Informe de salut 2016

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pla de Salut
de Catalunya 2016-2020

Direcció General de Planificació en Salut
Pilar Magrinyà i Rull

Responsable de l'edició
Eulàlia Masachs i Fatjó

Redacció
Oriol Garcia, Eulàlia Masachs, Antonia Medina i Anna Schiaffino

Altres col·laboradors
Fernando Alava, M. Luz Amado, Mercè Armelles, Ricard Armengol, Genoveva Barba, Esther Bigas, Montserrat Bustins, Carmen Cabezas, Conxa Castell, Imma Cervós, Joan Colom, Irene Corbella, Josep A. Espinàs, Mireia Fàbregas, M. Rosa Fernández, Roser Francisco, Adriana Freitas, Mireia Jané, Esther Jordà, Xavier Llebaria, Ana Isabel Martínez, Montserrat Masó, Manuel Medina, Cristina Molina, Anna Mompart, Jordi Monedero, Cristina Nadal, Carles Oliete, Glòria Oliva, Lydia Padró, Lluís Picart, Bibiana Prat, Anna Puigdefàbregas, Marc Ramentol, Laura Ramírez, Xavier Roca, Anna Rosa Rodés, Anna Rubio, Esteve Saltó, Gemma Salvador, Lídia Segura, Josep M. Suelves, Enrique de la Torre, Ricard Tresserras

Alguns drets reservats
© 2017, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.
La llicència es pot consultar a: **http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca**

Edita
Direcció General de Planificació en Salut

1a edició
Barcelona, gener de 2017

Assessorament lingüístic
Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL
http://salutweb.gencat.cat/informedesalut2016

Sumari

Presentació 6
Resum 9
1. Quin és el nostre entorn 14
1.1 L'entorn social 14
1.1.1 El context demogràfic 14
1.1.2 El context socioeconòmic 16
1.2 L'entorn físic 18
1.2.1 L'aigua 18
1.2.2 L'aire 19
1.2.3 La seguretat dels aliments 20
2 Quina salut tenim 23
2.1 Quant esperem viure 23
2.2 Com valorem la nostra salut 25
2.2.1 Percepció de la salut 25
2.2.2 Qualitat de vida relacionada amb la salut 27
2.3 De què morim 29
2.3.1 Mortalitat general i causes de mort 29
2.3.2 Mortalitat prematura 32
2.3.3 Mortalitat infantil i perinatal 33
2.4 Quins problemes de salut tenim 34
2.4.1 Trastorns crònics 34
2.4.2 Salut i benestar mental 36
2.4.3 Excés de pes 38
2.4.4 Discapacitats 42
2.4.5 Malalties immunoprevenibles de declaració obligatòria 44
2.4.6 Tuberculosi 47
2.4.7 Virus de la immunodeficiència humana i infeccions de transmissió sexual 49
2.4.8 Brots epidèmics 51
2.4.9 Malalties que ens fan consultar l'atenció primària, el servei d'urgències o ingressar a l'hospital 53
2.4.10 Malalties minoritàries 56
2.4.11 Malalties relacionades amb el treball 58
3 Què fem per la nostra salut 61
3.1 Quins estils de vida tenim 61
3.1.1 Activitat física 61
3.1.2 Alimentació 62
3.1.3 Consum de tabac 65

3.1.4 Consum d'alcohol 67
3.1.5 Hores de son 69
3.2 Quines pràctiques preventives fem 71
3.2.1 Mesura periòdica de la pressió arterial 71
3.2.2 Raspallat de dents 73
3.2.3 Detecció precoç del càncer 75
3.3 Quins serveis sanitaris utilitzem 77
3.3.1 Cobertura sanitària 77
3.3.2 Visites a professionals de la salut 79
3.3.3 Visites a un servei d'urgències i hospitalització 81
3.3.4 Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats 86
4 Què fa el sistema de salut 89
4.1 Pla de salut de Catalunya 2016-2020 89
4.2 Marcant fites: objectius en l'horitzó 2020 91
4.2.1 Objectius de reducció de mortalitat i morbiditat 91
4.2.2 Objectius de reducció de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients 93
4.2.3 Objectius de reducció de les desigualtats en salut 95
4.3 El Pla estratègic de salut mental comunitària 2017-2020 101
5. Índex de figures i taules 103
6. Bibliografia 107

Presentació

Presentació

L'elaboració de l'informe de salut de Catalunya és el compromís del Departament de Salut, definit en el Pla de salut de Catalunya, de facilitar informació sobre la salut de la població en un període concret. L'Informe recull les dades més recents i rellevants que permeten fer una valoració global de l'estat de salut a Catalunya i dels objectius de salut formulats en el Pla de salut de Catalunya. És, alhora, una eina per monitorar-los.

D'acord amb les prioritats establertes pel Pla de salut de Catalunya 2016-2020, l'Informe que es presenta aprofundeix en l'anàlisi i la descripció de les dades de salut que corresponen als projectes del Pla de salut, i fa especial atenció en alguns dels seus determinants socials, com ara la classe social i el nivell d'estudis.

Aquest Informe dona continuïtat a la sèrie d'informes anuals i abasta el període 2015-2016. Està estructurat en quatre grans apartats: en el primer apartat –Quin és el nostre entorn– es presenten dades que ens situen el context social, demogràfic i ambiental dels darrers anys. L'apartat segon –Quina salut tenim– defineix l'estat de salut de la població, presenta informació sobre l'esperança de vida, les causes de mort, la morbiditat i la valoració de la salut que fa la població. El tercer apartat –Què fem per la nostra salut– ens apropa als comportaments de la ciutadania per promoure la seva salut, els estils de vida, les pràctiques preventives i l'ús i la satisfacció amb els serveis sanitaris públics. La informació d'aquests tres apartats es presenta, sempre que ha estat possible, seguint l'estructura següent: definició i explicació dels indicadors, resultats dels indicadors per a tota la població de Catalunya, per grup d'edat i sexe, per classe social basada en l'ocupació, per nivell d'estudis, per regió sanitària i, finalment, se'n mostra l'evolució temporal. En el darrer apartat –Què fa el sistema de salut– l'Informe dona veu a algunes activitats que du a terme el sistema sanitari per tal d'avançar en la millora de la salut de la població. En aquest sentit, s'han escollit dues actuacions especialment rellevants. La primera, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020, aprovat pel Parlament de Catalunya el passat mes de juliol, que és el marc de referència de les actuacions públiques en matèria de salut per als propers quatre anys. I la segona, el model de salut mental comunitària, el desplegament del qual és una acció prioritària del Departament de Salut per al 2017.

Els resultats de l'Informe de salut 2016 mostren que a Catalunya els indicadors d'esperança de vida i esperança de vida en bona salut continuen sent bons, tant en relació amb la mateixa evolució com en comparació dels d'altres països. Però si tenim en compte alguns determinants de la salut, com la classe social i el nivell d'estudis, observem diferències en els indicadors de salut i els estils de vida, com ara l'autopercepció de la salut, el consum de tabac, l'activitat física o l'excés de pes. Aquestes dades ens refermen la necessitat de dur a terme accions adreçades a les poblacions més vulnerables i de promoure accions interdepartamentals i intersectorials per incidir en la reducció de les desigualtats socials que afecten la salut, tal com proposa el Pla de salut de Catalunya 2016-2020.

Esperem, doncs, que les dades que conté el document siguin d'utilitat, especialment a aquelles persones que, des de les diferents responsabilitats del sector de la salut (professionals clínics, de gestió, de planificació o d'avaluació) i també des d'altres sectors, tenen responsabilitat en algun àmbit de la millora de la salut de la població.

Finalment, cal dir que aquest document ha estat possible gràcies a un treball de col·laboració entre els professionals de la Direcció General de Planificació en Salut, la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària, la Secretaria de Salut Pública, el Servei Català de la Salut i l'Institut Català de la Salut. A tots ells els agraïm la participació.

Resum

Resum

Quin és el nostre entorn

L'any 2016, Catalunya té 7.522.596 habitants, 14.490 més que l'any anterior. El nombre de naixements disminueix des del 2008 i continuarà disminuint els propers anys, mentre que el nombre de defuncions augmentarà. Una profunda crisi econòmica ha marcat els darrers anys. La taxa d'atur l'any 2015 és del 18,6% i la taxa d'atur de llarga durada, del 10,4%. Un milió quatre-centes mil persones viu per sota del llindar de risc de pobresa després de rebre transferències socials. Paral·lelament, s'observa un increment de la desigualtat econòmica. L'any 2015, el 20% de població amb nivell econòmic més alt té sis vegades més renda que el 20% de població amb menys renda. Els darrers anys, s'ha assistit a un descens de l'abandonament prematur dels estudis. L'any 2015 el 18,9% de les persones de 18 a 24 anys havien abandonat prematurament els estudis secundaris.

Quant a l'entorn físic, els resultats de la valoració de la qualitat de l'aigua mostren un nivell elevat d'aptitud de l'aigua de consum. Els contaminants més destacats que afecten la qualitat de l'aire són les partícules en suspensió, on s'observa un lleuger increment respecte de l'any anterior; el diòxid de nitrogen, amb una estabilització de la tendència a la disminució observada els darrers anys, i l'ozó troposfèric, on s'han registrat 115 hores de superació del llindar en disset dels cinquanta punts de mesurament. Finalment, el 92,8% dels establiments inspeccionats i el 99,3% de les mostres d'aliments analitzades compleixen els requisits i límits establerts en la normativa de seguretat alimentària. L'evolució dels indicadors generals de conformitat mostren una tendència estable.

Quina salut tenim

A Catalunya, l'esperança de vida en néixer l'any 2014 és de 83,4 anys i l'esperança de vida en bona salut en néixer, de 68,4 anys, i se segueix la tendència a l'augment d'anys anteriors tant en homes com en dones i en la majoria de grups d'edat. Els homes viuen menys temps que les dones, però la proporció de temps que viuen en bona salut és superior a la de les dones.

Segons les darreres dades disponibles, l'any 2014 la taxa bruta de mortalitat és de 8,17 defuncions per cada 1.000 habitants (8,37 els homes i 7,98 les dones), cosa que suposa un increment del 0,60% en els homes i de l'1,91% en les dones respecte a l'any anterior. El 61,9% de les defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys. Els tumors són la primera causa de mort, amb un 28,2% de totes les defuncions. La segona causa de mort són les malalties cardiovasculars, que provoquen el 27,9% de les defuncions. En les dones, la primera causa de mort prematura (abans dels 70 anys) és el tumor maligne de mama i en els homes, el tumor maligne de pulmó. Les afeccions perinatals i les malalties congènites causen el 76,0% de les morts d'infants de menys d'un any.

El 83,3% de la població general té una percepció positiva del seu estat de salut i el 34,3% pateix alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. En la població de 15 anys i més, el 28,0% té dolor o malestar, el 16,6% té problemes d'ansietat o depressió, el 15,7% pateix alguna discapacitat o limitació permanent i el 10,6% necessita ajuda d'altres persones per dur a terme activitats quotidianes. Té excés de pes el 49,3% de la població de 18 a 74 anys i el 31,8% de la població de 6 a 12 anys. El 2,6% de la població de menys de 15 anys pateix una discapacitat. La majoria d'aquests indicadors han millorat o s'han mantingut estables el darrer any i, en general, obtenen millors resultats els homes que les dones (excepte en l'excés de pes), les persones de la classe social més benestant i les persones amb un nivell d'estudis més elevat.

L'any 2015 s'han notificat 3.630 casos de tos ferina, 437 de parotiditis, 89 d'hepatitis B i 76 d'hepatitis A. La taxa d'incidència de la tos ferina, la parotiditis i l'hepatitis A és més alta en les persones de menys de 15 anys i disminueix a mesura que els grups són de més edat. En canvi, l'hepatitis B és una malaltia d'adults i, sobretot, d'homes. Les taxes d'incidència de la tos ferina i de la parotiditis són més elevades que l'any anterior. La taxa d'incidència de la tuberculosi és de 14,4 casos per cada 100.000 habitants i ha disminuït en mig punt respecte a la taxa de l'any anterior. S'han enregistrat 634 diagnòstics nous de VIH l'any 2015. La transmissió més freqüent es dona en homes que tenen sexe amb homes, en el 67,0% dels casos. D'altra banda, s'han declarat 812 brots epidèmics, que han afectat 6.493 persones i la tos ferina és el tipus de brot més freqüent, amb 455 brots i 1.701 afectats.

Els motius més freqüents de consulta a l'atenció primària en les persones de menys de 15 anys ateses són les immunitzacions i els cribratges de malalties infeccioses i les infeccions respiratòries de vies altes, que generen dues visites per pacient a l'any de mitjana. En la població de 15 anys i més, el problema de salut que afecta més persones és la hipertensió arterial i és un dels diagnòstics que té més visites associades. Les malalties de l'aparell respiratori són les que tenen un nombre més elevat de contactes d'hospitalització en pacients de menys de 15 anys i en pacients adults, les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits.

Entre 2010 i 2013 s'han identificat 271.106 casos amb diagnòstic de malalties minoritàries, que corresponen a 229.861 persones. Cada persona té de mitjana 1,2 diagnòstics. Els homes tenen més malalties minoritàries que les dones fins als 20 anys i a partir dels 70 anys, tot i que, en general, homes i dones tenen una prevalença molt semblant (3,0% i 3,2%, respectivament).

A Catalunya, es produeixen 77,4 casos de malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades l'any 2015. Destaquen dos grans grups: els trastorns de salut mental i els trastorns osteomusculars. La taxa d'incidència dels trastorns de salut mental és més alta entre les dones i en persones ocupades d'entre 25 i 54 anys, i els trastorns osteomusculars entre les persones ocupades més grans.

Dels principals vint indicadors anuals analitzats a l'Informe, s'observen diferències entre regions sanitàries en comparació del conjunt de Catalunya en catorze indicadors: l'esperança de vida, l'índex de mortalitat estandarditzada, la percepció positiva de l'estat de salut, els problemes de dolor o malestar, la malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada, els problemes d'ansietat o depressió, l'excés de pes en població de 18 a 74 anys, la discapacitat, les taxes d'incidència de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B, la tuberculosi i la taxa d'incidència del VIH.

Què fem per la nostra salut

El 70,8% de la població de 15 anys i més fa un seguiment adequat de les recomanacions de la dieta mediterrània, i el 74,2% de la població de 15 a 69 anys fa una activitat física saludable. El 25,7% de la població de 15 anys i més fuma, amb una taxa d'abandonament de prop del 40%. El 3,8% fa un consum de risc d'alcohol i el 83,8% dorm entre 6 i 8 hores. El 54,6% es pren la pressió arterial periòdicament i el 60,5% es revisa el nivell de colesterol. El 12,5% de la població de 50 a 69 anys s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta i prop del 8%, una colonoscòpia. El 35,7% de la població de 3 a 14 anys té un estil d'oci actiu i el 27,5% consumeix freqüentment productes hipercalòrics. El 16,6% de la població de menys de 15 anys conviu amb una persona que fuma dins la llar i el 56,7% de la població de 5 i 14 anys es raspalla les dents com a mínim dos cops al dia. La majoria d'aquests indicadors han millorat o s'han mantingut estables el darrer any. En línies generals, obtenen millors resultats els homes que les dones (excepte en el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol i el correcte raspallat de dents), les persones de classe social més afavorida i aquelles amb un nivell d'estudis superior (excepte en el control de la pressió arterial).

Tres de cada quatre persones disposen exclusivament de cobertura sanitària pública. La proporció de població que, a més, disposa de cobertura sanitària privada és més elevada en els grups d'edat de menys de 65 anys, en la classe social més benestant i amb un nivell d'estudis més elevat. Prop del 90% de la població que ha usat un servei sanitari públic n'està satisfet i el percentatge d'aquesta satisfacció mostra una tendència creixent al llarg dels anys.

El 97,0% de la població de menys de 15 anys i el 91,7% de la població de 15 anys i més ha visitat un professional de la salut els darrers dotze mesos. Els professionals de medicina familiar i comunitària o de pediatria són els que es visiten en més proporció. El segon professional que més es visita és l'especialista en odontologia. Una de cada tres persones ha visitat un servei d'urgències el darrer any, més les dones que els homes i la població socioeconòmicament més desfavorida. El 7,1% de la població ha estat ingressada en un hospital com a mínim una nit el darrer any i la tendència és decreixent.

Dels dotze indicadors principals analitzats, en tres no s'han trobat diferències per regió sanitària en comparació del global de Catalunya. Els nou indicadors on s'han trobat diferències són l'activitat física saludable, el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol, la mesura periòdica

de la pressió arterial, la prova preventiva de sang oculta en femta, la doble cobertura sanitària, la visita a professionals de la salut el darrer any, la visita a un servei d'urgències i la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats més freqüentment el darrer any.

Què fa el sistema de salut

Entre d'altres accions, en aquest document es destaquen les següents:

- El Pla de salut de Catalunya 2016-2020, que va ser aprovat pel Govern el 19 de juliol de 2016. Té com a objectiu principal millorar la salut i la qualitat de vida de la població a través del reforçament del sistema sanitari des de quatre principis bàsics: públic, universal, just i centrat en la persona. El Pla proposa assolir 39 objectius de salut, l'evolució dels quals es valora anualment, amb una idea integrada de l'abordatge de la salut, que posa la persona en el centre del sistema i que presta atenció a les desigualtats socials en salut.

- El Pla estratègic de salut mental comunitària 2017-2020, que promou el desplegament d'un model d'atenció comunitària a la salut mental i les addicions. Els objectius i les accions proposades pel Pla estratègic abasten la totalitat dels processos, des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el diagnòstic i el tractament, fins a la rehabilitació i la reinserció a la comunitat. Inclou, a més, la participació de les persones afectades, les famílies i les organitzacions que els representen. El Pla recull una visió àmplia del sistema, que integra i destaca elements no exclusivament sanitaris.

1. Quin és el nostre entorn

1. Quin és el nostre entorn

1.1 L'entorn social

L'entorn social, econòmic i ambiental influeix en la salut i les desigualtats en salut, i al mateix temps es beneficia d'una població sana.[1]

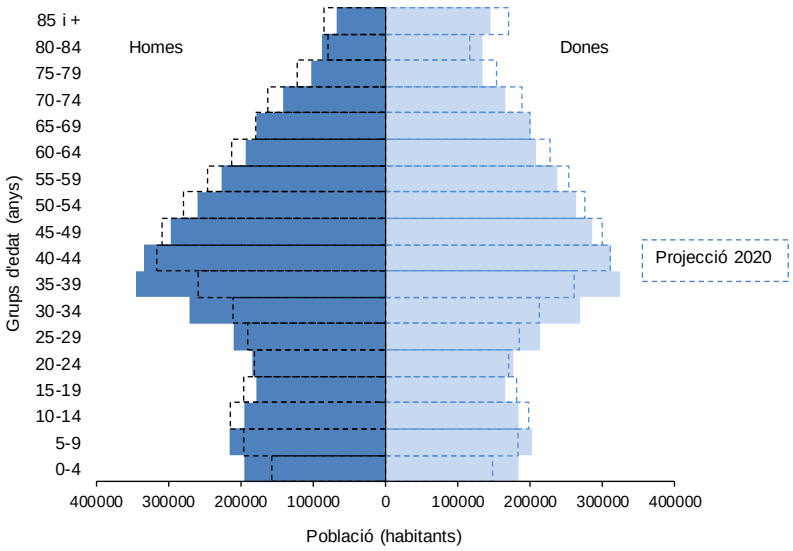
1.1.1 El context demogràfic

Les tendències demogràfiques influencien les perspectives de salut, econòmiques i socials. Durant els primers anys del segle XXI, entre els anys 2000 i 2012, la població de Catalunya va tenir un creixement molt important de més d'un milió d'habitants. Aquest creixement cal atribuir-lo, en primer lloc, a la forta migració que va fer que abans de l'any 2008 es tingués més d'un saldo migratori net que superava els 100.000 habitants per any. La població immigrada estrangera, pertanyent a grups d'edats joves, va rejovenir l'estructura de població i l'arribada de dones en edat fèrtil i amb una fecunditat més elevada que les autòctones va contribuir a augmentar el nombre de naixements. En el període 2012-2014 el saldo migratori va passar a ser negatiu i la població va disminuir, mentre que el saldo migratori de l'any 2015 torna a ser positiu (+ 26.000 habitants). L'any 2016 Catalunya té 7.522.596 habitants, 14.490 més que l'any anterior.[2]

Pel que fa l'estructura de la població, el més rellevant és el pes relatiu elevat de les generacions adultes (30-50 anys), en coincidir les generacions plenes del *baby-boom* dels anys setanta amb l'arribada recent d'immigrants d'aquests grups d'edats. El seguiment d'aquestes generacions plenes al llarg del temps, així com de les immediatament anteriors i posteriors, relativament força buides, és necessari per a una adequada planificació dels serveis assistencials en el futur proper.

El nombre de naixements disminueix des del 2008 i s'espera que els propers anys continuarà disminuint. Aquesta davallada s'explica per la reducció del nombre de mares potencials, ja que arribaran a edats fèrtils (15-49 anys) generacions poc nombroses nascudes entre finals dels anys vuitanta i els anys noranta del segle passat i s'hi afegeix que la fecunditat no es preveu que augmenti. El nombre de defuncions augmentarà en els propers anys per l'arribada a edats més avançades i, per tant, amb una probabilitat de morir més elevada de generacions més nombroses. La previsió és que la població disminueixi en els propers anys i que l'any 2020 hi hagi 7.342.800 habitants,[3] el saldo migratori sigui negatiu, el nombre de naixements continuï disminuint i que el nombre de defuncions sigui més elevat que els naixements. En els propers anys es preveu que augmenti la proporció de persones de 65 anys i més, i l'índex de sobreenvelliment; del prop de milió i mig de persones de 65 anys i més que s'esperen l'any 2020, més de 250.000 tindran 85 anys i més (figura 1).

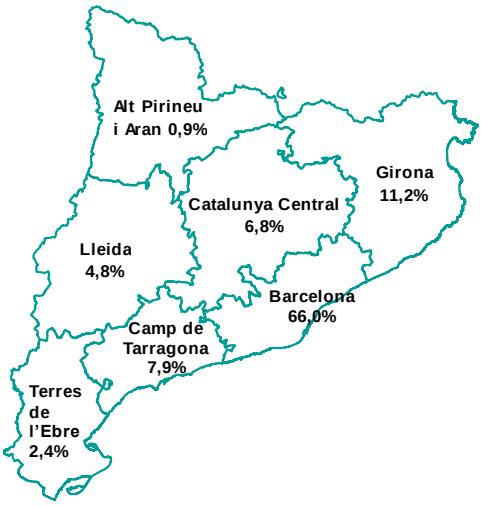
Figura 1. Piràmide de la població de Catalunya l'any 2015 i projecció per a l'any 2020



Font: Idescat. Padró municipal d'habitants 2015 i població projectada a 1 de gener de 2020 segons sexe i edat quinquennal (escenari mitjà, base 2013)

Des del punt de vista de la planificació sanitària,[4] la població de Catalunya es distribueix territorialment en set regions sanitàries: Alt Pirineu i Aran, Barcelona, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida i Terres de l'Ebre. Les regions sanitàries són demarcacions territorials basades en el principi de descentralització del sistema sanitari públic, que té com a objectius apropar i fer accessibles els serveis a tota la població. Cada regió sanitària s'ordena, al seu torn, en sectors sanitaris, que agrupen les àrees bàsiques de salut, formades per barris o districtes a les àrees urbanes, o per un o més municipis en l'àmbit rural. Sempre que estigui disponible, s'ofereix la informació dels indicadors de salut desagregada per regió sanitària.

Figura 2. Distribució de la població assegurada per regió sanitària. Catalunya, 2016



Font: Sistema integrat d'informació de salut (SIIS).

1.1.2 El context socioeconòmic

Una profunda crisi econòmica ha marcat els darrers anys. La taxa d'atur va passar del 6,5% l'any 2007 al 23,1% l'any 2013 i, actualment, l'any 2015 és del 18,6%.[5] Al seu torn, la taxa d'atur de llarga durada –desocupats que fa com a mínim 12 mesos que estan a l'atur– va passar de l'1,3% l'any 2007, al 12,2% l'any 2013 i al 10,4% l'any 2015.[6]

La taxa de població que viu per sota del llindar de risc de pobresa després de transferències socials ha passat del 18,2% l'any 2007 al 19,8 % l'any 2013 i l'any 2015 és del 19,0%, que es correspon amb un milió quatre-centes mil persones. El patró de la pobresa per grups d'edat ha canviat durant el període de recessió: l'any 2008 la població de 65 anys i més era el grup amb un risc de pobresa més elevat, mentre que l'any 2015 la taxa de risc de pobresa és més elevada en la població de menys de 16 anys, seguida de la població de 16 a 64 anys i, finalment, la població de 65 anys i més.[7] El període 2008-2015 s'ha caracteritzat també per un augment de les llars que pateixen privació material greu.[8] L'any 2008, 116.000 persones tenien unes condicions de vida restringides per la manca de recursos; l'any 2013 n'eren 450.000 i l'any 2015 en són 491.000.

Paral·lelament, s'observa un increment de la desigualtat econòmica. L'any 2007, el 20% de població amb nivell econòmic més alt tenia 4,7 vegades més renda que el 20% de població amb menys renda. L'any 2015 la relació de renda entre els dos quintils és de 6,0 vegades.[9] Finalment, la taxa de risc de pobresa en el treball, la proporció de persones que treballen i se situen per sota del llindar de pobresa, era del 10,7% l'any 2007 i és de l'11,2% l'any 2015.[10]

D'altra banda, els darrers anys s'ha assistit a un descens de l'abandonament prematur dels estudis. L'any 2007 el 31,2% de les persones de 18 a 24 havien abandonat prematurament els estudis secundaris i l'any 2015, el 18,9%.[11] Aquesta dada és important en tant que el nivell d'educació s'associa amb els resultats en salut a llarg termini.[12]

La posició social dels individus i la seva relació amb l'activitat laboral exerceix un gran impacte sobre la seva salut. La distribució de la població segons classe social basada en l'ocupació mostra que la classe III, que correspon als treballadors manuals, agrupa el 60,2% de la població; el 20,0% pertany a la classe I, que correspon a directors i gerents i professionals universitaris; i el 16,6% de la població, a la classe II, que correspon a les ocupacions intermèdies i treballadors per compte propi. A més edat, el pes relatiu de les classes benestants disminueix i augmenta el de les classes menys afavorides, tant en homes com en dones.

Taula 1. Població general per classe social segons l'ocupació (agrupada) per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2015

	Classe social segons l'ocupació	0-14 anys	15-44 anys	45-64 anys	65-74 anys	75 anys i més	Total
Homes	Classe I	19,8	20,3	24,1	18,3	18,9	21,0
	Classe II	15,9	16,5	16,1	16,8	11,2	15,9
	Classe III	62,5	60,5	57,5	64,5	69,9	61,1
Dones	Classe I	24,8	20,6	21,4	10,8	6,7	19,0
	Classe II	17,5	17,8	18,1	17,2	12,6	17,2
	Classe III	55,6	58,4	58,4	65,1	67,1	59,5
Total	Classe I	22,2	20,5	22,7	14,3	11,4	20,0
	Classe II	16,7	17,1	17,1	17,0	12,0	16,6
	Classe III	59,2	59,5	57,9	64,8	68,2	60,2

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

Segons el nivell d'estudis, en la població de 15 anys i més, el 25,5% té estudis primaris o no en té (7,6% sense estudis), el 53,8% té estudis secundaris i el 20,6% té estudis universitaris. Les dones assoleixen nivells d'estudis més elevats que els homes en el grup d'edat més jove. En la població a partir dels 65 anys, el percentatge amb estudis universitaris és baix i és inferior en les dones respecte als homes, mentre que el percentatge de població sense estudis o amb estudis primaris és molt elevat i és més alt en les dones que en els homes.

Taula 2. Nivell d'estudis de la població de 15 anys i més per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2015

	Nivell d'estudis	15-44 anys	45-64 anys	65-74 anys	75 anys i més	Total
Homes	Primaris o sense estudis	13,9	21,0	48,6	65,3	23,9
	Secundaris	64,1	57,0	35,8	25,6	55,8
	Universitaris	22,0	21,4	15,6	9,0	20,1
Dones	Primaris o sense estudis	11,2	23,2	56,8	66,7	26,9
	Secundaris	59,1	55,4	38,6	29,3	51,9
	Universitaris	29,6	21,5	4,6	3,6	21,1
Total	Primaris o sense estudis	12,6	22,1	52,9	66,2	25,5
	Secundaris	61,6	56,2	37,3	27,9	53,8
	Universitaris	25,7	21,5	9,7	5,7	20,6

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

1.2 L'entorn físic

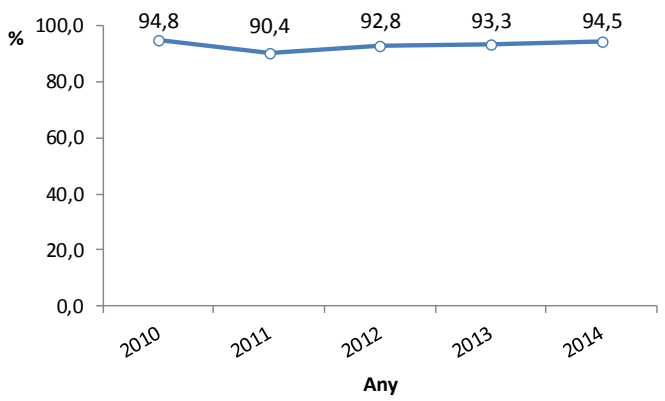
L'entorn físic és un conjunt d'influències físiques, químiques i biològiques que interaccionen amb les persones. L'aigua que bevem, l'aire que respirem i el que mengem afecten la nostra salut i benestar. A Europa, els factors ambientals es consideren el determinant més important de les malalties, i s'estima que són responsables de gairebé el 20% de les morts d'aquest territori.

1.2.1 L'aigua

L'aigua és un element essencial per a la vida però el consum d'aigua contaminada pot tenir efectes adversos per a la salut. La contaminació de l'aigua pot ser d'origen natural o bé antropogènic, i pot ser de tipus químic, biològic o físic. Els principals riscos per a la salut són les malalties infeccioses ocasionades per agents patògens (bacteris, virus i paràsits vehiculats per l'aigua) i els contaminants químics, habitualment per una exposició prolongada.

La normativa[13] estableix, per a una relació de paràmetres, uns valors per sobre dels quals el consum d'aigua pot suposar un risc per a la salut. En aquest cas, l'aigua es qualifica de no apta per al consum i s'adopten les mesures de gestió oportunes. Els resultats de la valoració de la qualitat de l'aigua a Catalunya l'any 2014 mostren un nivell elevat d'aptitud de l'aigua de consum. Els paràmetres microbiològics són els que més incompliments puntuals presenten, principalment en petits nuclis de població. Quant als paràmetres fisicoquímics, un 94,5% de les zones de subministrament avaluades compleixen els valors establerts a la normativa. Els paràmetres químics que han mostrat més superacions han estat els nitrats, els fluorurs i l'arsènic. En els darrers anys es manté estable el percentatge de zones avaluades que compleixen els valors paramètrics fisicoquímics determinants de l'aptitud de l'aigua.

Figura 3. Evolució del percentatge de compliment dels paràmetres fisicoquímics. Catalunya, 2010-2014



Font: Programa de vigilància sanitària de les aigües de consum humà de Catalunya.

Pel que fa a la desinfecció de l'aigua, el 90,11% dels abastaments avaluats fan una desinfecció de l'aigua correcta o amb deficiències lleus. D'altra banda, el 89,47% de les entitats gestores del subministrament d'aigua disposen d'un sistema d'autocontrol i gestió del subministrament

que inclou programes de manteniment d'instal·lacions i controls analítics de la qualitat de l'aigua distribuïda.

L'administració sanitària, a través dels programes de vigilància i control sanitaris de les aigües de consum, supervisa l'actuació de les entitats gestores dels subministraments.

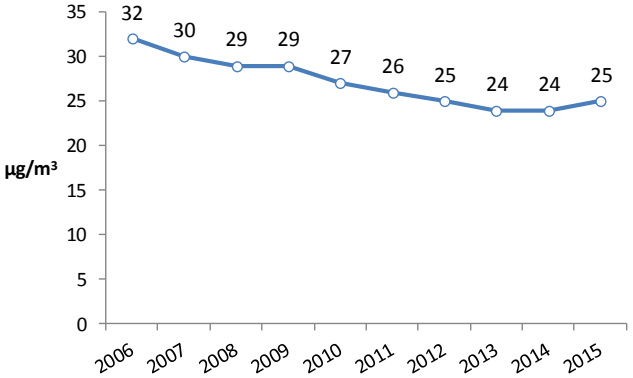
1.2.2 L'aire

La contaminació atmosfèrica és un dels principals riscos ambientals per a la salut. Entre els contaminants que afecten la qualitat de l'aire a Catalunya, els més destacats són les partícules en suspensió, el diòxid de nitrogen i l'ozó troposfèric.[14]

Respecte a les partícules en suspensió de menys de 10 micres (PM10), en general s'observa un lleuger increment dels nivells del 2015 respecte del 2014, tant pel que fa a les mitjanes anuals com al nombre de superacions del valor límit diari. Durant l'any 2015 s'ha superat el valor límit anual en una estació de la zona de qualitat de l'aire (ZQA) 15 (Terres de l'Ebre) i s'ha sobrepassat el nombre de superacions permeses del valor límit diari (quantificat com a percentil 90,4) en quatre punts del territori. Aquests punts estan ubicats a les ZQA 2 (Vallès-Baix Llobregat), 6 (Plana de Vic) i 15 (Terres de l'Ebre).

Pel que fa al diòxid de nitrogen, durant l'any 2015 s'han produït superacions del valor límit anual en la zona de qualitat de l'aire ZQA 1 (Àrea de Barcelona) en el 33% dels punts de mesurament i en la ZQA 2 (Vallès-Baix Llobregat) en el 50% dels punts de mesurament. S'incompleix, en aquests punts, l'objectiu anual de qualitat de l'aire per a aquest contaminant. A més, augmenta el percentatge d'estacions de les ZQA 1 i ZQA 2 que no compleixen amb el valor límit anual respecte de l'any anterior. D'altra banda, durant l'any 2015 s'ha complert l'objectiu de qualitat de l'aire horari per al diòxid de nitrogen a tot el territori (la normativa permet fins a divuit superacions d'aquest valor límit horari en un any). S'han produït superacions puntuals del valor límit horari en tres punts, corresponents a la ZQA 1 i ZQA 8 (comarques de Girona). La tendència dels darrers anys ha estat, tant a Catalunya com a moltes grans ciutats europees, una lleugera disminució que s'ha estabilitzat.

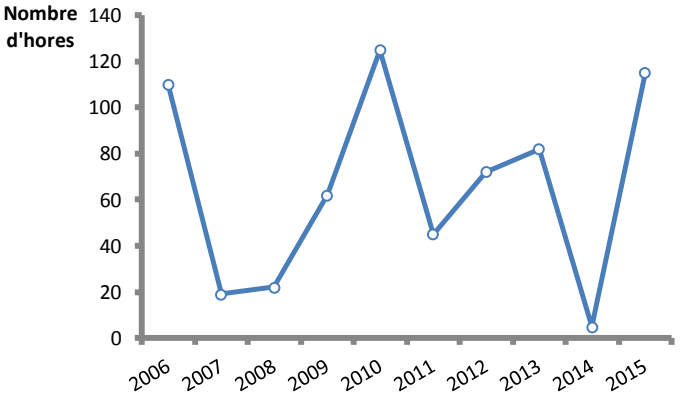
Figura 4. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen. Catalunya, 2006-2015



Font: La qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2015. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Pel que fa a l'ozó troposfèric, al llarg del 2015 s'han registrat 115 hores de superació del llindar d'informació a la població, mentre que l'any 2014 només es va superar en 5 hores. Les superacions s'han produït en disset dels cinquanta punts de mesurament, que corresponen a les zones de qualitat de l'aire Àrea de Barcelona, Camp de Tarragona, Plana de Vic, Maresme, Comarques de Girona, Alt Llobregat, Pirineu Oriental, Prepirineu i Terres de Ponent. D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta durant l'any 2015. Pel que fa als valors objectius per a la protecció de la salut humana (VOPS), que estableixen que no es pot superar el valor de 120 µg/m³ sobre les mitjanes 8-horàries en més de 25 ocasions per any en mitjana de tres anys, s'observa que el nombre total de superacions del VOPS per a tot Catalunya durant el 2015 ha estat de 505 en tretze dels punts on es mesura ozó.

Figura 5. Evolució del total d'hores amb superació del llindar d'informació de l'ozó troposfèric. Catalunya, 2006-2015



Font: La qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2015. Departament de Territori i Sostenibilitat.

1.2.3 La seguretat dels aliments

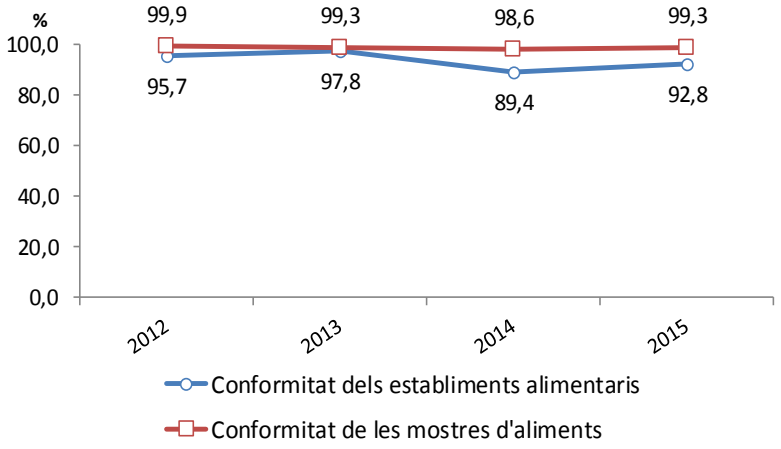
La seguretat dels aliments es refereix a la garantia que els aliments produïts, distribuïts, i comercialitzats a Catalunya en els establiments corresponents estan lliures de perills que puguin afectar la salut dels consumidors. El principal problema de salut derivat són els brots de malalties de transmissió alimentària, amb una tendència decreixent en el període 2004-2013.

Les actuacions per prevenir l'aparició de problemes de salut associats als riscos alimentaris inclouen les activitats d'informació i formació a la població en general, per exemple les campanyes informatives dels riscos i les mesures preventives davant la presència d'al·lèrgens als aliments, la intoxicació per bolets o la indicació de mesures higièniques per prevenir les toxiinfeccions alimentàries. La garantia de la seguretat alimentària també abasta les intervencions de control oficial, que inclouen tant les inspeccions d'establiments alimentaris com l'anàlisi de mostres d'aliments. Durant l'any 2015 s'han inspeccionat 17.517 establiments alimentaris de diferents sectors, el 49% dels establiments censats a Catalunya. La freqüència en les inspeccions dels establiments alimentaris depèn del risc avaluat a cada establiment, una vegada cada quatre anys en els casos de risc molt baix i fins a tres cops l'any en els establiments de risc més elevat. Així mateix, s'han recollit i analitzat 16.653 mostres d'aliments per a la detecció i la quantificació de perills biològics i químics en els aliments, i s'han gestionat

131 alertes alimentàries que han evitat que productes amb presència d'agents nocius arribin als consumidors.

Els resultats de les inspeccions a establiments i de les anàlisis realitzades l'any 2015 mostren un percentatge elevat de conformitat: el 92,8% d'establiments i el 99,29% de mostres d'aliments analitzades compleixen els requisits i límits establerts en la normativa de seguretat alimentària. L'evolució dels indicadors generals de conformitat mostren una tendència estable.

Figura 6. Evolució del percentatge de conformitat dels establiments alimentaris i de les mostres analitzades d'aliments. Catalunya, 2012-2015



Font: Sistema de control dels aliments i establiments alimentaris a Catalunya (SICA) i sistema de vigilància dels aliments de Catalunya (SIVAL). Subdirecció General de Protecció de la Salut. Departament de Salut.

2. Quina salut tenim

2 Quina salut tenim

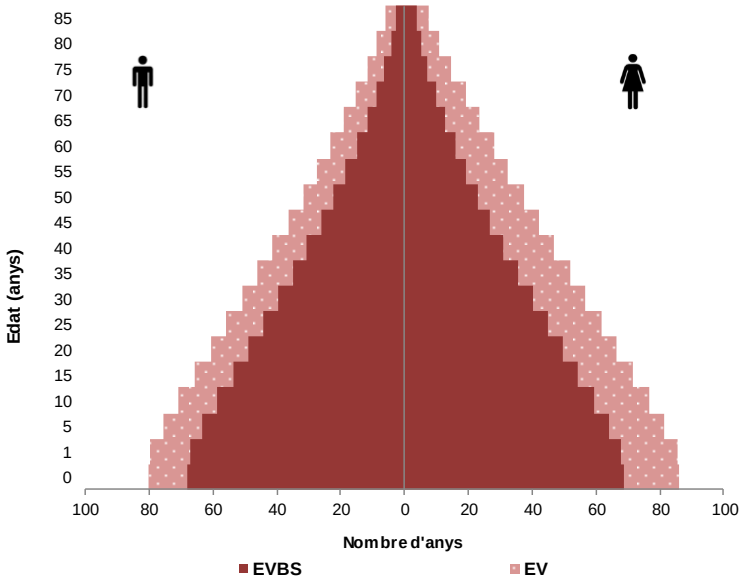
2.1 Quant esperem viure

L'esperança de vida (EV) i l'esperança de vida en bona salut (EVBS) són indicadors que mesuren la durada de la vida i la qualitat percebuda dels anys viscuts. S'interpreten com el temps que podríem esperar viure en complir una determinada edat i la salut amb què viuríem aquests anys (si els riscos de mortalitat i la proporció de bona percepció de salut, en cadascun dels grups d'edat i sexe, no canviessin).

A Catalunya, l'EV en néixer l'any 2014 és de 83,4 anys (80,5 anys per als homes i 86,1 anys per a les dones). L'EV segueix la tendència a l'augment d'anys anteriors i, respecte a la de l'any 2013, ha augmentat més entre els homes (0,3%) que entre les dones (0,1%) i en la majoria de grups d'edat. L'EV de les dones catalanes se situa per damunt dels valors de l'Estat espanyol i del de la resta de països de la Unió Europea. Entre els homes, aquest indicador també està per damunt del de l'Estat espanyol i ocupa la sisena posició a la Unió Europea, darrere d'Islàndia, Suïssa, Liechtenstein, Xipre i Itàlia.

L'EVBS en néixer l'any 2014 és de 68,4 anys (67,9 anys per als homes i 68,8 anys per a les dones), i representa el 84,3% i el 79,9%, respectivament, de l'esperança de vida de cada sexe. És a dir, els homes viuen menys temps que les dones, però una major part del temps que viuen ho fan en bona salut, a diferència de les dones, en les quals aquesta proporció és inferior.

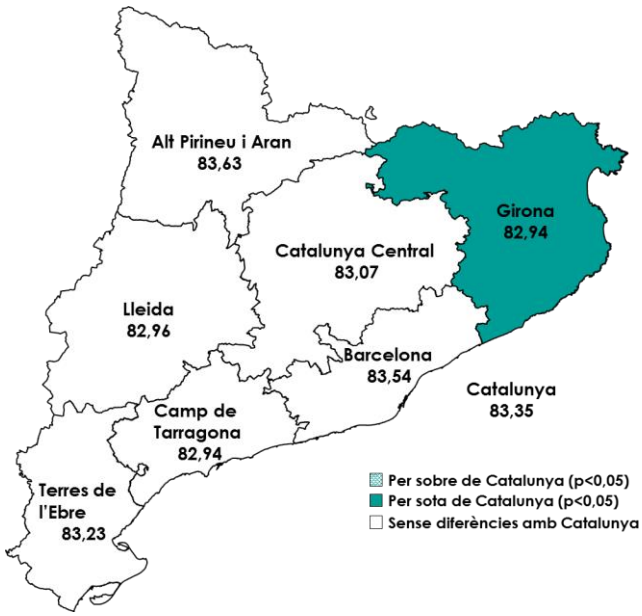
Figura 7. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) per edat i sexe



Font: Registre de mortalitat de Catalunya i Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

Per regió sanitària, només la regió de Girona mostra un valor d'EV inferior a la mitjana de Catalunya per al conjunt de tots dos sexes.

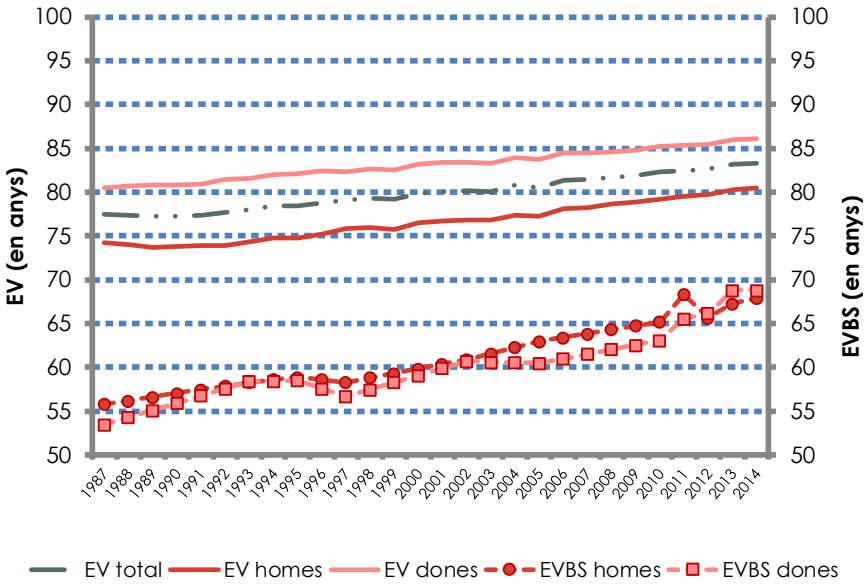
Figura 8. Esperança de vida (EV) per regió sanitària



Font: Registre de mortalitat de Catalunya i Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

L'evolució de l'EV i l'EVBS entre 1987 i 2014 és positiva, tant en homes com en dones, atès que l'EVBS augmenta a un ritme superior (21,7% en homes i 28,6% en dones) que l'EV (8,45% en homes i un 6,92% en dones).

Figura 9. Evolució temporal de l'esperança de vida (EV) i de l'esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe. Catalunya, 1987-2014



Font: Registre de mortalitat de Catalunya 2014 i Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

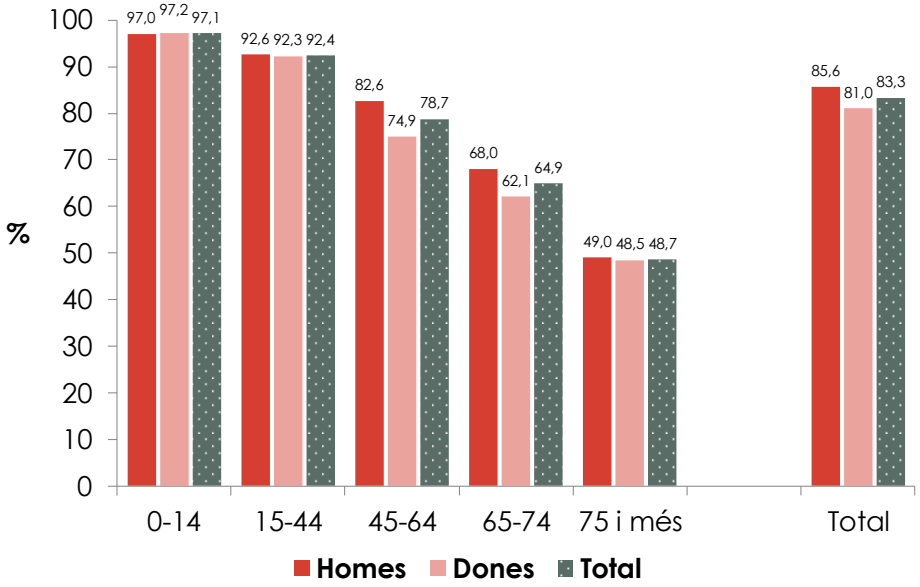
2.2 Com valorem la nostra salut

2.2.1 Percepció de la salut

L'autopercepció de l'estat de salut de les persones expressa la sensació de benestar individual. Està àmpliament acceptat que l'autopercepció de l'estat de salut és un bon indicador de l'estat de salut i que una mala valoració és un bon predictor de mortalitat i morbiditat.[15 16 17 18 19]

El 83,3% de la població general catalana té una percepció positiva de la seva salut (excel·lent, molt bona o bona), més els homes (85,6%) que les dones (81,0%). Hi ha una pitjor percepció de l'estat de salut a mesura que els grups són de més edat, i entre les dones a partir dels 45 anys.

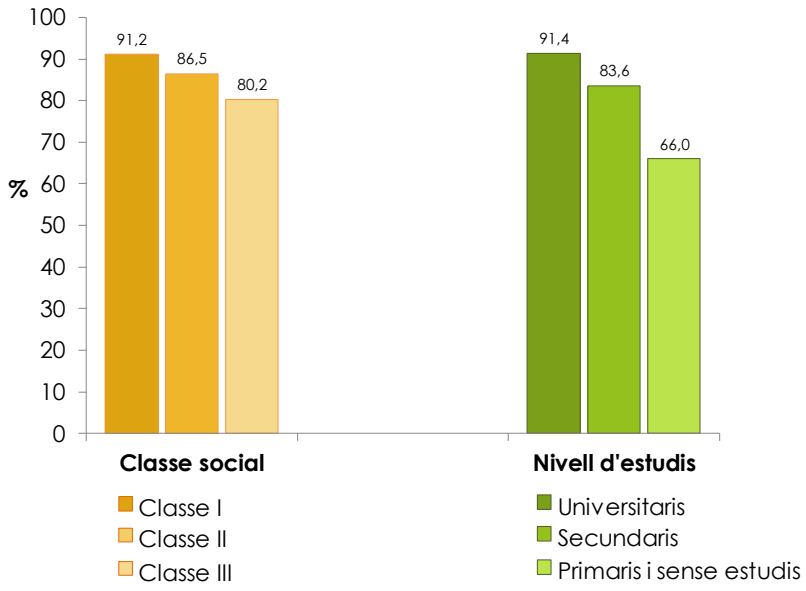
Figura 10. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

Les persones que pertanyen als grups socioeconòmics més desfavorits i les que tenen nivells d'estudis més baixos tenen una percepció pitjor del seu estat de salut, sobretot entre les dones.

Figura 11. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

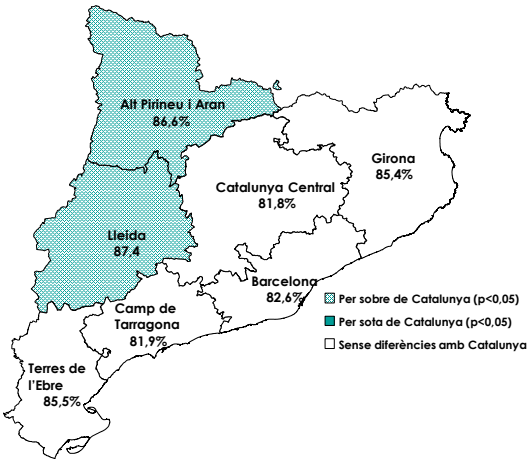


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

El percentatge de població que percep la seva salut com a positiva a les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Lleida és superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

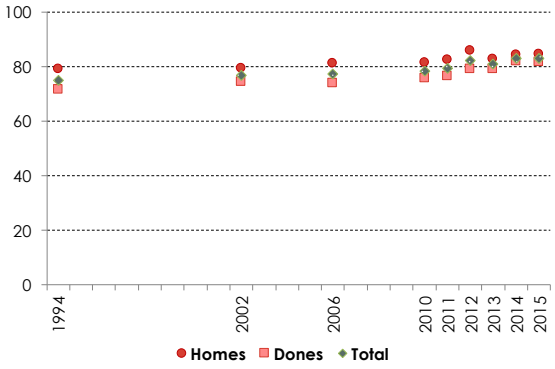
En el període 1994-2015 augmenta la prevalença de població general amb una percepció positiva de l'estat de salut.

Figura 12. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 13. Evolució temporal del percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per sexe. Catalunya, 1994-2015



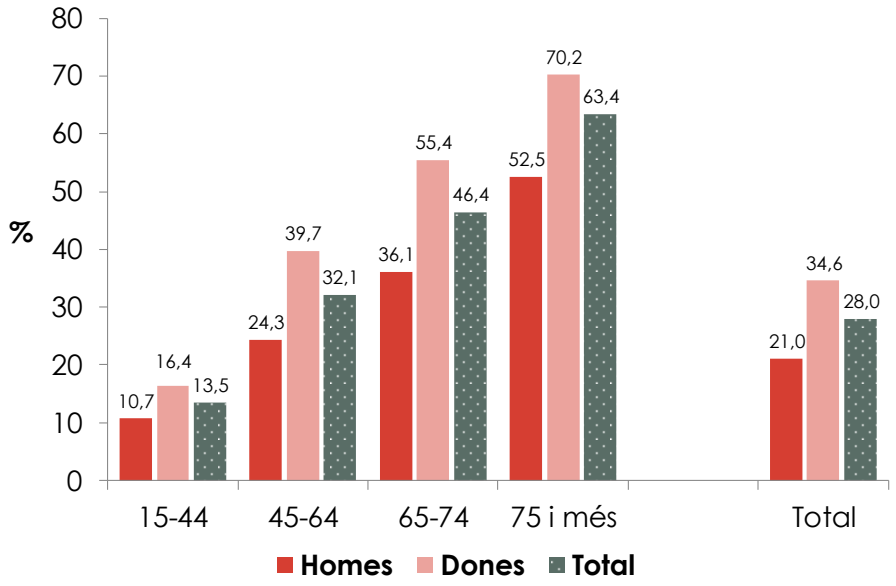
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

2.2.2 Qualitat de vida relacionada amb la salut

L'EuroQol EQ-5D-5L [20 21] és un instrument genèric de mesura de la qualitat de vida amb relació a la salut de la població que inclou l'autopercepció de problemes o limitacions de la salut. La persona valora el seu estat de salut en cinc dimensions: mobilitat (caminar), cura personal (rentar-se o vestir-se), activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure), dolor/malestar i ansietat/depressió, amb una escala de cinc nivells diferents de gravetat (1, sense problemes; 2, problemes lleus; 3, problemes moderats; 4 problemes greus; 5 problemes extrems o impossibilitat). La qualitat de vida de la persona és el resultat de la combinació de la gravetat en les cinc dimensions analitzades.

En la població de Catalunya de 15 anys i més, el dolor o malestar és la dimensió que més freqüentment presenta problemes (28,0%). En segon lloc, el 16,6% pateix problemes d'ansietat i/o de depressió; en tercer lloc, hi ha els problemes per caminar, que afecten el 14,4%; en quart lloc, el 10,7% té problemes per realitzar activitats quotidianes, i la cinquena dimensió estudiada és la cura personal, amb un 6,0% de les persones de 15 anys i més amb problemes. El percentatge de població amb problemes és més elevat, en totes cinc dimensions, entre les dones i a mesura que els grups són de més edat.

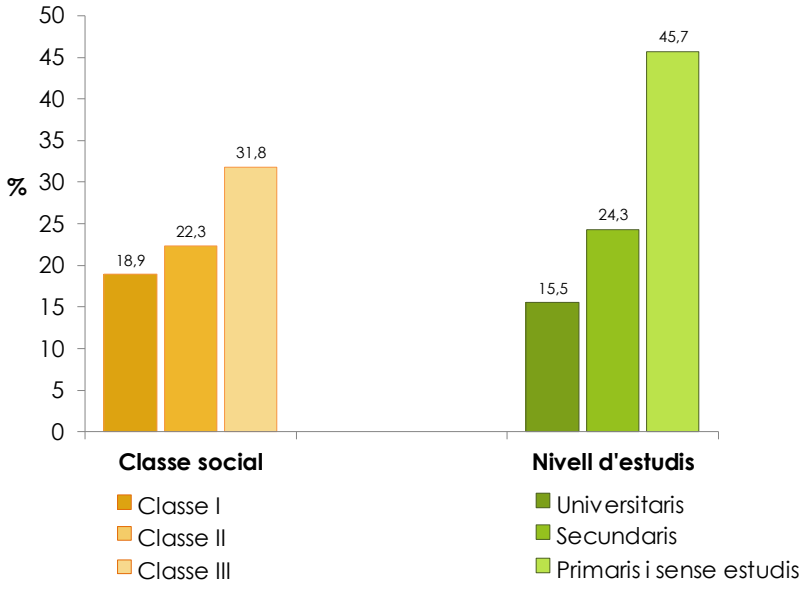
Figura 14. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La proporció de població amb problemes de dolor o malestar és més elevada entre les persones de les classes més desfavorides i entre les que tenen estudis primaris o que no en tenen. Aquest patró es repeteix en la resta de dimensions de la qualitat de vida.

Figura 15. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per classe social i pel nivell d'estudis. Catalunya, 2015

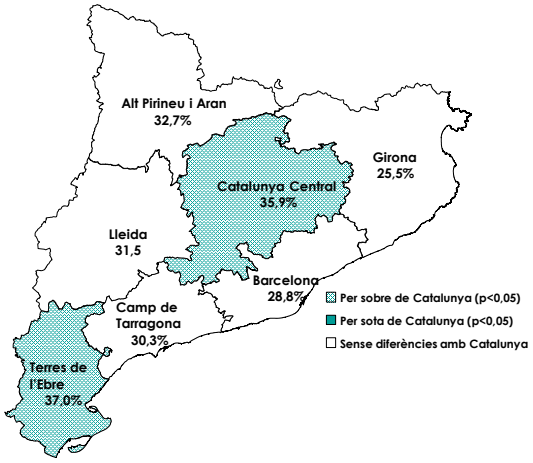


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar és superior a les regions sanitàries Catalunya Central i Terres de l'Ebre respecte del percentatge del conjunt de Catalunya l'any 2015.

En el període 1994-2015, el percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar augmenta fins a l'any 2006, a partir del qual s'observa una tendència decreixent.

Figura 16. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 17. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per sexe. Catalunya, 1994-2015

Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

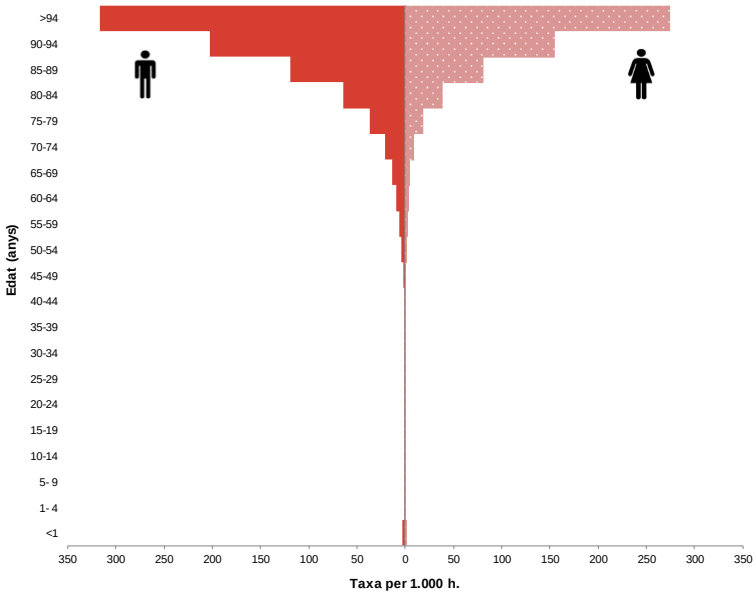
2.3 De què morim

2.3.1 Mortalitat general i causes de mort

La mortalitat i les causes de mort més freqüents tenen molta relació amb l'estructura d'edat i sexe de la població. Per aquest motiu, el coneixement del patró de mortalitat d'una població ens proporciona una informació molt aproximada de la situació de salut o malaltia en un territori determinat.

L'any 2014, a Catalunya hi ha hagut 60.730 defuncions (30.534 homes i 30.196 dones). La taxa bruta de mortalitat de l'any 2014 és de 8,17 defuncions per cada 1.000 habitants (8,37 per als homes i 7,98 per a les dones), cosa que suposa un increment del 0,60% per a homes i de l'1,91% per a dones respecte a les de l'any 2013.

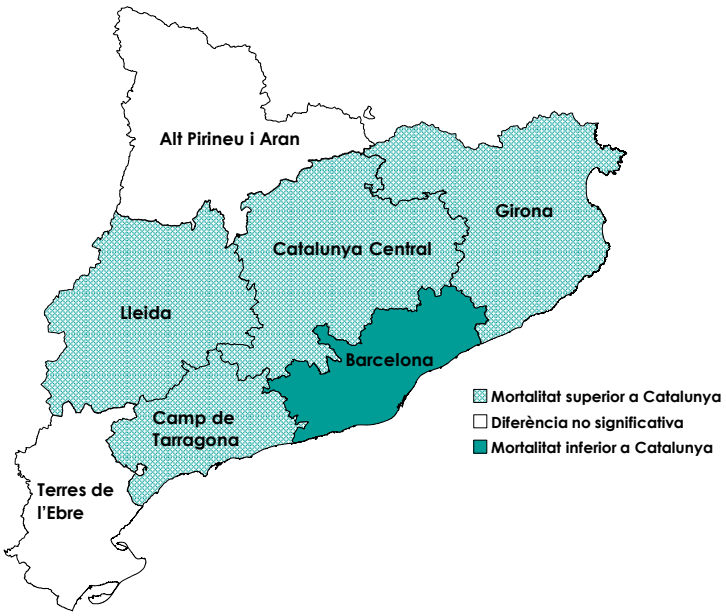
Figura 18. Taxes específiques de mortalitat (per 1.000 habitants) per edat i sexe. Catalunya, 2014



Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.

En la figura 19, s'observa que la Regió Sanitària Barcelona presenta un índex de mortalitat estandarditzada (IME) inferior al del conjunt de Catalunya i les regions sanitàries Lleida, Camp de Tarragona, Catalunya Central i Girona tenen un IME superior al del conjunt de Catalunya.

Figura 19. Índex de mortalitat estandarditzada (IME)* per regió sanitària. Catalunya, 2014



Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.
* No es mostren els valors al ser valors estandarditzats.

Respecte a l'any 2013, les taxes de defunció per tumors i per malalties de l'aparell circulatori han disminuït (l'1% i el 0,2%, respectivament) i han augmentat les taxes per malalties del sistema respiratori (3%).

Figura 20. Evolució temporal de les taxes brutes i estandarditzades de mortalitat per sexe. Catalunya, 1983-2014

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

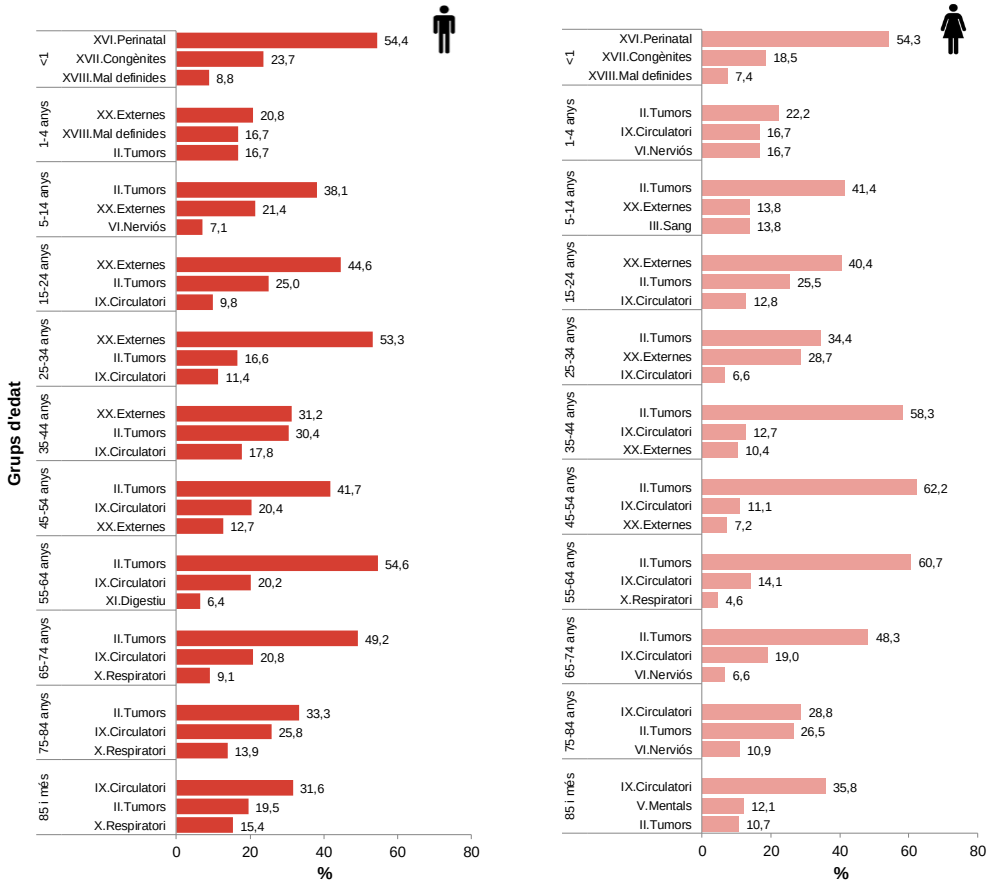
L'any 2014, els tumors han estat la primera causa de mort, amb una taxa bruta de 230,4 defuncions per cada 100.000 habitants, i han causat el 28,2% de totes les morts (el 33,9% en els homes i el 22,4% en les dones). La segona causa de mort han estat les malalties cardiovasculars (taxa de 228,1 defuncions per cada 100.000 habitants), que han provocat el 27,9% de les defuncions (el 25,5% en els homes i el 30,3% en les dones). La tercera i quarta causes de mort han estat les malalties del sistema respiratori i del sistema nerviós (taxes de

83,9 i 61,4 morts per cada 100.000 habitants, respectivament) i han ocasionat el 10,3% i el 7,5% de totes des defuncions, respectivament.

El patró de mortalitat per edats, segons els grans grups de malalties, és molt similar al d'anys anteriors. Les malalties perinatals i congènites són les que afecten els més petits d'un any; les causes externes (accidents i violències) i els tumors són les més freqüents en els joves; els tumors i les malalties de l'aparell circulatori afecten amb més freqüència les persones de mitjana edat i d'edat avançada i en les persones més grans les malalties respiratòries, neurològiques i mentals també són causes freqüents de mort.

Pel que fa als grups de causes de mort més detallades, en les dones, les cinc malalties que ocasionen més defuncions (en valors absoluts) i que, per tant, poden comportar un volum de demanda qualitativa més gran per als serveis sanitaris són les demències, les malalties cerebrovasculars, la malaltia d'Alzheimer, el grup d'altres malalties del cor i les malalties isquèmiques del cor, per aquest ordre. En els homes, les patologies més freqüents són el càncer de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis i l'asma, les malalties cerebrovasculars i la resta de malalties del cor. Aquest patró de patologia crònica té a veure en gran manera amb el fet que la major part de les defuncions (el 61,9%) es produeixen més enllà dels 80 anys.

Figura 21. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



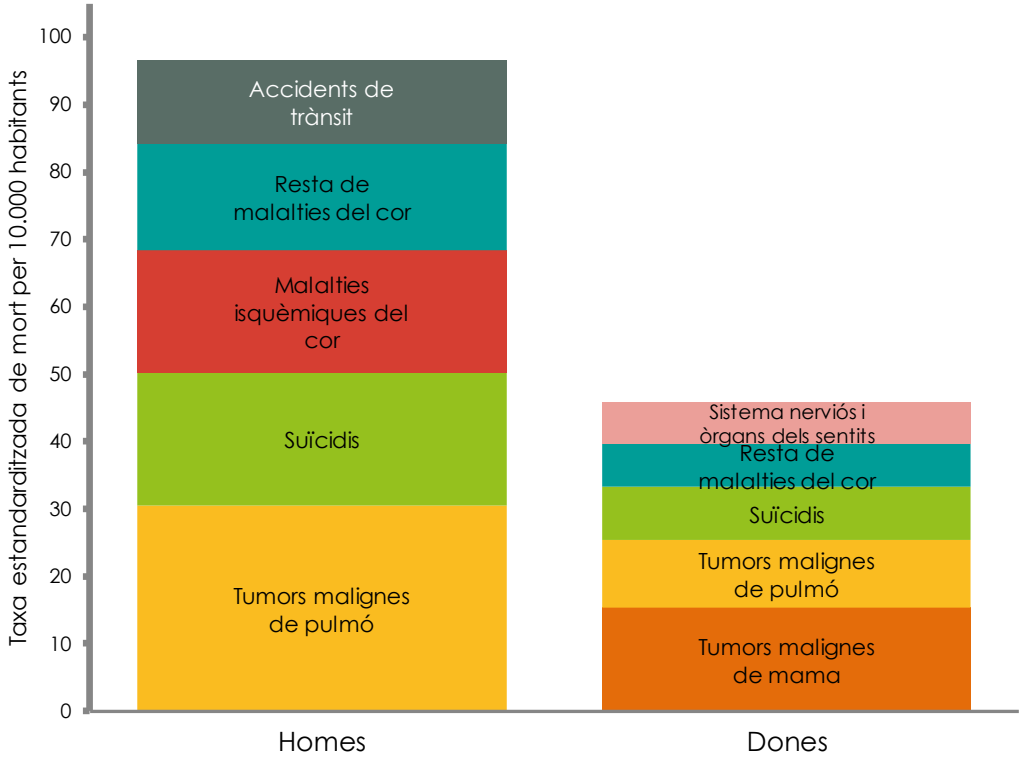
*Distribució de freqüències sobre el total de cada grup d'edat i sexe.
Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.

2.3.2 Mortalitat prematura

Les malalties que ocasionen la mortalitat prematura (morts abans dels 70 anys) tenen molta importància perquè són percebudes per la població com a morts ocorregudes abans d'hora. Aquestes morts ocasionen la pèrdua de molts anys potencials de vida perduts, indicador que s'estima amb la taxa estandarditzada per edat (amb població estàndard de Catalunya de 1991). Tal com es mostra en la figura 22, tenen un patró per sexe diferent del de les causes de mortalitat general.

En el gràfic següent es presenten les cinc primeres causes de mort prematura en les dones i en els homes, ordenades de baix a dalt segons la magnitud de la taxa. Destaca que la mortalitat prematura és molt més alta en els homes que en les dones. En els homes, les causes de mort prematura més comunes són els tumors malignes de pulmó, els suïcidis, les malalties isquèmiques del cor, la resta de malalties del cor i els accidents de trànsit, mentre que en les dones, ho són els tumors malignes de mama i pulmó, els suïcidis, la resta de malalties del cor i les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits.

Figura 22. Cinc primeres causes de mort prematura* per sexe. Catalunya, 2014



*Segons les taxes estandarditzades per edat d'anys potencials de vida perduts (població estàndard: Catalunya 1991).
Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.

2.3.3 Mortalitat infantil i perinatal

L'any 2014, a Catalunya hi va haver 71.512 naixements (71.238 nadons nascuts vius i 274 nascuts morts). La taxa de mortalitat infantil[1] és de 2,7 defuncions per cada 1.000 nadons nascuts vius i la taxa de mortalitat perinatal[2] de 5,1 per cada 1.000 nadons nascuts.

L'evolució temporal, tot i l'habitual inestabilitat, segueix la tendència esperada. La variació des del 2010 en la mortalitat perinatal s'explica per les millores implantades en el registre i els canvis dels criteris de declaració de naixements.

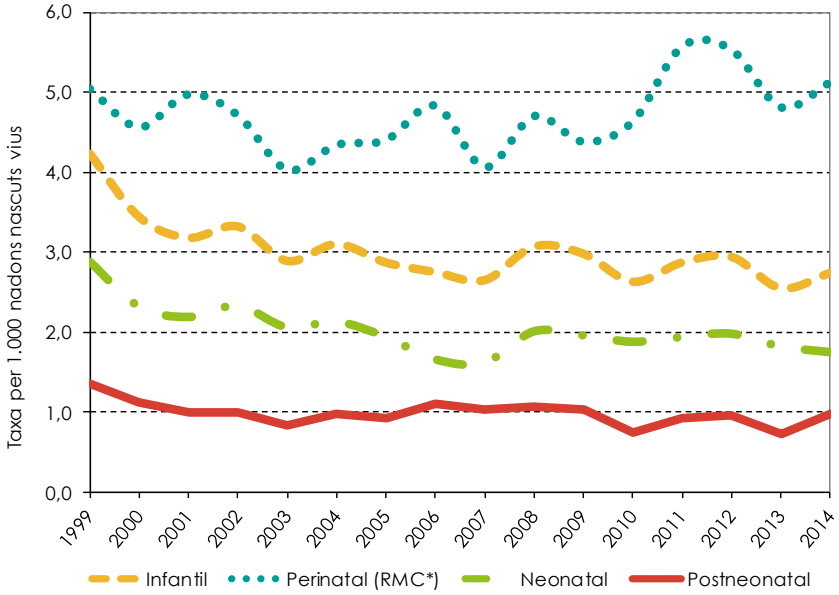
Les afeccions perinatals i les malalties congènites han causat el 76,0% de les morts d'infants de menys d'un any.

Taula 3. Mortalitat infantil. Catalunya, 2014

	Defuncions	Taxes per 1.000 nascuts vius
Mortalitat infantil	195	2,74
Mortalitat perinatal (RMC)*	366	5,12
Mortalitat perinatal (OMS-N)**	345	4,82a
Mortalitat perinatal (OMS-I)***	288	4,03a
Mortalitat neonatal	125	1,75
Mortalitat neonatal precoç	92	1,29
Mortalitat neonatal tardana	33	0,46
Mortalitat postneonatal	70	0,98

(a) Taxes per 1.000 nadons nascuts vius i morts.
*RMC (Registre de mortalitat de Catalunya): tots els declarats.
**OMS-N: criteris de l'OMS per a comparacions nacionals.
***OMS-I: criteris de l'OMS per a comparacions internacionals.
Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.

Figura 23. Evolució de la mortalitat infantil. Catalunya, 1999-2014



Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2014. Departament de Salut.

[1] El numerador inclou les defuncions produïdes abans del primer any de vida.
[2] El numerador inclou les defuncions produïdes durant la primera setmana de vida i tots els nascuts morts declarats, amb independència del pes i l'edat de gestació.

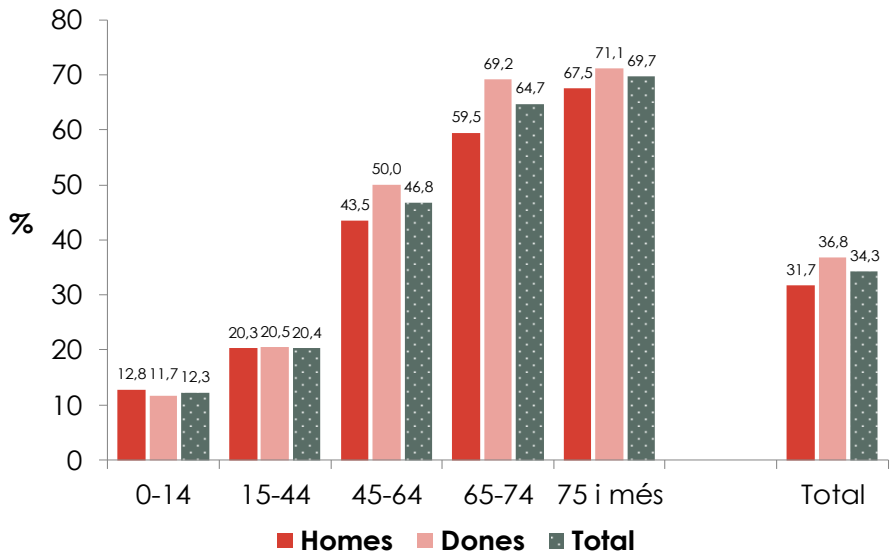
2.4 Quins problemes de salut tenim

2.4.1 Trastorns crònics

El 34,3% de la població de Catalunya pateix alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. Aquest percentatge és superior en les dones i augmenta quan els grups són de més edat (del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en la població a partir dels 75 anys).

Els principals problemes de salut que pateix la població de 15 anys i més són els relacionats amb les malalties de l'aparell locomotor (mal d'esquena lumbar o dorsal i cervical, i artrosi, artritis o reumatisme) i les malalties de l'aparell circulatori (pressió alta, colesterol elevat, varices a les cames), a més de la migranya, la depressió o l'ansietat, i les al·lèrgies cròniques. En la població de 0 a 14 anys són la bronquitis de repetició, les al·lèrgies cròniques i l'otitis de repetició.

Figura 24. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per edat i sexe. Catalunya, 2015

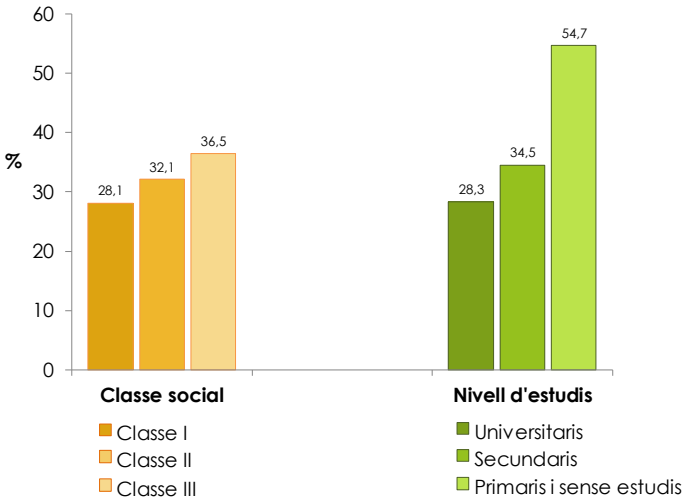


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La migranya o mals de cap freqüents i les al·lèrgies cròniques són els dos trastorns més freqüents entre les dones de 15 a 44 anys, mentre que per als homes ho són les al·lèrgies i el mal d'esquena lumbar o dorsal. Entre la població de 45 a 64 anys, els principals trastorns per als homes són el colesterol elevat i la hipertensió arterial, mentre que per a les dones ho són l'artrosi, l'artritis o el reumatisme i el mal d'esquena lumbar o dorsal i el mal d'esquena cervical. Entre les dones, a partir dels 65 anys els dos principals trastorns són l'artrosi, l'artritis o el reumatisme, i la hipertensió arterial. Entre els homes de 65 a 74 anys, els dos problemes de salut principals són la hipertensió arterial i el colesterol elevat, mentre que a partir dels 75 anys són la hipertensió i les cataractes.

Els percentatges més elevats de població que pateix algun trastorn crònic es donen entre les persones de classes menys afavorides i les persones amb estudis primaris o sense estudis.

Figura 25. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

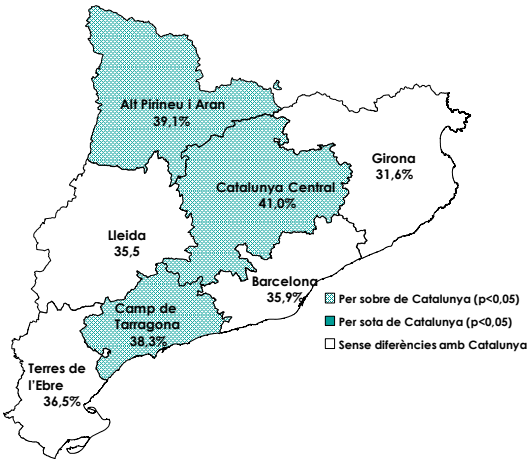


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

Les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran, Catalunya Central i Camp de Tarragona presenten un percentatge de persones que pateix algun problema de salut crònic superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

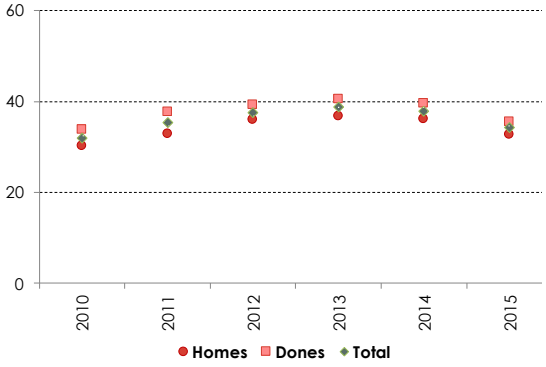
Respecte al 2010, es manté estable la prevalença de població amb problemes de salut crònics o de llarga durada.

Figura 26. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 27. Evolució temporal del percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per sexe. Catalunya, 2010-2015



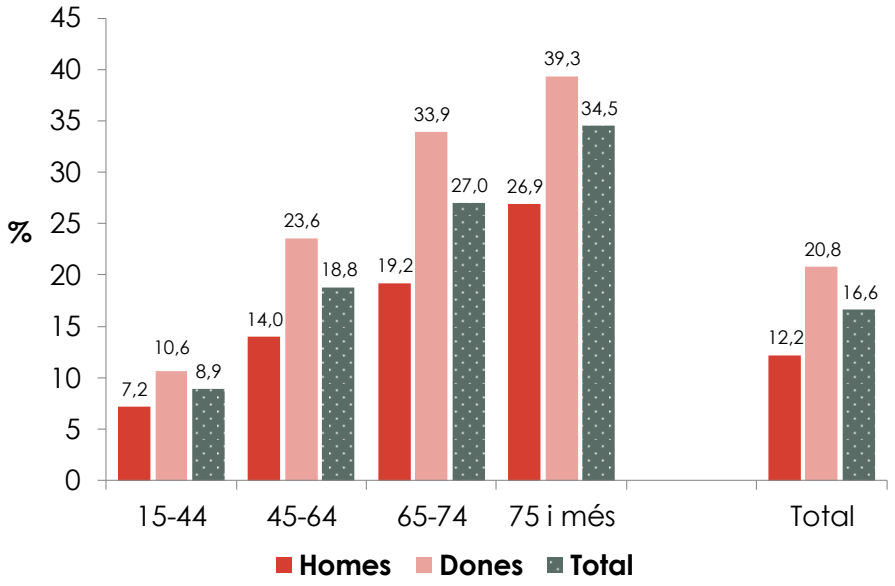
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015.Departament de Salut.

2.4.2 Salut i benestar mental

L'ansietat o la depressió, com a dimensió de la qualitat de vida relacionada amb la salut, és una aproximació a la salut mental en població adulta de 15 anys i més. Un 16,6% d'aquesta població pateix ansietat o depressió, més les dones (20,8%) que els homes (12,2%) i més els grups de més edat.

Pel que fa a la salut mental positiva mesurada a partir de l'instrument WEMWBS,[22]el nivell mitjà de benestar mental de la població catalana de 15 anys i més és elevat i se situa en 58,7 punts en una escala de 14 a 70 punts. En la població infantil i juvenil, s'estima que la probabilitat de patir un problema de salut mental en la població de 4 a 14 anys és del 4,2% mesurada amb l'instrument SDQ.[23]

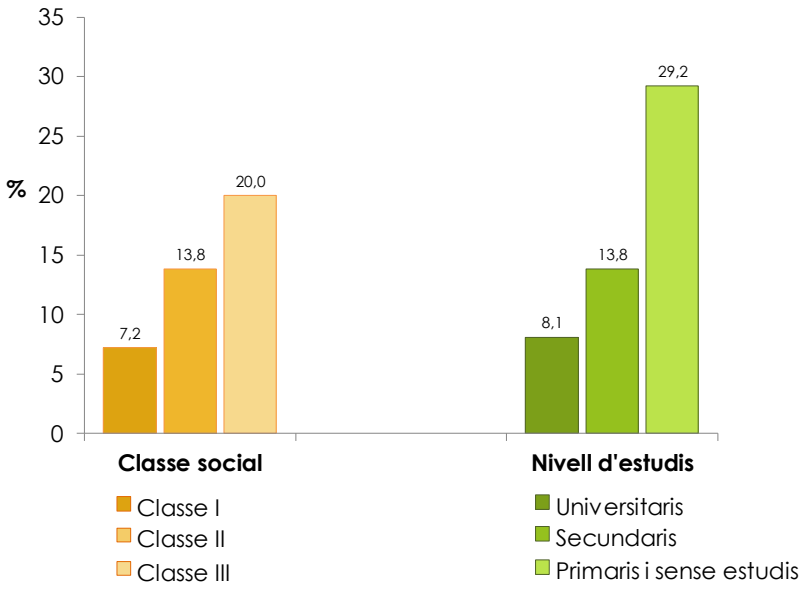
Figura 28. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

Els grups de població que pateixen problemes d'ansietat o de depressió en percentatges més elevats són les persones que pertanyen a les classes menys afavorides i les persones amb estudis primaris o sense estudis.

Figura 29. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

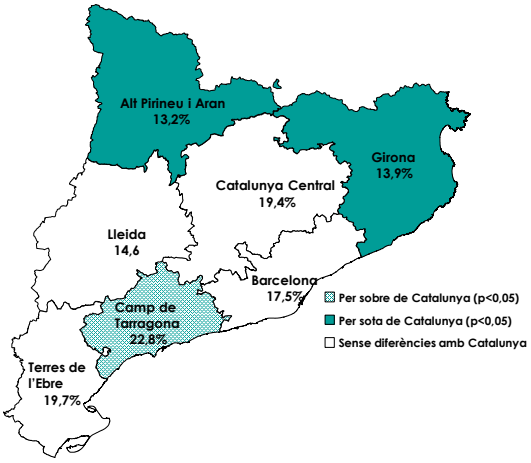


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La Regió Sanitària Camp de Tarragona presenta un percentatge de població de 15 anys i més amb ansietat o depressió superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015, i les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Girona presenten un percentatge inferior al del conjunt de Catalunya.

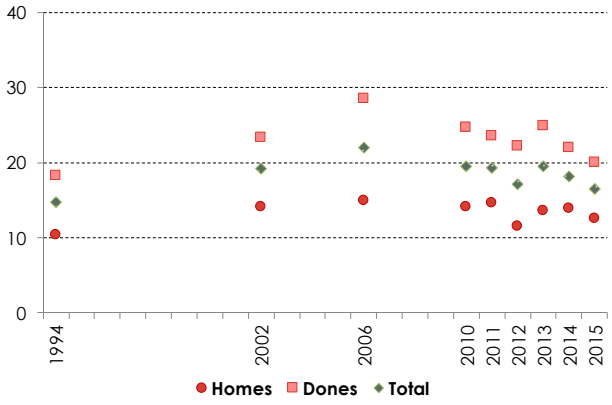
En el període 1994-2015, la prevalença de persones amb problemes d'ansietat o de depressió augmenta fins a l'any 2006, i a partir d'aleshores s'observa una tendència decreixent.

Figura 30. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 31. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per sexe. Catalunya, 1994-2015

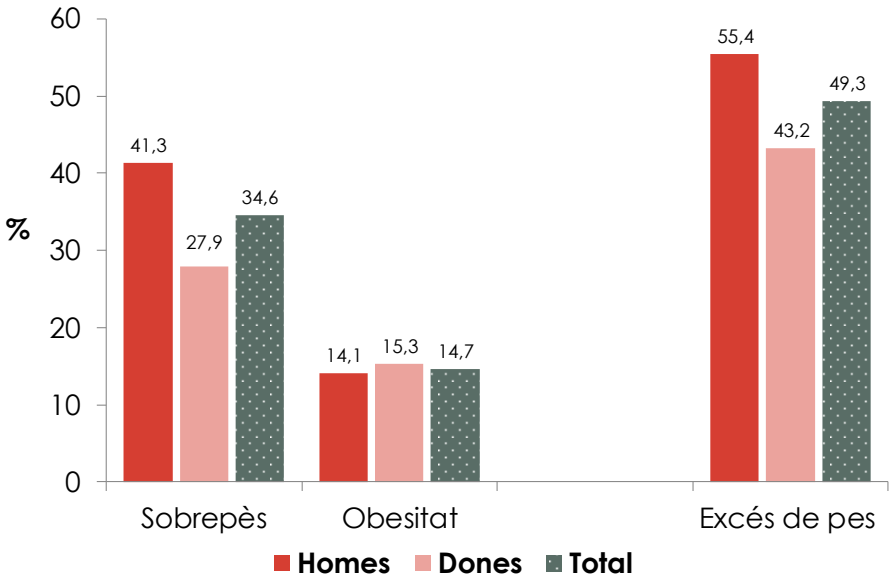


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

2.4.3 Excés de pes

El 49,3% de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (34,6% sobrepès i 14,7% obesitat), més els homes (55,4%) que les dones (43,3%). Mentre que el sobrepès afecta més els homes (41,3%) que les dones (27,9%), els percentatges d'obesitat són similars en tots dos sexes (el 14,1% en els homes i el 15,3% en les dones). A mesura que els grups són de més edat, en tots dos sexes s'observen prevalences més altes d'obesitat. En les dones la prevalença del sobrepès augmenta amb l'edat, mentre que en els homes és més elevada en el grup de 45 a 64 anys. En el període 2014-2015, a Catalunya, el 29,4% de la població de menys de 18 anys té excés de pes, més els nens (33,2%) que les nenes (25,3%). La prevalença del sobrepès augmenta amb l'edat mentre que la prevalença de l'obesitat disminueix.

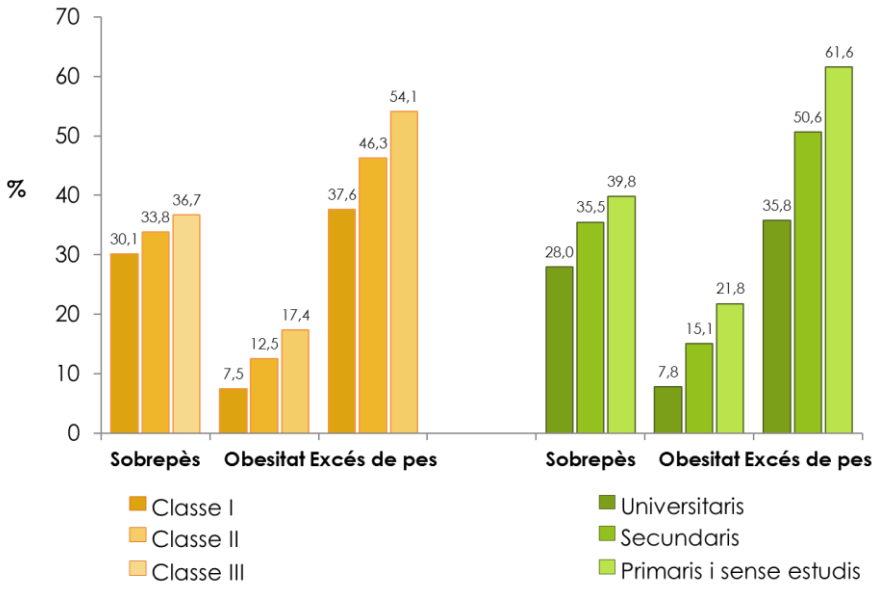
Figura 32. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població amb excés de pes és superior entre les classes socials més desfavorides i entre les persones que tenen estudis primaris o que no en tenen. El gradient per classe social i per nivell d'estudis també s'observa en la prevalença de sobrepès i la prevalença d'obesitat.

Figura 33. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

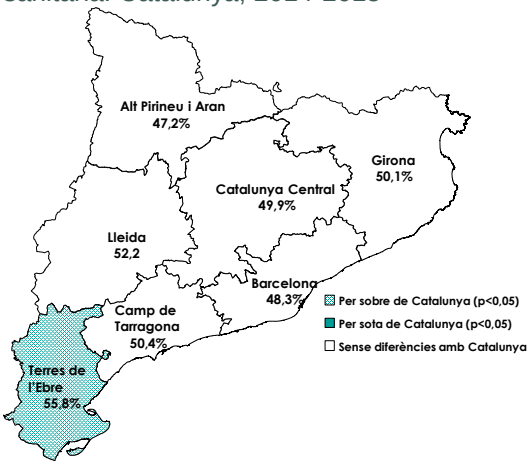


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 18 a 74 anys que té excés de pes a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre és superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

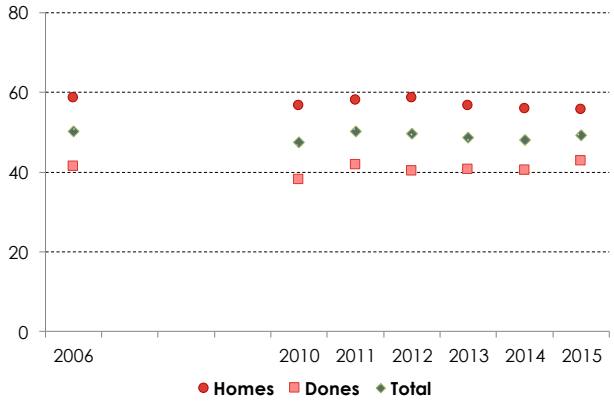
Respecte al 2006, la prevalença de l'excés de pes en la població de 18 a 74 anys es manté estable, amb un lleuger descens en els darrers anys; la prevalença del sobrepès disminueix, i augmenta la prevalença de l'obesitat.

Figura 34. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

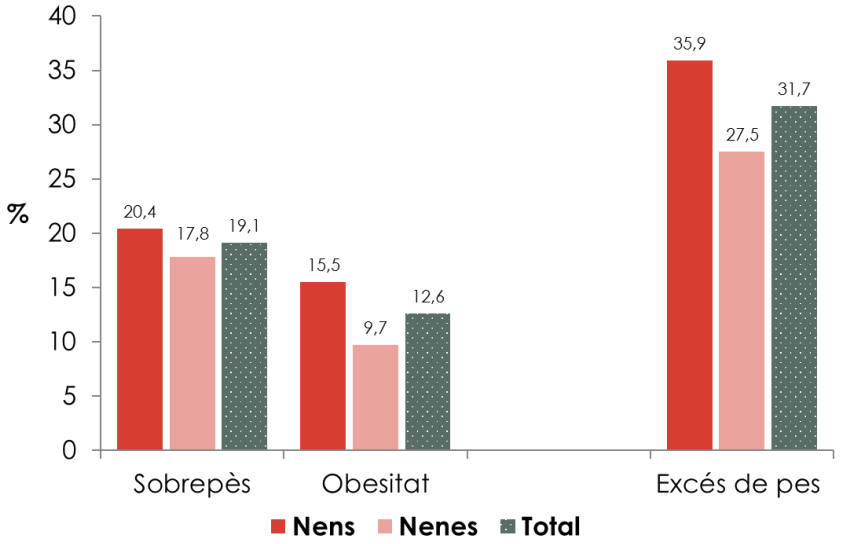
Figura 35. Evolució temporal del percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per sexe. Catalunya, 2006-2015



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

En el bienni 2014-2015, el 31,8% de la població de 6 a 12 anys té excés de pes, més els nens (35,8%) que les nenes (27,5%). El 19,1% té sobrepès (el 20,4% dels nens i el 17,8% de les nenes), i el 12,6% té obesitat (el 15,5% dels nens i el 9,7% de les nenes).

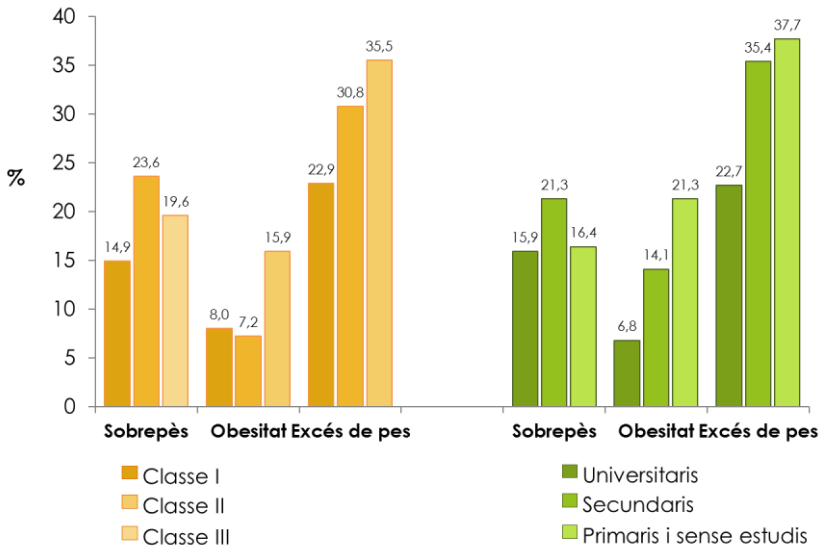
Figura 36. Percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per edat i sexe. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Les prevalences d'excés de pes i d'obesitat en els infants de 6 a 12 anys són més elevades en aquelles persones que pertanyen a classes menys afavorides i quan la mare no té estudis universitaris. Pel que fa al sobrepès, els infants de classes mitjanes (23,6%), així com aquells les mares dels quals tenen estudis secundaris (21,3%) presenten prevalences més altes.

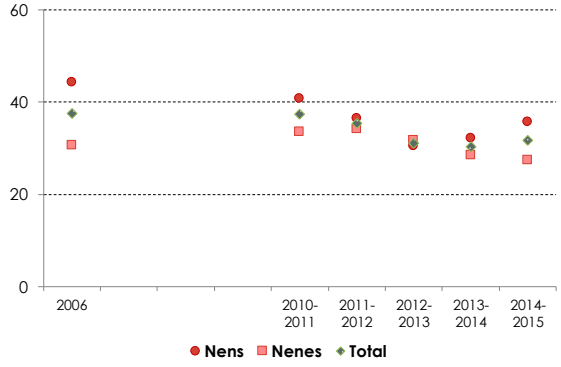
Figura 37. Percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Respecte al 2006, la prevalença de l'excés de pes en la població de 6 a 12 anys s'ha reduït lleugerament, ha disminuït la prevalença del sobrepès i es manté la de l'obesitat.

Figura 38. Evolució temporal del percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per sexe. Catalunya, 2006-2015



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2013-2014 i 2014-2015. Departament de Salut.

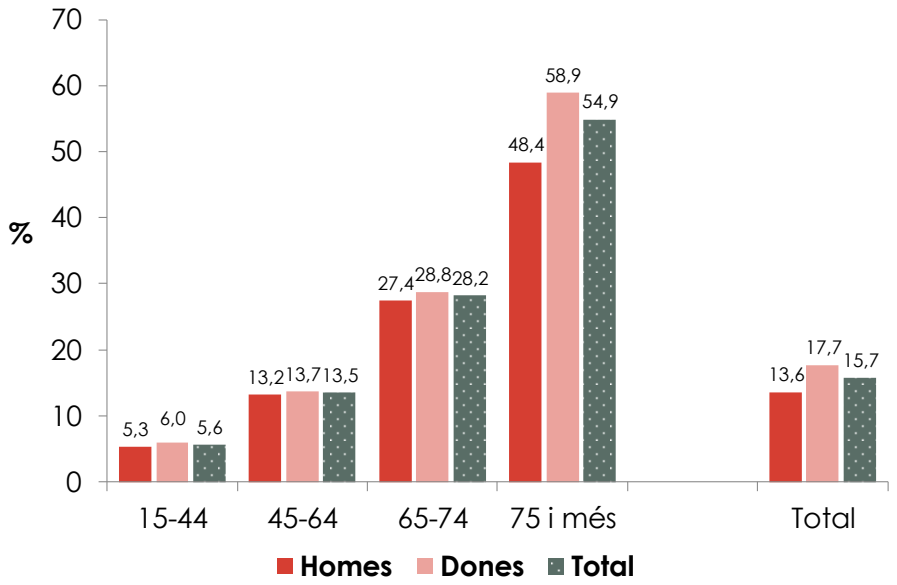
2.4.4 Discapacitats

El 15,7% de la població de Catalunya de 15 anys i més pateix alguna limitació greu o discapacitat física i/o sensorial que afecta permanentment el desenvolupament d'activitats quotidianes (el 13,6% dels homes i el 17,7% de les dones). En la població de 0 a 14 anys, aquest percentatge és del 2,6% (2,5% dels nens i 2,7% de les nenes). La prevalença de la discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat.

Les principals discapacitats que pateix la població de 15 anys i més són similars en els homes i les dones, i estan relacionades amb limitacions importants del moviment (10,4%), problemes per caminar (5,5%) i dificultats greus per fer les feines de la llar (4,8%). Les dones tenen una prevalença més elevada que els homes en les discapacitats més freqüents.

El 10,6% de la població de 15 anys i més necessita l'ajuda, regularment o puntualment, d'altres persones per dur a terme les activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut. El 4,3% de la població adulta necessita ajuda o companyia de manera regular i el 6,3% en necessita de manera puntual. La manca d'autonomia personal es manifesta especialment en les edats més avançades i de manera més freqüent en les dones. En la població de 75 anys i més, el 32,1% dels homes i el 43,0% de les dones són dependents d'altres persones.

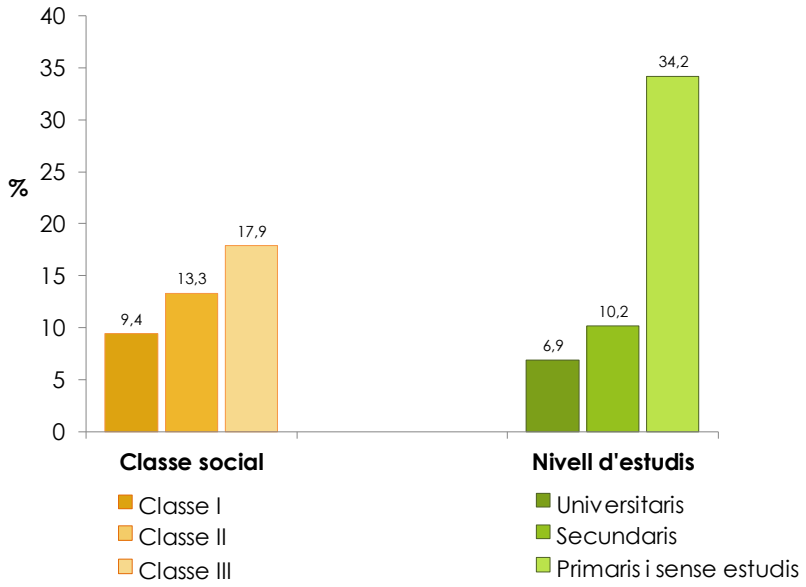
Figura 39. Percentatge de població de 15 anys o més que pateix alguna discapacitat per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La prevalença de la discapacitat és molt superior entre les persones de 15 anys i més amb estudis primaris o sense estudis (34,2%). Per classe social, la proporció d'adults amb discapacitat és més elevada entre les classes menys afavorides.

Figura 40. Percentatge de població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

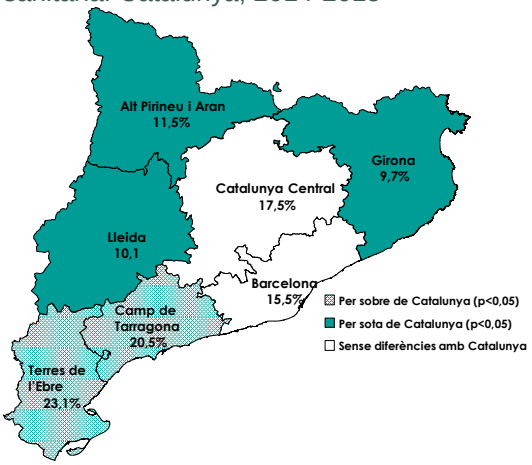


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat, en comparació de Catalunya, és superior en les regions sanitàries Terres de l'Ebre i Camp de Tarragona, i inferior en Alt Pirineu i Aran, Lleida i Girona.

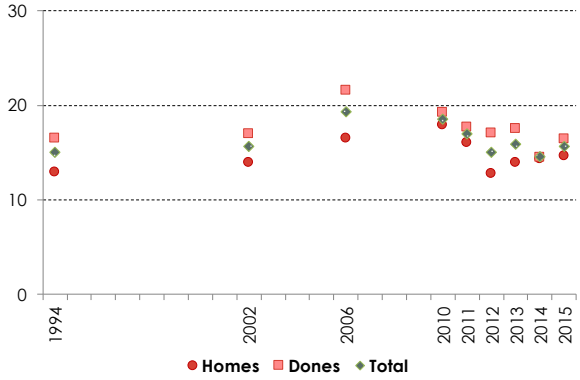
L'any 2015, la prevalença de la població de 15 anys i més amb discapacitat és similar a la de 1994 i la tendència des de l'any 2006 és descendent.

Figura 41. Percentatge de població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 42. Evolució temporal del percentatge de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per sexe. Catalunya, 1994-2015



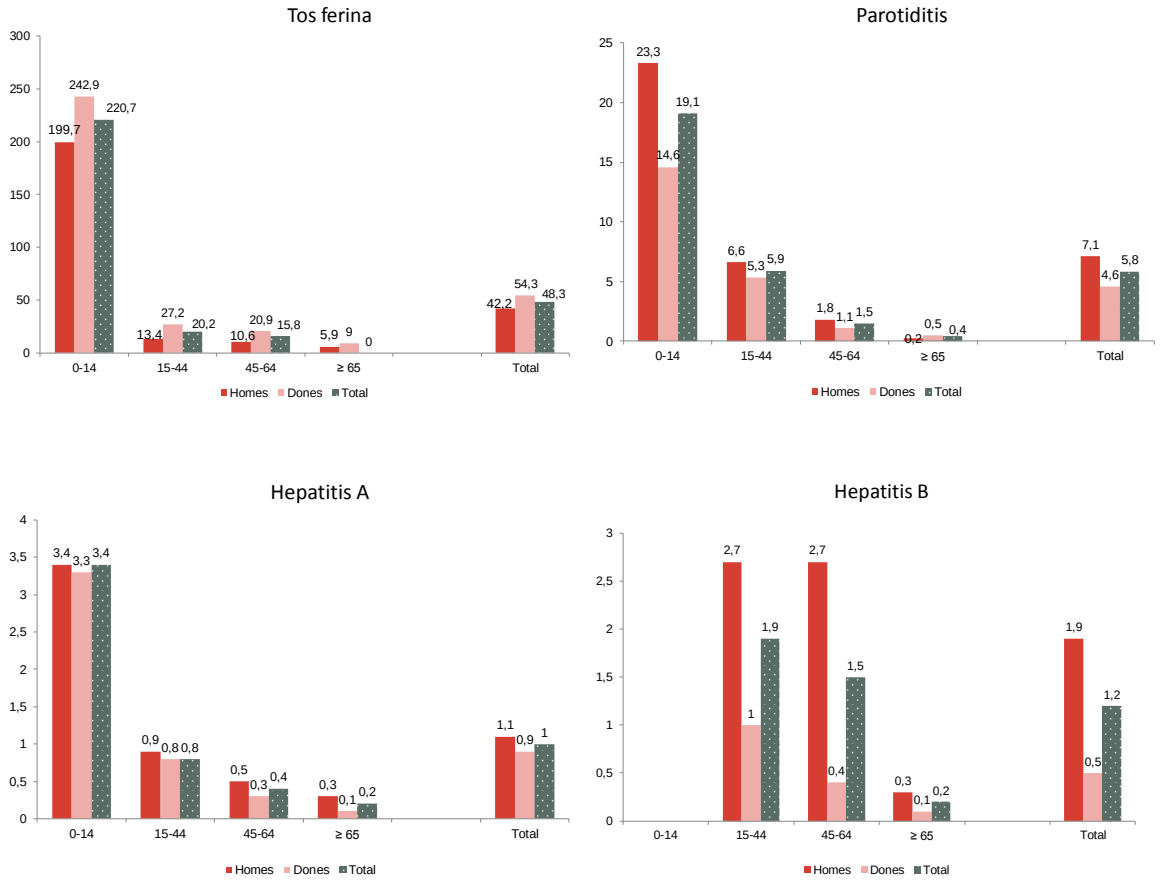
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015.Departament de Salut.

2.4.5 Malalties immunoprevenibles de declaració obligatòria

Les malalties immunoprevenibles de declaració obligatòria comunicades amb més freqüència al sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria (MDO) són: la tos ferina, la parotiditis i les hepatitis A i B.

Durant l'any 2015, s'han notificat 3.630 casos de tos ferina, 437 de parotiditis, 89 d'hepatitis B i 76 d'hepatitis A. La taxa d'incidència, entesa com el nombre de casos per cada 100.000 habitants de la MDO en estudi que inicia símptomes en el 2015 respecte a la població general, ha estat la següent: 48,3 per a la tos ferina, 5,8 per a la parotiditis, 1,2 per a l'hepatitis B i 1,0 per a l'hepatitis A.

Figura 43. Taxa d'incidència de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015

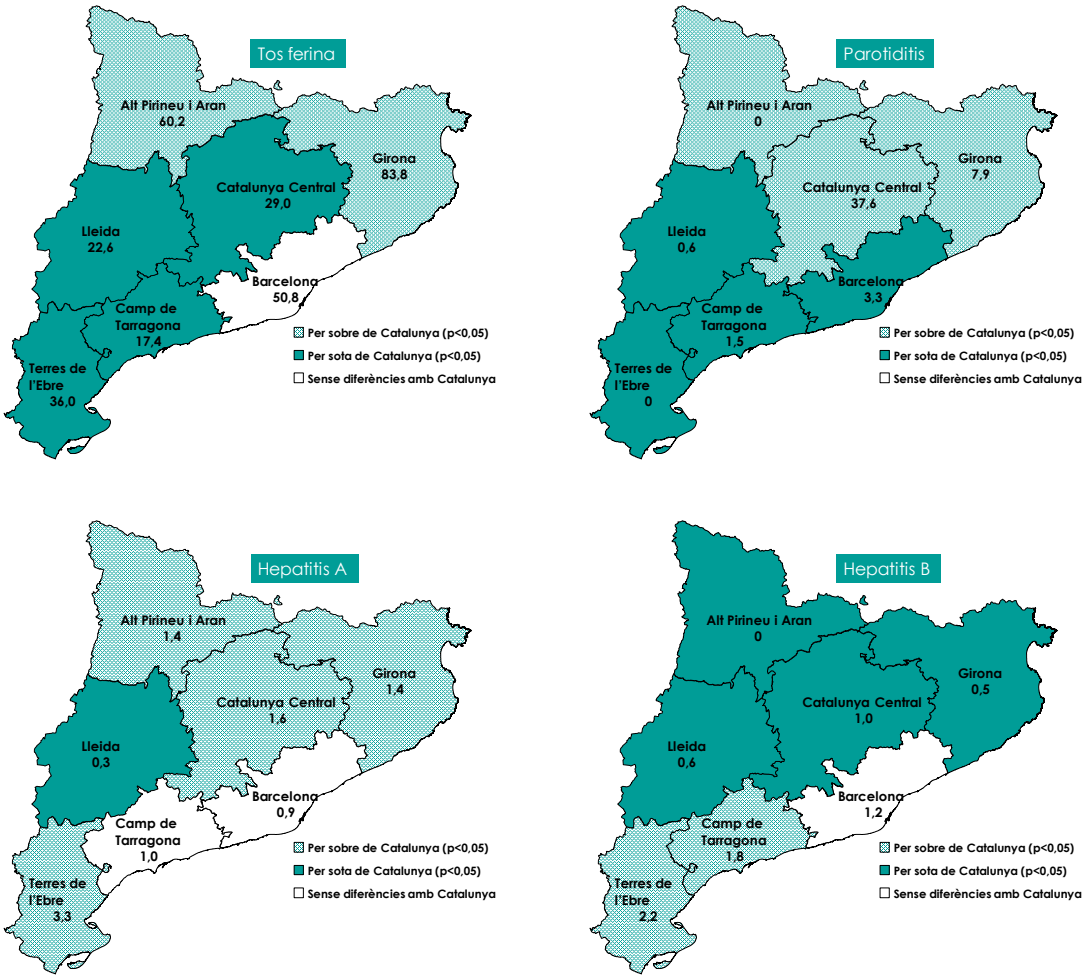


Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

La taxa d'incidència de la tos ferina, la parotiditis i l'hepatitis A és més alta en les persones de menys de 15 anys i disminueix amb l'edat. La taxa d'incidència de les nenes és superior en la tos ferina i la dels nens, en la parotiditis; en canvi, l'hepatitis B és una malaltia d'adults i sobretot, d'homes.

La taxa d'incidència de la tos ferina de les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Girona és superior a la del conjunt de Catalunya; en canvi, les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre tenen una taxa d'incidència inferior. Respecte a la parotiditis, les regions sanitàries del nord (Alt Pirineu i Aran, Catalunya Central i Girona) tenen una taxa d'incidència superior a la del conjunt de Catalunya, mentre que en les altres aquesta taxa és inferior. El patró s'inverteix en el cas de l'hepatitis B i són les regions sanitàries del sud (Terres de l'Ebre i Camp de Tarragona) les que tenen una taxa d'incidència superior a la del conjunt de Catalunya mentre que la de les altres (excepte Barcelona) és inferior. Finalment, per a l'hepatitis A s'observa com la Regió Sanitària Lleida és l'única que té una taxa d'incidència inferior a la del conjunt de Catalunya.

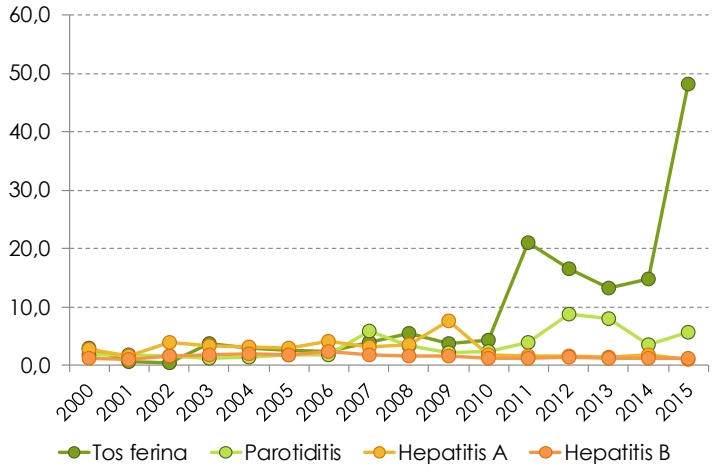
Figura 44. Taxa d'incidència de de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

L'any 2015, la taxa d'incidència de la tos ferina i la de la parotiditis són més altes que l'any anterior. La tos ferina cursa en pics epidèmics de forma cíclica i l'any 2015 va ser un any epidèmic, com en els països del nostre entorn.

Figura 45. Evolució temporal de la taxa d'incidència de de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2000-2015



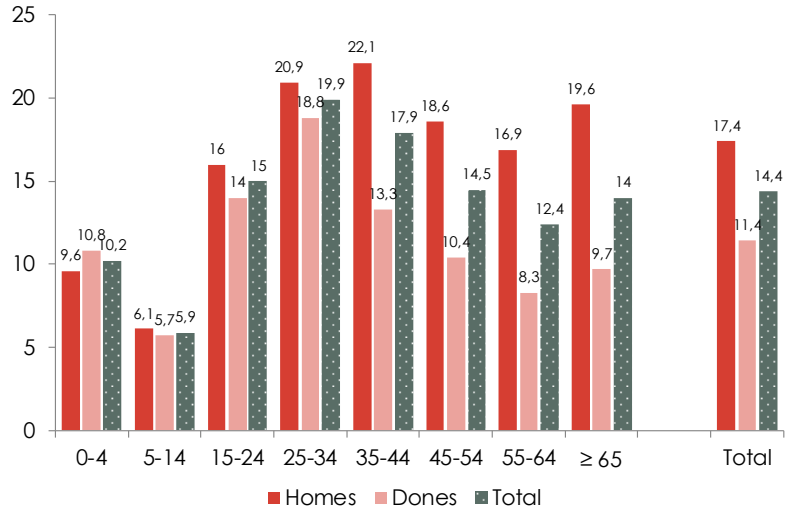
Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

2.4.6 Tuberculosi

L'any 2015, 1.078 casos residents a Catalunya afectats de tuberculosi (TBC) han iniciat tractament, que es correspon amb una taxa d'incidència de 14,4 casos per cada 100.000 habitants. La taxa d'incidència disminueix en mig punt respecte a la taxa de l'any anterior. Cal comentar que el 88,8% dels nous casos de tuberculosi pulmonar amb bacil·loscòpia d'esput positiva completa el tractament, cosa que supera el mínim de 85% que estableix l'Organització Mundial de la Salut. D'altra banda, l'Agència de Salut Pública de Catalunya, recomana que com a mínim en el 95% dels casos de tuberculosi pulmonar es faci un estudi de contactes, i a Catalunya, l'any 2015 s'ha estudiat en el 83,2% dels casos.

Com s'observa a la figura 47 la taxa d'incidència és més elevada en els homes (17,4 per cada 100.000 habitants) que en les dones (11,4 per cada 100.000 habitants) i aquesta diferència es manté en tots els grups d'edat excepte en els més petits de 5 anys. El grup d'edat amb una taxa d'incidència més alta es correspon amb les persones entre 25 i 34 anys, seguit de les que tenen entre 35 i 44 anys.

Figura 46. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015

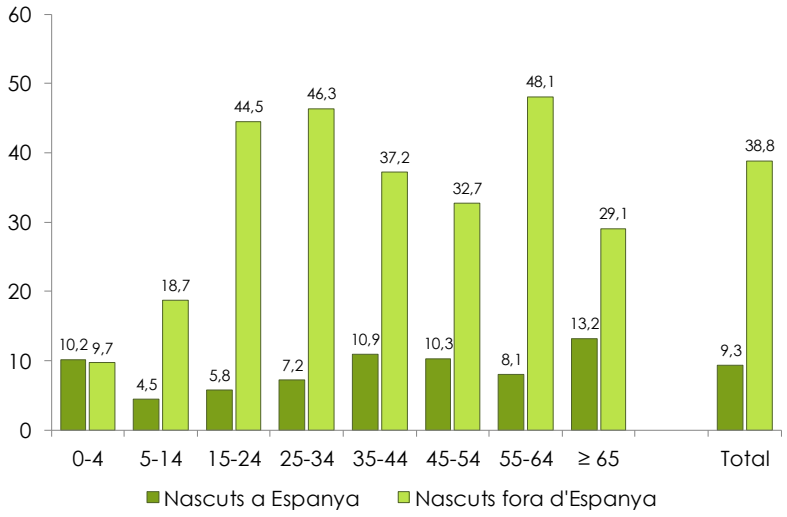


Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

En les persones nascudes fora d'Espanya, la taxa d'incidència és de 38,8 casos per cada 100.000 habitants, mentre que en les persones nascudes a Espanya es manté per sota de 10 per cada 100.000 habitants. Les taxes d'incidència de les persones nascudes fora d'Espanya també varien segons els grups d'edat. Així, en les persones de menys de 5 anys, les taxes d'incidència són semblants tant per a les persones nascudes a Espanya com per a les que han nascut fora; en canvi, en els nens i nenes nascuts fora d'Espanya que tenen entre 5 i 14 anys la taxa d'incidència per cada 100.000 habitants se situa en 18,7, mentre que en les persones nascudes a Espanya de la mateixa edat és de 4,5. A partir d'aquest grup d'edat, la taxa

d'incidència augmenta i assoleix valors superiors a 40 casos per cada 100.000 habitants en els altres grups d'edat.

Figura 47. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per edat i país de naixement. Catalunya, 2015



Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Les regions sanitàries Lleida i Barcelona tenen una taxa d'incidència més gran que la de la població catalana, mentre que la de la resta de regions sanitàries és inferior.

Des de l'any 2008, s'estableix una tendència descendent amb una mitjana anual del 5,8%, superior en els homes (8,2%) que en les dones (4,9%) i també superior en les persones nouvingudes (6,8%) que en les autòctones (5,9%).

Figura 48. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015

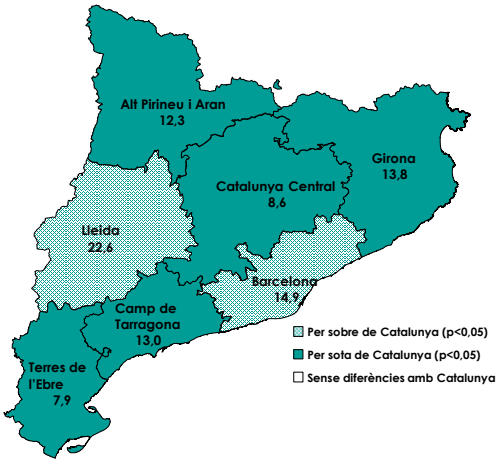
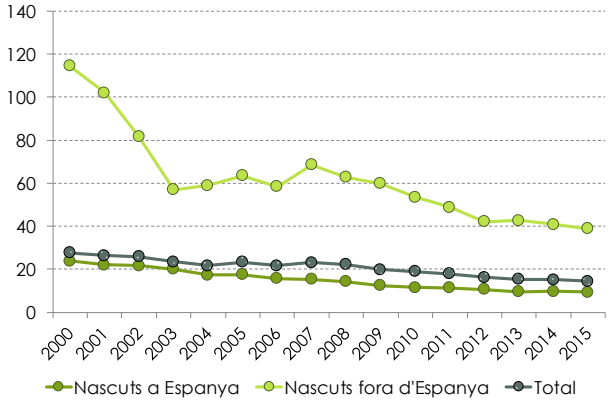


Figura 49. Evolució temporal de la taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2000-2015



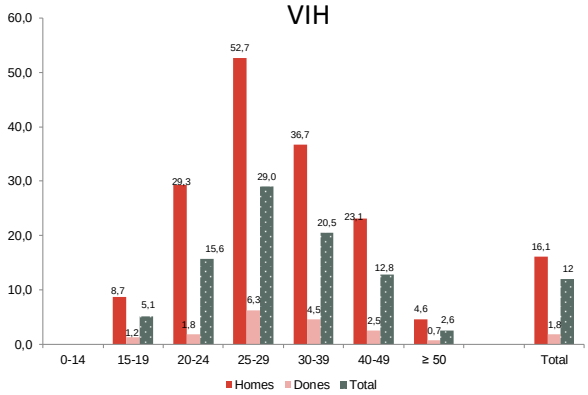
Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

2.4.7 Virus de la immunodeficiència humana i infeccions de transmissió sexual

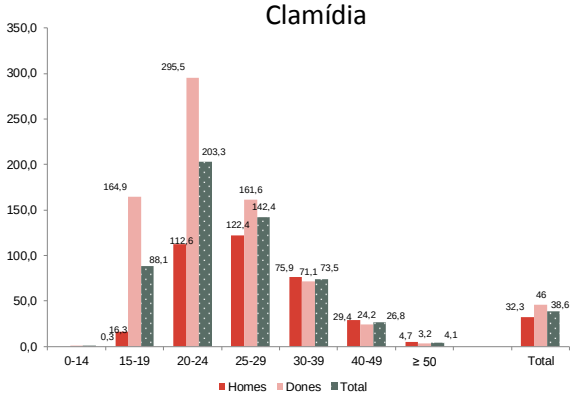
Les infeccions de transmissió sexual (ITS) continuen representant un problema de salut pública en termes de morbimortalitat per les complicacions i les seqüeles que poden originar si no es diagnostiquen i es tracten adequadament. El capítol inclou el virus de la immunodeficiència humana (VIH) i com a ITS més rellevants les més freqüents que tenen tractament antibiòtic d'origen bacterià, com ara són la clamídia, la gonocòccia i la sífilis infecciosa.

Durant l'any 2015 (dades provisionals), s'han enregistrat 634 diagnòstics nous del VIH, cosa que es correspon amb una taxa de 12,0 per cada 100.000 habitants. D'aquests, 273 casos corresponen a persones nouvingudes i la via de transmissió més freqüent és la sexual: homes homosexuals o bisexuals (67,0% dels casos) i homes heterosexuals (16,0%). Les altres tres ITS esmentades tenen una taxa de nous diagnòstics per cada 100.000 habitants de 38,6 per la clamídia, 25,0 per la gonocòccia i 18,0 per la sífilis infecciosa. Excepte la clamídia, les altres ITS incloent-hi el VIH, els nous casos diagnosticats es corresponen més a homes que a dones, i entre els 20 i 40 anys.

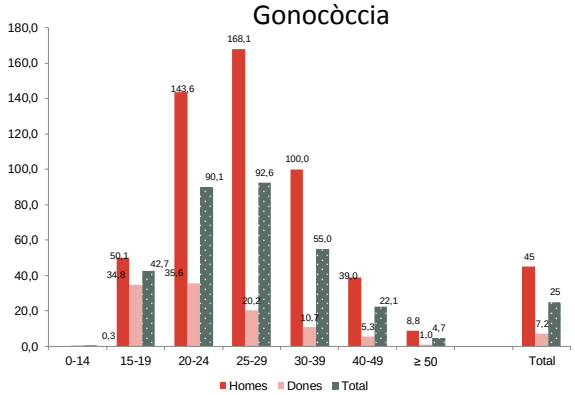
Figura 50. Taxa d'incidència del VIH, la clamídia, la gonocòccia i la sífilis infecciosa per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015

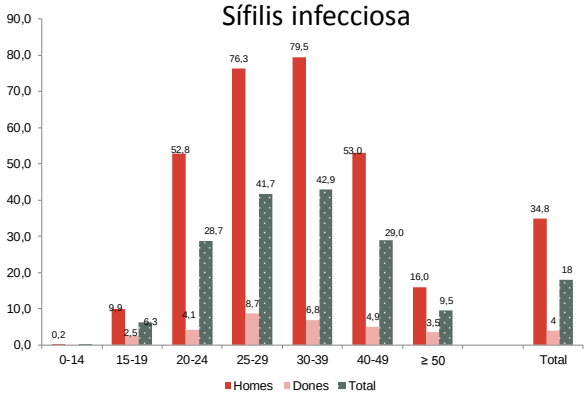


Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria de la Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.



Font: Sistema de notificació microbiològica de Catalunya (CEEISCAT). Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

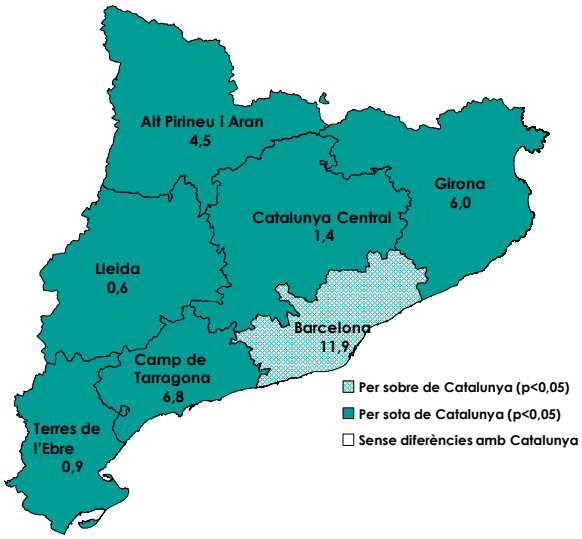




Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya (CEEISCAT). Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Les dades segons el territori mostren com la Regió Sanitària Barcelona té una taxa d'incidència per sobre de la taxa d'incidència de Catalunya. La resta de regions sanitàries la tenen inferior.

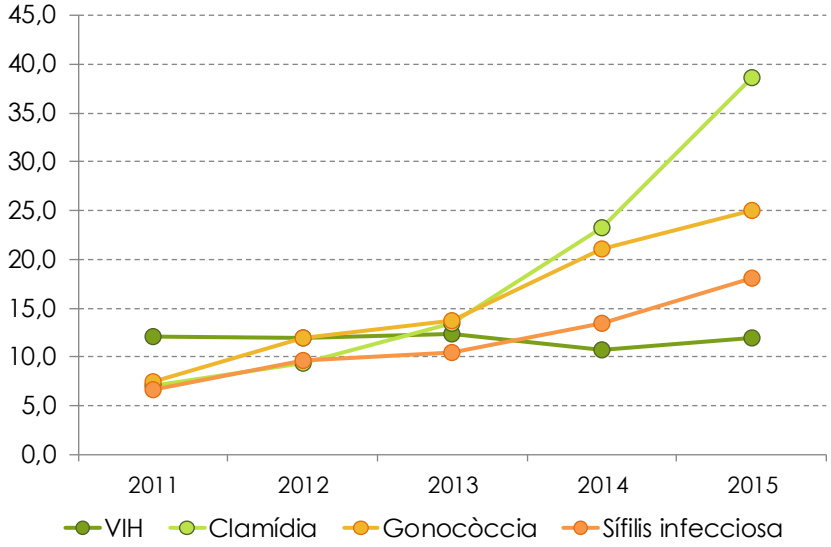
Figura 51. Taxa d'incidència del VIH per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font: Sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

En el 2015, totes les taxes de nous diagnòstics de les quatre ITS considerades han augmentat respecte al 2014.

Figura 52. Evolució temporal de la taxa d'incidència del VIH, la clamídia, la gonocòccia i la sífilis infecciosa per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2011-2015



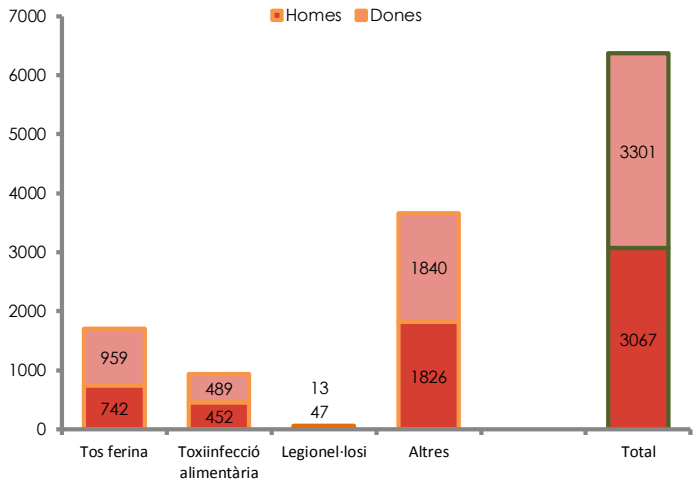
Font: VIH (sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria), clamídia (sistema de notificació microbiològica de Catalunya, CEEISCAT), gonocòccia i sífilis infecciosa (sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i sistema de notificació microbiològica de Catalunya, CEEISCAT). Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

2.4.8 Brots epidèmics

Durant l'any 2015, s'han declarat 812 brots que han afectat 6.493 persones. Els tipus de brots més freqüents han estat els de tos ferina (455 brots amb 1.701 afectats). El segon tipus han estat els brots de toxiinfecció alimentària (73 brots amb 941 afectats). Aquest any, hi hagut 20 brots de legionel·losi, amb 60 afectats.

Els brots afecten d'igual manera persones de tots dos sexes, tot i que segons el tipus de brots poden presentar més afectació els homes o les dones. Les toxiinfeccions alimentàries es donen en tots els grups d'edat; però, en canvi, la tos ferina sembla que afecta preferentment l'edat pediàtrica i la legionel·losi, l'edat adulta.

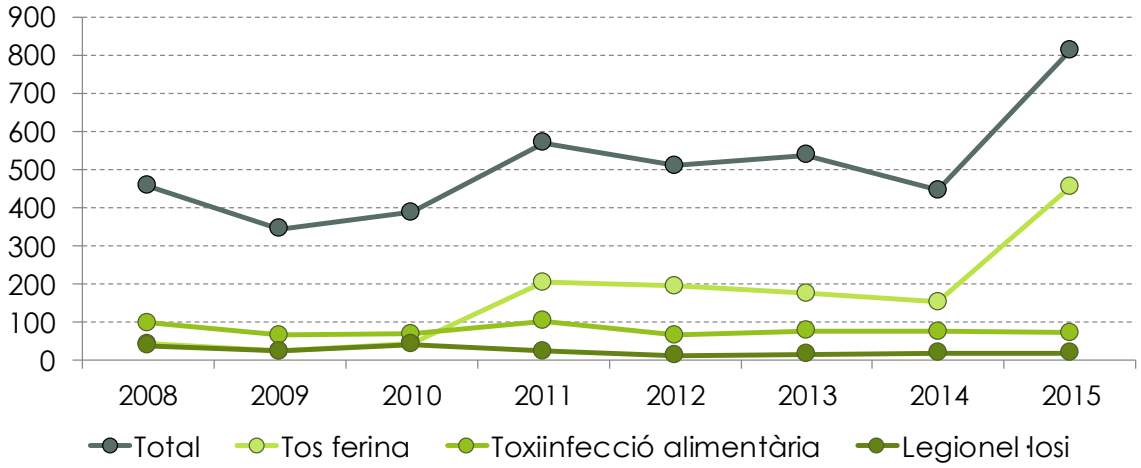
Figura 53. Nombre de persones afectades per brots epidèmics, per sexe. Catalunya, 2015



Font: Servei de Control Epidemiològic i Resposta a Alertes i Emergències. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

A la figura 55 s'observa com el nombre de brots ha augmentat considerablement aquest darrer any sobretot a conseqüència dels brots de tos ferina.

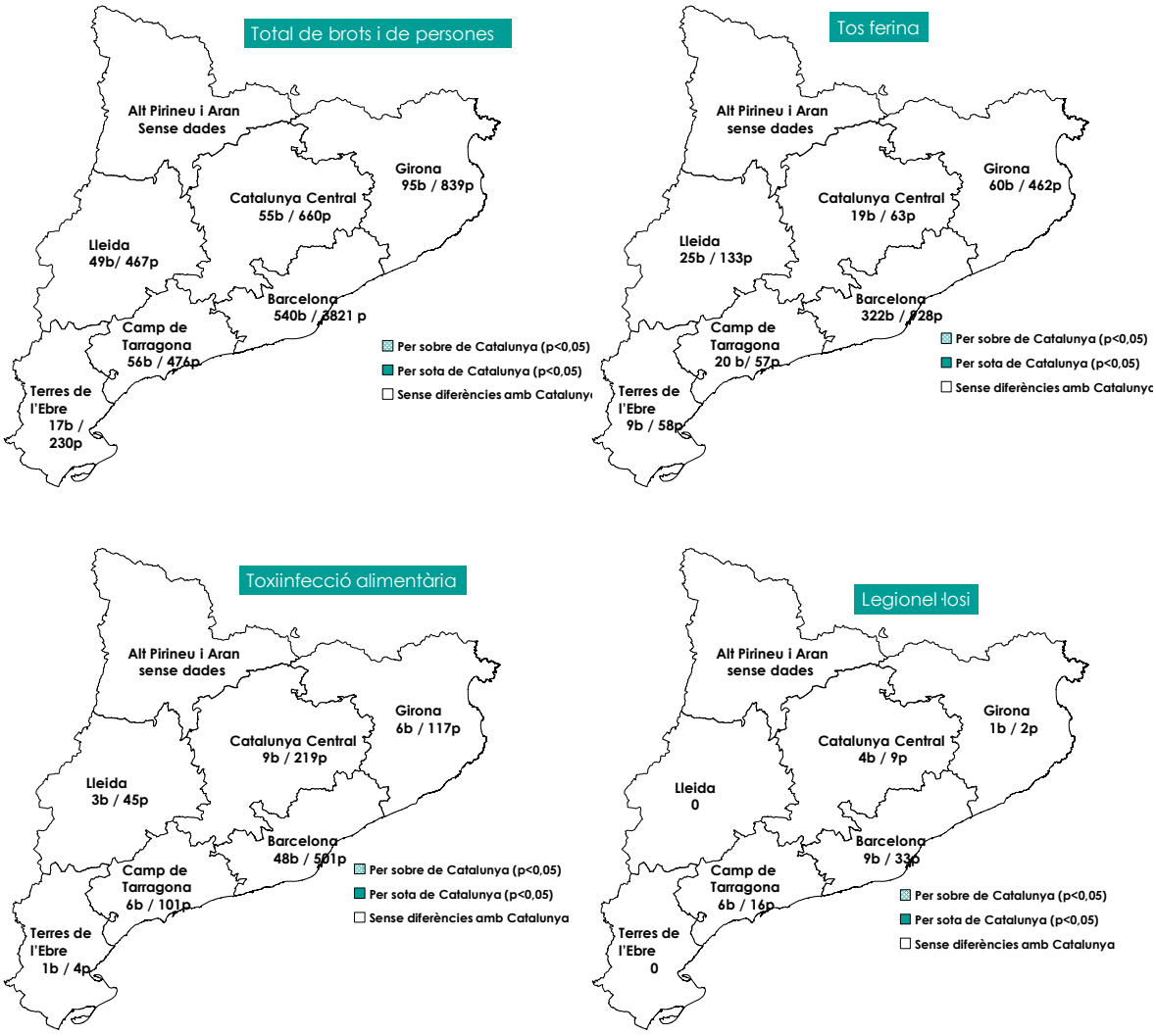
Figura 54. Evolució temporal del nombre de brots segons el tipus. Catalunya, 2008-2015



Font: Servei de Control Epidemiològic i Resposta a Alertes i Emergències. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

La Regió Sanitària Barcelona és la que concentra un nombre més elevat de brots, així com de persones afectades. No obstant això, l'anàlisi fet segons la regió sanitària no mostra diferències entre territoris.

Figura 55. Nombre de brots i nombre de persones per regió sanitària. Catalunya, 2015



Font: Servei de Control Epidemiològic i Resposta a Alertes i Emergències. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.
b = brots
p = persones afectades

2.4.9 Malalties que ens fan consultar l'atenció primària, el servei d'urgències o ingressar a l'hospital

A Catalunya, per analitzar els diagnòstics i procediments dels pacients atesos s'utilitzen les agrupacions del Clinical Classification Software (CCS), de l'Agència de Recerca i Qualitat de les Cures de Salut (AHRQ) del Govern dels Estats Units. Aquesta classificació agrupa els més de 16.000 codis de diagnòstics de la CIM-9-MC en 285 categories.

Així, els motius de consulta més freqüents en les persones de menys de 15 anys ateses en l'atenció primària són les immunitzacions i els cribratges de malalties infeccioses i les infeccions respiratòries de vies altes, que generen una mitjana de dues visites per pacient.

Taula 4. Motius de consulta més freqüents en l'atenció primària en pacients de menys de 15 anys (visites i pacients) per sexe. Catalunya, 2015

Motius de consulta segons les categories diagnòstiques CCS	De 0 a 14 anys					
	Nens		Nenes		Total	
	Pacients	*Visites*	*Pacients*	*Visites*	*Pacients*	*Visites*
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	187.963	342.826	178.273	327.229	366.236	670.055
Altres infeccions respiratòries de vies altes	184.494	375.129	174.925	348.938	359.419	724.067
Infeccions víriques	96.085	150.352	88.907	138.000	184.992	288.352
Trastorns de les dents i els maxil·lars	90.545	139.378	86.638	134.235	177.183	273.613
Examen/avaluació mèdics	74.137	182.374	69.460	170.229	143.597	352.603
Reaccions al·lèrgiques	70.864	165.876	69.730	154.547	140.594	320.423
Amigdalitis aguda i crònica	63.357	103.999	59.029	92.418	122.386	196.417
Otitis mitjana i afeccions relacionades	56.728	106.003	54.204	98.509	110.932	204.512
Altres malalties respiratòries de vies baixes	56.077	98.146	50.876	88.709	106.953	186.855
Infecció intestinal	56.325	81.951	49.086	69.638	105.411	151.589

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP), 2015. CatSalut. Departament de Salut.

En el cas de la població de 15 anys i més, la hipertensió arterial és el problema de salut més prevalent i un dels diagnòstics que té associades més visites. La diabetis mellitus afecta menys persones però també està present en un nombre molt alt de visites. Un dels motius més freqüents de consulta en l'atenció primària en persones d'aquesta edat és la realització d'activitats preventives, que generen una mitjana de dues visites per pacient.

Taula 5. Motius de consulta més freqüents a l'atenció primària en pacients de 15 anys i més (visites i pacients) per sexe. Catalunya, 2015

Motius de consulta segons les categories diagnòstiques CCS	De 15 anys i més					
	Homes		Dones		Total	
	Pacients	*Visites*	*Pacients*	*Visites*	*Pacients*	*Visites*
Hipertensió essencial	587.700	6.403.193	670.142	8.437.208	1.257.842	14.840.401
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	401.767	458.935	505.535	574.879	907.302	1.033.814
Examen/avaluació mèdics	316.660	600.061	438.911	852.881	755.571	1.452.942
Altres trastorns nutricionals, endocrins i metabòlics	301.559	680.636	415.585	1.024.019	717.144	1.704.655
Espondilosi, trastorns del disc intervertebral i altres trastorns d'esquena	271.496	799.867	438.281	1.269.149	709.777	2.069.016
Altres infeccions respiratòries de vies altes	278.945	411.533	419.540	644.413	698.485	1.055.946
Altres malalties del teixit connectiu	232.804	563.274	377.037	968.220	609.841	1.531.494
Diabetis mellitus sense menció de complicacions	307.939	3.543.037	263.127	3.451.239	571.066	6.994.276
Hiperlipidèmia	247.111	696.006	291.315	887.780	538.426	1.583.786
Trastorns de les dents i els maxil·lars	171.997	334.964	217.831	412.024	389.828	746.988

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP), 2015. CatSalut. Departament de Salut.

L'any 2015, segons el Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR), el 57,3% de les urgències es concentren en els quatre grups de categories de diagnòstics més freqüents: les lesions i intoxicacions (19,3%); els símptomes, signes i altres afeccions i factors que influeixen en l'estat de salut, categoria que engloba, entre d'altres, la febre d'origen desconegut, les nàusees i vòmits, i el mal de panxa abdominal(14,1%); les malalties de l'aparell respiratori (13,8%) i les del sistema musculoesquelètic i del teixit connectiu (10,2%). Ara bé, quan s'analitzen els contactes segons l'àmbit assistencial, l'edat i el sexe, s'observen diferències importants.

En aquest sentit, entre els adults, les principals causes d'utilització dels serveis d'urgències hospitalaris són les del gran grup de lesions i intoxicacions (19,0%); en canvi, en els infants són més freqüents les malalties de l'aparell respiratori (27,2%), que també ho són per al conjunt de les urgències d'atenció primària (AP). En el cas del SEM, el principal grup entre els menors és el de les lesions i intoxicacions i entre els adults el de símptomes, signes i altres afeccions i factors que influeixen en l'estat de salut.

Quan s'analitza la patologia atesa segons el diagnòstic principal notificat, els tres més freqüents són:

- en les urgències hospitalàries, el dolor abdominal de localització no especificada, el lumbago i la bronquitis aguda, que representen cadascuna al voltant del 2% dels casos.
- en els dispositius d'AP d'alta resolució, les altres lesions superficials i lesions superficials no especificades sense menció d'infecció (3,3%), la rinofaringitis aguda o refredat comú (3,1%) i el lumbago (2,4%).
- en les urgències del SEM, les contusions de localització no especificada (3,5%), el malestar i la fatiga (3,0%) i l'estat d'ansietat no especificat (2,8%).

Taula 6. Urgències segons el grup de categories de diagnòstics del CCS per grup d'edat i recurs assistencial. Catalunya, 2015

Grup de categories de diagnòstics CCS	Hospital		AP alta resolució		SEM	
	0-14	15+	0-14	15+	0-14	15+
Lesions i intoxicacions	20,1	19,0	17,0	13,2	17,9	15,1
Malalties de l'aparell respiratori	27,2	8,8	26,4	13,5	8,0	8,4
Símptomes, signes i altres afeccions i factors que influeixen la salut	16,8	10,1	13,3	10,4	16,6	19,8
Malalties del sistema musculoesquelètic i del teixit connectiu	3,9	11,3	3,2	11,7	1,4	4,9
Malalties del sistema nerviòs i dels òrgans dels sentits	8,6	8,7	9,7	6,8	6,4	5,0
Malalties de l'aparell genitourinari	2,3	8,3	1,4	4,9	0,4	2,0
Malalties de l'aparell circulatori	0,5	7,0	0,3	3,7	0,8	11,0
Malalties de l'aparell digestiu	8,2	6,9	5,2	6,3	1,7	2,0
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	0,0	4,8	0,0	0,4	0,0	0,3
Trastorns mentals	0,6	3,6	0,2	2,7	4,8	7,5
Malalties de la pell i del teixit subcutani	2,1	2,0	1,9	2,8	0,2	0,1
Codis residuals; no classificats	1,2	1,7	1,3	1,7	0,4	1,2
Malalties infeccioses i parasitàries	5,1	1,5	5,5	1,9	0,5	0,2
Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i trast. immunitaris	0,3	0,9	0,1	0,8	0,5	1,5
Neoplàsies	0,1	0,6	0,0	0,4	0,0	0,1
Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	0,2	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
Afeccions originades en el període perinatal	0,5	0,1	0,0	0,0	0,5	0,0
Anomalies congènites	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0

Font: Informe d'activitat del Registre CMBD-UR, 2015. CatSalut. Departament de Salut.

Les principals causes d'ingrés hospitalari en la població infantil i adulta són diferents. El nombre més elevat de contactes d'hospitalització dels pacients de menys de 15 anys és causat per malalties de l'aparell respiratori, i entre els pacients adults per les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits.

Taula 7. Contactes d'hospitalització convencional o CMA. Diagnòstic principal dels pacients de menys de 15 anys per sexe. Catalunya, 2015

Grup de categories de diagnòstics CCS	Nens	Nenes	Total
Malalties de l'aparell respiratori	11.310	8.017	19.327
Malalties de l'aparell digestiu	6.151	4.354	10.505
Afeccions originades en el període perinatal	5.613	4.704	10.317
Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	4.284	3.322	7.606
Malalties de l'aparell genitourinari	6.037	1.505	7.542
Anomalies congènites	4.767	2.438	7.205
Lesions i intoxicacions	3.338	2.047	5.385
Símptomes, signes i afeccions mal definides i factors que influeixen en l'estat de salut)	2.608	2.289	4.897
Neoplàsies	1.880	1.570	3.450
Malalties infeccioses i parasitàries	1.066	896	1.962

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària (CMBD-HA), 2015. CatSalut. Departament de Salut.

Taula 8. Contactes d'hospitalització convencional o CMA. Diagnòstic principal dels pacients de 15 anys i més per sexe. Catalunya, 2015

Grup de categories de diagnòstics CCS	Homes	Dones	Total
Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	53.033	68.581	121.614
Malalties de l'aparell circulatori	63.801	53.864	117.665
Malalties de l'aparell digestiu	59.241	46.325	105.566
Lesions i intoxicacions	50.038	44.475	94.513
Neoplàsies	44.987	42.791	87.778
Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi *	87	86.779	86.866
Malalties de l'aparell respiratori	47.218	35.950	83.168
Malalties de l'aparell genitourinari	31.538	44.109	75.647
Malalties del sistema musculosquelètic i el teixit connectiu	29.819	43.671	73.490
Altres diagnòstics	39.186	39.816	79.002

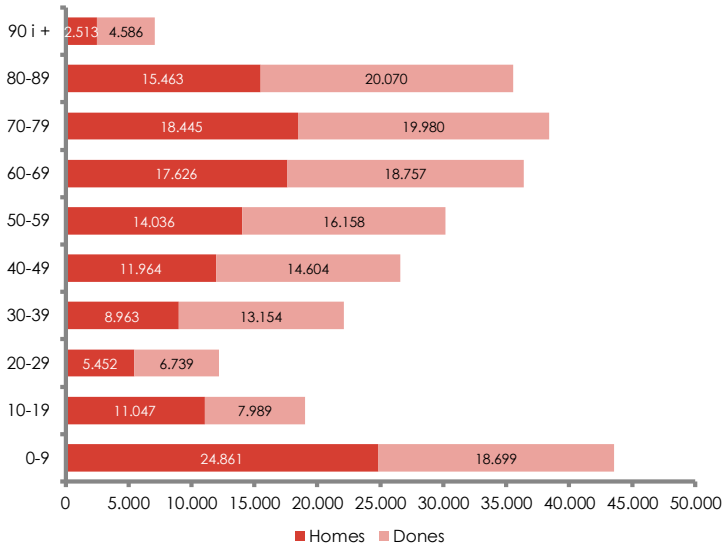
* Inclou tractaments de contracepció i procreació.
Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària (CMBD-HA), 2015. CatSalut. Departament de Salut.

2.4.10 Malalties minoritàries

La Comissió Europea defineix les malalties minoritàries (MM) com aquelles malalties amb una prevalença inferior a 5 casos per cada 10.000 habitants i que presenten elevades taxes de mortalitat i/o són crònicament debilitants. Actualment, el nombre total d'MM conegut se situa per sobre les 7.000, i aquest valor està en constant augment a conseqüència de la investigació genètica, que està contribuint a explicar patrons de malalties no entesos fins ara. Al voltant d'un 80% de les MM tenen un origen genètic identificat i el 50% dels nous casos es donen en la població pediàtrica. Atesa la necessitat d'informació fiable sobre les MM, el 2014 el Servei Català de la Salut va crear el fitxer del Registre de malalties minoritàries de Catalunya (REMIN). Es tracta d'un registre poblacional de persones afectades d'MM a Catalunya, que té com a objectiu proporcionar informació fiable sobre l'extensió i la distribució de les MM en el nostre territori amb finalitats epidemiològiques i de planificació sanitària. La unitat de registre és la MM, és a dir, una mateixa persona pot estar present en el Registre tantes vegades com diagnòstics d'MM diferents hi tingui associats. En la fase actual en què es troba el Registre, els casos únicament procedeixen dels registres d'alta hospitalària (CMBD-AH), d'atenció primària (Registre de morbiditat i CMBD-AP) i el Registre de malalts renals de Catalunya de diagnòstics confirmats excloent-ne els casos pendents de diagnòstic o estudi.

Entre 2010 i 2013, s'han identificat 271.106 casos amb diagnòstic d'MM, que corresponen a 229.861 persones. Aquesta dada correspondria al 3,1% de la població de Catalunya. El nombre de casos detectats és superior al nombre de persones afectades degut al fet que hi ha persones amb més d'un diagnòstic d'MM associat amb una mitjana d'1,2 diagnòstics per persona.

Figura 56. Nombre de casos de malalties minoritàries per edat i sexe. Catalunya, 2010-2013



Font: Registre de malalties minoritàries de Catalunya (REMIN). CatSalut 2013. Departament de Salut.

La distribució del nombre de casos per grups d'edat mostra una freqüència més elevada en els grups més joves (fins als 20 anys) i en els grups de més edat (a partir dels 70 anys). Segons el sexe, s'observa que els homes tenen més MM que les dones fins als 20 anys i a partir dels 70

anys, tot i que en general, homes i dones tenen una prevalença molt semblant (3,0% i 3,2%, respectivament). S'observa el mateix patró el nombre de persones.

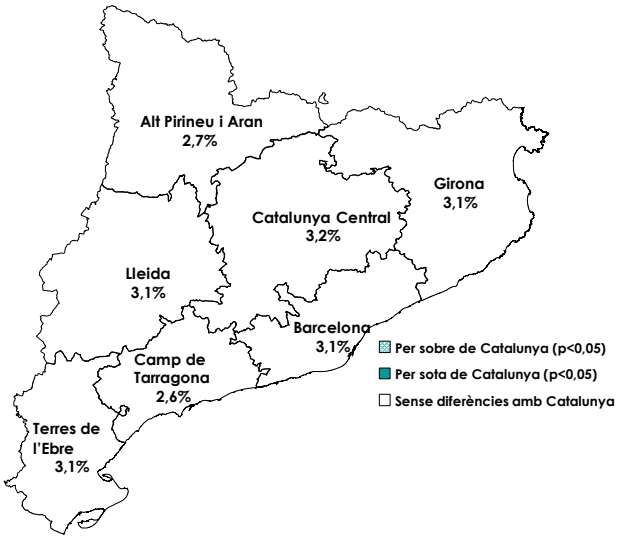
Taula 9. Distribució de les persones amb malalties minoritàries, per edat i sexe. Catalunya, 2010-2013

Grups d'edat	Persones amb malalties minoritàries	
	Homes	Dones
0-9	19.908	14.530
10-19	9.455	6.619
20-29	4.737	5.870
30-39	7.896	11.547
40-49	10.497	12.680
50-59	12.090	13.886
60-69	15.107	16.067
70-79	15.676	16.930
80-89	13.304	17.396
90 i +	2.254	4.222
Total	110.114	119.747

Font: Registre de malalties minoritàries de Catalunya (REMIN). CatSalut 2013. Departament de Salut.

La distribució per regió sanitària mostra que més del 66% de les persones afectades d'MM detectades es concentren a la Regió Sanitària Barcelona. No obstant això, l'anàlisi de la prevalença detectada per regió sanitària no mostra diferències entre territoris.

Figura 57. Prevalença de les malalties minoritàries per regió sanitària. Catalunya, 2010-2013



Regió sanitària	Nre. de persones	Nre. de casos
Alt Pirineu	1.878	2.238
Barcelona	153.236	30.070
Camp de Tarragona	15.321	18.015
Catalunya Central	16.424	19.211
Girona	25.865	30.070
Lleida	11.255	13.197
Terres de l'Ebre	5.849	6.877
Desconegut	33	37

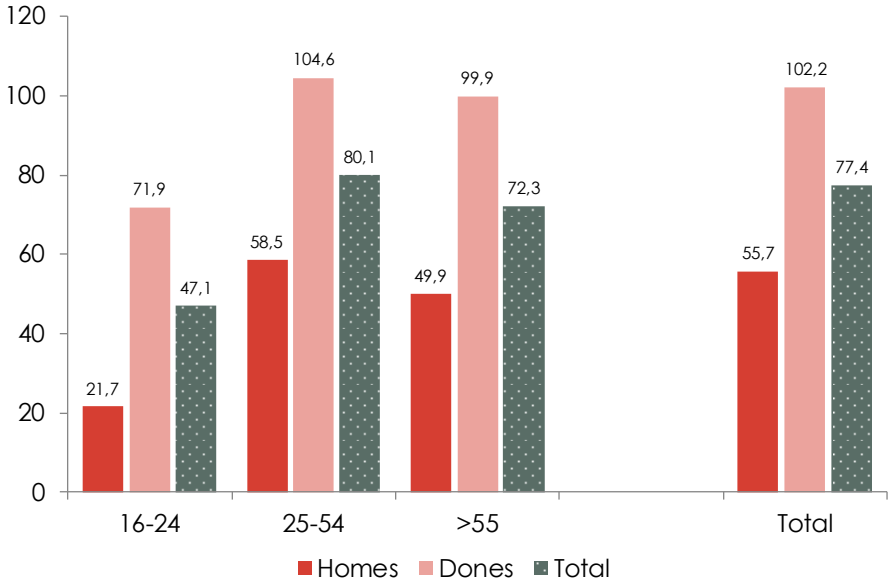
Font: Registre de malalties minoritàries de Catalunya (REMIN). CatSalut 2013. Departament de Salut.

2.4.11 Malalties relacionades amb el treball

A Catalunya, l'any 2015, la incidència de les malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades va ser de 77,4. Les malalties relacionades amb el treball es defineixen com qualsevol trastorn de salut que el professional mèdic d'atenció primària del sistema públic de salut, ha considerat que està relacionat amb el treball i ho ha notificat al sistema de vigilància epidemiològica de malalties relacionades amb el treball. El concepte de cas inclou tots els nivells de relació amb el treball definits per l'Organització Mundial de la Salut: *a*) un agent laboral específic causa un trastorn de salut específic; *b*) un agent laboral específic causa un trastorn de salut que també pot ocórrer en exposicions no laborals, *c*) factors laborals juntament amb altres no laborals causen un trastorn de salut, i *d*) factors laborals agreugen un trastorn de salut preexistent.

Tal com s'observa a la figura 59, la taxa d'incidència és diferent segons el sexe i també segons l'edat. Les dones tenen una taxa d'incidència de 102,2 per cada 100.000 ocupades; en canvi, aquesta taxa disminueix fins a 55,7 per cada 100.000 homes ocupats. En tots dos sexes, són les persones ocupades que tenen entre 25 i 54 anys les que tenen una taxa d'incidència més elevada seguida de les persones més grans de 55 anys.

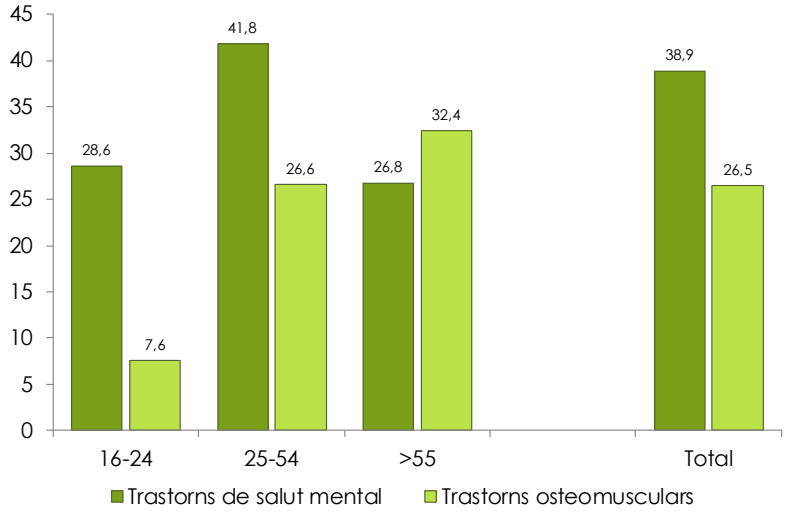
Figura 58. Taxa d'incidència de les malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Informació dels registres de la xarxa d'unitats de salut laboral de Catalunya i l'Idescat a partir de dades de l'EPA i l'INE.

Dins de les malalties relacionades amb el treball destaquen dos grans grups: els trastorns de salut mental i els trastorns osteomusculars. La taxa d'incidència dels trastorns de salut mental és de 38,9 per cada 100.000 persones ocupades mentre que la dels trastorns osteomusculars és de 26,5 per cada 100.000 persones ocupades. La taxa d'incidència dels trastorns de salut mental és més alta en les dones i en persones ocupades d'entre 25 i 54 anys i els trastorns osteomusculars en les persones ocupades més grans.

Figura 59. Taxa d'incidència de les malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades per tipus de trastorn. Catalunya, 2015



Font: Informació dels registres de la xarxa d'unitats de salut laboral de Catalunya i l'Idescat a partir de dades de l'EPA i l'INE.

Es disposa informació per als anys 2014 i 2015 i sembla que la taxa d'incidència de les malalties relacionades amb el treball ha augmentat lleugerament i que aquest augment és conseqüència, principalment, dels trastorns de salut mental.

3. Què fem per la nostra salut

3 Què fem per la nostra salut

3.1 Quins estils de vida tenim

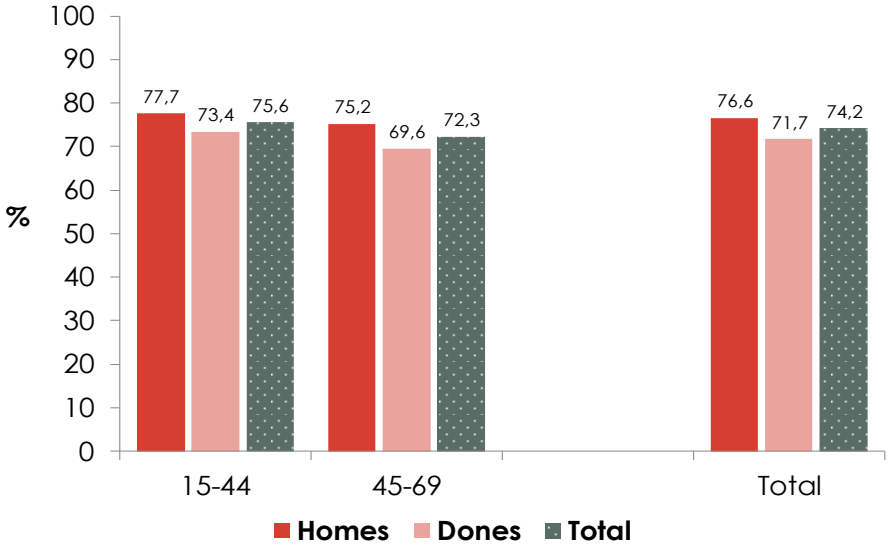
3.1.1 Activitat física

L'activitat física saludable es recull a l'Enquesta de salut de Catalunya mitjançant l'instrument IPAQ.[24] Aquest instrument està validat per a la població que té entre 15 i 69 anys.

El 74,2% de la població entre 15 i 69 anys fa una activitat física saludable i és superior en els homes (76,6%) que en les dones (71,7%).

D'altra banda, el 20,9% de la població de 18 a 74 anys és sedentària. Aquesta proporció augmenta amb l'edat, tant en homes com en dones. I en el cas de la població de 3 a 14 anys, el 37,5% té un estil d'oci actiu (cada dia de la setmana fa com a mínim 1 hora d'activitat física extraescolar esportiva o juga al parc o al carrer). El percentatge és superior en els nens que en les nenes, i disminueix quan augmenta el grup d'edat.

Figura 60. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per edat i sexe. Catalunya, 2015

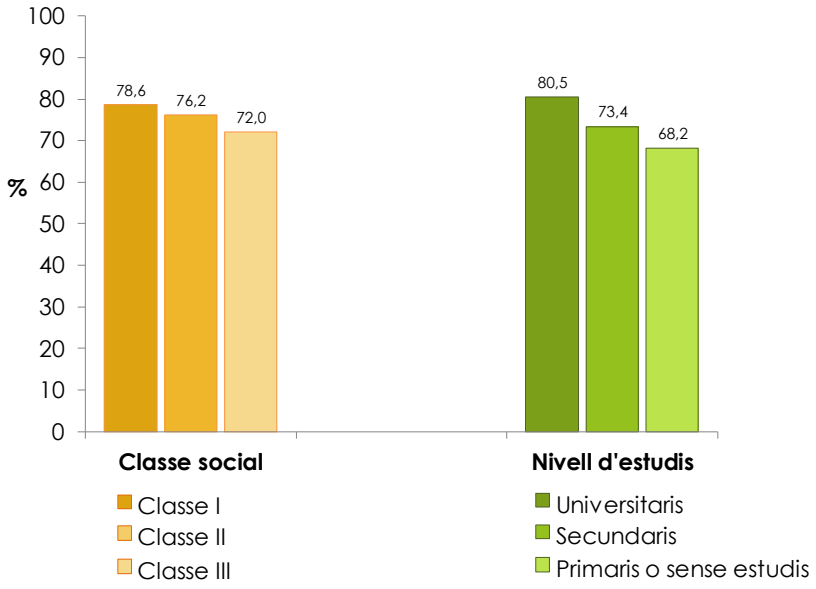


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La pràctica d'activitat física saludable és més alta entre les classes socials més benestants i entre les persones que tenen un nivell d'estudis més elevat. El sedentarisme també és més freqüent en la població de classe més benestant però, segons el nivell d'estudis, és la població amb estudis primaris o sense estudis la que recull un percentatge més elevat. Respecte als infants entre 3 i 14 anys, l'estil d'oci actiu mostra prevalences lleugerament inferiors entre les classes més desfavorides i quan la mare té estudis primaris o no té estudis, tot i que no s'han detectat diferències estadísticament significatives.

Figura 61. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per classe social

i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

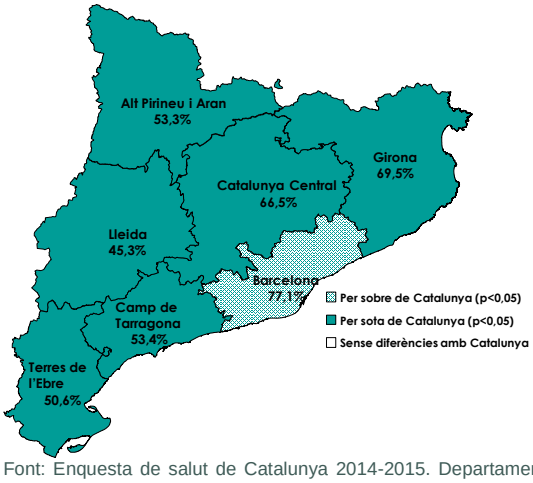


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 a 69 anys que fa una activitat física saludable és inferior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015 en totes les regions sanitàries, excepte en la Regió Sanitària Barcelona, que presenta un percentatge superior.

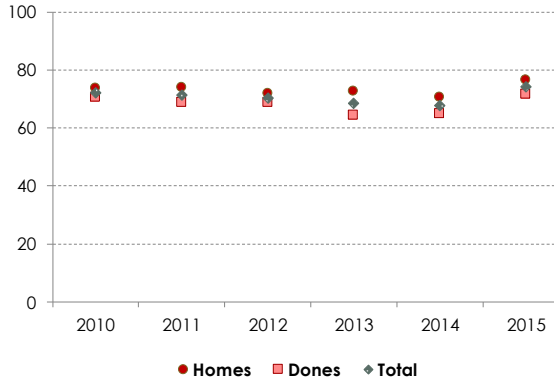
Entre 2010 i 2014, s'observa una lleugera tendència decreixent de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys, i un augment l'any 2015, que situa aquest indicador per sobre dels valors de 2010.

Figura 62. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 63. Evolució temporal del percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per sexe. Catalunya, 2010-2015

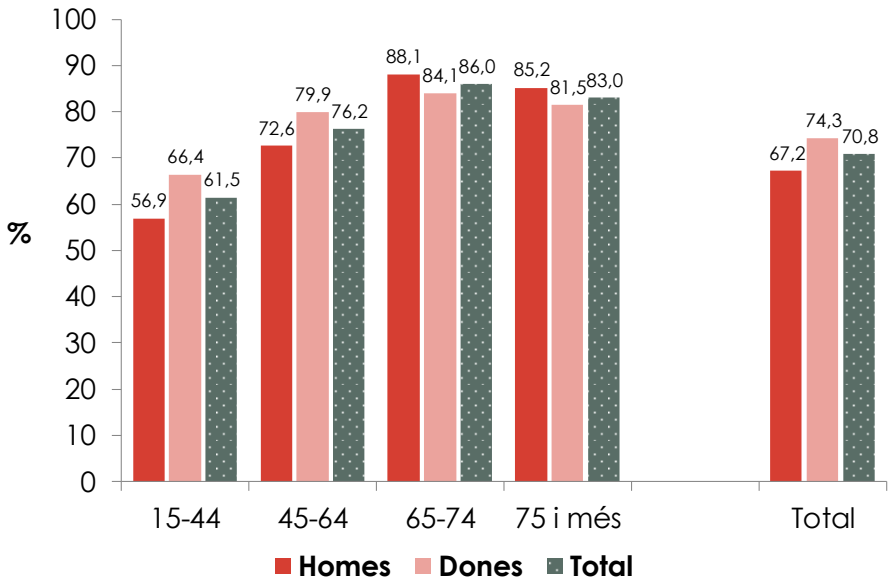


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.1.2 Alimentació

A Catalunya, l'any 2015, el 70,8% de la població de 15 anys i més fa un seguiment adequat de les recomanacions de la dieta mediterrània mesurat amb l'instrument MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), inclòs a l'estudi PREDIMED de prevenció amb dieta mediterrània.[25 26 27] El seguiment de la dieta mediterrània és superior en les dones i augmenta amb l'edat fins als 74 anys, en què el percentatge disminueix tant en homes com en dones.

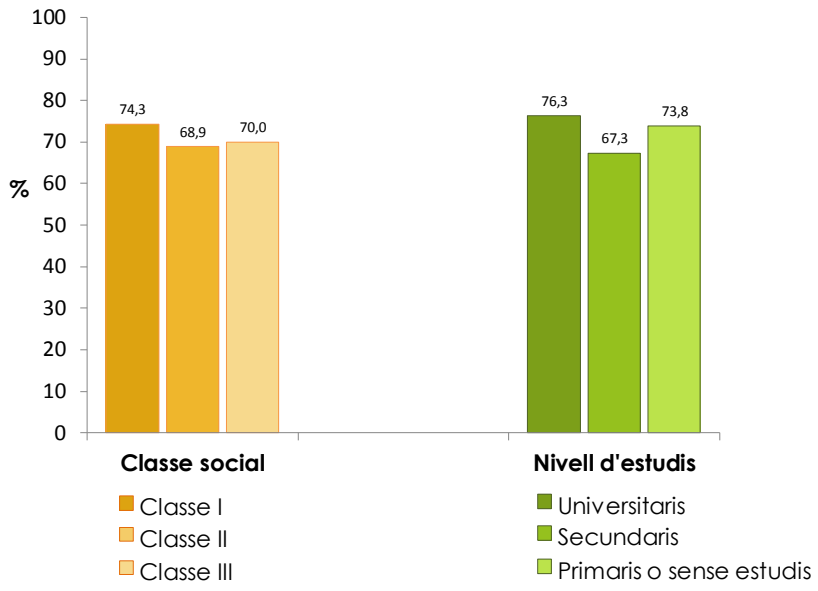
Figura 64. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de seguiment adequat de la dieta mediterrània és més elevat entre les persones de la classe social més benestant i entre les persones que tenen estudis universitaris, tot i que no s'observa un gradient.

Figura 65. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

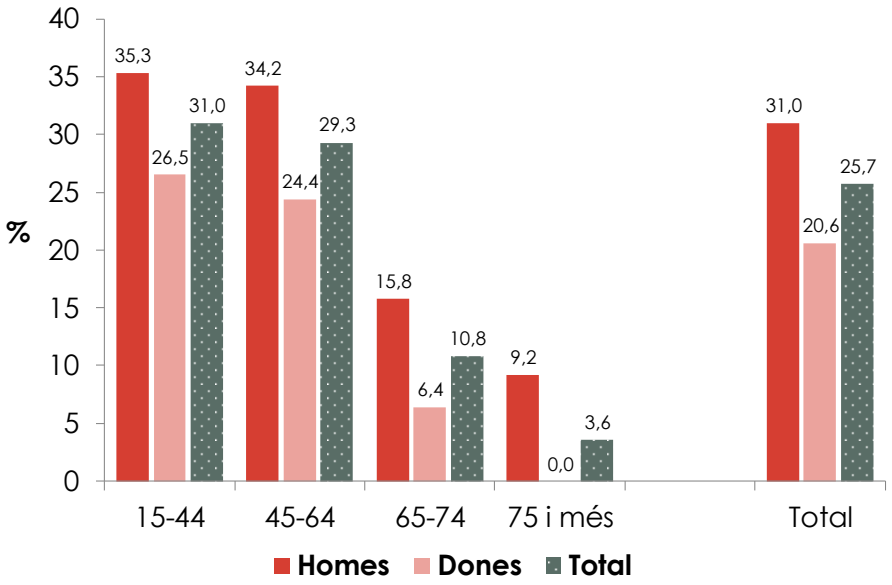
El 27,5% de la població de 3 a 14 anys consumeix freqüentment productes de contingut calòric elevat, tres o més cops a la setmana. Dins d'aquest grup d'aliments, els productes consumits amb més freqüència són la brioixeria industrial i les llaminadures (15,4%), les begudes ensucrades o refrescos (13,2%) i els piscolabis o productes salats (7,1%). El percentatge de població entre 3 i 14 anys amb una pauta de consum freqüent de productes hipercalòrics és la que pertany a classes socials menys afavorides i la que té la mare amb estudis primaris o sense estudis.

3.1.3 Consum de tabac

El 25,7% de la població de 15 anys i més consumeix tabac (diàriament o ocasionalment), més els homes (31,0%) que les dones (20,6%). El 23,7% de la població és fumadora diària (el 28,4% dels homes i el 19,1% de les dones) i el 2% en fa un consum ocasional (el 2,6% en homes i l'1,5% en dones). Els homes tenen prevalences de consum de tabac més elevades que les dones en tots els grups d'edat. El grup d'edat amb la prevalença més elevada és el de 25 a 34 anys, seguit del grup de 45 a 54 anys.

L'edat d'inici del consum de tabac se situa en la franja del grup d'edat de 15 a 19 anys, tant en homes com en dones. La taxa d'abandonament del consum de tabac en la població de 15 anys i més és del 39,4%, el 41,8% en els homes i el 35,7% en les dones. En relació amb l'exposició al fum ambiental del tabac, el 16,6% de la població de menys de 15 anys conviu amb alguna persona que fuma dins de la llar. Entre la població que no fuma de 15 anys i més, el 12,3% està exposada al fum del tabac dins de la llar, el 10,3% al lloc de treball i el 6,9% està en llocs amb fum els dies feiners i el 8,1%, els caps de setmana.

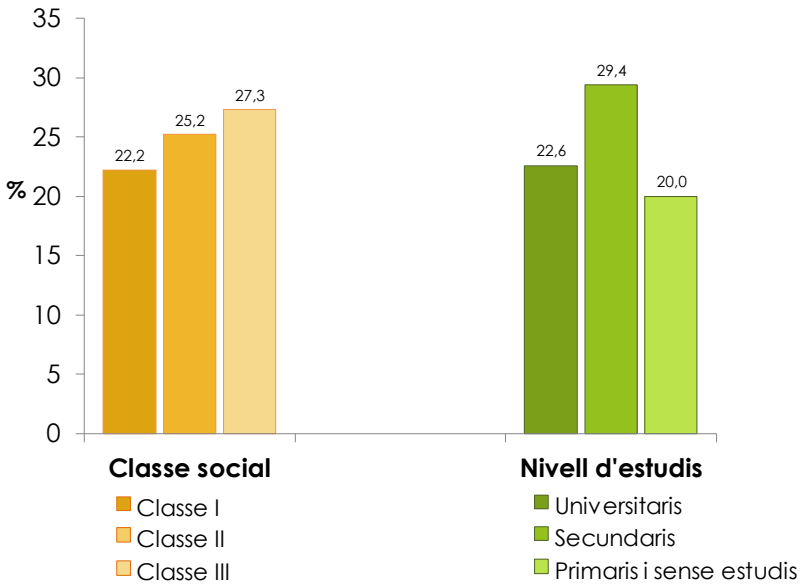
Figura 66. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La prevalença de consum de tabac és més elevada entre les persones de classe social menys afavorida i entre aquelles amb estudis secundaris.

Figura 67. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

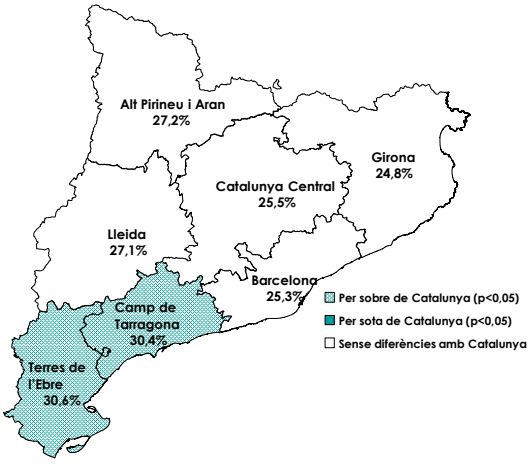


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre és superior al percentatge del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

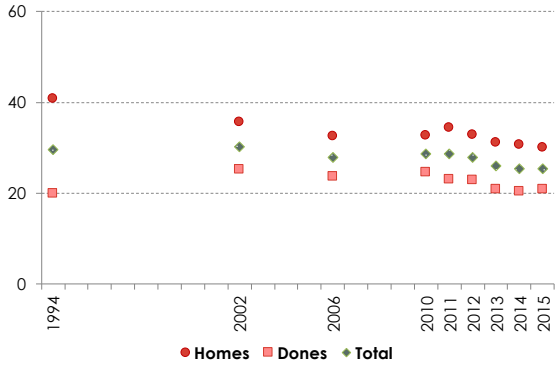
El percentatge de població fumadora en el període 1994-2015 ha disminuït, especialment en els homes.

Figura 68. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 69. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per sexe. Catalunya, 1994-2015



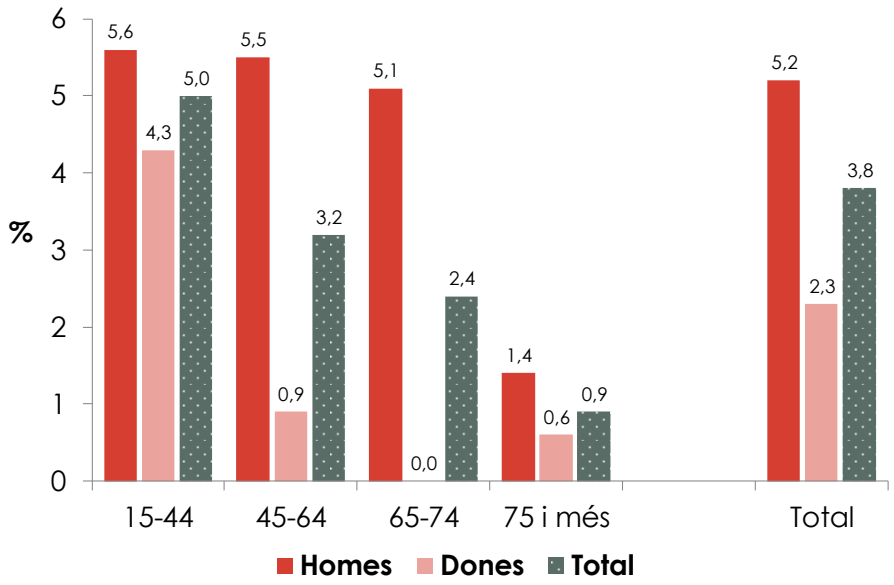
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.1.4 Consum d'alcohol

L'Organització Mundial de la Salut, per tal d'unificar criteris a l'hora de calcular el consum d'alcohol, va estipular que es mesuraria mitjançant la unitat de beguda estàndard (UBE) que equival a 10 grams d'alcohol pur. En els homes es considera un consum de risc quan consumeixen més de 27 unitats/setmana i en el cas de les dones quan en consumeixen més de 16 unitats/setmana; i a més a més, en tots dos sexes quan es consumeixen 5 consumicions o més seguides almenys un cop al mes.

El 3,8% de la població catalana de 15 anys i més fa un consum de risc d'alcohol, el 61,9% fa un consum d'alcohol de baix risc i el 34,4% no consumeix alcohol. La prevalença de bevedors de risc d'alcohol és més elevada en els homes que en les dones en tots els grups d'edat. El percentatge més elevat de bevedors de risc s'observa en el grup de 15 a 24 anys.

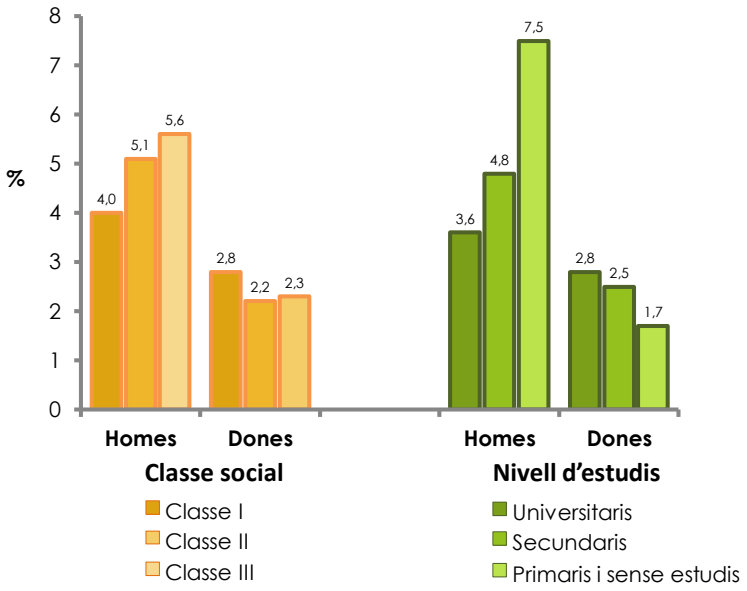
Figura 70. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El consum de risc d'alcohol per classe social i per nivell d'estudis mostra com les persones de classe social menys afavorida i les que no tenen estudis o tenen estudis primaris tenen un consum de risc d'alcohol més elevat que les altres persones. En canvi, s'observa que el consum de risc d'alcohol és més baix en els homes de la classe social més benestant i en els que tenen estudis universitaris i, contràriament, és més elevat en les dones de la classe social més benestant i en les que tenen estudis universitaris.

Figura 71. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol per classe social i sexe i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2015

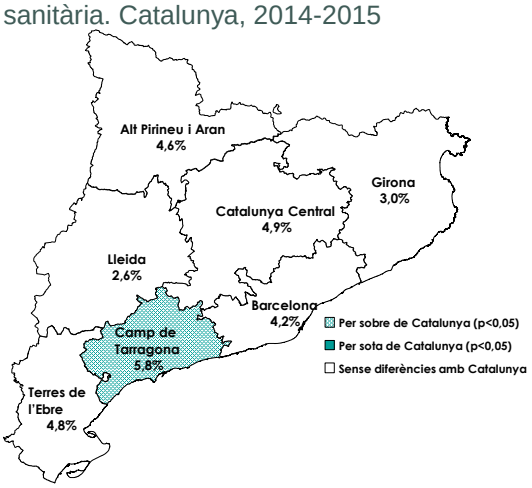


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol a la Regió Sanitària Camp de Tarragona és superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

La tendència des de 1994 del consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més mostra un lleuger descens.

Figura 72. Percentatge de població de 15 anys i més amb consum de risc d'alcohol per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

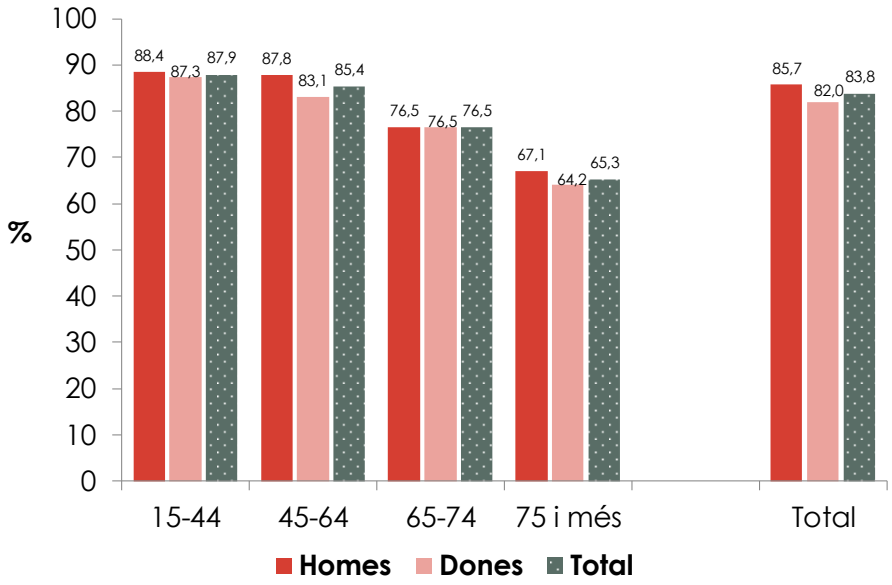
Figura 73. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més amb consum de risc d'alcohol per sexe. Catalunya, 1994-2015

Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.1.5 Hores de son

La població de Catalunya dorm de mitjana 7,6 hores al dia, la població de 15 anys i més dorm 7,2 hores i la de menys de 15 anys, 9,6 hores. El 83,8% de la població de 15 anys i més dorm entre 6 i 8 hores, i el 77,1% de la població de menys de 15 anys en dorm 9 o més. A mesura que els grups són de més edat, el percentatge de persones que dorm entre 6 i 8 hores diàries disminueix progressivament, tant en homes com en dones, i de mitjana dormen més temps.

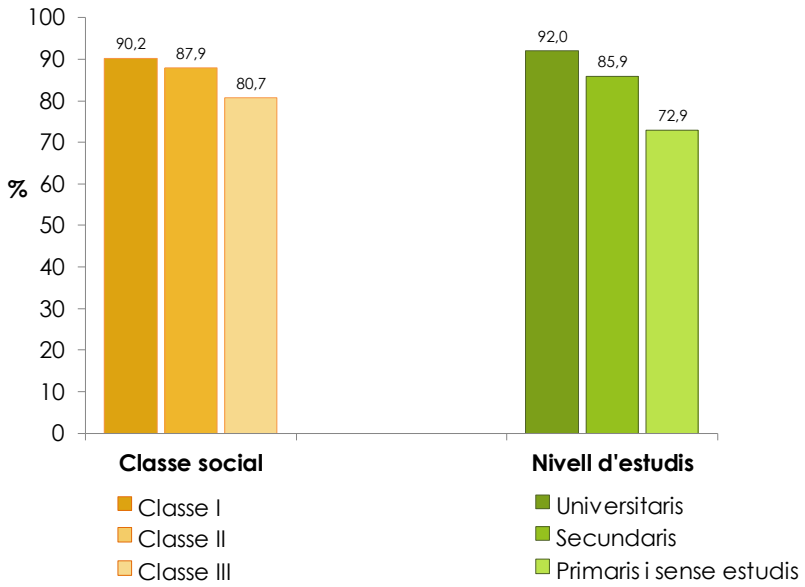
Figura 74. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de persones de 15 anys i més que dorm entre 6 i 8 hores al dia és més elevat entre les classes més benestants i entre les persones amb estudis universitaris. En la població de menys de 15 anys, la proporció que dorm de mitjana 9 hores o més al dia és més elevada quan les mares tenen estudis universitaris.

Figura 75. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

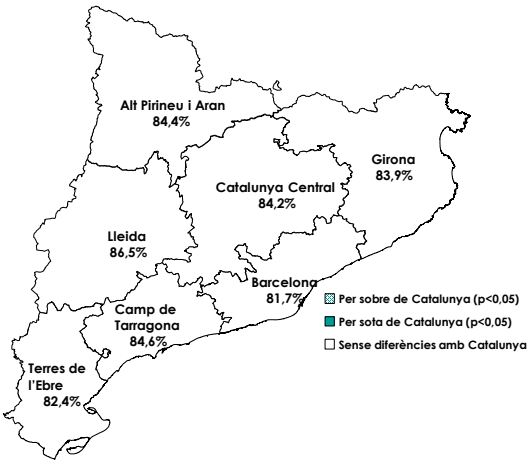


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores diàries no mostra diferències segons la regió sanitària en comparació del del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

La tendència des de 1994 del percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia mostra un increment.

Figura 76. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 77. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per sexe. Catalunya, 1994-2015

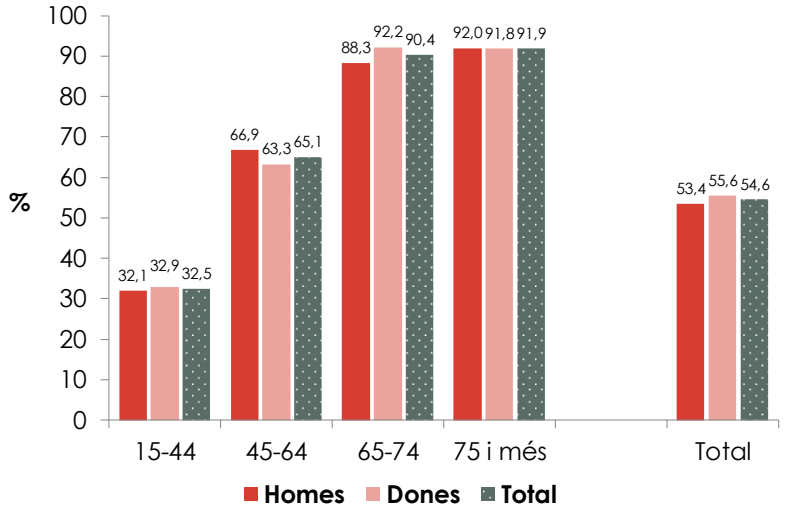
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.2 Quines pràctiques preventives fem

3.2.1 Mesura periòdica de la pressió arterial

La hipertensió arterial i el colesterol elevat són els principals factors de risc de les malalties del sistema circulatori. A Catalunya, el 54,6% de la població de 15 anys i més es pren la pressió arterial periòdicament i el 60,5% es revisa periòdicament el nivell de colesterol a la sang. Totes dues pràctiques augmenten amb l'edat.

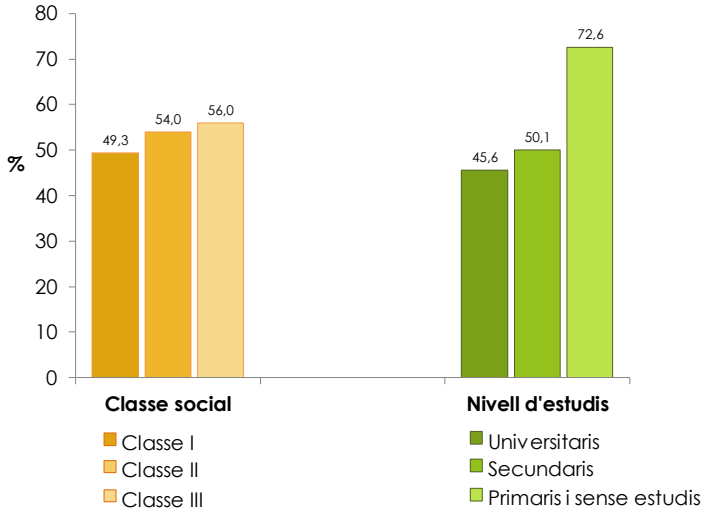
Figura 78. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població que es pren la pressió arterial de manera periòdica és més elevat entre les persones que tenen estudis primaris o que no tenen estudis.

Figura 79. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015

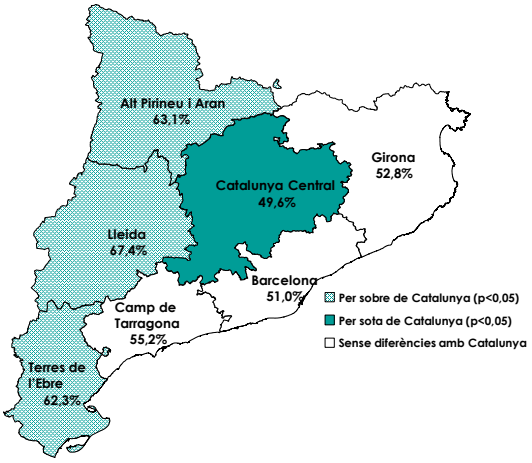


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 15 anys i més que es mesura periòdicament la pressió arterial a la Regió Sanitària Catalunya Central és inferior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015. En canvi, en les regions sanitàries Alt Pirineu, Lleida i Terres de l'Ebre el percentatge és superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

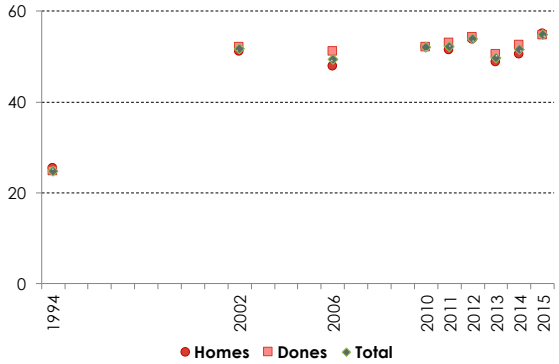
En el període 2010-2015, la mesura periòdica de la pressió arterial es manté estable, amb uns nivells semblants als de 2002.

Figura 80. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 81. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per sexe. Catalunya 1994-2015

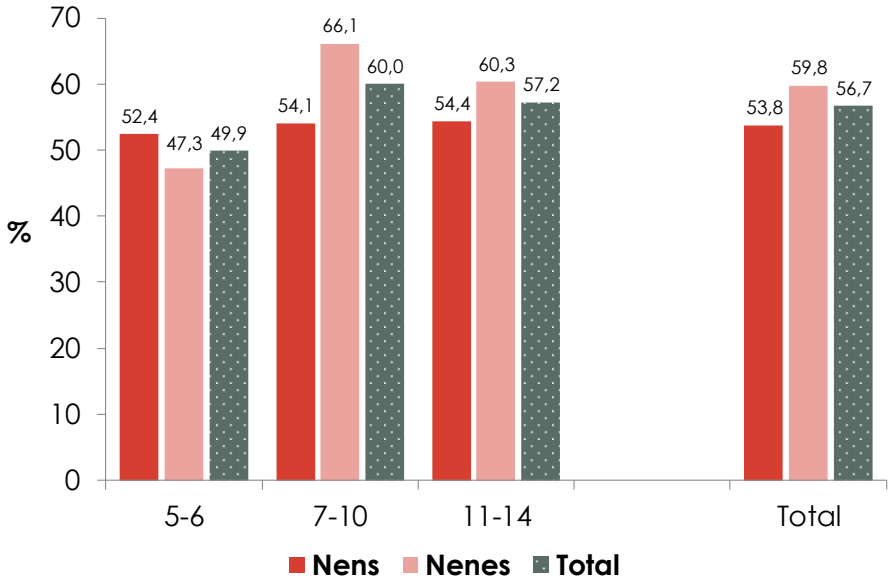


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.2.2 Raspallat de dents

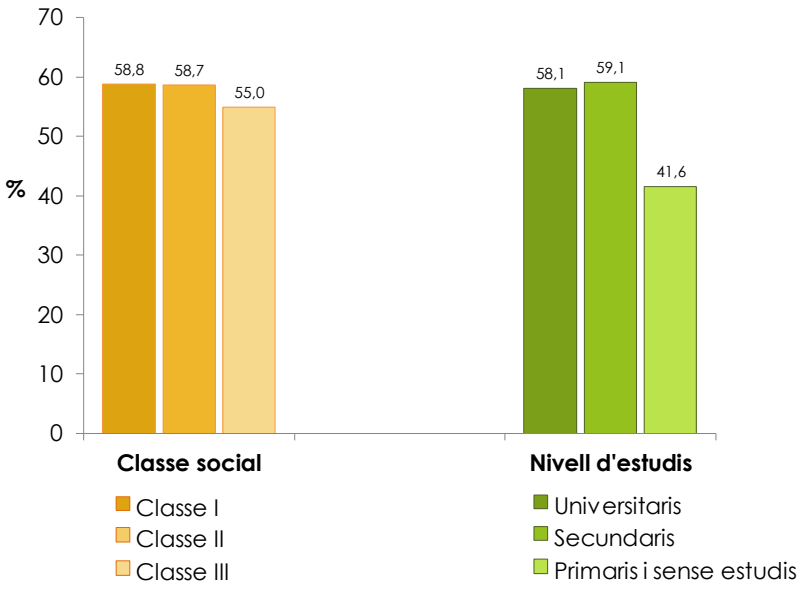
El 56,7% de la població de 5 a 14 anys es raspalla les dents amb la freqüència mínima recomanada a escala internacional de dos cops al dia. La freqüència d'aquest hàbit no mostra diferències estadísticament significatives segons l'edat, el sexe ni la classe social, però és més alta en els menors amb mares que tenen estudis secundaris o superiors.

Figura 82. Percentatge de població entre 5 i 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia, per edat i sexe. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

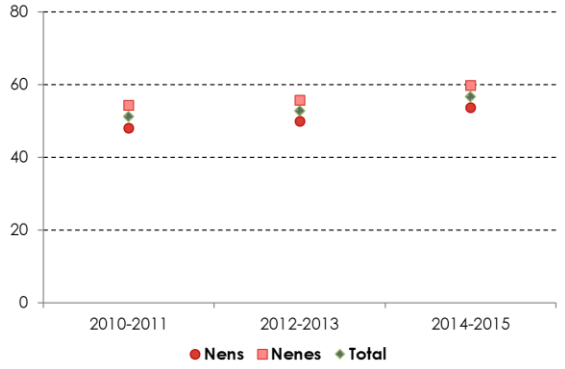
Figura 83. Percentatge de població entre 5 i 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia, per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Entre 2010 i 2015 s'observa un tendència creixent en l'hàbit de raspallar-se les dents com a mínim dues vegades al dia en la població de 5 a 14 anys.

Figura 84. Evolució temporal del percentatge de població de 5 a 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia per sexe. Catalunya, 2010-2015



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2010-2011, 2012-2013 i 2014-2015. Departament de Salut.

3.2.3 Detecció precoç del càncer

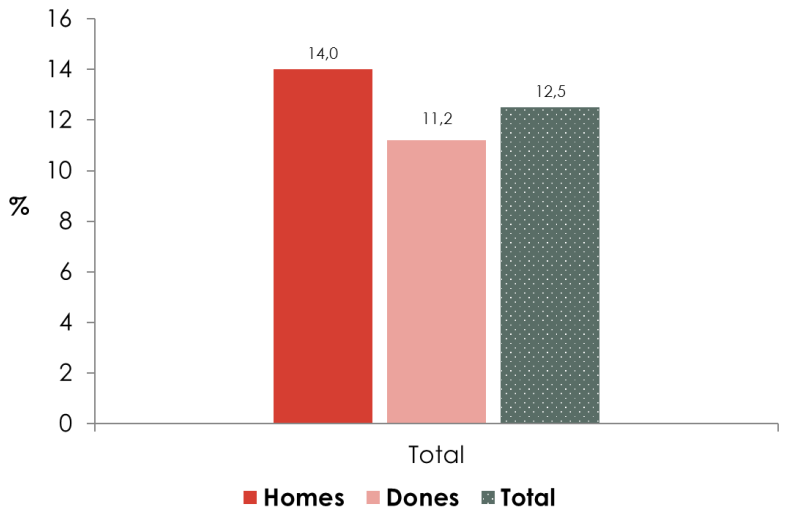
La pràctica periòdica de les proves de detecció de càncer té com a objectiu detectar indicis de determinats tipus de tumor, la qual cosa permet que els tractaments siguin més efectius.

El 89,7% de les dones del grup prioritzat de 50 a 69 anys es fa periòdicament una mamografia per a la detecció del càncer de mama i el 75,1% del grup prioritzat de 25 a 64 anys es fa regularment una citologia vaginal per a la detecció del càncer de coll uterí. La pràctica de la mamografia i de la citologia vaginal en els grups prioritzats mostra una tendència creixent entre 1994 i 2015.

El càncer colorrectal és el càncer més freqüent en la població si es consideren els dos sexes. És el segon tumor més freqüent en les dones, després del de mama, i el tercer en els homes, després dels de pròstata i pulmó. La freqüència augmenta amb l'edat i la majoria dels casos se solen donar a partir dels 50 anys. La detecció del càncer colorrectal mitjançant la prova de sang oculta en femta augmenta les possibilitats de curació i pot disminuir la mortalitat per aquest tumor fins al 16%.[28]

A Catalunya, el 12,5% de la població entre 50 i 69 anys (el 14% dels homes i el 11,2% de les dones) s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta i el 7,6% s'han fet una colonoscòpia preventiva (el 8,3% dels homes i el 7,0% de les dones).

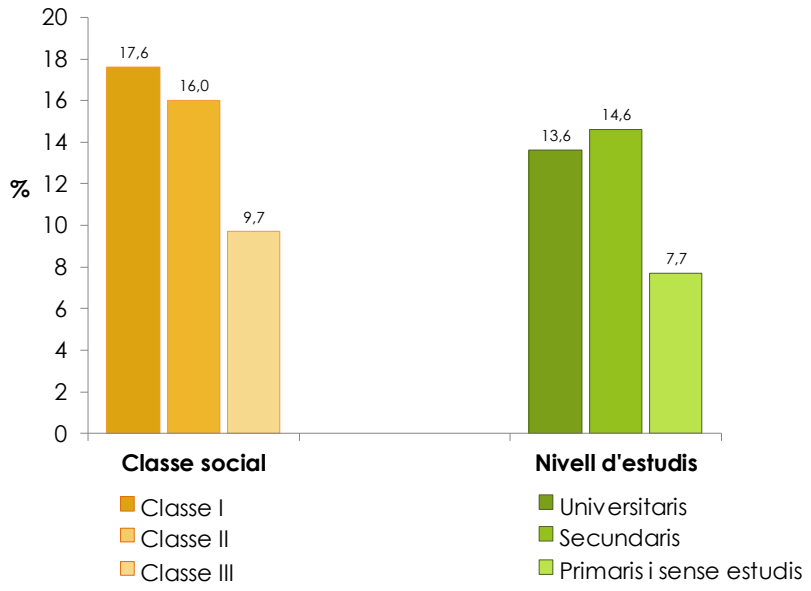
Figura 85. Percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La proporció de persones que s'han fet aquesta prova és més elevada entre les classes més benestants i entre les persones amb estudis secundaris o universitaris, tot i que no s'han detectat diferències estadísticament significatives.

Figura 86. Percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

El percentatge de població de 50 a 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta no mostra una tendència clara en el període 2012-2015.

Figura 87. Evolució temporal del percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per sexe. Catalunya, 2012-2015

Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

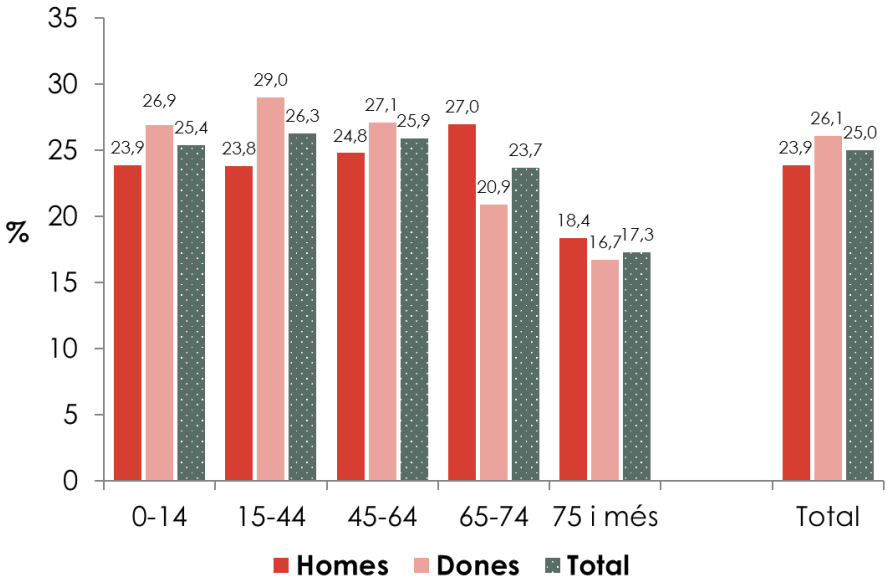
3.3 Quins serveis sanitaris utilitzem

3.3.1 Cobertura sanitària

El 99,9% de la població de Catalunya té dret a l'assistència sanitària pública. El 25,0% disposa de doble cobertura sanitària, és a dir, té dret a l'assistència sanitària pública i, al mateix temps, està afiliada a una mútua sanitària privada concertada a títol individual o pagada per l'empresa. El 74,9% té únicament cobertura pública, és a dir, té dret a l'assistència sanitària pública i no té concertada cap mútua privada.

La proporció de població que disposa de doble cobertura sanitària és més elevada en els grups d'edat de menys de 65 anys, particularment en el grup de 15 a 44 anys.

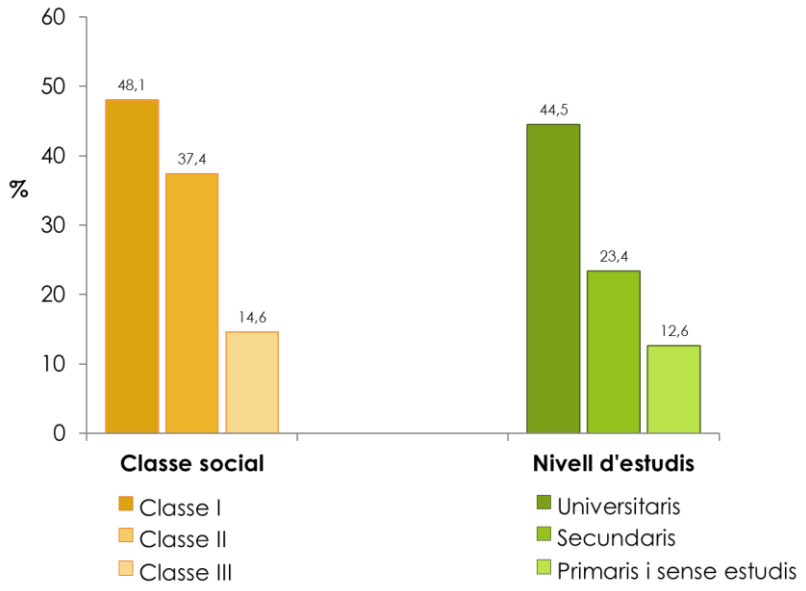
Figura 88. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

Les classes socials més desfavorides i la població amb estudis primaris o sense estudis disposen en menys proporció de doble cobertura sanitària.

Figura 89. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

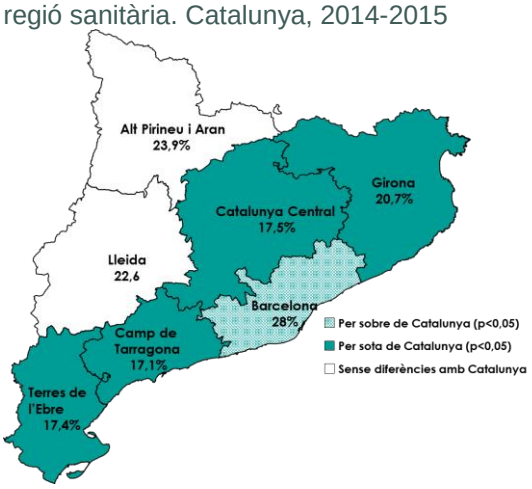


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

El percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària és superior a la Regió Sanitària Barcelona en comparació del del conjunt de Catalunya de l'any 2015, mentre que en les regions sanitàries Girona, Catalunya Central, Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre aquest percentatge és inferior.

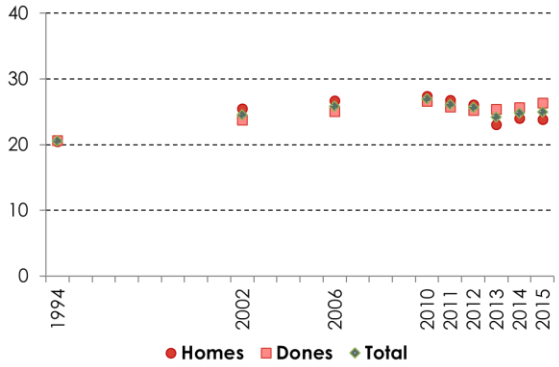
La doble cobertura sanitària mostra un màxim el 2010, moment a partir del qual el percentatge disminueix, i se situa actualment en uns valors semblants als de l'any 2006.

Figura 90. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 91. Evolució temporal del percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per sexe. Catalunya, 1994-2015



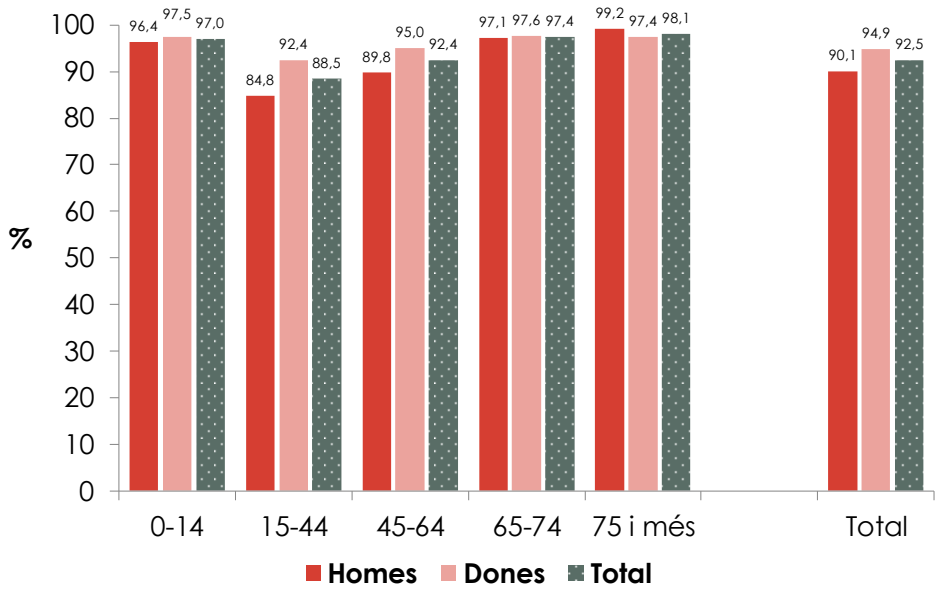
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.3.2 Visites a professionals de la salut

El 92,5% de la població general (el 97,0% de la població de 0 a 14 anys i el 91,7% de la població de 15 anys i més) ha visitat un professional de la salut com a mínim una vegada en els darrers dotze mesos. La proporció és força similar en tots dos sexes i en els diferents grups d'edat, llevat dels grups de 15 a 44 anys i de 45 a 64 anys, en què el percentatge és més alt en les dones que en els homes.

Els metges de capçalera i els pediatres són els professionals de la salut més visitat anualment per la població general de Catalunya (el 78,6% els homes i el 83,5% les dones). La proporció de persones que visiten aquests professionals és més elevada entre la població de menys de 15 anys i entre la població de 65 anys i més. El segon professional més visitat els darrers dotze mesos és el dentista (36,0% els homes i 43,0% les dones). En les dones de 15 anys i més, la ginecologia és la tercera especialitat més visitada en els darrers 12 mesos (39,9%). En les dones de 15 a 44 anys és la segona especialitat més visitada, per davant de l'odontologia. En els homes, la tercera especialitat més visitada és l'optometria (17,7%). Els professionals d'infermeria són els quarts professionals que més han visitat els homes (17,1%) i els cinquens entre les dones (20,3%). La proporció de persones que han visitat un professional d'infermeria és més elevada en els grups de més edat. En el grup a partir dels 75 anys són els segons professionals que es visiten en una proporció més elevada.

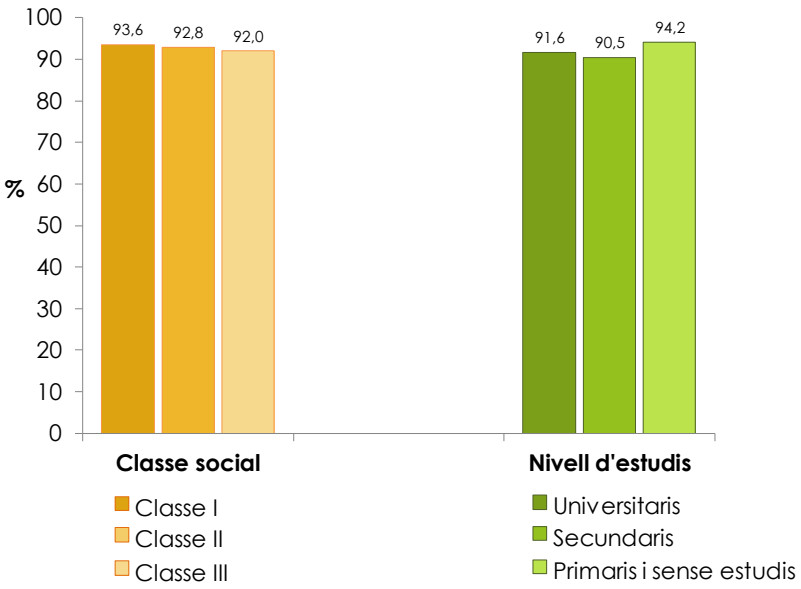
Figura 92. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

No s'observa gradient socioeconòmic en la proporció de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any.

Figura 93. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

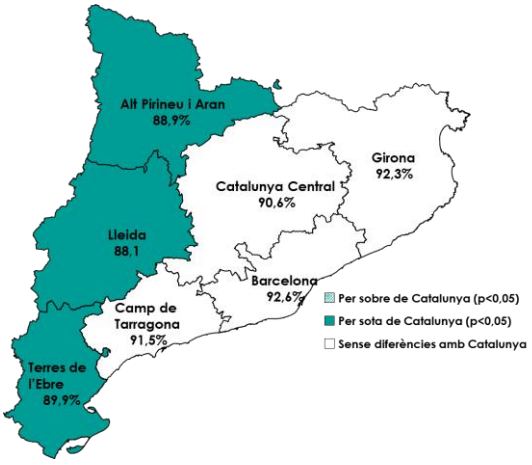


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

El percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any a les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran, Lleida i Terres de l'Ebre és inferior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

La proporció de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any es manté estable al llarg del període 1994-2015.

Figura 94. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

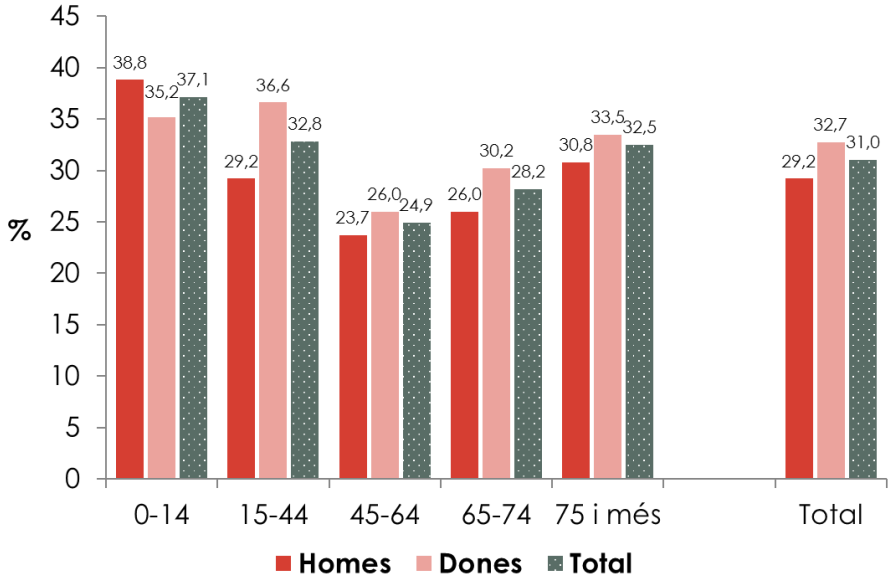
Figura 95. Evolució temporal del percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015

Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.3.3 Visites a un servei d'urgències i hospitalització

El 31,0% de la població general ha visitat un servei d'urgències el darrer any, el 29,9% de la població adulta i el 37,1% de la població infantil i juvenil. La proporció és superior en les dones (32,7%) que en els homes (29,2%).

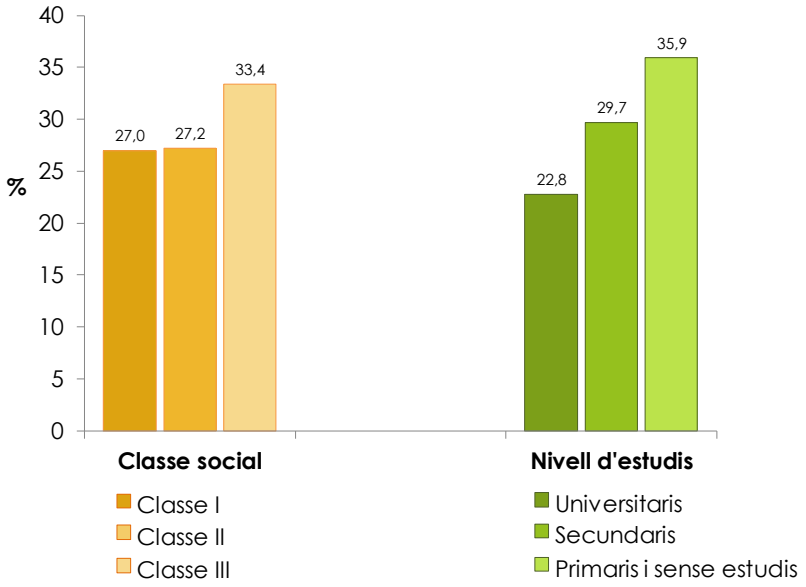
Figura 96. Percentatge de població general que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La proporció de població que ha visitat un servei d'urgències és més elevada entre les persones de les classes més desfavorides i entre les persones amb estudis primaris o sense estudis.

Figura 97. Percentatge de població general que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

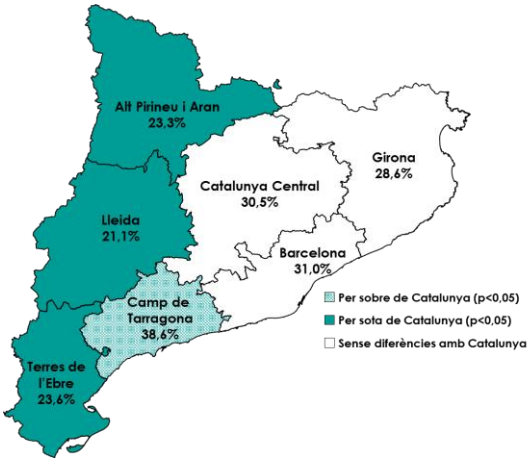


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

El percentatge de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any és superior al del conjunt de Catalunya de l'any 2015 a la Regió Sanitària Camp de Tarragona. A les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran, Lleida i Terres de l'Ebre, aquest percentatge és inferior al del conjunt de Catalunya.

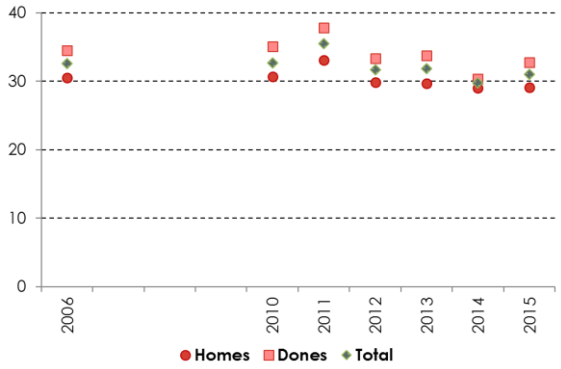
La proporció de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any mostra una lleugera tendència decreixent al llarg del període 2006-2015.

Figura 98. Percentatge de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 99. Evolució temporal del percentatge de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any per sexe. Catalunya, 2006-2015



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

L'any 2015, s'han notificat al Registre del CMBD-UR[29] 5.626.431 urgències (contactes). De les 5.619.099 urgències analitzades, 3.464.719 (61,7%) han estat ateses als serveis d'urgències hospitalaris, 1.155.616 (20,6%) en dispositius d'urgències d'atenció primària d'alta resolució, i 998.756 (17,8%) pel SEM (el 58,1% de les quals amb mobilització de suport vital bàsic).

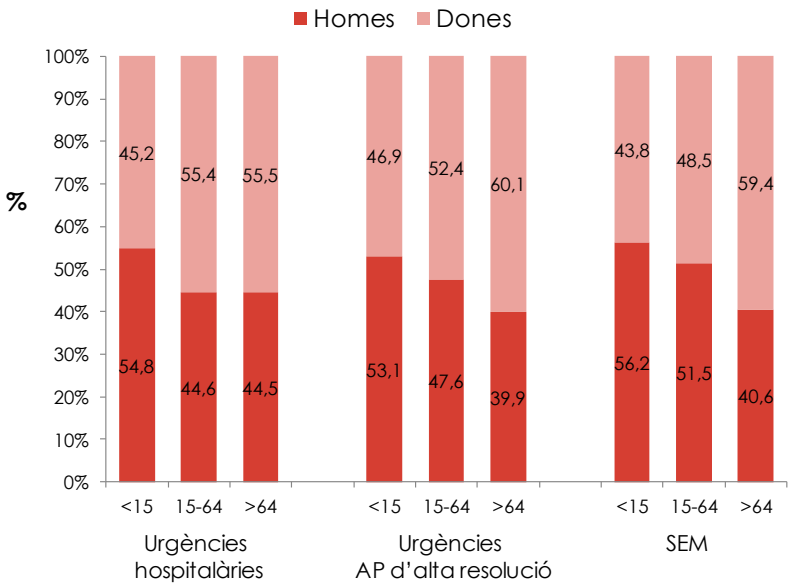
Taula 10. Contactes d'urgències per tipus de recurs (nombre i percentatge). Catalunya, 2015

Tipus de recurs	N	%
Servei d'urgències hospitalari	3.464.719	61,7
Dispositiu d'urgències d'AP d'alta resolució	1.155.616	20,6
Atenció al propi centre	1.101.293	19,6
Atenció al domicili	54.274	1,0
Atenció telefònica	49	0,0
SEM[1]	998.756	17,8
Primer nivell (operador no sanitari)	16.609	0,3
Segon nivell (consultor sanitari)	198.162	3,5
Suport vital bàsic (SVB)	580.033	0,6
Suport vital avançat (SVA) o intermedi, terrestre	107.103	10,3
Suport vital avançat (SVA) aeri	2.516	1,9
Atenció domiciliària Barcelona sense derivació	32.501	0,0
Atenció domiciliària Barcelona amb derivació amb SVB	17.186	0,8
Atenció domiciliària Barcelona amb derivació amb SVA	1.324	0,3
Atenció domiciliària fora de Barcelona (mobilització de recurs no SEM)	43.322	0,0
Total	5.619.091	100,0

Font: Informe d'activitat del Registre CMBD-UR 2015. CatSalut. Departament de Salut.

Més de la meitat dels pacients (55,6%) han anat a urgències una sola vegada a l'any i el 4,5% hi ha anat més de cinc vegades. En la majoria de casos, els pacients procedeixen del domicili (92,4%) i ho fan per iniciativa pròpia, en tots els tipus de recurs, mentre que els que hi van per indicació mèdica tan sols representen el 13,2% de les urgències ateses en l'àmbit hospitalari. Globalment, el 86,2% dels pacients atesos als serveis d'urgència hospitalaris o d'AP d'alta resolució, un cop finalitzada la visita, són donats d'alta al seu domicili, residència, etc. En el cas del SEM, la majoria de les urgències d'adults (62,8%) i gairebé la meitat de les pediàtriques (43,6%), després de l'assistència, han estat derivats a altres recursos assistencials. El 10,7% de totes les urgències hospitalàries han ingressat al mateix centre on han estat ateses. El 82,8% de les urgències corresponen a població adulta, de les quals el 34,9% són de pacients de més de 64 anys. En la població de 15 anys i més, la proporció de dones ateses en qualsevol dels serveis d'urgències és més elevada que la dels homes; en canvi, en la població infantil són els nens els que visiten més els serveis d'urgències que les nenes.

Figura 100. Percentatge de població general atesa per un servei d'urgències segons tipus de recurs per edat i sexe. Catalunya, 2015

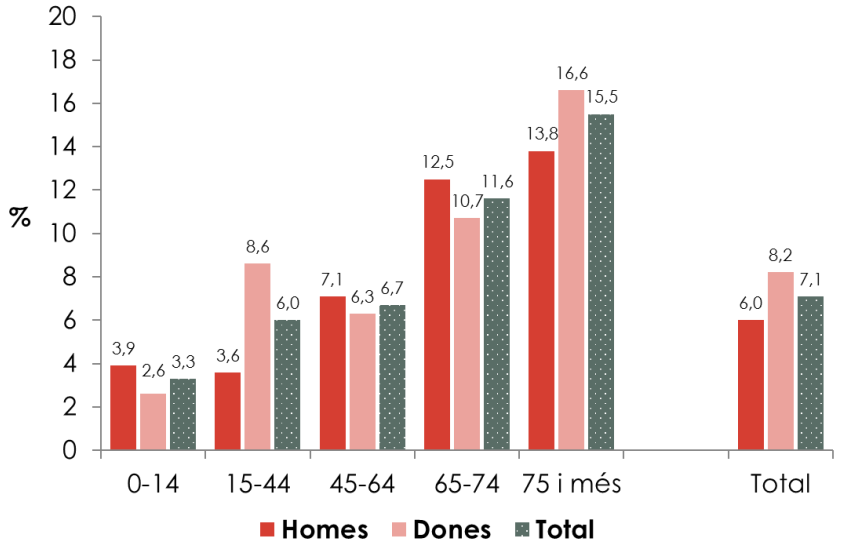


Font: Informe d'activitat del Registre CMBD-UR 2015. CatSalut. Departament de Salut.

El 91,2% de totes les urgències notificades al CMBD-UR l'any 2015 corresponen a pacients residents a Catalunya, l'1,3% resideixen a altres comunitats autònomes i el 0,7% a l'estranger. Segons la regió sanitària de residència, l'índex de resolució més elevat (95,3%) correspon a la Regió Sanitària Terres de l'Ebre i, en segon lloc, a la Regió Sanitària Camp de Tarragona (95,1%). El 85,6% de les urgències dels residents de l'àrea territorial d'influència de Barcelona ciutat són ateses en recursos del mateix territori i el 10,5%, en dispositius d'altres àmbits de la Regió Sanitària Barcelona (Barcelona Sud, principalment, i Barcelona Nord).

Pel que fa a l'hospitalització, segons l'ESCA, el 7,1% de la població general ha estat ingressada en un hospital com a mínim una nit els darrers dotze mesos (el 7,8% de la població de 15 anys i més, i el 3,3% de la població de 0 a 14 anys). L'hospitalització és més elevada en les dones (8,2%) que en els homes (6,0%) i en els grups de més edat.

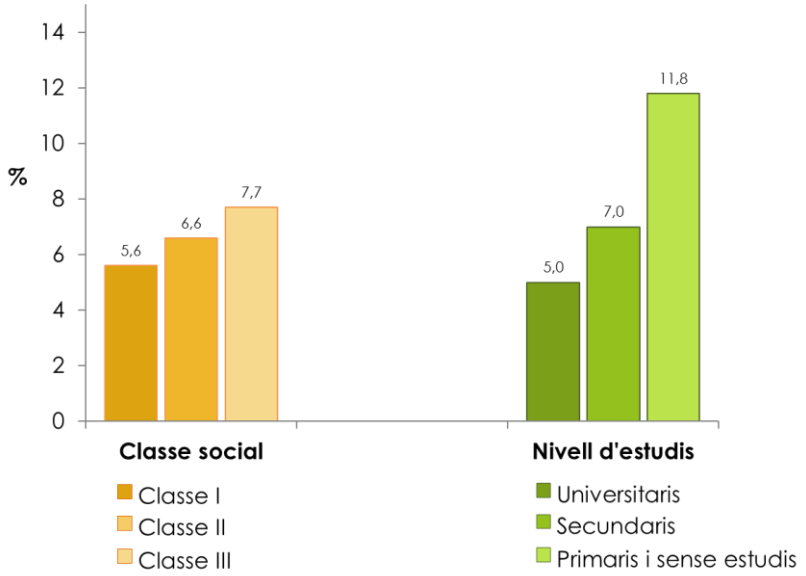
Figura 101. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

S'observa un percentatge d'hospitalització més elevat en les classes menys afavorides i en la població amb estudis primaris o sense estudis.

Figura 102. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

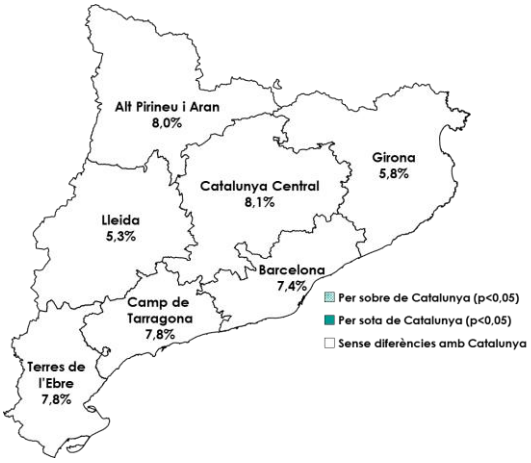


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

Per regió sanitària, el percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any no presenta diferències segons les regions sanitàries en comparació del conjunt de Catalunya de l'any 2015.

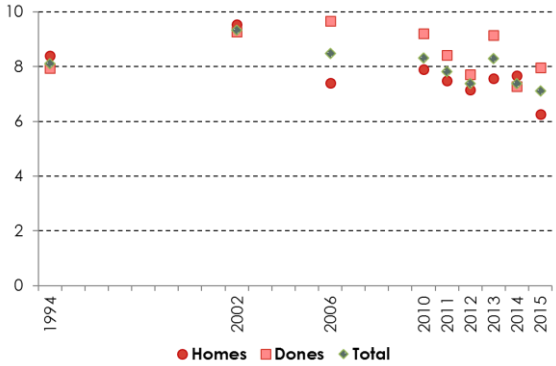
La proporció de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any mostra una tendència decreixent en el període 1994-2015.

Figura 103. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 104. Evolució temporal del percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015



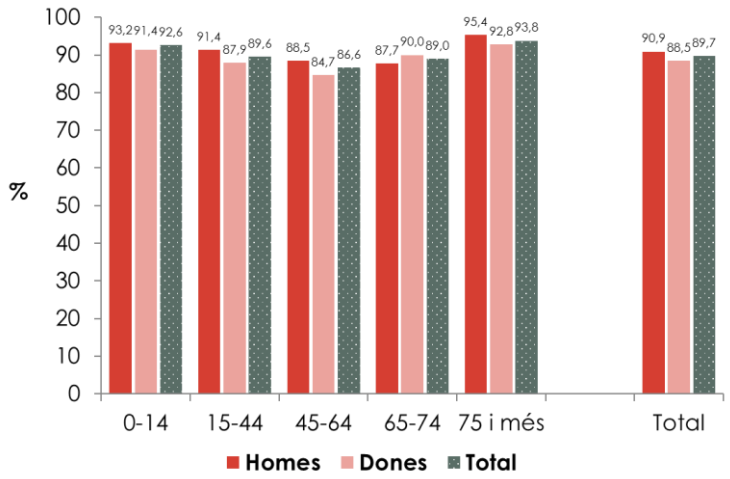
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

3.3.4 Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats

Durant l'any 2015, el 75,1% de la població general ha utilitzat més freqüentment els serveis sanitaris públics i el 13,9% ha utilitzat més freqüentment els privats. La utilització de serveis sanitaris públics és més elevada entre les persones d'edat avançada.

El 89,7% de la població general que ha utilitzat un servei sanitari públic els darrers dotze mesos n'està satisfeta, més els homes (90,9%) que les dones (88,5%). La proporció de població satisfeta amb els serveis sanitaris públics utilitzats és lleugerament més elevada en el grup de 0 a 14 anys i a partir dels 75 anys.

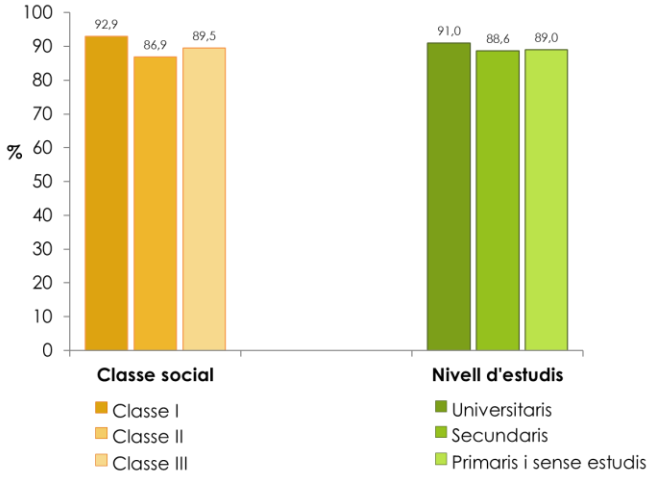
Figura 105. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any, per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.

La proporció de població satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any és més elevada entre les classes més benestants.

Figura 106. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015

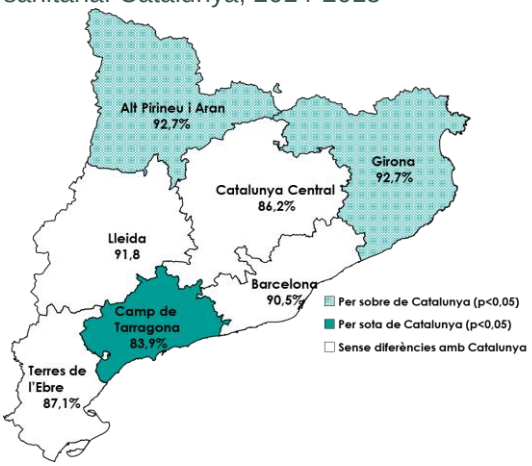


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2015. Departament de Salut.* Població de 15 anys i més.

El percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any és, en comparació del del conjunt de Catalunya de l'any 2015, és inferior a la Regió Sanitària Camp de Tarragona i superior a les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Girona.

La satisfacció amb els serveis sanitaris públics més freqüentment utilitzats el darrer any té una tendència creixent des de l'any 2006.

Figura 107. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014-2015. Departament de Salut.

Figura 108. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015

Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb població total a gener de 2015.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 i 2015. Departament de Salut.

4. Què fa el sistema de salut

4 Què fa el sistema de salut

4.1 Pla de salut de Catalunya 2016-2020

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya estableix el Pla de salut de Catalunya com a l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques de salut dins l'àmbit català. El Pla de salut de Catalunya 2016-2020[30] va ser aprovat pel Govern el 19 de juliol de 2016. L'objectiu principal del Pla de salut és millorar la salut i la qualitat de vida de la població, que es vol assolir a través del reforçament del sistema sanitari des de quatre principis bàsics: públic, universal, just i centrat en la persona.

Les principals novetats del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 són l'abordatge dels determinants socials de la salut a través d'actuacions interdepartamentals i intersectorials, així com actuacions sobre poblacions socialment més vulnerables com són les persones grans i els infants i joves. A més, es reforcen els àmbits de la salut pública, la política del medicament, la recerca i la innovació. També es prioritza la participació de les persones en el sistema i en la cura de la seva salut, i el reconeixement de la tasca i la implicació dels professionals.

El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 proposa assolir 39 objectius de salut, l'evolució dels quals es valora anualment i que es focalitzen, entre d'altres, a seguir augmentant l'esperança de vida viscuda en bona salut; a reduir les desigualtats en salut; a disminuir la mortalitat per determinades causes; a millorar els indicadors de factors de risc —com el tabaquisme, el sedentarisme, els mals hàbits alimentaris, el colesterol elevat o el consum excessiu d'alcohol—; a reduir l'impacte de malalties —com el VIH, la tuberculosi, les infeccions de transmissió sexual— i a millorar la qualitat dels serveis i la seguretat del pacient.

El nou Pla proposa una idea integrada de l'abordatge de la salut, que posa la persona en el centre del sistema, i estableix quatre eixos de transformació:

- Compromís i participació: amb les persones, amb la seva salut i amb el sistema sanitari, de manera participada pels professionals i usuaris.
- Atenció de qualitat: en salut pública, millorant accessibilitat i resolució, amb una política farmacèutica i del medicament, i garantir una atenció integrada i fomentar la recerca i la innovació en salut.
- Bon govern: que actua amb excel·lència i seguretat, amb transparència i avaluant els resultats, fomentant la salut digital i la integració territorial.
- Salut a totes les polítiques: impulsant i consolidant polítiques interdepartamentals i intersectorials —Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), Projecte "Comunitat i salut", Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions—, per abordar de manera més eficaç els determinants socials de la salut.

A partir d'aquests quatre eixos de transformació es defineixen 12 línies estratègiques i 47 projectes, i 9 àrees prioritàries de salut que s'han destacat perquè tenen més impacte en la

mortalitat, morbiditat i en la qualitat de vida: infants i adolescents vulnerables; gent gran i discapacitat; salut mental; malalties minoritàries; malalties transmissibles; aparell locomotor; aparell respiratori; sistema vascular i càncer (figura 112). Els projectes del Pla s'avaluaran anualment a partir d'indicadors operatius.

Figura 109. Esquema dels eixos de transformació i de les línies estratègiques del Pla de salut de Catalunya 2016-2020.

4.2 Marcant fites: objectius en l'horitzó 2020

La finalitat que en darrer terme persegueix el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 és aconseguir que la població tingui millor salut i qualitat de vida.[30] Per aconseguir-ho, el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 fixa 39 objectius de salut, de caràcter general, relacionats amb els reptes principals en l'estat de salut, la mortalitat, la morbiditat, els factors de risc, les desigualtats socials en salut, la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients. Els objectius es basen en recomanacions d'organismes internacionals (Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut, Unió Europea) i d'experts del Departament de Salut. Els objectius de salut orienten les línies d'intervenció i emmarquen les intervencions del Pla. A més, els objectius de salut fixats són útils per a les polítiques que van més enllà dels serveis de salut, especialment aquelles que aborden els determinants socials de la salut.

Tots els objectius s'estableixen en un horitzó d'assoliment comú el 2020. Atenent el contingut i el moment en què han estat formulats, els 39 objectius es distribueixen en tres categories: en primer lloc, disset **objectius de disminució de la mortalitat i la morbiditat**, tretze de definits l'any 2011 amb un horitzó temporal 2020 que tenen continuïtat en el Pla de salut actual i quatre d'establerts l'any 2016, que complementen els preexistents; en segon lloc, quinze objectius s'orienten a la **reducció dels factors de risc** que tenen més impacte en la salut i en la **qualitat dels serveis i la seguretat dels pacients**, i finalment, set objectius s'adrecen a mesurar el progrés en la reducció de les **desigualtats en salut**.

Tots els objectius disposen d'un indicador de progrés que es mesura, valora i publica amb periodicitat anual per tal de monitorar l'impacte en la salut de les accions del Pla i per retre'n comptes a la ciutadania. En el document *Marcant fites* es presenta de forma més detallada el punt de partida dels objectius de salut establerts en el Pla, el nivell que cal assolir en l'horitzó 2020, així com informació contextual i metodològica.

A continuació es presenta, de forma sintètica, la visió dels **39 objectius de salut** l'any 2016. Per cada objectiu es recull l'indicador, el valor del punt de referència (línia basal) i el valor que es vol assolir en l'horitzó 2020.

4.2.1 Objectius de reducció de mortalitat i morbiditat

Es presenta l'actualització dels valors dels indicadors[3] i la valoració del nivell d'assoliment dels objectius de reducció de mortalitat i morbiditat. Es valora si s'avança en la direcció i amb la intensitat de canvi desitjats a partir de la diferència entre el valor observat de l'indicador i el valor estimat, establert mitjançant una tendència lineal entre el punt de referència (valor inicial de l'any 2011) i el valor que s'ha d'assolir en l'horitzó 2020. En els objectius de nova introducció,

[3] L'any de referència dels valors de seguiment són els disponibles a desembre de 2016. Així, corresponen a 2015 per a l'Enquesta de salut de Catalunya i per al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària; a 2014 per al Registre de mortalitat de Catalunya i al seguiment de la cohort 2005-2007 en la supervivència del càncer.

s'estableix el punt de referència (valor inicial de l'any 2016), el valor que s'ha d'assolir en l'horitzó 2020 i, si és possible, es valora l'evolució (taula 11).

Taula 11. Valoració de l'evolució actual dels objectius de salut de reducció de mortalitat i morbiditat

Núm.	Objectiu	Enunciat *Indicador*			Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració[1]
	D'aquí a l'any 2020 cal...							
1	1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones. *Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)*		H	82,3	84,4	86,4	++
				D	74,1	79,9	77,8	
				T	78,0	82,1	81,9	
2	1.1	Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut. *Esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer, per sexe* *Esperança de vida (EV) en néixer, per sexe*	EVBS (anys)	H	67,9	67,9	> 67,9	*No V*
				D	68,8	68,8	> 68,8	
				T	68,4	68,4	> 68,4	
			EV (anys)	H	80,5	80,5	> 80,5	*No V*
				D	86,1	86,1	> 86,1	
				T	83,4	83,4	> 83,4	
3	2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori*		H	202,4	170,2	161,9	++
				D	124,4	101,5	99,5	
				T	158,6	131,5	126,8	
4	3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer*		H	275,3	247,6	247,8	++
				D	125,6	118,3	113,0	
				T	189,5	174,2	170,6	
5	4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys. *Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)*		H	46,0	53,7	52,9	++
				D	56,4	63,5	64,9	
				T	50,2	57,5	57,7	
6	5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori*		H	87,6	77,3	78,8	++
				D	31,2	29,3	28,1	
				T	53,3	48,5	48,0	
7	5.1	Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries. *Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori (població de totes les edats)*		H	81,1	81,1	82,1	*No V*
				D	86,0	86,0	87,0	
				T	83,2	83,2	84,2	
8	6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals*		H	24,7	26,3	22,2	−
				D	24,0	24,4	21,6	
				T	24,6	25,5	22,1	
9	7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor*		H	71,3	58,6	60,6	++
				D	26,8	20,9	22,8	
				T	45,8	37,1	38,9	
10	7.1	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor*		H	60,4	58,6	54,4	++
				D	22,0	20,9	19,8	
				T	38,5	37,1	34,7	
11	8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars*		H	41,6	34,8	35,3	++
				D	30,6	25,0	26,0	
				T	35,4	29,2	30,1	
12	9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama*		D	21,4	17,6	19,2	++
13	10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorrectal. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorrectal*		H	36,5	33,8	34,7	++
				D	17,1	15,8	16,2	
				T	25,3	23,5	24,1	
14	11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions*		H	8,5	9,6	< 8,5	−
				D	2,4	3,2	< 2,4	
				T	5,3	6,2	< 5,3	
15	12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en les persones entre 65 anys i més. *Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més*		H	48,7	41,5	43,9	+
				D	83,2	91,5	74,9	
				T	70,5	70,2	63,4	
16	13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys. *Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys*		H	39,6	41,9	35,6	−
				D	10,8	9,8	9,7	
				T	27,4	28,3	24,7	
17	13.1	Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis. *Taxa d'amputacions majors per 10.000 h. en població de 45 a 74 anys amb diabetis*		H	4,2	4,2	3,8	*No V*
				D	1,3	1,3	1,2	
				T	3,0	3,0	2,7	

H: homes;2 D: dones; T: total

1 ++: evolució favorable
+: evolució favorable, assoliment per sota de l'esperat
−: evolució desfavorable
No V: objectiu nou, no se'n pot valorar l'evolució

Si es mantenen la tendència i la intensitat del període 2011-2016:

Evolucionen favorablement:

- L'objectiu general que proposa augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut (objectiu 1).
- La reducció de les taxes de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, per càncer, per malalties respiratòries, per malalties isquèmiques del cor, per ictus, per càncer de mama en dones i per càncer colorrectal (objectius 2, 3, 5, 7, 7.1, 8, 9 i 10).
- L'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (objectiu 4).

Cal intensificar el ritme per assolir

La disminució de la incidència de la fractura de coll del fèmur en persones de 65 anys i més (objectiu 12).

Evolucionen de forma contrària a l'esperada:

- La reducció de les taxes de mortalitat per malalties mentals i per suïcidi (objectius 6 i 11).
- La reducció de les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys (objectiu 13).

No es valora el nivell d'assoliment dels objectius de nova incorporació relatius a la tendència de l'esperança de vida i de l'esperança de vida en bona salut, al retard de l'edat mitjana de la mort per malalties de l'aparell respiratori, i a la reducció de les amputacions majors en persones amb diabetis de 45 a 74 anys (objectius 1.1, 5.1 i 13.1).

4.2.2 Objectius de reducció de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients

La taula 12 conté la concreció, en l'horitzó 2020, dels objectius de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients formulats en el Pla de salut 2016-2020. S'indica l'enunciat de l'objectiu, l'indicador, el valor del punt de partida, la quantificació de l'objectiu, l'any de referència del punt de partida i la font d'informació.

En el cas de l'objectiu d'incrementar l'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys (objectiu 15), el punt de partida de l'objectiu és l'any 2016 pel canvi que s'ha introduït en el qüestionari d'activitat física que inclou l'Enquesta de salut de Catalunya. La informació per establir l'objectiu estarà disponible el 2017.

Taula 12. Objectius de salut en l'horitzó 2020 de reducció de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients

Núm.	Objectiu	Enunciat *Indicador*		Punt de partida	Objectiu 2020	Font i any del punt de partida
	D'aquí a l'any 2020 cal...					
18	**14**	Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme. *Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys i més (%)*	H	31,0	*NP*	Enquesta de salut de Catalunya, 2015
			D	20,6	*NP*	
			T	25,7	< 24,0	
19	**15**	Incrementar per sobre dels nivells de 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. *Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%)*	H	*ND*	*ND*	Enquesta de salut de Catalunya, 2016
			D	*ND*	*ND*	
			T	*ND*	*ND*	
20	**16**	Reduir per sota dels nivells de 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%)*	H	55,4	< 55,4	Enquesta de salut de Catalunya, 2015
			D	43,3	< 43,3	
			T	49,3	< 49,3	
21	**17**	Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%)*	H	35,8	34,0	Enquesta de salut de Catalunya, 2014-2015
			D	27,5	26,1	
			T	31,8	30,2	
22	**18**	Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània. *Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%)*	H	67,2	70,6	Enquesta de salut de Catalunya, 2015
			D	74,3	78,0	
			T	70,8	74,3	
23	**19**	Reduir per sota del nivell de 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys. *Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys*	D	22,8	< 22,8	Moviment natural de la població; Registre de mortalitat de Catalunya; Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, IVE; estimacions postcensals, 2013
24	**20**	Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan vacunats correctament. *Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons calendari (%)*	H	*ND*	*ND*	Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària; gener 2015
			D	*ND*	*ND*	
			T	89,8	> 90	
25	**21**	Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi. *Taxa d'incidència de tuberculosi per 100.000 habitants*	H	17,4	14,3	Registre de la tuberculosi del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria, 2015
			D	11,4	9,9	
			T	14,4	12,1	
26	**22**	Reduir en un 5% la incidència del VIH. *Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants*	H	16,8	16,0	Registre de VIH i sida del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria, 2015
			D	2,0	1,9	
			T	12,0	11,4	
27	**23**	Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia. *Taxa d'incidència de gonocòccia per 100.000 habitants*	H	43,3	39,0	Registre d'ITS del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria, 2015
			D	7,2	6,5	
			T	25,0	22,5	
28	**24**	Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys. *Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%)*	H	30,6	29,1	Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari, 2014
			D	26,2	24,9	
			T	28,3	26,9	
29	**25**	Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial. *Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb un bon control de la tensió arterial (%)*	H	80,4	86,0	Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària; novembre de 2016
			D	81,5	87,2	
			T	81,0	86,7	
30	**26**	Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària. *Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (%)*	T	7,0	< 7,0	Programa VINCat; registre ENVIN-HELICS, 2015
31	**27**	Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació. *Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació*	T	4,4	< 6,0	Programa VINCat; registre ENVIN-HELICS, 2015
32	**28**	Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats. *Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades*	T	1,5	< 2,0	Quadre de comandament de seguretat dels pacients, 2015

H: homes;[2] D: dones; T: total
NP: no pertinent; ND: no disponible

4.2.3 Objectius de reducció de les desigualtats en salut

Set objectius de salut incorporen el monitoratge o la reducció de les desigualtats socials. S'observa (taula 6) la diferència absoluta o escletxa en el valor de l'indicador de salut entre les categories extremes de fins a tres indicadors socioeconòmics:

- Classe social: la diferència en el valor de l'indicador de salut entre la classe I, que correspon a ocupacions directives i gerencials i a professionals universitaris i la classe III, que correspon a treballadors manuals.
- Nivell d'estudis: la diferència en el valor de l'indicador de salut en les persones amb estudis universitaris respecte de les persones que tenen estudis primaris o no en tenen. En el cas dels indicadors de salut de població infantil i juvenil, s'observa la diferència en funció del nivell d'estudis de cadascun dels progenitors.
- Situació laboral, la diferència en el valor de l'indicador de salut entre les persones de 16 a 64 anys que treballen i les que es troben a l'atur.

Taula 13. Objectius de reducció de les desigualtats en salut en l'horitzó 2020

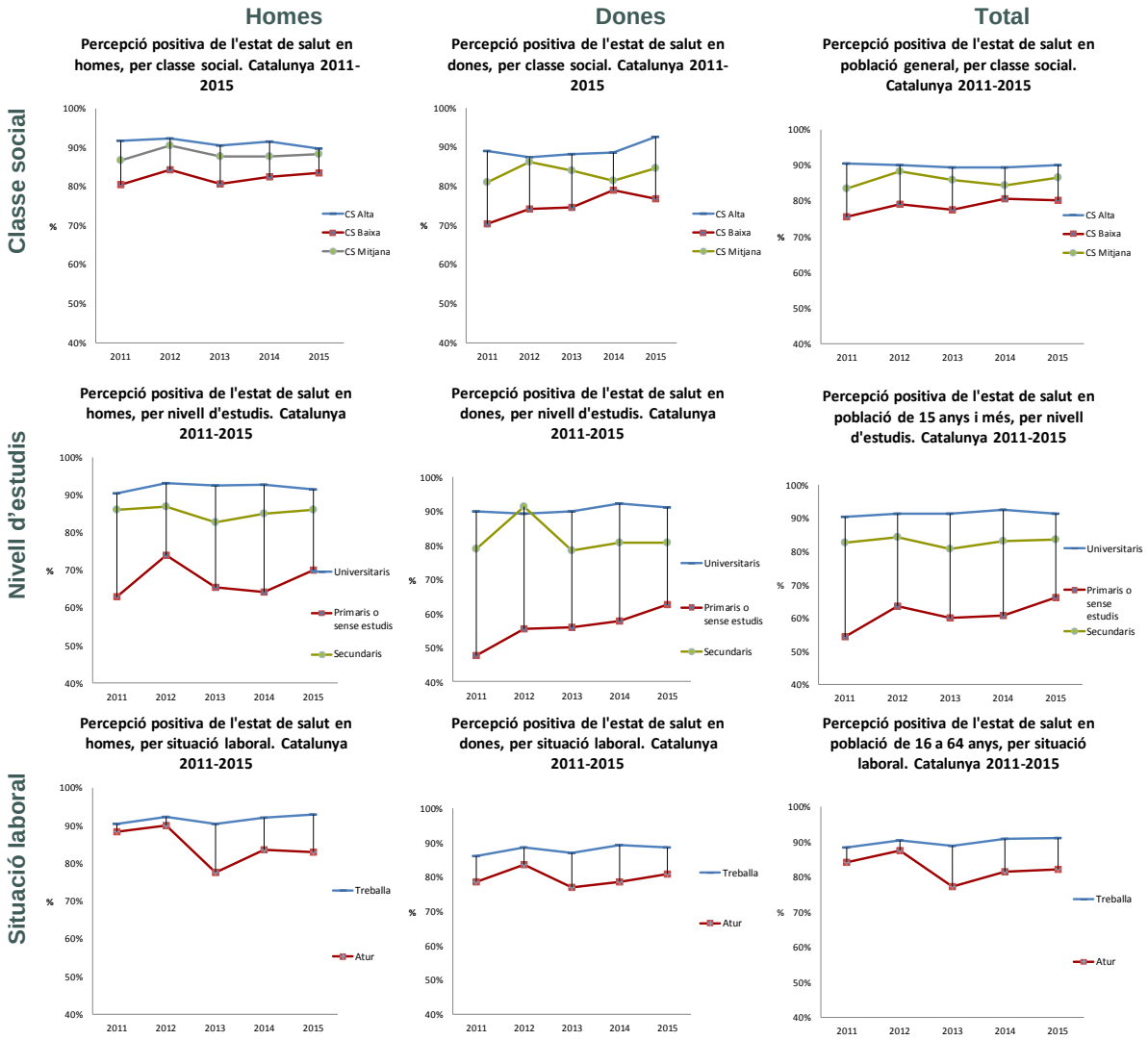
Núm.	Objectiu	Enunciat *Indicador*		Escletxa	Objectiu 2020	Font i any del punt de partida
	D'aquí a l'any 2020 cal...					
33	**1.2**	Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut. *Proporció de bona salut autopercebuda, per una selecció de variables socioeconòmiques*	CS	11,0	< 11,0	ESCA, 2015
			NE	25,4	< 25,4	
			SL	8,9	< 8,9	
34	**14.1**	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral (%)*	CS	5,1	5,1	ESCA, 2015
			NE	2,6	2,6	
			SL	6,8	6,8	
35	**15.1**	Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. *Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques*	CS	*ND*	*ND*	ESCA, 2016
			NE	*ND*	*ND*	
			SL	*ND*	*ND*	
36	**16.1**	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%)*	CS	16,4	16,4	ESCA, 2015
			NE	25,8	25,8	
37	**17.1**	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques*	CS	12,6	< 12,6	ESCA, 2014-2015
			NE[1]	15,1	< 15,1	
			NE[2]	19,3	< 19,3	
38	**18.1**	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%), per classe social i per nivell d'estudis*	CS	4,3	4,3	ESCA, 2015
			NE	2,5	2,5	
39	**18.2**	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys. *Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques*	CS	11,2	< 11,2	ESCA, 2014-2015
			NE[1]	21,3	< 21,3	
			NE[2]	19,0	< 19,0	

CS: classe social, NE: nivell d'estudis; SL: situació laboral; NE:[1] nivell d'estudis del progenitor/a 1; NE:[2] nivell d'estudis del progenitor/a 2.
ND: no disponible.

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
1.2	Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut *Proporció de bona salut autopercebuda, per una selecció de variables socioeconòmiques*	Classe social	11,0	< 11,0
		Nivell d'estudis	25,4	< 25,4
		Situació laboral	8,9	< 8,9

Punt de referència i situació actual: ESCA 2015.

Figura 110. Evolució de l'autopercepció positiva de l'estat de salut per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral. Catalunya, 2011-2015

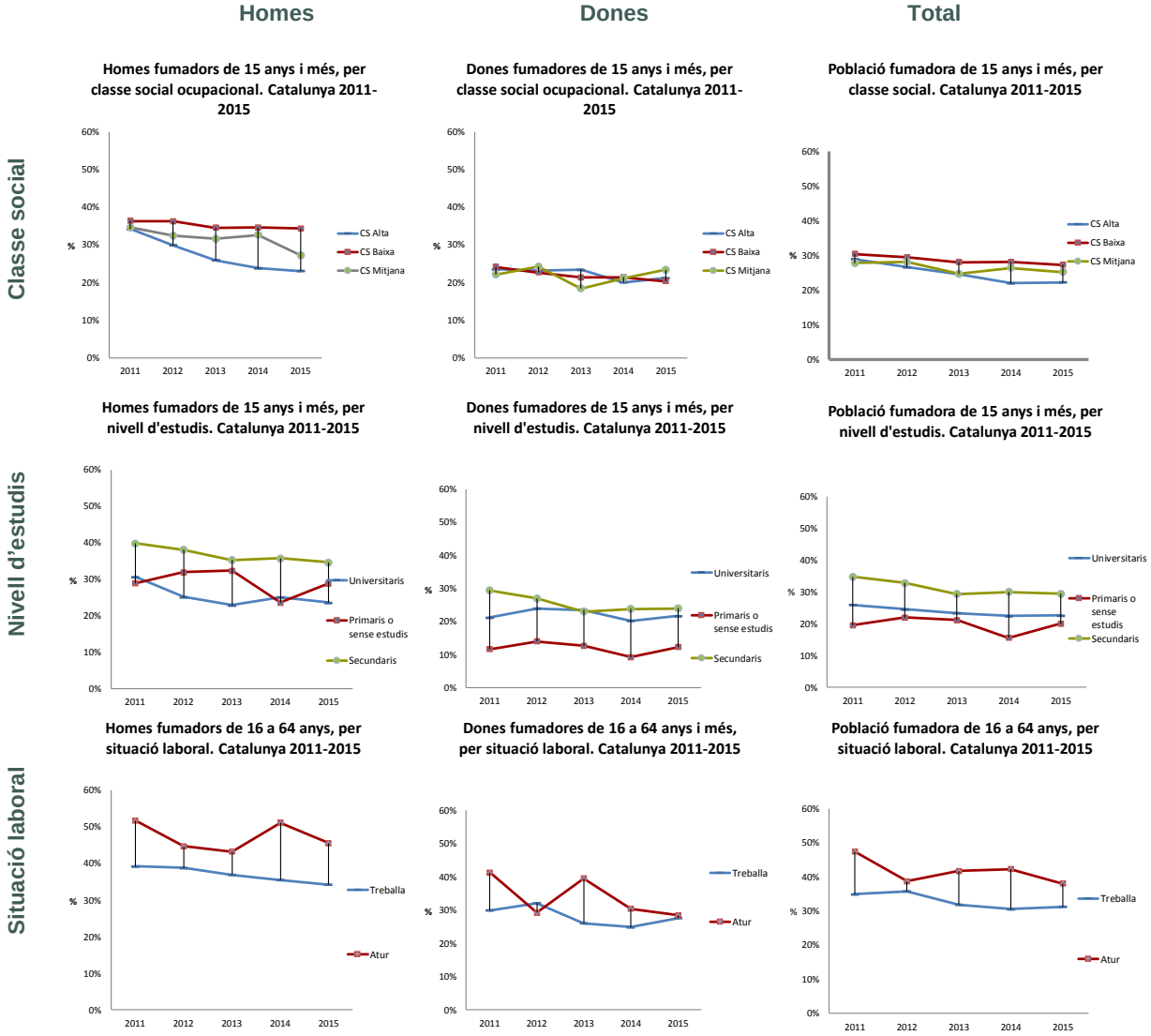


La diferència entre la proporció de població amb percepció positiva de l'estat de salut és d'11,0 punts percentuals entre la classe social més benestant i la menys afavorida. La diferència és de 25,4 punts segons el nivell d'estudis, entre persones amb estudis universitaris i amb estudis primaris o sense estudis. La diferència en la percepció positiva de l'estat de salut és de 8,9 punts entre la població que treballa i la que està a l'atur.

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
14.1	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral (%)*	Classe social	5,1	5,1
		Nivell d'estudis	2,6	2,6
		Situació laboral	6,8	6,8

Punt de referència i situació actual: ESCA 2015.

Figura 111. Evolució del consum de tabac per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral. Catalunya, 2011-2015

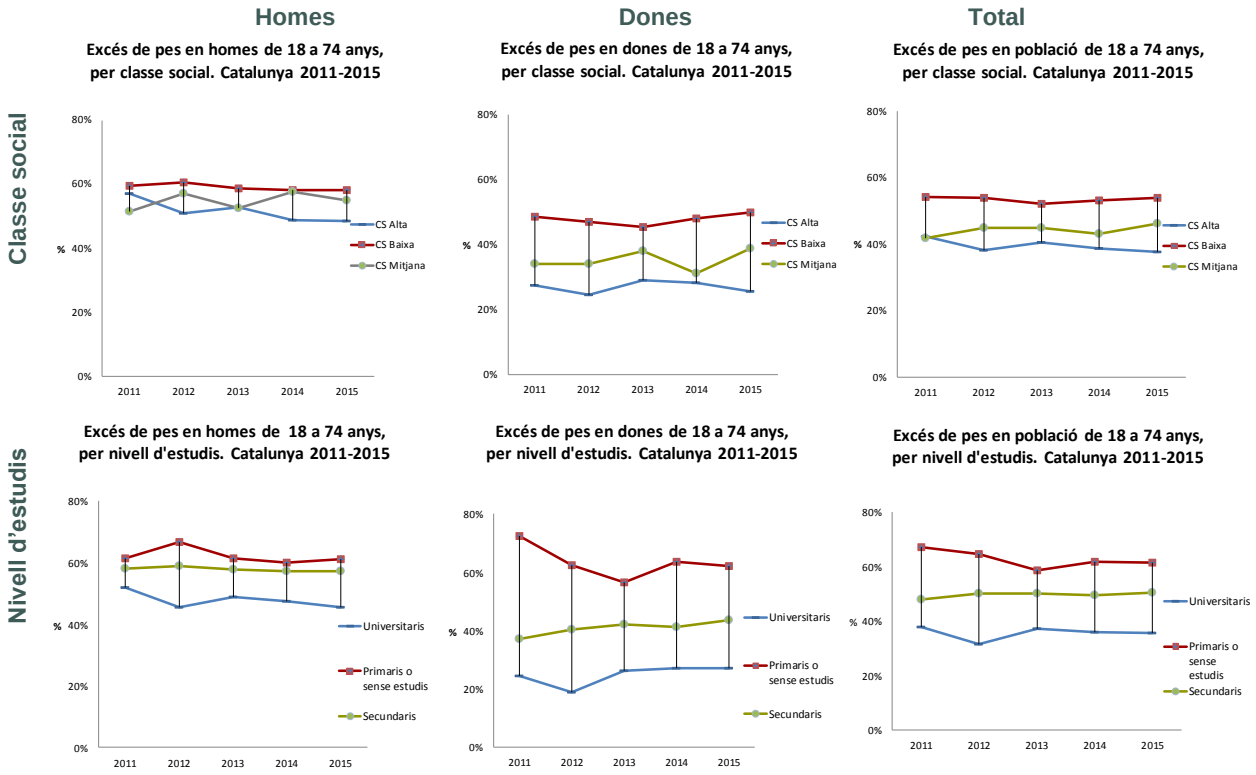


L'escletxa entre la proporció de població fumadora és de 5,1 punts percentuals segons la classe social (entre la classe més benestant i la menys afavorida), de 2,6 punts segons el nivell d'estudis (entre universitaris i amb estudis primaris o sense estudis) i de 6,8 punts segons la situació laboral (entre treballar i estar a l'atur). Per nivell d'estudis, la diferència absoluta més elevada en la prevalença de tabaquisme es dona entre les persones que tenen estudis secundaris i les que tenen estudis primaris o no en tenen (9,4 punts). La diferència en la prevalença de tabaquisme per classe social i per situació laboral és més gran en els homes que en les dones.

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
16.1	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%)*	Classe social	16,4	16,4
		Nivell d'estudis	25,8	25,8

Punt de referència i situació actual: ESCA 2015.

Figura 112. Evolució de l'excés de pes en població de 18 a 74 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015

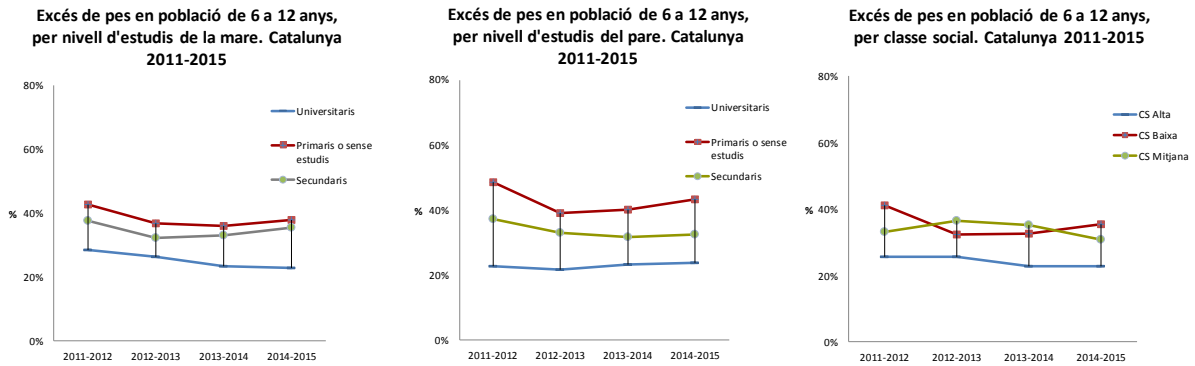


La proporció de població amb excés de pes és més elevat entre les classes més desfavorides i entre les persones amb estudis primaris o sense estudis. L'escletxa entre la proporció de població amb excés de pes és de 16,4 punts percentuals segons la classe social (entre la classe més benestant i la menys afavorida) i de 25,8 punts segons el nivell d'estudis (entre universitaris i persones amb estudis primaris o sense estudis). La diferència en la prevalença d'excés de pes per classe social i per situació laboral és més gran en les dones (24,3 i 35,1 punts, respectivament) que en els homes (9,6 i 15,6 punts, respectivament).

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
17.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. *Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques*	Classe social	12,6	< 12,6
		Nivell d'estudis mare	15,1	< 15,1
		Nivell d'estudis pare	19,3	< 19,3

Punt de referència i situació actual: ESCA 2014-2015.

Figura 113. Evolució de l'excés de pes en població de 6 a 12 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015



La proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes en el període 2011-2015 és més baixa entre els menors de la classe més benestant i entre els menors els progenitors dels quals tenen estudis universitaris. La diferència entre la proporció de població de 6 a 12 anys amb excés de pes és de 12,6 punts percentuals segons la classe social (entre la classe més benestant i la menys afavorida). Per nivell d'estudis, la diferència absoluta en la prevalença d'excés de pes és de 15,1 punts segons el nivell d'estudis de la mare o del primer progenitor (entre progenitores amb estudis universitaris i amb estudis primaris o sense estudis), i de 19,3 punts segons el nivell d'estudis del pare o del segon progenitor.

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
18.1	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. *Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%), per classe social i per nivell d'estudis*	Classe social	4,3	4,3
		Nivell d'estudis	2,5	2,5

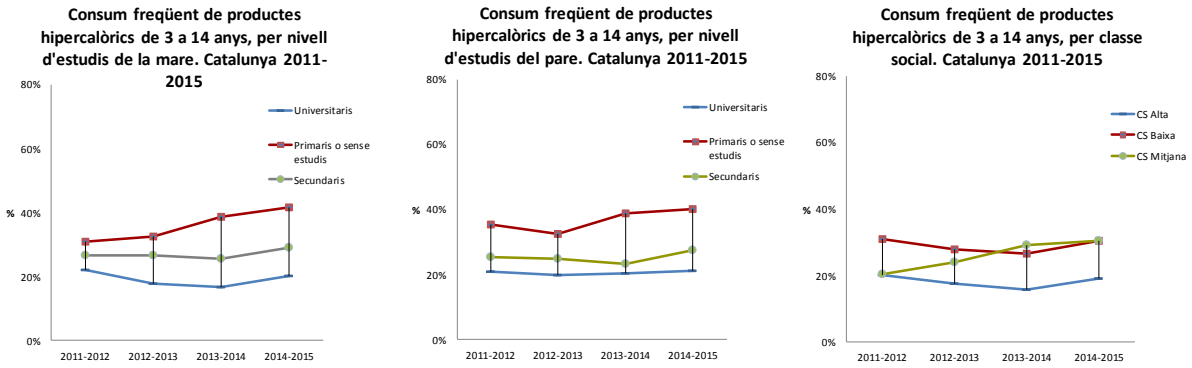
Punt de referència i situació actual: ESCA 2015.

La diferència per classe social en la prevalença de seguiment de les recomanacions d'alimentació mediterrània és de 4,3 punts, més la classe més benestant (el 74,3%). Per nivell d'estudis, la diferència és de 2,5 punts, el seguiment més elevat és entre les persones amb estudis universitaris (el 76,3%). No es disposa de dades d'evolució temporal d'aquest indicador.

Núm.	Objectiu *Indicador*	Escletxa	Punt de referència	Horitzó 2020
18.2	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys. *Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques*	Classe social	11,2	< 11,2
		Nivell d'estudis mare	21,3	< 21,3
		Nivell d'estudis pare	19,0	< 19,0

Punt de referència i situació actual: ESCA, 2014-2015.

Figura 114. Evolució del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015



La proporció de població de 3 a 14 anys que fa un consum freqüent de productes hipercalòrics és més baixa entre els menors de la classe més benestant i entre els menors els progenitors dels quals tenen estudis universitaris.

La diferència entre la proporció de població infantil i juvenil que fa un consum freqüent de productes hipercalòrics és d'11,2 punts percentuals segons la classe social (entre la classe més benestant i la menys afavorida).

Per nivell d'estudis, la diferència absoluta en la prevalença de consum freqüent de productes hipercalòrics és de 21,3 punts segons el nivell d'estudis de la mare o del primer progenitor (entre progenitores amb estudis universitaris i amb estudis primaris o sense estudis), i de 19,0 punts segons el nivell d'estudis del pare o del segon progenitor.

4.3 El Pla estratègic de salut mental comunitària 2017-2020

El Departament de Salut, a través del Pla director de salut mental i addicions, ha dissenyat el Pla estratègic de salut mental comunitària 2017-2020. El Pla estratègic incorpora les recomanacions del Pla d'acció europeu per a la salut mental 2013-2020 de l'Oficina Regional per a Europa Europea de l'Organització Mundial de la Salut[31] i de l'Acció comuna de salut mental i benestar 2013-2016 de la Unió Europea, i entronca amb els projectes del Pla de salut de Catalunya.

El Pla estratègic de salut mental comunitària promou el desplegament d'un model d'atenció comunitària a la salut mental i les addicions que es caracteritza per:

- L'adopció d'un abordatge de salut pública en salut mental i addiccions, adreçat a la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, la intervenció precoç i el tractament, en totes les etapes de la vida, amb un enfocament poblacional, una visió longitudinal dels processos, una proposta cost-eficient de les intervencions i una visió sistèmica de les intervencions.
- La incorporació d'un enfocament pluridisciplinari, multisectorial i interdepartamental.
- La inclusió de la perspectiva ètica en totes les intervencions i la promoció d'un abordatge basat en els drets humans, que previngui l'estigma, la discriminació i l'exclusió social.
- El desenvolupament d'un enfocament basat en la comunitat, en l'apoderament i la participació dels pacients, les famílies i les organitzacions que els representen. Les intervencions s'orienten a la recuperació i a la inclusió social, i se centren en les fortaleses i les capacitats de les persones i les comunitats.
- L'adopció d'accions fonamentades en la millor evidència disponible, basada en la recerca i en les bones pràctiques.

D'acord amb això, els objectius i les accions proposades pel Pla estratègic abasten la totalitat dels processos, des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el diagnòstic i el tractament, fins a la rehabilitació i la reinserció a la comunitat. El Pla preveu una visió àmplia del sistema, que integra i destaca elements no exclusivament sanitaris i, al seu torn, s'emmarca, interactua i complementa altres plans i projectes, com són el PINSAP, el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions, el PIAISS, el Pla estratègic d'atenció primària comunitària i el projecte COMSalut "Comunitat i salut".

El Pla estratègic de salut mental comunitària desplega el model d'atenció comunitària a la salut mental i les addiccions a través de set línies estratègiques:

1. Contribuir a la promoció de la salut mental positiva i el benestar de les persones al llarg de la vida i incrementar el compromís de la xarxa d'atenció amb la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.
2. Millorar les pràctiques assistencials en relació amb els drets de les persones i potenciar noves capacitats de participació i apoderament a les persones usuàries dels serveis.

3. Garantir que l'atenció especialitzada sigui territorialment equitativa, accessible, integral, competent i basada en la comunitat.
4. Millorar les condicions de la pràctica assistencial i la formació per garantir una atenció digna, segura i efectiva.
5. Assegurar que el sistema de salut proveeixi una atenció integrada a la salut física i mental, mitjançant pràctiques compartides entre nivells i serveis assistencials.
6. Millorar la integració amb els serveis no sanitaris que s'ocupen de l'atenció a les persones en relació amb els objectius de salut mental exposats, així com la col·laboració interdepartamental imprescindible en totes les facetes de l'atenció.
7. Garantir la governabilitat i els elements de suport al canvi.

El model d'atenció comunitària a la salut mental i les addiccions va acompanyat d'un nou model organitzatiu dels recursos i serveis de base territorial preventiu, proactiu, transversal, integrat, integral, participatiu i comunitari. El desplegament del nou model passa per determinar les estratègies prioritzades, definir els objectius i les carteres de serveis, implementar els programes comunitaris, promoure unitats funcionals integrades territorialment, i facilitar l'actuació coordinada de tots els recursos, sanitaris o d'altre tipus, implicats en l'atenció a les persones.

5. Índex de figures i taules

Figura 1. Piràmide de la població de Catalunya l'any 2015 i projecció per a l'any 2020 15
Figura 2. Distribució de la població assegurada per regió sanitària. Catalunya, 2016 15
Taula 1. Població general per classe social segons l'ocupació (agrupada) per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2015 17
Taula 2. Nivell d'estudis de la població de 15 anys i més per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2015 17
Figura 3. Evolució del percentatge de compliment dels paràmetres fisicoquímics. Catalunya, 2010-2014 18
Figura 4. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen. Catalunya, 2006-2015 19
Figura 5. Evolució del total d'hores amb superació del llindar d'informació de l'ozó troposfèric. Catalunya, 2006-2015 20
Figura 6. Evolució del percentatge de conformitat dels establiments alimentaris i de les mostres analitzades d'aliments. Catalunya, 2012-2015 21
Figura 7. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) per edat i sexe 23
Figura 8. Esperança de vida (EV) per regió sanitària 24
Figura 9. Evolució temporal de l'esperança de vida (EV) i de l'esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe. Catalunya, 1987-2014 24
Figura 10. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per edat i sexe. Catalunya, 2015 25
Figura 11. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 26
Figura 12. Percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 26
Figura 13. Evolució temporal del percentatge de població general que percep la seva salut com a positiva per sexe. Catalunya, 1994-2015 26
Figura 14. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per edat i sexe. Catalunya, 2015 27
Figura 15. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per classe social i pel nivell d'estudis. Catalunya, 2015 28
Figura 16. Percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per regió sanitària. Catalunya, 2015 28
Figura 17. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar per sexe. Catalunya, 1994-2015 28
Figura 18. Taxes específiques de mortalitat (per 1.000 habitants) per edat i sexe. Catalunya, 2014 29
Figura 19. Índex de mortalitat estandarditzada (IME)* per regió sanitària. Catalunya, 2014 30
Figura 20. Evolució temporal de les taxes brutes i estandarditzades de mortalitat per sexe. Catalunya, 1983-2014 30
Figura 21. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014 31
Figura 22. Cinc primeres causes de mort prematura* per sexe. Catalunya, 2014 32
Taula 3. Mortalitat infantil. Catalunya, 2014 33
Figura 23. Evolució de la mortalitat infantil. Catalunya, 1999-2014 33
Figura 24. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per edat i sexe. Catalunya, 2015 34
Figura 25. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 35
Figura 26. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 35
Figura 27. Evolució temporal del percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per sexe. Catalunya, 2010-2015 35
Figura 28. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per edat i sexe. Catalunya, 2015 36
Figura 29. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015 37
Figura 30. Percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 37
Figura 31. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que té problemes d'ansietat o depressió per sexe. Catalunya, 1994-2015 37
Figura 32. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per edat i sexe. Catalunya, 201538
Figura 33. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015 39
Figura 34. Percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 39

Figura 35. Evolució temporal del percentatge de població entre 18 i 74 anys que té excés de pes per sexe. Catalunya, 2006-2015....39
Figura 36. Percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per edat i sexe. Catalunya, 2014-2015....40
Figura 37. Percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2014-2015....40
Figura 38. Evolució temporal del percentatge de població entre 6 i 12 anys que té excés de pes per sexe. Catalunya, 2006-2015....41
Figura 39. Percentatge de població de 15 anys o més que pateix alguna discapacitat per edat i sexe. Catalunya, 2015....42
Figura 40. Percentatge de població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015....43
Figura 41. Percentatge de població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....43
Figura 42. Evolució temporal del percentatge de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat per sexe. Catalunya, 1994-2015....43
Figura 43. Taxa d'incidència de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015....44
Figura 44. Taxa d'incidència de de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015....45
Figura 45. Evolució temporal de la taxa d'incidència de de la tos ferina, la parotiditis, l'hepatitis A i l'hepatitis B per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2000-2015....46
Figura 46. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015....47
Figura 47. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per edat i país de naixement. Catalunya, 2015....48
Figura 48. Taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015 48
Figura 49. Evolució temporal de la taxa d'incidència de tuberculosi per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2000-2015....48
Figura 50. Taxa d'incidència del VIH, la clamídia, la gonocòccia i la sífilis infecciosa per cada 100.000 habitants per edat i sexe. Catalunya, 2015....49
Figura 51. Taxa d'incidència del VIH per cada 100.000 habitants per regió sanitària. Catalunya, 2015....50
Figura 52. Evolució temporal de la taxa d'incidència del VIH, la clamídia, la gonocòccia i la sífilis infecciosa per cada 100.000 habitants. Catalunya, 2011-2015....50
Figura 53. Nombre de persones afectades per brots epidèmics, per sexe. Catalunya, 2015....51
Figura 54. Evolució temporal del nombre de brots segons el tipus. Catalunya, 2008-2015....51
Figura 55. Nombre de brots i nombre de persones per regió sanitària. Catalunya, 2015....52
Taula 4. Motius de consulta més freqüents en l'atenció primària en pacients de menys de 15 anys (visites i pacients) per sexe. Catalunya, 2015....53
Taula 5. Motius de consulta més freqüents a l'atenció primària en pacients de 15 anys i més (visites i pacients) per sexe. Catalunya, 2015....53
Taula 6. Urgències segons el grup de categories de diagnòstics del CCS per grup d'edat i recurs assistencial. Catalunya, 2015....54
Taula 7. Contactes d'hospitalització convencional o CMA. Diagnòstic principal dels pacients de menys de 15 anys per sexe. Catalunya, 2015....55
Taula 8. Contactes d'hospitalització convencional o CMA. Diagnòstic principal dels pacients de 15 anys i més per sexe. Catalunya, 2015....55
Figura 56. Nombre de casos de malalties minoritàries per edat i sexe. Catalunya, 2010-2013....56
Taula 9. Distribució de les persones amb malalties minoritàries, per edat i sexe. Catalunya, 2010-2013....57
Figura 57. Prevalença de les malalties minoritàries per regió sanitària. Catalunya, 2010-2013....57
Figura 58. Taxa d'incidència de les malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades per edat i sexe. Catalunya, 2015....58
Figura 59. Taxa d'incidència de les malalties relacionades amb el treball per cada 100.000 persones ocupades per tipus de trastorn. Catalunya, 2015....59
Figura 60. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per edat i sexe. Catalunya, 2015....61
Figura 61. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015....61
Figura 62. Percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....62
Figura 63. Evolució temporal del percentatge de població entre 15 i 69 anys amb activitat física saludable per sexe. Catalunya, 2010-2015....62
Figura 64. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània per edat i sexe. Catalunya, 2015....63
Figura 65. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015....64

Figura 66. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per edat i sexe. Catalunya, 2015 65
Figura 67. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015 66
Figura 68. Percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 66
Figura 69. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment) per sexe. Catalunya, 1994-2015....66
Figura 70. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol per edat i sexe. Catalunya, 2015....67
Figura 71. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol per classe social i sexe i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2015 68
Figura 72. Percentatge de població de 15 anys i més amb consum de risc d'alcohol per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....68
Figura 73. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més amb consum de risc d'alcohol per sexe. Catalunya, 1994-2015 68
Figura 74. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per edat i sexe. Catalunya, 2015....69
Figura 75. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015....70
Figura 76. Percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....70
Figura 77. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que dorm de 6 a 8 hores al dia per sexe. Catalunya, 1994-2015 70
Figura 78. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per edat i sexe. Catalunya, 2015 71
Figura 79. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015 71
Figura 80. Percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 72
Figura 81. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més que es pren periòdicament la pressió arterial per sexe. Catalunya 1994-2015 72
Figura 82. Percentatge de població entre 5 i 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia, per edat i sexe. Catalunya, 2014-2015 73
Figura 83. Percentatge de població entre 5 i 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia, per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2014-2015 74
Figura 84. Evolució temporal del percentatge de població de 5 a 14 anys que es raspalla les dents com a mínim dues vegades al dia per sexe. Catalunya, 2010-2015 74
Figura 85. Percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per sexe. Catalunya, 2015....75
Figura 86. Percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2015....76
Figura 87. Evolució temporal del percentatge de població entre 50 i 69 anys que s'ha fet alguna vegada una prova preventiva de sang oculta en femta per sexe. Catalunya, 2012-2015 76
Figura 88. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per edat i sexe. Catalunya, 2015....77
Figura 89. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 78
Figura 90. Percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....78
Figura 91. Evolució temporal del percentatge de població general que disposa de doble cobertura sanitària per sexe. Catalunya, 1994-2015 78
Figura 92. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015 79
Figura 93. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 80
Figura 94. Percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 80
Figura 95. Evolució temporal del percentatge de població general que ha visitat un professional de la salut el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015....80
Figura 96. Percentatge de població general que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015 81
Figura 97. Percentatge de població general que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015....81
Figura 98. Percentatge de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015....82

Figura 99. Evolució temporal del percentatge de població general que ha visitat un servei d'urgències el darrer any per sexe. Catalunya, 2006-2015 82
Taula 10. Contactes d'urgències per tipus de recurs (nombre i percentatge). Catalunya, 2015 82
Figura 100. Percentatge de població general atesa per un servei d'urgències segons tipus de recurs per edat i sexe. Catalunya, 2015 83
Figura 101. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per edat i sexe. Catalunya, 2015 84
Figura 102. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 84
Figura 103. Percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 85
Figura 104. Evolució temporal del percentatge de població general que ha estat hospitalitzada el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015 85
Figura 105. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any, per edat i sexe. Catalunya, 2015 86
Figura 106. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per classe social i per nivell d'estudis.* Catalunya, 2015 86
Figura 107. Percentatge de població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per regió sanitària. Catalunya, 2014-2015 87
Figura 108. Evolució temporal del percentatge de població de 15 anys i més satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any per sexe. Catalunya, 1994-2015 87
Figura 109. Esquema dels eixos de transformació i de les línies estratègiques del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 90
Taula 11. Valoració de l'evolució actual dels objectius de salut de reducció de mortalitat i morbiditat 92
Taula 12. Objectius de salut en l'horitzó 2020 de reducció de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients 94
Taula 13. Objectius de reducció de les desigualtats en salut en l'horitzó 2020 95
Figura 110. Evolució de l'autopercepció positiva de l'estat de salut per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral. Catalunya, 2011-2015 96
Figura 111. Evolució del consum de tabac per classe social, per nivell d'estudis i per situació laboral. Catalunya, 2011-2015 97
Figura 112. Evolució de l'excés de pes en població de 18 a 74 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015 98
Figura 113. Evolució de l'excés de pes en població de 6 a 12 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015 99
Figura 114. Evolució del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2011-2015 100

6. Bibliografia

[1] Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponible a: http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/

[2] Idescat. Evolució de la població. Xifres oficials. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d001

[3] Idescat. Població projectada a 1 de gener de 2020 en l' escenari mitjà. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8702

[4] Decret 10/2013, de 3 de gener, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut.

[5] Idescat. Taxa d'atur 2001-2015. Per sexe. Províncies. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=318

[6] Idescat. Taxa d'atur de llarga durada. Per sexe. 2015. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8501

[7] Idescat. Taxa i població en risc de pobresa per sexe. Catalunya. 2015. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7830

[8] Idescat. Població amb privació material severa. Valor. Disponible a: http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8513&dt=201500

[9] Idescat. Desigualtat de la distribució de la renda. Valor. Disponible a: http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8504

[10]Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Condicions de vida. Taxa de risc de pobresa en el treball. Per sexe. Total. Disponible a: http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8515

[11] Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Abandonament prematur dels estudis. Per sexe. Total. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8508&dt=201500

[12] Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: healthy equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

[13] Reial decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de l'aigua de consum humà.

[14] Departament de Territori i Sostenibilitat. La qualitat de l'aire a Catalunya: anuari 2015. Resum. Disponible a: http://mediambient.gencat.cat/web/.content/home/ambits_dactuacio/atmosfera/qualitat_de_laire/avaluacio/balancos_i_informes/documentos/La-qualitat-de-laire-a-Catalunya-Anuari-2015-Resum-i-Annexos_definitiu.pdf

[15] Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med. 1989;29(6): 761-768.

[16] Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health. 1982;72(8):800-8. Disponible a: http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/72/8/800

[17] Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. Am J Epidemiol. 1999;149(3):228-35. Disponible a: http://aje.oxfordjournals.org/content/149/3/228.full.pdf

[18] Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà J, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit. 2001;15(3):217-23. Disponible a: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13014680&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=41&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v15n03a13014680pdf001.pdf

[19] Pietz K, Petersen LA. Comparing self-reported health status and diagnosis-based risk adjustment to predict 1 –and 2 to 5– year mortality. Health Serv Res. 2007 Apr;42(2):629-43.

[20] Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy. 1990 Dec;16(3):199-208.

[21]Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med. 2001 Jul;33(5):337-43. Disponible a:

http://pingpong.ki.se/public/pp/public_courses/course07443/published/1297595687070/resourceId/4394320/content/19.01%20EQ-5D%20a%20measure%20of%20health%20status%20from.pdf

[22] Castellví P, Forero CG, Codony M, Vilagut G, Brugulat P, Medina A, et al. The Spanish version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) is valid for use in the general population. Qual Life Res. 2014 Apr;23(3):857-68.

[23]Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Nov;40(11):1337-45.

[24] Hallal PC, Victoria CG. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Med Sci Sports Exerc. 2004 Mar;36(3):556.

[25] Ensayo PREDIMED (PREvención con DIeta MEDiterránea). Cuestionario de cumplimiento de la dieta mediterránea. Disponible a: http://www.unav.es/departamento/preventiva/files/file/documentos/predimed/14puntos.pdf

[26] Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvadó J, Buil-Cosiales P, et al. A 14-Item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. PLoS ONE. 2012;7(8):e43134.

[27] Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A short screener is valid for assessing Mediterranean diet adherence among older Spanish men and women. J Nutr. 2011 Jun;141(6):1140-5.

[28] Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. Am J Gastroenterol. 2008;103(6):1541-9.

[29] Divisió de Registres de Demanda i d'Activitat. Informe de l'activitat notificada al Registre del CMBD-UR. Any 2015. Barcelona: Departament de Salut; 2015. Disponible a: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/registres_catalegs/registres/cmdb/doc_cataleg_productes_cmbd_ur_2015.pdf

[30] Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2016-2020: un sistema centrat en la persona, públic, universal i just. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

[31] The European mental health action plan 2013-2020. Copenhagen: World Health Organization; 2015. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1