies amb infants:

Figura 3-73 Prestacions de sosteniment de la renda a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Any 2008.

Prestacions de sosteniment de la renda		Pensions no contributives de la Seg. Social de jubilació	Pensions no contributives de la Seg. Social d'invalidesa	Subsidi de Garantia d'Ingressos Mínims (LISMI)	TOTAL
Lleida	Pensions (a 31/12)	556	719	48	1.323
	Proporció (per mil hab.)	4,22	5,46	0,36	10,04
	Import anual	2.418.856 €	3.406.890 €	106.700 €	5.932.446 €
	Proporció (per càpita)	18,36 €	25,86 €	0,81 €	45,03 €
Segrià	Pensions (a 31/12)	1.005	1.037	73	2.115
	Proporció (per mil hab.)	5,09	5,25	0,37	10,71
	Import anual	4.379.064 €	5.051.702 €	162.599 €	9.593.365 €
	Proporció (per càpita)	22,18 €	25,59 €	0,82 €	48,60 €
Província	Pensions (a 31/12)	2.295	1.761	196	4.252
	Proporció (per mil hab.)	5,38	4,13	0,46	9,96
	Import anual	9.914.122 €	8.562.430 €	438.488 €	18.915.040 €
	Proporció (per càpita)	23,23 €	20,06 €	1,03 €	44,31 €
Catalunya	Pensions (a 31/12)	26.665	29.877	1.987	58.529
	Proporció (per mil hab.)	3,62	4,06	0,27	7,95
	Import anual	113.273.032 €	143.517.873 €	4.472.880 €	261.263.785 €
	Proporció (per càpita)	15,38 €	19,49 €	0,61 €	35,48 €

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

Figura 3-74 Prestacions complementàries a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Any 2008.

Prestacions complementàries		Ajuts complementaris a les pensions de viduïtat	Ajuts de suport a les famílies amb infants	TOTAL
Lleida	Beneficiaris (a 31/12)	860	6.238	7.098
	Proporció (per mil hab.)	6,33	45,89	52,22
	Import anual	409.826 €	3.528.997 €	3.938.823 €
	Proporció (per càpita)	3,02 €	25,96 €	28,98 €
Segrià	Beneficiaris (a 31/12)	1.463	9.158	10.621
	Proporció (per mil hab.)	7,20	45,05	52,25
	Import anual	708.794 €	5.152.907 €	5.861.701 €
	Proporció (per càpita)	3,49 €	25,35 €	28,84 €
Província	Beneficiaris (a 31/12)	3.674	18.655	22.329
	Proporció (per mil hab.)	8,42	42,75	51,17
	Import anual	1.749.263 €	10.488.070 €	12.237.333 €
	Proporció (per càpita)	4,01 €	24,03 €	28,04 €
Catalunya	Beneficiaris (a 31/12)	31.485	328.553	360.038
	Proporció (per mil hab.)	4,21	43,95	48,16
	Import anual	15.311.286 €	183.862.240 €	199.173.526 €
	Proporció (per càpita)	2,05 €	24,60 €	26,64 €

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat

A final de 2008 un de cada cent lleidatans era receptor d'algun tipus de prestació de sosteniment de la renda (és a dir, les que s'adrecen a persones que no disposen de prou recursos econòmics i no poden acollir-se a cap altra cobertura contributiva), bé siguin pensions no contributives de la Seguretat Social de jubilació (persones de 65 anys i més) o invalidesa (de 18 anys i més que presenten una disminució superior al 65%), o el residual subsidi de garantia d'ingressos mínims (el LISMI, una prestació en procés d'extinció dirigida a persones entre 18 i 69 anys amb discapacitat reconeguda del 65% o més, que no està en condicions d'obtenir ocupació laboral, i que no disposa de recursos econòmics superiors al 70% del salari mínim interprofessional)¹³. Aquest percentatge s'elevava fins a pràcticament el 5% en el cas dels ajuts de suport a les famílies amb infants, un tipus de prestació complementària que la Generalitat adreça a totes les famílies residents a Catalunya que tenen fills menors de 3 anys i a les famílies nombroses amb infants menors de 6 anys.

La proporció de persones o famílies que reben prestacions econòmiques a la ciutat era per norma general un xic més baixa que al Segrià, però més elevada que a la província o al global de Catalunya.

¹³ Hi ha, a més, 2 altres prestacions, les pensions assistencials de vellesa i malaltia, que com el LISMI també estan en procés d'extinció ja que no admeten nous beneficiaris des del moment de la implantació de les pensions no contributives, i que per als anys objecte d'estudi presentaven uns valors marginals molt propers a zero.

4. Mortalitat

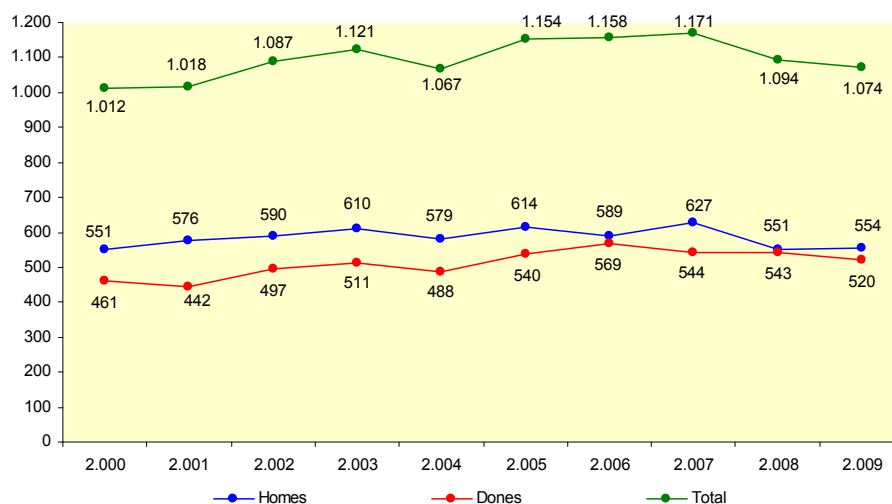
El present capítol presenta la informació relativa a la mortalitat al municipi de Lleida, primerament de manera global, i a continuació per causes de mort.

4.1 Mortalitat al municipi de Lleida

En nombres absoluts no s'observa un gran increment en l'evolució de les defuncions al municipi de Lleida, passant de les 1.012 de l'any 2000 a les 1.084 de l'any 2009. Sí que es detecta un creixement diferencial molt marcat entre homes i dones: les defuncions dels primers quasi no han augmentat (2%), però les segones sí (14%). D'altra banda, un breu cop d'ull a l'evolució de la població permet identificar un ritme de creixement molt més accentuat que no pas el de la mortalitat: mentre que entre 2000 i 2009 la població va créixer un 21%, les defuncions ho van fer només un 7%.

Figura 4-1 Evolució de la mortalitat a Lleida. Anys 2009-2000.

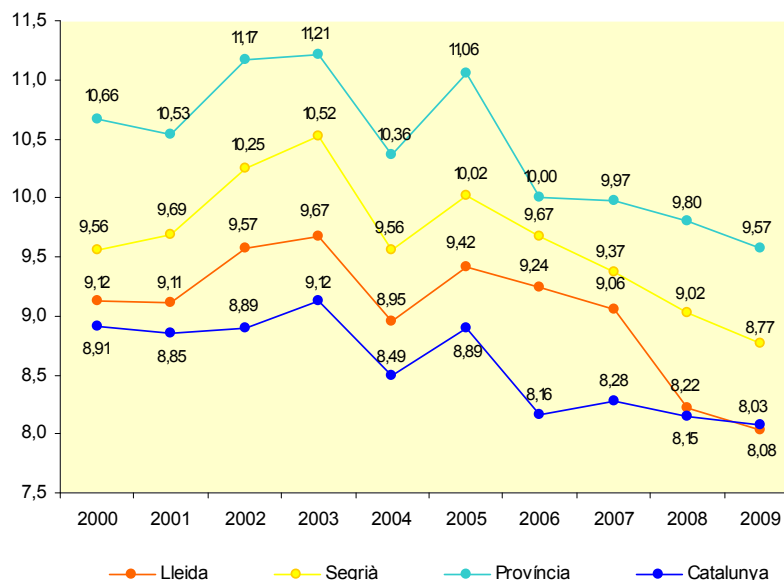
Any	Defuncions segons sexe				Població segons sexe			
	Homes	Dones	Total	% inter	Homes	Dones	Total	% inter
2.009	554	520	1.074	-1,8%	67.790	68.129	135.919	3,2%
2.008	551	543	1.094	-6,6%	65.544	66.187	131.731	3,5%
2.007	627	544	1.171	1,0%	63.053	64.261	127.314	1,3%
2.006	589	569	1.159	0,4%	62.347	63.330	125.677	0,8%
2.005	614	540	1.154	8,2%	61.796	62.913	124.709	4,0%
2.004	579	488	1.067	-4,8%	58.757	61.178	119.935	1,6%
2.003	610	511	1.121	3,1%	57.736	60.299	118.035	2,6%
2.002	590	497	1.087	6,8%	56.101	58.899	115.000	1,7%
2.001	576	442	1.018	0,6%	55.045	57.995	113.040	0,8%
2.000	551	461	1.012	-	54.537	57.657	112.194	-
Creixement global 09-00	0,5%	12,8%	6,1%		24,3%	18,2%	21,1%	



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

Si recuperem les taxes de mortalitat (el quocient entre el nombre de defuncions registrades en un any determinat i la població a meitat del període, per mil) reproduïdes en l'apartat de característiques sociodemogràfiques¹⁴, podem constatar que en els darrers deu anys Lleida ciutat ha vist reduïda la taxa poc més d'un punt, seguint una evolució similar a la dels altres àmbits territorials, i marcant un nivell final l'any 2009 (8,03) quasi idèntic al del conjunt de Catalunya (8,08) i inferior al del Segrià (8,77) o província (9,57).

Figura 4-2 Evolució de la taxa bruta de mortalitat a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'Idescat i el Registre de Mortalitat de Catalunya.

El nombre de defuncions i la taxa de mortalitat específica per grups d'edat, que proporciona el Registre de Mortalitat del Departament de Salut permet identificar el lògic creixement de la taxa amb l'edat, especialment a partir dels 45 anys.

¹⁴ La taxa de Lleida ciutat variaria lleugerament per als anys 2006, 2007 i 2009 si es pren com a referència les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya. En aquests tres anys les dades de defuncions del Registre no coincideixen amb relació a Idescat. En el cas de 2009, la taxa seria més baixa (7,90).

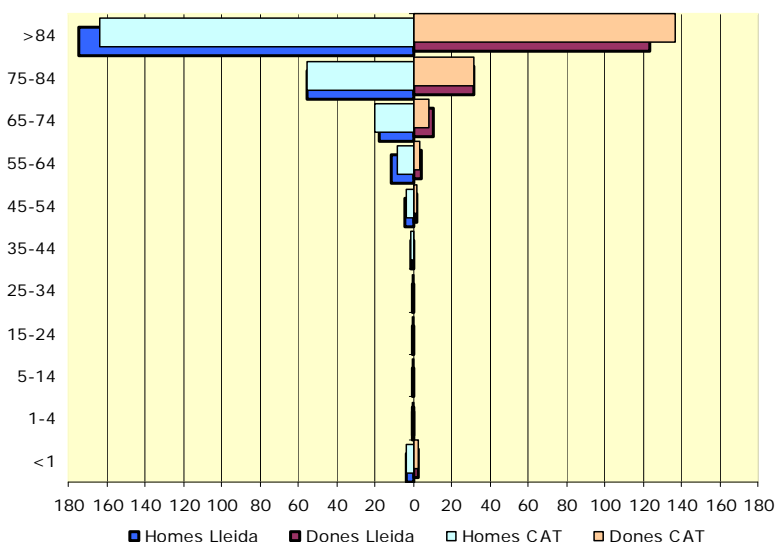
Figura 4-3 Distribució de la taxa bruta de mortalitat a Lleida per grup d'edat. Any 2009.

Edat	Defuncions			Població			Taxes per 1000 habitants		
	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total
<1	2	3	5	846	866	1.712	2,36	3,46	2,92
1-4	0	0	0	3.027	3.020	6.047	0,00	0,00	0,00
5-14	1	0	1	6.278	6.531	12.809	0,16	0,00	0,08
15-24	2	2	4	7.503	7.788	15.291	0,27	0,26	0,26
25-34	4	6	10	11.147	13.074	24.221	0,36	0,46	0,41
35-44	4	18	22	10.832	12.153	22.985	0,37	1,48	0,96
45-54	20	39	59	9.145	9.432	18.577	2,19	4,13	3,18
55-64	31	74	105	7.079	6.477	13.556	4,38	11,43	7,75
65-74	56	77	133	5.439	4.269	9.708	10,30	18,04	13,70
75-84	156	182	338	4.860	3.304	8.164	32,10	55,08	41,40
>84	244	153	397	1.973	876	2.849	123,67	174,66	139,35
Total	520	554	1.074	68.129	67.790	135.919	7,63	8,17	7,90

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

La comparació d'aquestes taxes específiques de mortalitat per grup d'edat amb la dada equivalent catalana permet identificar algunes diferències, per bé que globalment un i altre àmbit presenten unes taxes força similars, tal com consta a la figura 4-4. Una major mortalitat entre els homes lleidatans del grup edat de 85 anys en endavant es veu compensada amb la menor taxa femenina que es registra per al mateix grup d'edat. També es detecta una taxa lleugerament per sobre en el cas dels homes de 55 a 64 anys.

Figura 4-4 Taxa bruta de mortalitat a Lleida i Catalunya per grup d'edat. Any 2009.

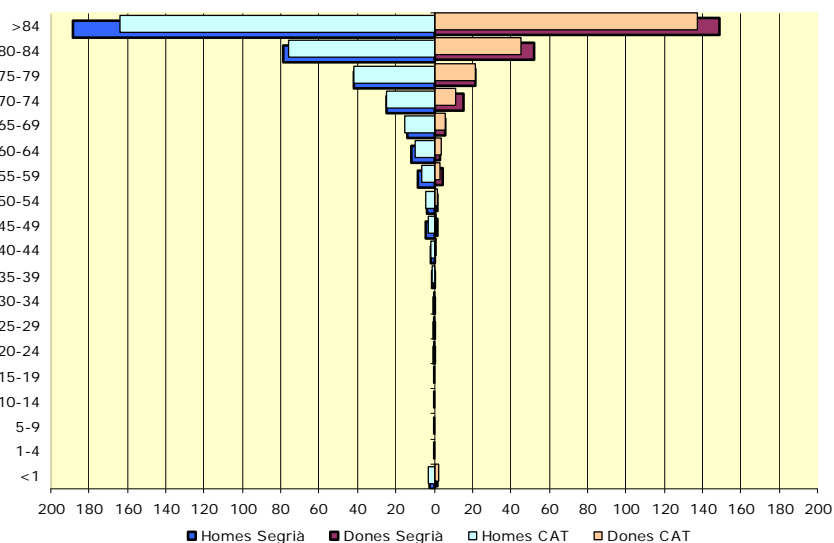


Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

Aquesta equiparació de la mortalitat a Lleida a la global de Catalunya, assolint fins i tot nivells lleument per sota, contrasta, però, amb la mortalitat força superior que es registra a nivell

comarcal i provincial. En el cas del Segrià, la comparació de les taxes específiques de mortalitat per grup d'edat (en aquest cas grups quinquennals) amb la dada equivalent catalana permet identificar amb més detall on es produeix el diferencial de més de mig punt entre la taxa global del Segrià i de Catalunya. En global, podem observar que aquesta diferència és lleugerament superior en el cas de la dones.

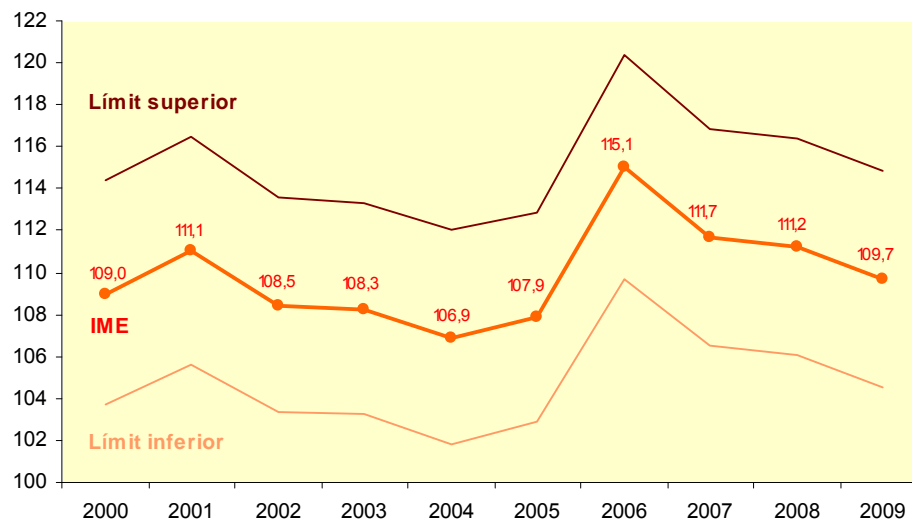
Figura 4-5 Taxa bruta de mortalitat al Segrià i Catalunya per grup d'edat. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya (Departament de Salut).

Aquestes dades són corroborades per un altre indicador estandarditzat que posa en relació la mortalitat per edats i sexe de la mitjana catalana, que es pren com a patró o estàndard (=100), amb la de delimitacions territorials inferiors. Així, l'Índex de Mortalitat Estàndard (IME) que elabora el Registre de Mortalitat de Catalunya, dóna uns resultats per al Segrià durant els darrers anys amb valors sempre per sobre de 100 (és a dir, amb una mortalitat per sobre de la mitjana). La següent figura dibuixa l'evolució d'aquest índex al Segrià en els darrers 10 anys, amb els seus límits superior i inferior per un interval de confiança del 95%. Després d'un bienni 2005-2006 de notable creixement, durant els darrers 3 anys s'observa una tendència al descens que situa el Segrià en uns valors similars als registrats a l'inici del període.

Figura 4-6 Evolució de l'Índex de Mortalitat Estàndard (IME) al Segrià. Anys 2000-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya (Departament de Salut).

Si ens fixem en la comparació amb les restants comarques que fa l'Informe de Mortalitat 2009, podem comprovar nítidament que no només el Segrià és una de les tres úniques comarques amb una mortalitat significativament per sobre de la mitjana catalana, sinó també és el territori amb pitjors registres de mortalitat dels darrers 10 anys. La mortalitat femenina és la que més contribueix a aquesta situació.

Figura 4-7 Evolució de l'Índex de Mortalitat Estàndard (IME) a les 41 comarques catalanes*, i per al Segrià, evolució de l'IME masculí i femení. Anys 1999-2009.

Total	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alt Camp	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Alt Empordà	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Alt Penedès	○	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○
Alt Urgell	○	○	○	○	○	○	●	●	●	●	○
Alta Ribagorça	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Anoia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Bages	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Baix Camp	○	○	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Baix Ebre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Baix Empordà	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Baix Llobregat	●	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Baix Penedès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Barcelonès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Berguedà	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Cerdanya	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Conca de Barberà	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Garraf	●	●	●	●	●	○	○	○	○	○	○
Garrigues	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Garrotxa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Gironès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Maresme	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Montsià	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Noguera	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Osona	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pallars Jussà	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pallars Sobirà	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pla d'Urgell	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pla de l'Estany	●	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Priorat	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ribera d'Ebre	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ripollès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Segarra	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Segrià	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Selva	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Solsonès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Tarragonès	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Terra Alta	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Urgell	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Val d'Aran	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Vallès Occidental	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Vallès Oriental	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Dones	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Segrià	●	●	●	●	○	●	●	●	●	●	●
Homes											
Segrià	○	○	●	○	●	○	○	●	●	○	○

*Es marquen en vermell les diferències amb significació estadística a l'alça respecte la mitjana catalana, en verd les diferències a la baixa, i en blanc l'absència de diferència amb significació estadística.

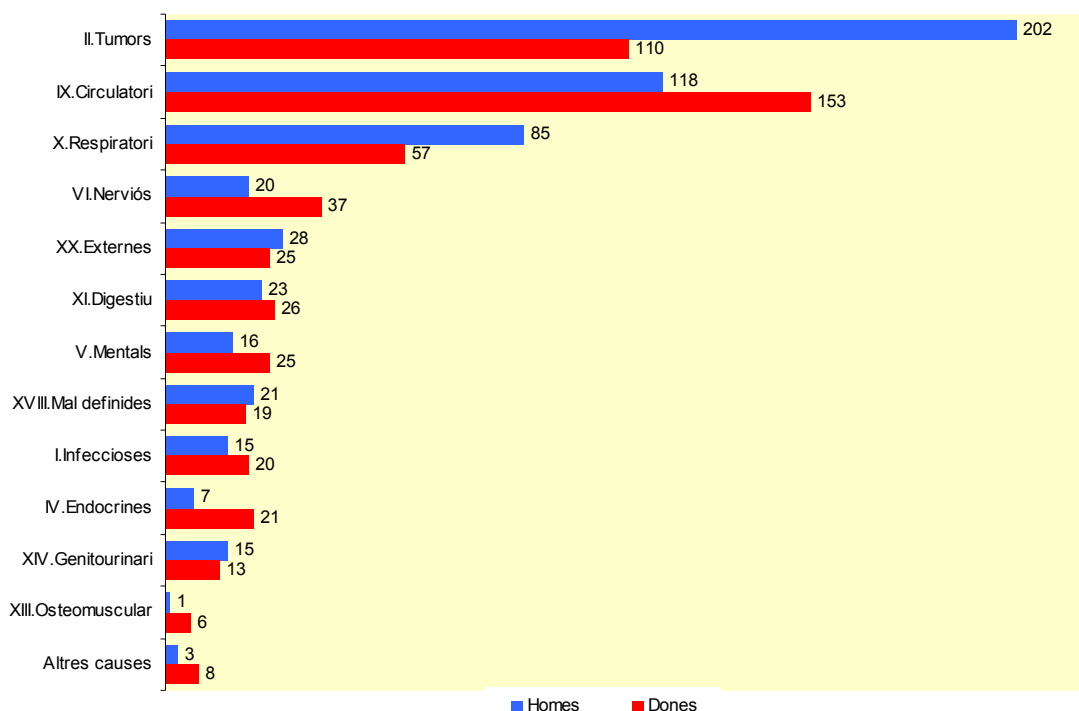
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya (Departament de Salut).

4.2 Causes de mort i distribució de la mortalitat segons sexe i any

Mortalitat per 20 grans grups

L'anàlisi de les principals causes de mort ens permet identificar, d'entrada, la magnitud de cadascuna de les causes, així com la diferent incidència en funció del gènere. Així, a Lleida els tumors són el principal motiu de defunció, però el gran predomini d'aquesta causa entre els homes fa que en el cas de les dones ho siguin les malalties de l'aparell circulatori. A més distància, les malalties de l'aparell respiratori són la tercera causa de mort, amb una major prevalença masculina. A l'inrevés, les malalties del sistema nerviós comporten quasi el doble de morts entre les dones. Aquesta darrera categoria, juntament amb les causes externes, i les malalties del sistema digestiu, van representar aproximadament uns 50 morts l'any 2009.

Figura 4-8 Defuncions per 20 grans grups a Lleida per gènere. Any 2009.

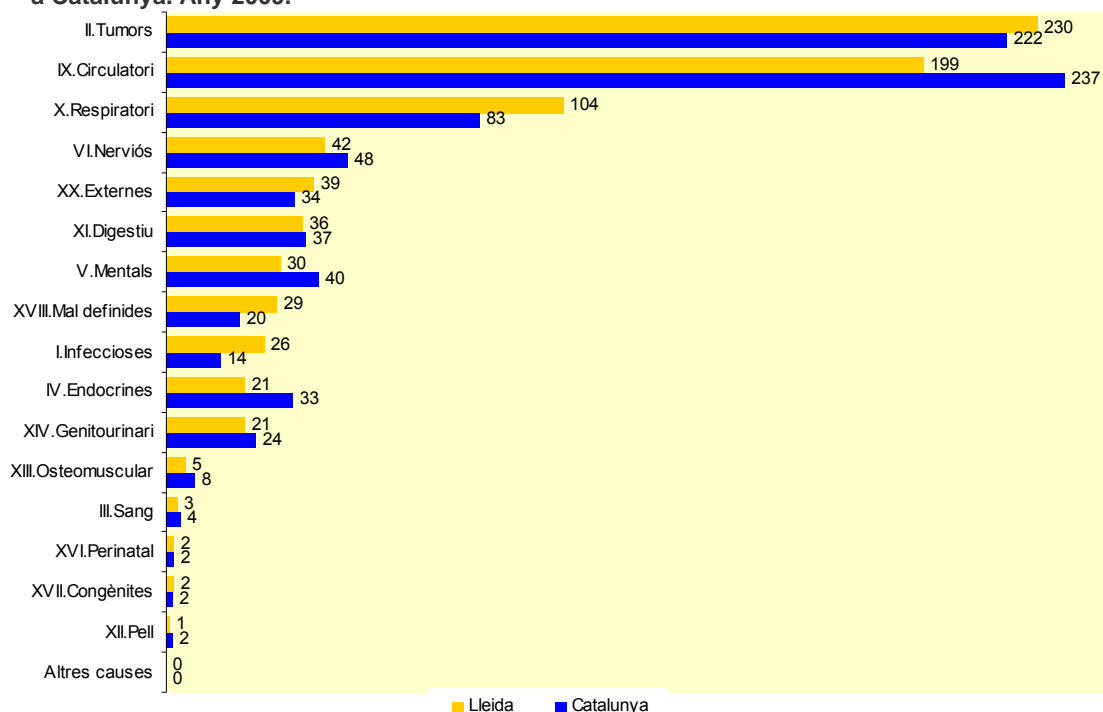


Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

Amb relació a Catalunya, si parem atenció a les taxes específiques d'aquestes 20 causes de mort per cada 100.000 habitants, podem detectar que a la capital del Segrià hi ha una major prevalença de defuncions per malalties del sistema respiratori (104 per 100.000 habitants a

Lleida per 83 al conjunt de Catalunya), per bé que encara és més perceptible el pes inferior de les morts relacionades amb l'aparell circulatori (237 a Catalunya per 199 a Lleida). Altres tipologies de defuncions amb una menor presència a Lleida amb relació a la mitjana són les associades a malalties mentals o malalties endocrines. A l'inrevés, sistema circulatori al marge, les malalties infeccioses, les causes externes, o les de símptomes i signes mal definits es presenten en un grau major a la capital del Segrià.

Figura 4-9 Taxes específiques (per 100.000 habitants) de mortalitat per 20 grans grups a Lleida i a Catalunya. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Quan fem l'anàlisi de les 3 primeres causes de mort per grups d'edat decennals, identifiquem clarament quines agrupacions de malalties causen mort amb més freqüència a cada edat. Així, durant el primer any de vida les malalties perinatals copen tota la mortalitat registrada. Superats els 15 anys, edat abans de la qual quasi no es registra cap mort, fins als 35, les causes externes són la causa prevalent tant per homes com per dones, amb una notable varietat de grups de malalties en segon i tercer lloc. Dels 35 als 75 anys els tumors són amb diferència el motiu principal de mortalitat tant en homes com en dones, per bé que a partir dels 55, i especialment els 65 anys, comencen a adquirir certa importància les causes circulatories i respiratòries. Dels 75 als 84 les malalties relacionades amb l'aparell circulatori són ja la primera causa de mort entre les dones lleidatanes, i a partir dels 85 anys, aquestes ho són també per als homes. Per aquest últim grup, les malalties respiratòries releguen els tumors al tercer lloc de la llista.

Figura 4-10 Taxes específiques (per 100.000 habitants) de les primeres causes de defunció per edat i per sexe a Lleida per 20 grans grups. Any 2009.

Grup d'edat	Dones		Homes	
	Causas	Taxa	Causas	Taxa
< 1	Perinatals	236,4	Perinatals	346,4
	-	-	-	-
	-	-	-	-
1-4	-	-	-	-
	-	-	-	-
	-	-	-	-
5-14	Nerviós	15,9	-	-
	-	-	-	-
	-	-	-	-
15-24	Externes	13,3	Externes	12,8
	Congènites	13,3	Mal definides	12,8
	-	-	-	-
25-34	Externes	17,9	Externes	30,6
	Infeccioses	9,0	Tumors	7,6
	Endocrines	9,0	Circulatori	7,6
35-44	Tumors	27,7	Tumors	41,1
	Externes	9,2	Externes	32,9
	-	-	Mal definides	24,7
45-54	Tumors	131,2	Tumors	159,0
	Externes	32,8	Circulatori	63,6
	Genitourinari*	10,9	Mal definides	63,6
55-64	Tumors	254,3	Tumors	725,6
	Respiratori	42,4	Circulatori	123,5
	Nerviós**	28,3	Digestiu	123,5
65-74	Tumors	422,9	Tumors	843,3
	Circulatori	220,6	Circulatori	281,1
	Respiratori***	73,5	Respiratori	257,7
75-84	Circulatori	1.111,1	Tumors	2.088,4
	Tumors	658,4	Circulatori	1.240,9
	Digestiu****	267,5	Respiratori	908,0
> 84	Circulatori	4.257,5	Circulatori	5.479,5
	Respiratori	1.875,3	Respiratori	4.452,1
	Tumors	1.115,1	Tumors	3.310,5
Total	Circulatori	224,6	Tumors	298,0
	Tumors	161,5	Circulatori	174,1
	Respiratori	83,7	Respiratori	125,4

* Els grups "Nerviós", "Circulatori", "Digestiu" i "Mal definides" registren la mateixa incidència.

** Els grups "Circulatori" i "Mal definit" registren la mateixa incidència.

*** El grup "Nerviós" registra la mateixa incidència.

**** El grup "Respiratori" registra la mateixa incidència.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Una mirada transversal en el temps il·lustra l'evolució que han experimentat aquestes principals causes de mort a Lleida. És força destacable el descens en nombres absoluts que han experimentat les malalties relacionades amb l'aparell circulatori (-20%), així com l'ascens de les malalties tumorals (11%) o de l'aparell respiratori (26%).

Figura 4-11 Evolució de les defuncions per 20 grans grups a Lleida. Anys 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	% 09-00
IX.Circulatori	340	322	333	350	299	320	340	323	319	271	3.217	-20,3%
II.Tumors	281	279	300	298	299	290	333	316	270	312	2.978	11,0%
X.Respiratori	113	120	133	158	132	146	124	156	135	142	1.359	25,7%
XI.Digestiu	60	57	73	56	64	52	70	63	51	49	595	-18,3%
XX.Externes	50	49	63	56	44	66	59	54	60	53	554	6,0%
VI.Nerviós	35	27	32	39	46	64	56	65	73	57	494	62,9%
IV.Endocrines	32	41	23	39	40	62	38	32	35	28	370	-12,5%
V.Mentals	26	33	27	31	35	39	34	31	56	41	353	57,7%
XVIII.Mal definides	16	25	25	25	29	37	44	57	34	40	332	150,0%
I.Infeccioses	25	29	27	32	27	26	22	20	20	35	263	40,0%
XIV.Genitourinari	21	17	30	23	36	29	20	28	17	28	249	33,3%
Altres grups	13	19	21	14	16	23	18	26	24	18	192	38,5%
Total	1.012	1.018	1.087	1.121	1.067	1.154	1.158	1.171	1.094	1.074	10.956	6,1%

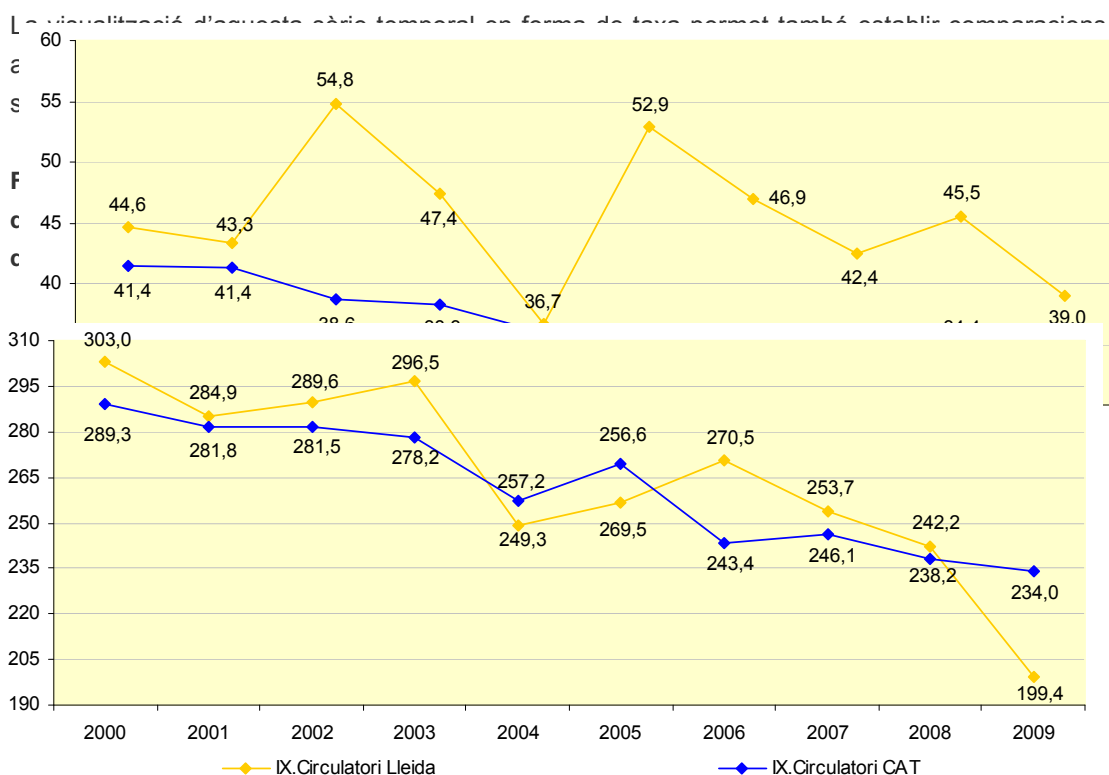
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

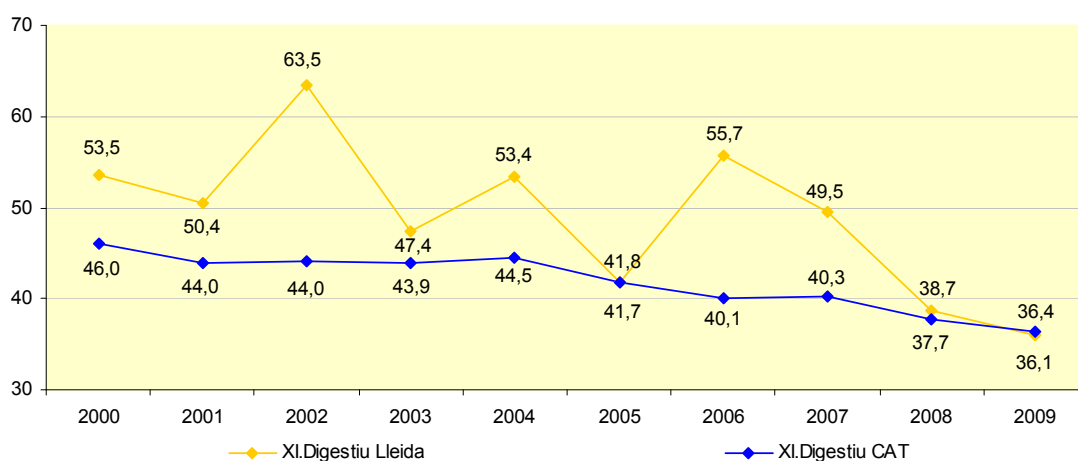
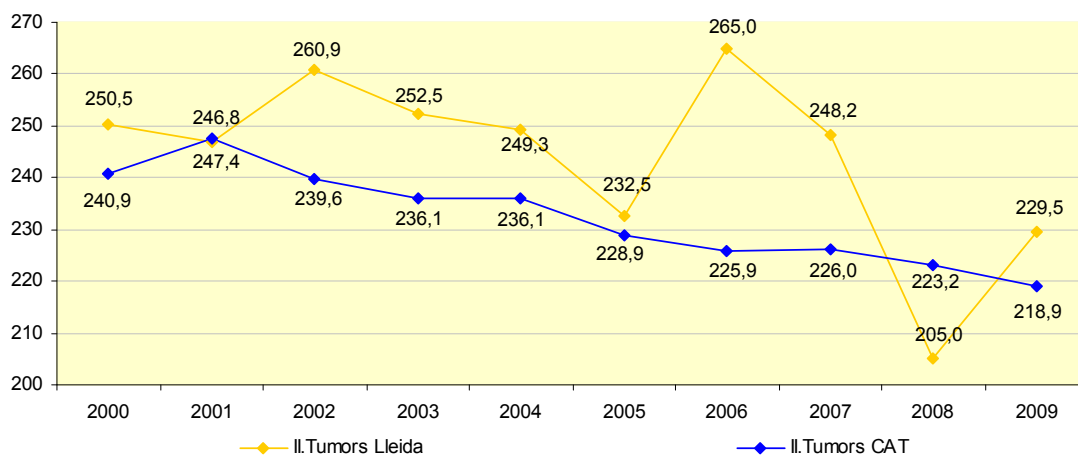
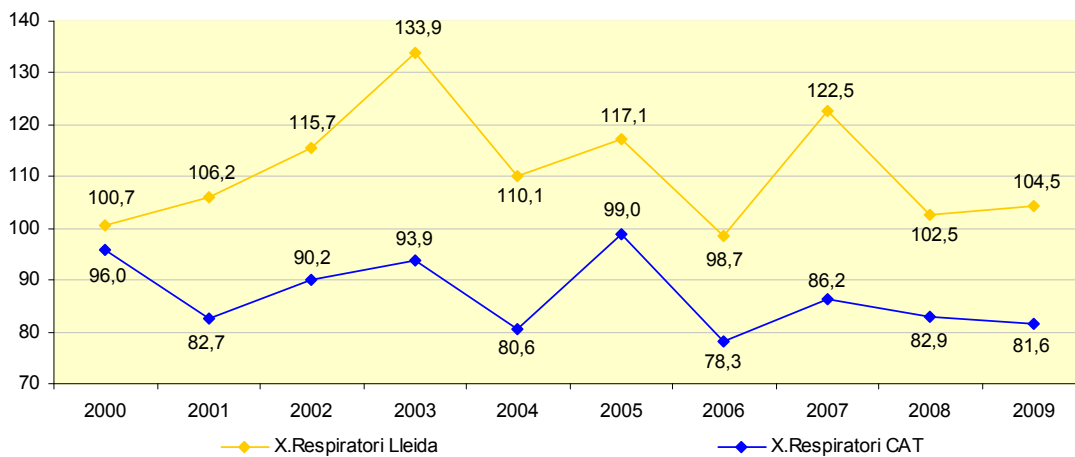
Si ens fixem en l'evolució de les taxes específiques de cadascun d'aquests grups de malalties, les conclusions són unes altres. I és que malgrat l'increment en nombres absoluts, la taxa de defuncions per tumors ha decrescut entre els anys 2000 i 2009 de l'ordre d'un 8% (de 250 a 230 defuncions per 100.000 habitants). Aquest canvi en el sentit de l'evolució es produeix també en el cas de les causes externes (en nombres absoluts creix un 6%, però la taxa baixa un 13%), i en els restants grups, si bé no canvia el seu signe evolutiu, sí que es modera el seu increment (respiratori, nerviós, mentals, mal definides, infeccioses, o genitourinari), o s'accentua el seu decreixement (circulatori, digestiu, o endocrí).

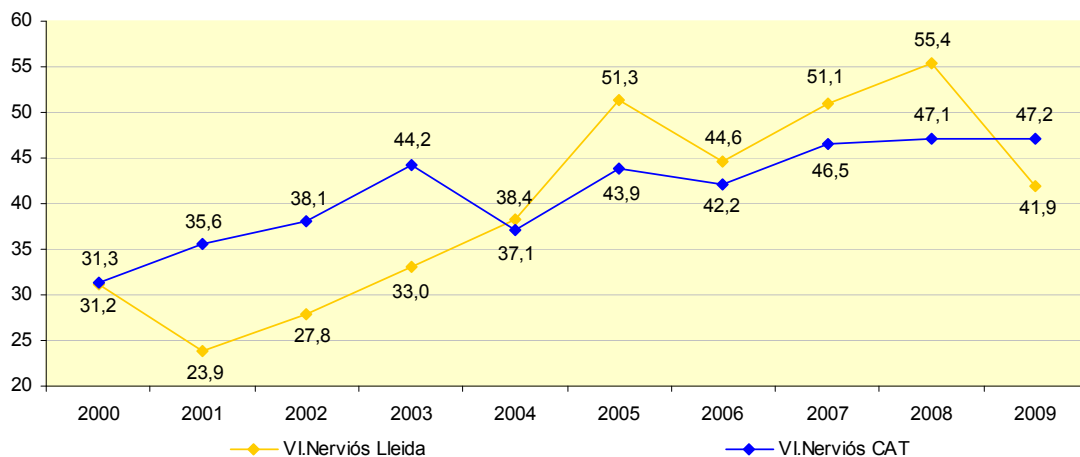
Figura 4-12 Evolució de les taxes específiques (per 100.000 habitants) de defuncions per 20 grans grups a Lleida. Anys 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 09-00
IX.Circulatori	303,0	284,9	289,6	296,5	249,3	256,6	270,5	253,7	242,2	199,4	-34,2%
II.Tumors	250,5	246,8	260,9	252,5	249,3	232,5	265,0	248,2	205,0	229,5	-8,3%
X.Respiratori	100,7	106,2	115,7	133,9	110,1	117,1	98,7	122,5	102,5	104,5	3,7%
XI.Digestiu	53,5	50,4	63,5	47,4	53,4	41,7	55,7	49,5	38,7	36,1	-32,6%
XX.Externes	44,6	43,3	54,8	47,4	36,7	52,9	46,9	42,4	45,5	39,0	-12,5%
VI.Nerviós	31,2	23,9	27,8	33,0	38,4	51,3	44,6	51,1	55,4	41,9	34,4%
IV.Endocrines	28,5	36,3	20,0	33,0	33,4	49,7	30,2	25,1	26,6	20,6	-27,8%
V.Mentals	23,2	29,2	23,5	26,3	29,2	31,3	27,1	24,3	42,5	30,2	30,2%
XVIII.Mal definides	14,3	22,1	21,7	21,2	24,2	29,7	35,0	44,8	25,8	29,4	106,4%
I.Infeccioses	22,3	25,7	23,5	27,1	22,5	20,8	17,5	15,7	15,2	25,8	15,6%
XIV.Genitourinari	18,7	15,0	26,1	19,5	30,0	23,3	15,9	22,0	12,9	20,6	10,1%
Altres grups	11,6	16,8	18,3	11,9	13,3	18,4	14,3	20,4	18,2	13,2	14,3%
Total	902,0	900,6	945,2	949,7	889,6	925,4	921,4	919,8	830,5	790,2	-12,4%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.







Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

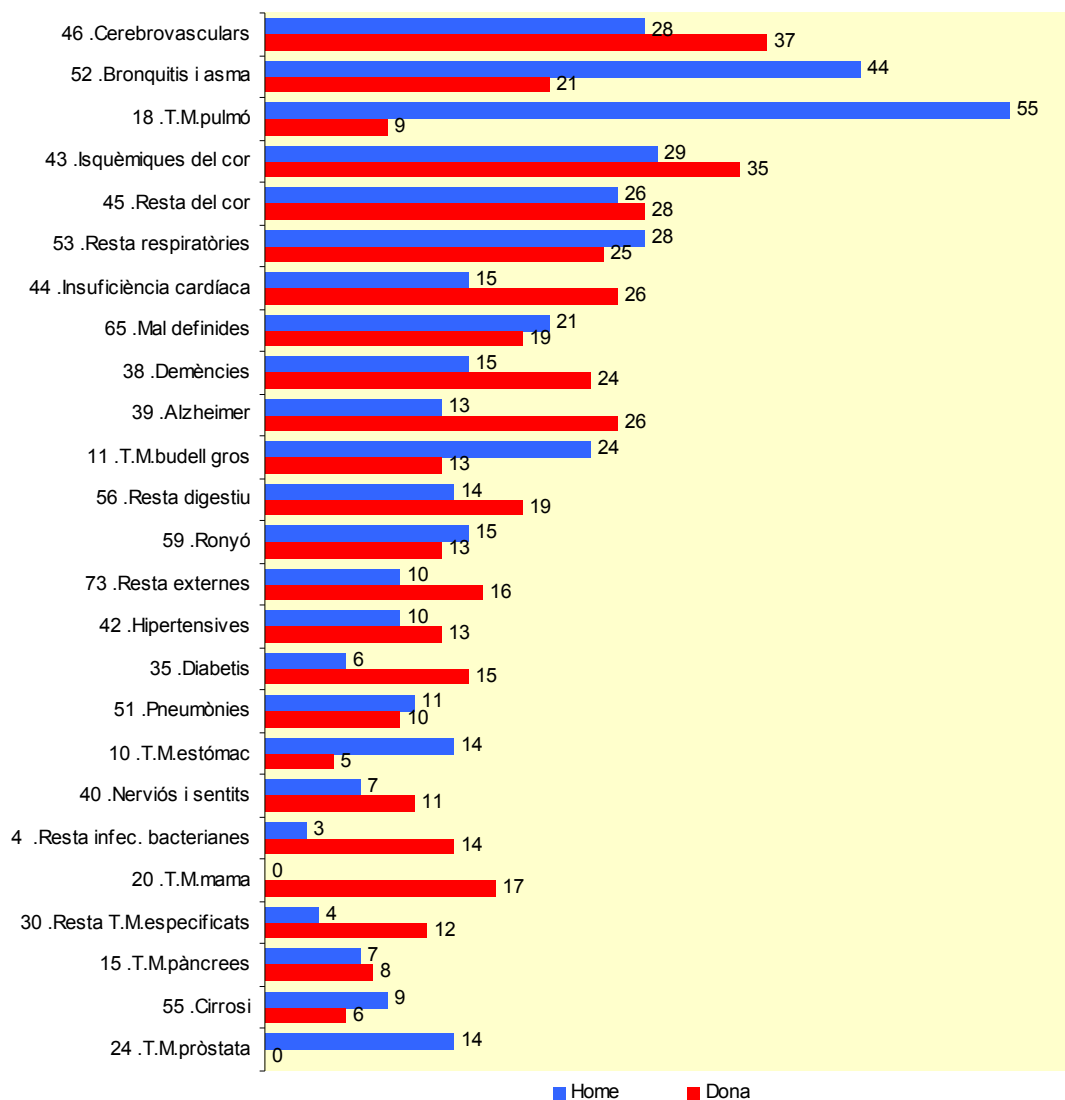
D'aquestes evolucions, criden l'atenció els 2 forts descensos ocorreguts a Lleida en la taxa específica de mortalitat per malalties del sistema circulatori en els anys 2004 i 2009 (la darrera de les quals és la que ocasiona la notable diferència a la baixa respecte la taxa catalana), o la constatació que en el cas de la mortalitat associada a malalties respiratòries, digestives, o per causes externes, les taxes lleidatanes han estat durant tot el període sempre per sobre de la mitjana catalana (a excepció feta de les digestives per a l'any 2009). Per últim, sobta també l'evolució a l'alça de les malalties del sistema nerviós, en clar contrast amb la tendència a la baixa de les restants grans causes de mortalitat.

Mortalitat per 73 grups de causes

Les dades facilitades pel Registre de Mortalitat permeten afinar més en cadascuna d'aquestes 20 agrupacions, arribant a desagregar fins a 73 causes. La següent taula mostra, d'aquestes, les 25 més freqüents a Lleida per gènere.

Les 4 primeres causes, que pràcticament comparteixen el primer lloc de la llista, afecten diferentment dones i homes. I és que mentre les malalties cerebrovasculars i les malalties isquèmiques del cor presenten un lleuger predomini femení, les bronquitis i asma, i sobretot el tumor maligne de pulmó, provoquen moltes més defuncions entre els homes.

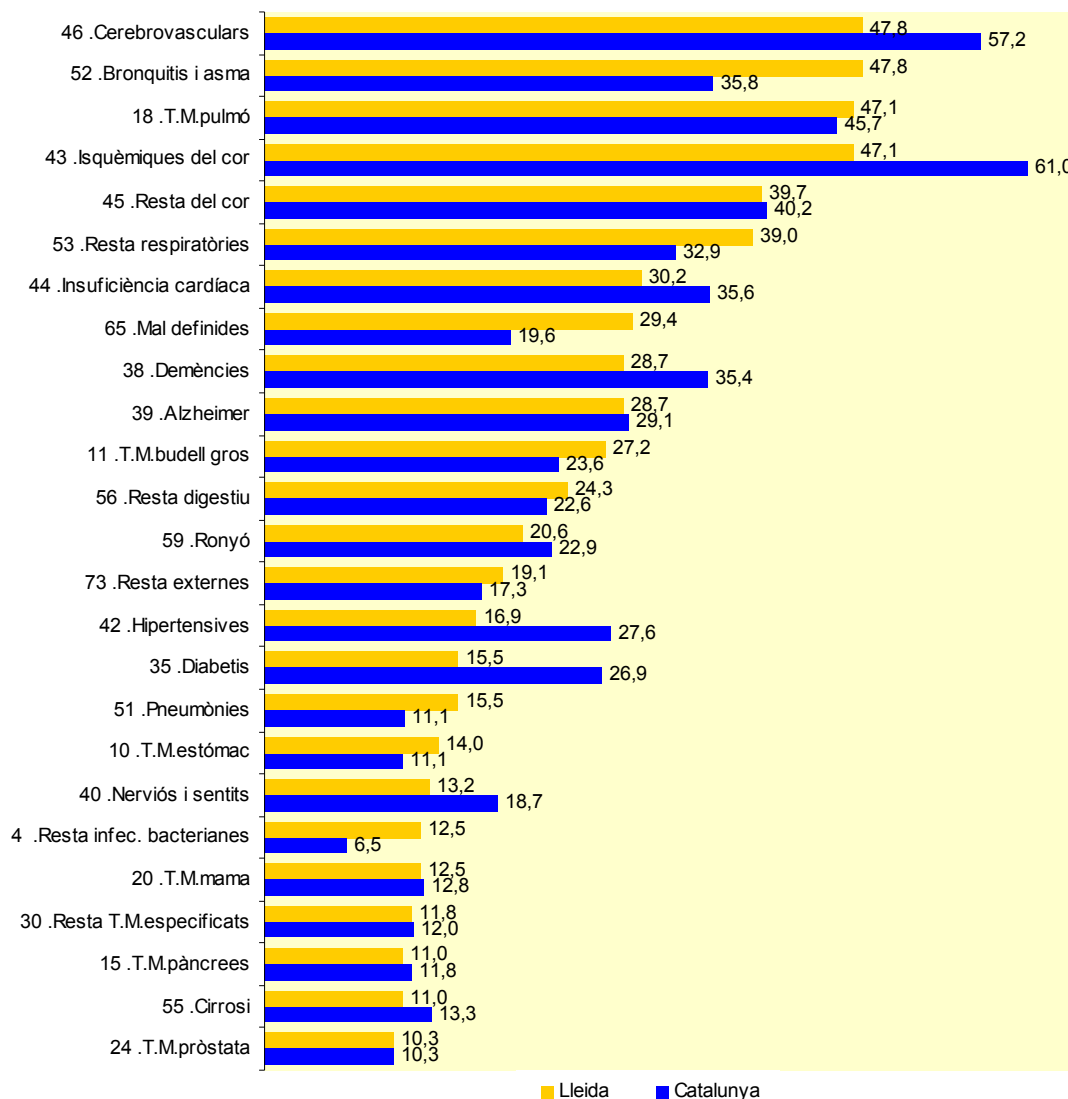
Figura 4-14 25 defuncions més freqüents a Lleida per 73 grups de causes per gènere. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

La comparació de les taxes específiques per a cadascuna d'aquestes causes entre Lleida i el global de Catalunya fa aflorar algunes diferències destacables. Criden l'atenció la major prevalença a Lleida de defuncions causades per bronquitis i asma (48 morts per cada 100.000 habitants a la capital del Segrià contra 36 de mitjana a Catalunya), resta de malalties respiratòries (39 per 33), o símptomes i signes mal definits (29 per 20). Per contra, cal consignar el menor pes a Lleida de les defuncions motivades per malalties cerebrovasculars (48 per 57), isquèmiques del cor (47 per 61), hipertensives (17 per 28), o diabetis (16 per 27).

Figura 4-15 Taxes específiques (per 100.000 habitants) de les 25 defuncions més freqüents per 73 grups de causes a Lleida i a Catalunya. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Si aprofundim en l'anàlisi de les 3 primeres causes de mort per grups d'edat decennals de la figura 4-16, observem amb més detall, entre d'altres, les causes externes que més mortalitat comporten en les franges joves i de mitjana edat (suïcidi -sobretot en el cas dels homes, accidents de trànsit o altres externes), els tipus de tumor que més dominen la mortalitat femenina entre els 35 i els 64 anys (el de mama), o masculina entre els 35 i els 84 (el de pulmó), o les afeccions circulatòries i respiratòries que copen les causes en les edats més avançades (bronquitis i asma majoritàriament entre els homes, cerebrovasculars i isquèmiques del cor en ambdós sexes, i alzheimer i demències amb més presència entre les dones).

Figura 4-16 Taxes específiques (per 100.000 habitants) de les primeres causes de defunció per edat i per sexe a Lleida per 73 grups de causes. Any 2009.

Grup d'edat	Dones		Homes	
	Causas	Taxa	Causas	Taxa
< 1	Perinatals	236,4	Perinatals	115,5
	-	-	Congènites	115,5
	-	-	Mal definides	115,5
1-4	-	-	-	-
	-	-	-	-
	-	-	-	-
5-14	Nerviós i sentits	15,9	-	-
	-	-	-	-
	-	-	-	-
15-24	Resta externes	13,3	Suïcidis	12,8
	Congènites	13,3	Mal definides	12,8
	-	-	-	-
25-34	Accidents de trànsit 1	9,0	Suïcidis	15,3
	Caigudes 1	9,0	Caigudes 2	7,6
	Sida 1	9,0	Resta Externes 2	7,6
35-44	T.M.mama	18,5	Mal definides	24,7
	T. Benignes	9,2	Suïcidis 3	16,5
	Caigudes	9,2	Sida 3	16,5
45-54	T.M.mama	32,8	Mal definides	63,6
	T.M.pell 4	21,9	T.M.pulmó	42,4
	T.M.pulmó 4	21,9	Sida	42,4
55-64	T.M.mama	70,6	T.M.pulmó	262,5
	T.M.pulmó 5	28,3	Cirrosi	77,2
	T.M.budell gros 5	28,3	T.M.budell gros 6	61,8
65-74	T.M.pulmó	91,9	T.M.pulmó	234,2
	T.M.budell gros	91,9	Bronquitis i asma	164,0
	Nerviós i sentits 7	55,2	Isquèmiques del cor 8	117,1
75-84	Isquèmiques del cor	370,4	T.M.pulmó	635,6
	Cerebrovasculars	308,6	Bronquitis i asma	635,6
	Resta del cor	185,2	Cerebrovasculars 9	332,9
> 84	Cerebrovasculars	1.013,7	Bronquitis i asma	1.826,5
	Alzheimer	1.013,7	Resta respiratòries	1.712,3
	Demències 10	912,3	Cerebrovasculars	1.141,6
Total	Cerebrovasculars	54,3	T. M.pulmó	81,1
	Isquèmiques del cor	51,4	Bronquitis i asma	64,9
	Alzheimer 11	38,2	Isquèmiques del cor	42,8

1 El grup "Resta endocrines" registra la mateixa incidència.

2 El grup "Resta circulatori" registra la mateixa incidència.

3 Els grups "Resta respiratòries" i "T.M. recte i anus" registren la mateixa incidència.

4 El grup "Resta externes" registra la mateixa incidència.

5 Els grups "T.M.estómac", "T.M.fetge", "T.M.pàncrees", "Resta T.M.especificats", "Nerviós i sentits", i "Mal definides" registren la mateixa incidència.

6 Els grups "T.M.estómac", "Limfoma", i "Isquèmiques del cor" registren la mateixa incidència.

7 Els grups "T.M.pàncrees", "Resta T.M.especificats", "Isquèmiques del cor", "Resta del cor", i "Mal definides" registren la mateixa incidència.

8 Els grups "T.M.budell gros" i "Cerebrovascular" registren la mateixa incidència.

9 El grup "Isquèmiques del cor" registra la mateixa incidència.

10 El grup "Insuficiència cardíaca" registra la mateixa incidència.

11 El grup "Insuficiència cardíaca" registra la mateixa incidència.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Entre 2000 i 2009 algunes d'aquestes causes s'han reduït de manera notable. Així, tant les defuncions per malalties cardiovasculars com les isquèmiques del cor han experimentat reduccions de l'ordre del 40%. Altres grups amb menys pes, com la cirrosi o els accidents de trànsit, també han seguit aquesta tònica. En general, però, la majoria de causes de defunció ha vist augmentar la xifra de casos en nombres absoluts.

Figura 4-17 Evolució de les defuncions per 73 grups de causes a Lleida. Anys 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	% 09-00
46 .Cerebrovasculars	118	89	109	89	87	98	97	93	100	65	945	-44,9%
43 .Isquèmiques del cor	104	93	103	121	94	99	94	84	75	64	931	-38,5%
52 .Bronquitis i asma	61	60	71	76	67	72	62	66	56	65	656	6,6%
18 .T.M.pulmó	49	63	53	69	52	48	55	57	52	64	562	30,6%
44 .Insuficiència cardíaca	41	54	48	53	53	51	59	60	57	41	517	0,0%
53 .Resta respiratòries	36	34	33	54	41	55	50	64	56	53	476	47,2%
45 .Resta del cor	51	55	48	51	28	39	52	43	42	54	463	5,9%
56 .Resta digestiu	33	30	40	33	40	31	43	39	32	33	354	0,0%
11 .T.M.budell gros	24	26	26	31	48	35	41	36	33	37	337	54,2%
65 .Mal definides	16	25	25	25	29	37	44	57	34	40	332	150,0%
35 .Diabetis	28	38	19	34	36	54	30	28	30	21	318	-25,0%
38 .Demències	25	31	24	28	27	31	28	29	53	39	315	56,0%
39 .Alzheimer	20	15	21	23	26	42	40	39	42	39	307	95,0%
59 .Ronyó	20	16	29	22	34	26	19	26	17	28	237	40,0%
55 .Cirrosi	25	27	29	23	22	19	23	23	17	15	223	-40,0%
73 .Resta externes	8	6	18	17	16	22	26	26	32	26	197	225,0%
51 .Pneumònies	13	22	21	26	20	16	10	19	21	21	189	61,5%
40 .Nerviós i sentits	15	12	11	16	20	22	16	26	31	18	187	20,0%
10 .T.M.estómac	19	14	20	12	20	20	19	27	12	19	182	0,0%
66 .Accidents trànsit	28	26	27	21	13	20	11	10	13	7	176	-75,0%
Altres grups	278	282	312	297	294	317	339	319	289	325	3.052	16,9%
Total	1.012	1.018	1.087	1.121	1.067	1.154	1.158	1.171	1.094	1.074	10.956	6,1%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

L'evolució de les taxes específiques, i doncs, aquestes mateixes defuncions posades amb relació a la població, porta a conclusions més positives. La majoria de causes veuen disminuït el seu pes, si bé cal consignar algunes que en continuen guanyant: els dos principals tipus de tumors (de pulmó i de budell gros), l'epígraf "resta de respiratòries", les malalties mal definides i no classificables en altres grups, les demències i l'alzheimer, el ronyó, la "resta d'externes", i la pneumònia.

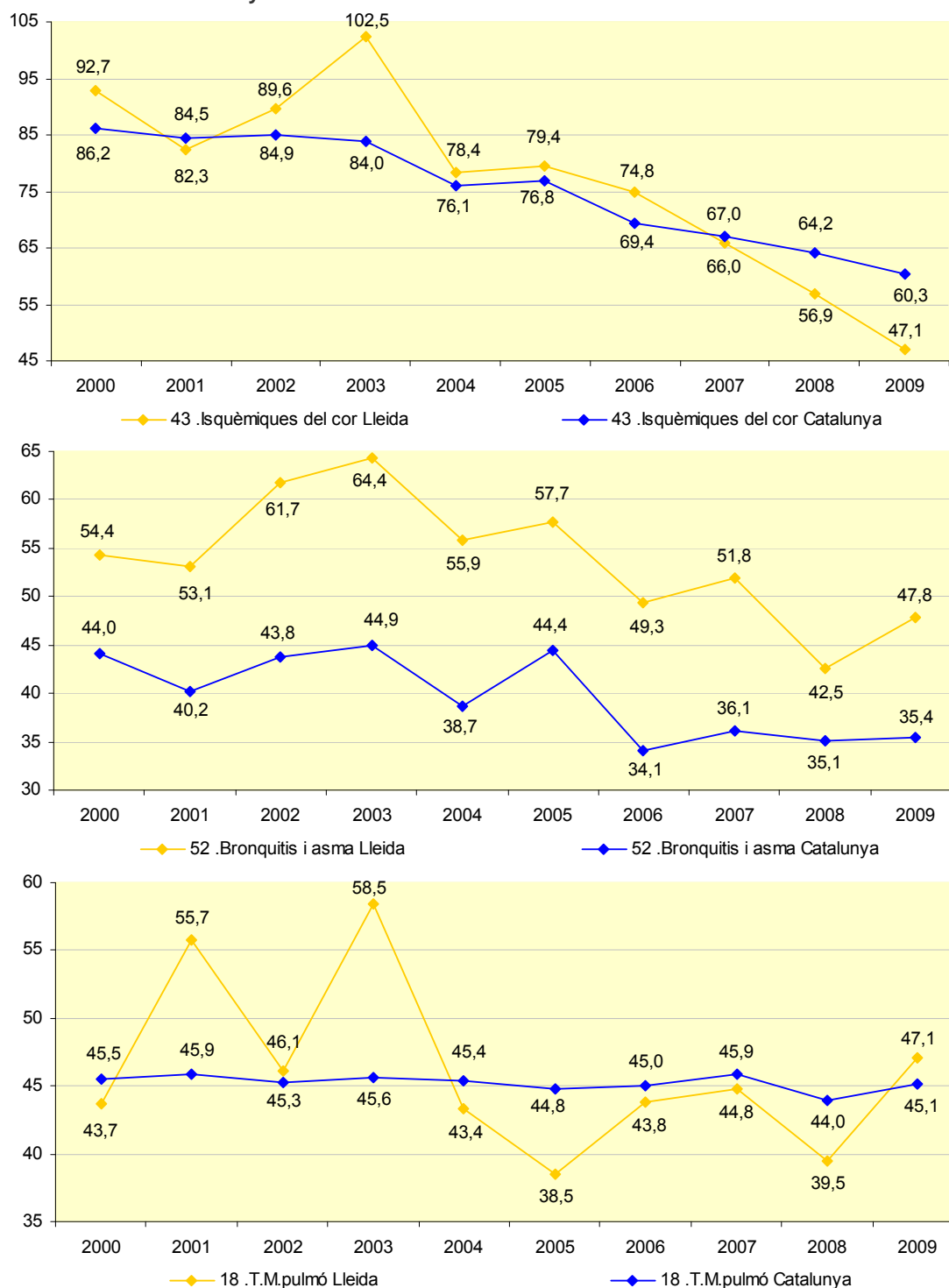
Figura 4-18 Evolució de les taxes específiques (per 100.000 habitants) de defuncions per 73 grups de causes a Lleida. Anys 2000-2009.

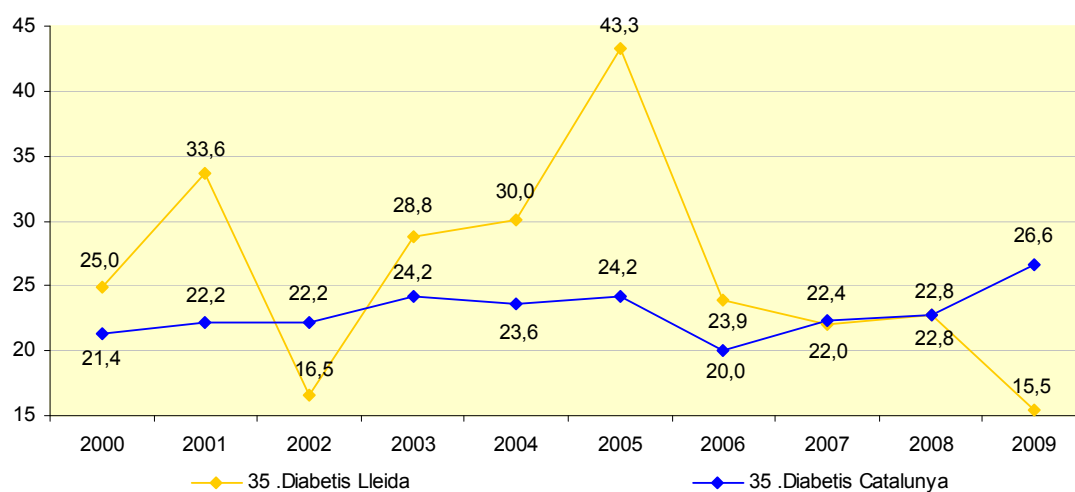
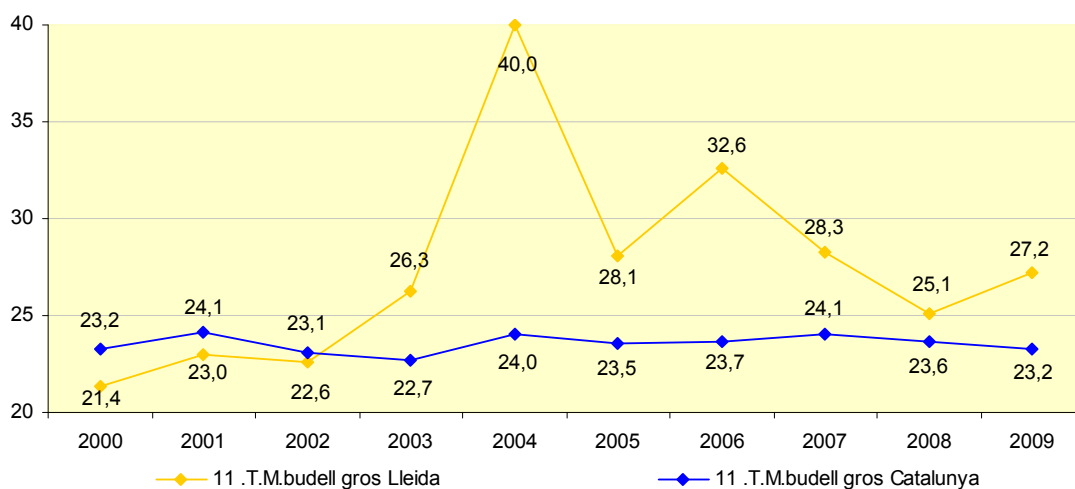
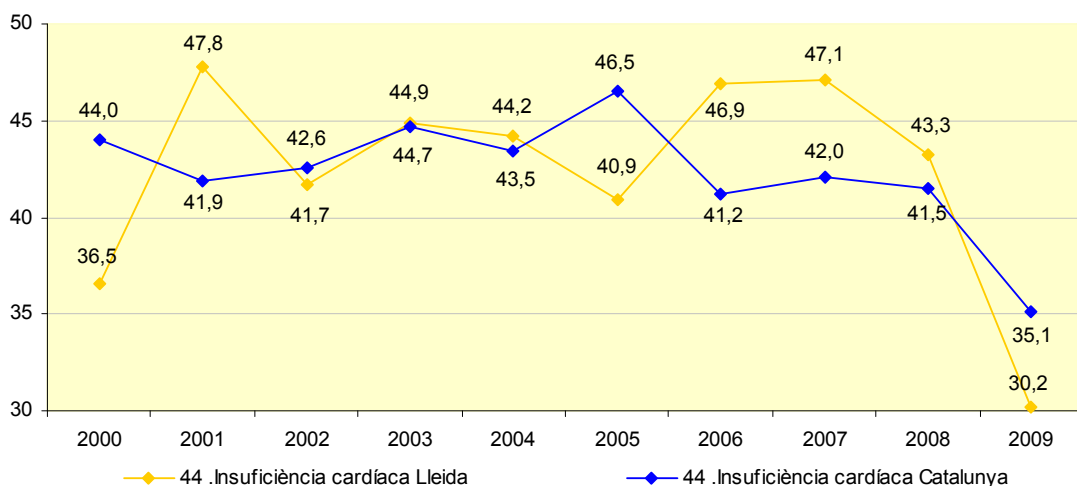
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 09-00
46 .Cerebrovasculars	105,2	78,7	94,8	75,4	72,5	78,6	77,2	73,0	75,9	47,8	-54,5%
43 .Isquèmiques del cor	92,7	82,3	89,6	102,5	78,4	79,4	74,8	66,0	56,9	47,1	-49,2%
52 .Bronquitis i asma	54,4	53,1	61,7	64,4	55,9	57,7	49,3	51,8	42,5	47,8	-12,0%
18 .T.M.pulmó	43,7	55,7	46,1	58,5	43,4	38,5	43,8	44,8	39,5	47,1	7,8%
44 .Insuficiència cardíaca	36,5	47,8	41,7	44,9	44,2	40,9	46,9	47,1	43,3	30,2	-17,5%
53 .Resta respiratòries	32,1	30,1	28,7	45,7	34,2	44,1	39,8	50,3	42,5	39,0	21,5%
45 .Resta del cor	45,5	48,7	41,7	43,2	23,3	31,3	41,4	33,8	31,9	39,7	-12,6%
56 .Resta digestiu	29,4	26,5	34,8	28,0	33,4	24,9	34,2	30,6	24,3	24,3	-17,5%
11 .T.M.budell gros	21,4	23,0	22,6	26,3	40,0	28,1	32,6	28,3	25,1	27,2	27,3%
65 .Mal definides	14,3	22,1	21,7	21,2	24,2	29,7	35,0	44,8	25,8	29,4	106,4%
35 .Diabetis	25,0	33,6	16,5	28,8	30,0	43,3	23,9	22,0	22,8	15,5	-38,1%
38 .Demències	22,3	27,4	20,9	23,7	22,5	24,9	22,3	22,8	40,2	28,7	28,8%
39 .Alzheimer	17,8	13,3	18,3	19,5	21,7	33,7	31,8	30,6	31,9	28,7	61,0%
59 .Ronyó	17,8	14,2	25,2	18,6	28,3	20,8	15,1	20,4	12,9	20,6	15,6%
55 .Cirrosi	22,3	23,9	25,2	19,5	18,3	15,2	18,3	18,1	12,9	11,0	-50,5%
73 .Resta externes	7,1	5,3	15,7	14,4	13,3	17,6	20,7	20,4	24,3	19,1	168,3%
51 .Pneumònies	11,6	19,5	18,3	22,0	16,7	12,8	8,0	14,9	15,9	15,5	33,3%
40 .Nerviós i sentits	13,4	10,6	9,6	13,6	16,7	17,6	12,7	20,4	23,5	13,2	-0,9%
10 .T.M.estómac	16,9	12,4	17,4	10,2	16,7	16,0	15,1	21,2	9,1	14,0	-17,5%
66 .Accidents trànsit	25,0	23,0	23,5	17,8	10,8	16,0	8,8	7,9	9,9	5,2	-79,4%
Altres grups	247,8	249,5	271,3	251,6	245,1	254,2	269,7	250,6	219,4	239,1	-3,5%
Total	902,0	900,6	945,2	949,7	889,6	925,4	921,4	919,8	830,5	790,2	-12,4%

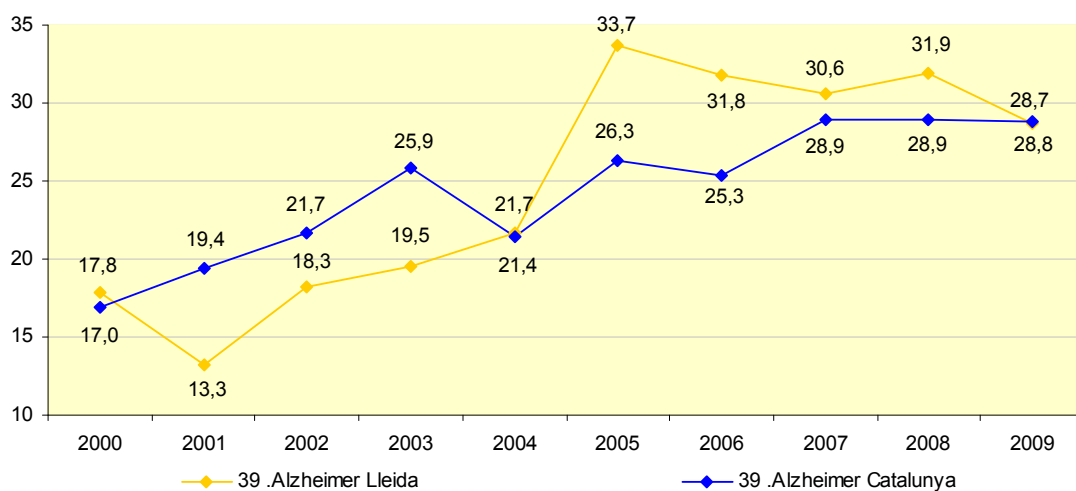
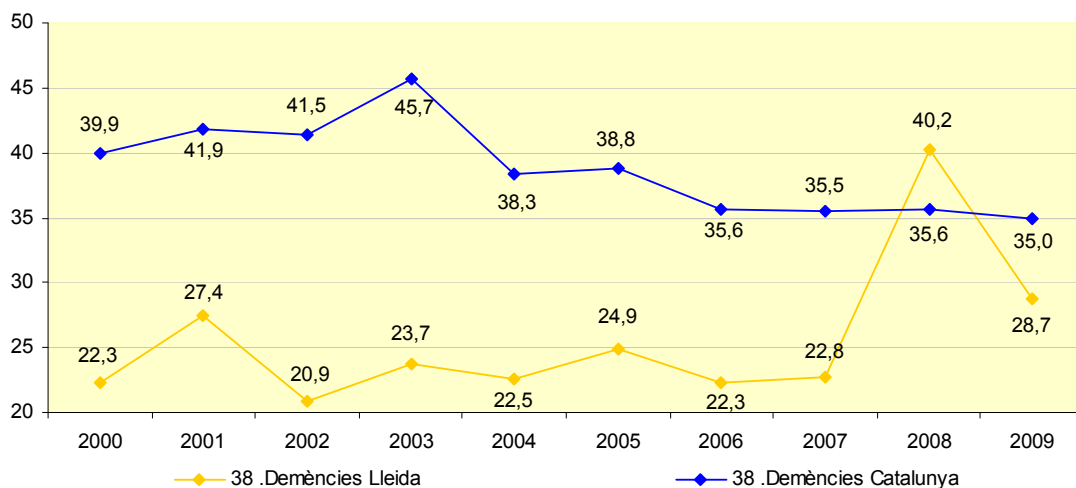
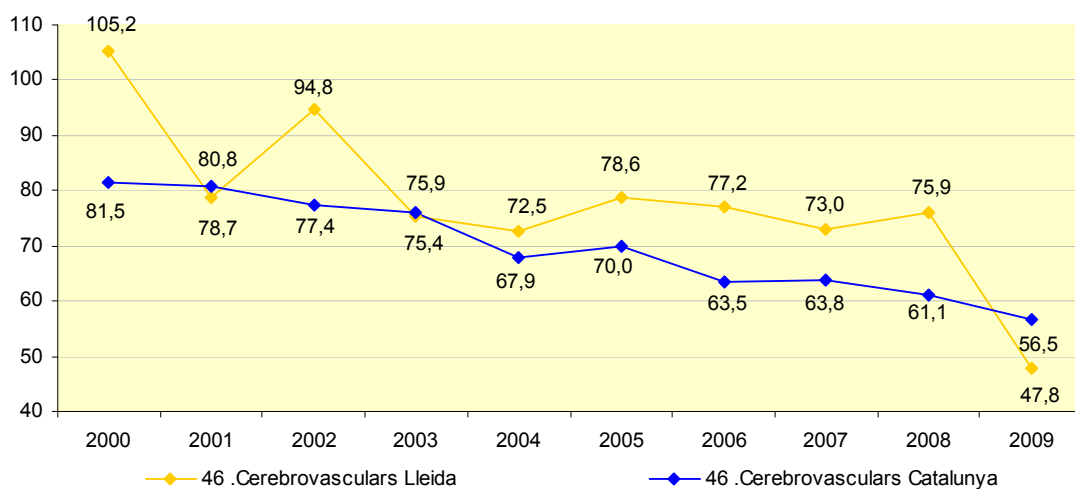
Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

La següent figura il·lustra l'evolució de les taxes d'alguns d'aquests grups de causes amb relació a Catalunya.

Figura 4-19 Evolució a Lleida i a Catalunya de les taxes específiques (per 100.000 habitants) de defuncions per malalties cerebrovasculars, malalties isquèmiques del cor, bronquitis, emfisema, asma i MPOC, tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó, insuficiència cardíaca, tumor maligne de budell gros, diabetis, demència senil, vascular i demència no especificada, i malaltia d'alzheimer. Anys 2000-2009.







Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

D'aquestes evolucions podem destacar el cas de les causes cerebrovasculars i les isquèmiques del cor, amb valors lleugerament per sobre dels catalans durant bona part del període fins als darrers anys, quan a Lleida es registraren taxes més baixes; o la de la bronquitis i asma, que durant tots els anys ha marcat uns registres notablement per sobre de la mitjana definint una situació inversa a la de les demències, amb uns valors tradicionalment per sota a la capital del Segrià.

Més enllà de les diferències entre Lleida i Catalunya, crida l'atenció també la tendència alcista de la mortalitat associada a l'Alzheimer, o l'estabilització de la dels tumors, en contrast amb la tendència general de reducció de la majoria de taxes.

Mortalitat evitable

El Registre de Mortalitat de Catalunya incorpora en els seus darrers informes anuals dades sobre mortalitat evitable, és a dir, aquella que amb les intervencions adequades es podria haver evitat. L'any 2006, mitjançant un procediment de consens¹⁵ entre diversos experts clínics i de salut pública, es van definir un llistat de malalties que, d'acord als avenços de la medicina actual, no haurien de ser causa de mort. Les 34 causes de mortalitat evitable seleccionades que conformen aquesta llista actualitzada de consens se subdivideixen al seu torn en dos grups:

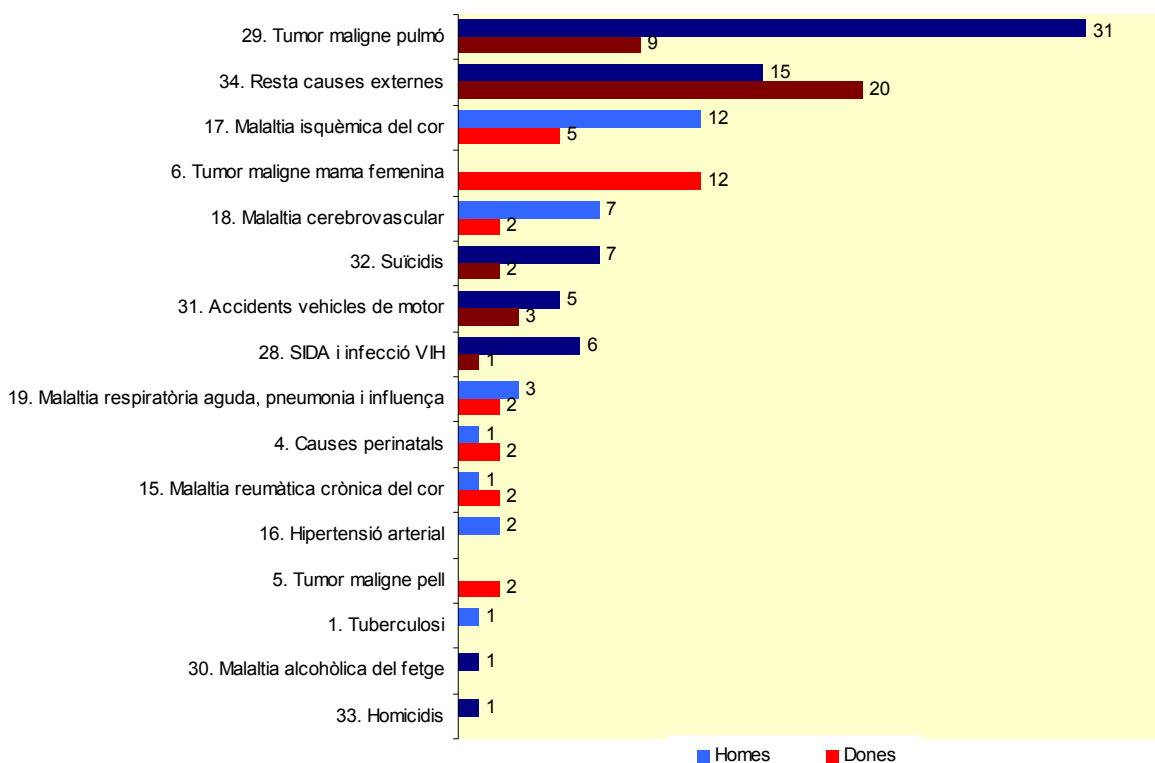
- Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària: Malalties o causes externes susceptibles d'una intervenció efectiva en l'àmbit de la prevenció primària assistencial (vacunes o tractaments preventius), i/o de la prevenció secundària (detecció precoç), i/o del tractament.
- Causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials: Malalties o causes externes per a les quals existeix només (o fonamentalment) intervenció de prevenció primària en l'àmbit social, educatiu, normatiu, etc. No s'hi inclouen aquelles respecte les quals les mesures de prevenció estan basades principalment en mesures medicoquirúrgiques o assistencials.

L'any 2009, darrer any amb dades disponibles, aquestes morts ascendien a Lleida ciutat fins a 155, i doncs, encara representaven quasi un 15% de les 1.074 defuncions registrades en total. Les dues principals causes evitables, el tumor maligne de pulmó i l'epígraf "altres causes externes" (que no inclou els accidents de trànsit, els suïcidis, els homicidis i la iatrogènia) totalitzaven pràcticament la meitat d'aquestes defuncions (amb 40 i 35 morts respectivament,

¹⁵ Gispert R, Barés MA, Freitas AC, Torné MM, Puigdefàbregas A y grupo de consenso sobre Mortalidad Evitable. *La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España*. Gac Sanit. 2006;20(3):184-93.

agrupadament el 48% sobre el total), tal com mostra la figura 4-20, que singularitza les causes susceptibles d'intervenció susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials amb colors més foscos que les susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària. Aquesta mateixa figura també permet veure que els homes experimenten moltes més morts evitables que les dones (93 contra 62), principalment pel diferencial en la primera causa de mortalitat evitable, el tumor maligne de pulmó. Aquest major pes masculí, en menor mesura, també s'observa amb les malalties isquèmiques del cor, les cerebrovasculars, els suïcidis, i la SIDA i infeccions per VIH. A l'inrevés, al marge del tumor de mama, s'observa un major pes femení en les resta de causes externes.

Figura 4-20 Defuncions per mortalitat evitable a Lleida per gènere. Any 2009.

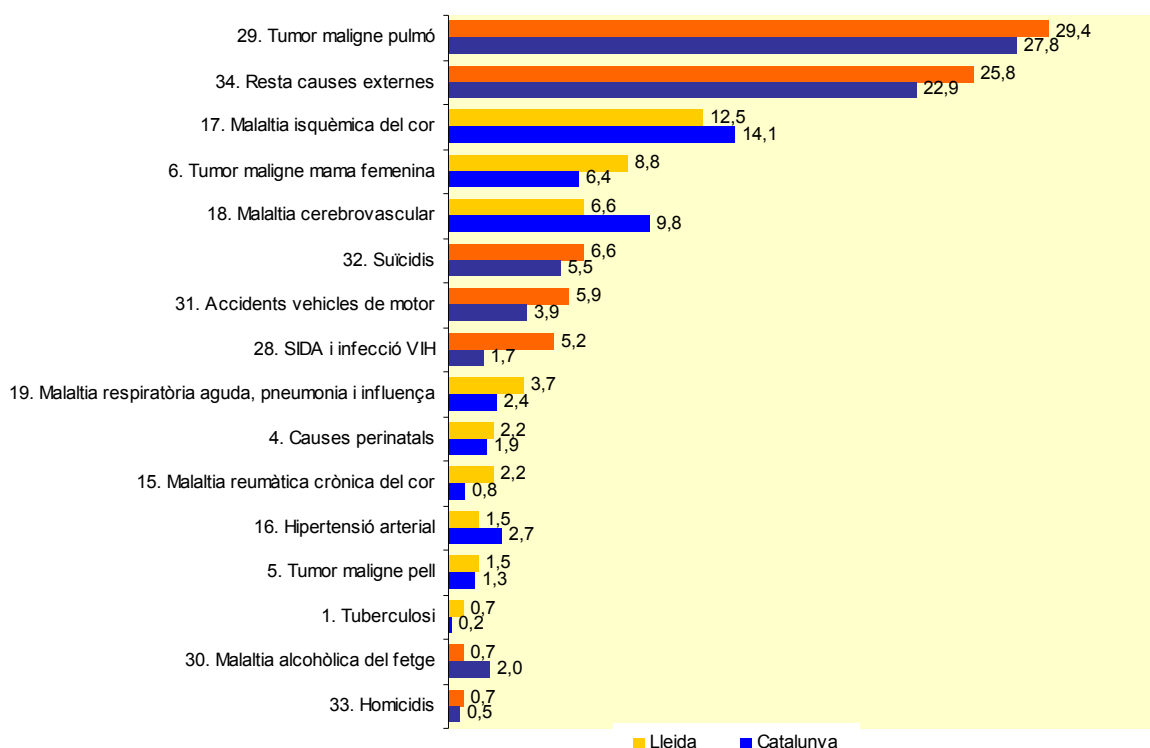


Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

En termes de taxes específiques, si comparem les dades lleidatanes amb el global de Catalunya es posa de manifest que Lleida té una taxa total lleugerament superior a la catalana (114 morts evitables per 109). Aquesta diferència, però, varia si agrupem les causes en funció del tipus de serveis susceptibles d'intervenció. Així, mentre que en les causes susceptibles d'intervenció pels serveis sanitaris Lleida té unes xifres millors que Catalunya (40 morts per 44), en les que tenen a veure amb les polítiques sanitàries intersectorials la capital del Segrià presenta una taxa bastant superior a la catalana (74 per 64).

La figura 4-21 detalla les taxes lleidatana i catalana per a cadascuna de les causes de mortalitat evitable amb incidència a Lleida:

Figura 4-21 Taxes específiques (per 100.000 habitants) de defuncions per mortalitat evitable a Lleida i a Catalunya. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Val a dir, però, que en aquest capítol Lleida ha seguit una evolució francament positiva entre els anys 2000 i 2009, amb un decreixement de quasi el 25% de les morts per causes evitables tal com il·lustra la figura 4-22.

Cal destacar la desigual evolució de les causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària i les que són susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials. Mentre les primeres han caigut fortament (de 106 a 54, quasi el 50%), les segones s'han estabilitzat al voltant de les 100 defuncions a l'any, creixent inclús un lleu 2% (de 99 a 101). Aquestes evolucions tan diferenciades han comportat també un canvi de pes entre aquests dos grups de causes: L'any 2000 les primeres representaven el 52% per un 48% les segones, mentre que l'any 2009 la relació s'havia més que invertit, i les causes vinculades a les polítiques sanitàries intersectorials equivalien al 65% sobre el total. Dins d'aquestes, l'epígraf

“altres causes externes” és el que més ha crescut, passant de 8 a 35 defuncions i esdevenint tal com ja s’ha apuntat anteriorment la segona causa de mort evitable.

Figura 4-22 Evolució de la mortalitat evitable a Lleida. Anys 2000-2009.

Causas susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	% 09-00
17. Malaltia isquèmica del cor	44	23	32	29	19	26	18	28	14	17	250	-61,4%
18. Malaltia cerebrovascular	31	18	22	15	18	19	22	17	9	9	180	-71,0%
6. Tumor maligne mama femenina	11	6	6	10	6	5	8	14	10	12	88	9,1%
19. Malaltia respiratòria aguda, pneumonia i influença	4	4	3	7	6	5	1	7	2	5	44	25,0%
4. Causes perinatales	1	4	3	1	0	1	3	3	3	3	22	200,0%
15. Malaltia reumàtica crònica del cor	1	2	0	2	3	3	3	4	1	3	22	200,0%
8. Tumor maligne cos i part no especificada de l'úter	3	1	2	1	2	3	4	3	2	0	21	-100,0%
16. Hipertensió arterial	3	3	2	2	0	0	3	3	2	2	20	-33,3%
5. Tumor maligne pell	1	2	4	1	3	1	3	2	0	2	19	100,0%
7. Tumor maligne coll úter	2	3	3	0	0	2	2	1	4	0	17	-100,0%
25. Colelitiasis/Colecistitis	0	3	2	2	3	2	2	0	0	0	14	0,0%
1. Tuberculosi	1	0	0	4	0	1	1	1	1	1	10	0,0%
24. Incidents adversos mèdics i quirúrgics	1	0	2	0	2	2	1	1	1	0	10	-100,0%
Altres causes	3	3	4	3	5	4	2	1	6	0	31	-100,0%
Total	106	72	85	77	67	74	73	85	55	54	748	-49,1%
Causas susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials												
29. Tumor maligne pulmó	42	41	34	44	31	31	40	34	33	40	370	-4,8%
34. Resta causes externes	8	11	23	26	23	26	32	28	33	35	245	337,5%
31. Accidents vehicles de motor	29	26	27	21	14	22	14	11	17	8	189	-72,4%
32. Suïcidis	9	10	10	8	5	15	9	12	9	9	96	0,0%
28. SIDA i infecció VIH	7	8	13	3	5	2	5	7	2	7	59	0,0%
30. Malaltia alcohòlica del fetge	3	3	6	5	3	1	4	2	0	1	28	-66,7%
33. Homicidis	1	1	1	1	0	0	3	2	0	1	10	0,0%
Total	99	100	114	108	81	97	107	96	94	101	997	2,0%
TOTAL	205	172	199	185	148	171	180	181	149	155	1.745	-24,4%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

En termes relatius, aquest tipus de defuncions han experimentat un descens encara major, tal com s'observa a la figura 4-23. I és que si entre els anys 2000 i 2009 les xifres absolutes de morts evitables s'havien encongit un 24%, la reducció de la taxa específica total ha estat del 38% (dels 183 morts per 100.000 habitants als 114). Evidentment, en lògica continuació de les tendències apuntades en l'anàlisi de xifres absolutes, aquesta caiguda ha estat ben diferent si atenem al tipus de causes evitables: molt notable en el cas de les susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària (-58%) i molt més moderada quan parlem de les que són susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials (-16%).

Anant més al detall, podem veure que totes les principals causes evitables han vist reduït el seu pes, amb la notable excepció de les “altres causes externes”, que de nou mostra un comportament decididament a l'alça (261%).

Figura 4-23 Evolució de les taxes específiques (per 100.000 habitants) de mortalitat evitable a Lleida. Anys 2000-2009.

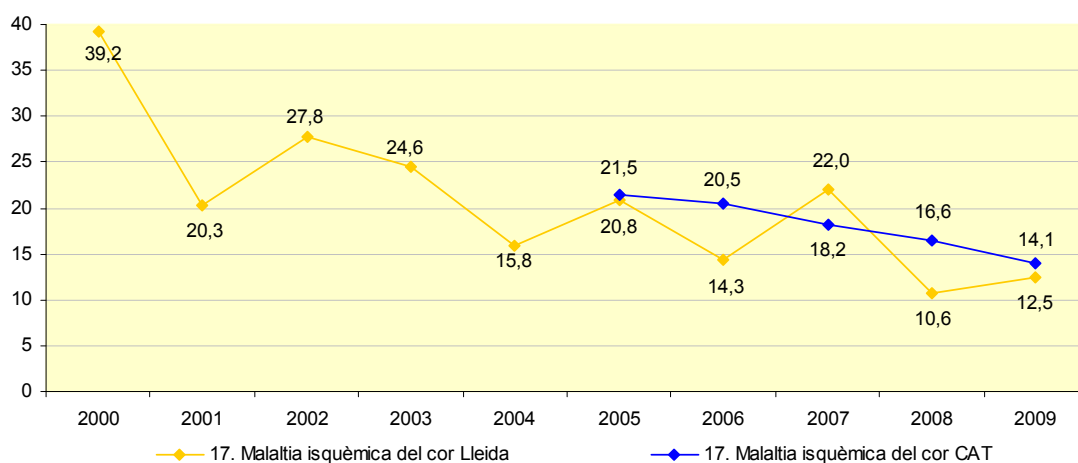
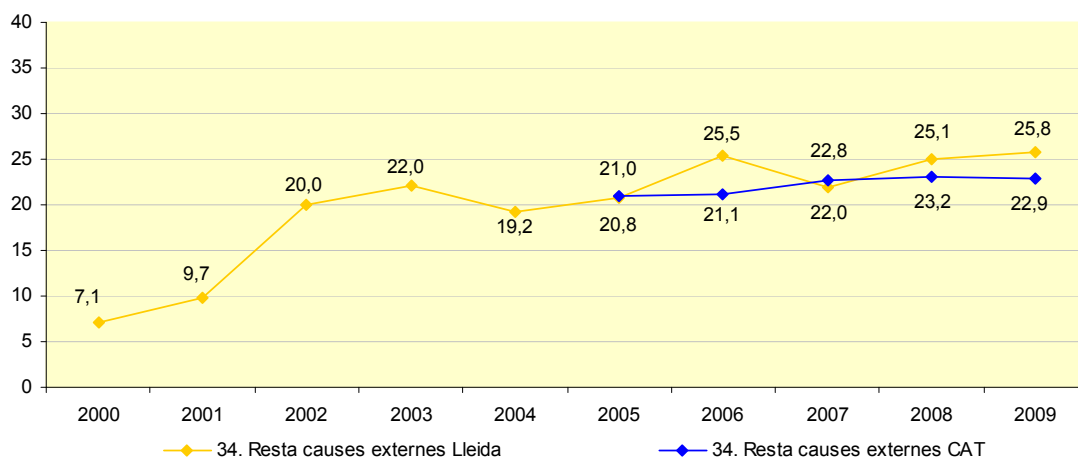
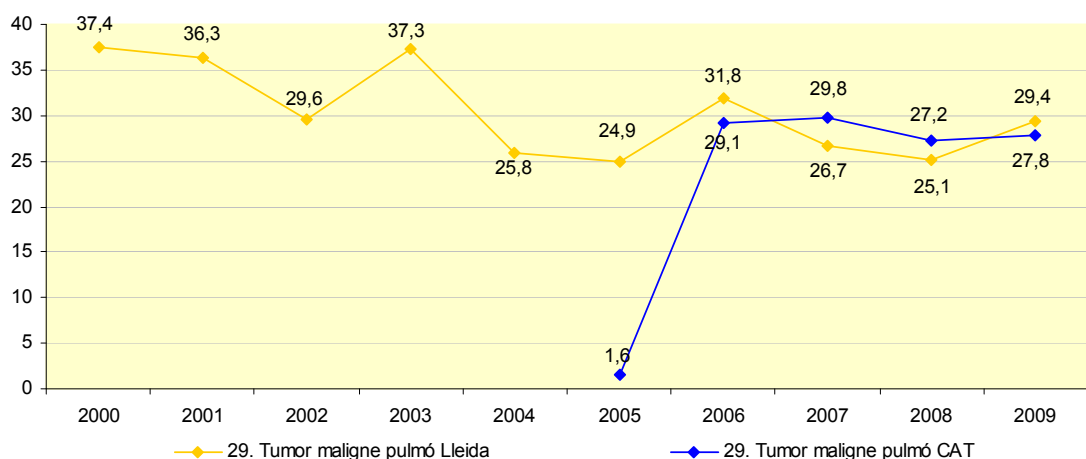
Causes susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 09-00
17. Malaltia isquèmica del cor	39,2	20,3	27,8	24,6	15,8	20,8	14,3	22,0	10,6	12,5	-68,1%
18. Malaltia cerebrovascular	27,6	15,9	19,1	12,7	15,0	15,2	17,5	13,4	6,8	6,6	-76,0%
6. Tumor maligne mama femenina	9,8	5,3	5,2	8,5	5,0	4,0	6,4	11,0	7,6	8,8	-10,0%
19. Malaltia respiratòria aguda, pneumonia i influença	3,6	3,5	2,6	5,9	5,0	4,0	0,8	5,5	1,5	3,7	3,2%
4. Causes perinatals	0,9	3,5	2,6	0,8	0,0	0,8	2,4	2,4	2,3	2,2	147,6%
15. Malaltia reumàtica crònica del cor	0,9	1,8	0,0	1,7	2,5	2,4	2,4	3,1	0,8	2,2	147,6%
8. Tumor maligne cos i part no especificada de l'úter	2,7	0,9	1,7	0,8	1,7	2,4	3,2	2,4	1,5	0,0	-100,0%
16. Hipertensió arterial	2,7	2,7	1,7	1,7	0,0	0,0	2,4	2,4	1,5	1,5	-45,0%
5. Tumor maligne pell	0,9	1,8	3,5	0,8	2,5	0,8	2,4	1,6	0,0	1,5	65,1%
7. Tumor maligne coll úter	1,8	2,7	2,6	0,0	0,0	1,6	1,6	0,8	3,0	0,0	-100,0%
25. Colelitiasis/Colecistitis	0,0	2,7	1,7	1,7	2,5	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0%
1. Tuberculosi	0,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	-17,5%
24. Incidentis adversos mèdics i quirúrgics	0,9	0,0	1,7	0,0	1,7	1,6	0,8	0,8	0,8	0,0	-100,0%
Altres causes	2,7	2,7	3,5	2,5	4,2	3,2	1,6	0,8	4,6	0,0	-100,0%
Total	94,5	63,7	73,9	65,2	55,9	59,3	58,1	66,8	41,8	39,7	-57,9%
29. Tumor maligne pulmó	37,4	36,3	29,6	37,3	25,8	24,9	31,8	26,7	25,1	29,4	-21,4%
34. Resta causes externes	7,1	9,7	20,0	22,0	19,2	20,8	25,5	22,0	25,1	25,8	261,1%
31. Accidents vehicles de motor	25,8	23,0	23,5	17,8	11,7	17,6	11,1	8,6	12,9	5,9	-77,2%
32. Suïcidis	8,0	8,8	8,7	6,8	4,2	12,0	7,2	9,4	6,8	6,6	-17,5%
28. SIDA i infecció VIH	6,2	7,1	11,3	2,5	4,2	1,6	4,0	5,5	1,5	5,2	-17,5%
30. Malaltia alcohòlica del fetge	2,7	2,7	5,2	4,2	2,5	0,8	3,2	1,6	0,0	0,7	-72,5%
33. Homicidis	0,9	0,9	0,9	0,8	0,0	0,0	2,4	1,6	0,0	0,7	-17,5%
Total	88,2	88,5	99,1	91,5	67,5	77,8	85,1	75,4	71,4	74,3	-15,8%
TOTAL	182,7	152,2	173,0	156,7	123,4	137,1	143,2	142,2	113,1	114,0	-37,6%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

La següent figura il·lustra l'evolució de les taxes de les 3 principals causes de mortalitat evitable amb relació a Catalunya¹⁶.

¹⁶ Cal advertir que en el cas català les taxes disponibles només cobreixen des de l'any 2005 en endavant. Igualment, convé cridar l'atenció sobre la taxa específica de tumor maligne de pulmó de 2005 a Catalunya. El baix valor registrat possiblement obeeix a algun canvi en la codificació d'aquest tipus de causa.

Figura 4-24 Evolució a Lleida i a Catalunya de les taxes específiques (per 100.000 habitants) de defuncions per tumor maligne de pulmó, resta de causes externes, i malalties isquèmiques del cor. Anys 2000-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut) i de l'Idescat.

Mortalitat infantil

El fort creixement que Lleida ha experimentat en termes de naixements durant la darrera dècada (un 42% entre 2000 i 2009) ha anat acompanyat igualment d'un increment de les xifres de mortalitat infantil. Malgrat el seu migrat impacte en termes absoluts i la seva conseqüent variabilitat any a any, és possible identificar una tendència creixent tant de la mortalitat infantil en sentit estricte (morts menors d'1 any), com de la mortalitat neonatal¹⁷ (morts de menys de 28 dies), postneonatal (morts entre 28 dies i 1 any), o perinatal¹⁸ (nascuts morts i morts abans de 7 dies).

Figura 4-25 Evolució de la mortalitat infantil a Lleida. Anys 2000-2009.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	% 09-00
Nascuts vius	1.186	1.280	1.247	1.444	1.510	1.496	1.564	1.595	1.786	1.681	14.789	41,7%
Nascuts morts	3	6	4	2	5	1	3	8	6	7	45	133,3%
Mortalitat infantil	1	7	5	2	1	3	7	8	6	5	45	400,0%
Mortalitat neonatal	1	3	2	1	1	1	4	2	4	4	23	300,0%
Mortalitat neonatal precoç	0	1	0	1	1	1	3	1	2	3	13	-
Mortalitat neonatal tardana	1	2	2	0	0	0	1	1	2	1	10	0,0%
Mortalitat postneonatal	0	4	3	1	0	2	3	6	2	1	22	-
Mortalitat perinatal (RMC)	3	7	4	3	6	2	6	9	8	10	58	233,3%
Mortalitat perinatal(OMS-N)	3	7	4	3	6	2	6	8	7	8	54	166,7%
Mortalitat perinatal (OMS-I)	3	5	4	3	4	2	6	6	5	8	46	166,7%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

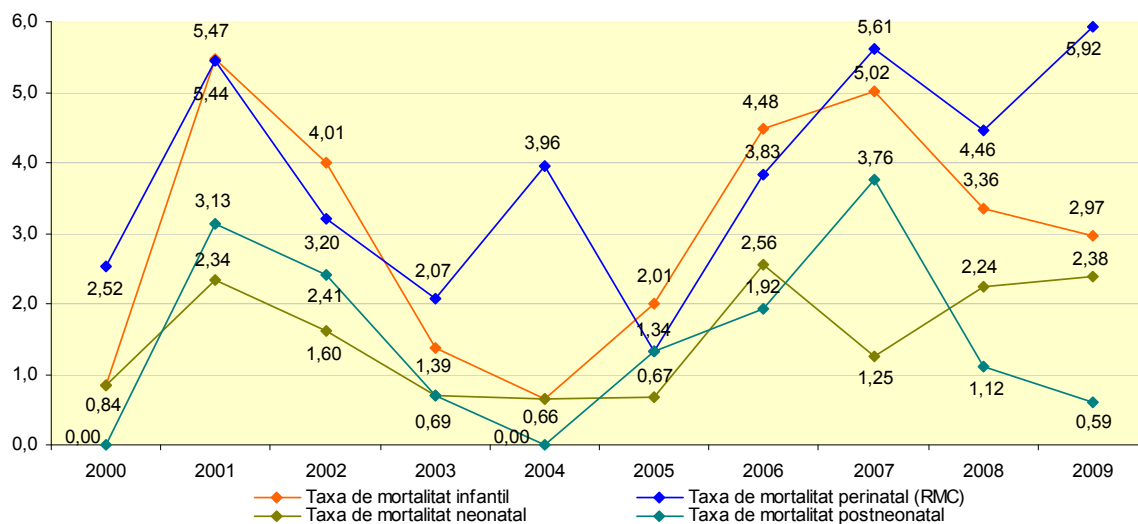
D'aquests quatre tipus de mortalitat infantil se'n poden derivar sengles taxes específiques. Per a la mortalitat infantil, neonatal i postneonatal aquestes taxes es calculen posant en relació cadascun dels numeradors respectius amb el total de nascuts vius per mil, mentre que en el cas de la mortalitat perinatal en el denominador s'hi inclouen també els nascuts morts.

L'evolució dels darrers 10 anys amb dades disponibles de la figura 4-26 posa de nou de manifest una lleugera tendència a l'alça, per bé que amb considerables alts i baixos i una creixent divergència entre les quatre taxes en els darrers 3 anys:

¹⁷ La mortalitat neonatal se subdivideix al seu torn en mortalitat neonatal precoç (morts de menys d'una setmana) i neonatal tardana (morts entre els 7 i els 27 dies).

¹⁸ Segons la definició de nascut mort emprada tenim 3 indicadors de mortalitat perinatal diferents, que de menys a més restrictivitat són: M. P. Registre de Mortalitat de Catalunya (inclou tots els nascuts morts declarats, independentment del pes i l'edat de gestació), M. P. OMS-N (criteris d'inclusió recomanats per l'OMS per dades nacionals: pes en néixer superior o igual a 500 grams, i en cas de no disposar del pes, edat de gestació superior o igual a 22 setmanes), i M. P. OMS-I (criteris d'inclusió recomanats per l'OMS per comparacions internacionals: pes en néixer superior o igual a 1.000 grams, i en cas de no disposar del pes, edat de gestació superior o igual a 28 setmanes).

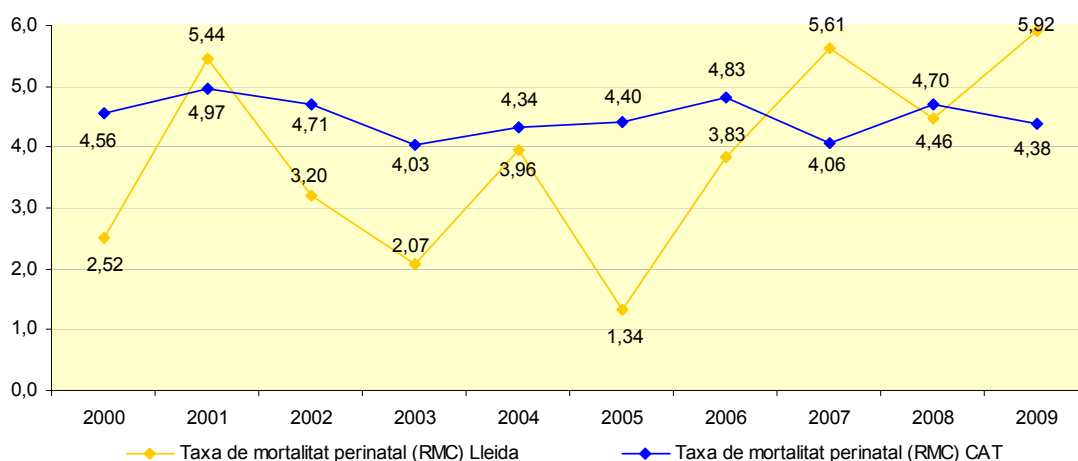
Figura 4-26 Evolució de les taxes de mortalitat infantil, mortalitat neonatal, mortalitat postneonatal, i mortalitat perinatal (RMC) a Lleida. Anys 2000-2009.

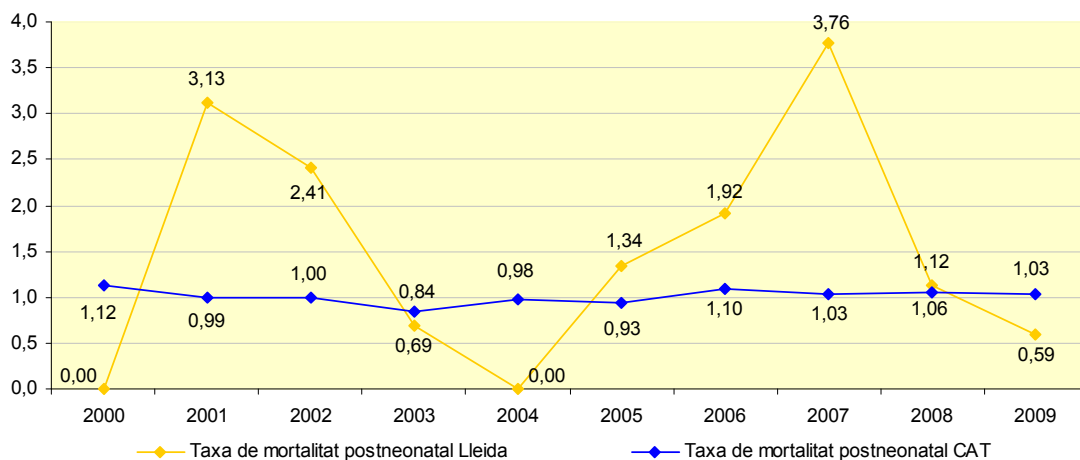
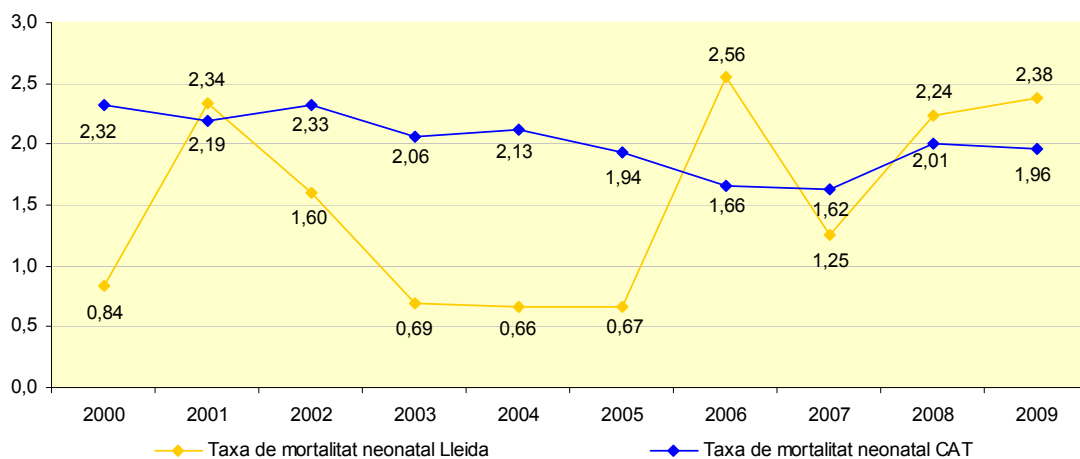
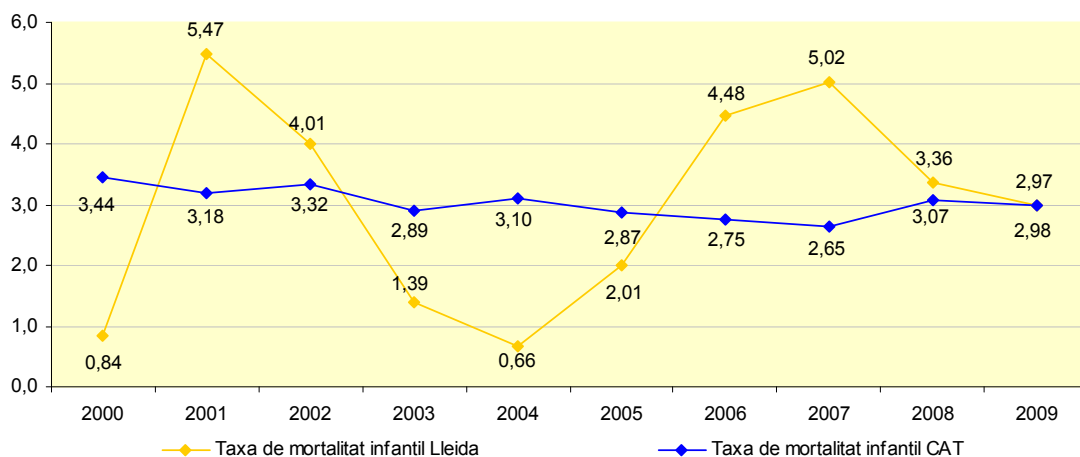


Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

Finalment, la comparació d'aquestes quatre taxes tot just referides amb les que resulten en el conjunt de Catalunya no apunten a diferències significatives. En aquest punt cal advertir, de nou, que l'evolució desigual de les taxes lleidatanes obeeix sobretot a la petitesa en termes absoluts de les xifres de morts infantils, que fan que variacions de 3 o 4 morts originin salts i caigudes de les taxes molt pronunciades.

Figura 4-27 Evolució de les taxes de mortalitat infantil, mortalitat neonatal, mortalitat postneonatal, i mortalitat perinatal (RMC) a Lleida i a Catalunya. Anys 2000-2009.





Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris (Departament de Salut).

5. Altres malalties específiques

Aquest apartat recull un seguit de malalties específiques que o bé tenen una alta prevalença entre la població, o bé són objecte d'un seguiment especial en termes de vigilància epidemiològica. En concret s'analitzaran:

- Malalties de declaració obligatòria
- Drogodependències
- Sida
- Tuberculosi

5.1 Malalties de declaració obligatòria

El llistat de malalties de declaració obligatòria (MDO) i brots epidèmics que consta en el present apartat el conformen aquelles malalties que s'han considerat objecte de control prioritari pels estaments que duen a terme la vigilància epidemiològica a Catalunya.

Les malalties que cal notificar al sistema de malalties de declaració obligatòria durant l'any 2011 se subdivideixen en 3 grups:

- Malalties de declaració numèrica¹⁹: Sobre les que cal disposar d'informació setmanal del nombre de casos, als efectes de tenir un coneixement adequat de la seva magnitud i la seva distribució en el temps i en l'espai.
- Malalties de declaració individualitzada²⁰: De les quals és necessari conèixer, a més de dades relacionades amb la malaltia, determinades dades identificatives de la persona malalta i del metge declarant.

¹⁹ Aquesta tipologia inclou 11 malalties: Enteritis i diarrees (s'hi exclou la disenteria), Escarlatina, Grip, Infecció genital per clamídies, Condiloma acuminat, Infecció per tricomonos, Herpes genital (VHS1 i VHS2), Leptospirosi, Altres infeccions de transmissió sexual (s'hi exclou herpes genital, infecció genital per papil·lomavirus humana, infecció per tricomonos, infecció genital per clamídies), Oftàlmia neonatal, i Varicel·la.

²⁰ Els 30 procediments de declaració individualitzada són: Amebiasi, Brucel·losi, Carboncle, Diftèria*, Febre botonosa, Febre tifoide i paratifoide, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C*, Altres hepatitis víriques, Hidatidosi, Infecció gonocòccica, Infecció pel Virus d'Immunodeficiència humana (VIH)*, Legionel·losi, Leishmaniosi, Lepra, Limfogranuloma veneri (LGV), Meningitis tuberculosa, Paludisme, Rubèola congènita, Sida*, Sífilis, Sífilis congènita, Shigel·losi, Tètanus, Tètanus neonatal, Tos ferina, Triquinosi, Tuberculosi pulmonar, i Altres tuberculosis (s'hi exclou la tuberculosi pulmonar i la meningitis tuberculosa).

- Malalties de declaració urgent²¹: Brots epidèmics de qualsevol etiologia i malalties de declaració individualitzada que requereixen actuacions de control immediates, a l'efecte d'evitar l'aparició de nous casos.

Entre els anys 2004 i 2009 la incidència d'aquestes malalties al Segrià i a Catalunya ha estat molt variable. En aquest punt, un indicador que ens ajuda a valorar fins a quin punt els casos d'una MDO per un any en concret són molts o pocs, és l'Índex Epidèmic Acumulat (IEA). Aquest índex s'obté calculant el quocient entre el nombre de casos del darrer any i la mediana dels casos declarats els cinc anys anteriors; un IEA entre 0 i 0,75 indica que la incidència de la malaltia aquest any és baixa, entre 0,76 i 1,24 que es troba en el marge de la normalitat, i si iguala o supera els 1,25 punts s'interpreta que presenta un incidència elevada.

En el cas de les malalties de declaració numèrica, il·lustrades a la figura següent, en el darrer any s'ha produït un creixement general significatiu en el número de casos, notable al Segrià (de 9.600 casos a 11.700) i molt important a Catalunya (de 271.000 a 480.000). Dins aquesta categoria, la MDO que ha marcat un número més alt de declaracions han estat les enteritis i diarrees, amb una taxa per 100.000 habitants que ronda els 3.000 casos en ambdós àmbits territorials. Si ens fixem en el seu IEA pel 2009, els valors comarcals (0,93) i nacionals (0,85) denoten que els casos d'aquest darrer any se situen dins la franja de normalitat d'incidència. La grip és la segona malaltia amb més presència (entre 1.000 i 1.800 casos per 100.000 habitants), amb un salt important en el darrer any que condiciona uns IEA molt elevats, especialment en el global de Catalunya (3,47, per 1,99 al Segrià). A aquests efectes cal recordar que aquesta afecció, com d'altres MDO, es presenta alguns anys en forma de pandèmia, fet que en fa multiplicar els casos per als anys en qüestió, com fou el cas del 2009. La varicel·la i la rúbrica "altres malalties de transmissió sexual", a considerable distància (al Segrià, respectivament, 356 i 200 casos per 100.000 habitants l'any 2009), també presenten unes xifres notables i creixents d'incidència a la comarca i a Catalunya, i juntament amb la clamídia, registren IEA de nivell alt. En el cas concret del Segrià, crida l'atenció el fort increment que el darrer any s'ha produït en les infeccions genitals per clamídia i aquestes "altres malalties de transmissió sexual".

²¹ 14 malalties conformen aquest grup: Botulisme, Brots epidèmics de qualsevol etiologia, Còlera, Diftèria, Febre groga, Gastroenteritis per E. coli 0157:H7, Malaltia invasiva per Haemophilus influenzae b, Malaltia meningocòccica, Parotiditis, Pesta, Poliomièlitis, Ràbia, Rubèola, Síndrome hemolítica-urèmica, Tifus exantemàtic, i Xarampió.

Figura 5-1 Evolució de les malalties de declaració numèrica al Segrià i Catalunya, en nombres absoluts i en taxa per 100.000 habitants. Anys 2004-2009.

Nombre de casos	Segrià						IEA 2009
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Enteritis i diarrees	6.912	5.793	8.899	8.992	7.127	6.611	0,93
Escarlatina	48	32	33	29	27	32	1,00
Grip	1.375	3.186	613	2.118	1.870	3.726	1,99
Clamídia	4	10	2	2	15	65	16,25
Condiloma genital				2	41	141	
Tricomones				5	9	26	
Herpes				7	18	30	
Leptospirosi	0	0	0	0	0	0	-
Altres malalties de transmissió sexual	28	15	31	33	44	410	13,23
Oftàlmia neonatal	0	3	0	0	0	0	-
Varicel·la	514	556	854	146	507	724	1,41
Taxa per 100.000 hab.	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Enteritis i diarrees	3.913,5	3.149,2	4.750,5	4.718,8	3.610,6	3.252,2	
Escarlatina	27,2	17,4	17,6	15,2	13,7	15,7	
Grip	778,5	1.732,0	327,2	1.111,5	947,4	1.832,9	
Clamídia	2,3	5,4	1,1	1,0	7,6	32,0	
Condiloma genital				1,0	20,8	69,4	
Tricomones				2,6	4,6	12,8	
Herpes				3,7	9,1	14,8	
Leptospirosi	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	
Altres malalties de transmissió sexual	15,9	8,2	16,5	17,3	22,3	201,7	
Oftàlmia neonatal*	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	
Varicel·la	291,0	302,2	455,9	76,6	256,9	356,2	

* En el cas de l'Oftàlmia neonatal, la taxa que es proporciona és la de casos per cada 100.000 nascuts vius.

Nombre de casos	Catalunya						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	IEA 2009
Enteritis i diarrees	291.035	282.470	261.222	250.350	196.467	221.932	0,85
Escarlatina	3.149	2.436	3.165	3.534	4.298	4.510	1,42
Grip	55.171	136.431	33.924	57.821	44.418	191.337	3,47
Clamídia	295	265	347	607	336	468	1,39
Condiloma genital				155	355	1.231	
Tricomones				97	155	429	
Herpes				277	471	1.204	
Leptospirosi	12	13	7	10	9	10	1,00
Altres malalties de transmissió sexual	3.572	3.697	4.620	4.735	5.904	18.092	3,92
Oftàlmia neonatal	5	8	24	37	45	85	3,54
Varicel·la	31.714	20.046	26.982	25.107	19.070	41.230	1,64

Taxa per 100.000 hab.	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Enteritis i diarrees	4.575,0	4.439,5	3.661,3	3.472,0	2.667,9	2.968,8
Escarlatina	49,5	38,3	44,4	49,0	58,4	60,3
Grip	867,3	2.144,5	475,5	801,9	603,2	2.559,6
Clamídia	4,6	3,9	5,1	8,5	4,7	6,5
Condiloma genital				2,2	5,0	17,2
Tricomones				1,4	2,2	6,0
Herpes				3,9	6,6	16,8
Leptospirosi	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Altres malalties de transmissió sexual	56,1	54,6	67,8	66,2	82,6	159,1
Oftàlmia neonatal*	6,5	10,1	29,2	44,2	50,6	95,5
Varicel·la	498,5	315,1	378,2	348,2	259,0	551,5

* En el cas de l'oftàlmia neonatal, la taxa que es proporciona és la de casos per cada 100.000 nascuts vius.

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Butlletí Epidemiològic de Catalunya número 6, del juny de 2010 (Direcció General de Salut Pública) i l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)

Pel que fa a les malalties de declaració individualitzada i les malalties de declaració urgent, la següent figura recull la seva evolució també en els darrers 6 anys amb dades disponibles, per bé que únicament es fa referència a les que van registrar algun cas a la comarca del Segrià durant els darrers cinc anys del període d'estudi.

Globalment, en contrast amb el que passa amb les malalties de declaració numèrica, al Segrià les xifres totals del 2009 (34 casos) demostren una tendència general a la baixa que també s'observa en el comportament de la majoria d'aquestes malalties a Catalunya. Així, totes elles presenten unes xifres absolutes força baixes al Segrià, essent la sífilis, amb 12 casos el 2009, la més nombrosa a considerable distància de la segona, posició que comparteixen la tos ferina i la gonocòccia (6 casos declarats). De fet, és únicament en el cas de la citada sífilis (1,50) i de l'hepatitis B (2,00) que es donen IEA significativament per sobre de la normalitat dels anys anteriors. En el cas de l'hepatitis, l'índex català denota també una incidència elevada per al global de Catalunya, que el Butlletí Epidemiològic de Catalunya atribueix a un brot en el col·lectiu d'homes que tenen relacions sexuals amb homes.

Figura 5-2 Evolució d'algunes malalties de declaració individualitzada i urgent al Segrià i Catalunya, en nombres absoluts i en taxa per 100.000 habitants. Anys 2004-2009²².

Nombre de casos	Segrià						IEA 2009
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Brucel·losi	2	1	1	1	0	0	0,00
Febre tifoide i paratifoide	0	0	1	0	0	0	0,00
Gonocòccia	12	5	10	2	2	6	1,20
Hepatitis A	1	0	1	0	1	1	1,00
Hepatitis B	1	0	1	0	2	2	2,00
Altres hepatitis víriques	2	0	3	0	2	0	0,00
Legionel·losi	6	6	3	1	2	3	1,00
Limfogranuloma veneri				0	0	1	
Paludisme	1	1	2	7	5	1	0,50
Rubèola congènita	0	0	0	0	1	0	0,00
Shigel·losi	0	0	1	1	0	0	0,00
Sífilis	2	9	11	6	8	12	1,50
Tos ferina	6	3	1	10	10	6	1,00
Malaltia invasiva per H. Influenzae b*	0	0	0	0	0	1	-
Malaltia meningocòccica*	10	2	4	1	2	0	0,00
Parotiditis*	0	1	1	2	3	1	1,00
Rubèola*	0	0	0	0	6	0	0,00

Taxa per 100.000 hab.	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Brucel·losi	1,1	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
Febre tifoide i paratifoide	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Gonocòccia	6,8	2,7	5,3	1,0	1,0	3,0
Hepatitis A	0,0	0,0	0,5	0	0,5	0,5
Hepatitis B	0,0	0,0	0,5	0	1,0	1,0
Altres hepatitis víriques	0,0	0,0	1,6	0,0	1,0	0,0
Legionel·losi	3,4	3,3	1,6	0,5	1,0	1,5
Limfogranuloma veneri				0,0	0,0	0,5
Paludisme	0,6	0,5	1,1	3,7	2,5	0,5
Rubèola congènita	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Shigel·losi	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0
Sífilis	1,1	4,9	5,9	3,1	4,1	5,9
Tos ferina	3,4	1,6	0,5	5,2	5,1	3,0
Malaltia invasiva per H. Influenzae b*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Malaltia meningocòccica*	5,7	1,1	2,1	0,5	1,0	0,0
Parotiditis*	0,0	0,5	0,5	1,0	1,5	0,5
Rubèola*	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0

* Les darreres quatre rúbriques són considerades, des de 2010, dins la categoria malalties de declaració urgent.

²² Les dades no fan constar els malalties incorporades pel Decret 67/2010 (pel qual es regula el sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i brots epidèmics al Departament de Salut), tals com els casos de VIH o sida. Tampoc consta encara com a entitat específica l'hepatitis C, que en la figura s'inclou dins la categoria "altres hepatitis víriques (exclou l'hepatitis A i l'hepatitis B)".

Nombre de casos	Catalunya						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	IEA 2009
Brucel·losi	52	19	13	22	18	6	0,32
Febre tifoide i paratifoide	20	17	25	19	19	21	1,11
Gonocòccia	325	283	397	361	323	373	1,15
Hepatitis A	213	205	281	228	259	572	2,51
Hepatitis B	138	128	168	133	124	120	0,90
Altres hepatitis víriques	41	59	97	80	106	41	0,51
Legionel·losi	309	492	384	296	348	279	0,80
Limfogranuloma veneri				0	36	12	
Paludisme	133	129	114	124	134	138	1,07
Rubèola congènita	1	1	0	0	1	0	0,00
Shigel·losi	45	84	317	136	57	129	1,54
Sífilis	219	255	356	217	328	374	1,47
Tos ferina	206	176	163	283	413	280	1,36
Malaltia invasiva per H. Influenzae b*	9	8	8	8	5	6	0,75
Malaltia meningocòccica*	153	156	117	109	144	104	0,72
Parotiditis*	104	124	131	416	248	165	1,26
Rubèola*	11	14	1	0	9	1	0,11

Taxa per 100.000 hab.	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Brucel·losi	0,8	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1
Febre tifoide i paratifoide	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Gonocòccia	5,1	4,2	5,8	5,0	4,4	5,0
Hepatitis A	3,3	3,2	3,9	3,2	3,5	7,7
Hepatitis B	2,1	2,0	2,4	1,8	1,7	1,6
Altres hepatitis víriques	0,6	0,9	1,4	1,1	1,4	0,6
Legionel·losi	4,8	7,7	5,4	4,1	4,7	3,7
Limfogranuloma veneri				0,0	0,5	0,2
Paludisme	2,1	2,0	1,6	1,7	1,8	1,9
Rubèola congènita	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Shigel·losi	0,7	1,3	4,4	1,9	0,8	1,7
Sífilis	3,4	3,7	5,2	3,0	4,5	5,0
Tos ferina	3,2	2,8	2,3	3,9	5,6	3,8
Malaltia invasiva per H. Influenzae b*	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Malaltia meningocòccica*	2,4	2,4	1,6	1,5	2,0	1,4
Parotiditis*	1,6	1,9	1,8	5,8	3,4	2,2
Rubèola*	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0

* Les darreres quatre rúbriques són considerades, des de 2010, dins la categoria malalties de declaració urgent.

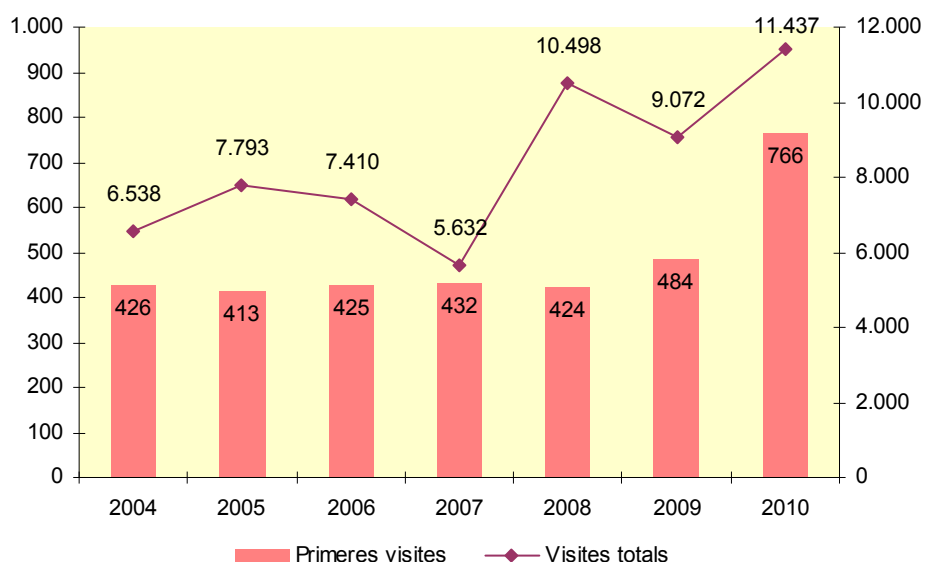
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Butlletí Epidemiològic de Catalunya número 6, del juny de 2010 (Direcció General de Salut Pública) i l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat)

5.2 Drogodependències i altres addiccions

El Servei de Drogodependències i Patologia Dual, ubicat al CASD de l'Hospital Santa Maria de Lleida, atén les drogodependències procedents de Lleida ciutat, la comarca del Segrià i una part important dels municipis de la Franja de Ponent. Més enllà del Centre, a la capital del Segrià també s'hi ubica el Centre Penitenciari Ponent, amb una important població reclusa toxicòmana (una part dels quals, els de modalitat oberta, atén el CASD), i 1 comunitat terapèutica centrada en la deshabitació, tractament i reinserció mitjançant un tractament residencial intensiu que malgrat tot atén a un percentatge baix de residents a la ciutat.

Durant el darrer any, entre l'1 de gener i el 31 de desembre de 2010, el Servei va atendre 766 primeres visites i 7.817 visites successives, a les que cal afegir 2.854 visites de teràpia de grup realitzades pels psicòlegs del CAS (la tècnica més utilitzada per a pacients amb addicció a l'alcohol). Aquestes xifres representen una activitat global de 11.437 visites, amb una mitjana mensual de 751 visites individuals i 212 de teràpia en grup. En els darrers anys, malgrat alguns alts i baixos, la xifra global de visites ha anat augmentant fins a assolir nivells finals que quasi dupliquen els inicials, tant en primeres visites com en visites totals.

Figura 5-3 Evolució del número de primeres visites i visites totals al CASD. Anys 2004-2010.

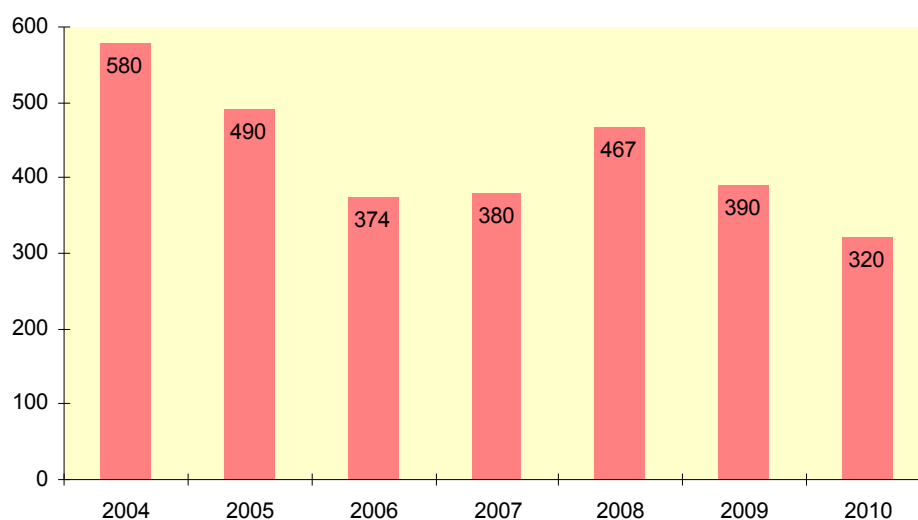


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Memòria 2010 del CASD

Aquesta tendència a l'alça també es dona tant per a les visites de psicoteràpia individual, les més nombroses, com en les ja referides de teràpia de grup.

Una de les modalitats de tractament per als pacients amb drogodependències és la **dispensació de metadona**. El número d'usuaris actius dins el Programa de Manteniment amb Metadona (PMM), el febrer de 2011, era de 367 (320 atesos al CASD i 47 en farmàcies). Els pacients atesos pel Programa van consumir durant l'últim any un total de més de 161.000 dosis de metadona. En aquest cas, però, l'evolució del nombre d'usuaris ha estat clarament a la baixa:

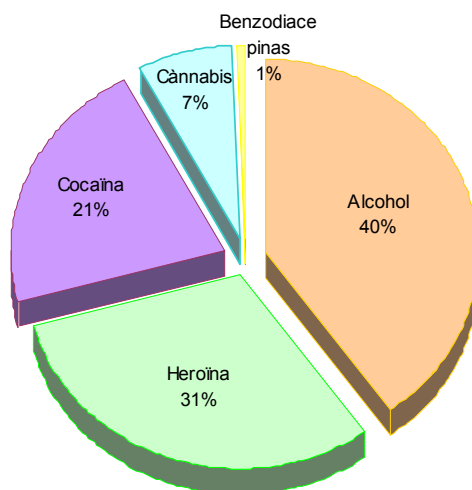
Figura 5-4 Evolució del número d'usuaris actius al Programa de Manteniment amb Metadona atesos al CASD. Anys 2004-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Memòria 2010 del CASD

Pel que fa al **tipus de substàncies** que van motivar l'inici del tractament, l'alcohol, l'heroïna, i la cocaïna copaven més del 90% del total de primeres visites de l'any 2009:

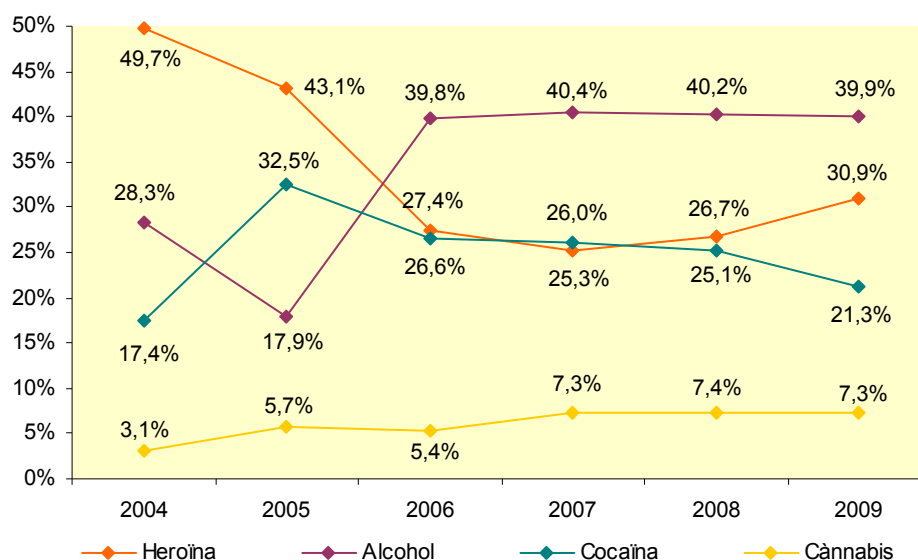
Figura 5-5 Primeres visites al CASD per tipus de substància que la motiva. Any 2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Memòria 2010 del CASD

En els darrers anys aquests percentatges de les diferents substàncies han experimentat algunes variacions remarcables, especialment entre els anys 2004 i 2006, any a partir del qual s'observa una major estabilitat. En els darrers anys crida l'atenció el repunt de les atencions per problemes relacionats amb l'heroïna, així com el descens dels de cocaïna:

Figura 5-6 Evolució del pes (en %) dels principals tipus de substància que motiven la primera visita al CASD. Anys 2004-2009.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Memòria 2010 del CASD

Cal tenir en compte, però, que un percentatge molt important dels usuaris atesos al CASD són policonsumidors, és a dir, consumeixen més d'una substància simultàniament. L'any 2008 responien a aquesta situació fins a un 56% d'aquests. Les combinacions de drogues més habituals eren alcohol i cocaïna (20,9% dels casos), alcohol i cànnabis (7,8%), heroïna i cocaïna (7,3%), o cànnabis i cocaïna (6,3%).

Igualment, cal tenir present que molts dels pacients atesos presenten patologia dual, un terme que s'aplica per designar l'existència simultània d'un trastorn addictiu i un trastorn mental en una mateixa persona.

Pel que fa a la **via d'administració** de la droga en els inicis de tractament, en el cas de l'heroïna en un 60% dels casos es realitza per via inhalada, mentre que el 40% la consumeix per via intravenosa. En la cocaïna la via més freqüent és la fumada (85% dels casos) a gran distància de l'esnifada (15%).

És remarcable una dada respecte a la situació serològica dels consumidors d'heroïna: fins a un 27% d'ells presenta un anàlisi de VIH positiu, per un 47% de negatiu i un 29% de casos desconeguts.

Característiques sociodemogràfiques dels usuaris del CAS

Per **sexe**, s'observa que un 75% dels usuaris atesos en l'inici dels tractaments són homes, per només un 25% de dones.

Si ens fixem en la **distribució territorial**, la major part de les visites (520) procedeixen de Lleida ciutat, a notable distància de les de la resta de municipis de la comarca del Segrià (191) o de la Franja (53), encara que aquests darrers dos àmbits han crescut força en importància en els darrers 2 anys, passant d'un pes de poc més del 5 i 2%, respectivament, a representar un 25% i un 7% sobre el total de visites.

Atenent al **nivell d'instrucció**, trobem el següent repartiment: el 4% no sap llegir o escriure, el 22% té estudis primaris incomplets, el 28% els té complerts, el 31% té estudis de batxillerat elemental, graduat social o ESO, el 7% estudis de batxiller superior, BUP, COU, o FP; i el 8% final té estudis universitaris.

Pel que fa a l'**edat** mitjana de les persones que inicien tractament, s'observen diferències molt importants en funció del tipus de substància. Mentre que l'edat mitjana global el 2008 era de 36 anys i mig, els pacients que acudien al CAS per l'alcohol són els que tenen una mitjana d'edat més gran (41,3 anys), seguits dels que ho feien principalment per l'heroïna (37,1), la cocaïna (31,7), el cànnabis (28,3 anys), o les amfetamines (25,2).

Respecte a la **situació laboral**, el 23,4% tenen una relació laboral temporal, el 25% disposa de contracte indefinit o és treballador per compte propi, el 30,6% està aturat havent treballat abans, el 4,8 té una incapacitat, el 2,4% està aturat no havent treballat abans, el 0,8% realitza exclusivament feines de la llar, el 4% està treballant sense sou per a la família, i el 8,9% és estudiant.

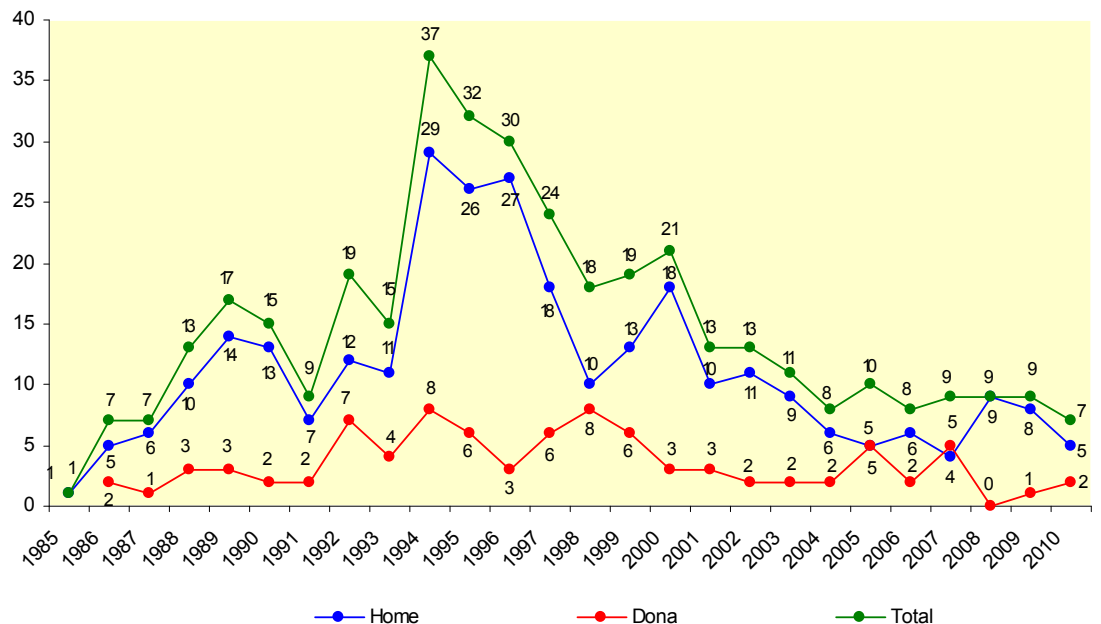
Finalment, si ens fixem en la **procedència** dels usuaris, una majoria arriba al CASD per iniciativa pròpia (30%) o per mitjà de familiars i amics (11%), mentre que un 35% ho fa de la mà de serveis sanitaris (20% des de medicina general o APS i 15% des d'hospitals i altres serveis sanitaris), a força distància dels que hi entren per derivació dels serveis legals-policials (9%) o socials (5%).

5.3 Sida

En el període 1985-2010 el registre de casos de SIDA de Catalunya ha identificat 381 casos al municipi de Lleida, amb una freqüència de casos acumulats molt més elevada en els homes (293, un 77%) que en les dones (88, un 23%). Aquestes proporcions no difereixen en excés de les registrades a la regió sanitària (538 casos, 79% homes per 21% dones) i Catalunya (16.841 casos i 80% i 20%, respectivament).

L'evolució dels casos mostra com en els darrers 10 anys els casos diagnosticats han anat disminuint progressivament: els 21 casos de l'any 2000 van donar pas als 13-11 del trienni 2001-2003 i als 8-10 del 2004 al 2009, fins arribar als baixos nivells inicials de meitats dels 80 del segle passat (7 casos el 2010).

Figura 5-7 Evolució del nombre de casos de SIDA a Lleida per sexe. Anys 1985-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Aquest total de 381 casos han estat declarats majoritàriament als dos grans hospitals lleidatans, sobretot l'Arnau de Vilanova (260), i en menor mesura a l'Hospital Santa Maria (33). Amb tot, també hi ha centres declarants amb un volum gens menyspreable de casos fora de la capital del Segrià, entre els quals a més d'hospitals també s'hi troben institucions penitenciàries:

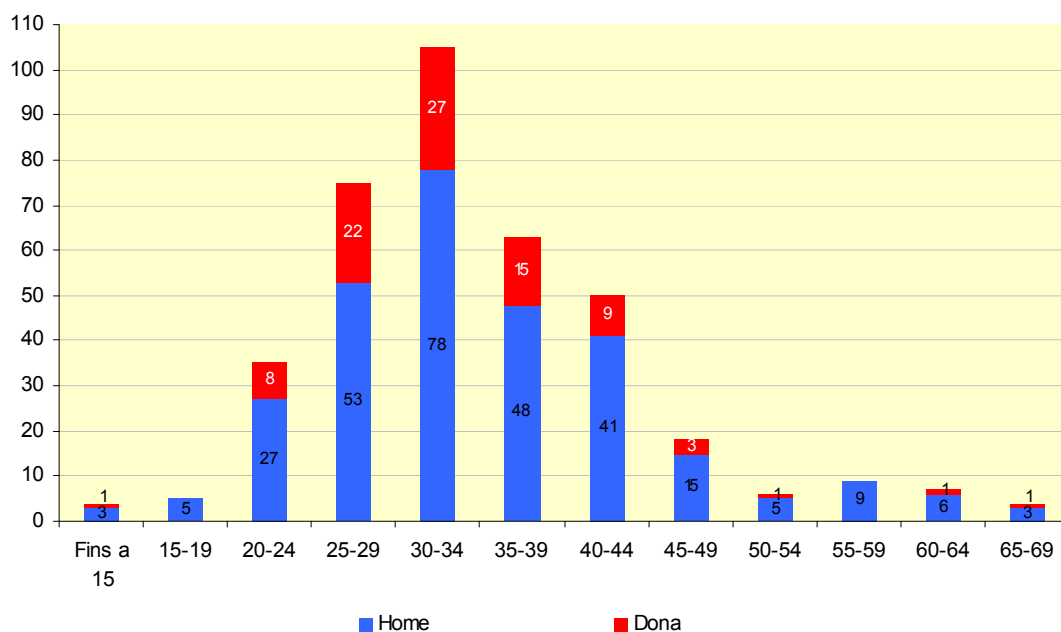
Figura 5-8 Distribució del nombre de casos de SIDA a Lleida per centre declarant. Anys 1985-2010.

Centres declarants	Casos
Centres hospitalaris de Lleida	294
H. Univ. de Lleida Arnau de Vilanova	260
Hospital Provincial de Santa Maria	33
Quinta de Salut l'Aliança de Lleida	1
Centres hospitalaris catalans	43
Hosp. Clínic i Provincial de Barcelona	13
Hospital del Mar	6
Hosp. Bellvitge Prínceps d'Espanya	4
Hosp. de la Santa Creu i Sant Pau	4
Hosp. Gral. Universitari Vall d'Hebron	4
Hosp. Universitari G. Trias i Pujol	3
Hospital de Terrassa	3
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla	2
Hospital de Girona Dr. Josep Trueta	1
Althaia Hospital Manresa	1
H. Univ. Materno-Infantil Vall d'Hebron	1
Hospital Central l'Aliança	1
Centres hospitalaris no catalans	2
Institucions penitenciàries	42
TOTAL	381

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Per edats, s'observa un pes important dels col·lectius de 30 a 34 anys, i en menor mesura, del de 25-29 i 35-39. El predomini d'aquests 3 grups també s'observa a la regió sanitària i al conjunt de Catalunya.

Figura 5-9 Distribució del nombre de casos de SIDA a Lleida per edat i sexe. Anys 1985-2010.



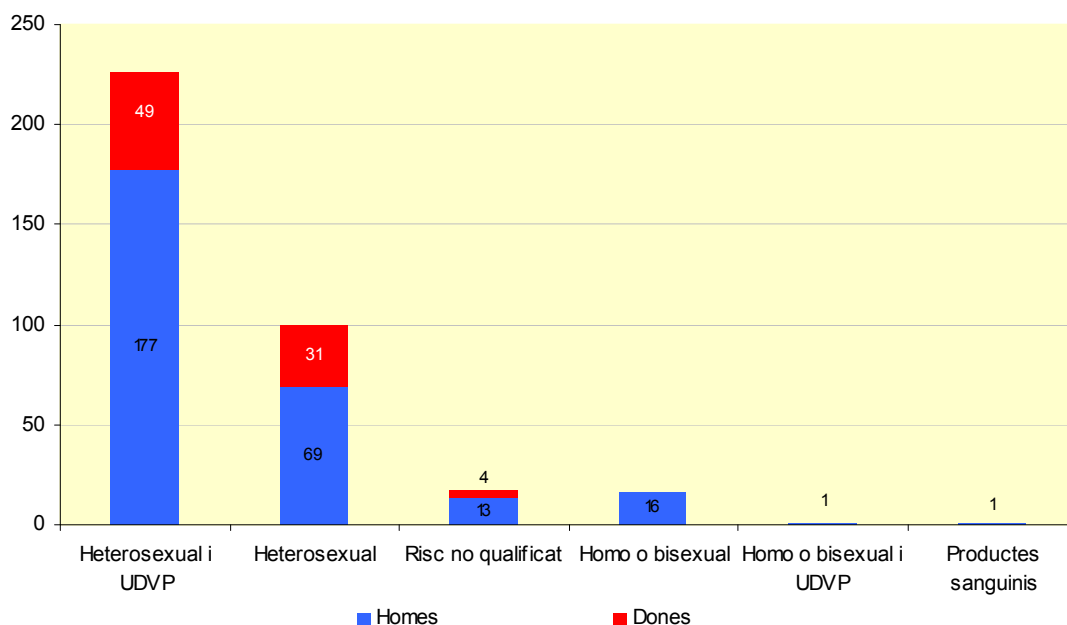
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Pel que fa al grup de transmissió de la sida dels diagnosticats no pediàtrics (de 13 anys en avant, 361 dels 381 casos totals), el gruix dels casos (226, el 63%) correspon a heterosexuals que són alhora usuaris de drogues per via parenteral, i a més distància, heterosexuals (100 casos, 28%), amb un pes específic sobre el total quasi idèntic al que es registra a la regió sanitària. En canvi, amb relació a Catalunya crida l'atenció el pes quasi inexistent del col·lectiu homo o bisexual (20% en el cas català²³ contra 4% a Lleida).

Cal dir, però, que en els 16 casos identificats durant els darrers dos anys a Lleida les proporcions han variat substancialment: 8 d'heterosexuals (50%), 4 d'homo o bisexuals (25%), i 4 de risc no qualificat (25%).

²³ Informe del segon trimestre de 2010 del Registre de casos de SIDA a Catalunya. [Http://www.ceescat.org/Index_Cat.htm](http://www.ceescat.org/Index_Cat.htm) (consultat el 16 de maig de 2011).

Figura 5-10 Distribució del nombre de casos de SIDA a Lleida dels diagnosticats no pediàtrics per grup de transmissió i sexe. Anys 1985-2010.

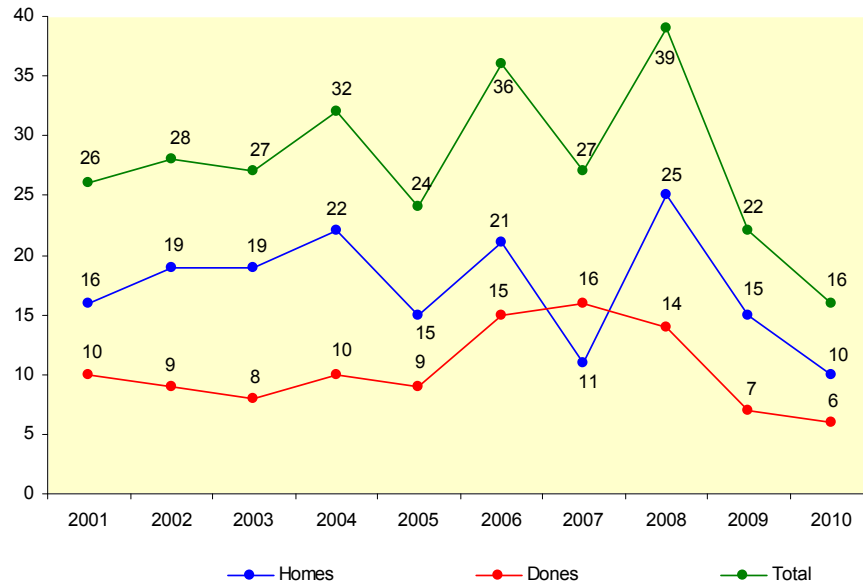


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Cal significar que d'aquests 381 casos del global del període, 227 (60%) han acabat en defunció. Per sexes, la proporció de defuncions és superior en el cas dels homes (182 defuncions dels 293 casos declarats, 62%) que en el de les dones (45 de 88, 51%). En tots els casos, aquestes dades són força coincidents amb les del global de la regió sanitària i Catalunya.

Els casos nous de residents a Lleida diagnosticats de VIH en el registre per al període 2001-2010 s'eleva fins als 277, dels quals 173 són homes (63%) i 104 dones (37%), amb una proporció de dones força superior a la registrada a la regió sanitària lleidatana (33%) o Catalunya (22%).

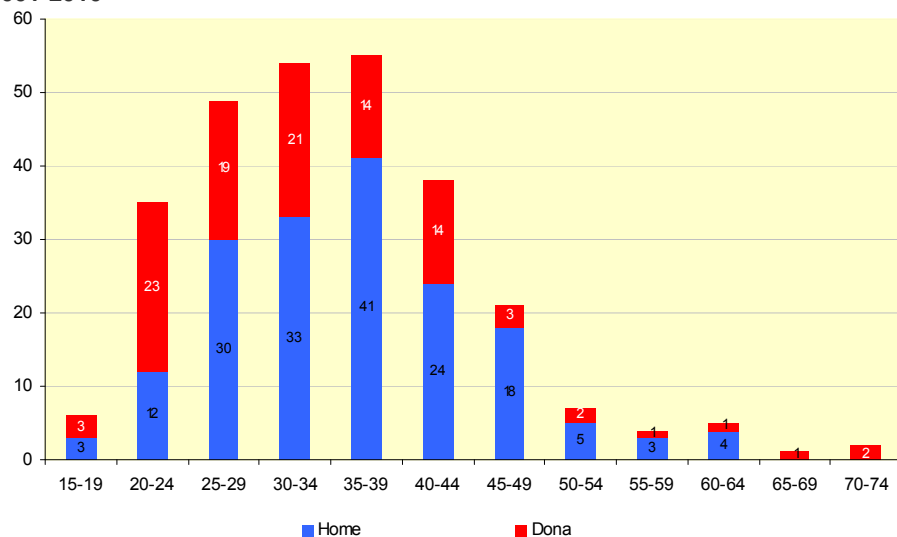
Figura 5-11 Evolució del nombre de casos de VIH a Lleida per sexe. Anys 2001-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Per grups d'edat, els diagnòstics declarats de VIH es concentren en les franges de 35 a 39, 30 a 34, i 25-29, cadascun dels quals acumulen entre el 12 i el 14% dels casos. Els grups de 40-44, i 20-24 també tenen un pes remarcable, amb un 10 i 9% dels casos, respectivament. Per sexes, destaca el predomini de diagnòstics femenins en la franja de 20 a 24 anys.

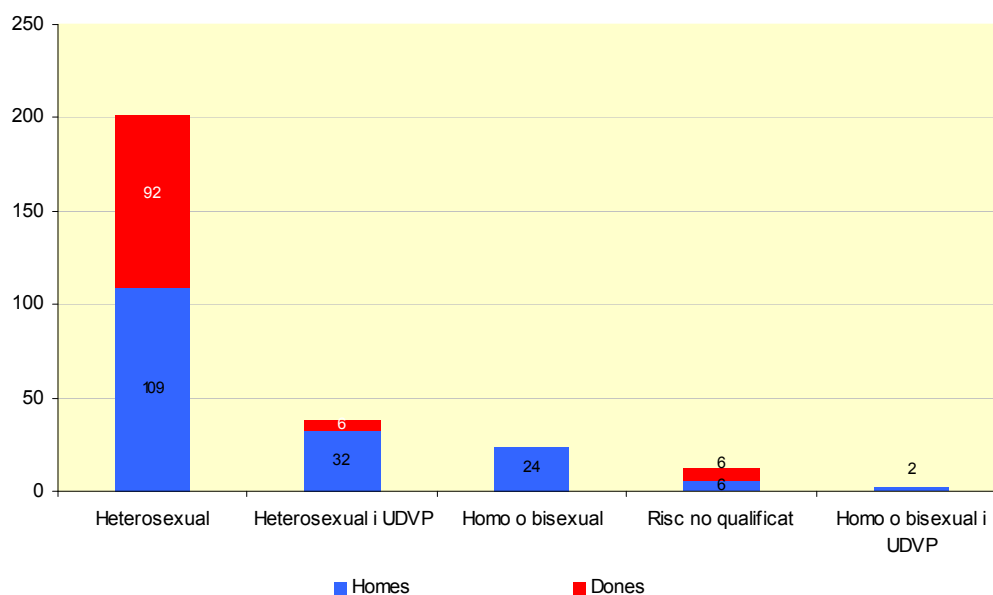
Figura 5-12 Distribució del nombre de casos de VIH a la regió sanitària de Lleida per edat i sexe. Anys 2001-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

El grup de transmissió més habitual dels diagnosticats amb VIH és, a diferència dels casos de sida, el d'heterosexuals (73%) a molta distància del segon grup, el d'heterosexuals i usuaris de drogues per via parenteral (14%), i del tercer, el d'homo i bisexuals (9%). Aquestes dades coincideixen força amb les de la regió sanitària, i no varien en excés amb relació als 38 casos registrats en els darrers dos anys, període en el qual ha disminuït lleugerament el pes dels dos primers grups (heterosexual: 66%, heterosexuals i UDVP: 11%) i augmentat el del tercer (homo o bisexual: 11%). Cal consignar de nou que en comparació a Catalunya, es torna a detectar un pes molt inferior del col·lectiu homo o bisexual (36% a Catalunya).

Figura 5-13 Distribució del nombre de casos de VIH a Lleida per grup de transmissió i sexe. Anys 2001-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya

Per últim, la supervivència dels diagnosticats amb VIH és molt superior a la dels que han desenvolupat la sida: dels 277 casos de tot el període només 17 (un 6,1%) han acabat en decés, lleugerament superior en el cas dels homes (13 casos, un 7,5%) que en les dones (4, que representen un 3,8%).

5.4 Tuberculosi

La tuberculosi és un problema de salut global i continua essent una de les malalties infeccioses amb més morbiditat al món i causa de mortalitat en països pobres amb una incidència elevada. Espanya és des de fa anys un dels estats de l'Europa Occidental amb un nombre més elevat de casos, amb 18,1 casos per cada 100.000 habitants²⁴.

Figura 5-14 Incidència de la tuberculosi a Lleida, Segrià, Regió sanitària de Lleida i Catalunya. Anys 2004-2009

Incidència de la tuberculosi		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Lleida	Nombre de casos		48	53	53	51	57
	Taxa bruta		38,5	42,2	41,6	38,7	41,9
	Taxa ajustada		38,3	42,3	41,4	38,7	41,5
Segrià	Nombre de casos		59	68	64	80	80
	Taxa bruta		32,1	36,3	33,6	40,5	39,4
	Taxa ajustada		32,1	36,2	33,5	40,4	39,1
Regió Sanitària*	Nombre de casos	129	115	92	102	105	115
	Taxa bruta	-	-	-	-	-	-
	Taxa ajustada	35,7	30,3	27,5	30,2	30,1	32,5
Catalunya	Nombre de casos	1.475	1.630	1.539	1.674	1.636	1.487
	Taxa bruta	21,6	23,3	21,6	23,2	22,2	19,9
	Taxa ajustada	-	-	-	-	-	-

* Per als anys 2004 i 2005, la Regió sanitària de Lleida tenia una delimitació diferent a l'actual

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Programa de prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya

Les dades permeten concloure que si bé en nombres absoluts la tuberculosi no presenta un gran nombre de casos a Lleida ciutat, aquesta és una malaltia amb un pes força superior amb relació als àmbits territorials superiors, fins al punt de duplicar la taxa bruta (casos per cada cent mil habitants) de la mitjana catalana. També el Segrià es confirma com una de les comarques amb una taxa més elevada del país, així com la regió sanitària de Lleida, que lidera el rànquing català. Crida igualment l'atenció la tendència a l'alça tant al Segrià com a la seva capital, en contrast amb el descens que es produeix a Catalunya.

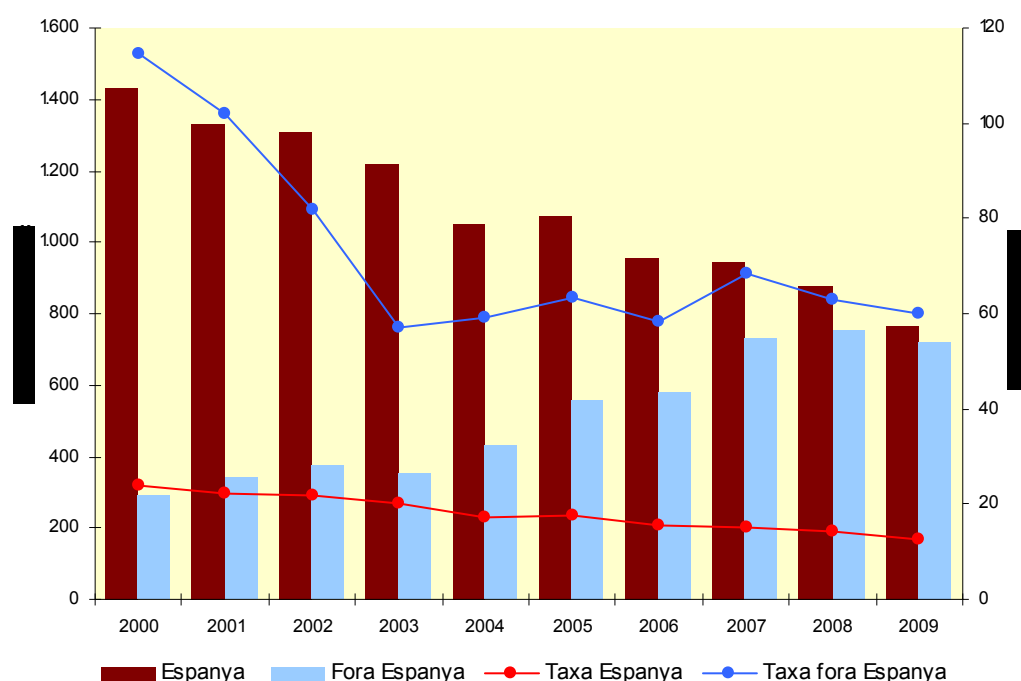
Segons el del Programa de prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya, la Unitat de tuberculosi de l'Hospital Arnau de Vilanova (76 casos) es trobava el 2009 entre els principals centres declarants de casos de tuberculosi a Catalunya, mentre que la Secció d'Epidemiologia de Lleida era el segon centre extrahospitalari que havia informat de més casos (19).

24 Informe anual 2009 sobre la situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya

La regió sanitària de Lleida destacava també per tenir la taxa bruta de tuberculosi de residents menors de 15 anys més elevada de totes les regions. Els 16 casos detectats representaven una taxa específica de 30,4, molt per sobre de la mitjana catalana (10,2).

Aquest pes notori de la tuberculosi a Lleida podria tenir alguna relació amb el creixement de la població nouvinguda. A Catalunya s'observa la següent evolució en els darrers deu anys:

Figura 5-15 Evolució de la tuberculosi a Catalunya segons el lloc de naixement dels pacients. Anys 2000-2009



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Programa de prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya

Si comparem les evolucions del número de pacients nascuts a l'Estat espanyol i dels que no hi van néixer, observem un progressiu descens dels primers i ascens dels darrers, fins al punt que al final del període pràcticament es trobaven igualats (a la regió sanitària de Lleida, el pes d'aquests dos col·lectius era pràcticament idèntic al de la mitjana catalana). Alhora, malgrat la forta caiguda en la taxa bruta de tuberculosi dels pacients nascuts fora de l'Estat (de quasi 115 casos per 100.000 habitants l'any 2000 a 60 l'any 2009), el cert és que la distància entre aquesta taxa i la dels nascuts a l'Estat és encara considerable (47, 5 casos de diferència). Així, la presència en un territori d'un volum de població no nascuda a l'Estat superior a la mitjana catalana, com és el cas de Lleida, podria explicar el diferencial detectat en la taxa bruta de casos de tuberculosi.

6. Altres aspectes de salut

En aquest apartat s'hi inclouen aspectes que si bé no són malalties com a tals, són font de trastorns de salut (com són els accidents de trànsit o de treball), o requereixen d'intervenció mèdica (com en el cas de les interrupcions voluntàries de l'embaràs).

6.1 Accidents de trànsit

Lleida disposa d'un parc de vehicles modest, si més no comparat amb els restants àmbits territorials. Els poc més de 82.000 vehicles representen un índex de motorització de 599,5, és a dir, quasi 600 vehicles per cada mil habitants. El Segrià, el global de Catalunya, i sobretot, la província de Lleida presenten uns índexs considerablement per sobre.

Figura 6-1 Parc de vehicles i índex de motorització a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Any 2010.

Vehicles		2010
Lleida	Parc de vehicles	82.362
	Índex de motorització	599,5
Segrià	Parc de vehicles	138.496
	Índex de motorització	673,2
Província	Parc de vehicles	322.124
	Índex de motorització	732,5
Catalunya	Parc de vehicles	5.014.131
	Índex de motorització	667,5

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat

Val a dir, però, que si comparem aquest índex amb el d'altres realitats urbanes a Catalunya, Lleida se situa a la franja mitjana, amb un índex superior a les ciutats més poblades de la primera corona metropolitana de Barcelona però inferior a la majoria d'urbs situades fora d'aquesta àrea.

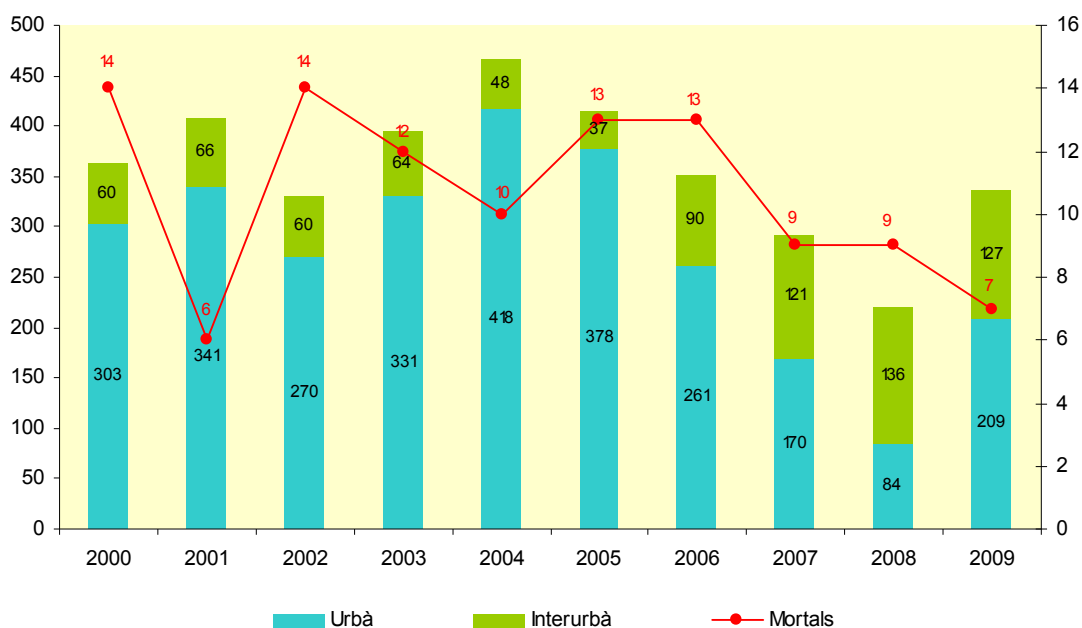
Figura 6-2 Índex de motorització a les 10 ciutats més poblades de Catalunya. Any 2010.

Ciutat	Índex de motorització
Reus	652,3
Terrassa	627,5
Tarragona	627,2
Sabadell	616,3
Lleida	599,5
Mataró	579,4
Barcelona	578,4
Badalona	542,6
L'Hospitalet de Llobregat	457,4
Santa Coloma de Gramenet	451,6

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades d'Idescat

Les dades que proporciona el Servei Català de Trànsit apunten a una progressiva reducció de l'accidentalitat a Lleida, especialment entre els anys 2004-2008 (amb una descens del 53%, de 466 a 220 accidents), per bé que en el darrer any amb dades disponibles la xifra d'accidents ha tornat a augmentar notablement, amb una xifra final de 336. Internament, però, s'observa una evolució molt diferent de l'accidentalitat urbana i interurbana. Mentre la primera ha experimentat una clara evolució a la baixa -malgrat el repunt final, la segona ha crescut amb força, passant d'un nivell més aviat residual (60 accidents l'any 2000) a representar, des de 2006, una proporció cada cop més important respecte el total d'accidents (127 dels 336 el 2009). Cal advertir, però, que el Servei Català de Trànsit va atribuir l'increment de la sinistralitat registrada a partir d'aquest any a un canvi en la metodologia de recollida de dades. Els 7 accidents mortals registrats el darrer any, per últim, representen una reducció en deu anys del 50%. 6 d'aquests 7 accidents mortals es produïren en vies interurbanes.

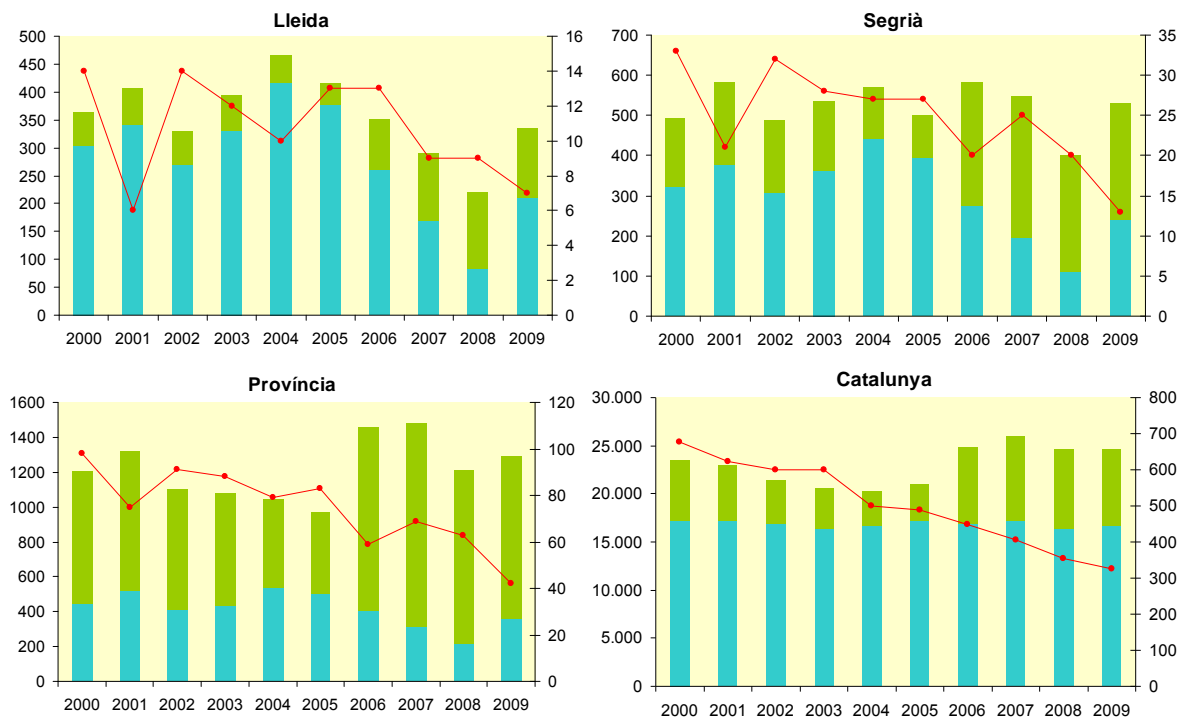
Figura 6-3 Nombre d'accidents urbans, interurbans i mortals a Lleida. Anys 2000-2009



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei Català de Trànsit

Aquestes tendències tot just apuntades es poden observar també en major o menor mesura en el cas del Segrià, si bé a la província de Lleida i a Catalunya durant la segona part de la dècada l'accidentalitat per comptes de baixar ha crescut. En tots els àmbits territorials, però, sí que s'observa una clara reducció dels accidents mortals.

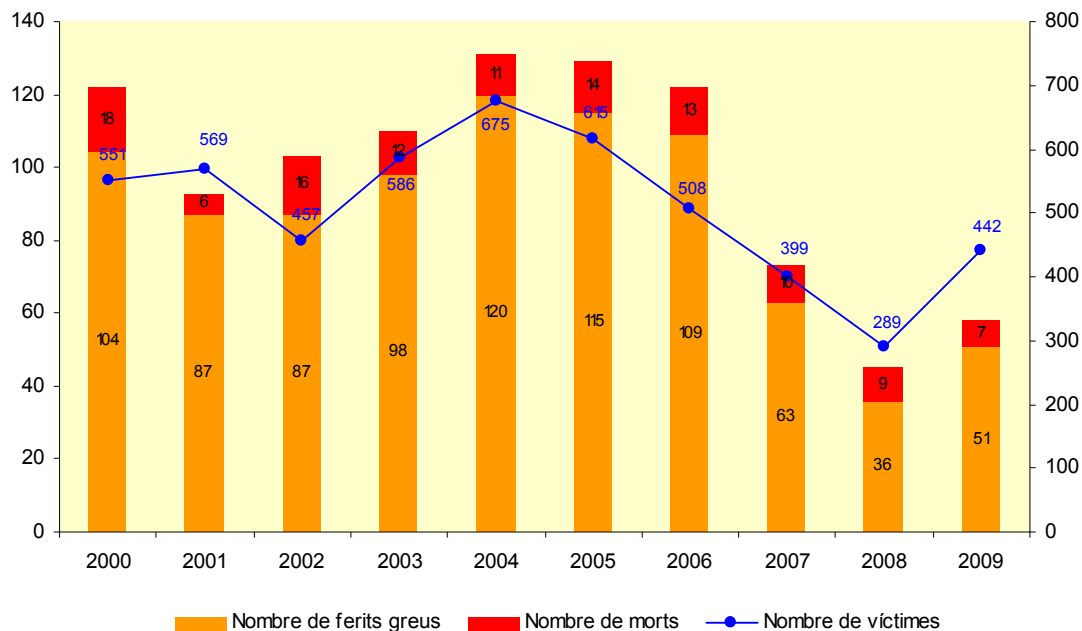
Figura 6-4 Nombre d'accidents urbans, interurbans i mortals a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000-2009



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei Català de Trànsit

Pel que fa al nombre de víctimes, ferits greus, i morts en accident es detecta igualment una tendència al descens entre 2004 i 2008, amb una dràstica reducció dels accidentats (-57%) i ferits greus (-70%), i un repunt a l'alça el 2009 per aquestes dues categories, si bé cal consignar que en el cas dels morts es manté l'evolució a la baixa.

Figura 6-5 Nombre de víctimes, ferits greus, i morts en accidents a Lleida. Anys 2000-2009

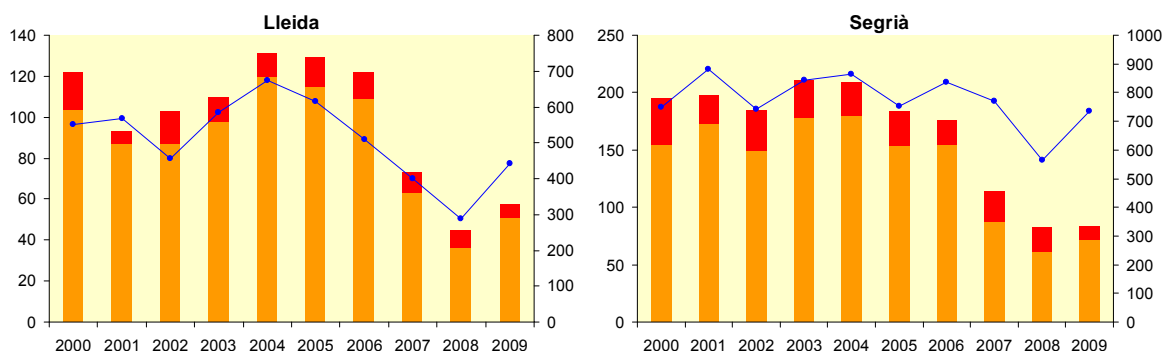


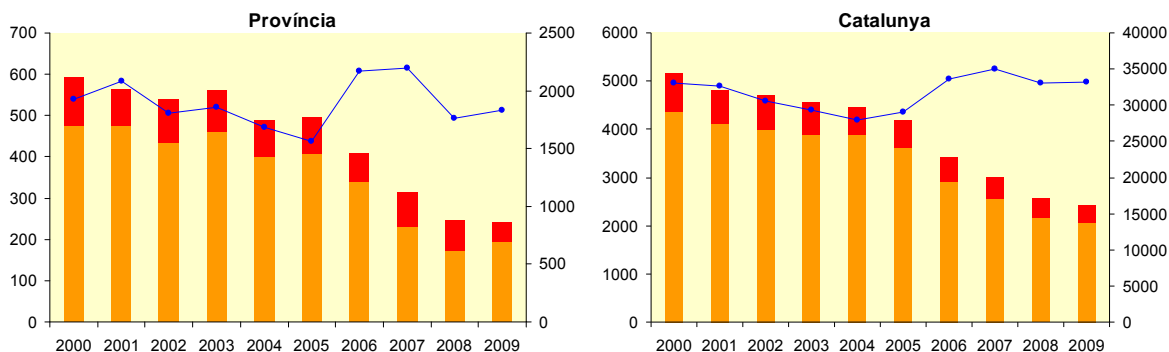
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei Català de Trànsit

En els àmbits comarcal, provincial i nacional el descens de ferits greus i morts ha estat també constant, si bé a la Província i a Catalunya el nombre de víctimes global ha augmentat significativament des de 2004 per lògica derivació del mateix increment tot just apuntat en el número d'accidents.

En definitiva, doncs, els accidents continuaven l'any 2009 en uns nivells no gaire diferents dels de principis de dècada, però sí que s'havien reduït notòriament els morts i els ferits greus.

Figura 6-6 Nombre de víctimes, ferits greus, i morts en accidents a Lleida, Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000-2009

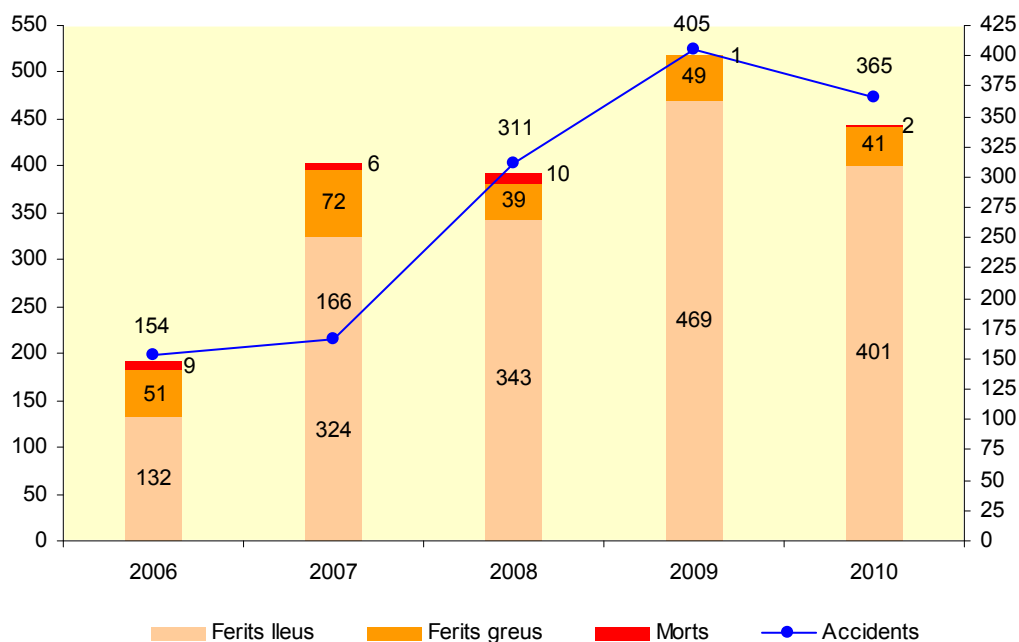




Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Servei Català de Trànsit

Les dades d'accidentalitat que la Guàrdia Urbana ha registrat per als darrers cinc anys, però, ofereixen algunes variacions respecte les que acabem de veure que convé recalcar.

Figura 6-7 Nombre d'accidents, ferits lleus, ferits greus, i morts en accidents a Lleida ciutat. Anys 2006-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades per l'Ajuntament de Lleida.

Així, segons la policia local lleidatana, el número d'accidents ha seguit una tendència clarament alcista en els darrers anys, una evolució negativa força diferent a la que apunten les dades del Servei Català de Trànsit anteriorment referides, per bé que en el darrer any amb dades disponibles sí que s'observa una reducció (-10%). La progressió en el número de morts, en canvi, seria més positiva: dels 6-10 del trienni 2006-2008 es passaria als 1-2 dels darrers dos

anys. Aquesta evolució favorable s'explicaria, segons els responsables tècnics de trànsit i seguretat viària de l'Ajuntament, per la reforma del Codi penal introduïda per la Llei 15/2007 (que instaura la consideració de delictes per la conducció a grans taxes d'alcoholèmia, grans excessos de velocitat, o sense permís) i la implantació del carnet per punts, juntament amb les operacions de vigilància i control o les campanyes d'educació i sensibilització dutes a terme per la Guàrdia Urbana.

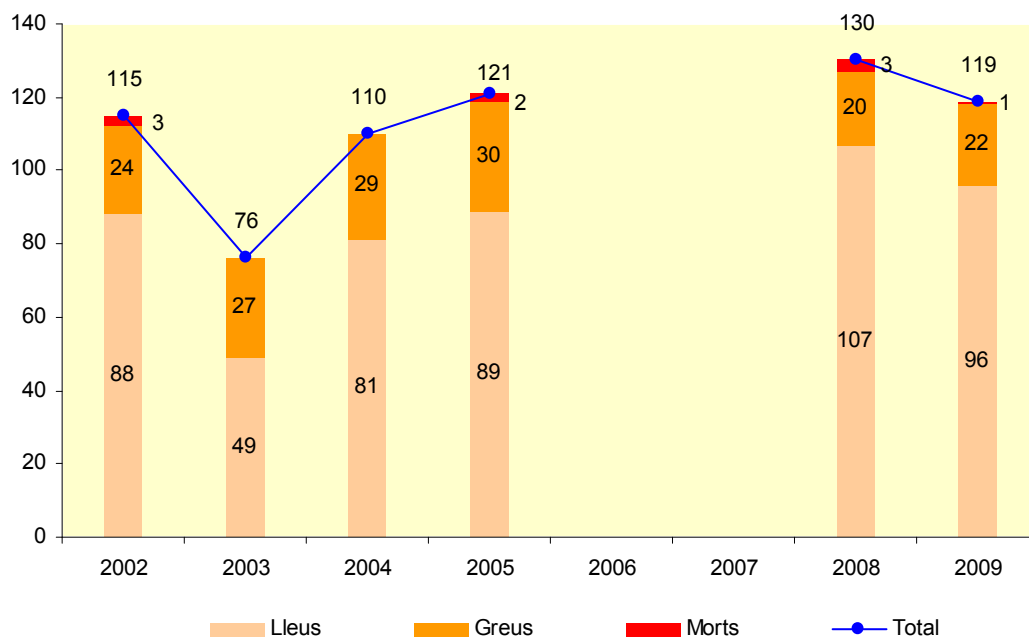
En aquest sentit, cal recalcar que en els controls d'alcoholèmia realitzats durant l'any 2009, un 23% dels més de 1.800 realitzats van donar positiu, la majoria dels quals per taxes superiors a 0,60 mg d'alcohol en aire espirat (298 de les 418, el 71%). Aquest darrer grup de 298 conductors, juntament amb els 201 que conduïen sense permís de conduir (no havent-lo tingut mai o sense per retirada de punts), els 51 que es van negar a realitzar la prova, els 5 que havien consumit drogues, i els 4 que conduïen de manera manifestament temerària totalitzen 559 conductors posats a disposició judicial.

Si ens fixem en les causes dels accidents que registrava l'Ajuntament l'any 2009, criden l'atenció els següents fets:

- En un 29,7% dels accidents amb víctimes entra en joc com a factor de risc la no observança de les normes de prioritat en les interseccions i creuaments senyalitzats i regulats amb semàfor, així com en els gir.
- La distracció apareix com a factor concurrent en un 26% dels accidents. Entre les causes que motiven la distracció hi té un lloc destacat la utilització del telèfon mòbil.
- El 10,4% dels conductors implicats en accidents amb víctimes van donar positiu en el control d'alcoholèmia.
- No respectar la distància de seguretat amb el vehicle precedent és també un factor concurrent en un gran nombre de col·lisions.

Per últim, cal consignar amb detall un tipus d'accidentalitat que el 2010 va representar una quarta part dels accidents: els atropellaments. Les dades més recents del bienni 2008-2009 proven que el patró dels anys 2002-2005 no ha variat substancialment: cada any es produeixen de mitjana entre 110 i 130 atropellaments, alguns dels quals amb conseqüències per a la salut dels atropellats de caràcter greu (amb una xifra que oscil·la entre els 20 i els 30) o fins i tot mortals (entre 0 i 3).

Figura 6-8 Evolució de les víctimes d'atropellament per tipus de gravetat a Lleida. Anys 2002-2009

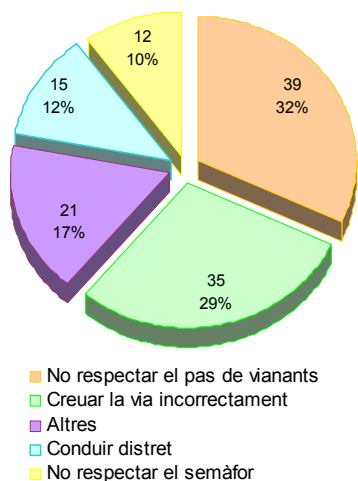


Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades per la Regidoria de Seguretat Ciutadana de l'Ajuntament de Lleida.

Avinguda Prat de la Riba (8 atropellaments), Passeig de Ronda i Avinguda del Segre (6 atropellaments), i Baró de Maials, Rambla Ferran i Lluís Companys (5 atropellaments) eren les zones de la ciutat que fa sis anys concentraven una part considerable d'aquests atropellaments.

Les causes més habituals darrere aquests accidents són la no observança de les zones habilitades de pas de vianants per part dels vehicles o, alternativament, els creuaments de via incorrectes per part dels vianants:

Figura 6-9 Causes dels atropellaments a Lleida. Any 2005.

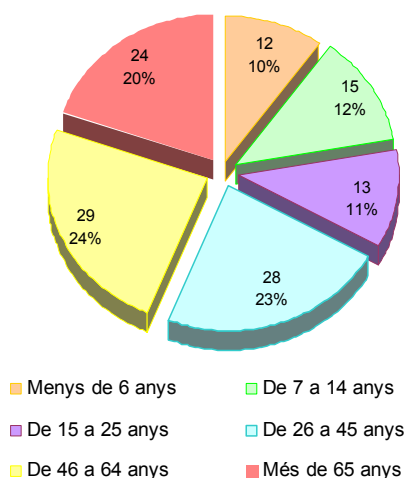


Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades per la Regidoria de Seguretat Ciutadana de l'Ajuntament de Lleida.

En el més recent anàlisi del 2009, es considerava que el 32% dels atropellaments eren causats per alguna infracció comesa pels vianants (per ordre de freqüència: irrompre a la calçada sense precaució, no creuar pel pas de vianants, i no respectar la llum vermella del semàfor), mentre que el 68% restant eren atribuïbles al conductor (també per ordre: velocitat inadequada o excessiva, no observança de la preferència del vianant en llocs senyalitzats, carrers on la prioritat és invertida en favor dels peatons, o desatenció en la conducció).

Finalment, pel que fa a la distribució per edats, s'observa un pes relativament més important de la franja de més edat i de les dues més joves amb relació al total de població:

Figura 6-10 Distribució per edat dels atropellats a Lleida. Any 2005.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades per la Regidoria de Seguretat Ciutadana de l'Ajuntament de Lleida.

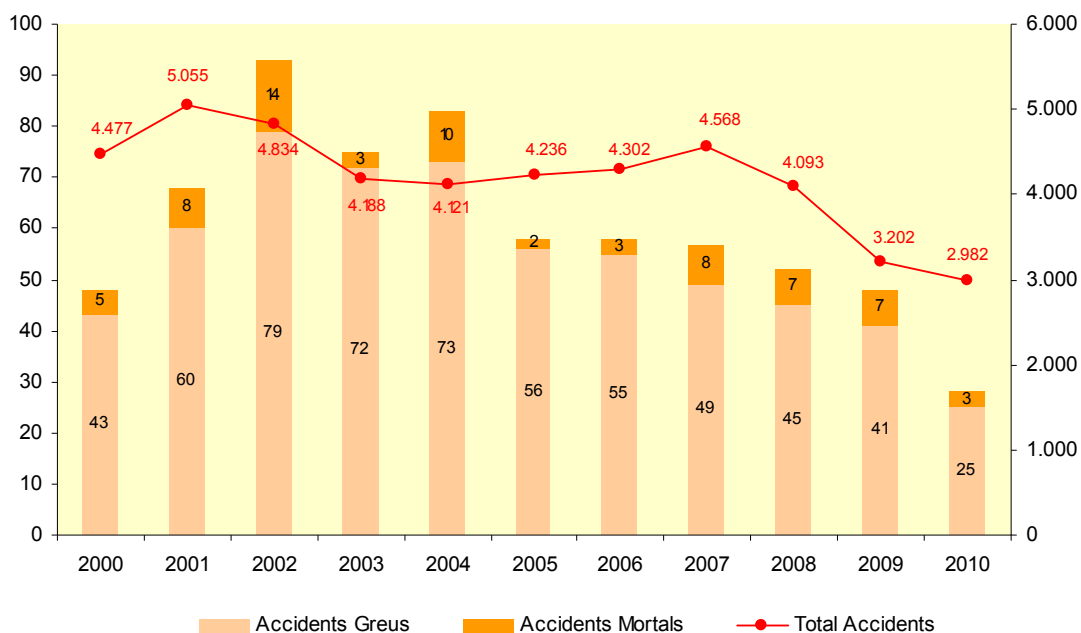
6.2 Accidents de treball

Es considera un accident de treball tota lesió produïda en un treballador per compte aliè amb motiu i ocasió de la realització del seu treball. A continuació es classifiquen les dades en accidents de treball amb baixa produïts en la jornada laboral i "in itinere" (accident del treballador durant el desplaçament entre el seu domicili i el lloc de treball).

Incidència dels accidents de treball amb baixa en jornada laboral

Un dels aspectes importants és avaluar la gravetat dels accidents de treball. A continuació es mostra la incidència de la gravetat al Segrià, comparant-la amb la de la província de Lleida i amb Catalunya:

Figura 6-11 Evolució del nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa per tipus de gravetat al Segrià. Anys 2000-2010



Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

L'evolució permet observar un important creixement inicial del número d'accidents (dels menys de 4.500 de l'any 2000 a més de 5.000 un any després), seguit d'un descens en el trienni 2002-2004 i una posterior recuperació durant els 3 anys següents que situava l'accidentalitat del 2007 en un nivell quasi idèntic al de l'inici del període, proper als 4.500 accidents. Des d'aleshores el descens ha estat constant i notable, amb una caiguda que deixa una xifra d'accidents per al 2010 que per primera vegada no supera els 3.000 (2.982). La progressió dels accidents greus i mortals

respon a un patró més clar: un increment entre 2000 i 2002, any en què es registra un màxim tant per als primers (79) com per als segons (14), i un descens des de 2003 fins a 2010, on la xifra combinada dels dos no supera els 30.

Si comparem aquests números als dels àmbits territorials superiors, observem un comportament molt similar, amb una incidència per cada tipologia d'accident (mesurat d'acord a un índex que posa en relació el nombre de sinistres al nombre d'afiliats a la SS per 100.000) que ha evolucionat de manera quasi paral·lela entre l'any 2000 i el 2010.

Figura 6-12 Índex d'incidència d'accidents en jornada de treball amb baixa per tipus de gravetat al Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000 i 2010.

Índex incidència	Lleus		Greus		Mortals		TOTAL	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Segrià	7.923,93	3.974,69	76,93	33,64	8,95	4,04	8.009,81	4.012,37
Província	7.469,10	4.106,26	87,91	40,61	7,54	5,60	7.564,55	4.152,47
Catalunya	8.068,83	4.075,05	66,01	29,88	6,70	2,51	8.141,54	4.107,44

Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

Igualment, tal i com mostra la següent taula, la distribució de les gravetats de les baixes laborals és gairebé idèntica en els tres àmbits geogràfics comparats.

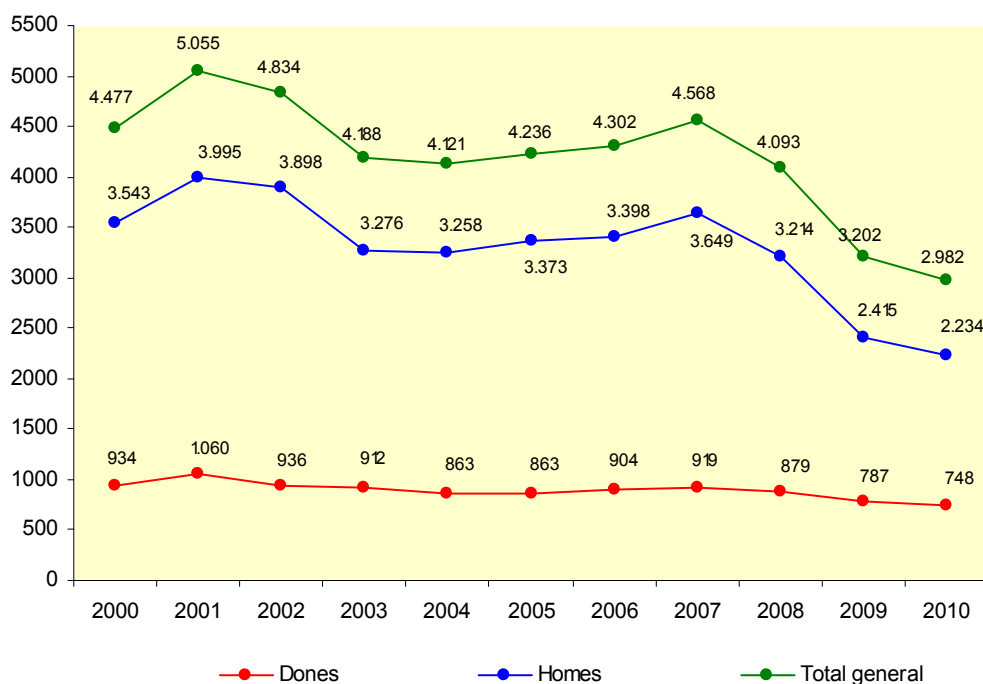
Figura 6-13 Nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa per tipus de gravetat al Segrià, Província de Lleida i Catalunya. Anys 2000 i 2010.

Accidents laborals amb baixa		Lleus		Greus		Mortals		TOTAL	
		2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Segrià	Núm. accidents	4.429	2.954	43	25	5	3	4.477	2.982
	% s. total	98,93%	99,06%	0,96%	0,84%	0,11%	0,10%	100,00%	100,00%
Província	Núm. accidents	8.921	5.864	105	58	9	8	9.035	5.930
	% s. total	98,74%	98,89%	1,16%	0,98%	0,10%	0,13%	100,00%	100,00%
Catalunya	Núm. accidents	181.755	103.906	1.487	762	151	64	183.393	106.370
	% s. total	99,11%	97,68%	0,81%	0,72%	0,08%	0,06%	100,00%	100,00%

Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

Pel que fa al gènere, una gran majoria dels accidents laborals els pateixen els homes, amb una proporció de dones que fins al 2008 rondava el 20% del total, i que en els dos darrers anys del període d'estudi ha augmentat fins a representar el 25%, producte del fort descens de l'accidentalitat masculina (probablement originada en part pel descens de l'ocupació en sectors de l'activitat - construcció, sobretot- amb major sinistralitat). Amb tot, aquest percentatge és fins a 4 punts inferior al del conjunt de Catalunya.

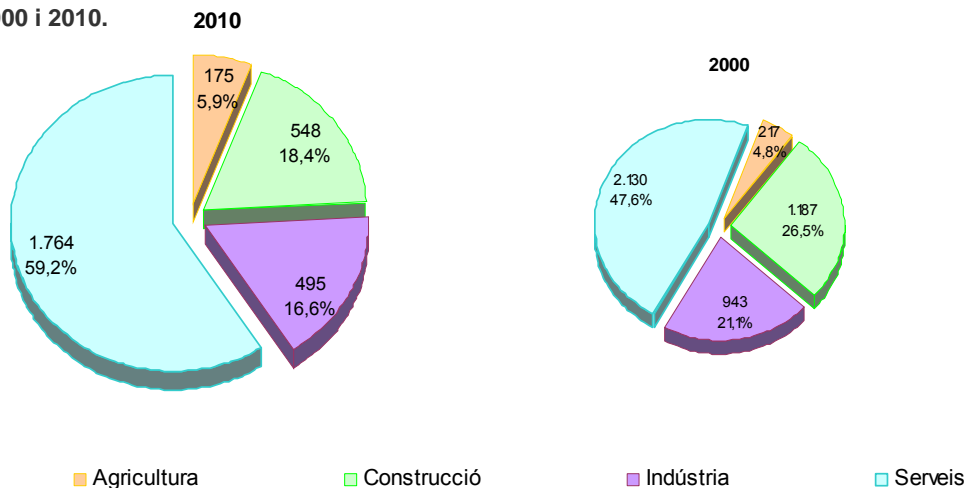
Figura 6-14 Nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa per gènere al Segrià. Anys 2000 i 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

Si ens fixem en la distribució per sectors econòmics, observem un predomini dels accidents registrats en el sector serveis, accentuat en els darrers anys en detriment dels que van tenir lloc en el de la construcció o la indústria:

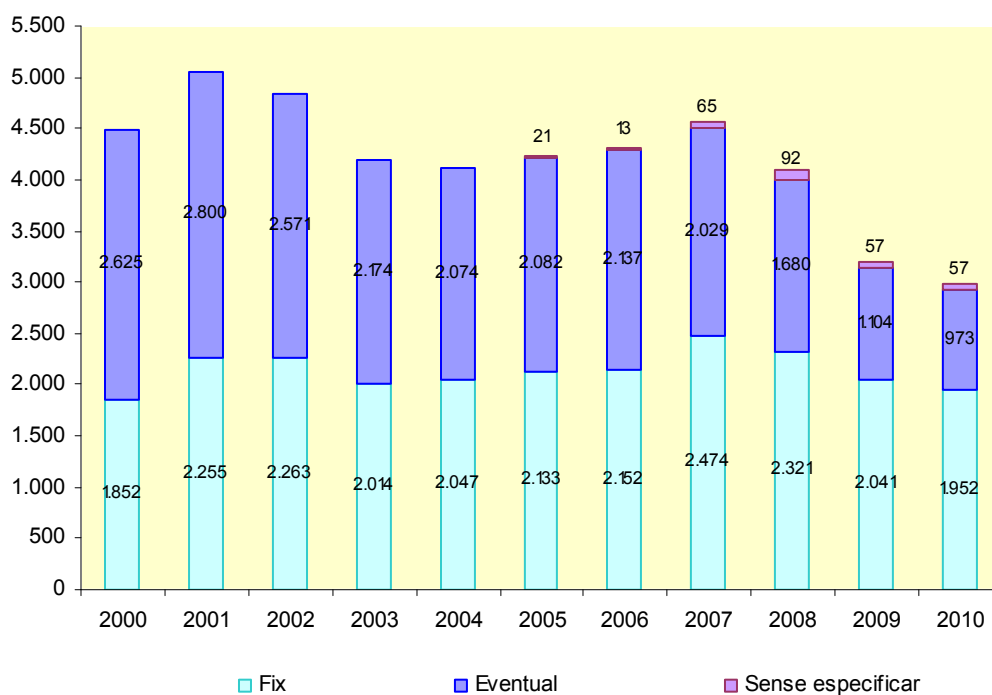
Figura 6-15 Nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa per sector econòmic al Segrià. Anys 2000 i 2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

Per últim, la distribució dels accidents en funció de la situació contractual dels accidentats ha patit canvis importants en els darrers deu anys, amb una reducció marcada dels protagonitzats per treballadors eventuais en dues etapes diferents (2001-2004, de 2.800 a 2.000 accidentats, i 2006-2010, de 2.000 a menys de 1.000), i una estabilitat dels que han patit els treballadors amb contracte fix. El 2010, doncs, hi havia només una tercera part dels accidents de treballadors eventuais registrats el 2001, i en canvi, es continuaven produint 9 de cada 10 accidents en el cas dels fixos. Com a resultat, l'hegemonia dels primers de la primera part de la dècada ha anat donant pas a un domini dels segons cada cop més notori, una situació que es repeteix en el cas de la província de Lleida i al conjunt de Catalunya.

Figura 6-16 Nombre d'accidents en jornada de treball amb baixa per tipus de contracte al Segrià. Anys 2000-2010.



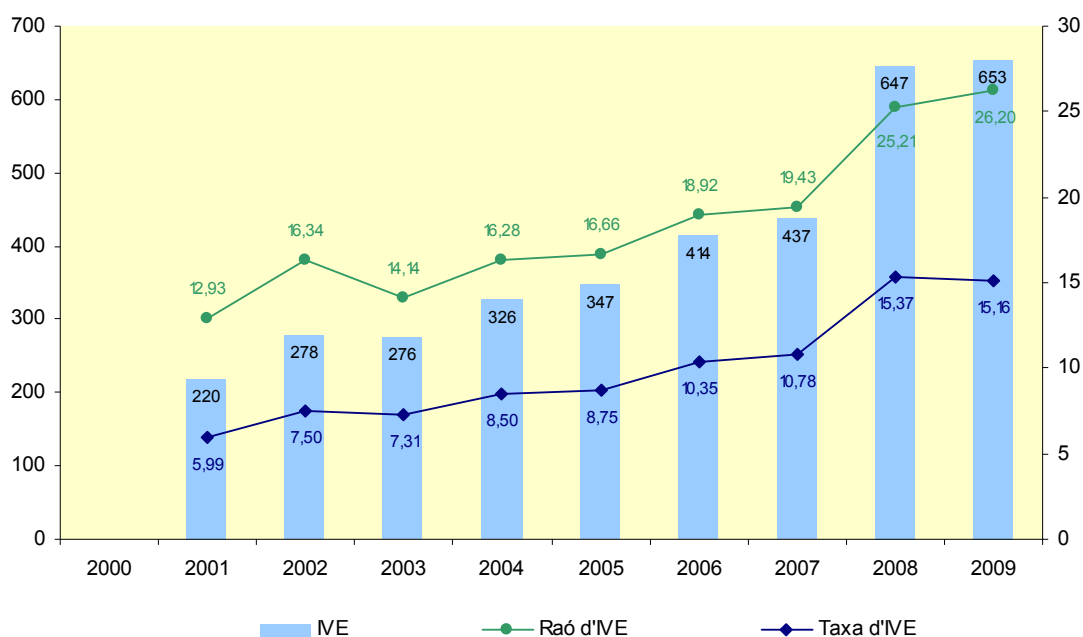
Font: Elaboració pròpia a partir de dades facilitades pel Departament de Treball de la Generalitat.

6.3 Interrupcions voluntàries de l'embaràs

La informació proporcionada a continuació sobre les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) versa sobre els casos registrats en el Registre d'IVE fins a 2009 d'acord als tres supòsits que autoritzava aleshores el codi penal de 1985 (risc per a la vida o la salut de la dona embarassada, presumpció de defectes del fetus i violació). L'únic centre de Lleida ciutat (i de tota la regió sanitària) on es van realitzar IVE va ser l'Hospital Arnau de Vilanova.

Les IVE, molt vinculades als moviments demogràfics i migratoris, han experimentat una considerable evolució a l'alça en els darrers anys, amb un creixement que en el cas del Segrià ha significat triplicar pràcticament la xifra d'interrupcions en poc més de 9 anys (de 2001 a 2009), passant de 220 a 653. En els darrers dos anys del període d'estudi es registra un increment molt marcat del 2007 al 2008, i una estabilització posterior. La següent figura traça gràficament aquesta evolució, marcant també l'evolució de la taxa d'IVE, és a dir, el total d'IVE registrades per cada 1.000 dones en edat fèrtil (de 15 a 44 anys) durant un any, i la raó d'IVE, que en aquest cas equival a les IVE per cada 100 naixements vius en un any donat. Així, s'identifica un creixement dels dos indicadors al Segrià, més suau en el cas de la raó i més marcat en el de la taxa.

Figura 6-17 Nombre d'avortaments legals, de dones residents al Segrià*. Taxa d'IVE, i Raó d'IVE al Segrià. Anys 2001-2009.

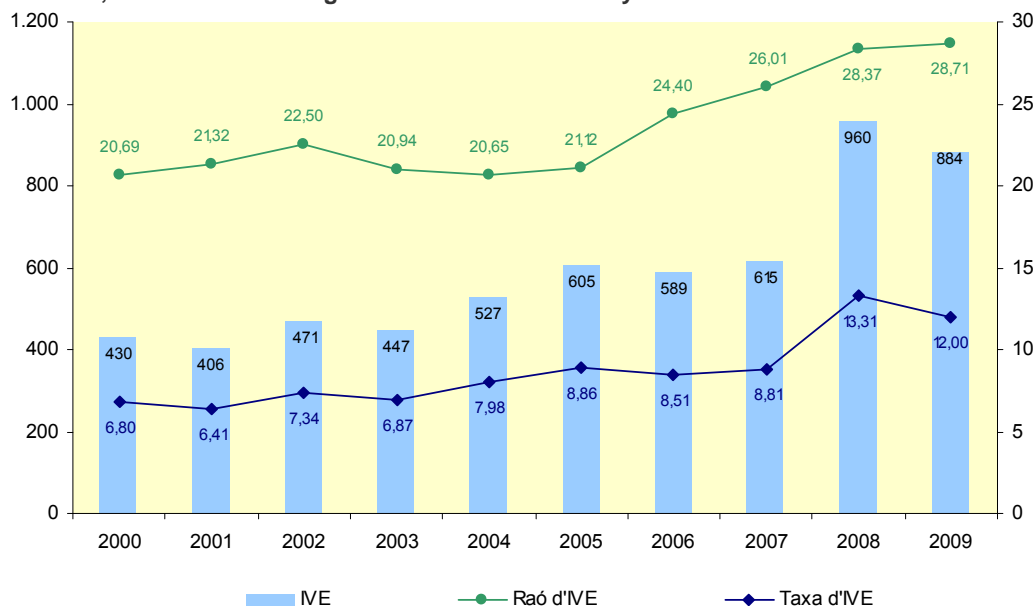


* IVEs fetes a Catalunya a dones que hi són residents i s'exclouen les residents en altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol i a l'estranger.

Font: Elaboració pròpia a partir dels informes anuals del Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs.

La comparació de les dades del Segrià amb les de la regió sanitària lleidatana i el conjunt català que es proporcionen en les següents dues figures no permeten observar evolucions substancialment diferents, més enllà de constatar un creixement a la comarca més marcat tant la taxa com de la raó d'IVE:

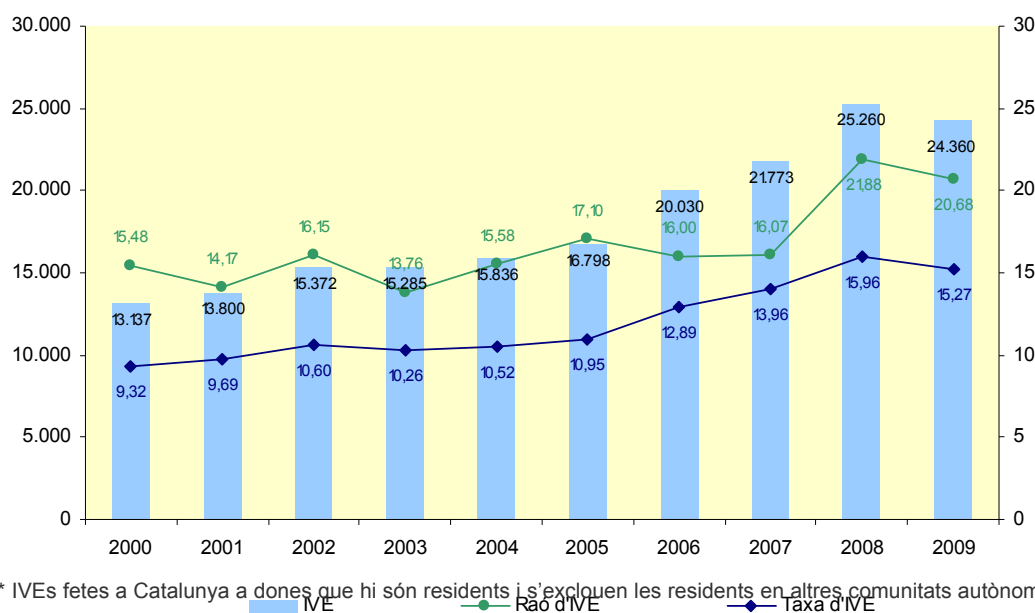
Figura 6-18 Nombre d'avortaments legals, de dones residents a la Regió sanitària de Lleida. Taxa d'IVE, i Raó d'IVE a la Regió sanitària de Lleida. Anys 2000-2009.



* IVEs fetes a Catalunya a dones que hi són residents i s'exclouen les residents en altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol i a l'estranger.

Font: Elaboració pròpia a partir dels informes anuals del Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs.

Figura 6-19 Nombre d'avortaments legals, de dones residents a Catalunya. Taxa d'IVE, i Raó d'IVE a Catalunya. Anys 2000-2009.



* IVEs fetes a Catalunya a dones que hi són residents i s'exclouen les residents en altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol i a l'estranger.

Font: Elaboració pròpia a partir dels informes anuals del Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs.

7. Hàbits i estils de vida de la població de Lleida

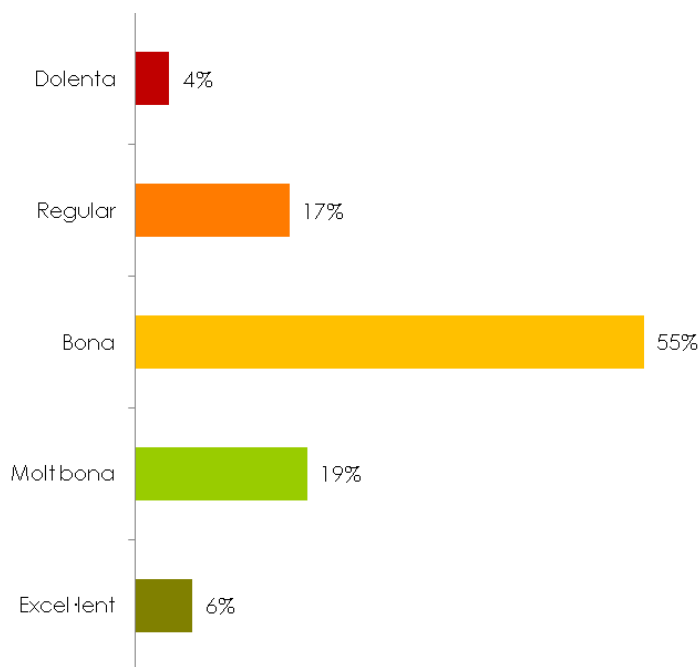
El present capítol recull informació respecte a la salut, la qualitat de vida, i els hàbits i estils de vida de la població de Lleida, obtinguda mitjançant la Consulta sobre salut realitzada a Lleida entre el 28 de febrer i el 8 de març de 2011.

7.1 Estat de salut

Percepció d'estat de salut

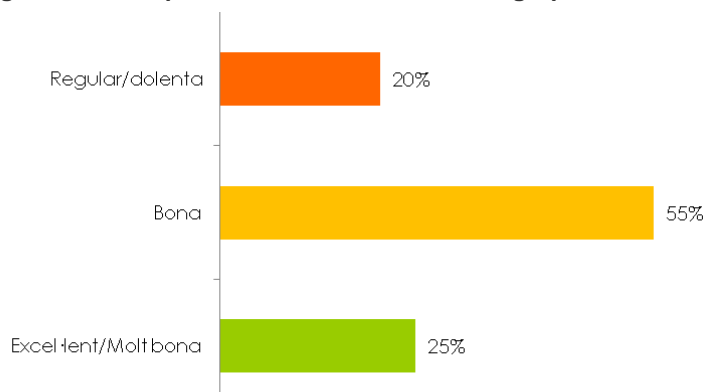
Una de les variables interessants per avaluar l'estil de vida, així com els hàbits tant personals com familiars, és la percepció de la pròpia salut, indicador que es basa en una visió subjectiva de la persona consultada. En general, la majoria de la població de Lleida consultada percep el seu nivell de salut com a bo o molt bo o excel·lent. Més de la meitat opina que el seu estat de salut és bo, mentre que un 25% considera que és molt bona o excel·lent. Únicament un 20% opina que és regular o dolenta.

Figura 7-1 Percepció d'estat de salut a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Figura 7-2 Percepció d'estat de salut a Lleida agrupada



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Quan es creua aquesta pregunta amb les variables sociodemogràfiques es manifesten ben clarament alguns perfils amb una pitjor percepció del seu estat de salut: les dones, els majors de 71 anys, els qui presenten un nivell d'estudis baix, els qui es dediquen a les tasques de la llar, els jubilats, els qui tenen alguna incapacitat o invalidesa permanent, o els qui viuen sols. Per contra, els homes, amb edat compresa entre els 16 i 35 anys, amb nivell d'estudis mig o alt, els estudiants, i els qui viuen en llars de 4-5 persones tenen tendència a expressar un estat de salut molt bo o excel·lent.

Figura 7-3 Percepció d'estat de salut a Lleida agrupada i perfils sociodemogràfics

		Percepció estat de salut		
		Regular/ dolenta	Bona	Excel·lent/ Molt bona
Sexe	Home	16%	56%	28%
	Dona	25%	54%	22%
Edat	De 16 a 35 anys	5%	51%	44%
	de 36 a 55 anys	18%	62%	20%
	De 56 a 70 anys	28%	65%	8%
	71 o més anys	60%	34%	6%
Nivell d'estudis	Nivell baix	44%	49%	6%
	Nivell mig	10%	57%	33%
	Nivell alt	13%	58%	30%
Situació laboral	Tasques de la llar	34%	54%	12%
	Estudiant	2%	40%	59%
	Ocupat	10%	65%	24%
	Aturat	19%	52%	29%
	Jubilat / Pensionista	46%	47%	7%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	61%	39%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	43%	54%	3%
	2-3 persones	22%	56%	22%
	4-5 persones	11%	53%	36%
	Més de 5 persones	25%	62%	13%
Total		20%	55%	25%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si creuem la pregunta amb cinc indicadors que sintetitzen la informació obtinguda en la consulta sobre la salut dels lleidatans, podem observar també uns perfils que presenten una millor autopercepció de la salut: els qui desenvolupen una activitat física molt activa i els qui no tenen un hàbit preventiu o de control de la salut. En canvi, els qui tenen un hàbit d'activitat totalment sedentari, els qui no consumeixen substàncies nocives (alcohol, tabac, o altres), els qui tenen un hàbit preventiu moderat o alt, i un hàbit de consulta mèdica alt, s'autoperceben amb una salut regular o dolenta.

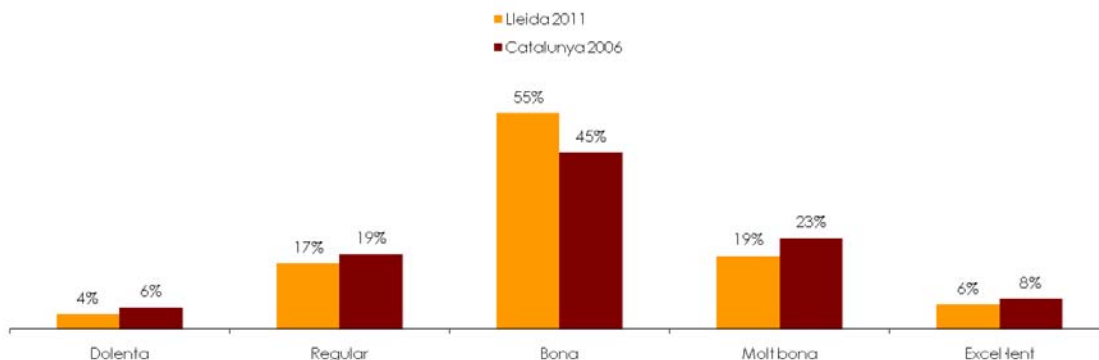
Figura 7-4 Percepció d'estat de salut a Lleida agrupada i perfils per indicadors

		Percepció estat de salut		
		Regular/ dolenta	Bona	Excel·lent/ Molt bona
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	32%	50%	18%
	Lleugerament actiu	19%	55%	27%
	Moderadament actiu	20%	56%	24%
	Molt actiu		62%	38%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	12%	88%	
	Alt consum	7%	65%	28%
	Consum moderat	18%	50%	32%
	Baix consum	19%	58%	23%
	No consumeix	32%	50%	17%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	5%	50%	45%
	Baix	10%	59%	31%
	Moderat	24%	56%	19%
	Alt	37%	51%	12%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	11%	56%	33%
	Baix	16%	53%	31%
	Moderat	25%	61%	15%
	Alt	38%	45%	16%
Indicador de salut	Molt dolenta	100%		
	Dolenta	92%	8%	
	Bona	22%	62%	17%
	Molt bona		100%	
	Excel·lent			100%
Total		20%	55%	25%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Per últim, si comparem aquests resultats amb els del global de Catalunya a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2006, podem observar que comparativament a Lleida es produeixen valoracions menys extremes que a Catalunya, identificant-se més en una percepció de salut bona que la mitjana catalana.

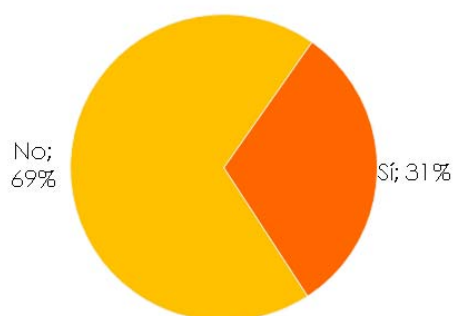
Figura 7-5 Percepció d'estat de salut a Lleida (2011) i a Catalunya (2006)



Trastorns crònics

S'entén per trastorn crònic tota malaltia de llarga durada i de caràcter permanent. És considerada, per tant, un indicador objectiu de la salut. Segons la consulta, 3 de cada 10 lleidatans manifesten patir algun trastorn crònic.

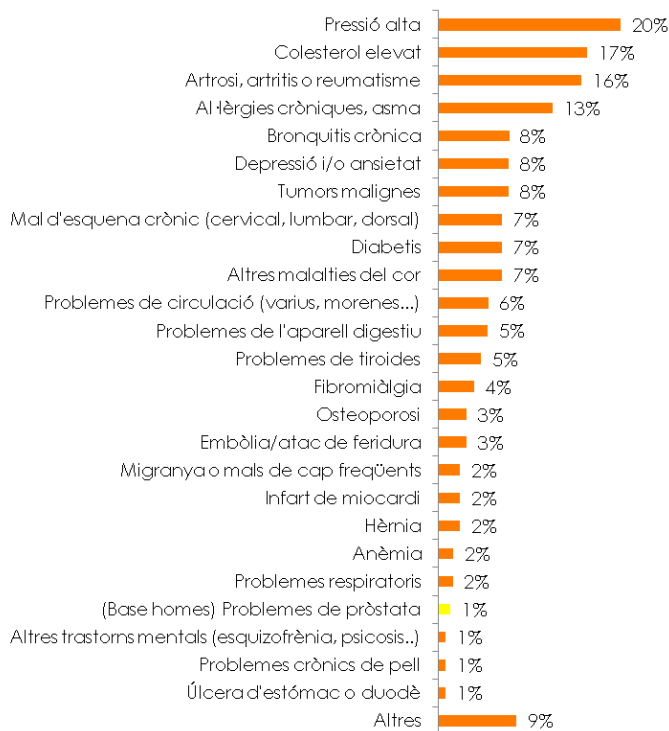
Figura 7-6 Percentatge d'enquestats a Lleida que ha patit o pateix algun trastorn crònic



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els més habituals són la pressió (20%) i el colesterol elevats (17%), i l'artrosi, artritis o reumatisme (16%).

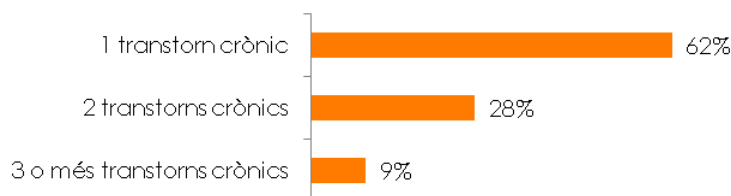
Figura 7-7 Tipus de trastorn crònic que pateixen els enquestats a Lleida*



*Base: 31% d'enquestats que han manifestat patir o haver patit un trastorn crònic
 Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Una part significativa dels qui manifesten tenir algun tipus de trastorn en pateixen 2 simultàniament, o tot i que en menor mesura, 3 o més. De mitjana, aquest conjunt d'enquestats presenten 1,6 trastorns per persona.

Figura 7-8 Número de trastorns crònics que pateixen els enquestats a Lleida*



*Base: 31% d'enquestats que han manifestat patir o haver patit un trastorn crònic
 Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Novament, els creuaments d'aquesta pregunta de la consulta amb les variables sociodemogràfiques permet identificar diferències estadísticament significatives en alguns perfils. Així, els homes, els més joves, amb nivell d'estudis mitjà o alt, els estudiants, i els qui viuen en llars amb més de 5 persones presenten percentatges més elevats d'absència de trastorns. A l'altre extrem, les dones, els enquestats de més edat, els qui es dediquen a tasques de la llar, els jubilats, els qui pateixen alguna incapacitat, i els qui viuen sols solen tenir una incidència més elevada de trastorns crònics.

Figura 7-9 Trastorns crònics i perfils sociodemogràfics

		Nombre de trastorns crònics			
		Cap	1 trastorn crònic	2 trastorns crònics	3 o més trastorns crònics
Sexe	Home	75%	15%	9%	1%
	Dona	63%	24%	8%	5%
Edat	De 16 a 35 anys	86%	11%	3%	
	de 36 a 55 anys	75%	21%	3%	1%
	De 56 a 70 anys	41%	26%	22%	11%
	71 o més anys	38%	32%	24%	6%
Nivell d'estudis	Nivell baix	48%	29%	16%	7%
	Nivell mig	77%	17%	6%	1%
	Nivell alt	78%	13%	7%	3%
Situació laboral	Tasques de la llar	58%	25%	8%	8%
	Estudiant	90%	10%		
	Ocupat	82%	15%	2%	1%
	Aturat	72%	15%	13%	
	Jubilat / Pensionista	36%	30%	25%	9%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	16%	54%	23%	8%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	54%	20%	17%	8%
	2-3 persones	63%	21%	12%	4%
	4-5 persones	80%	17%	2%	
	Més de 5 persones	100%			
Total		69%	19%	9%	3%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si els creuaments els fem amb els cinc indicadors agregats de la consulta, detectem altres perfils amb una major incidència de trastorns: els sedentaris, els qui tenen un hàbit preventiu alt, els qui tenen un hàbit de consulta mèdic també alt, i els qui tenen una salut dolenta. Contràriament, els molt actius, els qui tenen un consum de substàncies de risc, els qui no han desenvolupat un hàbit preventiu, no van al metge, o tenen una salut bona o excel·lent, tendeixen a destacar per un major pes en l'absència de trastorns crònics.

Figura 7-10 Trastorns crònics i perfils per indicadors

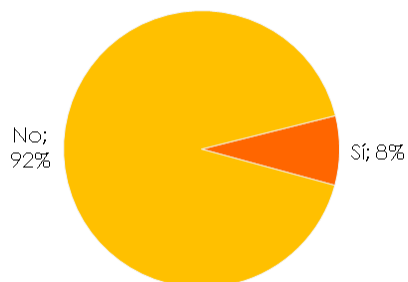
		Nombre de trastorns crònics			
		Cap	1 trastorn crònic	2 trastorns crònics	3 o més trastorns crònics
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	53%	23%	16%	8%
	Lleugerament actiu	74%	17%	8%	1%
	Moderadament actiu	68%	21%	7%	3%
	Molt actiu	86%	10%	5%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	88%	12%		
	Alt consum	68%	28%	5%	
	Consum moderat	74%	17%	6%	2%
	Baix consum	73%	14%	10%	3%
	No consumeix	55%	26%	14%	5%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	97%	2%	2%	
	Baix	79%	15%	5%	1%
	Moderat	65%	22%	11%	2%
	Alt	42%	34%	15%	9%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	91%	9%		
	Baix	73%	19%	7%	1%
	Moderat	59%	23%	11%	7%
	Alt	55%	23%	20%	2%
Indicador de salut	Molt dolenta		45%	32%	23%
	Dolenta	11%	45%	36%	8%
	Bona	25%	57%	14%	4%
	Molt bona	100%			
	Excel·lent	100%			
Total		69%	19%	9%	3%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Limitacions i discapacitats

Un 8% dels enquestats manifestaven patir alguna limitació o discapacitat a l'hora de realitzar les seves activitats quotidianes.

Figura 7-11 Percentatge d'enquestats a Lleida que té alguna limitació o discapacitat per realitzar les activitats quotidianes



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Les limitacions o discapacitats més habituals d'aquest 8% dels enquestats que manifestaven tenir-ne estaven relacionades amb la mobilitat.

Figura 7-12 Tipus de limitació o discapacitat per realitzar les activitats quotidianes*

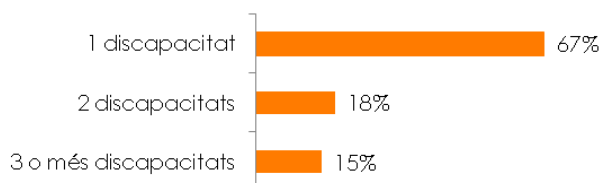


*Base: 8% d'enquestats que han manifestat tenir alguna limitació o discapacitat per realitzar activitats quotidianes

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Un de cada 3 dels enquestats amb limitacions en pateix 2 o més simultàniament. La mitjana aritmètica global de tots ells és de 1,7 limitacions per persona.

Figura 7-13 Número de discapacitats que pateixen els enquestats a Lleida*



*Base: 8% d'enquestats que han manifestat tenir alguna limitació o discapacitat per realitzar activitats quotidianes
 Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els perfils sociodemogràfics evidenciats en els trastorns crònics tornen a repetir-se sense excessives variacions amb les limitacions o discapacitats. Així, els joves, amb nivell educatiu mitjà, els estudiants, i els qui viuen en llars amb 5 persones o més presenten un percentatge significativament superior d'absència de limitacions. A l'inrevés, els enquestats de més edat, amb nivell baix d'estudis, dedicats a tasques de la llar, jubilats o pensionistes, que viuen sols, i òbviament, amb alguna incapacitat o invalidesa permanent, tenen tendència a patir en major mesura alguna limitació.

Figura 7-14 Limitacions o discapacitats i perfils sociodemogràfics

		Nombre de limitacions			
		Cap	1 discapacitat	2 discapacitats	3 o més discapacitats
Sexe	Home	94%	5%	0%	0%
	Dona	90%	6%	2%	2%
Edat	De 16 a 35 anys	98%	2%		
	de 36 a 55 anys	93%	5%	1%	1%
	De 56 a 70 anys	86%	9%	3%	2%
	71 o més anys	79%	11%	6%	4%
Nivell d'estudis	Nivell baix	83%	8%	4%	4%
	Nivell mig	96%	3%	1%	
	Nivell alt	93%	7%		
Situació laboral	Tasques de la llar	87%	4%	4%	4%
	Estudiant	100%			
	Ocupat	99%	1%		1%
	Aturat	96%	4%		
	Jubilat / Pensionista	81%	13%	5%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	54%	8%	15%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	86%	9%	6%	
	2-3 persones	90%	7%	2%	1%
	4-5 persones	97%	1%		1%
	Més de 5 persones	100%			
Total		92%	5%	1%	1%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Finalment, si ens fixem en la relació entre les limitacions i les variables agrupades de l'enquesta, identifiquem de nou uns perfils molt similars als ja apuntats en l'anterior apartat. Els enquestats molt actius, amb consum de substàncies alt o de risc, sense hàbits preventius, i amb un nivell de salut molt bo o excel·lent solen presentar uns percentatges més elevats d'absència de discapacitat. Els sedentaris, amb uns hàbits preventiu i de consulta mèdica alts i un estat de salut dolent o molt dolent, per contra, pateixen limitacions en major mesura.

Figura 7-15 Limitacions o discapacitats i perfils per indicadors

		Nombre de limitacions			
		Cap	1 discapacitat	2 discapacitats	3 o més discapacitats
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	85%	11%	3%	
	Lleugerament actiu	94%	3%	2%	1%
	Moderadament actiu	91%	6%	1%	2%
	Molt actiu	100%			
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	100%			
	Alt consum	100%			
	Consum moderat	95%	2%	1%	2%
	Baix consum	92%	7%	2%	
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	No consumeix	83%	11%	3%	3%
	Sense hàbit	100%			
	Baix	95%	4%		1%
	Moderat	90%	7%	2%	1%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	85%	8%	4%	3%
	Sense hàbit	98%	2%		
	Baix	96%	2%	2%	1%
	Moderat	88%	8%	2%	2%
Indicador de salut	Alt	77%	18%	2%	2%
	Molt dolenta		68%	14%	18%
	Dolenta	83%	9%	6%	2%
	Bona	96%	4%		
	Molt bona	100%			
Total	Excel·lent	100%			
		92%	5%	1%	1%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

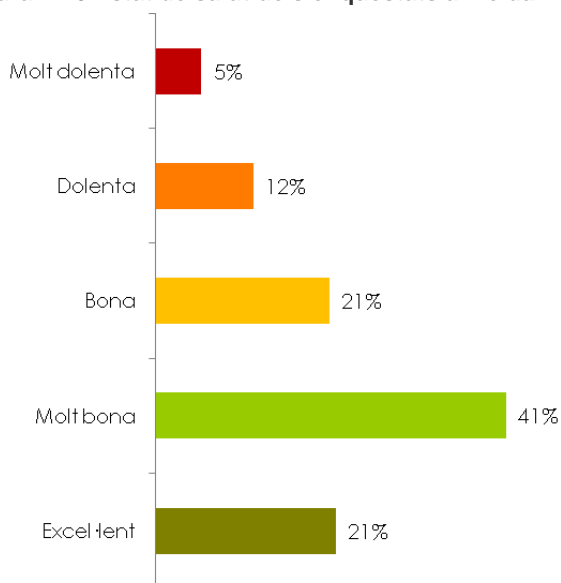
Indicador d'estat de salut

Les tres variables anteriors (percepció de l'estat de salut propi, nombre de trastorns crònics i limitacions o discapacitats que pateix l'enquestat) són la base per elaborar un indicador sobre l'estat de salut dels lleidatans. Aquest índex s'ha construït agrupant les respostes en els següents perfils d'estat de salut:

- **Molt dolenta:** Els qui tenen una percepció de salut regular/dolenta, i pateixen discapacitats i trastorns crònics.
- **Dolenta:** Els qui tenen una percepció de salut regular/dolenta i alguna discapacitat o trastorn crònic; alternativament, els qui tenen una percepció de salut bona i alguna discapacitat i trastorn crònic.
- **Bona:** Els qui tenen una percepció de salut regular/dolenta i cap discapacitat ni trastorn crònic; alternativament, els qui tenen una percepció de salut molt bona o excel·lent, 1 discapacitat, o 1 o 2 trastorns crònics.
- **Molt bona:** Els qui tenen una percepció de salut bona, i cap discapacitat o trastorn crònic.
- **Excel·lent:** Els qui tenen una percepció de salut excel·lent o molt bona, i cap discapacitat o trastorn crònic.

L'índex dona uns resultats prou reveladors: El 83% dels lleidatans tenen una estat de salut bo, molt bo, o excel·lent. Hi ha també, però, un 5% que el té molt dolent, i doncs, considera que té una salut regular o dolenta, pateix algun trastorn crònic i a més té alguna limitació o discapacitat per realitzar la seva rutina habitual.

Figura 7-16 Estat de salut dels enquestats a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Per perfils sociodemogràfics, els qui responen significativament als perfils de salut dolenta o molt dolenta són els de 71 anys o més, amb nivell d'estudis baix, jubilat/pensionista o amb alguna incapacitat o invalidesa permanent, i que viu en llars amb una sola persona. A l'altre extrem, els perfils més propicis a manifestar estats de salut molt bona o excel·lent són els dels homes, amb edats compreses entre els 16 i els 55 anys, amb nivell d'estudis mig i alt, estudiants o ocupats, i que viuen en llars de més de 4 persones.

Figura 7-17 Estat de salut i perfils sociodemogràfics

		Indicador de salut				
		Molt dolenta	Dolenta	Bona	Molt bona	Excel·lent
Sexe	Home	3%	9%	18%	44%	25%
	Dona	7%	14%	23%	39%	17%
Edat	De 16 a 35 anys	1%	1%	16%	44%	38%
	de 36 a 55 anys	5%	9%	16%	52%	18%
	De 56 a 70 anys	9%	15%	42%	28%	6%
	71 o més anys	13%	41%	21%	21%	4%
Nivell d'estudis	Nivell baix	12%	25%	26%	32%	4%
	Nivell mig	2%	6%	19%	44%	29%
	Nivell alt	4%	7%	17%	47%	26%
Situació laboral	Tasques de la llar	8%	17%	29%	37%	8%
	Estudiant			12%	34%	53%
	Ocupat	1%	5%	18%	55%	21%
	Aturat	4%	13%	13%	48%	22%
	Jubilat / Pensionista	13%	29%	33%	20%	5%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	46%	31%	23%		
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	11%	26%	17%	43%	3%
	2-3 persones	6%	14%	22%	38%	19%
	4-5 persones	2%	4%	18%	45%	30%
	Més de 5 persones			25%	62%	13%
Total		5%	12%	21%	41%	21%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Finalment, si creuem l'índex amb els altres quatre indicadors agregats, es confirmen els perfils que ja s'apuntaven en les tres variables que el conformen: els totalment sedentaris, no consumidors de substàncies de risc, amb un hàbit preventiu o de control de salut alt, i amb un hàbit de consulta mèdic alt, solen presentar en major mesura un estat de salut dolent o molt dolent; en canvi, els molt actius, amb consum de substàncies moderat o de risc, sense hàbits preventius o amb un hàbit baix, i sense hàbit tampoc de consulta mèdica, tendeixen a un estat de salut molt bo o excel·lent.

Figura 7-18 Estat de salut i perfils per indicadors

		Indicador de salut				
		Molt dolenta	Dolenta	Bona	Molt bona	Excel·lent
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	13%	16%	23%	32%	16%
	Lleugerament actiu	5%	11%	16%	46%	23%
	Moderadament actiu	4%	12%	25%	39%	20%
	Molt actiu			14%	52%	33%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		12%		88%	
	Alt consum		5%	30%	42%	24%
	Consum moderat	2%	12%	18%	39%	28%
	Baix consum	5%	10%	19%	46%	20%
	No consumeix	13%	16%	24%	33%	14%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit			8%	47%	45%
	Baix	3%	6%	16%	49%	26%
	Moderat	7%	12%	25%	41%	15%
	Alt	9%	27%	27%	28%	8%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	2%	2%	11%	56%	29%
	Baix	2%	10%	21%	40%	27%
	Moderat	9%	14%	23%	41%	13%
	Alt	14%	23%	20%	34%	9%
Total		5%	12%	21%	41%	21%

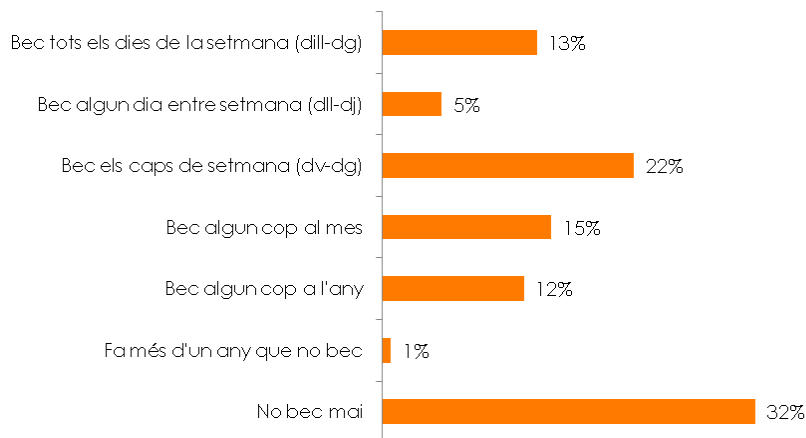
Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

7.2 Consum de substàncies

Consum d'alcohol

Un 13% dels enquestats diuen consumir alcohol amb una freqüència diària, mentre que un 22% ho fa els caps de setmana. Per contra, un 32% manifesta no consumir alcohol mai.

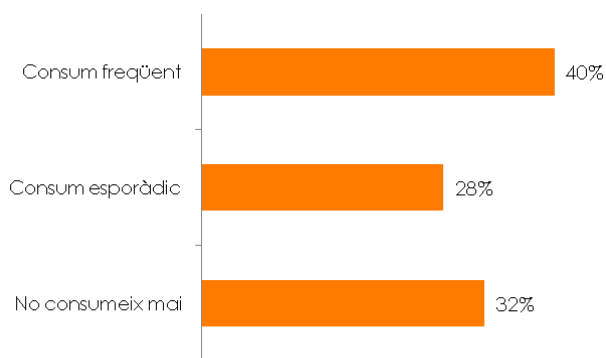
Figura 7-19 Freqüència de consum d'alcohol dels enquestats a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

De manera agrupada, observem que mentre 3 de cada 10 persones consultades no beuen begudes alcohòliques mai, 4 de cada 10 en consumeixen de manera habitual totes els dies, algun dia entre setmana, o els caps de setmana.

Figura 7-20 Freqüència de consum d'alcohol dels enquestats a Lleida agrupada



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Del creuament de la variable amb els components sociodemogràfics en podem extreure un perfil de consum freqüent: home, de 16 a 25 anys, amb nivell mig i alt d'estudis, estudiant o aturat. Tres col·lectius, els enquestats de 26 a 35 anys, els de nivell d'estudis alt, i els qui es dediquen a tasques de la llar presenten un percentatge significativament més elevat de consumidors esporàdics (prenen alcohol algun cop al mes com a màxim). Per últim, el perfil que té més tendència a no consumir mai alcohol és el de dona, de 71 anys o més, dedicat a tasques de la llar o jubilat/pensionista, i que viu en llars de 5 o més persones.

Figura 7-21 Freqüència de consum d'alcohol i perfils sociodemogràfics

		Freqüència consum d'alcohol		
		Consum freqüent	Consum esporàdic	No consumeix mai
Sexe	Home	53%	25%	22%
	Dona	27%	30%	43%
Edat	De 16 a 18 anys	35%	32%	32%
	De 19 a 25 anys	67%	19%	14%
	De 26 a 35 anys	36%	37%	27%
	de 36 a 55 anys	42%	30%	28%
	De 56 a 70 anys	38%	28%	34%
	71 o més anys	30%	9%	61%
Nivell d'estudis	Nivell baix	30%	19%	51%
	Nivell mig	45%	28%	28%
	Nivell alt	43%	36%	21%
Situació laboral	Tasques de la llar	21%	37%	42%
	Estudiant	47%	28%	26%
	Ocupat	44%	31%	25%
	Aturat	52%	24%	24%
	Jubilat / Pensionista	30%	18%	53%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	31%	46%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	26%	31%	43%
	2-3 persones	41%	26%	33%
	4-5 persones	44%	30%	26%
	Més de 5 persones	38%		62%
Total		40%	28%	32%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

El creuament amb els indicadors agrupats permet acabar de determinar altres facetes associades al perfil de consumidors freqüents d'alcohol: un consum general de substàncies alt o de risc, un hàbit preventiu o de control de la salut baix o inexistent, i un estat de salut excel·lent. Els consumidors esporàdics, en canvi, tendeixen a ser lleugerament actius, tenir un baix consum de substàncies, i tampoc presenten un hàbit preventiu o de control de la salut. Per últim, els qui no consumeixen mai alcohol són significativament més nombrosos entre els qui no consumeixen cap tipus de substància de risc, tenen un hàbit preventiu alt, i un estat de salut molt dolent.

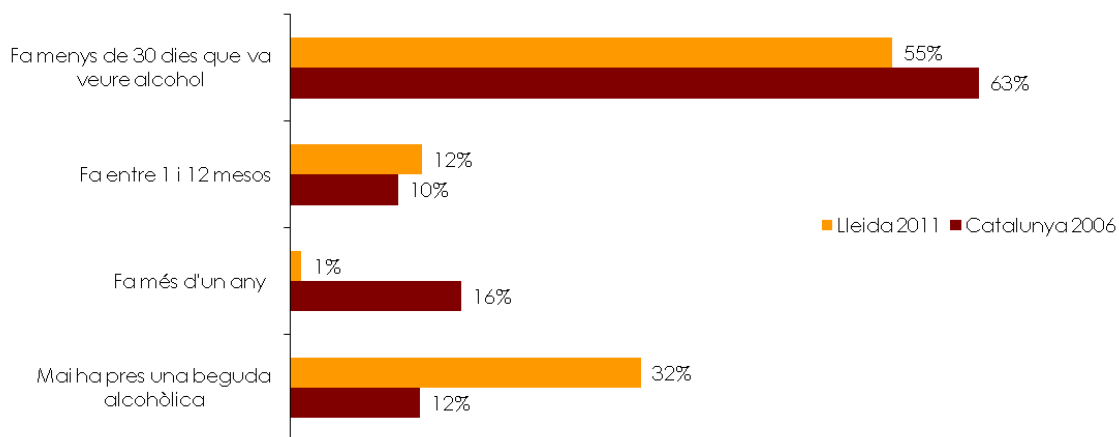
Figura 7-22 Freqüència de consum d'alcohol i perfils per indicadors

		Freqüència consum d'alcohol		
		Consum freqüent	Consum esporàdic	No consumeix mai
Indicador d'activitat	Totalment	34%	26%	40%
	Lleugerament actiu	35%	34%	31%
	Moderadament	46%	22%	32%
	Molt actiu	48%	33%	19%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	100%		
	Alt consum	95%	5%	
	Consum moderat	78%	16%	6%
	Baix consum	9%	68%	23%
	No consumeix			100%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	52%	36%	13%
	Baix	51%	20%	29%
	Moderat	38%	25%	37%
	Alt	24%	32%	43%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	42%	29%	29%
	Baix	41%	26%	33%
	Moderat	40%	28%	32%
	Alt	36%	32%	32%
Indicador de salut	Molt dolenta	9%	23%	68%
	Dolenta	30%	23%	47%
	Bona	36%	27%	37%
	Molt bona	43%	29%	27%
	Excel·lent	52%	28%	20%
Total		40%	28%	32%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

La comparació de les dades de la consulta de Lleida amb les de l'Enquesta de salut de Catalunya de 2006 permet concloure que a Lleida es consumeix menys alcohol i amb menys freqüència que al conjunt del país, si bé caldrà tenir ben present la diferència de 5 anys entre una i altra enquesta.

Figura 7-22 Freqüència de consum d'alcohol a Lleida (2011) i a Catalunya (2006)

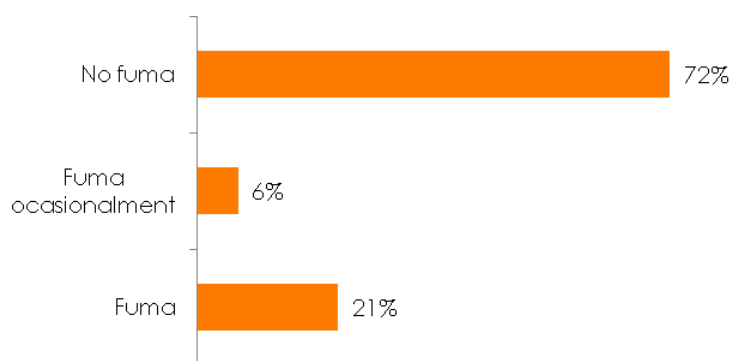


Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

Consum de tabac

Pel que fa a la freqüència en el consum de tabac, un 21% dels lleidatans enquestats són fumadors diaris, un 6% ho és ocasionalment, i un 72% no fuma.

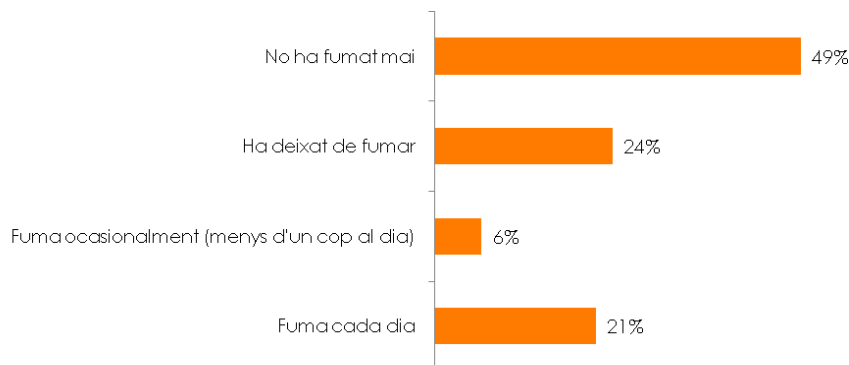
Figura 7-22 Freqüència de consum de tabac agrupat a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Entre el 72% de no fumadors, cal notar que hi ha un percentatge significatiu -un terç d'aquests- d'exfumadors.

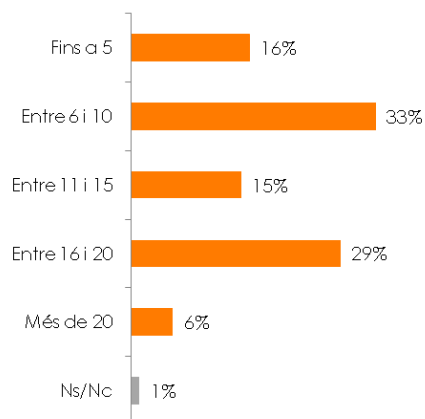
Figura 7-23 Freqüència de consum de tabac a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

El 21% de fumadors habituals fumen majoritàriament un paquet (20 cigarretes) o menys al dia, amb un consum mitjà de 13 cigarretes.

Figura 7-24 Nombre de cigarretes diàries consumides a Lleida*



*Base: 21% d'enquestats que fumen diàriament

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Les característiques sociodemogràfiques que presenten uns percentatges de no fumadors estadísticament significatius són el sexe femení, els grups d'edat de 56 anys en endavant, el nivell d'estudis baix, la dedicació a tasques de la llar o la condició de jubilat/pensionista. Els percentatges més elevats de fumadors ocasionals amb significació estadística els obtenen, en canvi, el grup d'edat més jove (de 16 a 18 anys), els estudiants, i els qui viuen en llars amb 4 o 5 persones. Els fumadors habituals es troben amb una major freqüència entre els homes, els qui tenen entre 36 i 55 anys, els aturats, i els qui viuen amb més de 5 persones.

Figura 7-25 Freqüència de consum de tabac i perfils sociodemogràfics

		Situació actual amb el tabac		
		No fuma	Fuma ocasionalment	Fuma
Sexe	Home	69%	6%	25%
	Dona	75%	6%	18%
Edat	De 16 a 18 anys	68%	16%	16%
	De 19 a 25 anys	58%	8%	33%
	De 26 a 35 anys	60%	10%	29%
	de 36 a 55 anys	66%	6%	28%
	De 56 a 70 anys	92%		8%
	71 o més anys	94%		6%
Nivell d'estudis	Nivell baix	80%	4%	17%
	Nivell mig	68%	8%	24%
	Nivell alt	72%	6%	22%
Situació laboral	Tasques de la llar	92%		8%
	Estudiant	69%	14%	16%
	Ocupat	68%	8%	25%
	Aturat	48%	7%	46%
	Jubilat / Pensionista	92%		8%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	77%		23%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	69%		31%
	2-3 persones	78%	4%	19%
	4-5 persones	64%	13%	22%
	Més de 5 persones	50%		50%
Total		72%	6%	21%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si ens fixem en les característiques vinculades als indicadors agrupats de la consulta, detectem altres perfils significativament no fumadors: els no consumidors de substàncies en general, els qui tenen uns hàbits preventiu i de consulta mèdica alts, i els qui pateixen d'un estat de salut molt dolent. Els fumadors ocasionals serien més nombrosos entre els molt actius i els baixos consumidors de substàncies, mentre que els fumadors habituals tindrien una presència comparativament més elevada entre els totalment sedentaris, els consumidors de substàncies d'alt risc o amb un alt consum, i els qui tenen un hàbit preventiu baix.

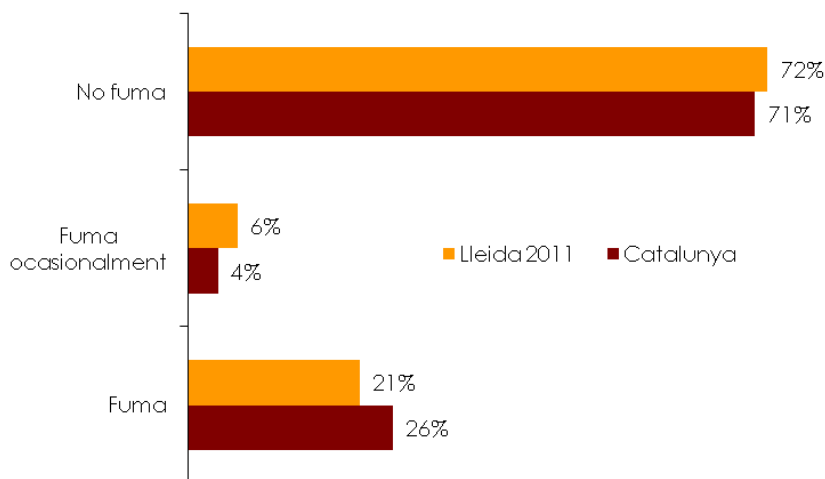
Figura 7-26 Freqüència de consum de tabac i perfils per indicadors

		Situació actual amb el tabac		
		No fuma	Fuma ocasionalment	Fuma
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	55%	6%	39%
	Lleugerament actiu	73%	7%	21%
	Moderadament actiu	78%	5%	17%
	Molt actiu	71%	14%	14%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc			87%
	Alt consum			100%
	Consum moderat	82%	4%	14%
	Baix consum	71%	15%	14%
	No consumeix	100%		
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	70%	9%	19%
	Baix	59%	11%	30%
	Moderat	74%	5%	21%
	Alt	82%		18%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	71%		29%
	Baix	71%	7%	22%
	Moderat	70%	8%	21%
	Alt	84%	5%	11%
Indicador de salut	Molt dolenta	91%		9%
	Dolenta	79%		21%
	Bona	76%	1%	23%
	Molt bona	64%	10%	25%
	Excel·lent	75%	8%	16%
Total		72%	6%	21%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Comparar les dades de la consulta amb les de l'ESCA de 2006 permet identificar un menor pes del col·lectiu fumador a Lleida amb relació a Catalunya en detriment dels fumadors ocasionals, per bé que caldrà tenir en compte altre cop la diferència en anys entre una enquesta i l'altra, un període de 5 anys en el qual s'han produït importants canvis regulatoris en aquest camp.

Figura 7-27 Freqüència de consum de tabac a Lleida (2011) i Catalunya (2006)

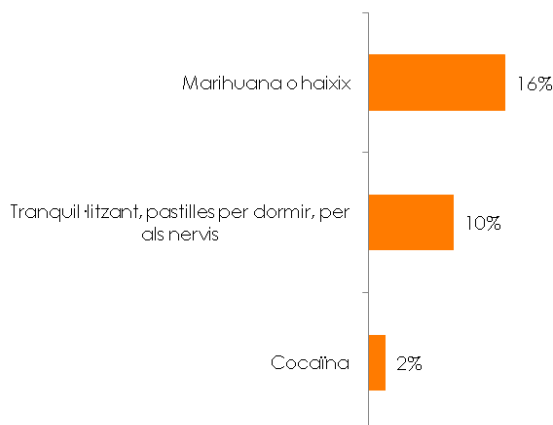


Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

Consum d'altres substàncies psicoactives

Per detectar el consum de fàrmacs i altres substàncies com l'haixix o la cocaïna, els enquestats van ser objecte de dues preguntes més. D'acord als resultats obtinguts, la marihuana o haixix ha estat consumida alguna vegada pel 16% dels lleidatans enquestats, a certa distància dels tranquil·litzants (10%) o de la cocaïna (2%).

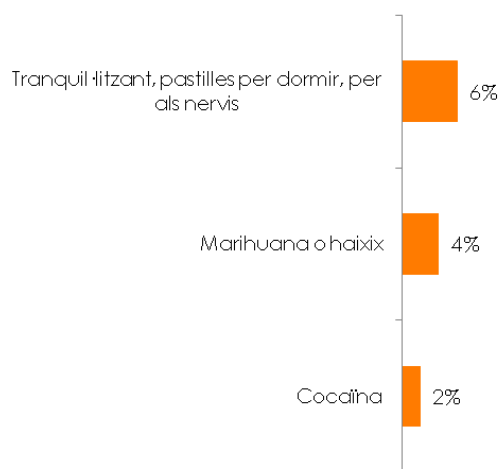
Figura 7-28 Percentatge d'enquestats a Lleida que ha pres alguna vegada a la vida marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Malgrat tot, quan es pregunta als enquestats pel consum en els darrers 30 dies, l'ordre de les substàncies canvia, i són els tranquil·litzants, amb un 6%, els més consumits, per davant de l'haixix (4%) o la cocaïna (2%).

Figura 7-28 Percentatge d'enquestats a Lleida que ha pres en els darrers 30 dies marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si creuem aquestes dues preguntes amb les característiques sociodemogràfiques es revelen alguns perfils on el consum de cadascuna d'aquestes substàncies se situa per sobre de la mitjana.

En el cas dels tranquil·litzants, pastilles per dormir o pels nervis, les dones, els qui tenen un nivell d'estudis baix, els jubilats/pensionistes, o els incapacitats o amb invalidesa permanent mostren un patró de consum més elevat tant si és en els darrer mes com si és únicament alguna vegada a la vida. Aquest mateix patró, a més, també es dona amb els enquestats de 56 anys en endavant, si bé únicament per al consum en els darrers 30 dies.

Pel que fa a la marihuana o haixix, els joves de 19 a 25 anys i els estudiants mostren diferències significatives a l'alça en el seu consum, extensibles als homes, al grup d'edat de 26 a 35, i als nivells mig i alt d'estudis en el cas de la pregunta sobre el consum algun cop a la vida, i als aturats en el cas del consum en els darrer mes.

La cocaïna presenta patrons diferents en funció de la freqüència de consum. Així, amb relació als que afirmen haver-ne consumit alguna vegada al llarg de la vida, els atributs on es detecta un consum significativament destacat són home, grup d'edat entre 26 i 35 anys, i aturat. En canvi, respecte els qui n'han consumit en els darrers 30 dies són dedicació a les tasques de la llar o jubilat/pensionista.

Figura 7-29 Consum alguna vegada a la vida de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna i perfils sociodemogràfics

		Ha pres alguna vegada a la vida			
		Tranquil·litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Sexe	Home	6%	21%	4%	73%
	Dona	14%	10%	0%	77%
Edat	De 16 a 18 anys	5%	24%		73%
	De 19 a 25 anys	3%	42%	3%	58%
	De 26 a 35 anys	10%	27%	9%	64%
	de 36 a 55 anys	9%	12%	1%	80%
	De 56 a 70 anys	15%	6%		80%
	71 o més anys	15%			85%
Nivell d'estudis	Nivell baix	15%	3%		83%
	Nivell mig	6%	20%	3%	74%
	Nivell alt	13%	22%	3%	70%
Situació laboral	Tasques de la llar	13%	4%	4%	83%
	Estudiant	5%	33%	2%	66%
	Ocupat	9%	17%	2%	76%
	Aturat	7%	20%	9%	74%
	Jubilat / Pensionista	16%	5%		81%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	7%		69%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	6%	8%	3%	89%
	2-3 persones	11%	15%	3%	74%
	4-5 persones	10%	19%	1%	73%
	Més de 5 persones		13%		87%
Total		10%	16%	2%	75%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Figura 7-30 Consum en els darrers 30 dies de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna i perfils sociodemogràfics

		Ha pres els darrers 30 dies			
		Tranquil·litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Sexe	Home	3%	5%	1%	92%
	Dona	8%	2%	3%	87%
Edat	De 16 a 18 anys	5%	8%	3%	86%
	De 19 a 25 anys		17%		83%
	De 26 a 35 anys	6%	6%	3%	87%
	de 36 a 55 anys	3%	1%	1%	95%
	De 56 a 70 anys	11%			89%
	71 o més anys	11%		8%	83%
Nivell d'estudis	Nivell baix	10%	1%	4%	87%
	Nivell mig	4%	6%	2%	89%
	Nivell alt	6%	2%		93%
Situació laboral	Tasques de la llar	8%		4%	87%
	Estudiant	5%	12%	2%	84%
	Ocupat	3%	1%	2%	94%
	Aturat	2%	13%	2%	85%
	Jubilat / Pensionista	12%		4%	86%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	15%			85%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	3%	3%	3%	91%
	2-3 persones	7%	4%	3%	86%
	4-5 persones	5%	3%	2%	93%
	Més de 5 persones				100%
Total		6%	3%	2%	89%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els creuaments amb els indicadors agregats aporten altres perfils per cada substància. Així, es detecten consums significativament més elevats de tranquil·litzants (tant si és algun cop a la vida com si és en els darrers 30 dies) entre els consumidors de risc de substàncies i entre els qui pateixen un estat de salut dolent.

En el cas de l'haixix, el consum algun cop al llarg de la vida és superior a la mitjana per als qui consumeixen substàncies de manera elevada o de risc, els qui tenen un hàbit preventiu baix, o els qui gaudeixen d'un estat de salut excel·lent. El consum en els darrers 30 dies només destaca en els molts actius i els consumidors de risc de substàncies.

La cocaïna és consumida amb una freqüència superior a la mitjana entre els consumidors de risc de substàncies. En el cas del consum en algun moment de la vida, a més, aquesta major freqüència també es dona entre els qui no tenen un hàbit preventiu o de control de la salut, i en el cas del consumidors en el darrer mes, destaquen els de salut dolenta.

Figura 7-31 Consum alguna vegada a la vida de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna i perfils per indicadors

		Ha pres alguna vegada a la vida			
		Tranquil·litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	11%	13%		76%
	Lleugerament actiu	12%	14%	1%	75%
	Moderadament actiu	9%	18%	5%	75%
	Molt actiu	5%	19%		76%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	50%	76%	38%	
	Alt consum	9%	35%	2%	60%
	Consum moderat	10%	19%	1%	72%
	Baix consum	13%	9%	3%	78%
	No consumeix	3%	6%		90%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	8%	23%	6%	72%
	Baix	9%	29%	4%	64%
	Moderat	13%	11%	1%	77%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	8%	5%		88%
	Sense hàbit	7%	16%	2%	80%
	Baix	10%	18%	1%	73%
Indicador de salut	Moderat	14%	14%	5%	74%
	Alt	2%	11%		86%
	Molt dolenta	14%	4%		82%
	Dolenta	17%	4%		81%
	Bona	12%	13%		77%
Indicador de salut	Molt bona	10%	15%	4%	77%
	Excel·lent	5%	29%	3%	66%
	Total	10%	16%	2%	75%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

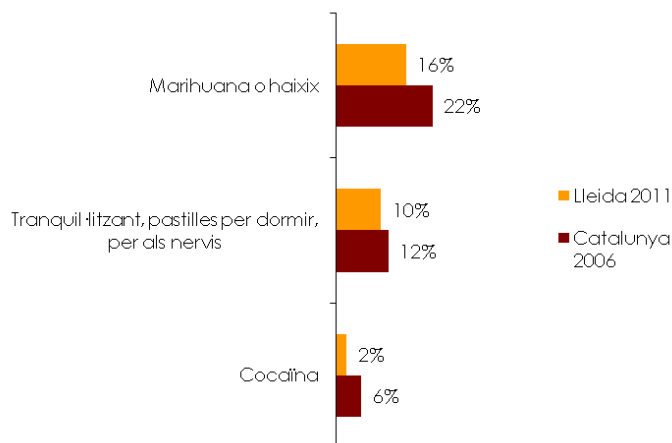
Figura 7-32 Consum en els darrers 30 dies de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna i perfils per indicadors

		Ha pres els darrers 30 dies			
		Tranquil·litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	6%	2%		92%
	Lleugerament actiu	8%	3%	1%	88%
	Moderadament actiu	5%	3%	4%	90%
	Molt actiu		10%	5%	90%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	50%	50%	13%	
	Alt consum	5%	7%		88%
	Consum moderat	5%	5%	6%	86%
	Baix consum	8%	1%		91%
	No consumeix				100%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	5%	5%		92%
	Baix	5%	9%	5%	85%
	Moderat	7%	2%	2%	90%
	Alt	7%	1%	1%	91%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	5%	5%		91%
	Baix	6%	5%	3%	88%
	Moderat	8%	2%	2%	88%
	Alt				100%
Indicador de salut	Molt dolenta	9%			91%
	Dolenta	11%		6%	85%
	Bona	7%	4%	2%	87%
	Molt bona	5%	5%	2%	89%
	Excel·lent	2%	4%		94%
Total		6%	3%	2%	89%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

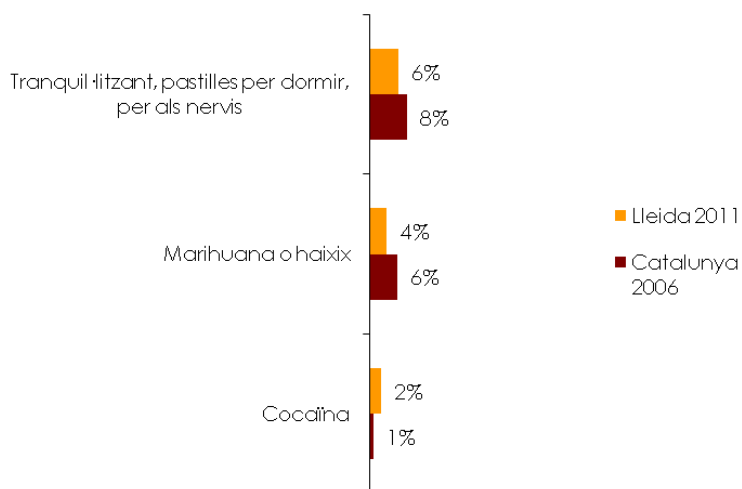
També en aquest cas es poden comparar els resultats de la consulta de Lleida amb els de l'ESCA. Així, en comparació amb Catalunya, els consums dels tres tipus de substàncies psicoactives són inferiors a la capital del Segrià, amb l'única excepció de la cocaïna consumida en els darrers 30 dies.

Figura 7-33 Consum alguna vegada a la vida de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna a Lleida (2011) i Catalunya (2006)



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

Figura 7-33 Consum en els darrers 30 dies de marihuana o haixix, tranquil·litzants, o cocaïna a Lleida (2011) i Catalunya (2006)



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

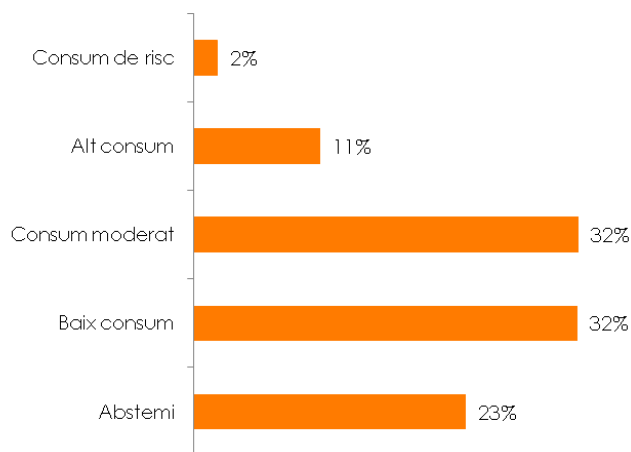
Indicador de consum de substàncies

Com en el cas de l'indicador sobre l'estat de salut, s'ha elaborat un índex que recull els resultats de les tres variables tot just analitzades, per tal de donar una idea global de quina és l'actitud dels lleidatans respecte el consum de substàncies psicoactives. Aquest indicador, l'índex de consum de substàncies, s'ha construït amb base a les següents cinc tipologies:

- **Consum de risc:** Fuma, beu alcohol freqüentment, i ha pres tranquil·litzants, ansiolítics, haixix o cocaïna recentment.
- **Alt consum:** Fuma, beu alcohol freqüentment, però no ha pres tranquil·litzants, ansiolítics o marihuana o haixix o cocaïna recentment; o fuma, beu alcohol esporàdicament però ha pres tranquil·litzants o ansiolítics, o haixix, o cocaïna recentment.
- **Consum moderat:** Fuma i beu alcohol esporàdicament o beu alcohol freqüentment però no fuma ni consumeix altres substàncies; o ni fuma ni beu però consumeix altres substàncies.
- **Baix consum:** fuma o beu esporàdicament però no consumeix altres substàncies.
- **Abstemi:** No fuma, ni beu, ni consumeix altres substàncies.

Els resultats de Lleida ofereixen un panorama clar: quatre categories amb un pes remarcable (les quatre darreres), i una primera, la del consum de risc, amb una presència residual.

Figura 7-34 Consum de substàncies a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si creuem aquest segon índex amb la sociodemografia de la ciutat obtenim de nou una caracterització de perfils més proclius a cada tipus de consum. Així, en el cas del consum de risc, únicament la franja d'edat de 26 a 35 anys i els qui tenen alguna incapacitat o invalidesa permanent presenten un resultat significativament a l'alça respecte la mitjana. Per a l'alt consum de substàncies, en canvi, hi ha més varietat: homes, joves de 19 a 25 anys, aturats, i persones que viuen en llars amb més de 5 persones. El consum moderat és més present, respecte a la mitjana, en els homes, mentre que el baix consum ho és entre les dones, el grup d'edat de 26 a 35, els qui tenen un nivell d'estudis alt, els qui pateixen alguna incapacitat o tenen invalidesa

permanent, i els qui viuen en llars de 4-5 unitats. Els abstemis, per últim, els trobem en major proporció entre les dones, el grup de 71 anys o més, el nivell d'estudis baix, els qui es dediquen a tasques de la llar, els jubilats/pensionistes o amb incapacitat o invalidesa, i en les llars amb 1 sola persona o amb més de 5.

Figura 7-35 Consum de substàncies a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Indicador consum de substàncies				
		Consum de risc	Alt consum	Consum moderat	Baix consum	No consumeix
Sexe	Home	2%	14%	41%	28%	15%
	Dona	1%	7%	24%	37%	31%
Edat	De 16 a 18 anys		14%	24%	38%	24%
	De 19 a 25 anys	6%	22%	39%	25%	8%
	De 26 a 35 anys	6%	10%	26%	43%	16%
	de 36 a 55 anys	1%	14%	34%	32%	20%
	De 56 a 70 anys	2%	3%	32%	34%	29%
	71 o més anys		2%	38%	19%	42%
Nivell d'estudis	Nivell baix	1%	8%	30%	22%	39%
	Nivell mig	2%	13%	33%	34%	18%
	Nivell alt	3%	9%	34%	39%	15%
Situació laboral	Tasques de la llar			37%	29%	33%
	Estudiant	3%	10%	34%	34%	17%
	Ocupat	2%	12%	33%	37%	17%
	Aturat	4%	28%	26%	24%	17%
	Jubilat / Pensionista		2%	34%	25%	38%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	8%		15%	39%	38%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	3%	11%	28%	20%	37%
	2-3 persones	3%	10%	32%	32%	23%
	4-5 persones	1%	11%	35%	36%	17%
	Més de 5 persones		25%	13%	25%	38%
Total		2%	11%	32%	32%	23%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

En el cas dels creuaments amb els indicadors agregats, el consum de risc destaca entre els molt actius i els qui tenen un hàbit de consulta inexistent, mentre que l'alt consum ho fa en els totalment sedentaris, els qui tenen un hàbit preventiu i de control de la salut baix, i els qui presenten un estat de salut bo. El consum moderat és més habitual que la mitjana entre els moderadament actius, els que no tenen hàbit preventiu, i els que gaudeixen d'un estat de salut excel·lent. El baix consum té molts perfils amb percentatges significativament a l'alça respecte la mitjana: totalment sedentaris i lleugerament actius, sense hàbit preventiu o de control de la salut o contràriament amb un alt hàbit, amb sense hàbit de consulta mèdica, i amb un estat de salut molt bo. Finalment, els abstemis destaquen entre els enquestats d'elevat hàbit preventiu i un estat de salut general dolent o molt dolent.

Figura 7-36 Consum de substàncies a Lleida i perfils per indicadors

		Indicador consum de substàncies				
		Consum de risc	Alt consum	Consum moderat	Baix consum	No consumeix
Indicador d'activitat	Totalment sedentari		19%	21%	34%	26%
	Lleugerament actiu	2%	9%	31%	36%	23%
	Moderadament actiu	2%	9%	38%	28%	22%
	Molt actiu	5%	10%	33%	33%	19%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	2%	14%	36%	39%	9%
	Baix	3%	17%	32%	31%	16%
	Moderat	2%	9%	34%	29%	27%
	Alt	1%	5%	27%	34%	32%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	5%	13%	29%	36%	18%
	Baix	1%	11%	34%	32%	22%
	Moderat	3%	11%	30%	31%	25%
	Alt		5%	34%	34%	27%
Indicador de salut	Molt dolenta			14%	32%	54%
	Dolenta	2%	4%	34%	28%	32%
	Bona		15%	29%	30%	26%
	Molt bona	4%	11%	31%	36%	18%
	Excel·lent		12%	43%	30%	15%
Total		2%	11%	32%	32%	23%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

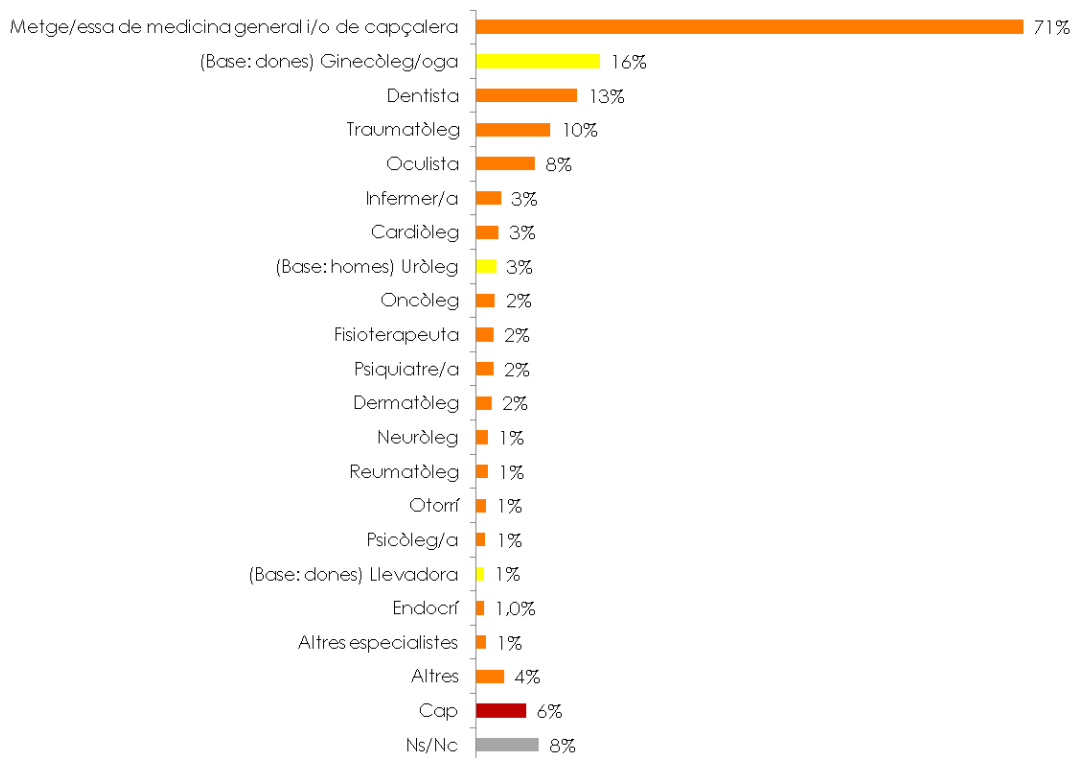
7.3 Hàbits mèdics

Visites mèdiques

Quan es demana als enquestats pels metges visitats en els darrers 12 mesos, una majoria aclaparadora (71%) cita el metge de medicina general o de capçalera, a considerable distància del ginecòleg (16% de les dones), dentista (13%), o traumatòleg (10%), les altres tres especialitats visitades per més d'un 10% dels consultats. Únicament un 6% diu no haver passat per cap consulta.

De mitjana, cada lleidatà ha visitat 1,5 metges en el darrer any.

Figura 7-37 Visites a metges en els darrers 12 mesos a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els perfils sociodemogràfics que mostren una major tendència a visitar el metge de capçalera són el grup d'edat de 71 anys o més, els jubilats/pensionistes o incapacitats o amb invalidesa permanent, i els qui viuen sols. En el cas del ginecòleg, les dones de 36 a 55 anys, les que tenen un nivell d'estudis alt, les ocupades, les que tenen alguna incapacitat, i les que viuen en llars amb 4-5 persones són les que es visiten en un grau superior a la mitjana. Amb el dentista els perfils que trobem són els del grup d'edat més jove (16-35 anys), els estudiants, i els que viuen amb 4-5 persones. En el cas del traumatòleg els perfils canvien: nivell alt d'estudis, dedicació a tasques de la llar, i situació d'incapacitat o invalidesa permanent. La darrera de les especialitats amb un cert pes, l'oculista, és relativament més visitat pel grup d'edat de 71 anys o més, estudiants o aturats, i llars unipersonals. Per últim, les dues característiques amb percentatges significativament a l'alça de no visita en el darrer any són el nivell alt d'estudis i les llars ocupades per més de 5 persones.

Figura 7-37 Visites a metges en els darrers 12 mesos a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Metges que ha visitat en els últims 12 mesos							
		Metge/essa de medicina general i/o de capçalera	(Base: dones) Ginecòleg/oga	Dentista	Traumatòleg	Oculista	Altres	Cap	Ns/Nc
Sexe	Home	70%		15%	10%	8%	20%	6%	9%
	Dona	71%	16%	11%	9%	7%	28%	7%	7%
Edat	De 16 a 35 anys	66%	19%	20%	12%	9%	8%	8%	8%
	de 36 a 55 anys	64%	23%	12%	11%	5%	27%	7%	12%
	De 56 a 70 anys	83%	9%	6%	3%	8%	45%	2%	5%
	71 o més anys	87%		4%	8%	11%	38%	6%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	80%	3%	7%	8%	7%	34%	6%	6%
	Nivell mig	70%	18%	14%	8%	9%	18%	5%	9%
	Nivell alt	61%	31%	18%	14%	6%	24%	10%	9%
Situació laboral	Tasques de la llar	83%	9%	8%	17%	4%	37%	8%	4%
	Estudiant	69%		19%	7%	12%	5%	9%	7%
	Ocupat	61%	31%	14%	10%	5%	16%	8%	13%
	Aturat	72%	5%	15%	13%	7%	26%	4%	9%
	Jubilat / Pensionista	87%		7%	5%	12%	44%	2%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	85%	22%	16%	16%	8%	61%	8%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	86%	4%	11%	8%	17%	25%	3%	9%
	2-3 persones	75%	15%	10%	10%	8%	28%	5%	7%
	4-5 persones	59%	21%	18%	10%	5%	17%	9%	10%
	Més de 5 persones	63%		13%			13%	12%	12%
Total		71%	16%	13%	10%	8%	24%	6%	8%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

L'anàlisi per indicadors agregats ens proporciona nous perfils. El metge de capçalera és visitat comparativament més pels qui tenen un hàbit preventiu alt, pels qui tenen un hàbit de consulta mèdica moderat o alt, i pels qui pateixen un estat de salut dolent o molt dolent. A excepció de les dues darreres característiques, aquestes són també les pròpies de les dones que visiten el ginecòleg. En el cas del dentista, ho són els molt actius, els que no tenen hàbit preventiu, i els qui tenen un hàbit de consulta mèdic moderat o alt, dues característiques darreres que també es donen entre els que visiten el traumatòleg, a les quals cal afegir-hi els enquestats d'activitat totalment sedentària, els qui mostren un patró de consum moderat de substàncies, un hàbit de control de salut baix, i un estat de salut molt dolent. L'oculista és consultat proporcionalment més pels qui tenen un consum de risc de substàncies i un hàbit de consulta mèdic moderat. Finalment, els qui no han visitat el metge en els últims 12 mesos són també més habituals respecte la mitjana entre els consumidors de risc de substàncies i –òbviament– els qui mostren un hàbit de consulta mèdica inexistent.

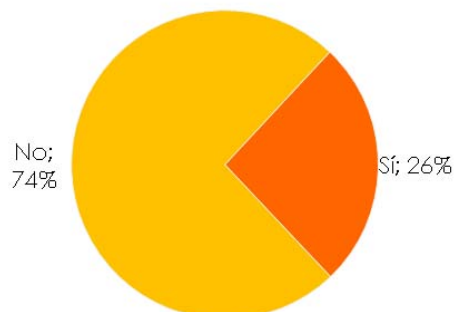
Figura 7-38 Visites a metges en els darrers 12 mesos a Lleida i perfils per indicadors

		Metges que ha visitat en els últims 12 mesos							
		Metge/essa de medicina general i/o de capçalera (Base: dones) Ginecòleg/oga	Dentista	Traumatòleg	Oculista	Altres	Cap	Ns/Nc	
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	77%	14%	13%	13%	3%	27%	3%	5%
	Lleugerament actiu	71%	16%	11%	7%	9%	23%	7%	9%
	Moderadament actiu	71%	16%	13%	12%	9%	26%	6%	8%
	Molt actiu	52%	20%	29%	5%		10%	14%	14%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	62%		13%		25%		25%	
	Alt consum	70%	14%	12%	7%	5%	18%	5%	16%
	Consum moderat	70%	18%	13%	14%	7%	27%	3%	8%
	Baix consum	66%	13%	15%	8%	8%	21%	11%	8%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	No consumeix	79%	18%	11%	8%	8%	30%	4%	4%
	Sense hàbit	58%		22%	9%	9%	6%	14%	12%
	Baix	60%	3%	15%	14%	8%	16%	5%	14%
	Moderat	74%	20%	11%	7%	5%	27%	6%	5%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	85%	20%	7%	12%	12%	43%	3%	4%
	Sense hàbit							49%	51%
	Baix	71%	9%	6%	5%	2%	8%	2%	3%
	Moderat	89%	26%	26%	17%	19%	45%		3%
Indicador de salut	Alt	89%	29%	25%	18%	9%	66%		
	Molt dolenta	96%	7%	9%	18%	5%	59%	4%	
	Dolenta	89%	4%	4%	6%	11%	64%		2%
	Bona	80%	15%	8%	8%	5%	30%	2%	5%
	Molt bona	65%	20%	18%	11%	9%	15%	9%	9%
Total	Excel·lent	56%	20%	13%	8%	7%	7%	9%	14%
Total		71%	16%	13%	10%	8%	24%	6%	8%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Quan es demana, en canvi, per les visites realitzades en els darrers 15 dies, només un de cada quatre enquestats manifesten haver anat al metge.

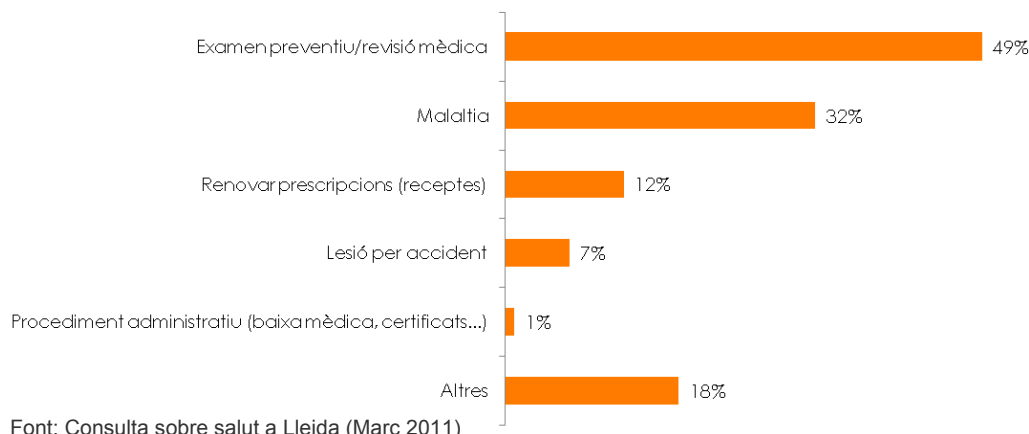
Figura 7-39 Visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els principals motius que van impulsar aquest 26% de lleidatans a anar al metge van ser la realització d'un examen preventiu o revisió mèdica (49%), o una malaltia (32%).

Figura 7-40 Motiu de les visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Les dones, el grup d'edat de 56 a 70 anys, les persones que es dediquen a tasques de la llar, els qui es troben en situació d'incapacitat o invalidesa permanent i els qui viuen sols són els qui presenten uns percentatges de visita mèdica en els darrers 15 dies significativament a l'alça. Per contra, els homes, els qui tenen un nivell d'estudis alt, els estudiants, i els qui viuen en llars amb més de 5 persones, manifesten la tendència contrària.

Figura 7-41 Visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida i perfils sociodemogràfics

		En els darrers 15 dies, vostè ha estat visitat per algun metge?	
		Si	No
Sexe	Home	21%	79%
	Dona	31%	69%
Edat	De 16 a 35 anys	23%	77%
	de 36 a 55 anys	26%	74%
	De 56 a 70 anys	34%	66%
	71 o més anys	24%	76%
Nivell d'estudis	Nivell baix	27%	73%
	Nivell mig	27%	73%
	Nivell alt	23%	77%
Situació laboral	Tasques de la llar	38%	62%
	Estudiant	17%	83%
	Ocupat	25%	75%
	Aturat	24%	76%
	Jubilat / Pensionista	27%	73%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	54%	46%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	31%	69%
	2-3 persones	27%	73%
	4-5 persones	24%	76%
	Més de 5 persones	13%	87%
Total		26%	74%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els totalment sedentaris, amb un hàbit preventiu alt, un hàbit de consulta mèdica també alt, o un estat de salut molt dolent són perfils amb % de visites al metge en la darrera quinzena significativament elevats; situació inversa a la dels enquestats molt actius, amb consum de risc de substàncies psicoactives, amb un hàbit preventiu baix o inexistent, sense hàbit de consulta mèdica, o amb un estat de salut excel·lent.

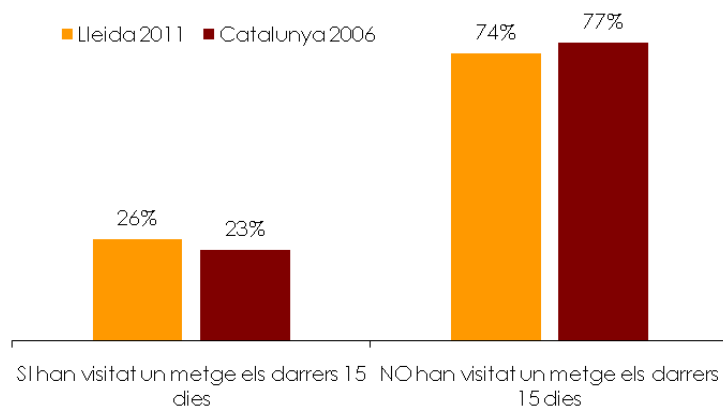
Figura 7-42 Visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida i perfils per indicadors

		En els darrers 15 dies, vostè ha estat visitat per algun metge?	
		Si	No
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	43%	57%
	Lleugerament actiu	23%	77%
	Moderadament actiu	24%	76%
	Molt actiu	14%	86%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		100%
	Alt consum	30%	70%
	Consum moderat	22%	78%
	Baix consum	24%	76%
	No consumeix	34%	66%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	14%	86%
	Baix	20%	80%
	Moderat	28%	72%
	Alt	41%	59%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit		100%
	Baix	24%	76%
	Moderat	32%	68%
	Alt	47%	53%
Indicador de salut	Molt dolenta	64%	36%
	Dolenta	34%	66%
	Bona	30%	70%
	Molt bona	21%	79%
	Excel·lent	19%	81%
Total		26%	74%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

La comparació amb Catalunya, a partir dels resultats de l'ESCA, permet afirmar que Lleida té una lleugera tendència a anar més al metge que la mitjana catalana.

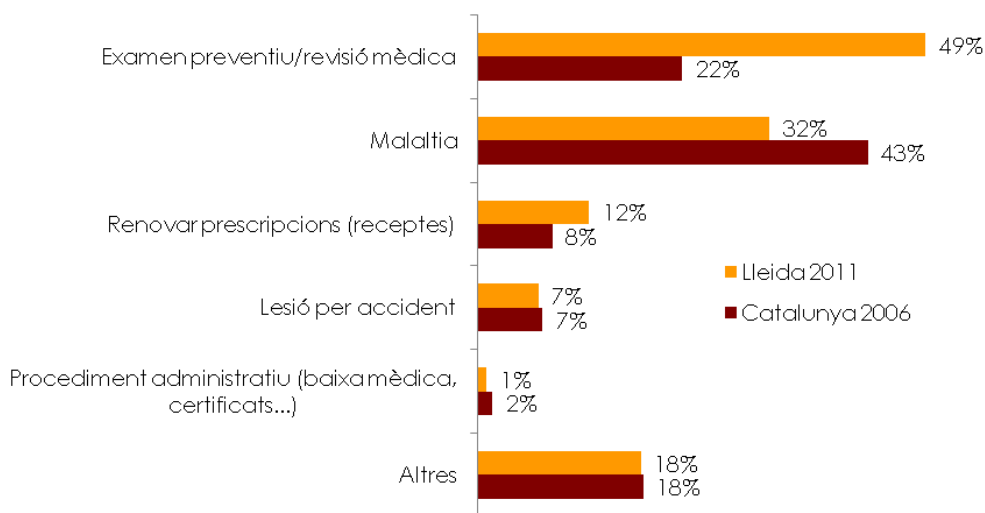
Figura 7-42 Visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida (2011) i Catalunya (2006)



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

Sí que s’observen variacions substancials entre les dades lleidatanes i les catalanes pel que fa al motiu de la consulta. Així, mentre a Catalunya predominen les consultes relacionades amb alguna malaltia, a certa distància dels exàmens preventius, a Lleida la situació és inversa; i és que com ja s’ha vist aquests darrers representen pràcticament la meitat dels motius aportats pels enquestats, mentre que les malalties només motiven el 32% de les visites lleidatanes.

Figura 7-43 Motius de les visites al metge en els darrers 15 dies a Lleida (2011) i Catalunya (2006)



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

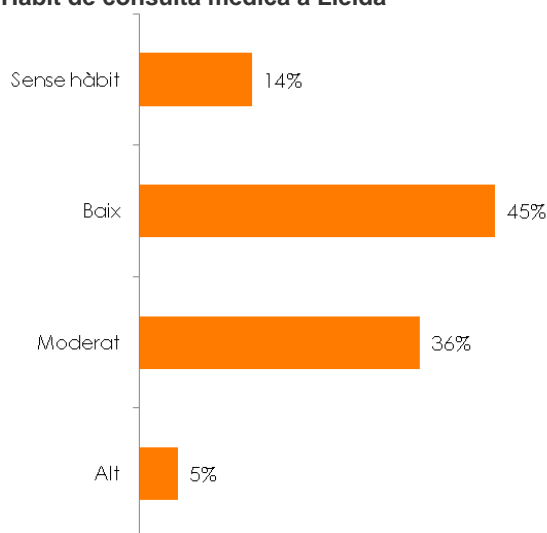
Indicador hàbit de consulta mèdica

Amb l'objectiu de conèixer el grau d'hàbit de consulta respecte problemes o dubtes relacionats amb la salut dels lleidatans s'ha elaborat un tercer indicador, aquest cop de consulta mèdica. Aquest índex ha estat construït a partir del nombre de metges als que ha visitat durant l'últim any i el nombre de motius pels quals ha visitat al metge en els darrers 15 dies, donant lloc a quatre categories:

- **Sense hàbit:** cap metge visitat durant l'últim any o durant els darrers 15 dies.
- **Baix:** 1 metge durant l'últim any i 1 motiu de visita durant els últims 15 dies
- **Moderat:** 2 o més metges durant l'últim any, però cap visita en els darrers 15 dies.
- **Alt:** 1 metge durant l'últim any i 2 o més motius de visita en els darrers 15 dies; 3 o més metges durant l'últim any i 1 o més motius de visita en els darrers 15 dies.

Els resultats ens porten a visualitzar unes categories força equilibrades: un elevat percentatge de lleidatans amb hàbit de consulta mèdica baix (45%) o moderat (36%), i uns percentatges baixos o marginals d'hàbits alts (5%) o inexistents (14%).

Figura 7-44 Hàbit de consulta mèdica a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

El creuament amb les variables sociodemogràfiques proporciona nous perfils associats a cadascuna de les categories. Així, els ocupats i els qui viuen en llars amb més de 5 persones destaquen per una major freqüència de l'hàbit de consulta mèdica inexistente, de la mateixa manera que els estudiants i, de nou, els qui viuen amb més de 5 persones la tenen respecte el

baix hàbit de consulta. Els jubilats/pensionistes i els incapacitats tenen percentatges significativament superiors d'hàbit de consulta moderat, mentre que aquests darrers, i els qui es dediquen a les tasques de la llar, el tenen alt.

Figura 7-45 Hàbit de consulta mèdica a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Indicador hàbit de consulta mèdica			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Sexe	Home	15%	48%	34%	2%
	Dona	13%	42%	37%	7%
Edat	De 16 a 35 anys	16%	49%	31%	4%
	de 36 a 55 anys	18%	42%	34%	5%
	De 56 a 70 anys	6%	41%	45%	8%
	71 o més anys	8%	47%	43%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	12%	42%	41%	4%
	Nivell mig	14%	49%	33%	5%
	Nivell alt	18%	42%	34%	6%
Situació laboral	Tasques de la llar	12%	46%	25%	17%
	Estudiant	16%	55%	28%	2%
	Ocupat	20%	46%	30%	5%
	Aturat	13%	46%	33%	9%
	Jubilat / Pensionista	4%	42%	54%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	8%	15%	69%	8%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	11%	43%	40%	6%
	2-3 persones	12%	43%	38%	6%
	4-5 persones	18%	48%	31%	3%
	Més de 5 persones	25%	63%	13%	
Total		14%	45%	36%	5%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

En el cas del conjunt d'indicadors agregats, quatre tipus d'enquestats tenen un percentatge significatiu d'hàbit de consulta inexistent: els molt actius, els consumidors de risc de substàncies psicoactives, els qui no tenen hàbit preventiu o de control de salut, i els qui gaudeixen d'un estat de salut excel·lent. Tres tipus més tendeixen per sobre la mitjana a un hàbit baix: consumidors de risc de substàncies, de nou, els qui han desenvolupat un hàbit preventiu baix, i també altre cop els que disposen d'un excel·lent estat de salut. Els qui tenen una tendència moderada a la visita mèdica, accentuada per sobre la mitjana, són els totalment sedentaris, els qui tenen un hàbit preventiu alt, i els qui pateixen d'un estar de salut dolent o molt dolent. Aquesta última tipologia d'enquestats és la que presenta un % significativament a l'alça d'hàbit de consulta mèdica alt.

Figura 7-46 Hàbit de consulta mèdica a Lleida i perfils per indicadors

		Indicador hàbit de consulta mèdica			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	6%	44%	47%	3%
	Lleugerament actiu	15%	47%	33%	5%
	Moderadament actiu	14%	44%	36%	6%
	Molt actiu	29%	47%	19%	5%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	25%	50%	25%	
	Alt consum	21%	47%	28%	5%
	Consum moderat	11%	49%	35%	5%
	Baix consum	18%	40%	38%	3%
	No consumeix	9%	46%	37%	9%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	26%	45%	27%	2%
	Baix	19%	54%	25%	2%
	Moderat	11%	47%	36%	5%
	Alt	7%	30%	54%	9%
Indicador de salut	Molt dolenta	4%	18%	63%	14%
	Dolenta	2%	36%	53%	8%
	Bona	7%	46%	43%	4%
	Molt bona	18%	45%	31%	5%
	Excel·lent	22%	56%	21%	1%
Total		14%	45%	36%	5%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

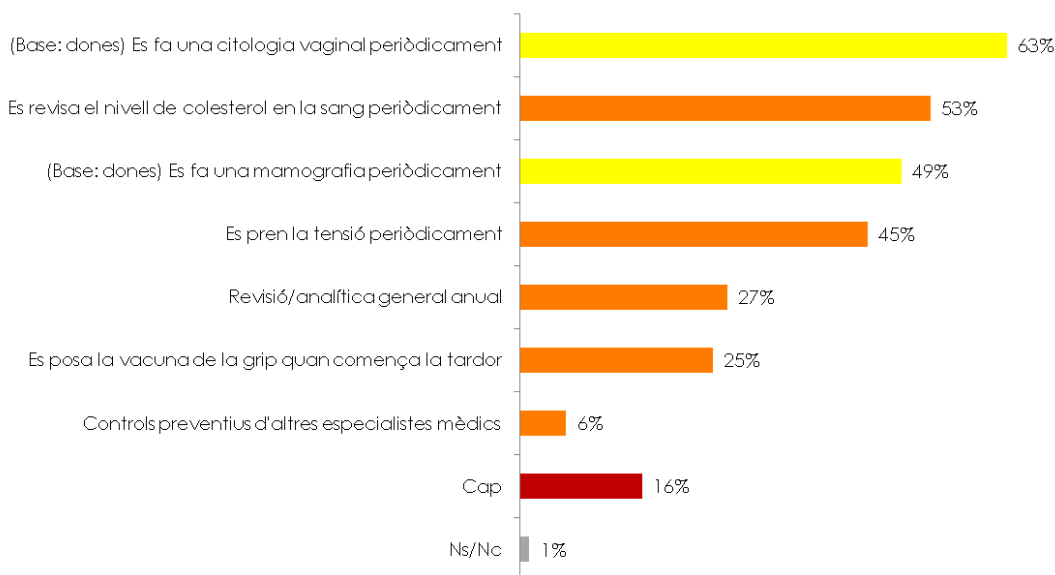
7.4 Hàbits preventius

Activitats preventives

La realització d'activitats preventives i de control de la salut entre els lleidatans és un altre dels aspectes analitzats en la consulta. 2 de les 3 accions preventives més freqüents entre els enquestats (la citologia vaginal i la mamografia) les duen a terme exclusivament les dones. Aquestes dues, conjuntament amb la revisió del nivell de colesterol a la sang, les realitzen la meitat o més de la població elegible. Contràriament, però, fins a un 16% dels consultats no posa en pràctica cap acció preventiva o de control de la seva salut.

De mitjana, sense prendre en consideració els Ns/Nc, cada enquestat executa 2,2 accions preventives.

Figura 7-47 Activitats preventives a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

El creuament d'aquesta variable amb les característiques sociodemogràfiques fa aflorar determinats perfils. Així, l'administració de la vacuna de la grip és proporcionalment més habitual entre els dones, gent gran (71 anys o més), nivell baix d'estudis, persones dedicades a les tasques de la llar, jubilats/pensionistes, i llars d'una sola persona. En el cas del control de la tensió, els dos grups d'edat més avançada (de 56 en endavant), el nivell d'estudis baix, la qualitat de pensionista o jubilat, i la incapacitació o invalidesa permanent són els factors que presenten els percentatges més elevats amb una significació estadística. Per a la revisió del colesterol es reiteren els elements apareguts en els dos casos anteriors: dona, dos grups d'edat més grans, nivell baix d'estudis, tasques de la llar, i jubilat/pensionista. Les analítiques generals són comparativament més habituals entre els homes, grup d'edat de 16 a 35 anys, ocupats, incapacitats o amb invalidesa, i persones que viuen en llars de 4-5 persones.

Les dues accions preventives que realitzen només les dones, la mamografia i la citologia, responen a un grup de característiques comunes que es donen amb major mesura: grup d'edat de 36 a 56 anys, nivell d'estudis alt, i incapacitat o invalidesa permanent. En el cas de la primera cal afegir-hi el grup d'edat de 56 a 70 anys, i la dedicació a tasques de la llar, i en el cas de la segona, la condició d'ocupada.

Per últim, la no realització de cap activitat preventiva és relativament més habitual en el grup d'edat de 16 a 35 anys i els estudiants.

Figura 7-48 Activitats preventives a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Activitats preventives							Cap	Ns/Nc
		Es posa la vacuna de la grip quan comença la tardor	Es pren la tensió periòdicament	Es revisa el nivell de colesterol en la sang periòdicament	(Base: dones) Es fa una mamografia periòdicament	(Base: dones) Es fa una citologia vaginal periòdicament	Revisió/analítica general anual	Controls preventius d'altres especialistes mèdics		
Sexe	Home	22%	45%	46%			37%	6%	24%	1%
	Dona	28%	45%	60%	49%	63%	16%	6%	8%	1%
Edat	De 16 a 35 anys	11%	17%	25%	9%	52%	37%	8%	32%	1%
	de 36 a 55 anys	6%	43%	57%	76%	81%	32%	5%	12%	2%
	De 56 a 70 anys	61%	78%	82%	97%	76%	9%	5%	2%	
	71 o més anys	72%	85%	85%	28%	31%	6%	4%		2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	48%	73%	71%	54%	54%	12%	7%	4%	3%
	Nivell mig	14%	33%	43%	40%	62%	32%	6%	25%	1%
	Nivell alt	20%	36%	53%	59%	77%	33%	4%	13%	1%
Situació laboral	Tasques de la llar	33%	67%	79%	60%	52%	8%	8%		4%
	Estudiant	7%	7%	10%	4%	20%	19%	10%	52%	2%
	Ocupat	9%	33%	49%	51%	79%	39%	4%	14%	1%
	Aturat	15%	43%	43%	63%	74%	31%	6%	20%	
	Jubilat / Pensionista	73%	88%	88%	55%	50%	7%	4%		1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	38%	77%	69%	77%	89%	38%	15%		
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	46%	60%	72%	48%	43%	11%		14%	
	2-3 persones	29%	53%	61%	51%	65%	26%	6%	12%	2%
	4-5 persones	12%	27%	35%	47%	67%	33%	8%	21%	1%
	Més de 5 persones	13%	38%	25%	50%		38%		25%	
Total		25%	45%	53%	49%	63%	27%	6%	16%	1%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Pel que fa a les característiques associades als diferents indicadors agregats, quatre d'elles presenten uns % significativament elevats respecte les tres primeres accions preventives: no ésser consumidor de substàncies psicotròpiques, tenir un hàbit preventiu alt, i tenir un estat de salut dolent o molt dolent. En el cas de la grip i del nivell de colesterol a la sang, a més, també cal afegir-hi dues més de pròpies: ésser moderadament actiu, i tenir un hàbit preventiu moderat, respectivament. Les dues activitats de control de salut que realitzen les dones coincideixen en els dos factors on s'observa un major pes relatiu: uns hàbits preventiu i de consulta mèdica alts. Les analítiques generals anuals, en canvi, són més freqüents entre els consumidors de risc de substàncies i els qui tenen un hàbit preventiu baix. Per acabar, entre els qui no realitzen cap activitat preventiva hi ha una característica on aquest comportament és òbviament més accentuat: gaudir d'un estat de salut excel·lent.

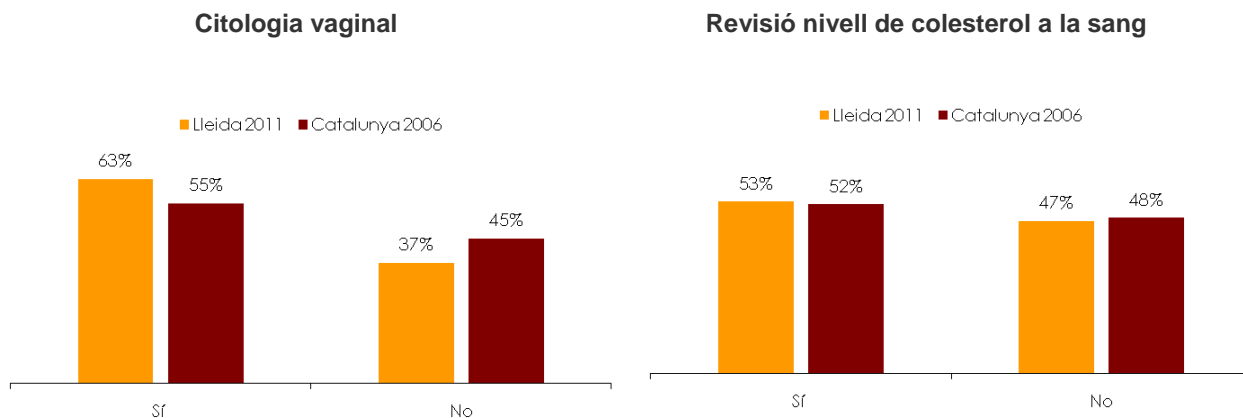
Figura 7-49 Activitats preventives a Lleida i perfils per indicadors

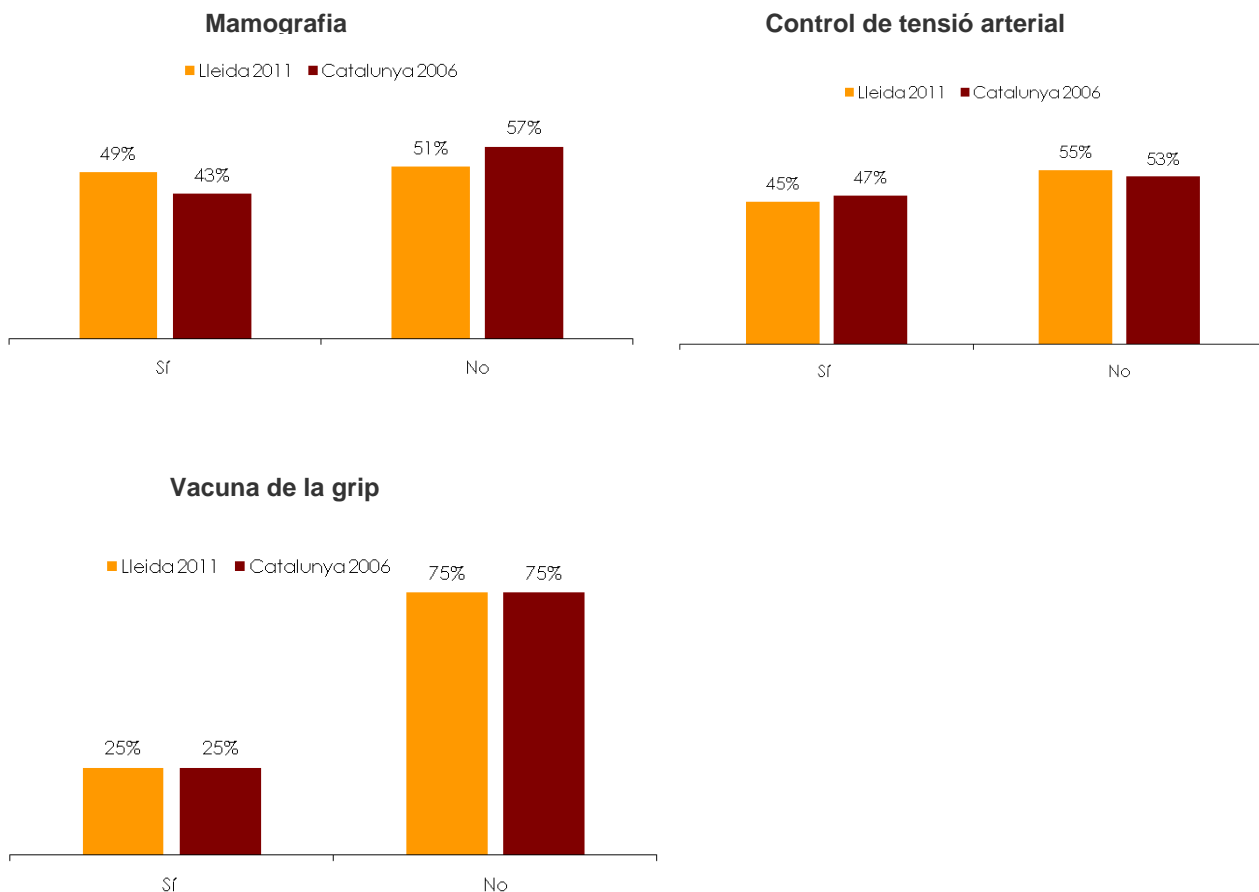
		Activitats preventives								
		Es posa la vacuna de la grip quan comença la tardor	Es pren la tensió periòdicament	Es revisa el nivell de colesterol en la sang periòdicament	(Base: dones) Es fa una mamografia periòdicament	(Base: dones) Es fa una citologia vaginal periòdicament	Revisió/anàlítica general anual	Controls preventius d'altres especialistes mèdics	Cap	Ns/Nc
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	26%	45%	47%	54%	60%	26%	5%	15%	
	Lleugerament actiu	18%	45%	55%	50%	64%	26%	5%	16%	1%
	Moderadament actiu	32%	47%	55%	49%	63%	28%	6%	16%	2%
	Molt actiu	9%	28%	43%	20%	60%	29%	19%	19%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%	50%	37%	33%	66%	50%		13%	
	Alt consum	12%	35%	37%	50%	57%	35%	7%	21%	
	Consum moderat	29%	38%	57%	59%	71%	30%	3%	18%	1%
	Baix consum	20%	42%	46%	45%	62%	25%	6%	19%	2%
	No consumeix	33%	64%	66%	48%	58%	18%	10%	7%	1%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit								100%	
	Baix	5%	7%	11%	13%	45%	47%	5%		
	Moderat	33%	61%	74%	46%	65%	27%	7%		
	Alt	51%	89%	96%	85%	86%	28%	11%		
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	16%	33%	38%	57%	63%	20%		31%	2%
	Baix	26%	38%	49%	46%	58%	30%	3%	16%	2%
	Moderat	29%	55%	63%	47%	64%	22%	7%	13%	1%
	Alt	18%	59%	59%	62%	79%	34%	20%	7%	
Indicador de salut	Molt dolenta	59%	91%	77%	46%	40%	27%	13%		
	Dolenta	53%	81%	79%	60%	64%	17%	10%		
	Bona	35%	56%	60%	56%	69%	26%	11%	6%	
	Molt bona	15%	39%	51%	48%	64%	27%	2%	18%	2%
	Excel·lent	10%	15%	30%	37%	60%	31%	4%	34%	2%
Total		25%	45%	53%	49%	63%	27%	6%	16%	1%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Amb relació a Catalunya, a Lleida crida l'atenció la major freqüència d'activitats preventives que posen en pràctica les dones, especialment les citologies vaginals.

Figura 7-49 Activitats preventives a Lleida i perfils per indicadors





Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

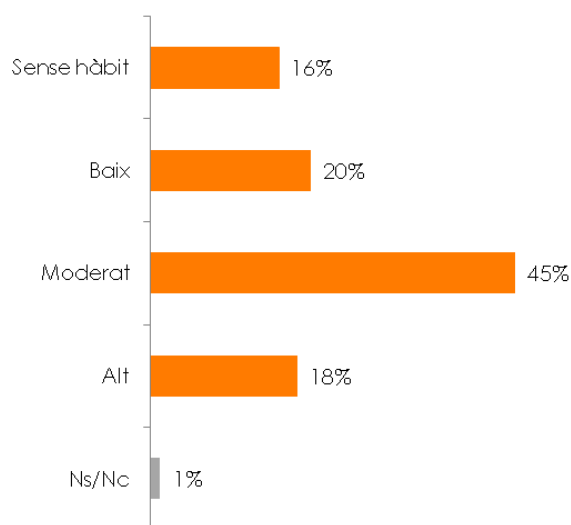
Indicador d'hàbit preventiu i control de salut

La quantitat d'accions preventives serveix de base per a construir un nou indicador que mesuri l'hàbit dels lleidatans a l'hora de controlar la seva salut. Aquest nou índex, doncs, defineix quatre categories diferents en funció del número d'accions dutes a terme pels consultats:

- **Sense hàbit:** Cap acció preventiva
- **Baix:** 1 acció preventiva
- **Moderat:** 2 ó 3 accions preventives
- **Alt:** 4 o més accions preventives

D'acord amb els resultats de l'indicador, quasi la meitat dels lleidatans tenen un hàbit preventiu moderat; és a dir, han realitzat entre 2 i 3 accions per controlar la seva salut.

Figura 7-50 Hàbit preventiu i de control de la salut a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Reafirmant els perfils apuntats en l'apartat anterior, els homes, el grup d'edat de 16 a 35, els qui tenen un nivell mig d'estudis, els estudiants, i els qui viuen en llars amb més de 5 persones registren unes puntuacions més altes que la mitjana en la categoria "sense hàbit". Aquestes dues darreres característiques, juntament a la de grup d'edat de 16 a 35, puntuen per sobre en hàbit preventiu baix. La categoria "moderat", en canvi, només troba un tret amb percentatges significatius per sobre la mitjana, el col·lectiu de 71 o més anys, mentre que l'hàbit preventiu alt en té fins a cinc: dona, grup de 56 a 70 anys, dedicació a tasques de la llar, jubilat/pensionista, i incapacitació/invalidesa permanent.

Figura 7-51 Hàbit preventiu i de control de la salut a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Indicador d'hàbit preventiu/control de salut			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Sexe	Home	24%	25%	47%	4%
	Dona	8%	16%	44%	33%
Edat	De 16 a 35 anys	32%	32%	30%	5%
	de 36 a 55 anys	12%	19%	50%	20%
	De 56 a 70 anys	2%	3%	55%	41%
	71 o més anys		10%	65%	25%
Nivell d'estudis	Nivell baix	4%	13%	54%	30%
	Nivell mig	25%	25%	36%	14%
	Nivell alt	13%	18%	54%	15%
Situació laboral	Tasques de la llar		13%	35%	52%
	Estudiant	53%	33%	12%	2%
	Ocupat	14%	22%	54%	10%
	Aturat	20%	28%	30%	22%
	Jubilat / Pensionista		5%	64%	32%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent		8%	38%	54%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	14%	11%	49%	26%
	2-3 persones	13%	16%	51%	21%
	4-5 persones	22%	28%	37%	14%
	Més de 5 persones	25%	38%	38%	
Total		16%	20%	46%	18%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si ens fixem en la relació entre l'índex i els restants indicadors agregats es constaten noves associacions. Els molt actius, els consumidors de substàncies psicoactives amb un consum alt, moderat i baix, els qui tenen un hàbit de consulta mèdica inexistent, i els que es troben en un excel·lent estat de salut marquen tants per cent d'inexistència d'hàbits preventius significativament elevats. Això mateix passa en el cas dels molt actius i dels consumidors de substàncies d'alt consum amb relació a l'hàbit preventiu baix. Els enquestats amb un nivell d'activitat qualificat de "molt actiu" tornen a registrar un percentatge d'hàbit de consulta moderat força superiors a la mitjana, igual que ho fan els qui no consumeixen substàncies i els qui presenten un estat de salut molt dolent. Per últim, els percentatges marcadament elevats d'hàbit preventiu alt els trobem entre els no consumidors de substàncies psicotròpiques, els qui tenen un hàbit de consulta mèdica igualment alt, i els qui pateixen d'una salut dolenta o molt dolenta.

Figura 7-52 Hàbit preventiu i de control de la salut a Lleida i perfils per indicadors

		Indicador d'hàbit preventiu/control de salut			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	15%	23%	44%	19%
	Lleugerament actiu	16%	17%	47%	20%
	Moderadament actiu	16%	21%	44%	19%
	Molt actiu	19%	29%	52%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%	25%	50%	12%
	Alt consum	21%	33%	37%	9%
	Consum moderat	18%	20%	47%	15%
	Baix consum	20%	20%	41%	19%
	No consumeix	7%	14%	53%	26%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	32%	21%	39%	9%
	Baix	16%	24%	46%	13%
	Moderat	13%	14%	49%	23%
	Alt	7%	18%	38%	37%
Indicador de salut	Molt dolenta		9%	59%	32%
	Dolenta		11%	47%	43%
	Bona	6%	16%	55%	24%
	Molt bona	18%	24%	45%	13%
	Excel·lent	35%	25%	33%	7%
Total		16%	20%	46%	18%

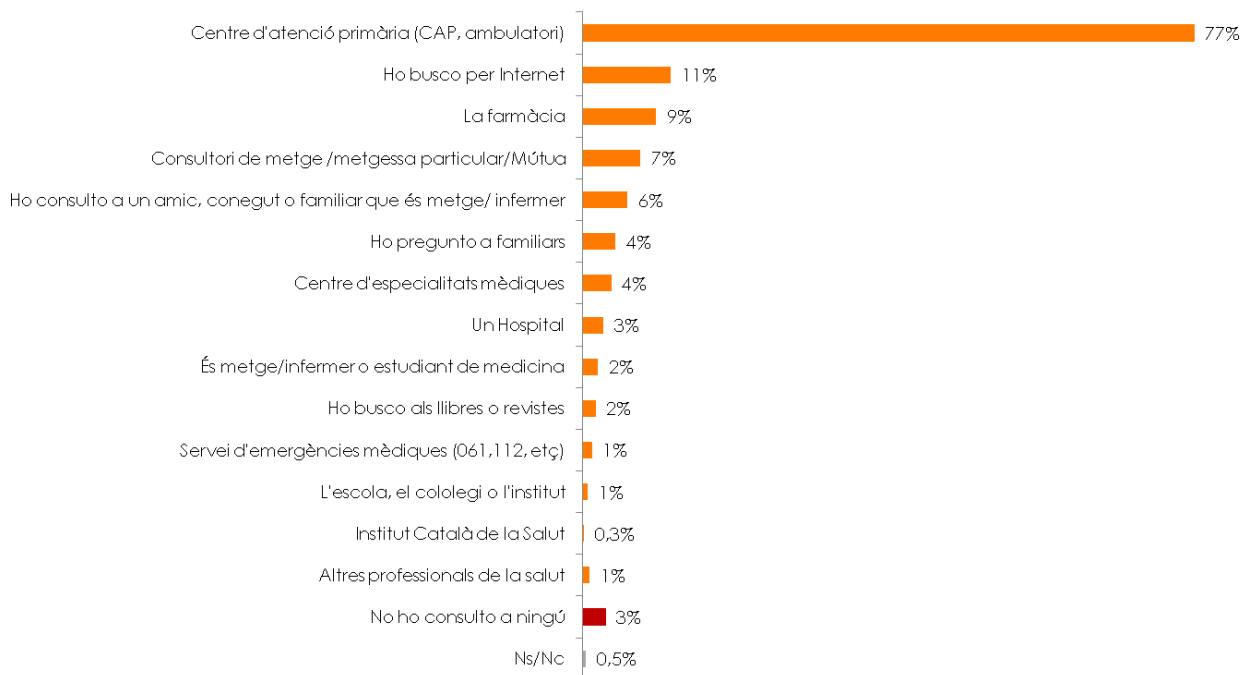
Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Canals d'informació sobre salut

Un element que resulta d'interès és saber a través de quins canals s'informen els lleidatans quan tenen un dubte o consulta sobre algun tema relacionat amb la salut. 3 de cada 4 enquestats canalitzen aquests dubtes mitjançant el seu CAP o ambulatori de referència, un canal institucional que també acaben de complementar els consultoris particulars, centres d'especialitats mèdiques, o hospitals. A gran distància respecte aquest canal se situa en segon lloc Internet, consultat per 1 de cada 10 enquestats. Si a aquesta via li sumem la de la consulta a familiars o amics, la consulta a fonts no especialitzades arriba a representar un 15% de les fonts.

Globalment, els enquestats consulten de mitjana 1,3 canals d'informació.

Figura 7-53 Canals d'informació per resoldre dubtes sobre la salut a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Si ens fixem en els cinc principals canals referits pels enquestats, i els posem en relació a les variables sociodemogràfiques, observem algunes relacions particulars. El CAP, per començar, és una via d'informació que utilitzen en major grau el grup d'edat de 56 a 70 anys, els qui tenen un nivell d'estudis baix, els qui es troben en situació d'atur, jubilació o incapacitat, i els qui viuen en llars amb més de 5 persones. Internet, per contra, és significativament més utilitzat per la franja d'edat de 16 a 35 anys, estudiants, i enquestats que viuen en llars amb una ocupació de 4-5 persones. Per al cas de la farmàcia, aquests percentatges relativament més elevats els trobem en els ocupats i els qui viuen en llars unipersonals, i per als consultoris particulars, en el grup de 35 a 55 anys, nivell alt d'estudis, i persones dedicades a les tasques de la llar. El canal dels amics o familiars amb credencials mèdiques és utilitzat en grau superior a la mitjana per estudiants i persones que conviuen en llars ocupades per més de 5 persones.

Figura 7-54 Canals d'informació per resoldre dubtes sobre la salut a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Canals a través dels que s'informa							
		Centre d'atenció primària (CAP, ambulatori)	Ho busco per Internet	La farmàcia	Consultori de metge /metgessa particular/ Mútua	Ho consulto a un amic, conegut o familiar que és metge/ infermer	Altres	No ho consulto a ningú	Ns/Nc
Sexe	Home	75%	12%	8%	7%	6%	18%	3%	1%
	Dona	79%	10%	10%	8%	5%	14%	3%	0%
Edat	De 16 a 18 anys	59%	22%	3%		5%	38%	3%	
	De 19 a 25 anys	67%	14%	6%	3%	6%	19%		3%
	De 26 a 35 anys	73%	16%	14%	4%	9%	14%		
	de 36 a 55 anys	78%	14%	11%	12%	8%	13%	5%	
	De 56 a 70 anys	92%	2%	8%	8%	2%	18%	2%	
	71 o més anys	81%		8%	8%	2%	8%	6%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	86%	4%	7%	3%	1%	14%	3%	1%
	Nivell mig	77%	14%	10%	7%	7%	16%	3%	1%
	Nivell alt	68%	14%	11%	13%	8%	19%	4%	
Situació laboral	Tasques de la llar	75%		8%	13%	4%	8%	8%	
	Estudiant	52%	22%	5%	2%	9%	33%	2%	2%
	Ocupat	77%	14%	13%	9%	9%	12%	3%	
	Aturat	85%	11%	9%	6%	2%	15%		
	Jubilat / Pensionista	89%		6%	7%		13%	2%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	84%	15%				38%	8%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	71%		17%	8%		14%	6%	
	2-3 persones	83%	9%	7%	7%	4%	14%	2%	0%
	4-5 persones	67%	18%	11%	8%	8%	20%	4%	1%
	Més de 5 persones	88%		12%		12%	25%	12%	
Total		77%	11%	9%	7%	6%	16%	3%	0%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Per indicadors agrupats, les relacions que es poden establir reforcen els perfils prèviament dibuixats. Així, més enllà del pes significativament més elevat dels enquestats amb un hàbit alt de consulta mèdica respecte tots els canals informatius, el CAP és una via utilitzada per sobre de la mitjana per part de consumidors de risc de substàncies psicoactives, persones amb un alt hàbit preventiu, i pels qui tenen un estat de salut molt dolent, dolent o bo. Internet ho és per part dels qui tenen un baix hàbit de prevenció, així com la farmàcia és utilitzada significativament pels consumidors de risc de substàncies. Els qui són moderadament actius mostren una tendència per sobre de la mitjana a canalitzar els seus dubtes per via de consultes privades, mentre que els molt actius i els baixos consumidors de substàncies ho fan amb amics o familiars amb coneixements de medicina o infermeria.

Figura 7-55 Canals d'informació per resoldre dubtes sobre la salut a Lleida i perfils per indicadors

Indicador		Canals a través dels que s'informa							Ns/Nc
		Centre d'atenció primària (CAP, ambulatori)	Ho busco per Internet	La farmàcia	Consultori de metge /metgessa particular/ Mútua	Ho consulto a un amic, conegut o familiar que és metge/ infermer	Altres	No ho consulto a ningú	
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	77%	11%	11%	5%	5%	13%	6%	
	Lleugerament actiu	78%	9%	9%	7%	6%	15%	3%	1%
	Moderadament actiu	76%	14%	10%	10%	5%	19%	2%	1%
	Molt actiu	81%	5%	5%		10%	14%	5%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	87%	13%	25%			25%		
	Alt consum	72%	14%	5%	7%	7%	14%	2%	
	Consum moderat	76%	11%	11%	8%	4%	17%	2%	1%
	Baix consum	76%	15%	10%	8%	10%	15%	2%	
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	No consumeix	82%	5%	7%	6%	2%	18%	5%	1%
	Sense hàbit	48%	17%	9%	3%	9%	20%	8%	2%
	Baix	70%	23%	10%	7%	5%	24%	1%	
	Moderat	85%	5%	9%	9%	6%	13%	2%	
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	89%	7%	11%	8%	3%	13%	3%	
	Sense hàbit	60%	7%	4%	2%	2%	9%	15%	
	Baix	75%	10%	9%	8%	7%	15%	3%	1%
	Moderat	83%	7%	5%	7%	2%	11%		
Indicador de salut	Alt	89%	30%	27%	14%	14%	45%		
	Molt dolenta	86%	4%		9%		32%	14%	
	Dolenta	87%	11%	9%	8%	2%	11%		
	Bona	88%	4%	9%	4%	5%	17%	2%	
	Molt bona	73%	14%	11%	8%	8%	14%	3%	1%
Total	Excel·lent	66%	15%	8%	9%	6%	19%	2%	1%
Total		77%	11%	9%	7%	6%	16%	3%	0%

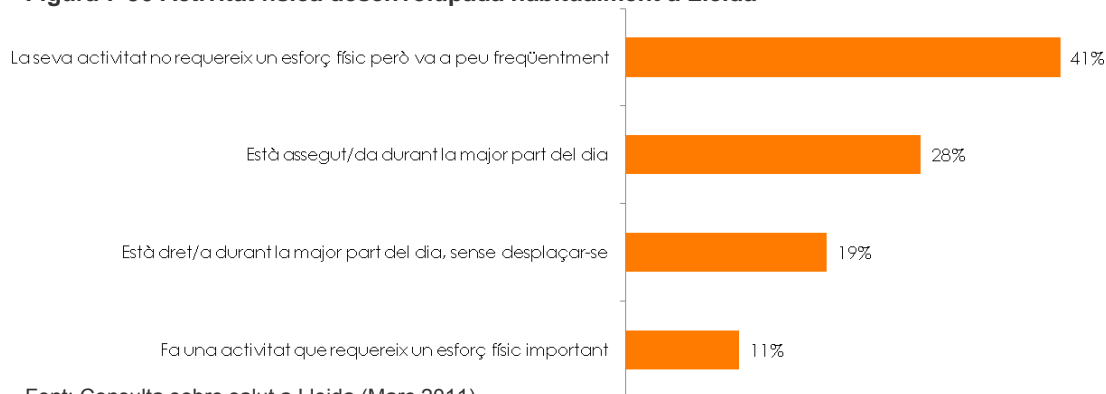
Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

7.5 Activitat física

Activitat física habitual

Quan es demana als enquestats pels seus hàbits en activitat física, una majoria afirma que es desplaça freqüentment a peu, malgrat desenvolupar una activitat habitual que no requereix esforç físic. Les activitats estàtiques, però, siguin aquestes assegudes o dempeus, agrupen conjuntament un volum encara més gran de lleidatans, i únicament 1 de cada 10 realitza una activitat que demani realitzar un esforç físic important.

Figura 7-56 Activitat física desenvolupada habitualment a Lleida



Els perfils sociodemogràfics que amb relació a la mitjana més estan asseguts durant el gruix del dia són els estudiants i els incapacitats o amb alguna invalidesa permanent. En el cas dels que estan drets sense desplaçar-se, únicament es pot establir aquesta relació amb els ocupats. El grup més nombrós, el de la resposta que combina una activitat que no requereix esforç físic acompanyada de desplaçaments es presenta en percentatges significatius pel grup d'edat de 71 anys i més, persones dedicades a tasques de la llar, jubilats/pensionistes, i persones amb incapacitat. Per últim, els homes, el grup de 16 a 35 anys, el de nivell mig d'estudis, el d'estudiants, i el de persones que viuen en llars d'entre 4 i 5 persones tenen tendència a caure en major grau dins la categoria dels que desenvolupen una activitat física important.

Figura 7-57 Activitat física desenvolupada habitualment a Lleida i perfils sociodemogràfics

		De les següents possibilitats que li llegiré, podria indicar-nos quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment.			
		Està assegut/da durant la major part del dia	Està dret/a durant la major part del dia, sense desplaçar-se	La seva activitat no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment	Fa una activitat que requereix un esforç físic important
Sexe	Home	26%	17%	40%	16%
	Dona	30%	22%	43%	5%
Edat	De 16 a 35 anys	31%	20%	32%	16%
	de 36 a 55 anys	30%	23%	35%	11%
	De 56 a 70 anys	19%	17%	58%	6%
	71 o més anys	26%	8%	64%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	25%	20%	47%	8%
	Nivell mig	26%	20%	38%	15%
	Nivell alt	35%	17%	42%	6%
Situació laboral	Tasques de la llar	17%	25%	54%	4%
	Estudiant	39%	5%	32%	25%
	Ocupat	26%	28%	34%	13%
	Aturat	35%	22%	35%	9%
	Jubilat / Pensionista	24%	11%	63%	2%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	39%		61%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	37%	14%	43%	6%
	2-3 persones	27%	18%	47%	7%
	4-5 persones	30%	22%	31%	17%
	Més de 5 persones		14%	43%	43%
Total		28%	19%	42%	11%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Tres col·lectius relacionats amb els indicadors agrupats presenten percentatges significativament elevats de resposta “assegut durant la major part del dia”: els totalment sedentaris, els qui han desenvolupat un hàbit alt de consulta mèdica, i els qui tenen un estat de salut molt dolent. Per a la segona resposta, “dret durant la major part del dia sense desplaçar-se”, els perfils que afluïren amb més força són els lleugerament actius i els enquestats amb un alt consum de substàncies psicoactives. També en el cas de la tercera resposta, “activitat que no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment”, els lleugerament actius puntuen per sobre la mitjana, juntament amb els consumidors de risc de substàncies i els qui pateixen un estat de salut dolent. Finalment, els que consultats molt actius, els consumidors de risc de substàncies, i els qui tenen un hàbit preventiu baix destaquen per un % elevat de resposta “activitat que requereix un esforç físic important” .

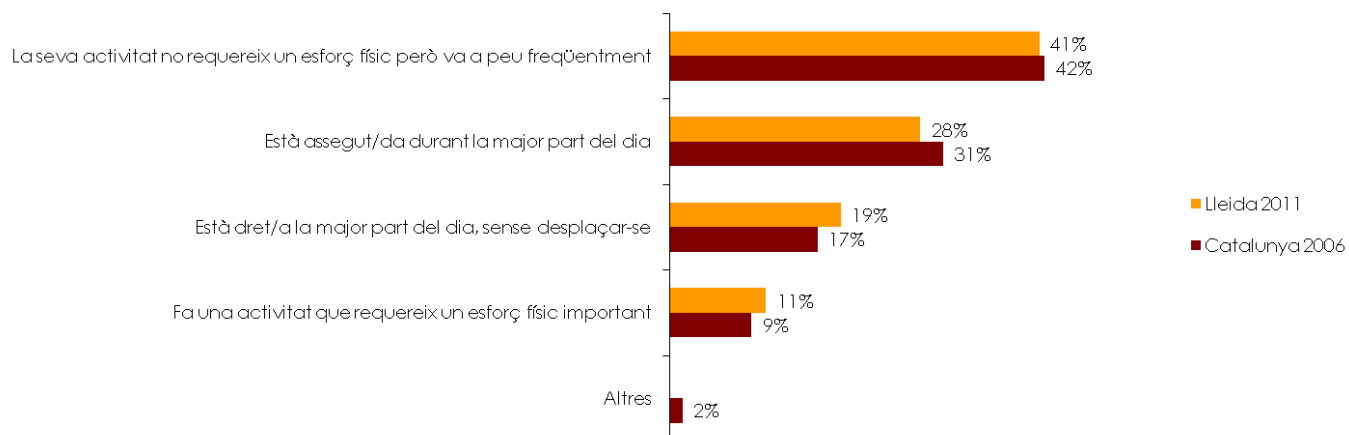
Figura 7-58 Activitat física desenvolupada habitualment a Lleida i perfils per indicadors

		De les següents possibilitats que li llegiré, podria indicar-nos quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment.			
		Està assegut/da durant la major part del dia	Està dret/a durant la major part del dia, sense desplaçar-se	La seva activitat no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment	Fa una activitat que requereix un esforç físic important
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	87%	13%		
	Lleugerament actiu	15%	31%	54%	
	Moderadament actiu	22%	14%	51%	13%
	Molt actiu				100%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%		62%	25%
	Alt consum	28%	30%	26%	16%
	Consum moderat	27%	13%	50%	11%
	Baix consum	29%	20%	39%	12%
	No consumeix	30%	24%	40%	6%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	37%	11%	38%	14%
	Baix	29%	19%	34%	18%
	Moderat	25%	23%	41%	10%
	Alt	28%	16%	53%	3%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	16%	24%	44%	16%
	Baix	29%	19%	39%	12%
	Moderat	26%	20%	46%	8%
	Alt	41%	14%	38%	7%
Indicador de salut	Molt dolenta	41%	18%	41%	
	Dolenta	34%	9%	53%	4%
	Bona	25%	20%	45%	10%
	Molt bona	24%	23%	42%	11%
	Excel·lent	33%	16%	33%	18%
Total		28%	19%	42%	11%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

La comparació dels resultats d'aquesta pregunta amb els obtinguts a Catalunya amb l'ESCA no permeten identificar uns patrons de comportament substancialment diferents a Lleida respecte el conjunt català.

Figura 7-59 Activitat física desenvolupada habitualment a Lleida (2011) i Catalunya (2006)

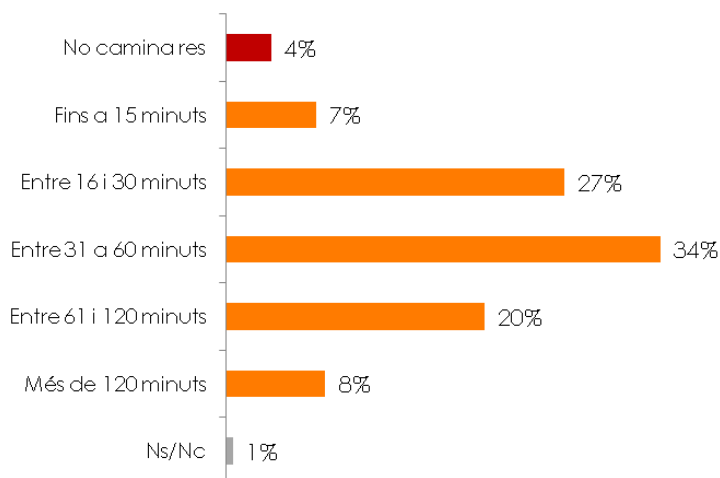


Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011) i ESCA (2006)

Caminar i fer esport

Si ens fixem en els minuts que els enquestats diuen caminar cada dia, de mitjana, la distribució resultant apunta a una majoria de lleidatans (34%) que ho fan entre mitja hora i una hora al dia, per bé que hi ha percentatges importants que caminen entre un quart d'hora i mitja hora (27%), o entre una i dues hores (20%). En qualsevol cas, la mitjana general entre totes les respostes, 1 hora i 12 minuts, supera de llarg el temps del global de Catalunya, que segons l'ESCA és de només 46 minuts.

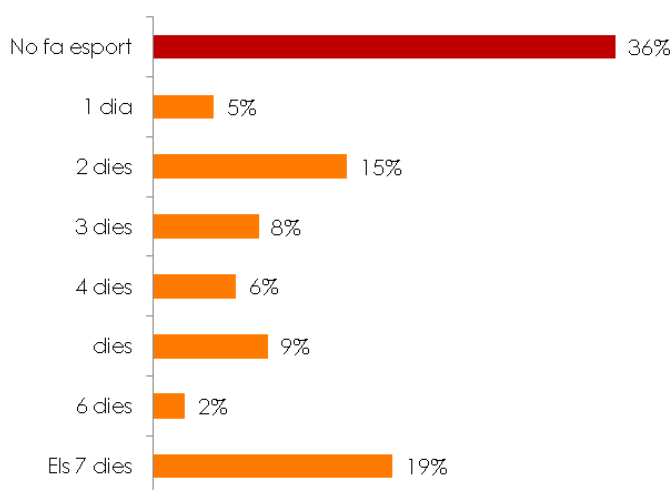
Figura 7-60 Mitjana diària de minuts caminats a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Quan el focus d'atenció és quants dies de la setmana es realitza alguna activitat física o esport, crida l'atenció el fet que pràcticament 4 de cada 10 lleidatans manifestin no practicar-ne mai, en clar contrast amb els 2 de cada 10 que diuen fer-ho cada dia de la setmana. Entremig, l'escalat de dies entre 1 i 6 ofereix percentatges variables i no excessivament elevats, a excepció dels dos dies a la setmana, opció expressada pel 15% dels enquestats. De mitjana, es practica activitat física o esport 3 dies a la setmana.

Figura 7-61 Mitjana de dies a la setmana durant els quals es realitza alguna activitat física o esport a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Els perfils sociodemogràfics que destaquen per ser significativament més caminadors són els homes, els d'edat entre 36 a 55 anys, els de nivell mig d'estudis, els ocupats, i els que viuen en llars amb més de 5 persones. Pel que fa als dies en què es realitza alguna activitat esportiva, únicament els homes i els jubilats/pensionistes obtenen uns percentatges significativament a l'alça.

Figura 7-62 Mitjana diària de minuts caminats, dies a la setmana durant els quals es realitza alguna activitat física o esport a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Nombre de minuts que camina	Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva?
Sexe	Home	83,6	3,1
	Dona	61,0	2,4
Edat	De 16 a 35 anys	66,6	2,8
	de 36 a 55 anys	82,1	2,5
	De 56 a 70 anys	72,2	3,2
	71 o més anys	60,8	2,8
Nivell d'estudis	Nivell baix	58,2	2,4
	Nivell mig	83,3	2,8
	Nivell alt	66,8	3,1
Situació laboral	Tasques de la llar	54,6	2,5
	Estudiant	62,0	2,7
	Ocupat	80,2	2,6
	Aturat	70,7	2,7
	Jubilat / Pensionista	68,7	3,3
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	69,2	2,4
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	70,5	2,5
	2-3 persones	71,7	2,9
	4-5 persones	67,9	2,6
	Més de 5 persones	120,4	2,1
Total		72,3	2,7

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Per indicadors agrupats, els més caminadors són els molt actius, els que no tenen hàbit preventiu o de control de la salut, i els qui gaudeixen d'una bona salut. Evidentment, els molt actius són també un dels perfils que destaca per registrar una xifra de dies a la setmana en els que practica un esport o fa activitat física per sobre de la mitjana, com ho també ho fan els consumidors de risc de substàncies psicoactives, els qui no tenen hàbit de consulta mèdica, i de nou els qui gaudeixen de bona salut.

Figura 7-63 Mitjana diària de minuts caminats, dies a la setmana durant els quals es realitza alguna activitat física o esport a Lleida i perfils per indicadors

		Nombre de minuts que camina	Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva?
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	36,9	0,0
	Lleugerament actiu	67,6	1,0
	Moderadament actiu	80,6	5,0
	Molt actiu	140,6	5,1
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	88,1	3,4
	Alt consum	101,1	2,0
	Consum moderat	67,2	3,3
	Baix consum	75,8	2,4
	No consumeix	59,7	2,7
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	83,1	2,7
	Baix	69,0	2,6
	Moderat	73,0	2,8
	Alt	65,3	2,8
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	78,1	3,4
	Baix	73,1	2,6
	Moderat	70,7	3,0
	Alt	66,7	2,3
Indicador de salut	Molt dolenta	49,8	1,8
	Dolenta	67,5	2,6
	Bona	89,9	3,1
	Molt bona	70,0	2,7
	Excel·lent	68,1	2,8
Total		72,3	2,7

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Indicador d'activitat física

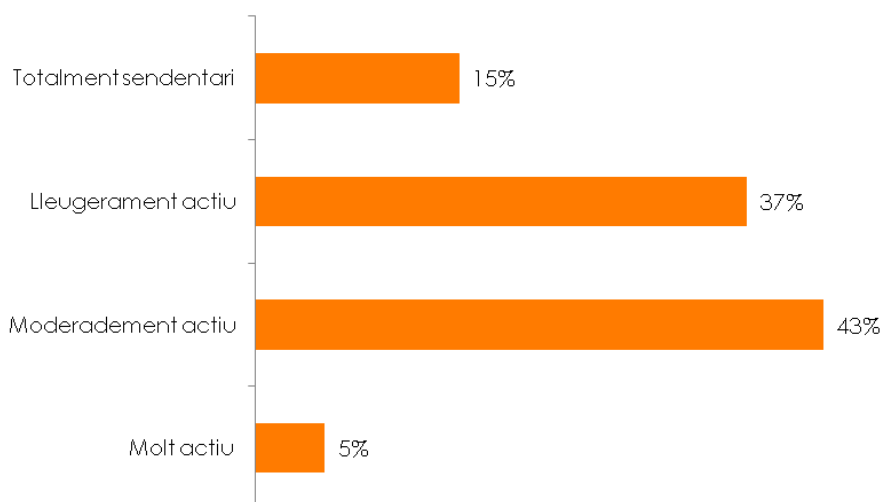
Finalment, per tal de sintetitzar la informació que han aportat les anteriors variables, s'ha elaborat un nou índex que recull de manera agregada quin és el nivell d'activitat dels lleidatans en la seva rutina diària. Les quatre categories que en resulten responen a les següents característiques:

- **Totalment sedentari:** La seva activitat no requereix un esforç físic, està assegut la major part del dia, i no fa esport.

- **Lleugerament actiu:** La seva activitat no requereix esforç físic però camina més d'una hora i fa esport 3 o més dies a la setmana; la seva activitat requereix un esforç físic però no fa esport 3 o més dies a la setmana o no camina més d'una hora diària.
- **Moderadament actiu:** La seva activitat no requereix esforç físic però camina menys d'una hora i/o fa esport menys de 3 dies a la setmana.
- **Totalment actiu:** la seva activitat requereix una activitat física important, camina més de mitja hora al dia i fa esport 3 o més dies.

Els resultats obtinguts en aquest indicador permeten concloure que la gran majoria de lleidatans, 8 de cada 10, són lleugerament o moderadament actius, si bé hi ha un col·lectiu important, de l'ordre del 15%, que és totalment sedentari.

Figura 7-64 Activitat física diària a Lleida



Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

Quines característiques sociodemogràfiques tendeixen a una major associació amb cada categoria? El grup d'edat de 71 o més anys, el de nivell baix d'estudis, els qui es troben incapacitats o tenen invalidesa permanent, i les llars unipersonals presenten en major mesura que la resta percentatges elevats de totalment sedentaris. A les dones i als ocupats els passa el mateix amb els lleugerament actius, mentre que el grup d'edat de 56 a 70 anys i els qui viuen en llars de més de 5 persones ho fan respecte als moderadament actius. Per últim, trobem percentatges significativament elevats de "molt actius" en els homes, en el grup d'edat de 16 a 35 anys, els de nivell mig d'estudis, els estudiants, i novament en les llars ocupades per més de 5 persones.

Figura 7-65 Activitat física diària a Lleida i perfils sociodemogràfics

		Indicador d'activitat			
		Totalment sedentari	Lleugerament actiu	Moderadament actiu	Molt actiu
Sexe	Home	13%	31%	48%	8%
	Dona	17%	42%	38%	2%
Edat	De 16 a 35 anys	10%	37%	45%	8%
	de 36 a 55 anys	18%	39%	38%	5%
	De 56 a 70 anys	12%	34%	51%	3%
	71 o més anys	23%	34%	41%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	21%	36%	41%	2%
	Nivell mig	12%	36%	44%	7%
	Nivell alt	14%	38%	43%	5%
Situació laboral	Tasques de la llar	17%	37%	46%	
	Estudiant	10%	33%	45%	12%
	Ocupat	15%	42%	38%	5%
	Aturat	13%	35%	48%	4%
	Jubilat / Pensionista	19%	30%	48%	2%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	38%	39%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	31%	32%	34%	3%
	2-3 persones	15%	37%	44%	3%
	4-5 persones	12%	38%	42%	8%
	Més de 5 persones	12%	25%	50%	12%
Total		15%	37%	43%	5%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

En el creuament amb els indicadors agregats identifiquem nous perfils per a cadascuna de les categories de l'índex. Així, els totalment sedentaris tenen un pes significativament superior a la mitjana entre els alts consumidors de substàncies i els de salut molt dolenta; els moderadament actius entre els que gaudeixen d'un bon estat de salut; i els molt actius entre els consumidors de risc de substàncies psicoactives i els que tenen un hàbit de consulta mèdica inexistent. Cap de les característiques lligades als indicadors sobresurt amb relació als lleugerament actius.

Figura 7-66 Activitat física diària a Lleida i perfils per indicadors

		Indicador d'activitat			
		Totalment sedentari	Lleugerament actiu	Moderadament actiu	Molt actiu
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		37%	50%	13%
	Alt consum	28%	30%	37%	5%
	Consum moderat	10%	35%	50%	5%
	Baix consum	16%	41%	37%	5%
	No consumeix	17%	37%	42%	4%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	14%	38%	42%	6%
	Baix	17%	31%	44%	8%
	Moderat	15%	38%	41%	6%
	Alt	16%	39%	45%	
Indicador hàbit de consulta mèdica	Sense hàbit	4%	40%	45%	11%
	Baix	16%	39%	40%	5%
	Moderat	16%	33%	47%	4%
	Alt	20%	34%	43%	2%
Indicador de salut	Molt dolenta	37%	32%	32%	
	Dolenta	21%	34%	45%	
	Bona	17%	29%	51%	4%
	Molt bona	12%	41%	40%	7%
	Excel·lent	12%	40%	41%	8%
Total		15%	37%	43%	5%

Font: Consulta sobre salut a Lleida (Març 2011)

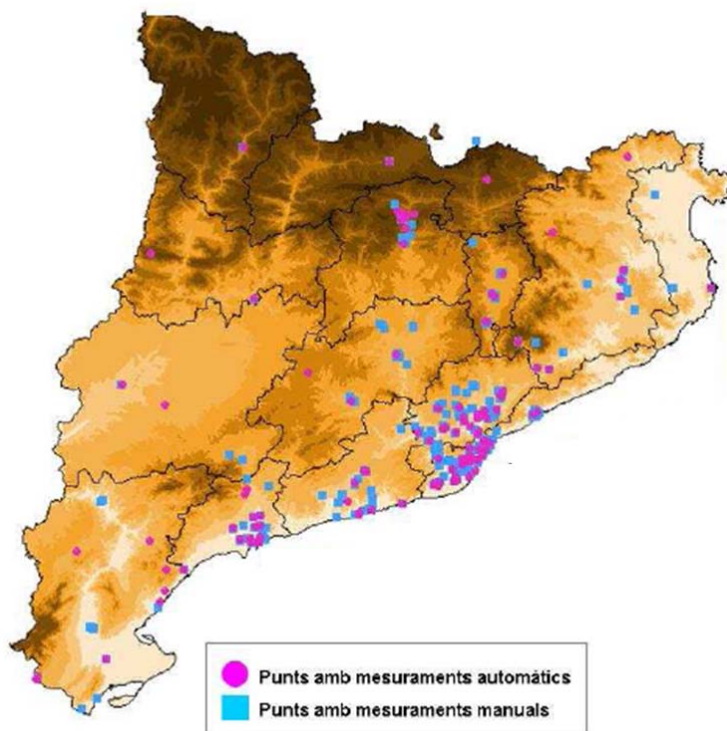
8. Variables ambientals

8.1 Qualitat de l'aire

L'anàlisi de la qualitat de l'aire és necessària per a la qualitat de vida, la salut de les persones i el medi ambient. El Departament de Territori i Sostenibilitat de la Generalitat, responsable de l'avaluació de la qualitat de l'aire a Catalunya, disposa per a tal fi d'una Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica integrada per diferents punts de mesura distribuïts en el territori. Una de les 15 zones de qualitat de l'aire establertes és la de Terres de Ponent, i a Lleida ciutat s'hi ubica una de les quatre estacions de mesura de la zona.

L'estació, situada a la confluència dels carrers Bisbe Irurita i Pius XII, mesura els nivells de diferents contaminants atmosfèrics amb analitzadors automàtics: òxid de nitrogen (NO_x), ozó (O₃), partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM₁₀), monòxid de carboni (CO), i diòxid de sofre (SO₂). Mitjançant equip manual també mesura els de PM₁₀, PM_{2.5} (diàmetre inferior a 2,5 micres), metalls, i benzè.

Figura 8-1 Distribució de les zones de qualitat de l'aire i de les estacions de mesura de la Xarxa de Vigilància i Previsió de Contaminació Atmosfèrica



Font: Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

Per a cada contaminant s'especifiquen uns valors de referència respecte a les seves concentracions a l'aire (valors límit, llindars d'alerta,...). Per alguns contaminants determinats s'estableixen valors límit per a la protecció de la salut humana i valors límit diferents per a la protecció del medi ambient en el seu conjunt. El conjunt d'aquests valors de referència conforma els objectius de qualitat de l'aire.

En el seu informe de Balanç de la qualitat de l'aire a Catalunya 2010, la Direcció General de Qualitat de l'Aire arribava a les següents conclusions pel que fa a la Zona de Terres de Ponent:

- Els nivells de qualitat de l'aire mesurats pel diòxid de nitrogen, el diòxid de sofre, el monòxid de carboni, les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres, les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 2.5 micres, el benzè i el plom estan per sota dels valors límit establerts per la normativa vigent.
- Respecte als nivells mesurats d'arsènic, cadmi, níquel i benzo(a)pirè, no s'han superat els valors objectiu establerts a la legislació.
- Pel que fa als nivells d'ozó troposfèric mesurats són superiors al valor objectiu de protecció de la salut humana d'aplicació a partir de l'any 2013 en un dels dos punts de mesurament d'aquesta zona ubicats a Juneda i Lleida. D'altra banda, no s'ha detectat cap superació del llindar d'informació horari a la població, ni del llindar d'alerta.
- Respecte a l'avaluació dels nivells de la resta de contaminants, a partir de l'inventari d'emissions i les condicions de dispersió de la zona, s'estima que els nivells són inferiors als valors límit.

Cap dels contaminant atmosfèrics, doncs, supera els valors límits normatius. L'únic que registra uns valors superiors als que es fixen com a objectiu de futur immediat és l'ozó troposfèric. Aquesta és una situació idèntica a la dels darrers 3 anys, tal com il·lustra la taula següent.

Figura 8-2 Evolució dels contaminants atmosfèrics a la Zona de Terres de Ponent segons els informes anuals d'estat de la qualitat de l'aire. Anys 2005-2010.

Contaminants	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Diòxid de sofre	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Monòxid de carboni	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Benzè	-	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Diòxid de nitrogen*	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Ozó troposfèric	Superiors als valors objectiu de 2010. Superat el llindar d'informació durant 7 hores. No s'ha superat el llindar d'alerta.	Superiors als valors objectiu de 2010 i 2020. Superat el llindar d'informació durant 7 hores. No s'ha superat el llindar d'alerta.	Superiors als valors objectiu de 2010 i 2020. Superat el llindar d'informació 1 cop.	Superiors als valors objectiu de 2010 i 2020. No s'ha superat el llindar d'informació ni el llindar d'alerta.	Superiors al valor objectiu de 2013 en un punt de mesurament. Superat el llindar d'informació 2 cops. No s'ha superat el llindar d'alerta.	Superiors al valor objectiu de 2013 en un punt de mesurament. No s'ha superat el llindar d'informació ni el llindar d'alerta.
Partícules en suspensió de diàmetre <10 micres	Superat el valor límit anual i el nombre de superacions del valor diari	Superat el valor límit anual i el nombre de superacions del valor límit diari en un punt de mesurament ubicat a Lleida en una àrea de trànsit	Superat el valor límit anual i el nombre de superacions del valor límit diari en un punt de mesurament ubicat a Lleida en una àrea de trànsit	Per sota dels valors límit de qualitat de l'aire	No s'han superat els valors legislatius de referència. Es mantenen els nivells respecte anys anteriors	Per sota dels valors límit
Partícules en suspensió de diàmetre <2,5 micres	-	-	-	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Plom	-	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit	-	Per sota dels valors límit	Per sota dels valors límit
Arsènic	-	Inferiors al valor objectiu 2013	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu
Cadmi	-	Inferiors al valor objectiu 2013	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu
Níquel	-	Inferiors al valor objectiu 2013	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu	Inferiors al valor objectiu
Benzo(a)pirè	-	-	-	-	-	Inferiors al valor objectiu

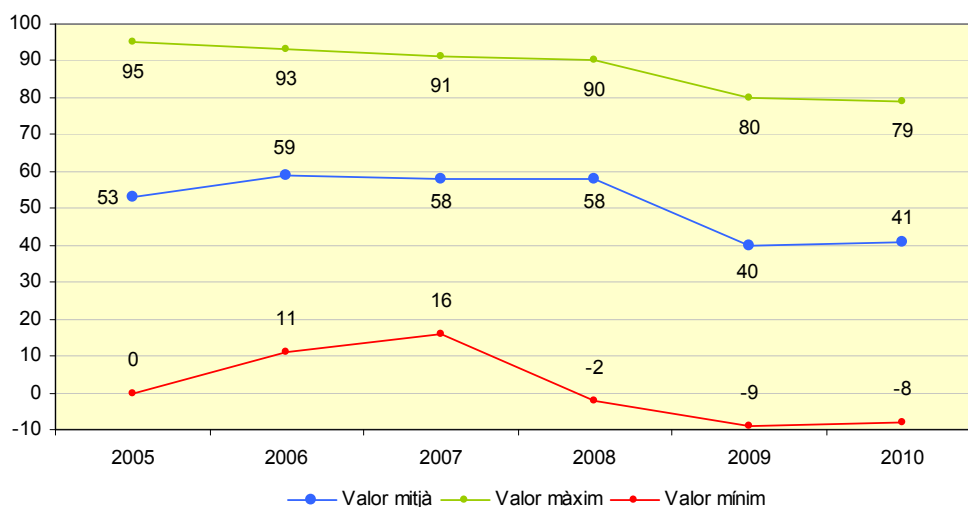
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

L'índex català de qualitat de l'aire (ICQA) és un indicador sintètic elaborat a partir de les dades d'emissió dels principals contaminants primaris pels quals la legislació vigent fixa els nivells màxims (monòxid de carboni -CO, diòxid de nitrogen -NO₂, diòxid de sofre -SO₂, ozó -O₃, i les partícules en suspensió -PM₁₀ i PST). Aquest paràmetre pot prendre valors entre -400 (pitjor

qualitat) i 100 (millor qualitat).100 i -400; com més alt és el valor, menor és el nivell de contaminació.

Les dades registrades en l'emplaçament de Lleida ciutat indiquen que en els darrers dos anys el nivell mitjà anual de qualitat de l'aire ha descendit quasi 20 punts.

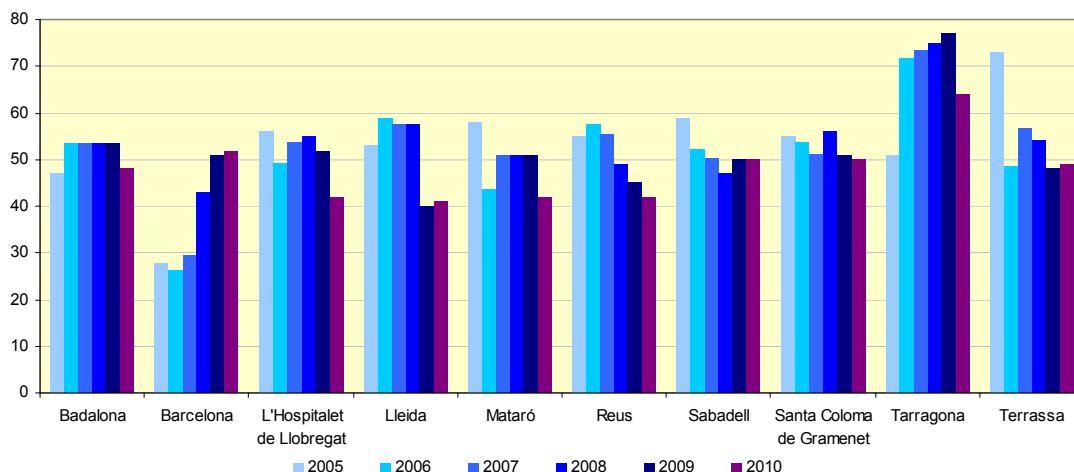
Figura 8-3 Evolució de l'Índex Català de Qualitat de l'Aire a Lleida. Anys 2005-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat) i Idescat

Si comparem l'evolució de les dades mitjanes de la capital del Segrià amb les de les altres 9 ciutats més grans de Catalunya, observem que el recent empitjorament en la qualitat de l'aire de Lleida és compartit per la majoria de poblacions.

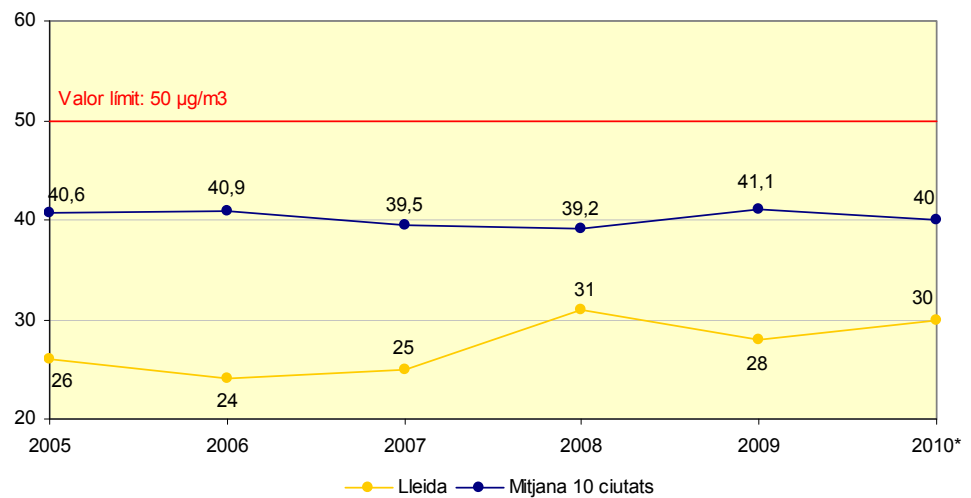
Figura 8-4 Evolució de l'Índex de qualitat de l'aire a les 10 ciutats més poblades de Catalunya (valor mitjà anual). Anys 2005-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

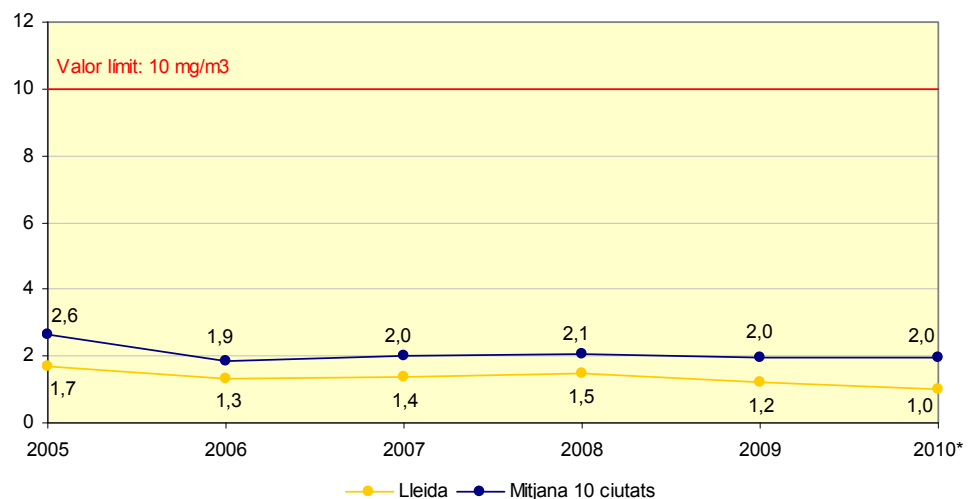
Tot seguit es proporciona l'evolució en els darrers anys de 4 dels 5 components que conformen l'ICQA per a Lleida i per a la mitjana d'aquestes 10 ciutats més poblades. En tots els casos es proporcionen els valors límit o llindars respectius de cada contaminant, que no s'han d'interpretar com a fronteres entre una zona sense perill i l'aparició d'efectes perjudicials per a les persones, sinó més aviat com a valors orientatius fixats per normativa per evitar el risc per a la salut.

Figura 8-5 Evolució dels òxids de nitrogen (valor mitjà anual) a Lleida ciutat i a les 10 ciutats amb més població de Catalunya. Anys 2005-2010.



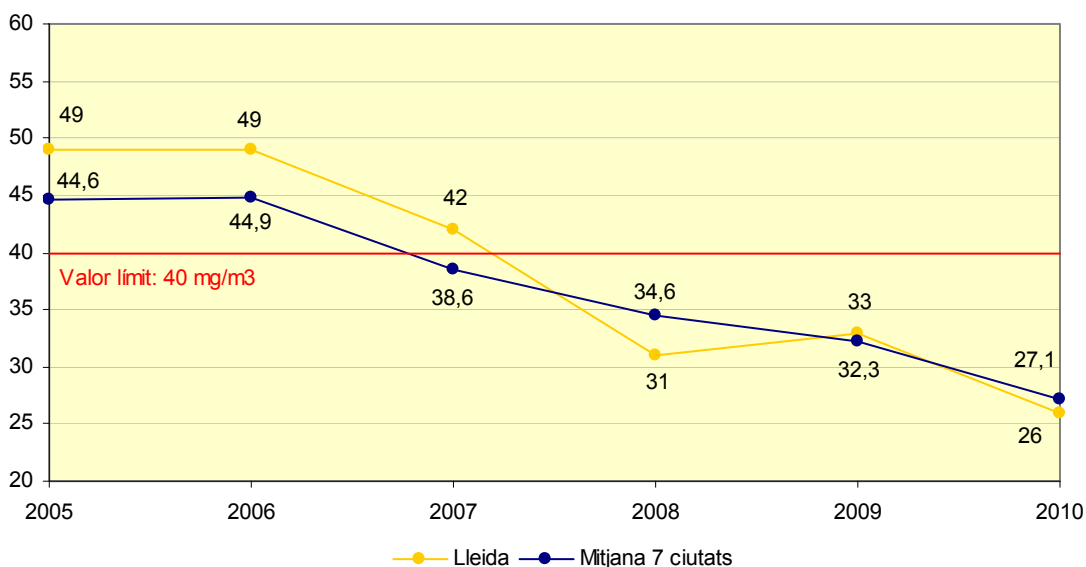
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

Figura 8-6 Evolució del monòxid de carboni (valor màxim de les mitjanes horàries mòbils) a Lleida ciutat i a les 10 ciutats amb més població de Catalunya. Anys 2005-2010.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

Figura 8-7 Evolució de les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (valor mitjà anual*) a Lleida ciutat i a les 7 ciutats amb més població de Catalunya. Anys 2005-2010.**

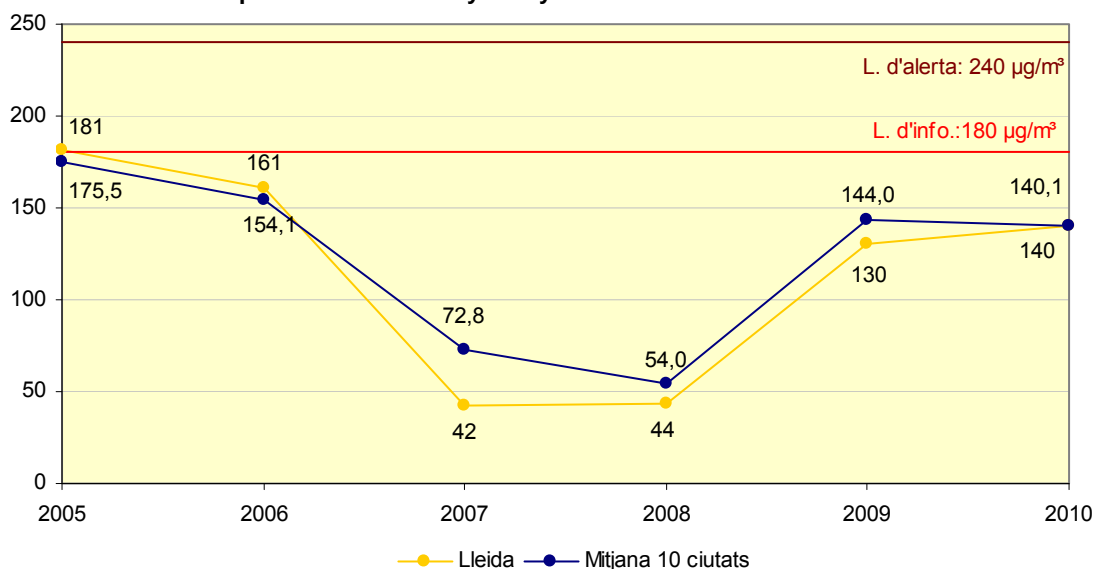


* En aquestes dades no s'ha restat l'estimació de la contribució de les fonts naturals (p.e. episodis d'intrusió de pols del Sàhara)

** No es disposa de dades de Badalona, Mataró i Santa Coloma de Gramenet

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

Figura 8-8 Evolució de l'ozó* (valor màxim de les mitjanes horàries) a Lleida ciutat i a les 10 ciutats amb més població de Catalunya. Anys 2005-2010.



* L'actual legislació obliga a informar a la població a partir de nivells de $180\mu\text{g}/\text{m}^3$ durant una hora. El llindar d'alerta i, per tant, d'impedir determinades activitats a l'aire lliure, se situa en valors per damunt dels $240\mu\text{g}/\text{m}^3$.

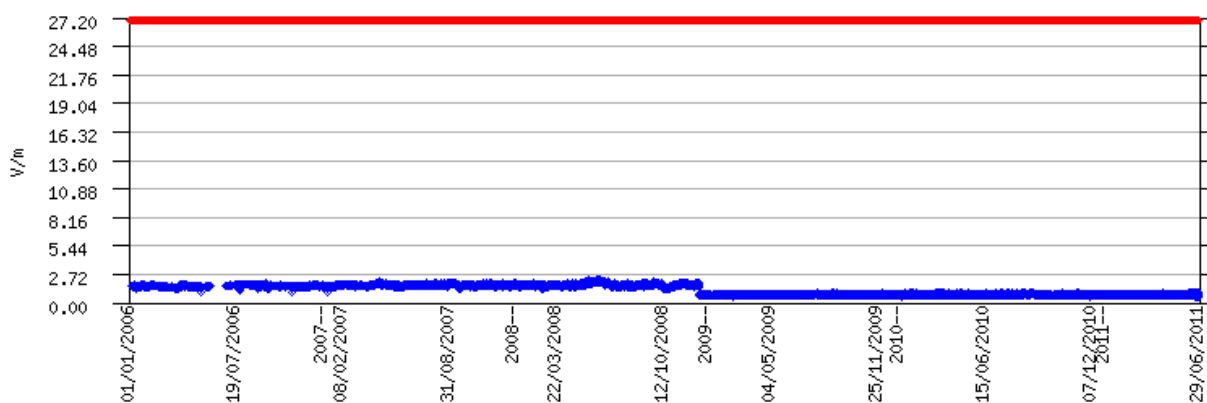
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

8.2 Contaminació electromagnètica

El Departament de Territori i Sostenibilitat va endegar l'any 2005 una prova pilot per mesurar de manera continuada (els 365 dies a l'any, les 24 hores del dia) els nivells d'intensitat de camp elèctric procedents de diferents estacions de base de telefonia mòbil instal·lades a Catalunya. Els quasi 300 equips de monitoratge instal·lats arreu del territori de Catalunya mesuren les emissions electromagnètiques de les antenes de telefonia mòbil.

Les dades del monitoratge de les dues estacions situades a Lleida han marcat en tot el període uns nivells molt per sota dels valors màxims permesos d'acord a la interpretació més restrictiva de la normativa.

Figura 8-9 Mesura de les emissions d'antenes de telefonia. Estació de Lleida 1 - Secà de Sant Pere. De 01/01/2006 a 30/06/2011

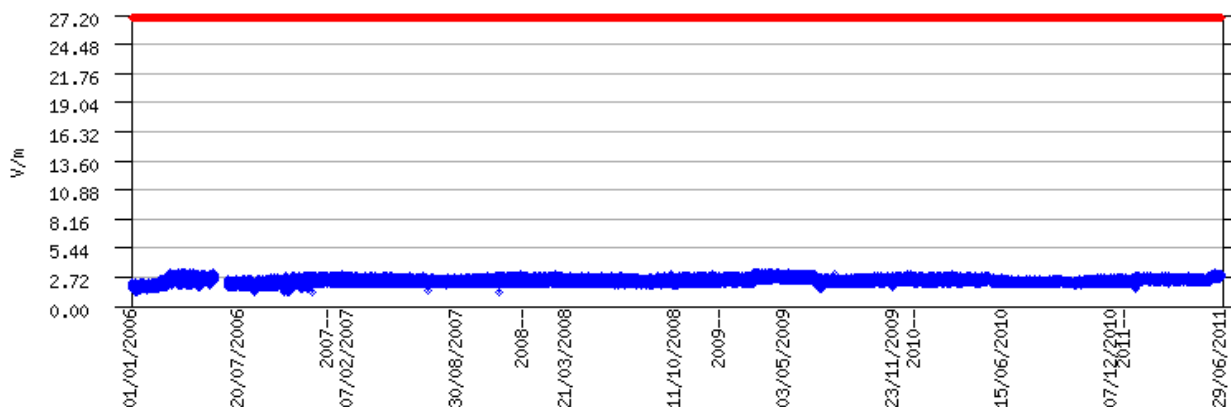


Valor mig del període: 1.23 V/m

Valor màxim del període: 2.25 V/m el dia 09/06/08 a les 16:00h

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

Figura 8-10 Mesura de les emissions d'antenes de telefonia. Estació de Lleida 2 - Universitat. De 01/01/2006 a 30/06/2011



Valor mig del període: 2.37 V/m

Valor màxim del període: 3.24 V/m el dia 29/03/06 a les 21:30h

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Direcció General de Qualitat Ambiental (Departament de Territori i Sostenibilitat)

8.3 Aigües de consum humà

Les aigües que es destinen al consum humà, és a dir, les que se subministren amb finalitats domèstiques o per al desenvolupament d'activitats comercials o industrials vinculades a productes destinats al consum humà, han de tenir garantida una qualitat que permeti assegurar la protecció de la salut de les persones que les consumeixen.

Es considera que l'aigua és apta per al consum quan està desinfectada, no té cap tipus de microorganisme, paràsit o substància en una concentració que pugui suposar un perill per a la salut humana, i quan els resultats analítics que se li practiquen compleixen tot un seguit de valors.

D'acord a la normativa, totes les entitats gestores dels subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya han de tenir establerts sistemes d'autocontrol i gestió de la qualitat de l'aigua que subministren. Des de l'any 1993, Aigües de Lleida és qui té assignada la concessió del servei de la gestió de l'aigua de la capital del Segrià. L'empresa, una UTE formada per *Aqualia-Gestión Integral de Aguas SA* i *Fomento de Construcciones y Contratas SA* és també qui gestiona, sota la supervisió de l'Agència Catalana de l'Aigua, el funcionament de l'Estació Depuradora d'Aigües Residuals, de titularitat municipal. El seu laboratori és igualment responsable de realitzar el control analític de l'aigua, i doncs, assegurar la qualitat de l'aigua subministrada.

La següent figura reproduïx els punts que Aigües de Lleida utilitza per a realitzar els controls de qualitat de l'aigua.

Figura 8-11 Punts de mostra, autocontrol i control a l'aixeta del consumidor. Any 2011

MANCOMUNITAT PINYANA FASE 1				2011					Control a l'aixeta del consumidor (2) nº mostres/any	
Tipus de punt de presa de mostres	Punts de presa de mostres	Dades que determinen la periodicitat		Tipus i freqüència d'anàlisis per l'autocontrol						
		Volum aigua distribuïda	Habitants subministrats	Capacitat del dipòsit	Determinacions		EXAMEN ORGANOLEPTIC (1)	ANALISIS CONTROL		ANALISIS COMPLET
					Clor lliure nº det./any	Clor combinat nº det./any	nº mostres/any	nº mostres/any	nº mostres/any	
ETAP o dipòsit de capçalera	PINYANA	44600			365	365		12	5	
	recloració	total 44600								
Dipòsit de regulació i/o distribució i/o en sèrie i/o en alta	Dipòsit Seu Vella Dipòsit Caparrella Dipòsit Cimalsa x Dipòsit Albatàrrec x Dipòsit Rosselló			15000 900 500 1800 800				77 1 0 6 4	2 0 1 1	
Xarxa subministrament (mínim núm. punts xarxa) 2	Lleida BORDETA CAPPONT MARIOLA RAMBLA FERRAN FLEMING BLONDEL MAGDALENA BALÀFIA MAGRANERS SECÀ LLÍVIA PARDINYES Rosselló ZONA ESPORTIVA PLAÇA NOVA PLAÇA MAJOR CEMENTIRI Albatàrrec SANT ROC BENZINERA	38620	125677		365 en global	365 en global	64 en global	37 en global	3 en global	58 en global
Punt altre municipi										
Punt lliurament alta	PE Alguire PE Almenar PE Alpicat PE Torrefarrera PE Sudanel PE Vilanova Segrià	1000 850 1530 1165 400 380			365 365 365 365 365 365	365 365 365 365 365 365		4 6 6 6 2 4	1 1 1 1 1 1	

(1) L'examen organoleptic es realitzarà almenys dues vegades per setmana i sempre i quan no es realitzi altre tipus d'anàlisis en aquell període. Número segons Pla de vigilància del Departament de Salut Pública

(2) El control de la qualitat de l'aigua a l'aixeta del consumidor ha de ser garantitzat pel municipi. No és competència directa del Gestor del subministrament. El número mínim de mostres a l'any ve determinat pel número d'habitants subministrats. Per al càlcul de la freqüència en el cas d'aigües subministrades a través d'una xarxa de distribució, es pot utilitzar el número de persones abastades,

Font: Departament de Salut Pública (Ajuntament de Lleida)

Una de les darreres analítiques de control facilitades pel laboratori, recollida en el punt de mostreig del dipòsit de la Seu Vella durant el març del present any, no presenta cap dels paràmetres fora dels rangs establerts, i per tant, compleix amb els requisits d'una analítica completa.

Amb tot, a tenor de la informació rebuda, sembla que l'Ajuntament no disposa de la informació necessària per poder exercir plenament les seves responsabilitats i competències en el camp de la gestió de les aigües de consum. I és que, a més de les obligacions pròpies com a consistori (entre les quals elaborar un informe anual sobre els resultats obtinguts en cada zona de subministrament), com a ajuntament que ha cedit la gestió dels abastaments del seu terme municipal a una persona jurídica diferent, ha de vetllar pel compliment de les obligacions que Aigües de Lleida té com a gestor. Aquestes obligacions, entre d'altres, comprenen elaborar i mantenir actualitzat el protocol d'autocontrol i gestió, dur a terme els citats autocontrols, o informar el Departament de Salut i la població sobre la qualitat de l'aigua.

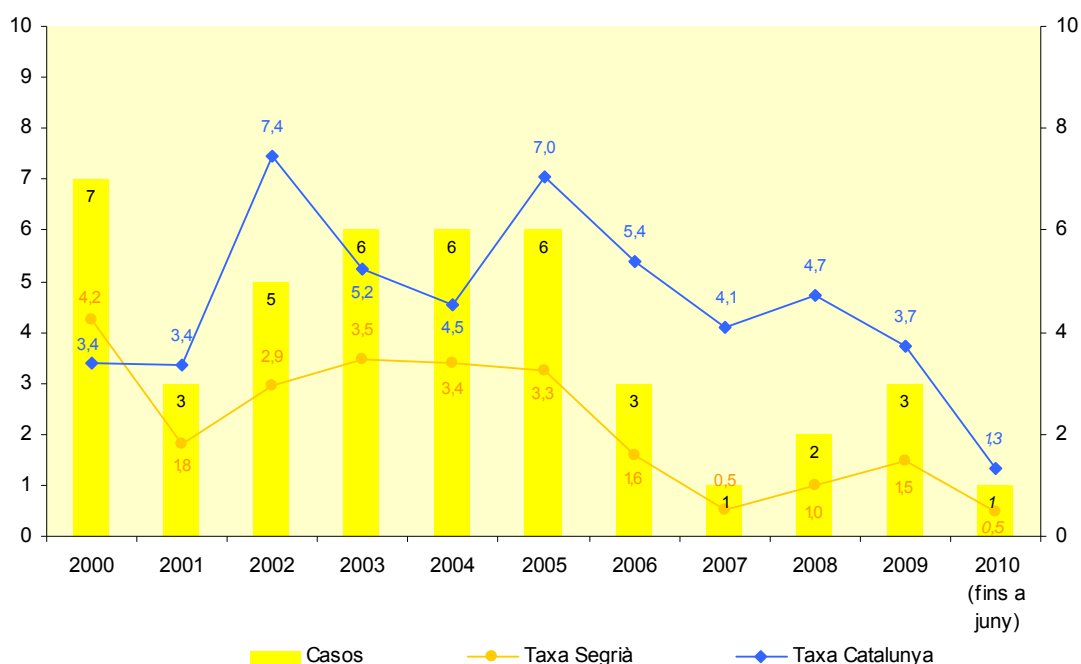
8.4 Legionel·losi

La infecció per *legionella pneumophila* és un problema d'importància sanitària associat a instal·lacions de risc que poden dispersar aquest bacteri, principalment les que utilitzen aigua en el seu funcionament i les que produeixen aerosols: torres de refrigeració i condensadors evaporatius, sistemes d'aigua sanitària calenta i freda, balnearis, instal·lacions hidrotermals, nebulitzadors i fonts ornamentals.

Com a malaltia de declaració obligatòria, la Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, adscrita a la Direcció General de Salut Pública del Departament, en fa un seguiment detallat dels casos declarats.

A jutjar per les dades d'incidència a la comarca del Segrià durant el període 2000-2010, la legionel·losi és una malaltia amb una baixa incidència a Lleida. Cada any només es declaren, de mitjana, uns 4 casos comarcals, amb un total de 43 casos declarats entre el gener de l'any 2000 i el juny de 2010 que converteixen el Segrià en la 15a comarca amb més incidència de Catalunya, molt per dessota de comarques amb menys població. La taxa d'incidència per 100.000 habitants és un bon indicador per valorar el pes relatiu de la malaltia amb relació al global de Catalunya. A excepció de l'any 2000, en tots els restants exercicis la taxa del Segrià s'ha situat sempre per dessota de la catalana.

Figura 8-12 Evolució de casos de legionel·losi al Segrià, i de la taxa d'incidència per 100.000 habitants al Segrià i a Catalunya. Gener 2000-Juny 2010



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la Subdirecció de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública (Departament de Salut)

El control de les instal·lacions de risc ha de servir per disminuir els brots comunitaris i la morbiditat per legionel·losi. Des de 2003, el Programa de control de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius del Departament de Salut inspecciona les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions, supervisa l'autocontrol que aquestes han de realitzar d'acord a la normativa, i n'actualitza el cens. El Programa avalua les instal·lacions d'acord al següent criteri de classificació:

- Classe 1: Compliment de la normativa vigent
- Classe 2: Compliment amb algunes deficiències que no comporten un risc sanitari
- Classe 3: Deficiències importants de compliment de la normativa
- Classe 4: Deficiències que requereixen una actuació immediata pel seu risc sanitari

En les inspeccions realitzades pels professionals dels equips de protecció de la salut de l'Agència de Protecció de la Salut durant el 2009 a la demarcació de Lleida, la pràctica totalitat d'instal·lacions van ser classificades en les dues primeres categories, amb un repartiment quasi equitatiu entre aquelles que compleixen la normativa (172, el 48%), i les que ho fan amb alguna deficiència sense risc sanitari (184, 51%). En aquest sentit, la regió lleidatana és l'única de les sis demarcacions que no presenta instal·lacions ni de classe 3 ni de classe 4.

Figura 8-12 Classificació de les instal·lacions de torres de refrigeració i condensadors evaporatius a Catalunya per territori. Any 2009

Entitat territorial	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		No informat		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Agència de Salut Pública de Barcelona	124	42,5	137	46,9	25	8,6	4	1,4	2	0,7	292
S.R. de Barcelona i Catalunya Central	299	32,4	419	45,3	199	21,5	2	0,2	5	0,5	924
Servei Regional de Girona	73	30,5	152	63,6	14	5,9	0	0,0	0	0,0	239
Servei Regional de Lleida	172	48,0	184	51,4	0	0,0	0	0,0	2	0,6	358
Servei Regional de Tarragona	51	34,2	71	47,7	5	3,4	0	0,0	22	14,8	149
Servei Regional de Terres de l'Ebre	37	64,9	11	19,3	9	15,8	0	0,0	0	0,0	57
Catalunya	756	37,4	974	48,2	252	12,5	6	0,3	31	1,5	2.019

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del Segon informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

8.5 Contaminació acústica

La normativa autonòmica, estatal i comunitària determina tot un seguit d'obligacions per als municipis en termes d'avaluació i gestió del soroll ambiental, soroll que en qualsevol ciutat s'origina majoritàriament pel trànsit de vehicles.

Una de les principals obligacions que han d'assumir les entitats locals és l'elaboració de mapes de capacitat acústica, on es fixin els objectius de qualitat del territori en termes de nivells d'immissió dels emissors acústics. El que es busca amb aquests mapes és que totes les actuacions de qualsevol mena que es facin en el territori integrin el vector soroll des de la seva gènesi, tot adoptant com a objectius de qualitat els nivells d'immissió que aquests fixen.

L'any 2005 l'Ajuntament va elaborar un mapa de capacitat acústica que definia tot un seguit de zones en funció del soroll que aquestes poden assumir, d'acord amb les mesures de nivell de soroll ambiental realitzades amb anterioritat. La zonificació del territori inclou:

- Zones de sensibilitat acústica alta (A), que requereixen una alta protecció contra el soroll, tals com àrees amb predomini de sòl d'ús residencial, patis interiors d'illa, àrees sanitàries, centres docents,...
- Zones de sensibilitat acústica moderada (B), amb una percepció mitjana del soroll, com ara àrees on conviuen residències i activitats o on se celebren activitats recreatives i espectacles.
- Zones de sensibilitat acústica baixa (C), que admeten una percepció elevada del soroll, tals com àrees amb predomini de sòl d'ús industrial, o àrees residencials properes a infraestructures de transport.
- Zones de soroll, sectors del territori afectats per la presència d'infraestructures de transport viari, ferroviari, marítim i aeri.
- Zones d'especial protecció de la qualitat acústica, sectors del territori on, per les seves característiques especials, es considera convenient conservar una qualitat acústica d'interès especial, com ara en els espais d'interès natural.

El mapa que consta a la següent figura, doncs, estableix els objectius de qualitat que es vol atorgar a la ciutat davant del soroll.

Figura 8-13 Mapa de capacitat acústica de Lleida. Any 2005.



Font: Regidora de Medi Ambient i Horta de l'Ajuntament de Lleida

9. Infraestructures de salut disponibles

Aquest capítol presenta quines són les principals infraestructures sanitàries de les quals disposa Lleida i la seva àrea d'influència.

9.1 Serveis i infraestructures sanitàries

Recursos de salut al municipi de Lleida

A continuació es detallen els recursos sanitaris i sociosanitaris públics del municipi de Lleida, molts d'ells compartits amb la resta de la regió sanitària.

Figura 9-1 Equipaments de salut assistencial de la xarxa d'utilització pública a Lleida. Any 2011.

Atenció primària
CAP Balàfia-Pardinyes-Secà de Sant Pere
CAP Bordeta-Magraners
CAP Cappont
CAP Eixample
CAP Primer de Maig -La Mariola-
Centre de Salut Rambla Ferran (CUAP)
CAP Santa Maria
CAP Prat de la Riba
Salut mental
Hospital psiquiàtric (Hospital Santa Maria)
Clínica Psiquiàtrica Bellavista
Centre de Salut Mental d'Adults (Hospital Santa Maria)
Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (SEMIPE)
Centre de dia Lleida (GSS)
Centre de dia Plançó
Hospital de dia d'Adults (Hospital Santa Maria)
Hospital de dia Infantil i Juvenil (Hospital Santa Maria)
Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (Hospital Santa Maria)
Atenció sociosanitària
Unitat Sociosanitària (GSS)
Centre Sociosanitari Jaume Nadal Meroles
Hospital de dia Jaume Nadal Meroles
Hospital de dia (Hospital Santa Maria)
Hospital de dia Miquel Martí i Pol (Fundació Esclerosi Múltiple)
Atenció hospitalària
Clínica de Ponent
Hospital Santa Maria
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Servei Català de la Salut (CatSalut)

Aquesta infraestructura es localitza en diferents emplaçaments de la ciutat, identificats en un mapa en les següents figures (figures 9-2, 9-3, 9-4, i 9-5).

L'atenció primària de salut, primer nivell d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària, es proporciona a través dels serveis existents a les àrees bàsiques de salut (ABS), unitats territorials elementals que concentren l'activitat assistencial en els 8 centres d'atenció primària (CAP) existents a la ciutat de Lleida. L'equip d'atenció primària (EAP) és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que atén al conjunt de la població de l'ABS.

Un d'aquests 8 CAP, el que es troba ubicat a la Rambla de Ferran, proporciona atenció continuada a partir de les 20 hores i fins a les 8:00 del matí al Centre d'Urgències d'Atenció primària (CUAP)²⁵.

D'altra banda, més enllà de l'atenció primària, el CAP Prat de la Riba també disposa de consultes ambulatories especialitzades (centres antigament caracteritzats com a CAP II) en cardiologia, cirurgia general, dermatologia, digestologia/gastroenterologia, endocrinologia, neurologia, odontoestomatologia, oftalmologia, traumatologia, urologia, així com del programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR).

Figura 9-2 Mapa dels equipaments d'atenció primària de la xarxa d'utilització pública a Lleida. Any 2011.



Font: Elaboració pròpia

²⁵ Els dissabtes el CUAP funciona de les 15:00 h a les 8:00 h, i les 24 hores els dies festius.

Els principals recursos per atendre als pacients que requereixen atenció psiquiàtrica i salut mental a Lleida són:

- Dos centres d'internament: Hospital Santa Maria i Clínica Psiquiàtrica Bellavista (per bé que aquesta darrera únicament té dos llits concertats amb el Servei Català de la Salut).
- Dos hospitals de dia sense internament (un d'adults i un d'infantil i juvenil): Orientats a la reinserció familiar, social i laboral de les persones amb trastorn mental, mitjançant una combinació de tractaments psicofarmacològics, psicoterapèutics i de rehabilitació
- Dos centres de salut mental (un d'adults i un infantil-juvenil): Disposen d'equips multidisciplinars que proporcionen serveis d'atenció especialitzada i de suport a l'atenció primària
- Dos centres de dia: Espais relacionals i terapèutics, de tipus comunitari, dirigits a la rehabilitació psicosocial de persones amb trastorn mental sever, amb un cert grau d'autonomia i estabilitat.

A més, Lleida compta amb un Centre d'Atenció i Seguiment de les drogodependències (CASD), que ofereix tractament ambulatori especialitzat als drogodependents.

Figura 9-3 Mapa dels equipaments de salut mental de la xarxa d'utilització pública a Lleida. Any 2011.



- | | | |
|--|---|--|
| 1 Hospital psiquiàtric (Hospital Santa Maria) | 4 Hospital de dia Infantil i Juvenil (Hospital Santa Maria) | 7 Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (SEMIPE) |
| 2 Centre de Salut Mental d'Adults (Hospital Santa Maria) | 5 Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (Hospital Santa Maria) | 8 Centre de dia Lleida (GSS) |
| 3 Hospital de dia d'Adults (Hospital Santa Maria) | 6 Centre de dia Plançó | 9 Clínica Psiquiàtrica Bellavista |

Font: Elaboració pròpia

L'atenció sociosanitària s'adreça a les persones grans, malalts crònics amb dependència, i persones en situació terminal. A Lleida l'atenció es proporciona bàsicament a través de dos recursos: centres sociosanitaris i hospitals de dia.

- Els 2 centres sociosanitaris existents, un amb finalitats exclusivament sociosanitàries i l'altre integrat a l'HUAV, proporcionen atenció especialitzada d'internament.
- Els 3 hospitals de dia ofereixen un servei d'assistència interdisciplinària de predomini sanitari, en què el pacient amb malalties i incapacitats físiques o psíquiques acudeix durant el dia per rebre tractament integral i retornar al seu domicili.

L'HUAV i l'Hospital Santa Maria disposen també d'unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS), adreçades a la valoració de pacients ingressats aguts o psiquiàtrics, o que vénen adreçats des de l'atenció primària en el cas de certes tipologies. Tant l'HUAV com l'Hospital Santa Maria compten amb una UFISS de geriatrics, destinada a atendre pacients geriàtrics, i una UFISS de cures pal·liatives, per a pacients en fase terminal. Aquest darrer hospital, a més, compta amb una UFISS de deteriorament cognitiu, per atendre pacients amb patologies que cursen amb deteriorament cognitiu, com ara la demència.

Per últim, dos equips proporcionen sengles programes d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES). Aquests equips, PADES Segrià Nord i PADES Segrià Sud, actuen a nivell comunitari i estan constituïts com a mínim per un metge, dues o tres infermeres i un treballador social. Realitzen atenció directa especialitzada als pacients actuant com a connexió entre els diferents recursos assistencials que els tracten.

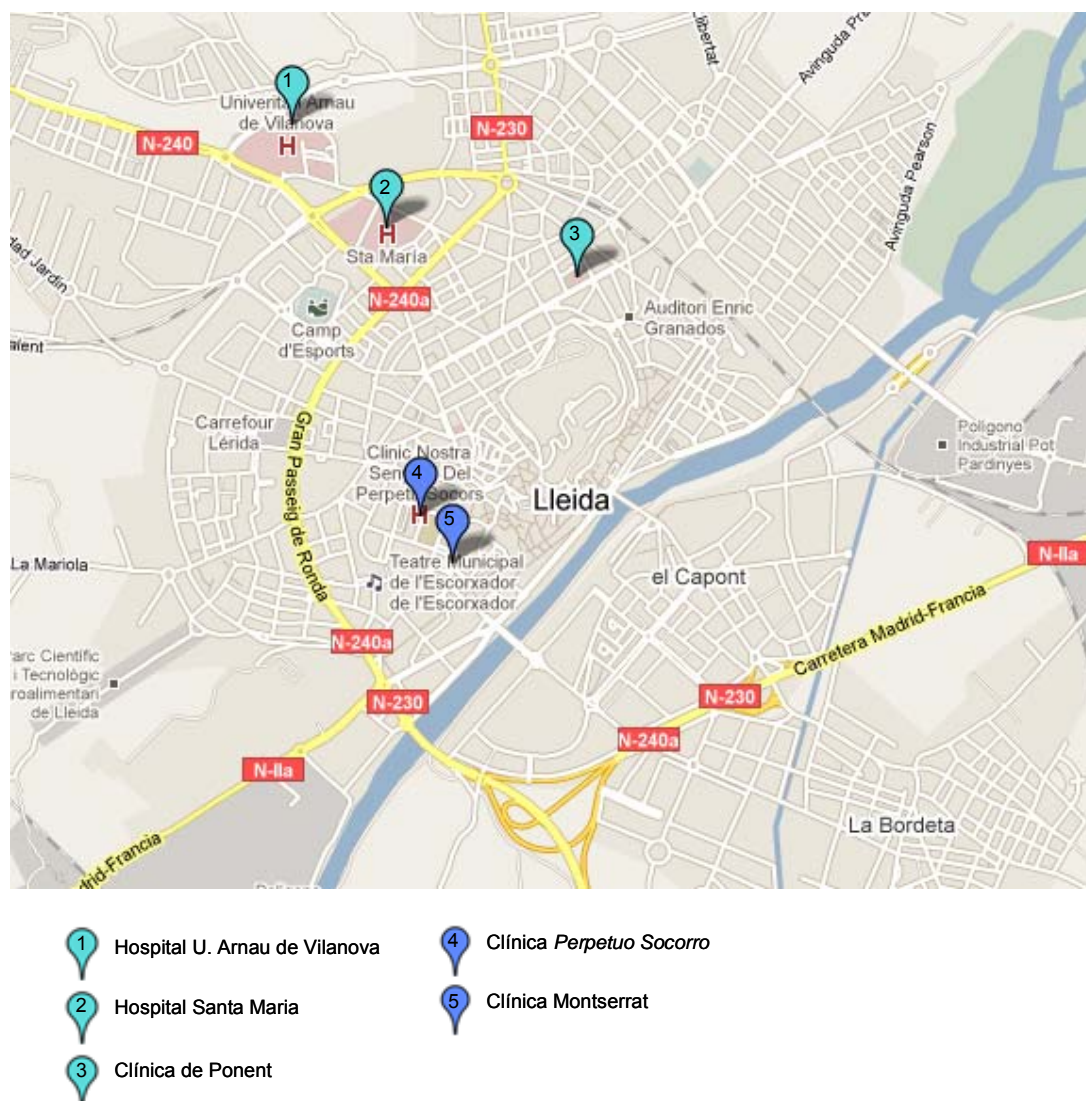
Figura 9-4 Mapa dels equipaments d'atenció socio sanitària de la xarxa d'utilització pública a Lleida. Any 2011.



Font: Elaboració pròpia

Finalment, tres hospitals d'aguts proporcionen l'atenció especialitzada d'internament. Aquests centres ofereixen un ampli rang de modalitats d'atenció: especialitats en consultes externes, hospitalització, urgències, hospital de dia, cirurgia convencional, cirurgia major ambulatoria, o hospitalització a domicili, entre d'altres. Més enllà dels recursos que disposen de places públiques, però, cal destacar també l'existència de dos centres que proporcionen assistència sanitària privada: la Clínica Montserrat, i la Clínica *Perpetuo Socorro*.

Figura 9-5 Mapa dels equipaments d'atenció hospitalària a Lleida. Any 2011.



Font: Elaboració pròpia

9.2 Principals indicadors de recursos i d'activitat

Un dels indicadors per mesurar el grau d'accés al sistema assistencial més habituals és el nombre de llits hospitalaris dels quals disposa la població de referència. La següent figura identifica els llits als hospitals lleidatans, així com els llits i places als restants equipaments socio-sanitaris i d'atenció a la salut mental de la capital del Segrià.

Figura 9-6 Llits d'internament i places diürnes dels recursos sanitaris a Lleida. Any 2009.

Salut mental	Llits	Places
Hospital psiquiàtric (Hospital Santa Maria)	44	
Clínica Psiquiàtrica Bellavista (concertats)	2	
Centre de dia Lleida (GSS)		30
Centre de dia Plançó		20
Hospital de dia d'Adults (Hospital Santa Maria)		20
Hospital de dia Infantil i Juvenil (Hospital Santa Maria)		15
<i>Clínica Psiquiàtrica Bellavista</i>	70	
<i>Clínica Los Abetos</i>	18	
Total llits/places públiques	46	85
Total llits	134	

Atenció socio-sanitària	Llits	Places
Unitat Socio-sanitària (GSS)	30	
Centre Socio-sanitari Jaume Nadal Merolles	126	
Hospital de dia Jaume Nadal Merolles		25
Hospital de dia (Hospital Santa Maria)		20
Hospital de dia Miquel Martí i Pol (Fundació Esclerosi Múltiple)		25
<i>Centre Socio-sanitari de Balaguer</i>	82	
<i>Residència Terraferma</i>	137	
Total llits/places públiques	156	70
Total llits	375	

Atenció hospitalària	Llits	Places
Clínica de Ponent (concertats)	51	
Hospital Santa Maria	191	
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida *	454	
<i>Clínica Ponent</i>	49	
<i>Clínica Montserrat</i>	50	
<i>Clínica Perpetuo Socorro</i>	59	
Total llits públics	696	
Total llits	854	

* La dada és, en aquest cas, del 2010 (Font: Memòria 2010 de la Gerència Territorial de Lleida de l'ICS)

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Memòria de la Regió Sanitària de Lleida 2010 (Servei Català de la Salut)

Un indicador com el rati llit per cada 1.000 habitants ens podria donar una idea de l'adequació d'aquests recursos a les necessitats. Val a dir, però, que si el càlcul es fes només per la població de Lleida, municipi que té tots els llits hospitalaris de la regió, el rati seria molt alt, i aquesta dada

no s'ajustaria a la realitat de la ocupació dels llits, ja que la població a la qual es dóna cobertura ultrapassa en la majoria de casos la ciutat de Lleida, arribant a superar en el cas d'alguns serveis que ofereix l'Hospital Arnau de Vilanova l'àmbit territorial de la pròpia regió sanitària.

Assumint com a premissa que la majoria de recursos situats a Lleida donen cobertura a la població de tot el GTS o regió sanitària, les següents figures relacionen els resultats per aquest àmbit territorial amb la mitjana catalana en alguns dels principals indicadors de recursos sanitaris. Els quadrants grisos indiquen quan el valor lleidatà és el més baix de les 7 regions sanitàries existents, mentre que els quadrants blaus indiquen la situació inversa.

Figura 9-7 Indicadors de recursos sanitaris a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2008.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Població assignada a equip d'atenció primària (en %)	97,2	98,1
Personal assistencial equivalent per 10.000 habitants	70,7	66,7
Personal assistencial equivalent per 10.000 habitants (grup I)	30,0	30,7
Personal assistencial equivalent per 10.000 habitants (grup II)	40,7	36,0
Llits d'aguts	728	14.542
Llits per 1.000 habitants	2,0	1,9
Mediadors interculturals*	6	91
Mediadors interculturals per 100.000 habitants de nacionalitat estrangera*	9,5	7,8

*La dada és, en aquests casos, de 2009.

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

L'any 2008 hi havia un 97,2% d'assegurats al GTS/RS de Lleida amb un Equip d'Atenció Primària (EAP) assignat, un percentatge quasi un punt per sota de la mitjana catalana. Alhora, durant el primer semestre d'aquest any, la taxa de professionals assistencials per 10.000 habitants va ser de 70,7, 4 per sobre de Catalunya. D'aquests, 30 corresponien al grup 1 (metges/metgesses i altres professionals assistencials de grau superior) i els quasi 41 restants a personal del grup 2 (personal d'infermeria i altres professionals assistencials de grau mig). És en aquest segon grup on es produeix més diferència respecte les dades catalanes, mentre que en el cas del primer les xifres lleidatanes es queden fins i tot una mica per sota.

Els 728 llits d'aguts de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) del GTS Lleida representen 2 llits per 1.000 habitants, una mica per sobre de la mitjana a Catalunya que es quedava en 1,9. Per últim, els 6 mediadors interculturals que prestaven els seus serveis en el territori de la regió suposaven una taxa per 100.000 habitants de nacionalitat estrangera del 9,5, millorant la ràtio catalana en més d'un punt i mig.

Les figures següents es fixen en la utilització que es fa dels recursos d'atenció primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental.

Figura 9-8 Indicadors d'utilització dels serveis d'atenció primària a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2009.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Població atesa a l'atenció primària (%)	78,4	73,8
Visites d'atenció primària per habitant	9,0	7,2
Població atesa en el programa d'atenció domiciliària > 74 anys (%)	7,0	9,3

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

Al llarg de l'any 2009, el percentatge de ciutadans assegurats que van establir al menys un contacte assistencial amb els professionals dels equips d'atenció primària (EAP) sobre el total de població assignada als EAP va ser del 78%, esdevenint la primera regió sanitària en aquest capítol, més de quatre punts per sobre de la mitjana.

Cada ciutadà assegurat va generar, com a mitjana, 9 contactes assistencials amb els professionals dels EAP de la regió sanitària de Lleida (metges generals, pediatres, odontòlegs, infermers i assistents socials) durant l'horari habitual de funcionament dels CAP i consultoris locals, bé sigui en els propis centres o en el domicili dels pacients. Aquesta xifra se situa també quasi dos punts per sobre de la catalana. En canvi, el % de ciutadans assegurats majors de 74 anys atesos dins del programa d'atenció domiciliària (ATDOM) va ser del 7%, força per sota de la mitjana nacional.

Figura 9-9 Indicadors d'utilització dels serveis d'atenció hospitalària a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2009.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Taxa d'hospitalització (per 1.000 habitants)	121,7	121,9
Taxa d'hospitalització pediàtrica (per 1.000 habitants < 18 anys)	73,9	65,2
Contactes d'hospitalització de residents	44.496	927.703
Contactes d'hospitalització de residents atesos en hospitals del territori	38.336	875.350
Contactes d'hospitalització de residents atesos en hospitals de fora del territori	6.160	52.353
Resolució de l'atenció hospitalària (%)	86,2	94,4
Contactes d'hospitalització atesos en hospitals del territori	43.685	977.286
Contactes d'hospitalització de residents d'altres RS atesos en hospitals del territori	2.055	52.353
Contactes d'hospitalització de residents de fora de Catalunya atesos en hospitals del territori	3.294	49.583
Procedència de demanda hospitalària (%)	87,8	89,6
Taxa d'urgències hospitalàries (per 1.000)	233,3	461,1

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

L'any 2009 els hospitals de Catalunya van notificar un total de 927.703 contactes d'hospitalització de pacients residents a Catalunya, amb GTS assignat, al Registre del Conjunt Mínim Bàsic de

Dades (CMBD), dels quals 44.496 els van realitzar residents de la regió sanitària/GTS de Lleida. La taxa d'hospitalització per aquest mateix any, doncs va ser de 121,9 contactes per cada 1.000 habitants a Catalunya, per 121,7 a Lleida, una igualtat quasi total que no es produeix, però, en el cas de la taxa d'hospitalització pediàtrica, força més alta a les comarques de Lleida (74 contactes per cada 1.000 habitants per 65 de mitjana catalana).

El percentatge de resolució mesura la capacitat que tenen els recursos d'un territori per resoldre la demanda dels habitants del mateix territori. Així, d'aquests quasi 45.000 contactes de residents a la regió lleidatana, més de 38.000 (el 86%) han tingut lloc en centres hospitalaris de la pròpia regió sanitària (RS) de residència, mentre que una mica més de 6.000 s'han produït en hospitals de fora. Val a dir que aquest percentatge de resolució se situa significativament per sota del global de Catalunya (94%).

El percentatge de procedència de la demanda hospitalària a Lleida presenta de nou uns registres per sota. Aquest percentatge mesura en aquest cas quina part de l'activitat assistencial dels hospitals està dedicada a atendre la població del territori on està ubicat, i doncs, permet avaluar l'accessibilitat de la població d'un territori als recursos existents en aquell mateix territori. Així, dels més de 43.000 pacients atesos als hospitals lleidatans, el 87,8% són pacients de la pròpia regió (89,6% a Catalunya). És notable el volum de pacients de fora de Catalunya que s'atenen en els centres lleidatans. Aquesta circumstància en bona part s'explicaria pel fet que la RS Lleida realitza activitat considerable en malalts residents a la Franja de Ponent.

Finalment, val la pena recalcar que l'any 2009 la taxa d'urgències ateses en els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de Lleida es va situar en les 233 urgències per cada 1.000 assegurats, a una gran distància de les 461,1 de Catalunya.

Figura 9-10 Indicadors d'utilització dels serveis d'atenció socio sanitària a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2009.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Taxa d'hospitalització socio sanitària (per 1.000 habitants)	3,3	5,4
Taxa d'hospitalització socio sanitària (convalescència)	1,4	2,7
Taxa d'hospitalització socio sanitària (cures pal·liatives)	0,5	0,8
Taxa d'hospitalització socio sanitària (llarga durada)	1,4	1,9
Resolució de l'atenció socio sanitària (%)	91,7	89,0
Procedència de demanda socio sanitària (%)	97,8	89,9
Taxa d'utilització de recursos socio sanitaris (PADES)	4,1	1,8
Taxa d'utilització de recursos socio sanitaris (Hospital de dia)	1,5	0,9

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

L'any 2009 les xifres d'hospitalització sociosanitària a la RS /GTS de Lleida, en totes les seves variants, se situen clarament per sota de les catalanes, marcant els registres més baixos de totes les regions sanitàries. Així, els episodis enregistrats al registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades Sociosanitari (CMBD-RSS) van representar una taxa d'hospitalització general de 3,3 episodis per 1000 habitants (5,4‰ a Catalunya), repartides en 1,4‰ episodis de convalsència (2,7‰ de mitjana), 1,4‰ en llarga durada (1,9‰), i 0,5‰ en cures pal·liatives (0,8‰).

Com en el cas de l'atenció hospitalària, el percentatge de resolució permet mesurar la capacitat que tenen els recursos del territori per resoldre la demanda dels seus habitants. En aquest cas, el 91,7% de pacients sociosanitaris residents a la RS/GTS de Lleida van rebre l'atenció a la pròpia regió, un percentatge de resolució superior al de la mitjana catalana (89%). El diferencial és encara major si ens fixem en la procedència de la demanda. I és que els pacients que atenen els centres de la regió/GTS resideixen, en un 97,8% dels casos, en aquest mateix àmbit territorial, 8 punts per sobre de la mitjana a Catalunya.

Per últim, també la utilització de recursos sociosanitaris PADES i d'hospital de dia és superior a Lleida amb relació al global de Catalunya. Les taxes de 4,1 episodis de pacients del territori atesos per equips PADES per 1.000 habitants i 1,5 episodis realitzats per hospitals de dia sociosanitaris per 1.000 superen les taxes de 1,8‰ i 0,9‰, respectivament, registrades a Catalunya.

Figura 9-11 Indicadors d'utilització dels serveis d'atenció a la salut mental a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2009.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Taxa d'hospitalització psiquiàtrica (per 1.000)	2,1	3,0
Taxa d'hospitalització psiquiàtrica (infantil)	0,4	0,9
Taxa d'hospitalització psiquiàtrica (adults)	2,4	3,4
Taxa d'utilització de recursos ambulatoris de salut mental (per 1.000)	152,1	174,1
Taxa d'utilització de recursos ambulatoris de salut mental (infantil)	320,6	257,1
Taxa d'utilització de recursos ambulatoris de salut mental (adults)	115,2	155,9
Taxa de pacients atesos als centres de salut mental (per 1.000)	29,0	28,5
Taxa de pacients atesos als centres de salut mental (infantil)	30,8	33,4
Taxa de pacients atesos als centres de salut mental (adults)	35,0	29,2

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

Com en el cas dels recursos d'hospitalització sociosanitaris, en salut mental també s'identifiquen utilitzacions menors a Lleida amb relació a la mitjana catalana. Segons les dades que consten al Conjunt Mínim Bàsic de Dades de Salut Mental (CMBD-SM) i al Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'hospitals d'Aguts (CMBD-HA), les hospitalitzacions psiquiàtriques en els hospitals psiquiàtrics i els generals comptabilitzades l'any 2009 donen una taxa global de 2,1 hospitalitzacions per cada

1.000 habitants, per sota de les 3,0‰ que es registren en el conjunt de Catalunya. En ambdós àmbits territorials s'aprecia un patró d'utilització diferent entre la població adulta i la infantil, essent la taxa d'hospitalització en adults (2,4‰ al GTS Lleida i 3,4‰ a Catalunya) gairebé el doble que la de la població infantil (0,4‰ i 0,9‰, respectivament).

Segons les dades del CMBD-SM, la taxa de visites ambulatories a Lleida va ser de 152 visites per cada 1.000 habitants, a certa distància de les 174 de mitjana a Catalunya, si bé en aquest cas, la disparitat entre la utilització dels recursos ambulatoris entre la població infantil i juvenil i l'adulta és notable: mentre que en el cas dels adults les taxes lleidatana i catalana mostren un notable diferencial en favor de la segona (115‰ a Lleida, 156‰ a Catalunya), en el dels pacients menors de 18 anys la situació és inversa i encara més acusada (321‰ al GTS/RS Lleida, per les només 257‰ de mitjana catalana). En el primer cas Lleida se situa com la regió sanitària amb una taxa més baixa, en el segon, com la regió que la té més alta.

En darrer lloc, si parem atenció als pacients atesos en els centres ambulatoris de salut mental que consten al CMBD-SM, la taxa de 29,0 pacients per 1.000 habitants assegurats de la RS/GTS Lleida és quasi idèntica a la catalana (28,5‰), amb unes xifres que en el cas dels pacients adults (35,0‰) se situen un xic per sobre respecte als infantojuvenils (30,8‰).

Ja per acabar, 3 darrers indicadors ens donen una idea del nivell d'utilització d'un recurs especialment sensible com és el farmacèutic.

Figura 9-12 Indicadors d'utilització de medicaments o productes sanitaris amb recepta mèdica a la Regió sanitària/GTS de Lleida i Catalunya. Any 2009.

	RS/GTS Lleida	Catalunya
Assegurats consumidors de receptes (% estandarditzat)	74,4	70,7
Receptes per habitant (estandarditzat)	18,2	19,1
Receptes per assegurat consumidor (estandarditzat)	25,1	26,7

Font: Elaboració pròpia a partir de dades del Primer (juliol 2010) i Segon (desembre 2010) Informe de la Central de Resultats (Departament de Salut)

Tal com es pot observar, en la comparació amb el conjunt de Catalunya, la Regió presenta un % major d'assegurats consumidors de receptes (3 de cada 4, quasi quatre punts per sobre de la mitjana). Val a dir, però, que si ens fixem en el número de receptes per habitant, tant si es mira amb relació al conjunt d'assegurats (18,2) o amb relació al subconjunt d'assegurats consumidor de receptes (25,1), les dades lleidatanes són aquesta vegada inferiors a la mitjana, i en el darrer cas, les més baixes d'entre totes les regions sanitàries.

10. Opinió dels experts sobre la gestió i el funcionament de la salut a Lleida

En aquest apartat se sintetitzaran les visions de 7 actors clau del territori a qui es va entrevistar entre els mesos de maig i juny. Les entrevistes volien servir per recollir la seva perspectiva sobre l'estat de salut dels lleidatans i la influència que hi exerceixen aspectes ambientals, urbanístics o de les polítiques públiques (a més d'altres aspectes socioculturals que repercuteixen en les desigualtats existents en salut -gènere, classe social, situació de dependència o lloc d'origen), identificant els principals problemes i les seves causes, i proposant intervencions útils per a adreçar-los, tot des de l'experiència del seu particular context de treball. El contingut íntegre de resum de les entrevistes consta en l'apartat d'annexos.

10.1 Elements que afavoreixen un bon estat de salut i qualitat de vida a Lleida

La política i les transformacions urbanístiques

De manera unànime, es valora molt positivament la transformació que ha experimentat la ciutat arran de la planificació urbanística de les últimes dècades, i els impactes que aquest model té per a la salut. Un dels elements més destacats és la transformació de la canalització del riu Segre i la recuperació de grans espais verds (Parc dels Camps Elisis, Parc de la Mitjana, o Arborètum), l'existència dels quals es valora important perquè ofereixen espais públics oberts per a la interacció social i l'oci, on la ciutadania pot practicar esport, passejar, o anar en bicicleta.

Les intervencions urbanístiques dels darrers anys han transformat els barris perifèrics, respectant amb tot la seva personalitat. Les actuacions haurien evitat la conversió d'aquestes barriades en guetos o ciutats dormitori, element que podria haver afavorit la manca de posicionaments de rebuig dels lleidatans envers la població immigrada, d'acord a la percepció sostinguda pels entrevistats. Es dona especial rellevància a la transformació del centre històric, que ha experimentat una evolució molt positiva malgrat l'important nivell de deteriorament de partida que patien bona part dels seus edificis. Aquest barri, juntament amb el de La Mariola i l'àrea de l'estació, receptors de les ajudes de la Llei de Barris, es caracteritzarien no tant per una condició deficient, sinó per l'existència de dèficits funcionals a conseqüència de la manca d'adaptació a les noves necessitats socials del parc d'habitatges existent.

Per últim, un altre element destacat és la incorporació de la proximitat i el vianant com a criteris de planificació urbanística durant les últimes dècades. La peatonalització de gran part del nucli urbà fa que, actualment, més del 60% de la mobilitat urbana sigui segons un dels entrevistats de

vianants, situació potencialment generadora de salut. La freqüència de pas del transport públic urbà, a més, és força baixa (10 minuts). Aquesta nova orientació de les polítiques urbanístiques i de mobilitat, doncs, unida a la dimensió mitjana de la ciutat, faciliten la mobilitat a peu i contribueixen a mantenir una ciutat a escala humana i és un element clau per afavorir la salut i la qualitat de vida de les persones.

Les prestacions sanitàries i sociosanitàries

La millora progressiva i constant del sistema de salut a les comarques de Lleida des de l'anomenada transició democràtica, acompanyada d'una posada al dia científica i professional, han resultat en una atenció hospitalària que ofereix especialitats de primer nivell i una atenció primària desplegada en el territori que garanteix una bona cobertura a la població. Entre les transformacions més positives que es destaquen hi ha l'establiment de la història clínica electrònica, que va estandarditzar els sistemes de registre entre els centres, la incorporació del treballador social a l'atenció primària, i la creació d'un sistema d'atenció espontània d'urgències, que comporta una major utilització dels CAP en detriment dels serveis d'urgències hospitalàries.

L'atenció a la dependència i la integració de col·lectius vulnerables

Malgrat l'existència d'una població en procés d'envelliment, l'atenció a la tercera edat es considera suficientment desenvolupada, amb un servei de teleassistència funcionant des de fa 10 anys. L'accessibilitat per a les persones discapacitades també s'ha treballat des de l'ajuntament: Lleida va ser el primer municipi català en tenir un Pla d'accessibilitat, i mitjançant un Consell municipal les persones discapacitades poden participar en la presa de decisions públiques. Amb relació a la població nouvinguda, els entrevistats no detecten persones en situació d'extrema necessitat, si bé aquesta situació s'atribueix sobretot a la possible existència de xarxes de suport mutu.

El recursos educatius existents en l'àmbit de la salut

Els entrevistats donen valor a l'oferta formativa i recursos destinats a la recerca relacionats amb la salut. Es destaquen els màsters de l'UdL (en Educació per a la Salut, Ciències de l'Infermeria, Biotecnologia en Ciències de la Salut, i Investigació Clínica en Medicina) i l'Aula de Salut, que permet treballar la promoció i educació per a la salut en la línia de la investigació, la formació, i la innovació. També es valora l'existència de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, i diferents comissions mixtes entre la Universitat de Lleida i l'ICS. Un dels elements més destacables és que l'existència de la Facultat de Medicina ha contribuït a millorar la qualitat de l'assistència sanitària a Lleida, ja que s'ha fixat personal i la docència obliga als professionals i les professionals a posar-se al dia.

Pel que fa a la relació entre recerca i coneixement acadèmic i el seu impacte en la ciutadania, des d'Infermeria s'han organitzat postgraus i cursos de promoció de la salut oberts, que contribueixen a fomentar l'educació sanitària de la població. Igualment, des d'epidemiologia també s'han organitzat cursos i seminaris per promocionar hàbits de vida saludables.

Els recursos existents en l'àmbit del lleure i l'educació no formal

El sector de l'educació en el lleure és un altre àmbit valorat molt positivament. Es destaca la important funció dels casals, les instal·lacions esportives, els centres d'esplai i les ludoteques de barri, en coordinació amb els centres educatius, per fomentar la realització d'exercici físic i la integració social tant de la població immigrada com dels infants i adolescents en risc d'exclusió.

Els factors ambientals

Segons els entrevistats, l'absència d'indústria contaminant a l'interior de la ciutat (a excepció d'una farinera) pot explicar que la qualitat de l'aire sigui bona durant tot l'any. S'apunta, no obstant, a l'existència de queixes per contaminació acústica associada a l'oci nocturn.

Les actuacions i programes de salut pública

Es destaquen com a positius els programes i intervencions que s'han realitzat a Lleida en els últims anys en l'àmbit de la salut pública i l'educació per la salut, entre els quals la gestió ambiental i el control alimentari (activitat veterinària), la detecció i control de brots epidèmics des dels serveis del CatSalut, els programes de foment de l'exercici físic (Lleida camina, El camí de la bicicleta...), les activitats d'educació comunitària que desenvolupa el personal d'infermeria dels CAP, el Salut i Escola (que té el seu origen en l'educació sexual, en adolescents als instituts però també està obert a l'abordatge d'altres qüestions), o les activitats educatives al voltant dels trastorns de conducta alimentària, també als IES.

La dieta mediterrània

La presència de la dieta mediterrània fa que, en general, a Lleida es consumeixi amanida i verdura en uns nivells equiparables a la resta de Catalunya, per bé que en el cas de la fruita, a parer dels entrevistats, el seu consum és inferior al que es podria esperar per la proximitat a importants centres de producció.

Interès per la salut

S'identifica un interès generalitzat per la salut: d'una banda, la ciutadania és receptiva als temes de salut i d'una altra, tant a nivell polític com tècnic hi ha un consens sobre la utilitat de les intervencions en educació per a la salut.

10.2 Àrees de millora

Principals problemes de salut

Els entrevistats identifiquen tot un seguit de problemes amb una incidència elevada entre la població de Lleida: malalties cròniques (hipertensió i diabetis), obesitat i problemes de salut associats, dolors genèrics associats a problemes d'esquena i osteoarticulars, malestars psicològics (ansietat, estrès, depressions i semi-depressions), elevat consum d'alcohol i d'altres drogues entre el jovent, exposició a productes químics (plaguicides i fitosanitaris) sense la protecció adequada en el treball agrari, al·lèrgies primaverals, o el cas de la infància i adolescència, problemes de conducta relacionats amb la manca de normes i límits durant l'etapa de criança o amb altres carències per les desigualtats socials i les dificultats econòmiques de les famílies.

Es tractaria, a parer dels experts, de problemes de salut comuns a la resta de Catalunya, a excepció del risc per l'exposició a fitosanitaris, molt vinculat al treball al camp de les zones rurals agràries, o a una major repercussió de l'accidentalitat vinculada a l'alcohol entre els joves. Lleida no destacaria en aspectes de mortalitat, morbiditat o malalties concretes, o en factors de risc específics.

La saturació del sistema sanitari i la manca d'adequació a les noves necessitats socials

Malgrat la qualitat general de l'atenció sanitària a Catalunya, els entrevistats consideren que actualment els serveis es troben saturats, fonamentalment els d'atenció primària, que a Lleida han absorbit molta de l'atenció que abans prestaven les urgències hospitalàries. Aquesta saturació, unida a la retallada de recursos assistencials, pot comportar un desgast dels professionals sanitaris, que hauran de fer el mateix amb menys recursos. L'elevada freqüentació de visites, a més, comportaria una reducció del temps de visita (7 minuts) i impediria que els equips d'atenció primària treballin en prevenció com ho feien abans.

S'assenyala també que la gestió dels recursos sanitaris ha estat en alguns aspectes ineficient (repetició de proves diagnòstiques i analítiques). D'altra banda, es valora que s'ha fet menys del necessari en la incorporació de la mediació cultural i lingüística, fet que a més de dificultar una bona assistència a la població immigrada, també comporta una pèrdua d'eficiència en la utilització dels serveis.

Coordinació insuficient entre les institucions i els organismes vinculats a la salut pública

Alguns informants han subratllat la coordinació entre les diferents institucions i entitats implicades en les actuacions en salut pública com una de les assignatures pendents. Hi ha diversitat d'intervencions per part d'institucions municipals sanitàries, educatives, i altres administracions, però costa molt aglutinar esforços en una mateixa direcció i evitar la duplicació d'esforços i la ineficiència.

Manca de seguiment i avaluació dels programes amb una perspectiva a mitjà i llarg termini

El curt-terminisme que sol acompanyar la planificació de les intervencions és una altra mancança identificada. En el cas de la salut pública, a més, aquesta manca de continuació dels programes i de seguiment i avaluació dels resultats té una especial incidència, ja que les intervencions educatives i els programes de salut en la comunitat requereixen temps i no generen mai resultats de manera imminent.

Reduït impacte d'alguns programes en els col·lectius destinataris

A parer d'alguns entrevistats, les campanyes de comunicació orientades a conscienciar d'un problema a vegades no garanteixen que el missatge arribi als destinataris, ja que massa sovint després no es perceben canvis reals de comportament. Aconseguir un canvi d'hàbits (com ara l'ús del preservatiu entre els joves) requeriria intervencions de proximitat, centrades en l'autoestima i l'autoconcepte de les persones. Un altre dels informants apunta a una dificultat especial en el cas de la gent gran per l'existència de persones a qui no els agrada la sociabilitat i no participen en les activitats organitzades per a grups.

L'augment del trànsit i la preponderància del vehicle privat

Els informants detecten en els darrers anys un increment del trànsit. Tot i l'avantatge de tenir una ciutat molt peatonalitzada, hi ha una important part de la població que es mou en vehicle privat, a més d'una entrada diària a Lleida de milers de cotxes durant la setmana laboral que genera problemes de congestió de trànsit a les entrades i sortides de la ciutat en hores punta. Aquesta tendència es veuria agreujada per la pressió del sector de botiguers per crear pàrkings, que un cop fets comporten una major congestió.

Quant a l'ús de la bici, els entrevistats subratllen que, tot i que es va invertir en la creació de carrils bici, el sistema no ha tingut èxit i, urbanament és molt poc utilitzada.

Tot i que s'han incrementat els serveis de transport públic i s'intenta contenir el trànsit amb una política de rotondes i guals, es jutja que continua havent-hi una excessiva dependència del vehicle privat com a forma de desplaçament.

El consum de drogues associat als models actuals d'oci

Una altra qüestió que ha aparegut de forma reiterada a les entrevistes és la problemàtica sobre el consum d'alcohol i d'altres drogues entre el jovent. Tot i que no es percep com a diferent a la d'altres municipis, els experts apunten que hi ha massa laxitud social amb el consum d'alcohol i de substàncies com ara la marihuana i la cocaïna. En ocasions, s'arriba fins i tot a fomentar públicament aquest consum amb festes de la cervesa, barres gratuïtes, o concursos.

Hàbits d'alimentació poc saludables

La majoria d'informants tenen la impressió que no es consumeixen prou fruites i verdures, i que l'estil de vida actual fa predominar una alimentació de mala qualitat, molt basada en menjars precuinats. També es considera que la pastisseria industrial i els aliments amb greixos i sucres són massa accessibles als infants. En aquest sentit, es lamenta la gran atomització del sector de la fruita a Lleida i la inexistència de xarxes de comercialització fortes que aglutinin tots els productors en una estratègia de venda conjunta en el sector local; una situació semblant a la que es donaria en el cas de l'oli d'oliva.

La manca d'hàbits d'autocura

Pels entrevistats, un dels efectes negatius de l'estat del benestar és que la ciutadania ha perdut la corresponsabilització sobre la seva pròpia salut, delegant a tots els efectes el seu abordatge en les institucions públiques. S'ha inculcat a la població que consulti qualsevol problema amb els professionals sanitaris, fent-lo massa dependent dels serveis de salut, fins i tot per al tractament de dolences menors.

La crisi econòmica i les desigualtats socials

La crisi econòmica i l'agreujament de les desigualtats socials que provoca es valora com un desencadenant de problemes de salut específics, tals com l'aparició de malalties del passat (com ara la tuberculosi) i la radicalització de les desigualtats en salut. El col·lectiu de població

nouvinguda seria, per la seva precarietat laboral i jurídica i menor presència de xarxes de suport familiars o informals, un dels més vulnerables.

Manca d'educació emocional i increment dels malestars psicològics

En algunes entrevistes es va advertir sobre un increment de les consultes de salut de tipus psicològic per abordar ansietats, depressions i problemes de comunicació. Aquests malestars tenen un impacte significatiu en l'estat de salut de les persones, i estarien associats a una societat en què la incertesa sobre el futur i la inseguretat laboral, personal i econòmica són la norma, però també a la manca d'educació de les persones en l'àmbit del benestar emocional.

Amb relació a aquest darrer aspecte, se subratllen els escassos recursos amb què compten els centres educatius públics per treballar l'educació emocional i per atendre adequadament les necessitats especials de l'alumnat al llarg de tota l'etapa escolar.

Poc treball amb perspectiva de gènere

Per als nostres informants, en conjunt, la perspectiva de gènere no s'ha integrat a les actuacions públiques de forma transversal.

Desconnexió en la transferència i aplicació del coneixement acadèmic a la societat

Alguns dels entrevistats consideren que al marge d'iniciatives puntuals de la Universitat de Lleida, no hi ha una eina que coordini de forma global la interrelació entre la recerca universitària i el desenvolupament territorial i que garanteixi una bona transferència del coneixement acadèmic a la societat.

L'escassa implantació de pràctiques de responsabilitat social en el teixit empresarial

En darrera instància, els entrevistats valoren també que encara queda molt de camí per recórrer en l'àmbit de la sostenibilitat i en la implantació d'altres pràctiques de responsabilitat social per part de les empreses de Lleida.

10.3 Propostes d'actuació

En el transcurs de les entrevistes, els informants van anar desgranant algunes propostes d'actuació per fer front a les necessitats detectades:

- **La salut com a valor transversal:** Incorporar la salut com a criteri en les polítiques i com a valor en els discursos públics.
- **Treball en equip, interdisciplinarietat i coordinació:**
 - Promoure la sinergia de totes les institucions (Ajuntament, Consell Comarcal, Diputació) a l'hora de desenvolupar els programes de promoció i educació per a la salut, assolint un ús més eficient dels recursos.
 - Fomentar el treball en equip interdisciplinari, abordant la salut des d'equips plurals.
 - Potenciar el treball en xarxa entre els centres escolars i altres agents, establint circuits perquè el treball en xarxa sigui més eficaç, amb procediments ràpids per garantir la coordinació en la prevenció de conductes de risc, ajudar a les famílies que necessiten recursos i derivar amb eficàcia els joves que ho requereixin.
- **Planificació, avaluació i seguiment:** Garantir el seguiment dels programes de promoció i educació per a la salut, i l'avaluació dels resultats, considerant-ne els impactes a mig o llarg termini que solen resultar d'aquest tipus de programes.
- **Recursos sanitaris i socials:**
 - Dur a terme accions educatives i de difusió per explicar els recursos existents i garantir una millor utilització dels serveis sanitaris per part de la població.
 - Potenciar el paper dels professionals d'infermeria i d'altres disciplines (treball social, fisioteràpia...), com a alternativa per reduir la congestió del sistema.
- **Promoció i educació per a la salut:**
 - Destinar recursos a l'educació sanitària.
 - Promoure la corresponsabilització de la població en la seva salut, afavorint així un menor ús de recursos i la sostenibilitat del sistema.
 - Desenvolupar activitats d'educació per la salut i promoure els hàbits saludables en el marc de l'escola, des de la primera infantesa, i en el de les famílies.
 - Dur a terme accions d'educació sanitària en grup des dels CAP.
 - Impulsar la formació per crear professionals preparats en l'àmbit de la promoció i educació per a la salut.
 - Afavorir que la gent gran tingui una vida activa i se senti útil a la societat.
 - Obrir espais conjunts de reflexió amb pares i mares als centres educatius.
 - Potenciar la realització d'esport i la socialització en el temps de lleure d'infants i adolescents.
 - Ampliar la població destinatària de les activitats de salut comunitària (AAVV).

- **L'atenció a la diversitat social:**
 - Incorporar la mediació cultural i lingüística en l'assistència a persones provinents d'altres països.
 - Desenvolupar actuacions de promoció de la salut amb un enfocament transversal a tota l'estructura social.
 - Crear recursos específics per donar suport a l'alumnat amb necessitats educatives especials, per compensar les desigualtats socials i evitar l'exclusió.

- **Mobilitat saludable i sostenible:**
 - Incentivar l'ús de la bicicleta i la mobilitat a peu, trencant amb la centralitat de l'ús del cotxe. Creació d'aparcaments i espais per a bicicletes, i preferència, juntament amb el vianant, davant del cotxe (per exemple, zones 20 km/h per al trànsit motoritzat).
 - Per rebaixar la pressió del trànsit privat que diàriament es desplaça al centre de Lleida, foment del transport públic interurbà i ubicació de pàrkings dissuasoris a les entrades de la ciutat amb interconnexions en transport públic cada 10 minuts. Treballar perquè el sector comercial entengui els beneficis de fomentar les zones per a vianants.
 - Millora de la peatonalitat de la ciutat: creació de camins escolars.
 - Urbanisme centrat en la proximitat: la peatonalitat també es fomenta quan els equipaments públics s'ubiquen a prop de la població, ben distribuïts al territori, i les infraestructures de transport es gestionen d'acord amb aquesta proximitat.

- **Alimentació saludable:**
 - Desenvolupament d'una política d'alimentació saludable als centres i menjadors escolars, incidint en l'educació a les famílies.
 - Foment de convenis amb el sector de la fruita de Lleida per vendre a preu barat als menjadors escolars.
 - Divulgar i promoure l'alimentació saludable i els beneficis dels productes alimentaris de qualitat de la terra.

- **Prevenició del consum d'alcohol i altres drogues:**
 - Treballar totes les addiccions (tabac, alcohol, televisió, videojocs, ...) des dels valors, amb especial atenció a l'edat de l'adolescència i accions dirigides també a la població nouvinguda.
 - Desincentivació de l'oci centrat en el consum d'alcohol i foment de begudes saludables, juntament amb les famílies i les comunitats. Ocis nocturns saludables en col·laboració amb el sector privat.

- **Crisi econòmica i desigualtats socials:**
 - Foment de la creació de llocs de treball i del desenvolupament econòmic del territori.

- Impulsar el sistema sanitari com un agent generador de riquesa, amb impactes directes i indirectes no només en la creació d'ocupació al territori, sinó també en la capacitat d'innovació o la generació i difusió de coneixement.
- Atenció als grups de població en risc d'exclusió.
- **Malestars psicològics i educació emocional:**
 - Fomentar l'educació de les emocions; aprendre a gestionar l'estrès i l'ansietat des de la infantesa té un impacte significatiu en el benestar de les persones.
 - Potenciar l'educació emocional i el treball de l'afectivitat en l'acompanyament a adolescents.
- **Polítiques i intervencions de proximitat** com a criteri transversal en les polítiques de salut: Mitjançant projectes de comunicació directa amb col·lectius diana per via dels CAP, a les empreses, a la comunitat o a les escoles.
- **Inclusió de grups d'interès:** Incorporació de les associacions de malalts, Universitat i col·legis professionals en l'elaboració del Pla de salut.
- **Inversió en recerca, generació i difusió del coneixement:** Realitzar estudis epidemiològics per analitzar la incidència del càncer i les seves causes al municipi, i estudiar els hàbits de la joventut als pobles de Lleida.
- **L'entorn empresarial:**
 - Potenciar la responsabilitat social de les empreses de Lleida com a via per implicar-les en la sostenibilitat, salut i qualitat de vida al municipi.
 - Integrar la salut laboral com un àmbit important dins del Pla de salut: promoure bones pràctiques laborals: entorns segurs, climes de treball saludables i horaris racionals que facilitin la conciliació i afavoreixin la reducció de l'estrès.
- **L'entorn regulatori:**
 - Aprofitar les possibilitats que obrirà la nova Llei de Salut Pública, tant per millorar la coordinació de les institucions implicades com per impulsar actuacions específiques.
 - Utilitzar les lleis i ordenances municipals per abordar aspectes que no s'acabin d'assolir per via educativa, seguint l'estela de la Llei antitabac o la Llei del cinturó de seguretat.

11. La salut pública a Lleida

El foment de la salut pública demana actuar de manera central sobre la població com un tot i sobre els determinants de la salut, tant individuals com col·lectius. Sovint, les actuacions que es realitzen en aquest àmbit en un territori són desenvolupades per diferents agents.

A la ciutat de Lleida, concretament, realitzen activitats de promoció, prevenció i vigilància de la salut l'ICS, GSS, i diferents instàncies de l'Ajuntament de Lleida. Les activitats de protecció de la salut es realitzen des de l'Agència de Protecció de la Salut i de nou, des de la Paeria.

11.1 Les activitats de promoció de la salut

La promoció de la salut inclou les activitats sanitàries que pretenen incrementar la salut de les persones i de les poblacions de manera global; és a dir, fer créixer la salut en sentit positiu i no merament evitar l'aparició de malalties. Els àmbits d'intervenció possibles són nombrosos: la prevenció del tabaquisme, la promoció de l'exercici físic i l'alimentació saludable,... Així doncs, la finalitat d'aquests programes és maximitzar el benestar, físic, psíquic i anímic, i social de les persones, estimulants especialment l'adopció d'estils de vida saludables.

11.2 Els programes de promoció de la salut de l'Ajuntament de Lleida

Són dues les àrees que principalment treballen des de l'Ajuntament de Lleida en aquesta direcció: el Departament de Salut Pública i l'Àrea de Drogodependències.

Programes de promoció de la salut del Departament de salut pública

El Departament de Salut Pública treballa la promoció de la salut per mitjà de 3 programes:

- Programa de salut escolar
- Programes d'esport i salut
- Programa d'activitats d'educació sanitària dirigides a la gent gran

Programa de salut escolar

Creat pel Decret de 17 de març de 1980, aquest Programa es va posar en marxa amb l'objectiu de promoure i protegir la salut infantil. Les seves previsions són de compliment obligatori en tots els centres públics i concertats que imparteixin ensenyament de règim general i escolaritzin alumnes compresos entre els 3 i els 16 anys d'edat.

- **Exàmens de salut als pàrvuls de 4 anys i nouvinguts:** Els exàmens de salut escolar són exàmens mèdics de selecció o cribatge efectuats a alumnes aparentment sans amb la finalitat de detectar o descobrir d'una manera precoç anomalies o problemes de salut que siguin susceptibles de derivació al seu metge o pediatra. L'examen comprèn una somatometria, exploració bucodental (dentició temporal, càries, maloclusió dentària), òrgans genitourinaris masculins (testicles en bossa), cribatge visual (estrabisme), i control de l'estat immunitari de l'alumne. En el curs 2010-2011 l'equip de salut escolar de l'Ajuntament ha examinat 628 nens i nenes.

Figura 11-1 Centres revisats per l'equip de salut escolar de l'Ajuntament de Lleida. Curs 2009/2010

Escoles	Matriculats P-4	Absents	Revisats P-4	Revisats Nouvinguts
Col·legi Sagrada Família	50	5	45	4
Col·legi Santa Anna	50	2	48	-
CEIP Cervantes	11	1	10	1
CEIP Magraners	12	-	12	2
CEIP Magi Morera	24	2	22	1
CEIP Joan XXIII	38	5	33	11
CEIP Frederic Godàs	52	4	48	3
CEIP Sta. M. Gardeny	27	6	21	4
CEIP Príncep de Viana	27	1	26	5
Col·legi St. Jaume	25	3	22	-
Col·legi Maristes	72	1	71	-
CEIP Camps Elisis	22	3	19	9
Col·legi Episcopal	72	1	71	-
CEIP Cappellet	27	2	25	-
Col·legi Lestonnac	48	3	45	-
CEIP Escoles Alba	47	-	47	-
CEIP Pràctiques I	25	2	23	-
TOTAL	629	41	588	40

Font: Departament de Salut Pública (Ajuntament de Lleida)

- **Glopeigs periòdics amb solucions fluorades:** El Programa inclou el control dels glopeigs periòdics de fluor als centres escolars dels alumnes d'educació primària (1r, 2n, 3r i 4t). L'equip de salut escolar coordina la distribució i controla la correcta administració

de les solucions fluorades; un total de 20 glopeigs durant el curs acadèmic. Durant el curs 2009-2010, 27 centres escolars han assolit els objectius marcats.

- **Programes d'educació per a la salut:** L'educació per a la salut és un procés de formació i responsabilització amb l'objectiu d'adquirir coneixements, actituds i hàbits bàsics per a la promoció de la salut tant individual com col·lectiva. Durant el curs 2009-10, l'equip de salut escolar municipal ofereix a tots els centres escolars els següents programes d'educació per a la salut:
 - **Sexualitat i Afectivitat:** Dirigit als alumnes de 1r, 2n, 3r i 4t curs d'educació primària (cicle inicial i mitjà, 6-9 anys), té com a objectius generals adquirir coneixements bàsics del fet sexual humà, desenvolupar una actitud de naturalitat davant la sexualitat, consolidar progressivament una identitat sexual lliure de discriminació, establir el diàleg i la comunicació sobre els temes sexuals, i desenvolupar una ètica social.
 - **Prevenció d'accidents infantils:** Dirigit al cicle superior d'educació primària (10-11 anys), el seu principal objectiu és desenvolupar hàbits i actituds positives envers la prudència i la seguretat així com detectar situacions de risc per poder evitar-les. Es focalitza l'atenció en la seguretat a la llar, l'escola, en les activitats físiques i el temps de lleure, i en les mesures de prevenció contra el foc. A cada professor/professora que realitza l'activitat en els centres escolars se'ls hi envia la guia didàctica "Seguretat i Salut". En el transcurs del l'any acadèmic 2009-2010 hi han participat 5 escoles i el total d'alumnes inscrits ha estat de 240.
 - **Higiene dels sentits i de la son:** Dirigit als alumnes de 2n i 3r curs d'educació primària (7 -9 anys), té com a objectiu general millorar l'estat de salut desenvolupant hàbits d'higiene personal i adquirint una actitud responsable amb ells i els seus companys. El Programa pretén identificar les normes d'higiene com a mesura de prevenció de malalties, observar i analitzar la forma i la freqüència en què s'ha de practicar la cura i neteja del propi cos, o treballar l'autonomia en els hàbits bàsics de neteja i d'higiene del cos i dels sentits, entre d'altres. Les 20 escoles i 993 alumnes que l'han realitzat van qualificar l'organització, continguts i metodologia del Programa com a satisfactoris.
 - **Trastorns de la conducta alimentària:** Dirigit a 2n i 3r d'ESO (13 i 14 anys), pretén que els alumnes adquireixin els coneixements necessaris per aconseguir una alimentació correcta, acceptin i valorin el propi cos, augmentin la capacitat crítica així com la responsabilitat individual, rebutgin certes opinions subjectives lligades a la moda, i reflexionin sobre els models estètics actuals i al llarg del temps. Als

professors i alumnes que realitzen l'activitat se'ls hi facilita una guia didàctica del Programa.

Programes d'esport i salut

Es realitzen dos programes:

- **Caminem:** Cicle de caminades, orientades a conèixer la ciutat de manera saludable.
- **Thao:** Prevenció de l'obesitat infantil.

Programa d'activitats d'educació sanitària dirigides a la gent gran

L'objectiu general d'aquest programa és fomentar la salut i la qualitat de vida en l'envelliment. Dirigit als usuaris i usuàries dels casals municipals, es pretén millorar els hàbits de nutrició i alimentació incidint en la importància de la dieta mediterrània, informar sobre el risc de l'automedicació i el bon ús dels medicaments prescrits, i augmentar el nivell general de salut d'aquesta franja de població. Per a assolir tals finalitats, es fan xerrades d'educació sanitària sobre alimentació i nutrició, prevenció d'accidents a la llar, i automedicació.

Entre el 18 de febrer i el 19 de març de 2010 s'ha ofert a 10 llars municipals el taller "*Alimentació saludable. Com conservar i manipular els aliments*", que ha comptat en global amb 108 assistents.

Programes de promoció de la salut de l'Àrea de drogodependències

Bona part dels programes i serveis de promoció de la salut que es proporcionen des de l'Àrea de drogodependències de l'Ajuntament s'inscriuen en un esforç conjunt amb altres agents del territori que des de 2009 treballen en un nou marc de col·laboració interadministrativa. És així, doncs, que professionals de diferents departaments de la Generalitat, l'Ajuntament de Lleida i entitats que treballen al territori en educació per a la salut col·laboren per dur a terme programes en els centres educatius de la ciutat de Lleida orientats a millorar les actituds i habilitats per al desenvolupament de comportaments saludables dels infants i joves.

Partint en la majoria de casos d'aquest marc d'actuació comú, des de l'Àrea de drogodependències de l'Ajuntament de Lleida s'han gestionat els següents serveis i programes:

Servei d'assessorament sobre drogues

Atenció individualitzada/familiar a les persones que a totes les famílies, joves i població en general que visquin situacions de preocupació i/o desconeixement amb relació als consums

d'alcohol i altres drogues. El Servei avalua la situació de dificultat, orienta psicològicament i/o deriva el cas a tractament, si escau. S'atenen persones que es troben a les primeres fases de consum, com és el cas d'alguns adolescents, i persones més grans amb hàbits de consum ja plenament instaurats. Amb els primers es realitzen sessions d'assessorament. En el segon, les sessions solen ser de suport i en coordinació amb els SSAP i els centres de tractament. L'any 2009 es van atendre 93 casos i es van realitzar 250 sessions.

Mesures alternatives a la sanció per consum de drogues a la via pública

El propi Servei d'assessorament té com un altre dels seus objectius canalitzar i orientar els menors que han estat sancionats per consum i/o tinença de drogues a la via pública. Producte d'un protocol d'actuació amb mossos i guàrdia urbana, aquests joves arriben al Servei per tal de donar respostes alternatives a la sanció econòmica. El protocol està adreçat als menors d'edat no reincidents. La resposta alternativa consisteix en sessions d'orientació familiar/individual portades per una psicòloga de l'àrea de prevenció, que poden ser complementades per una tasca d'acompanyament a recursos de lleure i a recursos socioeducatius. Entre juny de 2008 i desembre de 2009 s'han tractat 115 casos i realitzat 403 sessions.

Psicoconsulta jove

Iniciada el mes d'abril de 2009, la Psicoconsulta pretén apropar l'assessoria sobre salut als joves en tres àmbits: 1) addiccions, consums de tòxics, alimentació i sexualitat; 2) orientació en relacions afectives de parella, familiars i d'amistat, i 3) suport psicològic i ajuda en salut emocional. El Servei busca facilitar i atansar als joves l'accés a una informació específica i professional en un espai no formal; mitjançant consultes personals, anònimes, confidencials i ateses per especialistes. Es realitzen unes 3 sessions, individuals o en grup, liderades per una psicòloga, i si es considera que el jove necessita més atenció, es deriva als serveis especialitzats. En la prestació del servei hi col·laboren el PASSIR (Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproducció), l'Associació Antisida, i el Programa Salut i Escola del Departament de Salut. Durant el seu primer any de funcionament es van atendre 90 casos en 86 sessions.

L'aventura de la vida

Projecte per a potenciar les competències d'habilitats per a la vida i els hàbits saludables, dirigit a l'alumnat de 3r, 4t, 5è i 6è d'educació primària. És el programa marc que aglutina totes les activitats de promoció de la salut adreçades a l'educació primària. Planteja un treball continuat del mestre amb els seus alumnes al llarg de tot el curs (1 sessió setmanal) a través d'uns àlbums de cromos i una guia didàctica. Va acompanyat de diferents propostes complementàries adreçades als mestres i pares/mares, així com activitats comunitàries que reforcen la feina feta a l'aula (obra de teatre "L'aventura a escena", taller de prevenció del tabaquisme, trobades de formació del projecte per a mestres i famílies,...). L'any 2009 el Projecte va actuar sobre 20 centres educatius, 2.038 alumnes i 102 pares i mares.

Órdago

Programa orientat a potenciar les habilitats personals i socials i reflexionar sobre els hàbits de salut, principalment respecte al tabac i l'alcohol. Dirigit a alumnes de 1r i 2n d'ESO, consta de 8 sessions d'una hora realitzades durant el curs en les que es treballa per mitjà d'una guia didàctica i uns quaderns per als alumnes. Es pot complementar amb la intervenció d'un tècnic municipal i/o de tallers específics sobre tabac i alcohol. L'any 2009 2.250 alumnes van conèixer el Programa.

Max a escena

Obra de teatre i 2 sessions a classe realitzades pel tutor/a, dirigida a alumnes de 3r d'ESO, que representa escenes típiques de la vida dels adolescents per tal de reflexionar sobre diverses situacions de risc per a la salut dels joves (consum d'alcohol i altres drogues, malalties de transmissió sexual,...) i identificar respostes adients per fer-hi front. L'obra s'acompanya d'una guia didàctica per al professor/a per treballar amb els alumnes qualsevol dels aspectes que apareixen a l'obra. També es fa una representació per a les famílies. Els 144 tallers motivats per l'obra el 2009 van cobrir 1.600 joves i 150 pares i mares.

Xkpts.com

Sessió didàctica audiovisual adreçada a escolars de 3r d'ESO, té per objectiu augmentar els seus coneixements sobre els efectes i conseqüències del consum de cànnabis, identificar la pressió social per consumir-ne que hi ha en el seu entorn i promoure habilitats per refusar el consum. 795 joves lleidatans i lleidatanes de 10 centres de secundària van rebre-la l'any 2009.

Les històries de Max

El Programa, adreçat a alumnes de 4t d'ESO, vol servir per fer una reflexió sobre falsos mites respecte les drogues i la sida, de manera que els adolescents es plantegin les seves pròpies creences i conductes, sobre les situacions de risc associades al consum de drogues (com ara les relacions afectivosexuals de risc), així com per promoure una actitud crítica envers la visió social de l'alcohol que reben a través de la publicitat, les opinions dels amics. Consta d'1 a 4 sessions realitzades pel tutor/a més un taller participatiu de 2 hores realitzat per tècnics especialistes. L'any 2005 es van realitzar 97 tallers amb 991 joves.

Quin és el teu si? Quin és el teu no? Tu decideixes

Destinat a alumnes de batxillerat, aquests tallers de 2 hores realitzat per tècnics especialistes s'adrecen igualment a reflexionar sobre les situacions associades al consum de drogues com les pràctiques sexuals de risc, comes etílics, baralles, alcohol i conducció per tal de fomentar la

presa de posicionaments crítics davant aquestes situacions. Els tallers participatius se centren en la resolució de situacions conflictives quotidianes en la vida dels joves, especialment vinculades al grup d'amics, les drogues i la sexualitat. Complementàriament, el tutor realitza entre 1 i 2 sessions preventives prèvies i/o posteriors a aquests tallers, a través de l'orientació del tècnic municipal i de material complementari. El 2005 els 47 tallers realitzats van comptar amb l'assistència de 525 joves.

Preserva't

Taller igualment destinat a alumnes de batxillerat que aborda específicament la utilització correcta del preservatiu, trencant mites i ajudant als joves a familiaritzar-se amb la seva utilització.

Saps de què va?

Amb uns objectius i orientació idèntics al Programa "Quin és el teu si?...", el *Saps de què va?* va dirigit a alumnes de cicles formatius de grau mitjà, escoles taller i centres de formació professional on es troben joves en situació de risc social. Igualment, està estructurat en un taller de 2 hores portat per tècnics i 1 o 2 sessions realitzades pels respectius tutors. L'any 2009 875 joves van passar per 87 tallers.

Sessions d'orientació i assessoria adreçades als educadors/es dels centres d'educació secundària

Amb una durada variable en funció del programa de cada any, aquestes jornades de formació busquen oferir als equips educatius dels centres un marc de formació continuada en l'àmbit de l'educació per a la salut. Per mitjà de sessions magistrals i tallers participatius, es proporcionen eines i recursos per dinamitzar grups d'adolescents i desenvolupar les habilitats per a la vida dels alumnes, així com propostes de promoció per a la salut i prevenció de conductes de risc (drogodependències i sexualitat) i la manera de posar-les en pràctica a l'aula. L'any 2009 es realitzaren 130 sessions de treballs amb 300 professors i altres professionals del món de l'educació participants.

Altres activitats en l'àmbit educatiu formal

L'Àrea de prevenció de drogodependències de l'Ajuntament també realitza altres activitats en els centres educatius:

- **Activitats adaptades:** activitats dissenyades atenent a necessitats diverses dels centres, per diferents motius: consums de drogues importants, població amb discapacitat, peticions específiques dels equips directius per plans concrets al centre, etc. (55 tallers i 685 joves el 2009).

- **Jornades de formació a l'inici de curs:** adreçades als equips educatius dels centres (l'any 2009 centrada en la presentació i treball de la Guia de programes i serveis en promoció de la salut de la ciutat de Lleida, amb 138 participants).
- **Crèdit universitari "Sexe, drogues i rock and roll...":** Realitzat en col·laboració amb la Universitat de Lleida i l'Associació Anti-Sida, se centra en conceptes generals sobre drogues i sexualitat de risc i estratègies de prevenció en la relació amb els iguals (20 alumnes l'any 2008).

Programa Moneo

Adreçat a pares i mares de nois/es d'11 a 15 anys dels centres educatius de secundària, i realitzat conjuntament amb l'Associació Anti-sida, el Programa vol servir per informar els pares i les mares sobre aspectes bàsics de les drogues i de les relacions sexuals de risc, així com formar en pautes educatives adients per a una prevenció efectiva des de la família. La finalitat és incidir en la modificació dels factors de risc i de protecció de l'entorn familiar per prevenir l'abús de drogues en els preadolescents, mitjançant l'increment de la informació sobre drogues per part dels pares i/o mares, la millora de les seves habilitats educatives i la clarificació de la posició de la família en relació al consum de drogues. Concebut com un taller, el Programa es basa en 3 sessions formatives de 2 hores cadascuna realitzades per tècnics especialistes. L'any 2009 el Programa va comptar amb un centenar de pares i mares participants.

Accions educatives en el lleure

Tres actuacions busquen incidir en els espais de lleure:

- **Programa formatiu:** sessions de formació adreçades als educadors/es de centres d'esplai, centres oberts de joves, o espais joves, entre d'altres (L'any 2009 es van formar 100 educadors de 6 centres).
- **Tallers amb adolescents i joves dels barris:** El 2009 132 joves participants de 12 a 17 anys de 4 centres de barri.
- **Cursos de formació Escola de l'Esplai:** Mòduls formatius sobre drogues i sexualitat de risc integrats en la formació reglada dels monitors/es. L'any 2009 es van realitzar dos cursos pels quals van passar 60 monitors, majoritàriament joves d'entre 14 i 18 anys.

Nits de qualitat

Aquesta acció de sensibilització i informació als espais d'oci nocturn realitzada conjuntament amb el Departament de Salut, se subdivideix en dues activitats:

- **Taules de participació Nits de qualitat:** Tenen per objectiu impulsar mecanismes de participació activa dels locals d'oci per tal de generar estratègies preventives sobre drogues i reducció del risc, integrades als espais de diversió dels joves. Hi participen gerents de locals d'oci nocturn de la ciutat i responsables d'entitats que gestionen activitats d'oci, així com cossos de seguretat (Mossos d'Esquadra i Guàrdia Urbana) i d'altres recursos per a joves. L'any 2009 les taules van generar acords, d'una banda, per tal de realitzar accions concretes de prevenció en el risc en festes de joves i, per l'altra, accions de sensibilització respecte a l'alcohol i la conducció en joves.
- **Punts informatius en festes universitàries:** Acció que busca apropar informació objectiva sobre drogues i sexualitat de risc dintre dels espais d'oci dels joves, mitjançant la instal·lació d'un punt informatiu. L'any 2009 se'n van instal·lar en 3 festes o celebracions (Agrocastanyada, festa de treball social, i nit de cap d'any), amb un total aproximat de 6.500 participants.

“Noctur-nos”

Aquesta altra acció de sensibilització i informació als espais d'oci nocturn té per objectiu implantar la figura del conductor alternatiu i fomentar una actitud de responsabilitat entre els joves, bo i incentivant l'elecció dins del grup d'amics d'un conductor que no beu. Realitzada en col·laboració amb la *Federación Española de Bebidas Espirituosas*, l'any 2009 va coincidir amb la Nit Europea Sense Accidents, celebrada simultàniament als 27 països de la Unió, i va arribar a cobrir uns 1.000 joves.

L'aventura de la ràdio

En l'àmbit comunitari es desenvolupa aquest programa de ràdio, complementari al Programa *L'Aventura de la Vida*, amb la col·laboració del grup Segre Ràdio, del Consell Comarcal del Pla d'Urgell i amb la participació directa dels nenes i nens. L'any 2009 es van realitzar un total de 13 programes d'una hora de durada, amb la participació de 397 alumnes de 10 centres educatius de Lleida (conjuntament amb altres centres del Pla d'Urgell) i 15 convidats (famílies i persones representatives de la ciutat en els diferents temes tractats).

L'aventura de la vida a la televisió. Club Banyetes

Emissió setmanal, dins de l'espai televisiu Club Banyetes, d'un espai dedicat a *L'Aventura de la Vida*.

Grups de deshabitució tabàquica

Adreçat a població general, especialment, a joves, dones i gent gran que vulguin deixar de fumar, aquest projecte se centra en proporcionar suport psicològic a través de teràpia grupal, facilitant l'aprenentatge d'estratègies eficaces, així com potenciar els recursos personals per fer front a la dependència tabàquica. Realitzat conjuntament amb l'Associació Espanyola Contra el Càncer-Catalunya contra el Càncer, l'any 2009 es van formar 3 grups (2 d'adults i un d'adolescents) integrats per 32 participants.

Dia mundial sense tabac

Campanya de sensibilització i conscienciació adreçada a tota la població de la ciutat en motiu del Dia mundial sense tabac, juntament amb l'Associació Catalana contra el Càncer. Muntatge de taules informatives al carrer i als centres d'educació secundària, amb la col·laboració de les infermeres del programa Salut i Escola del Departament de Salut. El 2009 es van muntar 14 taules, 10 en centres de secundària de Lleida, amb uns 500 participants.

Webs elpep.info i laclara.info

Pàgines web destinades a informar a joves de 14 a 16 anys (elpep) i de més de 16 anys (laclara) sobre sexualitat, drogues i pantalles, amb un disseny atractiu de consulta ràpida, lliure i interactiva. Admet preguntes particulars dels joves amb resposta ràpida.

11.3 Els programes de promoció de la salut del Departament de Salut i els proveïdors assistencials

Prenent com a base la Guia de programes de promoció de la salut a Lleida, el Departament gestiona activitats que s'incardin en els següents programes:

Programa Salut i Escola

Promogut pels departaments d'Educació i de Salut, per tal d'impulsar la promoció i prevenció de la salut a l'escola i coordinar millor les accions en el territori, s'adreça a la població adolescent principalment de segon cicle d'ESO (tercer i quart) dels centres públics i concertats. Més concretament, a Lleida el Departament ha realitzat les següents activitats:

Consulta oberta

Amb una durada que oscil·la entre les 2 i les 6 hores, aquest servei adreçat a tots els alumnes d'ESO se situa en un espai ubicat a l'interior dels centres i es basa en l'escolta activa, la resolució de problemes i/o dubtes relacionats amb la salut en general i els eixos del Programa en

particular (salut afectiva i sexual, salut mental, salut alimentària i drogues), i el seguiment i derivació, si escau.

Taller “I què passa amb l'alcohol?”

Taller interactiu de 2 hores dirigit a alumnes de 2n d'ESO sobre les begudes alcohòliques en què es treballen diferents mites relacionats amb la seva ingesta. Més en concret, el taller vol donar una informació racional sobre les begudes alcohòliques, alhora que busca que els alumnes reconeguin els efectes de l'alcohol de forma objectiva, aprenguin a calcular la quantitat d'alcohol pur que s'ingereix segons cada beguda i com es metabolitza, i acabin qüestionant algunes creences i mites respecte al seu consum.

Taller “I jo, per què he de fumar?”

Amb una durada també de 2 hores i adreçat a alumnes de 2n, aquest taller vol informar sobre els efectes del tabac, identificar riscos, i ajudar a adoptar una actitud crítica respecte al seu consum.

Taller “Canvis en l'adolescència”

Taller de 2 hores adreçat a alumnes de 1r d'ESO centrat en la identificació dels canvis fisiològics en l'adolescència i en informar i donar a conèixer els aspectes bàsics generals relacionats amb l'afectivitat i la sexualitat.

Taller “Parlem de Protecció”

Sessió de 2 hores que té per objectiu sensibilitzar els adolescents de 3r d'ESO sobre l'ús de mètodes anticonceptius per tal d'evitar embarassos no desitjats i MTS, alhora que s'estableix un debat sobre les causes i els efectes d'un embaràs no desitjat, i s'informa dels circuits existents dins l'atenció sanitària pública per atendre demandes específiques en matèria de salut afectiva sexual.

Classe sense fum

Dirigit a alumnes de 1r i 2n d'ESO, aquest programa té una durada no inferior a cinc mesos (d'octubre a abril), i busca prevenir la iniciació al tabaquisme entre els alumnes i incidir sobre aquells que ja l'han provat alguna vegada per evitar que passin d'experimentadors a fumadors habituals. S'utilitzen les hores de tutoria per mantenir grupalment la decisió de no fumar fins al final del concurs i per elaborar l'eslògan, cartell o activitat sobre la prevenció del tabaquisme que els identifiqui com a grup.

Connecta amb els teus fills

Programa adreçat als pares i mares de les AMPA de centres educatius de primària i secundària, en forma de tallers de 2 hores de durada: un taller inicial (“Connecta amb els teus fills. Parlem de les drogues”), i un d’aprofundiment: (“Connecta amb els teus fills. Actua”). El Programa vol oferir un espai de reflexió als pares al voltant del consum de drogues i resoldre els seus dubtes, pors, i inseguretats al voltant d’aquest fenomen.

Consulta de deshabitució tabàquica

Tots els CAP de Lleida ciutat disposen d’un o més professionals que fan consulta de deshabitució tabàquica. Mitjançant teràpia individual o grupal, es proporcionen consultes per ajudar en la tasca d’abandonar l’hàbit tabàquic, utilitzant tècniques motivacionals, suport psicològic i tractament farmacològic quan és convenient.

Web sexejoves.gencat.cat

Lloc web del Departament de Salut i l’ICS de consulta virtual sobre salut sexual i reproductiva dels joves, que vol ser eina d’interacció i comunicació entre aquests i un equip de professionals que respon per correu electrònic (resposta garantida en 24 h) i per xat en horaris establerts.

11.4 Els programes de promoció de la salut d’altres departaments de la Generalitat

Al marge del Programa Salut i Escola, que el Departament de Salut desenvolupa conjuntament amb el d’Educació, hi ha altres instàncies de la Generalitat que també duen a terme programes de prevenció de la salut a Lleida ciutat.

Institut Català de les Dones

L’ICD organitza 2 tallers en col·laboració amb la Secretaria de Joventut i el Departament d’Educació:

- *Talla amb els mals rotllos*: s’adreça a alumnes de 3r i 4t d’ESO i cicles formatius de grau mitjà. Dues sessions de 2 hores de durada per tal de reconèixer i promoure valors, actituds i models relacionals igualitaris entre les persones des de la perspectiva de la coeducació, i desenvolupar una postura personal crítica i activa que eviti l’abús i la violència en les relacions afectives, especialment en els més joves i les dones.

- *Ni prínceps blaus ni princeses promeses*: Taller d'hora i mitja per a associacions de mares i pares de centres educatius de primària i secundària que busca identificar les diferents manifestacions de violència que es donen en l'àmbit familiar i escolar, desmuntar falses creences sobre víctimes i agressors, i prevenir aquesta violència a través de la sensibilització.

Secretaria de Joventut

La Secretaria posa a disposició dels centres de secundària, batxillerat, cicles formatius i programes de qualificació professional inicial el *Pack Aula Jove*, un programa formatiu que ofereix un conjunt de tallers que, de manera informal i participativa, aborden aspectes vinculats al desenvolupament de valors i actituds dels joves. Destaquen els tallers sobre Infeccions de Transmissió Sexual; Tabac, alcohol i cànnabis; Drogues i festa; i Educació sexual.

Mossos d'Esquadra

El Departament d'Interior, per via del cos dels Mossos d'Esquadra, fa fins a 3 conferències per abordar diferents aspectes de promoció de la salut:

- *Prevenió de consum de drogues*: Dirigit a alumnat de centres de primària, secundària, batxillerat i cicles formatius, així com a AMPA i educadors, es tracta d'una presentació preventiva sobre les conseqüències legals del consum i tràfic de drogues, que en el cas de les AMPA i educadors s'acompanya d'una mostra de substàncies estupefaents per tal que pares, mares i educadors aprenguin a distingir-les.
- *Internet segura per a la protecció del menor*: Amb els mateixos destinataris que l'anterior conferència, en aquest cas la xerrada vol facilitar informació a l'alumnat (i als seus pares i mares i educadors) sobre les conseqüències de l'ús incorrecte d'internet i les noves tecnologies.
- *Violència masclista. Com comença tot?* : Igualment dirigida a alumnes i pares i mares, la conferència aborda la violència masclista amb l'objectiu d'evitar que aquests puguin ser víctimes susceptibles de patir maltractaments en l'àmbit de la llar o amb la seva parella, alhora que informa sobre l'actuació policial en aquests supòsits i el circuit d'atenció per part dels grups d'atenció a la víctima.

11.5 Els programes de promoció de la salut d'entitats socials del tercer sector

Diverses entitats del tercer sector també desenvolupen una important activitat en el camp de la promoció de la salut:

AECC - Catalunya contra el Càncer

L'Associació Espanyola Contra el Càncer du a terme les següents activitats:

- *Taller sobre prevenció del tabaquisme*: Dirigit a alumnes de 6è de primària i 1r i 2n d'ESO, es treballen diferents continguts de la matèria del tabaquisme mitjançant una metodologia que fomenta la participació activa de l'alumnat i que aprofita els coneixements que han après sobre biologia (aparell respiratori, circulatori...) i matemàtiques (interpretació de gràfiques i percentatges).
- *Servei de deshabitució tabàquica individual o grupal*: Adreçat a tota la població en general, aquest servei d'assessorament s'orienta tant als fumadors (fumadors que volen deixar de fumar o exfumadors que tenen por de recaure) com als no fumadors que tenen interès a ajudar algú a deixar de fumar. La consulta, basada en el model cognitiu-conductual, proporciona tractament psicològic de l'addicció al tabac en grups de 5-15 persones, estructurat en 12 sessions de 2 hores de duració.
- *Web Loestoydejando.org*: Lloc web dirigit a joves d'entre 14 i 20 anys on els internautes poden trobar informació sobre tabac, ajudar els altres a deixar de fumar i un programa de deshabitució en línia per a aquells que necessiten suport, amb l'assessorament d'un equip de professionals especialistes en la deshabitució tabàquica.

Associació AntiSida de Lleida

Aquesta associació, que també participa en programes de l'Ajuntament de Lleida (Les històries de Max; El teu sí, el teu no; Saps de què va?; Moneo; Psicoconsulta jove), organitza a més els següents programes:

- Taller *Per estimar-te, m'estimo*: taller participatiu per als alumnes de 3r d'ESO de dues hores orientat a promoure conductes saludables sobre l'afectivitat i la sexualitat, afavorint l'adquisició d'habilitats i conductes lliures i responsables, l'enfortiment de l'autoestima i l'autonomia de

l'alumnat, el respecte pels altres i per la diferència, així com el desenvolupament de comportaments no discriminatoris.

- *Fes un pas, informa't! Servei d'assessorament al jove*: Servei permanent de consulta personal, privat, confidencial i gratuït per informar, orientar i assessorar als joves sobre temes relacionats amb conductes sexuals de risc, VIH/sida, ITS i embarassos no desitjats. El Servei pretén alhora afavorir la detecció precoç de la infecció per VIH/sida i sífilis (possibilitat de rebre un servei de detecció immediata o analítica estàndard de forma anònima, confidencial i gratuïta), i reduir les conductes sexuals de risc.
- *Web antisidalleida.org*: Lloc web dirigit a la població en general amb informació sobre els àmbits d'actuació de l'entitat amb apartats específics per a joves (per informar, reflexionar i investigar temes d'actualitat relacionats amb el VIH/sida i la sexualitat saludable) i professionals de l'educació (amb eines per crear un espai d'interacció entre el professor i l'alumnat).

Fundación Alcohol y Sociedad

Aquesta entitat lidera algunes activitats centrades en la prevenció de l'alcohol en l'adolescència:

- *Programa pedagògic adolescència i alcohol*: Adreçat a centres educatius de secundària (ESO, batxillerat i cicles formatius de grau mitjà i superior), té per objectius reduir el nombre d'adolescents que beuen alcohol, endarrerir l'edat d'inici en el consum, reduir la quantitat que consumeixen els adolescents que ja beuen i donar informació científica i veraç sobre alcohol.
- *Conferència Adolescència i alcohol*: Com a complement al Programa, aquesta conferència té com a destinataris les famílies amb fills/es en edats de 12 a 18 anys de centres educatius de secundària, i vol oferir als pares i a les mares eines per a l'abordatge de situacions quotidianes relacionades amb l'educació dels seus fills i filles sobre l'alcohol i l'adolescència.

Obra Social La Caixa

Des del CaixaForum de Lleida, l'Obra Social de la Fundació de La Caixa organitza diversos tallers i activitats educatives, entre els quals destaca el taller *Violència: tolerància zero. Prevenció de la violència de gènere*, que amb l'ajuda d'un monitor segueix una dinàmica estructurada en què es fomenta la reflexió personal i de grup, la participació de l'alumnat i el debat.

11.6 La prevenció i vigilància de la salut

La prevenció de la salut inclou les activitats sanitàries que tenen com a objectiu la defensa de la salut i la prevenció de les malalties, mitjançant actuacions que incideixen en els ciutadans. Els programes de prevenció consisteixen en iniciatives adreçades a població bàsicament no demandant. Gairebé tots aquests programes pertoquen a l'àmbit exclusivament comunitari, tot i que alguns requereixen una coordinació adequada amb els serveis comunitaris.

11.7 Els programes de prevenció i vigilància de la salut de l'Ajuntament de Lleida

Des de la Paeria es treballen dos programes específicament adreçats a la prevenció i vigilància de la salut: el programa de vacunacions, i el programa maternoinfantil. A més, des de l'Àrea de drogedependències també es desenvolupen algunes accions en aquest àmbit.

Programa de vacunacions

El programa de vacunacions, és a dir, l'administració de vacunes amb la finalitat d'iniciar o augmentar la resistència en front a una malaltia infecciosa, es desenvolupa d'acord a les previsions del Decret 155/93 d'1 de juny, que atribueix a l'Ajuntament el control del compliment del calendari de vacunacions que consta a la figura següent.

Figura 11-1 Calendari de vacunacions a Catalunya

Vacunes	Edat
DTPa (1), VIP (2), VHB (3) Hib (4), MCC (5)	2 mesos
DTPa, VIP, Hib, VHB	4 mesos
DTPa, VIP, Hib, MCC, VHB	6 mesos
TV (6)	12 mesos
MCC	15 mesos
DTPa, VIP, Hib	18 mesos
TV (XRP)	4 anys
DTPa	4-6 anys
Antihepatitis A+B*, Varicel·la, VPH (7)	12 anys

(1) DTPa ; diftèria, tètanus, tos ferina acel·lular.

(2) VIP ; antipoliomielítica inactivada.

(3) VHB ; hepatitis B*

(4) Hib ; haemophilus influenzae tipus b.

(5) MCC: meningococ C conjugada.

(6) TV; Triple vírica.

(7) VPH; Virus del papil·loma humà

*La vacuna antihepatítica A+B es prorroga fins al curs 2013/2014. També s'administra la vacuna de la varicel·la a tots els escolars de 12 anys susceptibles de contraure la malaltia.

Font: Departament de Salut Pública (Ajuntament de Lleida)

Les vacunacions realitzades els darrers dos cursos escolars són:

- **Antihepatitis A+B:**

2a dosi, administrada els mesos de gener-febrer de 2010 (curs 2009-2010).

Total matriculats 6è Primària	1.329 alumnes
Total vacunats 2a dosi	876 alumnes
Percentatge	65,91%

3a dosi, administrada els mesos de maig-juny de 2010 (curs 2009-2010).

Total matriculats 6è Primària	1.329 alumnes
Total vacunats 3a dosi	852 alumnes
Percentatge	64,10%

1a dosi, administrada els mesos d'octubre-novembre de 2010 (curs 2010-2011).

Total matriculats 6è Primària	1.368 alumnes
Total vacunats 1a dosi	933 alumnes
Percentatge	68,20% alumnes

2a dosi, administrada els mesos de novembre-desembre de 2010 (curs 2010-2011).

Total matriculats 6è Primària	1.368 alumnes
Total vacunats 1a dosi	902 alumnes
Percentatge	65,93% alumnes

- **Antihepatitis A:**

2a dosi, administrada els mesos maig-juny de 2010 (curs 2009-2010).

Total matriculats 6è Primària	1.329 alumnes
Total vacunats	108 alumnes
Percentatge	8,12 %

1a dosi, administrada els mesos d'octubre-novembre de 2010 (curs 2010-2011).

Total matriculats 6è Primària	1.368 alumnes
Total vacunats	172 alumnes

Percentatge	12,57 %
-------------	---------

• **Varicel·la:**

Vacunes administrades durant l'any 2010 (curs 2009-2010).

Total matriculats 6è Primària	1.329 alumnes
Total vacunats	157 alumnes
Percentatge	11,81 %

• **Papil·loma Virus:**

2a dosi, administrada els mesos de gener-febrer de 2010 (curs 2009-10).

Total nenes matriculades de 6è	657 alumnes
Total vacunades	494 alumnes
Percentatge	75,19 %

3a dosi, administrada els mesos de maig-juny de 2010 (curs 2009-2010).

Total nenes matriculades de 6è	657 alumnes
Total vacunades 3a dosi	481 alumnes
Percentatge	73,21 %

1a dosi, administrada els mesos d'octubre-novembre de 2010 (curs 2010-2011).

Total nenes matriculades de 6è	647 alumnes
Total vacunades 1a dosi	534 alumnes
Percentatge	82,53% alumnes

2a dosi, administrada els mesos de novembre-desembre de 2010 (curs 2010-2011).

Total nenes matriculades de 6è	647 alumnes
Total vacunades 2a dosi	528 alumnes
Percentatge	81,60% alumnes

• **Antitetànica i Antidiftèrica:**

Vacunes administrades durant l'any 2010 (curs 2009-2010).

Total matriculats 2n ESO	1.647 alumnes
--------------------------	---------------

Total vacunats anteriorment	199 (12,08%)
Total vacunats	1.095 alumnes
Percentatge	66,48 %

La següent figura permet comparar en el temps els percentatges de vacunació contra l'hepatitis A i B i el tètanus i la diftèria. S'observa un lleu descens en la cobertura d'escolars en ambdós casos:

Figura 11-2 Cobertura en l'administració de les vacunes antihepatitis A+B i antitetànica i antidiftèrica a Lleida ciutat. Anys 1999-2005 i 2009.

Antihepatitis A+B

Antitetànica i Antidiftèrica

Curs	Percentatge d'escolars vacunats	Curs	Percentatge d'escolars vacunats
1999-00	79,5	1999-00	72,97
2000-01	79,5	2000-01	74,88
2001-02	79,12	2001-02	73,47
2002-03	75,77	2002-03	70,13
2003-04	67,46	2003-04	67,46
2004-05	76,64	2004-05	67,5
2005-06	71,82	2005-06	66,76
2009-10	65,91	2009-10	66,48

Font: Departament de Salut Pública (Ajuntament de Lleida)

Programa maternoinfantil

Adreçat a les famílies amb fills de 0 a 3 anys que necessiten ajuda o recolzament en la cura i cria dels seus fills, el Programa se centra en aquells aspectes que permeten elevar el nivell de salut de la petita infància: estimulació afectiva i psicomotora, orientacions en lactància materna i alimentació en el primer any de vida, calendari de vacunacions, hàbits, higiene, prevenció d'accidents, etc. Les famílies beneficiàries del programa són derivades per la xarxa de serveis socials i sanitaris de la ciutat. Es fa un seguiment de cada família a través d'un expedient on consta un informe social, els antecedents de l'embaràs i dades de l'infant que fan referència al seu desenvolupament integral. Dos dies a la setmana (dimarts i dimecres) es fa un control més exhaustiu de les famílies beneficiàries o dels embarassos de dones conegudes pel Programa.

El nombre de famílies del Programa al 2010 és de 530. Aquesta xifra inclou 186 noves famílies inscrites durant l'any, força més de les que ho van fer en anys anteriors (58 l'any 2002, 85 el

2003, 120 el 2004, i 121 el 2005). Durant l'any s'han produït 120 baixes, totes elles de nens nascuts l'any 2008, deixant el número final de famílies en seguiment en 410. El principal motiu de les baixes han estat la finalització del programa amb resultats satisfactoris (un 54% dels casos), si bé també hi ha un 22% d'abandonament per pèrdua de contacte amb les famílies beneficiàries.

Pel que fa a les característiques de les famílies i els nens atesos, la pràctica totalitat de nens (392, el 96%) arriben al Programa derivats des dels Serveis Socials de base, i només una petita part (18, 4%) tenen altres procedències (CAP, pediatria,...). Els barris de residència, en canvi, estan més repartits: un 41% viu al Nord-est, un 28% al Centre Històric, un 17% al Marge Esquerra, i un 15% a La Mariola. La mitjana d'edat de les usuàries del Programa és de 27 anys, i la d'embarassos per usuària és de 2,8, amb una mitjana de fills vius que baixa fins als 2, amb 1 avortament també de promig.

Setmanalment les famílies que tenen nadons entre 0 i 12 mesos acudeixen al Programa amb la finalitat de rebre les següents prestacions:

- Seguiment i valoració en l'atenció i cura de l'infant, proporcionant llet de fórmula (un pot setmanal) durant el primer any de vida.
- Educació sanitària en aspectes referents a la alimentació infantil en el postpart.
- Control de vacunes i derivació als pediatres dels centres de salut.
- Prevenció d'accidents infantils.
- Informació de l'evolució psicomotora dels infants, així com dels criteris i pautes educatives bàsiques pel creixement sa dels infants.
- Informació de les dades d'obertura de matriculació de les escoles bressol i escoles d'ensenyament primari.
- Derivació al centre maternoinfantil.
- Informació i derivació, si s'escau, als diferents serveis socials i sanitaris de la ciutat: serveis socials de base, Centre de Planificació Familiar, Centre de Toxicomanies, Centres Educatius i esports, ICASS...

Suport a entitats que treballen en el camp de les drogodependències

Col·laboració, coordinació i suport econòmic i tècnic a diferents entitats que treballen al territori en matèria de prevenció i d'inserció de drogodependències. L'any 2009 aquestes entitats eren: Associació Anti-Sida, Agrupa't, ARLLE, ACJAR, FAV (moviment ciutadà contra la droga), i ARRELLS.

Programa d'intercanvi de xeringues

Mitjançant la participació de les Farmàcies de Lleida, la finalitat del Programa és la disminució del contagi de la sida i d'altres patologies per via endovenosa en usuaris de drogues que utilitzen la injecció com a mitjà de consum, així com també la disminució del número de xeringues al carrer. L'any 2009 hi van participar 11 farmàcies.

Jornades formatives "La relació d'ajuda amb el consumidor de drogues: el paper del professional"

Curs especialment adreçat a professionals que treballen en l'àmbit d'atenció a persones drogodependents amb l'objectiu de donar eines i habilitats als professionals per resituar el seu paper davant els usuaris. Amb una durada total de 14 hores, i impartit per la infermera i analista Elena Álvarez de l'Associació AQUO, el curs l'organitzen conjuntament la Subdirecció general de drogodependències del Departament de Salut de la Generalitat i la Regidoria de Serveis Personals i Salut Pública de l'Ajuntament de Lleida.

11.8 La protecció de la salut

Aquest àmbit de la salut pública inclou qualsevol intervenció que pretén evitar o mitigar els efectes negatius que poden tenir diversos elements del medi sobre la salut i el benestar de les persones. Són les intervencions, les prestacions i els serveis destinats a garantir que els productes alimentaris siguin salubres i que els agents físics, químics i biològics presents en el medi no afectin desfavorablement a la salut de les persones.

11.9 Els programes de protecció de la salut de l'Ajuntament de Lleida

Des de les instàncies municipals es treballen les següents activitats vinculades a la protecció de la salut.

Aliments

Com a gestor del risc per a la salut derivat dels productes alimentaris (que principalment es manifesta en forma de brots de toxiinfeccions alimentàries), l'Ajuntament ha de controlar les activitats desenvolupades per certs agents que tracten amb els productes que mengen i beuen els lleidatans. A fi i efecte d'exercir aquesta funció, la Paeria s'encarrega de la vigilància i el control de les condicions higièniques i sanitàries:

- D'establiments alimentaris (comerç minorista i restauració)

- En els mercats ambulants i les fires del municipi
- En la producció d'àmbit local
- En el transport d'aliments dins del municipi

Durant l'any 2010 s'ha concedit el número d'autorització sanitària a 9 nous establiments i 41 nous menjadors col·lectius.

Animals domèstics i de companyia

Amb relació als animals de companyia (principalment gossos i gats), i d'acord a la normativa vigent, l'Ajuntament ha de:

1. Portar un cens municipal d'animals de companyia en el qual s'han d'inscriure els gossos, els gats i les fures que resideixen de manera habitual al municipi.
2. Recollir i controlar els animals abandonats, perduts o ensalvatgits i controlar els animals salvatges urbans. Per tal de fer-se càrrec dels animals abandonats o perduts fins que siguin recuperats, adoptats o, si escau, sacrificats, l'Ajuntament disposa del Centre d'acollida d'animals de companyia.
3. Vigilar i inspeccionar els nuclis zoològics amb animals de companyia, especialment els establiments de venda, guarda, recollida i cria, i, si escau, comissar els animals de companyia (si hi ha indicis que se'ls maltracta o tortura, si presenten símptomes d'agressions físiques, desnutrició o atenció veterinària deficient o si romanen en instal·lacions inadegüades).
4. Igualment, l'Ajuntament, amb l'informe previ del departament competent en matèria de sanitat animal, ha d'aïllar o comissar els animals de companyia si s'ha diagnosticat, sota criteri veterinari, que pateixen malalties transmissibles a les persones, sigui per sotmetre'ls a un tractament curatiu adequat, sigui per sacrificar-los, si cal.

L'any 2005 el Departament de Medi Ambient de l'Ajuntament tenia censats a Lleida 6.413 animals de companyia. D'acord a les dades del Consell de col·legis veterinaris de Catalunya, aquesta xifra s'incrementava fins a arribar als 9.028.

Aquell mateix any 2005, la gossera municipal registrava:

- 241 animals recollits
- 202 abandonaments

- 132 adopcions
- 42 recuperacions per part de l'amo
- 21 morts
- 47 sacrificis
- 33 en guarderies
- 18 gats recollits

Animals peridomèstics i plagues

Com a gestor del risc per a la salut derivat dels animals peridomèstics (aquells que, com els coloms o altres espècies d'ocells, viuen en els entorns urbans amb una intensa relació amb les poblacions humanes, però no es crien amb la finalitat de viure amb l'home) i les plagues (rosegadors, aus transmissores de malalties, mosquit tigre i altres artròpodes,...), l'Ajuntament ha de mantenir la salubritat en els espais públics (via pública, clavegueram, entre d'altres) i edificis de titularitat municipal, i vetllar perquè en els espais de titularitat privada no es desenvolupi cap plaga que pugui afectar la salubritat del lloc o crear molèsties entre la ciutadania.

Per donar compliment a aquesta obligació normativa, La Paeria s'encarrega del control continuat i sistemàtic de les poblacions de coloms, d'artròpodes (per exemple, mosquits i altres insectes) i de rosegadors, aplicant els criteris de lluita integrada i prioritant les mesures preventives i correctores.

Els treballs de desinsectació, desinfecció i desratització es realitzen pels serveis propis del Departament de Medi Ambient de l'Ajuntament a través d'un tècnic especialitzat adscrit al Laboratori Municipal i amb Carnet DDD. Per a la desinfecció i desinsectació es fan tractaments anuals a tots els col·legis d'ensenyament primari i escoles bressol municipals. La desratització al clavegueram de la ciutat es realitza també anualment amb esquers hidròfobs.

L'any 2005 es van realitzar les següents actuacions:

- 63 controls preventius sobre col·legis, escoles bressol i centres públics
- 59 desinsectacions entre entitats públiques i privades
- 7 campanyes de desratització per tot el clavegueram de Lleida, Raimat i Sucs
- 89 actuacions puntuals de desratització sobre les queixes de la ciutadania

- 8.574 coloms recollits en una vintena de gàbies situades en diferents punts de la ciutat.
- 74 inspeccions de molèsties de coloms a petició de la ciutadania.

Salubritat en habitatges

Avui dia existeixen problemes emergents relacionats amb la falta de condicions higièniques mínimes en habitatges: persones amb síndrome de Diògenes, amuntegament de persones en espais de dimensions reduïdes, ... La normativa sanitària estableix que els ajuntaments tenen competència en matèria de control sanitari d'edificis, habitatges i llocs de convivència humana.

Si es detecta una acumulació de residus en un domicili o solar, el Departament de Salut Pública inicia un expedient que es trameta al Departament de Disciplina Urbanística de l'Ajuntament.

Piscines d'ús públic

Com a gestor del risc per a la salut derivat de les piscines d'ús públic, l'Ajuntament ha d'autoritzar les piscines que s'instal·lin en el seu terme municipal, i establir una vigilància i control sanitari d'aquestes instal·lacions (inspecció i supervisió dels plans d'autocontrol), per tal de tenir sota control el risc sanitari que poden presentar.

Per tal de donar compliment a la normativa, doncs, que atribueix a l'Ajuntament la competència d'autorització i control sanitari de les piscines d'ús públic, durant l'any 2005 es van efectuar un total de 267 inspeccions a piscines.

Establiments de pírcings, tatuatges i micropigmentació

L'Ajuntament té la competència per gestionar el risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing, tant en els establiments com en les parades ambulants que s'instal·len al seu municipi durant les fires, congressos i altres esdeveniments. La Paeria és l'encarrega, doncs:

1. De l'autorització sanitària de funcionament dels establiments sedentaris i ambulants instal·lats dins del seu terme municipal.
2. De la vigilància i el control de les condicions higienicosanitàries dels establiments (sedentaris i ambulants) on es duen a terme les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing.
3. De la comunicació a l'Agència de Protecció de la Salut dels establiments autoritzats.

El Departament de Salut Pública de l'Ajuntament va emetre l'any 2010 nou informes tècnics sanitaris positius per tal que es concedís el permís d'obertura a locals de pírcings, tatuatges i micropigmentació.

Legionel·losi

La prevenció i el control de la legionel·losi és un dels objectius de salut pública dins de l'estratègia de lluita contra les malalties infeccioses emergents i del Pla de salut de Catalunya de 2010. Les competències municipals en aquest camp es poden dividir en dos: com a titulars d'instal·lacions (l'ajuntament té les mateixes obligacions que les empreses amb instal·lacions considerades de risc) i com a administració competent en les activitats de control (inspecció de les instal·lacions de baix risc i col·laboració amb el Departament de Salut en cas de brot epidèmic). L'Ajuntament assumeix aquesta responsabilitat mitjançant:

1. El compliment dels programes d'autocontrol (manteniment, neteja i desinfecció) basats en el sistema d'anàlisi de perills i punts de control crític per a la prevenció de la legionel·losi en les instal·lacions de titularitat municipal.
2. El manteniment i el control del cens d'empreses amb torres de refrigeració i condensadors evaporatius.
3. La funció inspectora de les instal·lacions de baix risc: instal·lacions d'ús col·lectiu que acumulin aigua freda per al seu funcionament i produeixin aerosols, com ara les fonts ornamentals.
4. La col·laboració amb el Departament de Salut en la investigació de brots epidèmics.

Segons la Secció d'Indústria i activitats econòmiques de l'Ajuntament de Lleida, a la ciutat hi ha registrats un total de 103 aparells, entre torres de refrigeració i condensadors evaporatius, susceptibles de ser colonitzats per la legionel·la. Cal tenir en compte, però, que aquest registre és totalment voluntari, es a dir, que no hi ha obligatorietat de comunicar l'existència d'una torre de refrigeració i/o condensador evaporatiu.

Aigües de consum humà

L'Ajuntament assegura que l'aigua subministrada a través de qualsevol xarxa de distribució, cisterna o dipòsit mòbil de Lleida és apta per al consum humà en el punt de lliurament, i vetlla pel compliment de les obligacions dels titulars d'activitats comercials o públiques associades a l'aigua de consum humà. Per a tal fi, l'Ajuntament s'encarrega de:

1. El control analític periòdic de la xarxa d'abastament d'aigua de consum humà fins al punt de lliurament al consumidor en el cas de gestió directa, o la supervisió d'aquest control en el cas de gestió indirecta.
2. El control analític periòdic de les cisternes o dels dipòsits mòbils fins al punt de lliurament al consumidor, si és procedent.
3. L'elaboració, actualització i aplicació dels protocols d'autocontrol si l'ajuntament gestiona de forma directa el subministrament. En el cas de gestió indirecta, la supervisió dels protocols d'autocontrol, verificant que se'n faci una actualització i una aplicació correctes.

11.10 Els programes de protecció de la salut de l'Agència de Protecció de la Salut

L'Agència de Protecció de la Salut acta com a proveïdor de tot allò que fa referència a les activitats relatives a la protecció de la salut. El seu Catàleg de Serveis recull de forma ordenada el conjunt de les activitats i productes que l'Agència pot proveir i és amb base a aquest catàleg que s'elaboren les diferents carteres de serveis, on s'especifica i concreta per a cada tipologia de client i usuari les activitats acordades per a proveir cada tipus de servei, el règim econòmic respectiu, o els recursos humans necessaris, entre altres condicions. Durant l'any 2010 (de l'1 de gener al 31 d'octubre) el Servei Regional a Lleida de l'Agència de Protecció de la Salut ha proporcionat els següents serveis sense contraprestació econòmica, de conformitat amb el Catàleg de Serveis.

Legionel·losi

En l'àmbit de la gestió del risc per a la salut derivada de la contaminació del medi, el Servei Regional ha proporcionat suport tècnic, amb l'establiment de criteris, objectius i metodologia d'inspecció, per al control de les instal·lacions de baix risc de transmissió de la legionel·losi.

Aigües de consum públic

Exercint la seva labor de control del compliment de les obligacions dels gestors de la xarxa pública, l'Agència ha actuat sobre 6 zones de subministrament i 3 companyies gestores.

Un altre tipus de control de compliment d'obligacions pel que fa a la qualitat de l'aigua el realitza sobre els locals i les instal·lacions de concurrència pública. En aquest cas, el Servei ha fet controls en 344 menjadors col·lectius i 113 establiments minoristes.

Pel que fa a les potestats sancionadores, que en el cas de la gestió de l'aigua de consum humà es concreta en l'incoació i tramitació dels expedients sancionadors derivats dels punts anteriors, proposta de les mesures cautelars necessàries i comunicació a l'Ajuntament, així com en l'avaluació i gestió del risc d'aquests incompliments d'acord amb el pla de vigilància, durant el darrer any no s'han produït incompliments.

Per últim, el Servei ha proporcionat assessorament en la participació en el *Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo* (SINAC).

Piscines d'ús públic

L'Agència, encarregada de l'elaboració de l'informe sanitari previ de funcionament de piscines públiques, va emetre durant el 2010 fins a 7 informes en iniciar la temporada de funcionament. No se li va sol·licitar cap inspecció sanitària de piscines relacionada amb el procés d'autorització.

Plagues

L'Agència realitza també el control del compliment del Pla de lluita integral de plagues en centres educatius, amb un total de 94 centres analitzats durant el darrer any.

Salubritat

Encarregat d'elaborar els informes sanitaris anuals que acreditin les condicions higienicosanitàries de les cases de colònies, albergs de joventut i casals d'estiu municipals, el Servei Regional va dur a terme 3 informes, 2 en cases i 1 en un alberg.

Establiments de tatuatges, pírcings i micropigmentació

L'Agència va realitzar 8 inspeccions amb caràcter previ a l'autorització sanitària en aquest tipus d'establiments.

Aliments

Cada cop que s'ha sol·licitat, el Servei ha elaborat l'informe sanitari previ al funcionament i inspecció inicial en el tràmit d'autorització sanitària de funcionament dels establiments de menjars preparats i de comerç minorista de carns fresques i derivats.

Igualment, l'Agència també ha executat activitats de control sanitari en diferents sectors de competència municipal, condicionats a criteris de gestió del risc. Així, ha realitzat 155 inspeccions en 144 establiments que tenen la consideració de menjador social, 273 en 230 establiments de restauració col·lectiva comercial, i 169 en 113 comerços minoristes.

Producte d'aquests controls, l'Agència ha incoat i tramitat 5 expedients sancionadors i ha proposat l'adopció de mesures cautelars. Igualment, ha dut a terme 2 investigacions de brots de toxifecions alimentàries i ha executat 7 actuacions derivades del *Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información* estatal.

Educació sanitària en l'àmbit de la protecció de la salut

Finalment, l'Agència també ha proporcionat suport tècnic o assessorament, documentació i eines informatives adreçades als problemes de salut de l'àmbit de la protecció en alimentació i medi ambient.

12. Conclusions

En aquest capítol es resumiran els aspectes més destacables de la diagnosi.

12.1 Característiques demogràfiques

Anàlisi de la realitat geogràfica

- Lleida és el centre demogràfic i econòmic més important de la Catalunya interior. Per la seva doble condició de capital de vegueria i regió sanitària, té centralitzats en el seu terme municipal molts dels recursos de salut que formen part d'aquesta àmplia demarcació.
- Si prenem com a referència els quilòmetres quadrats del seu nucli urbà, Lleida té una densitat de població moderada amb relació a les 10 més grans de Catalunya (9276,6 habitants per km²).

Evolució de la població

- L'any 2010 la població total ascendia a 137.387 habitants, amb un creixement del 22,5% en el període 2000-2010 i una taxa de creixement interanual d'un 2,1% de mitjana, similar a la comarcal, provincial i catalana.
 - Per sexes, destaca el superior creixement de la població masculina (2,3% de mitjana en el període) respecte la femenina (1,8%).
 - Malgrat aquest ascens continu, en els dos darrers anys es detecta un alentiment en el ritme de creixement.

Estructura de la població

- Lleida té una estructura etària notablement més rejuenida que la mitjana catalana:
 - Piràmide d'edat amb un major pes dels grups de joves a Lleida (entre els 15 i els 34 anys) sobretot en el cas dels homes, i per contra, presència més marcada dels grups d'entre 55 i 84 anys en el global de Catalunya.
 - Edat mitjana (39 anys i mig) una mica més d'un any per sota de la de Catalunya.

- Major índex de joventut, i menors índexs de vellesa, envelliment, sobreenvelliment, i dependència senil.
- En els deu últims anys s'han produït canvis notables:
 - Un eixamplament de la base piramidal, sobretot per la creixuda que ha experimentat el segment de 0 a 4 anys i, en menor mesura, el de 5 a 9 (creix l'índex d'infància i el de dependència infantil).
 - Per contra, una reducció dels grups de 15 a 19, i sobretot, de 20 a 24 anys (amb retrocés de l'índex de joventut).
 - Entre els 25 i els 64 tots els grups d'edat han crescut amb relació a l'any 2000, essent el més gran el dels segments de 30 a 34 i de 35 a 39, molt més accentuat en el cas dels homes que en el de les dones (amb lleugera reducció de l'índex de dependència global).
 - Entre els 65 al 74 la piràmide s'ha encongit (descens de l'índex de vellesa, envelliment i dependència senil) i per contra, des dels 75 anys en endavant ha crescut considerablement (amb forta creixuda de l'índex de sobreenvelliment).
- Al Segrià, l'esperança de vida en néixer se situava l'any 2009 en 81,3 anys, amb un augment de més d'un any i mig des de però encara lleugerament inferior a la de la Regió sanitària de Lleida (quatre mesos menys) i Catalunya (set mesos menys). Com sol ser habitual, les dones (84,0) assoleixen una edat esperada superior a la dels homes (78,6).

Projeccions de la població

- Les 3 projeccions de població (escenaris baix, mitjà i alt) amb base 2008 donen com a resultat una població al Segrià que dels 205.000 habitants de 2010, d'aquí a 10 anys se situaria entre aquest mateix volum poblacional de 205.000 persones (escenari baix) i les quasi 244.000 (escenari alt). L'evolució d'aquestes projeccions en els dos primers anys respecte les dades del Padró aproximen més els escenaris alt i mitjà (226.000) a la realitat de l'evolució demogràfica del Segrià. Cal tenir present, però, que aquestes prediccions es poden veure notablement afectades per crisis econòmiques.

Moviment natural i migratori i creixement de la població

- La tendència que ha registrat Lleida respecte el moviment natural en els darrers 10 anys ha estat molt positiva, sempre amb més naixements que defuncions i doncs, amb un saldo natural sempre positiu.
 - Amb comparació amb els altres àmbits territorials, Lleida presenta unes taxes brutes de natalitat i creixement natural superiors i de mortalitat inferior.
 - Producte de les evolucions de les taxes de natalitat i mortalitat, la taxa de creixement natural ha anat creixent progressivament, 3 punts percentuals durant tot el període, assegurant el reemplaçament de la població i el seu relleu generacional.
- En els darrers anys Lleida ha tingut una evolució migratòria positiva que ha propiciat el creixement de la població i de retruc l'elevació de la taxa de natalitat tot just referida.
 - Mentre l'any 2000 la població de nacionalitat estrangera representava només un 1,8% de la població total de Lleida, el 2010 aquesta ja era el 21%. De les 126 nacionalitats diferents que conviuen a la ciutat, les principals són la romanesa (21%) i la marroquina (16%).
 - S'observa un important pes de la població masculina en aquest col·lectiu (un 57% de la població immigrada són homes, per només un 43% de dones).
 - La població immigrada es concentra en determinats barris de Lleida: Centre històric (43%) o Rambla Ferran-Estació (37%) tenen uns percentatges molt superiors a la mitjana de la ciutat, mentre que d'altres no superen ni el 5%.
 - Amb tot, l'evolució clarament a l'alça de la taxa de creixement migratori entre 2005 i 2007 va donar pas a uns primers indicis de desacceleració el 2008, força més perceptible el 2009.
- De les dues components que determinen el creixement de la població, el moviment migratori és la que explica bona part del que s'ha produït a Lleida en els darrers deu anys, malgrat que en els últims 2 s'observi un important descens en la seva taxa de creixement.
- El lent però constant increment de la taxa de creixement natural es deu en bona part a l'arribada de població immigrada, que representava, l'últim any amb dades disponibles, més d'un de cada tres naixements a Lleida.

Habitatge, zones verdes, i carrils bici

- El número d'habitatges a Lleida ha crescut en els darrers cinc anys. (62.435 el 2010, 8.000 més). En canvi, els locals ha experimentat un lleuger descens, passant de 10.330 a 9.864.
- L'any 2006 hi havia a Lleida 3.002 habitatges amb algun tipus de protecció pública.
- Lleida compta actualment amb 3 parcs d'interès natural (Mas de Melons, Alfés, i La Mitjana), 5 parcs territorials (Riu Segre-Fluvial i de Ruffa, Parc de Butsènit, Parc de Granyena, Parc Alcalde Pons-Les Basses, i Parc de la Cerdera-Polvorí), 15 parcs urbans, 83 zones verdes i jardins, 2 verds urbans o places (Pàrquing Auditori i Plaça Espanya), 5 espais lliures lineals (Rambla del Corregidor Escofet, Rambla de Ferran, Avinguda Doctora Castells, Carrer Campament, i Carrer Canal), i 2 verds esportius (Camp de Tir amb Arc i Camp de Futbol de Balàfia).
- L'any 2010 Lleida disposava aproximadament de 33 quilòmetres de carrils bici (amb 7 ampliacions previstes en el bienni 2010-2011), més del doble dels disponibles l'any 2006.

Mercat de treball

- D'acord a l'EPA, la taxa d'activitat, que posa en relació el total de població activa amb el total de població de 16 anys i més, s'ha mantingut a la província de Lleida en uns valors propers al 60% durant els últims 6 anys (amb un increment d'uns 5 punts de 2006 fins a meitat de 2008, una progressiva caiguda als valors de l'inici del període durant els dos anys següents, i una nova recuperació en els darrers dos trimestres).
 - Hi ha un diferencial molt important entre les taxes masculina i femenina, d'entre 15 i 20 punts percentuals, si bé es detecta un progressiu acostament.
 - La taxa catalana de mitjana se situa entre 3 i 4 punts per sobre, amb una taxa d'activitat masculina que no supera els 3 punts de diferència, i en canvi, una taxa femenina que a Catalunya és més de 4 punts superior a la provincial.
 - Per edat, la taxa d'activitat del grup de 25 a 54 anys és del 78%, pel 51% del de 20 a 24, 25% del de 55 i més, i 24% del de 16 a 19 anys. En sis anys s'ha produït una lleugera disminució dels dos grups més joves i del central, i un increment del de més

edat. En comparació a Catalunya, la província presenta menys actius joves i de mitjana edat, i un major pes del grup de més edat.

- La població activa estimada per Lleida ciutat, que partint de les dades provincials de l'EPA posa en relació el total de població activa amb el total de població de 16 anys i més, seria d'unes 67.000 persones per a l'any 2010.
- El primer trimestre de 2011 el 41% de la població provincial es trobava en situació d'inactivitat. Per perfils, el 53% d'inactius són jubilats, el 37% es dedica a tasques de la llar, i el 23% són estudiants, sense que s'observin grans canvis en la composició o volum des de 2005, o variacions respecte les dades catalanes.
- La població ocupada i la taxa d'ocupació provincials (la que treballa sobre la potencialment activa) han experimentat una evolució força paral·lela a la d'activitat: un primer any de lleugera reculada (del 55% al 53%), un període entre 2006 i meitats de 2008 de notable creixement (del 53 al 59%), dos anys i mig de forta caiguda i valors mínims (del 59 al 48,5%), i un darrer mig any de recuperació (del 48,5 al 52%).
 - De manera anàloga, les taxes masculina i femenina, malgrat la considerable distància que les separa, han tendit a convergir des de l'any 2008: dels més de 20 punts de 2005, als menys de catorze de 2011.
 - Comparades amb Catalunya, les dades provincials presenten uns nivells inicials i finals similars (un punt per sota, 51%) però una evolució diferent i sense la recuperació final que s'apunta a Lleida.
 - Una aproximació estimativa al volum de població ocupada a la ciutat de Lleida, partint de les dades provincials dóna com a resultat uns 57.000 ocupats pel 2010.
- Les dades d'afiliació a la Seguretat Social, ja referides a Lleida ciutat, reiteren l'evolució tot just apuntada: des de 2008 el número d'afiliats evoluciona a la baixa, alhora que s'observa un alentiment de la tendència decreixent en el darrer any. El comportament del número d'afiliats al règim d'autònoms és també similar.
 - Per sectors econòmics, observem una composició particular a Lleida ciutat amb relació al global de Catalunya: un pes força superior dels serveis, cada cop més creixent (87% a Lleida, 75% a Catalunya), compensat per una presència molt menor del sector industrial (7% contra 18% en el conjunt del país), i una construcció (6%) i agricultura (menys d'un 1%), per últim, amb percentatges aquest cop similars. En el

cas dels autònoms, observem un pes inferior dels afiliats a serveis i una major presència dels de la construcció i l'agricultura.

- Els treballadors de règim comú lleidatans (i catalans) formen part principalment d'empreses de dimensions reduïdes (de 50 o menys treballadors), si bé en el decenni tot just acabat aquestes han deixat de ser les que concentren la majoria de treballadors (48%, per un 26% de les de 51 a 250 i més de 250 treballadors, respectivament).
- La població aturada i la taxa d'atur provincial (la que està a l'atur sobre la potencialment activa) han evolucionat de manera quasi oposada: un creixement de la taxa entre 2005 i el segon trimestre de 2006, una reducció fins a mínims històrics propers a la plena ocupació amb percentatges propers al 2% a meitats de 2007, un fort increment des d'aleshores fins al segon trimestre de 2010 amb un màxim que supera el 15%, i un últim descens d'uns 3 punts que deixa la taxa d'atur provincial en poc menys del 12%.
 - També en aquest cas es produeix una progressiva convergència de les taxes masculina i femenina des de finals de 2006: dels més de 6 punts de diferència a l'inici d'aquell mateix any a la quasi igualació.
 - La taxa és significativament inferior a la mitjana catalana. El creixement de l'atur de meitats de 2008 és comparativament molt més sobtat a Catalunya que a la província, i arriba a uns nivells propers al 20%.
 - L'estimació d'aquesta taxa a nivell de Lleida ciutat, gràcies a la disponibilitat de dades de persones aturades, dona una evolució de les taxes masculina, femenina i global similar a la del conjunt provincial i català, amb uns nivells d'atur finals a mig camí entre aquests altres dos àmbits territorials, entre el 15 i el 16%.
- L'aturat a Lleida respon als següents perfils:
 - Més de la meitat (51%) dels 11.800 aturats portava més de 6 mesos en aquesta situació, dels quals més de 1.300 superaven els 2 anys.
 - Per edats, hi ha un volum d'aturats baix entre les franges més joves que va creixent a mesura que augmenta l'edat fins als 30-34 anys (1.800), pic a partir del va disminuint progressivament. En els últims anys s'observen increments de l'atur més accentuats en els grups centrals d'edat (30-54 anys).

- Per gènere, es confirma l'intercanvi de posicions entre homes i dones ja apuntat: mentre que l'any 2005 eren majoria les dones aturades per a totes les franges d'edat excepte la de 60 anys i més, el 2010 la situació s'havia invertit.
- Per nivell d'estudis, el pes preponderant dels aturats amb nivell de secundària (69%) s'ha reduït des de 2005 en favor dels qui tenen només estudis primaris (20%) i dels qui no en tenen (2%). També s'ha produït un descens proporcional dels qui gaudeixen de titulació postsecundària (10%).
- Per sectors econòmics, predominen els que provenen de feines ubicades a la categoria de serveis (55%), domini afeblit en els darrers cinc anys per la construcció (23%), que ha registrat un increment de més del 400% en el número d'aturats. La indústria i l'agricultura computen un 8%, respectivament, i els qui manifestaven no tenir una ocupació anterior representen el 6%.
- El pes de la població de nacionalitat no espanyola ha anat creixent. Si entre 2005 i 2008 representava el 20% de la població aturada de Lleida, en els darrers anys ha crescut el seu pes relatiu, i ara 4 de cada 10 aturats registrats ja són de nacionalitat no espanyola, proporció que dobla la del pes global del col·lectiu a la ciutat. Aquest grup d'aturats presenta unes característiques pròpies: un nivell educatiu en general més baix, una presència de dones aturades molt menor, i un pes proporcionalment superior d'aturats en trams d'edat entre els 30 als 44 anys i en el sector agrícola.

Prestacions socials

- A final de 2008 un 1% dels lleidatans era receptor d'algun tipus de prestació de sosteniment de la renda (pensions no contributives de la Seguretat Social de jubilació - persones de 65 anys i més- o invalidesa -de 18 anys i més que presenten una disminució superior al 65%, o LISMI). Aquest percentatge s'elevava fins a més del 5% en el cas dels ajuts complementaris (a les pensions de viduïtat i a les famílies amb infants). Aquestes proporcions de persones o famílies que reben prestacions econòmiques a la ciutat eren similars a les del Segrià, però més elevades que a la província o al global de Catalunya.

12.2 Mortalitat

Mortalitat general

- En nombres absoluts no s'observa un gran increment de defuncions a Lleida (1.012 l'any 2000, 1.084 el 2009; + 7%), malgrat l'augment de població en el mateix període (21%).
- La taxa de mortalitat, doncs, s'ha reduït en els darrers anys més d'un punt, seguint una evolució similar a la dels altres àmbits territorials, i marcant un nivell final l'any 2009 (8,0) quasi idèntic al del conjunt de Catalunya (8,1) i inferior al del Segrià (8,8) o província (9,6).
- Sí que es detecta un creixement diferencial molt marcat entre homes i dones: les defuncions dels primers quasi no han augmentat (2%), però les segones sí (14%).
- Per grups d'edat, la taxa de mortalitat específica creix lògicament de la taxa amb l'edat, especialment a partir dels 45 anys: inferior a l'1 per mil fins als 44 (a excepció del 2,9 del grup de menys d'un any), supera el 3% per al de 45-54, i ascendeix fortament fins als 139 per mil dels de 85 i més.
- La comparació amb la dada equivalent catalana permet identificar algunes diferències (una major mortalitat entre els homes lleidatans del grup edat de 85 anys en endavant, compensada amb la menor taxa femenina per al mateix grup d'edat) per bé que globalment un i altre àmbit presenten taxes força similars. Aquesta equiparació contrasta amb la mortalitat força superior que es registra a nivell comarcal i provincial. Així, els resultats en l'Índex de Mortalitat Estàndard (IME) fan del Segrià una de les tres úniques comarques amb una mortalitat significativament per sobre de la mitjana catalana, essent el territori amb pitjors registres de mortalitat dels darrers 10 anys.

Mortalitat per 20 grans grups

- Els tumors són el principal motiu de defunció a Lleida (312 morts), per bé que en el cas de les dones aquest lloc l'ocupen les malalties de l'aparell circulatori, segona causa de mort global (281). A més distància, les malalties de l'aparell respiratori són la tercera causa (142), amb una major prevalença masculina. A l'inrevés, les malalties del

sistema nerviós comporten quasi el doble de morts entre les dones. Aquesta darrera categoria, juntament amb les causes externes, i les malalties del sistema digestiu, van representar cadascuna d'elles aproximadament uns 50 morts l'any 2009.

- Amb relació a Catalunya, en termes de taxes específiques, a la capital del Segrià hi ha una major prevalença de defuncions per malalties del sistema respiratori, per bé que encara és més perceptible el pes inferior de les morts relacionades amb l'aparell circulatori.
- Durant el primer any de vida les malalties perinatals copen tota la mortalitat registrada. Superats els 15 anys, edat abans de la qual quasi no es registra cap mort, fins als 35, les causes externes són la causa prevalent tant per homes com per dones. Dels 35 als 75 anys els tumors són amb diferència el motiu principal de mortalitat tant en homes com en dones. Dels 75 als 84 les malalties relacionades amb l'aparell circulatori són ja la primera causa de mort entre les dones lleidatanes, i a partir dels 85 anys, també per als homes. Per aquest últim grup, les malalties respiratòries releguen els tumors al tercer lloc de la llista.
- En l'anàlisi temporal, destaca el descens en nombres absoluts que han experimentat les malalties relacionades amb l'aparell circulatori entre els anys 2000 i 2009 (-20%), així com l'ascens de les malalties tumorals (11%) o de l'aparell respiratori (26%). En termes de taxes específiques, però, les conclusions són unes altres: la taxa de defuncions per tumors ha decrescut un 8% (de 250 a 230 defuncions per 100.000 habitants), un canvi en el sentit de l'evolució que també es produeix en el cas de les causes externes (-13%). En els restants grups, si bé no canvia el seu signe evolutiu, sí que es modera el seu increment o s'accentua el seu decreixement (en el cas de l'aparell circulatori, la taxa passa de 303 a 199, -34%).
- Amb relació a Catalunya, les principals causes agrupades han seguit evolucions ben variades. Criden l'atenció la notable diferència a la baixa respecte la taxa catalana de les malalties del sistema circulatori (sobretot pel fort descens de 2009), la constatació que a Lleida la mortalitat associada a malalties respiratòries, digestives, o per causes externes ha estat durant tot el període sempre per sobre de la mitjana catalana (a excepció feta de les digestives per a l'any 2009), o l'evolució comuna a l'alça de les malalties del sistema nerviós, en clar contrast amb la tendència a la baixa de les restants grans causes de mortalitat.

Mortalitat per 73 grups de causes

- Les 4 primeres d'aquests 73 grups de causes, que pràcticament comparteixen el primer lloc de la llista, afecten diferentment dones i homes: Mentre les malalties cerebrovasculars (65 morts) i les malalties isquèmiques del cor (65) presenten un lleuger predomini femení, les bronquitis i asma (64), i sobretot el tumor maligne de pulmó (64), provoquen moltes més defuncions entre els homes.
- La comparació de les taxes específiques amb el global de Catalunya fa aflorar algunes diferències destacables: Una major prevalença a Lleida de defuncions causades per bronquitis i asma (48 morts per cada 100.000 habitants a la capital del Segrià contra 36 a Catalunya), resta de malalties respiratòries (39 per 33), o símptomes i signes mal definits (29 per 20). Per contra, cal consignar el menor pes a Lleida de les defuncions motivades per malalties cerebrovasculars (48 per 57), isquèmiques del cor (47 per 61), hipertensives (17 per 28), o diabetis (16 per 27).
- Per grups d'edat decennals, l'anàlisi permet identificar que les causes externes que més mortalitat comporten en les franges joves i de mitjana edat són els suïcidis (sobretot en el cas dels homes) i els accidents de trànsit, que els tumors que més dominen la mortalitat femenina entre els 35 i els 64 anys són el de mama, i en el cas del homes entre els 35 i els 84 el de pulmó, o quines són les afeccions circulatòries i respiratòries que copen les causes en les edats més avançades (bronquitis i asma majoritàriament entre homes, cerebrovasculars i isquèmiques del cor en ambdós sexes, i Alzheimer i demències amb més presència femenina).
- Entre 2000 i 2009 algunes d'aquestes causes s'han reduït de manera notable (les malalties cardiovasculars i les isquèmiques del cor han experimentat reduccions de l'ordre del 40%) si bé en general, però, la majoria ha vist augmentar la xifra de casos en nombres absoluts. L'evolució de les taxes específiques porta a conclusions més positives: la majoria de causes veuen disminuït el seu pes, per bé que cal consignar algunes que en continuen guanyant (els dos principals tipus de tumors -pulmó i de budell gros, l'epígraf "resta de respiratòries", les malalties mal definides i no classificables en altres grups, les demències i l'Alzheimer, el ronyó, la "resta d'externes", i la pneumònia).
- De l'evolució comparada de les taxes lleidatanes i catalanes per aquests 73 grups destaca el cas de les causes cerebrovasculars i les isquèmiques del cor, amb valors lleugerament per sobre dels catalans durant bona part del període fins als darrers

anys, o el de la bronquitis i asma, que durant tots els anys ha marcat uns registres notablement per sobre de la mitjana catalana de manera inversa a les demències, amb uns valors tradicionalment per sota a la capital del Segrià. Més enllà de les diferències entre Lleida i Catalunya, crida també l'atenció el creixement de la mortalitat associada a l'Alzheimer, o l'estabilització de la dels tumors, en contrast amb la tendència general de reducció de la majoria de taxes.

Mortalitat evitable

- Les 34 causes de mortalitat evitable, aquelles que es considera que produeixen morts que amb les intervencions adequades es podrien haver evitat, van comportar 155 defuncions a Lleida l'any 2009, quasi un 15% de les 1.074 registrades en total. El tumor maligne de pulmó (40 morts) i l'epígraf "altres causes externes" (35, sense incloure els accidents de trànsit, els suïcidis, els homicidis i la iatrogènia) totalitzaven pràcticament la meitat d'aquestes defuncions.
- D'aquestes 34 causes, les 27 que es considera que eren susceptibles d'intervenció pels serveis d'assistència sanitària han comportat 54 morts i les 7 susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials són responsables de 101.
- Els homes experimenten la major part d'aquestes morts evitables (93, per 62 de les dones), principalment pel diferencial en la primera causa, el tumor maligne de pulmó (de les 40 morts que provoca, 31 són homes). Aquest major pes masculí, en menor mesura, també s'observa amb les malalties isquèmiques del cor, les cerebrovasculars, els suïcidis, i la SIDA i infeccions per VIH. A l'inrevés, al marge del tumor de mama, s'observa un major pes femení en les resta de causes externes.
- La comparança amb el global de Catalunya posa de manifest que Lleida té una taxa específica total lleugerament superior a la catalana (114 morts evitables per 109). Aquesta diferència, però, varia si agrupem les causes en funció del tipus de serveis susceptibles d'intervenció: si en les 27 causes vinculades a la intervenció dels serveis sanitaris Lleida té una taxa més baixa que Catalunya (40 morts per 44), en les que 7 tenen a veure amb les polítiques sanitàries intersectorials la té més elevada (74 per 64).
- Lleida ha seguit una evolució francament positiva entre els anys 2000 i 2009, amb un decreixement de quasi el 25% d'aquestes morts, ocorregut pel fort descens en les citades 27 causes susceptibles d'intervenció dels serveis sanitaris (de 106 a 54, quasi

el 50%), mentre que les segones s'han estabilitzat al voltant de les 100 defuncions a l'any, creixent inclús un lleu 2% (de 99 a 101). En termes relatius, aquest tipus de defuncions han experimentat un descens encara major, amb una reducció de la taxa específica total del 38% (dels 183 morts per 100.000 habitants als 114). Evidentment, aquesta caiguda ha estat ben diferent si atenem al tipus de causes evitables: molt notable en el cas de les 27 primeres (-58%) i molt més moderada quan parlem de les que 7 susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials (-16%). Més al detall, totes les principals causes evitables han vist reduït el seu pes, amb la notable excepció de les "altres causes externes", que mostra un comportament decididament a l'alça (261%).

Mortalitat infantil

- El fort creixement que Lleida ha experimentat en termes de naixements durant la darrera dècada (un 42% entre 2000 i 2009) ha anat acompanyat igualment d'un increment de les xifres de mortalitat infantil, malgrat el seu migrat impacte en termes absoluts i la seva conseqüent variabilitat any a any:
 - Mortalitat infantil (morts menors d'1 any): D'1 a 5 morts
 - Mortalitat neonatal (morts de menys de 28 dies): D'1 a 4 morts
 - Mortalitat postneonatal (morts entre 28 dies i 1 any): De 3 a 10 morts
 - Mortalitat perinatal (nascuts morts i morts abans de 7 dies): De 3 a 8 morts
- L'evolució de les respectives taxes específiques en els darrers 10 anys posa de manifest una lleugera tendència a l'alça, per bé que amb considerables alts i baixos i una creixent divergència entre les quatre taxes en els darrers 3 anys. La comparació amb les que resulten en el conjunt de Catalunya no apunta a diferències significatives.

12.3 Altres malalties específiques

Malalties de declaració obligatòria (MDO)

- Aquest tipus de malalties, objecte de control prioritari pels estaments que duen a terme la vigilància epidemiològica a Catalunya, han tingut en els darrers anys una incidència molt variable al Segrià.
- En el darrer any amb dades disponibles (2009), les malalties de declaració numèrica (tipologia que agrupa aquelles sobre les que cal disposar d'informació setmanal del nombre de casos) han experimentat al Segrià i a Catalunya un creixement general significatiu en el número de casos (de 9.600 casos l'any 2008 a 11.700).
 - La MDO que ha marcat un número més alt de declaracions ha estat les enteritis i diarrees, amb una taxa per 100.000 habitants que ronda els 3.000 casos. La grip és la segona malaltia amb més presència (entre 1.000 i 1.800 casos per 100.000 habitants), amb un salt important en el darrer any producte de la pandèmia que tingué lloc el 2009. La varicel·la i la rúbrica "altres malalties de transmissió sexual", a considerable distància (356 i 200 casos per 100.000 habitants, respectivament), també presenten unes xifres notables i creixents d'incidència a la comarca.
- Les malalties de declaració individualitzada (les que a més de dades relacionades amb la malaltia requereix determinades dades identificatives de la persona malalta i del metge declarant) i les malalties de declaració urgent (brots epidèmics i malalties de declaració individualitzada que requereixen actuacions de control immediates), en canvi, presenten un nivell d'incidència molt més modest (34 casos en total al Segrià), i apunten a una tendència general a la baixa que també s'observa en el comportament de la majoria d'aquestes malalties a Catalunya.
 - La sífilis, amb 12 casos el 2009, és la més nombrosa a la comarca, a considerable distància de la tos ferina i la gonocòccia (6 casos declarats).

Drogodependències

- El Servei de Drogodependències i Patologia Dual, ubicat al CASD de l'Hospital Santa Maria de Lleida, va atendre durant l'any 2010 766 primeres visites, 7.817 visites successives, i 2.854 visites de teràpia de grup. En els darrers tres anys la xifra global

de visites ha anat augmentant fins a assolir nivells finals que quasi dupliquen els inicials (de les 5.600 visites de 2007 a les 11.400 de 2010).

- El febrer de 2011 el número d'usuaris del Programa de Manteniment amb Metadona, una de les modalitats de tractament per als pacients amb drogodependències, era de 367 (320 atesos al CASD i 47 en farmàcies). En aquest cas, però, el nombre d'usuaris atesos al CASD en els darrers tres anys ha anat a la baixa.
- Pel que fa al tipus de substàncies que van motivar l'inici del tractament, l'alcohol (40%), l'heroïna (31%), i la cocaïna (21%) copaven l'any 2009 el gruix de les primeres visites, si bé cal tenir en compte que un percentatge molt important dels usuaris atesos consumeixen més d'una substància alhora (l'any 2008 fins a un 56%). Si ens fixem en l'evolució dels darrers anys, crida l'atenció el repunt dels problemes relacionats amb l'heroïna, així com el descens dels de cocaïna.
- Respecte els consumidors d'heroïna, és destacable que fins a un 27% d'ells presenta un anàlisi de VIH positiu, per un 47% de negatiu i un 29% de casos desconeguts.
- Cal també tenir present que molts dels pacients atesos presenten patologia dual, és a dir, pateixen simultàniament un trastorn addictiu i un trastorn mental.
- El perfil més habitual d'usuari del CAS responia a les següents característiques: home (75% dels casos), procedent de Lleida ciutat (68%), amb un nivell d'estudi baix (un 50% té estudis de primària complets o inacabats i un 31% batxillerat elemental, graduat social o ESO), i una edat mitjana de 36 anys i mig (amb una notable variabilitat en funció del tipus de substància).
- No s'identifiquen perfils tan dominants en la situació laboral (31% a l'atur, però també un 25% amb contracte indefinit o treballa per compte propi), o el mitjà pel qual han accedit al CASD: un 30% ho fan per iniciativa pròpia o per via de familiars o amics (11%), però un % important hi arriba derivat des de serveis sanitaris (35%), legals-policials (9%), o socials (5%).

Sida i VIH

- En el període 1985-2010 el registre de casos de SIDA de Catalunya ha identificat 381 casos al municipi, amb una freqüència molt més elevada en els homes (293, un 77%) que en les dones (88, un 23%). En els darrers 10 anys, els casos diagnosticats han anat disminuint progressivament: els 21 casos de l'any 2000 van donar pas als 13-11

del trienni 2001-2003 i als 8-10 del 2004 al 2009, fins arribar als baixos nivells inicials de meitats dels 80 del segle passat (7 casos el 2010).

- Per edats, s'observa un pes important dels col·lectius de 30 a 34 anys, i en menor mesura, del de 25-29 i 35-39. El predomini d'aquests 3 grups també s'observa a la regió sanitària i al conjunt de Catalunya.
- Pel que fa al grup de transmissió de la sida dels 16 diagnosticats no pediàtrics identificats durant els darrers dos anys a Lleida, 8 corresponen a heterosexuals (50%), 4 a homo o bisexuals (25%), i 4 són de risc no qualificat (25%).
- Dels total de casos del global del període 1985-2010, un 60% han acabat en defunció, dada força coincident amb les del global de la regió sanitària i Catalunya.
- Els casos nous de residents de Lleida diagnosticats de VIH per al període 2001-2010 s'eleva fins als 277, amb una proporció de dones (37%) força superior a la registrada a la regió sanitària lleidatana (33%) o, sobretot, Catalunya (22%). En els darrers 2 anys, però, s'ha passat del pic del període registrat al 2008 (39), als dos valors més baixos (22 el 2009 i 16 el 2010).
- Per grups d'edat, els diagnòstics de VIH es concentren en les franges de 35 a 39, 30 a 34, i 25-29. Destaca el predomini de diagnòstics femenins en la franja de 20 a 24 anys.
- El grup de transmissió més habitual dels diagnosticats amb VIH és, a diferència dels casos de sida, el d'heterosexuals. Dels 38 casos registrats en els darrers dos anys, aquest primer grup representa el 66%, per un 11% d'heterosexuals usuaris de drogues per via parenteral i un idèntic 11% per homo o bisexuals. Aquest darrer grup té un pes molt inferior amb relació a Catalunya (36%).
- La supervivència dels diagnosticats amb VIH és molt superior a la dels que han desenvolupat la sida: dels 277 casos del període, només 17 (un 6%) han acabat en decés.

Tuberculosi

- Si bé en nombres absoluts la tuberculosi no presenta un gran nombre de casos a Lleida ciutat, l'any 2009 aquesta és una malaltia amb un pes força superior amb relació a àmbits territorials superiors, fins al punt de doblar la taxa bruta (amb 42 casos per cada cent mil habitants) de la mitjana catalana (20). Crida igualment l'atenció la tendència a l'alça, en contrast amb el descens que es produeix a Catalunya.

- La regió sanitària de Lleida destacava també per tenir la taxa bruta de tuberculosi de residents menors de 15 anys més elevada de totes les regions. Els 16 casos detectats representaven una taxa específica de 30,4, molt per sobre de la mitjana catalana (10,2).

12.4 Altres aspectes de salut

Accidents de trànsit

- Els poc més de 82.000 vehicles que l'any 2010 hi havia a Lleida representen un índex de motorització de quasi 600 vehicles per mil habitants, xifra que situa la capital del Segrià a la franja mitjana de les ciutats més poblades de Catalunya, amb un índex superior al de les ciutats de la primera corona metropolitana de Barcelona, però inferior al de les que se situen fora d'aquesta àrea.
- Segons dades del Servei Català de Trànsit, entre els anys 2004-2008 s'apunta a una progressiva reducció de l'accidentalitat a Lleida (de 466 a 220 accidents -53%), amb un nou augment en el darrer any (336) que possiblement cal atribuir en part a un canvi en la metodologia de recollida de dades.
 - Malgrat el repunt final, l'accidentalitat urbana ha experimentat una clara evolució a la baixa, mentre que la interurbana ha crescut amb força, passant d'un nivell més aviat residual (60 accidents l'any 2000) a representar, des de 2006, una proporció cada cop més important respecte el total d'accidents (127 dels 336 el 2009).
 - Els 7 accidents mortals registrats el darrer any representen una reducció en deu anys del 50%, amb un descens constant des de 2005. 6 d'aquests 7 accidents mortals es produïren en vies interurbanes.
 - Pel que fa al nombre de víctimes, ferits greus es detecta igualment una tendència al descens entre 2004 i 2008, amb una dràstica reducció dels accidentats (-57%) i ferits greus (-70%), i un repunt a l'alça el 2009.
 - Aquestes tendències es poden observar també en major o menor mesura en el cas del Segrià, si bé a la província de Lleida i a Catalunya durant la segona part de la dècada l'accidentalitat ha crescut. En tots els àmbits territorials, però, sí que s'observa una clara reducció dels accidents mortals.

- Les dades recollides per la Guàrdia Urbana de Lleida entre 2006 i 2010, però, són força diferents:
 - El número d'accidents hauria seguit una tendència clarament alcista (de 154 el 2006 a 405 el 2009), per bé que en el darrer any amb dades disponibles sí que s'observa una reducció (365 el 2010, -10%).
 - La progressió en el número de morts, en canvi, seria més positiva: dels 6-10 del trienni 2006-2008 es passaria als 1-2 dels darrers dos anys.
- Pel que fa a les causes d'accidentalitat que registrà l'Ajuntament el 2009, en un 30% dels accidents amb víctimes entrà en joc com a factor de risc la no observança de les normes de prioritat en les interseccions i creuaments senyalitzats, i en un 26% la distracció fou un factor concurrent dels accidents, sovint causada per la utilització del telèfon mòbil. El 10,4% dels conductors implicats en accidents amb víctimes van donar positiu en el control d'alcoholèmia. En aquest sentit, cal afegir que un 23% de controls d'alcoholèmia van donar positiu, la majoria per taxes superiors a 0,60 mg d'alcohol en aire espirat.
- Cada any es produeixen de mitjana entre 110 i 130 atropellaments (xifra que representa la 4a part dels accidents de l'any 2010), alguns dels quals amb conseqüències per a la salut dels atropellats de caràcter greu (entre els 20 i els 30) o fins i tot mortals (entre 0 i 3). Es concentren en certes localitzacions: Avinguda Prat de la Riba, Passeig de Ronda i Avinguda del Segre, Baró de Maials, Rambla Ferran i Lluís Companys. L'Any 2009 el 32% dels atropellaments eren causats per alguna infracció comesa pels vianants, mentre que el 68% restant eren atribuïbles al conductor.

Accidents en el treball

- Els accidents laborals que han comportat baixa al Segrià han experimentat també un descens en els darrers anys.
 - Després d'assolir un mínim l'any 2004 i d'una posterior recuperació que quasi assolí els 4.500 accidents, des de 2007 el descens ha estat constant i notable, amb una caiguda que deixa una accidentalitat per al 2010 lleugerament per sota dels 3.000.
 - La regressió dels accidents greus i mortals s'inicià abans: des del màxim del 2002 tant per als primers (79) com per als segons (14), les xifres han anat disminuint fins arribar als 25 i 3, respectivament.

- Si comparem aquests números als dels àmbits territorials superiors (Província i Catalunya), en termes de taxa per cada 100.000 afiliats a la SS, observem un comportament molt similar (una taxa entre 4.000 i 4.200 accidents pel 2010). També la distribució de les gravetats de les baixes laborals és gairebé idèntica.
- Una gran majoria dels accidents laborals els pateixen els homes, amb una proporció de dones que fins al 2008 rondava el 20% del total, i que en els dos darrers anys ha augmentat fins al 25%.
- Per sectors econòmics predominen els accidents registrats en el sector serveis (59%), accentuat en els darrers anys en detriment dels que van tenir lloc en el de la construcció (18%) o la indústria (17%).
- Per situació contractual dels accidentats, l'any 2010 2 de cada 3 accidents els protagonitzen treballadors amb contracte fix, amb una forta reducció en els darrers deu anys dels patits per treballadors eventuais, que a principis del període eren majoritaris.

Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)

- Les IVE han experimentat una considerable evolució a l'alça, amb un creixement que en el cas del Segrià ha significat triplicar pràcticament la xifra d'interrupcions entre 2001 i 2009, passant de 220 a 653. En els darrers dos anys es registra un increment molt marcat del 2007 al 2008 (de 437 a 647, +48%), i una estabilització posterior (653, +1%).
- La comparació de les dades del Segrià amb les de la regió sanitària lleidatana i el conjunt català no permeten observar evolucions substancialment diferents, més enllà d'un creixement més marcat a la comarca tant la taxa d'IVE (total d'IVE registrades per cada 1.000 dones en edat fèrtil), com de la raó d'IVE (IVE per cada 100 naixements vius).

12.5 Hàbits i estils de vida de la població de Lleida

Estat de salut

- La majoria de la població consultada percep el seu nivell de salut com a bo (55%) o molt bo o excel·lent (25%). Únicament un 20% opina que és regular o dolent.

- Si comparem aquests resultats amb els del global de Catalunya (ESCA 2006), a Lleida es produeixen valoracions menys extremes, amb majors identificacions amb una percepció de salut bona que la mitjana catalana.
- Si bé una majoria d'enquestats (69%) declaren no patir cap trastorn crònic, aquest sí que és el cas de 3 de cada 10 lleidatans. Els més habituals són la pressió (20%) i el colesterol elevats (17%), i l'artrosi, artritis o reumatisme (16%).
 - Una part significativa dels qui manifesten tenir algun tipus de trastorn en pateixen 2 simultàniament (28%), o 3 o més (9%).
- Un 8% manifestava patir alguna limitació o discapacitat a l'hora de realitzar les seves activitats quotidianes. Les més habituals estaven relacionades amb la mobilitat. D'aquests enquestats, un de cada 3 en pateix 2 o més simultàniament, amb una mitjana aritmètica global de 1,7 limitacions per persona.
- L'indicador sobre l'estat de salut dels lleidatans, construït a partir de les tres variables, revela que una àmplia majoria dels lleidatans tenen un bon estat de salut (el 21% el té bo, el 41% molt bo, i el 21% excel·lent). Hi ha també, però, un 12% que el té dolent, i un 5% molt dolent. Aquest darrer grup, doncs, el conformen enquestats que consideren que té una salut regular o dolenta, pateix algun trastorn crònic i a més té alguna limitació o discapacitat per realitzar la seva rutina habitual.
 - Per perfils, alguns dels qui responen significativament als perfils de salut dolenta o molt dolenta són els enquestats de 71 anys o més, nivell d'estudis baix, pensionistes/jubilats, amb alguna invalidesa o invalidesa permanent, els que viuen en llars amb una sola persona, els totalment sedentaris, no consumidors de substàncies de risc, i amb uns hàbits preventiu i de consulta mèdic alts.
 - A l'altre extrem, alguns dels perfils més propicis a manifestar estats de salut molt bona o excel·lent són els dels homes, de 16 a 35 i de 36 a 55 anys, amb nivell d'estudis mig i alt, estudiants i ocupats, que viuen en llars de més de 4 persones, els totalment actius, els consumidors de substàncies de risc o de consum moderat, o els que tenen uns hàbits preventiu i de consulta mèdica baixos o inexistents.

Consum de substàncies

- El 32% de les persones consultades no beu begudes alcohòliques mai, mentre que el 40% en consumeix de manera habitual diàriament, algun dia entre setmana, o els caps de setmana. El 28% restant en fa un consum esporàdic, com a molt algun cop al mes.
 - A Lleida es consumeix menys alcohol i amb menys freqüència que al conjunt del país (el 55% dels enquestats a Lleida n'han consumit en els darrers 30 dies, pel 62% a Catalunya; per contra, el 32% d'abstemis a Lleida superen de llarg el 12% que se'n

considera a Catalunya). Cal tenir, present, però, les diferències en el temps i en la categorització entre la consulta i l'ESCA 2006.

- Un 21% dels lleidatans enquestats són fumadors diaris, un 6% ocasionals, i un 72% no fuma. Dins d'aquest darrer grup, hi ha un % significatiu -un terç- d'exfumadors.
 - Els fumadors habituals fumen majoritàriament un paquet (20 cigarretes) o menys al dia, amb un consum mitjà de 13 cigarretes.
 - Igualment, es detecta un menor pes del col·lectiu fumador a Lleida amb relació a Catalunya (21% a la capital del Segrià per 26% a Catalunya) en detriment dels fumadors ocasionals (6% per 4%, respectivament), per bé que caldrà tenir en compte altre cop la diferència en anys entre una enquesta i l'altra.
- Pel que fa a altres substàncies psicoactives, la marihuana o haixix ha estat consumida algun cop a la vida pel 16% dels lleidatans enquestats, a certa distància dels tranquil·litzants (10%) o de la cocaïna (2%).
 - Quan es pregunta als enquestats pel consum en els darrers 30 dies, l'ordre de les substàncies canvia: són els tranquil·litzants, amb un 6%, els més consumits, per davant de l'haixix (4%) o la cocaïna (2%).
 - En comparació amb Catalunya, els consums dels tres tipus de substàncies psicoactives són inferiors a la capital del Segrià, amb l'única excepció de la cocaïna consumida en els darrers 30 dies (2% a Lleida, 1% a Catalunya).
- L'índex de consum de substàncies, que recull els resultats de les tres variables tot just analitzades, dona per a Lleida els següents percentatges: un 23% d'abstemis, un 32% de baix consum, un idèntic 32% de consum moderat, un 11% de consum alt, i un únic 2% consumidor de risc.
 - Per perfils, en el cas del consum de risc, únicament la franja d'edat de 26 a 35 anys, els qui tenen alguna incapacitat o invalidesa permanent, els molt actius, i els qui tenen un hàbit de consulta inexistent presenten un resultat significativament a l'alça respecte la mitjana.
 - Per a l'alt consum de substàncies, en canvi, hi ha més varietat: homes, joves de 19 a 25 anys, aturats, persones que viuen en llars amb més de 5 persones, els totalment sedentaris, els qui tenen un hàbit preventiu i de control de la salut baix, i els qui presenten un estat de salut bo.
 - El baix consum té molts perfils amb percentatges significativament a l'alça respecte la mitjana: dones, de 26 a 35 anys, nivell d'estudis alt, els qui pateixen alguna incapacitat o tenen invalidesa permanent, els qui viuen en llars de 4-5 unitats, totalment sedentaris, lleugerament actius, sense hàbit preventiu o de control de la salut, o contràriament amb un alt hàbit, sense hàbit de consulta mèdica, i amb un estat de salut molt bo.

- Els abstemis, per últim, els trobem en major proporció entre les dones, el grup de 71 anys o més, el nivell d'estudis baix, els qui es dediquen a tasques de la llar, els jubilats/pensionistes o amb incapacitat o invalidesa, en les llars amb 1 sola persona o amb més de 5, els enquestats d'elevat hàbit preventiu, i els qui tenen un estat de salut general dolent o molt dolent.

Hàbits mèdics

- Quan es demana als enquestats pels metges visitats en els darrers 12 mesos, una majoria aclaparadora (71%) cita el metge de medicina general o de capçalera, a considerable distància del ginecòleg (16% de les dones), dentista (13%), o traumatòleg (10%). Únicament un 6% diu no haver passat per cap consulta.
 - De mitjana, cada lleidatà ha visitat 1,5 metges en el darrer any.
- Quan es demana, en canvi, per les visites realitzades en els darrers 15 dies, només un de cada quatre enquestats manifesta haver anat al metge.
 - Els principals motius que van impulsar aquest 26% de lleidatans a anar-hi van ser la realització d'un examen preventiu o revisió mèdica (49%), una malaltia (32%), o la renovació de receptes (12%).
 - Lleida té una lleugera tendència a anar més al metge que la mitjana catalana (23% en els darrers 15 dies, pel 26% dels enquestats lleidatans). Sí que es detecten majors diferències en els motius de la consulta: Mentre a Catalunya predominen les relacionades amb alguna malaltia (43%), a certa distància dels exàmens preventius (22%), a Lleida la situació és la inversa. També hi ha un menor % de visites per renovar prescripcions (8%).
- L'indicador d'hàbit de consulta mèdica, construït a partir del nombre de metges visitats durant l'últim any i el nombre de motius de visita en els darrers 15 dies, dona com a resultat un elevat percentatge de lleidatans amb hàbit de consulta mèdica baix (45%) o moderat (36%), amb uns pesos menors dels hàbits alts (5%) o inexistents (14%).
 - Per perfils, els ocupats, els qui viuen en llars amb més de 5 persones, els molt actius, els consumidors de risc de substàncies psicoactives, els qui no tenen hàbit preventiu, i els qui gaudeixen d'un estat de salut excel·lent, destaquen per una major freqüència de l'hàbit de consulta mèdica inexistent.
 - Tendeixen per sobre la mitjana a un hàbit baix els estudiants, els qui viuen amb més de 5 persones, consumidors de risc de substàncies, els enquestats d'hàbit preventiu baix, i els que disposen d'un excel·lent estat de salut.
 - Els jubilats/pensionistes, els incapacitats, els totalment sedentaris, els qui tenen un hàbit preventiu alt, i els qui pateixen d'un estat de salut dolent o molt dolent ho fan respecte l'hàbit de consulta moderat.

- Una última tipologia d'enquestats presenta un % significativament a l'alça d'hàbit de consulta mèdica alt: els incapacitats, els qui es dediquen a les tasques de la llar, i els qui tenen un estat de salut molt dolent.

Hàbits preventius

- 2 de les 3 accions preventives més freqüents entre els enquestats, la citologia vaginal (63% de les dones enquestades), i la mamografia (49%) les duen a terme exclusivament les dones. Altres accions preventives d'un cert pes són també la revisió del nivell de colesterol a la sang (53%), la revisió de la tensió arterial (45%), l'analítica de control (27%), i la vacunació durant la tardor (25%). Contràriament, però, fins a un 16% dels consultats no posa en pràctica cap acció de control de la seva salut.
 - De mitjana, sense considerar els Ns/Nc, cada enquestat du a terme 2,2 accions preventives.
 - Amb relació a Catalunya, a Lleida hi ha una major freqüència d'activitats preventives que posen en pràctica les dones, tant les citologies vaginals (63% de les lleidatanes, per 55% les catalanes), com les mamografies (49% per 43%).
- L'indicador d'hàbits preventius defineix quatre categories diferents en funció del número d'accions dutes a terme pels consultats. Quasi la meitat dels lleidatans (45%) tenen un hàbit preventiu moderat; és a dir, han realitzat entre 2 i 3 accions per controlar la seva salut. Un 20% el té baix, un 18% alt, i el restant 16% (no havent realitzat cap acció preventiva) no en té.
 - Els homes, el grup d'edat de 16 a 35, els qui tenen un nivell mig d'estudis, els estudiants, els qui viuen en llars amb més de 5 persones, els molt actius, els consumidors de substàncies psicoactives amb un consum alt, moderat i baix, els qui tenen un hàbit de consulta mèdica inexistent, i els que es troben en un excel·lent estat de salut són els perfils que registren unes puntuacions més altes que la mitjana en la categoria "sense hàbit".
 - El grup d'edat de 16 a 35 anys, els estudiants, els qui viuen en llars amb més de 5 persones, els molt actius, i els consumidors de substàncies d'alt consum puntuen per sobre en hàbit preventiu baix.
 - La categoria "moderat", troba quatre trets amb percentatges significatius per sobre la mitjana: el col·lectiu de 71 o més anys, els enquestats amb un nivell d'activitat qualificat de "molt actiu", els qui no consumeixen substàncies, i els qui presenten un estat de salut molt dolent.
 - Per últim, l'hàbit preventiu alt en té fins a nou: dona, grup de 56 a 70 anys, dedicació a tasques de la llar, jubilat/pensionista, incapacitació/invalidesa permanent, no consumidors de substàncies psicotròpiques, hàbit de consulta mèdica alt, i els qui pateixen d'una salut dolenta o molt dolenta.

Canals d'informació sobre salut

- Quan tenen un dubte o consulta sobre algun tema relacionat amb la salut, 3 de cada 4 enquestats el canalitzen mitjançant el seu CAP o ambulatori de referència, un canal institucional que també acaben de complementar els consultoris particulars (7%), centres d'especialitats mèdiques (4%), o hospitals (3%). A gran distància respecte aquest canal se situa Internet, consultat per 1 de cada 10 enquestats. Si a aquesta via li sumem la de la consulta a familiars o amics (4%), la consulta a fonts no especialitzades s'eleva al 15% de les fonts. En tercer i quart lloc, la farmàcia i la consulta a amics o familiars amb formació mèdica és font de consulta pel 9% i 6% dels enquestats, respectivament.
 - Globalment, els enquestats consulten entre 1 i 2 canals d'informació (1,3 de mitjana).
 - Si ens fixem en els perfils, i més enllà del pes significativament més elevat dels enquestats amb un hàbit alt de consulta mèdica respecte tots els canals informatius, s'observa que el CAP és una via d'informació que utilitzen en major grau el grup d'edat de 56 a 70 anys, els qui tenen un nivell d'estudis baix, els qui es troben en situació d'atur, jubilació o incapacitat, els qui viuen en llars amb més de 5 persones, els consumidors de risc de substàncies psicoactives, les persones amb un alt hàbit preventiu, i els qui tenen un estat de salut molt dolent, dolent o bo.
 - Internet, per contra, és significativament més utilitzat per la franja d'edat de 16 a 35 anys, estudiants, enquestats que viuen en llars amb una ocupació de 4-5 persones, i els qui tenen un baix hàbit de prevenció.
 - Per al cas de la farmàcia, aquests percentatges relativament més elevats els trobem en els ocupats, els qui viuen en llars unipersonals, i els consumidors de risc de substàncies.
 - Mostren una tendència per sobre de la mitjana a canalitzar els seus dubtes per via de consultes privades el grup de 35 a 55 anys, els enquestats amb nivell alt d'estudis, els dedicats a les tasques de la llar, i els qui són moderadament actius.
 - Per últim, el canal dels amics o familiars amb credencials mèdiques és utilitzat en grau superior a la mitjana per estudiants, persones que conviuen en llars ocupades per més de 5 persones, els molt actius, i els baixos consumidors de substàncies.

Activitat física

- Una majoria d'enquestats afirma que es desplaça freqüentment a peu (41%), malgrat desenvolupar una activitat habitual que no requereix esforç físic. Les activitats estàtiques, però, siguin aquestes assegudes (28%) o dempeus (19%), agrupen conjuntament un volum encara més gran de lleidatans, i únicament 1 de cada 10 realitza una activitat que demani realitzar un esforç físic important.
 - No s'identifiquen uns patrons de comportament substancialment diferents a Lleida respecte el conjunt català.

- Una majoria de lleidatans (34%) diuen caminar cada dia, de mitjana, entre mitja hora i una hora al dia, per bé que hi ha percentatges importants que caminen menys (entre un quart d'hora i una hora, el 27%), o més (entre una i dues hores, el 20%). En qualsevol cas, la mitjana general entre totes les respostes, 1 hora i 12 minuts, supera de llarg el temps del global de Catalunya (46 minuts).
 - Quan el focus d'atenció és quants dies de la setmana es realitza alguna activitat física o esport, pràcticament 4 de cada 10 lleidatans (35%) manifesten no practicar-ne mai, en clar contrast amb el 19% que diu fer-ho cada dia de la setmana. Entremig, l'escalat de dies entre 1 i 6 ofereix percentatges variables i no excessivament elevats, a excepció dels dos dies a la setmana (15%). De mitjana, es practica activitat física o esport setmanalment 3 dies.
- L'índex que recull de manera agregada el nivell d'activitat dels lleidatans en la seva rutina diària dona els següents resultats: 8 de cada 10 són moderada (43%) o lleugerament actius (37%), si bé hi ha un col·lectiu important, de l'ordre del 15%, que és totalment sedentari, que triplica el que és molt actiu (5%).
 - El grup d'edat de 71 o més anys, el de nivell baix d'estudis, els qui es troben incapacitats o tenen invalidesa permanent, les llars unipersonals, els alts consumidors de substàncies, i els de salut molt dolenta són perfils que presenten en major mesura que la resta percentatges elevats de totalment sedentaris.
 - A les dones i als ocupats els passa el mateix amb els lleugerament actius.
 - El grup d'edat de 56 a 70 anys, els qui viuen en llars de més de 5 persones, i els que gaudeixen d'un bon estat de salut ho fan respecte als moderadament actius.
 - Per últim, trobem percentatges significativament elevats de "molt actius" en els homes, en el grup d'edat de 16 a 35 anys, els de nivell mig d'estudis, els estudiants, els que viuen en les llars ocupades per més de 5 persones, els consumidors de risc de substàncies psicoactives, i els que tenen un hàbit de consulta mèdica inexistent.

12.6 Variables ambientals

Qualitat de l'aire

- Des de l'any 2007, cap dels contaminant atmosfèrics objecte de seguiment de l'estació de mesura de Lleida de la Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica supera els valors límits normatius (diòxid de nitrogen, diòxid de sofre, monòxid de carboni, partícules en suspensió, benzè, plom, arsènic, cadmi, níquel i benzo(a)pirè, entre d'altres).

Únicament l'ozó troposfèric registrava uns valors superiors als que es fixen com a objectiu de futur immediat.

- L'Índex de Qualitat de l'Aire, elaborat a partir de les dades d'emissió dels principals contaminants primaris pels quals la legislació vigent fixa els nivells màxims, indica que entre 2008 i 2010 el nivell mitjà anual de qualitat de l'aire ha descendit quasi 20 punts, i doncs, ha empitjorat.
 - Si comparem l'evolució de les dades mitjanes de la capital del Segrià amb les de les altres 9 ciutats més grans de Catalunya, s'observa que el recent empitjorament en la qualitat de l'aire de Lleida és compartit per la majoria de poblacions.

Contaminació electromagnètica

- Les dades de monitoratge dels nivells d'intensitat de camp elèctric (procedents de les estacions de base de telefonia mòbil) de les dues estacions situades a Lleida han marcat des de 2006 uns nivells molt per sota dels valors màxims permesos d'acord a la interpretació més restrictiva de la normativa.

Aigües de consum

- D'acord a una de les darreres analítiques de control de qualitat de l'aigua destinada a consum humà, l'aigua de Lleida no presenta cap dels paràmetres fora dels rangs establerts.
- Les obligacions que en aquest camp té un ajuntament com Lleida, que ha cedit la gestió dels abastaments del seu terme municipal a una persona jurídica diferent, comprenen entre altres, elaborar un informe anual sobre els resultats obtinguts en cada zona de subministrament, elaborar i mantenir actualitzat el protocol d'autocontrol i gestió, dur a terme aquests autocontrols, o informar el Departament de Salut i la població sobre la qualitat de l'aigua.

Legionel·losi

- La legionel·losi és una malaltia amb una baixa incidència a Lleida. Cada any només es declaren, de mitjana, uns 4 casos comarcals, amb un total de 43 casos declarats entre el gener de l'any 2000 i el juny de 2010. A excepció de l'any 2000, la taxa d'incidència per 100.000 habitants al Segrià s'ha situat sempre per dessota de la catalana.
- En les inspeccions de les instal·lacions de torres de refrigeració i condensadors evaporatius realitzades per l'Agència de Protecció de la Salut durant el 2009 a la demarcació de Lleida, cap instal·lació inspeccionada presentava deficiències importants en el compliment de la

normativa amb risc per a la salut, amb un repartiment quasi equitatiu entre aquelles que complien plenament la normativa (172, el 48%), i les que ho feien amb alguna deficiència sense risc sanitari (184, el 51%). La regió lleidatana era l'única demarcació catalana que no presentava instal·lacions amb deficiències importants en aquest sentit.

Contaminació acústica

- L'any 2005 l'Ajuntament va elaborar un mapa de capacitat acústica que definia tot un seguit de zones en funció del soroll que aquestes poden assumir. La zonificació del territori inclou, de més a menys protecció: zones d'especial protecció de la qualitat acústica, de sensibilitat acústica alta, moderada, baixa, i zones de soroll.

12.7 Infraestructures de salut disponibles

Serveis i infraestructures sanitàries

- Lleida i la seva àrea d'influència disposa de nombrosos recursos sanitaris i sociosanitaris públics, molts d'ells compartits amb la resta de la regió sanitària:
 - 8 centres d'atenció primària (CAP), dels quals un proporciona atenció continuada, i un altre consultes ambulatories especialitzades.
 - 2 centres d'internament, 2 hospitals de dia sense internament (un d'adults i un d'infantil i juvenil), 2 centres de salut mental (un d'adults i un infantil-juvenil), 2 centres de dia, i un Centre d'Atenció i Seguiment de les drogodependències per atendre als pacients que requereixen atenció psiquiàtrica i salut mental.
 - 2 centres sociosanitaris i 3 hospitals de dia per donar atenció sociosanitària a les persones grans, malalts crònics amb dependència, i persones en situació terminal.
 - 3 hospitals d'aguts faciliten l'atenció especialitzada d'internament.

Principals indicadors de recursos i activitat

- Pel que fa als principals indicadors de recursos i d'activitat de la regió sanitària/GTS de Lleida, àrea d'influència del gruix dels serveis sanitaris ubicats a la capital del Segrià, els resultats de 2009 dibuixen una situació sense excessius desviaments respecte les mitjanes catalanes, però amb algunes diferències que convé recalcar:
 - Una taxa de professionals assistencials de 71 per 10.000 habitants (2008), per 67 a Catalunya. D'aquests, 30 són metges/metgesses i altres professionals assistencials

de grau superior (grup 1), i els 41 restants personal d'infermeria i altres professionals assistencials de grau mig (grup 2).

- 2 llits d'aguts per 1.000 habitants (2008), per 1,9 a Catalunya.
- 9,5 mediadors interculturals per 100.000 habitants de nacionalitat estrangera, millorant la ràtio catalana en més d'un punt i mig.
- Un 78% d'assegurats que van establir al menys un contacte amb els professionals dels equips d'atenció primària sobre el total de població que aquests tenen assignada, més de quatre punts per sobre de la mitjana, i 9 contactes per assegurat, quasi dos punts per sobre de la xifra catalana.
- Un % de ciutadans assegurats majors de 74 anys atesos pel programa d'atenció domiciliària, en canvi, del 7%, dos punts per sota de la mitjana nacional.
- Una taxa d'hospitalització de 122 contactes per cada 1.000 habitants assegurats tant a Lleida com a Catalunya, una igualtat quasi total que no es produeix, però, en el cas de la taxa d'hospitalització pediàtrica, força més alta a les comarques de Lleida (74 contactes per cada 1.000 habitants per 65 de mitjana catalana).
- Un percentatge de resolució hospitalària (capacitat dels recursos d'un territori per resoldre la demanda dels habitants del mateix territori) del 86%, per sota del global de Catalunya (94%), i un percentatge de procedència de la demanda (activitat dels hospitals del territori dedicada a atendre la població d'aquest territori) del 87,8% (89,6% a Catalunya), amb un volum notable de pacients residents a la Franja.
- Una taxa d'urgències ateses en els hospitals de la XHUP de 233 per cada 1.000 assegurats, a gran distància de les 461,1 de Catalunya.
- Unes xifres d'hospitalització sociosanitària clarament per sota de les catalanes: una taxa d'hospitalització general de 3,3 episodis per 1.000 habitants (5,4‰ a Catalunya), repartides en 1,4‰ episodis de convalsència (2,7‰ de mitjana), 1,4‰ en llarga durada (1,9‰), i 0,5‰ en cures pal·liatives (0,8‰).
- Un percentatge de resolució sociosanitària del 91,7%, superior al de la mitjana catalana (89%), i un % de procedència de la demanda sociosanitària del 97,8%, 8 punts per sobre de la mitjana a Catalunya.
- Una utilització de recursos sociosanitaris PADES i d'hospital de dia superior a Catalunya (4,1 episodis de pacients del territori atesos per equips PADES per 1.000 habitants i 1,5 episodis realitzats per hospitals de dia sociosanitaris per 1.000, per unes taxes de 1,8‰ i 0,9‰, respectivament, registrades a Catalunya).
- Una taxa global d'hospitalitzacions psiquiàtriques de 2,1 per 1.000 habitants, per sota de les 3,0‰ del conjunt de Catalunya, amb unes taxes d'adults (2,4‰ a Lleida i 3,4‰ a Catalunya) que gairebé dupliquen les infantojuvenils (0,4‰ i 0,9‰, respectivament).
- Una taxa de visites ambulatories de salut mental de 152 per 1.000 habitants, a certa distància de les 174 de mitjana a Catalunya, amb notables disparitats entre les taxes infantojuvenil (321‰ al GTS/RS Lleida, per només 257‰ de mitjana catalana) i adulta (115‰ a Lleida, 156‰ a Catalunya).

- Una taxa de 29 pacients atesos en centres ambulatoris de salut mental per 1.000 assegurats, quasi idèntica a la catalana (28,5‰), amb unes xifres que en el cas dels adults (35,0‰) se situen un xic per sobre respecte als infantojuvenils (30,8‰).
- Un % major d'assegurats consumidors de receptes (3 de cada 4, quasi quatre punts per sobre de la mitjana), però un número de receptes per habitant, tant si es mira amb relació al conjunt d'assegurats (18,2) o al subconjunt d'assegurats consumidor de receptes (25,1), inferiors a la mitjana (19,1 i 26,7, respectivament).

12.8 Opinió dels experts sobre la gestió i el funcionament de la salut a Lleida

Elements que afavoreixen un bon estat de salut i qualitat de vida a Lleida

- La política i les transformacions urbanístiques: Es valora molt positivament la transformació que ha experimentat la ciutat arran de la planificació urbanística de les últimes dècades, i els impactes que aquest model té per a la salut. Els elements més destacats són: la transformació del riu Segre i la recuperació de grans espais verds; les intervencions urbanístiques que han transformat els barris perifèrics, evitant la seva conversió en guetos o ciutats dormitori; i la incorporació de la proximitat i el vianant com a criteris de planificació urbanística, amb la peatonalització de gran part del nucli urbà i l'augment de freqüència de pas del transport públic. Aquesta nova orientació de les polítiques urbanístiques i de mobilitat, unida a la dimensió mitjana de la ciutat, han facilitat la mobilitat a peu.
- Les prestacions sanitàries i sociosanitàries: una atenció hospitalària que ofereix especialitats de primer nivell i una atenció primària desplegada en el territori que garanteix una bona cobertura a la població.
- L'atenció a la dependència i la integració de col·lectius vulnerables: L'atenció a la tercera edat es considera suficientment desenvolupada, amb un servei de teleassistència funcionant des de fa 10 anys. L'accessibilitat per a les persones discapacitades també s'ha treballat: primer municipi català en tenir un Pla d'accessibilitat, i Consell municipal. I no es detecten persones en situació d'extrema necessitat entre la població nouvinguda.
- El recursos educatius en l'àmbit de la salut: Entre l'oferta formativa i recursos destinats a la recerca relacionats amb la salut destaquen els màsters de l'UdL, l'Aula de Salut, l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, diferents comissions mixtes entre la Universitat i l'ICS, o els cursos de promoció de la salut i hàbits de vida saludables oberts a la població organitzats des d'Infermeria i Epidemiologia, que fomenten l'educació sanitària de la població.
- Els recursos en l'àmbit del lleure i l'educació no formal: Casals, instal·lacions esportives, centres d'esplai i ludoteques de barri, en coordinació amb els centres educatius, fan una

important funció de foment de l'exercici físic i la integració social tant de la població immigrada com dels infants i adolescents en risc d'exclusió.

- Els factors ambientals: La qualitat de l'aire és bona durant tot l'any, per bé que s'apunten queixes per contaminació acústica associada a l'oci nocturn.
- Els programes i intervencions en l'àmbit de la salut pública i l'educació per la salut desenvolupats en els darrers anys, tals com l'activitat veterinària, la detecció i control de brots epidèmics, el Lleida camina, el Camí de la bicicleta, les activitats d'educació comunitària del personal d'infermeria dels CAP, el Salut i Escola, o les activitats educatives sobre els trastorns de conducta alimentària dels IES.
- La dieta mediterrània, que fa que a Lleida es consumeixi amanida i verdura en uns nivells equiparables a la resta de Catalunya.
- L'interès per la salut s'ha generalitzat: d'una banda, la ciutadania és receptiva als temes de salut i d'una altra, a nivell polític i tècnic hi ha consens sobre la utilitat de les intervencions en educació per a la salut.

Àrees de millora

- La saturació del sistema sanitari i la manca d'adequació a les noves necessitats socials: Malgrat la qualitat general de l'atenció sanitària, actualment els serveis es troben saturats, sobretot els d'atenció primària. Aquesta saturació, unida a la retallada de recursos, pot comportar un desgast dels professionals sanitaris i una reducció del temps de visita, impeding que els equips de primària treballin en prevenció com abans. D'altra banda, la incorporació de la mediació cultural i lingüística es jutja insuficient.
- Poca coordinació entre les institucions i els organismes vinculats a la salut pública: Hi ha una gran diversitat d'intervencions, però costa molt aglutinar esforços en una mateixa direcció i evitar la duplicació d'esforços i la ineficiència.
- Manca de seguiment i avaluació dels programes amb una perspectiva a mitjà i llarg termini, que en el cas de la salut pública té una especial incidència, ja que les intervencions educatives i programes comunitaris requereixen temps i no generen resultats imminents.
- Reduït impacte d'alguns programes en els col·lectius destinataris: les campanyes de comunicació orientades a la conscienciació a vegades no aconsegueixen per si soles que el missatge qualli entre aquests, si no s'acompanyen d'intervencions des de la proximitat.
- L'augment del trànsit i la preponderància del vehicle privat: malgrat tenir una ciutat molt peatonalitzada, l'increment de serveis de transport públic i la política de rotondes i guals, hi ha una important part de la població que es mou en vehicle privat, que unida als milers de cotxes que entren diàriament a Lleida, generen problemes de congestió de trànsit. Quant a l'ús de la bicicleta, tot i la inversió en carrils bici, urbanament és molt poc utilitzada.

- El consum de drogues associat als models actuals d'oci: hi ha massa laxitud social amb el consum d'alcohol i substàncies com la marihuana i la cocaïna. En ocasions, s'arriba a fomentar-ne públicament el consum (festes de la cervesa, barres gratuïtes, o concursos).
- Hàbits d'alimentació poc saludables: no es consumeixen prou fruites i verdures, i l'estil de vida actual fa predominar una alimentació de mala qualitat, basada en precuinats, i amb aliments amb excessius greixos i sucres massa accessibles als infants.
- Manca d'hàbits d'autocura: la ciutadania ha perdut la corresponsabilització sobre la seva pròpia salut i les institucions públiques l'han fet massa dependent dels serveis de salut, fins i tot per al tractament de dolences menors.
- La crisi econòmica i l'agreujament de les desigualtats socials que provoca es valora com un desencadenant de problemes de salut específics, tals com l'aparició de malalties del passat (com ara la tuberculosi) i la radicalització de les desigualtats en salut, amb especial afectació sobre certs col·lectius de població vulnerable, com la nouvinguda.
- Manca d'educació emocional i increment dels malestans psicològics (ansietats, depressions i problemes de comunicació) amb un impacte significatiu en l'estat de salut de les persones. Es destaca l'escassetat de recursos amb què compten els centres educatius públics per treballar l'educació emocional i atendre les necessitats especials de l'alumnat.
- Poc treball amb perspectiva de gènere, que no s'ha integrat a les actuacions públiques de forma transversal.
- Desconnexió en la transferència i aplicació del coneixement acadèmic a la societat: al marge d'iniciatives puntuals de la Universitat, no hi ha una eina que garanteixi una bona transferència del coneixement acadèmic a la societat.
- Escassa implantació de pràctiques de responsabilitat social entre el teixit empresarial lleidatà.

Principals propostes d'actuació

- Incorporar la salut com a criteri en les polítiques i valor transversal en els discursos públics.
- Promoure la sinergia de totes les institucions, fomentar el treball en equip interdisciplinari, i potenciar el treball en xarxa entre els centres escolars i altres agents, establint circuits perquè el treball sigui més eficaç.
- Garantir el seguiment dels programes de promoció i educació per a la salut, i l'avaluació dels resultats, considerant-ne els impactes a mig o llarg termini.
- Explicar els recursos existents i garantir una millor utilització dels serveis sanitaris per part de la població, i potenciar el paper dels professionals d'infermeria i d'altres disciplines (treball social, fisioteràpia...) com a alternativa per reduir la congestió del sistema.

- Potenciar la promoció i educació per a la salut, destinant-hi recursos, ampliant la població destinatària, treballant des de la primera infantesa, en el marc de l'escola, en el de les famílies i des dels CAP, i promovent la corresponsabilització de la població.
- Atendre la diversitat social, incorporant la mediació cultural i lingüística en l'assistència a persones provinents d'altres països, i destinant més recursos específics de suport a l'alumnat amb necessitats educatives especials.
- Mobilitat saludable i sostenible: incentivar l'ús de la bicicleta i la mobilitat a peu, fomentar el transport públic interurbà, tot ubicant pàrkings dissuasoris a les entrades de la ciutat amb interconnexions en transport públic, i situar els equipaments públics ben distribuïts al territori i a prop de la població.
- Alimentació saludable: Desenvolupar una política d'alimentació saludable als centres i menjadors escolars, incidint en l'educació a les famílies i fomentant convenis amb el sector de la fruita de Lleida per vendre a preu barat als menjadors escolars. Divulgar i promoure l'alimentació saludable i els beneficis dels productes alimentaris de qualitat de la terra.
- Prevenció del consum d'alcohol i altres drogues: Treballar totes les addiccions des dels valors, amb especial atenció a l'adolescència i la població nouvinguda, i desincentivar l'oci centrat en l'alcohol fomentant el consum de begudes saludables, juntament amb les famílies, les comunitats i el sector privat.
- Fer front a la crisi econòmica impulsant el sistema sanitari com a agent generador de riquesa i atenent els grups de població en risc d'exclusió.
- Fomentar l'educació de les emocions i la gestió de l'estrès i l'ansietat des de la infantesa, amb especial èmfasi en l'adolescència.
- Incorporar les associacions de malalts, Universitat i col·legis professionals en l'elaboració del Pla de salut.
- Realitzar estudis epidemiològics per analitzar la incidència del càncer i les seves causes al municipi, i estudiar els hàbits de la joventut als pobles de Lleida.
- Integrar la salut laboral com un àmbit important dins del Pla de salut i potenciar la responsabilitat social de les empreses de Lleida com a via per implicar-les en la sostenibilitat, salut i qualitat de vida al municipi.
- Aprofitar les possibilitats que obrirà la nova Llei de Salut Pública, i utilitzar les ordenances municipals per abordar aspectes que no s'acabin d'assolir per via educativa, seguint l'estela de la Llei antitabac o la Llei del cinturó de seguretat.

12.9 La salut pública a Lleida

- A la ciutat de Lleida realitzen activitats de promoció, prevenció i vigilància de la salut els principals proveïdors assistencials (ICS i GSS) i diferents instàncies de l'Ajuntament de Lleida. Les activitats de protecció de la salut es realitzen des de l'Agència de Protecció de la Salut i de nou, des de la Paeria.

Els programes de promoció de la salut de l'Ajuntament de Lleida

- El Departament de Salut Pública treballa la promoció de la salut per mitjà de 3 programes:
 - Programa de salut escolar: amb l'objectiu de promoure i protegir la salut infantil, és d'obligat compliment pels centres públics i concertats que imparteixin ensenyament general a alumnes d'entre 3 i 16 anys. S'hi inclouen els exàmens de salut als pàrvuls de 4 anys i nouvinguts, els glopeigs periòdics amb solucions fluorades, i 4 programes d'educació per a la salut (sexualitat i afectivitat, prevenció d'accidents infantils, higiene dels sentits i de la son, i trastorns de la conducta alimentària).
 - Programes d'esport i salut: Caminem (cicle de caminades, orientades a conèixer la ciutat de manera saludable), i Thao (orientat a la prevenció de l'obesitat infantil).
 - Programa d'activitats d'educació sanitària dirigides a la gent gran: Dirigit a usuaris dels casals municipals, són xerrades i tallers d'educació sanitària sobre alimentació i nutrició, prevenció d'accidents a la llar, i automedicació.
- Des de l'Àrea de drogodependències de l'Ajuntament es proporcionen programes i serveis de promoció de la salut bona part dels quals s'inscriuen en un esforç conjunt amb altres agents del territori (Generalitat, Ajuntament i entitats que treballen al territori en educació per a la salut). Partint en la majoria de casos d'aquest marc comú, des de l'Àrea s'han gestionat múltiples serveis i programes en els següents àmbits:
 - Programes d'informació i atenció: Centrats en l'assessorament individualitzat o grupal sobre addiccions, consums de tòxics, alimentació, sexualitat, relacions afectives de parella, familiars i d'amistat, suport psicològic i salut emocional, trobem el *Servei d'assessorament sobre drogues*, el *Protocol de mesures alternatives a la sanció per consum de drogues a la via pública*, o la *Psicoconsulta jove*.
 - Programes en l'educació formal: Per als diferents nivells educatius:
 - Primària: *L'Aventura de la vida*, un treball continuat del mestre amb els alumnes durant tot el curs a raó d'una sessió setmanal, és el programa que aglutina totes les activitats adreçades a aquestes edats. Va acompanyat de diferents propostes complementàries per mestres i famílies, així com d'activitats comunitàries que reforcen la feina feta a l'aula.
 - Secundària: Abastant des de 1r d'ESO fins a cicles formatius de grau mig i batxillerat, inclouen accions formatives adreçades als alumnes i als educadors

(professors, tutors, monitors, pares i mares). Destaquen els programes *Órdago* (tabac i alcohol), *Max a escena* (obra de teatre sobre situacions de risc en l'adolescència), *Xkpts.com* (cànnabis), *Les històries de Max* (drogues, alcohol i sida), *Quin és el teu sí? Quin és el teu no? Tu decideixes* i *Saps de què va?* (consum de drogues), *Preserva't* (ús del preservatiu), o les sessions d'orientació i assessoria adreçades als educadors/es dels centres d'educació secundària.

- Altres activitats en l'àmbit educatiu formal: Tals com activitats adaptades a les necessitats dels centres; jornades de formació a l'inici de curs pels equips educatius, o el crèdit universitari *Sexe, drogues i rock and roll*.
- Programes per a les famílies: A banda dels tallers formatius per a famílies que s'inscriuen dins *l'Aventura de la Vida*, aquest col·lectiu també disposa del Programa *Moneo*, dirigit a pares i mares de nois/es d'11 a 15 anys per informar-los sobre aspectes bàsics de les drogues i de les relacions sexuals de risc, així com formar en pautes educatives adients per a una prevenció efectiva des de la família.
- Programes en el lleure: S'adrecen específicament a aquest àmbit les accions educatives en el lleure (adreçades als educadors i monitors de centres d'esplai, centres oberts de joves, o espais joves), les *Nits de Qualitat* (sensibilització i informació als espais d'oci nocturn), i els *Noctur-nos* (conductors alternatius).
- Programes comunitaris: Centrats en la difusió i educació sobre el conjunt de la població, tals com *L'Aventura de la ràdio / L'Aventura de la vida a la televisió* (programa de ràdio i secció dins l'espai Club Banyetes, respectivament, complementaris a *L'Aventura de la Vida*), els grups de deshabitació tabàquica, o la campanya de sensibilització i conscienciació del Dia mundial sense tabac.
- Web: dos lloc web (elpep.info i laclara.info) proporcionen un espai destinat a informar a joves sobre sexualitat, drogues i pantalles.

Els programes de promoció de la salut del Departament de Salut i els proveïdors assistencials

- El Departament gestiona activitats canalitzades per via de diferents programes, el principal dels quals és el Salut i Escola
 - Programa Salut i Escola: Promogut pels departaments d'Educació i de Salut, s'adreça a la població adolescent principalment de segon cicle d'ESO dels centres públics i concertats, i incorpora, entre d'altres, els tallers *I què passa amb l'alcohol?* (mites relacionats amb l'alcohol), *I jo, per què he de fumar?* (adopció de preses de posició crítiques vers el tabac) *Canvis en l'adolescència* (canvis fisiològics, afectivitat i sexualitat), i *Parlem de Protecció* (mètodes anticonceptius), així com el servei *Consulta oberta*, que des d'un espai ubicat a l'interior dels centres ofereix un espai permanent per a la resolució de problemes i/o dubtes relacionats amb la salut en general, salut afectiva i sexual, salut mental, salut alimentària, i drogues.

- Altres programes: Destaquen també els programes *Classe sense fum* (prevenció de la iniciació al tabaquisme en alumnes de 1r i 2n d'ESO), *Connecta amb els teus fills* (tallers sobre el consum de drogues adreçat a pares i mares d'alumnes de primària i secundària), *Consulta de deshabitació tabàquica* (teràpia individual o grupal en els CAP), així com un lloc web (sexejoves.gencat.cat) de consulta virtual sobre salut sexual i reproductiva dels joves.

Els programes de promoció de la salut d'altres departaments de la Generalitat

- Al marge de la col·laboració del Departament d'Educació en el Salut i Escola, tres actors més ofereixen programes des de la Generalitat:
 - Institut Català de les Dones: Organitzen 2 tallers en col·laboració amb la Secretaria de Joventut i el Departament d'Educació: *Talla amb els mals rotllos* (promoció de models relacionals igualitaris i desenvolupament de postures crítiques amb l'abús i la violència en les relacions afectives, adreçat a alumnes de 3r i 4t d'ESO), i *Ni prínceps blaus ni princeses promeses* (identificació de les manifestacions de violència en l'àmbit familiar i escolar, dirigit a associacions de mares i pares de primària i secundària).
 - Secretaria de Joventut: Ofereix als centres de secundària el *Pack Aula Jove*, un programa formatiu que ofereix un conjunt de tallers (sobre ITS; tabac, alcohol i cànnabis; drogues i festa; i educació sexual) que aborden aspectes vinculats al desenvolupament de valors i actituds dels joves.
 - Mossos d'Esquadra: 3 conferències dirigides a alumnat de centres de primària, secundària, batxillerat i cicles formatius, així com a pares i educadors, per abordar tres aspectes: *Prevenció de consum de drogues*; *Internet segura per a la protecció del menor*, i *Violència masclista. Com comença tot?*

Els programes de promoció de la salut d'entitats socials del tercer sector

- Diverses entitats del tercer sector també treballen programes en promoció de la salut:
 - AECC-Catalunya contra el Càncer: L'Associació Espanyola Contra el Càncer organitza diverses activitats per a prevenir el tabaquisme i ajudar als fumadors en la deshabitació: *Taller sobre prevenció del tabaquisme* (dirigit a alumnes de 6è de primària), *Servei de deshabitació tabàquica* (individual o grupal, adreçat a tota la població en general), i lloc web Loestoydejando.org (adreçat principalment a joves d'entre 14 i 20 anys).
 - AntiSida de Lleida: Aquesta associació, que també participa en programes de l'Ajuntament, organitza a més el taller *Per estimar-te, m'estimo* (promoció de conductes saludables sobre l'afectivitat i la sexualitat en alumnes de 3r d'ESO), el Servei *Fes un pas, informa't!* (consulta personal i confidencial per informar, orientar i assessorar als joves sobre temes relacionats amb conductes sexuals de risc,

VIH/sida, ITS i embarassos no desitjats), i el web *antisidalleida.org* (amb informació sobre els àmbits d'actuació de l'entitat i apartats específics per a joves i professionals de l'educació).

- Fundación Alcohol y Sociedad: Lidera algunes activitats centrades en la prevenció de l'alcohol en l'adolescència: *Programa pedagògic adolescència i alcohol* (adreçat a centres educatius) i *Conferència Adolescència i alcohol* (famílies de centres educatius de secundària amb fills/es en edats de 12 a 18 anys).
- Obra Social La Caixa: Des del CaixaForum de Lleida, l'Obra Social de la Fundació de La Caixa organitza diversos tallers i activitats educatives, entre els quals destaca el taller *Violència: tolerància zero. Prevenció de la violència de gènere*.

Els programes de prevenció i vigilància de la salut de l'Ajuntament de Lleida

- Es treballen dos programes específicament adreçats a la prevenció i vigilància de la salut:
 - Programa de vacunacions: L'equip municipal de salut escolar s'encarrega de l'administració de les vacunes previstes en el calendari de vacunacions sistemàtiques, a partir dels 11 anys (hepatitis A+B, hepatitis A, varicel·la, virus del papil·loma, i tètanus i diftèria). Pel que fa a la cobertura, en el cas de l'hepatitis A+B i el tètanus i diftèria, els percentatges de vacunació d'escolars ronden el 66%, amb un lleu descens observable en els darrers cinc anys.
 - Programa maternoinfantil: Adreçat a les famílies amb fills de 0 a 3 anys que necessiten ajuda o recolzament en la cura i cria dels seus fills, se centra en aquells aspectes que permeten elevar el nivell de salut de la petita infància: estimulació afectiva i psicomotora, orientacions en lactància materna i alimentació en el primer any de vida, calendari de vacunacions, hàbits, higiene, o prevenció d'accidents, entre d'altres. El nombre de famílies del Programa en seguiment a finals de 2010 era de 410, essent el principal motiu de les baixes la finalització del programa amb resultats satisfactoris (un 54% dels casos), si bé també hi ha un 22% d'abandonament per pèrdua de contacte amb les famílies beneficiàries.
- A més, des de l'Àrea de drogodependències de l'Ajuntament es porta el Programa d'intercanvi de xeringues, que amb la participació de les farmàcies busca disminuir el contagi de la sida i d'altres patologies per via endovenosa en usuaris de drogues injectables, se celebren les jornades formatives "La relació d'ajuda amb el consumidor de drogues: el paper del professional", adreçades a professionals que treballen en l'àmbit d'atenció a drogodependents per tal de donar-los eines i habilitats que serveixin per resituar el seu paper davant els usuaris, i es dona suport econòmic i tècnic a entitats que treballen en matèria de prevenció i d'inserció de drogodependències.

Els programes de protecció de la salut de l'Ajuntament de Lleida

- Gestió del risc per a la salut derivat dels productes alimentaris: la Paeria s'encarrega de la vigilància i el control de les condicions higièniques i sanitàries de certs agents (comerços minoristes i establiments de restauració, mercats ambulants i fires,...) que tracten amb els productes que mengen i beuen els lleidatans, a fi i efecte d'evitar, principalment, brots de toxiinfeccions alimentàries. Durant l'any 2010 s'ha concedit autorització sanitària a 9 nous establiments i 41 nous menjadors col·lectius.
- Animals domèstics i de companyia: L'Ajuntament porta un cens municipal on s'inscriuen els animals de companyia (principalment gossos i gats) que resideixen de manera habitual al municipi, recull i controla els animals abandonats, perduts o ensalvatgits, vigila i inspecciona els establiments que els venen, guarden, o recullen, i si es dona el cas, els aïlla o comissa si s'ha diagnosticat que pateixen malalties transmissibles a les persones. L'any 2005 l'Ajuntament tenia censats a Lleida 6.413 animals de companyia, xifra que segons dades del Consell de col·legis veterinaris de Catalunya, arribava als 9.028.
- Gestió del risc per a la salut derivat dels animals peridomèstics i plagues: La Paeria s'encarrega del control de les poblacions de coloms, artròpodes i rosegadors mitjançant treballs de desinsectació, desinfecció i desratització, per tal de mantenir la salubritat en els edificis de titularitat municipal i espais públics i evitar que en els de titularitat privada es desenvolupi cap plaga que pugui afectar la salubritat del lloc o crear molèsties entre la ciutadania. L'any 2005 es van realitzar 63 controls preventius en col·legis, escoles bressol i centres públics, 59 desinsectacions, 7 campanyes de desratització al clavegueram i 89 actuacions puntuals, es recolliren 8.574 coloms i es feren 74 inspeccions per molèsties de coloms.
- Salubritat en els habitatges: L'Ajuntament, competent en matèria de control sanitari d'edificis, habitatges i llocs de convivència humana, inicia un expedient si detecta una acumulació de residus en un domicili o solar.
- Gestió del risc per a la salut derivat de les piscines d'ús públic: L'Ajuntament autoritza les piscines que s'instal·len en el seu terme municipal i estableix una vigilància i control sanitari d'aquestes instal·lacions. L'any 2005 es van efectuar un total de 267 inspeccions a piscines.
- Gestió del risc per a la salut en les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing: La Paeria dóna l'autorització sanitària de funcionament als establiments sedentaris i ambulants que s'instal·len al seu municipi, s'encarrega de la vigilància i el control de les condicions higienicosanitàries d'aquests establiments, i comunica a l'Agència de Protecció de la Salut els establiments que ha autoritzat. El Departament de Salut Pública va emetre l'any 2010 nou informes tècnics positius per tal que es concedís el permís d'obertura a aquesta tipologia de locals.

- Prevenció i el control de la legionel·losi: L'Ajuntament assumeix el compliment dels programes d'autocontrol (manteniment, neteja i desinfecció) en les instal·lacions de titularitat municipal, el manteniment i el control del cens d'empreses amb torres de refrigeració i condensadors evaporatius, la inspecció de les instal·lacions de baix risc, i col·labora amb el Departament de Salut en la investigació de brots epidèmics, quan aquests es produeixen. L'any 2005 l'Ajuntament tenia registrats a la ciutat 103 aparells, entre torres de refrigeració i condensadors evaporatius, susceptibles de ser colonitzats per la legionel·la.
- Aigües de consum humà: L'Ajuntament assegura que l'aigua subministrada a través de qualsevol xarxa de distribució, cisterna o dipòsit mòbil de Lleida és apta per al consum humà en el punt de lliurament, i vetlla pel compliment de les obligacions dels titulars d'activitats comercials o públiques associades a l'aigua de consum humà.

Els programes de protecció de la salut de l'Agència de Protecció de la Salut

- Legionel·losi: L'APS ha donat suport tècnic per al control de les instal·lacions de baix risc.
- Aigües de consum humà: L'Agència ha controlat el compliment de les obligacions dels gestors de la xarxa pública, dels locals i les instal·lacions de concurrència pública (344 menjadors col·lectius i 113 establiments minoristes el 2010), i ha assessorat en la participació en el Sistema de Informació Nacional de Aguas de Consumo (SINAC).
- Piscines d'ús públic: L'Agència, encarregada de l'elaboració de l'informe sanitari previ de funcionament de piscines públiques, va emetre durant el 2010 fins a 7 informes.
- Plagues: Encarregada del control del compliment del Pla de lluita integral de plagues en centres educatius, va analitzar 94 centres l'any 2010.
- Salubritat: el Servei Regional va dur a terme 3 informes sanitaris, 2 en cases i 1 en un alberg, per acreditar les condicions higienicosanitàries.
- Establiments de tatuatges, pírcings i micropigmentació: 8 inspeccions amb caràcter previ a l'autorització sanitària.
- Aliments: el Servei ha elaborat l'informe sanitari previ al funcionament i inspecció inicial dels establiments de menjars preparats i de comerç minorista de carns fresques i derivats, realitzant el 2010 fins a 155 inspeccions de control sanitari en menjadors socials, 273 en establiments de restauració col·lectiva comercial, i 169 en comerços minoristes, incoant com a conseqüència 5 expedients sancionadors amb proposta de mesures cautelars. Igualment, ha investigat 2 brots de tox infeccions alimentàries i ha executat 7 actuacions.
- Educació sanitària en protecció de la salut: l'Agència ha proporcionat suport tècnic, documentació i eines informatives adreçades a la protecció en alimentació i medi ambient.

13. Annexes

13.1 Consulta sobre salut a Lleida

13.2 Entrevistes a persones clau - Anàlisi de la situació

CONSULTA SOBRE SALUT A LLEIDA

Informe de resultats

Març de 2011



Ajuntament de Lleida



PRESENTACIÓ I METODOLOGIA

3

DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA

6

ACTIVITAT FÍSICA

10

CONSUM DE SUBSTÀNCIES

19

HÀBITS MÈDICS

32

HÀBITS PREVENTIUS

41

ESTAT DE SALUT

52

CONCLUSIONS

62



▶ Propòsit General:

- ▶ El propòsit general de la consulta a la ciutadania de Lleida és la de proporcionar informació respecte a la salut, la qualitat de vida, hàbits i estils de vida de la població lleidatana, per tal d'adequar les polítiques de salut, la relació social i la gestió dels serveis a les necessitats dels ciutadans i ciutadanes.

▶ Objectius concrets de l'estudi:

- ▶ Conèixer les característiques sociodemogràfiques i econòmiques de la població consultada, constituïda pels residents a Lleida majors de 15 anys.
- ▶ Determinar l'estat de salut percebut i la qualitat de vida, la presència de trastorns crònics i d'altres limitacions o discapacitats.
- ▶ Descriure els hàbits actuals i els estils de vida relacionats amb la salut, com la realització d'activitat física, el consum de tabac, alcohol i altres substàncies psicoactives així com l'ús de medicaments.
- ▶ Descriure la utilització dels serveis sanitaris, professionals requerits i motius pels que van al metge.
- ▶ Conèixer les pràctiques preventives relacionades amb la salut que realitza periòdicament la població de Lleida.
- ▶ Realitzar una comparativa amb els resultats obtinguts a Catalunya.
- ▶ Identificar perfils de risc que requereixin un tractament i unes necessitats especials.



- ▶ **Nom:** Consulta sobre salut a Lleida
- ▶ **Univers de Treball:** està format per tots els habitants de 16 anys o més residents al municipi.
- ▶ **Grandària de la mostra:** 407 individus representants de les diferents llars del municipi, seleccionats a partir de les quotes de sexe i edat. La selecció dels individus enquestats ha estat mitjançant tècniques aleatòries.
- ▶ **Dates de Treball de Camp:** El treball de camp es va realitzar entre els dies 28 de febrer i 8 de març de 2011.
- ▶ **Mètode de recollida de la informació:** Administració d'un qüestionari estructurat de passació telefònica.
- ▶ Amb un nivell de confiança del 95%, el **marge d'error mostral** màxim per a dades globals és d'unt +/- 4,9%.

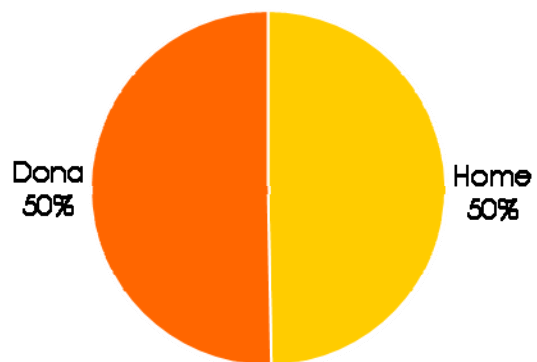
Nota metodològica: la suma dels percentatges dels gràfics del present informe poden oscil·lar entre el 99% i el 101% per l'arrodoniment dels decimals.



PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
ACTIVITAT FÍSICA	10
CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
HÀBITS MÈDICS	32
HÀBITS PREVENTIUS	41
ESTAT DE SALUT	52
CONCLUSIONS	62

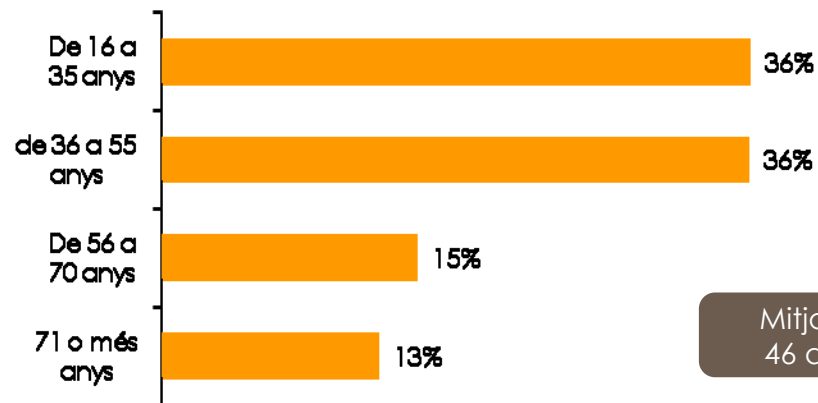


▶ DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS EL SEXE

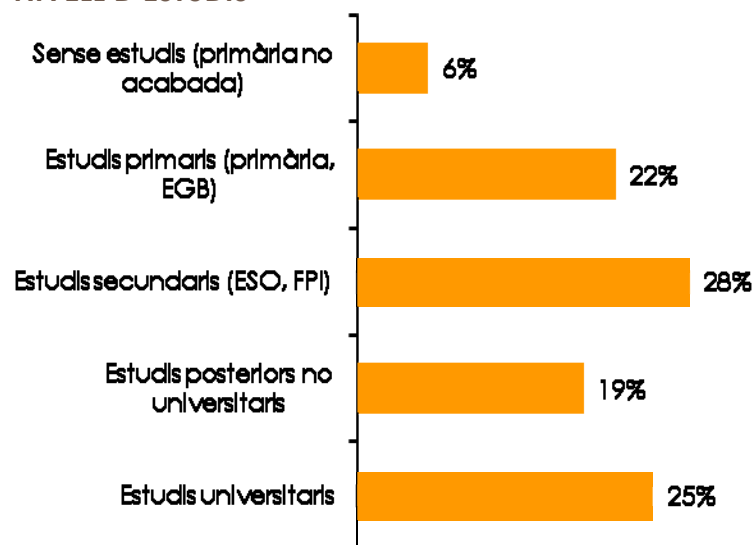


▶ DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS L'EDAT

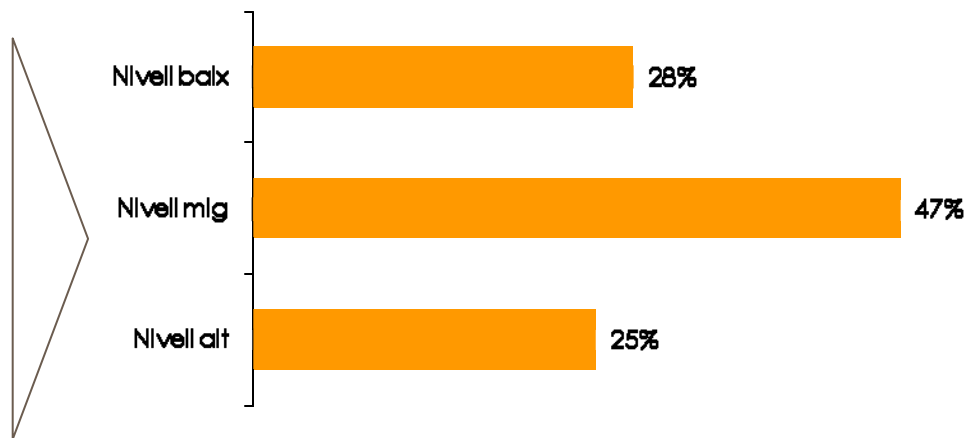
(Base: 407 casos)



▶ DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS EL NIVELL D'ESTUDIS



▶ DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS EL NIVELL D'ESTUDIS AGRUPAT



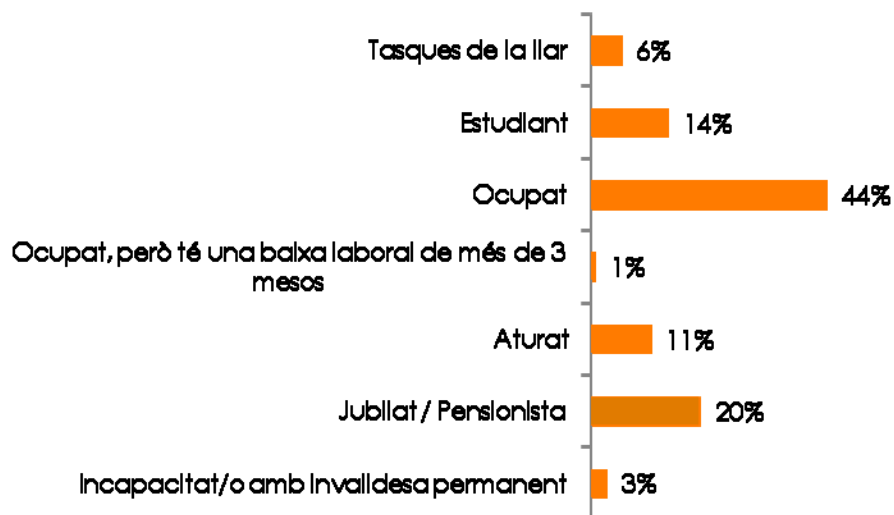


Descripció de la mostra consultada ▶

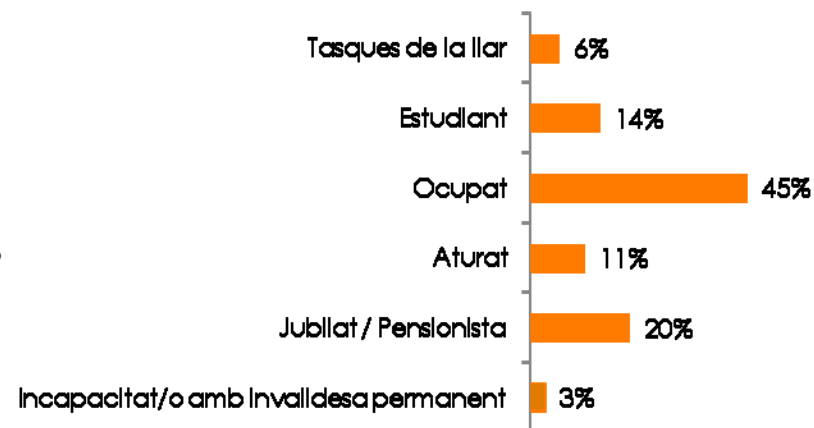
Descripció de les variables sociodemogràfiques (II)

(Base: 407 casos)

▶ DESCRIPCIÓ DE LA SITUACIÓ DEL CONSULTAT



▶ DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS LA SITUACIÓ DEL CONSULTAT AGRUPAT



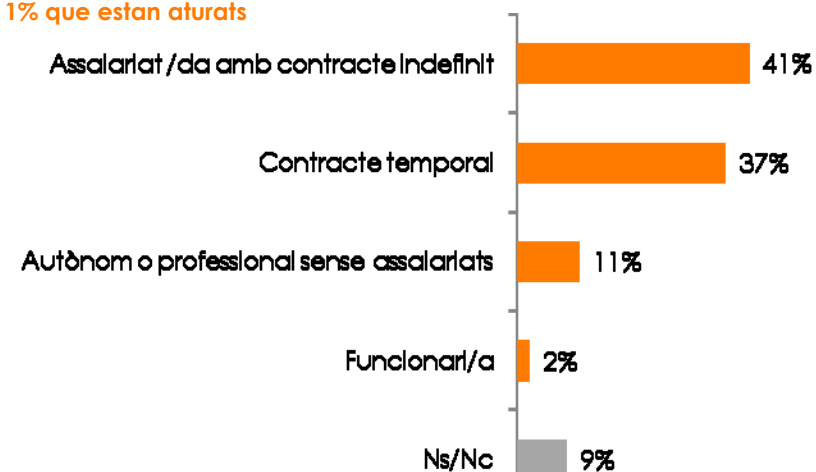
▶ DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS LA SITUACIÓ LABORAL DELS QUE TREBALLEN

Base: 45% que estan ocupats



▶ DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS LA SITUACIÓ LABORAL DELS QUE ESTAN A L'ATUR

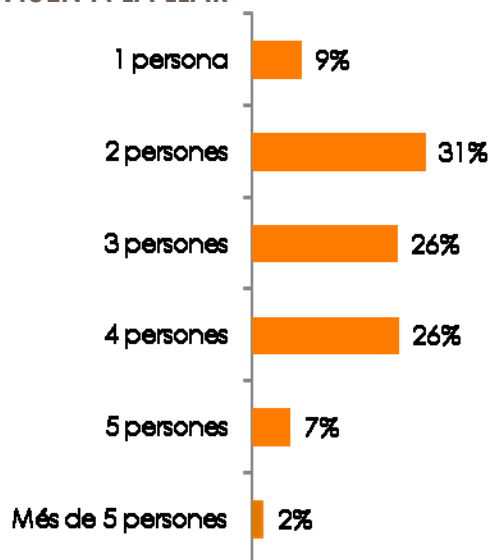
Base: 11% que estan aturats



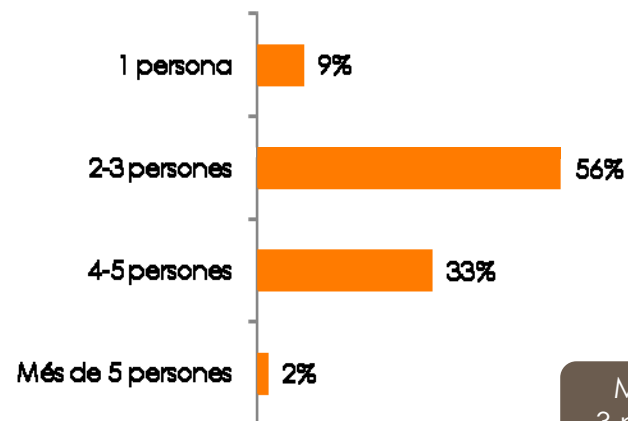


(Base: 407 casos)

▶ DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS EL NOMBRE DE PERSONES QUE VIUEN A LA LLAR

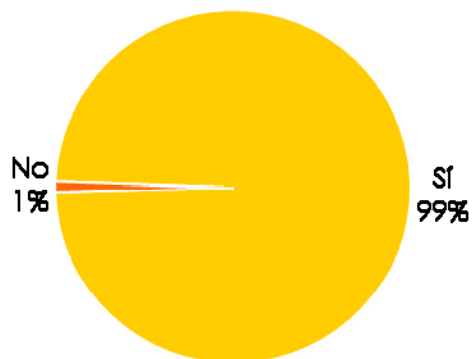


▶ DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS EL NOMBRE DE PERSONES QUE VIUEN A LA LLAR AGRUPAT



Mitjana:
3 persones

▶ DISTRIBUCIÓ DE LA MOSTRA SEGONS SI ESTAN EMPADRONATS A LLEIDA

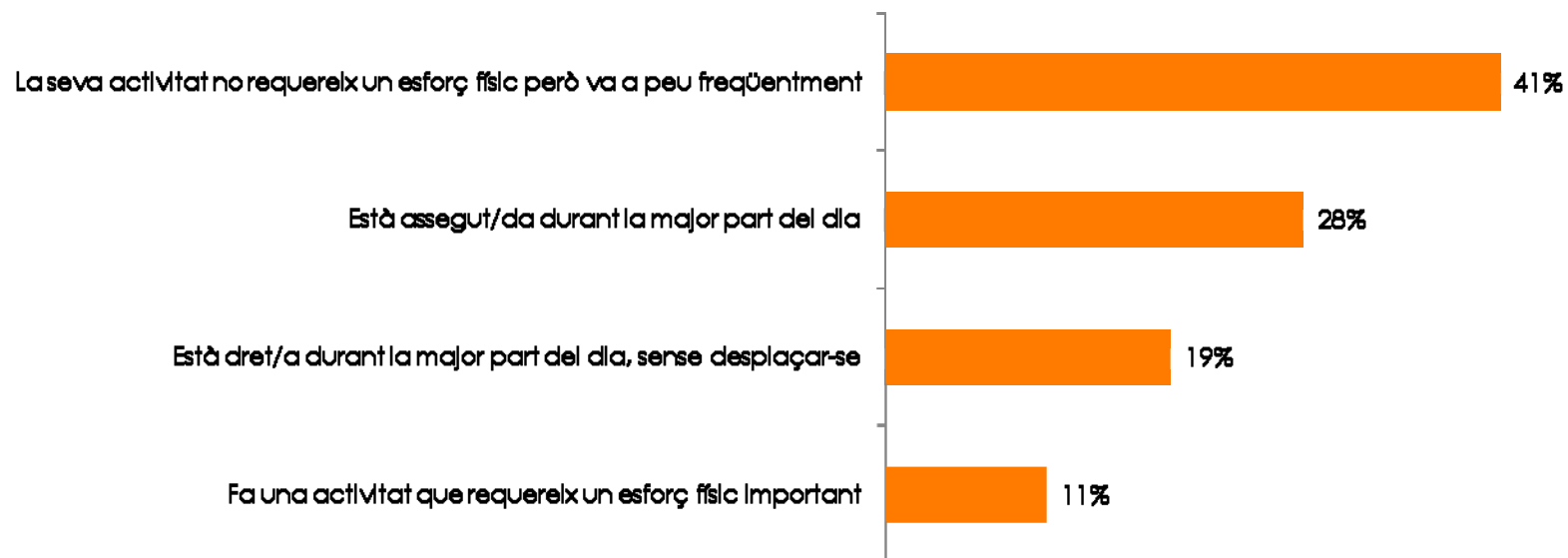




PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
ACTIVITAT FÍSICA	10
CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
HÀBITS MÈDICS	32
HÀBITS PREVENTIUS	41
ESTAT DE SALUT	52
CONCLUSIONS	62



▶ SITUACIÓ QUE MILLOR DESCRIU L'ACTIVITAT FÍSICA QUE DESENVOLUPA HABITUALMENT



4 de cada 10 lleidatans constaten que les seva activitat habitual no requereix un esforç físic per va a peu freqüentment. Només 1 de cada 10 consultats realitza una activitat que requereix un esforç físic important.



(Base: 407 casos)

► SITUACIÓ QUE MILLOR DESCRIU L'ACTIVITAT FÍSICA QUE DESENVOLUPA HABITUALMENT

		De les següents possibilitats que li llegiré, podria indicar-nos quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment.			
		Està assegut/da durant la major part del dia	Està dret/a durant la major part del dia, sense desplaçar-se	La seva activitat no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment	Fa una activitat que requereix un esforç físic important
Sexe	Home	26%	17%	40%	16%
	Dona	30%	22%	43%	5%
Edat	De 16 a 35 anys	31%	20%	32%	16%
	de 36 a 55 anys	30%	23%	35%	11%
	De 56 a 70 anys	19%	17%	58%	6%
	71 o més anys	26%	8%	64%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	25%	20%	47%	8%
	Nivell mig	26%	20%	38%	15%
	Nivell alt	35%	17%	42%	6%
Situació laboral	Tasques de la llar	17%	25%	54%	4%
	Estudiant	39%	5%	32%	25%
	Ocupat	26%	28%	34%	13%
	Aturat	35%	22%	35%	9%
	Jubilat / Pensionista	24%	11%	63%	2%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	39%		61%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	37%	14%	43%	6%
	2-3 persones	27%	18%	47%	7%
	4-5 persones	30%	22%	31%	17%
	Més de 5 persones		14%	43%	43%
Total		28%	19%	42%	11%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

► SITUACIÓ QUE MILLOR DESCRIU L'ACTIVITAT FÍSICA QUE DESENVOLUPA HABITUALMENT

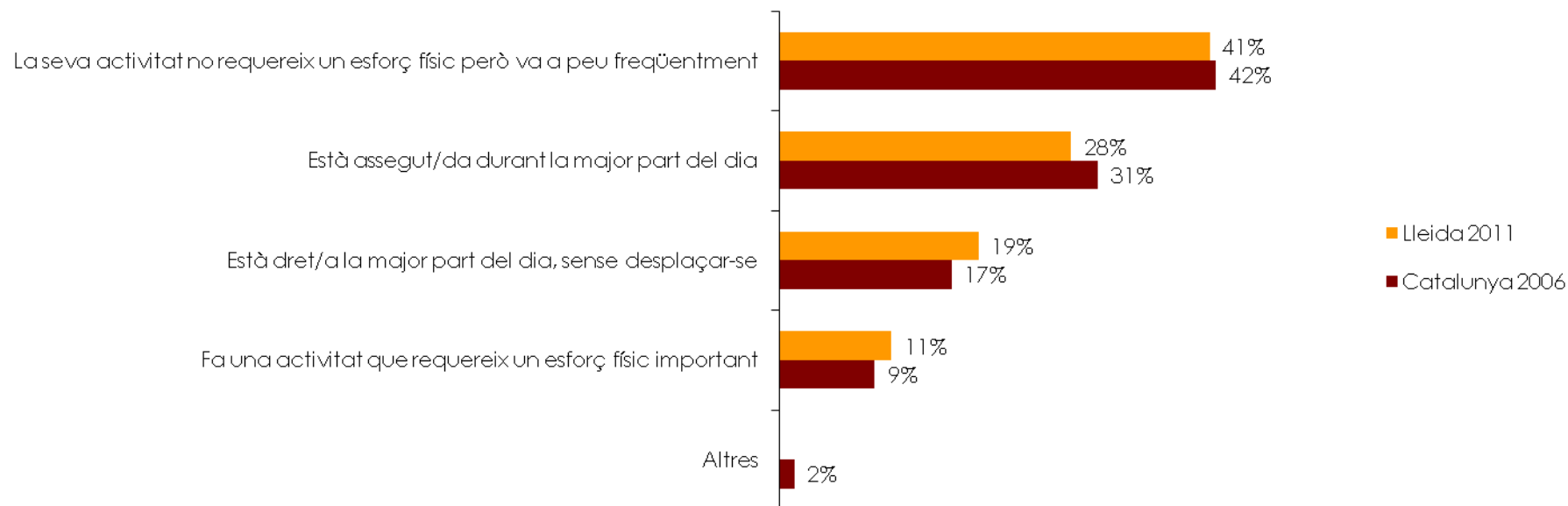
		De les següents possibilitats que li llegiré, podria indicar-nos quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment.			
		Està assegut/da durant la major part del dia	Està dret/a durant la major part del dia, sense desplaçar-se	La seva activitat no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment	Fa una activitat que requereix un esforç físic important
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	87%	13%		
	Lleugerament actiu	15%	31%	54%	
	Moderadament actiu	22%	14%	51%	13%
	Molt actiu				100%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%		62%	25%
	Alt consum	28%	30%	26%	16%
	Consum moderat	27%	13%	50%	11%
	Baix consum	29%	20%	39%	12%
	No consumeix	30%	24%	40%	6%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	37%	11%	38%	14%
	Baix	29%	19%	34%	18%
	Moderat	25%	23%	41%	10%
	Alt	28%	16%	53%	3%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix	16%	24%	44%	16%
	Moderat	29%	19%	39%	12%
	Alt	26%	20%	46%	8%
	Elevat	41%	14%	38%	7%
Indicador de salut	Molt dolenta	41%	18%	41%	
	Dolenta	34%	9%	53%	4%
	Bona	25%	20%	45%	10%
	Molt bona	24%	23%	42%	11%
	Excel·lent	33%	16%	33%	18%
Total		28%	19%	42%	11%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

▶ SITUACIÓ QUE MILLOR DESCRIU L'ACTIVITAT FÍSICA QUE DESENVOLUPA HABITUALMENT



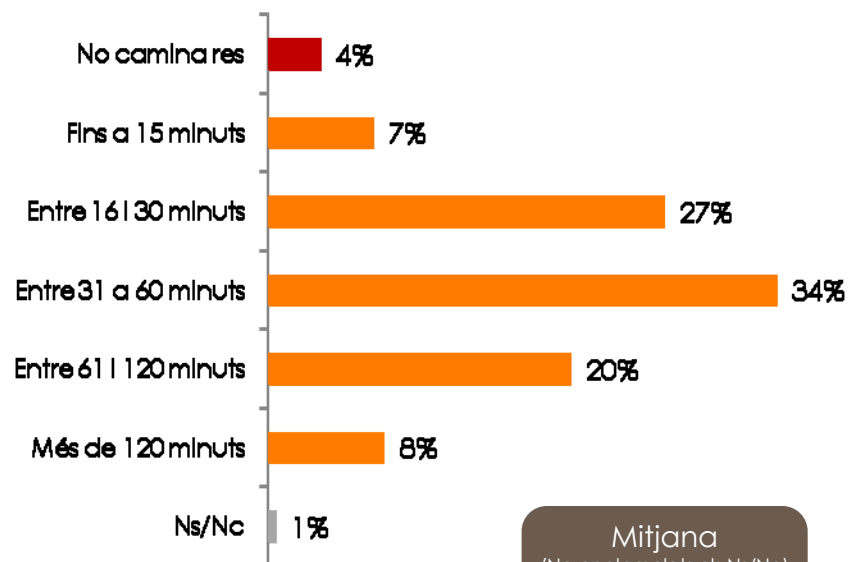
Font: Enquesta salut de Lleida 2011 i ESCA 06

Les dades obtingudes a la consulta realitzada a Lleida són equiparables a la realitzada a l'Enquesta de Salut de Catalunya pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.



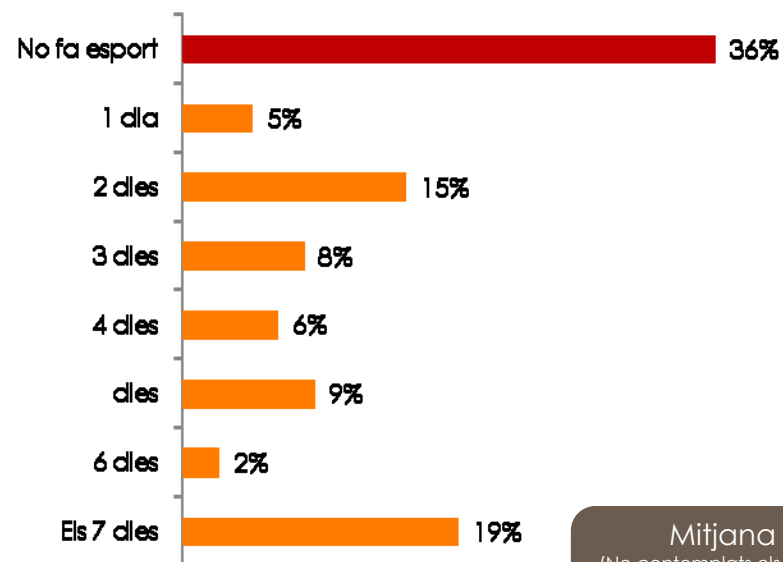
(Base: 407 casos)

▶ MINUTS QUE CAMINA DE MITJANA AL DIA



Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
72 minuts diaris

▶ DIES A LA SETMANA QUE REALITZA ALGUNA ACTIVITAT FÍSICA O ESPORT



Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
3 dies a la setmana

El temps mitjà que es camina al dia és d'**1 hora i 12 minuts**. Si es compara amb Catalunya hi ha una gran diferència, la mitjana catalana és de **46 minuts**.

Destaca que gairebé 4 de cada 10 lleidatans no realitza cap tipus d'activitat física o esport.



(Resultats en mitjanes. No contemplats els Ns/Nc) (Base: 407 casos)

► MINUTS QUE CAMINA DE MITJANA AL DIA I DIES A LA SETMANA QUE REALITZA ALGUNA ACTIVITAT FÍSICA O ESPORT

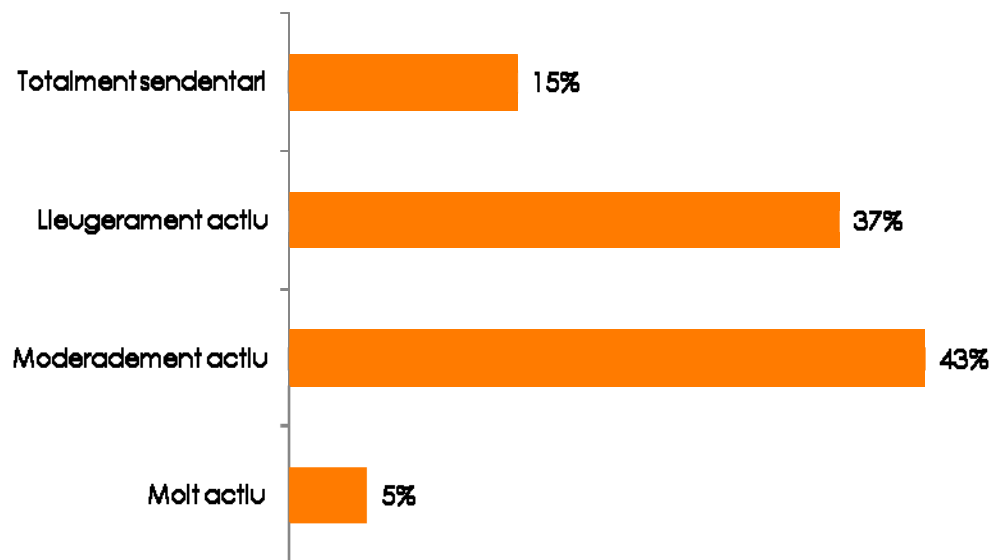
		Nombre de minuts que camina	Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva?
Sexe	Home	83,6	3,1
	Dona	61,0	2,4
Edat	De 16 a 35 anys	66,6	2,8
	de 36 a 55 anys	82,1	2,5
	De 56 a 70 anys	72,2	3,2
	71 o més anys	60,8	2,8
Nivell d'estudis	Nivell baix	58,2	2,4
	Nivell mig	83,3	2,8
	Nivell alt	66,8	3,1
Situació laboral	Tasques de la llar	54,6	2,5
	Estudiant	62,0	2,7
	Ocupat	80,2	2,6
	Aturat	70,7	2,7
	Jubilat / Pensionista	68,7	3,3
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	69,2	2,4
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	70,5	2,5
	2-3 persones	71,7	2,9
	4-5 persones	67,9	2,6
	Més de 5 persones	120,4	2,1
Total		72,3	2,7

		Nombre de minuts que camina	Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva?
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	36,9	0,0
	Lleugerament actiu	67,6	1,0
	Moderadament actiu	80,6	5,0
	Molt actiu	140,6	5,1
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	88,1	3,4
	Alt consum	101,1	2,0
	Consum moderat	67,2	3,3
	Baix consum	75,8	2,4
Indicador hàbit de preventiu/control de salut	No consumeix	59,7	2,7
	Sense hàbit	83,1	2,7
	Baix	69,0	2,6
Indicador hàbit de consulta mèdica	Moderat	73,0	2,8
	Alt	65,3	2,8
	Baix	78,1	3,4
Indicador de salut	Moderat	73,1	2,6
	Alt	70,7	3,0
	Elevat	66,7	2,3
	Molt dolenta	49,8	1,8
	Dolenta	67,5	2,6
Total	Bona	89,9	3,1
	Molt bona	70,0	2,7
	Excel·lent	68,1	2,8
	Total		72,3

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



▶ INDICADOR D'ACTIVITAT FÍSICA



Per tal de conèixer quin és el nivell d'activitat dels lleidatans en la seva rutina diària s'ha creat l'indicador d'activitat física. Aquest índex ha estat construït a partir de les variables que descriuen **l'activitat física que fa habitualment**, el **nombre de minuts que camina** i el **nombre de dies que fa esport**.

Destaca que un 15% de la població té una rutina que no requereix un esforç físic, no camina gens o molt poc i no realitza cap tipus d'esport.

Nota metodològica:

Totalment sedentari: La seva activitat no requereix un esforç físic, està assegut la major part del dia i no fa esport

Lleugerament actiu: La seva activitat no requereix esforç físic però camina més d'una hora i fa esport 3 o més dies a la setmana; la seva activitat requereix un esforç físic però no fa esport 3 o més dies a la setmana o no camina més d'una hora diària.

Moderadament actiu: La seva activitat no requereix esforç físic però camina menys d'una hora i/o fa esport menys de 3 dies a la setmana.

Totalment actiu: la seva activitat requereix una activitat física important, camina més de mitja hora al dia i fa esport 3 o més dies



(Base: 407 casos)

▶ INDICADOR D'ACTIVITAT FÍSICA

		Indicador d'activitat			
		Totalment sedentari	Lleugerament actiu	Moderadament actiu	Molt actiu
Sexe	Home	13%	31%	48%	8%
	Dona	17%	42%	38%	2%
Edat	De 16 a 35 anys	10%	37%	45%	8%
	de 36 a 55 anys	18%	39%	38%	5%
	De 56 a 70 anys	12%	34%	51%	3%
	71 o més anys	23%	34%	41%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	21%	36%	41%	2%
	Nivell mig	12%	36%	44%	7%
	Nivell alt	14%	38%	43%	5%
Situació laboral	Tasques de la llar	17%	37%	46%	
	Estudiant	10%	33%	45%	12%
	Ocupat	15%	42%	38%	5%
	Aturat	13%	35%	48%	4%
	Jubilat / Pensionista	19%	30%	48%	2%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	38%	39%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	31%	32%	34%	3%
	2-3 persones	15%	37%	44%	3%
	4-5 persones	12%	38%	42%	8%
	Més de 5 persones	12%	25%	50%	12%
Total		15%	37%	43%	5%

		Indicador d'activitat			
		Totalment sedentari	Lleugerament actiu	Moderadament actiu	Molt actiu
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		37%	50%	13%
	Alt consum	28%	30%	37%	5%
	Consum moderat	10%	35%	50%	5%
	Baix consum	16%	41%	37%	5%
	No consumeix	17%	37%	42%	4%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	14%	38%	42%	6%
	Baix	17%	31%	44%	8%
	Moderat	15%	38%	41%	6%
	Alt	16%	39%	45%	
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix	4%	40%	45%	11%
	Moderat	16%	39%	40%	5%
	Alt	16%	33%	47%	4%
	Elevat	20%	34%	43%	2%
Indicador de salut	Molt dolenta	37%	32%	32%	
	Dolenta	21%	34%	45%	
	Bona	17%	29%	51%	4%
	Molt bona	12%	41%	40%	7%
	Excel·lent	12%	40%	41%	8%
Total		15%	37%	43%	5%

Els perfils més crítics, els més sedentaris, són les dones, els de més edat, aquells que tenen una incapacitat o invalidesa permanent i aquells que viuen sols. Segons els seus hàbits destaquen com a més sedentaris aquells que consumeixen més substàncies psicoactives i els que la seva salut és dolenta.

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.

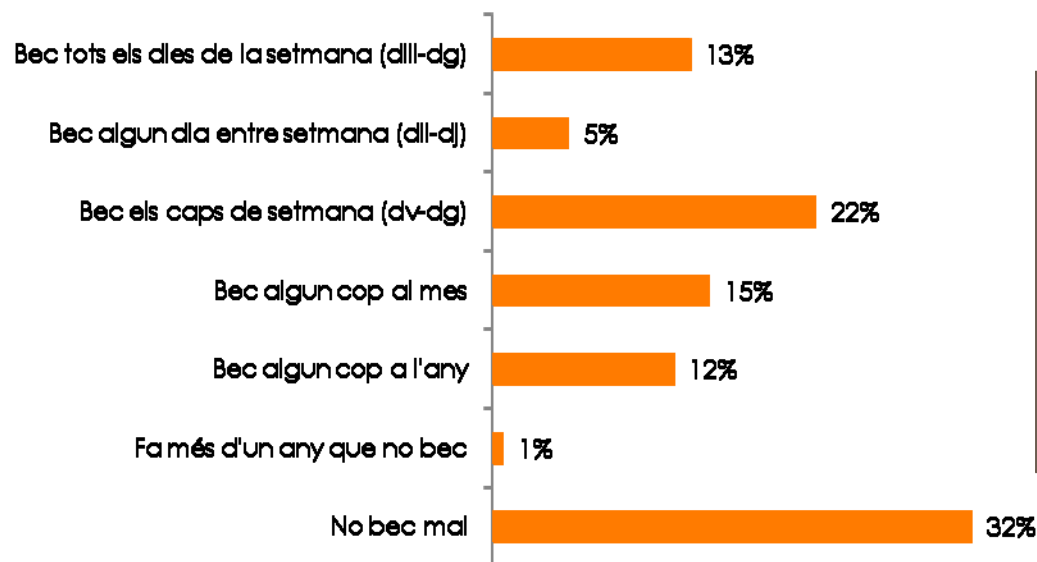


PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
ACTIVITAT FÍSICA	10
CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
HÀBITS MÈDICS	32
HÀBITS PREVENTIUS	41
ESTAT DE SALUT	52
CONCLUSIONS	62

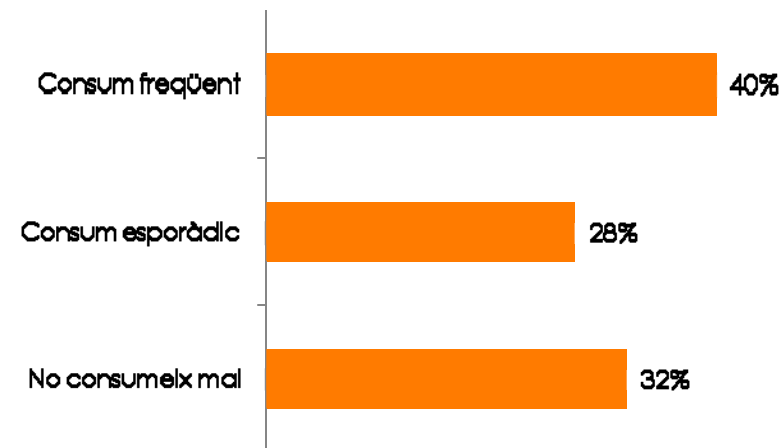


(Base: 407 casos)

▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM D'ALCOHOL



▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM D'ALCOHOL AGRUPAT



Mentre que 3 de cada 10 persones consultades no beuen begudes alcohòliques mai un 4 de cada 10 consumeixen totes els dies, entre setmana o els caps de setmana de manera habitual.



(Base: 407 casos)

► FREQUÈNCIA DE CONSUM D'ALCOHOL

		Freqüència consum d'alcohol		
		Consum freqüent	Consum esporàdic	No consumeix mai
Sexe	Home	53%	25%	22%
	Dona	27%	30%	43%
Edat	De 16 a 18 anys	35%	32%	32%
	De 19 a 25 anys	67%	19%	14%
	De 26 a 35 anys	36%	37%	27%
	de 36 a 55 anys	42%	30%	28%
	De 56 a 70 anys	38%	28%	34%
	71 o més anys	30%	9%	61%
Nivell d'estudis	Nivell baix	30%	19%	51%
	Nivell mig	45%	28%	28%
	Nivell alt	43%	36%	21%
Situació laboral	Tasques de la llar	21%	37%	42%
	Estudiant	47%	28%	26%
	Ocupat	44%	31%	25%
	Aturat	52%	24%	24%
	Jubilat / Pensionista	30%	18%	53%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	31%	46%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	26%	31%	43%
	2-3 persones	41%	26%	33%
	4-5 persones	44%	30%	26%
	Més de 5 persones	38%		62%
Total		40%	28%	32%

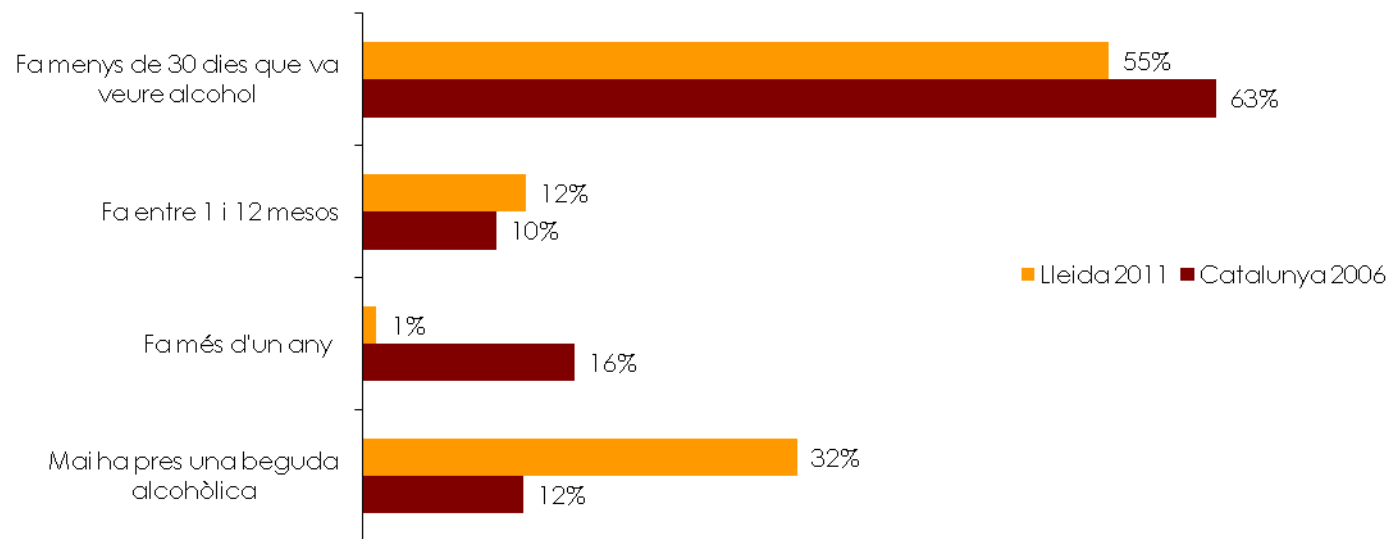
		Freqüència consum d'alcohol		
		Consum freqüent	Consum esporàdic	No consumeix mai
Indicador d'activitat	Totalment	34%	26%	40%
	Lleugerament actiu	35%	34%	31%
	Moderadament	46%	22%	32%
	Molt actiu	48%	33%	19%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	100%		
	Alt consum	95%	5%	
	Consum moderat	78%	16%	6%
	Baix consum	9%	68%	23%
	No consumeix			100%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	52%	36%	13%
	Baix	51%	20%	29%
	Moderat	38%	25%	37%
	Alt	24%	32%	43%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix	42%	29%	29%
	Moderat	41%	26%	33%
	Alt	40%	28%	32%
	Elevat	36%	32%	32%
Indicador de salut	Molt dolenta	9%	23%	68%
	Dolenta	30%	23%	47%
	Bona	36%	27%	37%
	Molt bona	43%	29%	27%
	Excel·lent	52%	28%	20%
Total		40%	28%	32%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM D'ALCOHOL



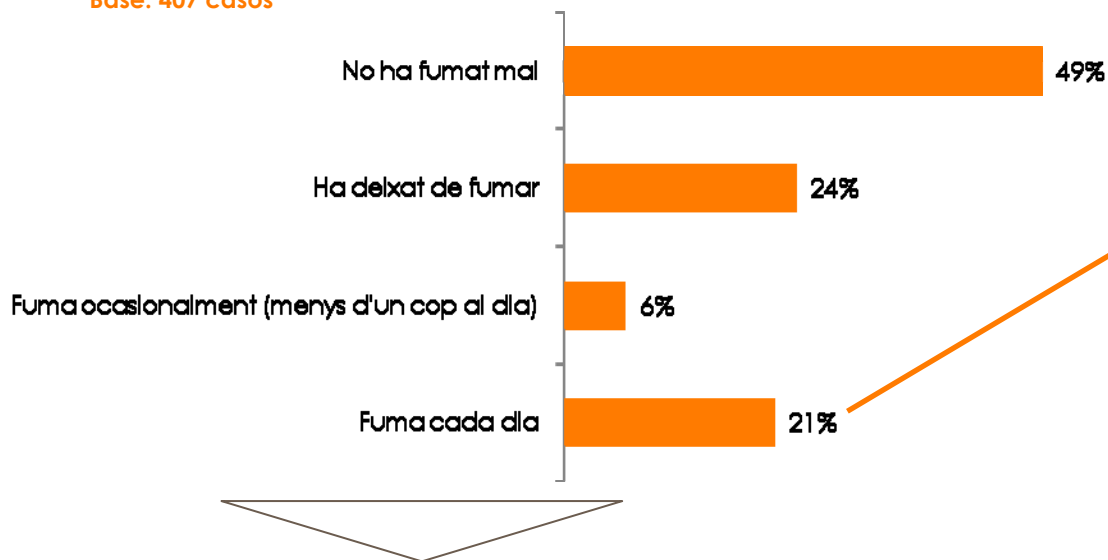
Font: Enquesta salut de Lleida 2011 i ESCA 06

Comparat amb Catalunya, a Lleida es consumeix menys alcohol i amb menys freqüència.



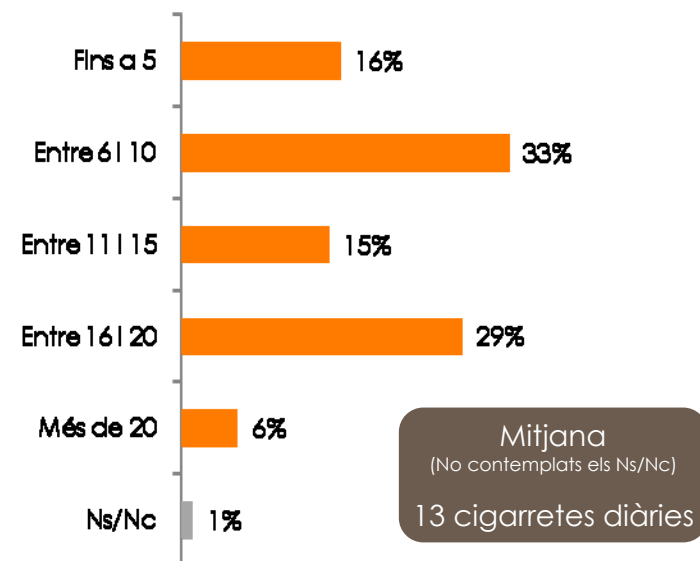
▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM DE TABAC

Base: 407 casos



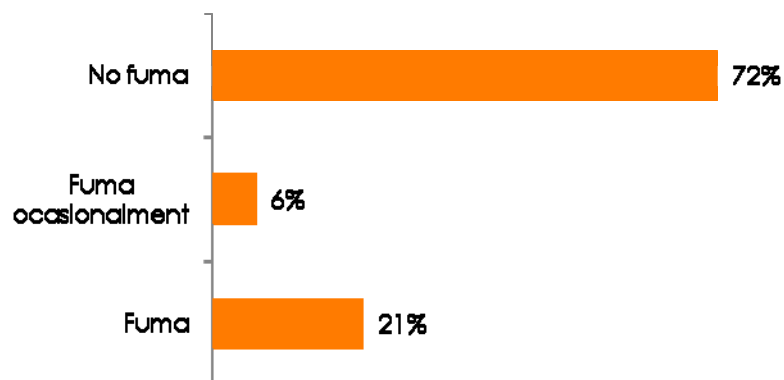
▶ NOMBRE DE CIGARRETES DIÀRIES QUE FUMA

Base: 21% que fuma cada dia



▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM TABAC AGRUPAT

Base: 407 casos



7 de cada 10 consultats no fumen o han deixat de fumar en algun moment de les seves vides, mentre que 2 de cada 10 fumen cada dia, amb una mitjana de 13 cigarretes diàries.



(Base: 407 casos)

► FREQUÈNCIA DE CONSUM DE TABAC

		Situació actual amb el tabac		
		No fuma	Fuma ocasionalment	Fuma
Sexe	Home	69%	6%	25%
	Dona	75%	6%	18%
Edat	De 16 a 18 anys	68%	16%	16%
	De 19 a 25 anys	58%	8%	33%
	De 26 a 35 anys	60%	10%	29%
	de 36 a 55 anys	66%	6%	28%
	De 56 a 70 anys	92%		8%
	71 o més anys	94%		6%
Nivell d'estudis	Nivell baix	80%	4%	17%
	Nivell mig	68%	8%	24%
	Nivell alt	72%	6%	22%
Situació laboral	Tasques de la llar	92%		8%
	Estudiant	69%	14%	16%
	Ocupat	68%	8%	25%
	Aturat	48%	7%	46%
	Jubilat / Pensionista	92%		8%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	77%		23%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	69%		31%
	2-3 persones	78%	4%	19%
	4-5 persones	64%	13%	22%
	Més de 5 persones	50%		50%
Total		72%	6%	21%

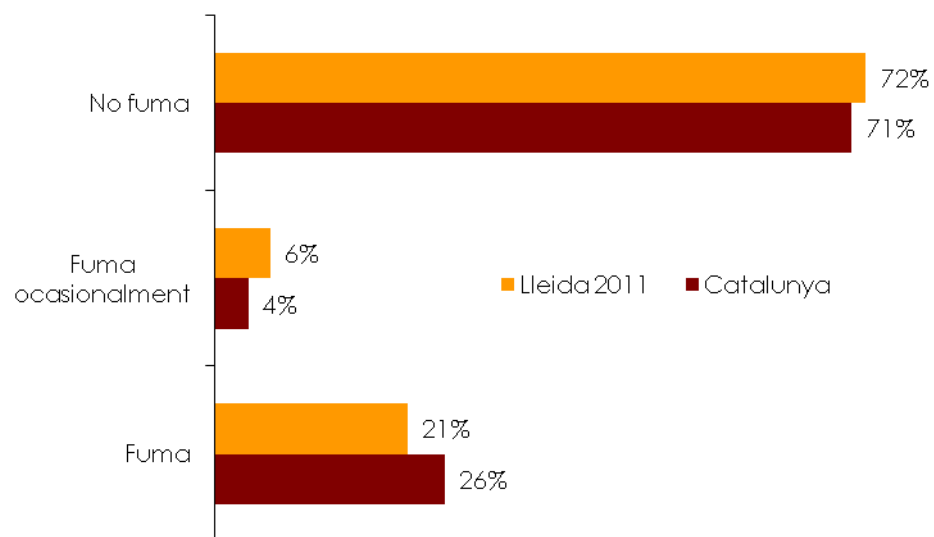
		Situació actual amb el tabac		
		No fuma	Fuma ocasionalment	Fuma
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	55%	6%	39%
	Lleugerament actiu	73%	7%	21%
	Moderadament actiu	78%	5%	17%
	Molt actiu	71%	14%	14%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc			87%
	Alt consum			100%
	Consum moderat	82%	4%	14%
	Baix consum	71%	15%	14%
	No consumeix	100%		
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	70%	9%	19%
	Baix	59%	11%	30%
	Moderat	74%	5%	21%
	Alt	82%		18%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix	71%		29%
	Moderat	71%	7%	22%
	Alt	70%	8%	21%
	Elevat	84%	5%	11%
Indicador de salut	Molt dolenta	91%		9%
	Dolenta	79%		21%
	Bona	76%	1%	23%
	Molt bona	64%	10%	25%
	Excel·lent	75%	8%	16%
Total		72%	6%	21%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

▶ FREQUÈNCIA DE CONSUM TABAC EN COMPARACIÓ AMB CATALUNYA



Font: Enquesta salut de Lleida 2011 i ESCA 06

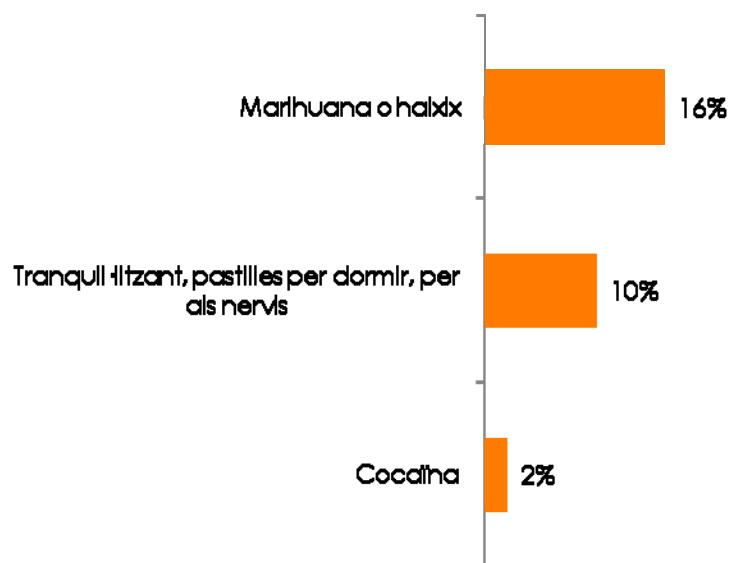
No s'observen grans diferències comparativament amb les dades del conjunt català, tot i que s'observa un menor percentatge de persones que fumen, en detriment de les que fumen esporàdicament.



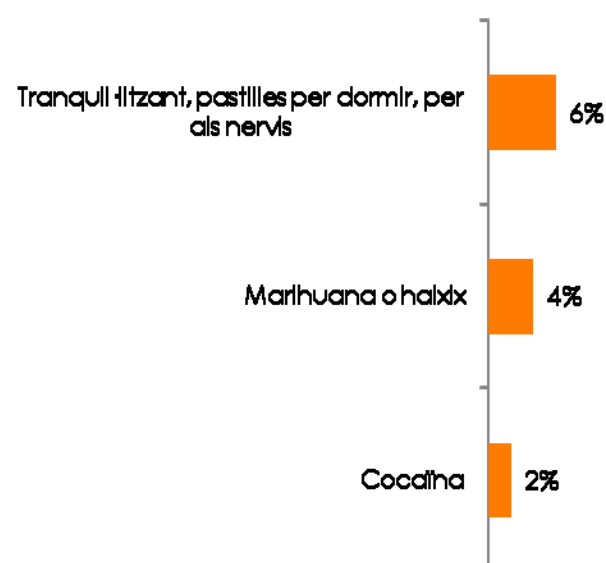
(Base: 407 casos)

Per detectar el consum de fàrmacs i altres substàncies es van realitzar les següents preguntes: **“Ara li llegiré una sèrie de substàncies i m’hauria de dir si alguna vegada n’ha pres alguna per curiositat, per sentir-se millor, més relaxar, estimular-se o sentir-se més actiu/va, i sense que el metge li hagi receptat?”**. Si es que sí, **“N’ha pres alguna vegada en els darrers 30 dies?”**.

► HA PRES ALGUNA VEGADA A LA VIDA



► HA PRES ELS 30 DARRERS DIES



La substància que més s’ha consumit algun cop a la vida és la marihuana o el haixx, en canvi, les substàncies més consumides recentment han estat medicaments tranquil·litzants, per a dormir i per als nervis.



(Base: 407 casos)

► HA PRES ALGUNA VEGADA A LA VIDA

		Ha pres alguna vegada a la vida			
		Tranquil litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Sexe	Home	6%	21%	4%	73%
	Dona	14%	10%	0%	77%
Edat	De 16 a 18 anys	5%	24%		73%
	De 19 a 25 anys	3%	42%	3%	58%
	De 26 a 35 anys	10%	27%	9%	64%
	de 36 a 55 anys	9%	12%	1%	80%
	De 56 a 70 anys	15%	6%		80%
	71 o més anys	15%			85%
Nivell d'estudis	Nivell baix	15%	3%		83%
	Nivell mig	6%	20%	3%	74%
	Nivell alt	13%	22%	3%	70%
Situació laboral	Tasques de la llar	13%	4%	4%	83%
	Estudiant	5%	33%	2%	66%
	Ocupat	9%	17%	2%	76%
	Aturat	7%	20%	9%	74%
	Jubilat / Pensionista	16%	5%		81%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	23%	7%		69%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	6%	8%	3%	89%
	2-3 persones	11%	15%	3%	74%
	4-5 persones	10%	19%	1%	73%
	Més de 5 persones		13%		87%
	Total		10%	16%	2%

		Ha pres alguna vegada a la vida			
		Tranquil litzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	11%	13%		76%
	Lleugerament actiu	12%	14%	1%	75%
	Moderadament actiu	9%	18%	5%	75%
	Molt actiu	5%	19%		76%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	50%	76%	38%	
	Alt consum	9%	35%	2%	60%
	Consum moderat	10%	19%	1%	72%
	Baix consum	13%	9%	3%	78%
	No consumeix	3%	6%		90%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	8%	23%	6%	72%
	Baix	9%	29%	4%	64%
	Moderat	13%	11%	1%	77%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	8%	5%		88%
	Baix	7%	16%	2%	80%
	Moderat	10%	18%	1%	73%
	Alt	14%	14%	5%	74%
Indicador de salut	Elevat	2%	11%		86%
	Molt dolenta	14%	4%		82%
	Dolenta	17%	4%		81%
	Bona	12%	13%		77%
	Molt bona	10%	15%	4%	77%
Total	Excel·lent	5%	29%	3%	66%
	Total	10%	16%	2%	75%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

► HA PRES ELS 30 DARRERS DIES

		Ha pres els darrers 30 dies			
		Tranquil titzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Sexe	Home	3%	5%	1%	92%
	Dona	8%	2%	3%	87%
Edat	De 16 a 18 anys	5%	8%	3%	86%
	De 19 a 25 anys		17%		83%
	De 26 a 35 anys	6%	6%	3%	87%
	de 36 a 55 anys	3%	1%	1%	95%
	De 56 a 70 anys	11%			89%
	71 o més anys	11%		8%	83%
	Nivell d'estudis	Nivell baix	10%	1%	4%
Nivell mig		4%	6%	2%	89%
Nivell alt		6%	2%		93%
Situació laboral	Tasques de la llar	8%		4%	87%
	Estudiant	5%	12%	2%	84%
	Ocupat	3%	1%	2%	94%
	Aturat	2%	13%	2%	85%
	Jubilat / Pensionista	12%		4%	86%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	15%			85%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	3%	3%	3%	91%
	2-3 persones	7%	4%	3%	86%
	4-5 persones	5%	3%	2%	93%
	Més de 5 persones				100%
Total		6%	3%	2%	89%

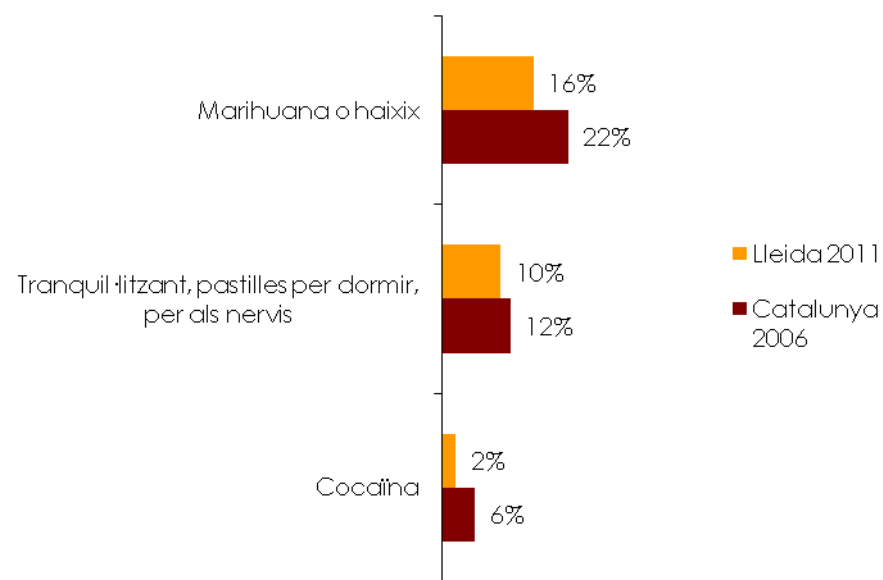
		Ha pres els darrers 30 dies			
		Tranquil titzant, pastilles per dormir, per als nervis	Marihuana o haixix	Cocaïna	Cap
Totalment sedentari		6%	2%		92%
Lleugerament actiu		8%	3%	1%	88%
Moderadament actiu		5%	3%	4%	90%
Molt actiu			10%	5%	90%
Consum de risc		50%	50%	13%	
Alt consum		5%	7%		88%
Consum moderat		5%	5%	6%	86%
Baix consum		8%	1%		91%
No consumeix					100%
Sense hàbit		5%	5%		92%
Baix		5%	9%	5%	85%
Moderat		7%	2%	2%	90%
Alt		7%	1%	1%	91%
Baix		5%	5%		91%
Moderat		6%	5%	3%	88%
Alt		8%	2%	2%	88%
Elevat					100%
Molt dolenta		9%			91%
Dolenta		11%		6%	85%
Bona		7%	4%	2%	87%
Molt bona		5%	5%	2%	89%
Excel·lent		2%	4%		94%
		6%	3%	2%	89%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.

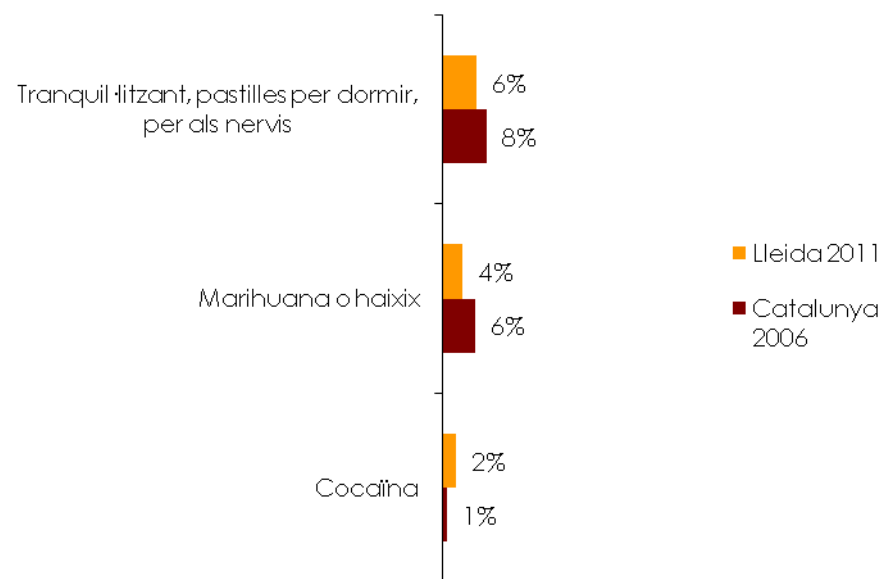


(Base: 407 casos)

▶ HA PRES ALGUNA VEGADA A LA VIDA



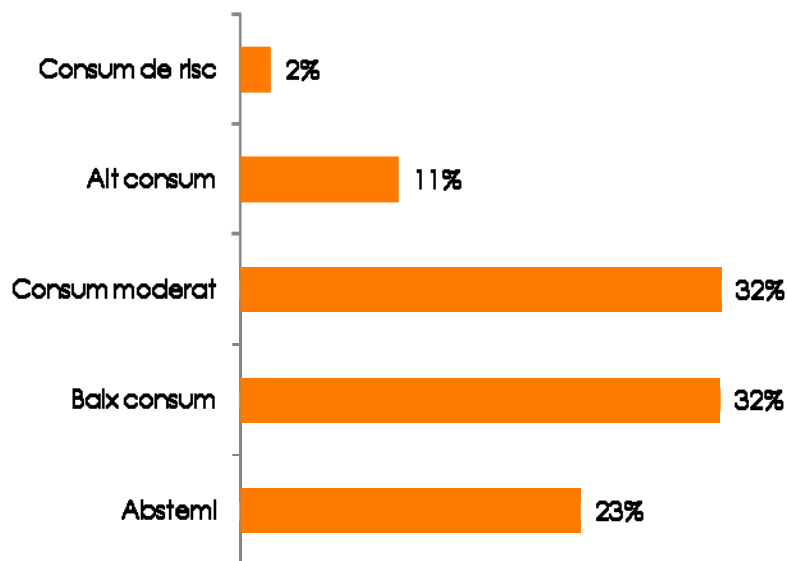
▶ A PRES ALGUNA VEGADA EN ELS DARRERS 30 DIES



Igual que succeeix amb l'alcohol i el tabac, ha Lleida es consumeixen menys substàncies psicoactives que a Catalunya.



► INDICADOR CONSUM DE SUBSTÀNCIES



Per tal de conèixer quin és l'actitud dels lleidatans respecte el consum de substàncies psicoactives s'ha elaborat l'indicador de consum de substàncies. Aquest índex ha estat construït a partir de les variables que mesuren el **consum de tabac, alcohol, medicaments, marihuana o haixix i cocaïna**.

Un 2% de la població pren alcohol habitualment, fuma i consumeix altres substàncies, a l'altre extrem s'hi troben els que no prenen cap d'aquestes substàncies que representen el 23% de la població consultada.

Nota metodològica:

Consum de risc: Fuma, beu alcohol freqüentment i ha pres tranquil·litzants, ansiolítics o marihuana o haixix o cocaïna recentment

Alt consum: Fuma, beu alcohol freqüentment però no ha pres tranquil·litzants, ansiolítics o marihuana o haixix o cocaïna recentment; o fuma, beu alcohol esporàdicament però ha pres tranquil·litzants, ansiolítics o marihuana o haixix o cocaïna recentment.

Consum moderat: Fuma i beu alcohol esporàdicament o beu alcohol freqüentment però no fuma ni consumeix altres substàncies; o ni fuma ni beu però consumeix altres substàncies.

Baix consum: fuma o beu esporàdicament però no consumeix altres substàncies

Abstemi: No fuma, ni beu, ni consumeix altres substàncies



► INDICADOR CONSUM DE SUBSTÀNCIES

(Base: 407 casos)

		Indicador consum de substàncies				
		Consum de risc	Alt consum	Consum moderat	Baix consum	No consumeix
Sexe	Home	2%	14%	41%	28%	15%
	Dona	1%	7%	24%	37%	31%
Edat	De 16 a 18 anys		14%	24%	38%	24%
	De 19 a 25 anys	6%	22%	39%	25%	8%
	De 26 a 35 anys	6%	10%	26%	43%	16%
	de 36 a 55 anys	1%	14%	34%	32%	20%
	De 56 a 70 anys	2%	3%	32%	34%	29%
	71 o més anys		2%	38%	19%	42%
Nivell d'estudis	Nivell baix	1%	8%	30%	22%	39%
	Nivell mig	2%	13%	33%	34%	18%
	Nivell alt	3%	9%	34%	39%	15%
Situació laboral	Tasques de la llar			37%	29%	33%
	Estudiant	3%	10%	34%	34%	17%
	Ocupat	2%	12%	33%	37%	17%
	Aturat	4%	28%	26%	24%	17%
	Jubilat / Pensionista		2%	34%	25%	38%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	8%		15%	39%	38%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	3%	11%	28%	20%	37%
	2-3 persones	3%	10%	32%	32%	23%
	4-5 persones	1%	11%	35%	36%	17%
	Més de 5 persones		25%	13%	25%	38%
Total		2%	11%	32%	32%	23%

		Indicador consum de substàncies				
		Consum de risc	Alt consum	Consum moderat	Baix consum	No consumeix
Indicador d'activitat	Totalment sedentari		19%	21%	34%	26%
	Lleugerament actiu	2%	9%	31%	36%	23%
	Moderadament actiu	2%	9%	38%	28%	22%
	Molt actiu	5%	10%	33%	33%	19%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	2%	14%	36%	39%	9%
	Baix	3%	17%	32%	31%	16%
	Moderat	2%	9%	34%	29%	27%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	1%	5%	27%	34%	32%
	Baix	5%	13%	29%	36%	18%
	Moderat	1%	11%	34%	32%	22%
	Alt	3%	11%	30%	31%	25%
Indicador de salut	Elevat		5%	34%	34%	27%
	Molt dolenta			14%	32%	54%
	Dolenta	2%	4%	34%	28%	32%
	Bona		15%	29%	30%	26%
	Molt bona	4%	11%	31%	36%	18%
Total	Excel·lent		12%	43%	30%	15%
		2%	11%	32%	32%	23%

Segons perfils de risc, en destaquen els homes, els més joves, els aturats o incapacitats i els que viuen a la llar amb més de 5 persones. Per hàbits destaquen amb un major consum de substàncies tant els que són molts sedentaris com els que són molt actius.

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.

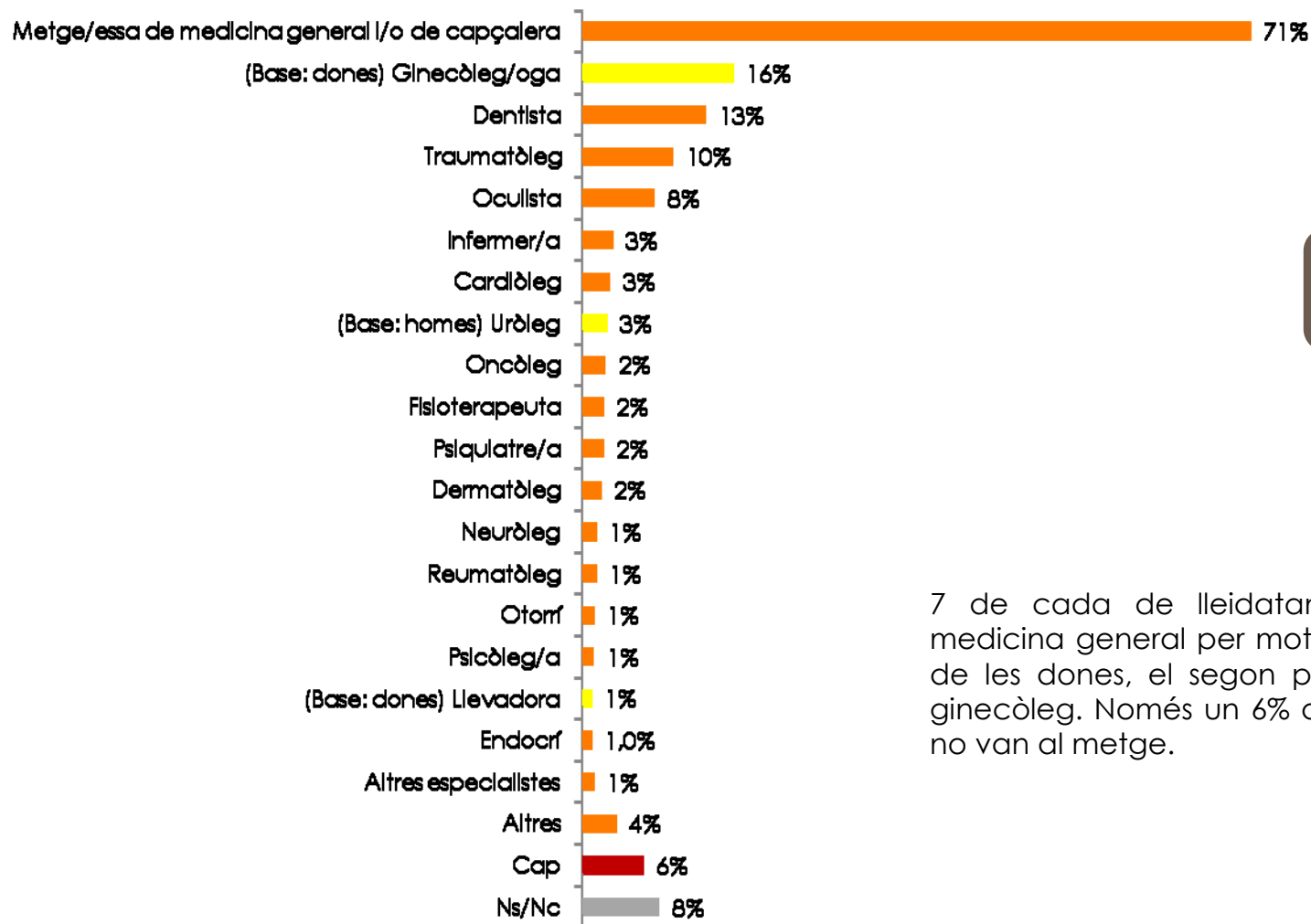


PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
ACTIVITAT FÍSICA	10
CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
HÀBITS MÈDICS	32
HÀBITS PREVENTIUS	41
ESTAT DE SALUT	52
CONCLUSIONS	62



(Base: 407 casos)

▶ VISITES A METGES PER MOTIUS DE LA SEVA SALUT EN ELS ÚLTIMS 12 MESOS



Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
1,5 metges visitats

7 de cada de lleidatans han visitat un metge/essa de medicina general per motius de salut en l'últim any. En el cas de les dones, el segon professional sanitari més visitat és el ginecòleg. Només un 6% dels consultats fa més d'un any que no van al metge.

Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple



(Base: 407 casos)

▶ VISITES A METGES PER MOTIUS DE LA SEVA SALUT EN ELS ÚLTIMS 12 MESOS

		Metges que ha visitat en els últims 12 mesos							
		Metge/essa de medicina general i/o de capçalera	(Base: dones) Ginecòleg/oga	Dentista	Traumatòleg	Oculista	Altres	Cap	Ns/Nc
Sexe	Home	70%		15%	10%	8%	20%	6%	9%
	Dona	71%	16%	11%	9%	7%	28%	7%	7%
Edat	De 16 a 35 anys	66%	19%	20%	12%	9%	8%	8%	8%
	de 36 a 55 anys	64%	23%	12%	11%	5%	27%	7%	12%
	De 56 a 70 anys	83%	9%	6%	3%	8%	45%	2%	5%
	71 o més anys	87%		4%	8%	11%	38%	6%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	80%	3%	7%	8%	7%	34%	6%	6%
	Nivell mig	70%	18%	14%	8%	9%	18%	5%	9%
	Nivell alt	61%	31%	18%	14%	6%	24%	10%	9%
Situació laboral	Tasques de la llar	83%	9%	8%	17%	4%	37%	8%	4%
	Estudiant	69%		19%	7%	12%	5%	9%	7%
	Ocupat	61%	31%	14%	10%	5%	16%	8%	13%
	Aturat	72%	5%	15%	13%	7%	26%	4%	9%
	Jubilat / Pensionista	87%		7%	5%	12%	44%	2%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	85%	22%	16%	16%	8%	61%	8%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	86%	4%	11%	8%	17%	25%	3%	9%
	2-3 persones	75%	15%	10%	10%	8%	28%	5%	7%
	4-5 persones	59%	21%	18%	10%	5%	17%	9%	10%
	Més de 5 persones	63%		13%			13%	12%	12%
Total		71%	16%	13%	10%	8%	24%	6%	8%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

▶ VISITES A METGES PER MOTIUS DE LA SEVA SALUT EN ELS ÚLTIMS 12 MESOS

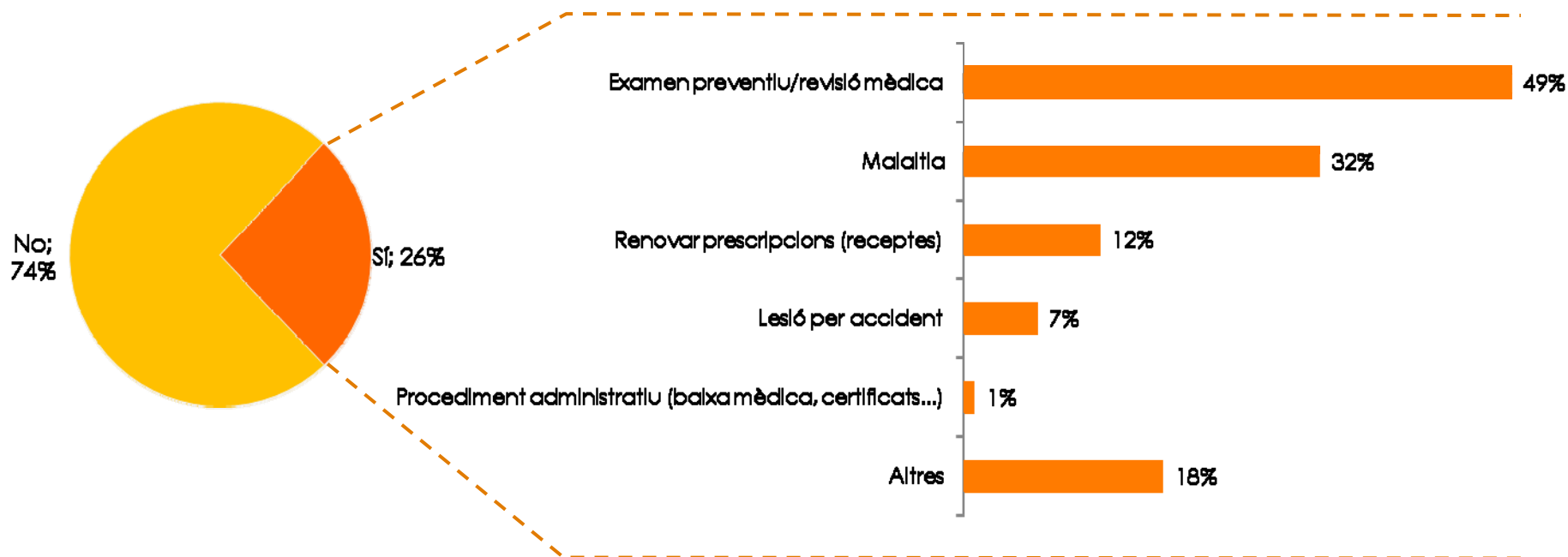
		Metges que ha visitat en els últims 12 mesos							
		Metge/essa de medicina general i/o de capçalera	(Base: dones) Ginecòleg/oga	Dentista	Traumatòleg	Oculista	Altres	Cap	Ns/Nc
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	77%	14%	13%	13%	3%	27%	3%	5%
	Lleugerament actiu	71%	16%	11%	7%	9%	23%	7%	9%
	Moderadament actiu	71%	16%	13%	12%	9%	26%	6%	8%
	Molt actiu	52%	20%	29%	5%		10%	14%	14%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	62%		13%		25%		25%	
	Alt consum	70%	14%	12%	7%	5%	18%	5%	16%
	Consum moderat	70%	18%	13%	14%	7%	27%	3%	8%
	Baix consum	66%	13%	15%	8%	8%	21%	11%	8%
	No consumeix	79%	18%	11%	8%	8%	30%	4%	4%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	58%		22%	9%	9%	6%	14%	12%
	Baix	60%	3%	15%	14%	8%	16%	5%	14%
	Moderat	74%	20%	11%	7%	5%	27%	6%	5%
	Alt	85%	20%	7%	12%	12%	43%	3%	4%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix							49%	51%
	Moderat	71%	9%	6%	5%	2%	8%	2%	3%
	Alt	89%	26%	26%	17%	19%	45%		3%
	Elevat	89%	29%	25%	18%	9%	66%		
Indicador de salut	Molt dolenta	96%	7%	9%	18%	5%	59%	4%	
	Dolenta	89%	4%	4%	6%	11%	64%		2%
	Bona	80%	15%	8%	8%	5%	30%	2%	5%
	Molt bona	65%	20%	18%	11%	9%	15%	9%	9%
	Excel·lent	56%	20%	13%	8%	7%	7%	9%	14%
Total		71%	16%	13%	10%	8%	24%	6%	8%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



▶ VISITES AL METGE DURANTS ELS ÚLTIMS 15 DIES

Base: 407 casos



Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple

Una quarta part dels consultats han anat al metge en els darrers 15 dies, sent el principal motiu el realitzar una revisió mèdica o un examen preventiu.



(Base: 407 casos)

▶ VISITES AL METGE DURANTS ELS ÚLTIMS 15 DIES

		En els darrers 15 dies, vostè ha estat visitat per algun metge?	
		Sí	No
Sexe	Home	21%	79%
	Dona	31%	69%
Edat	De 16 a 35 anys	23%	77%
	de 36 a 55 anys	26%	74%
	De 56 a 70 anys	34%	66%
	71 o més anys	24%	76%
Nivell d'estudis	Nivell baix	27%	73%
	Nivell mig	27%	73%
	Nivell alt	23%	77%
Situació laboral	Tasques de la llar	38%	62%
	Estudiant	17%	83%
	Ocupat	25%	75%
	Aturat	24%	76%
	Jubilat / Pensionista	27%	73%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	54%	46%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	31%	69%
	2-3 persones	27%	73%
	4-5 persones	24%	76%
	Més de 5 persones	13%	87%
Total		26%	74%

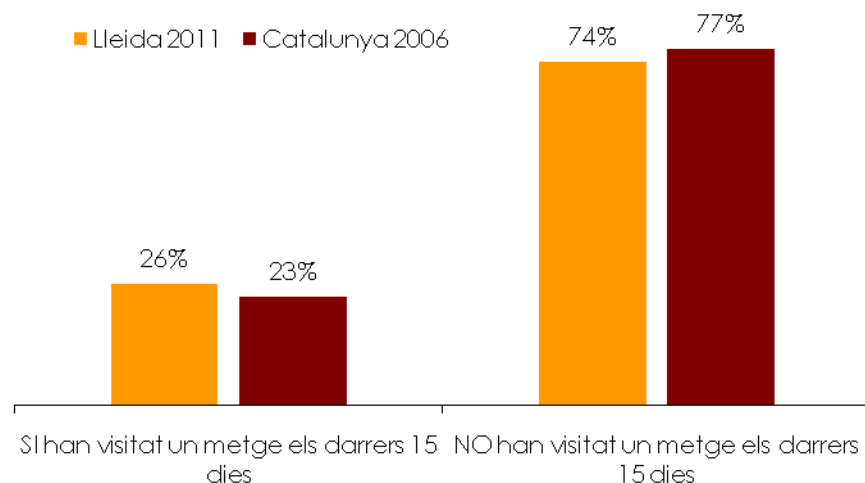
		En els darrers 15 dies, vostè ha estat visitat per algun metge?	
		Sí	No
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	43%	57%
	Lleugerament actiu	23%	77%
	Moderadament actiu	24%	76%
	Molt actiu	14%	86%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		100%
	Alt consum	30%	70%
	Consum moderat	22%	78%
	Baix consum	24%	76%
Indicador hàbit de preventiu/control de salut	No consumeix	34%	66%
	Sense hàbit	14%	86%
	Baix	20%	80%
	Moderat	28%	72%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	41%	59%
	Baix		100%
	Moderat	24%	76%
	Alt	32%	68%
Indicador de salut	Elevat	47%	53%
	Molt dolenta	64%	36%
	Dolenta	34%	66%
	Bona	30%	70%
	Molt bona	21%	79%
Total		19%	81%
Total		26%	74%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



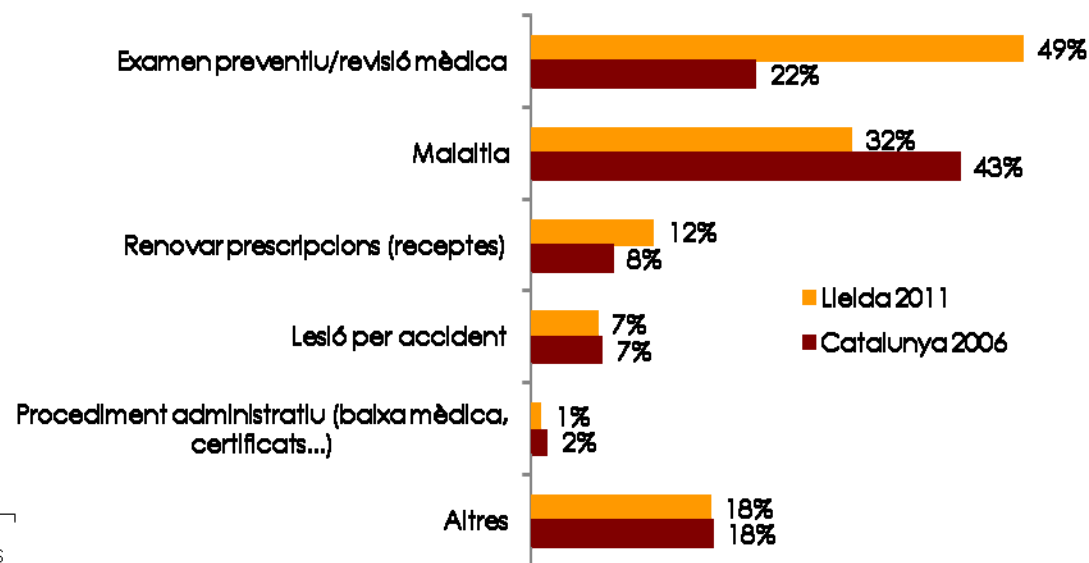
(Base: 407 casos)

▶ VISITES AL METGE DURANTS ELS ÚLTIMS 15 DIES COMPARATIVAMENT AMB CATALUNYA



Font: Enquesta Salut de Lleida 2011 i ESCA 06.

▶ MOTIU DE LA CONSULTA COMPARATIVAMENT AMB CATALUNYA
Base: 26% que han anat al metge en els últims 15 dies

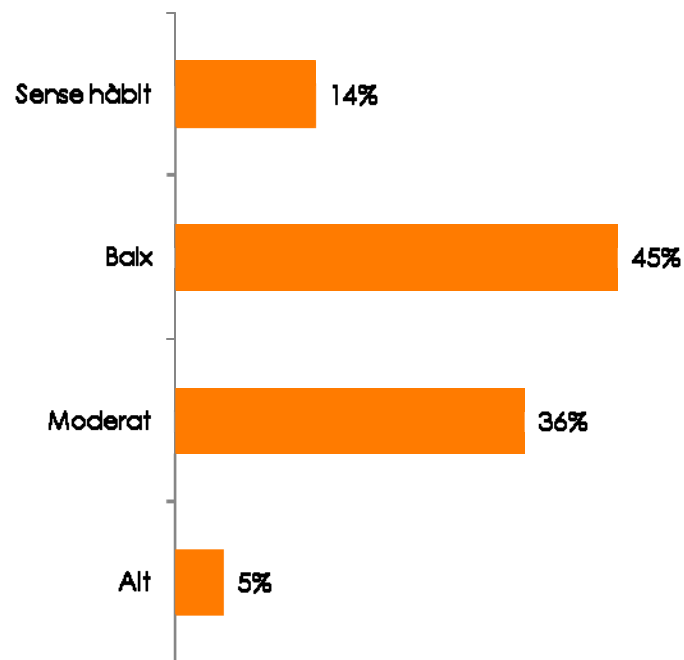


Font: Enquesta Salut de Lleida 2011 i ESCA 06.

S'observa una major percentatge de lleidatans que han visitat el metge recentment que en el conjunt català. Els motius de la visita també són diferents, mentre que a Catalunya el principal motiu és la malaltia, a Lleida ho són les revisions preventives.



▶ INDICADOR HÀBIT DE CONSULTA MÈDICA



Amb l'objectiu de conèixer el grau d'hàbit de consulta respecte problemes o dubtes relacionats amb la salut dels lleidatans s'ha elaborat l'indicador de consulta mèdica. Aquest índex ha estat construït a partir del **nombre de metges als que ha visitat durant l'últim any i el nombre de motius pels quals ha visitat al metge en els darrers 15 dies**.

Un 5% dels consultats ha realitzat vàries visites mèdiques al llarg de l'any i ha anat al metge recentment per diferents motius.

Nota metodològica:

Sense hàbit: cap metge, durant l'últim any o 15 dies

Baix: 1 metge durant l'últim any i 1 motius de visita durant els últims 15 dies

Moderat: 2 o més metges durant l'últim any però cap visita en els darrers 15 dies

Alt: 1 metge durant l'últim any i 2 o més motius de visita en els darrers 15 dies; 3 o més metges durant l'últim any i 1 o més motius de visita en els darrers 15 dies



▶ INDICADOR HÀBIT DE CONSULTA MÈDICA


		Indicador hàbit de consulta mèdica			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Sexe	Home	15%	48%	34%	2%
	Dona	13%	42%	37%	7%
Edat	De 16 a 35 anys	16%	49%	31%	4%
	de 36 a 55 anys	18%	42%	34%	5%
	De 56 a 70 anys	6%	41%	45%	8%
	71 o més anys	8%	47%	43%	2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	12%	42%	41%	4%
	Nivell mig	14%	49%	33%	5%
	Nivell alt	18%	42%	34%	6%
Situació laboral	Tasques de la llar	12%	46%	25%	17%
	Estudiant	16%	55%	28%	2%
	Ocupat	20%	46%	30%	5%
	Aturat	13%	46%	33%	9%
	Jubilat / Pensionista	4%	42%	54%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	8%	15%	69%	8%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	11%	43%	40%	6%
	2-3 persones	12%	43%	38%	6%
	4-5 persones	18%	48%	31%	3%
	Més de 5 persones	25%	63%	13%	
Total		14%	45%	36%	5%

		Indicador hàbit de consulta mèdica			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	6%	44%	47%	3%
	Lleugerament actiu	15%	47%	33%	5%
	Moderadament actiu	14%	44%	36%	6%
	Molt actiu	29%	47%	19%	5%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	25%	50%	25%	
	Alt consum	21%	47%	28%	5%
	Consum moderat	11%	49%	35%	5%
	Baix consum	18%	40%	38%	3%
	No consumeix	9%	46%	37%	9%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	26%	45%	27%	2%
	Baix	19%	54%	25%	2%
	Moderat	11%	47%	36%	5%
	Alt	7%	30%	54%	9%
Indicador de salut	Molt dolenta	4%	18%	63%	14%
	Dolenta	2%	36%	53%	8%
	Bona	7%	46%	43%	4%
	Molt bona	18%	45%	31%	5%
	Excel·lent	22%	56%	21%	1%
Total		14%	45%	36%	5%

Els jubilats i els que tenen alguna incapacitat els que més freqüenten el metge. Segons els hàbits, s'observa que les persones totalment sedentàries, que han de realitzar un alt control de la salut i que tenen una salut dolenta o molt dolenta són aquells que més van al metge per motius de salut.

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.

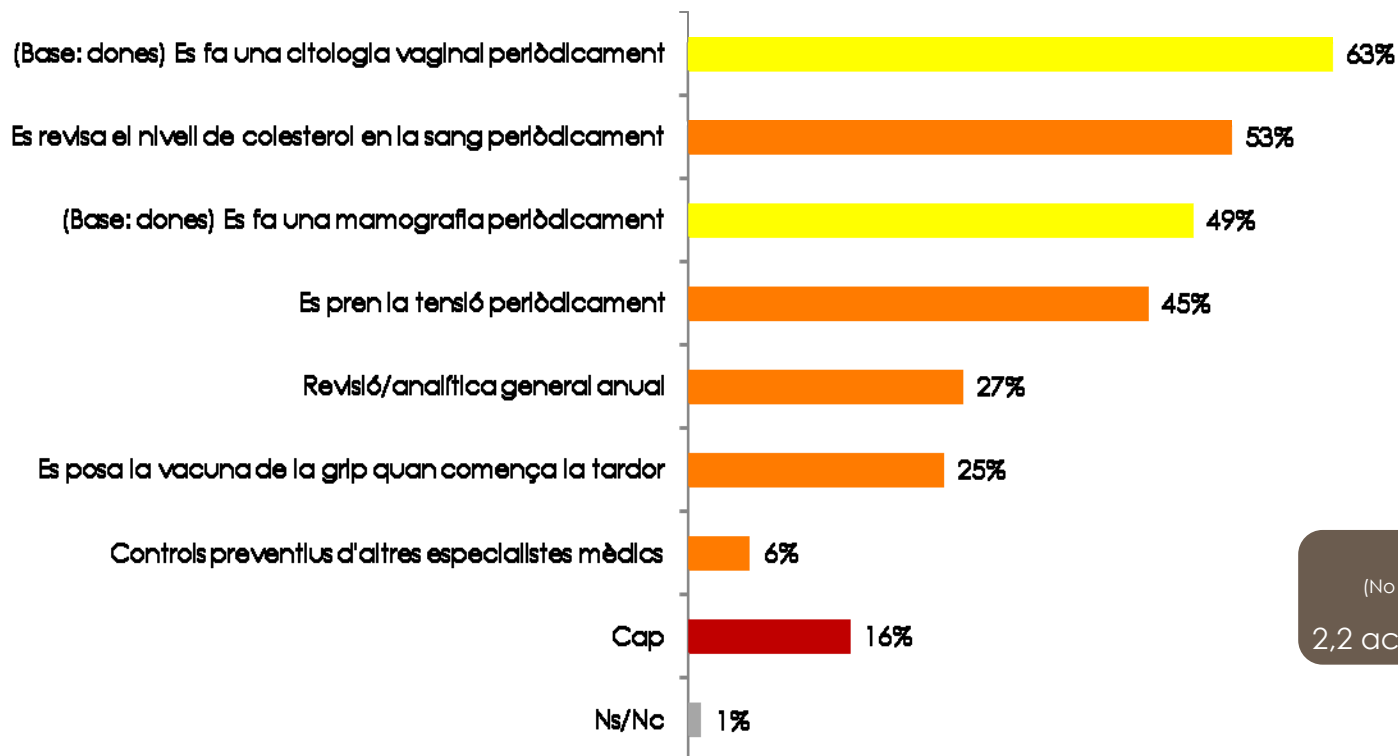


	PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
	DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
	ACTIVITAT FÍSICA	10
	CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
	HÀBITS MÈDICS	32
	HÀBITS PREVENTIUS	41
	ESTAT DE SALUT	52
	CONCLUSIONS	62



(Base: 407 casos)

▶ ACTIVITATS PREVENTIVES QUE POSA EN PRÀCTICA



Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
2,2 activitats preventives

Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple

En el cas de les dones, la realització d'una citologia vaginal és l'acció preventiva més comuna. Pel global de la població revisar el nivell de colesterol en sang és l'activitat preventiva més realitzada. Destaca que un 16% dels consultats no posa en pràctica cap acció preventiva.



(Base: 407 casos)

► ACTIVITATS PREVENTIVES QUE POSA EN PRÀCTICA

		Activitats preventives								
		Es posa la vacuna de la grip quan comença la tardor	Es pren la tensió periòdicament	Es revisa el nivell de colesterol en la sang periòdicament	(Base: dones) Es fa una mamografia periòdicament	(Base: dones) Es fa una citologia vaginal periòdicament	Revisió/analítica general anual	Controls preventius d'altres especialistes mèdics	Cap	Ns/Nc
Sexe	Home	22%	45%	46%			37%	6%	24%	1%
	Dona	28%	45%	60%	49%	63%	16%	6%	8%	1%
Edat	De 16 a 35 anys	11%	17%	25%	9%	52%	37%	8%	32%	1%
	de 36 a 55 anys	6%	43%	57%	76%	81%	32%	5%	12%	2%
	De 56 a 70 anys	61%	78%	82%	97%	76%	9%	5%	2%	
	71 o més anys	72%	85%	85%	28%	31%	6%	4%		2%
Nivell d'estudis	Nivell baix	48%	73%	71%	54%	54%	12%	7%	4%	3%
	Nivell mig	14%	33%	43%	40%	62%	32%	6%	25%	1%
	Nivell alt	20%	36%	53%	59%	77%	33%	4%	13%	1%
Situació laboral	Tasques de la llar	33%	67%	79%	60%	52%	8%	8%		4%
	Estudiant	7%	7%	10%	4%	20%	19%	10%	52%	2%
	Ocupat	9%	33%	49%	51%	79%	39%	4%	14%	1%
	Aturat	15%	43%	43%	63%	74%	31%	6%	20%	
	Jubilat / Pensionista	73%	88%	88%	55%	50%	7%	4%		1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	38%	77%	69%	77%	89%	38%	15%		
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	46%	60%	72%	48%	43%	11%		14%	
	2-3 persones	29%	53%	61%	51%	65%	26%	6%	12%	2%
	4-5 persones	12%	27%	35%	47%	67%	33%	8%	21%	1%
	Més de 5 persones	13%	38%	25%	50%		38%		25%	
Total		25%	45%	53%	49%	63%	27%	6%	16%	1%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

► ACTIVITATS PREVENTIVES QUE POSA EN PRÀCTICA

		Activitats preventives								Cap	Ns/Nc
		Es posa la vacuna de la grip quan comença la tardor	Es pren la tensió periòdicament	Es revisa el nivell de colesterol en la sang periòdicament	(Base: dones) Es fa una mamografia periòdicament	(Base: dones) Es fa una citologia vaginal periòdicament	Revisió/analítica general anual	Controls preventius d'altres especialistes mèdics			
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	26%	45%	47%	54%	60%	26%	5%	15%		
	Lleugerament actiu	18%	45%	55%	50%	64%	26%	5%	16%	1%	
	Moderadament actiu	32%	47%	55%	49%	63%	28%	6%	16%	2%	
	Molt actiu	9%	28%	43%	20%	60%	29%	19%	19%		
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%	50%	37%	33%	66%	50%		13%		
	Alt consum	12%	35%	37%	50%	57%	35%	7%	21%		
	Consum moderat	29%	38%	57%	59%	71%	30%	3%	18%	1%	
	Baix consum	20%	42%	46%	45%	62%	25%	6%	19%	2%	
Indicador hàbit preventiu/control de salut	No consumeix	33%	64%	66%	48%	58%	18%	10%	7%	1%	
	Sense hàbit								100%		
	Baix	5%	7%	11%	13%	45%	47%	5%			
	Moderat	33%	61%	74%	46%	65%	27%	7%			
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	51%	89%	96%	85%	86%	28%	11%			
	Baix	16%	33%	38%	57%	63%	20%		31%	2%	
	Moderat	26%	38%	49%	46%	58%	30%	3%	16%	2%	
	Alt	29%	55%	63%	47%	64%	22%	7%	13%	1%	
Indicador de salut	Elevat	18%	59%	59%	62%	79%	34%	20%	7%		
	Molt dolenta	59%	91%	77%	46%	40%	27%	13%			
	Dolenta	53%	81%	79%	60%	64%	17%	10%			
	Bona	35%	56%	60%	56%	69%	26%	11%	6%		
	Molt bona	15%	39%	51%	48%	64%	27%	2%	18%	2%	
Total	Excel·lent	10%	15%	30%	37%	60%	31%	4%	34%	2%	
		25%	45%	53%	49%	63%	27%	6%	16%	1%	

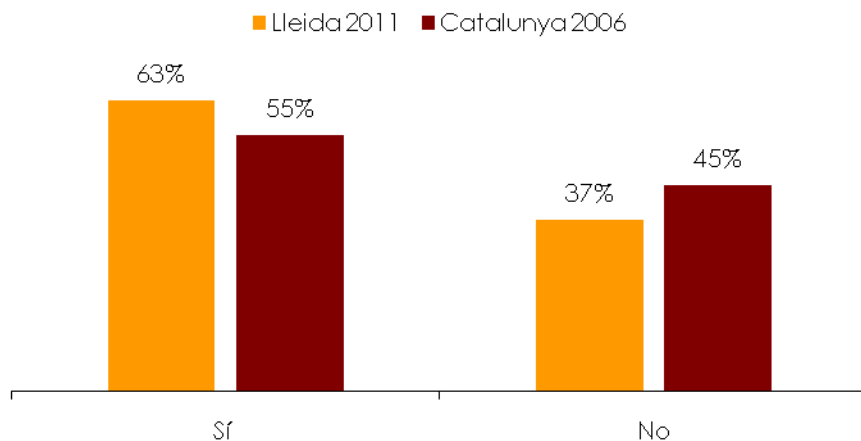
Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



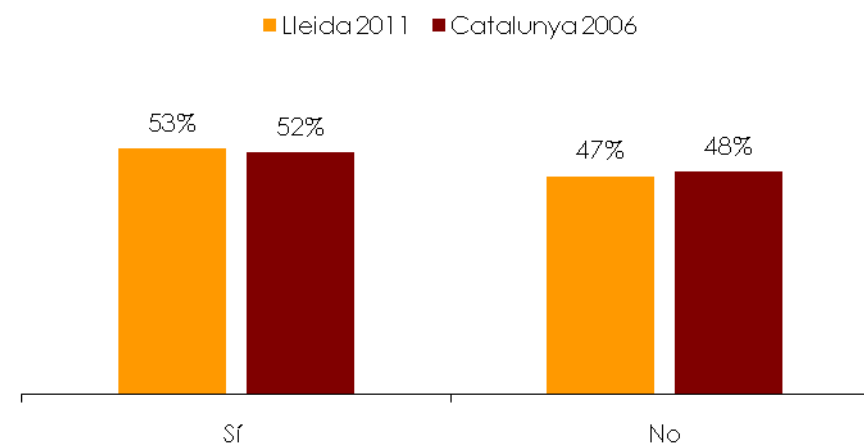
(Base: 407 casos)

▶ CITOLOGIA VAGINAL

Base: dones

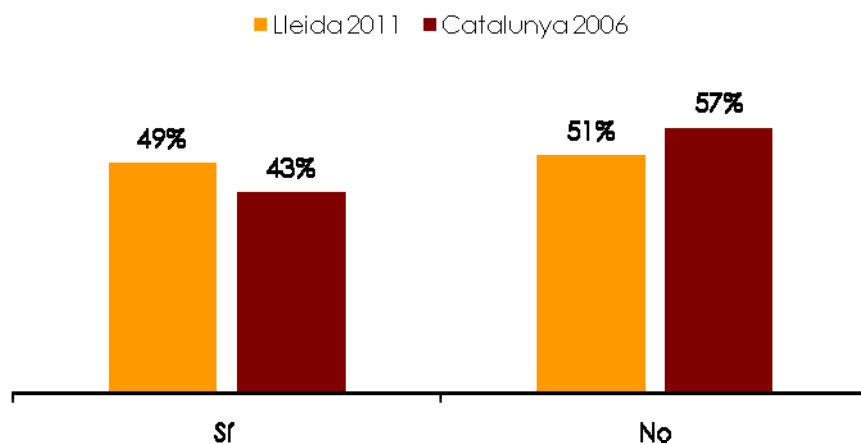


▶ REVISIÓ DEL NIVELL DE COLESTEROL EN SANG

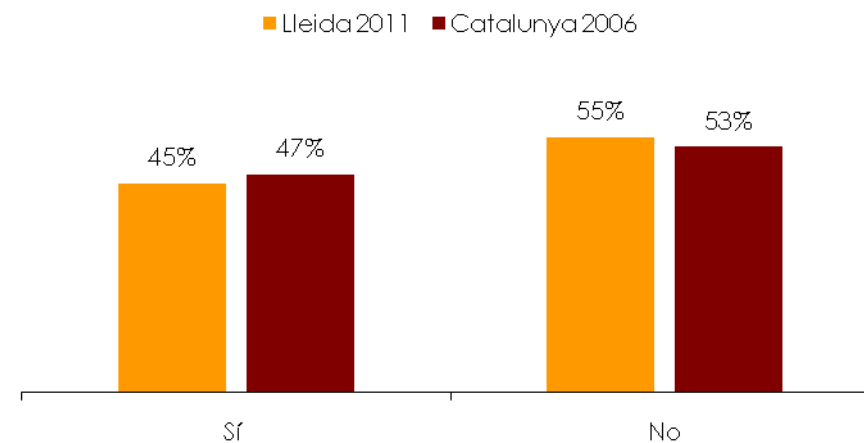


▶ MAMOGRAFIA

Base: dones

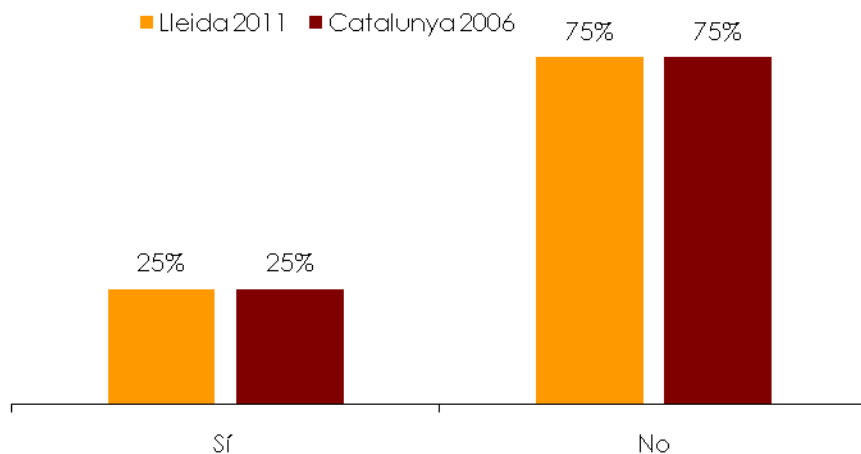


▶ ES PREN LA TENSIÓ





▶ VACUNA DE LA GRIP

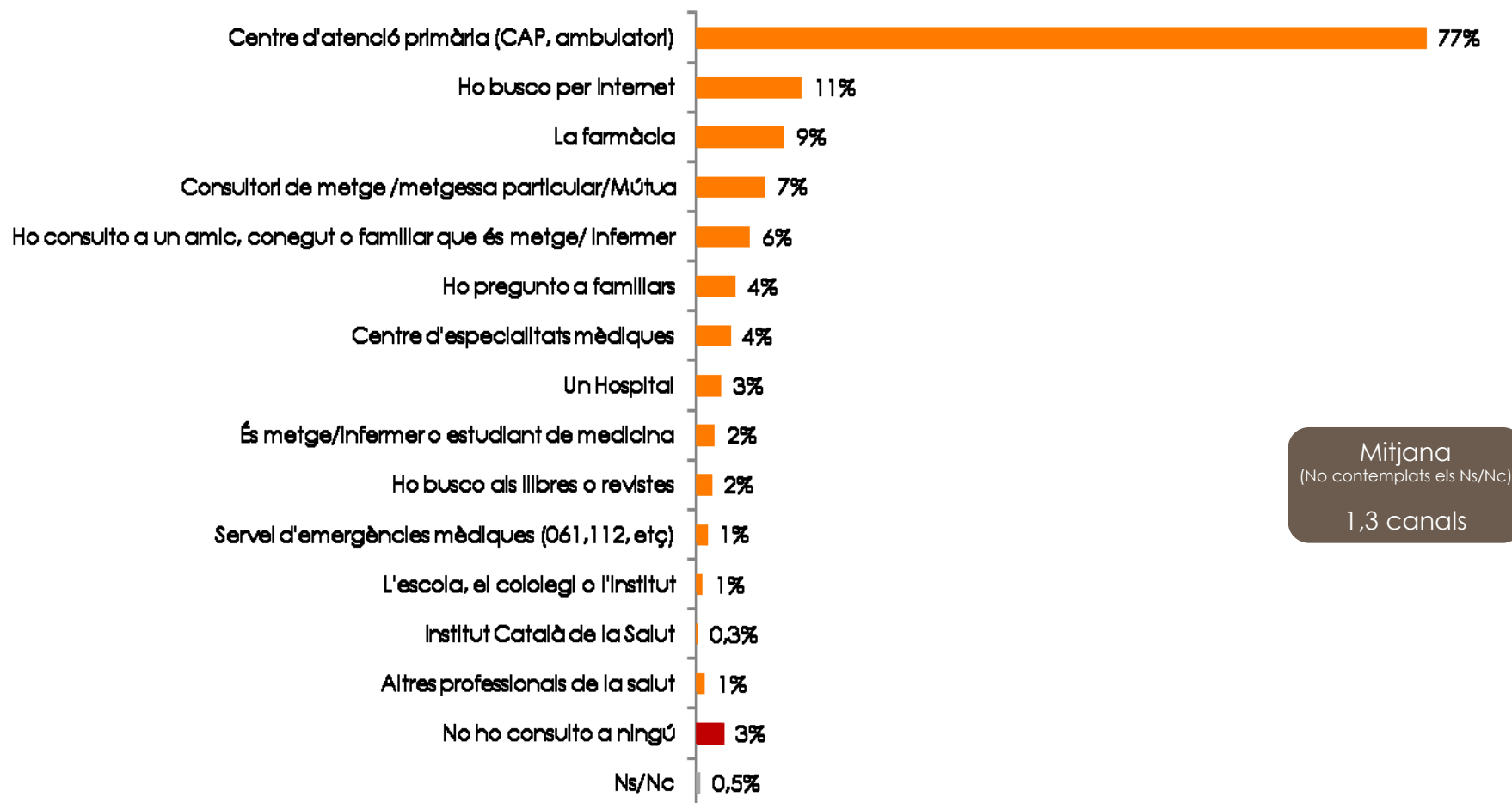


Comparat amb Catalunya s'observa una major consciència de les lleidatanes per realitzar accions preventives relacionades amb la dona com són la mamografia i la citologia vaginal.



(Base: 407 casos)

► CANALS A TRAVÉS DELS QUE S'INFORMA QUAN TÉ UN DUBTE O UNA CONSULTA SOBRE ALGUN TEMA RELACIONAT AMB LA SEVA SALUT



Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple

La gran majoria dels consultats s'informen a través del seu Centre d'Atenció primària quan tenen un dubte o consulta relacionat amb la seva salut. Destacar que un 15% ho consulta a fonts no especialitzades (Internet o familiars).



(Base: 407 casos)

► CANALS A TRAVÉS DELS QUE S'INFORMA QUAN TÉ UN DUBTE O UNA CONSULTA SOBRE ALGUN TEMA RELACIONAT AMB LA SEVA SALUT

		Canals a través dels que s'informa							
		Centre d'atenció primària (CAP, ambulatori)	Ho busco per Internet	La farmàcia	Consultori de metge /metgessa particular/ Mútua	Ho consulto a un amic, conegut o familiar que és metge/ infermer	Altres	No ho consulto a ningú	Ns/Nc
Sexe	Home	75%	12%	8%	7%	6%	18%	3%	1%
	Dona	79%	10%	10%	8%	5%	14%	3%	0%
Edat	De 16 a 18 anys	59%	22%	3%		5%	38%	3%	
	De 19 a 25 anys	67%	14%	6%	3%	6%	19%		3%
	De 26 a 35 anys	73%	16%	14%	4%	9%	14%		
	de 36 a 55 anys	78%	14%	11%	12%	8%	13%	5%	
	De 56 a 70 anys	92%	2%	8%	8%	2%	18%	2%	
	71 o més anys	81%		8%	8%	2%	8%	6%	2%
	Nivell d'estudis	Nivell baix	86%	4%	7%	3%	1%	14%	3%
Nivell mig		77%	14%	10%	7%	7%	16%	3%	1%
Nivell alt		68%	14%	11%	13%	8%	19%	4%	
Situació laboral	Tasques de la llar	75%		8%	13%	4%	8%	8%	
	Estudiant	52%	22%	5%	2%	9%	33%	2%	2%
	Ocupat	77%	14%	13%	9%	9%	12%	3%	
	Aturat	85%	11%	9%	6%	2%	15%		
	Jubilat / Pensionista	89%		6%	7%		13%	2%	1%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	84%	15%				38%	8%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	71%		17%	8%		14%	6%	
	2-3 persones	83%	9%	7%	7%	4%	14%	2%	0%
	4-5 persones	67%	18%	11%	8%	8%	20%	4%	1%
	Més de 5 persones	88%		12%		12%	25%	12%	
Total		77%	11%	9%	7%	6%	16%	3%	0%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



(Base: 407 casos)

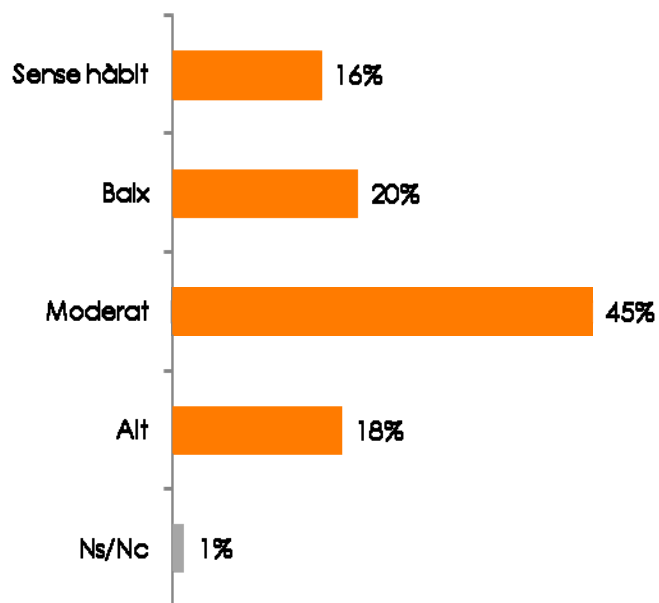
► CANALS A TRAVÉS DELS QUE S'INFORMA QUAN TÉ UN DUBTE O UNA CONSULTA SOBRE ALGUN TEMA RELACIONAT AMB LA SEVA SALUT

		Canals a través dels que s'informa							
		Centre d'atenció primària (CAP, ambulatori)	Ho busco per Internet	La farmàcia	Consultori de metge /metgessa particular/ Mútua	Ho consulto a un amic, conegut o familiar que és metge/ infermer	Altres	No ho consulto a ningú	Ns/Nc
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	77%	11%	11%	5%	5%	13%	6%	
	Lleugerament actiu	78%	9%	9%	7%	6%	15%	3%	1%
	Moderadament actiu	76%	14%	10%	10%	5%	19%	2%	1%
	Molt actiu	81%	5%	5%		10%	14%	5%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	87%	13%	25%			25%		
	Alt consum	72%	14%	5%	7%	7%	14%	2%	
	Consum moderat	76%	11%	11%	8%	4%	17%	2%	1%
	Baix consum	76%	15%	10%	8%	10%	15%	2%	
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	No consumeix	82%	5%	7%	6%	2%	18%	5%	1%
	Sense hàbit	48%	17%	9%	3%	9%	20%	8%	2%
	Baix	70%	23%	10%	7%	5%	24%	1%	
	Moderat	85%	5%	9%	9%	6%	13%	2%	
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	89%	7%	11%	8%	3%	13%	3%	
	Baix	60%	7%	4%	2%	2%	9%	15%	
	Moderat	75%	10%	9%	8%	7%	15%	3%	1%
	Alt	83%	7%	5%	7%	2%	11%		
Indicador de salut	Elevat	89%	30%	27%	14%	14%	45%		
	Molt dolenta	86%	4%		9%		32%	14%	
	Dolenta	87%	11%	9%	8%	2%	11%		
	Bona	88%	4%	9%	4%	5%	17%	2%	
	Molt bona	73%	14%	11%	8%	8%	14%	3%	1%
	Excel·lent	66%	15%	8%	9%	6%	19%	2%	1%
Total		77%	11%	9%	7%	6%	16%	3%	0%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



▶ INDICADOR D'HÀBIT PREVENTIU/CONTROL DE LA SALUT



Amb la finalitat d'avaluar l'hàbit de realitzar activitats preventives i de control de la salut en la població lleidatana s'ha creat l'indicador d'hàbit preventiu. Aquest índex ha estat construït a partir del **nombre d'accions preventives** que ha realitzat l'individu.

Mentre que un 16% no ha realitzat cap activitat preventiva un 18% n'ha realitzat 4 o més.

Nota metodològica:

Sense hàbit: Cap acció preventiva

Baix: 1 acció preventiva

Moderat: 2 ó 3 accions preventives

Alt: 4 o més accions preventives



► INDICADOR D'HÀBIT PREVENTIU/CONTROL DE LA SALUT


		Indicador d'hàbit preventiu/control de salut			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Sexe	Home	24%	25%	47%	4%
	Dona	8%	16%	44%	33%
Edat	De 16 a 35 anys	32%	32%	30%	5%
	de 36 a 55 anys	12%	19%	50%	20%
	De 56 a 70 anys	2%	3%	55%	41%
	71 o més anys		10%	65%	25%
Nivell d'estudis	Nivell baix	4%	13%	54%	30%
	Nivell mig	25%	25%	36%	14%
	Nivell alt	13%	18%	54%	15%
Situació laboral	Tasques de la llar		13%	35%	52%
	Estudiant	53%	33%	12%	2%
	Ocupat	14%	22%	54%	10%
	Aturat	20%	28%	30%	22%
	Jubilat / Pensionista		5%	64%	32%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent		8%	38%	54%
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	14%	11%	49%	26%
	2-3 persones	13%	16%	51%	21%
	4-5 persones	22%	28%	37%	14%
	Més de 5 persones	25%	38%	38%	
	Total	16%	20%	46%	18%

		Indicador d'hàbit preventiu/control de salut			
		Sense hàbit	Baix	Moderat	Alt
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	15%	23%	44%	19%
	Lleugerament actiu	16%	17%	47%	20%
	Moderadament actiu	16%	21%	44%	19%
	Molt actiu	19%	29%	52%	
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	13%	25%	50%	12%
	Alt consum	21%	33%	37%	9%
	Consum moderat	18%	20%	47%	15%
	Baix consum	20%	20%	41%	19%
Indicador hàbit de consulta mèdica	No consumeix	7%	14%	53%	26%
	Baix	32%	21%	39%	9%
	Moderat	16%	24%	46%	13%
	Alt	13%	14%	49%	23%
Indicador de salut	Elevat	7%	18%	38%	37%
	Molt dolenta		9%	59%	32%
	Dolenta		11%	47%	43%
	Bona	6%	16%	55%	24%
	Molt bona	18%	24%	45%	13%
Total	Excel·lent	35%	25%	33%	7%
	Total	16%	20%	46%	18%

Per perfils destaquen els homes, els més joves, amb estudis mitjos, estudiants, i els que viuen més de 5 persones a la llar com els que menys activitats preventives realitzen. Segons hàbits, aquelles persones que són molt actives, que van poc al metge i que tenen una salut excel·lent són les que menys control de la salut realitzen.

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.

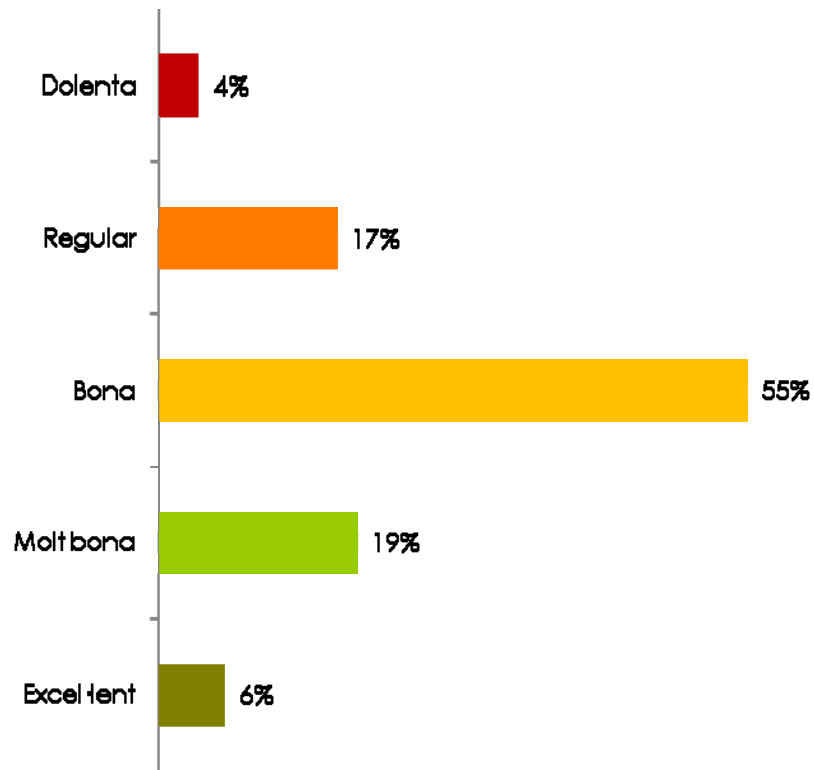


	PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
	DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
	ACTIVITAT FÍSICA	10
	CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
	HÀBITS MÈDICS	32
	HÀBITS PREVENTIUS	41
	ESTAT DE SALUT	52
	CONCLUSIONS	62

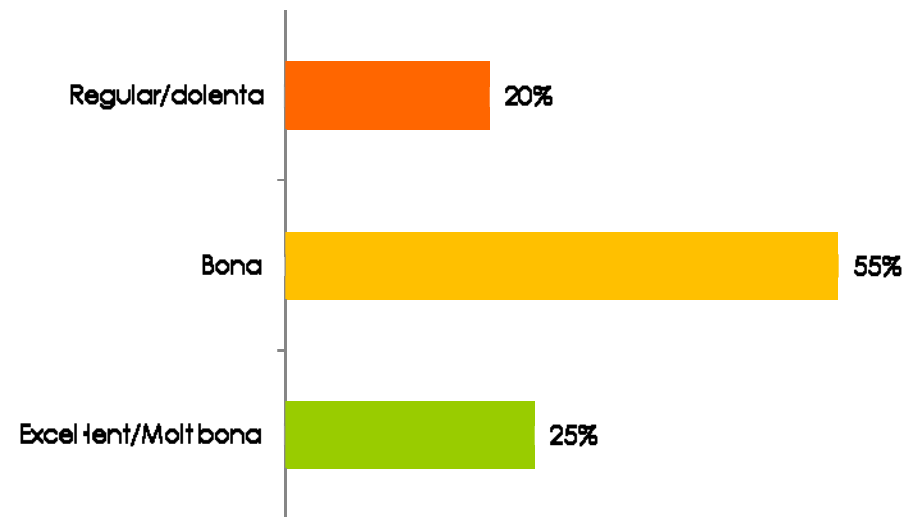


(Base: 407 casos)

▶ EN GENERAL CONSIDERA QUE LA SEVA SALUT ÉS:



▶ PERCEPCIÓ ESTAT DE SALUT AGRUPADA:



Més de la meitat de la població consultada opina que el seu estat de salut és bo, un 20% opina que és regular o dolenta, mentre que un 25% considera que és molt bona o excel·lent.



(Base: 407 casos)

► EN GENERAL CONSIDERA QUE LA SEVA SALUT ÉS:

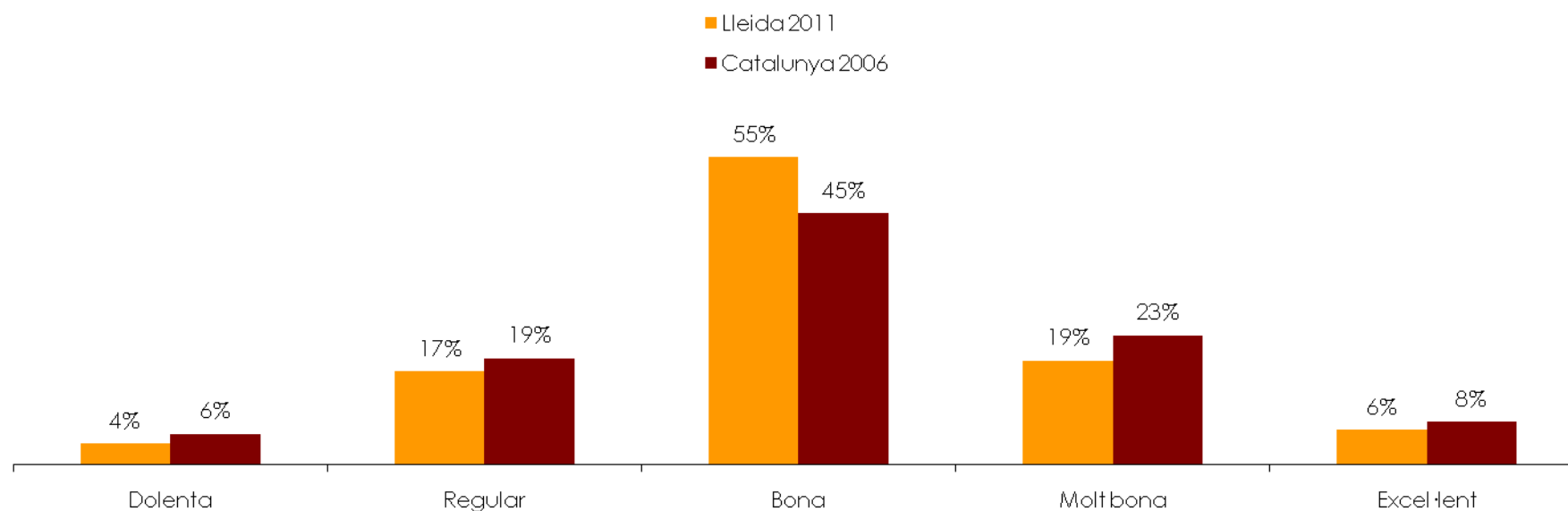
		Percepció estat de salut		
		Regular/ dolenta	Bona	Excel·lent/ Molt bona
Sexe	Home	16%	56%	28%
	Dona	25%	54%	22%
Edat	De 16 a 35 anys	5%	51%	44%
	de 36 a 55 anys	18%	62%	20%
	De 56 a 70 anys	28%	65%	8%
	71 o més anys	60%	34%	6%
Nivell d'estudis	Nivell baix	44%	49%	6%
	Nivell mig	10%	57%	33%
	Nivell alt	13%	58%	30%
Situació laboral	Tasques de la llar	34%	54%	12%
	Estudiant	2%	40%	59%
	Ocupat	10%	65%	24%
	Aturat	19%	52%	29%
	Jubilat / Pensionista	46%	47%	7%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	61%	39%	
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	43%	54%	3%
	2-3 persones	22%	56%	22%
	4-5 persones	11%	53%	36%
	Més de 5 persones	25%	62%	13%
Total		20%	55%	25%

		Percepció estat de salut		
		Regular/ dolenta	Bona	Excel·lent/ Molt bona
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	32%	50%	18%
	Lleugerament actiu	19%	55%	27%
	Moderadament actiu	20%	56%	24%
	Molt actiu		62%	38%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc	12%	88%	
	Alt consum	7%	65%	28%
	Consum moderat	18%	50%	32%
	Baix consum	19%	58%	23%
	No consumeix	32%	50%	17%
Indicador d'hàbit preventiu/control de salut	Sense hàbit	5%	50%	45%
	Baix	10%	59%	31%
	Moderat	24%	56%	19%
	Alt	37%	51%	12%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Baix	11%	56%	33%
	Moderat	16%	53%	31%
	Alt	25%	61%	15%
	Elevat	38%	45%	16%
Indicador de salut	Molt dolenta	100%		
	Dolenta	92%	8%	
	Bona	22%	62%	17%
	Molt bona		100%	
	Excel·lent			100%
Total		20%	55%	25%

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



▶ PERCEPCIÓ DE L'ESTAT DE SALUT



Comparativament, a Lleida donen valoracions menys extremes que a Catalunya, identificant-se més en una percepció de salut bona que la resta catalana.



▶ HA PATIT O PATEIX ALGUN TRANSTORN CRÒNIC

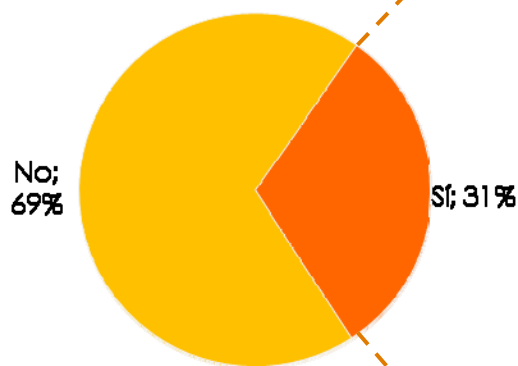
Base: 407 casos

▶ TRANSTORN CRÒNIC QUE PATEIX

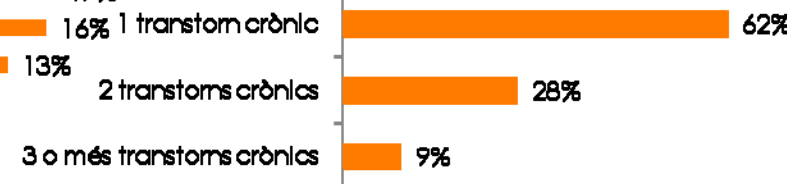
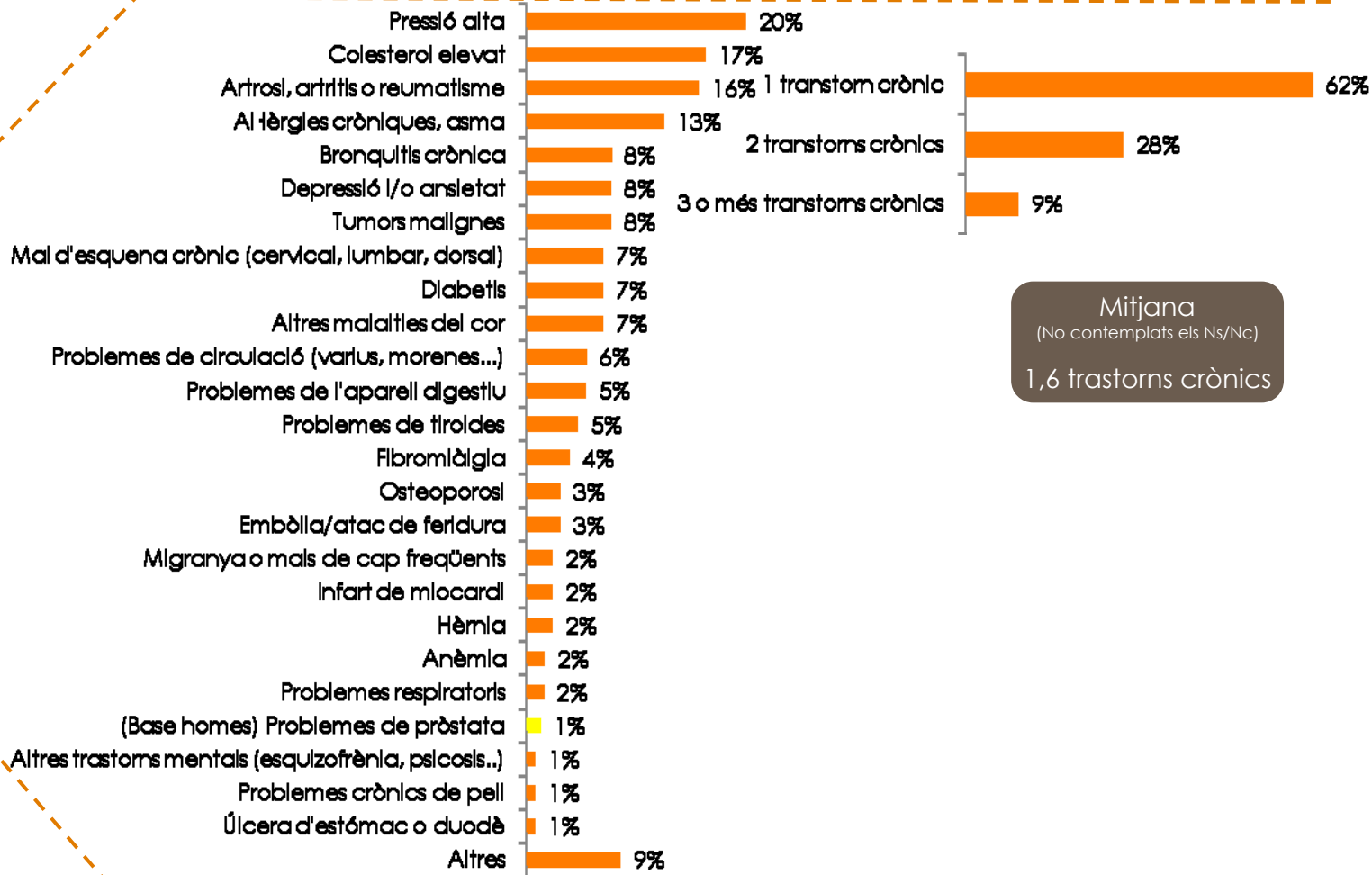
Base: 31% que pateix algun trastorn crònic

▶ NOMBRE DE TRANSTORN CRÒNICS QUE PATEIX

Base: 31% que pateix algun trastorn crònic



3 de cada 10 lleidatans manifesten patir algun trastorn crònic, els més habituals són la pressió i el colesterol elevats.



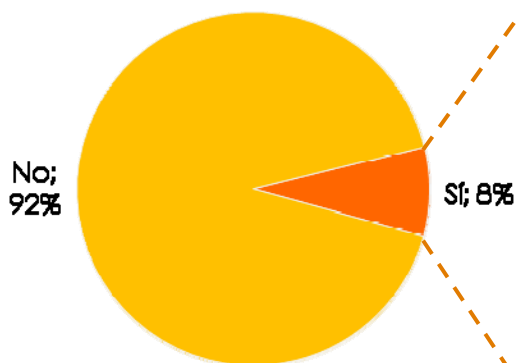
Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
1,6 trastorns crònics

Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple



▶ TÉ ALGUNA LIMITACIÓ O DISCAPACITAT PER REALITZAR LES SEVES ACTIVITATS QUOTIDIANES

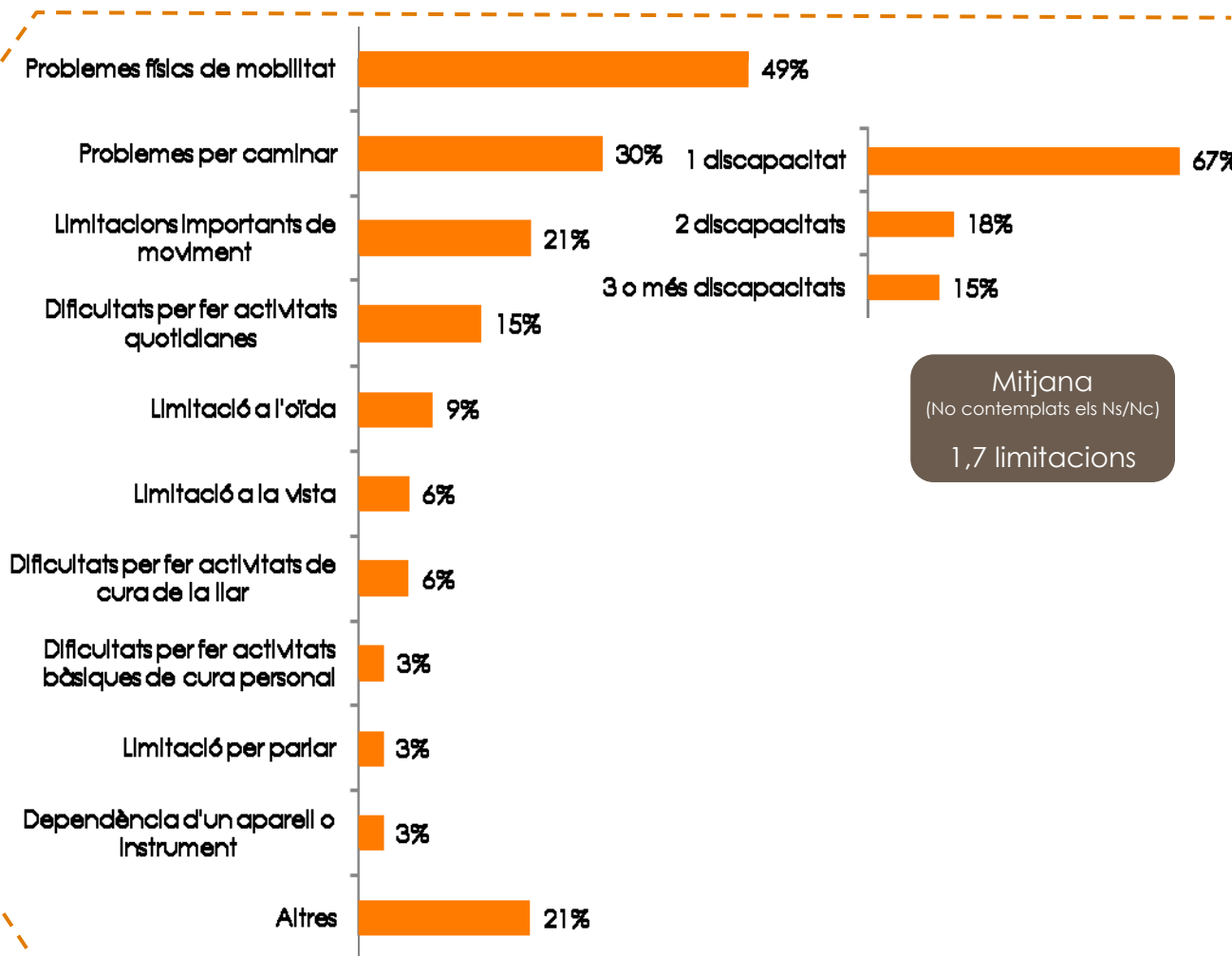
Base: 407 casos



Només un 8% manifesten patir alguna limitació o discapacitat a l'hora de realitzar les seves activitats quotidianes, les limitacions més comuns estan relacionades amb la mobilitat.

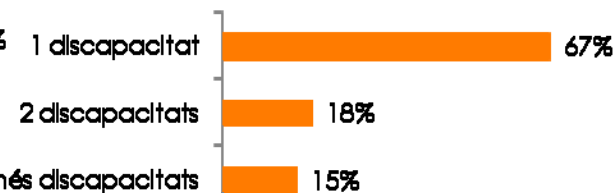
▶ LIMITACIONS O DISCAPACITATS QUE TÉ

Base: 8% que pateix limitacions o discapacitats



▶ NOMBRE DE DISCAPACITATS QUE TÉ

Base: 8% que pateix limitacions o discapacitats

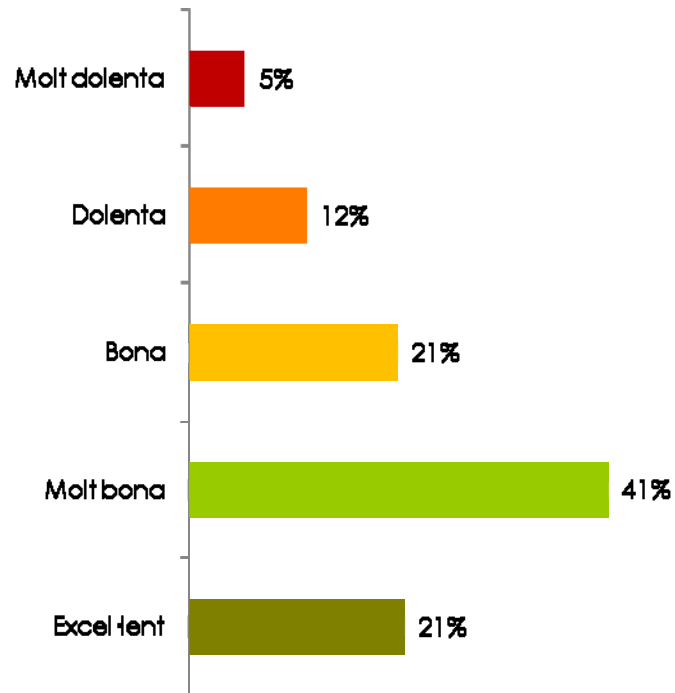


Mitjana
(No contemplats els Ns/Nc)
1,7 limitacions

Nota: els % no sumen 100 donat que s'admetia resposta múltiple



► INDICADOR D'ESTAT DE SALUT:



Per tal d'avaluar l'estat de salut dels lleidatans s'ha elaborat un indicador sobre l'estat de salut. Aquest índex ha estat construït a partir de les variables que mesuren la **percepció de l'estat de salut propi, el nombre de trastorns crònic i limitacions o discapacitats que pateix.**

Un 5% dels consultats consideren que tenen una salut regular o dolenta, pateix algun trastorn crònic i a més tenen alguna limitació o discapacitat per realitzar la seva rutina habitual.

Nota metodològica:

Molt dolenta: Percepció de salut regular/dolenta, pateix discapacitats i trastorns crònics

Dolenta: Percepció de salut regular/dolenta i alguna discapacitat o trastorn crònic; percepció de salut bona i alguna discapacitat i trastorn crònic

Bona: Percepció de salut regular/dolenta i cap discapacitat ni trastorn crònic; percepció de salut molt bona o excel·lent, 1 discapacitat o 1 o 2 trastorns crònics

Molt bona: Percepció de salut bona, cap discapacitat ni trastorn crònic

Excel·lent: Percepció de salut excel·lent o molt bona, cap discapacitat ni trastorn crònic



► INDICADOR D'ESTAT DE SALUT:

		Indicador de salut				
		Molt dolenta	Dolenta	Bona	Molt bona	Excel·lent
Sexe	Home	3%	9%	18%	44%	25%
	Dona	7%	14%	23%	39%	17%
Edat	De 16 a 35 anys	1%	1%	16%	44%	38%
	de 36 a 55 anys	5%	9%	16%	52%	18%
	De 56 a 70 anys	9%	15%	42%	28%	6%
	71 o més anys	13%	41%	21%	21%	4%
Nivell d'estudis	Nivell baix	12%	25%	26%	32%	4%
	Nivell mig	2%	6%	19%	44%	29%
	Nivell alt	4%	7%	17%	47%	26%
Situació laboral	Tasques de la llar	8%	17%	29%	37%	8%
	Estudiant			12%	34%	53%
	Ocupat	1%	5%	18%	55%	21%
	Aturat	4%	13%	13%	48%	22%
	Jubilat / Pensionista	13%	29%	33%	20%	5%
	Incapacitat/o amb invalidesa permanent	46%	31%	23%		
Nombre de persones que viuen a la llar	1 persona	11%	26%	17%	43%	3%
	2-3 persones	6%	14%	22%	38%	19%
	4-5 persones	2%	4%	18%	45%	30%
	Més de 5 persones			25%	62%	13%
Total		5%	12%	21%	41%	21%

		Indicador de salut				
		Molt dolenta	Dolenta	Bona	Molt bona	Excel·lent
Indicador d'activitat	Totalment sedentari	13%	16%	23%	32%	16%
	Lleugerament actiu	5%	11%	16%	46%	23%
	Moderadament actiu	4%	12%	25%	39%	20%
	Molt actiu			14%	52%	33%
Indicador consum de substàncies	Consum de risc		12%		88%	
	Alt consum		5%	30%	42%	24%
	Consum moderat	2%	12%	18%	39%	28%
	Baix consum	5%	10%	19%	46%	20%
Indicador hàbit de preventiu/control de salut	No consumeix	13%	16%	24%	33%	14%
	Sense hàbit			8%	47%	45%
	Baix	3%	6%	16%	49%	26%
	Moderat	7%	12%	25%	41%	15%
Indicador hàbit de consulta mèdica	Alt	9%	27%	27%	28%	8%
	Baix	2%	2%	11%	56%	29%
	Moderat	2%	10%	21%	40%	27%
	Alt	9%	14%	23%	41%	13%
Total	Elevat	14%	23%	20%	34%	9%
	Total	5%	12%	21%	41%	21%

Els homes, els de més edat, els jubilats i incapacitats i els que viuen sols el que pitjor salut tenen. Segons l'activitat que realitzen s'observa que les persones totalment sedentàries, que no consumeixen substàncies psicoactives, amb un alt hàbit de control de la salut i de visita mèdica són els que tenen una pitjor salut.

Nota: S'han marcat en blau les diferències estadísticament significatives.



PRESENTACIÓ I METODOLOGIA	3
DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA	6
ACTIVITAT FÍSICA	10
CONSUM DE SUBSTÀNCIES	19
HÀBITS MÈDICS	32
HÀBITS PREVENTIUS	41
ESTAT DE SALUT	52
 CONCLUSIONS	62



▶ ACTIVITAT FÍSICA:

- El **41%** de la població té una **activitat diària que no requereix un esforç físic però va a peu freqüentment**, aquests resultats són equiparables als de Catalunya.
- Un **4%** de la població **no camina res** i un **36%** no realitza **cap tipus d'esport** ni activitat física. Dels que sí que caminen s'observa que aquets ho fan en major proporció que la resta de catalans.
- Un **15%** de la població lleidatana és **totalment sedentària**, un 37% és lleugerament activa, un 43% moderadament activa i un 5% molt activa. Els perfils més crítics, els més sedentaris, són les dones, els de més edat, aquells que tenen una incapacitat o invalidesa permanent i aquells que viuen sols. Segons els seus hàbits destaquen com a més sedentaris aquells que consumeixen més substàncies psicoactives i els que la seva salut és dolenta.

▶ CONSUM DE SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES:

- El **40%** de la població lleidatana **consumeix freqüentment begudes alcohòliques**, destaca que un **13% beuen tots els dies** de la setmana. En comparació amb Catalunya s'observa un menor consum d'alcohol.
- Pel que fa al tabac, la meitat de la població no ha fumat mai, una quarta part ha deixat de fumar en algun moment de la seva vida i una altra **quarta part fuma cada dia o esporàdicament**. En comparació amb Catalunya també s'observa una menor proporció de persones que fumen.
- Un **6%** de la població ha pres algun tipus de **tranquil·litzant, pastilla per a dormir o per als nervis els darrers 30 dies**, un **4%** ha consumit **marihuana o haixix** i un **2% cocaïna**. De nou, s'observa que aquests percentatges són menors que els obtinguts en l'estudi català.
- Segons l'indicador de consum de substàncies un **13% realitza un consum alt o de risc** de tabac, alcohol i altres substàncies. Segons perfils de risc, en destaquen els homes, els més joves, els aturats o incapacitats i els que viuen a la llar amb més de 5 persones. Per hàbits destaquen amb un major consum de substàncies tant els que són molts sedentaris com els que són molt actius.

▶ HÀBITS MÈDICS:

- **7 de cada 10 lleidatans han visitat un metge durant l'últim any**, principalment el metge de capçalera i un **26%** ho ha fet durant els **últims 15 dies**, majoritàriament per a realitzar un examen o revisió mèdica. Comparat amb Catalunya s'observa que els lleidatans han anat més al metge recentment. Mentre que el principal motiu del conjunt català per haver anat en els últims 15 dies al metge ha estat una malaltia, en el cas dels lleidatans ha estat per motius preventius.
- L'índex d'**hàbit de consulta mèdica és elevat o alta en 4 de cada 10 lleidatans**, sent els jubilats i els que tenen alguna incapacitat els que més freqüenten el metge. Segons els hàbits, s'observa que les persones totalment sedentàries, que han de realitzar un alt control de la salut i que tenen una salut dolenta o molt dolenta són aquells que més van al metge per motius de salut.



▶ HÀBITS PREVENTIUS:

- L'**activitat preventiva més comuna** entre la població lleidatana és **revisar-se el nivell de colesterol en sang**, en el cas de les dones, fer-se una citologia vaginal és l'acció més realitzada (63%). Un **16%** de la població **no realitza cap tipus de mesura preventiva**. Comparativament amb Catalunya s'obtenen dades similars de les diferents activitats preventives consultades, excepte en el cas de les accions dirigides a les dones que mostren una major conscienciació.
- Els lleidatans **quan volen informar-se d'algun tema relatiu a la seva salut** ho fan principalment a través del seu **CAP**. Només un **3% no ho consulta a ningú**. Destaca que un **15% utilitza fonts no especialitzades** per a informar-se com són Internet o familiars sense formació sanitària.
- Segons l'indicador d'activitat preventiva un **16%** no tenen **cap tipus hàbit preventiu o de control de la salut**. Per perfils destaquen els homes, els més joves, amb estudis mitjos, estudiants, i els que viuen més de 5 persones a la llar com els que menys activitats preventives realitzen. Segons hàbits, aquelles persones que són molt actives, que van poc al metge i que tenen una salut excel·lent són les que menys control de la salut realitzen.

▶ ESTAT DE SALUT:

- **2 de cada 10 lleidatans consideren que la seva salut és regular o dolenta**, més de la meitat consideren que es bona i una quarta part que és molt bona o excel·lent. Comparat amb l'estudi realitzat al conjunt català, s'observa que els lleidatans donen valoracions menys extremes, amb una major proporció d'aquells que consideren que la seva salut és bona.
- **3 de cada 10 consultats pateix un trastorn crònic**, sent els més habituals la pressió i el colesterol elevat. Un **8% té alguna limitació o discapacitat** a l'hora de realitzar les seves activitats quotidianes, majoritàriament relacionades amb el moviment (problemes físics de mobilitat, problemes per caminar, limitacions importants de moviment...).
- L'índex de salut indica que un **17%** tenen un **estat de salut dolent o molt dolent**, sent els homes, els de més edat, els jubilats i incapacitats i els que viuen sols el que pitjor salut tenen. Segons l'activitat que realitzen s'observa que les persones totalment sedentàries, que no consumeixen substàncies psicoactives, amb un alt hàbit de control de la salut i de visita mèdica són els que tenen una pitjor salut.

Pla de Salut de Lleida

Anàlisi de la situació

Entrevistes a persones clau

Juliol 2011

1. Metodologia

En la recerca d'informació per elaborar aquest anàlisi de la situació de Lleida hem cercat l'opinió d'un seguit d'actors clau del territori que han aportat la seva perspectiva sobre els principals problemes de salut al municipi i les seves causes, des de l'experiència del seu particular context de treball.

El principal objectiu de les entrevistes era extraure informació qualitativa sobre els factors socioculturals, ambientals i econòmics que influeixen en l'estat de salut de la població de Lleida, així com les tendències i necessitats futures a les que el Pla de salut municipal haurà de fer front.

Atesa la diversitat de factors que determinen una qüestió tan transversal com la salut, la selecció d'actors clau a entrevistar es va fer buscant perfils multidisciplinaris, que no pertanyien exclusivament al camp de la salut.

En total, vam realitzar set entrevistes semi-estructurades que servien per explorar l'estat de la salut i la qualitat de vida al municipi, la influència dels aspectes ambientals, urbanístics i de les polítiques públiques, a més d'altres aspectes socioculturals que repercuteixen en les desigualtats existents en salut (p.ex. gènere, classe social, situació de dependència o discapacitat, i lloc d'origen).

Les entrevistes, que van ser gravades i transcrites per al seu anàlisi, abastaven un ampli ventall de temes vinculats a la salut, tot i que, amb algunes persones informants, la discussió es va centrar en una dimensió concreta. L'estructura de les entrevistes seguia el següent guió:

- Vinculació personal del/la informant amb el municipi i temps que fa que el coneix.
- Breu descripció de la trajectòria professional del/la informant, en què consisteix la seva ocupació actual i la seva vinculació amb la salut.
- Quins són els principals problemes relacionats amb la salut i amb la qualitat de vida al municipi que percep el/la informant, a partir de la seva activitat professional i/o situació personal.
- Coneixement del/la informant sobre els recursos sanitaris, sociosanitaris i educatius existents, i com percep la seva evolució.
- Opinió sobre el model d'urbanisme i la mobilitat a Lleida, i la seva influència en la salut.
- Quines polítiques i actuacions públiques realitzades en el municipi (tant en salut pública com més enllà de les actuacions estrictament de salut) destacaria per la seva contribució a la millora de l'estat de salut i qualitat de vida propis i d'altres persones amb què es relaciona.
- Aspectes socioculturals i ambientals del municipi a ressaltar per la seva influència en l'estat de salut i qualitat de vida de la població.

- Quins creu que seran els principals problemes i necessitats relacionats amb la salut que el municipi de Lleida haurà d'afrontar en un futur.
- Quines intervencions públiques consideraria necessàries per millorar els problemes de salut esmentats.
- Quines altres actuacions caldrien des de l'àmbit privat per assolir una ciutat saludable.

Els resultats d'aquest anàlisi seran comunicats i debatuts en una sessió participativa en què les persones entrevistades i altres professionals podran contrastar i validar les conclusions.

2. Resultats i conclusions

A continuació, presentem els aspectes que les persones entrevistades han destacat com a punts forts de Lleida o aquells elements que afavoreixen un bon estat de salut i qualitat de vida al municipi, i detallem els factors que els informants i les informants han identificat com a aspectes menys favorables o possibles àrees de millora a considerar en el Pla de salut.

També, resumim les qüestions que els informants i les informants subratllen com a elements influents en les tendències actuals en l'àmbit de la salut, i que es consideren més rellevants d'abordar en un futur a mig-llarg termini.

Per acabar, enumerem el ventall de propostes d'actuació que les persones entrevistades van suggerir per tractar les problemàtiques detectades.

2.1. Punts forts de Lleida que afavoreixen la qualitat de vida i la promoció de la salut

2.1.1. La política i les transformacions urbanístiques

De manera unànime, les persones informants valoren molt positivament les transformacions que en els últims anys ha experimentat la ciutat arran de la planificació urbanística, i els impactes que aquest model té per a la salut.

En aquest sentit, es destaca la transformació de la canalització del riu Segre, la creació de parcs i la recuperació de zones verdes, com ara el Parc dels Camps Elisis, el Parc de la Mitjana (que

conserva parts de bosc gairebé natural), o L'Arborètum (jardí botànic amb un terreny de 7 hectàrees que combina l'activitat científica, vinculada a la Universitat, amb una zona oberta que la ciutadania pot visitar i passejar). L'existència d'aquestes zones verdes es considera molt important per constituir espais públics oberts i pròxims, que afavoreixen la interacció social i l'oci saludable, i on la població pot practicar esport, passejar, anar en bicicleta...

Les intervencions urbanístiques dels últims anys també han millorat els barris perifèrics i els més desafavorits, amb la construcció d'avingudes que han facilitat la cohesió del nucli urbà, tot obrint espais de trobada per a la ciutadania i facilitant l'existència de d'equipaments, serveis i infraestructures (sanitàries, culturals, instal·lacions d'oci...). Els informants i les informants valoren que aquesta transformació ha respectat la personalitat dels barris, al temps que ha evitat la guetització o que es convertissin en zones dormitori.

D'aquesta manera, la població immigrada, en lloc d'estar concentrada en guetos, ha quedat distribuïda en diverses zones de la ciutat. La població subsahariana s'ubicaria actualment fonamentalment al centre històric, mentre que la població d'origen magrebí resideix majoritàriament als barris de la perifèria (Pardinyes), o bé a l'entorn de l'estació, en dos carrers amb edificis dels anys 70. A més d'estar poc guetificats per la seva distribució a la ciutat, les persones entrevistades tenen la percepció que la població lleidatana no rebutja la població nouvinguda.

La mateixa valoració positiva es fa de la transformació dels habitatges: en els últims 30 anys s'ha portat a terme una reforma i rehabilitació del casc antic, que estava molt deteriorat, i actualment Lleida no té problemes d'aluminosi. També, ha canviat el context social del centre històric, ja que amb el temps s'ha anat instal·lant progressivament la població nouvinguda i l'autòctona és minoria. Pel que fa a la sobreocupació dels edificis, es va detectar que en aquesta zona hi havia "cases pastera" (12 o 20 edificis envellits), i la Paeria va prendre mesures durant l'última legislatura. En síntesi, les persones entrevistades destaquen que els tres barris lleidatans afectats per la Llei de barris: centre històric, La Mariola i l'àrea de l'estació, no tenen actualment condicions deficientes, sinó que tenen alguns dèficits funcionals per la manca d'adaptació a les noves necessitats socials del parc d'habitatges existent.

Dins del traçat urbanístic, les persones entrevistades també valoren com a positiu per a la cohesió urbana la construcció de ponts i la creació de places; si bé va haver-hi una època en que predominaven les places de ciment, posteriorment s'han introduït més zones verdes i, en alguns casos, hi ha aparells per fer exercici.

Un altre aspecte destacat a les entrevistes és que la ciutat està oberta a la naturalesa, ja que en pocs minuts caminant s'arriba al camp, i s'apunta que aquesta connexió ofereix moltes possibilitats i s'hauria de mantenir des de la planificació urbanística.

Per últim, les persones informants han assenyalat com un avantatge la proximitat i la centralitat del vianant com els criteris que ha incorporat la planificació urbanística de les últimes dècades. Lleida és una ciutat en què no hi ha cap creixement que tingui més d'1,5 km, i manté un traçat radial. S'han creat zones de vianants en gran part del nucli urbà, que és, en conjunt, fàcil de passejar. En paraules d'un dels nostres informants: "el fet que s'hagi cuidat la proximitat a peu fa que, actualment, més del 60% de la mobilitat sigui de vianants, i això podria generar salut, si es camina".

2.1.2. Les dimensions d'una ciutat intermèdia

Un altre aspecte que els informants i les informants han destacat com a clau per afavorir la salut i la qualitat de vida de les persones és la dimensió d'una ciutat de grandària mitjana, com Lleida, on les distàncies curtes faciliten moure's a peu. En poc temps caminant es pot recórrer la ciutat, tot en combinació amb un transport públic que té una bona freqüència (d'uns 10 minuts). Això facilita que la població lleidatana, en poc temps, pugui fer moltes gestions.

Aquesta dimensió, juntament amb les característiques de la transformació urbanística assenyalats a l'apartat anterior, contribueix a mantenir una ciutat a escala humana i afavoreixen la qualitat de vida, comparat amb l'impacte negatiu que, en opinió de les persones informants, suposa emprar massa temps quotidià en els desplaçaments, o en entrar i sortir de les ciutats.

2.1.3. Recursos i prestacions sanitàries i sociosanitàries

Per a les persones entrevistades, des del moment històric espanyol que es coneix com a transició a la democràcia, i des de la Conferència Internacional d'Alma-Ata, l'any 1978, amb la seva declaració de "salut per a tothom", hi ha hagut una millora progressiva i constant del sistema de salut a les comarques de Lleida. La posada al dia científica i professional ha sigut enorme, tant a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova com en atenció primària, mitjançant les àrees bàsiques de salut que s'han creat.

En resum, es considera que l'atenció hospitalària a Lleida ofereix actualment especialitats de primer nivell, i que en el desplegament de l'atenció primària s'ha garantit una bona cobertura territorial. Entre les transformacions que han estat més positives, els informants i les informants destaquen l'establiment de la història clínica electrònica, que va estandarditzar els sistemes de registre entre els centres. En atenció primària, s'assenyala, a més, que va ser un avenç incorporar la figura del treballador o la treballadora social als centres, i la creació d'un sistema d'atenció espontània d'urgències, amb la qual cosa s'utilitzen més els CAP i menys els serveis d'urgències hospitalàries.

2.1.4. L'atenció a la dependència i la integració de col·lectius vulnerables

A Lleida hi ha una població en envelliment i, en opinió de les persones entrevistades, l'atenció a la tercera edat està bastant desenvolupada. Algunes persones informants destaquen que a l'Ajuntament de Lleida va haver-hi un regidor amb discapacitat que va impulsar molt la xarxa de serveis personals, i subratllen que, des fa una dècada, el municipi compta amb un servei de teleassistència als domicilis.

L'accessibilitat per a les persones discapacitades també s'ha treballat des de l'urbanisme: Lleida va ser el primer municipi de Catalunya en tenir un Pla d'accessibilitat. També, hi ha un Consell on les persones discapacitades poden participar en la presa de decisions sobre les polítiques públiques.

Pel que fa a la població immigrada, a més de l'absència de guetos que hem assenyalat abans, les persones entrevistades apunten que no aprecien l'existència persones en situació de misèria, potser perquè creen les seves xarxes de suport mutu.

2.1.5. El recursos educatius existents en l'àmbit de la salut

En l'àmbit de l'educació superior, les persones entrevistades valoren l'oferta formativa i els recursos destinats a la recerca relacionats amb la salut. La Universitat de Lleida (UdL) té en marxa un Màster en Educació per a la Salut, a més d'un Màster en Ciències de l'Infermeria, en Biotecnologia en Ciències de la Salut i en Investigació Clínica en Medicina. A més, des de l'equip multidisciplinari de professionals Aula de Salut, es treballen els aspectes de promoció i educació per a la salut en la línia de la investigació i de la formació, amb possibilitats de doctorat a partir del Màster, que obre noves vies d'innovació.

També, es valora l'existència de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, i de diferents comissions mixtes entre la Universitat de Lleida i l'ICS. D'altra banda, s'apunta que hi ha personal investigador punter en biomedicina i un intercanvi molt positiu entre els hospitals provincials i el professorat de la UdL.

En opinió de les persones informants, l'existència de la Facultat de Medicina ha contribuït a millorar la qualitat de l'assistència sanitària a Lleida, ja que s'ha fixat personal al territori, i la docència obliga als professionals i les professionals a posar-se al dia. D'altra banda, com és d'esperar en un àmbit tan transversal i interdisciplinari com és l'educació per a la salut i la promoció, l'alumnat del Màster d'Educació per a la Salut és molt divers: actualment es formen en aquest àmbit perfils com llevadors/res, fisioterapeutes, treballadors/res socials, mestres...

Pel que fa a la relació entre recerca i coneixement acadèmic, i el seu impacte en la ciutadania, des dels estudis d'Infermeria s'han organitzat postgraus i cursos de promoció de la salut oberts a la població, que contribueixen a fomentar l'educació sanitària. Els equips d'epidemiologia també han organitzat cursos i seminaris per promocionar hàbits de vida saludables. D'altra banda, s'ha elaborat alguna tesi doctoral relacionada amb els estudis sobre la salut a Lleida, i hi ha psicòlegs a la UdL que treballen en la promoció de campanyes de prevenció del tabaquisme i l'alcoholisme, juntament amb els serveis de psiquiatria i psicologia de l'Hospital de Santa Maria.

En atenció primària i secundària, algun informant destaca que Lleida sempre ha tingut tradició de bon professorat, i això és un factor invisible que té un efecte multiplicador important pel que fa als hàbits i la conscienciació de la ciutadania. De fet, es considera que educar els infants contribueix a educar, alhora, a les persones adultes del seu entorn. Com a exemple, es destaca l'hàbit del reciclatge de residus, que hauria estat incorporat a les famílies més pels nens i nenes que per la publicitat institucional, o la consideració social que té el parc de La Mitjana, que era desconegut per la població fins que, els últims anys, l'han visitat milers d'infants en activitats escolars d'educació ambiental.

2.1.6. Els recursos existents en l'àmbit del lleure i l'educació no formal

El sector de l'educació en el lleure és un altre àmbit que alguns dels nostres i les nostres informants han valorat molt positivament. En aquest sentit, s'ha destacat la important funció dels casals, les instal·lacions esportives, els centres d'esplai i les ludoteques de barri, en coordinació amb els centres educatius, per fomentar la realització d'exercici físic i la integració social tant de la població immigrada com dels infants i adolescents en risc d'exclusió. En opinió d'una de les persones entrevistades:

“S'està arribant a la població immigrada i a col·lectius desafavorits des dels recursos de lleure, que són imprescindibles i complementaris amb els recursos d'educació formal per fomentar la integració social. (...) Un adolescent de risc que va a un esplai cada tarda és un adolescent diferent”.

2.1.7. Els factors ambientals

Les persones informants opinen que no hi ha problemes de contaminació atmosfèrica importants a Lleida, i que la qualitat de l'aire és bona durant tot l'any, ja que no hi ha indústria contaminant a l'interior de la ciutat (a excepció d'una farinera). La qualitat de l'aigua també es considera bona. S'apunta, no obstant, que potser hi ha queixes pel soroll associat a l'oci nocturn.

2.1.8. Les actuacions i programes desenvolupats en salut pública

Les persones entrevistades consideren molt positius els programes i intervencions que s'han realitzat a Lleida en els últims anys en l'àmbit de la salut pública i l'educació per la salut. Entre aquestes actuacions, s'han destacat:

- La gestió ambiental i el control alimentari (activitat veterinària).
- La detecció i control de brots epidèmics des dels serveis del CatSalut.
- Els programes de foment de l'exercici físic que potencia el PAFES (*Lleida camina, El camí de la bicicleta...*).
- Les activitats d'educació comunitària que desenvolupa el personal d'infermeria dels CAP (p.ex. xerrades a les associacions veïnals i vacunacions in situ en l'època de prevenció de la grip, conducció de grups d'antitabaquisme...).
- Salut i Escola: un projecte educatiu amb adolescents, desenvolupat en coordinació entre els centres educatius i l'Ajuntament de Lleida, que té el seu origen en l'educació sexual per a la prevenció d'embarassos no desitjats i que tracta també qüestions més amples relacionades amb l'afectivitat (de fet, ens les valoracions del programa, l'alumnat d'ESO indicava que cal parlar més d'afectivitat i menys de sexualitat).
- Activitats educatives al voltant dels trastorns de conducta alimentària (TSA), també als IES.
- Organització de grups de reflexió amb pares/mares que comparteixen valors amb els centres educatius.

2.1.9. La dieta mediterrània

Algunes persones destaquen com un punt fort la nostra dieta mediterrània, que fa que, en general, es mengi bastanta amanida i verdura a Lleida. Tot i això, alguns informants destaquen que no es consumeix tanta fruita com podria semblar per la proximitat de la producció, ja que la fruita es destina a l'exportació més que al comerç local.

2.1.10. L'interès per la salut

Les persones entrevistades assenyalen com un punt fort el fet que hi ha un interès generalitzat per la salut: d'una banda, la ciutadania és receptiva als temes de salut i d'una altra, tant a nivell polític com tècnic hi ha un consens sobre la utilitat de les intervencions en educació per a la salut. La qüestió clau a abordar seria, doncs, com es planifiquen i executen aquestes intervencions a la pràctica.

2.2. Àrees de millora a considerar

2.2.1. Principals problemes de salut de la ciutadania lleidatana

Els problemes de salut que les persones entrevistades perceben al municipi de Lleida es resumeixen en els següents àmbits:

- a) Malalties cròniques actuals: hipertensió, diabetes..., amb paràmetres semblants a la resta de Catalunya.
- b) L'obesitat, derivada dels hàbits alimentaris i d'un estil de vida sedentària, i els problemes de salut associats (colesterol, diabetes, malalties cardiovasculars...).
- c) Dolors genèrics associats a problemes d'esquena i osteoarticulars, per causes laborals (càrregues de pes, males postures en passar massa temps asseguts/des...), personals (sedentarisme, sobrepès) o esportives.
- d) Malestars psicològics: ansietat, estrès, depressions i semi-depressions, com un àmbit que està despuntant de forma significativa.
- e) L'excessiu consum d'alcohol i altres substàncies addictives entre el jovent. Es considera un problema amagat, amb conseqüències per a la salut a llarg termini. En algun cas, s'apunta que hi hauria també un risc d'accidents de trànsit associat, degut a l'entorn rural i agrari de Lleida: el jovent surt i beu, se'n va a dormir tard i al dia següent va en cotxe a treballar.
- f) L'exposició a productes químics (plaguicides i fitosanitaris) sense la protecció adequada en el treball agrari (un problema que es considera que era important anys enrere).
- g) Al·lèrgies primaverals, per la floració.
- h) En el cas de la infància i adolescència, s'assenyala l'existència de problemes de conducta relacionats amb la manca de normes i límits durant l'etapa de criança o amb altres carències per les desigualtats socials i les dificultats econòmiques de les famílies. Els principals símptomes serien ansietat, hiperactivitat i altres malestars entre els nens i nenes, que, a més de visibilitzar-se en problemes de comportament i en una escassa motivació vers l'esforç, poden desembocar en conductes de risc a l'adolescència.

En l'opinió dels/les nostres informants, Lleida no destaca en aspectes de mortalitat, morbilitat o malalties concretes, o en factors de risc específics, de manera que tots els problemes de salut assenyalats es consideren comuns a la resta de Catalunya, a excepció del risc per l'exposició a fitosanitaris, molt vinculat al treball al camp de les zones rurals agràries, com seria el cas de les comarques lleidatanes.

2.2.2. La saturació del sistema sanitari i la manca d'adequació a les noves necessitats socials

Si bé les persones entrevistades assenyalen que el sistema és molt accessible, que l'atenció és de qualitat i que el model sanitari a Catalunya és, en definitiva, dels millors del món, es valora també que "ha mort d'èxit", degut a la hiperfreqüentació de les visites i a l'estat de saturació en què es troben els serveis existents, fonamentalment els serveis d'atenció primària, que a Lleida han absorbit molta de l'atenció que abans prestaven les urgències hospitalàries. Això provoca que en atenció primària no es pugui treballar tant en prevenció com al començament del seu desplegament, que el temps de visita quedi reduït a 7 minuts per pacient i que hi hagi una reivindicació en el sector de disposar de més recursos.

Entre les principals mancances del sistema de salut, s'apunta que la gestió dels recursos sanitaris ha estat en alguns aspectes ineficient (p.ex. repetició de proves diagnòstiques i analítiques quan el/la pacient canvia de centre). També, hi ha qui opina que s'ha fet menys del necessari en la incorporació de la mediació cultural i lingüística per garantir una bona assistència a la població immigrada, fet que contribuiria a millorar l'eficàcia en l'atenció.

Com a possibles sol·lucions a la situació del sistema sanitari, s'ha subratllat que caldria informar més a la ciutadania sobre els serveis existents, per fomentar un bon ús, i potenciar el paper del personal d'infermeria i d'altres professionals (treballadors/res socials, psicòlegs/gues, fisioterapeutes, etc.), que tenen una bona preparació i podrien fer més de les funcions que tenen assignades per tractar problemes d'esquena, treballar en educació sanitària, fer intervenció comunitària... Això, contribuiria a alleugerir la saturació de les consultes del personal mèdic.

Pel que fa al finançament del sistema, és interessant l'opinió d'algun informant que subratlla que la sanitat mai no podrà ser un sector lucratiu, perquè cada vegada s'intenten abastar més malalties, amb tecnologia més sofisticada i, a diferència d'altres sectors, en aquest cas no és possible abaratar costos i obtenir guanys si no és en detriment del servei. Davant del discurs que emfatitza l'eficiència del sector privat per sobre del sector públic, alguna persona entrevistada apunta que cal recordar que el sector sanitari privat funciona gràcies als recursos públics que se li deriven.

2.2.3. Una coordinació insuficient entre els serveis i institucions vinculats a la salut pública

Alguns informants han subratllat la coordinació entre les diferents institucions i organismes implicats en les actuacions en salut com una de les assignatures pendents. Segons aquesta opinió, hi ha diversitat d'intervencions per part de l'administració local i regional, de les institucions sanitàries, educatives..., però costa molt aglutinar esforços en una mateixa direcció.

Això provocaria que, en lloc de crear sinèrgies positives tendents a satisfer les necessitats de la ciutadania, es dupliquin esforços i es treballi de manera ineficient.

2.2.4. Manca de seguiment i avaluació dels programes amb una perspectiva a mig-llarg termini

Algunes persones entrevistades també destaquen que, tot i que es desenvolupen múltiples intervencions, acostumen a ser projectes puntuals que segueixen una planificació a curt termini. Es troba a faltar una continuació dels programes, un seguiment i una avaluació dels resultats, amb un horitzó més extens.

Aquesta perspectiva es considera, de fet, fonamental, per advertir els resultats assolits en un àmbit tan complex i multifactorial com és la promoció i l'educació per a la salut: d'una banda, portar a terme una intervenció educativa i desenvolupar programes de salut en la comunitat requereix temps, i d'una altra, els resultats mai no són immediats.

2.2.5 Reduït impacte d'alguns programes en els col·lectius destinataris

En opinió d'alguns/nes informants, les campanyes de comunicació orientades a conscienciar d'un problema de forma general de vegades no garanteixen que el missatge arribi a la persona. Si bé moltes de les campanyes de comunicació han tingut un impacte considerable per conscienciar la ciutadania sobre certs problemes, i són una bona manera d'introduir un debat en començar un programa, també és cert que després no es noten uns canvis reals de comportament.

Com a exemple, els informants i les informants apunten que els estudis ens diuen que el jovent no fa servir el preservatiu (i no és per manca d'informació), o que en les activitats de foment de l'activitat física, com ara Lleida camina, hi participen persones de la tercera edat, però no la població adulta que treballa i és obesa, hipertensa o diabètica. Aconseguir un canvi d'hàbits requereix d'una intervenció de proximitat, centrada en el treball de l'autoestima i l'autoconcepte de les persones, que les ajudarà a prendre millors decisions a la pràctica.

En relació a la manca d'impacte dels programes, algun informant assenyala també que, en el cas de la gent gran, hi ha persones a qui no els agrada tant la sociabilitat, que no participen a les activitats organitzades per a grups: "Hi ha a qui li sembla que les activitats dels casals són per padrins". Tot i així, es valora també que és important que la gent gran mantingui una vida activa, ja que, per envellir amb salut "és fonamental tenir una raó per la qual aixecar-se cada dia".

2.2.6. L'augment del trànsit i la preponderància del vehicle privat

El principal aspecte negatiu que han assenyalat els informants i les informants en relació a l'urbanisme és l'increment del trànsit que s'ha produït els últims anys. Tot i l'avantatge de tenir una ciutat molt pensada per vianants, i que aproximadament un 65% de la població es mou a peu habitualment, hi ha una important part de la població que es desplaça en cotxe o en motocicleta, a més d'una entrada de milers de persones que venen a Lleida amb el seu vehicle particular a treballar.

Actualment, hi ha problemes de congestió de trànsit a les entrades i sortides de la ciutat en hores punta. En els últims anys, s'han incrementat els serveis de transport públic i s'intenta contenir el trànsit amb una política de rotondes i de guals, però es valora que continua havent-hi una excessiva dependència del vehicle privat com a forma de desplaçament, que s'hauria d'abordar per avançar cap a un model de mobilitat més saludable i sostenible. En paraules d'un dels nostres informants: "La població té la idea que ha d'anar en cotxe per a tot. De vegades, s'agafa per estalviar-se 10 minuts caminant, i està interioritzat que esperar-se uns minuts a la parada de l'autobús és una pèrdua de temps".

A aquesta tendència s'afegiria la pressió del sector de botiguers per crear pàrkings, en considerar que la possibilitat d'arribar en cotxe i aparcar al centre de la ciutat afavoreix el comerç, quan a molts municipis s'hauria demostrat el contrari. D'altra banda, el problema de construir pàrkings al centre és, en opinió e les persones entrevistades, que: "un cop fets els pàrkings, has de deixar que arribin els cotxes, i la dimensió de les arteries de la ciutat són les que són".

Quant a l'ús de la bici, els informants i les informants subratllen que, tot i que es va invertir en la creació de 18 km de carrils bici a Lleida, el sistema no ha tingut èxit i, actualment, s'utilitza molt poc dins de la ciutat. Hi ha un col·lectiu majoritari de persones usuàries de la bicicleta que pertany a l'alumnat de la Universitat de Lleida, però té un perfil jove i no acostuma a utilitzar els carrils. Segons les persones entrevistades, la bicicleta s'utilitza més als pobles per als desplaçaments habituals, al temps que la població de la ciutat troba més atractius els camins d'horta que els carrils bici urbans per fer un ús lúdic de la bicicleta (hi ha uns 168 km de camins que es poden recórrer en bici).

2.2.7. El consum de substàncies addictives associat als models actuals d'oci

Una altra qüestió que ha aparegut de forma reiterada a les entrevistes és la necessitat de prevenir el consum d'alcohol i d'altres drogues entre el jovent. Tot i que no es percep com a diferent al consum que hi ha en altres municipis de Catalunya, els informants i les informants han apuntat que hi ha massa laxitud social amb el consum d'alcohol i de substàncies addictives com ara la marihuana i la cocaïna.

Les persones entrevistades entenen que l'alcohol està molt integrat en la nostra cultura, i que hi ha drogues que existeixen i que existiran a la societat, però assenyalen que hi ha una tendència per part del jovent a fer-ne un consum excessiu i a associar aquestes drogues a les situacions d'oci i sociabilitat. En paraules d'un informant: "No pot estar ben vist que un jove arribi borratxo cada divendres a casa. Ara és com festa major cada setmana, i trobes ampolles i vòmits al carrer". D'altra banda, les persones informants apunten que en ocasions es fomenta públicament aquest consum amb festes de la cervesa i barres gratuïtes.

2.2.8. Hàbits d'alimentació poc saludables

Pel que fa a l'alimentació saludable, tot i que no es tenen dades sobre els hàbits alimentaris de la població, la majoria de les persones informants tenen la impressió que no es consumeixen massa fruites i verdures, i que predomina l'alimentació precuinada com a un hàbit de consum associat a l'estil de vida actual.

En síntesi, s'apunta que la dieta està tendint cap a una cuina més ràpida i més barata que, en molts casos, és poc saludable (pasta, pizza, menjar precuinat...). A part del preu (les fruites i verdures es consideren més cares), una altra de les causes seria la pèrdua d'habilitats culinàries a la nostra societat.

També, algunes persones entrevistades consideren que la brioixeria industrial i els aliments amb greixos i sucres són molt accessibles per als infants, al temps que el sector de la fruita a Lleida està molt atomitzat i no hi ha xarxes de comercialització fortes, que aglutinin tots els productors en una estratègia de venda conjunta en el sector local. Una situació semblant es donaria en el cas de l'oli d'oliva.

2.2.9. La manca d'hàbits d'autocura

Un aspecte que les persones informants associen tant amb la saturació del sistema sanitari com amb un pitjor nivell de salut de la població és la manca d'hàbits d'autocura de la ciutadania en el seu estat de salut. S'ha perdut la coresponsabilització de la ciutadania en aquest àmbit, igual que en d'altres àmbits que actualment es deleguen en les institucions (com ara l'educació dels infants).

Segons les persones entrevistades, aquesta tendència seria un dels efectes negatius del nostre Estat del benestar: hem educat la població perquè consulti qualsevol problema amb el personal sanitari, amb motius preventius, i l'hem feta massa dependent dels serveis de salut, fins i tot per tractar dolences menors i comuns. Tot i que es considera que una monocultura de l'autocura tampoc no seria positiva, es valora com a necessari fomentar l'adquisició de coneixements bàsics i la participació de la ciutadania en el seu estat de salut, per tal que la població entengui

que hi ha problemes de salut que es poden autogestionar i que hi ha processos que són reaccions naturals, no patològiques.

2.2.10. La crisi econòmica i les desigualtats socials

L'agreujament de les desigualtats socials que està tenint com a conseqüència l'actual crisi econòmica, i que, es preveu, es radicalitzaran en un futur, es considera un factor desencadenant de problemes de salut.

La població immigrada s'apunta com un col·lectiu especialment vulnerable, ja que hi ha persones sense permisos de residència i de treball que, quan es queden a l'atur, no tenen l'ajuda familiar o altres xarxes de suport. Les persones entrevistades també preveuen un empitjorament de les condicions de vida del conjunt de la població, que pot tenir efectes en la reparició de malalties del passat i en l'aprofundiment de les desigualtats en salut.

2.2.11. Manca d'educació emocional i increment dels malestars psicològics

Algunes persones entrevistades assenyalaven que s'està advertint un increment de les consultes de salut de tipus psicològic: ansietats, depressions i problemes de comunicació.

Aquest fenomen estaria associat tant a les característiques d'una societat en què la incertesa sobre el futur i la inseguretat laboral, personal i econòmica són la norma, com amb la manca de competències de les persones en l'àmbit del benestar emocional. Per a les persones informants, aquests malestars tenen un impacte significatiu en l'estat de salut de les persones, i cal fomentar el treball emocional des de la infantesa de la mateixa manera que s'adquireixen altres coneixements, per tal que les persones aprenguin a gestionar les emocions pròpies i les dels demés. Així, s'estarà fomentant una ciutadania procliu a la salut a llarg termini.

En relació amb aquesta necessitat, alguns informants i algunes informants subratllen els escassos recursos amb què compten els centres educatius públics per treballar l'educació emocional i per atendre adequadament les necessitats especials de l'alumnat al llarg de tota l'etapa escolar.

2.2.12. Poc treball amb perspectiva de gènere

Si bé a Lleida hi ha una associació de dones, s'apunta que les seves activitats són fragmentàries i que, en conjunt, la perspectiva de gènere no s'ha integrat a les actuacions públiques de forma transversal.

2.2.13. Desconnexió en l'aplicació i transferència del coneixement acadèmic a la societat

Tot i que la Universitat de Lleida ha portat a terme accions per vincular-se a projectes de desenvolupament del territori, per a algunes persones informants aquestes actuacions sovint parteixen de la iniciativa individual de part del professorat, i no hi ha una eina que coordini de forma global la interrelació entre la recerca universitària i el desenvolupament territorial i que garanteixi una bona transferència del coneixement acadèmic a la societat.

També, algunes persones opinen que els resultats de la recerca que es realitza en el camp de la salut no acaba d'arribar a la ciutadania.

2.2.14. L'escassa implantació de pràctiques de responsabilitat social en el teixit empresarial

Per últim, les persones entrevistades han assenyalat que, en paral·lel al desenvolupament de polítiques públiques per a la promoció de la salut, s'han de fomentar les pràctiques de responsabilitat social en el sector empresarial de Lleida, on hi ha encara molt de camí a recórrer en l'àmbit de la sostenibilitat.

Les actuacions socialment responsables de les empreses poden afavorir de forma significativa la promoció de la salut i la qualitat de vida al seu entorn.

3. Mirant al futur: tendències actuals i necessitats a abordar en salut

Aquestes són les problemàtiques que les persones entrevistades han destacat com a principals tendències relacionades amb la salut i la qualitat de vida, que caldrà considerar en un futur a mig/llarg termini:

- L'increment de les desigualtats socials per la crisi econòmica ja està generant desigualtats en salut que s'aprofundiran en un futur. Això provocarà també una major demanda d'assistència.
- La saturació del sistema sanitari i els problemes d'accessibilitat als serveis, amb un augment de les llistes d'espera.
- La reducció de pressupost a la sanitat pública pot comportar un desgast dels professionals i les professionals sanitaris, que hauran de prestar l'atenció amb menys recursos.

- Com a conseqüència de la crisi econòmica podria haver un repunt de malalties del passat, com la tuberculosi, en una tendència més associada a la pobresa i a les desigualtats socials que a la immigració (es poden tornar a donar les condicions que provocaven aquestes malalties, com ara la mala alimentació, l'estrès, l'amuntegament als habitatges...).
- L'increment de l'alimentació poc saludable: menjar precuinat, greixos, pastes i sucres.
- L'augment de l'estrès, l'ansietat i els malestars psicològics com a factors incipients, que van a generar altres malalties a la llarga.
- Problemes oftalmològics per un ús excessiu de l'ordinador, en què es fixa la vista a la pantalla durant molt de temps.

4. Propostes d'actuació

Les persones entrevistades van plantejar les estratègies d'actuació que, en la seva opinió, ajudarien a potenciar les fortaleses i a afrontar els aspectes susceptibles de millora en l'àmbit de la salut a Lleida:

La salut com a valor transversal

- Incorporar la salut com a criteri en les polítiques i com a valor en els discursos públics, entenent que és un argument que arriba a diferents sectors de la ciutadania i que és un assumpte que afecta i interessa a tota la població.

Treball en equip, interdisciplinarietat i coordinació

- Promoure la sinèrgia i la coordinació de totes les institucions implicades en el desenvolupament dels programes de promoció i educació per a la salut. Només aglutinant esforços (Ajuntament, Consell Comarcal, Diputació, etc.) es poden tirar endavant projectes amb resultats, fent servir menys recursos i menys personal.
- Fomentar el treball en equip interdisciplinari: la salut s'ha d'abordar des d'equips plurals, degut a la seva globalitat.
- Potenciar el treball en xarxa entre els centres escolars i altres agents: Ajuntament, centres d'atenció primària, centres de salut mental, serveis socials, mossos d'esquadra... A més de fomentar la complementarietat, cal establir circuits perquè el treball en xarxa sigui més eficaç, amb procediments àgils i ràpids per garantir la coordinació en la prevenció de conductes de risc, ajudar a les famílies que necessiten recursos i derivar amb eficàcia els nois/noies que ho requereixin.

Planificació, avaluació i seguiment

- Garantir la continuïtat i el seguiment dels programes de promoció i educació para la salut, i l'avaluació de resultats. En opinió de les persones entrevistades, els impactes es veuran a mig o llarg termini, però, per l'experiència en altres països, sabem que existeixen i que són resultats importants que acaben sent també rentables econòmicament.

Recursos i serveis sanitaris i socials

- Desenvolupar accions educatives i de difusió per explicar els recursos existents i garantir una millor utilització dels serveis sanitaris. Un millor ús dels serveis ajudarà també a gestionar la reducció de pressupost al sector salut.
- No centrar tota l'assistència en els metges/metgesses i potenciar el paper dels professionals i les professionals d'infermeria i d'altres disciplines (treball social, fisioteràpia...), com a alternativa per reduir la congestió del sistema sanitari.

Promoció i educació per a la salut

- Destinar recursos a l'educació sanitària de la ciutadania, entenent que aquest àmbit té la mateixa importància que l'activitat assistencial i que requereix inversió de temps i dedicació per part del personal.
- Promoure la coresponsabilització de la població en la seva salut. A més de millorar l'estat de salut de la ciutadania, fomentar els hàbits d'autocura pot contribuir a reduir la freqüentació dels serveis sanitaris, tot evitant la saturació del sistema i garantint la seva sostenibilitat.
- Utilitzar els centres educatius per desenvolupar les activitats d'educació per la salut i promoure els hàbits saludables des de la primera infantesa, incidint també en l'educació de les famílies com a nucli on s'adquireixen els hàbits de salut i autocura que es mantindran al llarg de la vida.
- Considerar l'educació per a la salut en un sentit holístic: en lloc de programar intervencions aïllades sobre aspectes concrets (p.ex. sexualitat, hàbits alimentaris...), la salut s'hauria de tractar com un concepte transversal al llarg del procés formatiu de les persones, des dels primers anys.
- Educar a la població en al·lèrgies.
- Als CAP, fer educació sanitària en grups i no només de forma individual, ja que s'ha demostrat que compartir el problema amb altres persones dona bons resultats.
- Impulsar la formació per crear professionals preparats/des en l'àmbit de la promoció i educació per a la salut.

- Continuant organitzant caminades col·lectives: hi ha persones que necessiten que algú els convoqui, i les activitats organitzades fins al moment han tingut molta participació.
- Afavorir que la gent gran tingui una vida activa i se senti útil a la societat, ja que mantenir la il·lusió i l'autoestima és fonamental per a un envelliment amb salut.
- Als centres educatius, obrir espais conjunts de reflexió amb pares i mares, per fomentar la col·laboració i la confiança i, així, passar de la participació de les famílies a la coresponsabilitat.
- Potenciar la realització d'esport i la socialització en el temps de lleure d'infants i adolescents.
- Ampliar la població destinatària de les activitats de salut comunitària (p.ex. organitzant activitats en les AAVV en horaris que permetin arribar a altres sectors de la població, a més de la gent gran).

L'atenció a la diversitat social

- Incorporar la mediació cultural i lingüística en l'assistència sanitària a persones provinents d'altres països.
- Desenvolupar actuacions de promoció de la salut amb un enfocament transversal a tota l'estructura social, de manera que les polítiques arribin a tots els nivells socials i no es centrin només en els sectors de la població més desafavorits.
- Crear recursos específics per donar suport a l'alumnat amb necessitats educatives especials, per compensar les desigualtats socials i evitar l'exclusió.

Mobilitat saludable i sostenible

- Incentivar l'ús de la bici i la mobilitat a peu, tot trencant amb la centralitat de l'ús del cotxe. Per a això, cal garantir que l'opció saludable és una opció fàcil: ha d'haver-hi aparcaments i espais per a bicicletes, anar en bici no ha de ser un risc i ha de tenir preferència, juntament amb el vianant, davant del cotxe (p.ex. en zones en què el cotxe ha d'anar a 20 km/h).
- Fomentar el transport públic interurbà per reduir la pressió del trànsit de les persones que cada dia venen de fora a treballar.
- Impulsar el transport públic urbà, donant-li més funcions, per contenir la motorització.
- Ubicar pàrkings dissuasoris a les entrades de la ciutat i amb interconnexions freqüents en transport públic, per evitar l'entrada en cotxe al centre.
- Continuar millorant la mobilitat a peu a la ciutat: si bé s'han superat moltes barreres i es pot anar caminant a tot arreu, la tendència es pot millorar en aspectes com els camins escolars.
- Treballar perquè el sector comercial entengui els beneficis de fomentar les zones per a vianants.

- Desenvolupar una planificació urbanística centrada en la proximitat: la mobilitat a peu també es fomenta quan els equipaments públics s'ubiquen a prop de la població, ben distribuïts al territori, i les infraestructures de transport es gestionen d'acord amb aquesta proximitat.

Alimentació saludable

- Insistir en el foment de l'alimentació saludable als centres i menjadors escolars, incidint en l'educació a les famílies.
- Fomentar convenis perquè el sector de la fruita de Lleida vingui a preu barat als menjadors escolars, per tal que sigui més econòmic incloure als menús peces de fruita que productes làctics. De cara al sector, la iniciativa es pot plantejar com una inversió de futur, ja que contribueix a generar un hàbit alimentari que perdurará en el temps.
- Promoure més programes divulgatius als mitjans de comunicació sobre alimentació saludable.
- Difondre els beneficis dels productes alimentaris de qualitat de la terra, com ara l'oli d'oliva verge extra. Cal educar la ciutadania perquè els conegui i prefereixi l'oli d'oliva verge davant de l'oli de gira-sol.
- Potenciar que la Universitat faci més divulgació en hàbits alimentaris saludables, a partir dels resultats de la recerca.

Prevenició del consum d'alcohol i altres substàncies addictives

- Prevenir les adicions, que comprenen el tabac, l'alcohol, la televisió, els videojocs... des dels valors: els valors saludables de la ciutat de Lleida.
- Fomentar activitats d'oci que reforcin hàbits saludables, implicant també el sector empresarial.
- Cercar la complicitat de les famílies per afrontar el consum d'alcohol del jovent, per tal que hi hagi un control per part de la comunitat.

Crisi econòmica i desigualtats socials

- Potenciar el paper de la salut i del sistema sanitari com a agent generador de riquesa, que té impactes directes i indirectes no només en la creació d'ocupació al territori, sinó també en la capacitat d'innovació i en la generació i difusió de coneixement.
- Mantenir el desenvolupament del territori, creant alternatives econòmiques i de qualitat de vida, per evitar la despoblació de les zones rurals de Lleida i per fomentar la creació de llocs de treball..

- Analitzar les necessitats de col·lectius específics de la població amb l'objectiu de disminuir les desigualtats i tendir cap a un major benestar social, d'acord amb un concepte holístic de la promoció de la salut.

Malestars psicològics i educació emocional

- Educar la ciutadania en l'àmbit de les emocions. En el moment d'incertesa i inestabilitat de la societat actual, cal fomentar que les persones aprenguin a gestionar l'estrès i l'ansietat des de la infantesa, que tenen un impacte significatiu en la salut somàtica i en el benestar de les persones.
- Potenciar l'educació emocional i el treball de l'afectivitat en l'acompanyament a adolescents. Per promoure hàbits saludables i evitar conductes de risc és important escoltar l'alumnat, fomentar que els adolescents i les adolescents es senten bé amb si mateixos/es i treballar el sentit de pertinença al grup, perquè sigui quin sigui el seu origen social, tothom es trobi acollit al centre educatiu i adverteixi que es respecta i reconeix la seva identitat com a persona.

Polítiques i intervencions de proximitat

- Mantenir la proximitat com a criteri transversal en les polítiques públiques, tant pel que fa a les activitats educatives i de difusió en l'àmbit de la salut, com a l'hora de definir la ubicació dels serveis.
- Garantir que els programes de salut pública arriben a les persones destinatàries amb projectes de comunicació directa amb els col·lectius diana. Cal arribar a la població allà on es troba: a través dels CAP, a les empreses, a la comunitat, les associacions o als centres educatius.

Participació ciutadana en el Pla de salut

- Implicar les associacions de malalts en la revisió del Diagnòstic i el disseny del Pla de salut, ja que poden tenir idees interessants a aportar sobre com prevenir.
- Tenir en compte la Universitat de Lleida i els diversos estudis vinculats a la salut en l'elaboració del Pla de salut, incloent també els col·legis professionals en les propostes per a la promoció de la salut.

Recerca, generació i difusió del coneixement

- Ampliar la informació sobre els estils de vida de la joventut als pobles de Lleida, ja que en coneixem poc.

- Impulsar estudis epidemiològics per analitzar la incidència del càncer i les seves causes al municipi, ja que és una malaltia multifactorial.

L'entorn empresarial

- Potenciar la responsabilitat social de les empreses de Lleida, per fomentar la seva implicació amb la sostenibilitat, la salut i la qualitat de vida al municipi.
- Integrar la salut laboral com un àmbit important dins del Pla de salut. Cal incidir als llocs de treball i promoure bones pràctiques laborals: entorns segurs, climes de treball distesos i saludables, i horaris racionals que faciliten la conciliació i afavoreixen la reducció de l'estrès.

L'entorn regulatori

- Aprofitar les possibilitats que obrirà la nova Llei de Salut Pública, tant per millorar la coordinació de les institucions implicades com per impulsar noves actuacions.
- Utilitzar les lleis i ordenances municipals per abordar els aspectes que, pel moment, no s'acaben d'assolir amb educació, com ha succeït amb la llei antitabac i com va ocórrer amb l'obligatorietat del cinturó de seguretat.

Sessió participativa per a l'elaboració del Pla de Salut de Lleida

Informe de resultats

CSC – Consultoria i Gestió
Gener 2012

Índex

1. INTRODUCCIÓ	375
2. METODOLOGIA	375
2.1. Convocatòria	375
2.2. Dinàmica de la sessió	376
2.2.1. Presentació del diagnòstic de salut	376
2.2.2. Revisió i priorització de problemes	376
2.2.3. Definició de propostes d'actuació	376
3. RESULTATS	378
3.1. Revisió i priorització de problemes	378
3.2. Propostes de millora	380
3.2.1. Protecció de la salut	380
3.2.2. Promoció de la salut	381
Annex 1 Llista d'assistents	384
Annex 2 Imatges de la sessió	385

1. Introducció

El dia 22 de desembre de 2011, l'Ajuntament de Lleida va realitzar una sessió participativa amb professionals de diferents àmbits relacionats amb la salut pública, tant de la Paeria com de centres municipals i d'altres institucions i entitats externes.

L'objectiu de la trobada era presentar les conclusions del diagnòstic elaborat sobre la situació de la salut a Lleida, i obrir un espai de debat per recollir propostes de futur, que la Paeria considerarà com a possibles intervencions de millora a incloure en el Pla de salut de la ciutat.

Les persones que van assistir-hi van poder plantejar dubtes i comentaris sobre el diagnòstic de salut, van revisar els problemes que tenen un impacte significatiu per a la salut i qualitat de vida al municipi i van suggerir un seguit d'actuacions en relació als temes tractats.

A continuació, presentem una síntesi dels resultats de la sessió i descrivim la metodologia emprada.

2. Metodologia

Mitjançant una combinació de dinàmiques participatives, la sessió va perseguir l'intercanvi d'idees entre les persones assistents i la creació d'un marc de confiança per a la cerca comuna de solucions.

2.1. Convocatòria

La selecció de participants es va realitzar cercant una representativitat temàtica; atès que la salut és un concepte transversal, les persones participants havien de ser representatives de l'enfocament interdisciplinari que es requereix per abordar la definició d'un Pla de salut en l'àmbit local. La convocatòria es va centrar, sobretot, en el perfil tècnic i professional, tant de persones pertanyents a la Paeria com de serveis externs, i es va convidar també a persones representants d'entitats veïnals i d'associacions de malalties.

En concret, es va convocar mitjançant correu-e, i fent un reforç telefònic, a 39 persones pertanyents als següents perfils¹:

¹ L'annex 1 conté la relació d'assistents.

- professionals dels serveis sanitaris i de protecció de la salut del municipi (agència de protecció de la salut, centres d'atenció primària, atenció hospitalària i sociosanitària, atenció a les drogo dependències, salut mental, salut laboral...).
- personal tècnic dels diversos departaments de l'Ajuntament (salut pública, medi ambient, joventut, esports, urbanisme i mobilitat, seguretat i civisme, participació ciutadana, gent gran i voluntariat, igualtat, serveis socials, educació, i promoció econòmica i industrial).
- professionals de serveis públics no sanitaris (Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica).
- representants d'entitats socials (associacions veïnals, entitats per la salut i associacions de malalties).

2.2. Dinàmica de la sessió

La jornada es va desenvolupar durant quatre hores, seguint l'estructura següent:

2.2.1. Presentació del diagnòstic de salut

La sessió va començar amb una síntesi, en plenari, dels resultats del document preliminar sobre la situació de la salut a la ciutat de Lleida elaborat per l'equip consultor. Durant la presentació, les persones assistents van plantejar qüestions.

2.2.2. Revisió i priorització de problemes

Un cop revisats els resultats del diagnòstic de situació, es va dividir els assistents en grups de 4 persones, que van repassar els aspectes identificats a l'informe com a principals problemes i reptes actuals per a la salut al municipi. Cada subgrup va debatre si hi havia altres aspectes importants a incloure i, finalment, va triar els 6 problemes prioritaris, és a dir, els que consideraven que tenen un impacte més significatiu per a la salut de la població a Lleida.

2.2.3. Definició de propostes d'actuació

A partir de les necessitats detectades en relació a la protecció i la promoció de la salut, les persones assistents van proposar les estratègies d'actuació que pot seguir la Paeria en cada àmbit analitzat. Per a això, les participants i els participants es van tornar a dividir en subgrups de 4 persones, que van treballar els següents temes:

Subgrup 1 Protecció de la salut

- Control higiènic i sanitari de piscines
- Prevenció i control de la legionel·losi
- Qualitat de les aigües de consum humà
- Animals domèstics, animals peridomèstics i control de plagues
- Gestió del risc dels productes alimentaris
- Gestió del risc de les activitats de tatuatge, micropigmentació i pírcing

Subgrup 2 Promoció de la salut

- Hàbits d'alimentació saludable
- Exercici físic i manteniment d'una vida activa en totes les etapes del cicle vital
- Hàbits d'autocura i coresponsabilització de la població en la seva salut
- Atenció a col·lectius vulnerables
- Mobilitat sostenible i urbanisme saludable

Subgrup 3 Promoció de la salut

- Tabaquisme, alcoholisme i altres addiccions
- Salut sexual i afectiva
- Malestars psicològics i educació emocional

D'altra banda, tots els grups van considerar també en el debat altres **aspectes transversals**, com ara:

- Organització dels serveis i coordinació dels agents implicats
- Perspectiva de gènere, intergeneracional i multicultural
- Sistemes d'informació i disponibilitat del coneixement sobre aspectes de salut de la població

3. Resultats

3.1. Revisió i prioritització de problemes

A continuació, mostrem la valoració que van fer les persones assistents de les àrees de millora identificades per a la salut a Lleida.

Els 6 primers ítems llistats són els que els subgrups van triar com a les qüestions que tenen un impacte més significatiu per a la salut i qualitat de vida al municipi. Entre parèntesi, indiquem el nombre de subgrups que van considerar l'ítem com a prioritari i, en color, destaquem els aspectes que es van suggerir per completar o matisar els problemes identificats al diagnòstic. Finalment, detallam altres qüestions que les persones participants van apuntar per incloure-les com a àrees de millora:

- Hi ha un elevat consum d'alcohol i altres drogues entre el jovent, associat als models actuals d'oci, **a més d'una manca d'intervenció ambiental (comunitària) en la prevenció de les addiccions (3 subgrups)**.
- Manca d'hàbits d'autocura de la població, que ha perdut la coresponsabilització sobre la seva pròpia salut i s'ha fet massa dependent dels serveis de salut, fins i tot per al tractament de dolences menors **(3 subgrups)**.
- Manca d'educació emocional i increment dels malestars psicològics: s'ha produït un increment de les consultes de salut de tipus psicològic per abordar ansietats, depressions i problemes de comunicació. Aquests malestars tenen un impacte significatiu en l'estat de salut de les persones i estan associats a una societat en què la incertesa sobre el futur i la inseguretat laboral, personal i econòmica són la norma, però també a la manca d'educació de les persones en l'àmbit del benestar emocional **(3 subgrups)**.
- La coordinació entre les institucions i organismes vinculats a la salut pública és insuficient; de vegades, costa aglutinar esforços en una mateixa direcció i evitar la duplicació i la ineficiència. **A més, hi ha desinformació entre institucions de les activitats que realitzen (2 subgrups)**.
- Planificació de les intervencions a curt termini i, en ocasions, manca de continuació i de seguiment dels programes i dels seus resultats **(2 subgrups)**.
- En els darrers anys hi ha hagut un increment del trànsit a Lleida i, tot i l'avantatge de tenir una ciutat molt adaptada als vianants i del fet que s'han incrementat els serveis de

transport públic i s'han creat carrils bici, una part important de la població utilitza el vehicle privat com a forma de desplaçament (2 subgrups).

- Hi ha saturació del sistema sanitari (especialment d'Atenció Primària) i certa manca d'adequació a les noves necessitats socials (p.ex. mediació cultural i lingüística amb col·lectius nouvinguts) (1 subgrup).
- Alguns programes tenen un reduït impacte: les campanyes de comunicació orientades a conscienciar d'un problema a vegades no garanteixen que el missatge arribi als col·lectius destinataris i no s'aconsegueix un canvi real de comportament. En aquest sentit, no es presta suficient atenció a les poblacions en risc d'exclusió, ni a les persones immigrants (1 subgrup).
- La crisi econòmica pot desencadenar problemes de salut específics, tals com l'aparició de malalties del passat (com ara la tuberculosi) i la radicalització de les desigualtats en salut, associades a les desigualtats socials (1 subgrup).
- Poc treball amb perspectiva de gènere, que no s'ha integrat a les actuacions públiques de forma transversal (1 subgrup).
- Hàbits d'alimentació poc saludables: no es consumeixen prou fruites i verdures, i l'estil de vida actual fa predominar una alimentació de mala qualitat, molt basada en menjars precuinats.
- Desconnexió en la transferència i aplicació del coneixement acadèmic a la societat; al marge d'algunes iniciatives puntuals, no hi ha una eina que coordini de forma global la interrelació entre la recerca universitària i el desenvolupament territorial.
- Queda molt de camí per recórrer en l'àmbit de la sostenibilitat i en la implantació de pràctiques de responsabilitat social en les empreses de Lleida.

Altres qüestions que les persones participants van apuntar per incloure-les com a àrees de millora:

- Hi ha un desconeixement dels aspectes de salut pública per part de la ciutadania.
- No es treballa suficientment la difusió del binomi esport - salut.
- Hi ha una falta de coordinació entre àmbits professionals i manca de compromís polític en salut pública.
- Hi ha una manca de programes sobre salut sexual i afectiva, i un insuficient abordatge de la violència de gènere.

3.2. Propostes de millora

En aquest apartat, detallem les actuacions que les persones assistents a la sessió van proposar per fer front a les necessitats detectades en els àmbits de protecció i promoció de la salut:

3.2.1. Protecció de la salut

Control higiènic i sanitari d'instal·lacions

- Promoure l'adquisició d'hàbits saludables per part de la població en l'ús dels centres esportius i d'hidroteràpia.

Qualitat de les aigües de consum humà i gestió del risc dels productes alimentaris

- Educar a la ciutadania en aspectes de protecció de la salut relacionats amb la manipulació d'aliments, les infeccions tòxiques, les aigües potables i els hàbits higiènics generals.

Coordinació dels agents implicats i disponibilitat de la informació

- Incrementar la coordinació entre les diferents administracions que tenen competències en la protecció de la salut en l'àmbit municipal.
- Millorar el traspàs d'informació sobre les actuacions realitzades pels diferents organismes implicats en protecció de la salut; tot i que hi existeixi, sovint la informació es queda a la mateixa administració i no arriba a d'altres institucions.
- Crear un cens municipal de tots els establiments de la ciutat que realitzen activitats en àmbits alimentaris, ambientals i de risc per a la salut de les persones.
- Garantir que hi ha un sistema d'informació únic i compartit per a totes les institucions implicades en la protecció de la salut.

Mobilitat sostenible i urbanisme saludable

- Reforçar la interconnexió entre les polítiques urbanístiques i la protecció de la salut a la ciutat de Lleida.

3.2.2. Promoció de la salut

Hàbits d'autocura i coresponsabilització de la població en la seva salut

- Dissenyar programes educatius per fomentar la responsabilització personal i l'empoderament familiar en l'autocura d'aspectes de salut fonamentals.
- Planificar activitats informatives i de sensibilització sobre tècniques d'autocura i prevenció de patologies banals per a col·lectius específics: infants/joves, persones adultes i gent gran.
- Potenciar la participació i la implicació col·lectiva en la cura de la salut, tot fomentant les xarxes de suport mutu i les actuacions de proximitat.
- Promoure l'accés a la informació sobre vida saludable i prevenció de conductes de risc a través de la creació de grups d'iguals.

Exercici físic i manteniment d'una vida activa en totes les etapes del cicle vital

- Utilitzar les xarxes socials (casals, escoles, entitats...) per promoure hàbits saludables (p.ex. d'alimentació i exercici físic), i per facilitar una vida activa, tant física com mental, al llarg de totes les etapes del cicle vital.
- Dissenyar campanyes de sensibilització per reforçar la idea del binomi esport/salut.
- Fomentar una concepció de l'esport basada en la transmissió de valors i hàbits positius de comportament, i no tan centrada en la competició (especialment, en pares i mares).
- Promoure la realització d'esport en adolescents (prestant atenció al pas dels CEIPs als IES), dones i gent gran.
- Potenciar i donar a conèixer els elements de gimnàstica que hi ha a les places i altres espais a l'aire lliure, principalment a la gent gran.
- Elaborar un estudi sobre els usos de les instal·lacions esportives de la ciutat, per obtenir més informació orientada a fomentar l'activitat física.
- Fomentar l'esport com a activitat i no com a espectacle, passant d'una concepció passiva i de consum a una actitud activa vers el fet esportiu.
- Promoure un accés democràtic i universal a l'esport.

Hàbits d'alimentació saludable

- Programar tallers formatius sobre compra saludable i sostenible als mercats, les botigues de barri i les grans superfícies.

- Desenvolupar una campanya per fomentar la coresponsabilitat d'homes i dones en l'alimentació saludable.
- Programar tallers de cuina per a infants i joves, dins dels circuits educatius formals i informals.
- Organitzar tallers de cuina saludable amb perspectiva de gènere (per a homes, dones i grups mixtos).

Atenció a col·lectius vulnerables

- Recuperar el centre de joves com a recurs d'atenció global al jovent, tant per prestar suport en aspectes afectius com per atendre altres necessitats d'aquest grup d'edat.
- Potenciar i donar a conèixer els programes de promoció de la salut a poblacions en risc (p.ex. persones diabètiques o amb malalties cardiovasculars).

Prevenició i atenció a les drogodependències

- Planificar programes educatius universals, continuats en el temps i comptant amb participació compromesa dels agents responsables i de tots els actors implicats en la prevenició de les drogodependències.
- Dissenyar programes de prevenició de les addiccions en l'àmbit comunitari, orientats a fomentar un canvi de tolerància social i una major protecció dels joves i d'altres col·lectius vulnerables per part del conjunt de la societat.
- Crear campanyes de prevenició de les addiccions concretes per a les diferents poblacions de risc, segons les seves característiques: joves, immigrants, dones...
- Desenvolupar projectes d'acompanyament psicosocial per a la població consumidora adolescent.
- Actualitzar i adequar tècnicament els serveis d'atenció a les drogodependències (p.ex. CASD) als nous consums de drogues i als nous perfils de consumidors.
- Potenciar els espais d'oci saludable i participatiu a la ciutat.

Malestars psicològics i educació emocional

- Capacitar les professionals i els professionals de l'educació en aspectes d'educació emocional.
- Introduir l'educació emocional als programes educatius escolars, en tots els nivells (des de P3 fins l'ESO).

- Reforçar els projectes d'educació sexual i afectiva adreçats al jovent, tot abordant el problema de la violència masclista des d'una perspectiva cultural i transversal.
- Programar tallers sobre imatge personal i salut, i treballar les identitats de gènere i el reforç de l'autoestima per prevenir trastorns alimentaris com ara l'anorèxia.
- Potenciar la participació ciutadana i les xarxes de suport mutu per afrontar les situacions de dificultat quotidiana i la frustració i inestabilitat generades per l'actual incertesa econòmica i social.

Mobilitat sostenible i urbanisme saludable

- Treballar des de les polítiques urbanístiques amb l'objectiu d'assolir una ciutat més sostenible, saludable i amable.
- Fomentar l'ús de vehicles compartits per part del personal d'administracions i empreses.
- Millorar els carrils bici per promoure l'ús de la bicicleta.
- Fer el transport públic més eficient i fomentar el tren com a mitjà de transport interurbà.
- Desenvolupar campanyes per promoure que la població es mogui a peu.
- Potenciar les polítiques d'empresa encaminades a incentivar la mobilitat sostenible: per exemple, abonament de la reparació de bicicletes, plaça d'aparcament gratuïta per a les persones que utilitzen el cotxe compartit...

Annex 1 Llista d'assistents

A la trobada vam comptar amb l'assistència de dinou persones:

NOM	ÀMBIT	ENTITAT
Alonso, Isabel	Medi Ambient i Horta. Protecció de la salut	Ajuntament de Lleida
Conejos, Luisa	Atenció a les drogodependències	Ajuntament de Lleida
Corona, Emilia	Joventut	Ajuntament de Lleida
Garra, Juanjo	Esports	Ajuntament de Lleida
Ibarz, José Ramon	Seguretat, civisme i interior	Ajuntament de Lleida - Guàrdia Urbana
Marco, Lluís	Atenció primària	CAP Balafia-Seca-Pardinyes
Nuín, Carme	Protecció de la Salut	Servei Regional de Lleida de l'Agència de Protecció de la Salut
Pifarré, Josep	Salut mental	Hospital de Santa Maria (GSS)
Planella, Pilar	Participació ciutadana i gent gran	Ajuntament de Lleida
Porta, Pere	Seguretat, civisme i interior	Ajuntament de Lleida - Guàrdia Urbana
Puertas, Sílvia	Drets civils i igualtat	Ajuntament de Lleida - Casal de la Dona
Puigdeval, Margarita	Salut Mental	Hospital de Santa Maria (GSS)
Roig, Marta	Urbanisme i mobilitat	Ajuntament de Lleida
Saez, Salvador	Promoció de la Salut	Aula de Salut i Màster d'Educació per a la Salut - Universitat de Lleida
Samper, Xavier	Atenció a les drogodependències	Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències – Hospital de Santa Maria
Sanmartín, Pilar	Atenció hospitalària i socio sanitària	Hospital de Santa Maria
Segarra, Josep	Promoció de la Salut	Federació d'Entitats per la Salut de Lleida (FES)
Tor, Mercè	Salut Pública	Ajuntament de Lleida
Yuguero, Oriol	Salut Pública i Joventut	Ajuntament de Lleida

Annex 2 Imatges de la sessió

