



Desembre de 2015

Director general de Planificació i Recerca en Salut

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificació Sanitària

Esteve Saltó i Cerezuela

Responsable de l'edició

Eulàlia Masachs i Fatjó

Redacció

Eulàlia Masachs, Oriol Garcia, Antonia Medina

Altres col·laboradors

Ricard Tresserras, Anna Mompart, Rosa Gispert, Adriana Freitas, Anna Puigdefàbregas, Glòria Ribas, Teresa Salas, Carmen Cabezas, Conxa Castell, Gemma Salvador, Eva Borràs, Montserrat Martínez, Lluís Urbiztondo, Josep Maria Suelves, Joan Colom, Mireia Jané, Pilar Ciruela, Ana Martínez, Glòria Carmona, Rosa Mansilla, José Luis Martínez, Anna Rodés, Núria Torner, Mar Maresma, Lluís Picart, Esther Bigas, Josep A. Espinàs, Fernando Álava, Sònia Abilleira, Miquel Gallofré, Andreu Segura, Carles Oliete, Anna Schiaffino, Alba Rosas, Josep Jiménez, Josep Maria Fornells, Elia Benito.

Alguns drets reservats

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ca>

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

1a edició:

Barcelona, desembre de 2015

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

<http://salutweb.gencat.cat>

Sumari

1	Presentació.....	4
2	Resum executiu	5
3	El context demogràfic	6
4	Quant esperem viure	8
5	Com valorem la nostra salut.....	9
6	Quins problemes de salut tenim.....	10
	6.1 La qualitat de vida relacionada amb la salut.....	10
	6.2 Els trastorns crònics.....	11
	6.3 La salut mental.....	13
	6.4 L'excés de pes.....	14
	6.5 Les discapacitats.....	15
	6.6 La dependència.....	16
	6.7 Les malalties transmissibles.....	17
	6.8 Les malalties que ens fan consultar l'atenció primària.....	20
7	Com ens afecta l'entorn	22
8	Què fem per la nostra salut.....	24
	8.1 Quins estils de vida tenim.....	24
	8.2 Quines pràctiques preventives fem	25
	8.3 Quin ús fem dels serveis sanitaris	26
9	De què morim	28
10	El territori.....	30
11	La condició socioeconòmica	34
	11.1 Els estils de vida	34
	11.2 L'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	38
	11.3 La utilització dels serveis sanitaris.....	40
12	Evolució temporal.....	45
13	Balanç dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	49
	13.1 Els objectius de salut en l'horitzó 2020.....	50
	13.2 Els objectius de salut en l'horitzó 2015.....	57
	13.3 Balanç dels objectius de salut en el context internacional i estatal	63
14	Què fa el sistema de salut.....	67
	14.1 El Pla director de la malaltia vascular cerebral	67
	14.2 Comunitat i salut: atenció primària i comunitària (COMSalut)	72
15	Annexos.....	75
	Annex 1. Evolució dels indicadors seleccionats de l'ESCA per classe social i sexe. Catalunya 2006 i 2013-2014	76
	Annex 2. Evolució dels indicadors seleccionats de l'ESCA per nivell d'estudis i sexe. Catalunya 2006 i 2013-2014..	78
	Annex 3. Índex de gràfics i taules.....	80
	Referències bibliogràfiques	82

1 Presentació

L'elaboració de l'Informe de salut és un compromís anual del Departament de Salut per retre comptes i facilitar informació sobre els principals indicadors de salut de la població. Es presenten les dades sanitàries més recents que permeten fer una valoració global de la salut de la població a Catalunya i dels objectius de salut formulats en el Pla de salut.

L'Informe recull els indicadors d'entorn socioeconòmic i ambiental, de morbimortalitat, estils de vida i utilització de serveis. S'hi inclou una anàlisi de les dades des de l'evolució temporal i la perspectiva territorial i també es presenten els indicadors de salut en relació amb els condicionants socials, la classe social, el nivell d'estudis i la situació laboral, per tal d'evidenciar les desigualtats en salut. Coincidint amb el tancament de període del Pla de salut de Catalunya 2011-2015, el capítol monogràfic d'aquest document detalla el balanç dels objectius de salut d'aquest Pla que finalitza i el nivell d'assoliment de les fites marcades l'any 2011, a més d'incorporar una comparativa amb els indicadors europeus i estatals. Com en les altres edicions, l'Informe dona veu a algunes activitats que es duen a terme des del sistema sanitari, per tal d'avançar en la millora de la salut de la població. En aquest cas, s'expliquen dos projectes que es troben en diferents moments pel que fa al seu desplegament: 1) el Pla director de la malaltia vascular cerebral, que és una estratègia assistencial que té ja uns anys de recorregut i un desplegament important d'accions; i 2) el Programa COMSalut, que, dins el marc del PINSAP, constitueix una acció rellevant per a la transformació i l'impacte de l'atenció primària en l'àmbit comunitari i que en aquest moment es troba fent els primers passos del seu desplegament.

En relació amb les dades de salut, podem seguir destacant que a Catalunya els indicadors d'esperança de vida i esperança de vida en bona salut són bons, tant en relació amb la pròpia evolució com si els comparem amb els d'altres països. Ara bé, l'impacte de l'envelliment es tradueix en més prevalença de les malalties cròniques davant les quals cal continuar millorant els processos assistencials per reduir la mortalitat prematura i alguns estils de vida que són factors de risc d'aquestes patologies cròniques amb més prevalença. També cal posar atenció en els col·lectius més vulnerables, en els quals alguns dels indicadors de salut i estils de vida presenten pitjors resultats. Aquestes dades evidencien la necessitat, iniciada amb el PINSAP i marcada pel Pla de salut, d'incloure la salut en totes les polítiques i d'incidir en la millora de les desigualtats socials per millorar la salut de la població mitjançant aquestes.

Esperem que la varietat de dades que ofereix el document us sigui d'utilitat i agraïm la participació dels professionals que l'han fet possible amb les seves aportacions.

2 Resum executiu

Catalunya té una esperança de vida i una esperança de vida en bona salut elevades, i, a més, mostren una tendència positiva. Malgrat l'envelliment progressiu de la població i que una de cada tres persones té alguna malaltia crònica, la percepció de salut dels catalans és bona i evoluciona favorablement.

El dolor o malestar és el principal problema que fa minvar la qualitat de vida de les persones, i el segon l'ocupen els trastorns mentals, com ara l'ansietat o la depressió. Les patologies cròniques més freqüents són les relacionades amb els problemes osteoarticulars i vasculars. Té excés de pes gairebé la meitat de la població adulta i gairebé una de cada tres persones de menys de 15 anys. El nivell de benestar psicològic és bo, per sobre del de la població de referència. Una de cada deu persones de més de 14 anys té algun grau de dependència i en el cas de les persones de 75 anys i més són dependents una de cada quatre. La hipertensió arterial i la diabetis mellitus són els principals motius de consulta a l'atenció primària.

Pel que fa referència a les malalties transmissibles, la incidència de tuberculosi continua un descens progressiu i lent, i el diagnòstic de nous casos de VIH es manté estable. No obstant això, altres infeccions de transmissió sexual augmenten. Hi ha un bon nivell de cobertura de les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunació, però la tos ferina continua presentant un comportament epidèmic.

Els indicadors relatius als nivells de contaminació atmosfèrica mostren una lenta millora respecte d'anys anteriors, amb superacions puntuals dels valors límit en alguns punts del territori. Pel que fa a l'aigua de consum, el grau de compliment de la normativa és elevat.

Els estils de vida com la pràctica d'activitat física, els hàbits alimentaris i el tabaquisme tenen marge de millora. La realització de les pràctiques preventives de detecció precoç i de control de factors de risc se situa en nivells satisfactoris.

La primera causa de mort entre els homes són els tumors mentre que en les dones són les malalties de l'aparell circulatori. En els homes, la primera causa de mort prematura és el tumor maligne de pulmó i en les dones el tumor maligne de mama. No s'observa cap patró clar de distribució territorial dels indicadors de salut, malgrat que es detecten algunes diferències que no són sistemàtiques.

Amb relació a la condició socioeconòmica, s'observa un gradient per classe social i per nivell d'estudis en alguns estils de vida, pràctiques preventives i indicadors de percepció de l'estat de salut. Les persones de les classes més benestants i les de més nivell formatiu gaudeixen de millor percepció de salut, tenen hàbits més saludables, fan pràctiques preventives en una proporció més elevada i tenen trastorns crònics i discapacitats en una proporció més baixa. D'altra banda, la població infantil de les classes més desfavorides té un estil d'oci sedentari en una proporció més elevada que la resta i la població que es troba a l'atur té un risc de patir un trastorn mental més elevat que la població que treballa.

L'evolució temporal dels principals indicadors de salut és positiva en general, per bé que cal millorar en alguns aspectes, com ara la pràctica d'un nivell saludable d'activitat física. Dels 27 indicadors vinculats a objectius del Pla de salut, 20 mostren una evolució favorable durant el període de seguiment 2011-2014.

3 El context demogràfic

La població de Catalunya ha crescut en més d'un milió d'habitants entre l'any 2000 i el 2012, ha passat de 6.261.999 a 7.570.908 habitants. Aquest creixement cal atribuir-lo, en diferents intensitats, als esdeveniments demogràfics que s'han produït com ara un boom migratori excepcional, protagonitzat per població d'origen estranger, amb un saldo net que supera els 100.000 habitants per any, similar al dels anys seixanta i primera meitat dels setanta del segle XX. L'arribada de població ha condicionat el comportament de les defuncions i dels naixements. D'un banda, si bé l'esperança de vida continua augmentant, tot i els valors molt elevats, l'increment de les defuncions és força moderat atès que la població estrangera que immigra pertany a grups d'edats joves i rejoyeneix l'estructura de població. D'altra banda, l'arribada de dones en edat fèrtil i amb una fecunditat més elevada fa que els naixements hagin augmentat de manera significativa. L'any 2012, després d'un parell d'anys amb un ritme de creixement més feble, el nombre d'habitants a Catalunya comença a disminuir. El saldo migratori és de signe negatiu des de l'any 2012, el nombre de naixements disminueix des del 2008 i les defuncions augmenten, fet que en pocs anys tindrà com a resultat que el saldo natural sigui negatiu. Segons les darreres estimacions postcensals de població de l'Idescat, a 31 de desembre de 2014, Catalunya té 7.418.546 habitants (3.639.091 homes i 3.779.455 dones).

Aquests canvis recents de la població han estat l'inici d'una nova tendència, que suposa que el nombre de naixements continuarà disminuint en els propers anys. Aquesta davallada s'explica perquè la fecunditat seguirà disminuint i 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 XX. El nombre de defuncions augmentarà en els propers anys per l'arribada a edats més avançades i amb una probabilitat de morir més elevada de generacions cada vegades més nombroses. El saldo migratori total es manté negatiu, amb un valor de prop de -9.000 de saldo migratori extern i de +3.400 de saldo migratori amb la resta de l'Estat espanyol. La disminució de població de Catalunya iniciada el 2011 es mantindrà perquè, en pocs anys, al saldo migratori negatiu s'hi afegirà un saldo natural també negatiu.

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 de les mateixes 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. Un altre aspecte a destacar de l'estructura de la població és l'envelliment i el sobreenvelliment de la població, tant en termes absoluts com relatius. El 2014, el percentatge de població de 65 anys i més és del 18,3%, i el de la població de 85 anys i més és del 2,9%, percentatges que s'assoleixen tant per un increment del nombre de persones en edats avançades com també per una disminució de nens i joves.

Aquest mateix any, el nombre de nens i nenes menors de 15 anys és de 1.185.000, que representen el 16% de la població catalana.

La població projectada per a l'any 2020, segons l'escenari mitjà de les projeccions de població de Catalunya 2013-2051, és de 7.343.000 habitants, xifra lleugerament inferior a l'actual. Segons les projeccions de l'Idescat, el nombre estimat de naixements el 2020 oscil·la entre els 47.100 de l'escenari baix i els 65.000 de l'escenari alt, mentre que el nombre de defuncions estimades es mouen entre les 66.000 i les 63.000, segons l'escenari baix i alt, respectivament. Aquestes estimacions suposen que el creixement natural l'any 2020 serà negatiu (de -19.000 persones), si es compleixen les hipòtesis de l'escenari baix; o molt lleugerament positiu (de +2.400 persones), si es compleixen les hipòtesis de l'escenari alt. El saldo migratori total el 2020, en aquests dos escenaris, mostra valors relativament baixos i oposats (-13.000 persones segons l'escenari baix i +49.000 segons l'escenari alt). L'evolució dels diferents fenòmens demogràfics suposarà un envelliment de la població. Així, el 2020 el 19,9% de la població tindrà 65 anys i més (17,5% dels homes i 22,2% de les dones), en detriment tant de la població adulta com dels infants i joves. Del prop de milió i mig de persones de 65 anys i més projectades, el 17,5% tindran 85 anys i més¹.

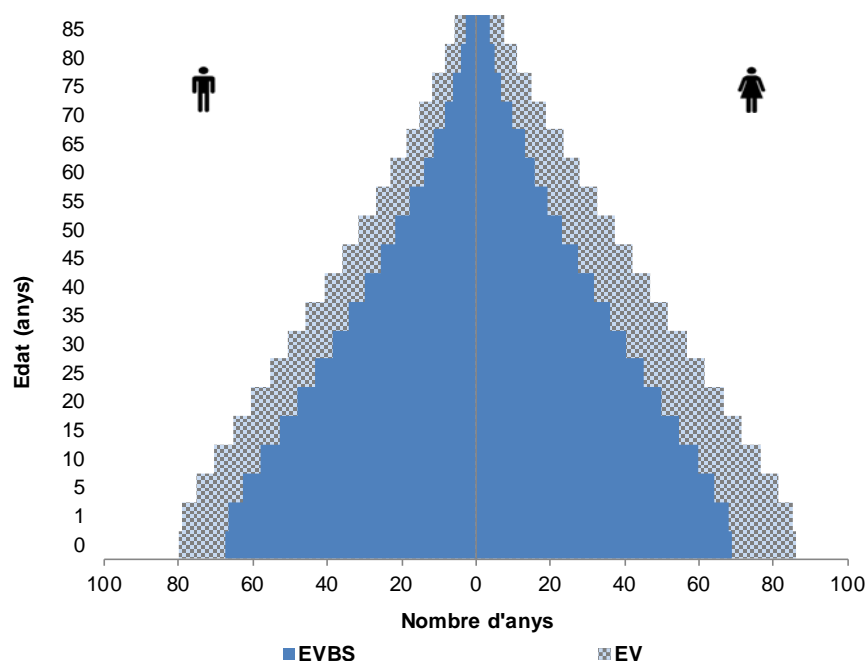
4 Quant esperem viure

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 2013 va ser de 80,2 anys per als homes i de 86,0 anys per a les dones seguint la tendència a l'augment d'anys anteriors, millora que també s'observa en la majoria de grups d'edat. Tot i que persisteixen les diferències entre els dos sexes, la mortalitat de Catalunya es troba en una situació semblant a la mitjana espanyola i amb valors per sota de l'europea.

L'EVBS en néixer l'any 2013 va ser de 67,3 anys per als homes i de 68,8 anys per a les dones, la qual cosa representa el 83,9% i el 80,0%, respectivament, de l'expectativa 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 (gràfic 1).

Gràfic 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS), per sexe i edat. Catalunya, 2013

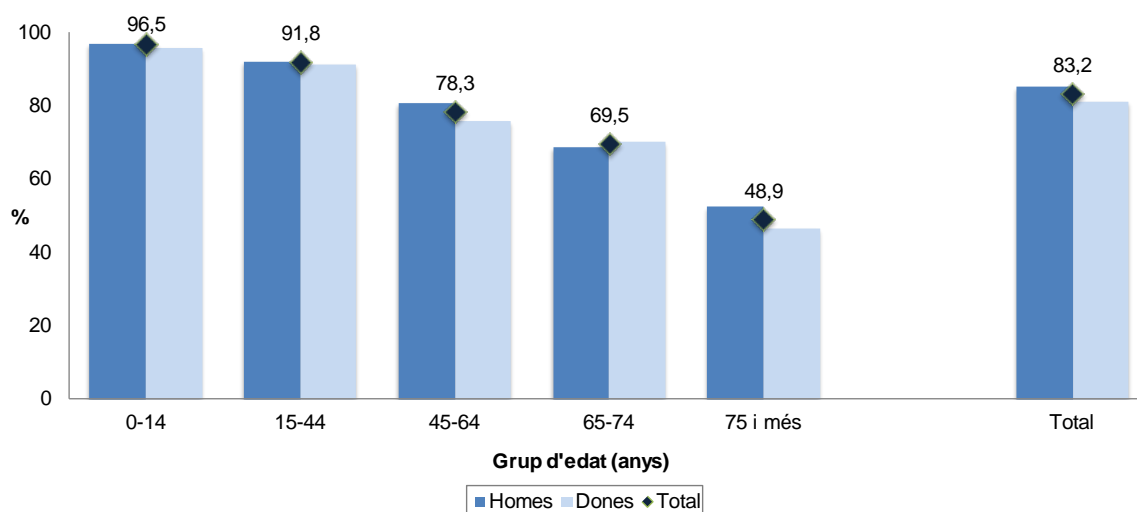


Font: RMC 2013-ESCA 2014. Departament de Salut.

5 Com valorem la nostra salut

A Catalunya, la majoria de les persones fan una valoració positiva del seu estat de salut. L'any 2014, 8 de cada 10 persones tenen una percepció de la seva salut com a excel·lent, molt bona o bona. La valoració de l'estat de salut és pitjor en les dones i a mesura que augmenta l'edat, en ambdós sexes (gràfic 2).

Gràfic 2. Autopercepció positiva (excel·lent, molt bona i bona) de l'estat de salut de la població general, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



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

Més d'un milió dues-centes setanta mil persones fan una valoració negativa del seu estat de salut (taula 1).

Taula 1. Població general amb percepció negativa (regular i dolenta) de l'estat de salut i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

Grup d'edat	Prevalença (%)			Estimació del nombre de casos 2014*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-14	3,0	4,1	3,5	18.000	24.000	42.000
15-44	7,8	8,6	8,2	122.000	129.000	251.000
45-64	19,2	24,1	21,7	187.000	239.000	426.000
65-74	31,2	29,8	30,5	96.000	104.000	200.000
75 i més	47,4	53,4	51,1	128.000	225.000	353.000
Total	14,8	18,8	16,8	551.000	721.000	1.272.000

* Població de referència a 1 de gener de 2014. Estimació de casos arrodonida al miler.

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

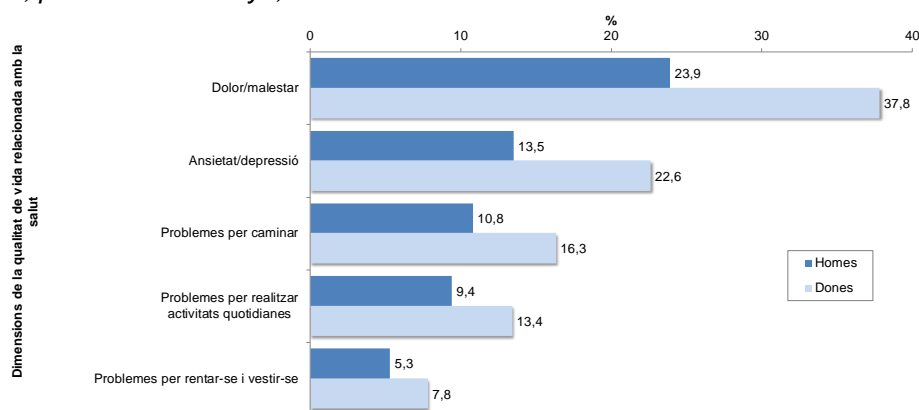
El 92,7% de la població de 6 a 14 anys se sent plena d'energia sempre o gairebé sempre (el 93,6% dels nens i el 91,8% de les nenes).

6 Quins problemes de salut tenim

6.1 La qualitat de vida relacionada amb la salut

En el cas de les persones de 15 anys i més, 4 de cada 10 veuen minvada la seva qualitat de vida per algun problema de salut o derivat de l'estat de salut. Aquests problemes són, de més a menys freqüència, el dolor o malestar, que pateix el 31,0% de la població de 15 anys i més, l'ansietat o la depressió, que pateix el 18,2%, els problemes per caminar, que afecten el 13,6%, els problemes per realitzar activitats quotidianes, que afecten l'11,5%, i els problemes per rentar-se i vestir-se, que afecten el 6,6% de la població de 15 anys i més. En tots els casos, els problemes afecten les dones en proporcions més elevades que els homes (gràfic 3).

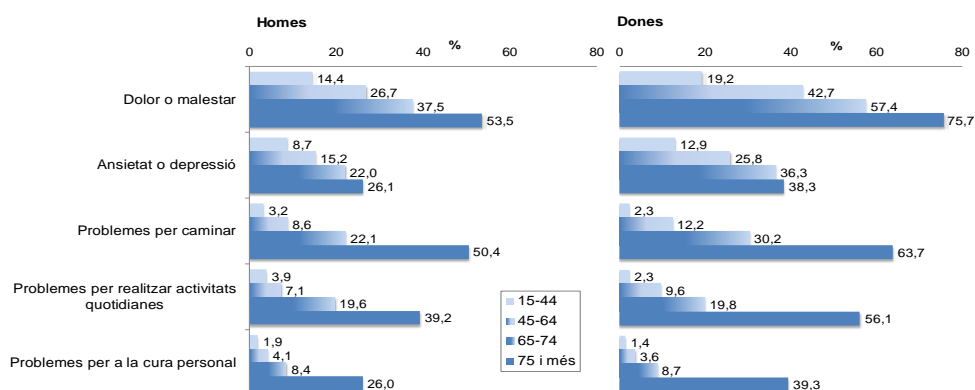
Gràfic 3. Població de 15 anys i més amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per sexe. Catalunya, 2014



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

El percentatge de població amb problemes augmenta a mesura que els grups són de més edat. Els problemes de dolor o malestar i els problemes per caminar són majoritaris entre la població de 75 anys i més de tots dos sexes. També són majoritaris els problemes de dolor o malestar en les dones de 65 anys i més, i els problemes per realitzar activitats quotidianes en les dones de 75 anys i més (gràfic 4).

Gràfic 4. Població de 15 anys i més amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



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

6.2 Els trastorns crònics

El 38,0% de la població general, més de dos milions vuit-centes mil persones, pateixen alguna **malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada**.^a El percentatge de població que pateix algun trastorn crònic és més elevat en les dones (34,9% els homes i 41,1% les dones) i augmenta a mesura que els grups són de més edat (taula 2).

Taula 2. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

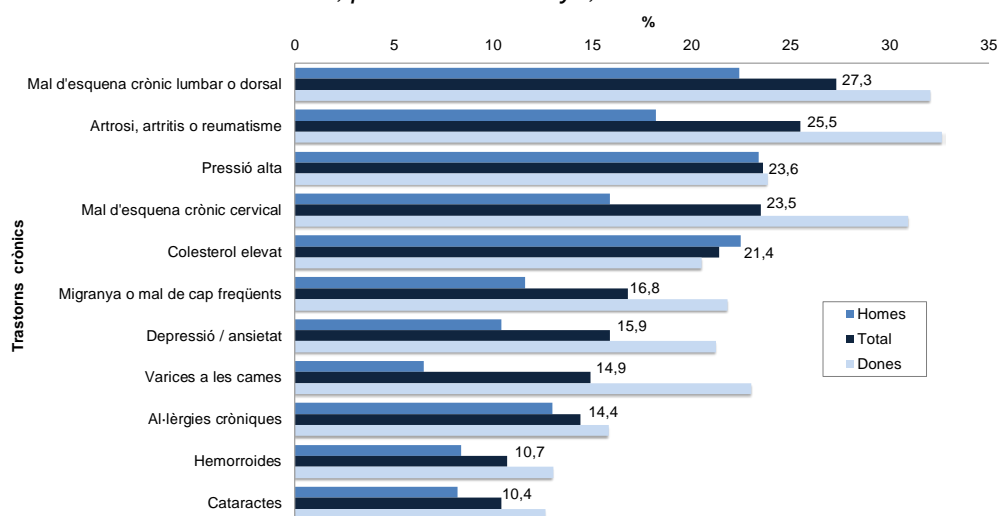
Grup d'edat	Prevalença (%)			Estimació del nombre de casos 2014*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-14	12,9	16,3	14,6	78.000	93.000	171.000
15-44	23,1	24,4	23,7	365.000	366.000	731.000
45-64	44,8	52,8	48,8	436.000	522.000	958.000
65-74	69,3	66,2	67,7	214.000	232.000	446.000
75 i més	78,5	85,6	82,8	209.000	363.000	572.000
Total	34,9	41,1	38,0	1.302.000	1.576.000	2.878.000

* Població de referència a 1 de gener de 2014. Estimació de casos arrodonida al miler.

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

Els **trastorns crònics més freqüents** que la població de 15 anys i més pateix o ha patit^b són els relacionats amb les malalties de l'aparell locomotor (mal d'esquena a la zona lumbar o dorsal i a la zona cervical, 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. La prevalença d'aquests trastorns és més elevada en les dones, llevat del colesterol elevat (gràfic 5).

Gràfic 5. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014



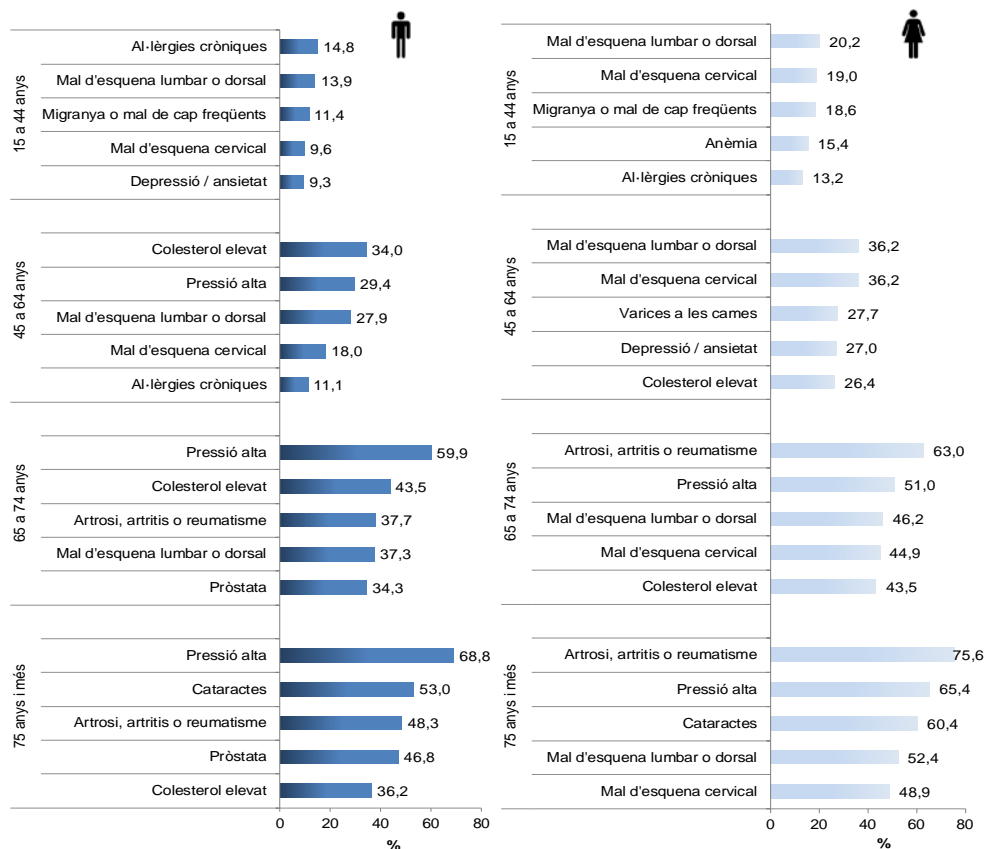
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

^a S'entén per problema crònic aquell que ha tingut o s'espera que tingui una durada de 6 mesos o més (mòdul mínim europeu de salut).

^b L'ESCA pregunta sobre el fet de "patir o haver patit algun trastorn crònic" a partir d'una llista de 28 problemes de salut.

Els trastorns crònics més freqüents són diferents per sexe i per grup d'edat. En els homes, de 15 a 44 anys el trastorn crònic més freqüent són les al·lèrgies; de 45 a 64 anys, el colesterol elevat, i de 65 anys en endavant, la hipertensió. En les dones, de 15 a 64 anys els trastorns crònics més freqüents són els mals d'esquena, a la zona lumbar o dorsal i a la zona cervical; i de 65 anys en endavant, l'artrosi, l'artritis o el reumatisme (gràfic 6).

Gràfic 6. Trastorns crònics més freqüents que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics. Catalunya, 2014

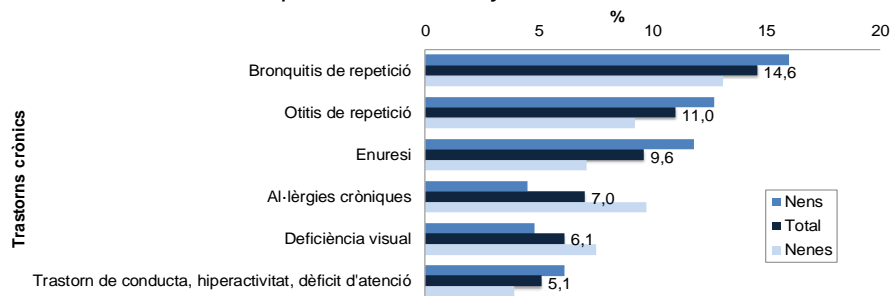


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

El 46,5% de la població de menys de 15 anys pateix o ha patit algun **trastorn crònic**^a (el mateix percentatge en ambdós sexes). Els trastorns més freqüents són la bronquitis de repetició, l'otitis de repetició i l'enuresi (gràfic 7).

^a L'ESCA pregunta sobre el fet de "patir o haver patit algun trastorn crònic" a partir d'una llista de 18 problemes de salut.

Gràfic 7. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de menys de 15 anys, a partir d'una llista de 18 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014

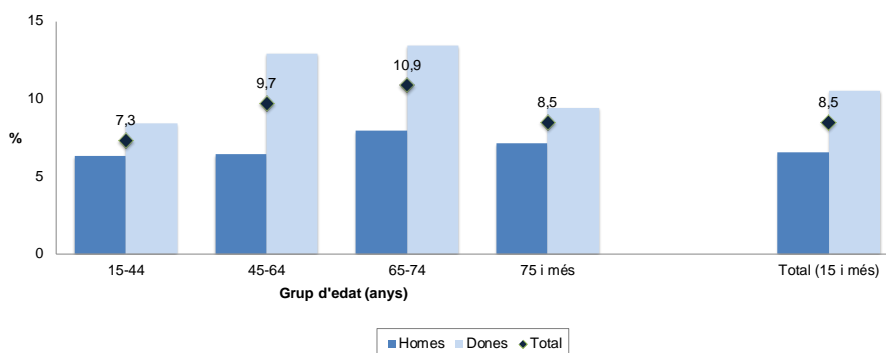


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

6.3 La salut mental

El 8,5% de la població de 15 anys i més té **risc de patir un trastorn mental**² (el 6,5% dels homes i el 10,5% de les dones); la proporció és més elevada en les dones en tots els grups d'edat (gràfic 8).

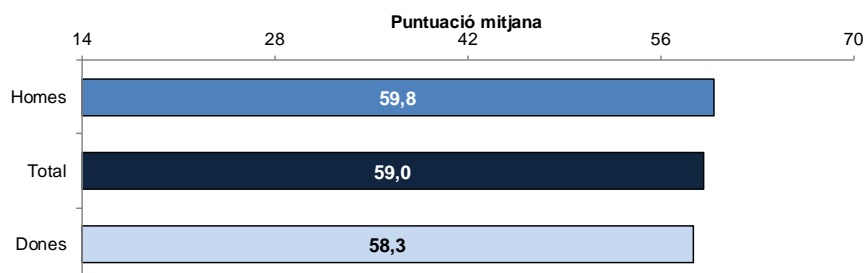
Gràfic 8. Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (Goldberg), per grup d'edat i sexe.



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

Des del punt de vista de la **salut mental positiva** o benestar mental, en una escala de 14 a 70 punts, el nivell de benestar mental de la població catalana de 15 anys i més se situa en 59,0 punts i és més elevat en els homes. La població catalana mostra un nivell satisfactori en comparació amb la població escocesa de referència, que va obtenir una puntuació mitjana de 49,9 l'any 2010 (gràfic 9).

Gràfic 9. Puntuació mitjana de benestar mental en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2014



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

6.4 L'excés de pes

L'**excés de pes**, és a dir, la suma del **sobrepès** i l'**obesitat**, es defineix com l'acumulació de greix excessiva o anormal³ i és un problema amb importants repercussions en l'estat de salut i el risc de morbiditat. Gairebé la meitat de la població de 18 a 74 anys (el 48,1%) té excés de pes (sobrepès o obesitat) d'acord amb el pes i la talla declarats. El 33,1% té sobrepès, i el 15,0%, obesitat. El sobrepès afecta més els homes (el 40,4%) que les dones (el 25,7%), i l'obesitat és similar en ambdós sexes (el 15,1% en els homes i el 15,0% en les dones). S'estima que més d'un milió vuit-centes mil persones de 18 a 74 anys tenen sobrepès, i més de vuit-centes mil tenen obesitat (taula 3).

Taula 3. Població de 18 a 74 anys que té excés de pes, sobrepès i obesitat, i estimació del nombre de casos, per sexe. Catalunya, 2014

Categoria de l'IMC*	Prevalença (%)			Estimació del nombre de casos 2014**		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Sobrepès	40,4	25,7	33,1	1.107.000	704.000	1.811.000
Obesitat	15,1	15,0	15,0	413.000	410.000	823.000
Excés de pes (sobrepès i obesitat)	55,5	40,7	48,1	1.520.000	1.114.000	2.634.000

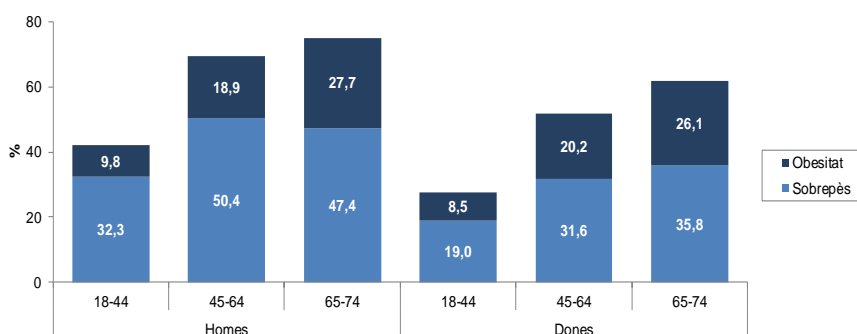
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

** Població de referència a 1 de gener de 2014. Estimació de casos arrodonida al miler.

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

A mesura que els grups són de més edat, en tots dos sexes s'observen prevalències més altes d'obesitat. La prevalença del sobrepès entre les dones és més elevada a mesura que els grups són de més edat, mentre que entre els homes és més elevada en el grup d'edat de 45 a 64 anys (gràfic 10).

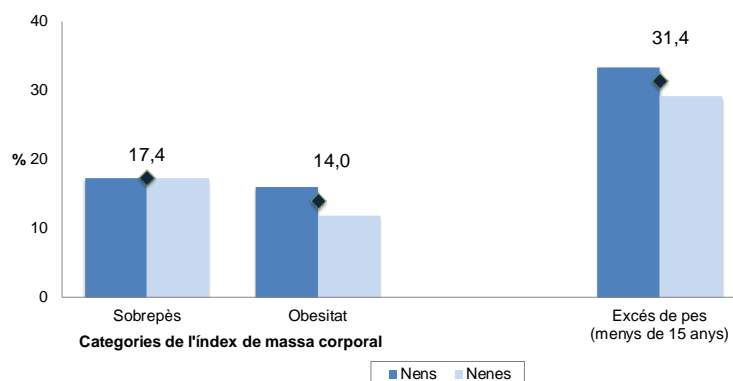
Gràfic 10. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC*) per a l'excés de pes en adults de 18 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

El 31,4% de la població de menys de 15 anys té excés de pes (sobrepès o obesitat). El sobrepès afecta de forma similar ambdós sexes (el 17,4% dels nens i el 17,3% de les nenes), mentre que l'obesitat afecta més els nens (el 16,0%) que les nenes (l'11,9%; gràfic 11).

Gràfic 11. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en la població de menys de 15 anys, per sexe. Catalunya, 2013-2014



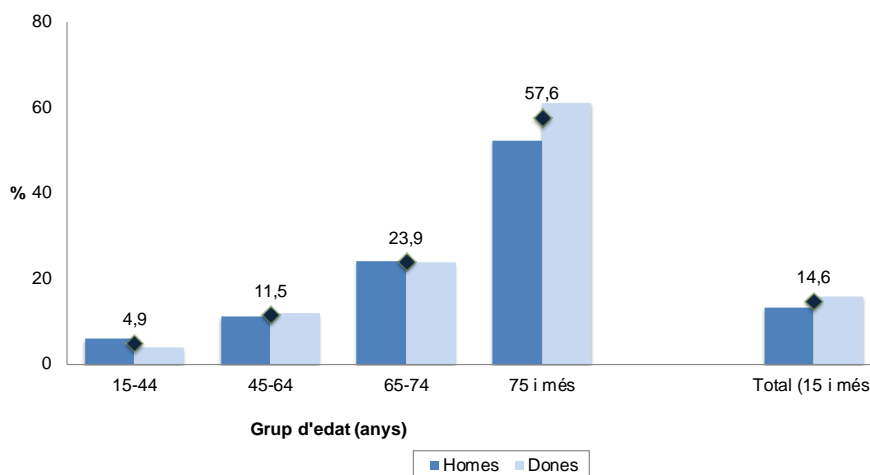
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats, segons OMS.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

6.5 Les discapacitats

El 14,6% de la població de 15 anys i més, unes nou-centes trenta mil persones, pateixen alguna **discapacitat** (el 13,2% dels homes i el 15,8% de les dones). La prevalença de la discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat (gràfic 12). El 4,1% de la població de menys de 15 anys té alguna discapacitat.

Gràfic 12. Població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



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

Les principals discapacitats que pateix la població de 15 anys i més són similars en els homes i les dones, i estan relacionades amb les limitacions importants del moviment (el 9,7%), els problemes per caminar (el 6,0%) i les dificultats greus de cura de la llar (el 5,0%). Les dones tenen una prevalença més elevada que els homes en la majoria de tipus de discapacitat (taula 4).

Taula 4. Població de 15 anys i més que pateix algun tipus de discapacitat i estimació del nombre de casos, per sexe. Catalunya

Tipus de discapacitat	Prevalença (%)			Estimació del nombre de casos 2014*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Moviment	8,3	11,0	9,7	260.000	361.000	621.000
Caminar	4,3	7,6	6,0	133.000	249.000	382.000
Cura de la llar	4,3	5,7	5,0	135.000	187.000	322.000
Mobilitat	3,7	5,6	4,7	116.000	183.000	299.000
Activitats quotidianes	3,1	4,5	3,8	97.000	146.000	243.000
Vista	3,7	3,6	3,6	114.000	116.000	230.000
Cura personal	3,2	3,9	3,5	99.000	126.000	225.000
Oïda	2,6	2,4	2,5	82.000	77.000	159.000
Dependència d'un aparell o tractament	2,4	1,9	2,1	74.000	63.000	137.000
Comunicació	2,0	1,9	1,9	62.000	61.000	123.000
Parla	0,9	0,9	0,9	27.000	29.000	56.000
Alguna discapacitat	13,2	15,8	14,6	413.000	517.000	930.000

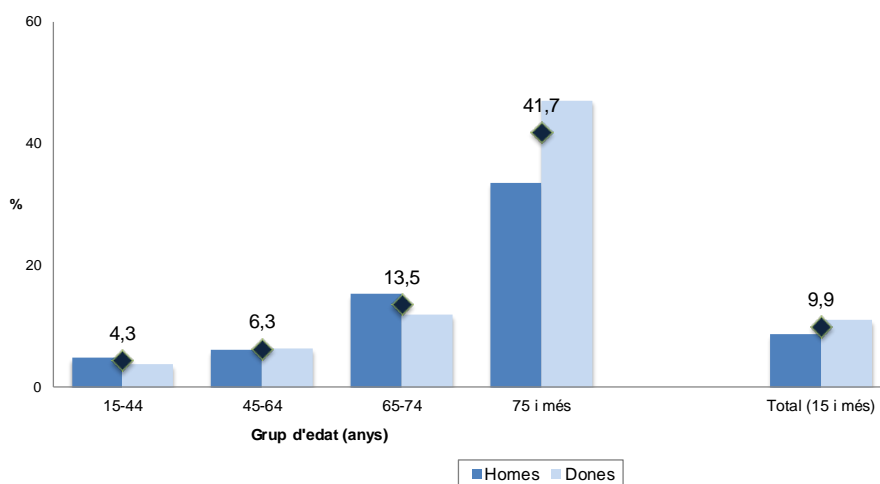
* Població de referència a 1 de gener de 2014. Estimació de casos arrodonida al miler.

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

6.6 La dependència

El 9,9% de la població de 15 anys i més (8,7% els homes i 11,1% les dones), unes sis-centes trenta-tres mil persones, necessiten l'ajuda o la companyia d'altres persones per realitzar activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut, és a dir, es troben en situació de **dependència**. La manca d'autonomia personal es manifesta especialment en les edats més avançades, especialment entre les dones (gràfic 13 i taula 5). El 2,8% de la població de menys de 15 anys té limitacions per dur a terme les activitats habituals a causa d'un problema de salut.

Gràfic 13. Població de 15 anys i més en situació de dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014



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

Taula 5. Població de 15 anys i més en situació de dependència i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

Grup d'edat	Prevalença (%)			Estimació del nombre de casos 2014*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
15-44	4,9	3,8	4,3	77.000	56.000	133.000
45-64	6,1	6,4	6,3	59.000	64.000	123.000
65-74	15,2	11,9	13,5	47.000	42.000	89.000
75 i més	33,5	46,9	41,7	89.000	199.000	288.000
Total	8,7	11,1	9,9	272.000	361.000	633.000

* Població de referència a 1 de gener de 2014. Estimació de casos arrodonida al miler.

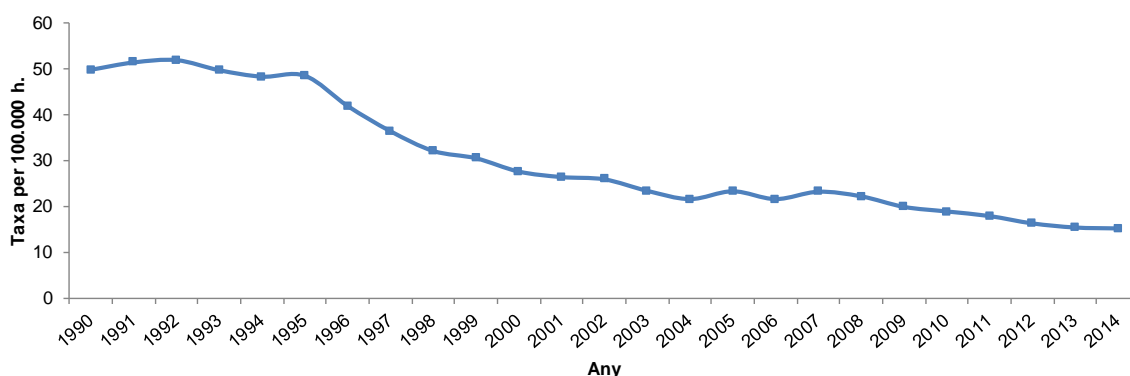
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2014. Departament de Salut.

El 79,2% de les persones en situació de dependència pateixen algun tipus de discapacitat, el 71,8% tenen problemes de dolor o malestar, el 52,7% tenen problemes d'ansietat o depressió i el 75,7% pateixen o han patit 4 o més trastorns crònics.

6.7 Les malalties transmissibles

L'any 2014 s'han notificat 1.135 casos de **tuberculosi** (TBC) en residents a Catalunya (15,1 casos per 100.000 habitants), un 1,9% menys que l'any anterior (gràfic 14). El 58,4% dels casos són homes i el 41,6% són dones, amb (17,9 i 12,4 casos per 100.000 habitants, respectivament). El 46,4% dels casos són persones novingudes i el 53,6% són autòctones, (40,8 i 9,8 casos per 100.000 habitants, respectivament). El 88,2% dels casos que van iniciar un tractament durant l'any 2013 el van finalitzar satisfactòriament.⁴

Gràfic 14. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2014

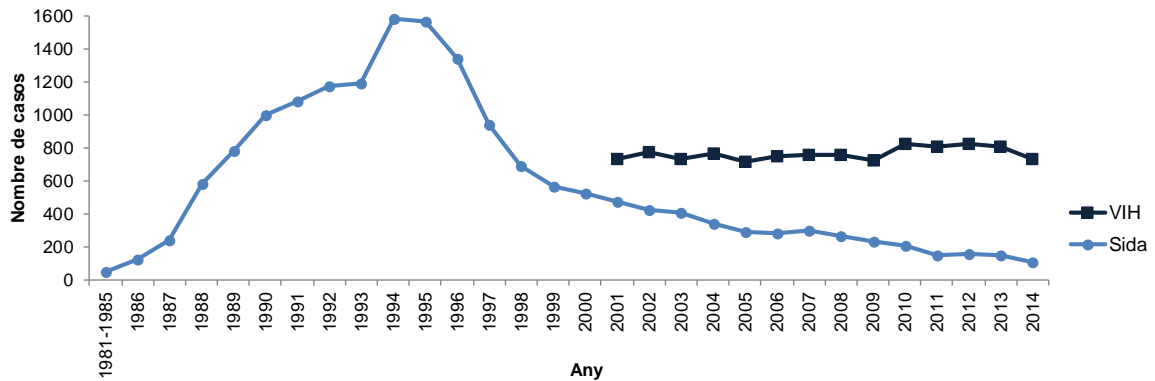


Font: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Les **infeccions de transmissió sexual** (ITS) continuen representant un problema de salut pública important en termes de morbiditat i mortalitat per les complicacions i les seqüeles que poden originar si no es diagnostiquen i es tracten adequadament. L'any 2014 els nous diagnòstics de **VIH** notificats han estat 734 (10,2 casos per cada 100.000 habitants). Pel que

fa a la **sida**, s'ha mantingut la tendència decreixent, ja que se n'han notificat 115 casos (taxa d'incidència d'1,6 casos per cada 100.000 habitants; gràfic 15).

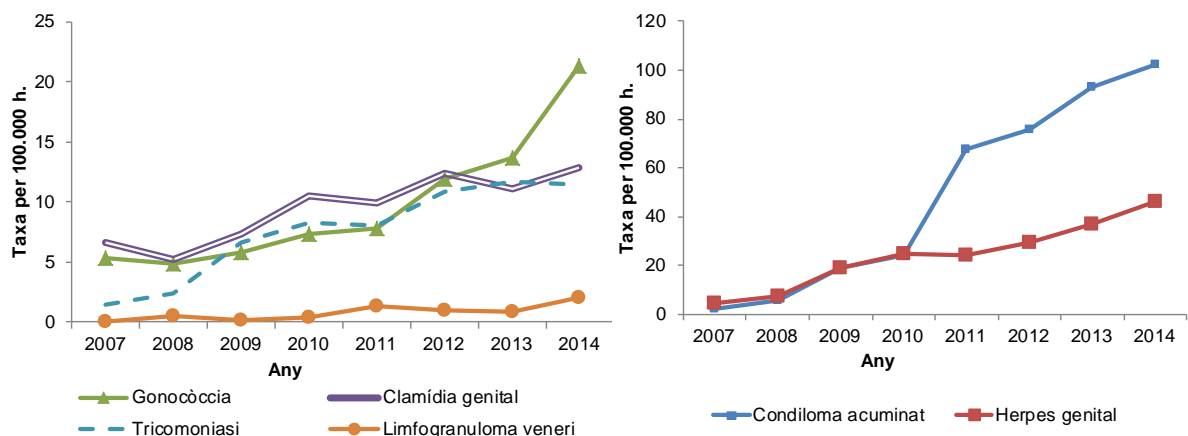
Gràfic 15. Evolució dels diagnòstics de VIH i sida. Catalunya, 1981-2014



Font: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Les ITS més freqüents l'any 2014 han estat les berrugues i els condilomes pel **virus del papil·loma humà** (102,3 casos per 100.000 habitants), seguides de la infecció genital pel **virus d'herpes simple** (46,3 casos per 100.000 habitants). Les infeccions que tenen tractament antibiòtic (d'origen bacterià) més freqüents han estat la **gonocòccia** (21,3 casos per 100.000 habitants), la infecció genital per **clamídies** (12,9 casos per 100.000 habitants), la **sífilis infecciosa** (12,4 casos per 100.000 habitants) i la **tricomonosi** (11,5 casos per 100.000 habitants). L'any 2014 s'han notificat 144 casos de **limfogranuloma veneri** (2,0 casos per 100.000 habitants), un 114,0% superior a la taxa del 2013⁵ (gràfic 16).

Gràfic 16. Evolució de les infeccions de transmissió sexual (ITS) de declaració obligatòria. Catalunya, 2007-2014



Font: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Durant l'any 2014 (dades provisionals) s'han declarat 379 **brots epidèmics**. El nombre de brots de tos ferina notificats el 2014 va continuar essent elevat (128) i representa el 33,8% dels brots declarats durant tot l'any. Els brots de toxiinfecció alimentària es van declarar amb menys freqüència durant l'any 2014 (93) que durant l'any 2013 (134), i es mantenen en les

xifres baixes observades durant els darrers anys. En el conjunt de brots de l'any 2014 van resultar afectades 2.289 persones i 183 van requerir hospitalització. Hi va haver 14 defuncions, de les quals 13 van produir-se en brots de legionel·losi (22 brots).

Com és habitual, els microorganismes implicats en les **enteritis** amb més freqüència han estat *Campylobacter* i *Salmonella*. En el període 2005-2013, les notificacions d'enteritis ocasionades per *Campylobacter* han augmentat progressivament. L'any 2014 hi ha hagut 3.382 casos (45,0 casos per 100.000 habitants), el que suposa un 6,8% menys que l'any anterior. El 89,5% dels casos han estat ocasionats per *Campylobacter jejuni*. L'any 2014 s'han notificat 1.841 enteritis ocasionades per *Salmonella* (24,5 casos per 100.000 habitants), un 19,6% menys que al 2013. *Salmonella typhimurium* i *Salmonella enteritidis* han representat el 24,2% i l'11,4% del total d'enteritis ocasionades per *Salmonella*, respectivament.

La taula 6 presenta les taxes d'incidència per 100.000 habitants els anys 2013 i 2014 d'una relació de **malalties immunoprevenibles**. S'han notificat 10 sospites de **rubèola**: 8 es van descartar i 2 corresponen a casos confirmats de rubèola postnatal importada, un amb origen a Indonèsia (genotip 1E) i l'altre a les Filipines (genotip 1J). S'ha notificat un cas d'**infecció congènita de rubèola**, el nadó és nascut d'una mare no vacunada que va fer una seroconversió entre el segon i el tercer trimestre de gestació. Els casos de **xarampió** han estat resultat de la importació des d'altres comunitats autònomes i diversos països europeus. Els casos de clínica compatible amb **paràlisis flàccides** en menors de 15 anys han resultat negatius de poliovirus. La incidència de **parotiditis** ha disminuït, però és superior a l'enregistrada el 2011. La **tos ferina** continua presentant un comportament epidèmic, encara que inferior al registrat l'any 2011. Respecte al 2013, la taxa d'incidència d'**hepatitis A** ha augmentat i la d'**hepatitis B** ha disminuït lleugerament. La malaltia invasiva per ***Haemophilus influenzae* tipus b** presenta un comportament estacionari.

Taula 6. Taxes d'incidència per 100.000 habitants d'una selecció de malalties immunoprevenibles. Catalunya 2013 i 2014

	2013	2014
Xarampió	0,7	1,7
Paràlisis flàccides (menors de 15 anys)	1,0	1,7
Parotiditis	8,0	3,5
Tos ferina	13,2	14,8
Hepatitis A	1,3	1,9
Hepatitis B	1,4	1,2
Malaltia invasiva per <i>Haemophilus influenzae</i> tipus b	0,05	0,04

Font: Subdirecció general de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Agència de Salut Pública de Catalunya

Durant l'any 2014 s'han notificat 815 casos de **malaltia pneumocòccica invasiva** (10,8 casos per 100.000 habitants), el que representa una incidència 13,3% inferior a la de l'any

2013. En menors de 5 anys s'han declarat 97 casos (24,5 casos per 100.000 habitants) i la taxa d'incidència ha disminuït en un 2,6% respecte a l'any 2013.

La vigilància de la **grip** mitjançant el Pla de vigilància diària de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC) ha mostrat que l'activitat gripal a Catalunya durant la temporada 2013-2014 ha estat d'una intensitat moderada.

En relació amb la vigilància de les arbovirosis transmiseses per mosquits a Catalunya (Chikungunya i Dengue) s'han registrat un total de 101 sospites compatibles amb malaltia produïda per virus **Chikungunya**, de les quals se'n han confirmat 63 casos (61 de malaltia aguda i 2 de cròniques). Tots els casos són importats, tenen l'antecedent d'haver estat al Carib o al sud-est asiàtic, zones on la transmissió del virus és activa, i d'haver estat picats per mosquits durant l'estada. S'han notificat un total de 48 sospites compatibles amb la malaltia produïda pel virus del **Dengue**, de les quals se'n han confirmat 40 casos (5 dels quals van passar la malaltia al país d'origen). Tots els casos són importats, tenen l'antecedent d'haver estat a països on hi ha circulació de virus i haver estat picats per mosquits durant la seva estada.

En relació amb la vigilància epidemiològica de la **malaltia de Chagas congènita**, l'any 2013 es van notificar 163 casos de dones embarassades que van donar positiu respecte a *Trypanosoma cruzi*, de les quals 154 (94,5%) eren d'origen bolivià. L'any 2013 van néixer 123 infants fills de mare amb resultat positiu, dels quals 97 (78,9%) van completar correctament el seguiment amb el control serològic posterior als 9 mesos d'edat. D'aquests, 4 van tenir un resultat positiu respecte a *T. cruzi*, el que correspon a una taxa de transmissió congènita del 4,1%, segons dades provisionals.

6.8 Les malalties que ens fan consultar l'atenció primària

La informació sobre diagnòstics i procediments utilitza les agrupacions del *Clinical Classifications Software (CCS)*, de l'*Agency for Healthcare Research and Quality (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 de diagnòstics i els més de 4.000 codis de procediments en 231 categories de procediments. Les categories de diagnòstics s'agrupen en 19 grups (grans grups de diagnòstics del CCS), que n'inclouen un per als codis residuals, no classificats i un per a les causes externes.

Els dos motius més freqüents de consulta a l'atenció primària entre la població de 15 anys i més són la hipertensió essencial i la diabetis mellitus tant en homes com en dones. Els cinc motius de consulta més freqüents corresponen a patologies cròniques i estan presents en el 60% de les visites (taula 7). Pel que fa a la població de 14 anys i menys, els dos motius de consulta més freqüents són l'asma i les immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses.

Els deu motius de consulta més freqüents estan presents en el 33% de les visites d'atenció primària (taula 8).

Taula 7. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població de 15 anys i més. Catalunya, 2014

Motius de consulta segons les categories diagnòstiques CCS	Homes	Dones
Hipertensió essencial	6.129.390	8.147.233
Diabetis mellitus sense complicacions	3.293.721	3.223.197
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	1.572.631	648.708
Aterosclerosi coronària	1.086.666	667.463
Insuficiència renal crònica	987.028	1.311.961
Espondilosi, trastorns dels discs intervertebrals i altres mals d'esquena	753.003	1.210.906
Malaltia cerebrovascular aguda	698.476	640.218
Asma	591.175	1.398.125
Examen/avaluació mèdica	559.243	791.705
Hiperlipidèmia	492.732	564.310

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària (CMBDAP), 2014

Taula 8. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població de 14 anys i menys. Catalunya, 2014

Motius de consulta segons les categories diagnòstiques CCS	Nens	Nenes
Asma	275.873	175.158
Immunitzacions i cribratges de malalties infeccioses	158.871	150.394
Bronquitis aguda	153.556	108.989
Examen/avaluació mèdica	141.258	130.968
Infeccions víriques	137.479	127.448
Reaccions al·lèrgiques	117.981	111.060
Trastorns de dents i maxil·lars	114.847	111.596
Otitis mitjana i afeccions relacionades	97.046	89.649
Amigdalitis aguda i crònica	93.938	84.554
Infecció intestinal	74.706	63.908
Resta	2.475.460	2.261.845
Total de motius de consulta	3.841.015	3.415.569

Font: Registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària (CMBDAP), 2014

7 Com ens afecta l'entorn

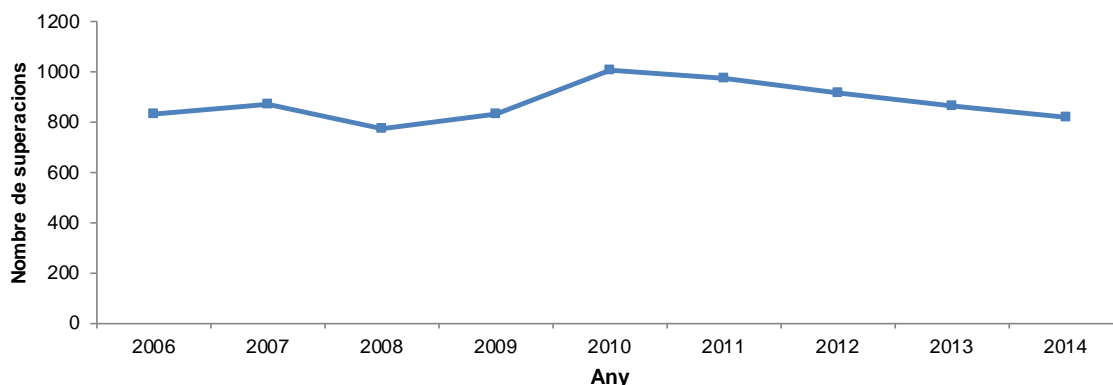
L'entorn és un conjunt d'influències físiques, químiques i biològiques que interaccionen amb les persones. L'aire que respirem, l'aigua que bevem i el que mengem afecten la nostra salut i benestar. A Europa, els factors ambientals es consideren el determinant més important de les malalties, i s'estima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

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.

Respecte a les **partícules en suspensió** de diàmetre inferior a 10 micres (PM₁₀), els nivells del 2014 es mantenen respecte als del 2013 pel que fa a les mitjanes, però s'observa un cert increment pel que fa a les superacions del valor límit diari. Durant l'any 2014 no s'ha superat el valor límit anual, però sí que s'ha sobrepassat el nombre de superacions permeses del valor límit diari (quantificat com a percentil 90,4) en dos punts del territori. Aquests punts estan ubicats a les zones de qualitat de l'aire (ZQA) 6 (Plana de Vic) i 15 (Terres de l'Ebre).

Pel que fa a l'**ozó troposfèric**, al llarg del 2014 s'han registrat 5 hores de superació del llindar d'informació a la població. Aquests valors són molt inferiors als del 2013 i es troben clarament per sota de la mitjana dels darrers anys (56 hores de superació del llindar d'informació per any com a mitjana dels darrers 9 anys). Les superacions s'han produït en 4 dels 48 punts de mesurament. Les zones de qualitat de l'aire en què s'ha superat el llindar d'informació a la població són l'Àrea de Barcelona, el Camp de Tarragona i la Plana de Vic. D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta durant l'any 2014. Pel que fa als valors objectius per a la protecció de la salut humana (VOPS), que estableix que no es podrà superar el valor de 120 µg/m³ sobre les mitjanes 8-horàries en més de 25 ocasions per any en mitjana de 3 anys, s'observa que durant el període 2012-2014 s'ha superat en 14 dels 48 punts de mesurament. El nombre total de superacions del VOPS per a tot Catalunya durant el 2014 ha estat de 818, un valor per sota de la mitjana de superacions dels darrers anys (gràfic 17).

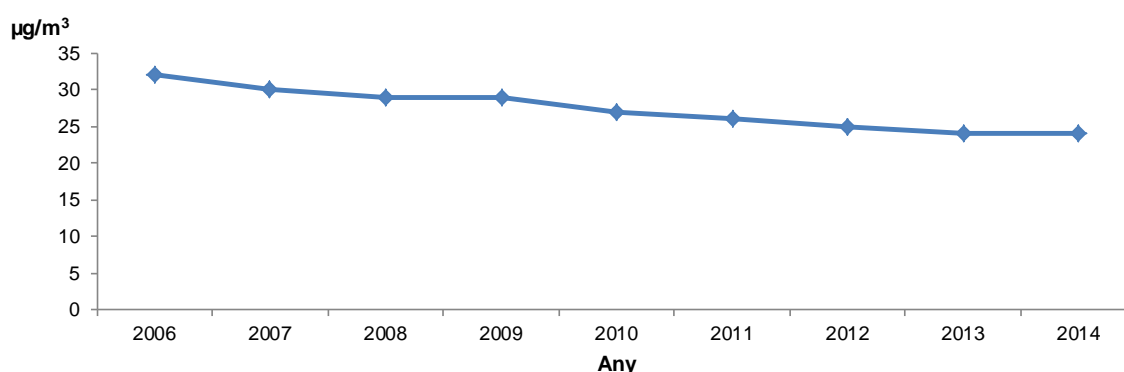
Gràfic 17. Evolució de la suma del nombre de superacions dels valors objectius per a la protecció de la salut humana (VOPS) de tota la xarxa. Catalunya, 2006-2014



Font: La qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2014. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Respecte al **diòxid de nitrogen**, durant l'any 2014 s'han produït superacions del valor límit anual a la ZQA 1 (Àrea de Barcelona) en el 17% dels punts de mesurament i a la ZQA 2 (Vallès-Baix Llobregat) en el 33% dels punts de mesurament. S'observa una tendència a la baixa en el nombre de punts amb superació del valor límit anual en les ZQA 1 i 2 en els darrers anys. Durant l'any 2014 no s'han detectat superacions del valor límit horari fixat per al NO₂ en cap punt del 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 (Àrea de Barcelona), ZQA 2 (Vallès-Baix Llobregat) i ZQA 8 (comarques de Girona). La mitjana global de diòxid de nitrogen a Catalunya es manté força estable, però amb tendència a disminuir (gràfic 18).

Gràfic 18. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen. Catalunya, 2006-2014



Font: La qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2014. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Quant a l'**aigua de consum**, els resultats de les analítiques realitzades l'any 2013 mostren un grau de compliment normatiu elevat de les diferents xarxes i zones d'abastament de Catalunya. Pel que fa als contaminants microbiològics, es detecten superacions d'alguns paràmetres però en situacions puntuals i principalment en nuclis de població petits. D'altra banda, pel que fa als paràmetres fisicoquímics, un 93,31% de les zones mostrejades compleixen els valors paramètrics establerts en la normativa vigent per als paràmetres determinants de l'aptitud de l'aigua. Els paràmetres que han mostrat més superacions són els nitrats, seguits dels fluorurs i de l'arsènic.

Pel que fa a la **seguretat alimentària**, les intervencions en aquest àmbit poden reduir el risc i la incidència de malalties transmissibles per via alimentària, minimitzar la presència de perills biològics, químics o físics en els aliments, protegir els interessos dels consumidors i incrementar-ne la confiança. Els objectius i les intervencions en matèria de seguretat alimentària estan definits al Pla de seguretat alimentària, instrument complementari del Pla de salut de Catalunya 2012-2016⁶ que actua com a marc de referència en tot allò relacionat amb la seguretat alimentària i, en especial, en l'acció de prevenció i control adreçada a la població catalana. Les dades de resultats del control dels aliments es poden trobar a la Memòria anual sobre la situació de la seguretat alimentària i als diferents informes de resultats dels programes de protecció de la salut.

8 Què fem per la nostra salut

8.1 Quins estils de vida tenim

Diversos estudis científics indiquen que els estils de vida com ara la pràctica de l'activitat física i l'alimentació saludable tenen un impacte positiu en termes de reducció de la morbimortalitat de les malalties cròniques i de l'obesitat, mentre que d'altres, com ara el tabaquisme i el consum de risc d'alcohol i el de drogues, augmenten el risc de morbimortalitat.

Pel que fa a l'activitat física habitual, l'any 2014 el 67,8% de la població de 15 a 69 anys té un nivell d'**activitat física saludable**, més els homes que les dones, i el 22,2% de la població de 18 a 74 anys és **sedentària**, més les dones que els homes. La tendència dels darrers quatre anys és de disminució de l'activitat física saludable i d'augment del sedentarisme.

L'any 2014, el 27,2% de la població de 6 a 14 anys ha participat cada dia o gairebé cada dia del mes en jocs d'esforç físic o esports, mentre que el 16,8% no hi ha participat cap dia. En temps de lleure i com a mínim un cop a la setmana, el 62,8% de la població de 3 a 14 anys fa alguna activitat extraescolar esportiva; el 97,0% veu la televisió, i el 77,8% juga al parc o al carrer. Finalment, el 22,2% de la població de 3 a 14 anys practica un estil d'**oci sedentari**, és a dir, dedica tots els dies dues hores o més a mirar la televisió o a jocs de pantalla.

Quant als **hàbits alimentaris**, l'any 2014 el 10,9% de la població de 6 anys i més consumeix diàriament 5 racions de fruita i/o verdura, d'acord amb les recomanacions. El percentatge es troba per sobre de la mitjana estatal (9,7%, ENSE 2011-2012) i ha disminuït en els darrers quatre anys. La proporció de persones que compleixen la recomanació és més elevada en els grups de més edat i en les dones. El 43,4% de la població de 3 anys i més esmorza després de llevar-se i a mig matí. El percentatge de població que segueix la pauta recomanada disminueix a mesura que els grups són de més edat, sobretot perquè no esmorza a mig matí.

El consum de **tabac** ha disminuït entre els anys 1990 i 2014, especialment entre els homes. L'any 2014, el 25,9% de la població de 15 anys i més és fumadora (diària o ocasional), el 31,8% dels homes i el 20,3% de les dones. Els homes tenen prevalences de tabaquisme més elevades que les dones en tots els grups d'edat, amb percentatges molt propers entre els grups d'edat més joves i més allunyats en els grups de més edat.

El 4,5% de la població de 15 anys i més fa un consum de risc d'**alcohol**. El consum de risc més elevat s'observa en el grup de 15 a 24 anys (el 10,7% dels homes i el 4,3% de les dones). Segons dades de l'ENSE 2011-2012, a escala estatal, el consum de risc d'alcohol és de l'1,4% en la població de 15 anys i més (el 2,0% dels homes i el 0,9% de les dones).

Taula 9. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població, per sexe. Catalunya, 2014

Hàbits i estils de vida	Prevalença (%)		
	Homes	Dones	Total
Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	70,5	65,1	67,8
Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	19,9	24,4	22,2
Jocs d'esforç físic i esports cada dia o gairebé (6 a 14 anys)	34,8	19,2	27,2
Oci sedentari (3 a 14 anys)	23,0	21,3	22,2
Ingesta recomanada de fruita i/o verdura (6 anys i més)	8,8	12,9	10,9
Esmorzar dues vegades (3 anys i més)	42,1	44,7	43,4
Consum de tabac (15 anys i més)	31,8	20,3	25,9
Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	7,3	1,7	4,5

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

8.2 Quines pràctiques preventives fem

L'any 2014, la cobertura de la **primovacunació** en infants de 0 a 1 any (tres dosis) registrada a la història clínica de l'atenció primària és del 95,0% pel que fa a la vacunació de la DTPa, la poliomièlitis, l'Hib, l'hepatitis B, i del 94,0% per a la meningitis C. La vacunació de reforç en infants d'1 a 2 anys té un percentatge del 93,7% per a la DTPa, la poliomièlitis i l'Hib, i del 92,8% en el cas de la meningitis C. La vacunació de reforç de la DTPa/dTpa en infants de 4 a 6 anys és del 91,0%. La cobertura de la triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) és del 90,9% per a la primera dosi (12-15 mesos) i del 88,5% per a la segona dosi (3-6 anys). D'acord amb les dades obtingudes de la **vacunació escolar**, en els nois i noies de sisè de primària, la cobertura de l'hepatitis A és del 94,9%, la de la vacuna en noies contra el virus del papil·loma humà (VPH) és del 85,3% i per a la vacuna de la varicel·la és del 25,0%. En adolescents (nois i noies) de segon d'ESO, la vacuna Td té una cobertura del 80,0%.

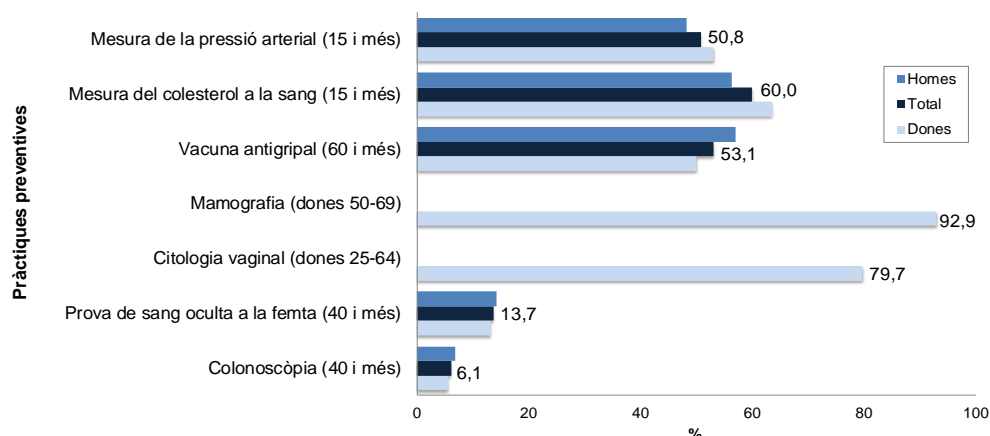
El 53,1% de la població de 60 anys i més es vacuna contra la **grip** de manera regular quan comença la tardor (el 57,0% dels homes i el 50,0% de les dones). En els grups de més edat, el percentatge és superior.

En la població de 15 anys i més, el 50,8% es pren la **pressió arterial** periòdicament (el 48,3% dels homes i el 53,1% de les dones) i el 60,0% es revisa periòdicament el nivell de **colesterol** a la sang (el 56,3% dels homes i el 63,5% de les dones). Ambdues pràctiques augmenten a mesura que els grups són de més edat, sobretot a partir dels 65 anys.

En les dones, el 92,9% del grup prioritzat de 50 a 69 anys es fa una **mamografia** periòdica, i la pràctica de la **citologia vaginal** periòdica és del 79,7% en el grup de 25 a 64 anys.

En la població de 40 anys i més, el 13,7% s'ha fet alguna vegada la **prova de sang oculta en femta** per detectar càncer o pòlips a l'intestí, i el 6,1% una **colonoscòpia** preventiva. La pràctica d'aquestes dues proves és més freqüent en els homes (gràfic 19).

Gràfic 19. Freqüència de la pràctica d'activitats preventives de la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2014



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

8.3 Quin ús fem dels serveis sanitaris

El 74,8% de la població té exclusivament **assistència sanitària pública** i el 24,8% té **doble cobertura sanitària**, és a dir, addicionalment disposa d'una assegurança sanitària privada. La població que té doble cobertura sanitària és més jove, té millor estat de salut i ha visitat un professional de la salut en proporcions més elevades que la població que només disposa d'assistència sanitària pública.

El 90,8% de la població general (el 95,0% de la població de 0 a 14 anys i el 90,0% de la població de 15 anys i més) **ha visitat un professional de la salut** almenys una vegada els darrers dotze mesos. Pel que fa als professionals visitats, el 78,0% de la població general ha estat visitada per un professional de medicina general o pediatria, i el 65,7%, per un altre professional especialista. Entre els menors de 15 anys, el 89,4% han estat visitats per un professional de pediatria o de medicina general, i el 51,6%, per un altre professional especialista.

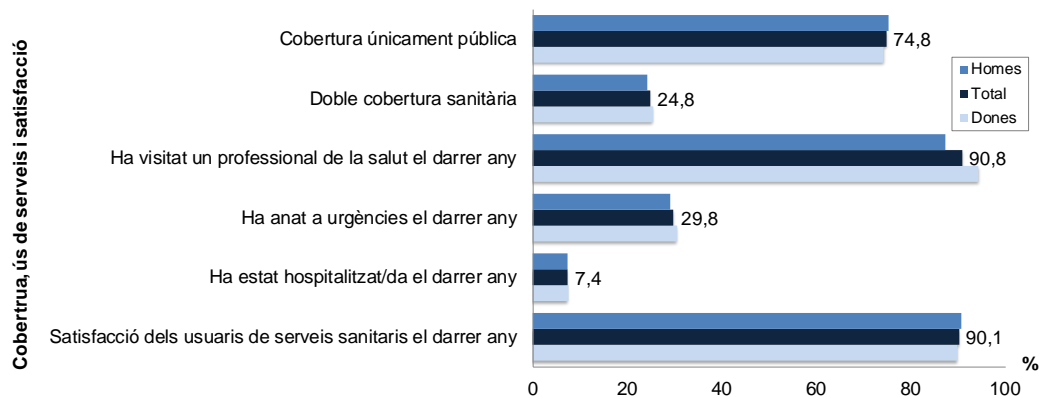
El 40,5% de les dones de 15 anys i més han estat visitades per un especialista en ginecologia. El 33,9% de la població general ha anat al dentista durant el darrer any, i el 18,1%, a un especialista en optometria o òptica. El 15,2% de la població general ha estat atesa per un professional infermer durant el darrer any.

El 29,8% de la població general ha visitat un servei d'**urgències** el darrer any, més la població menor de 15 anys (el 39,3%) que la població de 15 anys i més (el 28,0%), i el 7,4% de la població general ha estat **hospitalitzada** com a mínim una nit els darrers dotze mesos, més la població de 15 anys i més que la de menys de 15 anys (8,0% i 4,0%, respectivament). De la població que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un, el 57,4% ha visitat un hospital públic, el 28,8% un centre d'atenció primària o d'atenció continuada i el 8,4% un hospital privat.

El 5,4% de la població general (el 4,5% dels homes i el 6,4% de les dones), tot i haver tingut durant els darrers quinze dies un problema de salut que requeria atenció mèdica, no l'ha demanat. Els motius principals a l'hora de **no demanar atenció sanitària** són considerar que el problema de salut no era prou greu, haver rebut hora per a més endavant i considerar que no resolen el seu problema de salut.

El 91,4% de la població general que ha utilitzat un servei sanitari els darrers dotze mesos n'està satisfeta. El percentatge de **satisfacció** és més elevat en la població general que ha utilitzat els serveis privats de manera més freqüent (el 97,6%) que en les persones que han fet servir els serveis públics de manera més freqüent (el 90,0%). La satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats és més elevada en el grup de 0 a 14 anys i en el de 75 anys i més (gràfic 20).

Gràfic 20. Tipus de cobertura sanitària, ús de serveis i satisfacció de la població general. Catalunya, 2014



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

El 60,7% de la població de 15 anys i més (el 52,3% dels homes i el 68,8% de les dones) i el 25,5% dels menors de 0 a 14 anys (el 25,0% dels nens i el 26,1% de les nenes) han consumit algun **medicament** durant els dos dies anteriors a l'entrevista. El consum de medicaments en la població de 15 anys i més és més elevat en les dones que en els homes en tots els grups d'edat.

Els medicaments que la població de 15 anys i més ha consumit en proporcions més elevades són l'aspirina o similars, per alleujar el dolor, i/o antiinflamatoris (el 25,0%), seguits dels fàrmacs per a la hipertensió arterial (el 19,3%) i els medicaments per al control del colesterol (el 13,5%).

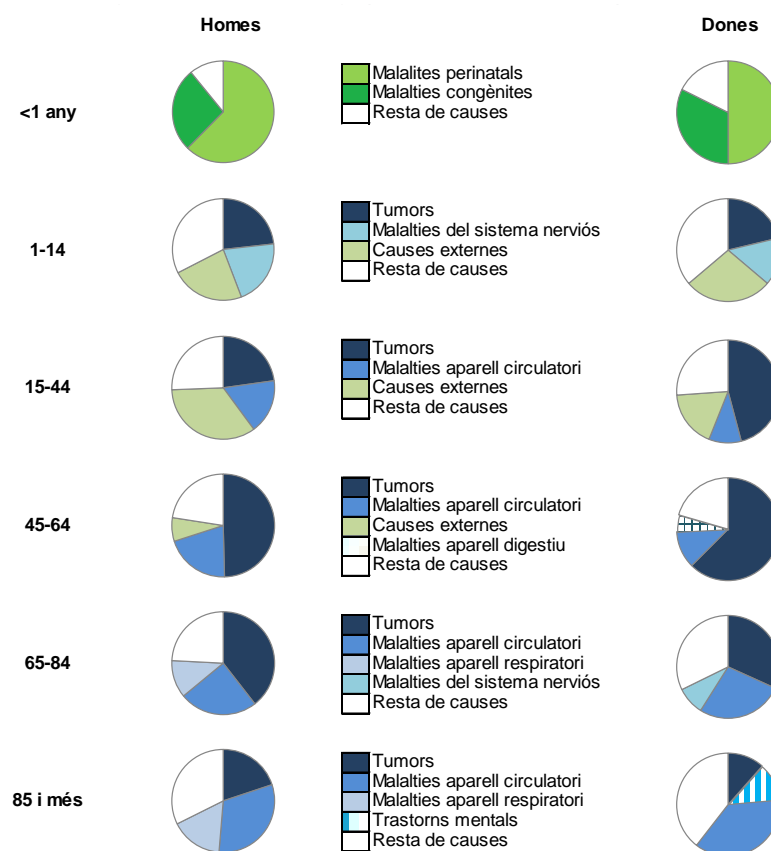
Els medicaments que els menors de 15 anys consumeixen en proporcions més elevades són l'aspirina o similars, per alleujar el dolor, i/o antiinflamatoris (el 9,4%), els medicaments per a la tos o el refredat (el 6,3%) i les vitamines o minerals (el 4,0%).

9 De què morim

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.

Com en els darrers anys, els grans grups de causes de mort més freqüents són els tumors en els homes i les malalties de l'aparell circulatori en les dones. Aquestes dues causes apleguen més de la meitat de les defuncions, però considerant els dos sexes en el seu conjunt, els **tumors** han causat més defuncions. El patró de mortalitat per edats, agrupant les causes per grans grups de malalties per incloure un nombre més gran de casos, 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 comunes en els joves; els tumors i les malalties de l'aparell circulatori afecten amb més freqüència les edats mitjanes i les avançades, i finalment, les malalties respiratòries, neurològiques i mentals són causes freqüents de mort en les persones més grans (gràfic 21).

Gràfic 21. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

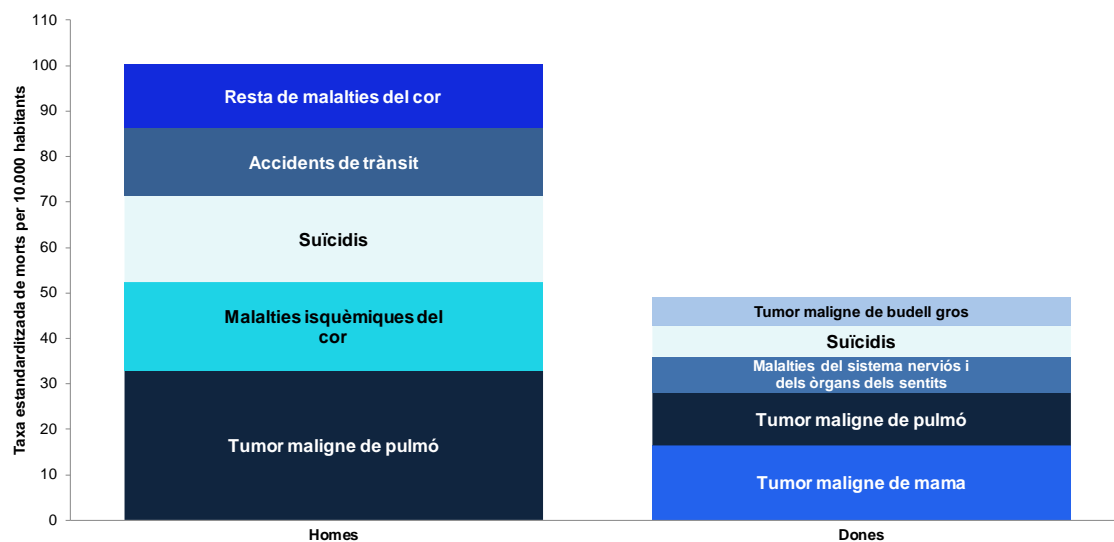


* Distribució de freqüències sobre el total de cada grup d'edat i sexe.
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2013.

Tenint en compte els diagnòstics més específics, 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, el grup d'altres malalties del cor, les malalties isquèmiques del cor i l'Alzheimer. 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 bona mesura amb el fet que la major part de les defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys.

També cal considerar un conjunt de malalties que ocasionen **mortalitat prematura** i que tenen molta importància sanitària perquè són percebudes per la població com a morts ocorregudes abans d'hora. Aquestes morts ocasionen la pèrdua de molts anys potencials de vida, que s'estima amb la taxa estandarditzada per edat (amb població estàndard de Catalunya de 1991) que es presenta en el gràfic 22, i tenen un patró diferent del de les causes de mortalitat general. En el gràfic 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. En les dones, les més comunes són els tumors malignes de mama i pulmó, les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, els suïcidis i els tumors malignes de budell gros, mentre que en els homes ho són els tumors malignes de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, les causes externes (suïcidis i accidents de trànsit) i la resta de malalties del cor. Destaca també que la mortalitat prematura és molt més alta en els homes que en les dones.

Gràfic 22. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2013



* 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 2013.

10 El territori

L'anàlisi per regió sanitària d'una selecció de deu indicadors d'estat de salut, estils de vida i ús de serveis (taula 10) mostra algunes diferències amb relació a la mitjana de Catalunya. Aquestes diferències no es donen en tots els indicadors ni a les mateixes regions sanitàries.

A la Regió Sanitària Lleida, la proporció de població amb una percepció positiva del seu estat de salut i la proporció d'homes satisfets amb els serveis públics utilitzats se situen per sobre del conjunt de Catalunya, mentre que la proporció de dones amb problemes d'ansietat i depressió se situa per sota de la de Catalunya.

A la Regió Sanitària Camp de Tarragona la proporció de dones amb excés de pes i la proporció de dones amb problemes d'ansietat o depressió se situen per sobre de la corresponent de Catalunya. La proporció de població amb doble cobertura sanitària i la proporció de població satisfeta amb els serveis públics utilitzats se situen per sota de la del total de Catalunya.

A la Regió Sanitària Terres de l'Ebre, la proporció de població amb una percepció positiva del seu estat de salut se situa per sobre de la de Catalunya. També se situa per sobre de la mitjana de Catalunya la proporció de dones amb excés de pes, la proporció d'homes i dones que té un problema de salut crònic o de llarga durada i la proporció de població amb problemes de dolor o malestar. En canvi, se situen per sota de la de Catalunya la proporció de persones amb problemes d'ansietat o depressió, la proporció de persones que tenen doble cobertura sanitària, que han visitat un professional de la salut el darrer any i que estan satisfets amb els serveis sanitaris públics utilitzats.

A la Regió Sanitària Girona, la proporció de població satisfeta amb els serveis públics utilitzats és més elevada que la de Catalunya i se situa per sota la proporció de població amb doble cobertura sanitària.

A la Regió Sanitària Catalunya Central, la proporció de població i de dones amb una percepció positiva del seu estat de salut se situa per sota de la de Catalunya i la proporció de població i de dones amb doble cobertura sanitària. La proporció de dones que té un problema de salut crònic o de llarga durada se situa per sobre de la de Catalunya.

La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran té valors més elevats que els de Catalunya en la proporció de persones amb una percepció positiva del seu estat de salut i la proporció que té un problema de salut crònic o de llarga durada. La proporció de persones amb problemes d'ansietat o depressió, la de persones amb doble cobertura sanitària, i la d'homes que han visitat un professional de la salut el darrer any són més baixes a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran que a Catalunya.

A la Regió Sanitària Barcelona, la proporció de població amb doble cobertura sanitària se situa per sobre de la del conjunt de Catalunya.

Taula 10. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2013-2014

Indicador		Regions sanitàries							
		Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (població general)	H	90,7%	85,4%	89,6%	83,7%	83,1%	93,1%	83,7%
		D	87,6%	79,2%	85,8%	81,8%	74,2%	94,4%	79,0%
		T	89,2%	82,3%	87,8%	82,8%	78,6%	93,8%	81,3%
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	H	63,2%	53,0%	57,6%	56,5%	55,3%	56,1%	55,7%
		D	41,4%	48,8%	50,7%	39,3%	37,0%	41,8%	40,2%
		T	52,7%	50,9%	54,3%	48,1%	46,2%	49,3%	47,9%
3	Problema de salut crònic o de llarga durada (15 anys i més)	H	41,4%	39,5%	50,7%	38,4%	38,5%	50,8%	38,5%
		D	51,5%	43,7%	54,5%	44,5%	54,0%	58,9%	44,9%
		T	46,4%	41,6%	52,6%	41,5%	46,3%	54,7%	41,8%
4	Dolor o malestar(EQ-5D-5L) (15 anys i més)	H	23,6%	19,5%	30,9%	21,6%	23,9%	28,6%	23,9%
		D	40,6%	39,7%	45,5%	36,5%	40,3%	40,9%	36,5%
		T	32,0%	29,6%	38,1%	29,0%	32,2%	34,6%	30,4%
5	Ansietat o depressió (EQ-5D-5L) (15 anys i més)	H	8,9%	11,5%	5,4%	14,0%	13,6%	7,7%	14,3%
		D	16,0%	30,8%	17,2%	23,8%	24,3%	14,8%	24,3%
		T	12,4%	21,1%	11,2%	18,9%	19,0%	11,1%	19,5%
6	Consum de tabac (15 anys i més)	H	37,1%	35,2%	33,7%	33,5%	30,5%	31,8%	31,1%
		D	21,0%	21,7%	24,5%	19,6%	24,4%	21,3%	19,9%
		T	29,2%	28,6%	29,1%	26,6%	27,4%	26,6%	25,3%
7	Doble cobertura sanitària (població general)	H	19,4%	15,8%	9,6%	20,1%	19,3%	20,7%	26,5%
		D	26,5%	15,8%	9,9%	21,5%	14,5%	17,7%	28,6%
		T	22,9%	15,8%	9,8%	20,8%	16,9%	19,3%	27,6%
8	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	H	83,7%	85,4%	76,5%	86,3%	89,1%	77,2%	88,1%
		D	92,4%	95,4%	85,0%	94,6%	95,7%	91,1%	94,4%
		T	88,0%	90,4%	80,7%	90,4%	92,4%	84,0%	91,3%
9	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	H	6,0%	7,7%	8,4%	5,8%	6,4%	6,2%	7,6%
		D	6,1%	10,5%	4,9%	6,9%	11,2%	7,9%	8,3%
		T	6,0%	9,1%	6,7%	6,4%	8,8%	7,0%	8,0%
10	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	H	94,7%	79,0%	88,0%	93,2%	87,3%	89,9%	90,2%
		D	87,9%	82,3%	80,9%	93,3%	87,7%	90,8%	89,6%
		T	91,2%	80,7%	84,4%	93,2%	87,5%	90,4%	89,9%

Diferències significatives respecte a la mitjana de Catalunya, amb un 95% de confiança

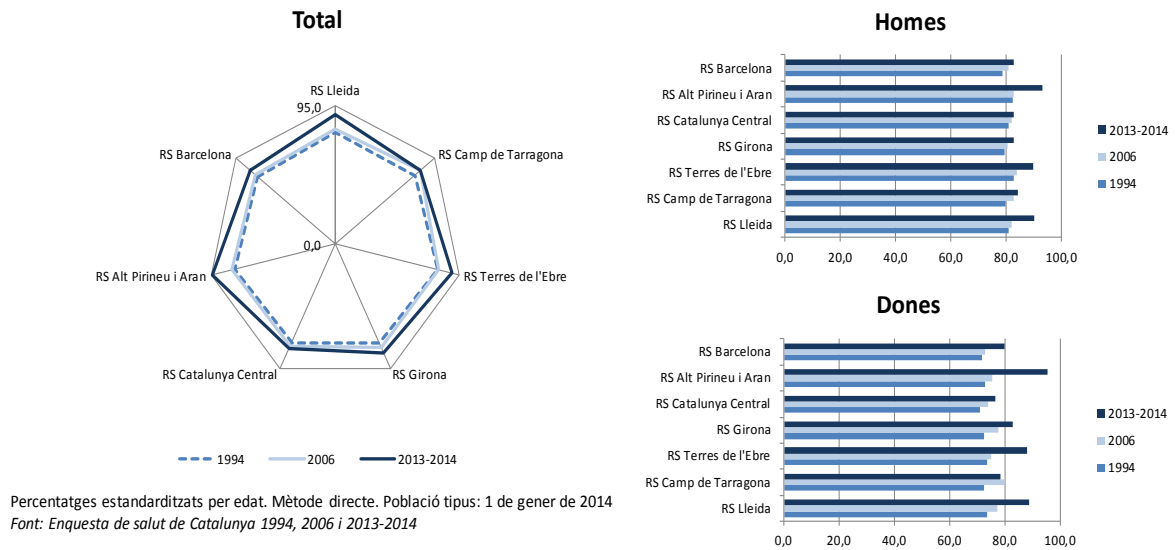
■ Superior significativament a la mitjana de Catalunya

■ Inferior significativament a la mitjana de Catalunya

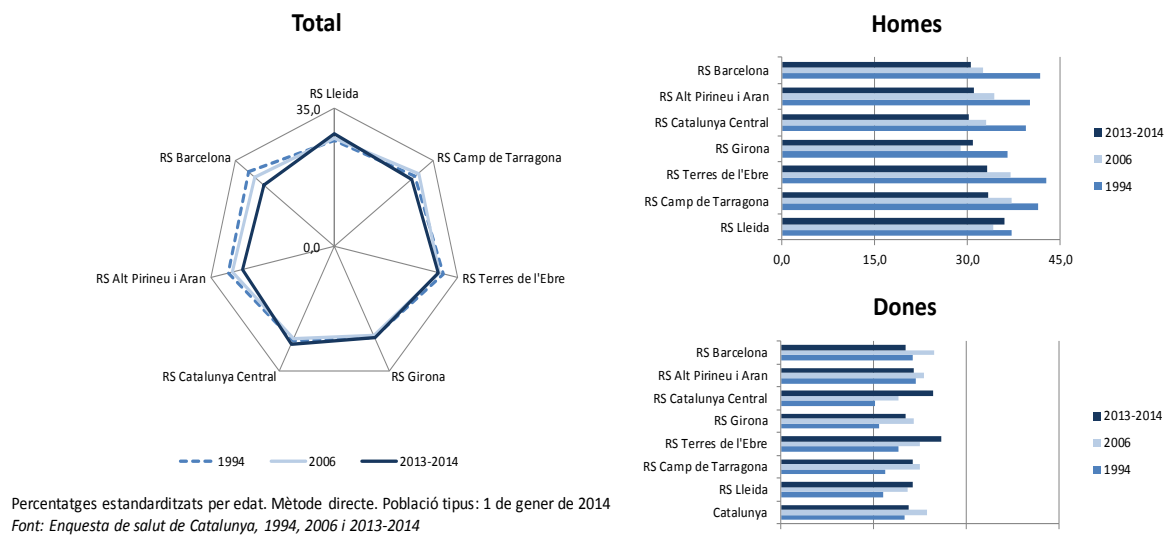
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

L'evolució temporal els anys 1994, 2006 i 2013-2014 dels resultats per regió sanitària d'autopercepció positiva de l'estat de salut i de tabaquisme no mostren un patró definit i estable en el temps. Mentre que l'autopercepció positiva de l'estat de salut ha anat millorant a totes les regions sanitàries, amb un ritme desigual, l'evolució del tabaquisme no ha seguit la mateixa direcció arreu (gràfics 23 i 24).

Gràfic 23. Percentatge estandaritzat per edat de població amb autopercepció positiva de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2013-2014



Gràfic 24. Percentatge estandaritzat per edat de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2013-2014



L'esperança de vida en néixer per regió sanitària presenta més diferències en els homes (3,06 anys) que en les dones (1,12 anys). En els homes, la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran té l'esperança de vida més elevada (82,97 anys) i les regions sanitàries Camp de Tarragona i Catalunya Central, les més baixes (79,91 anys). En les dones, la Regió Sanitària Terres de l'Ebre té l'esperança de vida més elevada (86,42 anys), i la Regió Sanitària Camp de Tarragona la més baixa (85,30 anys; taula 11).

Taula 11. Esperança de vida en néixer per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2013

	Homes	Dones	Total
Lleida	79,96	85,37	82,63
Camp de Tarragona	79,91	85,30	82,59
Terres de l'Ebre	80,09	86,42	83,10
Girona	80,30	85,85	83,05
Catalunya Central	79,91	85,73	82,82
Alt Pirineu i Aran	82,97	85,59	84,31
Barcelona	80,31	86,19	83,36

Pel que fa a la distribució territorial de la mortalitat, l'índex de mortalitat estandarditzada (IME) té l'any 2013 valors significativament per sobre de la mitjana a la Regió Sanitària Camp de Tarragona per al conjunt de la població i per a les dones. La Regió Sanitària Lleida i la de Catalunya Central mostren l'any 2013 una mortalitat superior per al conjunt dels dos sexes respecte a la de Catalunya, i a la Regió Sanitària Girona, només per a les dones.

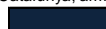
Pel que fa a les taxes estandarditzades per edat dels principals grans grups de causes, s'observen algunes diferències significatives entre regions sanitàries i amb Catalunya. A la Regió Sanitària Lleida, la mortalitat és superior a la de Catalunya, en ambdós sexes, per malalties de l'aparell respiratori i per causes externes. A la Regió Sanitària Camp de Tarragona, la mortalitat és superior a la de Catalunya en malalties de l'aparell circulatori en dones i en malalties de l'aparell digestiu en homes. La mortalitat per malalties mentals a la Regió Sanitària Catalunya Central és superior a la de Catalunya en ambdós sexes. Per al conjunt de causes, la taxa estandarditzada de mortalitat en dones a la Regió Camp de Tarragona és superior a la de Catalunya, i la taxa estandarditzada de mortalitat en homes a la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran és inferior a la de Catalunya (taula 12).

Taula 12. Taxes estandarditzades de mortalitat (per 100.000 habitants) per sexe, regió sanitària i per una selecció dels grans grups de causes més freqüents. Catalunya, 2013

Homes	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona
II. Tumors	242,19	248,96	241,11	247,96	269,31	191,30	259,57
V. Malalties mentals	17,90	21,59	21,85	19,41	37,46	13,94	27,00
VI. Malalties del sistema nerviós	39,74	27,86	26,63	35,79	34,87	17,43	37,19
IX. Malalties del sistema circulatori	166,85	190,34	193,61	179,63	181,98	140,56	173,99
X. Malalties del sistema respiratori	97,23	80,71	69,30	72,66	78,27	96,90	78,93
XI. Malalties del sistema digestiu	37,78	45,65	41,81	28,50	39,77	21,95	33,10
XX. Causes externes	48,54	36,12	30,69	35,44	32,78	34,93	33,92
Totes les causes	725,86	722,33	699,98	693,11	737,78	575,99	704,82

Dones	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona
II. Tumors	116,30	128,79	107,83	126,47	121,91	122,69	119,48
V. Malalties mentals	19,63	21,69	26,77	21,29	31,92	20,47	23,83
VI. Malalties del sistema nerviós	31,43	28,32	33,90	33,66	28,96	26,80	33,15
IX. Malalties del sistema circulatori	100,76	117,00	111,37	107,53	115,98	132,99	101,13
X. Malalties del sistema respiratori	40,43	29,84	24,15	26,10	26,61	43,69	28,76
XI. Malalties del sistema digestiu	19,97	23,27	22,64	18,16	18,15	26,30	20,10
XX. Causes externes	25,85	17,30	6,46	16,71	15,96	12,28	14,59
Totes les causes	404,25	417,88	374,03	400,73	404,06	419,54	382,59

Diferències significatives respecte a Catalunya, amb un 95% de confiança. Població Catalunya 1991.

 Superior a la taxa de mortalitat estandarditzada per edat a Catalunya

 Inferior a la taxa de mortalitat estandarditzada per edat a Catalunya

Font: Registre de Mortalitat de Catalunya 2013. Departament de Salut.

11 La condició socioeconòmica

Les persones no tenen les mateixes oportunitats de gaudir del seu màxim potencial de salut⁷ i les malalties i el pitjor estat de salut són més freqüents a mesura que empitjoren les condicions socials.^{8,9}

La distribució dels indicadors de salut segons la classe social i el nivell d'instrucció permet analitzar les causes de desigualtat en salut en una comunitat i són el pas previ per establir mesures correctores en forma de polítiques públiques.¹⁰

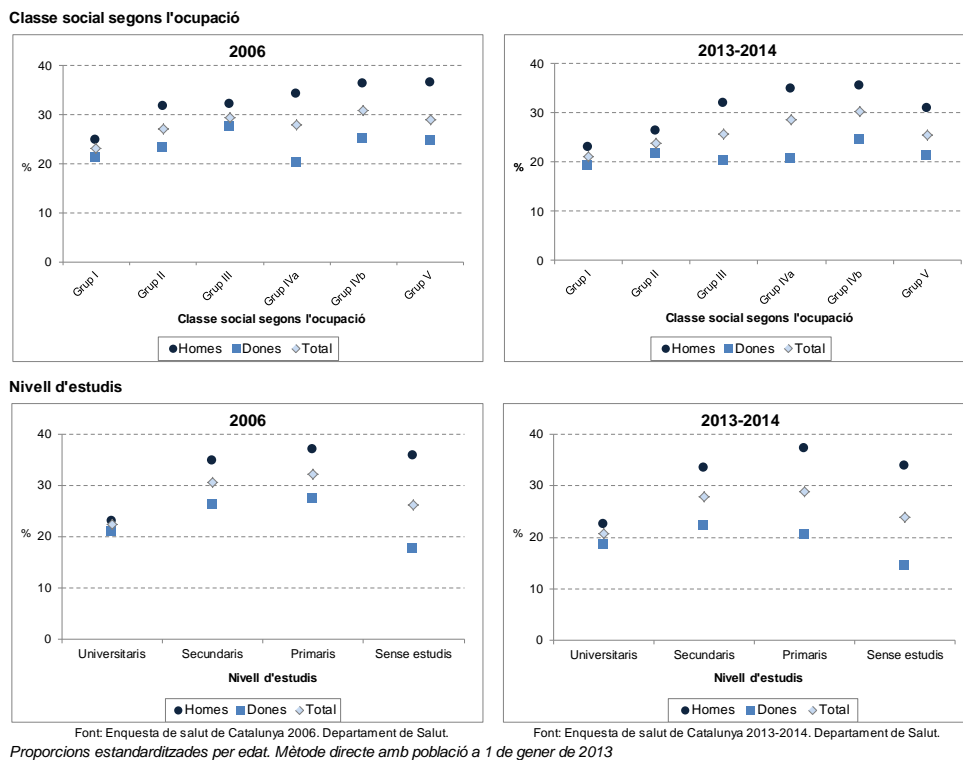
L'anàlisi de diferències i desigualtats en l'estat de salut, els estils de vida i la utilització de serveis sanitaris s'ha dut a terme a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006 i 2013-2014. S'han combinat aquests àmbits temàtics (els condicionants i estils de vida, l'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut, i la utilització dels serveis sanitaris) amb eixos de desigualtat com la classe social segons l'ocupació, el nivell d'estudis, el sexe i l'edat (taules 13 i 14). També afegim a l'anàlisi la situació laboral com a variable de condicionant socioeconòmic. Pel que fa a la situació laboral, el 62,2% de la població en edat laboral –de 16 a 64 anys– treballa (el 65,4% dels homes i el 59,0% de les dones) i el 13,6% es troba a l'atur (el 15,4% dels homes i l'11,7% de les dones). En funció de la situació laboral s'observen diferències significatives en diversos indicadors de salut (taula 15). L'edat es té en compte en tots els eixos, ja que s'han estandarditzat les freqüències, amb el mètode directe, per l'edat de la població de Catalunya a 1 de gener de 2013.

11.1 Els estils de vida

El **consum de tabac** és un dels principals factors de risc per a la salut en els països desenvolupats i és un problema de salut pública perquè afecta el benestar psicològic, físic i social de la població.¹¹ En totes les edats, la prevalença del tabaquisme^a és superior en els homes que en les dones. La prevalença augmenta a mesura que la classe social és més desfavorida i a mesura que el nivell d'estudis és més baix. El consum és similar entre els homes i les dones amb estudis universitaris, mentre que en la resta de grups socials i nivells d'estudis inferiors als universitaris el consum és sempre superior en els homes. El patró observat en el període 2013-2014, i en relació amb el de 2006, no mostra diferències significatives entre grups socials o pel nivell d'estudis (gràfic 25). La prevalença de tabaquisme és més elevada entre la població total a l'atur que entre la que treballa.

^a S'entén per persona fumadora la que fuma actualment, tant si ho fa a diari com ocasionalment.

Gràfic 25. Prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2013-2014



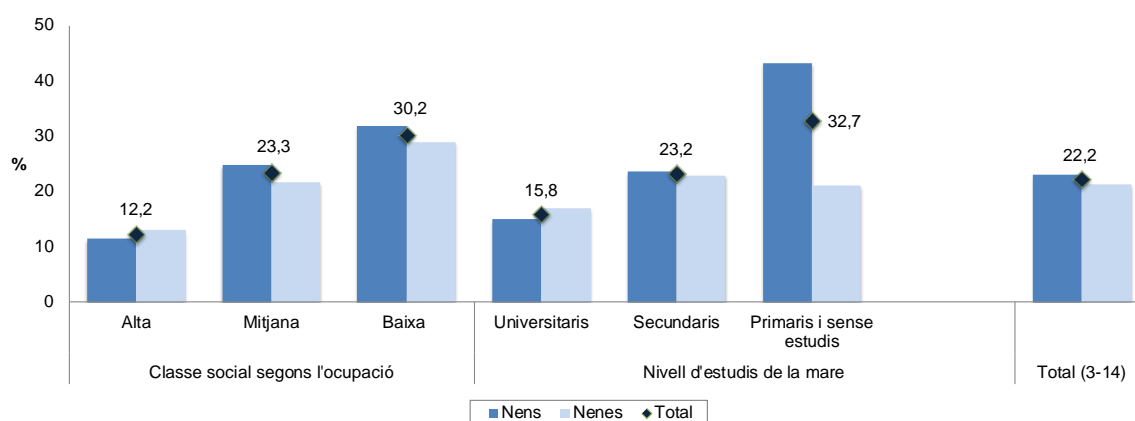
La prevalença de **consum de risc de begudes alcohòliques^a** és més elevada entre els homes que entre les dones, la freqüència és més elevada en els joves, i disminueix a mesura que l'edat augmenta. El consum de risc de begudes alcohòliques en el període 2013-2014 és elevat entre la població que pertany al grup social menys benestant i presenta percentatges més alts de bevedors de risc entre els homes sense estudis. Pel que fa al patró observat el 2006 i en el període 2013-2014, han augmentat les diferències entre els grups socials i per nivell d'estudis.

La **pràctica regular d'activitat física** durant tota la vida és important per mantenir-se sa, tant físicament com mentalment. Les dades del període 2013-2014 mostren que tots dos sexes mostren nivells de sedentarisme bastant similars segons la classe social i el nivell d'estudis, tot i que hi ha un gradient més clar per a la variable nivell d'estudis. Els percentatges més elevats de sedentarisme es produeixen entre les classes més benestants i els que tenen nivells d'estudis més elevats. El patró observat entre 2006 i 2013-2014 no ha canviat. La població que està a l'atur és sedentària en una proporció més gran que la població que treballa.

^a Un home és bevedor de risc si té un consum igual o superior a les 28 unitats de beguda estàndard a la setmana; el nombre d'unitats és de disset per a les dones. Consumir cinc o més consumicions seguides almenys un cop al mes també qualifica la persona com a bevedora de risc d'alcohol.

En la població infantil, la relació de la classe social amb l'activitat física és molt rellevant. Les activitats físiques extraescolars en la població de 3 a 14 anys són més freqüents en les classes més benestants, mentre que jugar al pati o al carrer és més habitual entre els menors de les classes més desfavorides, amb diferències significatives entre els grups socials extrems. La proporció de nens i nenes que fan un **oci sedentari** (miren la televisió i juguen a l'ordinador o amb videojocs més de dues hores al dia, diàriament) augmenta, amb valors estadísticament significatius, a mesura que les classes socials són més desfavorides i quan la mare té estudis primaris o no en té, especialment en els nens (gràfic 26).

Gràfic 26. Població de 3 a 14 anys segons l'oci sedentari, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis de la mare i sexe. Catalunya, 2013-2014

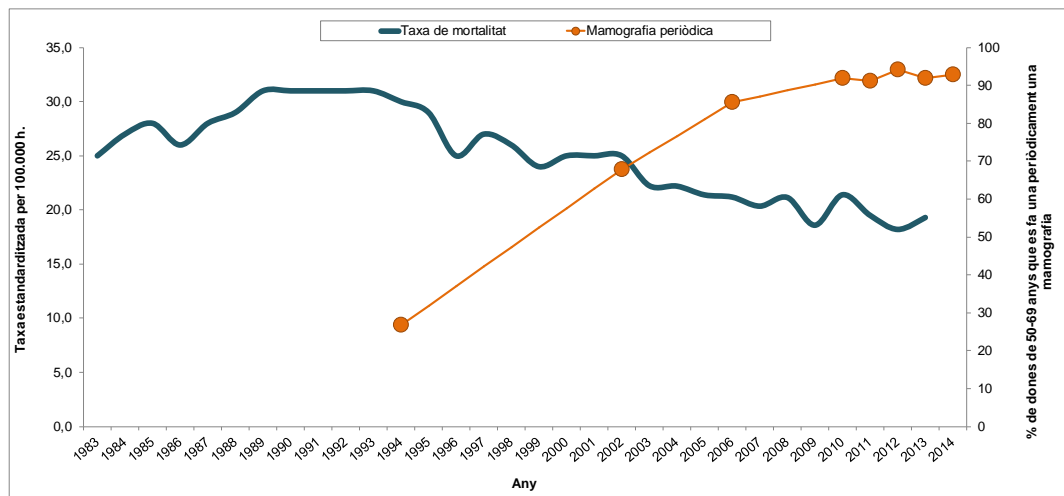


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

L'actitud preventiva respecte a la salut i els hàbits en general com ara la mesura periòdica de la pressió arterial i del nivell de colesterol a la sang no mostra diferències significatives pel que fa al sexe, la classe social i el nivell d'estudis. En relació amb el període anterior, tampoc s'observen canvis d'aquestes dues pràctiques preventives.

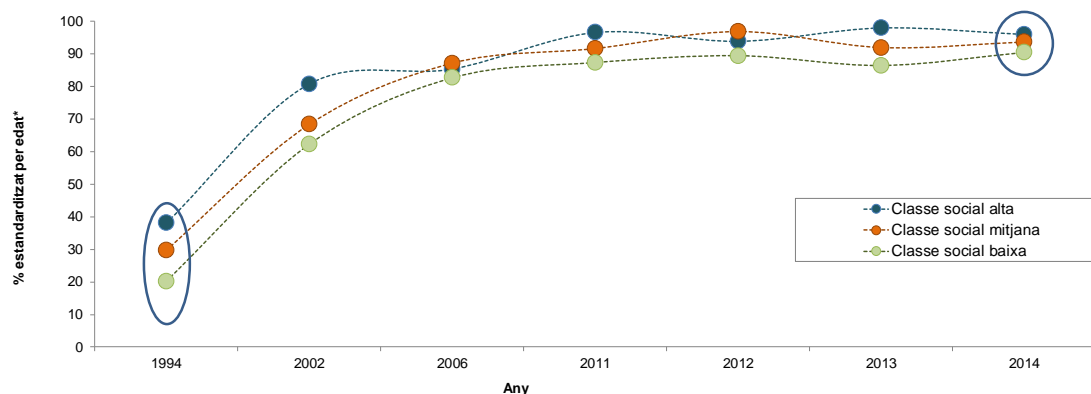
La pràctica de la mamografia periòdica en la població femenina de 50 a 69 anys (grup prioritzat) presenta proporcions més elevades en les classes socials més benestants i entre les dones amb estudis universitaris. El cribratge poblacional mitjançant mamografia periòdica en dones de 50 a 69 anys es va establir a Catalunya al principi dels anys noranta. Des d'aleshores, la proporció de dones del grup prioritzat que es fa una mamografia preventiva s'ha incrementat molt significativament, fet que implica la reducció de les taxes de mortalitat per càncer de mama observades els darrers anys. Les dades de les avaluacions del Programa de cribratge poblacional de càncer de mama i de les diferents edicions de l'ESCA mostren que la cobertura del cribratge ha anat augmentant i que les desigualtats en la participació han anat disminuint. Les primeres dades disponibles de 1994 reflectien una pràctica de mamografia preventiva molt més elevada entre les dones del grup social més benestant que entre les dones dels grups socials més desfavorits (gràfics 27 i 28).

Gràfic 27. Taxa estandarditzada per edat de mortalitat per càncer de mama en dones, Catalunya 1983-2014, i prevalença de la mamografia periòdica en dones de 50 a 69 anys, Catalunya 1994, 2002, 2006, i 2010-2014



Font: Registre de mortalitat de Catalunya, 1983-2013 i Enquesta de salut de Catalunya, 1994-2014

Gràfic 28. Mamografia periòdica en dones de 50-69 anys, per classe social segons l'ocupació, Catalunya, 1994-2014

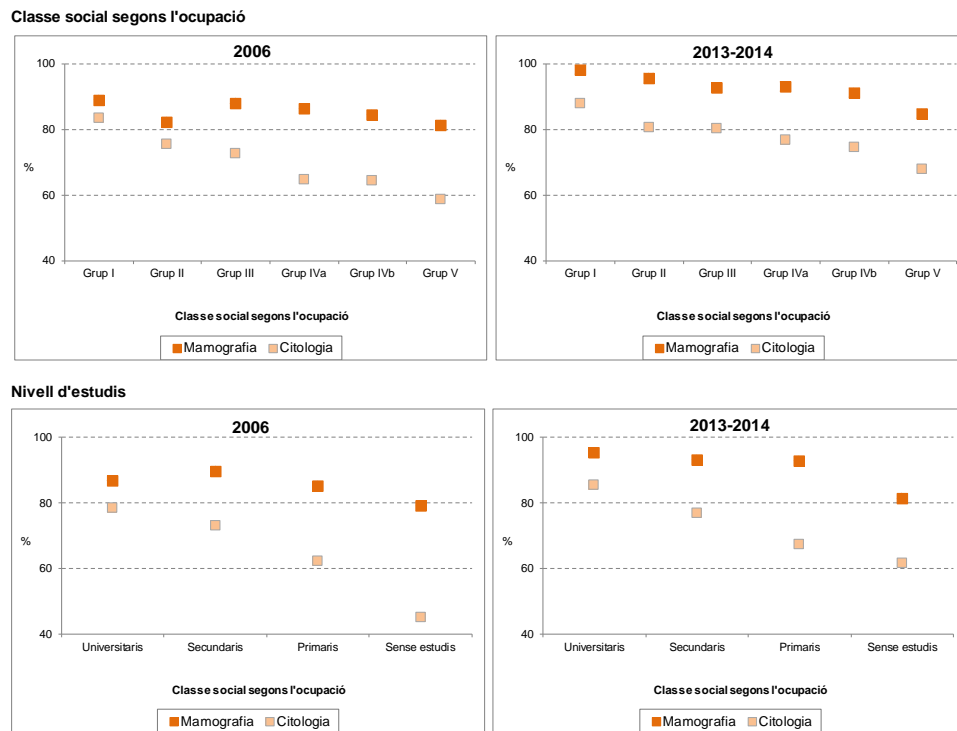


* % estandarditzat per edat segons mètode directe. Població tipus a 1 de gener de 2014, segons el Padró municipal d'habitants de l'Idescat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

La realització de citologies, una pràctica preventiva que no disposa d'un programa poblacional, presenta un gradient més clar que en el cas de la mamografia periòdica, amb una freqüència més elevada entre les dones de les classes més benestants i de les dones amb estudis universitaris.¹² El patró observat en el període 2013-2014, i en relació amb el de 2006, mostra una reducció de les diferències entre grups socials i pel nivell d'estudis d'aquesta pràctica (gràfic 29). Les dones entre 25 i 64 anys a l'atur es fan una citologia periòdica en una proporció inferior a les dones que treballen.

Gràfic 29. Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament i dones de 25 a 64 anys que es fan una citologia vaginal periòdicament, per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2013-2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

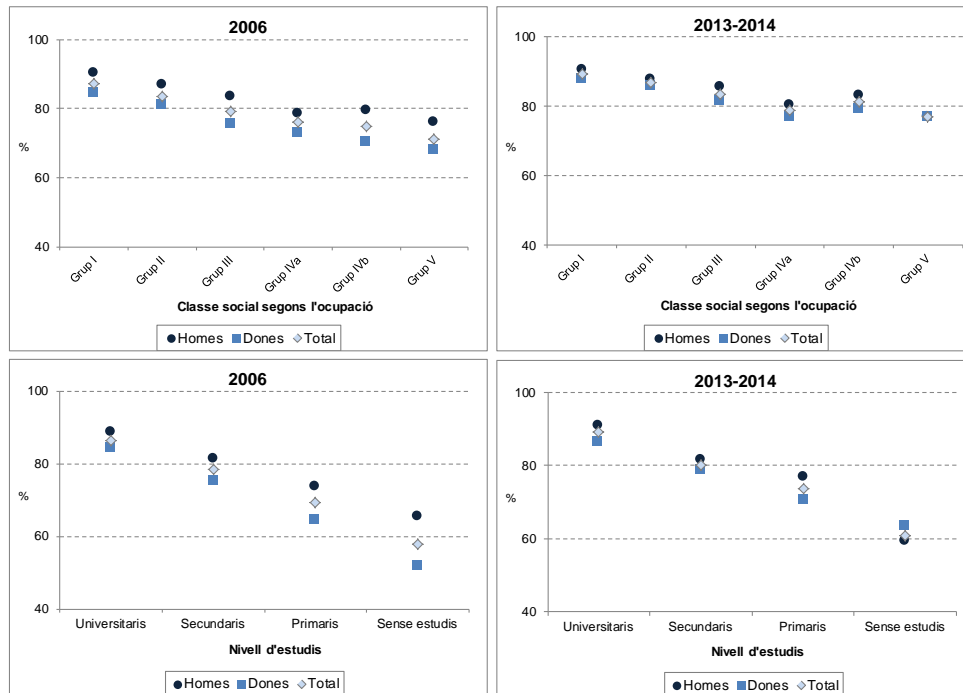
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

Proporcions estandaritzades per edat. Mètode directe amb població a 1 de gener de 2013

11.2 L'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut

La **percepció que les persones tenen de la pròpia salut** expressa una sensació de benestar individual, més enllà dels problemes físics o les malalties. Estudis comparatius entre països europeus indiquen l'existència d'una relació entre el sexe i la percepció de la salut en la majoria de llocs basada en una pitjor autovaloració de la salut en les dones que en els homes, una relació que encara és més gran si s'introdueixen les variables de classe social i nivell d'estudis.¹³ Tot i la influència de l'envelliment, les persones que pertanyen als grups socioeconòmics més desfavorits i les que tenen nivells d'estudis més baixos tenen una pitjor percepció del seu estat de salut, sobretot les dones. A Catalunya, segons l'ESCA 2013-2014, hi ha un gradient molt clar de l'autopercepció de la salut de la població tant pel que fa a la classe social com al nivell d'estudis. Així, a mesura que els grups socials són més desfavorits declaren en una proporció més elevada que tenen una salut regular o dolenta, i com més baix és el nivell d'estudis pitjor és l'estat de salut percebut per la població, especialment en les dones. El gradient observat l'any 2006 es manté en el període 2013-2014, però en aquest període s'han reduït molt les diferències per sexe (gràfic 30).

Gràfic 30. Autopercepció positiva (excel·lent, molt bona i bona) de l'estat de salut en la població general, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2013-2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.

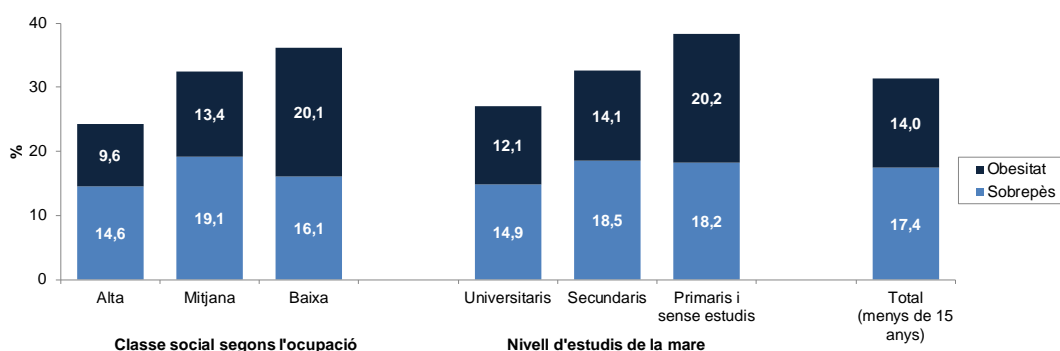
Proporcions estandaritzades per edat. Mètode directe amb població a 1 de gener de 2013

La població que es troba a l'atur té una percepció del seu estat de salut pitjor que la de la població que treballa. La proporció de població amb risc de **patir algun trastorn mental** és més elevada entre la població que està a l'atur que entre la que treballa, més del doble en el total i en les dones i més del triple en els homes.

En qualsevol de les cinc dimensions de la **qualitat de vida relacionada amb la salut** (mesurades mitjançant l'EQ-5D^{14,15}), la proporció de població amb problemes és menor entre les persones de les classes més benestants. El gradient és encara més accentuat en la variable del nivell d'estudis, on la proporció de persones amb problemes és més elevada a mesura que la població té menys estudis o no en té. En relació amb l'any 2006, el gradient observat per a la dimensió de dolor o malestar en el període 2013-2014 es manté pràcticament igual.

L'**excés de pes** és relativament més freqüent en les classes socials més desfavorides i entre les persones que tenen estudis primaris o no tenen estudis. En la població infantil, el gradient entre la classe social i l'excés de pes és també clarament observable amb percentatges més elevats de sobrepès i obesitat en els nens i nenes de famílies més desfavorides. La prevalença de l'obesitat és més elevada entre la població de menys de 15 anys de les classes més desfavorides i quan la mare té estudis primaris o quan no en té (gràfic 31).

Gràfic 31. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en la població de menys de 15 anys, per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2013-2014



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013-2014. Departament de Salut.
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

A Catalunya, els resultats de l'anàlisi del conjunt de **trastorns crònics** del període 2006 posen de manifest que a mesura que les classes socials són més desfavorides o amb estudis més baixos augmenta la declaració de trastorns crònics, i el gradient és més accentuat pel que fa al nivell d'estudis. Aquest patró, en el període 2013-2014, és similar al del 2006.

La prevalença de la **discapacitat** és més elevada entre les persones de 15 anys i més de les classes més desfavorides. Per nivell d'estudis, la proporció d'adults amb discapacitat és més alta entre els que tenen estudis primaris o no en tenen que entre els que tenen estudis universitaris. El patró per classe social observat l'any 2006 es manté en el període 2013-2014. Tanmateix, per nivell d'estudis, les diferències entre grups s'han reduït en el període 2013-2014. El percentatge de dones amb discapacitat és més elevat entre les dones a l'atur.

11.3 La utilització dels serveis sanitaris

Les persones grans, i especialment les dones, són les que més utilitzen els serveis sanitaris assistencials perquè són els grups de població que estan més malalts (trastorns crònics, factors de risc, comorbiditat o discapacitat i dependència). A aquesta necessitat i utilització més elevades, s'hi afegeix, en les dones, l'ús que en fan com a cuidadores, perquè no sempre que acudeixen a una consulta és per resoldre problemes de salut personals, sinó que també compleixen amb el seu rol de cuidadores de salut de l'entorn familiar.^{16,17}

El consum de medicaments en la població adulta és més elevat en les dones que en els homes en tots els grups d'edat, llevat del grup de 65 a 74 anys, en què el percentatge de consum de medicaments és més elevat en els homes. El percentatge de població de 15 anys i més que ha consumit algun medicament no presenta diferències per classe social. Pel nivell d'estudis, s'observa que, a mesura que els grups tenen un nivell d'estudis inferior, es fa un

consum més elevat de medicaments. En el període estudiat no ha variat el patró per classe social ni per nivell d'estudis, i no s'han observat diferències importants per a aquestes variables.

La utilització de serveis sanitaris assistencials no presenta diferències remarcables segons la classe social ni el nivell d'estudis, tot i que s'observa una prevalença lleugerament superior en la classe social més alta i entre els que tenen estudis universitaris. El gradient observat l'any 2006 en què les classes més benestants i els que tenien un nivell d'instrucció superior visitaven en major proporció algun professional de la salut no es manté en el període 2013-2014, en què s'han reduït lleugerament les desigualtats tant per classe social com per nivell d'estudis.

El patró observat l'any 2006, en què hi havia un percentatge d'hospitalització més elevat entre les classes més desfavorides i amb un nivell d'estudis més baix, no es manté en el període 2013-2014, ja que actualment no s'observen diferències importants entre els grups socials ni pel nivell d'estudis.

La proporció de població que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un presenta un petit gradient per classe social i per nivell d'estudis, de manera que, a mesura que la població pertany a grups socials més benestants o disposa d'un nivell d'instrucció més alt, el percentatge de població que ha estat visitada en un servei d'urgències el darrer any és més petit. En el període 2013-2014, no s'han produït canvis en relació amb les observades l'any 2006.

Pel que fa a l'ús dels serveis sanitaris, la població a l'atur disposa de doble cobertura en una proporció més baixa que la població ocupada, i ha visitat, singularment les dones, un professional de la salut en el darrer any en una proporció més baixa que la població que treballa.

Les desigualtats observades l'any 2006 per classe social i per nivell d'estudis en la proporció de població satisfeta amb els serveis sanitaris públics utilitzats el darrer any s'han reduït en el període 2013-2014.

Taula 13. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per classe social. Total. Catalunya, 2006 i 2013-2014

		2006													2013-2014															
		Classe social segons l'ocupació													Classe social segons l'ocupació															
		Alta			Mitjana			Baixa			Total		Alta			Mitjana			Baixa			Total								
		Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V	%	IC95%	%	IC95%					
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (població general)	T	90,5%	(89,1-91,9)	85,5%	(83,9-87,1)	81,4%	(80,3-82,5)	75,2%	(74,0-76,4)	75,4%	(73,7-77,1)	67,2%	(65,3-69,1)	78,6%	(78,0-79,2)	90,1%	(88,2-92,0)	87,8%	(85,7-89,9)	85,2%	(83,9-86,5)	77,1%	(75,4-78,8)	78,5%	(76,3-80,7)	77,5%	(74,8-80,2)	82,0%	(81,2-82,8)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	T	36,9%	(34,3-39,5)	43,2%	(40,6-45,8)	44,3%	(42,7-45,9)	55,0%	(53,4-56,6)	55,5%	(53,2-57,8)	52,9%	(50,4-55,4)	48,7%	(47,9-49,5)	38,1%	(34,3-41,9)	43,9%	(40,2-47,6)	45,5%	(43,2-47,8)	52,2%	(49,8-54,6)	57,1%	(53,8-60,4)	53,4%	(49,5-57,3)	48,4%	(47,2-49,6)
3	Discapacitat (15 anys i més)	T	9,2%	(7,7-10,7)	13,3%	(11,6-15,0)	15,7%	(14,6-16,8)	20,0%	(18,8-21,2)	17,7%	(16,1-19,3)	28,8%	(26,8-30,8)	17,9%	(17,3-18,5)	9,6%	(7,4-11,8)	12,0%	(9,7-14,3)	11,8%	(10,4-13,2)	17,4%	(15,7-19,1)	18,2%	(15,9-20,5)	19,0%	(16,2-21,8)	15,2%	(14,4-16,0)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	T	8,2%	(6,8-9,6)	8,8%	(7,4-10,2)	11,9%	(10,9-12,9)	11,5%	(10,6-12,4)	11,8%	(10,4-13,2)	15,8%	(14,2-17,4)	11,6%	(11,1-12,1)	7,7%	(5,7-9,7)	6,7%	(5,0-8,4)	11,8%	(10,4-13,2)	10,3%	(9,0-11,6)	10,9%	(9,0-12,8)	12,8%	(10,4-15,2)	10,4%	(9,7-11,1)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	T	19,7%	(17,6-21,8)	26,9%	(24,7-29,1)	31,3%	(29,9-32,7)	36,5%	(35,1-37,9)	36,2%	(34,2-38,2)	43,7%	(41,5-45,9)	33,3%	(32,6-34,0)	22,1%	(19,0-25,2)	24,2%	(21,2-27,2)	27,2%	(25,3-29,1)	35,2%	(33,1-37,3)	34,5%	(31,7-37,3)	34,5%	(31,1-37,9)	30,6%	(29,6-31,6)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	T	74,3%	(72,0-76,6)	75,6%	(73,5-77,7)	76,5%	(75,2-77,8)	76,5%	(75,3-77,7)	79,7%	(78,0-81,4)	82,5%	(80,8-84,2)	77,4%	(76,8-78,0)	74,0%	(70,8-77,2)	73,0%	(69,9-76,1)	76,1%	(74,3-77,9)	78,2%	(76,4-80,0)	80,9%	(78,5-83,3)	75,5%	(72,4-78,6)	76,7%	(75,8-77,6)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	T	12,9%	(11,2-14,6)	14,8%	(13,1-16,5)	17,3%	(16,1-18,5)	22,2%	(21,0-23,4)	22,5%	(20,7-24,3)	25,7%	(23,8-27,6)	19,7%	(19,1-20,3)	18,6%	(15,7-21,5)	22,2%	(19,3-25,1)	20,9%	(19,2-22,6)	28,5%	(26,5-30,5)	30,0%	(27,3-32,7)	26,5%	(23,4-29,6)	24,9%	(23,9-25,9)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	T	11,3%	(9,6-13,0)	12,6%	(11,0-14,2)	13,2%	(12,2-14,2)	16,4%	(15,3-17,5)	17,5%	(15,9-19,1)	17,5%	(15,8-19,2)	14,9%	(14,3-15,5)	19,3%	(16,4-22,2)	19,9%	(17,1-22,7)	21,0%	(19,3-22,7)	25,8%	(23,9-27,7)	26,9%	(24,2-29,6)	18,2%	(15,5-20,9)	22,6%	(21,7-23,5)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	T	25,1%	(22,8-27,4)	29,4%	(27,2-31,6)	32,0%	(30,6-33,4)	28,1%	(26,8-29,4)	31,5%	(29,5-33,5)	27,0%	(25,1-28,9)	29,4%	(28,7-30,1)	21,7%	(18,7-24,7)	24,8%	(21,8-27,8)	27,5%	(25,6-29,4)	27,5%	(25,5-29,5)	28,5%	(25,8-31,2)	26,0%	(22,9-29,1)	26,2%	(25,2-27,2)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	T	4,9%	(3,8-6,0)	5,3%	(4,2-6,4)	4,6%	(4,0-5,2)	5,0%	(4,4-5,6)	4,4%	(3,5-5,3)	3,6%	(2,8-4,4)	4,7%	(4,4-5,0)	4,5%	(3,0-6,0)	3,8%	(2,5-5,1)	4,5%	(3,6-5,4)	3,9%	(3,1-4,7)	3,7%	(2,6-4,8)	4,7%	(3,2-6,2)	4,2%	(3,8-4,6)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	T	27,3%	(24,9-29,7)	19,7%	(17,6-21,8)	23,5%	(22,1-24,9)	17,0%	(15,8-18,2)	26,5%	(24,5-28,5)	18,8%	(16,9-20,7)	21,7%	(21,0-22,4)	26,9%	(23,4-30,4)	19,7%	(16,7-22,7)	23,2%	(21,3-25,1)	17,7%	(15,8-19,6)	20,6%	(17,9-23,3)	16,9%	(14,0-19,8)	21,2%	(20,2-22,2)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	T	40,2%	(37,6-42,8)	43,1%	(40,7-45,5)	42,9%	(41,4-44,4)	49,7%	(48,3-51,1)	49,6%	(47,5-51,7)	53,6%	(51,4-55,8)	46,6%	(45,8-47,4)	48,3%	(44,6-52,0)	43,6%	(40,1-47,1)	45,7%	(43,6-47,8)	55,6%	(53,4-57,8)	53,2%	(50,2-56,2)	47,6%	(44,0-51,2)	49,9%	(48,8-51,0)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	T	52,8%	(50,2-55,4)	52,9%	(50,5-55,3)	48,7%	(47,2-50,2)	53,1%	(51,7-54,5)	52,9%	(50,8-55,0)	54,9%	(52,7-57,1)	52,0%	(51,2-52,8)	57,8%	(54,2-61,4)	55,3%	(51,8-58,8)	56,2%	(54,1-58,3)	62,2%	(60,1-64,3)	61,1%	(58,2-64,0)	53,9%	(50,4-57,4)	58,4%	(57,3-59,5)
14	Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D	88,9%	(83,6-94,2)	82,1%	(76,6-87,6)	88,0%	(85,2-90,8)	86,2%	(83,3-89,1)	84,4%	(79,9-88,9)	81,2%	(77,1-85,3)	85,5%	(84,0-87,0)	98,1%	(95,4-100,8)	95,7%	(92,1-99,3)	92,7%	(89,8-95,6)	93,0%	(89,8-96,2)	91,1%	(86,5-95,7)	84,6%	(77,6-91,6)	92,4%	(90,8-94,0)
15	Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 64 anys)	D	82,7%	(79,4-86,0)	75,7%	(72,3-79,1)	72,7%	(70,5-74,9)	64,7%	(62,0-67,4)	64,5%	(60,8-68,2)	59,1%	(55,2-63,0)	69,9%	(68,7-71,1)	87,8%	(83,6-92,0)	80,7%	(76,1-85,3)	80,2%	(77,5-82,9)	77,0%	(73,4-80,6)	74,5%	(69,4-79,6)	68,0%	(62,5-73,5)	78,2%	(76,6-79,8)
16	Doble cobertura sanitària (població general)	T	46,5%	(44,1-48,9)	39,3%	(37,1-41,5)	30,8%	(29,5-32,1)	18,1%	(17,0-19,2)	18,1%	(16,6-19,6)	13,9%	(12,5-15,3)	26,2%	(25,6-26,8)	53,9%	(50,7-57,1)	34,4%	(31,4-37,4)	29,2%	(27,5-30,9)	14,8%	(13,4-16,2)	13,5%	(11,6-15,4)	7,6%	(5,9-9,3)	24,4%	(23,5-25,3)
17	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	T	57,1%	(54,5-59,7)	57,2%	(54,8-59,6)	61,8%	(60,3-63,3)	60,5%	(59,1-61,9)	61,5%	(59,4-63,6)	67,6%	(65,6-69,6)	61,3%	(60,5-62,1)	60,3%	(56,7-63,9)	58,7%	(55,3-62,1)	60,8%	(58,7-62,9)	63,1%	(61,0-65,2)	64,1%	(61,2-67,0)	62,4%	(59,0-65,8)	62,0%	(60,9-63,1)
18	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	T	91,7%	(90,4-93,0)	89,9%	(88,5-91,3)	87,6%	(86,7-88,5)	87,7%	(86,8-88,6)	89,2%	(88,0-90,4)	88,4%	(87,1-89,7)	88,6%	(88,1-89,1)	93,1%	(91,5-94,7)	89,5%	(87,6-91,4)	91,2%	(90,1-92,3)	89,9%	(88,7-91,1)	90,8%	(89,2-92,4)	89,5%	(87,5-91,5)	90,7%	(90,1-91,3)
19	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	T	6,8%	(5,6-8,0)	7,8%	(6,6-9,0)	8,1%	(7,3-8,9)	8,3%	(7,5-9,1)	7,8%	(6,7-8,9)	11,2%	(9,9-12,5)	8,3%	(7,9-8,7)	6,9%	(5,3-8,5)	9,4%	(7,6-11,2)	7,0%	(6,0-8,0)	8,5%	(7,4-9,6)	7,9%	(6,4-9,4)	7,3%	(5,6-9,0)	7,8%	(7,3-8,3)
20	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	T	27,4%	(25,3-29,5)	29,4%	(27,3-31,5)	32,9%	(31,6-34,2)	32,3%	(31,0-33,6)	35,0%	(33,1-36,9)	37,0%	(35,0-39,0)	32,7%	(32,0-33,4)	26,8%	(24,0-29,6)	29,5%	(26,6-32,4)	32,1%	(30,3-33,9)	29,0%	(27,2-30,8)	30,4%	(27,9-32,9)	35,6%	(32,5-38,7)	30,7%	(29,8-31,6)
21	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	T	87,0%	(84,9-89,1)	82,9%	(80,8-85,0)	80,6%	(79,3-81,9)	80,8%	(79,6-82,0)	80,3%	(78,6-82,0)	80,6%	(78,8-82,4)	81,3%	(80,7-81,9)	91,7%	(89,2-94,2)	91,4%	(89,2-93,6)	89,2%	(87,8-90,6)	88,3%	(86,9-89,7)	88,5%	(86,5-90,5)	86,5%	(84,0-89,0)	89,2%	(88,5-89,9)

T: total; D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Taula 14. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per nivell d'estudis. Total. Catalunya, 2006 i 2013-2014

		2006						2013-2014										
		Nivell d'estudis			Total			Nivell d'estudis			Total							
		Universitaris	Secundaris	Primaris o sense estudis				Universitaris	Secundaris	Primaris o sense estudis								
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (15 anys i més)	T	91,2%	(90,1-92,3)	84,1%	(83,3-84,9)	56,1%	(54,9-57,3)	75,5%	(74,8-76,2)	91,8%	(90,4-93,2)	81,8%	(80,7-82,9)	60,2%	(57,7-62,7)	79,4%	(78,5-80,3)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	T	34,9%	(33,0-36,8)	44,2%	(43,0-45,4)	64,9%	(63,5-66,3)	48,7%	(47,9-49,5)	36,7%	(34,2-39,2)	50,0%	(48,5-51,5)	60,2%	(57,0-63,4)	48,4%	(47,2-49,6)
3	Discapacitat (15 anys i més)	T	6,7%	(5,7-7,7)	9,4%	(8,7-10,1)	35,0%	(33,8-36,2)	17,9%	(17,3-18,5)	6,4%	(5,1-7,7)	11,6%	(10,7-12,5)	34,7%	(32,3-37,1)	15,2%	(14,4-16,0)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	T	8,0%	(6,9-9,1)	10,3%	(9,6-11,0)	15,2%	(14,3-16,1)	11,6%	(11,1-12,1)	7,6%	(6,2-9,0)	10,5%	(9,6-11,4)	13,5%	(11,8-15,2)	10,4%	(9,7-11,1)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	T	19,7%	(18,1-21,3)	25,4%	(24,4-26,4)	50,8%	(49,5-52,1)	33,3%	(32,6-34,0)	19,8%	(17,7-21,9)	28,3%	(27,0-29,6)	48,1%	(45,6-50,6)	30,6%	(29,6-31,6)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	T	71,9%	(70,1-73,7)	71,8%	(70,8-72,8)	87,8%	(87,0-88,6)	77,4%	(76,8-78,0)	70,3%	(67,9-72,7)	75,2%	(74,0-76,4)	87,6%	(86,0-89,2)	76,7%	(75,8-77,6)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	T	10,9%	(9,7-12,1)	12,7%	(11,9-13,5)	33,6%	(32,4-34,8)	19,7%	(19,1-20,3)	15,2%	(13,3-17,1)	21,7%	(20,5-22,9)	44,0%	(41,5-46,5)	24,9%	(23,9-25,9)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	T	10,7%	(9,5-11,9)	10,7%	(10,0-11,4)	22,9%	(21,8-24,0)	14,9%	(14,3-15,5)	16,3%	(14,4-18,2)	20,9%	(19,7-22,1)	33,9%	(31,5-36,3)	22,6%	(21,7-23,5)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	T	24,6%	(22,9-26,3)	35,8%	(34,7-36,9)	22,4%	(21,4-23,4)	29,4%	(28,7-30,1)	22,7%	(20,5-24,9)	29,6%	(28,3-30,9)	18,6%	(16,7-20,5)	26,2%	(25,2-27,2)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	T	4,2%	(3,4-5,0)	5,9%	(5,4-6,4)	3,1%	(2,7-3,5)	4,7%	(4,4-5,0)	4,4%	(3,3-5,5)	4,3%	(3,7-4,9)	3,2%	(2,3-4,1)	4,2%	(3,8-4,6)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	T	27,4%	(25,6-29,2)	20,6%	(19,6-21,6)	20,1%	(18,9-21,3)	21,7%	(21,0-22,4)	24,2%	(21,9-26,5)	20,4%	(19,2-21,6)	20,1%	(17,5-22,7)	21,2%	(20,2-22,2)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	T	37,5%	(35,6-39,4)	37,5%	(36,4-38,6)	64,6%	(63,4-65,8)	46,6%	(45,8-47,4)	42,2%	(39,6-44,8)	46,9%	(45,5-48,3)	68,6%	(66,3-70,9)	49,9%	(48,8-51,0)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	T	52,5%	(50,5-54,5)	44,9%	(43,8-46,0)	62,2%	(61,0-63,4)	52,0%	(51,2-52,8)	54,5%	(51,9-57,1)	55,7%	(54,3-57,1)	71,8%	(69,5-74,1)	58,4%	(57,3-59,5)
14	Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D	86,6%	(81,5-91,7)	89,5%	(87,2-91,8)	82,6%	(80,4-84,8)	85,5%	(84,0-87,0)	95,1%	(91,9-98,3)	92,9%	(90,9-94,9)	89,1%	(85,1-93,1)	92,4%	(90,8-94,0)
15	Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 64 anys)	D	78,0%	(75,5-80,5)	72,5%	(70,8-74,2)	58,7%	(56,3-61,1)	69,9%	(68,7-71,1)	85,2%	(82,5-87,9)	76,9%	(74,8-79,0)	67,1%	(61,7-72,5)	78,2%	(76,6-79,8)
16	Doble cobertura sanitària (15 anys i més)	T	43,1%	(41,1-45,1)	28,5%	(27,5-29,5)	16,0%	(15,1-16,9)	26,6%	(25,9-27,3)	45,0%	(42,4-47,6)	21,5%	(20,3-22,7)	10,7%	(9,2-12,2)	24,0%	(23,1-24,9)
17	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	T	55,1%	(53,1-57,1)	54,5%	(53,4-55,6)	73,7%	(72,6-74,8)	61,3%	(60,5-62,1)	53,3%	(50,7-55,9)	59,7%	(58,3-61,1)	77,7%	(75,6-79,8)	62,0%	(60,9-63,1)
18	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (15 anys i més)	T	89,2%	(88,0-90,4)	85,4%	(84,6-86,2)	89,5%	(88,7-90,3)	87,5%	(87,0-88,0)	90,5%	(89,0-92,0)	88,7%	(87,8-89,6)	93,0%	(91,7-94,3)	89,9%	(89,2-90,6)
19	Hospitalització els darrers 12 mesos (15 anys i més)	T	6,7%	(5,7-7,7)	7,3%	(6,7-7,9)	12,6%	(11,8-13,4)	9,1%	(8,7-9,5)	7,7%	(6,3-9,1)	7,4%	(6,7-8,1)	12,5%	(10,8-14,2)	8,5%	(7,9-9,1)
20	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (15 anys i més)	T	27,0%	(25,2-28,8)	31,2%	(30,1-32,3)	34,1%	(32,9-35,3)	31,5%	(30,8-32,2)	26,6%	(24,3-28,9)	28,0%	(26,7-29,3)	33,6%	(31,2-36,0)	28,9%	(27,9-29,9)
21	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	T	81,6%	(79,5-83,7)	78,0%	(76,9-79,1)	81,1%	(80,0-82,2)	79,7%	(79,0-80,4)	90,3%	(88,2-92,4)	87,4%	(86,3-88,5)	89,3%	(87,6-91,0)	88,3%	(87,5-89,1)

T: total; D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Taula 15. Resultats d'una selecció d'indicadors, per situació laboral de la població de 16 a 64 anys i sexe (% bruts). Catalunya, 2013-2014

Dimensió	Indicador	Situació laboral				
		Treballa		Atur		
		%	IC95%	%	IC95%	
Estat de salut	1 Percepció positiva de l'estat salut (població de 16 a 64 anys)	H	91,3%	(90,1-92,5)	80,1%	(76,6-83,6)
		D	88,2%	(86,7-89,7)	77,5%	(73,0-82,0)
		T	89,8%	(88,8-90,8)	79,0%	(76,2-81,8)
	2 Percentatge de població de 18 a 64 anys amb excés de pes (sobrepès i obesitat)	H	55,0%	(52,8-57,2)	55,8%	(51,4-60,2)
		D	35,1%	(32,8-37,4)	38,1%	(32,8-43,4)
		T	45,6%	(44,0-47,2)	48,4%	(45,0-51,8)
	3 Percentatge de població de 16 a 64 anys amb discapacitat	H	4,1%	(3,2-5,0)	6,7%	(4,5-8,9)
		D	4,9%	(3,9-5,9)	10,4%	(7,1-13,7)
T		4,4%	(3,7-5,1)	8,2%	(6,3-10,1)	
4 Percentatge de població de 16 a 64 anys amb risc de patir trastorn mental	H	5,5%	(4,5-6,5)	15,7%	(12,5-18,9)	
	D	10,9%	(9,4-12,4)	19,9%	(15,6-24,2)	
	T	8,1%	(7,2-9,0)	17,4%	(14,8-20,0)	
5 Percentatge de població de 16 a 64 anys amb problemes de dolor o malestar	H	16,3%	(14,7-17,9)	20,7%	(17,1-24,3)	
	D	26,5%	(24,4-28,6)	28,7%	(23,8-33,6)	
	T	21,1%	(19,8-22,4)	24,0%	(21,1-26,9)	
6 Percentatge de població de 16 a 64 anys que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic	H	27,8%	(25,8-29,8)	33,8%	(29,6-38,0)	
	D	32,7%	(30,5-34,9)	35,3%	(30,1-40,5)	
	T	30,1%	(28,6-31,6)	34,4%	(31,1-37,7)	
7 Percentatge de població de 16 a 64 anys que pateix o ha patit hipertensió arterial	H	13,9%	(12,4-15,4)	16,3%	(13,0-19,6)	
	D	12,2%	(10,6-13,8)	12,3%	(8,7-15,9)	
	T	13,1%	(12,0-14,2)	14,7%	(12,3-17,1)	
8 Percentatge de població de 16 a 64 anys que pateix o ha patit colesterol elevat	H	18,6%	(16,9-20,3)	22,8%	(19,1-26,5)	
	D	12,9%	(11,3-14,5)	16,6%	(12,6-20,6)	
	T	15,9%	(14,7-17,1)	20,2%	(17,4-23,0)	
Esllís de vida	9 Prevalença de consum de tabac en la població de 16 a 64 anys	H	36,3%	(34,2-38,4)	47,2%	(42,8-51,6)
		D	25,4%	(23,3-27,5)	35,1%	(29,9-40,3)
		T	31,1%	(29,6-32,6)	42,1%	(38,7-45,5)
10 Percentatge de població de 16 a 64 anys que fa un consum de risc d'alcohol	H	6,7%	(5,6-7,8)	9,6%	(7,0-12,2)	
	D	2,2%	(1,5-2,9)	1,6%	(0,2-3,0)	
	T	4,6%	(3,9-5,3)	6,3%	(4,6-8,0)	
11 Percentatge de població de 18 a 64 anys sedentària (activitat física habitual)	H	16,0%	(14,4-17,6)	22,2%	(18,5-25,9)	
	D	21,7%	(19,7-23,7)	17,0%	(12,9-21,1)	
	T	18,7%	(17,4-20,0)	20,0%	(17,2-22,8)	
Pràctiques preventives	12 Percentatge de població de 16 a 64 anys que es pren la pressió arterial periòdicament	H	40,3%	(38,1-42,5)	35,8%	(31,5-40,1)
		D	41,3%	(39,0-43,6)	38,6%	(33,3-43,9)
		T	40,8%	(39,2-42,4)	36,9%	(33,6-40,2)
	13 Percentatge de població de 16 a 64 anys que es mesura el nivell de colesterol periòdicament	H	52,6%	(50,4-54,8)	43,2%	(38,8-47,6)
D		55,3%	(52,9-57,7)	48,2%	(42,8-53,6)	
T		53,9%	(52,3-55,5)	45,3%	(41,9-48,7)	
14 Percentatge de dones de 50 a 64 anys que es fa una mamografia periòdicament	D	94,5%	(92,4-96,6)	93,0%	(87,6-98,4)	
15 Percentatge de dones de 25 a 64 anys que es fa una citologia periòdicament	D	82,3%	(80,4-84,2)	68,6%	(63,4-73,8)	
Ús dels serveis sanitaris	16 Percentatge de població de 16 a 64 anys amb doble cobertura sanitària	H	28,3%	(26,3-30,3)	11,9%	(9,0-14,8)
		D	32,1%	(29,9-34,3)	22,8%	(18,2-27,4)
		T	30,1%	(28,6-31,6)	16,4%	(13,9-18,9)
	17 Percentatge de població de 16 a 64 anys que ha pres algun medicament els darrers dos dies	H	41,8%	(39,6-44,0)	48,2%	(43,8-52,6)
		D	60,5%	(58,2-62,8)	64,8%	(59,6-70,0)
		T	50,6%	(49,0-52,2)	55,1%	(51,7-58,5)
18 Percentatge de població de 16 a 64 anys que ha visitat un professional de la salut els darrers 12 mesos	H	81,8%	(80,1-83,5)	77,6%	(73,9-81,3)	
	D	93,2%	(92,0-94,4)	89,4%	(86,1-92,7)	
	T	87,2%	(86,1-88,3)	82,5%	(79,9-85,1)	
19 Percentatge de població de 16 a 64 anys que ha estat hospitalitzada els darrers 12 mesos	H	5,8%	(4,8-6,8)	5,8%	(3,7-7,9)	
	D	7,3%	(6,1-8,5)	7,9%	(5,0-10,8)	
	T	6,5%	(5,7-7,3)	6,7%	(5,0-8,4)	
20 Percentatge de població de 16 a 64 anys que ha visitat un servei d'urgències els darrers 12 mesos	H	23,6%	(21,7-25,5)	29,7%	(25,6-33,8)	
	D	29,0%	(26,8-31,2)	32,1%	(27,0-37,2)	
	T	26,1%	(24,7-27,5)	30,7%	(27,5-33,9)	
21 Percentatge de població de 16 a 64 anys satisfeta amb els serveis sanitaris públics utilitzats	H	87,7%	(85,8-89,6)	86,3%	(82,6-90,0)	
	D	87,2%	(85,3-89,1)	82,4%	(77,5-87,3)	
	T	87,4%	(86,0-88,8)	84,6%	(81,6-87,6)	

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2013-2014. Departament de Salut.

Diferència significativa amb un nivell de confiança del 95% respecte del valor en la població corresponent que treballa.

12 Evolució temporal

El gràfic 32 mostra la tendència des del 1994 fins al 2014 del percentatge estandarditzat dels indicadors seleccionats. Es mostra la línia del total i la posició per sexe. Les proporcions han estat estandarditzades pel mètode directe, prenent com a població tipus l'estructura per al conjunt de Catalunya l'1 de gener de 2014, segons el Padró municipal d'habitants de l'Institut d'Estadística de Catalunya. Les tendències representades a partir de percentatges estandarditzats mostren línies més suaus que les observades amb els percentatges bruts, alhora que aproximen els valors entre homes i dones i, fins i tot, en algun dels indicadors, n'alteren l'ordre.

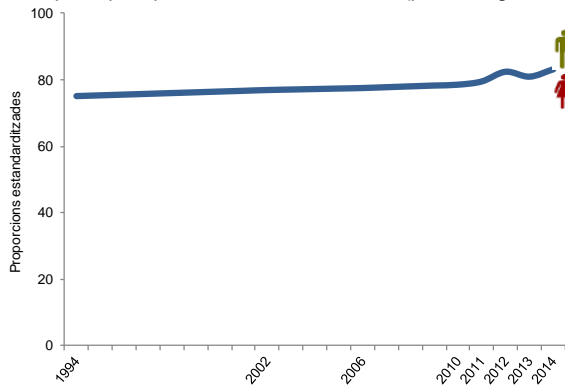
En relació amb els indicadors estandarditzats d'estat de salut, l'autopercepció positiva de l'estat de salut millora al llarg del període, alhora que augmenten les prevalències de població amb problemes de salut crònics. Respecte al 2006, es manté estable la prevalença de l'excés de pes en la població de 18 a 74 anys, disminueix la del sobrepès i augmenta la prevalença de l'obesitat. Respecte al 1994, disminueix la prevalença de la població amb risc de patir un problema de salut mental i la de la població amb discapacitat. Al llarg del període es manté estable la prevalença de les persones a les quals el dolor i el malestar minva la qualitat de vida. La prevalença de les persones amb ansietat o depressió està per sota del nivell de 2006, en nivells similars als darrers quatre anys.

Pel que fa als comportaments relacionats amb la salut, la tendència descendent del consum de tabac es manté des del 1994. El consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més se situa l'any 2014 en uns valors similars a l'any 1994. El sedentarisme en la població de 18 a 74 anys mostra una tendència creixent entre el 2010 i el 2014, i s'observa una tendència decreixent de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys entre el 2010 i el 2014. Pel que fa a les pràctiques preventives, la mesura de la pressió arterial es manté estable en els nivells del 2002. La mesura del nivell de colesterol a la sang, la pràctica d'una citologia periòdica i la mamografia periòdica creixen al llarg del període, amb valors elevats.

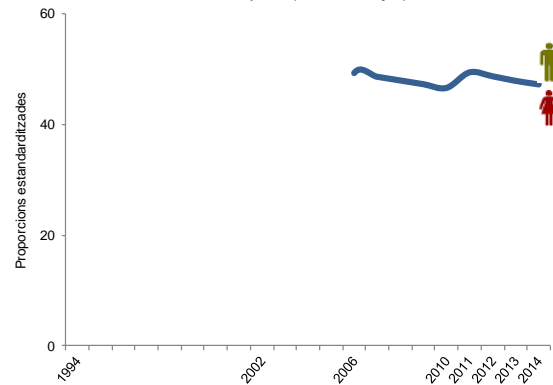
La doble cobertura sanitària té un màxim el 2010, moment a partir del qual el percentatge disminueix, amb un repunt a l'últim any. El consum de medicaments mostra una tendència creixent fins al 2010 i a continuació decreixent. La proporció de població que ha visitat un professional de la salut el darrer any es manté estable al llarg del període. La proporció de població que ha visitat un servei d'urgències el darrer any i la proporció que ha estat hospitalitzada el darrer any mostren una tendència decreixent. Finalment, la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats el darrer any té una tendència creixent des de l'any 2006.

Gràfic 32. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 1994-2014

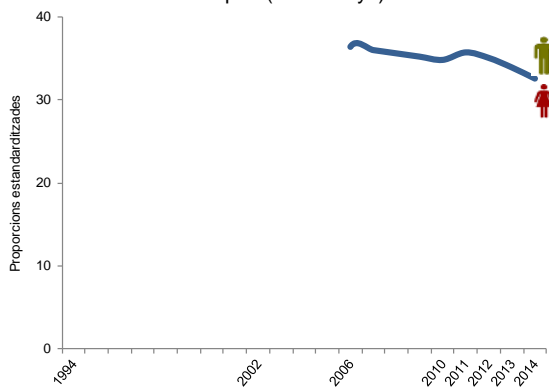
Autopercepció positiva de l'estat de salut (població general)



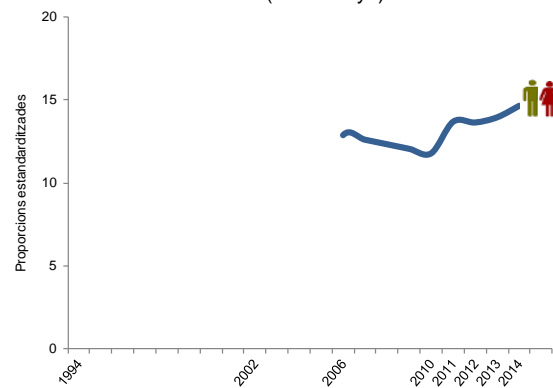
Excés de pes (18-74 anys)



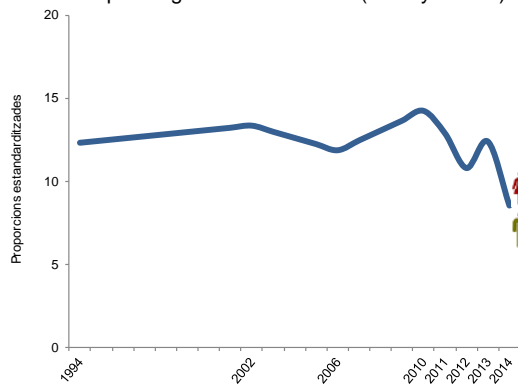
Sobrepès (18-74 anys)



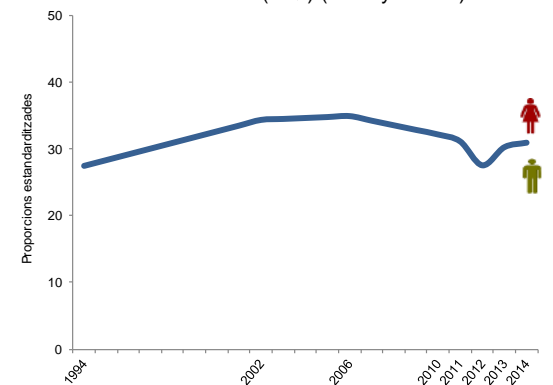
Obesitat (18-74 anys)



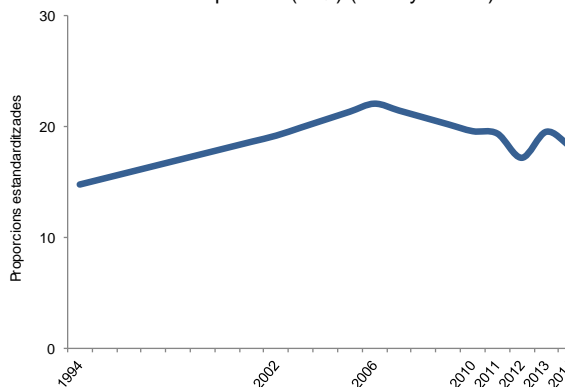
Risc de patir algun trastorn mental (15 anys i més)



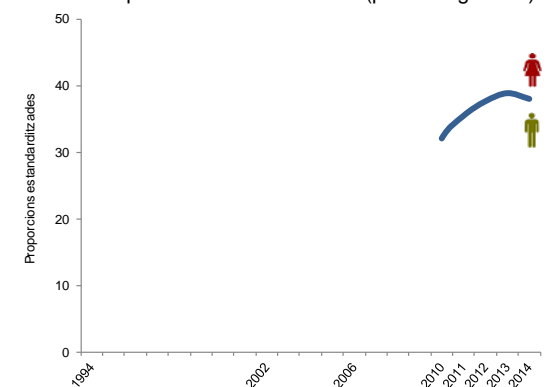
Dolor o malestar (EQ*) (15 anys i més)



Ansietat o depressió (EQ*) (15 anys i més)



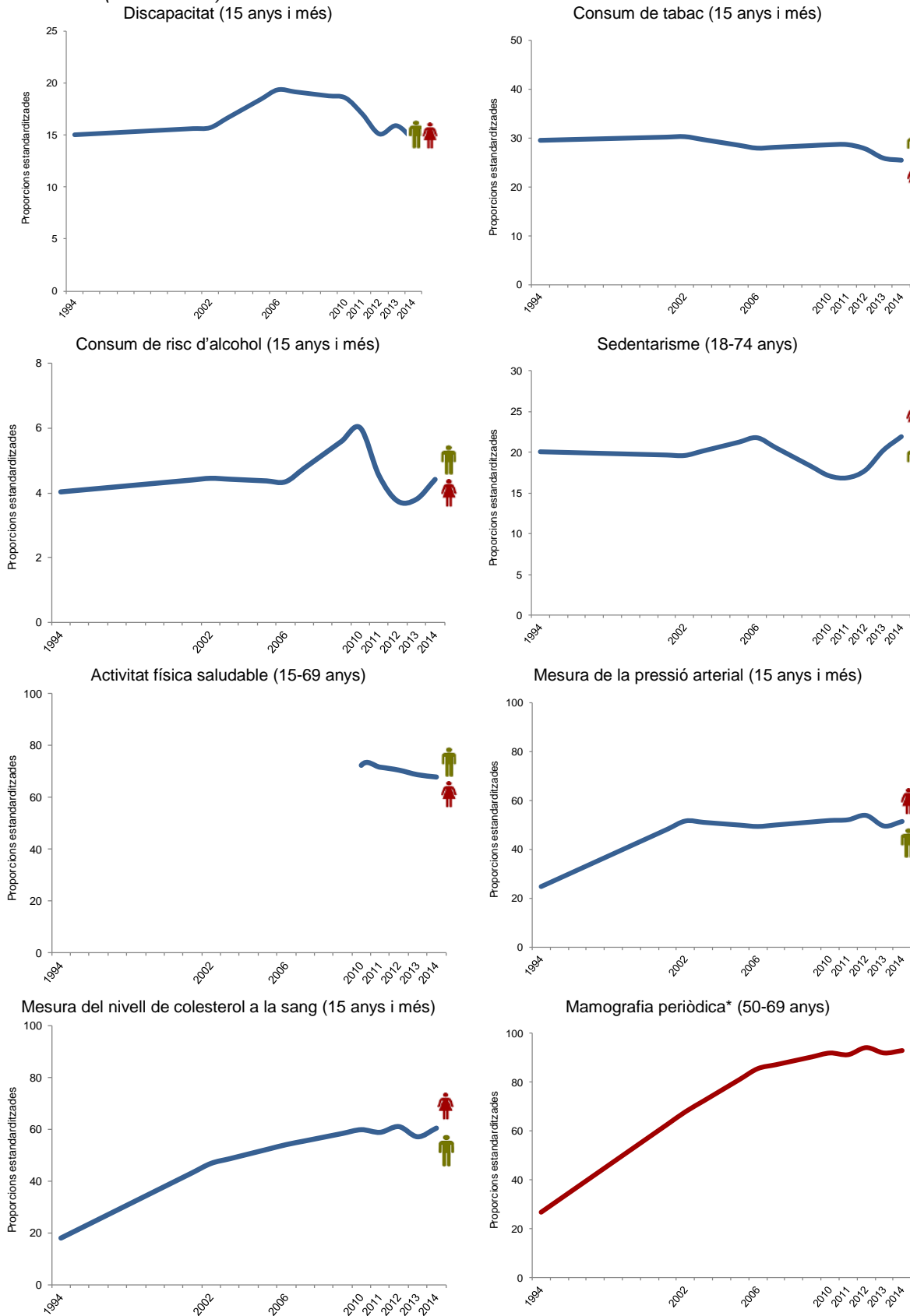
Malaltia o problema de salut crònic (població general)



Estandardització segons mètode directe. Població tipus l'1 de gener de 2014, segons el Padró municipal d'habitants de l'Idescat.
* EQ 5D-3L: 1994, 2002, 2006, 2010. EQ 5D-5L: 2011, 2012, 2013, 2014.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Gràfic 32. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 1994-2014 (continuació)

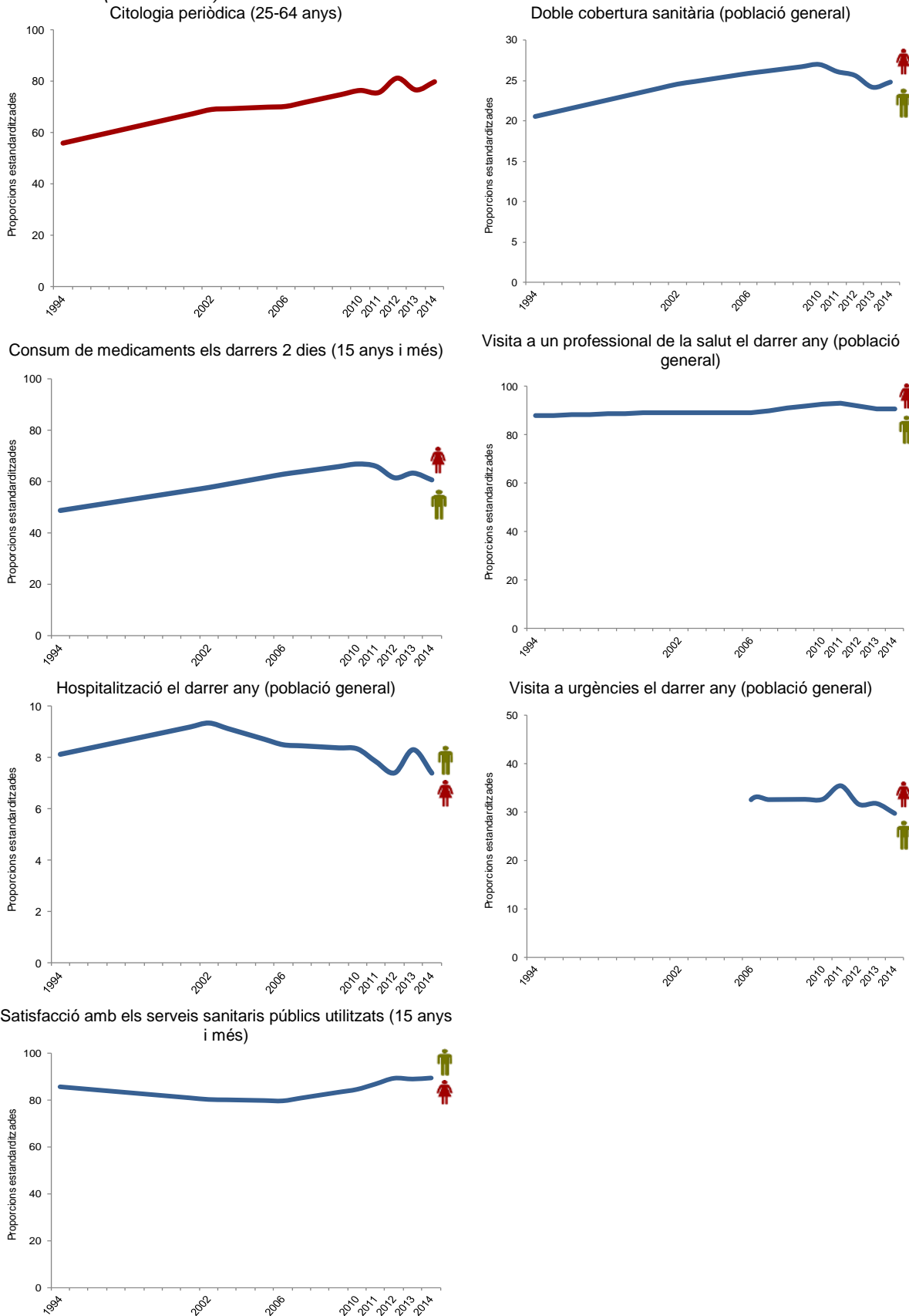


Estandarització segons mètode directe. Població tipus l'1 de gener de 2014, segons el Padró municipal d'habitants de l'Idescat.

* Proportions no estandarditzades, específiques del grup d'edat de 50 a 69 anys.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Gràfic 32. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 1994-2014 (continuació)



Estandardització segons mètode directe. Població tipus l'1 de gener de 2014, segons el Padró municipal d'habitants de l'Idescat. Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

13 Balanç dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 estableix 27 objectius generals de salut i de disminució de risc, 13 previstos en l'horitzó 2020 i 14 en l'horitzó 2015. Aquests objectius s'han formulat prenent com a marc de referència les directrius del Departament de Salut, les directrius de l'OMS per a la Regió Europea i les recomanacions dels experts nacionals i internacionals.^{18,19,20,21} El primer objectiu, de caràcter general, és augmentar la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut (EVBS), actualment un dels principals indicadors estructurals europeus.²² La resta d'objectius estan orientats a reduir la morbimortalitat per als principals problemes de salut que cal afrontar a Catalunya i a millorar els resultats en termes de qualitat de l'atenció rebuda.

El Pla de salut 2011-2015 estableix el compromís d'avaluar anualment l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc. Aquest apartat presenta l'actualització dels valors dels indicadors dels 27 objectius generals de salut i la valoració del seu assoliment pràcticament al final del període de vigència del Pla de salut de Catalunya 2011-2015.²³

De cadascun dels 27 objectius es presenta l'enunciat de l'objectiu, l'indicador d'avaluació i, si escau, informació de context. A continuació es valora l'assoliment actual de l'objectiu a partir de la diferència entre el resultat observat i el valor esperat, estimat mitjançant una tendència lineal entre el punt de partida (la majoria amb el valor inicial de l'any 2011) i el valor que s'ha d'assolir, segons la naturalesa de l'objectiu, el 2015 o el 2020. També es valora la tendència que presenten els resultats al llarg del període en relació amb la tendència prevista per a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015 o bé l'any 2020. Per últim, en funció de la informació disponible, el valor de l'indicador es posa en relació amb el d'altres països de la Unió Europea o bé amb el de la resta de comunitats autònomes.

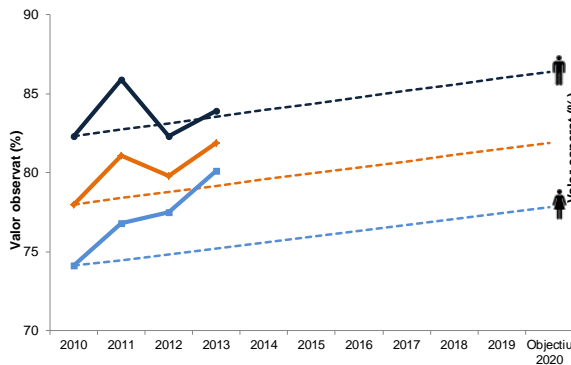
Atenent al diferent horitzó temporal d'assoliment i la disponibilitat d'indicadors, en primer lloc es presenten els objectius establerts en l'horitzó 2020 i, la posició relativa de Catalunya en el context dels països de la Unió Europea. En el segon apartat es presenten els objectius l'assoliment dels quals està previst a l'any 2015 i la posició relativa en el context estatal. En l'apartat final es presenta la valoració conjunta de l'assoliment dels objectius de salut i la seva posició relativa en el context de referència.

13.1 Els objectius de salut en l'horitzó 2020

1 Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones

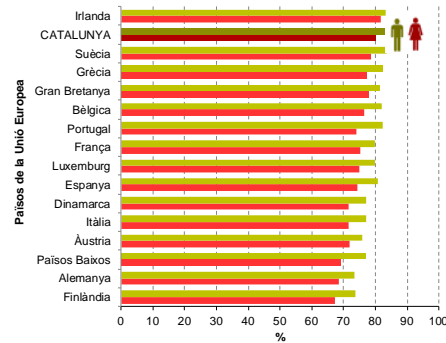
- Indicador** Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%).
- Comentari** L'esperança de vida en bona salut (EVBS) indica el nombre d'anys que una persona pot esperar viure amb bona salut. Amb l'allargament de l'esperança de vida (EV) que s'ha produït en les darreres dècades, interessa saber si els anys afegits a la vida són viscuts o no en bona salut.
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat.
- Respecte de 14 països europeus (UE-15), Catalunya té el segon quocient entre l'EVBS i l'EV més elevat.

Evolució i assoliment de l'objectiu 1. Quocient entre l'EVBS i l'EV, per sexe



Font: RMC 2010-2013; ESCA 2011-2014. Departament de Salut.

Quocient entre l'esperança de vida en bona salut (EVBS, Healthy life years) i l'esperança de vida (EV) per sexe. Països de la Unió Europea (14 països) i Catalunya

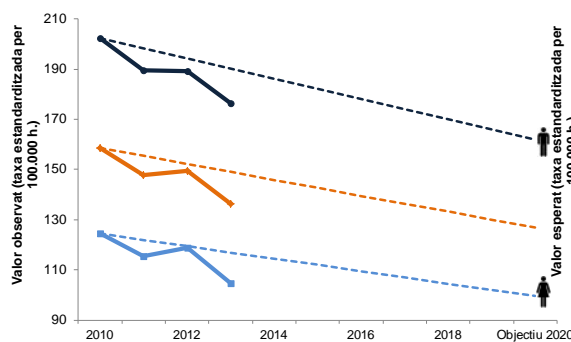


Font: Eurostat 2013.

2 Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori

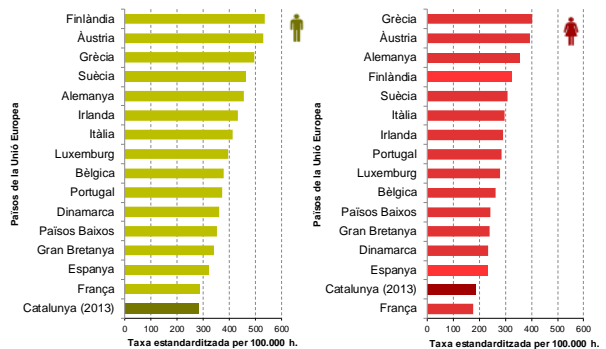
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori.
- Comentari** La mortalitat proporcional de malalties de l'aparell circulatori és la segona causa de mort a Catalunya l'any 2013, la segona en homes (25,7%) i la primera en dones (31,0%).
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat.
- Respecte dels països de la UE-15, Catalunya té la taxa de mortalitat estandarditzada més baixa en els homes, i la segona més baixa en les dones.

Evolució i assoliment de l'objectiu 2. Mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe. UE-15 2012 i Catalunya 2013

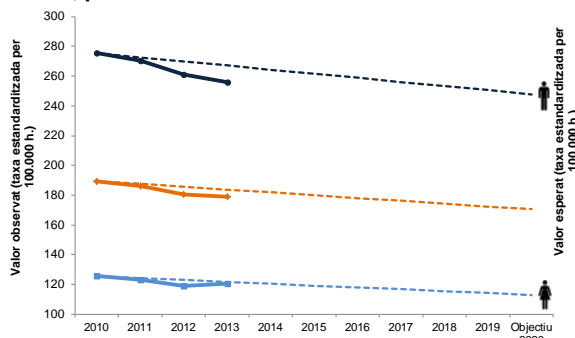


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

3 Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer

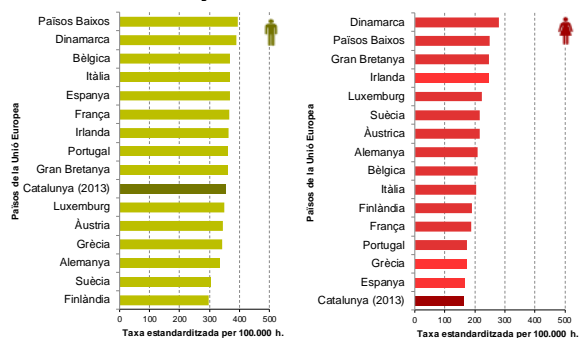
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de càncer.
- Comentari** La mortalitat proporcional de càncer és la primera causa de mort a Catalunya l'any 2013, la primera en homes (34,4% de les defuncions) i la segona en dones (23,1%).
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu de reducció de la taxa de mortalitat per càncer. L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment, en línia amb el valor esperat.
Respecte dels països europeus de la UE-15, Catalunya ocupa una posició intermèdia en els homes i té la taxa de mortalitat per càncer en dones més baixa.

Evolució i assoliment de l'objectiu 3. Mortalitat per càncer, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013

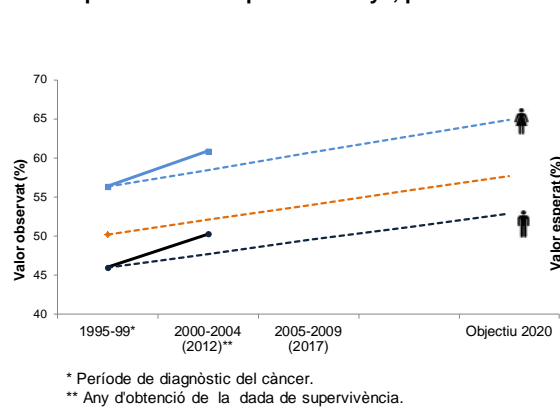


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

4 Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer al cap de cinc anys

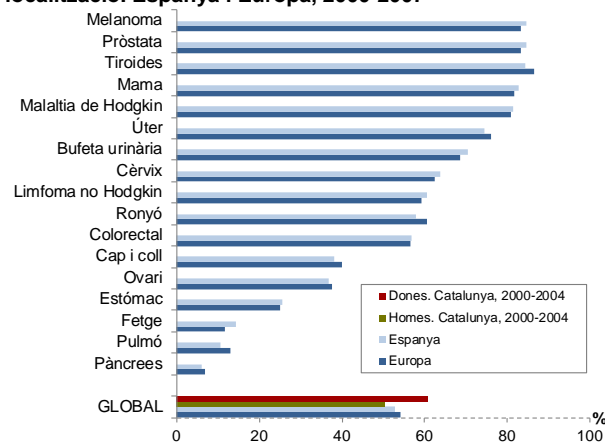
- Indicador** Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys (%).
- Comentari** Eurocare, el projecte col·laboratiu d'anàlisi de supervivència dels registres de càncer europeus, actualitza els resultats amb periodicitat quinquennal.
- Valoració** La informació de l'indicador s'actualitza quinquennalment. Segons les dades del 2012, la tendència és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.
En relació amb els 23 països europeus analitzats, amb percentatges de cobertura de registre molt diversos, les dades mostren que la supervivència de càncer al cap de cinc anys és similar a la mitjana, tant en homes com en dones, així com en els tipus de càncer més freqüents.

Evolució i assoliment de l'objectiu 4. Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys, per sexe



Font: Registre de càncer de Tarragona i Girona, 1995-1999 i 2000-2004

Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys per localització. Espanya i Europa, 2000-2007

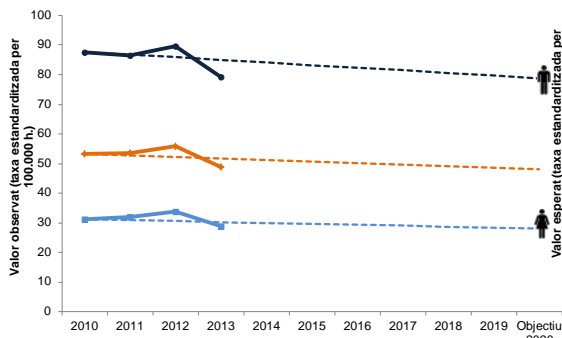


Font: Eurocare-5, 2000-2007. Registres de càncer de Girona i Tarragona, 2000-2004.

5 Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries

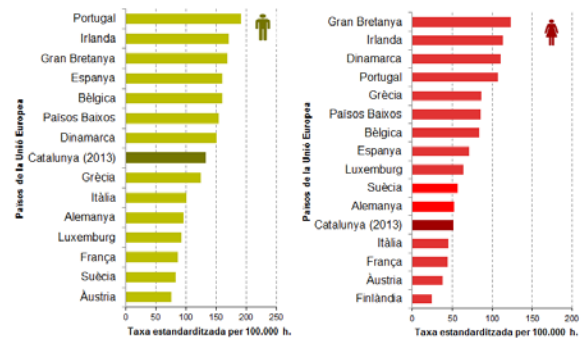
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori.
- Comentari** Les malalties de l'aparell respiratori són la tercera causa de defunció a Catalunya l'any 2013 (10,1%; l'11,7% en els homes i el 8,4% en les dones).
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i el ritme d'assoliment de l'objectiu és satisfactori, en línia amb el valor esperat.
Respecte dels països de la UE-15, en homes la mortalitat per malalties del sistema respiratori se situa en un nivell intermedi, i en dones ocupa el cinquè lloc en els valors més baixos.

Evolució i assoliment de l'objectiu 5. Mortalitat per malalties respiratòries, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013

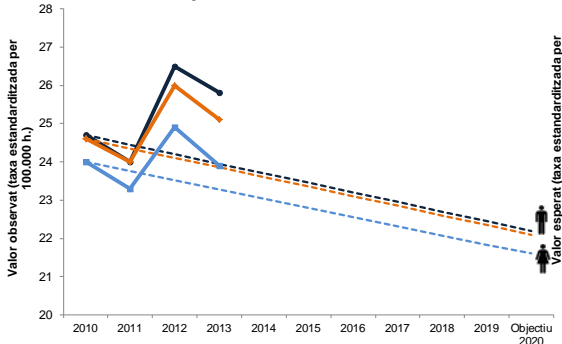


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

6 Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals

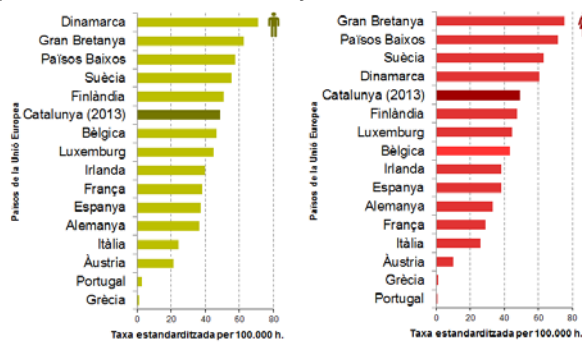
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties mentals.
- Comentari** El 6,2% de les defuncions l'any 2013 són atribuïbles a malalties mentals (4,0% en els homes i 8,5% en les dones), de les quals el 96,8% són per demència. L'Alzheimer és una malaltia del sistema nerviós i dels sentits no inclosa en el grup dels trastorns mentals.
- Valoració** El valor de l'indicador no és l'esperat. L'evolució presenta oscil·lacions que fan difícil valorar l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.
Respecte dels països de la UE-15, Catalunya ocupa una posició intermèdia en ambdós sexes.

Evolució i assoliment de l'objectiu 6. Mortalitat per malalties mentals, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013

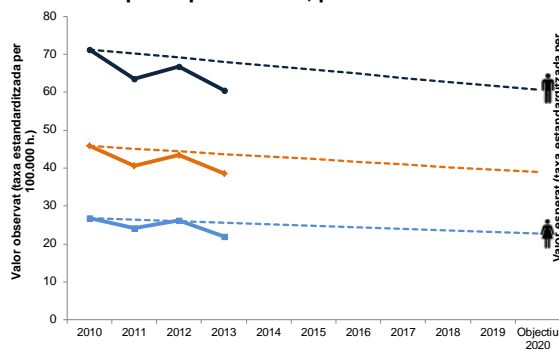


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

7 Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor

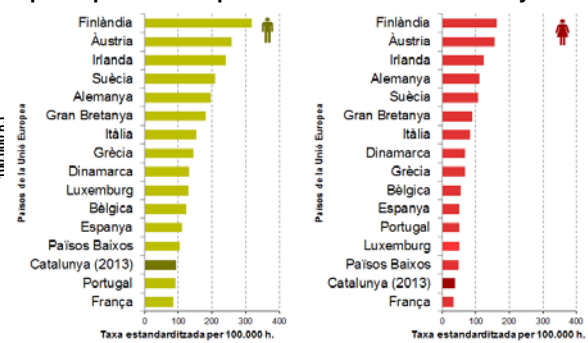
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor.
- Comentari** La mortalitat per malalties isquèmiques del cor és el grup més important dins de les defuncions per malalties de l'aparell circulatori, ja que representen el 26,4% d'aquestes defuncions (33,6%, en els homes, i 20,3% en les dones).
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu i superior a l'esperat.
Respecte dels països de la UE-15, la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor és baixa. Ocupa la tercera posició en homes, i la segona en dones.

Evolució i assoliment de l'objectiu 7. Mortalitat per malalties isquèmiques del cor, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013

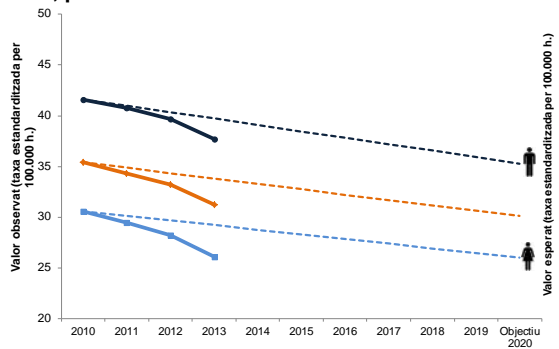


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

8 Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus

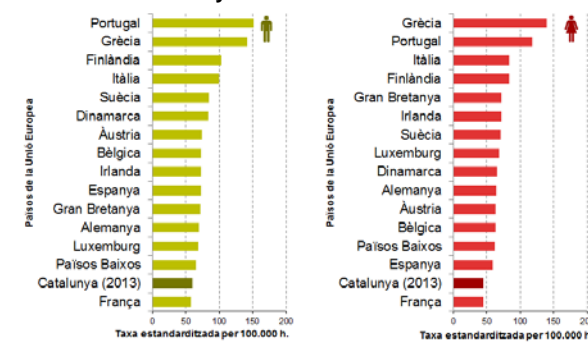
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars.
- Comentari** Dins de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, la mortalitat per malalties cerebrovasculars és el segon grup més important en nombre de defuncions. L'any 2013 representa el 22,8% d'aquestes defuncions (el 21,5% en els homes i el 23,9% en les dones).
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat.
Respecte dels països europeus (UE-15), Catalunya té la segona taxa més baixa en tots dos sexes.

Evolució i assoliment de l'objectiu 8. Mortalitat per ictus, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per ictus per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013

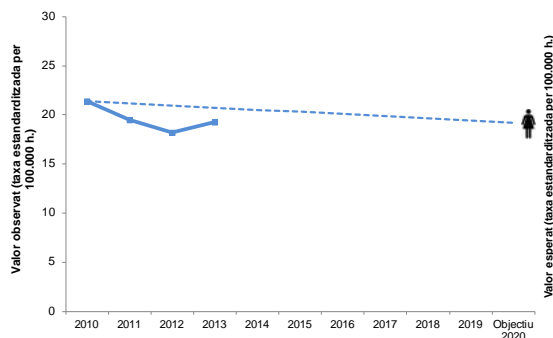


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

9 Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per càncer de mama

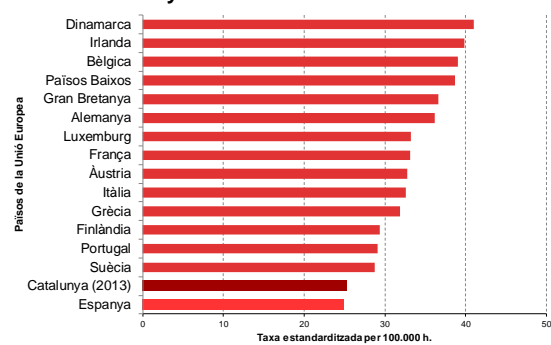
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de tumor maligne de mama.
- Comentari** El càncer de mama és el principal tipus de càncer en dones (1.033 defuncions l'any 2013). El 3,5% de les defuncions en dones són atribuïbles al càncer de mama. Les causes de mortalitat que són més freqüents que el càncer de mama es concentren en edats més avançades.
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu i superior a l'esperat.
- Respecte dels països de la UE-15, Catalunya té la segona taxa més baixa de mortalitat per aquesta causa.

Evolució i assoliment de l'objectiu 9. Mortalitat per càncer de mama



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama. UE15 2012 i Catalunya 2013

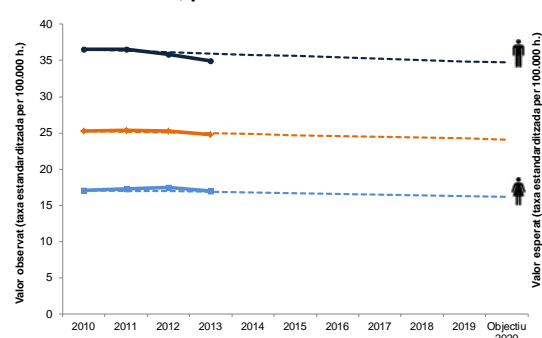


Font: Eurostat 2012. RMC 2013

10 Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal

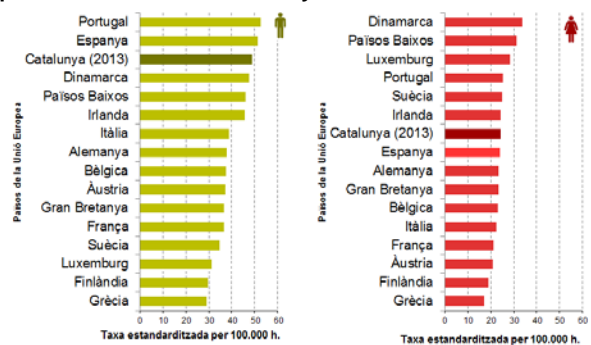
- Indicador** Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal.
- Comentari** La taxa de mortalitat per tumors malignes de budell gros és del 18,9 per 100.000 habitants i la de recte i anus és del 5,9. La diferència de mortalitat entre aquests dos tipus de càncer està relacionada amb la diferent freqüència de cada localització, ja que la supervivència relativa és similar entre ambdós tipus de tumors.
- Valoració** La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 i l'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en línia amb el valor esperat.
- Respecte dels països de la UE-15, Catalunya té la tercera taxa estandarditzada de mortalitat més elevada en els homes, mentre que en les dones ocupa una posició central.

Evolució i assoliment de l'objectiu 10. Mortalitat per càncer colorectal, per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer colorectal per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013



Font: Eurostat 2012. RMC 2013

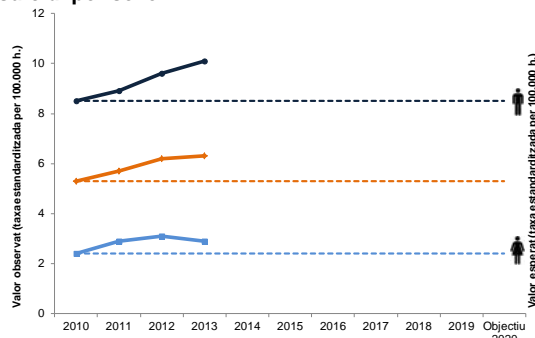
11 Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi

Indicador Taxa de mortalitat per 100.000 habitants estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions.

Comentari Les defuncions per suïcidi representen el 0,9% de les defuncions totals de Catalunya l'any 2013, i el 20,6%, dins del gran grup de causes externes (28,2% en els homes i 10,9% en les dones). Tres de cada quatre suïcidis són d'homes i dos de cada tres són de persones de menys de 65 anys.

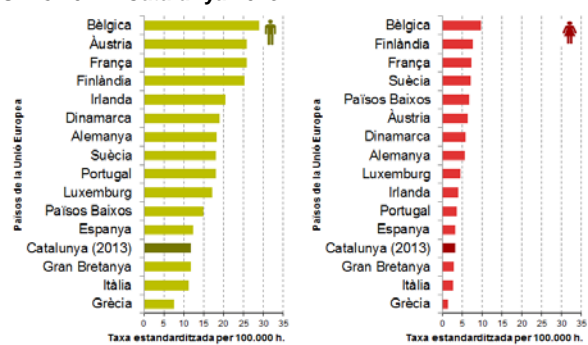
Valoració El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència en el període observat és contrària a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 en els homes i el total. En les dones, la disminució iniciada el darrer any, en el cas de mantenir-se, podria conduir a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020. Respecte dels països europeus (UE-15), Catalunya té la quarta taxa de mortalitat per suïcidi més baixa en tots dos sexes.

Evolució i assoliment de l'objectiu 11. Mortalitat per suïcidi per sexe



Font: RMC 2010-2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidi per sexe. UE15 2012 i Catalunya 2013



Font: Eurostat 2012. RMC 2013

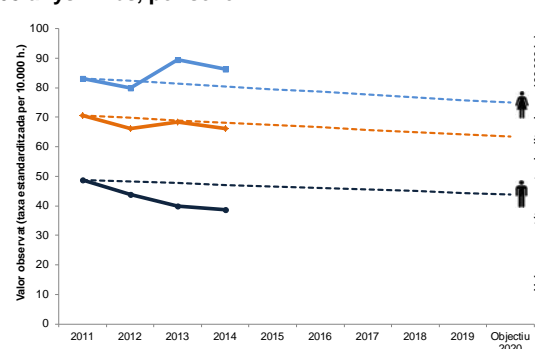
12 Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur en les persones entre 65 anys i més

Indicador Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més.

Comentari Les fractures de coll de fèmur s'incrementen exponencialment amb l'edat. A grans trets, un 10% es produeixen en població de 65 a 74 anys; un 40%, en població de 75 a 84 anys i un 50%, en població de 85 anys i més. Tres quartes parts de les hospitalitzacions per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més són de dones. La taxa de les dones duplica la dels homes.

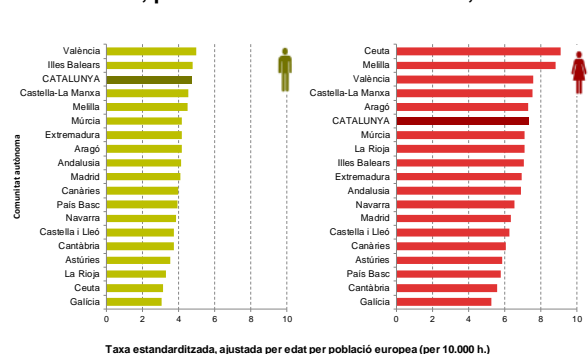
Valoració L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat, en els homes i el total. En les dones, el valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 en els homes i el total. En les dones, en cas de mantenir-se la disminució iniciada el darrer any, es podria assolir l'objectiu 2020. En el context estatal, l'hospitalització per fractura de coll de fèmur a Catalunya és elevada en homes, i se situa en una posició intermèdia en dones.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 12. Ingress hospitalari per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més, per sexe



Font: CMBDHA, 2011-2014.

Taxa estandarditzada d'hospitalització per fractura de coll de fèmur, per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: MSSSI. CMBD, 2012

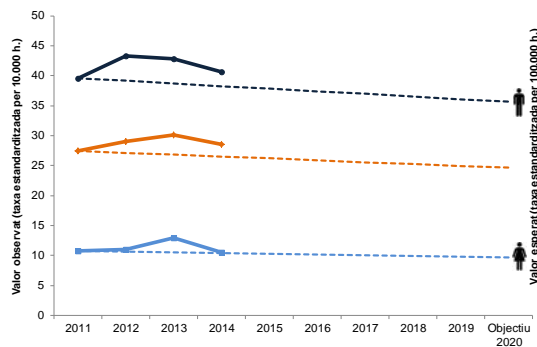
13 Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys

Indicador Taxa d'amputacions per 10.000 habitants en persones amb diabetis de 45 a 74 anys

Comentari En la població de 45 a 74 anys la prevalença de diabetis és del 10,1%, més elevada en els homes (12,4%) que en les dones (7,9%). Entre el 10% i el 15% dels pacients amb diabetis desenvolupen una úlcera de peu diabètic, el doble que en la població general. La taxa d'amputacions en els homes és superior a la de les dones, i s'hi observa una diferent distalitat, ja que les amputacions en els homes són més freqüents, però de menys gravetat.

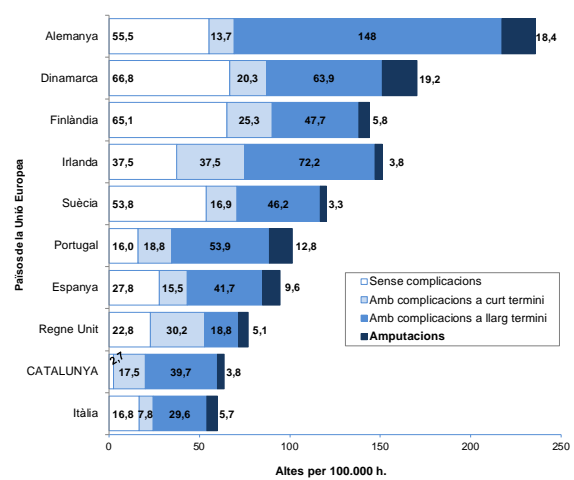
Valoració L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en la línia a l'esperat, en les dones. En els homes i el total, el valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador apuntada el darrer any, en cas de mantenir-se, permetria l'assoliment de l'objectiu l'any 2020. Catalunya es troba entre els països de la Unió Europea amb una menor hospitalització per complicacions de la diabetis. Destaca, especialment, la baixa hospitalització per amputacions.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 13. Amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys, per sexe



Font: CMBDHA, 2011-2014.

Hospitalitzacions per diabetis (per 100.000 habitants) en una selecció de 9 països europeus i Catalunya



Font: OCDE, 2009-2011 i CMBD-HA, 2012.

13.2 Els objectius de salut en l'horitzó 2015

14 Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme

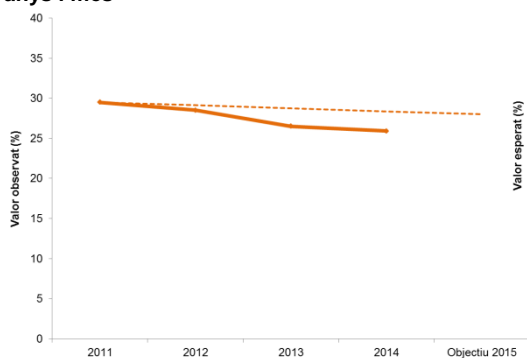
Indicador Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%).

Comentari Als països desenvolupats, el consum de tabac constitueix la primera causa prevenible de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures. El tabaquisme és un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques i d'un nombre important de neoplàsies.

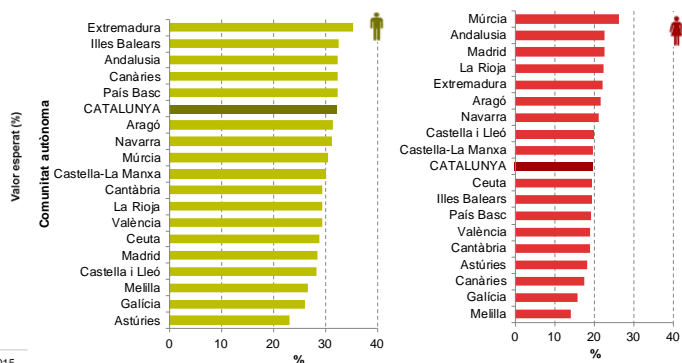
Valoració L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

L'any 2014 la prevalença de consum de tabac a Catalunya és la vuitena més elevada de l'estat. Se situa per sobre de la mitjana en homes i per sota en dones.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 14. Prevalença de consum de tabac en població de 15 anys i més



Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2014



Font: ESCA, 2011-2014.

Font: EES, 2014.

15 Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme

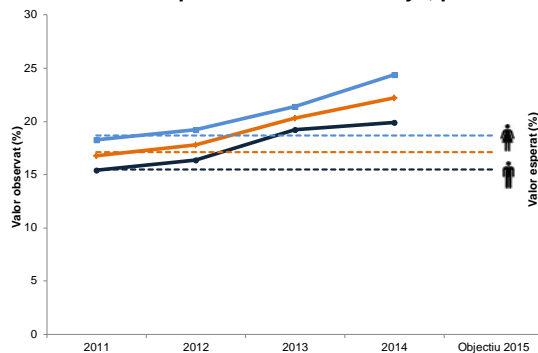
Indicador Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%).

Comentari El sedentarisme és un factor de risc important que pot desencadenar una gran part dels problemes de salut crònics, cardiovasculars, una diabetis de tipus 2 o un càncer de mama i pulmó entre d'altres. A escala mundial és la causa d'un 9% de la mortalitat prematura. La importància en la salut del sedentarisme de la població és, sobretot, per l'alta prevalença més que no pas pel risc de mort.

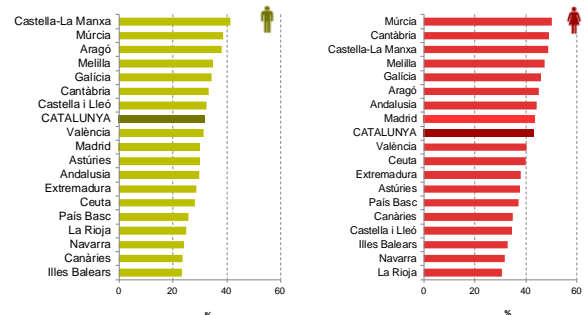
Valoració El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és contrària a la prevista i no es preveu l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

La prevalença de sedentarisme en població de 15 anys i més a Catalunya se situa per sobre de la mitjana estatal en homes i en dones.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 15. Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys, per sexe



Prevalença de sedentarisme en població de 15 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2014



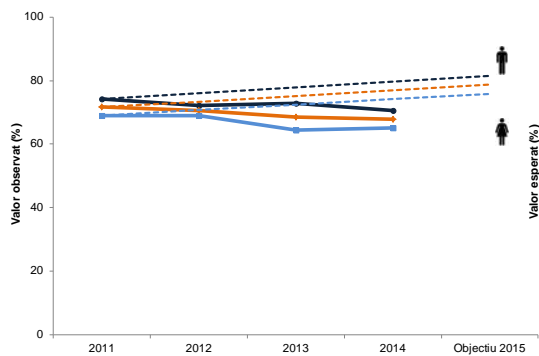
Font: ESCA, 2011-2014.

Font: MSSSI i INE, 2014.

16 Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana

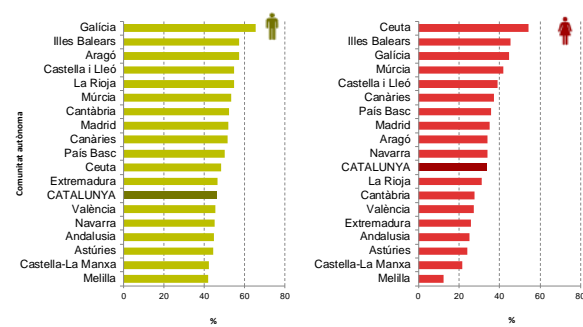
- Indicador** Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ), població de 15 a 69 anys (%).
- Comentari** Practicar un mínim de 30 minuts d'activitat física moderada cinc cops per setmana redueix a la meitat el risc de patir malalties cardiovasculars, diabetis de tipus 2 i obesitat. També disminueix l'estrès i millora la salut mental en general. L'activitat física acumulada al llarg del dia i integrada en la rutina diària és una eina de promoció de la salut i de prevenció i control de les malalties.
- Valoració** El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és contrària a la prevista i no es preveu l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.
Catalunya ocupa una posició intermèdia en el context estatal quant a la prevalença d'activitat física moderada i intensa en homes i dones de 15 a 69 anys.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 16. Prevalença d'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys, per sexe



Font: ESCA, 2011-2014.

Prevalença d'activitat física moderada i intensa realitzada durant la darrera setmana en població de 15 a 69 anys, per sexe i comunitat autònoma, 2011

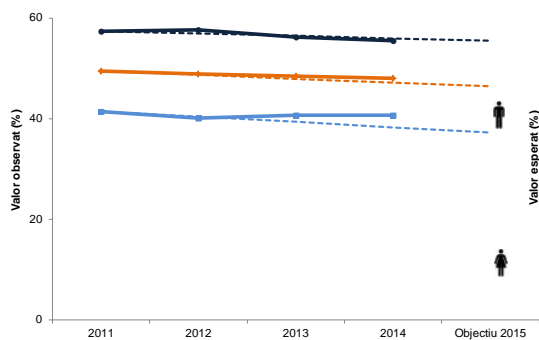


Font: MSSSI i INE, 2011.

17 Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població

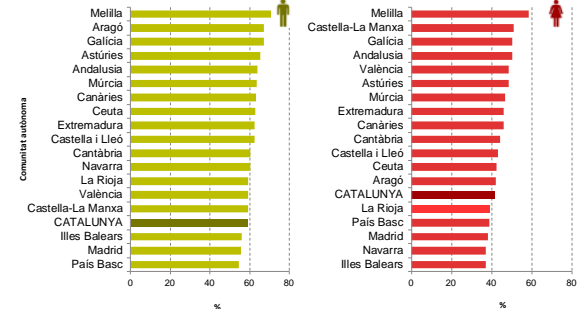
- Indicador** Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%).
- Comentari** L'excés de pes (sobrepès o obesitat) és l'acumulació anormal o excessiva de greix corporal. És un factor de risc de malalties cardiovasculars, diabetis, malalties musculoesquelètiques i d'alguns càncers (endometrial, mama i còlon).
- Valoració** L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori entre els homes, segons l'esperat, però no entre les dones. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu 2015 en els homes.
La prevalença d'excés de pes a Catalunya està per sota de l'estatal.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 17. Prevalença d'excés de pes en població de 18 a 74 anys, per sexe



Font: ESCA, 2011-2014.

Prevalença d'excés de pes en població de 18 i més per sexe i comunitat autònoma, 2014

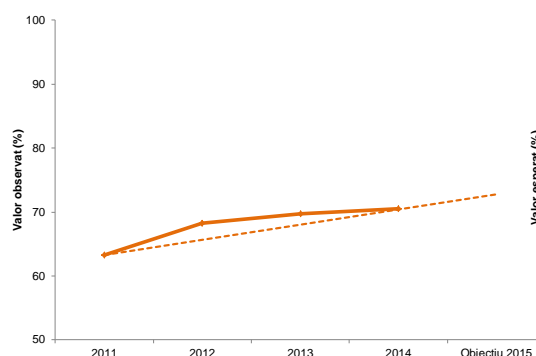


Font: MSSSI i INE, 2014.

18 Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg

Indicador	Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA<140/90mmHg (%).
Comentari	La hipertensió arterial (HTA) és el segon problema de salut de la població més freqüentment atès a l'atenció primària de salut de l'ICS, amb quasi un milió de persones diagnosticades (44.290 amb una HTA complicada) i una freqüència relativa del 17,7% (el 16,9% en els homes i 18,4% en les dones), segons dades del Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària-Institut Català de la Salut (SISAP-ICS) del primer trimestre de 2015. ²⁴
Valoració	L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 18. Pacients hipertensos de 15 anys i més atesos a l'AP amb valors de pressió arterial <140/90 mmHg

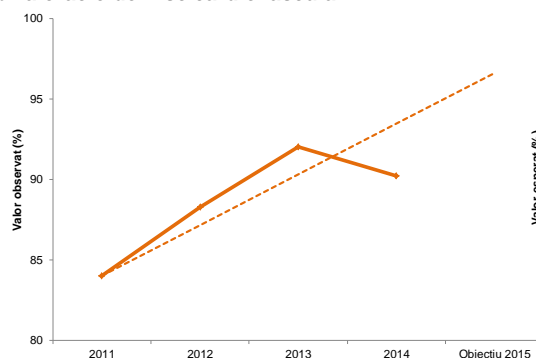


Font: SISAP-ICS, 2011-2014.

19 Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200mg/dl amb valoració del risc cardiovascular

Indicador	Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular.
Comentari	El colesterol elevat és, juntament amb la HTA i l'obesitat, un trastorn de salut i un factor de risc cardiovascular modificable mitjançant els fàrmacs i els canvis en els estils de vida (reducció del consum d'alcohol, del pes i del consum de sal; i increment de l'activitat física). La valoració del risc cardiovascular de les persones amb hipercolesterolèmia és fonamental per a la prevenció.
Valoració	El valor de l'indicador no és l'esperat. L'evolució és favorable, però la tendència de l'indicador iniciada el darrer any és contrària a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 19. Pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular



Font: SISAP-ICS, 2011-2014.

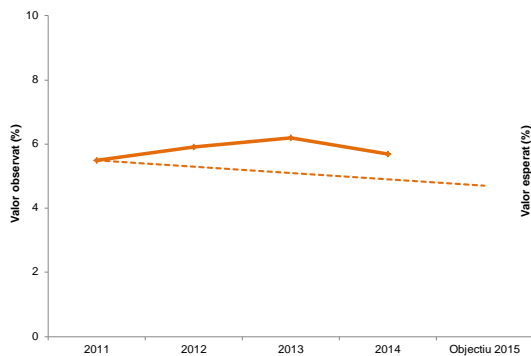
20 Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb diabetis

Indicador Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés al cap de 30 dies (%).

Comentari Es considera reingrés l'ingrés programat o urgent que es produeix després de l'alta del pacient en un termini determinat (30 dies) i per un motiu relacionat o no amb el que va justificar el primer ingrés. El reingrés és un indicador de qualitat assistencial, i es veu afectat per la complexitat i severitat de la patologia juntament amb l'edat del pacient.

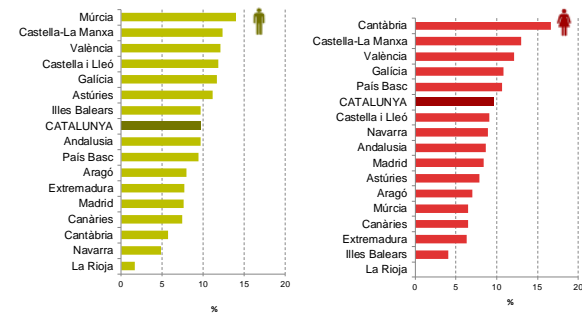
Valoració El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador no és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.
La taxa de reingressos a Catalunya en pacients de 36 anys i més amb diabetis està per sota de la mitjana estatal.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 20. Reingressos al cap de 30 dies en pacients amb diabetis



Font: CMBDHA, 2011-2014.

Percentatge de reingressos al cap de 30 dies per diabetis en persones de 36 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: MSSSI i INE, 2012.

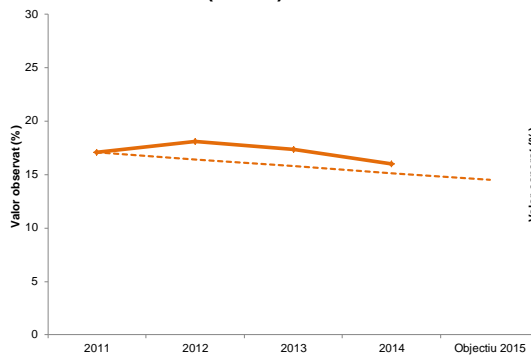
21 Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)

Indicador Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés al cap de 30 dies (%).

Comentari El reingrés és un indicador de qualitat assistencial, i es veu afectat per la complexitat i severitat de la patologia juntament amb l'edat del pacient.

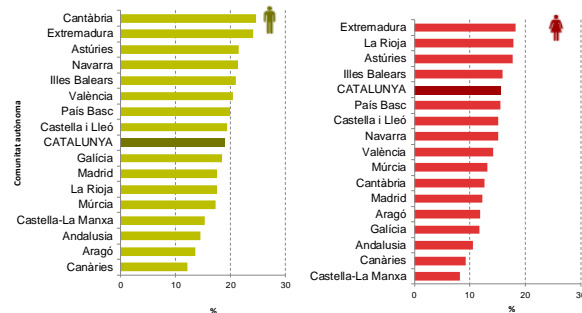
Valoració El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.
La taxa de reingressos de pacients amb MPOC està per sobre de la mitjana estatal.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 21. Reingressos al cap de 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)



Font: CMBDHA, 2011-2014.

Percentatge de reingressos al cap de 30 dies de pacients amb MPOC, per sexe i comunitat autònoma, 2012

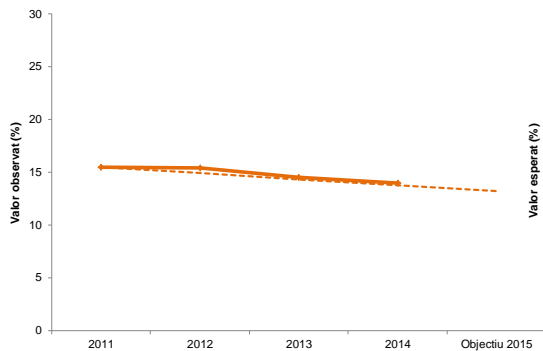


Font: MSSSI i INE, 2012

22 Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC)

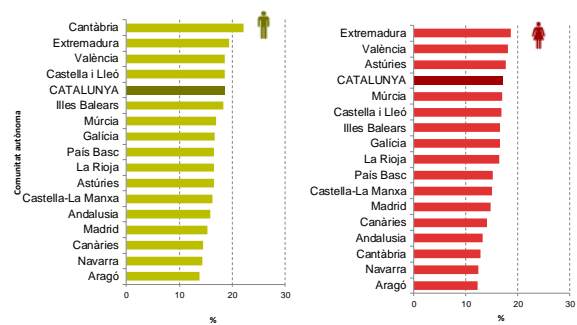
- Indicador** Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés al cap de 30 dies (%).
- Comentari** Es considera reingrés l'ingrés programat o urgent que es produeix després de l'alta del pacient en un termini determinat (30 dies) i per un motiu relacionat o no amb el que va justificar el primer ingrés. El reingrés és un indicador de qualitat assistencial, i es veu afectat per la complexitat i severitat de la patologia juntament amb l'edat del pacient.
- Valoració** L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015. La taxa de reingressos a Catalunya està per sobre de la mitjana estatal.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 22. Reingressos al cap de 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC)



Font: SISAP-ICS, 2011-2014.

Percentatge de reingressos al cap de 30 dies per insuficiència cardíaca i xoc per sexe i comunitat autònoma, 2012

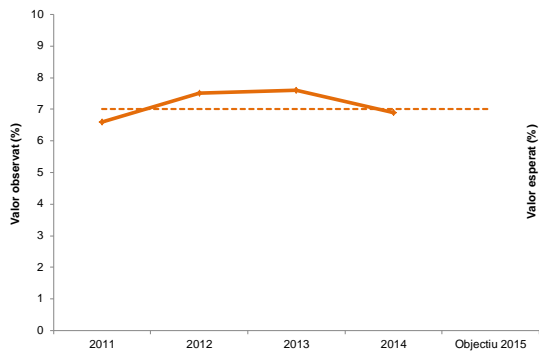


Font: MSSSI i INE, 2012

23 Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global

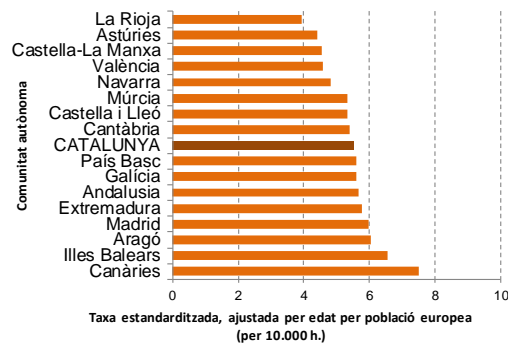
- Indicador** Prevalença d'infecció nosocomial global (%).
- Comentari** Les infeccions nosocomials són processos infecciosos adquirits durant l'estada en un centre hospitalari i que no eren presents ni es trobaven en període d'incubació en el moment de l'admissió del malalt. Impliquen augment de la morbimortalitat, increment de l'estada mitjana, pèrdua de qualitat de vida i increment de costos sanitaris i socials. El grup de població més vulnerable és el d'edat avançada, amb comorbiditat, severitat de la patologia i amb un ús més elevat de procediments diagnòstics i terapèutics.²⁵
- Valoració** L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en la línia a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015. La prevalença d'infecció nosocomial a Catalunya és similar a la de la mitjana espanyola.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 23. Prevalença d'infecció nosocomial global



Font: VINCAt, 2011-2014.

Prevalença de pacients amb infecció nosocomial adquirida durant l'hospitalització, per comunitat autònoma, 2012



Font: EPINE-EPPS, 2012.

24 Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll

Indicador Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%).

25 Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc

Indicador Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%).

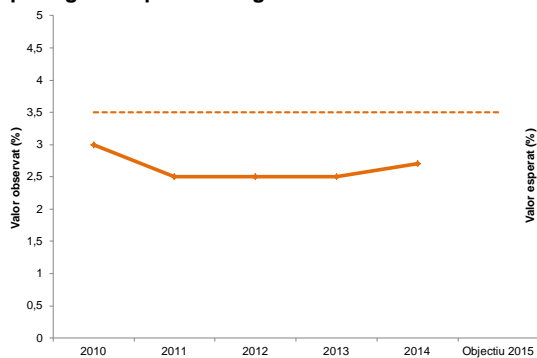
26 Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal

Indicador Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%).

27 Reduir per sota de 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica

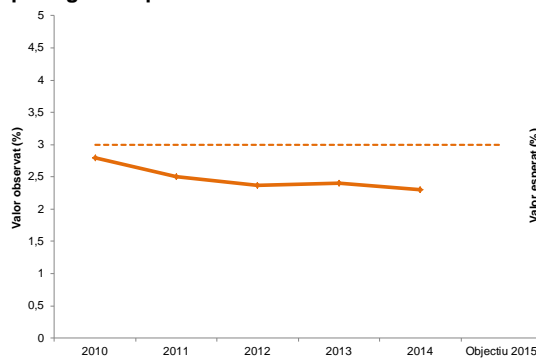
Indicador Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 24. Infecció quirúrgica en pròtesi de genoll



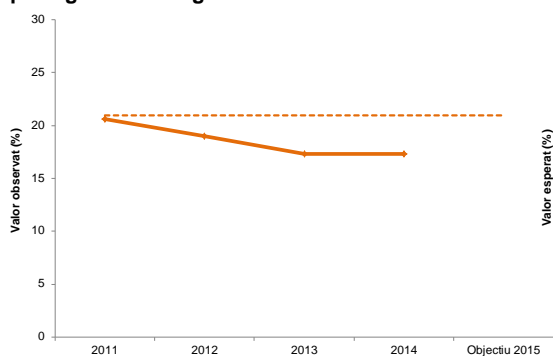
Font: VINCAt , 2011-2014.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 25. Infecció quirúrgica en pròtesi de maluc



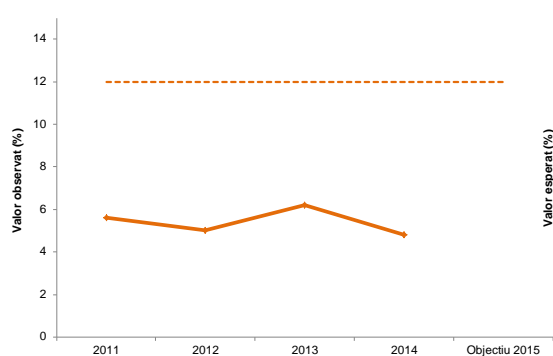
Font: VINCAt , 2011-2014.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 26. Infecció quirúrgica en cirurgia colorectal



Font: VINCAt , 2011-2014.

Evolució de l'assoliment de l'objectiu 27. Pneumònia associada a ventilació mecànica



Font: VINCAt , 2011-2014.

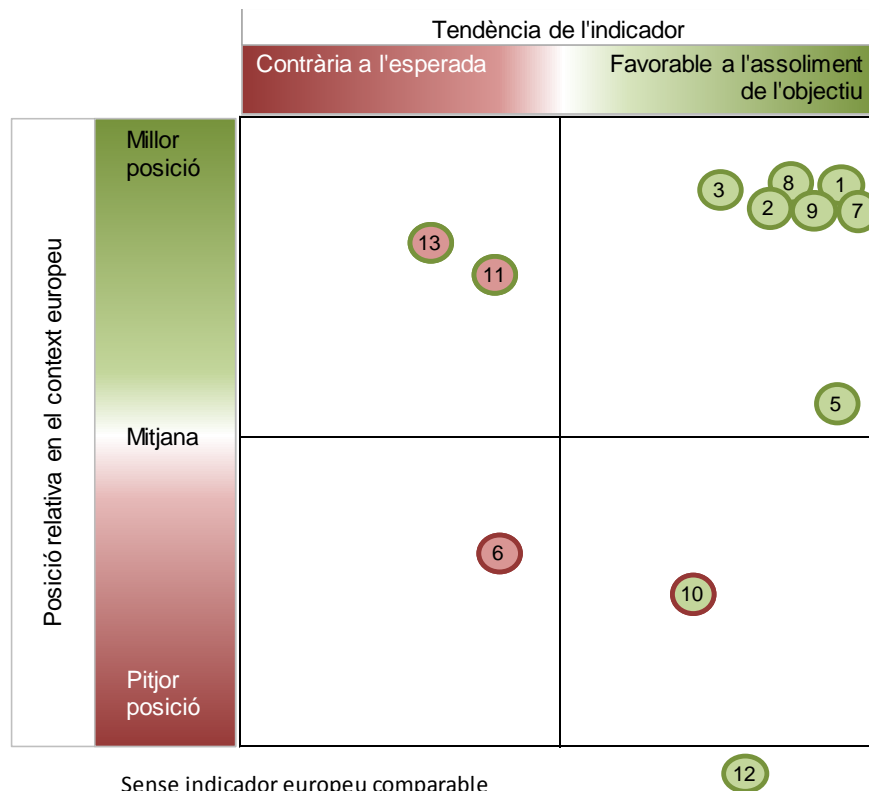
Valoració Els 4 indicadors mostren un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu i superior a l'esperat. La tendència dels indicadors és favorable a l'assoliment dels objectius l'any 2015.

13.3 Balanç dels objectius de salut en el context internacional i estatal

Actualment, dels 27 objectius establerts, 20 evolucionen favorablement i es preveu que es puguin assolir els indicadors en l'horitzó temporal establert i cal canviar la tendència de 6 objectius per poder-los assolir. Finalment, actualment no es pot valorar l'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys, ja que s'actualitza amb periodicitat quinquennal. El darrer resultat disponible, en homes i en dones, és del 2012 i les dades observades mostren uns valors per sobre dels previstos (taula 16).

Dels 13 objectius establerts en l'horitzó 2020, 11 disposen d'indicadors comparables amb els dels 15 països que des de l'any 1995 són membres de la Unió Europea (UE-15). L'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (objectiu 4) no s'actualitza anualment, mentre que per a l'objectiu de disminuir la incidència de la fractura de coll de fèmur (objectiu 12) no s'ha trobat un indicador europeu comparable. El gràfic 33 mostra la posició de cadascun d'aquests 11 objectius en els dos eixos: en l'eix horitzontal es representa la tendència de l'indicador quant a l'assoliment de l'objectiu, mentre que en l'eix vertical es representa la posició relativa de l'indicador a Catalunya amb relació a l'indicador europeu.

Gràfic 33. Tendència en el període 2011-2014 dels objectius de salut en l'horitzó 2020 i posició relativa en l'àmbit europeu



Font: Servei del Pla de Salut. Elaboració pròpia.

Evolució favorable i posició millor que la mitjana europea:

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 les malalties de l'aparell circulatori, mortalitat per càncer, mortalitat per malalties isquèmiques del cor, mortalitat per ictus, i mortalitat per càncer de mama en dones (objectius 2, 3, 7, 8 i 9).

Evolució favorable i posició pitjor que la mitjana europea:

La reducció de la taxa de mortalitat per càncer colorectal (objectiu 10).

Evolució favorable:

La disminució de la incidència de la fractura de coll de fèmur (objectiu 12).

Evolució contrària a l'esperada i posició millor que la mitjana europea:

La reducció de la taxa de mortalitat per suïcidi (objectiu 11).

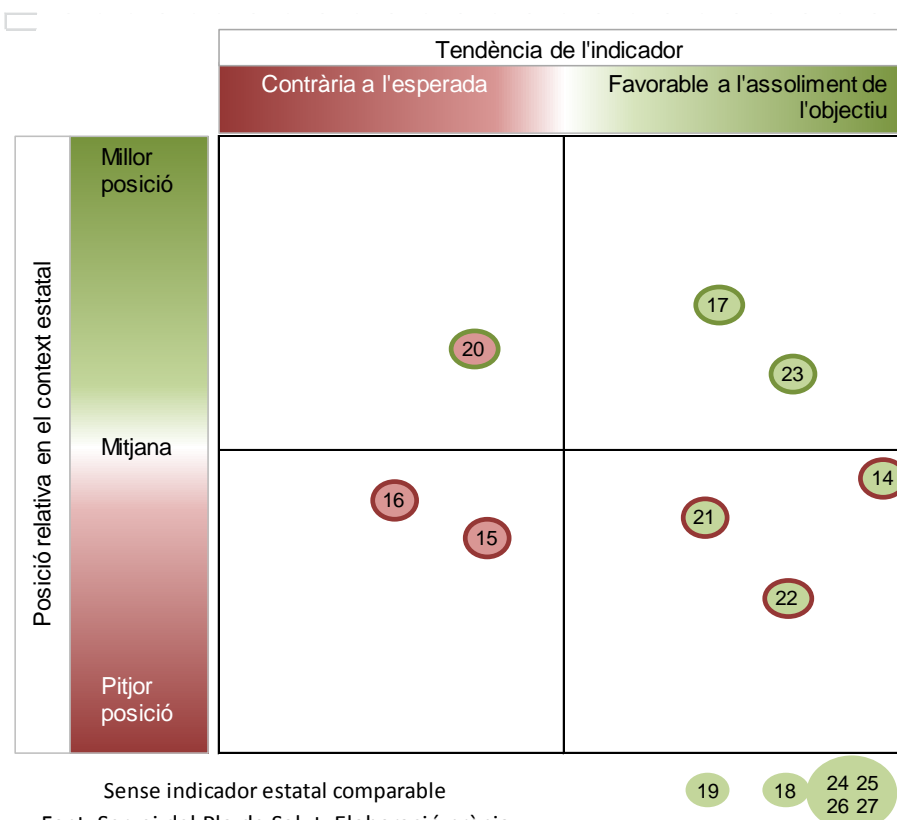
La reducció de les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys (objectiu 13).

Evolució contrària a l'esperada i posició pitjor que la mitjana europea:

La reducció de la taxa de mortalitat per malalties mentals (objectiu 6).

Dels 14 objectius establerts en l'horitzó 2015, 8 disposen d'indicadors comparables en l'àmbit estatal. El gràfic 34 mostra la posició de cadascun d'aquests objectius en els dos eixos: en l'eix horitzontal es representa la tendència de l'indicador quant a l'assoliment de l'objectiu, mentre que a l'eix vertical es representa la posició relativa de l'indicador a Catalunya amb relació a l'indicador en l'àmbit estatal. Els 6 objectius sense indicador de comparació estatal s'han representat en la part inferior del gràfic, en l'eix horitzontal.

Gràfic 34. Tendència en el període 2011-2014 dels objectius de salut en l'horitzó 2015 i posició relativa en l'àmbit estatal



Font: Servei del Pla de Salut. Elaboració pròpia.

Evolució favorable i posició millor que la mitjana estatal:

La disminució de la prevalença de l'excés de pes (objectiu 17).

La reducció de la taxa mitjana de la infecció nosocomial global (objectiu 23).

Evolució favorable i posició pitjor que la mitjana estatal:

La disminució de la prevalença de tabaquisme (objectiu 14).

La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb MPOC i amb ICC (objectius 21 i 22).

Evolució favorable:

L'increment de la proporció de pacients hipertensos amb control de la hipertensió i de la proporció de pacients de risc amb valoració del risc cardiovascular (objectius 18 i 19).

Els objectius de reduir les taxes d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, pròtesi de maluc, cirurgia colorectal i pneumònia associada a ventilació mecànica (objectius 24 a 27).

Evolució contrària a l'esperada i posició millor que la mitjana estatal:

La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb diabetis (objectiu 20).

Evolució contrària a l'esperada i posició pitjor que la mitjana estatal:

La disminució de la prevalença de sedentarisme en la població (objectiu 15).

L'augment de la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable (objectiu 16).

Taula 16. Valoració de l'evolució actual dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Tres de cada quatre objectius del Pla de salut evolucionen favorablement

Objectius que evolucionen favorablement

Amb un ritme igual o superior a l'esperat

- Objectiu 1** ➤ Augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut
- Objectiu 2** ➤ Reduir un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori
- Objectiu 3** ➤ Reduir un 10% la taxa de mortalitat per càncer
- Objectiu 5** ➤ Reduir un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries
- Objectiu 7** ➤ Reduir un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor
- Objectiu 8** ➤ Reduir un 15% la taxa de mortalitat per ictus
- Objectiu 9** ➤ Reduir un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama
- Objectiu 10** ➤ Reduir un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal
- Objectiu 14** ➤ Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme
- Objectiu 18** ➤ Incrementar un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA<140/90 mmHg
- Objectiu 22** ➤ Reduir un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva
- Objectiu 23** ➤ Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global
- Objectiu 24** ➤ Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll
- Objectiu 25** ➤ Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc
- Objectiu 26** ➤ Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal
- Objectiu 27** ➤ Reduir sota 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica

Amb un ritme inferior a l'esperat

- Objectiu 12** ➤ Reduir un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur
- Objectiu 17** ➤ Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes
- Objectiu 19** ➤ Incrementar un 15% proporció pacients atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia>200 mg/dl i valoració risc cardiovascular
- Objectiu 21** ➤ Reduir un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica

Cal canviar la tendència

- Objectiu 6** ➤ Reduir un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals
- Objectiu 11** ➤ Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi
- Objectiu 13** ➤ Reduir un 10% les amputacions en persones amb diabetis
- Objectiu 15** ➤ Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme
- Objectiu 16** ➤ Incrementar un 10% la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable
- Objectiu 20** ➤ Reduir un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis

Font: Servei del Pla de Salut. Elaboració pròpia.

14 Què fa el sistema de salut

14.1 El Pla director de la malaltia vascular cerebral

El Pla director de la malaltia vascular cerebral (PDMVC) es va crear al mes de març de 2004 amb la missió fonamental de millorar els resultats en salut de les persones amb ictus. El PDMVC és impulsat pel Departament de Salut, implementa les seves actuacions a tot el territori a través de les regions sanitàries del CatSalut; i té una visió integral, ja que aborda totes les fases de la malaltia: aguda, hospitalització, rehabilitació i reinserció comunitària, i prevenció. A continuació es descriuen les actuacions més importants en aquests àmbits.

La Guia de pràctica clínica de l'ictus i les auditories de l'ictus

En la primera etapa del PDMVC, una de les principals línies d'actuació va ser el projecte de millora de la qualitat de l'atenció a les persones amb ictus que incloïa l'elaboració l'any 2005 de les guies de l'ictus i la realització d'auditories periòdiques per tal d'avaluar el compliment de les recomanacions més rellevants. L'elaboració de la guia de pràctica clínica (GPC) i la guia per als pacients i els seus familiars va implicar el consens d'un nombrós grup de professionals de tots els hospitals de la xarxa pública de Catalunya com també de pacients.

Les dues primeres edicions de l'auditoria van permetre comparar la qualitat de l'atenció hospitalària dels pacients amb ictus abans i després de la publicació de la GPC a partir del compliment de determinats indicadors del procés d'atenció del pacient amb ictus. Des de la primera edició, l'any 2005, fins a la quarta auditoria de l'ictus, l'any 2013, s'han identificat àrees de millora de l'atenció i conjuntament amb els professionals implicats s'han impulsat accions que han permès constatar la millora progressiva i el manteniment de la qualitat de l'atenció dels malalts amb ictus agut.

Amb l'objectiu de donar continuïtat al monitoratge de la qualitat de l'atenció hospitalària de les persones amb ictus agut i, sobretot, de fer possible la implementació de canvis gairebé en temps real, el PDMVC s'ha plantejat avaluar la qualitat de manera prospectiva i continuada a partir d'un nou model d'auditoria continu. L'any 2014 s'ha definit el conjunt mínim de dades clíniques necessàries per a l'avaluació dels indicadors de qualitat que s'inclouran al nou Registre d'Ictus de Catalunya (RICat).

El Codi ictus de Catalunya

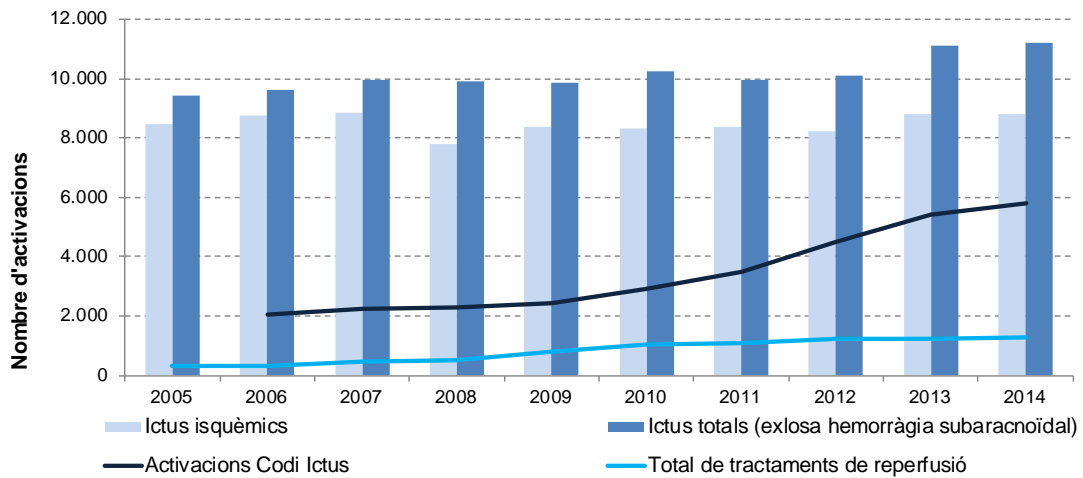
El Codi ictus és un sistema organitzat d'atenció de les persones amb ictus agut amb l'objectiu fonamental d'identificar i accelerar la resposta dels serveis sanitaris a l'avís per un ictus. El Codi ictus afavoreix la detecció ràpida dels pacients amb aquesta patologia i organitza un sistema de trasllat urgent cap als hospitals amb capacitat per avaluar i tractar aquests casos. En aquest sistema és clau el paper del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), tant en la detecció dels casos com en el trasllat dels afectats cap a l'hospital per tractar aquests casos més proper. L'any 2006, el PDMVC va desplegar el sistema de Codi ictus de Catalunya, amb abast universal, a partir d'una xarxa d'hospitals de referència distribuïts a tot el territori. Des de la posada en marxa del Codi, la xarxa d'hospitals de referència amb competència per

avaluar i tractar els pacients amb ictus agut ha passat dels 13 hospitals d'aguts inicials als 26 hospitals actuals, 14 dels quals són hospitals de referència i 12 són comarcals amb equipament teleictus. Si bé tots aquests hospitals formen part de la xarxa, ho fan amb condicions diferents: en el cas dels hospitals de referència, els recursos per a l'atenció dels pacients Codi ictus són propis, mentre que en el cas dels hospitals comarcals amb teleictus, els recursos professionals necessaris per avaluar el pacient són externs. Així, doncs, l'objectiu fonamental del teleictus és apropar el professional expert als pacients ubicats en les àrees més remotes i distants. En el cas de Catalunya, el teleictus es va entendre com la solució ideal atès que en bona part del territori el pacient, en el moment de presentar l'ictus, es troba a més d'una hora de distància d'un hospital de referència.

El model de teleictus inicial, operatiu des del 2008, es basava en connexions punt a punt entre un hospital de referència i un hospital comarcal. El teleictus 2.0 es va dissenyar com un sistema més evolucionat tecnològicament, amb connexions múltiples, gràcies a una xarxa d'hospitals connectats entre ells a través de l'anella sanitària. Actualment, aquest model inclou 12 hospitals comarcals i, l'àrea d'atenció especialitzada està coberta amb una guàrdia centralitzada que dona servei 24 hores/dia i 365 dies/any mitjançant un *pool* de neuròlegs vasculars experts que avaluen els casos utilitzant les noves tecnologies (videoconferència i una plataforma per compartir la neuroimatge), sens perjudici que l'hospital comarcal pugui connectar-se directament amb el centre de referència corresponent. La implantació del teleictus 2.0, al març de 2013, va anar acompanyada de la Instrucció 01/2013 del CatSalut, que ordena i configura el model organitzatiu i els dispositius per a l'atenció inicial a la persona pacient amb ictus agut.

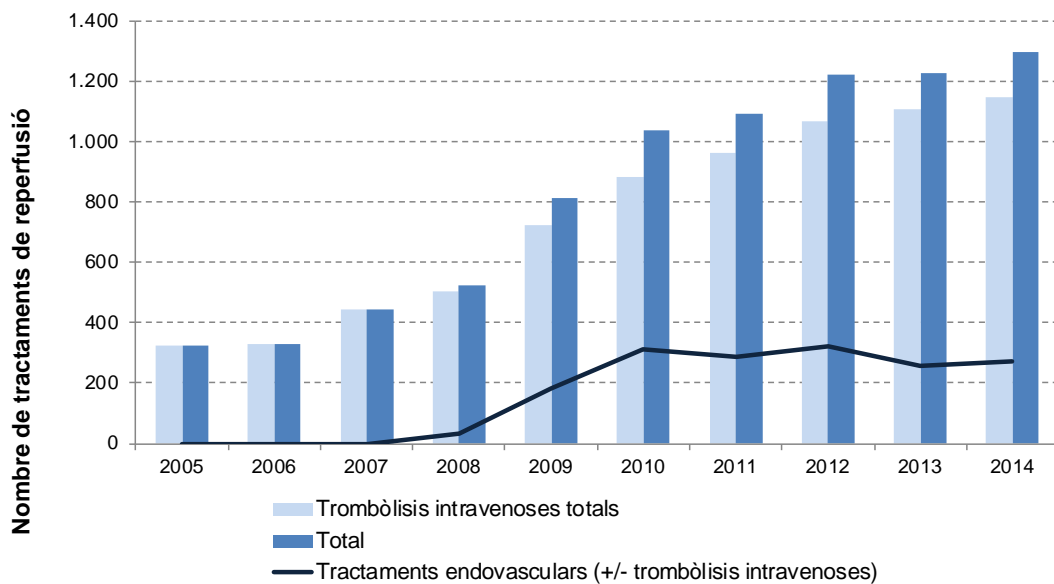
La planificació sanitària ha d'anar acompanyada de l'avaluació dels models assistencials implementats i en el cas del sistema de Codi ictus, el PDMVC utilitza diverses fonts d'informació per avaluar i informar tots els agents implicats. Els registres hospitalaris de Codi ictus i el SITREM ofereixen informació sobre els codis ictus activats i avaluats en cadascun dels hospitals de la xarxa i, en el cas dels codis ictus gestionats pel SEM, del maneig prehospitalari del pacient i dels temps d'intervenció. D'altra banda, les dades contingudes al registre Sistema *en línia* d'informació de l'ictus agut informen del nombre i la qualitat dels tractaments de reperfusió administrats en alguns dels pacients amb Codi ictus.

Gràfic 35. Evolució del nombre d'activacions del Codi ictus i del nombre de pacients amb ictus isquèmic tractats amb teràpies de reperfusió en relació amb els ingressos per ictus isquèmic i per ictus globals (sense distinció subtipus)



Font: Pla director de la malaltia vascular cerebral. Catalunya 2005-2014

Gràfic 36. Evolució del nombre de pacients amb ictus isquèmic tractats amb teràpies de reperfusió



Font: Pla director de la malaltia vascular cerebral. Catalunya 2005-2014

L'atenció del pacient amb ictus i les seqüeles

S'estima que fins a un 50% de supervivents presenten dèficits residuals pels quals requeriran assistència en les activitats de la vida diària. D'acord amb això, l'objectiu fonamental de la rehabilitació del pacient amb ictus és tractar la discapacitat per tal d'aconseguir la màxima capacitat funcional possible, facilitar l'autonomia i la reintegració en l'entorn familiar, social i laboral, i reduir el risc d'institucionalització i l'elevada taxa de mortalitat secundària.

La primera actuació del PDMVC en rehabilitació va ser la creació d'un consell assessor en rehabilitació, amb el suport de la Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física, compostat per metges especialistes en rehabilitació amb experiència reconeguda de diferents centres de Catalunya.

El punt de partida de les actuacions del consell assessor va ser la realització d'una sèrie d'enquestes territorials. A partir dels resultats obtinguts i dels de la primera auditoria de l'ictus es va concloure que l'optimització dels recursos passava per una millor selecció dels pacients en el moment de l'alta d'aguts i per introduir determinats canvis en la ubicació dels recursos.

A la GPC de l'ictus es va diferenciar 6 àmbits d'atenció en rehabilitació després d'un ictus: rehabilitació a l'hospital d'aguts, unitats de convalsència o estada mitjana, centres de llarga estada, hospital de dia de rehabilitació, rehabilitació ambulatoria i rehabilitació domiciliària. A més, a partir de l'any 2010, s'impulsen els programes de rehabilitació intensiva i programes específics amb uns criteris homogenis i sobre la base de les característiques d'inici precoç, alta intensitat, àmbit hospitalari i intervenció de suport a l'alta precoç. D'altra banda, i seguint el model de *Early Supported Discharge* (ESD), s'inicien actuacions per protocol·litzar l'ús del recurs d'hospitalització domiciliària integral (HDI), destinat a un grup de malalts que fins al moment eren tractats en unitats de convalsència en règim d'ingrés hospitalari, però que poden ser tractats a domicili amb un millor suport social.

A partir de les recomanacions de la GPC, de l'evidència científica disponible, de l'experiència professional i d'experiències pilot prèvies tutelades pel PDMVC, el Consell Assessor de Rehabilitació va definir el perfil de pacient adequat per a cadascun d'aquests àmbits i l'algoritme de derivació a partir de l'ingrés en un centre d'aguts. Amb l'objectiu principal d'ubicar el pacient amb discapacitat en el recurs de rehabilitació més adequat des de l'alta hospitalària, s'han disseminat els criteris de derivació dels pacients i s'han reordenat els circuits i recursos de rehabilitació conjuntament amb les regions sanitàries i els centres implicats. En una primera fase, l'any 2013 s'impulsa el projecte Ictus-BCN a l'àrea de Barcelona ciutat, en el qual s'estableixen els circuits necessaris per facilitar la derivació ràpida des de l'hospital d'aguts al recurs adequat en rehabilitació i ajustar les estades. El projecte s'ha estès fins al moment al Vallès occidental (2014) i a Costa de Ponent (2015).

Per tal d'integrar l'abordatge de la rehabilitació de l'ictus en el model del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, el PDMVC es planteja circuits diferents per a determinats grups de pacients amb condicions de cronicitat degudes a la seva situació prèvia de salut o degudes als dèficits ocasionats per l'ictus. Si fins ara s'havien definit els recursos en funció dels requeriments de la intensitat rehabilitadora, el nou enfocament integrat se centra en la interacció entre les condicions clíniques (complexitat sanitària), les necessitats des del punt de vista social associades a cada cas (complexitat social) a més dels requeriments d'intensitat

de la rehabilitació. Amb aquesta perspectiva, el PDMVC, en col·laboració amb el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), ha presentat a les entitats municipals un pla de retorn domiciliari, amb la finalitat d'integrar els recursos sanitaris i socials per a pacients amb ictus hospitalitzats, que permeti una atenció continuada des de l'hospitalització. La primera experiència s'ha plantejat amb l'Ajuntament de Barcelona.

Prevenció de l'ictus. La ruta de fibril·lació auricular

La prevenció de l'ictus es troba inclosa en les actuacions empreses pel Departament de Salut orientades a la prevenció del risc vascular. Les més importants en el cas de l'ictus són la hipertensió arterial (HTA) i la fibril·lació auricular (FA). En l'actualitat ja es realitzen actuacions sistemàtiques per a la HTA i, en el cas de la FA, s'ha cregut important impulsar actuacions orientades a la detecció i el control.

Les directrius que deriven del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 estableixen, com a projecte estratègic 2.1 del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), el desplegament de l'atenció als processos clínics integrats pel que fa a les malalties cròniques de més impacte al país. Es va acordar la inclusió de la FA tenint en compte que les complicacions tromboembòliques que se'n deriven, entre elles l'ictus isquèmic cardioembòlic, poden ser devastadores. Atesa la rellevància de la FA en l'esdeveniment d'ictus isquèmics greus i el fet que un de cada cinc casos de FA en majors de 60 anys són desconeguts, el PDMVC va reunir un grup d'experts per redactar la ruta assistencial de la FA.

Els objectius de la ruta de la FA són millorar la detecció i l'atenció de les persones amb FA a través de la cooperació entre els professionals i la coordinació entre proveïdors, i contribuir d'aquesta manera a la reducció de la mortalitat i de la morbiditat de les persones amb FA. A aquest efecte, la ruta de FA defineix una sèrie d'elements clau en l'àmbit del diagnòstic precoç, just després de fer el diagnòstic i, en el cas de la FA crònica, estableix quins han de ser els indicadors a tenir en compte a l'hora d'avaluar aquesta ruta assistencial. Els territoris del Vallès Occidental i Barcelona dreta han estat pioners a l'hora d'implementar la ruta de la FA i se'n preveu l'extensió progressiva a totes les regions sanitàries de Catalunya.

14.2 Comunitat i salut: atenció primària i comunitària (COMSalut)

La primera conferència internacional de promoció de la salut que va tenir lloc a Ottawa l'any 1986 destacava entre les seves recomanacions la conveniència de reorientar els serveis sanitaris i la necessitat que persones i comunitats assumissin el control dels determinants de la seva salut, és a dir, que se'n fessin responsables. Totes dues propostes informen tant el projecte COMSalut com un dels seus antecedents més directes, el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), una de les iniciatives previstes en la llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública amb el propòsit de fer palesa la importància sobre la salut dels diversos sectors de la societat i de les administracions públiques.

Un altre precedent notable del projecte COMSalut és la xarxa AUPA^a, que a hores d'ara agrupa uns 85 equips d'atenció primària a Catalunya, prop d'una quarta part del conjunt. A requeriment del conseller de Salut, el nucli operatiu coordinador de la xarxa AUPA va elaborar a finals de 2014 la proposta de desenvolupament de la salut comunitària a Catalunya que ha estat la base del projecte actual.

El mes de febrer de 2015, un grup impulsor del Departament de Salut va iniciar la preparació del projecte COMSalut, amb la implicació dels equips d'atenció primària convidats i els respectius dispositius de salut pública locals, que són els components nuclears de la iniciativa. El dia 8 de juliol de 2015 es va constituir el grup de coordinació i seguiment amb la participació de les entitats municipalistes representants de les administracions locals, dels professionals –mitjançant les corporacions i les societats científiques– i de les entitats ciutadanes del tercer sector. El grup de coordinació i seguiment té el compromís de vetllar pel desenvolupament i la generalització del projecte COMSalut.

En línia amb les prioritats establertes en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015, els objectius del projecte **COMSalut: atenció primària i comunitària** són reorientar el sistema sanitari per tal de promoure el desenvolupament de la salut comunitària a Catalunya i augmentar la implicació del conjunt de la societat en la protecció i la promoció de la salut. El projecte COMSalut promou que totes les activitats assistencials i sanitàries adoptin una perspectiva comunitària, sense que això impliqui ni afegir noves intervencions a les que ja es fan ni un increment pressupostari. Aquesta reorientació ha de permetre alliberar recursos per dedicar-los a les prioritats locals i a les intervencions més efectives i equitatives. El proppassat 8 de juliol de 2015, el Departament de Salut i el CatSalut van formalitzar un acord marc amb les

^a AUPA (actuant units per a la salut) és una iniciativa autònoma dels professionals que voluntàriament s'han anat aplegant per mirar de desenvolupar la perspectiva comunitària que forma part del model biopsicosocial característic de l'especialitat mèdica i d'infermeria que precisament es denomina de família i comunitària. Prové del grup APOC (Atenció Primària Orientada a la Comunitat) de la CAMFiC i ha anat mantenint i promovent aquesta dimensió social, sovint menystinguda, però essencial si volem que els serveis sanitaris contribueixin de debò a millorar la salut de la població.

entitats proveïdores i els dispositius sanitaris de les ABS implicades que els atorga una major autonomia.

La primera fase del projecte COMSalut implica 16 ABS (taula 17), que han acordat:

- 1) Dissenyar i desenvolupar una estratègia de salut comunitària local basada en la detecció de necessitats i la identificació de recursos i d'actius que impliqui tot el personal de l'ABS, particularment de l'EAP.
- 2) Implicar els ciutadans i els pacients en el màxim d'iniciatives possible.
- 3) Reorientar totes les activitats assistencials des de la perspectiva comunitària, amb un interès especial en la prevenció de les malalties cròniques i en l'atenció als pacients crònics.
- 4) Implementar intervencions comunitàries específiques en poblacions vulnerables de l'ABS (persones en situació o en risc d'exclusió social, d'atur, persones grans soles, sense sostre, promoció de l'esport en adolescents en risc).
- 5) Contribuir a la reducció de les desigualtats injustes i evitables que afecten la salut i, en general, promoure l'equitat sanitària i de salut.
- 6) Elaborar un mapa dels actius comunitaris (equipaments, activitats socials i culturals) particularment els que poden ser de més utilitat per a la promoció de la salut.
- 7) Desenvolupar activitats comunitàries vinculades als pactes territorials entre proveïdors.
- 8) Impulsar i adaptar localment els programes, les iniciatives i les intervencions territorials de l'Agència de Salut Pública de Catalunya (obesitat infantil, salut als barris, salut i escola, pla d'activitat física i esport, etc.).
- 9) Endegar i mantenir un sistema de vigilància i avaluació dels objectius i les actuacions (al més compatible possible amb els sistemes d'informació de la sanitat).
- 10) Desenvolupar i millorar els sistemes d'informació actuals per tal que facin possible l'assoliment dels propòsits i dels objectius, particularment una història clínica que faciliti la consideració pràctica dels factors socials i comunitaris.

A finals de l'any 2015 es preveu haver assolit les actuacions següents:

1. Constituir els equips operatius, conformats pels EAP, els equips locals de salut pública i altres participants sanitaris, com ara les farmàcies.
2. Presentar el projecte a les comunitats de l'ABS respectiva i establir les primeres aliances amb les administracions públiques afectades.
3. Elaborar la cartografia dels actius locals (mapa d'actius de salut).
4. Definir els objectius locals conjuntament amb els altres sectors i la comunitat.
5. Dissenyar una cartera de serveis en salut comunitària i continuar les intervencions comunitàries en curs.

Taula 17. Àrees bàsiques de salut que participen inicialment en el projecte COMSalut

Àrea bàsica de salut	Regió Sanitària
Cervera	Lleida
Reus 4	Camp de Tarragona
Pineda de Mar Salt	Girona
Sallent	Catalunya Central
Badalona 10 (Nova Lloreda Montigalà)	Barcelona
Barcelona 1A (Barceloneta)	
Barcelona 2E (Casanova-Esquerra de l'Eixample)	
Barcelona 5E (Sant Gervasi)	
Barcelona 6D (Vallcarca)	
Barcelona 7C (Carmel)	
Barcelona 8G (Roquetes)	
Barcelona 8I (Chafarinas)	
Castellar del Vallès	
Castelldefels 2 (Can Bou)	
La Roca del Vallès	

Font: Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut.

15 Annexos

Annex 1. Evolució dels indicadors seleccionats de l'ESCA per classe social i sexe. Catalunya 2006 i 2013-2014

Taula 18. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Homes. Catalunya, 2006 i 2013-2014

		2006												2013-2014																
		Classe social segons l'ocupació											Total	Classe social segons l'ocupació											Total					
		Alta		Mitjana			Baixa			Baixa				Alta		Mitjana			Baixa											
		Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V	Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b		Grup V	Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V										
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%							
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (població general)	H	92,4%	(90,6-94,2)	88,2%	(86,1-90,3)	86,4%	(85,0-87,8)	79,3%	(77,8-80,8)	80,6%	(78,4-82,8)	77,2%	(74,4-80,0)	83,4%	(82,6-84,2)	91,3%	(88,8-93,8)	89,5%	(86,7-92,3)	88,0%	(86,2-89,8)	78,7%	(76,6-80,8)	81,6%	(78,7-84,5)	80,7%	(76,9-84,5)	84,4%	(83,4-85,4)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	H	49,9%	(46,1-53,7)	54,1%	(50,4-57,8)	54,0%	(51,6-56,4)	60,6%	(58,6-62,6)	62,0%	(59,0-65,0)	56,5%	(52,7-60,3)	56,9%	(55,7-58,1)	50,0%	(44,5-55,5)	54,0%	(48,6-59,4)	54,7%	(51,4-58,0)	57,6%	(54,4-60,8)	63,3%	(58,9-67,7)	56,7%	(51,0-62,4)	56,0%	(54,3-57,7)
3	Discapacitat (15 anys i més)	H	7,3%	(5,4-9,2)	12,0%	(9,7-14,3)	12,1%	(10,6-13,6)	16,8%	(15,4-18,2)	12,9%	(10,9-14,9)	20,7%	(17,9-23,5)	14,0%	(13,2-14,8)	8,6%	(5,8-11,4)	11,0%	(7,9-14,1)	10,7%	(8,8-12,6)	15,6%	(13,5-17,7)	14,7%	(11,8-17,6)	15,4%	(11,5-19,3)	13,0%	(11,9-14,1)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	H	5,7%	(4,0-7,4)	6,7%	(4,9-8,5)	7,1%	(5,9-8,3)	8,1%	(7,0-9,2)	6,7%	(5,2-8,2)	11,1%	(8,9-13,3)	7,6%	(7,0-8,2)	4,2%	(2,2-6,2)	6,0%	(3,6-8,4)	8,7%	(7,0-10,4)	8,7%	(7,1-10,3)	8,6%	(6,3-10,9)	9,4%	(6,3-12,5)	8,0%	(7,1-8,9)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	H	15,8%	(13,2-18,4)	20,0%	(17,2-22,8)	21,8%	(19,9-23,7)	29,8%	(28,0-31,6)	26,4%	(23,8-29,0)	30,5%	(27,3-33,7)	24,9%	(23,9-25,9)	18,9%	(14,9-22,9)	18,9%	(15,0-22,8)	20,5%	(18,0-23,0)	29,2%	(26,6-31,8)	25,1%	(21,5-28,7)	25,9%	(21,2-30,6)	23,5%	(22,2-24,8)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	H	70,9%	(67,6-74,2)	71,7%	(68,5-74,9)	70,0%	(67,9-72,1)	71,5%	(69,8-73,2)	73,9%	(71,3-76,5)	73,4%	(70,3-76,5)	71,6%	(70,6-72,6)	71,5%	(66,9-76,1)	68,4%	(63,7-73,1)	70,4%	(67,6-73,2)	75,3%	(72,8-77,8)	75,1%	(71,6-78,6)	66,6%	(61,5-71,7)	71,8%	(70,4-73,2)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	H	15,9%	(13,3-18,5)	16,6%	(14,0-19,2)	17,1%	(15,4-18,8)	19,3%	(17,8-20,8)	20,9%	(18,5-23,3)	18,9%	(16,2-21,6)	18,3%	(17,4-19,2)	19,9%	(15,9-23,9)	22,4%	(18,2-26,6)	22,6%	(20,0-25,2)	29,6%	(27,0-32,2)	27,9%	(24,2-31,6)	22,0%	(17,5-26,5)	24,6%	(23,2-26,0)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	H	11,9%	(9,6-14,2)	13,0%	(10,6-15,4)	14,4%	(12,8-16,0)	15,4%	(14,0-16,8)	16,8%	(14,6-19,0)	13,6%	(11,2-16,0)	14,6%	(13,8-15,4)	21,5%	(17,3-25,7)	23,7%	(19,4-28,0)	22,3%	(19,7-24,9)	26,6%	(24,0-29,2)	25,0%	(21,5-28,5)	17,8%	(13,7-21,9)	23,3%	(22,0-24,6)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	H	26,5%	(23,3-29,7)	33,5%	(30,2-36,8)	34,1%	(32,0-36,2)	35,3%	(33,5-37,1)	37,3%	(34,5-40,1)	37,9%	(34,5-41,3)	34,5%	(33,5-35,5)	23,6%	(19,3-27,9)	27,3%	(22,8-31,8)	34,3%	(31,4-37,2)	33,5%	(30,8-36,2)	34,7%	(30,8-38,6)	33,1%	(28,0-38,2)	32,1%	(30,6-33,6)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	H	7,0%	(5,2-8,8)	7,4%	(5,5-9,3)	7,8%	(6,6-9,0)	8,0%	(7,0-9,0)	7,1%	(5,6-8,6)	7,4%	(5,6-9,2)	7,6%	(7,0-8,2)	6,5%	(4,0-9,0)	6,2%	(3,8-8,6)	6,7%	(5,1-8,3)	5,9%	(4,5-7,3)	5,8%	(3,9-7,7)	9,6%	(6,4-12,8)	6,6%	(5,8-7,4)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	H	25,3%	(22,0-28,6)	19,2%	(16,3-22,1)	21,1%	(19,2-23,0)	12,6%	(11,2-14,0)	26,5%	(23,7-29,3)	16,3%	(13,5-19,1)	19,2%	(18,3-20,1)	23,6%	(18,9-28,3)	20,6%	(16,2-25,0)	20,9%	(18,2-23,6)	14,7%	(12,4-17,0)	21,0%	(17,3-24,7)	17,7%	(13,3-22,1)	19,5%	(18,1-20,9)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	H	41,7%	(38,1-45,3)	44,1%	(40,6-47,6)	39,6%	(37,4-41,8)	45,8%	(43,9-47,7)	48,1%	(45,2-51,0)	40,3%	(36,9-43,7)	43,4%	(42,3-44,5)	47,4%	(42,4-52,4)	40,6%	(35,7-45,5)	44,5%	(41,4-47,6)	55,2%	(52,3-58,1)	50,2%	(46,1-54,3)	39,2%	(33,9-44,5)	47,5%	(45,9-49,1)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	H	51,3%	(47,7-54,9)	49,3%	(45,8-52,8)	45,0%	(42,8-47,2)	52,0%	(50,1-53,9)	53,3%	(50,4-56,2)	45,9%	(42,4-49,4)	49,4%	(48,3-50,5)	57,1%	(52,1-62,1)	50,9%	(45,9-55,9)	53,6%	(50,5-56,7)	61,7%	(58,9-64,5)	59,1%	(55,1-63,1)	43,7%	(38,4-49,0)	55,4%	(53,8-57,0)
14	Doble cobertura sanitària (població general)	H	45,5%	(42,2-48,8)	42,8%	(39,6-46,0)	30,9%	(29,0-32,8)	19,7%	(18,2-21,2)	19,5%	(17,3-21,7)	15,4%	(13,0-17,8)	27,2%	(26,3-28,1)	53,3%	(48,9-57,7)	34,1%	(29,7-38,5)	27,6%	(25,1-30,1)	13,9%	(12,1-15,7)	12,8%	(10,3-15,3)	8,3%	(5,6-11,0)	23,5%	(22,3-24,7)
15	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	H	48,4%	(44,8-52,0)	51,3%	(47,8-54,8)	50,6%	(48,4-52,8)	52,1%	(50,2-54,0)	50,9%	(48,0-53,8)	52,7%	(49,2-56,2)	51,2%	(50,1-52,3)	53,3%	(48,3-58,3)	53,3%	(48,3-58,3)	52,4%	(49,3-55,5)	57,6%	(54,7-60,5)	55,1%	(51,0-59,2)	50,7%	(45,3-56,1)	54,1%	(52,5-55,7)
16	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	H	88,5%	(86,4-90,6)	86,3%	(84,1-88,5)	83,6%	(82,1-85,1)	83,8%	(82,4-85,2)	86,2%	(84,3-88,1)	83,0%	(80,5-85,5)	84,8%	(84,1-85,5)	90,5%	(87,9-93,1)	85,0%	(81,7-88,3)	88,1%	(86,3-89,9)	86,5%	(84,7-88,3)	88,0%	(85,6-90,4)	83,0%	(79,4-86,6)	87,1%	(86,2-88,0)
17	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	H	4,6%	(3,2-6,0)	5,2%	(3,8-6,6)	6,4%	(5,4-7,4)	7,5%	(6,5-8,5)	7,0%	(5,6-8,4)	8,5%	(6,7-10,3)	6,7%	(6,2-7,2)	6,6%	(4,4-8,8)	8,2%	(5,7-10,7)	6,1%	(4,8-7,4)	8,6%	(7,1-10,1)	6,9%	(5,0-8,8)	6,9%	(4,4-9,4)	7,2%	(6,5-7,9)
18	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	H	25,3%	(22,4-28,2)	28,1%	(25,2-31,0)	31,0%	(29,1-32,9)	30,9%	(29,2-32,6)	31,6%	(29,1-34,1)	35,3%	(32,2-38,4)	30,6%	(29,6-31,6)	28,9%	(24,9-32,9)	26,4%	(22,4-30,4)	30,9%	(28,4-33,4)	28,0%	(25,7-30,3)	28,2%	(24,8-31,6)	34,2%	(29,6-38,8)	29,3%	(28,0-30,6)
19	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	H	87,1%	(84,2-90,0)	84,7%	(81,8-87,6)	81,6%	(79,7-83,5)	81,7%	(80,1-83,3)	79,8%	(77,4-82,2)	79,4%	(76,4-82,4)	81,8%	(80,9-82,7)	90,4%	(86,7-94,1)	91,1%	(87,7-94,5)	90,1%	(88,1-92,1)	89,2%	(87,3-91,1)	90,4%	(87,8-93,0)	83,5%	(79,3-87,7)	89,4%	(88,4-90,4)

H: homes

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Taula 19. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Dones. Catalunya, 2006 i 2013-2014

		2006													2013-2014															
		Classe social segons l'ocupació													Classe social segons l'ocupació													Total		
		Alta			Mitjana			Baixa			Total	Alta			Mitjana			Baixa			Total									
		Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V	Grup I	Grup II	Grup III		Grup IV a	Grup IV b	Grup V	Grup I	Grup II	Grup III	Grup IV a	Grup IV b	Grup V										
%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%							
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (població general)	D	88,7%	(86,5-90,9)	82,9%	(80,5-85,3)	77,1%	(75,5-78,7)	70,1%	(68,2-72,0)	69,6%	(66,9-72,3)	60,2%	(57,6-62,8)	73,8%	(72,9-74,7)	88,8%	(85,8-91,8)	86,4%	(83,4-89,4)	82,6%	(80,6-84,6)	75,2%	(72,6-77,8)	75,2%	(71,8-78,6)	75,1%	(71,3-78,9)	79,7%	(78,6-80,8)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	D	23,0%	(19,7-26,3)	33,4%	(30,0-36,8)	36,0%	(33,9-38,1)	47,5%	(45,1-49,9)	47,9%	(44,5-51,3)	50,0%	(46,7-53,3)	40,3%	(39,1-41,5)	25,5%	(20,5-30,5)	34,4%	(29,4-39,4)	37,6%	(34,6-40,6)	45,5%	(41,8-49,2)	49,8%	(44,9-54,7)	50,7%	(45,4-56,0)	40,9%	(39,2-42,6)
3	Discapacitat (15 anys i més)	D	11,3%	(8,9-13,7)	14,3%	(12,0-16,6)	18,7%	(17,1-20,3)	24,0%	(22,1-25,9)	23,3%	(20,7-25,9)	34,3%	(31,7-36,9)	21,7%	(20,8-22,6)	10,7%	(7,4-14,0)	12,8%	(9,6-16,0)	12,8%	(10,8-14,8)	19,7%	(17,0-22,4)	22,1%	(18,5-25,7)	21,7%	(17,8-25,6)	17,4%	(16,2-18,6)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	D	10,9%	(8,6-13,2)	10,8%	(8,7-12,9)	15,9%	(14,4-17,4)	15,8%	(14,2-17,4)	17,4%	(15,0-19,8)	19,0%	(16,8-21,2)	15,5%	(14,7-16,3)	11,6%	(8,1-15,1)	7,5%	(4,9-10,1)	14,5%	(12,4-16,6)	12,3%	(10,1-14,5)	13,6%	(10,6-16,6)	15,5%	(12,1-18,9)	12,8%	(11,7-13,9)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	D	23,8%	(20,6-27,0)	33,0%	(29,8-36,2)	39,2%	(37,2-41,2)	44,9%	(42,7-47,1)	47,3%	(44,2-50,4)	52,7%	(49,9-55,5)	41,5%	(40,4-42,6)	25,7%	(21,0-30,4)	29,2%	(24,8-33,6)	32,9%	(30,1-35,7)	42,6%	(39,3-45,9)	44,8%	(40,4-49,2)	40,9%	(36,2-45,6)	37,4%	(35,9-38,9)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	D	77,9%	(74,8-81,0)	79,0%	(76,3-81,7)	81,9%	(80,3-83,5)	82,8%	(81,2-84,4)	86,2%	(84,1-88,3)	88,7%	(86,9-90,5)	83,0%	(82,2-83,8)	76,7%	(72,1-81,3)	77,2%	(73,1-81,3)	81,0%	(78,7-83,3)	81,9%	(79,3-84,5)	87,2%	(84,3-90,1)	82,2%	(78,6-85,8)	81,5%	(80,3-82,7)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	D	9,7%	(7,5-11,9)	13,2%	(10,9-15,5)	17,4%	(15,8-19,0)	25,8%	(23,9-27,7)	24,4%	(21,7-27,1)	30,3%	(27,7-32,9)	21,0%	(20,1-21,9)	17,2%	(13,1-21,3)	22,0%	(18,0-26,0)	19,5%	(17,2-21,8)	27,2%	(24,2-30,2)	32,2%	(28,1-36,3)	29,8%	(25,5-34,1)	25,2%	(23,8-26,6)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	D	10,6%	(8,3-12,9)	12,4%	(10,2-14,6)	12,2%	(10,8-13,6)	17,7%	(16,0-19,4)	18,3%	(15,9-20,7)	20,2%	(18,0-22,4)	15,3%	(14,5-16,1)	16,8%	(12,8-20,8)	16,4%	(12,8-20,0)	19,9%	(17,6-22,2)	24,8%	(21,9-27,7)	29,0%	(25,0-33,0)	18,6%	(14,9-22,3)	21,8%	(20,5-23,1)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	D	23,7%	(20,5-26,9)	25,8%	(22,9-28,7)	30,2%	(28,3-32,1)	18,9%	(17,2-20,6)	24,9%	(22,2-27,6)	19,5%	(17,3-21,7)	24,3%	(23,4-25,2)	19,6%	(15,3-23,9)	22,6%	(18,5-26,7)	21,7%	(19,3-24,1)	19,9%	(17,2-22,6)	21,6%	(18,0-25,2)	20,5%	(16,7-24,3)	20,5%	(19,2-21,8)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	D	2,7%	(1,5-3,9)	3,4%	(2,2-4,6)	2,0%	(1,4-2,6)	1,3%	(0,8-1,8)	1,3%	(0,6-2,0)	1,0%	(0,4-1,6)	1,8%	(1,5-2,1)	2,3%	(0,7-3,9)	1,6%	(0,4-2,8)	2,6%	(1,7-3,5)	1,4%	(0,6-2,2)	1,3%	(0,3-2,3)	1,0%	(0,1-1,9)	1,8%	(1,4-2,2)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	D	29,4%	(25,8-33,0)	20,3%	(17,4-23,2)	25,6%	(23,7-27,5)	22,9%	(20,9-24,9)	26,6%	(23,6-29,6)	20,8%	(18,1-23,5)	24,3%	(23,3-25,3)	30,3%	(25,0-35,6)	18,8%	(14,7-22,9)	25,2%	(22,5-27,9)	21,5%	(18,4-24,6)	20,1%	(16,1-24,1)	16,2%	(12,3-20,1)	22,9%	(21,4-24,4)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	D	38,6%	(34,9-42,3)	42,2%	(38,9-45,5)	45,5%	(43,4-47,6)	54,8%	(52,6-57,0)	51,3%	(48,2-54,4)	62,7%	(60,0-65,4)	49,8%	(48,7-50,9)	49,3%	(43,9-54,7)	46,4%	(41,6-51,2)	46,8%	(43,9-49,7)	56,1%	(52,8-59,4)	56,6%	(52,3-60,9)	54,0%	(49,3-58,7)	52,2%	(50,6-53,8)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	D	54,4%	(50,7-58,1)	56,1%	(52,8-59,4)	51,9%	(49,8-54,0)	54,5%	(52,3-56,7)	52,4%	(49,3-55,5)	61,1%	(58,4-63,8)	54,6%	(53,5-55,7)	58,5%	(53,2-63,8)	59,3%	(54,5-64,1)	58,5%	(55,6-61,4)	62,9%	(59,7-66,1)	63,4%	(59,2-67,6)	61,8%	(57,2-66,4)	61,3%	(59,8-62,8)
14	Doble cobertura sanitària (població general)	D	47,6%	(44,2-51,0)	36,0%	(32,9-39,1)	30,6%	(28,8-32,4)	16,0%	(14,5-17,5)	16,5%	(14,3-18,7)	12,9%	(11,1-14,7)	25,2%	(24,3-26,1)	54,7%	(50,0-59,4)	34,8%	(30,6-39,0)	30,6%	(28,2-33,0)	15,9%	(13,7-18,1)	14,2%	(11,5-16,9)	7,0%	(4,8-9,2)	25,2%	(24,0-26,4)
15	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	D	66,4%	(62,8-70,0)	62,4%	(59,2-65,6)	71,2%	(69,3-73,1)	71,1%	(69,1-73,1)	73,6%	(70,9-76,3)	77,8%	(75,5-80,1)	71,1%	(70,1-72,1)	67,8%	(62,8-72,8)	63,6%	(58,9-68,3)	68,0%	(65,3-70,7)	69,9%	(66,8-73,0)	74,0%	(70,2-77,8)	71,3%	(67,0-75,6)	69,7%	(68,3-71,1)
16	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	D	95,0%	(93,5-96,5)	93,4%	(91,8-95,0)	91,1%	(90,0-92,2)	92,4%	(91,3-93,5)	92,4%	(90,9-93,9)	92,2%	(90,8-93,6)	92,3%	(91,8-92,8)	96,1%	(94,3-97,9)	93,5%	(91,4-95,6)	93,9%	(92,6-95,2)	94,1%	(92,7-95,5)	93,7%	(91,8-95,6)	94,5%	(92,5-96,5)	94,2%	(93,5-94,9)
17	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	D	9,1%	(7,1-11,1)	10,2%	(8,3-12,1)	9,5%	(8,4-10,6)	9,4%	(8,2-10,6)	8,8%	(7,2-10,4)	13,0%	(11,2-14,8)	9,9%	(9,3-10,5)	7,3%	(4,9-9,7)	10,4%	(7,7-13,1)	7,7%	(6,3-9,1)	8,4%	(6,7-10,1)	9,0%	(6,8-11,2)	7,5%	(5,2-9,8)	8,3%	(7,5-9,1)
18	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	D	29,6%	(26,5-32,7)	30,7%	(27,8-33,6)	34,6%	(32,8-36,4)	34,0%	(32,1-35,9)	38,8%	(36,0-41,6)	38,2%	(35,6-40,8)	34,7%	(33,7-35,7)	28,3%	(24,1-32,5)	32,2%	(28,1-36,3)	33,2%	(30,7-35,7)	30,2%	(27,5-32,9)	32,8%	(29,1-36,5)	36,7%	(32,5-40,9)	32,1%	(30,8-33,4)
19	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	D	87,0%	(84,1-89,9)	81,3%	(78,4-84,2)	79,7%	(77,9-81,5)	79,8%	(78,0-81,6)	80,7%	(78,2-83,2)	81,4%	(79,2-83,6)	80,9%	(80,0-81,8)	93,0%	(89,8-96,2)	91,6%	(88,7-94,5)	88,4%	(86,4-90,4)	87,3%	(85,1-89,5)	86,7%	(83,8-89,6)	88,5%	(85,5-91,5)	88,9%	(87,9-89,9)

D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Annex 2. Evolució dels indicadors seleccionats de l'ESCA per nivell d'estudis i sexe. Catalunya 2006 i 2013-2014

Taula 20. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Homes. Catalunya, 2006 i 2013-2014

			2006								2013-2014							
			Nivell d'estudis						Total		Nivell d'estudis						Total	
			Universitaris		Secundaris		Primaris o sense estudis				Universitaris		Secundaris		Primaris o sense estudis			
			%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (15 anys i més)	H	91,8%	(90,2-93,4)	87,2%	(86,2-88,2)	66,1%	(64,3-67,9)	81,2%	(80,3-82,1)	92,6%	(90,6-94,6)	83,8%	(82,4-85,2)	64,8%	(61,3-68,3)	82,1%	(80,9-83,3)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	H	50,3%	(47,4-53,2)	53,7%	(52,1-55,3)	67,0%	(65,0-69,0)	56,9%	(55,7-58,1)	48,3%	(44,4-52,2)	57,6%	(55,5-59,7)	60,5%	(55,8-65,2)	56,0%	(54,3-57,7)
3	Discapacitat (15 anys i més)	H	7,1%	(5,6-8,6)	8,5%	(7,6-9,4)	26,4%	(24,8-28,0)	14,0%	(13,2-14,8)	5,6%	(3,9-7,3)	10,3%	(9,1-11,5)	30,2%	(26,8-33,6)	13,0%	(11,9-14,1)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	H	5,7%	(4,4-7,0)	7,0%	(6,2-7,8)	9,5%	(8,4-10,6)	7,6%	(7,0-8,2)	5,2%	(3,5-6,9)	8,2%	(7,1-9,3)	10,6%	(8,3-12,9)	8,0%	(7,1-8,9)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	H	16,7%	(14,5-18,9)	19,2%	(18,0-20,4)	38,5%	(36,7-40,3)	24,9%	(23,9-25,9)	15,9%	(13,1-18,7)	21,6%	(20,0-23,2)	38,1%	(34,5-41,7)	23,5%	(22,2-24,8)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	H	69,3%	(66,6-72,0)	66,0%	(64,5-67,5)	82,0%	(80,6-83,4)	71,6%	(70,6-72,6)	66,3%	(62,7-69,9)	70,3%	(68,5-72,1)	83,0%	(80,2-85,8)	71,8%	(70,4-73,2)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	H	14,2%	(12,2-16,2)	13,2%	(12,1-14,3)	28,7%	(27,0-30,4)	18,3%	(17,4-19,2)	17,4%	(14,5-20,3)	23,0%	(21,4-24,6)	38,1%	(34,5-41,7)	24,6%	(23,2-26,0)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	H	11,9%	(10,0-13,8)	11,4%	(10,4-12,4)	21,1%	(19,6-22,6)	14,6%	(13,8-15,4)	19,6%	(16,6-22,6)	22,3%	(20,7-23,9)	31,1%	(27,7-34,5)	23,3%	(22,0-24,6)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	H	24,0%	(21,5-26,5)	39,3%	(37,8-40,8)	32,0%	(30,3-33,7)	34,5%	(33,5-35,5)	24,0%	(20,8-27,2)	35,5%	(33,6-37,4)	28,3%	(25,0-31,6)	32,1%	(30,6-33,6)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	H	5,6%	(4,3-6,9)	9,3%	(8,4-10,2)	5,8%	(4,9-6,7)	7,6%	(7,0-8,2)	6,2%	(4,4-8,0)	6,7%	(5,7-7,7)	6,8%	(4,9-8,7)	6,6%	(5,8-7,4)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	H	26,9%	(24,3-29,5)	17,3%	(16,1-18,5)	18,0%	(16,4-19,6)	19,2%	(18,3-20,1)	22,6%	(19,4-25,8)	18,5%	(16,9-20,1)	19,1%	(15,3-22,9)	19,5%	(18,1-20,9)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	H	39,4%	(36,6-42,2)	36,0%	(34,5-37,5)	58,0%	(56,2-59,8)	43,4%	(42,3-44,5)	41,7%	(38,0-45,4)	45,7%	(43,8-47,6)	61,6%	(58,0-65,2)	47,5%	(45,9-49,1)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	H	52,4%	(49,5-55,3)	43,7%	(42,1-45,3)	57,6%	(55,8-59,4)	49,4%	(48,3-50,5)	51,6%	(47,8-55,4)	53,9%	(52,0-55,8)	66,3%	(62,8-69,8)	55,4%	(53,8-57,0)
14	Doble cobertura sanitària (15 anys i més)	H	44,4%	(41,5-47,3)	29,2%	(27,8-30,6)	17,7%	(16,3-19,1)	28,0%	(27,0-29,0)	45,6%	(41,8-49,4)	19,6%	(18,0-21,2)	9,9%	(7,7-12,1)	22,8%	(21,5-24,1)
15	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	H	47,8%	(44,9-50,7)	44,9%	(43,3-46,5)	63,0%	(61,2-64,8)	51,2%	(50,1-52,3)	45,8%	(42,0-49,6)	52,1%	(50,1-54,1)	70,3%	(66,9-73,7)	54,1%	(52,5-55,7)
16	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (15 anys i més)	H	84,1%	(82,0-86,2)	80,8%	(79,6-82,0)	85,6%	(84,3-86,9)	82,9%	(82,1-83,7)	86,6%	(84,0-89,2)	84,4%	(83,0-85,8)	89,5%	(87,2-91,8)	85,7%	(84,6-86,8)
17	Hospitalització els darrers 12 mesos (15 anys i més)	H	4,6%	(3,4-5,8)	5,5%	(4,8-6,2)	11,0%	(9,8-12,2)	7,1%	(6,5-7,7)	6,0%	(4,2-7,8)	7,0%	(6,0-8,0)	12,7%	(10,2-15,2)	7,8%	(7,0-8,6)
18	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (15 anys i més)	H	25,5%	(23,0-28,0)	28,6%	(27,2-30,0)	30,3%	(28,6-32,0)	28,6%	(27,6-29,6)	23,6%	(20,4-26,8)	26,6%	(24,9-28,3)	30,4%	(27,0-33,8)	26,7%	(25,3-28,1)
19	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	H	83,4%	(80,5-86,3)	78,8%	(77,3-80,3)	80,9%	(79,3-82,5)	80,2%	(79,2-81,2)	90,7%	(87,6-93,8)	88,1%	(86,6-89,6)	89,2%	(86,7-91,7)	88,7%	(87,5-89,9)

H: homes

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Taula 21. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Dones. Catalunya, 2006 i 2013-2014

		2006								2013-2014								
		Nivell d'estudis						Total		Nivell d'estudis						Total		
		Universitaris		Secundaris		Primaris o sense estudis				Universitaris		Secundaris		Primaris o sense estudis				
		%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	
1	Percepció positiva de l'estat de salut (excel·lent, molt bona o bona) (15 anys i més)	D	90,6%	(89,0-92,2)	80,7%	(79,4-82,0)	47,9%	(46,2-49,6)	70,0%	(69,0-71,0)	91,1%	(89,1-93,1)	79,5%	(77,8-81,2)	56,8%	(53,4-60,2)	76,8%	(75,5-78,1)
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	D	20,8%	(18,5-23,1)	33,7%	(32,1-35,3)	63,0%	(61,0-65,0)	40,3%	(39,1-41,5)	26,7%	(23,5-29,9)	41,8%	(39,6-44,0)	59,6%	(55,1-64,1)	40,9%	(39,2-42,6)
3	Discapacitat (15 anys i més)	D	6,3%	(5,0-7,6)	10,4%	(9,4-11,4)	42,0%	(40,3-43,7)	21,7%	(20,8-22,6)	7,2%	(5,4-9,0)	12,9%	(11,5-14,3)	38,1%	(34,8-41,4)	17,4%	(16,2-18,6)
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	D	10,2%	(8,5-11,9)	14,0%	(12,8-15,2)	20,0%	(18,6-21,4)	15,5%	(14,7-16,3)	9,7%	(7,6-11,8)	12,9%	(11,5-14,3)	15,8%	(13,3-18,3)	12,8%	(11,7-13,9)
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	D	22,5%	(20,2-24,8)	32,3%	(30,7-33,9)	61,0%	(59,3-62,7)	41,5%	(40,4-42,6)	23,3%	(20,3-26,3)	35,4%	(33,4-37,4)	55,6%	(52,2-59,0)	37,4%	(35,9-38,9)
6	Pateix o ha patit un problema de salut crònic (15 anys i més)	D	74,3%	(71,9-76,7)	78,3%	(76,9-79,7)	92,6%	(91,7-93,5)	83,0%	(82,2-83,8)	73,9%	(70,8-77,0)	80,5%	(78,9-82,1)	91,1%	(89,2-93,0)	81,5%	(80,3-82,7)
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	D	7,7%	(6,2-9,2)	12,0%	(10,9-13,1)	37,7%	(36,0-39,4)	21,0%	(20,1-21,9)	13,3%	(10,9-15,7)	20,4%	(18,7-22,1)	48,4%	(45,0-51,8)	25,2%	(23,8-26,6)
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	D	9,5%	(7,9-11,1)	9,8%	(8,8-10,8)	24,4%	(22,9-25,9)	15,3%	(14,5-16,1)	13,3%	(10,9-15,7)	19,3%	(17,7-20,9)	36,1%	(32,8-39,4)	21,8%	(20,5-23,1)
9	Consum de tabac (15 anys i més)	D	25,2%	(22,8-27,6)	31,9%	(30,4-33,4)	14,4%	(13,2-15,6)	24,3%	(23,4-25,2)	21,6%	(18,7-24,5)	23,3%	(21,6-25,0)	11,1%	(9,0-13,2)	20,5%	(19,2-21,8)
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	D	2,9%	(2,0-3,8)	2,2%	(1,7-2,7)	0,8%	(0,5-1,1)	1,8%	(1,5-2,1)	2,9%	(1,7-4,1)	1,8%	(1,3-2,3)	0,5%	(0,0-1,0)	1,8%	(1,4-2,2)
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	D	27,8%	(25,3-30,3)	24,3%	(22,8-25,8)	22,1%	(20,4-23,8)	24,3%	(23,3-25,3)	25,5%	(22,4-28,6)	22,3%	(20,5-24,1)	20,9%	(17,2-24,6)	22,9%	(21,4-24,4)
12	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	D	35,8%	(33,1-38,5)	39,3%	(37,7-40,9)	70,0%	(68,4-71,6)	49,8%	(48,7-50,9)	42,5%	(39,0-46,0)	48,1%	(46,1-50,1)	74,0%	(71,0-77,0)	52,2%	(50,6-53,8)
13	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	D	52,6%	(49,8-55,4)	46,3%	(44,6-48,0)	66,1%	(64,5-67,7)	54,6%	(53,5-55,7)	57,1%	(53,6-60,6)	57,6%	(55,6-59,6)	76,1%	(73,2-79,0)	61,3%	(59,8-62,8)
14	Doble cobertura sanitària (15 anys i més)	D	41,9%	(39,2-44,6)	27,7%	(26,2-29,2)	14,6%	(13,4-15,8)	25,2%	(24,3-26,1)	44,4%	(40,9-47,9)	23,5%	(21,8-25,2)	11,3%	(9,1-13,5)	25,1%	(23,7-26,5)
15	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	D	61,9%	(59,2-64,6)	65,1%	(63,5-66,7)	82,5%	(81,2-83,8)	71,1%	(70,1-72,1)	60,0%	(56,5-63,5)	67,8%	(65,9-69,7)	83,4%	(80,9-85,9)	69,7%	(68,3-71,1)
16	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (15 anys i més)	D	93,9%	(92,6-95,2)	90,5%	(89,5-91,5)	92,7%	(91,8-93,6)	91,9%	(91,3-92,5)	94,0%	(92,3-95,7)	93,3%	(92,3-94,3)	95,7%	(94,3-97,1)	94,0%	(93,3-94,7)
17	Hospitalització els darrers 12 mesos (15 anys i més)	D	8,6%	(7,0-10,2)	9,3%	(8,3-10,3)	13,9%	(12,7-15,1)	10,9%	(10,2-11,6)	9,2%	(7,1-11,3)	7,8%	(6,7-8,9)	12,3%	(10,1-14,5)	9,1%	(8,2-10,0)
18	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (15 anys i més)	D	28,4%	(25,9-30,9)	34,0%	(32,4-35,6)	37,2%	(35,6-38,8)	34,2%	(33,2-35,2)	29,3%	(26,1-32,5)	29,5%	(27,6-31,4)	35,9%	(32,6-39,2)	30,9%	(29,4-32,4)
19	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	D	79,8%	(76,8-82,8)	77,3%	(75,7-78,9)	81,2%	(79,8-82,6)	79,3%	(78,3-80,3)	89,9%	(87,1-92,7)	86,7%	(85,1-88,3)	89,4%	(87,2-91,6)	87,9%	(86,7-89,1)

D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2013-2014. Departament de Salut.

* EQ-5D, que valora l'estat de salut en el dia d'avui. Any 2006 amb EQ-5D-3L. Anys 2012 i 2013 amb EQ-5D-5L.

Annex 3. Índex de gràfics i taules

Gràfic 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS), per sexe i edat. Catalunya, 2013	8
Gràfic 2. Autopercepció positiva (excel·lent, molt bona i bona) de l'estat de salut de la població general, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014	9
Taula 1. Població general amb percepció negativa (regular i dolenta) de l'estat de salut i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	9
Gràfic 3. Població de 15 anys i més amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per sexe. Catalunya, 2014.....	10
Gràfic 4. Població de 15 anys i més amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	10
Taula 2. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	11
Gràfic 5. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014	11
Gràfic 6. Trastorns crònics més freqüents que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics. Catalunya, 2014.....	12
Gràfic 7. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de menys de 15 anys, a partir d'una llista de 18 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014.....	13
Gràfic 8. Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (Goldberg), per grup d'edat i sexe.....	13
Gràfic 9. Puntuació mitjana de benestar mental en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2014.....	13
Taula 3. Població de 18 a 74 anys que té excés de pes, sobrepès i obesitat, i estimació del nombre de casos, per sexe. Catalunya, 2014.....	14
Gràfic 10. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC*) per a l'excés de pes en adults de 18 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	14
Gràfic 11. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en la població de menys de 15 anys, per sexe. Catalunya, 2013-2014	15
Gràfic 12. Població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	15
Taula 4. Població de 15 anys i més que pateix algun tipus de discapacitat i estimació del nombre de casos, per sexe. Catalunya	16
Gràfic 13. Població de 15 anys i més en situació de dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014	16
Taula 5. Població de 15 anys i més en situació de dependència i estimació del nombre de casos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014.....	17
Gràfic 14. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2014	17
Gràfic 15. Evolució dels diagnòstics de VIH i sida. Catalunya, 1981-2014	18
Gràfic 16. Evolució de les infeccions de transmissió sexual (ITS) de declaració obligatòria. Catalunya, 2007-2014.....	18
Taula 6. Taxes d'incidència per 100.000 habitants d'una selecció de malalties immunoprevenibles. Catalunya 2013 i 2014	19
Taula 7. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població de 15 anys i més. Catalunya, 2014.....	21
Taula 8. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població de 14 anys i menys. Catalunya, 2014	21
Gràfic 17. Evolució de la suma del nombre de superacions dels valors objectius per a la protecció de la salut humana (VOPS) de tota la xarxa. Catalunya, 2006-2014.....	22
Gràfic 18. Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen. Catalunya, 2006-2014	23
Taula 9. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població, per sexe. Catalunya, 2014.....	25
Gràfic 19. Freqüència de la pràctica d'activitats preventives de la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2014 ..	26
Gràfic 20. Tipus de cobertura sanitària, ús de serveis i satisfacció de la població general. Catalunya, 2014.....	27
Gràfic 21. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013	28
Gràfic 22. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2013.....	29
Taula 10. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2013-2014	31
Gràfic 23. Percentatge estandarditzat per edat de població amb autopercepció positiva de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2013-2014.....	32

Gràfic 24. Percentatge estandarditzat per edat de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2013-2014.....	32
Taula 11. Esperança de vida en néixer per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2013.....	33
Taula 12. Taxes estandarditzades de mortalitat (per 100.000 habitants) per sexe, regió sanitària i per una selecció dels grans grups de causes més freqüents. Catalunya, 2013.....	33
Gràfic 25. Prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	35
Gràfic 26. Població de 3 a 14 anys segons l'oci sedentari, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis de la mare i sexe. Catalunya, 2013-2014.....	36
Gràfic 27. Taxa estandarditzada per edat de mortalitat per càncer de mama en dones, Catalunya 1983-2014, i prevalença de la mamografia periòdica en dones de 50 a 69 anys, Catalunya 1994, 2002, 2006, i 2010-2014.....	37
Gràfic 28. Mamografia periòdica en dones de 50-69 anys, per classe social segons l'ocupació. Catalunya, 1994-2014.....	37
Gràfic 29. Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament i dones de 25 a 64 anys que es fan una citologia vaginal periòdicament, per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	38
Gràfic 30. Autopercepció positiva (excel·lent, molt bona i bona) de l'estat de salut en la població general, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	39
Gràfic 31. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en la població de menys de 15 anys, per classe social i per nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2013-2014.....	40
Taula 13. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per classe social. Total. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	42
Taula 14. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per nivell d'estudis. Total. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	43
Taula 15. Resultats d'una selecció d'indicadors, per situació laboral de la població de 16 a 64 anys i sexe (% bruts). Catalunya, 2013-2014.....	44
Gràfic 32. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 1994-2014.....	46
Gràfic 33. Tendència en el període 2011-2014 dels objectius de salut en l'horitzó 2020 i posició relativa en l'àmbit europeu.....	63
Gràfic 34. Tendència en el període 2011-2014 dels objectius de salut en l'horitzó 2015 i posició relativa en l'àmbit estatal.....	64
Taula 16. Valoració de l'evolució actual dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015.....	66
Gràfic 35. Evolució del nombre d'activacions del Codi ictus i del nombre de pacients amb ictus isquèmic tractats amb teràpies de reperfusió en relació amb els ingressos per ictus isquèmic i per ictus globals (sense distinció subtipus).....	69
Gràfic 36. Evolució del nombre de pacients amb ictus isquèmic tractats amb teràpies de reperfusió.....	69
Taula 17. Àrees bàsiques de salut que participen inicialment en el projecte COMSalut.....	74
Taula 18. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Homes. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	76
Taula 19. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Dones. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	77
Taula 20. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Homes. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	78
Taula 21. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Dones. Catalunya, 2006 i 2013-2014.....	79

Referències bibliogràfiques

- ¹ Pàgina web de l'Idescat, àmbit temàtic de població. Disponible a: <http://www.idescat.cat/tema/pobla>
Institut d'Estadística de Catalunya. Projeccions de població 2013-2051. Principals resultats. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya, 2014.
- ² Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970;24(1):18-23.
- ³ World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Disponible a: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- ⁴ Rodés A, Garcia M, Lopez M, Jané M. La tuberculosi a Catalunya l'any 2014. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Setembre 2015 XXXV(9):109-117. Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/actualitat/llista_butlletins/salut_publica/butlleti_epidemiologic_de_catalunya/
- ⁵ Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). SIVES 2012. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Informe epidemiològic. Document tècnic 21. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya, 2013. Disponible a: http://www.ceeiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf
- ⁶ Agència Catalana de Salut Alimentària. Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya 2012-2016. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/acsa>
- ⁷ Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure. Florència: UNICEF Innocenti Research Centre, 1995. Disponible a: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/il_mortality.pdf
- ⁸ Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1
- ⁹ Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. 2a ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- ¹⁰ Mackenbach JP, Bakker MJ. European network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362:1409-14. Disponible a: <http://www.belspo.be/platformisd/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>
- ¹¹ European Tobacco Control Status Report 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf?ua=1
- ¹² Masuet C, Séculi E, Brugulat P, Tresserras R. La pràctica de la mamografia preventiva en Catalunya. Un paso adelante. *Gac Sanit* 2004; 18 (4): 321-5. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v18n4/breve.pdf>
- ¹³ Séculi E, Brugulat P, Medina A, Mompert A, Tresserras R. La salut de les dones a Catalunya. Què en sabem? Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007.
- ¹⁴ The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. *Health Policy*, 1990; 16 (3): 199-208.
- ¹⁵ Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001; 33 (5): 337-43.
- ¹⁶ Regidor E, Martínez D et al. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit* 2006; 20: 352-9. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n5/original2.pdf>
- ¹⁷ Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003; 17 (5, supl. 5). Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v17n5/especial.pdf>
- ¹⁸ Stiglitz JE, Sen A, Fitouse JP. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Disponible a: http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf
- ¹⁹ World Health Organization. Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for all Series*, No. 6. World Health Organization, 1999
- ²⁰ Healthy People 2020 (different documents). U.S. Department of Health and Human Services. Disponible a: <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>
- ²¹ Tresserras R, Castell C, Salleras L. Development of a policy for health for all in Catalonia. In Ritsatakis A et al (ed.): *Exploring health policy development in Europe*. Copenhagen. World Health Organization. 2000
- ²² European Commission. DG Health & Consumers. Public Health Indicators. Healthy Life Years (HLY). Disponible a: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm
- ²³ Departament de Salut. Assolint fites. Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2015. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/pla_de_salut_documents/
- ²⁴ SISAP. Institut Català de la Salut. Gestió de l'Equip d'Atenció Primària. Disponible a: <http://10.80.217.112/cgi-bin/ICSAPPRD/kxweb.cgi>
- ²⁵ Departament de Salut. Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCat). Informe 2014 Disponible a: <http://vincat.gencat.cat/web/.content/minisite/vincat/documents/informes/Informe2014.pdf>