



Setembre de 2014

Director general de Planificació i Recerca en Salut

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificació Sanitària

Ricard Tresserras i Gaju

Responsable de l'edició

Esteve Saltó i Cerezuela

Redacció

Esteve Saltó, Oriol Garcia, Antonia Medina

Altres col·laboradors

Anna Mompart, Rosa Gispert, Adriana Freitas, Anna Puigdefàbregas, Glòria Ribas, Carmen Cabezas, Conxa Castell, Gemma Salvador, Lluís Urbiztondo, Montserrat Martínez, Josep Maria Suelves, Joan Colom, Mireia Jané, Glòria Carmona, Ana Martínez, Pilar Ciruela, Núria Torner, Anna Rodés, Lluís Picart, Esther Bigas, Carles Oliete, Josep A. Espinàs, Fernando Álava, Vicenç Martínez, Andreu Segura, Albert Ledesma, Cristina Molina, Esther Jordà, Anna Schiaffino, Alba Rosas, Josep Jiménez, Josep Maria Fornells, Elia Benito

Alguns drets reservats

© 2014, 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-nd/3.0/es/>

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

1a edició:

Barcelona, setembre de 2014

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

<http://salutweb.gencat.cat>

Sumari

1	Presentació.....	4
2	Resum executiu	5
3	El context.....	6
4	Esperança de vida i esperança de vida en bona salut	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	Els trastorns mentals.....	12
6.4	L'excés de pes	13
6.5	Les discapacitats.....	14
6.6	La dependència.....	15
6.7	Les malalties transmissibles	15
6.8	Quines malalties ens fan consultar l'atenció primària o ingressar a l'hospital.....	18
7	Com ens afecta l'entorn	20
8	Què fem per la nostra salut.....	22
8.1	Quins estils de vida tenim	22
8.2	Quines pràctiques preventives fem	24
8.3	Quin ús fem dels serveis sanitaris.....	25
9	De què morim	27
10	El territori.....	29
11	Les situacions de vulnerabilitat.....	33
11.1	La salut de la població infantil	33
11.2	El gènere.....	37
11.3	La situació laboral	39
12	Evolució temporal.....	41
13	L'equitat en salut	46
13.1	Els condicionants i els estils de vida	51
13.2	L'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut.....	57
13.3	La utilització dels serveis sanitaris	63
14	Què fa el sistema de salut.....	69
14.1	Monitoratge dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	70
14.2	Elaboració i desplegament del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP).....	74
14.3	El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)	77
14.4	L'exemple de la salut mental i les addiccions: el Pla director de salut mental i addiccions.....	79
	Annex 1. Indicadors mediambientals.....	85
	Annex 2. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013.....	86
	Annex 3. Evolució per sexe dels indicadors de l'ESCA per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	87
	Annex 4. Índex de gràfics, taules i mapes	91
	Referències bibliogràfiques	94

1 Presentació

L'Informe de salut és un compromís anual del Departament de Salut que respon, per una banda, a la necessitat de facilitar informació periòdicament sobre els principals indicadors de salut de la població i, per l'altra, a la voluntat de transparència i rendició de comptes. El propòsit d'aquest document és, doncs, la presentació de les dades sanitàries més recents, que han de permetre fer una valoració global de la salut del ciutadans de Catalunya, i, a més, fer un seguiment exhaustiu de l'evolució dels objectius de salut formulats des del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. En cadascun dels informes es vol també posar èmfasi en algun aspecte de salut o relacionat amb la salut, que es considera que és especialment rellevant en les circumstàncies vigents quan s'elabora l'Informe.

L'estat de salut d'una població és un dels principals indicadors del seu grau de desenvolupament social, del nivell de benestar dels seus ciutadans i, també, una mesura del seu potencial de progrés i projecció cap al futur. El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 ha formulat tot un seguit de fites –que s'estimen assolibles – de salut i de benestar de la població i de polítiques d'intervenció sanitària i transformadores dels sistema públic de salut que afecten a l'organització i la forma de prestació dels serveis assistencials. Reconeix, però, la importància dels altres sectors d'activitat en l'estat de salut de la població i per això s'hi fa una crida a l'acció intersectorial mitjançant la promoció de polítiques interdepartamentals, a través del Pla interdepartamental del salut pública (PINSAP).

No ha d'estranyar, per tant, que el component monogràfic de l'Informe de salut 2013 se centri en la valoració de diversos indicadors de salut segons diferents nivells de posicionament social, mesurats en funció de la classe social i el nivell d'estudis. Aquesta és una informació que ha estat massa sovint absent de la major part de les fonts d'informació sistemàtica dels sistemes de salut però que, progressivament, comença a estar disponible. Concretament a Catalunya tota la informació de l'Enquesta de salut (ESCA) es pot valorar segons aquestes variables de condició social successivament des de l'any 1994 i, actualment, gràcies a l'Enquesta contínua, es pot fer anualment.

En aquest Informe trobareu un recull d'indicadors que pensem que són els fonamentals, ja que procuren donar una visió des de la perspectiva del territori, de l'evolució en el temps i de certes característiques socio-demogràfiques de les persones. També hi veureu el seguiment de l'evolució dels indicadors relacionats amb els objectius de salut del Pla de salut de Catalunya amb l'horitzó a l'any 2015 i 2020, el capítol monogràfic esmentat sobre les desigualtats socials i alguns exemples destacables de l'acció del Departament de Salut el darrer any.

El propòsit de la publicació d'aquest Informe de salut és que sigui d'utilitat i que mostri, no només l'evolució dels indicadors de salut, sinó com aquesta es distribueix en cadascun dels grups de població que hem de tenir presents per assegurar l'equitat de la nostra acció. Esperem que en trobeu interessant i útil el contingut, en el qual hi han participat i col·laborat un grup de professionals de diversos àmbits i als qual cal agrair la seva contribució, que s'afegeix a l'esforç conjunt per mantenir i millorar la nostra salut col·lectiva.

2 Resum executiu

Els indicadors de salut de la població de Catalunya mostren que tant la mortalitat com l'esperança de vida i la percepció de salut han evolucionat favorablement en els darrers anys. Malgrat això, com és esperable en un país amb una de les esperances de vida més elevades i un sistema de salut ben consolidat, hi ha més d'un terç de les persones adultes que pateixen malalties cròniques que, en molt casos, comporten diversos nivells de discapacitat, i en gairebé 1 de cada 10 persones es presenta un cert grau de dependència.

La incidència de la tuberculosi segueix la tendència decreixent dels darrers anys i també ho fa la de la sida. No obstant això, les malalties de transmissió sexual continuen sent un important problema de salut pública. S'ha detectat un nombre més petit de brots epidèmics que els anys anteriors i la intensitat de la grip de 2013 ha estat moderada. Els indicadors lligats a l'entorn (atmosfera, aigua, aliments) mostren valors molt semblants als dels anys anteriors, amb una reducció del nivells de partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM₁₀) respecte l'any 2012 i, de manera general, un grau de compliment normatiu elevat. Les principals causes de mortalitat segueixen sent els tumors en els homes i les malalties de l'aparell circulatori en les dones.

Pel que fa als estils de vida relacionats amb la salut, 2 de cada 3 persones fan un nivell d'activitat física saludable, però encara s'està lluny d'assolir els nivells de consum de fruites i verdures recomanats. El nivell de consum de risc d'alcohol es mostra força estable i cal destacar el descens regular que s'observa en el del consum de tabac. La majoria de les pràctiques preventives es mantenen elevades, especialment el cribratge del càncer de mama amb mamografia. La utilització de serveis segueix mostrant un ús elevat de l'atenció primària, una lleugera reducció de l'ús de l'atenció d'urgències i una disminució en el consum de medicaments. La satisfacció amb els serveis rebuts segueix sent alta.

En l'informe també es poden veure alguns indicadors de salut segons el territori. Cal destacar-ne que no s'observa un patró de distribució que faci que algun dels territoris es trobi sistemàticament en una situació de desavantatge. Sí que s'observen, però, diferències rellevants en els valors de diversos indicadors de percepció de salut i estil de vida entre els homes i les dones i entre la població adulta que treballa i la que està en situació d'atur.

L'estudi dels indicadors segons la classe social i el nivell d'estudis mostra un gradient que sol ser favorable a les classes més benestants i als grups amb un nivell d'instrucció més alt. Quan es mira el comportament evolutiu dels indicadors segons la classe social i la instrucció, les distribucions tendeixen a ser més homogènies, però això no es pot generalitzar a tots els indicadors. Els indicadors de salut de la població infantil són positius, per bé que, tot i que hi ha progressos recents, segueixen preocupant els hàbits alimentaris, l'oci sedentari i la prevalença del sobrepès i l'obesitat en aquestes edats.

El monitoratge dels indicadors lligats als objectius de salut del Pla de salut de Catalunya mostren que en 2 de cada 3 se segueix el camí previst per assolir els objectius, però en 10 objectius dels 27 cal fer esforços per arribar a les fites marcades. El desplegament intensiu d'iniciatives com ara els plans directors —en aquest informe es destaca l'exemple del Pla director de salut mental i addiccions—, el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla interdepartamental d'atenció i interacció sanitària i social (PIAISS) s'espera que contribueixi a assolir els objectius.

3 El context

La població de Catalunya ha experimentat un ritme de creixement desigual en els darrers decennis. Entre 1981 i 2000, es va passar de 5.956.414 a 6.261.999 habitants, i va envellir molt, ja que la població de 65 anys i més va passar de l'11,2% al 17,4%. Segons les darreres estimacions postcensals de població de l'Idescat, a 1 de gener de 2014, Catalunya té 7.438.696 habitants, dels quals 3.653.723 són homes i 3.784.973 són dones. El creixement en més d'un milió de persones al llarg del segle XXI cal atribuir-lo, en diferents intensitats, a tots els esdeveniments demogràfics. L'esperança de vida, tot i tenir valors elevats, no ha deixat de créixer; la immigració ha rejuvenit l'estructura per edats de la població i ha influït significativament en l'increment del nombre de naixements; el nombre de fills per dona és de 1,39 el 2012, després d'un màxim de 1,53 fills per dona que es va produir el 2008.

Per segon any consecutiu, però, Catalunya ha perdut població, en concret poc més de 40.000 habitants al llarg del 2013. Les recents dades de població i d'esdeveniments demogràfics de l'Idescat mostren un canvi d'etapa. D'una banda, des del 2008 disminueixen els naixements, tant per una davallada de la fecunditat com per una disminució del nombre de dones en edats fèrtils, i si bé l'esperança de vida manté la tendència creixent, els increments s'han suavitzat. En conseqüència, el creixement natural es manté positiu (els naixements superen les defuncions) però cada vegada la diferència és més petita. En els propers anys, cal esperar que es mantingui la disminució del nombre de naixements, tant per la disminució de la fecunditat (provocada en part per la sortida de dones estrangeres, amb una taxa de fecunditat més elevada que les autòctones), com perquè arriben a l'edat de ser mares les generacions buides nascudes als anys vuitanta i noranta. D'altra banda, el saldo migratori és negatiu, 156.418 persones van emigrar de Catalunya l'any 2012, mentre que hi van arribar 146.612 persones. Finalment, l'any 2013 les persones de 65 anys i més representen el 17,9% de la població total, i s'espera que continuï augmentant l'envelliment de la població en els propers anys¹.

Aquesta davallada demogràfica s'emmarca en la primera de les tres crisis simultànies que descriu el Pla de Govern 2013-2016, la crisi econòmica i les seves conseqüències socials, i del qual es deriven 7 eixos, alguns dels quals afecten directament o indirecta els determinants socials de l'estat de salut de la població, com són: l'eix 1, recuperació econòmica i creació d'ocupació; l'eix 2, cohesió social i serveis d'interès públic; l'eix 4, sostenibilitat i estabilitat de les finances públiques; l'eix 5, agilitat i transparència de l'Administració; i l'eix 6, desenvolupament sostenible i cohesió territorial².

Primera part

- **Esperança de vida i esperança de vida en bona salut**
- **Com valorem la nostra salut**
- **Quins problemes de salut tenim**
- **Com ens afecta l'entorn**
- **Què fem per la nostra salut**
- **De què morim**
- **El territori**
- **Les situacions de vulnerabilitat**
- **Evolució temporal**

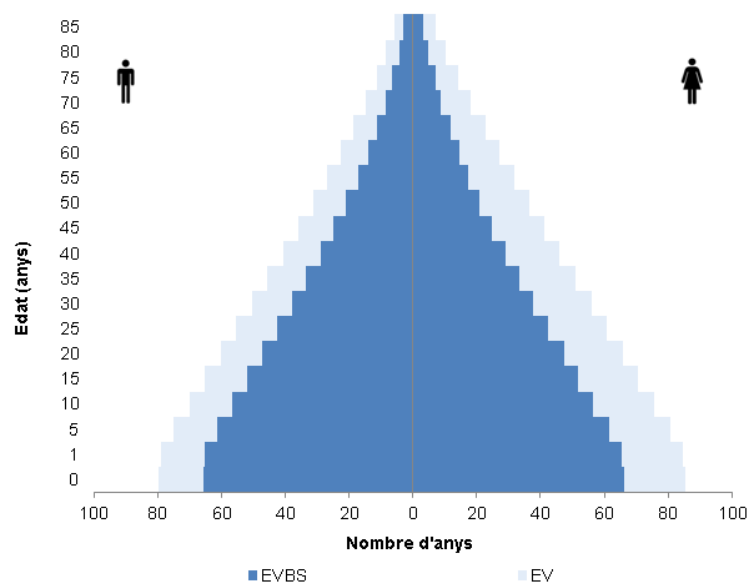
4 Esperança de vida i esperança de vida en bona salut

L'esperança de vida (EV) i l'esperança de vida en bona salut (EVBS) són indicadors de salut que mesuren la durada i la qualitat de la vida. 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 2012 va ser de 79,8 anys per als homes i de 85,4 anys per a les dones seguint la tendència a l'augment moderat 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 sobre de l'europea.

L'EVBS en néixer l'any 2012 va ser de 65,7 anys per als homes i de 66,2 anys per a les dones, la qual cosa representa el 82,3% i el 77,5% respectivament de l'expectativa de vida de cada sexe. És a dir, els homes viuen menys temps que les dones, però una major part d'aquest temps viscut és en bona salut, a diferència de les dones, en què 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, 2012

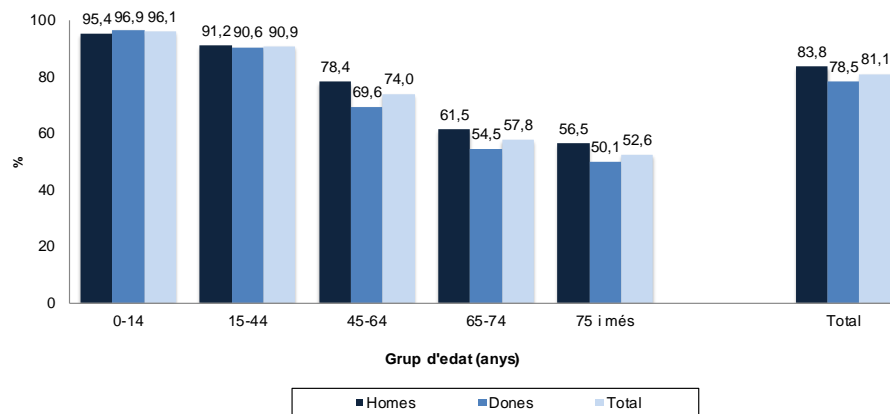


Font: RMC 2012 -ESCA 2013. Departament de Salut.

5 Com valorem la nostra salut

A Catalunya, en general, les persones fan una valoració positiva del seu estat de salut. L'any 2013, 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).

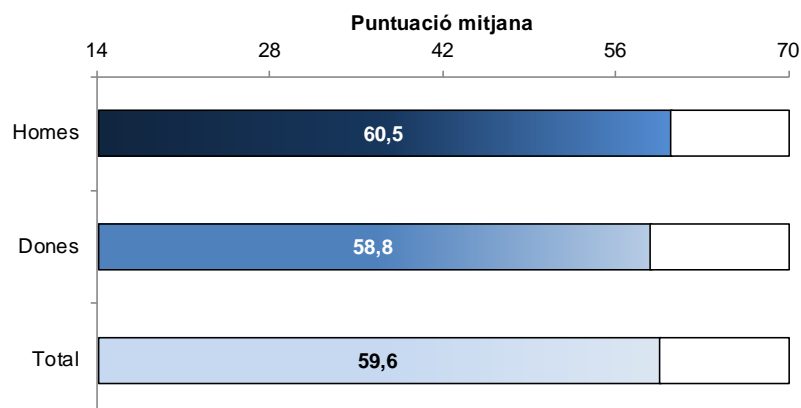
Gràfic 2. Autopercepció positiva (excel·lent, molt bona i bona) de l'estat de salut de la població general, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. 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 mitjà de benestar mental de la població catalana de 15 anys i més se situa en 59,6 punts, més elevat en els homes. La població catalana mostra un nivell satisfactori de benestar mental en comparació amb la població escocesa, que es considera el patró, que va obtenir una puntuació mitjana de 49,9 l'any 2010³ (gràfic 3).

Gràfic 3. Puntuació mitjana de benestar mental en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, segon semestre de 2013



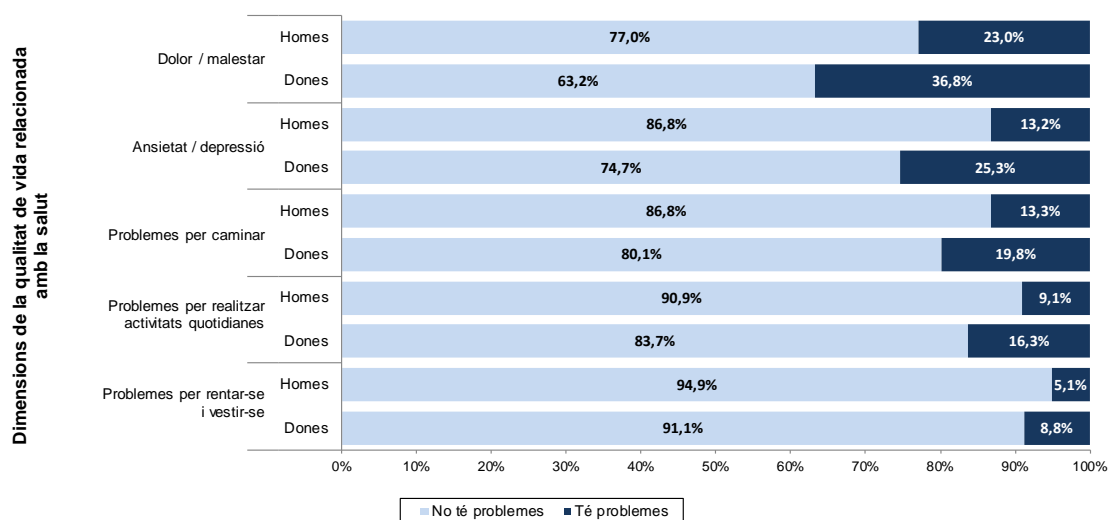
Font: Enquesta de salut de Catalunya, segon semestre 2013. Departament de Salut.

6 Quins problemes de salut tenim

6.1 La qualitat de vida relacionada amb la salut

Les persones adultes que veuen afectada la seva qualitat de vida en patir algun problema de salut són 4 de cada 10. Els problemes més freqüents són el dolor o malestar, que pateix el 30,0% de la població adulta, l'ansietat o la depressió, que pateix el 19,5%, i els problemes per caminar, que afecten el 16,6%. En tots els casos, els problemes afecten les dones en proporcions més elevades que els homes (gràfic 4).

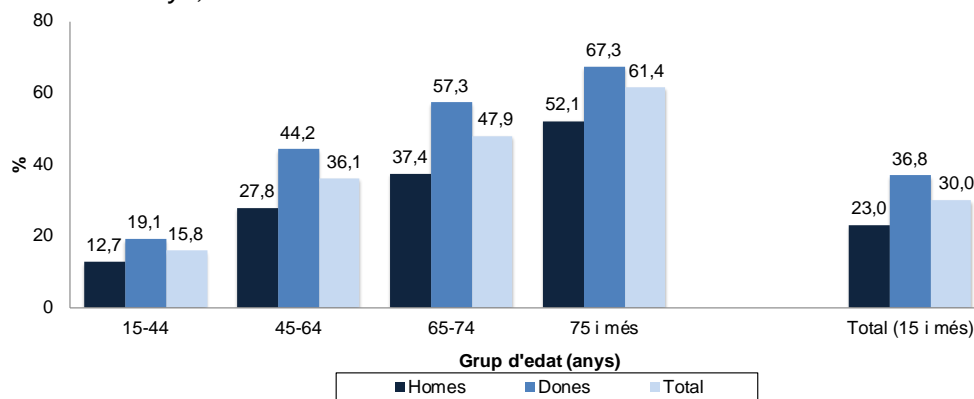
Gràfic 4. Població adulta amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per sexe. Catalunya, 2013



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

El percentatge de població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar augmenta a mesura que els grups són de més edat (gràfic 5).

Gràfic 5. Població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar (EQ-5D-5L), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

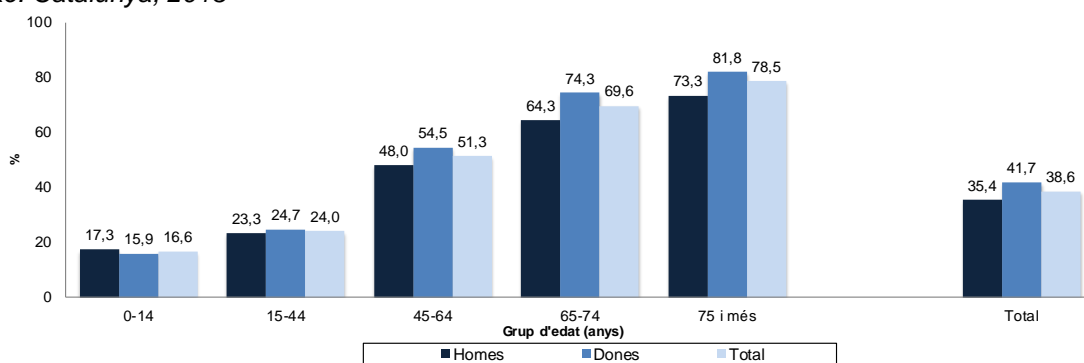


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. Departament de Salut.

6.2 Els trastorns crònics

El 38,6% de la població general pateix alguna **malaltia o problema de salut crònic**^a (el 35,4% dels homes i el 41,7% de les dones).⁴ El percentatge de població que pateix algun trastorn crònic augmenta a mesura que els grups són de més edat, i és superior en dones en tots els grups d'edat, llevat del grup de 0 a 14 anys (gràfic 6). El percentatge de població adulta que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic és gairebé idèntic a Catalunya (42,6%; el 39,0% dels homes i el 46,1% de les dones) i a Espanya (42,5%; el 37,8% dels homes i el 46,9% de les dones; ENSE 2011-2012).

Gràfic 6. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013



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

Si es consideren els **trastorns crònics que la població adulta pateix o ha patit**,^b el percentatge se situa en el 78,0% de la població de 15 anys i més (el 72,8% dels homes i el 82,9% de les dones). La distribució dels trastorns és diferent segons l'edat i el sexe (taula 1).

Taula 1. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2013

		Homes					
		15 a 44 anys	45 a 64 anys	65 a 74 anys	75 anys i més		
Al·lèrgies cròniques	15,6%	Colesterol elevat	34,8%	Pressió alta	61,5%	Pressió alta	70,1%
Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	14,4%	Pressió alta	34,0%	Colesterol elevat	43,2%	Cataractes	60,1%
Migranya o mal de cap freqüents	12,8%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	32,6%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	41,3%	Pròstata	50,6%
Mal d'esquena crònic cervical	12,4%	Artrosi, artritis o reumatisme	26,7%	Artrosi, artritis o reumatisme	41,0%	Artrosi, artritis o reumatisme	49,6%
Colesterol elevat	11,0%	Mal d'esquena crònic cervical	21,0%	Pròstata	35,6%	Colesterol elevat	41,7%

		Dones					
		15 a 44 anys	45 a 64 anys	65 a 74 anys	75 anys i més		
Migranya o mal de cap freqüents	23,4%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	44,4%	Artrosi, artritis o reumatisme	65,4%	Artrosi, artritis o reumatisme	76,0%
Mal d'esquena crònic cervical	21,7%	Artrosi, artritis o reumatisme	43,4%	Pressió alta	59,3%	Pressió alta	73,8%
Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	21,2%	Mal d'esquena crònic cervical	41,1%	Colesterol elevat	52,2%	Cataractes	64,0%
Anèmia	19,6%	Depressió / ansietat	34,3%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	51,0%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	57,9%
Al·lèrgies cròniques	15,8%	Varices a les cames	32,2%	Mal d'esquena crònic cervical	44,2%	Mal d'esquena crònic cervical	48,1%

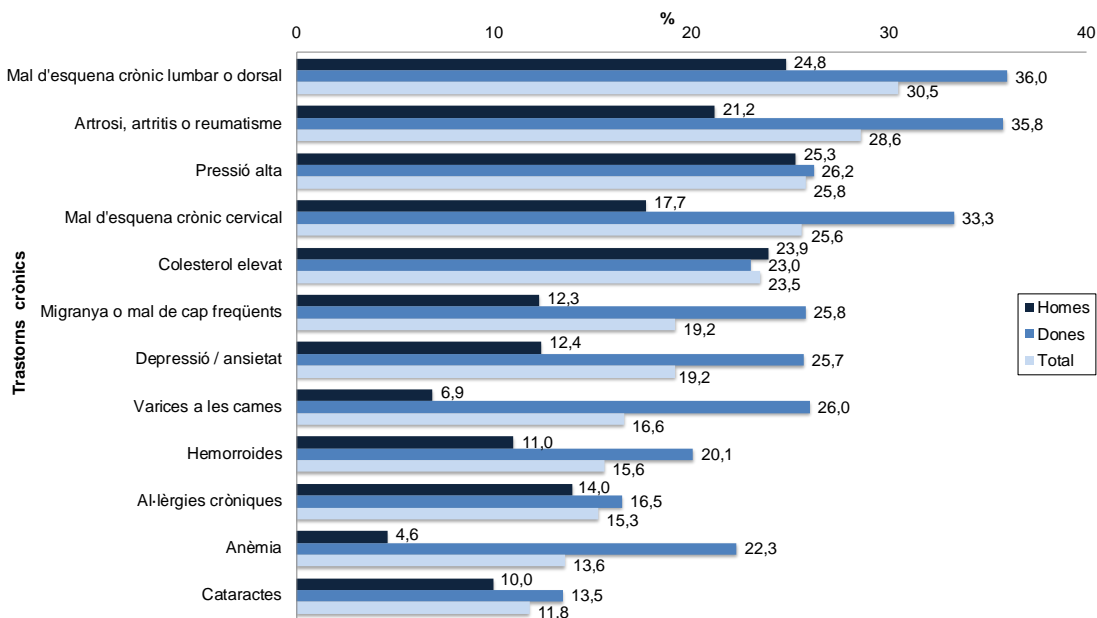
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. Departament de Salut.

^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 en la població adulta** són les malalties de l'aparell locomotor, les malalties de l'aparell circulatori, la migranya, la depressió o l'ansietat i les al·lèrgies cròniques (gràfic 7).

Gràfic 7. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més (amb una prevalença per sobre del 10%) a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2013

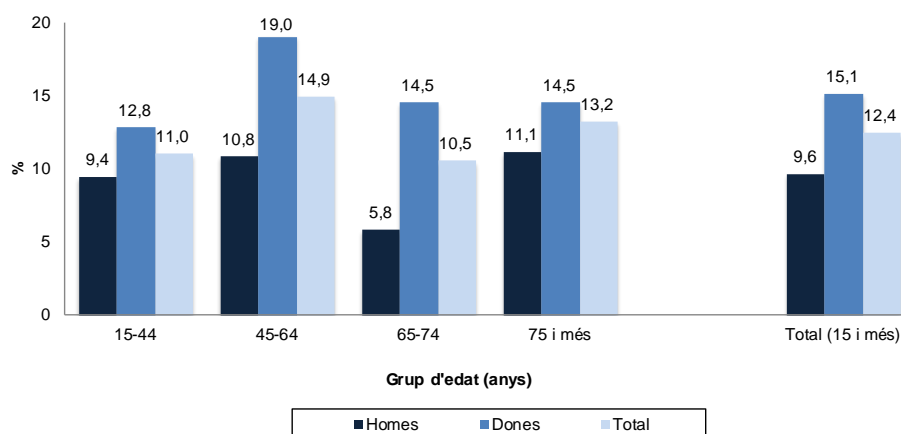


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. Departament de Salut.

6.3 Els trastorns mentals

El 12,4% de la població de 15 anys i més té risc de patir un trastorn mental⁵ (el 9,6% dels homes i el 15,1% de les dones. S'observa una prevalença més elevada de les dones respecte als homes 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. Catalunya, 2013

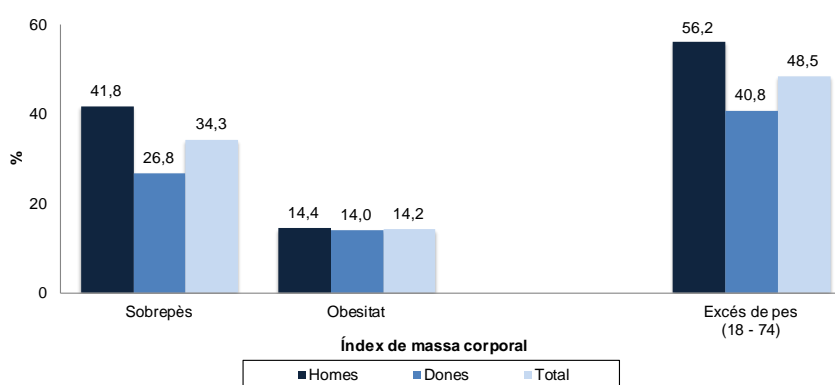


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. Departament de Salut.

6.4 L'excés de pes

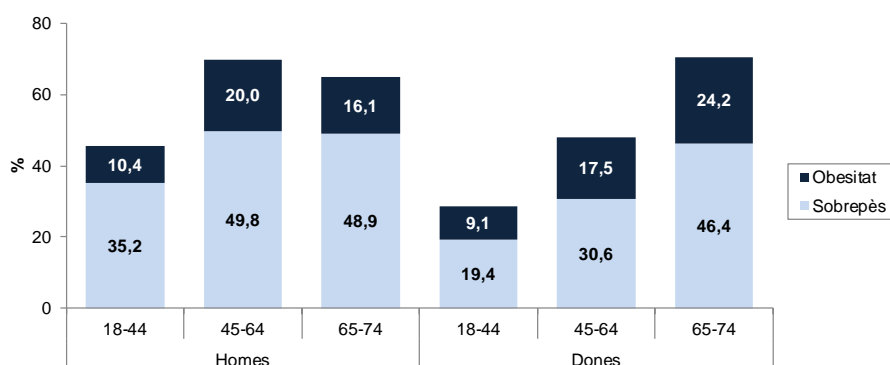
L'excés de pes, és a dir, la suma del **sobrepès** i l'**obesitat**, és un problema amb importants repercussions en l'estat de salut. Gairebé la meitat de la població de 18 a 74 anys (el 48,5%) té excés de pes (sobrepès o obesitat). El 34,3% té sobrepès, i el 14,2%, obesitat. El sobrepès afecta més els homes (el 41,8%) que les dones (el 26,8%), i l'obesitat és similar en ambdós sexes (el 14,4% en els homes i el 14,0% en les dones; gràfic 9). A mesura que els grups són de més edat, en tots dos sexes s'observen prevalències més altes de sobrepès i d'obesitat, especialment entre les dones (gràfics 9 i 10).

Gràfic 9. 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 sexe. Catalunya, 2013



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

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, 2013



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

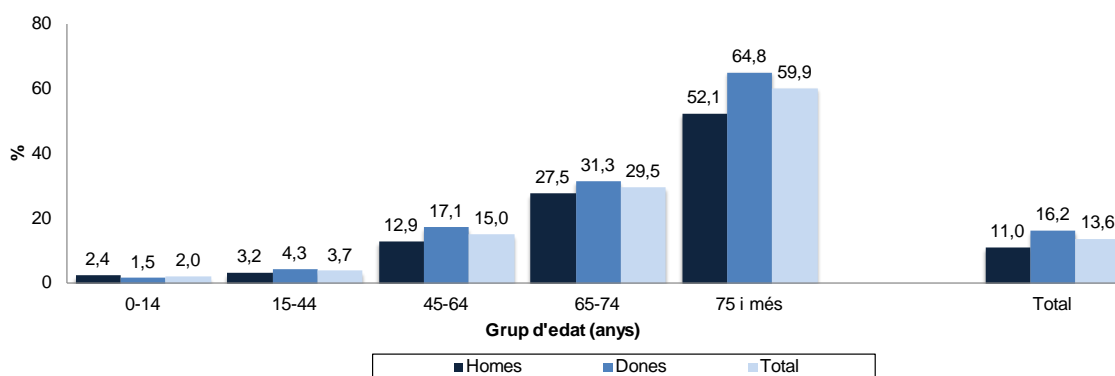
A la Unió Europea, amb valors del 2010, el 52% de la població adulta té excés de pes, i el 16,6%, obesitat (el 16,6% dels homes i el 16,5% de les dones).

6.5 Les discapacitats

El 13,6% de la població general pateix alguna discapacitat. En la població de 0 a 14 anys, la prevalença de discapacitat és del 2,0%, i en la població de 15 anys i més, del 15,7% (el 18,8% en les dones i el 12,6% en els homes). La freqüència de discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat (gràfic 11 i taula 2).

Les principals discapacitats que pateix la població de 15 anys i més són similars en homes i dones, i estan relacionades amb limitacions importants del moviment (l'11,3%), problemes per caminar (el 6,7%) i dificultats greus per fer les feines de la llar (el 5,5%). En tots els motius de discapacitat, excepte en la limitació greu per parlar, les dones tenen una prevalença més elevada que els homes

Gràfic 11. Població general que pateix alguna discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013



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

Taula 2. Estimació del nombre de casos amb discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

Grup d'edat	Prevalença			Estimació del nombre de casos 2013*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-14	2,4	1,5	2,0	15.000	9.000	23.000
15-44	3,2	4,3	3,7	52.000	66.000	118.000
45-64	12,9	17,1	15,0	124.000	168.000	292.000
65-74	27,5	31,3	29,5	81.000	105.000	186.000
75 i més	52,1	64,8	59,9	139.000	275.000	414.000
Total	11,0	16,2	13,6	411.000	622.000	1.033.000

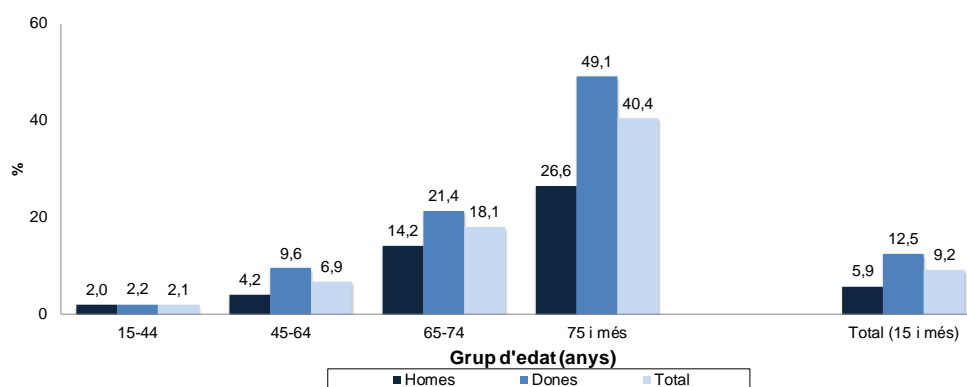
* Població de referència a 1 de gener de 2013. Estimació de casos arrodonida al miler.

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

6.6 La dependència

Unes 593.000 persones, el 9,2% de la població de 15 anys i més (el 5,9% els homes i el 12,5% les dones), es troben en situació de dependència, és a dir, necessiten l'ajuda o la companyia d'altres persones per realitzar activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut. El 4,7% de la població adulta necessita ajuda o companyia de manera regular, i el 4,5%, de manera puntual (gràfic 12 i taula 3).

Gràfic 12. Població adulta en situació de dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013



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

Taula 3. Població adulta en situació de dependència per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

Grup d'edat	Prevalença			Estimació del nombre de casos 2013*		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
15-44	3,2	4,3	3,7	33.000	33.000	66.000
45-64	12,9	17,1	15,0	40.000	94.000	134.000
65-74	27,5	31,3	29,5	42.000	72.000	114.000
75 i més	52,1	64,8	59,9	71.000	209.000	280.000
Total	11,0	16,2	13,6	186.000	407.000	593.000

* Població de referència a 1 de gener de 2013. Estimació de casos arrodonida al miler.

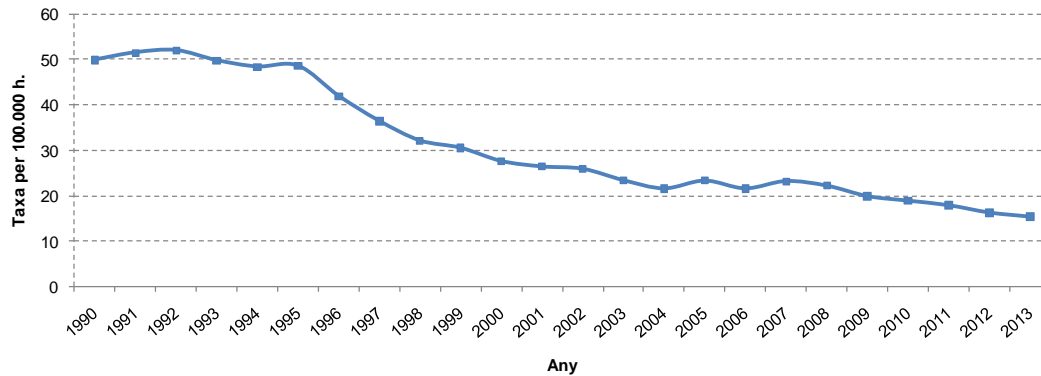
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2013. Departament de Salut.

6.7 Les malalties transmissibles

L'any 2013 s'han notificat 1.162 casos de tuberculosi (TBC) en residents a Catalunya, taxa que correspon a 15,4 casos per 100.000 habitants, un 5% menys que l'any anterior (gràfic 14). El 58,9% dels casos són homes i el 41,1% són dones, amb unes taxes de 18,4 i 12,5 casos per 100.000 habitants, respectivament. El 49,1% dels casos són persones nascudes fora de l'Estat espanyol i el 50,9% són autòctones, amb unes taxes de 43,1 i 9,5 casos per

100.000 habitants, respectivament. La distribució dels casos de TBC al territori no és homogènia: el 69,2% dels casos es concentren a la Regió Sanitària Barcelona i el 28,4% a Barcelona ciutat.

Gràfic 13. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2013



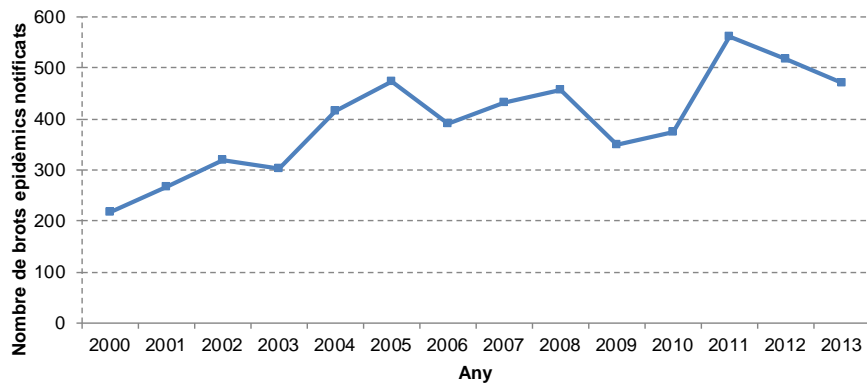
Font: Repositori epidemiològic de Catalunya (REC) de tuberculosi. Agència de Salut Pública de Catalunya.

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 2013 (dades provisionals), els diagnòstics de **VIH** notificats a Catalunya han estat 566, amb una taxa de diagnòstic de 7,8 casos per cada 100.000 habitants. Pel que fa a la **sida**, s'ha mantingut la tendència decreixent, ja que se n'han notificat 130 casos, amb una taxa d'incidència d'1,6 casos per cada 100.000 habitants (1,7 l'any 2012). Les ITS més freqüents durant l'any 2013 han estat les berrugues i condilomes pel **virus del papil·loma humà** amb 93,2 casos per 100.000 habitants (75,9 l'any 2012) seguides de la infecció genital pel **virus d'herpes simple**, amb 36,9 casos per 100.000 habitants (29,6 l'any 2012). De les infeccions que tenen tractament antibiòtic (d'origen bacterià) les més freqüents han estat la **gonocòccia** (12,7 casos per 100.000 habitants l'any 2013 i 11,3 l'any 2012), la **tricomonosi** (11,7 casos per 100.000 habitants l'any 2013 i 10,9 l'any 2012), la **sífilis infecciosa** (11,1 casos per 100.000 habitants l'any 2013 i 10,3 l'any 2012) i la infecció genital per **clamídies** (11,1 casos per 100.000 habitants l'any 2013 i 12,4 l'any 2012). Durant l'any 2013, tan sols s'han diagnosticat 58 casos de **limfogranuloma veneri** que representen una taxa de 0,8 casos per 100.000 habitants, un 20,0% inferior a l'observada l'any 2012.⁶

Durant l'any 2013 s'han declarat 470 **brots epidèmics**, gairebé un 10% menys que l'any 2012. Els brots de tos ferina han registrat unes xifres molt elevades, tot i que durant els darrers anys ja havien presentat un increment considerable. Els brots de toxiinfecció alimentària han presentat un lleuger augment respecte a l'any anterior, encara que mantenen les xifres baixes observades durant els darrers anys. Durant l'any 2013 hi va haver un brot epidèmic de xarampió que va produir un total de 47 casos; dins d'aquest brot, un cop realitzat l'estudi genètic corresponent es van detectar 3 cadenes de transmissió iniciades per diferents

casos importats d'altres països. En el total de brots van resultar afectades 3.010 persones, de les quals 260 van requerir ingrés hospitalari i 2 van morir (gràfic 14).

Gràfic 14. Brots epidèmics notificats a Catalunya, 2000-2013



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

L'any 2012 els microorganismes implicats en les enteritis amb més freqüència han estat *Campylobacter* i *Salmonella*. S'han notificat 3.143 casos de *Campylobacter* i 2.219 de *Salmonella*, amb una taxa d'incidència de 41,5 casos per 100.000 habitants i 29,3 casos per 100.000 habitants, respectivament. Aquesta taxa és molt semblant a la del 2012 pel que fa a *Campylobacter* però superior per a *Salmonella*. Les dades provisionals del 2013 reflecteixen un augment de la incidència causada pels dos microorganismes (47,3 per 100.000 habitants per a *Campylobacter* i 29,9 per 100.000 habitants per a *Salmonella*).

Pel que fa a les **malalties immunoprevenibles**, durant l'any 2013 s'han registrat 53 casos de **xarampió** (taxa d'incidència del 0,7 per 100.000 habitants) com a resultat de la importació de casos des d'altres comunitats autònomes i diversos països europeus. No s'ha detectat cap cas de rubèola i no s'ha notificat cap cas de síndrome de rubèola congènita ni n'ha estat identificat cap per cerca activa. S'han detectat 14 casos de clínica compatible amb **paràlisis flàccides** en menors de 15 anys (taxa d'incidència de 1,01 per 100.000 habitants) que han resultat negatius de poliovirus. Quant a la parotiditis, se n'han declarat 606 casos (8,0 casos per 100.000 habitants). La incidència de **parotiditis** de 2013 ha disminuït si es compara amb la registrada l'any 2012 (8,6 i 8,0 casos per 100.000 habitants), però és bastant superior a la incidència registrada anteriorment. La **tos ferina** ha continuat presentant un comportament epidèmic, encara que inferior al registrat l'any 2011. La taxa d'incidència de l'any 2013 ha estat de 13,2 casos per 100.000 habitants, mentre que la corresponent a 2011 es va situar en 20,8 per 100.000 habitants. L'**hepatitis A** ha continuat la tendència de disminució d'incidència iniciada en els darrers anys i l'any 2013 ha presentat una taxa d'1,4 per 100.000 habitants, lleugerament inferior a la taxa registrada l'any 2011 (1,6 casos per 100.000 habitants). L'**hepatitis B** ha tingut un comportament estacionari i ha presentat la mateixa incidència que l'any 2012 (1,4 casos per 100.000 habitants). També la malaltia invasiva per **Haemophilus**

influenzae tipus b ha presentat un comportament estacionari l'any 2013, si es compara amb el comportament dels darrers anys (0,05 casos per 100.000 habitants).

La **malaltia pneumocòccica invasiva**^a ha presentat un incidència lleugerament inferior respecte a l'any 2012 (12,3 casos per 100.000 habitants el 2013 i 13,4 casos per 100.000 habitants el 2012). En menors de 5 anys, la taxa d'incidència ha disminuït en un 33,7% respecte a l'any 2012 (25,2 casos per 100.000 habitants el 2013, i 38,0 casos per 100.000 habitants el 2012).

La vigilància de la **grip** mitjançant el Pla d'informació 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 epidemiològica de la **malaltia de Chagas congènita**, el 2012 es van notificar 163 dones embarassades positives de *Trypanosoma cruzi*, de les quals 134 (82,2%) eren d'origen bolivià. L'any 2012 van néixer 153 nadons fills de mare positiva, dels quals 97 (63,4%) van completar correctament el seguiment amb el control serològic posterior als 9 mesos d'edat. D'aquests, 3 van resultar positius de *T. cruzi*, que correspon a una taxa de transmissió congènita del 3,1%, segons dades provisionals.

6.8 Quines malalties ens fan consultar l'atenció primària o ingressar a l'hospital

Més de la meitat de les consultes a l'atenció primària en la població adulta estan motivades per la hipertensió (34,9%) i la diabetis (16,4%) (taula 4). Entre les més freqüents també es pot observar un predomini dels principals trastorns crònics.

Taula 4. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població adulta. Catalunya, 2013.

Categories diagnòstiques de CCS	Visites
Hipertensió essencial	14.130.229
Diabetis mellitus sense complicacions	6.619.921
Malaltia pulmonar obstructiva crònica i bronquièctasi	2.265.284
Insuficiència renal crònica	2.010.440
Asma	1.954.955
Espondilosi, trastorns dels discs intervertebrals i altres mals d'es	1.916.932
Examen/avaluació mèdica	1.595.262
Admissió administrativa/social	1.217.689
Hiperlipidèmia	1.044.043
Trastorns d'ansietat	851.815
Resta	6.871.621
Total	40.478.191

Font: Registre del Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària (CMBDAP) 2013. CatSalut.

^a 2013: dades provisionals.

Les principals causes d'ingrés hospitalari tenen un pes relatiu força similar (taula 5).

Taula 5. Principals causes d'ingrés hospitalari en la població general. Catalunya, 2013

Gran grup de diagnòstics del CCS	Contactes
Malalties de l'aparell circulatori	117.525
Malalties de sistema del nerviós i dels òrgans dels sentits	116.267
Malalties de l'aparell digestiu	110.426
Lesions i intoxicacions	96.241
Malalties de l'aparell respiratori	95.797
Neoplàsies	95.378
Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	87.281
Malalties de l'aparell genitourinari	78.517
Malalties del sistema musculoesquelètic i del teixit connectiu	71.730
Resta	108.345
Total	977.507

Font: Registre del Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció hospitalària (CMBDAH) 2013. CatSalut.

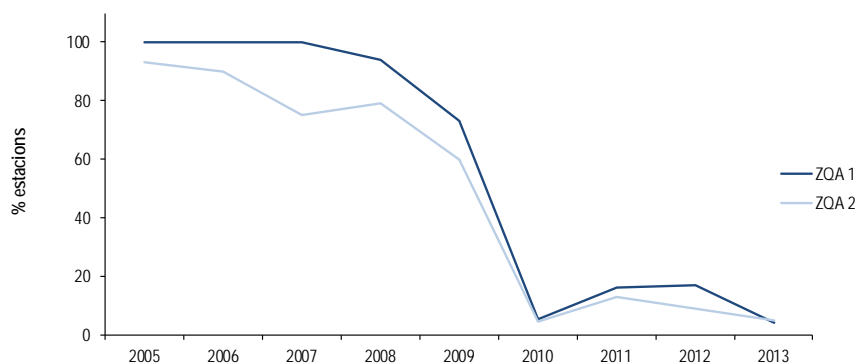
7 Com ens afecta l'entorn

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 (PM_{10}), en el gràfic 15 s'observa que, en general, els nivells del 2013 han disminuït lleugerament respecte als del 2012, tant pel que fa a les mitjanes com al nombre de superacions del valor límit diari. Durant l'any 2013 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 tres punts del territori. Aquests punts estan ubicats a les zones de qualitat de l'aire (ZQA) 1 (Àrea de Barcelona), 2 (Vallès – Baix Llobregat) i 6 (Plana de Vic).

Gràfic 15. Evolució del percentatge d'estacions que han superat el valor límit diari de PM_{10} a la zona de qualitat de l'aire de l'Àrea de Barcelona (ZQA1) i la del Vallès-Baix Llobregat (ZQA2). 2005-2013

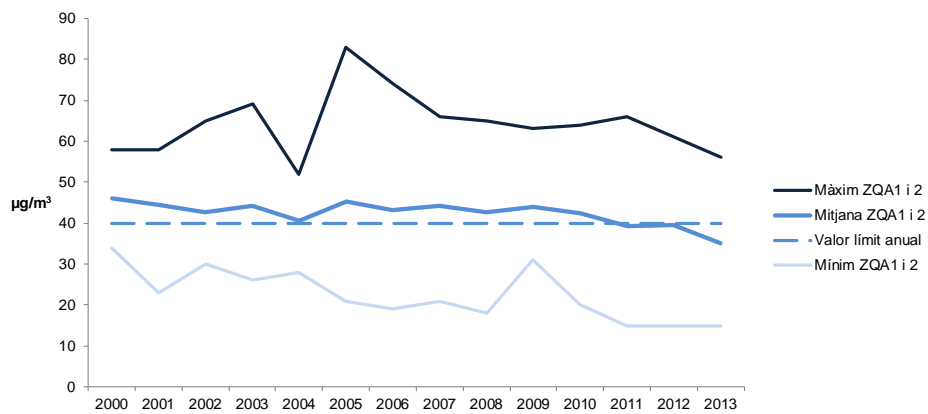


Font: 30 anys vigilant i millorant la qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2013. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Pel que fa a l'ozó troposfèric, al llarg del 2013 s'han registrat 79 hores de superació del llindar d'informació a la població. Aquests valors són similars als del 2012 i lleugerament superiors a la mitjana dels darrers anys. Les superacions s'han produït en 11 dels 49 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, Vallès- Baix Llobregat, Camp de Tarragona, Plana de Vic, Maresme, Comarques de Girona, Alt Llobregat i Pirineu Oriental. D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta durant l'any 2013.

Respecte al diòxid de nitrogen, durant l'any 2013 no s'ha detectat un nombre de superacions del valor límit horari fixat per al NO₂ a cap punt del territori superior al permès (la normativa permet fins a divuit superacions d'aquest valor límit horari en un any i per a cada punt). Pel que fa al valor límit anual, s'han produït superacions d'aquest valor a la ZQA 1 (en el 17% dels punts de mesurament) i a la ZQA 2 (en el 50% dels punts de mesurament). La tendència dels darrers anys es força estable, tot i que apunta a una disminució molt lenta (gràfic 16).

Gràfic 16. Evolució de la mitjana anual de NO₂, en µg/m³, a la Zona de Qualitat de l'Aire de l'Àrea de Barcelona (ZQA1) i la del Vallès-Baix Llobregat (ZQA2). 2000-2013



Font: 30 anys vigilants i millorant la qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2013. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Quant a l'aigua de consum, els resultats de les analítiques realitzades l'any 2012 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 92,47 % 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 de l'arsènic i el fluor.

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 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, mentre que d'altres, com ara el tabaquisme i el consum de risc d'alcohol i d'altres drogues, augmenten el risc de morbimortalitat. Així per exemple, l'OMS estima que 3,3 milions de morts produïdes l'any 2012 eren atribuïbles a l'alcohol, el 5,9% del total mundial.⁷

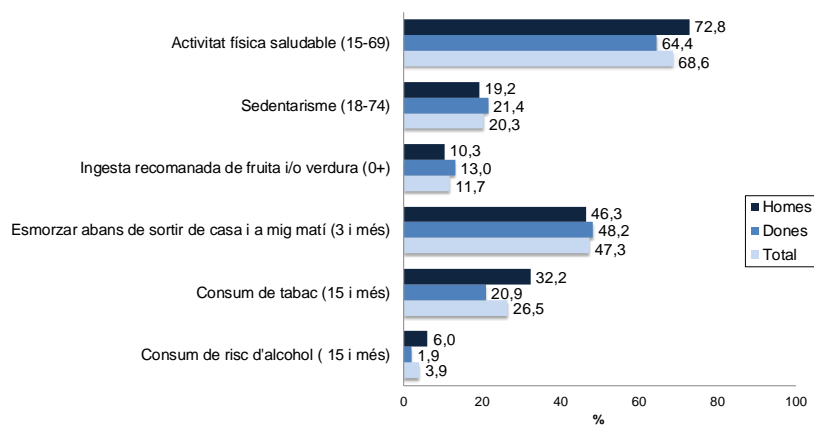
Segons l'activitat física habitual, l'any 2013 el 68,6% de la població de 15 a 69 anys fa una **activitat física saludable**, mentre que el 20,3% de la població de 18 a 74 anys és **sedentària**.

Quant als **hàbits alimentaris**, l'any 2013 el 11,7% de la població general consumeix diàriament 5 racions de fruita i/o verdura, d'acord amb les recomanacions. Aquest percentatge es troba per sobre de la mitjana estatal (9,7%, ENSE 2011-2012). La proporció de persones que compleixen la recomanació de consum és més elevada en els grups de més edat. El 47,3% de la població de 3 anys i més esmorza abans de sortir de casa i a mig matí, com a mínim quatre vegades a la setmana. A mesura que els grups són de més edat, el percentatge de població que esmorza dues vegades és més baix, sobretot perquè s'abandona l'hàbit d'esmorzar a mig matí.

El consum de **tabac** ha disminuït entre 1990 i 2013, especialment entre els homes. L'any 2013, el 26,5% de les persones de 15 anys i més són fumadores (diàries o ocasionals), el 32,2% dels homes i el 20,9% de les dones. Els homes tenen prevalences de tabaquisme superiors a les dones en totes les edats, amb percentatges molt propers entre els joves de 15 a 24 anys i més allunyats a mesura que els grups són de més edat. En comparació amb els resultats a escala estatal de l' ENSE 2011-2012, Catalunya se situa per sota de la mitjana en la proporció de fumadors (diaris o ocasionals).

El 3,9% de la població de 15 anys i més fa un consum de risc d'**alcohol** (el 6,0% dels homes i l'1,9% de les dones). El consum de risc més important s'observa en el grup de 15 a 24 anys per a ambdós sexes (el 13,8% dels nois, i el 6,2% de les noies). Segons dades de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES), l'any 2012 el 79,8% dels estudiants catalans d'educació secundària de 14-18 anys havien consumit alcohol alguna vegada a la vida, el 77,2% ho havien fet alguna vegada en els 12 mesos anteriors a l'estudi i el 68,5% els 30 dies anteriors. 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).⁸

Gràfic 17. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població, per sexe. Catalunya, 2013



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

Les taules 6 i 7 mostren l'evolució del consum de **drogues no institucionalitzades** en la població de 15 a 64 anys i en la població d'estudiants de 14 a 18 anys. Els derivats del cànnabis i la cocaïna són les substàncies d'aquesta categoria amb prevalències de consum més elevades. Tot i això, pel que fa a la proporció de persones que han consumit cànnabis en els trenta dies previs a l'estudi, es va interrompre la tendència creixent dels anys 2006-2007 i ha disminuït de forma consistent des d'aleshores. També s'ha observat des de llavors un descens en el consum de cocaïna, tot i que en el cas dels estudiants de secundària s'ha estabilitzat els darrers anys.⁹

Taula 6. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Cànnabis	4,0	4,3	8,3	11,4	13,9	9,7	8,7	8,1
Èxtasi i drogues de disseny	0,1	0,1	1,0	0,6	0,8	0,8	0,3	0,1
Cocaïna	0,9	1,0	1,4	0,7	1,7	2,6	1,5	0,7
Amfetamines (<i>speed</i>)	0,2	0,4	0,6	0,1	0,6	0,6	0,4	0,0
Heroïna	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0

Font: Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya i de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari. Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Taula 7. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys (%). Catalunya, 1994-2012

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Cànnabis	17,1	21,5	22,1	22,3	26,8	30,4	25,1	23,1	21,3	17,0
Èxtasi i drogues de disseny	2,6	3,8	2,3	2,5	1,3	1,1	1,5	1,3	1,1	1,7
Cocaïna	0,8	1,9	3,5	2,0	2,7	3,4	2,7	1,5	1,3	1,5
Amfetamines (<i>speed</i>)	2,7	3,5	2,1	1,1	1,5	1,8	1,6	1,2	0,8	1,1
Heroïna	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,5	0,8	0,3	0,7	0,6

Font: Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya i de l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari. Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

8.2 Quines pràctiques preventives fem

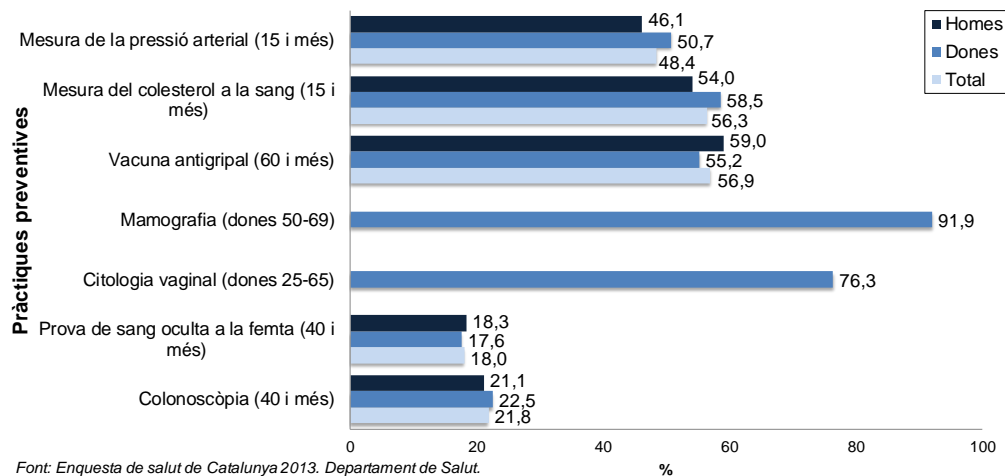
En la població de 15 anys i més, el 48,4% es pren la **pressió arterial** periòdicament (el 46,1% dels homes i el 50,7% de les dones) i el 56,3% es revisa periòdicament el nivell de **colesterol** a la sang (el 54,0% dels homes i el 58,5% de les dones). Ambdues pràctiques augmenten a mesura que els grups són de més edat, sobretot a partir dels 65 anys.

La cobertura de vacunacions en la població infantil l'any 2012 va ser del 92,2%. El 56,9% de la població de 60 anys i més es vacuna contra la grip de manera regular quan comença la tardor (el 59,0% dels homes i el 55,2% de les dones). En els grups de més edat, el percentatge és superior.

En les dones, el 91,9% del grup prioritzat (de 50 a 69 anys) es fa una mamografia periòdica, i la pràctica de la citologia vaginal periòdica és del 76,3% en el grup de 25 a 65 anys).

El 18,3% de la població de 40 anys i més s'ha fet alguna vegada la prova de sang oculta en femta per detectar càncer de còlon o pòlips a l'intestí, i el 21,8%, una colonoscòpia (gràfic 18).

Gràfic 18. *Freqüència de la pràctica d'activitats preventives de la població adulta, per sexe. Catalunya, 2013*



Altres activitats de caràcter preventiu són les relacionades amb la detecció precoç del consum de risc d'alcohol en l'àmbit de l'atenció primària, com ara el programa "Beveu menys", i els programes específics per a la reducció dels danys relacionats amb el consum de drogues per a persones consumidores en actiu, especialment per a les que utilitzen la via endovenosa: el Pla d'acció específic en hepatitis, el Programa de prevenció en sobredosi i el Programa d'intercanvi de xeringues (PIX). Adreçats a la població infantil i juvenil es desenvolupen programes com "L'aventura de la vida" i dues webs 2.0, elpep.info i laclara.info, entre d'altres.

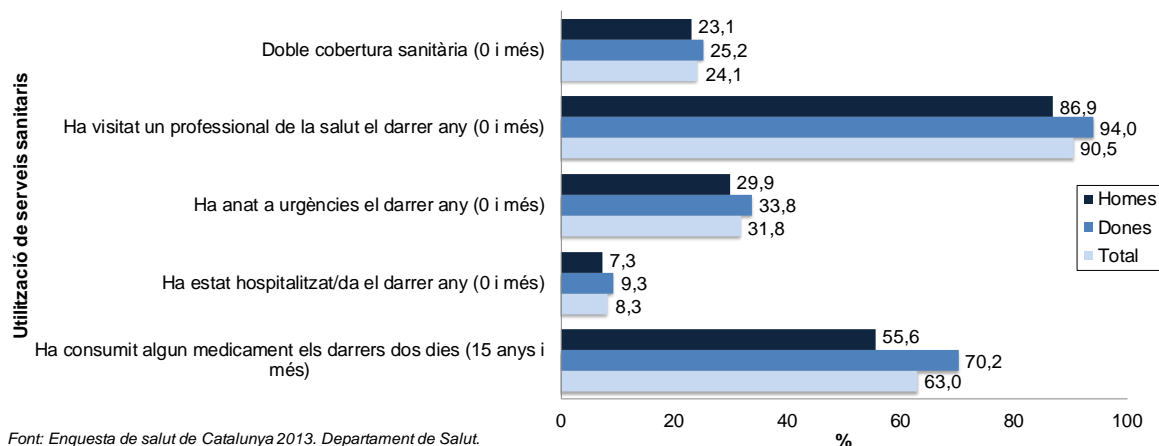
8.3 Quin ús fem dels serveis sanitaris

El 99,8% de la població té dret a l'assistència sanitària pública. El 24,1% disposa de **dobla cobertura sanitària**, és a dir, té dret a l'assistència sanitària pública i al mateix temps està afiliada a una mútua sanitària privada concertada individualment o pagada per l'empresa. La doble cobertura és més freqüent en la població de 0 a 14 anys i de 45 a 64 anys.

El 90,5% de la població general (el 94,5% de la població de 0 a 14 anys i el 89,7% de la població de 15 anys i més) **ha visitat un professional de la salut** almenys una vegada el darrer any. El 76,7% de la població general ha estat visitada per un professional de medicina general o pediatria. El 43,2% de les dones de 15 anys i més han estat visitades per un especialista en ginecologia. El 36,5% de la població general ha anat al dentista durant el darrer any, i el 20,5%, a un especialista en optometria o òptica. El 20,4% de la població general ha estat atesa per un professional d'infermeria durant el darrer any.

El 31,8% de la població general ha visitat un servei d'**urgències** el darrer any, el 29,8% de la població adulta i el 42,7% de la població infantil. De la població que ha acudit a urgències, el 57,2% ha visitat un hospital públic, el 27,1% un centre d'atenció primària o d'atenció continuada, i el 10,1% un hospital privat. El 8,3% de la població general ha estat **hospitalitzada** com a mínim una nit els darrers dotze mesos.

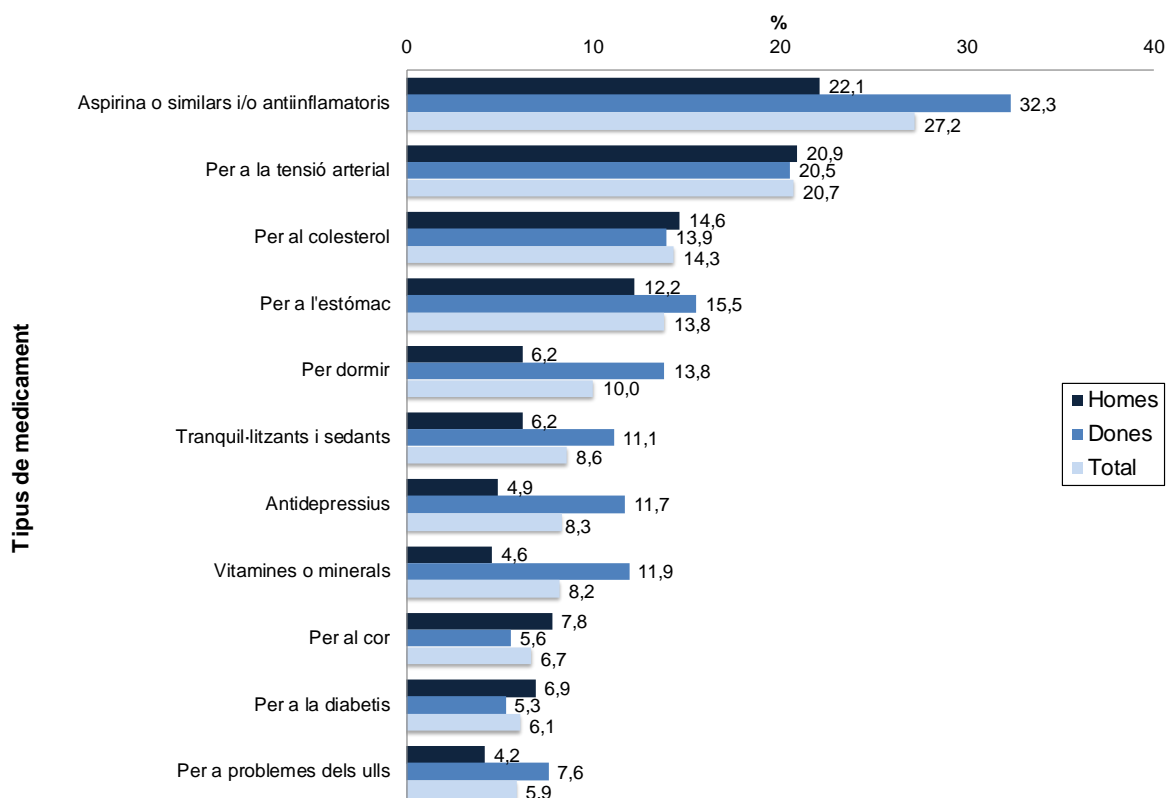
Gràfic 19. Ús dels serveis sanitaris, per sexe. Catalunya, 2013



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

El 63,0% de la població de 15 anys i més (el 55,6% dels homes i el 70,2% de les dones) han consumit algun **medicament** durant els dos dies anteriors a l'entrevista. Els medicaments que la població adulta ha consumit en proporcions més elevades són l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o antiinflamatoris, seguits dels fàrmacs per a la hipertensió arterial i els medicaments per al control del colesterol (gràfic 20).

Gràfic 20. Consum de medicaments els dos dies anteriors a l'entrevista en població de 15 anys i més segons el tipus de medicament, per sexe. Catalunya, 2013



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

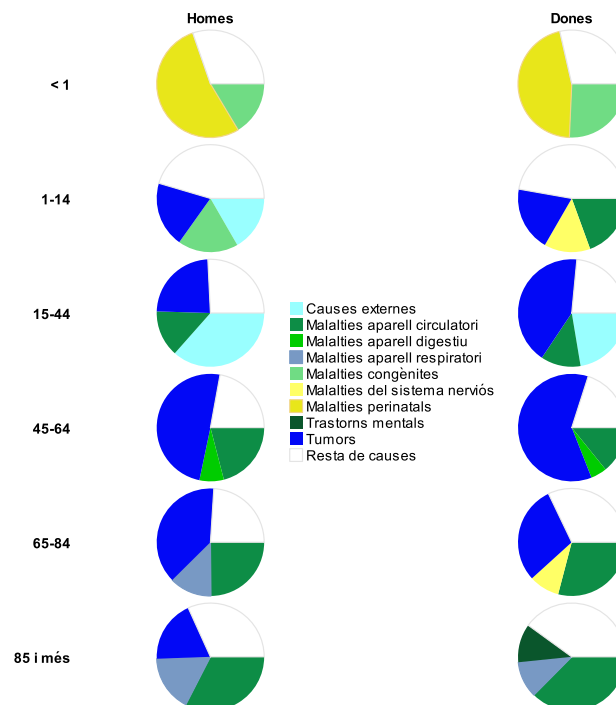
El 90,1% de la població general que ha utilitzat un servei sanitari els darrers dotze mesos n'està satisfeta (el 90,6% dels homes i el 89,7% de les dones). Els percentatges de població satisfeta amb els serveis assistencials utilitzats són més alts en el grup de 0 a 14 anys i en el de 75 anys i més. El percentatge de satisfacció és més elevat entre la població que ha utilitzat de forma més freqüent els serveis privats (98,0%) respecte a la que ha utilitzat els públics (88,1%).

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, les **malalties de l'aparell circulatori** són les que 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 congènites i perinatales són les que afecten els més petits; les causes externes (accidents i violències) i els tumors són les més comunes en els joves i en les edats mitjanes; 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 causa de mort més sovint 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, 2012

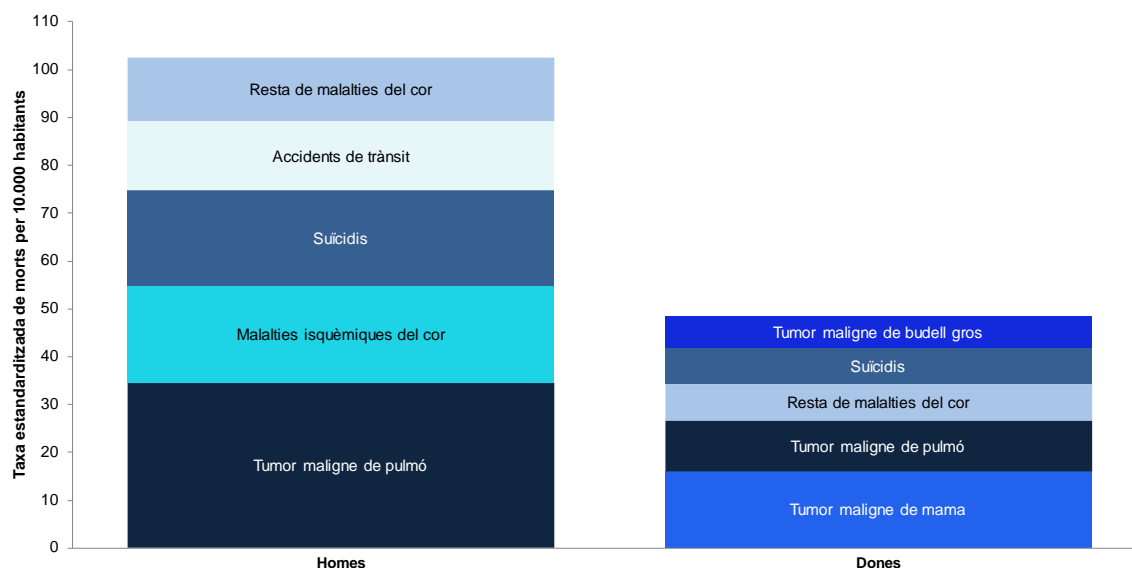


* Distribució de freqüències sobre el total de cada grup d'edat i sexe.
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2012.

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, les malalties isquèmiques del cor, el grup d'altres malalties del cor i l'Alzheimer. En els homes, les patologies més freqüents són les malalties isquèmiques del cor, el càncer de pulmó, 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 al 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, la resta de malalties del cor i els suïcidis, mentre que en els homes ho són el tumor maligne de pulmó, les malalties del cor i les causes externes (suïcidis i accidents de trànsit). Destaca també que aquesta mortalitat prematura és molt més alta en els homes que en les dones.

Gràfic 22. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2012



* 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 2012.

10 El territori

L'anàlisi per regió sanitària d'una selecció d'indicadors no mostra patrons definits a partir dels quals es pugui deduir que unes regions obtenen de forma sistemàtica uns resultats millors o pitjors que d'altres. Els indicadors per regió sanitària del període 2012-2013 es presenten, en primer lloc, a través dels percentatges bruts pel total,^a amb la indicació de quins resultats són superiors o inferiors a la mitjana de Catalunya de forma estadísticament significativa (taula 8). Tanmateix, la població de cada regió sanitària té una estructura d'edat diferent i, per tal de controlar-ne l'efecte, en els mapes 1 a 3 es presenten els percentatges estandarditzats per edat, per a la qual cosa s'ha aplicat l'estructura d'edat de la població de Catalunya a 1 de gener de 2013 com a població tipus a totes les regions. Per tant, els resultats de la taula i dels mapes poden no ser coincidents. El fet que el resultat sigui significativament inferior o superior a la mitjana no implica *per se* una valoració negativa o positiva del resultat.

Taula 8. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i total. Catalunya, 2012-2013

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)	T	83,8%	82,9%	83,6%	82,9%	77,7%	90,2%	81,7%
2 Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	T	52,8%	52,3%	50,9%	48,1%	49,5%	48,2%	48,1%
3 Discapacitat (15 anys i més)	T	9,2%	13,3%	15,7%	20,0%	17,7%	28,8%	17,9%
4 Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	T	16,2%	7,9%	5,6%	9,4%	15,2%	3,2%	12,0%
5 Dolor o malestar (EQ-5D-5L) (15 anys i més)	T	30,6%	27,1%	34,3%	25,6%	33,7%	30,5%	29,0%
6 Malaltia o problema de salut crònic (població general)	T	38,8%	41,4%	43,1%	30,7%	40,5%	43,5%	38,2%
7 Patir o haver patit hipertensió arterial (15 anys i més)	T	26,6%	22,5%	26,2%	24,5%	31,2%	22,0%	24,7%
8 Patir o haver patit colesterol elevat (15 anys i més)	T	19,9%	21,5%	17,5%	19,4%	24,1%	15,3%	23,6%
9 Consum de tabac (15 anys i més)	T	29,7%	28,9%	28,5%	29,8%	30,0%	28,9%	26,4%
10 Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	T	4,9%	3,9%	2,5%	4,1%	3,4%	1,1%	3,9%
11 Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	T	23,0%	26,9%	30,8%	15,1%	16,7%	23,3%	18,1%
12 Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	T	48,0%	59,9%	56,1%	65,1%	71,9%	52,9%	73,5%
13 Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	T	68,2%	51,2%	58,6%	53,2%	46,3%	62,8%	49,2%
14 Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	T	67,7%	72,3%	60,5%	55,6%	54,3%	65,3%	56,6%
15 Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D	100,0%	89,0%	93,8%	95,8%	91,1%	95,3%	92,7%
16 Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 65 anys)	D	75,0%	78,7%	78,7%	75,6%	70,2%	82,5%	80,1%
17 Doble cobertura sanitària (població general)	T	22,0%	17,5%	11,2%	18,2%	16,1%	26,0%	28,5%
18 Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	T	58,6%	58,9%	54,2%	62,4%	69,3%	45,9%	62,6%
19 Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	T	88,3%	90,7%	86,8%	89,8%	92,5%	83,3%	91,8%
20 Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	T	8,1%	11,4%	6,3%	6,5%	9,4%	7,1%	7,4%
21 Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	T	30,3%	35,1%	23,3%	28,4%	32,6%	16,1%	32,4%
22 Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	T	88,2%	83,4%	86,7%	93,0%	89,1%	86,7%	89,7%

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, 2012-2013. Departament de Salut.

^a Vegeu a l'Annex 2 els percentatges bruts per a cada sexe dels indicadors seleccionats a la Taula 6.

Mapa 1. Percentatge estandarditzat per edat de població amb **autopercepció positiva** de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)^a



Mapa 2. Percentatge estandarditzat per edat de població de 15 anys i més **fumadora**, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)



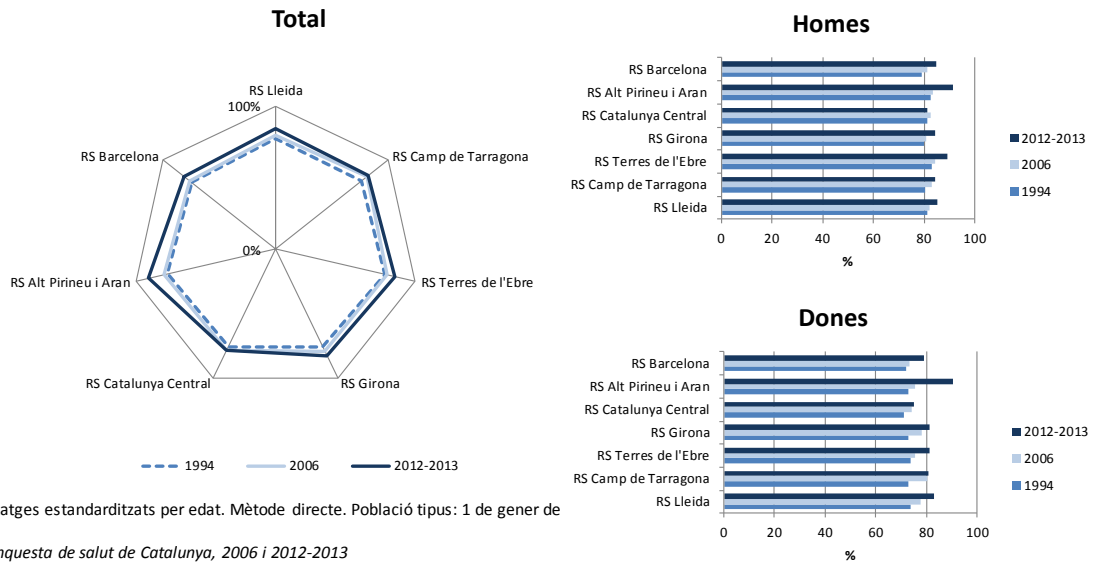
Mapa 3. Percentatge estandarditzat per edat de població de 18 a 74 anys amb **excés de pes**, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)



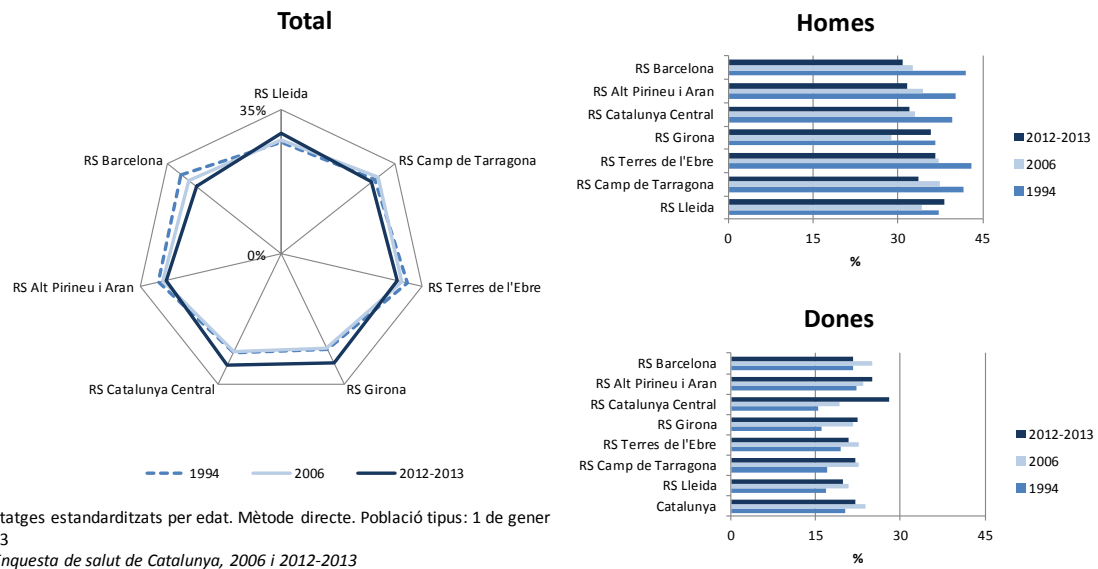
^a Percentatges estandarditzats per edat pel mètode directe (població tipus a 1 de gener de 2013). Es presenten els percentatges estandarditzats significativament diferents de la mitjana de Catalunya amb un nivell de confiança del 95%.

L'evolució temporal els anys 1994, 2006 i 2012-2013 dels resultats per regió sanitària d'una selecció d'indicadors d'estat de salut i estils de vida tampoc no mostra patrons definits per regió sanitària (gràfic 23 a 25).

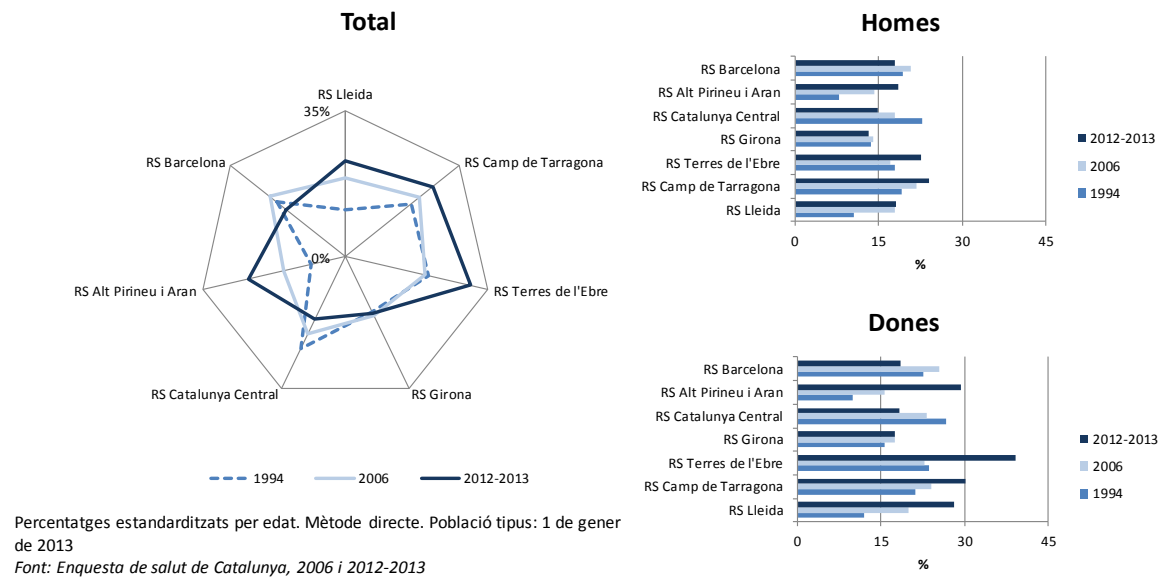
Gràfic 23 Percentatge estandarditzat per edat de població amb **autopercepció positiva** de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013



Gràfic 24. Percentatge estandarditzat per edat de població de 15 anys i més **fumadora**, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013



Gràfic 25. Percentatge estandarditzat per edat de població de 18 a 74 anys **sedentària**, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013



Pel que fa a la distribució territorial de la mortalitat, s'observa que l'índex de mortalitat estandarditzada és més alt a la Regió Sanitària Camp de Tarragona i més baixa a la Regió Sanitària Barcelona.

11 Les situacions de vulnerabilitat

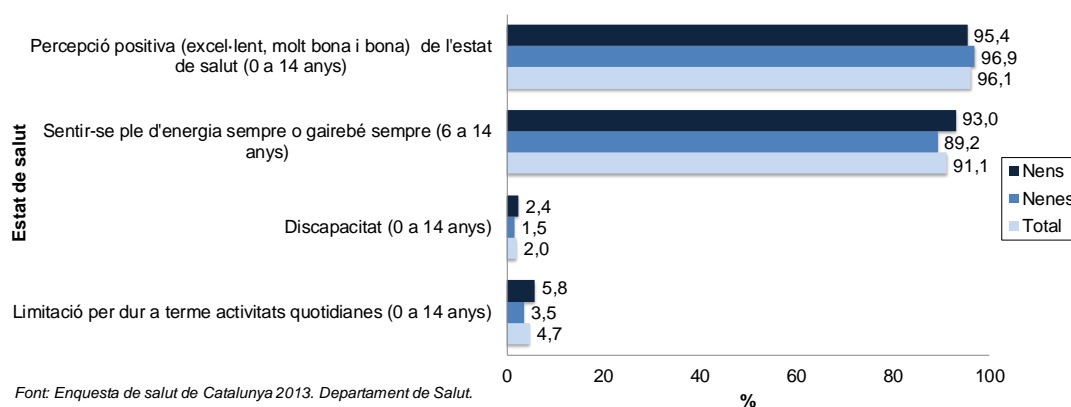
Els principals eixos de desigualtat en salut són l'edat, el sexe, la situació socioeconòmica, el nivell d'estudis, i el territori. La vulnerabilitat de les persones creix a mesura que els eixos de desigualtat se superposen. A continuació s'aborden les desigualtats en salut relacionades amb l'edat, el gènere i la situació laboral.

11.1 La salut de la població infantil

La població menor de 15 anys resident a Catalunya l'any 2013 és d'1.186.867 persones (el 15,7% del total). Des de l'any 2009, el nombre de naixements registrats a Catalunya ha disminuït any rere any, i l'any 2012 va ser de 77.098, un 4,7% menys que el 2011. La taxa bruta de natalitat l'any 2012 es va situar en 10,3 naixements per cada mil habitants, mig punt per sota del valor registrat l'any anterior. La taxa de mortalitat infantil a Catalunya l'any 2012 es va situar en nivells baixos, de 2,94 defuncions d'infants de menys d'un any per cada 1.000 nascuts vius, mentre que aquesta taxa per al conjunt de la UE-28 l'any 2012 va ser del 3,8.

Pel que fa l'**estat de salut** de la població infantil l'any 2013, l'autopercepció positiva de l'estat de salut és elevada (96,1%), i el 93,0% de la població de 6 a 14 anys se sent plena d'energia sempre o gairebé sempre. D'altra banda, el 2,0% dels menors de 15 anys té alguna discapacitat, i el 4,7% ha tingut alguna limitació per dur a terme activitats quotidianes a causa d'un problema de salut (gràfic 26).

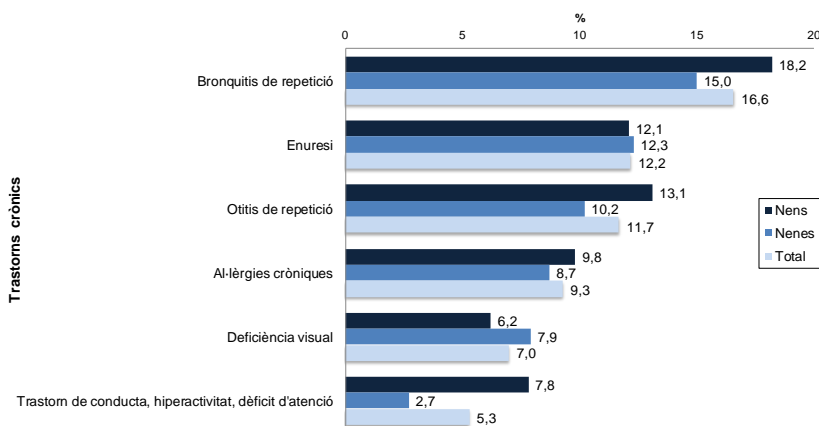
Gràfic 26. Indicadors de l'estat de salut de la població infantil, per sexe. Catalunya, 2013



El 53,5% de la població de 0 a 14 anys pateix o ha patit algun **trastorn crònic**^a (el 55,0% dels nens i el 51,9% de les nenes). Els més freqüents són la bronquitis de repetició, l'enuresi i l'otitis de repetició (gràfic 27).

^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.

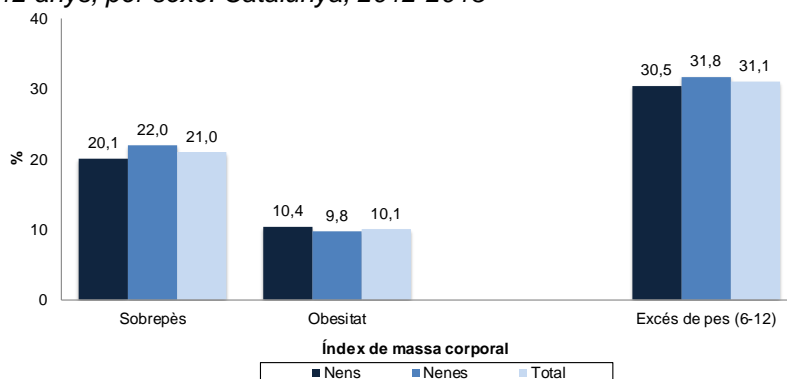
Gràfic 27. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població menor de 15 anys (amb una prevalença per sobre del 5%), a partir d'una llista de 18 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2013



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

A Catalunya, el 31,1% de la població de 6 a 12 anys té excés de pes (el 30,5% dels nens i el 31,8% de les nenes). El sobrepès afecta més les nenes (el 22,0%) que els nens (el 20,1%), mentre que l'obesitat afecta més els nens (el 10,4%) que les nenes (el 9,8%; gràfic 28).

Gràfic 28. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en població de 6 a 12 anys, per sexe. Catalunya, 2012-2013



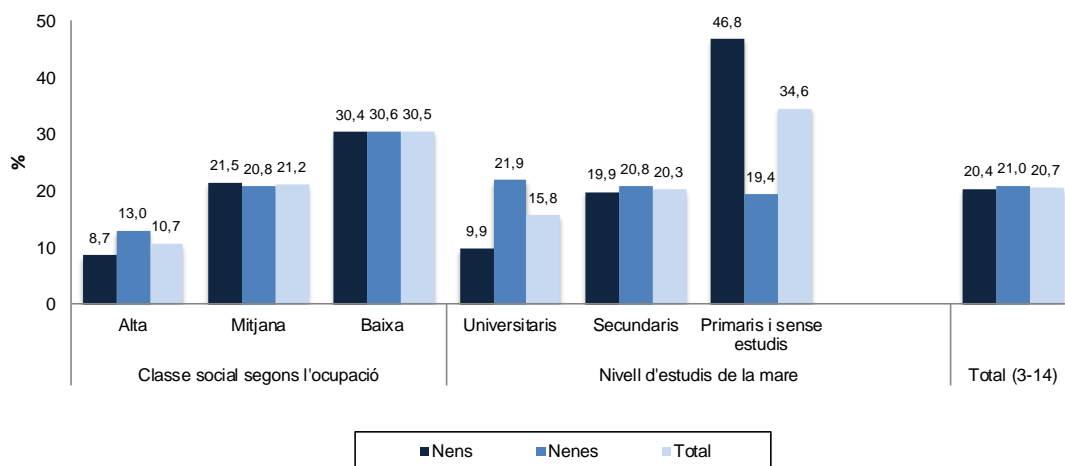
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012-2013. Departament de Salut.
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats, segons l'OMS.

A Catalunya, en el període 2012-2013, la població de 2 a 17 anys presenta tant en els nois com en les noies percentatges de sobrepès inferiors a la mitjana d'Espanya. Pel que fa a l'obesitat, el percentatge és superior en els nois i se situa entorn de la mitjana en les noies (ENSE 2011-2012).

Pel que fa als **estils de vida**, l'any 2013 el 28,8% 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 20,9% no hi ha participat cap dia o gairebé cap. En temps de lleure, el 96,1% de la població de 3 a 14 anys mira diàriament la televisió, i el 79,7% juga al parc o al carrer a diari. Finalment, el 20,7%

de la població de 3 a 14 anys practica un **oci sedentari**, és a dir, cada dia de la setmana dedica dues hores o més a mirar la televisió o a jocs de pantalla. La proporció de població de 3 a 14 anys que té un estil d'oci sedentari és més elevada en les classes socials més desfavorides i quan la mare té estudis primaris o no en té (gràfic 29).

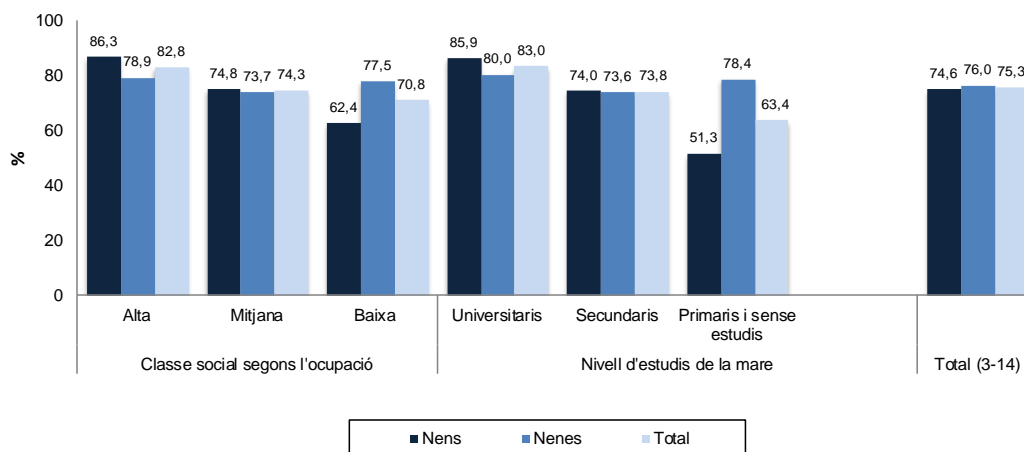
Gràfic 29. Població de 3 a 14 anys segons l'oci sedentari, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis de la mare i sexe. Catalunya, 2013



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

El 75,3% de la població de 3 a 14 anys fa un **consum de productes hipercalòrics** (menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre o pisolabis i menjars salats) com a màxim tres vegades a la setmana (el 74,6% dels nens i el 76,0% de les nenes). El percentatge d'infants que fan un baix consum de productes hipercalòrics és més elevat entre els de la classe social alta i entre els que tenen mares amb estudis universitaris (gràfic 30).

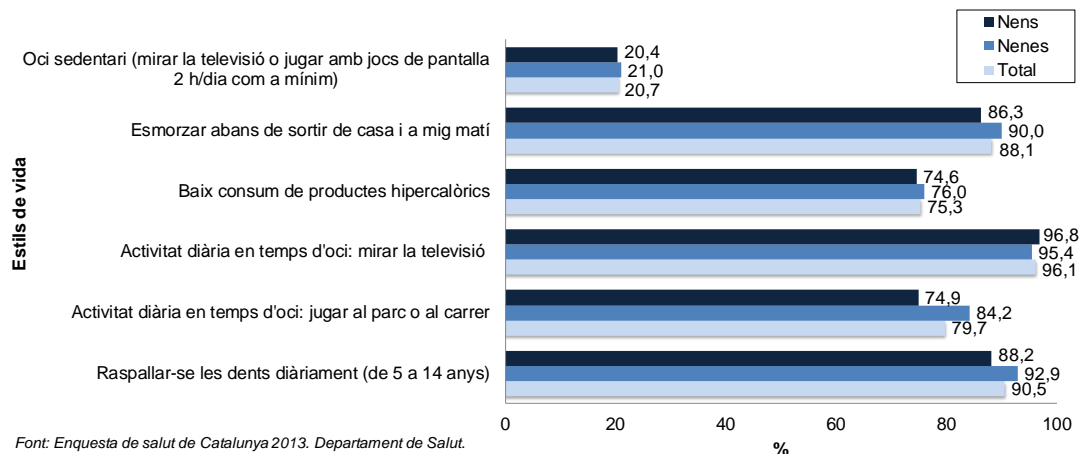
Gràfic 30. Població de 3 a 14 anys que fa un baix consum de productes hipercalòrics, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013



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

El 88,1% de la població de 3 a 14 anys (el 86,3% dels nens i el 90,0% de les nenes) **esmorza abans de sortir de casa i a mig matí**, com a mínim quatre vegades a la setmana. Aquesta proporció disminueix a mesura que els grups són de més edat. El 90,5% dels menors amb edats compreses entre 5 i 14 anys es raspalla les dents com a mínim una vegada al dia (el 88,2 dels nens i el 92,9 de les nenes; gràfic 31).

Gràfic 31. Estils de vida de la població de 3 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2013



Entre el 2011 i el 2013, la població de 3 a 14 anys que té un estil d'oci sedentari ha disminuït de forma estadísticament significativa, del 26,9% al 20,7%, i ha augmentat significativament el percentatge de menors que esmorza abans de sortir de casa i a mig matí, del 80,5% al 88,1%.

Pel que fa a la **utilització de serveis sanitaris**, el 94,5% dels menors ha estat visitat a pediatria o medicina general, el 42,7% ha estat atès en un servei d'urgències, i el 4,3% ha estat hospitalitzat durant el darrer any. El 30,0% dels menors de 0 a 14 anys han consumit algun medicament durant els dos dies anteriors a l'entrevista (el 33,0% dels nens i el 26,8% de les nenes). Els medicaments que consumeixen en proporcions més elevades són l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o antiinflamatoris (el 12,0%), els medicaments per a la tos o el refredat (el 7,2%) i les vitamines o minerals (el 4,5%).

L'any 2013, la cobertura de la primovacunació en infants de 0 a 1 any (tres dosis) registrada a la història clínica d'atenció primària és del 89% pel que fa a la **vacunació** de la poliomièlitis, DTPa, l'Hib, l'hepatitis B i la meningitis C. La vacunació de reforç en infants d'1 a 2 anys té un percentatge del 84% pel que fa a la vacunació de la poliomièlitis, del 85% per DTPa i Hib, i del 89% en el cas de la meningitis C. La vacunació de reforç de DTPa/dTpa en infants de 4 a 6 anys és del 90%. La cobertura de la triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) és del 90% per a la primera dosi (12-15 mesos) i del 86%, per a la segona dosi (3-6 anys). En adolescents (nois i noies) de segon d'ESO, la vacuna Td té una cobertura del 81%. En els nois i noies de sisè de primària, la cobertura de l'hepatitis A i B és del 86%, la de la vacuna en noies contra el virus del papil·loma humà (VPH) és del 82% i la vacuna de la varicel·la és del 21%, d'acord amb les dades obtingudes de la vacunació escolar.

Des de l'any 2012, les dades de cobertura vacunal es calculen a partir d'una estimació de la història clínica d'atenció primària (eCAP) del principal proveïdor de serveis sanitaris a Catalunya, l'Institut Català de la Salut, el qual atén una població que representa aproximadament el 80% del total de Catalunya. Aquest és un pas previ a poder obtenir dades reals i completes de cobertura, ja que s'està treballant per obtenir dades més exhaustives de cobertures vacunals a través de la història clínica compartida i el sistema d'informació de vacunes de Catalunya (SIVAC).

11.2 El gènere

L'any 2013, el 50,7% de la població de Catalunya són dones i en els grups de més edat representen un percentatge més elevat, per sobre del 60% a partir dels 80 anys. Viu sola el 9,1% de la població de 15 anys i més (el 7,6 dels homes i el 10,6 de les dones), i entre les persones de més de 64 anys viuen soles el 20,9% (el 10,8% dels homes i el 28,4% de les dones).

En la majoria d'indicadors presentats s'observa un patró diferenciat entre homes i dones.

L'esperança de vida en néixer és més alta en les dones que en els homes; en canvi, la proporció de l'esperança de vida viscuda en bona salut és més alta en els homes que en les dones.

Les dones presenten una prevalença més baixa a la dels homes en les pautes de consum de productes nocius per a la salut (tabac i consum de risc d'alcohol) i fan una ingesta diària recomanada de 5 peces de fruita i/o verdura en proporció superior als homes. La proporció de dones que tenen un nivell d'activitat física saludable és inferior a la dels homes. Les dones es mesuren la pressió arterial i el nivell de colesterol a la sang en una proporció més elevada que els homes.

Pel que fa l'estat de salut, les dones tenen una pitjor percepció de l'estat de salut, pateixen en una proporció més gran problemes que afecten la seva qualitat de vida, com ara dolor o malestar, ansietat o depressió i problemes per caminar. Pateixen problemes de salut crònics en una proporció més alta que els homes, tenen una probabilitat més elevada de patir trastorns mentals, i tenen alguna discapacitat en una proporció més gran que els homes. Les dones necessiten l'ajuda d'altres persones per dur a terme activitats habituals de la vida quotidiana en una proporció més elevada que els homes. Les dones tenen sobrepès en una proporció més baixa que els homes, i obesitat en la mateixa proporció.

Pel que fa a la utilització dels serveis sanitaris, les proporcions de dones que han visitat el darrer any un professional de la salut, i que han estat hospitalitzades són més elevades que les d'homes. En les visites a urgències durant el darrer any, la diferència no és significativa. El

percentatge de dones de 15 anys i més que ha consumit algun medicament en els darrers dos dies és més elevat que entre els homes (taula 9).

Taula 9. Resultats per sexe d'una selecció d'indicadors (% bruts). Catalunya, 2013

	Indicador	2013			Diferència per sexe ¹
		Homes	Dones	Total	
1	Percepció positiva de l'estat salut (població general)	83,8%	78,5%	81,1%	Sí
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	56,2%	40,7%	48,5%	
3	Discapacitat (15 anys i més)	12,6%	18,8%	15,7%	Sí
4	Risc de patir trastorn mental (15 anys i més)	9,6%	15,1%	12,4%	Sí
5	Dolor o malestar* (15 anys i més)	23,0%	36,8%	30,0%	Sí
6	Malaltia o problema de salut crònic (població general)	35,4%	41,7%	38,6%	Sí
7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (15 anys i més)	25,3%	26,2%	25,8%	
8	Pateix o ha patit colesterol elevat (15 anys i més)	23,9%	23,0%	23,5%	
9	Consum de tabac (15 anys i més)	32,2%	20,9%	26,5%	Sí
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	6,0%	1,9%	3,9%	Sí
11	Sedentarisme (18 a 74 anys)	19,2%	21,4%	20,3%	
12	Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	72,8%	64,4%	68,6%	Sí
13	Mesura de la pressió arterial (15 anys i més)	46,1%	50,7%	48,4%	Sí
14	Mesura del nivell de colesterol (15 anys i més)	54,0%	58,5%	56,3%	Sí
15	Doble cobertura sanitària (població general)	23,1%	25,2%	24,1%	
16	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	55,6%	70,2%	63,0%	Sí
17	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	87,0%	94,0%	90,5%	Sí
18	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	7,3%	9,3%	8,3%	
19	Visites a un servei d' urgències els darrers 12 mesos (població general)	29,9%	33,8%	31,8%	Sí
20	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)	87,8%	86,1%	86,9%	

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

¹ Diferència significativa entre la mitjana de cada sexe, amb un nivell de confiança del 95%.

Les principals causes de mort difereixen segons el gènere i el grup d'edat. La mortalitat prematura és superior en els homes que en les dones i el tipus i el pes de les causes principals de les morts prematures són diferents entre homes i dones.

11.3 La situació laboral

El 62,0% de la població en edat laboral –de 16 a 64 anys– treballa (el 65,7% dels homes i el 58,2% de les dones), el 14,2% es troba a l'atur (el 17,0% dels homes i l'11,3% de les dones), el 13,9% de les dones es dedica a les feines de la llar, i el 9,6% de la població en edat laboral estudia, sense diferències per sexe. En funció de la situació laboral s'observen diferències significatives en diversos indicadors de salut (taula 10).

La població que es troba a l'atur i les dones que fan feines de la llar tenen 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 més del triple en els homes. La proporció de dones en edat laboral que es dediquen a les feines de llar amb risc de patir algun trastorn mental és significativament inferior a la proporció de les dones que es troben a l'atur. El percentatge de dones amb discapacitat és més elevat entre les dones a l'atur i entre les que es dediquen a la llar que entre les que treballen.

La prevalença de tabaquisme és més elevada entre la població total a l'atur que entre la que treballa. Els homes que es troben a l'atur realitzen un nivell d'activitat física considerat saludable en una proporció més gran que els que treballen. La població que es troba a l'atur, singularment els homes, es mesura el nivell de colesterol periòdicament en una proporció més baixa que la població que treballa. Les dones entre 25 i 64 anys a l'atur es fan una citologia periòdica en una proporció inferior a les dones que treballen.

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 dones que es dediquen a la llar tenen problemes de dolor o malestar, pateixen alguna malaltia o problema de salut crònic, i pateixen o han patit hipertensió arterial i colesterol elevat en proporcions més altes que les dones que treballen. D'altra banda, la prevalença del consum de tabac i del sedentarisme són inferiors entre les dones que es dediquen a les feines de la llar que entre les que treballen. Les dones que es dediquen a feines de la llar tenen doble cobertura en una proporció més baixa que les dones que treballen.

Taula 10. Resultats d'una selecció d'indicadors, per situació laboral i sexe (% bruts). Catalunya, 2012-2013

Dimensió	Indicador		Situació laboral				
			Treballa	Atur	Feines de la llar		
Estat de salut	1	Percepció positiva de l'estat salut (de 16 a 64 anys)	H	91,2%	83,3%		
			D	87,7%	79,7%	77,6%	
			T	89,6%	81,9%		
	2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 64 anys)	H	56,9%	56,9%		
			D	34,0%	36,2%	47,9%	
			T	46,2%	48,7%		
	3	Discapacitat (de 16 a 64 anys)	H	3,9%	5,5%		
			D	4,6%	8,9%	13,7%	
			T	4,2%	6,8%		
	4	Risc de patir trastorn mental (de 16 a 64 anys)	H	5,4%	18,0%		
			D	12,9%	21,6%	13,4%	
			T	8,8%	19,4%		
	5	Problemes de dolor o malestar (de 16 a 64 anys)	H	14,8%	17,5%		
			D	24,0%	30,4%	37,4%	
			T	19,1%	22,5%		
	6	Malaltia o problema de salut crònic (de 16 a 64 anys)	H	28,8%	31,4%		
			D	32,2%	35,1%	47,8%	
			T	30,4%	32,9%		
	7	Pateix o ha patit hipertensió arterial (de 16 a 64 anys)	H	16,5%	17,9%		
			D	11,0%	10,9%	23,5%	
			T	14,0%	15,1%		
	8	Pateix o ha patit colesterol elevat (de 16 a 64 anys)	H	18,6%	20,3%		
			D	13,3%	16,5%	20,4%	
			T	16,2%	18,8%		
Estils de vida	9	Consum de tabac (de 16 a 64 anys)	H	37,8%	44,0%		
			D	29,1%	34,7%	20,0%	
			T	33,8%	40,3%		
	10	Consum de risc d'alcohol (de 16 a 64 anys)	H	6,2%	8,2%		
			D	2,3%	2,4%	0,8%	
			T	4,4%	5,9%		
	11	Sedentarisme (de 18 a 64 anys)	H	16,4%	18,8%		
			D	20,1%	15,6%	11,9%	
			T	18,1%	17,5%		
	12	Activitat física saludable (de 16 a 64 anys)	H	68,4%	76,7%		
			D	65,4%	63,6%	70,6%	
			T	67,0%	71,5%		
Pràctiques preventives	13	Mesura de la pressió arterial (de 16 a 64 anys)	H	43,2%	39,1%		
			D	42,1%	39,3%	50,6%	
			T	42,7%	39,2%		
	14	Mesura del nivell de colesterol (de 16 a 64 anys)	H	55,2%	45,5%		
			D	53,8%	47,9%	57,9%	
			T	54,6%	46,5%		
	15	Mamografia periòdica (de 50 a 64 anys)	D	94,0%	95,7%	93,6%	
	16	Citologia periòdica (de 25 a 64 anys)	D	82,3%	71,1%	76,6%	
	Ús dels serveis sanitaris	17	Doble cobertura sanitària (de 16 a 64 anys)	H	29,1%	9,7%	
				D	32,9%	21,4%	15,3%
				T	30,9%	14,3%	
		18	Consum de medicaments els darrers 2 dies (de 16 a 64 anys)	H	43,2%	45,2%	
D				61,3%	62,1%	66,2%	
T				51,6%	51,9%		
19		Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (de 16 a 64 anys)	H	82,8%	79,8%		
			D	94,9%	90,1%	92,6%	
			T	88,4%	83,9%		
20		Hospitalització els darrers 12 mesos (de 16 a 64 anys)	H	5,2%	6,5%		
			D	8,3%	8,5%	10,0%	
			T	6,7%	7,3%		
21	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (de 16 a 64 anys)	H	25,1%	27,6%			
		D	31,0%	37,7%	27,7%		
		T	27,8%	31,6%			
22	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (de 16 a 64 anys)	H	87,5%	86,6%			
		D	86,6%	84,1%	87,6%		
		T	87,1%	85,6%			

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2012-2013. Departament de Salut.

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

12 Evolució temporal

Molts dels fenòmens relacionats amb la salut tenen prevalences diferents segons el sexe i, normalment, són més prevalents a mesura que augmenta l'edat. És per això que, per evitar l'efecte confusor d'alguns fenòmens que s'estudien quan es fan comparacions entre territoris o al llarg del temps, es fa necessari tenir en compte l'estructura demogràfica per sexe i edat de la població i estandarditzar-ne les estimacions. Tot i els gairebé vint anys transcorreguts entre el 1994 i el 2013, amb un fort creixement de la població, canvis en la composició social i augment de l'esperança de vida, el percentatge de població de 65 anys i més sobre el total no ha variat substancialment (el 16,7% el 1994 i el 17,4% el 2013). La supervivència més elevada de les dones, però, comporta un envelliment relatiu superior al dels homes; així, el 2013, el 15,0% dels homes i el 19,8% de les dones tenen 65 anys i més. A continuació es presenta l'evolució temporal de diversos indicadors seleccionats en relació amb l'estat de salut, els estils de vida i l'ús dels serveis sanitaris (gràfic 32).

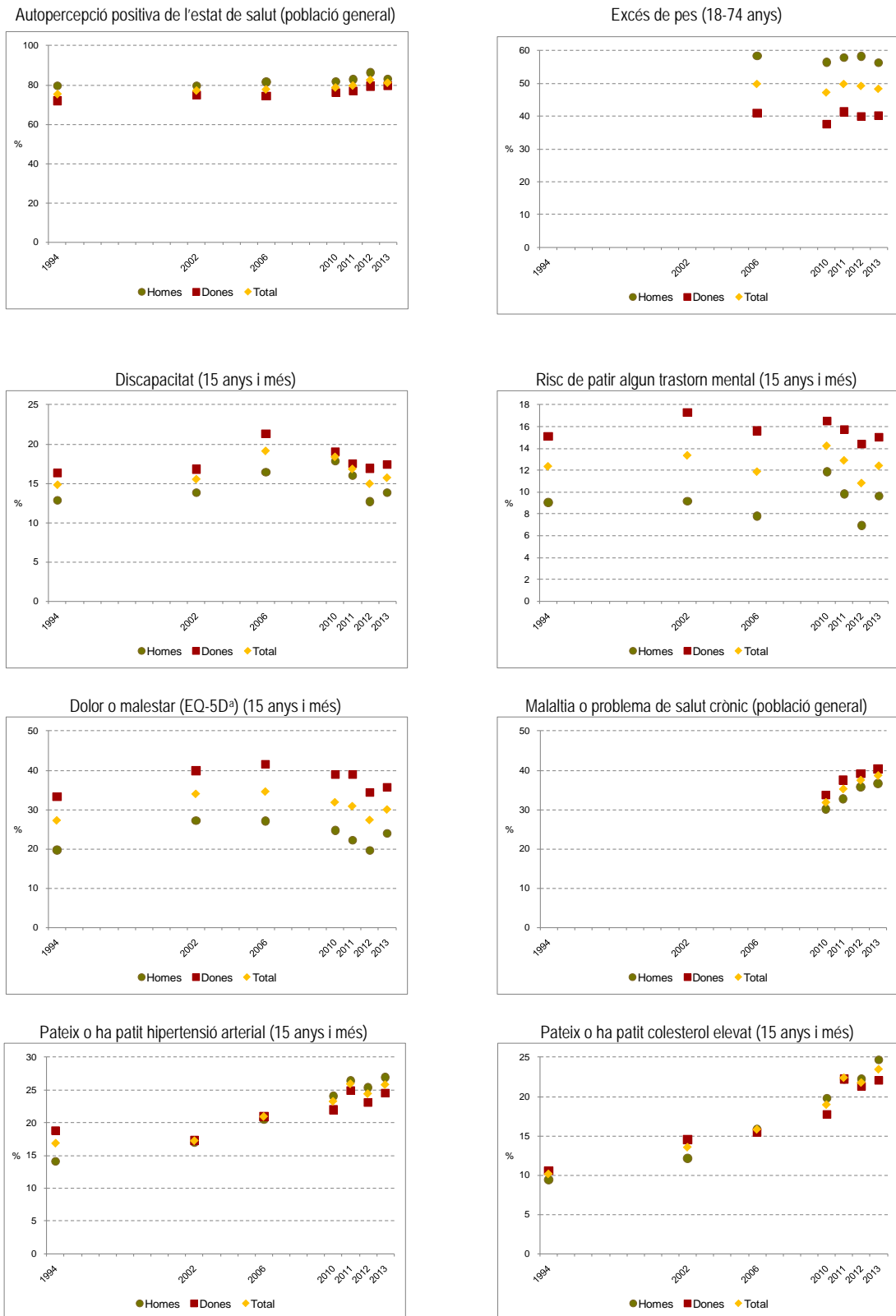
En relació amb els indicadors estandarditzats d'estat de salut, l'autopercepció positiva de l'estat de salut millora al llarg del període, alhora que augmenten les prevalences de població amb problemes de salut crònics, amb hipertensió i amb hipercolesterolèmia. Respecte al 1994, es mantenen les prevalences de les persones amb excés de pes, de les persones a les quals el dolor i el malestar minva la qualitat de vida, de les persones amb discapacitat i de les persones que tenen risc de patir un problema de salut mental.

Pel que fa als estils de vida, la tendència descendent del consum de tabac es manté des del 1994, però en canvi per a les dones és superior el 2013 respecte al 1994. El sedentarisme en la població de 18 a 74 anys i el consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més se situen l'any 2013 en uns percentatges similars als de l'any 1994, després d'un màxim el 2006 i el 2010, respectivament. Hi ha una tendència decreixent de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys entre el 2010 i el 2013.

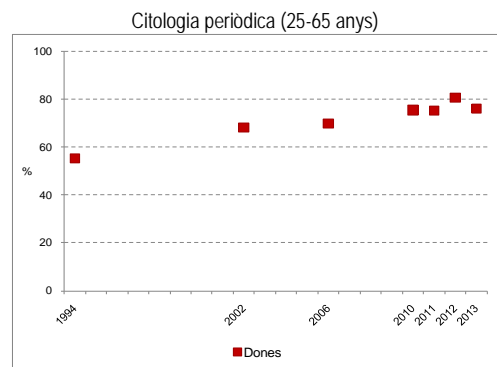
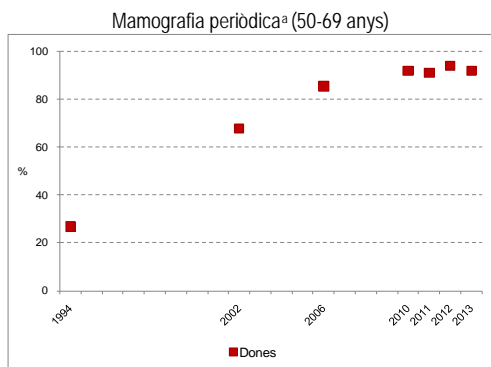
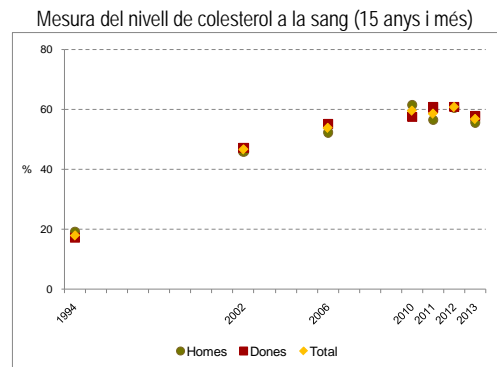
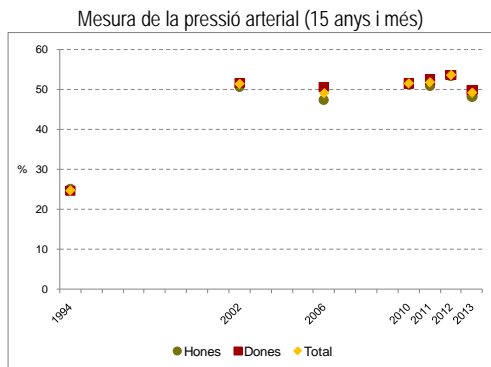
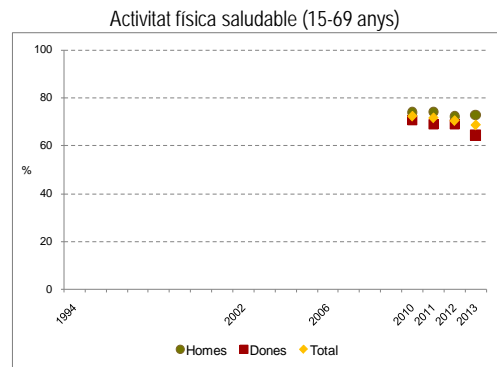
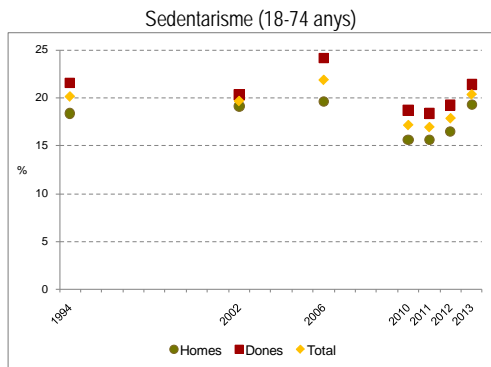
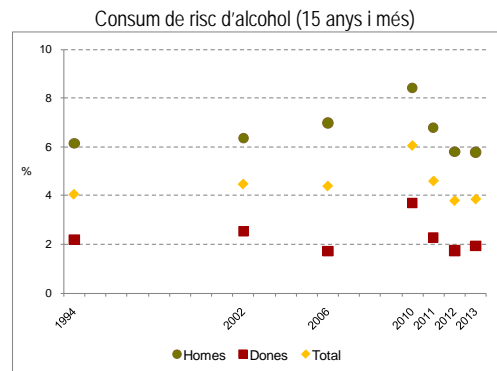
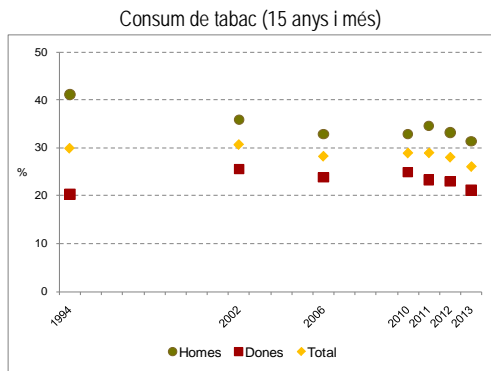
Pel que fa a les pràctiques preventives, la mesura de la pressió arterial es manté estable en els nivells del 2002. La mesura del nivell de colesterol a la sang, la pràctica d'una citologia periòdica i la mamografia periòdica es mantenen elevades i estables.

La doble cobertura sanitària augmenta fins a un màxim el 2010, moment a partir del qual el percentatge disminueix. El consum de medicaments mostra un patró temporal similar. Les visites a un professional de la salut i a un servei d'urgències el darrer any i el percentatge d'hospitalitzacions dels darrers anys es mantenen estables. Finalment, la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats el darrer any se situa en nivells similars a l'any 1994.

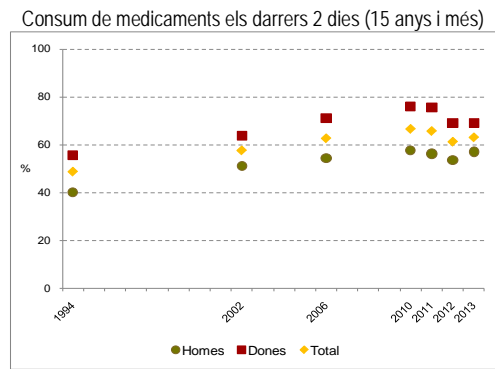
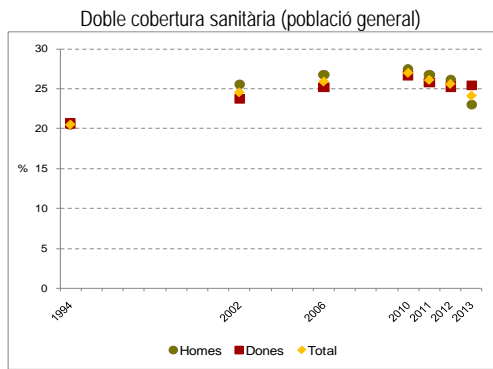
Gràfic 32 . Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (percentatges estandaritzats per edat). Catalunya, 1994-2013



^a EQ 5D-3L: 1994, 2002, 2006, 2010. EQ 5D-5L: 2011, 2012, 2013.



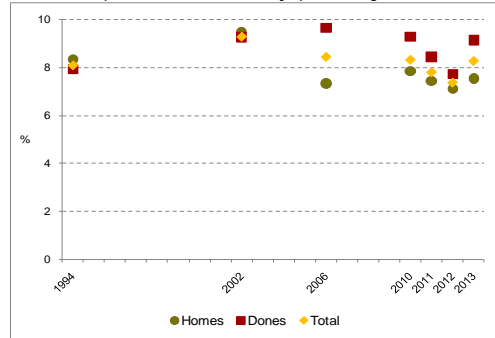
^a Proporcions no estandarditzades, específiques del grup d'edat de 50 a 69 anys.



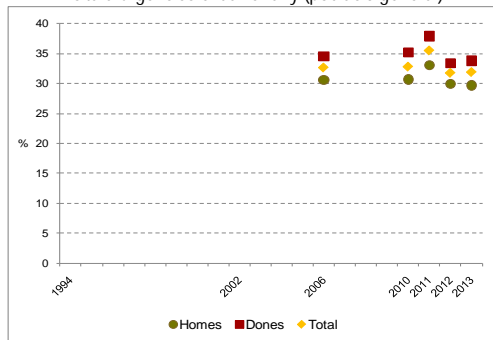
Visita a un professional de la salut el darrer any (població general)



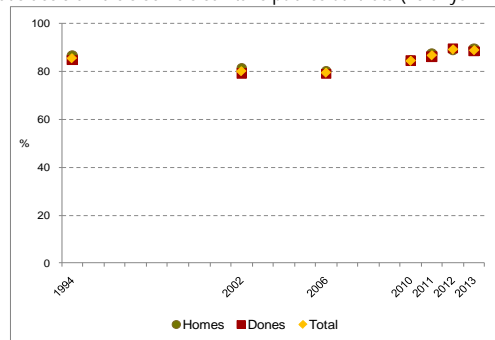
Hospitalització el darrer any (població general)



Visita a urgències el darrer any (població general)



Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (15 anys i més)



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

Segona part

- **L'equitat en salut**

13 L'equitat en salut

Es considera desigualtat en salut tota variació de l'estat de salut o de l'indicador de salut deguda a un desavantatge causat per l'entorn i pels condicionants socioeconòmics. Aquest apartat analitza les diferències i les desigualtats socials en salut, hàbits i comportaments, i utilització de serveis de la població catalana a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya.

Des del segle XVIII, la salut pública considerava aspectes com ara l'entorn, les aigües, la higiene, la contaminació de l'aire i l'amuntegament com a elements fonamentals de la salut arran de la industrialització i del creixement de les ciutats.¹⁰ El segle XXI és una etapa en què la urbanització, els canvis demogràfics i els reptes socials i culturals requereixen nous instruments d'anàlisi i intervenció per a la reducció de les desigualtats en salut.

La desigualtat mostra la més alta o més baixa concentració o dispersió de la distribució d'una variable en determinats grups poblacionals definits prèviament (nivell d'estudis i classe social). La constatació estadística de desigualtat no és suficient per justificar la prioritització d'intervencions, sinó que cal que aquestes desigualtats siguin inequitatives. El concepte d'inequitat incorpora un judici social i, per tant, és relatiu en el temps i l'espai. Margaret Whitehead i Goran Dahlgren, en una definició àmpliament acceptada per la comunitat científica, defineixen com a inequitatives les desigualtats que són evitables, innecessàries i injustes.^{11,12,13} El model de Whitehead i Dahlgren, un dels models sobre determinants de la salut més estesos per explicar les causes de les desigualtats, parteix de les característiques personals de l'individu (edat, sexe i factors hereditaris) i el contextualitza en l'entorn, des del més immediat fins al més llunyà: factors d'estils de vida individuals, suport social de l'entorn familiar i comunitari, condicions de vida i de treball i condicions socioeconòmiques i culturals. També, el model adoptat per la Comissió per Reduir las Desigualtats en Salut a Espanya¹⁴ observa determinants estructurals i de context socioeconòmic i polític que defineixen una estructura social i una distribució de poder i de recursos. Aquesta jerarquia es reflecteix en els diferents eixos de desigualtat.

Aquestes diferències no són una qüestió de persones pobres i riques, sinó un problema d'oportunitat, atès que no totes les persones tenen les mateixes possibilitats de gaudir del potencial màxim de salut.¹⁵ El coneixement de la magnitud, la distribució i les causes d'aquestes desigualtats ha de ser el pas previ per a l'articulació de polítiques i intervencions per reduir-les.¹⁶

Els determinants de la salut influeixen sobre l'estat de salut, ja sigui directament o bé mitjançant els estils de vida. La població que pertany a la classe social més desfavorida o que té un nivell d'estudis més baix presenta més problemes de salut, tant pel que fa a la salut percebuda com a aquella que es mesura a partir dels trastorns crònics, el risc de patir problemes de salut mental o les discapacitats i la dependència.

En les desigualtats en salut es fa visible un gradient social, és a dir, l'esperança de vida és més baixa, la salut percebuda i la qualitat de vida relacionada amb la salut és pitjor i les malalties són més freqüents a mesura que el grup social és més baix en l'escala jeràrquica de la societat.^{17,18}

Un gran nombre de països i organitzacions internacionals han evidenciat la importància de les desigualtats en salut. Entendre la magnitud i la distribució de les desigualtats en salut en una comunitat és un pas previ per constatar l'existència d'inequitat i, consegüentment, per al desenvolupament de polítiques públiques per fer-hi front:^{11,15}

- Les desigualtats en salut són èticament inacceptables.
- La mala salut és un factor d'exclusió social.
- La salut pública es pot millorar més eficientment si s'impulsa la salut en grups de població amb més problemes acumulats.
- Reduir les desigualtats socials ajuda a disminuir el volum de població amb necessitat d'atenció sanitària.
- Reduir les desigualtats provoca disminució dels costos dels serveis socials i sanitaris.
- Reduir les desigualtats en salut augmenta la capacitat laboral de la població.

Catalunya gaudeix d'un sistema sanitari que ha evolucionat en el temps per donar resposta als nous reptes assistencials en un entorn de despesa sanitària creixent.¹⁹ En aquest sentit, la planificació sanitària a Catalunya té com a marc de referència el Pla de salut de Catalunya,²⁰ el qual, en la línia amb les orientacions internacionals de política sanitària, participa en l'elaboració de l'agenda estratègica del Govern amb relació als temes de salut, a donar informació sobre les necessitats de salut i serveis de la població, i a traçar els grans eixos d'intervenció prioritària.

Existeix una diferència entre les causes de la bona salut i les causes de les desigualtats en salut. Per tant, cal tenir-ho en compte perquè les intervencions siguin efectives en els seus objectius. Els factors que generen una millora en la salut de la població general –com, per exemple, les millores comunitàries en el medi ambient, higiene, aigua potable, immunització i habitatges dignes– no sempre redueixen les desigualtats en salut i, per tant, factors com ara els ingressos, el nivell educatiu i el sexe s'han de tractar de manera diferent.²¹

L'Enquesta de salut de Catalunya serveix com a font d'informació per analitzar les diferències i les desigualtats en salut de la població i per identificar les necessitats i les inequitats i, consegüentment, els problemes prioritàris.

L'anàlisi de diferències i desigualtats en l'estat de salut i la utilització de serveis sanitaris que s'ha dut a terme a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006 i 2012-2013 combina tres àmbits temàtics i quatre eixos de desigualtat. Els àmbits temàtics són els condicionants i els estils de vida, l'estat de salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut, i la utilització dels

serveis sanitaris. Pel que fa als eixos de desigualtat, són la classe social segons l'ocupació, el nivell d'estudis, i el sexe i l'edat. L'edat es té en compte en tots els altres 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.

La classe social segons l'ocupació

La classe social segons l'ocupació és una mesura rellevant de desigualtat social perquè situa cada individu en l'estructura social. A l'ESCA és una variable *proxy* a partir de l'ocupació actual o anterior de la persona enquestada, que es complementa amb informació sobre l'activitat de l'empresa i la situació laboral,²² i no expressa tant l'exposició a riscos específics del lloc de treball, com poden ser els productes tòxics o els accidents laborals, com la descripció del tipus d'entorn en què la persona entrevistada viu.²³

L'evidència sobre l'existència de desigualtats en salut entre grups socioeconòmics està reconeguda per molts experts i països, i fins i tot l'OMS ha declarat que un dels objectius en salut que cal adoptar a tots els països és la reducció de les diferències en l'estat de salut i la morbiditat segons categories socials.²⁴

Segons la classe social, es detecten diferències en pràcticament tots els indicadors de salut. En general, les classes més desfavorides presenten uns nivells de salut pitjors, tenen comportaments no saludables en proporcions més elevades i fan una utilització més elevada dels serveis sanitaris que les classes socials més benestants.

La distribució de la població per classe social segons l'ocupació l'any 2013 es pot observar a les taules 11 i 12. Per grup d'edat i sexe s'observa que a mesura que el grup és de més edat perden pes relatiu les classes benestants i es concentra en les classes més desfavorides.

Taula 11. Població general per classe social segons l'ocupació, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

Classe social segons ocupació		0-14 anys	15-44 anys	45-64 anys	65-74 anys	75 anys i més	Total
Homes	Grup I	16,8	10,7	9,1	9,5	9,1	11,1
	Grup II	7,7	10,1	10,2	7,0	5,9	9,2
	Grup III	27,4	30,2	28,8	24,9	18,4	28,1
	Grup IVa	26,9	21,7	29,8	30,4	37,6	26,4
	Grup IVb	11,4	14,6	13,8	23,3	20,2	15,0
	Grup V	8,0	9,7	6,6	4,3	6,8	8,0
Dones	Grup I	11,5	10,3	8,8	11,0	4,4	9,5
	Grup II	12,3	12,4	13,8	5,3	6,7	11,5
	Grup III	25,7	34,3	29,5	19,6	16,0	28,5
	Grup IVa	23,5	18,5	22,1	22,5	23,9	21,1
	Grup IVb	13,6	10,8	11,1	20,5	15,9	12,7
	Grup V	10,3	11,4	10,3	11,1	14,4	11,3
Total	Grup I	14,2	10,5	9,0	10,3	6,2	10,3
	Grup II	9,9	11,2	12,0	6,1	6,4	10,3
	Grup III	26,6	32,2	29,1	22,1	16,9	28,3
	Grup IVa	25,3	20,1	25,9	26,2	29,2	23,7
	Grup IVb	12,5	12,8	12,4	21,8	17,6	13,8
	Grup V	9,1	10,5	8,5	7,9	11,5	9,6

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

Taula 12. Població general per classe social segons l'ocupació (agrupada), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

Classe social segons ocupació		0-14 anys	15-44 anys	45-64 anys	65-74 anys	75 anys i més	Total
Homes	Alta (grups I i II)	24,5	20,8	19,3	16,5	15,0	20,3
	Mitjana (grups III i IVa)	54,3	51,9	58,6	55,2	56,0	54,6
	Baixa (grups IVb i V)	19,4	24,3	20,4	27,6	27,0	22,9
Dones	Alta (grups I i II)	23,8	22,8	22,6	16,2	11,1	21,0
	Mitjana (grups III i IVa)	49,2	52,8	51,6	42,1	39,9	49,6
	Baixa (grups IVb i V)	23,9	22,3	21,4	31,7	30,3	24,0
Total	Alta (grups I i II)	24,1	21,7	21,0	16,4	12,6	20,6
	Mitjana (grups III i IVa)	51,9	52,4	55,0	48,3	46,1	52,1
	Baixa (grups IVb i V)	21,6	23,3	20,9	29,7	29,0	23,5

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

El nivell d'estudis

El nivell d'estudis es presenta com un factor explicatiu de les desigualtats de salut perquè classifica la població amb unes característiques comunes que la fan actuar de manera particular en tot allò que afecta la salut. Les explicacions més recurrents que justifiquen l'elecció del nivell d'estudis com a determinant individual de la salut es basen en el fet que un nivell d'estudis més elevat ajuda a entendre millor la informació sobre els riscos en salut, permet una utilització més adequada dels serveis de salut, situa les persones en grups socioocupacionals més elevats i atenua els riscos relacionats amb situacions d'estrès, com ara la feina i la pèrdua d'aquesta feina.^{25,26}

En els darrers anys, nombrosos estudis han confirmat l'existència de diferències entre l'estat de salut de la població segons el nivell d'estudis, com també de desigualtats.^{27,28,29,30,31} La població amb un nivell d'estudis més elevat presenta taxes de morbiditat més baixes en bona part dels trastorns crònics, l'esperança de vida augmenta, i les persones que han dedicat més anys a l'estudi tenen comportaments relacionats amb la salut més positius³².

Un inconvenient del nivell d'estudis és l'efecte generacional, atès que les persones d'edat avançada tenen en general nivells d'estudis més baixos en haver disposat de menys oportunitats. Tanmateix, aquesta fractura generacional es dilueix en la població adulta i desapareix entre els grups d'edat més joves, on el nivell d'estudis assolits entre nois i noies s'equipara.

Una de les explicacions més recurrents que justifiquen l'elecció del nivell d'estudis com a determinant individual de la salut es basa en el fet que un nivell d'estudis més elevat:

- ajuda a absorbir millor la informació sobre els riscos en salut,
- permet una utilització més adequada dels serveis de salut, i
- atenua els riscos relacionats amb el treball i la seva pèrdua.

En aquest sentit, el nivell d'estudis, a més de la relació directa amb la salut, també estableix una relació indirecta, atès que entre les persones amb nivell d'estudis més elevats, especialment en les dones, les taxes d'ocupació són més elevades.

Alguns autors han estimat que el pes relatiu del nivell d'estudis és superior al d'altres factors, com ara la renda, en la variació de les taxes de mortalitat als EUA al llarg de deu anys (1955-1965)³⁵.

L'any 2013, la població de 15 anys i més amb estudis primaris o sense estudis representa el 21,0% de la població, el 59,0% té estudis secundaris i el 19,9% té estudis universitaris. Les dones assoleixen nivells d'estudis més elevats. El percentatge de població de 65 anys i més amb estudis universitaris és baix i és inferior en les dones respecte als homes, mentre que el percentatge d'aquesta població amb estudis primaris o sense estudis és molt elevat i és més alt en les dones que en els homes.

La variable del nivell d'estudis es troba condicionada per l'edat de la població perquè la categoria "estudis primaris o sense estudis" s'estructura bàsicament per població de més de 64 anys i, per altra banda, els universitaris són majoritàriament població jove de menys de 45 anys (taula 13).

Taula 13. Nivell d'estudis de la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2013

	Nivell d'estudis	15-44 anys	45-64 anys	65-74 anys	75 anys i més	Total
Homes	Primaris o sense estudis	10,8	14,0	37,3	55,9	18,1
	Secundaris	65,4	67,0	49,4	37,9	62,1
	Universitaris	23,5	18,9	13,3	6,1	19,7
Dones	Primaris o sense estudis	10,7	17,8	48,9	64,6	23,7
	Secundaris	62,0	61,7	42,9	32,7	56,1
	Universitaris	27,4	20,5	8,2	2,3	20,1
Total	Primaris o sense estudis	10,7	15,9	43,4	61,3	21,0
	Secundaris	63,8	64,3	45,9	34,7	59,0
	Universitaris	25,4	19,7	10,6	3,8	19,9

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

13.1 Els condicionants i els estils de vida

Les diferències en l'exposició o protecció als riscos per a la salut i en la vulnerabilitat de les persones estan relacionades amb els comportaments dels individus, que estan determinats, entre d'altres, pel sexe, com a factor biològic, i el gènere, com a factor social, que ha influenciat de manera molt heterogènia les diferents generacions de dones que componen la societat actual. Altres factors estructurals de l'entorn³³ com, per exemple, els factors econòmics, socials i culturals,³⁴ influenciats pel nivell d'estudis i la classe social, també determinen les diferències i les desigualtats en els estils de vida i els hàbits com ara el consum de tabac, l'excés de consum d'alcohol, l'excés de pes o les pràctiques preventives.

La importància dels estils de vida com a variable intermèdia per a la salut ha estat àmpliament estudiada, i destaquen les conclusions de Mackenbach quan estima que les desigualtats socials es tradueixen en diferències en l'esperança de vida que oscil·len entre els 4 i els 6 anys en els homes i entre els 2 i els 4 anys en les dones³⁵.

Dahlgren i Whitehead³⁶ donen importància al nivell d'estudis com a factor rellevant per sortir de la pobresa i modificar els estils de vida que influeixen sobre l'estat de salut. Així, en el seu informe afirmen que "generalment, les qualificacions milloren les oportunitats de la població d'aconseguir una bona feina i millorar el nivell de vida. Això, al seu torn, afavoreix obtenir els requisits per a la salut: alimentació equilibrada, habitatges segurs, bon ambient laboral i participació social".

Les diferents condicions i estils de vida analitzats són el consum de tabac, el consum de risc d'alcohol, el sedentarisme i les pràctiques preventives.

El consum de tabac

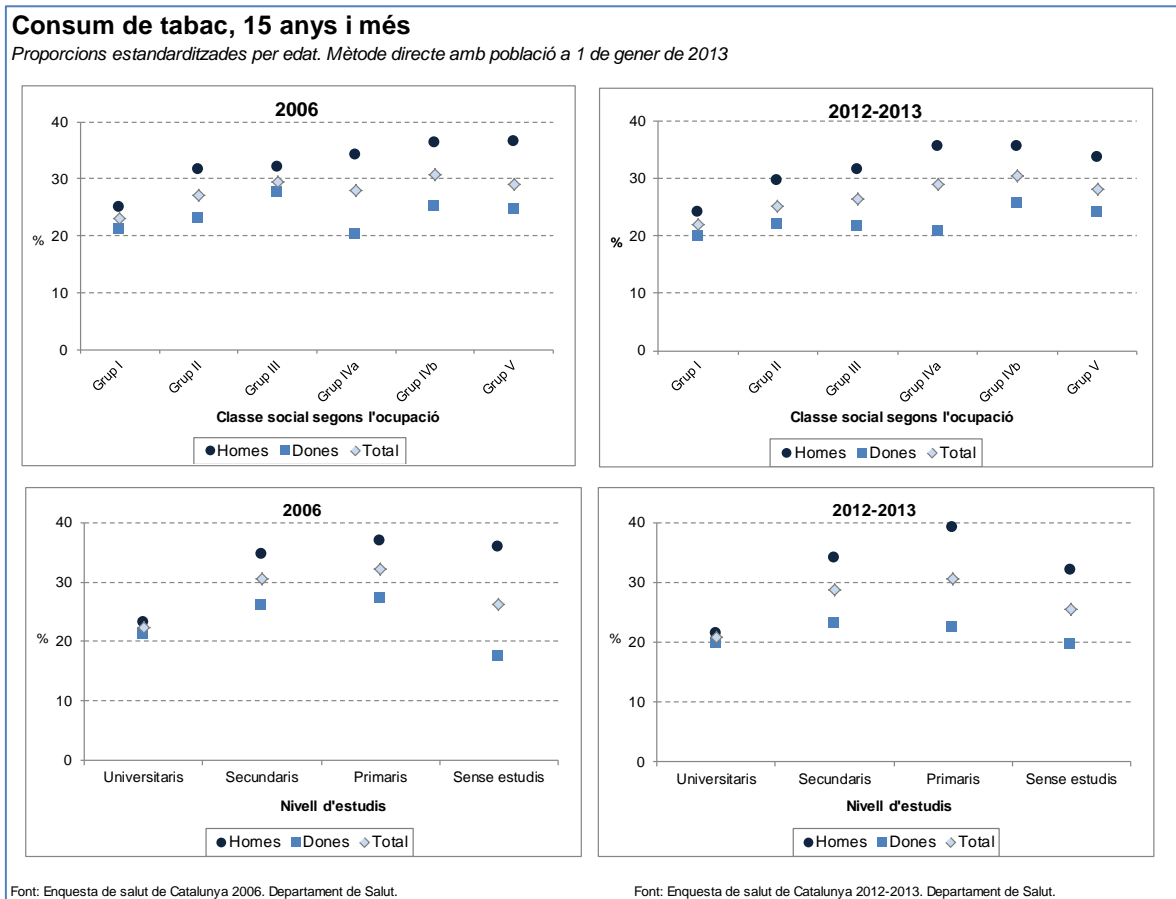
El consum de tabac és un dels principals factors de risc per a la salut en els països desenvolupats i és un problema de salut pública perquè afecta el benestar psicològic, físic i social de la població.³⁷ En totes les edats, la prevalença del tabaquisme^a és superior en els homes que en les dones.

A tot Europa, en general, s'ha observat una diferència més gran en el consum de tabac en homes i dones de nivell socioeconòmic baix, sobretot si es calcula segons el nivell d'ingressos o l'ocupació. No obstant això, hi ha excepcions al sud d'Europa, on fumar sembla que té més prevalença en grups socioeconòmics benestants, sobretot entre les dones.³⁸ A Catalunya, la prevalença del tabaquisme augmenta a mesura que la classe social és més desfavorida. La proporció de fumadors és més baixa en els grups socials més benestants i entre els que tenen estudis universitaris. Per nivell d'estudis, 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.

a. S'entén per persona fumadora la que fuma actualment, tant si és de manera diària com ocasional.

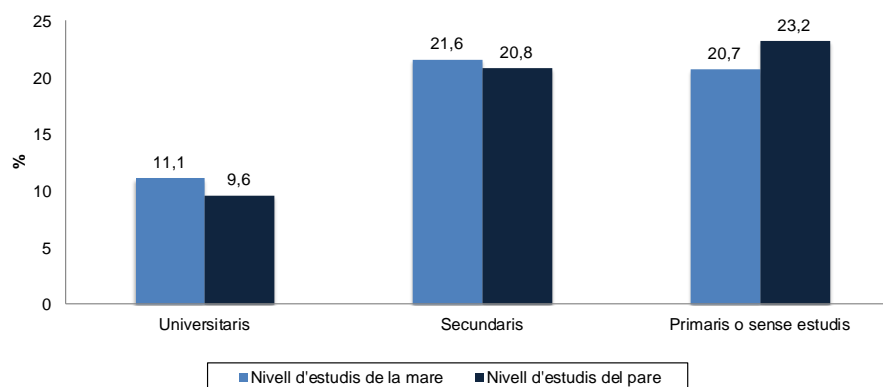
El patró observat en el període 2012-2013 és el mateix del 2006.

Gràfic 33. Prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



El percentatge d'infants exposats a les conseqüències negatives del tabaquisme pel fet de conviure amb persones fumadores és superior com més baix és el nivell d'estudis de la mare o del pare (gràfic 34).

Gràfic 34. Població de 0-14 anys exposada al fum de tabac a casa per nivell d'estudis de la mare i del pare. Catalunya, 2012-2013

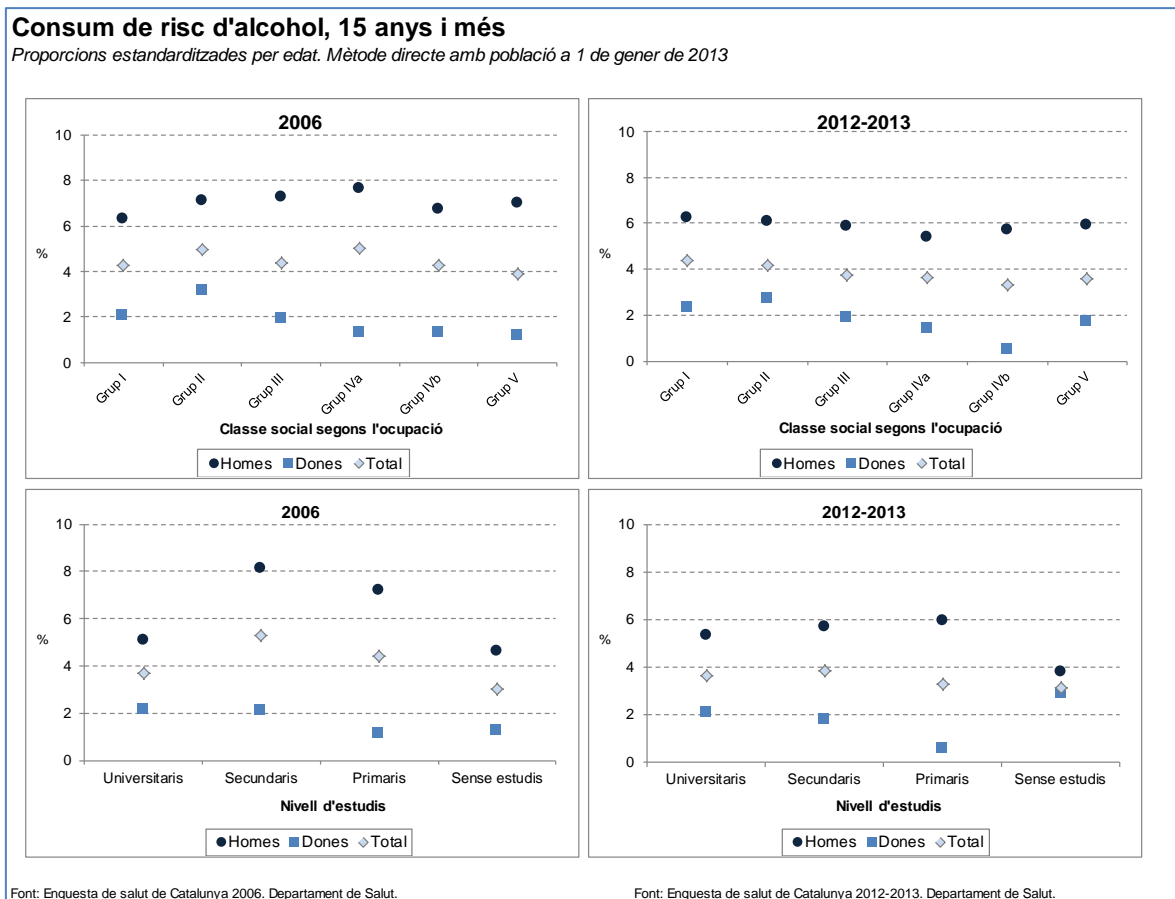


El consum de risc d'alcohol

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 2012-2013 és lleugerament més elevat entre la població que pertany a grups socials més benestants. El consum d'alcohol presenta percentatges més alts de bevedors de risc entre els homes amb estudis primaris i entre les dones amb estudis universitaris. Pel que fa al patró observat el 2006 i en el període 2012-2013, per classe social s'ha invertit la tendència i s'han reduït les diferències entre els grups per nivell d'estudis.

Gràfic 35. Consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més, per classe social i sexe i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



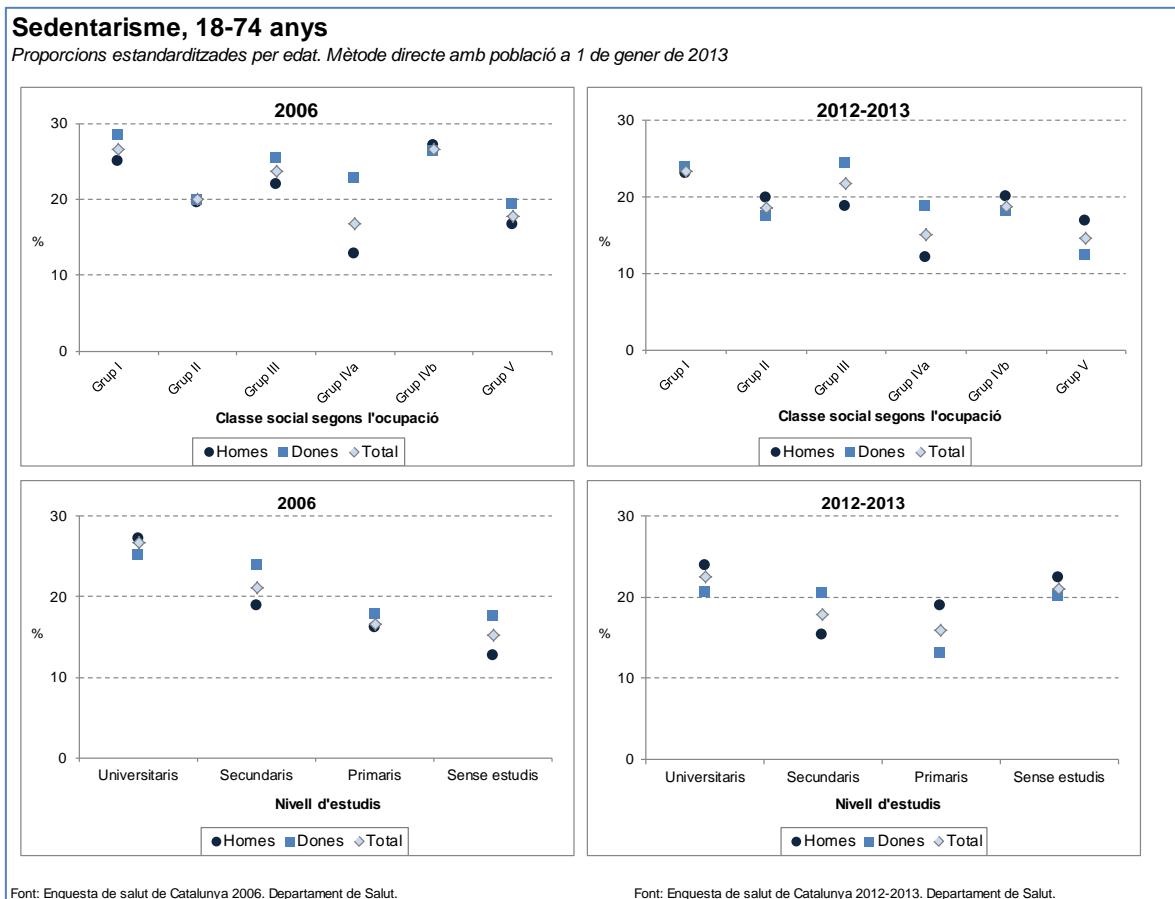
a. Un home és bevedor de risc si té un consum igual o superior a les 28 unitats de beguda estàndard a la setmana; el nombre d'unitats és de disset per a les dones. Consumir cinc o més consumicions seguides almenys un cop al mes també qualifica la persona com bevedora de risc d'alcohol.

L'activitat física

La pràctica regular d'activitat física durant tota la vida és important per mantenir-se sa, tant físicament com mentalment. Les dades del 2013 mostren que els homes hi dediquen més temps que les dones.

Tots dos sexes mostren nivells de sedentarisme bastant similars segons la classe social i el nivell d'estudis, però hi ha un gradient més clar per la variable nivell d'estudis que per classe social. Els percentatges més elevats de sedentarisme es produeixen entre les dones de classes mitjanes i els homes de la classe alta, i entre els que tenen estudis universitaris i els que no tenen estudis. El patró observat entre 2006 i 2012-2013 ha canviat pel que fa al nivell d'estudis, de manera que el 2006 la població sense estudis era la més sedentària i en el període 2012-2013 assoleix nivells similars als de la població amb estudis universitaris.

Gràfic 36. Població de 18 a 74 anys sedentària, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



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. Com s'ha vist en el gràfic 29, 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.

Les pràctiques preventives

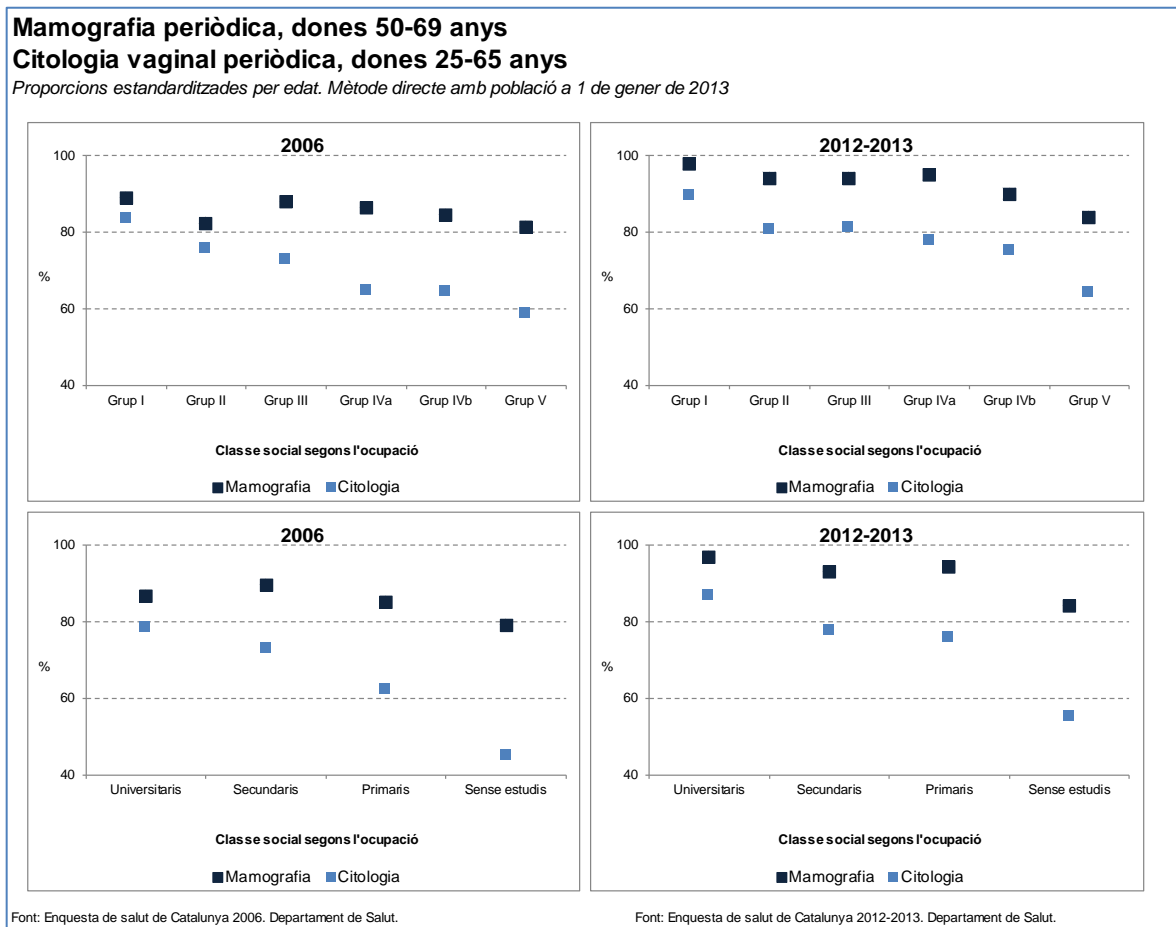
L'actitud preventiva respecte a la salut i els hàbits en general com ara la mesura periòdica de la pressió arterial i del nivell de colesterol a la sang és similar pel que fa al sexe i la classe social, però en relació amb el nivell d'estudis presenta un petit gradient. La mesura de la pressió arterial augmenta a mesura que els grups tenen menys estudis, mentre que la mesura del nivell de colesterol a la sang disminueix lleugerament a mesura que els grups tenen un nivell d'instrucció més baix.

En relació amb el període anterior, s'observa que s'han reduït les desigualtats entre classes socials en ambdues mesures i es manté el gradient pel nivells d'estudis 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. La posada en marxa del Programa poblacional de cribratge de càncer de mama a Catalunya, a més d'incrementar el nombre de dones que es fan mamografies, ha fet disminuir les diferències, ja que les ha fet més accessibles. L'increment de la proporció de dones que es fan mamografies ha estat més baix entre les dones del grup més desfavorit i entre les que no tenen estudis.

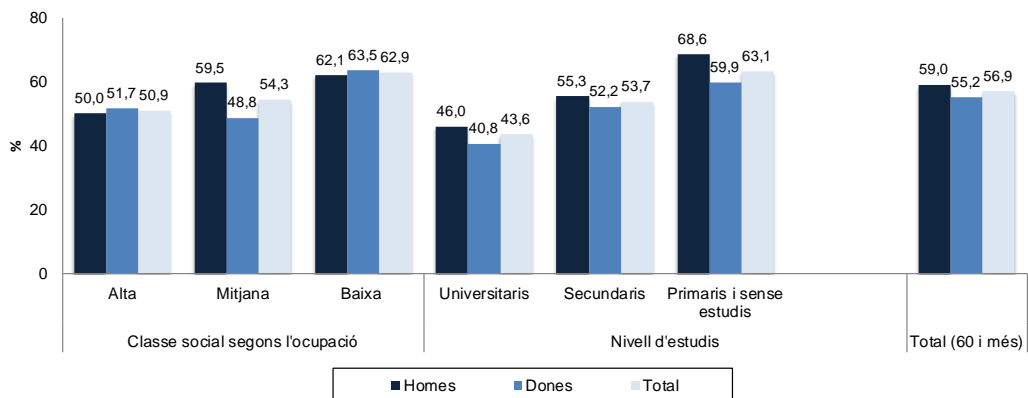
La realització de citologies, una pràctica preventiva que no disposa d'un programa poblacional, presenta un gradient més clar, amb una freqüència més elevada entre les dones de les classes més benestants i de les dones amb estudis universitaris.³⁹

Gràfic 37. Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament i dones de 25 a 65 anys que es fan una citologia vaginal periòdicament, per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2012-2013



La proporció de persones de 60 anys i més que es vacuna contra la grip de manera regular quan comença la tardor augmenta a mesura que les classes socials són més desfavorides i entre la població amb estudis primaris o sense estudis.

Gràfic 38. Població de 60 anys i més que es vacuna de la grip de manera regular, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013



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

La salut i la qualitat de vida relacionada amb la salut són conceptes multidimensionals que incorporen elements de la salut física, mental i psicològica, com també altres conceptes com ara l'autonomia o les relacions socials amb l'entorn. Algunes de les variables de l'ESCA que permeten descriure l'estat de salut i la qualitat de vida de la població són l'autopercepció de l'estat de salut, l'excés de pes, i la qualitat de vida (mesurada a partir de l'EuroQol), a més dels trastorns crònics, la discapacitat i la salut mental.⁴⁰

En l'anàlisi de les desigualtats socials, hi ha dues visions diferents però complementàries per explicar les prevalències de problemes de salut en classes baixes⁴¹. Per exemple, en salut mental podem trobar, d'una banda, les evidències que afirmen que la causa es troba en el fet que la salut mental provoca mobilitat social de les persones i passen a ser classes baixes; de l'altra, alguns estudis defensen la teoria de causa-efecte de les categories socials en què troben taxes més altes de malalties mentals per a aquelles persones que sempre han estat de classes baixes, presumiblement perquè estan més exposades a factors de risc, d'estrès i amb menys recursos de suport.

L'estat de salut

La percepció que les persones tenen de la pròpia salut expressa una sensació de benestar individual, més enllà dels problemes físics o 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.⁴²

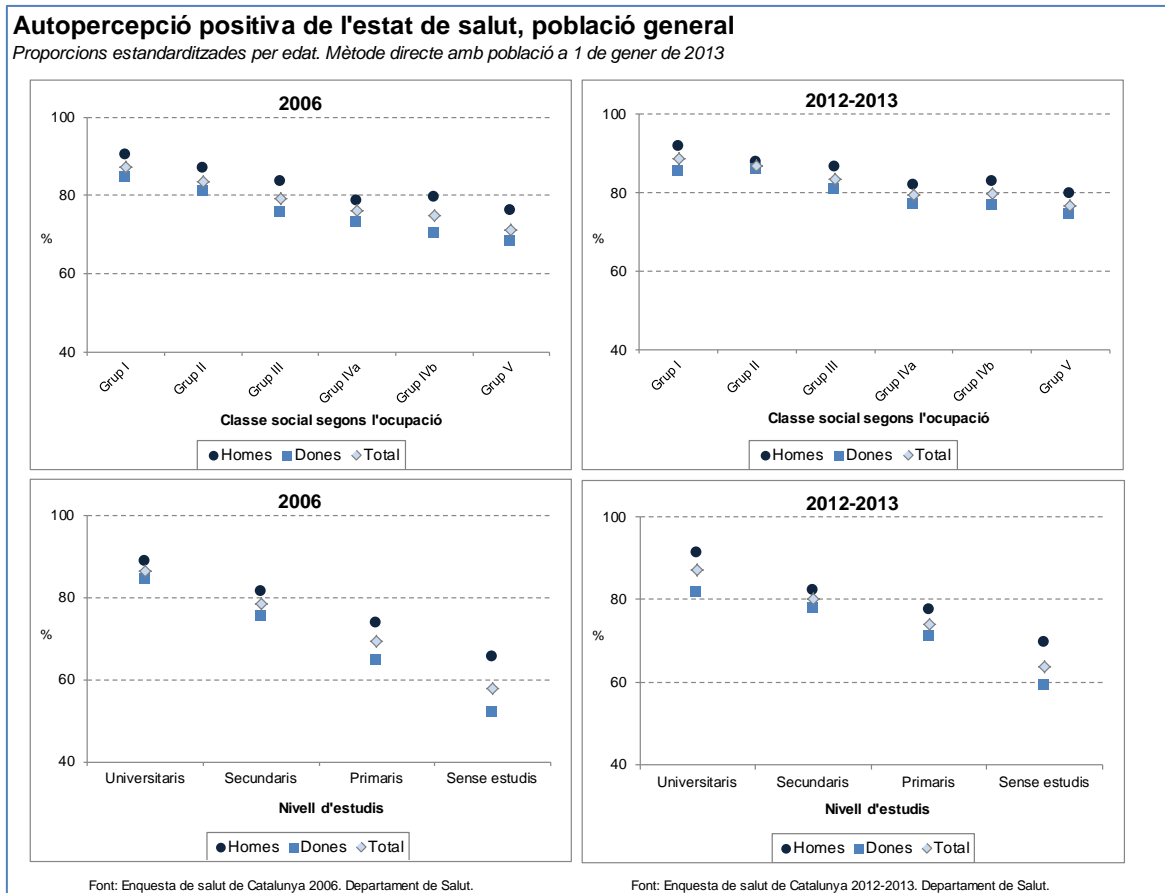
Tot i la influència de l'envelliment, les persones que pertanyen als grups socioeconòmics més desfavorits i les que tenen nivells d'estudis més baixos tenen una pitjor percepció del seu estat de salut, sobretot les dones.

A Europa, les persones que pertanyen als grups socioeconòmics més desfavorits perceben un estat de salut més negatiu.³⁶ A Catalunya, segons l'ESCA 2012-2013, 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.

En els menors, s'observa també una relació de la classe social de la família amb l'estat de salut; d'aquesta manera, els nens i les nenes que pertanyen a les classes socials més desfavorides mostren un estat de salut pitjor i els menors amb mares amb nivell d'estudis més baix tenen una pitjor percepció del seu estat de salut.

El gradient observat l'any 2006 es manté en el període 2012-2013.

Gràfic 39. 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 2012-2013



La qualitat de vida relacionada amb la salut

En qualsevol de les cinc dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut (mesurades mitjançant l'EQ-5D^{a43,44}), 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.

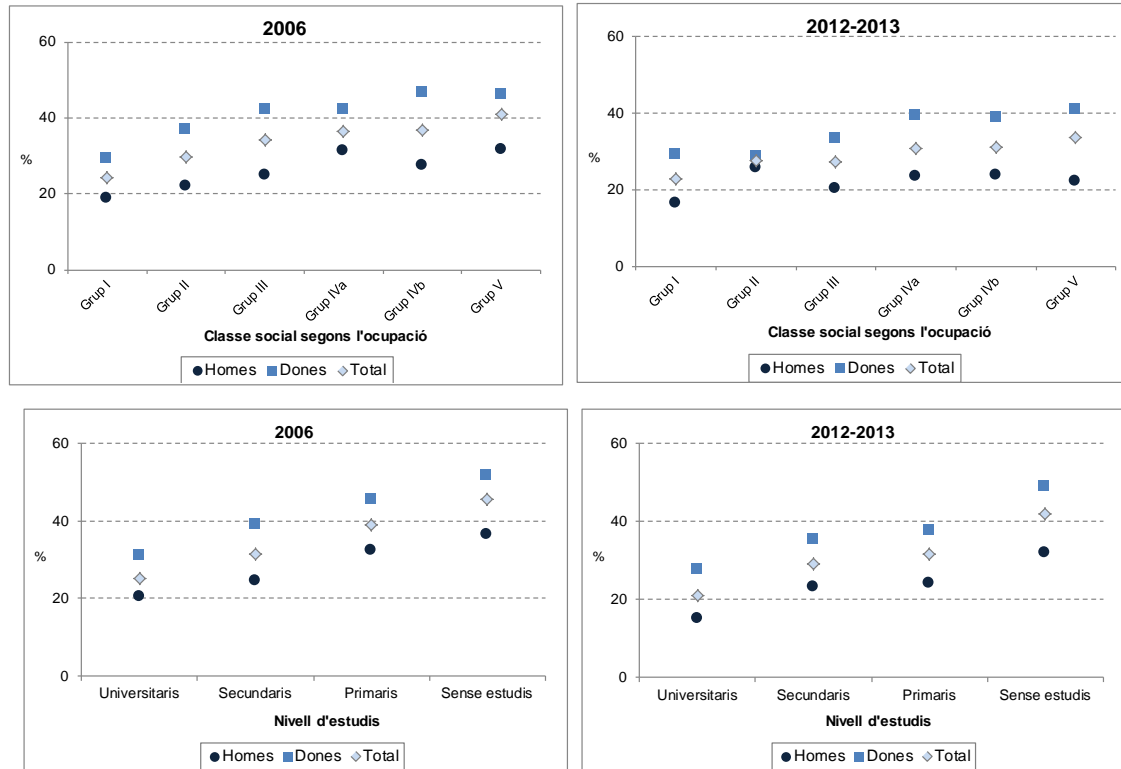
En relació amb l'any 2006, el gradient observat per a la dimensió de dolor o malestar en el període 2012-2013 es manté pràcticament igual.

^a Les dades del 2006 s'estimen mitjançant l'EQ-5D-3L, i les del 2012-2013, amb l'EQ-5D-5L.

Gràfic 40. Població de 15 anys i més amb dolor o malestar (EQ-5D), per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013

Dolor o malestar (EQ-5D) , 15 anys i més

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



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

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012-2013. Departament de Salut.

L'excés de pes (sobrepès i obesitat)

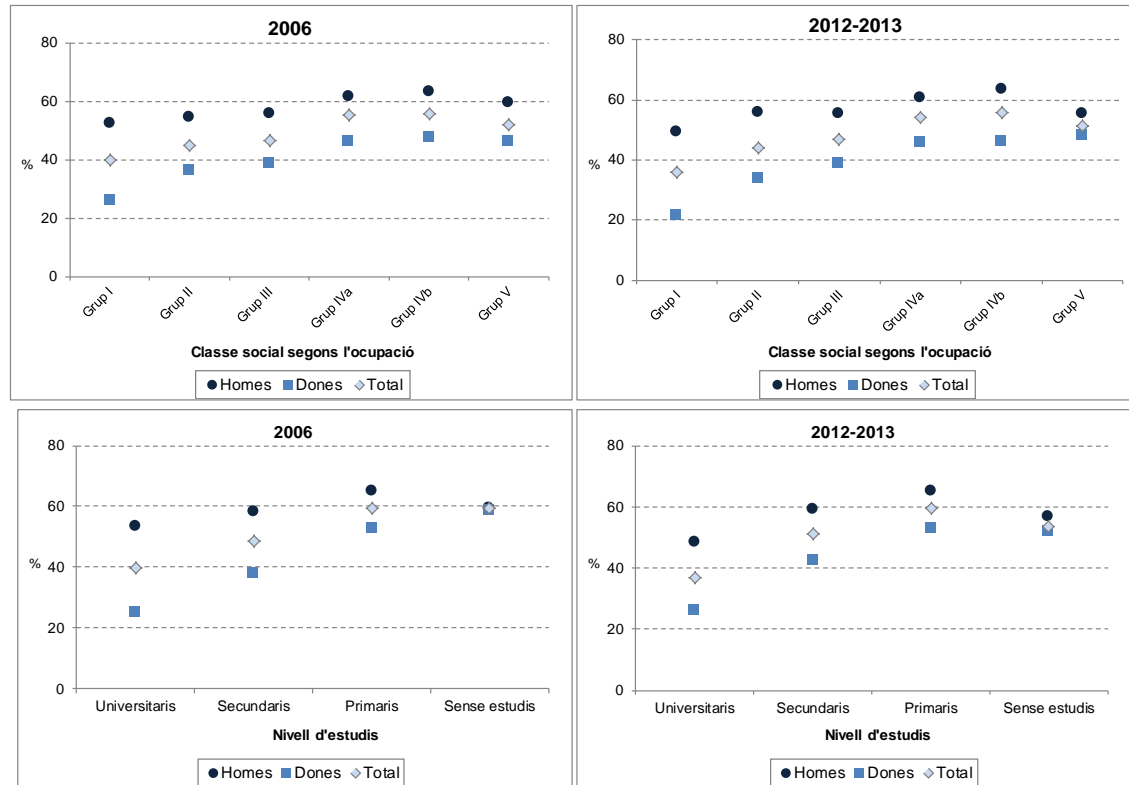
L'excés de pes és relativament més freqüent en les classes socials més desfavorides i entre les persones que tenen estudis primaris o no tenen estudis. En la població infantil, el gradient entre la classe social i l'excés de pes és també clarament observable amb percentatges més elevats de sobrepès i obesitat en els nens i nenes de famílies més desfavorides.

El patró observat l'any 2006 de més freqüència d'excés de pes entre les classes socials més desfavorides i entre les persones amb un nivell d'instrucció més baix es manté en el període 2012-2013.

Gràfic 41. Població de 18 a 74 anys amb excés de pes, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013

Excés de pes, 18-74 anys

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



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

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012-2013. Departament de Salut.

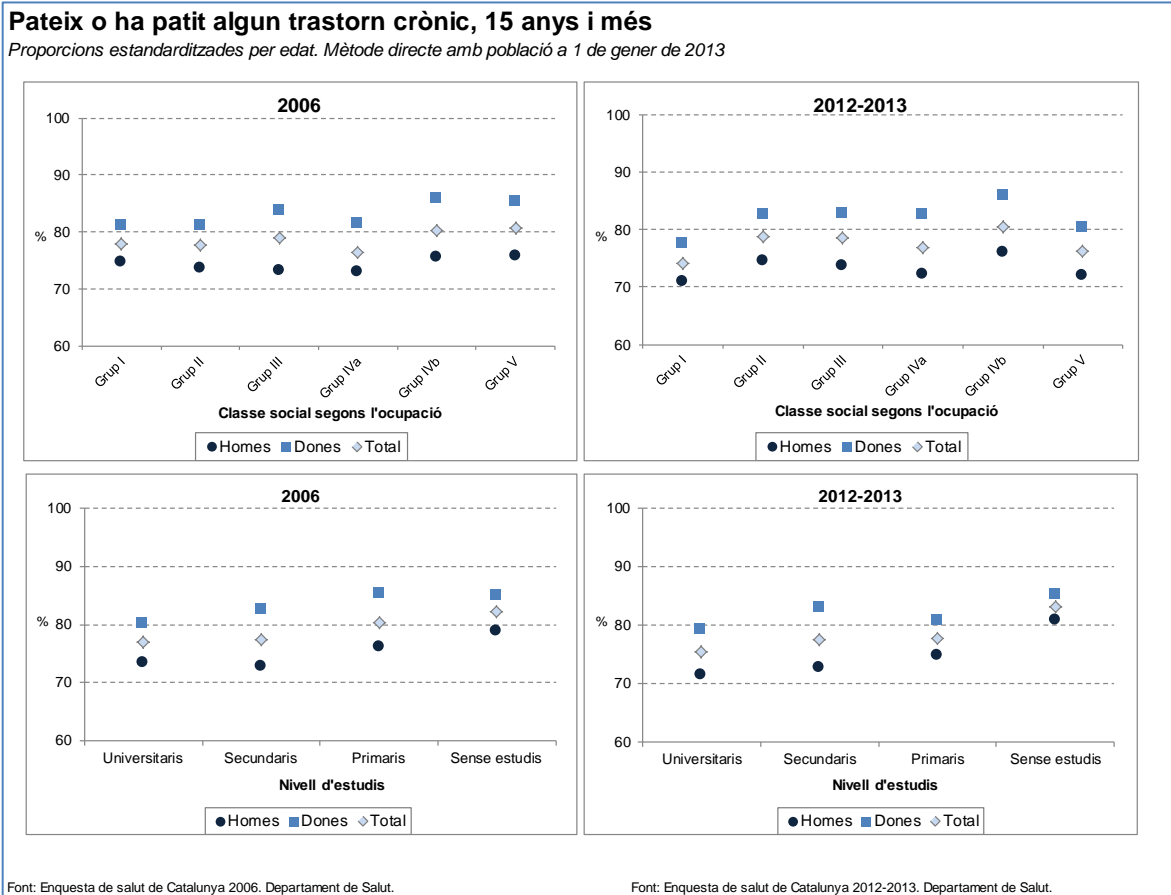
Els trastorns crònics

L'ESCA estudia la presència de trastorns crònics a partir d'una llista de 28 problemes de salut, seleccionats per l'alta prevalença que tenen en la població o perquè generen un consum de recursos important. Els resultats d'aquesta pregunta mostren que la presència de trastorns crònics és més freqüent en les dones que en els homes i que la comorbiditat és més elevada en les dones i en la població d'edat avançada.

Un estudi comparatiu de vuit països europeus en població de 25 a 79 anys durant la dècada dels anys noranta mostra una gran diferència de la prevalença en problemes del sistema nerviós, cardiovasculars, diabetis i artritis segons categories socials; no apareixen diferències en problemes del sistema digestiu o problemes de la pell, i només en l'al·lèrgia hi ha més prevalença en grups socioeconòmics alts.⁴⁵

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 2012-2013, és similar al del 2006.

Gràfic 42. Població de 15 anys i més que pateix o ha patit algun trastorn crònic, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



Els trastorns mentals

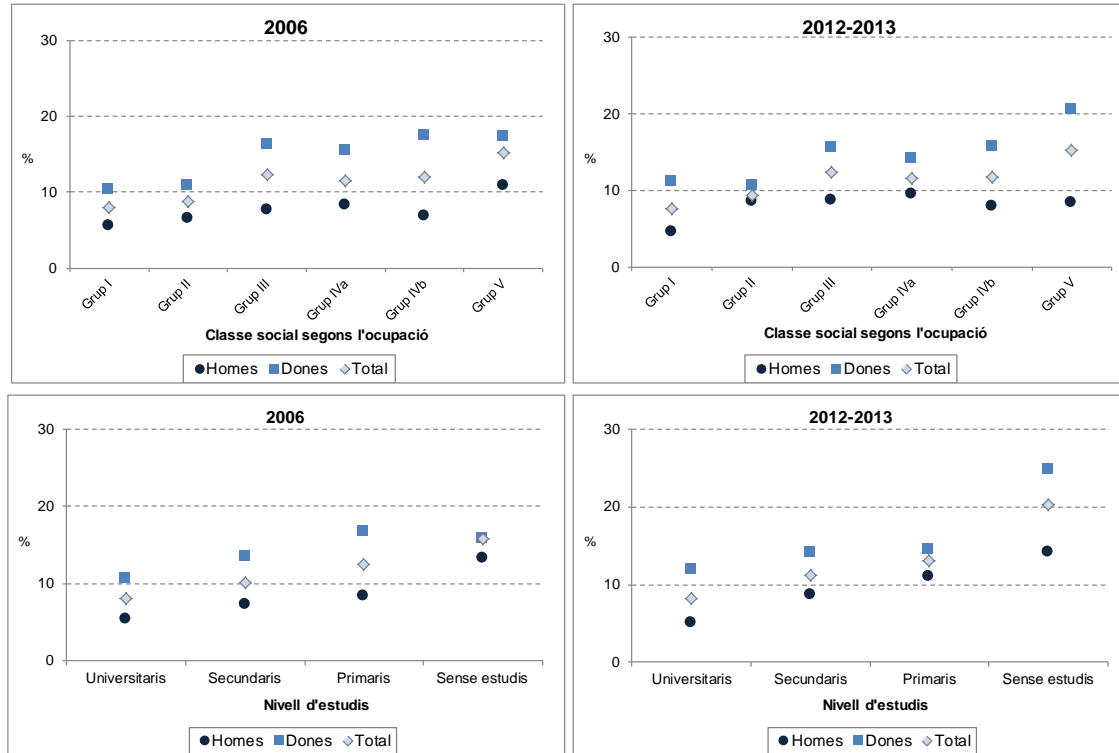
En els grups d'edat, les dones tenen una probabilitat més elevada que els homes de patir algun tipus de trastorn mental (ansietat, depressió, insomni, etc.) en el moment de l'entrevista. El percentatge de persones amb risc de patir un trastorn mental és més gran entre les persones que pertanyen a les classes socials més desfavorides i entre les persones amb estudis primaris o sense estudis.

El gradient observat per classe social en el període 2012-2013 és similar al del 2006. Per nivell d'estudis, el gradient és més marcat en el període 2012-2013 que al 2006.

Gràfic 43. Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (Goldberg), per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013

Risc de patir trastorn mental, 15 anys i més

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



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

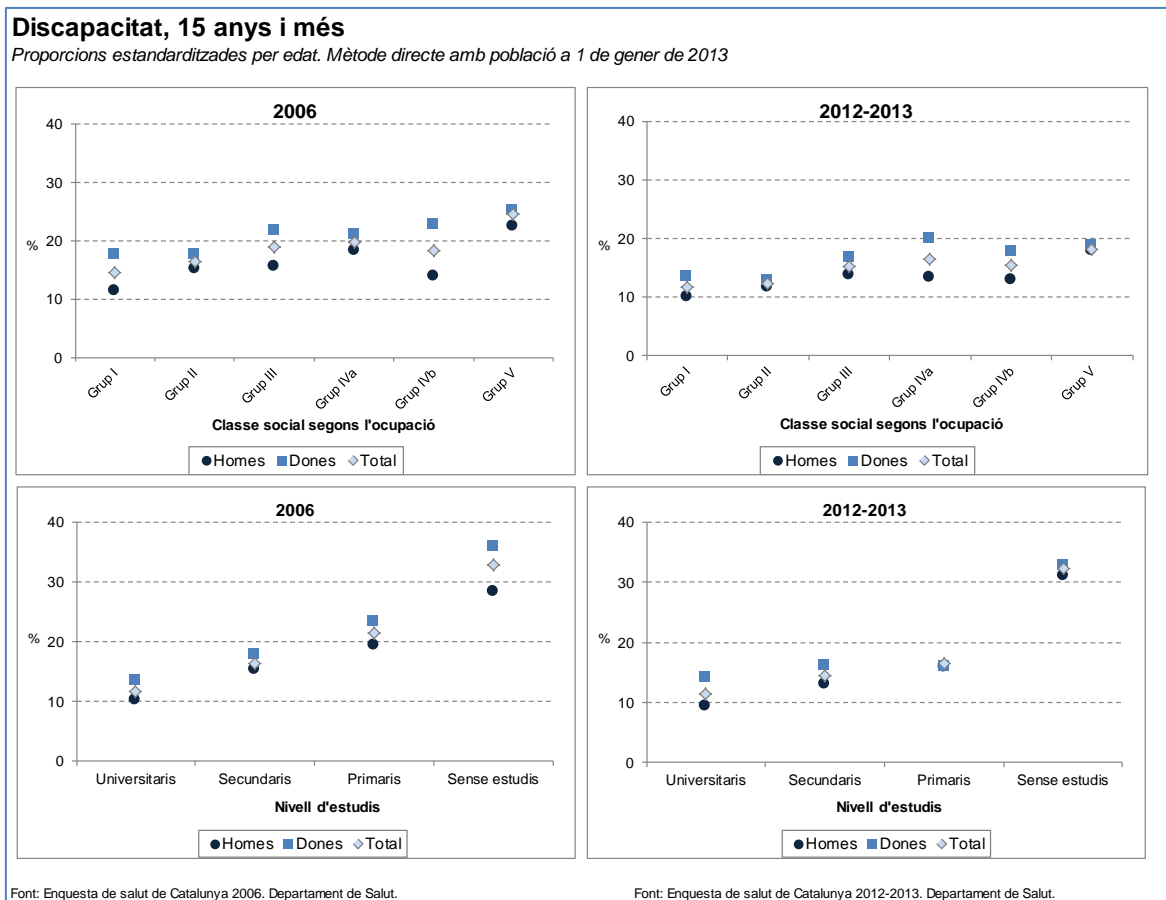
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012-2013. Departament de Salut.

La discapacitat

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 2012-2013. Per nivell d'estudis, el gradient és més marcat en el període 2012-2013.

Gràfic 44. Població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



13.3 La utilització dels serveis sanitaris

La utilització dels serveis assistencials està relacionada amb l'oferta i la necessitat esperada o a través de la demanda.

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'afegeix, en les dones, la utilització 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.^{46,47}

El consum de medicaments

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, entre les dones no s'observen diferències però sí un gradient entre els homes en què, 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.

Visites a professionals de la salut

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 2012-2013, però s'han reduït lleugerament les desigualtats per nivell d'estudis, ja que no s'observa el gradient de 2006.

Població que ha estat hospitalitzada

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 2012-2013, ja que actualment no s'observen diferències importants entre els grups socials ni pel nivell d'estudis.

Població visitada en un servei d'urgències

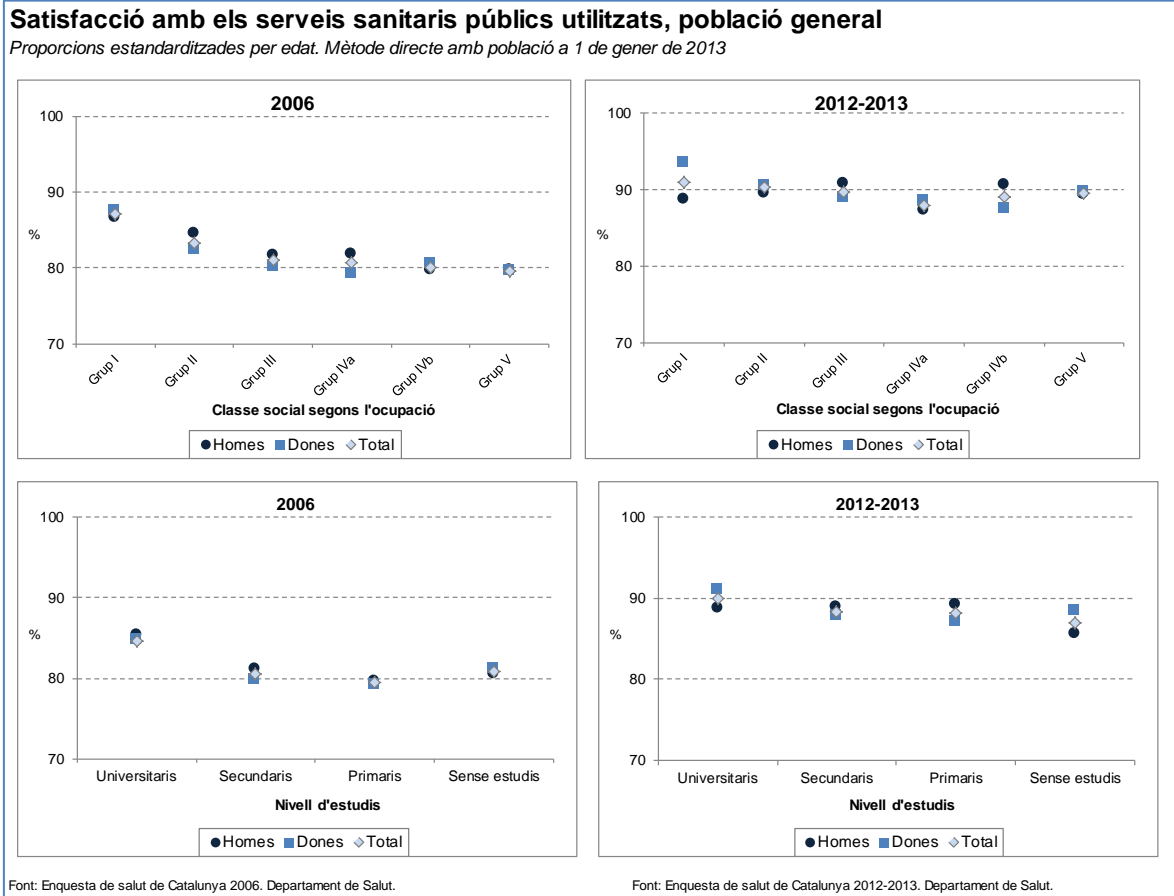
La proporció de població que ha estat visitada per un servei d'urgències o que n'ha consultat un presenta un petit gradient per classe social i per nivell d'estudis, de manera que, a mesura que la població pertany a grups socials més benestants o disposa d'un nivell d'instrucció més alt, el percentatge de població que ha estat visitada en un servei d'urgències el darrer any és més petit. En el període 2012-2013, no s'han produït canvis en relació amb les observades l'any 2006.

La satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats

Durant el darrer any, el 67,8% de la població general ha utilitzat més freqüentment els serveis públics, i el 16,5%, els privats, mentre que el 15,3% no n'ha utilitzat cap. La utilització de serveis sanitaris públics és superior entre les persones d'edat avançada.

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 2012-2013.

Gràfic 45. Població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013



Taula 14. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per classe social. Total. Catalunya, 2006 i 2012-2013^a

		2006												2012-2013																
		Classe social segons l'ocupació											Total	Classe social segons l'ocupació											Total					
		Alta		Mitjana		Baixa		Alta		Mitjana		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)	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)	90,5%	(88,6-92,4)	88,2%	(86,1-90,3)	85,0%	(83,6-86,4)	78,1%	(76,5-79,7)	77,2%	(75,0-79,4)	76,9%	(74,1-79,7)	81,9%	(81,1-82,7)
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)	35,2%	(31,4-39,0)	43,9%	(40,1-47,7)	45,7%	(43,5-47,9)	55,1%	(52,8-57,4)	57,2%	(54,0-60,4)	50,9%	(46,8-55,0)	48,9%	(47,7-50,1)
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)	9,1%	(6,9-11,3)	9,9%	(7,7-12,1)	12,9%	(11,5-14,3)	18,2%	(16,6-19,8)	17,8%	(15,6-20,0)	18,6%	(15,7-21,5)	15,4%	(14,6-16,2)
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)	7,2%	(5,3-9,1)	9,7%	(7,6-11,8)	12,2%	(10,8-13,6)	11,5%	(10,2-12,8)	11,8%	(9,9-13,7)	14,9%	(12,2-17,6)	11,6%	(10,9-12,3)
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)	20,6%	(17,6-23,6)	25,5%	(22,3-28,7)	25,1%	(23,3-26,9)	32,3%	(30,3-34,3)	33,6%	(30,8-36,4)	33,7%	(30,2-37,2)	29,0%	(28,0-30,0)
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)	72,1%	(68,7-75,5)	77,5%	(74,5-80,5)	76,9%	(75,1-78,7)	78,4%	(76,7-80,1)	82,5%	(80,3-84,7)	75,8%	(72,6-79,0)	77,5%	(76,6-78,4)
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)	19,0%	(16,1-21,9)	19,0%	(16,2-21,8)	20,0%	(18,3-21,7)	30,4%	(28,5-32,3)	29,8%	(27,1-32,5)	28,8%	(25,4-32,2)	25,1%	(24,1-26,1)
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)	18,9%	(16,0-21,8)	18,0%	(15,2-20,8)	20,9%	(19,2-22,6)	24,8%	(23,0-26,6)	26,2%	(23,6-28,8)	23,9%	(20,7-27,1)	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)	23,4%	(20,2-26,6)	26,9%	(23,7-30,1)	28,1%	(26,2-30,0)	28,2%	(26,3-30,1)	28,9%	(26,3-31,5)	28,2%	(24,8-31,6)	27,4%	(26,4-28,4)
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)	4,7%	(3,1-6,3)	4,4%	(2,9-5,9)	4,1%	(3,3-4,9)	3,5%	(2,7-4,3)	3,1%	(2,1-4,1)	3,6%	(2,2-5,0)	3,8%	(3,4-4,2)
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)	23,4%	(20,0-26,8)	18,7%	(15,7-21,7)	21,7%	(19,8-23,6)	15,1%	(13,4-16,8)	18,8%	(16,3-21,3)	14,3%	(11,4-17,2)	19,1%	(18,1-20,1)
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)	45,8%	(42,1-49,5)	44,1%	(40,5-47,7)	46,6%	(44,5-48,7)	55,7%	(53,6-57,8)	57,2%	(54,3-60,1)	48,5%	(44,8-52,2)	50,8%	(49,7-51,9)
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)	56,8%	(53,1-60,5)	54,1%	(50,5-57,7)	55,9%	(53,8-58,0)	61,5%	(59,4-63,6)	63,4%	(60,6-66,2)	53,8%	(50,1-57,5)	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)	97,9%	(95,0-100,8)	94,0%	(89,6-98,4)	94,0%	(91,3-96,7)	95,0%	(92,4-97,6)	89,9%	(85,3-94,5)	83,7%	(76,0-91,4)	93,0%	(91,5-94,5)
15	Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 65 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)	89,5%	(85,5-93,5)	80,5%	(75,9-85,1)	81,3%	(78,6-84,0)	77,9%	(74,6-81,2)	74,9%	(70,1-79,7)	64,1%	(58,2-70,0)	78,7%	(77,1-80,3)
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)	52,6%	(49,3-55,9)	38,3%	(35,1-41,5)	30,7%	(29,0-32,4)	15,3%	(13,9-16,7)	13,1%	(11,3-14,9)	6,9%	(5,2-8,6)	25,0%	(24,1-25,9)
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)	58,5%	(54,8-62,2)	59,0%	(55,4-62,6)	59,9%	(57,8-62,0)	63,9%	(61,9-65,9)	65,9%	(63,1-68,7)	62,4%	(58,8-66,0)	62,1%	(61,0-63,2)
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)	93,0%	(91,3-94,7)	90,6%	(88,7-92,5)	91,4%	(90,3-92,5)	90,2%	(89,1-91,3)	91,7%	(90,2-93,2)	90,4%	(88,4-92,4)	91,2%	(90,6-91,8)
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)	5,4%	(3,9-6,9)	9,3%	(7,4-11,2)	7,5%	(6,5-8,5)	8,7%	(7,6-9,8)	7,7%	(6,3-9,1)	7,5%	(5,7-9,3)	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)	26,9%	(24,0-29,8)	31,8%	(28,8-34,8)	32,4%	(30,6-34,2)	31,0%	(29,2-32,8)	32,9%	(30,4-35,4)	36,1%	(32,9-39,3)	31,7%	(30,8-32,6)
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)	89,7%	(85,9-93,5)	89,9%	(86,5-93,3)	89,4%	(87,4-91,4)	88,1%	(86,1-90,1)	89,0%	(86,3-91,7)	89,5%	(86,3-92,7)	89,2%	(88,2-90,2)

T: total; D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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.

^a Podeu consultar els resultats d'aquesta taula per a cada sexe a l'annex 3.

Taula 15. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per nivell d'estudis. Total. Catalunya, 2006 i 2012-2013^a

			2006						2012-2013									
			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)	91,2%	(89,7-92,7)	82,3%	(81,2-83,4)	61,8%	(59,6-64,0)	79,2%	(78,3-80,1)
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)	34,3%	(31,8-36,8)	50,4%	(48,9-51,9)	62,1%	(59,3-64,9)	48,9%	(47,7-50,1)
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)	5,9%	(4,7-7,1)	11,6%	(10,7-12,5)	32,1%	(30,0-34,2)	15,4%	(14,6-16,2)
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)	8,0%	(6,6-9,4)	11,5%	(10,6-12,4)	15,1%	(13,5-16,7)	11,6%	(10,9-12,3)
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)	16,9%	(14,9-18,9)	26,6%	(25,3-27,9)	45,0%	(42,7-47,3)	29,0%	(28,0-30,0)
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)	70,8%	(68,4-73,2)	75,6%	(74,4-76,8)	87,6%	(86,1-89,1)	77,5%	(76,6-78,4)
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)	21,2%	(20,0-22,4)	42,6%	(40,3-44,9)	25,1%	(24,1-26,1)
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)	16,1%	(14,2-18,0)	20,3%	(19,1-21,5)	33,7%	(31,5-35,9)	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)	23,8%	(21,6-26,0)	30,9%	(29,6-32,2)	21,5%	(19,6-23,4)	27,4%	(26,4-28,4)
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)	4,2%	(3,1-5,3)	4,2%	(3,6-4,8)	2,6%	(1,9-3,3)	3,8%	(3,4-4,2)
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)	22,9%	(20,7-25,1)	17,7%	(16,5-18,9)	18,5%	(16,2-20,8)	19,1%	(18,1-20,1)
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)	42,6%	(40,0-45,2)	46,9%	(45,5-48,3)	68,6%	(66,5-70,7)	50,8%	(49,7-51,9)
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)	55,4%	(52,8-58,0)	54,4%	(53,0-55,8)	71,4%	(69,3-73,5)	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)	96,7%	(93,8-99,6)	93,0%	(91,0-95,0)	91,0%	(87,8-94,2)	93,0%	(91,5-94,5)
15	Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 65 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)	86,0%	(83,3-88,7)	78,0%	(75,9-80,1)	67,8%	(63,2-72,4)	78,7%	(77,1-80,3)
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)	47,0%	(44,4-49,6)	21,8%	(20,6-23,0)	11,8%	(10,3-13,3)	24,4%	(23,4-25,4)
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)	55,3%	(52,7-57,9)	58,4%	(57,0-59,8)	76,8%	(74,9-78,7)	62,1%	(61,0-63,2)
18	Vísites 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)	91,0%	(89,5-92,5)	89,2%	(88,3-90,1)	93,2%	(92,1-94,3)	90,5%	(89,9-91,1)
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)	7,5%	(6,1-8,9)	7,5%	(6,7-8,3)	11,5%	(10,0-13,0)	8,4%	(7,8-9,0)
20	Vísites 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)	27,3%	(25,0-29,6)	28,9%	(27,6-30,2)	33,1%	(31,0-35,2)	29,6%	(28,6-30,6)
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)	88,0%	(85,7-90,3)	87,8%	(86,7-88,9)	89,1%	(87,5-90,7)	88,2%	(87,4-89,0)

T: total; D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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.

^a Podeu consultar els resultats d'aquesta taula per a cada sexe a l'annex 3.

Tercera part

- **Què fa el sistema de salut**

14 Què fa el sistema de salut

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 és l'instrument del Departament de Salut que dona resposta als reptes de futur del sistema sanitari català, d'acord amb el compromís explícit del Govern de la Generalitat d'aconseguir la transformació necessària del sistema de salut⁴⁸. El Pla s'estructura en tres eixos.

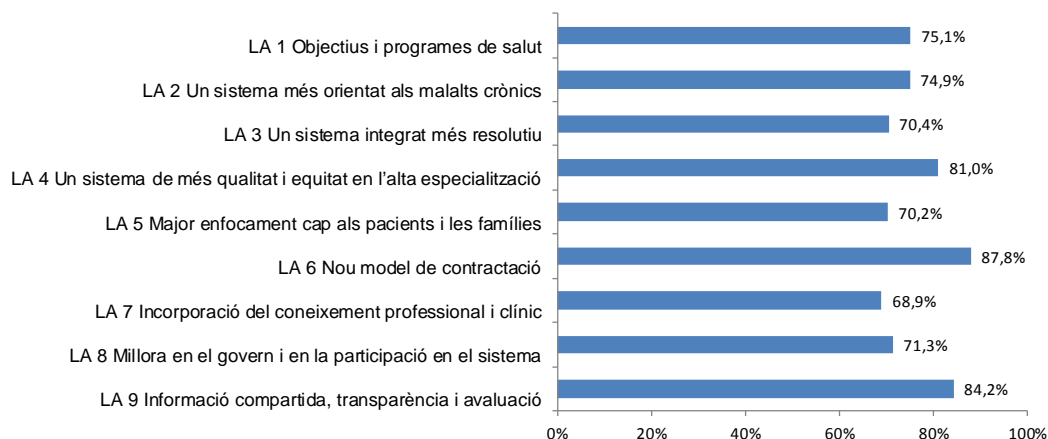
El **primer eix** planteja 27 objectius de salut per afrontar els problemes de salut prioritaris, i inclou projectes estratègics com són els plans directors (cardiovascular, d'oncologia, de malalties de l'aparell respiratori, de salut mental, de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor i sociosanitari) i la seguretat clínica dels pacients atesos en els centres assistencials com a mesures prioritàries per a la millora de la salut. També preveu que Catalunya es dotarà d'un pla interdepartamental de salut pública per reforçar la resposta intersectorial als principals problemes de salut que cal afrontar.

El **segon eix** està orientat a una transformació profunda i decidida del model assistencial. Suposa un canvi de paradigma pel que fa a la prevenció i l'atenció a la cronicitat, a la resolució dels problemes més freqüents en els primers nivells assistencials i a la concentració de l'alta especialització per assolir nivells de qualitat i excel·lència encara millors.

El **tercer eix** proposa la modernització del model organitzatiu amb un sistema més orientat al pacient i les famílies, amb la introducció de canvis en la contractació dels serveis assistencials, la incorporació del coneixement professional i la millora de la governança, la transparència i l'avaluació.

Aquests tres eixos s'articulen en 9 línies d'actuació i 33 projectes. El gràfic 46 resumeix el percentatge d'assoliment de cada línia d'actuació per a l'any 2013, que se situa en el 76,2% per al conjunt de les línies d'actuació previstes en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015.

Gràfic 46. Percentatge d'assoliment de les línies d'actuació (LA) del Pla de salut l'any 2013



Font: Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut.

14.1 Monitoratge dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 estableix en la línia 1.4 el compromís de fer el seguiment anual de l'evolució dels indicadors d'avaluació dels 27 objectius de salut fixats. És fonamental conèixer si la direcció i la intensitat del canvi són els adequats per tal d'assolir el nivell compromès en l'horitzó temporal previst, que és el 2015 per als objectius de disminució de risc i el 2020 per als que s'avaluen en termes de mortalitat i morbiditat. D'altra banda, cal valorar la importància de concretar les aspiracions quant a resultats en salut en forma d'objectius explícits i mesurables. En primer lloc, perquè permet veure si s'avança en la direcció desitjada i, en segon lloc, perquè afageix més transparència a l'avaluació i a la rendició de comptes. En el document *Marcant fites*⁴⁹ s'assenyala el punt de partida dels indicadors per cadascun dels objectius de salut establerts en el Pla i el nivell que s'ha d'assolir, i alhora introdueix elements de comparació amb l'Estat espanyol i la Unió Europea.

Es presenta l'actualització dels valors dels indicadors per cada objectiu^a. S'ha valorat si s'avança en la direcció i amb la intensitat de canvi desitjats a partir de la diferència entre el valor de l'indicador observat i el valor estimat mitjançant una tendència lineal entre el punt de referència (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 (taula 16). En aquest sentit, si es mantenen la tendència i la intensitat del període 2011-2013:

Evolucionen favorablement

L'objectiu general que proposa augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut (objectiu 1).

La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties de l'aparell circulatori, mortalitat per càncer, mortalitat per malalties isquèmiques del cor, i mortalitat per ictus (objectius 2, 3, 7 i 8).

La reducció de la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones (objectiu 9).

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

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

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

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).

La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb ICC (objectiu 22).

Els objectius per 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).

^a L'any de referència dels valors de seguiment de cada indicador són els darrers disponibles en data de juny de 2014. Així, corresponen a gener de 2014 quan la font d'informació és el SISAP-ICS; a 2013, per a l'ESCA, el CMBDHA i alguns indicadors del VINCat; a 2012, per a altres indicadors del VINCat i l'RMC; i al seguiment de la cohort 2000-2004 en la supervivència del càncer.

Cal intensificar el ritme per assolir-los

La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties respiratòries, mortalitat per les malalties mentals, mortalitat per càncer colorectal i mortalitat per suïcidi (objectius 5, 6, 10 i 11).

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

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

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

La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb diabetis i amb MPOC (objectius 20 i 21).

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

L'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (objectiu 4) s'actualitza amb periodicitat quinquennal. El darrer resultat disponible, per homes i per dones, és de 2012, i mostra una evolució favorable.

Taula 16. Objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Situació a 2013

Núm.	Objectiu Indicador	D'aquí a l'any 2020 cal...		Punt de referència inicial	2013*	Objectiu 2020	Valoració ¹
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)		Homes	82,3	82,3	86,4	+++
			Dones	74,1	77,5	77,8	
			Total	78,0	79,8	81,9	
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori		Homes	202,4	189,1	161,9	+++
			Dones	124,4	118,8	99,5	
			Total	158,6	149,5	126,8	
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer		Homes	275,3	261,1	247,8	+++
			Dones	125,6	119,3	113,0	
			Total	189,5	180,5	170,6	
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)		Homes	46,0	ND	52,9	ND
			Dones	56,4	ND	64,9	
			Total	50,2	ND	57,7	
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori		Homes	87,6	89,5	78,8	---
			Dones	31,2	33,9	28,1	
			Total	53,3	55,9	48,0	
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals		Homes	24,7	26,5	22,2	---
			Dones	24,0	24,9	21,6	
			Total	24,6	26,0	22,1	
7	Reduir la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor en un 15% Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor		Homes	71,3	66,8	60,6	+++
			Dones	26,8	26,3	22,8	
			Total	45,8	43,5	38,9	
8	Reduir la taxa de mortalitat per ictus en un 15% Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars		Homes	41,6	39,7	35,3	+++
			Dones	30,6	28,2	26,0	
			Total	35,4	33,2	30,1	
9	Reduir la taxa de mortalitat per càncer de mama en un 10% Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama		Dones	21,4	18,2	19,2	+++
10	Reduir la taxa de mortalitat per càncer colorectal en un 5% Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal		Homes	36,5	35,8	34,7	---
			Dones	17,1	17,5	16,2	
			Total	25,3	25,3	24,1	
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions		Homes	8,5	9,6	< 8,5	---
			Dones	2,4	3,1	< 2,4	
			Total	5,3	6,2	< 5,3	
12	Reduir la incidència de la fractura de coll de fèmur en un 10% en les persones entre 65 anys i més Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més		Homes	48,7	39,9	43,9	+++
			Dones	83,2	89,5	74,9	
			Total	70,5	68,4	63,4	
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys		Homes	39,5	42,8	35,6	---
			Dones	10,8	12,9	9,7	
			Total	27,4	30,1	24,7	

* Les dades de mortalitat corresponents als objectius 1-3, 5-11, són de l'any anterior (2012).

1. +++: evolució favorable

+ : evolució favorable, però en menor mesura respecte al que seria esperable

---: evolució desfavorable

ND: No disponible a curt/mitjà termini

NP: No pertinent

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de referència inicial	2013	Objectiu 2015	Valoració ¹
D'aquí a l'any 2015 cal...						
14	Reduir la prevalença de tabaquisme per sota del 28% <i>Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)</i>	Homes	35,8	32,2	NP	+++
		Dones	23,4	20,4	NP	
		Total	29,5	26,5	<28,0	
15	Reduir la prevalença de sedentarisme per sota del nivell de 2010 <i>Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	15,4	19,2	<15,5	---
		Dones	18,3	21,4	<18,7	
		Total	16,8	20,3	<17,1	
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana <i>Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)</i>	Homes	74,1	72,8	81,5	---
		Dones	69,0	64,4	75,9	
		Total	71,6	68,6	78,8	
17	Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població per sota dels nivells de 2010 <i>Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	57,4	56,2	<56,6	+
		Dones	41,5	40,7	<38,2	
		Total	49,5	48,5	<47,4	
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA < 140/90 mmHg <i>Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA < 140/90 mmHg (%)</i>	Total	63,3	69,7	72,8	+++
19	Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular <i>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 (%)</i>	Total	84,0	92,0	96,6	+++
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis <i>Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	5,5	6,2	4,7	---
21	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) <i>Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	17,1	17,4	14,5	---
22	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) <i>Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	15,5	14,5	13,2	+
23	Reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7% <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i>	Total	7,0	7,7	<7,0	---
24	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll per sota del 3,5% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)</i>	Total	3,0	2,5	<3,5	+++
25	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc per sota del 3% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)</i>	Total	2,8	2,4	<3,0	+++
26	Disminuir la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal per sota del 21% <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)</i>	Total	20,6	18,2	<21,0	+++
27	Reduir la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota dels 12 episodis per 1.000 dies de ventilació <i>Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica</i>	Total	5,6	6,2	<12	+++

1. +++: evolució favorable

+: evolució favorable, però en menor mesura respecte al que seria esperable

---: evolució desfavorable

ND: No disponible a curt/mitjà termini

NP: No pertinent

14.2 Elaboració i desplegament del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP)

A partir de l'Acord de Govern del 20 de novembre de 2012 es va crear la Comissió Interdepartamental de Salut, encarregada de l'elaboració del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP),⁵⁰ d'acord amb el que estableix la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública,⁵¹ per tal de dur a terme les intervencions sobre els determinants de la salut de la població, que requereixen un abordatge conjunt des de molts sectors socials i de l'Administració pública, tant l'autonòmica com la local.

Protegir i millorar la salut de la població requereix l'acció de tots els sectors del Govern, de les administracions públiques i de la societat en general, mitjançant les intervencions sobre els principals determinants de la salut, tant col·lectius com individuals. Així, el PINSAP segueix les recomanacions de l'estratègia de l' Organització Mundial de la Salut "Salut en totes les polítiques", recollida en els plantejaments de l'Estratègia de salut 2020 d'aquest organisme internacional.⁵²

Durant l'any 2013, es van debatre els continguts i formular les propostes i línies de treball i les accions prioritàries, amb l'horitzó 2015, que finalment van quedar recollides en el document definitiu aprovat per l'Acord del Govern el 18 de febrer de 2014, data en la qual es van iniciar les tasques d'operativització del PINSAP.

Així, al llarg del 2013, el PINSAP inicia un procés gradual de foment de la intersectorialitat en el disseny i la pràctica d'iniciatives sobre els determinants de la salut, amb els objectius següents:

- Millorar la salut de la població a partir de l'acció interdepartamental i intersectorial.
- Incorporar efectivament la salut com un dels eixos de la política. governamental, seguint l'estratègia "Salut en totes les polítiques".
- Implicar tots els departaments del Govern perquè puguin capitalitzar la influència positiva que tenen sobre la salut.
- Millorar la coordinació i promoure sinergies que comportin un increment de l'efectivitat, l'eficiència i l'equitat de les intervencions intersectorials sobre la salut i el benestar de la població.

Inicialment, es va reconèixer i inventariar les accions sectorials i intersectorials que influencien la salut poblacional de forma rellevant per part de cada departament de la Generalitat. I posteriorment s'ha elaborat una proposta d'intervencions conjuntament amb altres agents socials.

El disseny de la proposta s'ha elaborat tenint en compte el model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead,⁵³ que permet una fàcil visualització de la influència dels diversos

sectors de la societat sobre la salut de la població. Aquest model s'ha adaptat amb les aportacions referides a les desigualtats socials que influencien la salut, els efectes de la crisi en els àmbits locals i altres criteris referits a influències socioeconòmiques i culturals. La selecció de les intervencions proposades ha tingut molt present els criteris de factibilitat, atès que es tracta de mesures que els departaments responsables havien iniciat, de pertinença cap a la protecció i la promoció de la salut, així com els derivats del valor afegit que incorporen com a accions del PINSAP.

D'aquí que, a finals de 2013, la Comissió va seleccionar entre les diverses actuacions departamentals algunes de les que tenen més incidència sobre les condicions de vida i que més poden contribuir a reduir les desigualtats en salut. Així mateix, es va consultar una quarantena d'entitats potencialment implicades i representatives de l'Administració local, d'altres institucions, dels agents socials i econòmics, de les societats científiques implicades, de les corporacions professionals i de la societat civil en general.

Des de començaments de 2014, es concreta el desenvolupament operatiu de cadascuna de les actuacions amb tots els sectors implicats, en el marc temporal 2014-2015, en l'horitzó 2020, en coherència amb el Pla de salut de Catalunya. El document del PINSAP acorda un conjunt de trenta actuacions, noves o ja existents que en potencien el component interdepartamental i intersectorial, agrupades en dos eixos i catorze àmbits d'actuacions (taula 17).

Taula 17. Eixos i àmbits d'actuació del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP)

Eix 1. Incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya (promoure una Catalunya més saludable). Aquest eix inclou deu àmbits d'actuació interdepartamental i intersectorial:

1. Mobilitat
2. Alimentació
3. Entorn
4. Ocupació
5. Urbanisme i habitatge
6. Educació
7. Cultura, lleure i activitat física
8. Sistema sanitari
9. Polítiques socials
10. Transversal (salut comunitària)

Eix 2. Incorporar la visió de salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques. Inclou quatre àmbits d'actuació interdepartamental i intersectorial:

1. Incorporació de la perspectiva de salut en la presa de decisions
2. Dades i recerca
3. Compromís entre els diferents sectors i administracions
4. Compromís de participació de la comunitat

Així mateix, el Pla inclou els criteris d'avaluació i seguiment de les actuacions que cal desenvolupar i de l'evolució dels indicadors bàsics de resultats en la millora de la salut i dels estils de vida i en determinants socials prioritzats (taula 18).

Taula 18. Indicadors bàsics del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP)

A. Indicadors bàsics de salut i estils de vida

1. Esperança de vida
2. Esperança de vida en bona salut
3. Percepció de mala salut
4. Taxa de mortalitat estandarditzada (global o específica)
5. Mortalitat evitable per causes susceptibles d'intervenció per les polítiques sanitàries intersectorials (global i per sida/infecció pel VIH, tumor maligne de pulmó, hepatopatia alcohòlica, col·lisions per trànsit, suïcidis, homicidis)
6. Prevalença de consum de tabac
7. Prevalença de consum d'alcohol
8. Prevalença de sobrepès i obesitat
9. Prevalença de sedentarisme
10. Índex de benestar psicològic

B. Indicadors bàsics de determinants socials

1. Taxes d'ocupació i atur
2. Nivell d'estudis acabats
3. Renda anual mitjana per llar, persona i unitat de consum
4. Taxa de risc de pobresa o exclusió social
5. Persones amb reconeixement legal de discapacitat
6. Llars segons béns d'equipaments de què disposen
7. Satisfacció amb les condicions de treball
8. Existència de diferents situacions en el lloc de treball
9. Existència de discriminacions en el centre de treball
10. Contaminació de l'aire:
 - a. Diòxid de nitrogen (NO₂): percentatge d'estacions que compleixen el valor límit anual (VLa) de NO₂ a la ZQA1 i ZQA2.
 - b. Partícules en suspensió de menys de 10 micres (PM10): percentatge d'estacions que compleixen el valor límit anual (VLa) de PM10 a la ZQA1 i ZQA2.
 - c. Ozó (O₃): percentatge d'estacions amb superació del valor objectiu per a la salut humana (VOPS).

C. Indicadors d'impacte de les intervencions formulades

Cada intervenció inclosa al PINSAP tindrà almenys un indicador que permetrà avaluar-ne el grau d'implantació i, en la mesura del possible, l'eficàcia i l'impacte. Atesa la multifactorialitat de la salut, els canvis observats en els indicadors de resultat (com, per exemple, l'esperança de vida o la mortalitat infantil) són difícilment atribuïbles a una sola intervenció, i per tant no permeten una atribució clara de l'impacte en la salut de les polítiques implementades.

El mes de febrer de 2014, el PINSAP 2014-15 es va aprovar (Acord de Govern 24/2014 de 18 de febrer, DOGC núm. 6566, de 20/02/2014). La presentació pública que es va dur a terme a continuació va comportar l'inici de la implementació del Pla, així com de les activitats de difusió i treball conjunt amb les administracions i entitats implicades.

El document del Pla, així com altres materials i informacions es poden consultar a la pàgina web del PINSAP del portal de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

14.3 El Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)

La projecció demogràfica per a Catalunya preveu per a l'any 2050 un augment notable de l'envelliment, quan el 32,4% de la població tingui més de 65 anys i, un augment de l'esperança de vida, que se situarà per sobre dels 90 anys. Aquests dos fets permeten anticipar un sensible augment de la cronicitat, que ens aboca a un procés de transformació de l'estat del benestar en general i del model assistencial en particular.

L'evolució de la cronicitat en cada persona passa per diverses etapes. En les primeres, els problemes de salut que es presenten són poc complicats: l'atenció que requereix la persona en aquests moments és senzilla i normalment pot ser atesa per un o dos professionals sense gaire necessitat de coordinació o de mitjans tècnics. En fases més avançades, el problema de salut esdevé complex, i l'atenció de la persona requereix la participació de molts professionals, la implicació de la mateixa persona o la de la família, una coordinació perfecta dels diferents serveis que l'atenen per tal de garantir la continuïtat assistencial i dels mitjans estructurals i tècnics necessaris, més o menys sofisticats en funció del problema que presenti la persona.

Quan la condició de complexitat es fa present en una persona amb cronicitat, les necessitats d'atenció augmenten i normalment són socials i sanitàries. La valoració integral de la persona en qualsevol de les fases evolutives de la cronicitat detecta i posa en relleu aquestes necessitats d'atenció a les quals hem de donar resposta. Per aquest motiu, es fa necessària una prioritització adequada per donar la millor atenció a cada persona.

L'aplicació del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i la creació i el desenvolupament del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)⁵⁴, han posat en relleu el fet que, per transformar l'actual model assistencial en un sistema integrat i integral de salut, cal fer-ho amb una doble òptica, la social i la sanitària, i amb una sola visió. La raó de fer-ho així no és altra que dotar-nos d'un marc assistencial capaç de donar una resposta adequada al fenomen poblacional que configura la cronicitat; és a dir, un sistema capaç de fer una valoració integral de la persona, de conèixer les necessitats d'atenció que té i de donar-li una resposta assistencial social i sanitària prioritzada.

En aquesta línia, l'Acord de Govern del 25 de febrer de 2014 va crear el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS)⁵⁵, que té la missió de promoure una atenció integrada per a les persones que tenen un problema de salut complex i necessitats d'atenció social i sanitària, que actualment són al voltant del 5% de la població general. El PIAISS és un projecte de consens dels tres departaments implicats (Presidència, Salut, i Benestar Social i Família) i el món local, aprovat per l'òrgan de govern del Pla.

El Pla està concebut amb una sola visió; resultat de compartir la de cadascun dels dos sectors. Pretén ser capaç de prioritzar la resposta assistencial més adequada en funció de les

necessitats de cada persona, i assignar a cada persona un professional que se'n responsabilitzi i que vetlli perquè l'atenció planificada sigui una realitat garantint la participació de la persona o de la seva família en l'elaboració i la posada en pràctica del pla d'atenció i considerant sempre les decisions anticipades expressades lliurement per ella o per qui legalment la representa.

Es preveu que en els propers anys hi hagi més persones d'edats més avançades i amb més complexitat assistencial que caldrà atendre preferentment al domicili o a la comunitat, per la qual cosa la família, els cuidadors i la societat en general tindran un paper més important. Quan la situació de la persona requereixi un altre dispositiu assistencial se n'haurà de garantir la disponibilitat i l'adequació; com ara, un hospital d'aguts, un centre d'atenció intermèdia, un centre residencial, un hospital de dia, un centre de dia, etc., amb la participació del veïnat i del voluntariat.

La raó de ser del Pla, i també el motiu de la implicació directa del Departament de la Presidència, és garantir la millor atenció a les persones a curt i llarg termini mitjançant una transformació del model assistencial, que vol anticipar i actuar preventivament i proactivament als canvis demogràfics, socials i econòmics que es dibuixen a l'horitzó.

Per fer possible aquesta transformació es preveu desenvolupar fins a finals del 2015 els següents projectes aprovats recentment per l'òrgan de govern del PIAISS:

1. Promoure la participació de les persones en el nou context d'atenció per tenir cura de la seva salut.
2. Integrar la pràctica assistencial des de l'atenció primària social i sanitària.
3. Dissenyar i implementar el model català d'atenció integrada a domicili.
4. Dissenyar i implementar el model català d'atenció a les persones que viuen en serveis residencials.
5. Adequar i ordenar la llarga estada sociosanitària i de salut mental.
6. Integrar els sistemes d'informació per tal de compartir les dades de caràcter social i sanitari necessàries per atendre les persones en qualsevol lloc de Catalunya i avaluar els resultats.
7. Compartir objectius, indicadors i avaluació de resultats en el procés d'atenció d'aquestes persones.

14.4 L'exemple de la salut mental i les addiccions: el Pla director de salut mental i addiccions

El Pla director de salut mental i addiccions (PDSMiA) defineix les bases del model per desenvolupar a Catalunya, estableix els criteris de planificació i proporciona les orientacions sobre el desenvolupament i l'adequació dels serveis en el territori, amb una perspectiva de futur i una visió global, tant dels serveis sanitaris com socials.

Les actuacions prioritzades pel Pla director estan alineades amb el Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i en consonància amb les previsions definides pel Pla estratègic de la Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Les prioritats establertes a Catalunya s'inspiren també en el Pla d'acció de l'OMS per a la Regió Europea, (Hèlsinki, 2005 i actualitzat a Turquia, setembre de 2013). Les estratègies prioritzades en matèria de salut mental s'han treballat conjuntament i consensuat amb els referents de les línies prioritzades pel Pla de salut, i molt concretament amb els líders de les línies 1, 2 i 3.

1. *Amb el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (línia 2 de Pla de salut) les principals fites i línies de treball han estat la integració dels trastorns mentals entre les malalties cròniques prioritzades.*

a. Definició i implantació de les rutes assistencials de la depressió

S'ha prioritzat la depressió i s'han elaborat les rutes assistencials en els diferents territoris de Catalunya.

L'elaboració i la implantació de les rutes assistencials és una prioritat i alhora representa una oportunitat d'optimitzar la coordinació dels diversos dispositius de cada territori. Tenen com a objectiu consensuar les estratègies per donar una resposta global i que preservi la continuïtat assistencial de la persona que pateix depressió en els seves manifestacions diverses. Un aspecte clau de la ruta assistencial de la depressió en la detecció del risc de suïcidi.

La ruta assistencial pretén fixar els circuits i el marc organitzatiu entre professionals, equips i nivells assistencials i esdevé el marc de referència per promoció d'una bona pràctica, reduir-ne la variabilitat i garantir-ne la qualitat i l'efectivitat.

Prèviament es va treballar una adaptació de la guia de pràctica clínica (GPC) de la depressió del Sistema Nacional de Salut a la realitat assistencial del nostre entorn. A partir d'aquesta GPC s'ha creat una versió digitalitzada que està integrada en l'e-CAP, a tots els centres d'atenció primària que utilitzen la història clínica compartida.

Amb l'objectiu d'impulsar la implantació de la ruta, una acció conjunta entre el PDSMiA amb el PPAC ha estat la realització de set jornades descentralitzades de formació amb els

professionals referents de les rutes assistencials de la depressió, amb l'assistència d'uns 300 professionals de tot Catalunya.

Fruit d'aquestes sessions interactives de treball, s'ha realitzat una anàlisi estratègica dels aspectes facilitadors i els punts febles en la implantació de les rutes i s'han elaborat un seguit de recomanacions per facilitar-ne la implantació.

b. Programa Pacient Expert Catalunya®

S'ha elaborat un primer esborrany de la Guia del pacient expert en depressió. Actualment el projecte està en fase de pilotatge, per revisar l'esborrany de la guia i el material docent associat.

c. Prevenió i atenció a la cronicitat

El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) ha identificat una sèrie de característiques clíniques genèriques relacionades amb les situacions de complexitat que, també de forma habitual, tenen els pacients amb malalties mentals, particularment quan són greus.

La presència de comorbiditat orgànica crònica que presenten les persones amb malalties mentals és creixent. I a la vegada la mateixa comorbiditat es vincula amb els trastorns relacionats amb el consum i la dependència de substàncies. En aquest context, el PDSMA, el Pla de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) han iniciat un treball col·laboratiu amb la finalitat de:

- Identificar criteris de complexitat en pacients amb malaltia mental, amb comorbiditat o sense.
- Facilitar la convergència de les estratègies sobre el trastorn mental sever (TMS) i el Pla terapèutic individualitzat (PTI) amb les propostes del pacient crònic complex (PCC) i el Pla d'intervenció individual compartit (PIIC), de manera que la complexitat relacionada amb un component psicopatològic sigui congruent amb la de qualsevol altra causa, des dels punts de vista conceptual, denominatiu i de gestió clínica.
- Generar un model de bones pràctiques compartides que garanteixi una atenció integral a les necessitats sanitàries i socials de les persones, en el marc d'un sistema de serveis integrats al territori.

Les bones pràctiques compartides tenen una importància especial en la interacció salut mental i comorbiditat orgànica, atesa la variabilitat en la fermesa i la distribució dels lideratges clínics.

2. *Amb la Subdirecció General de la cartera de serveis i de Mapa sanitari (línia 3 de Pla de salut) s'ha treballat l'avaluació i la reformulació de la cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut.*

Un dels objectius és centrar l'atenció dels trastorns mentals no greus en l'atenció primària de salut (APS) mitjançant la consolidació de la cartera de serveis de salut mental en l'APS amb equips de suport especialitzat dels centres de salut mental (CSM) que es desplacen als centres de primària.

Aquest objectiu es materialitza en el programa de cartera de serveis de salut mental i addiccions a primària, que es va endegar a Catalunya l'any 2006 i s'ha implantat aproximadament en el 50% del territori. L'any 2012, es va dur a terme una avaluació de l'estat de desenvolupament de les diverses accions dutes a terme en cada centre. En aquesta avaluació es va copsar, entre d'altres, la variabilitat en la implantació del programa i el tipus de professionals i activitats que es duen a terme. Tot i així les dades mostren diferències significatives i rellevants entre els territoris on està implantada la cartera de serveis de salut mental en atenció primària i els que no.

S'ha constatat un canvi de tendència en les derivacions a l'atenció especialitzada durant el període 2006-2012, amb un decrement important del 29% de les derivacions des de l'APS als centres de salut mental d'adults (CSMA), mentre que als territoris sense cartera de salut mental en primària les derivacions han continuat augmentat (23%). Aquesta disminució en les derivacions correspon a trastorns mentals de baixa complexitat, trastorns d'ansietat, depressions lleus, distímies i trastorns adaptatius. En definitiva, es constata també una millora en l'adequació de la demanda, la qual cosa permet que l'atenció especialitzada centri l'atenció en la patologia greu i de major complexitat.

Enguany, des del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions en col·laboració amb les societats científiques (CAMFiC i Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental) s'ha elaborat un qüestionari Delphi amb l'objectiu de disposar d'un ampli consens sobre quines són les activitats comunes que s'hauran de dur a terme en tots els centres d'atenció primària de Catalunya. En aquest Delphi han participat uns 40 professionals representants tant de l'atenció primària com de la salut mental, de diferents disciplines (metges de família, pediatres, psiquiatres, professionals d'infermeria i de treball social), així com directius d'ambdós àmbits. Els resultats obtinguts es presentaran al mes de setembre.

3. *El Codi risc de suïcidi (CRS)*

D'acord amb les recomanacions de l'OMS, recollides també en el Pla d'acció de la Regió Europea per als propers anys, el Departament de Salut ha prioritzat la prevenció del suïcidi. Les polítiques definides tenen com a objectiu disminuir la mortalitat, augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida i prevenir la repetició de temptatives autolítiques en els pacients d'alt risc.

El Departament de Salut promou la participació de Catalunya en el Projecte europeu contra la depressió, proposat per la Lliga Europea contra la Depressió (European Alliance Against Depression EAAD). S'han desenvolupat dues experiències pilot, una a Barcelona (Dreta de l'Eixample) i la segona a Sabadell. Aquest Projecte desenvolupa un seguit d'estratègies i programes d'intervenció contra la depressió i el risc de suïcidi, amb un enfocament global i d'atenció integral.

Un aspecte fonamental de la GPC de la depressió implantada a Catalunya és la valoració del risc de suïcidi. La GPC descriu els algorismes que ajuden a la presa de decisions clíniques i inclou un seguit d'instruments que faciliten la valoració del risc. La informació també està integrada en la història clínica compartida.

Amb el suport d'un ampli grup multidisciplinari d'experts s'ha elaborat el protocol d'actuació davant d'una situació de risc de suïcidi i s'ha desenvolupat una aplicació informàtica per registrar la informació i facilitar la coordinació i el seguiment de les persones amb risc per part de tots els serveis implicats. Actualment s'ha iniciat la fase pilot d'implantació del CRS en els territoris pilot seleccionats: Regió Sanitària Lleida, Regió Sanitària Camp de Tarragona, Vallès Occidental Est i Barcelona Ciutat.

4. *El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions*

El Govern de la Generalitat, en la línia de la Unió Europea, i conjuntament amb les entitats del sector de la salut mental (persones afectades, famílies, proveïdors i professionals) ha impulsat el desplegament del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions en els propers anys, amb els objectius següents:

- millorar l'atenció a la salut mental i la qualitat de vida de les persones afectades i les seves famílies;
- incorporar estratègies de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, atenció i reinserció social i laboral, potenciant un treball conjunt i complementari dels serveis de salut, socials, educatius, laborals i de la justícia;
- afavorir la participació ciutadana i social de les persones amb problemes de salut mental i la disminució de les desigualtats socials d'aquest col·lectiu;

- disposar d'un instrument de planificació i prioritització de les polítiques públiques que s'han de desenvolupar des dels diferents departaments de la Generalitat per a l'atenció d'aquestes persones.

Per als propers anys s'han prioritzat les accions en els àmbits següents:

- 1- Promoció de la salut mental i impuls de les accions necessàries per al desplegament del Programa de lluita contra l'estigma associat a la malaltia mental.
- 2- Promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, socials i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència amb especial risc o vulnerabilitat.
- 3- Promoció de la participació ciutadana i social de les persones amb problemes de salut mental i promoció dels seus drets en els entorns assistencials.
- 4- Promoció i millora dels programes de suport a les famílies curadores de les persones amb trastorn mental.
- 5- Actuacions en els protocols d'urgència i ingressos involuntaris.
- 6- Actuacions en matèria d'inserció laboral.
- 7- Millora de l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en l'àmbit judicial, per a les persones en situació de privació penal de llibertat i mesures de seguretat.
- 8- Actuacions en matèria d'habitatge.

Annexos

Annex 1. Indicadors mediambientals

Qualitat de l'aire

- Respecte a les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM10), s'observa que, en general, els nivells del 2013 disminueixen respecte als del 2012, tant pel que fa a les mitjanes com al nombre de superacions del valor límit diari. Durant l'any 2013 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 3 punts del territori. Aquests punts estan ubicats a les zones de qualitat de l'aire (ZQA) 1 (Àrea de Barcelona), 2 (Vallès – Baix Llobregat) i 6 (Plana de Vic).
- Pel que fa a l'ozó troposfèric, al llarg del 2013 s'han registrat 79 hores de superació del llindar d'informació a la població. Aquests valors són lleugerament superiors a la mitjana dels darrers anys. Les superacions s'han produït en 11 dels 49 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, Vallès- Baix Llobregat, Camp de Tarragona, Plana de Vic, Maresme, comarques de Girona, Alt Llobregat i Pirineu Oriental. D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta durant l'any 2013.
- Respecte al diòxid de nitrogen, durant l'any 2013 no s'ha detectat un nombre de superacions del valor límit horari fixat per al NO₂ a cap punt del territori superior al permès (la normativa permet fins a divuit superacions d'aquest valor límit horari en un any i per cada punt). Les superacions puntuals s'han produït a dos punts de trànsit de la ZQA 1 i a dos de la ZQA 2. Pel que fa al valor límit anual, s'han produït superacions d'aquest valor a la ZQA 1 (en el 17% dels punts de mesurament) i a la ZQA 2 (en el 50% dels punts de mesurament). La tendència dels darrers anys es força estable, tot i que apunta a una disminució molt lenta.

Font: Informe sobre la qualitat de l'aire a Catalunya, 2013. Direcció General de Qualitat Ambiental del Departament de Territori i Sostenibilitat.

Aigües de consum humà

- Els resultats de les analítiques realitzades mostren un grau de compliment normatiu elevat de la qualitat de l'aigua de consum humà de les diferents xarxes i zones d'abastament de Catalunya.
- En relació amb els contaminants microbiològics, es detecten superacions d'alguns paràmetres però en situacions puntuals i principalment en nuclis de població petits.
- Pel que fa als paràmetres fisicoquímics, un 92,47% 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 de l'arsènic i el fluor.

Font: Agència de Salut Pública de Catalunya, 2012. Departament de Salut.

Annex 2. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013

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	86,0%	84,9%	88,6%	85,3%	82,0%	91,0%	85,6%
		D	81,6%	80,9%	78,3%	80,5%	73,4%	89,4%	77,9%
2	Excés de pes (sobrepès i obesitat) (de 18 a 74 anys)	H	62,3%	60,5%	56,6%	55,5%	57,1%	58,6%	56,6%
		D	42,5%	44,1%	44,9%	40,2%	41,8%	36,4%	39,9%
3	Discapacitat (15 anys i més)	H	7,3%	12,0%	12,1%	16,8%	12,9%	20,7%	14,0%
		D	11,3%	14,3%	18,7%	24,0%	23,3%	34,3%	21,7%
4	Risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15 anys i més)	H	13,7%	6,4%	5,1%	5,9%	9,6%	1,2%	8,6%
		D	18,8%	9,4%	6,1%	13,0%	20,8%	5,4%	15,2%
5	Dolor o malestar (15 anys i més)	H	23,3%	18,7%	23,5%	18,5%	26,1%	25,7%	21,0%
		D	38,2%	35,4%	45,3%	33,0%	41,3%	35,5%	36,5%
6	Malaltia o problema de salut crònic (població general)	H	35,5%	40,4%	39,3%	27,2%	34,6%	39,7%	35,4%
		D	42,3%	42,4%	47,0%	34,3%	46,4%	47,5%	40,9%
7	Patir o haver patit hipertensió arterial (15 anys i més)	H	25,9%	24,5%	27,5%	25,4%	29,9%	20,8%	24,1%
		D	27,2%	20,6%	24,9%	23,7%	32,5%	23,4%	25,4%
8	Patir o haver patit colesterol elevat (15 anys i més)	H	22,1%	20,3%	18,3%	20,4%	22,6%	14,7%	23,7%
		D	17,5%	22,7%	16,7%	18,3%	25,6%	15,9%	23,5%
9	Consum de tabac (15 anys i més)	H	39,6%	35,0%	37,1%	37,2%	32,6%	32,7%	31,8%
		D	19,5%	22,5%	19,7%	22,3%	27,4%	24,9%	21,4%
10	Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	H	6,9%	6,0%	4,4%	6,1%	5,6%	1,6%	6,0%
		D	2,8%	1,8%	0,5%	2,1%	1,3%	0,6%	1,8%
11	Sedentarisme (de 18 a 74 anys)	H	18,2%	23,8%	22,6%	13,0%	15,1%	18,5%	17,8%
		D	28,0%	30,1%	39,5%	17,4%	18,3%	28,8%	18,4%
12	Activitat física saludable (de 15 a 69 anys)	H	48,7%	62,8%	58,3%	69,4%	74,6%	58,9%	76,5%
		D	47,1%	56,8%	53,6%	60,4%	69,0%	46,1%	70,6%
13	Mesura periòdica de la pressió arterial (15 anys i més)	H	63,1%	46,6%	55,9%	52,6%	43,6%	60,3%	47,8%
		D	73,4%	55,9%	61,3%	53,9%	49,0%	65,4%	50,4%
14	Mesura periòdica del nivell de colesterol a la sang (15 anys i més)	H	63,1%	70,5%	58,7%	55,0%	52,3%	60,1%	55,0%
		D	72,5%	74,2%	62,2%	56,2%	56,2%	70,7%	58,2%
15	Mamografia periòdica (dones de 50 a 69 anys)	D	100,0%	89,0%	93,8%	95,8%	91,1%	95,3%	92,7%
16	Citologia vaginal periòdica (dones de 25 a 65 anys)	H	75,0%	78,7%	78,7%	75,6%	70,2%	82,5%	80,1%
		D	19,6%	19,0%	12,5%	17,5%	16,7%	27,8%	28,2%
17	Doble cobertura sanitària (població general)	H	24,6%	16,0%	9,7%	18,9%	15,6%	24,0%	28,8%
		D	51,6%	51,3%	51,2%	53,6%	58,0%	40,0%	54,3%
18	Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)	H	65,9%	66,5%	57,3%	71,3%	80,3%	52,1%	70,3%
		D	85,4%	85,6%	83,1%	86,1%	88,6%	76,8%	88,2%
19	Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos (població general)	H	91,4%	95,9%	90,6%	93,6%	96,4%	90,2%	95,3%
		D	8,4%	11,5%	7,3%	5,2%	6,8%	6,4%	6,7%
20	Hospitalització els darrers 12 mesos (població general)	H	7,8%	11,3%	5,2%	7,8%	11,9%	7,9%	8,2%
		D	29,7%	34,0%	24,6%	28,7%	30,5%	16,1%	29,9%
21	Visites a un servei d'urgències els darrers 12 mesos (població general)	H	30,9%	36,2%	22,0%	28,0%	34,7%	16,1%	34,8%
		D	89,7%	84,3%	89,0%	92,3%	89,1%	84,9%	89,6%
22	Satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats (població general)	H	86,8%	82,6%	84,5%	93,6%	89,0%	88,5%	89,8%
		D	89,7%	84,3%	89,0%	92,3%	89,1%	84,9%	89,6%

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, 2012-2013. Departament de Salut.

Annex 3. Evolució per sexe dels indicadors de l'ESCA per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2012-2013

Taula 19. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Homes. Catalunya, 2006 i 2012-2013

		2006													2012-2013															
		Classe social segons l'ocupació												Total	Classe social segons l'ocupació												Total			
		Alta			Mitjana			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)	92,7%	(90,4-95,0)	90,2%	(87,4-93,0)	88,2%	(86,4-90,0)	80,9%	(78,9-82,9)	81,4%	(78,5-84,3)	82,9%	(79,1-86,7)	85,4%	(84,4-86,4)
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)	48,0%	(42,5-53,5)	56,0%	(50,4-61,6)	55,1%	(51,9-58,3)	61,3%	(58,2-64,4)	63,7%	(59,5-67,9)	54,1%	(48,0-60,2)	57,2%	(55,5-58,9)
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)	8,2%	(5,4-11,0)	8,1%	(5,2-11,0)	11,4%	(9,5-13,3)	14,1%	(12,1-16,1)	14,1%	(11,3-16,9)	13,7%	(9,8-17,6)	12,1%	(11,1-13,1)
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)	4,4%	(2,3-6,5)	8,1%	(5,2-11,0)	8,8%	(7,1-10,5)	9,5%	(7,9-11,1)	7,8%	(5,7-9,9)	7,7%	(4,7-10,7)	8,3%	(7,4-9,2)
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)	14,5%	(10,9-18,1)	22,9%	(18,4-27,4)	18,5%	(16,1-20,9)	24,2%	(21,8-26,6)	24,7%	(21,3-28,1)	19,8%	(15,2-24,4)	21,1%	(19,8-22,4)
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)	68,2%	(63,4-73,0)	72,0%	(67,2-76,8)	71,6%	(68,9-74,3)	73,4%	(70,9-75,9)	77,1%	(73,7-80,5)	67,3%	(61,9-72,7)	72,0%	(70,6-73,4)
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)	21,0%	(16,8-25,2)	19,4%	(15,2-23,6)	21,9%	(19,4-24,4)	30,6%	(28,0-33,2)	27,8%	(24,2-31,4)	23,3%	(18,5-28,1)	24,8%	(23,5-26,1)
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)	21,6%	(17,4-25,8)	19,8%	(15,6-24,0)	21,1%	(18,6-23,6)	24,4%	(22,0-26,8)	25,9%	(22,4-29,4)	23,1%	(18,3-27,9)	22,7%	(21,4-24,0)
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)	25,4%	(20,9-29,9)	31,3%	(26,4-36,2)	33,2%	(30,3-36,1)	35,3%	(32,6-38,0)	34,6%	(30,8-38,4)	35,6%	(30,1-41,1)	33,2%	(31,7-34,7)
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)	6,6%	(4,0-9,2)	6,0%	(3,5-8,5)	6,2%	(4,7-7,7)	5,3%	(4,0-6,6)	5,5%	(3,7-7,3)	6,4%	(3,6-9,2)	6,0%	(5,3-6,7)
11	Sedentariisme (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)	22,8%	(18,2-27,4)	19,9%	(15,4-24,4)	18,7%	(16,2-21,2)	12,1%	(10,1-14,1)	19,7%	(16,2-23,2)	16,4%	(11,9-20,9)	17,8%	(16,5-19,1)
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)	44,2%	(39,1-49,3)	40,9%	(35,7-46,1)	46,3%	(43,3-49,3)	55,6%	(52,8-58,4)	54,5%	(50,5-58,5)	41,4%	(35,8-47,0)	49,0%	(47,4-50,6)
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)	56,7%	(51,6-61,8)	51,6%	(46,3-56,9)	54,9%	(51,9-57,9)	61,3%	(58,6-64,0)	60,7%	(56,8-64,6)	48,5%	(42,8-54,2)	56,7%	(55,2-58,2)
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)	53,5%	(49,1-57,9)	36,2%	(31,7-40,7)	29,9%	(27,4-32,4)	15,5%	(13,7-17,3)	11,9%	(9,5-14,3)	7,7%	(5,0-10,4)	24,7%	(23,5-25,9)
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)	49,3%	(44,2-54,4)	53,7%	(48,4-59,0)	51,2%	(48,2-54,2)	57,2%	(54,4-60,0)	58,2%	(54,3-62,1)	52,6%	(46,9-58,3)	53,9%	(52,3-55,5)
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)	89,9%	(87,2-92,6)	86,8%	(83,6-90,0)	88,1%	(86,3-89,9)	85,8%	(84,0-87,6)	89,0%	(86,7-91,3)	86,0%	(82,5-89,5)	87,4%	(86,5-88,3)
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)	5,5%	(3,5-7,5)	8,0%	(5,5-10,5)	6,5%	(5,2-7,8)	8,4%	(7,0-9,8)	6,5%	(4,7-8,3)	6,3%	(3,8-8,8)	7,0%	(6,3-7,7)
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)	29,9%	(25,8-34,0)	30,9%	(26,6-35,2)	31,1%	(28,6-33,6)	28,0%	(25,7-30,3)	29,5%	(26,1-32,9)	33,4%	(28,6-38,2)	29,9%	(28,6-31,2)
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)	87,7%	(82,0-93,4)	89,6%	(84,1-95,1)	90,5%	(87,8-93,2)	87,6%	(84,8-90,4)	90,3%	(86,8-93,8)	89,5%	(84,4-94,6)	89,3%	(87,8-90,8)

H: homes

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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 20. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Dones. Catalunya, 2006 i 2012-2013

		2006														2012-2013															
		Classe social segons l'ocupació														Total	Classe social segons l'ocupació														
		Alta				Mitjana				Baixa							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						
%	IC95%	%	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)	87,9%	(84,8-91,0)	86,3%	(83,2-89,4)	82,0%	(80,0-84,0)	74,9%	(72,4-77,4)	72,7%	(69,2-76,2)	72,4%	(68,4-76,4)	78,4%	(77,2-79,6)	
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)	21,1%	(16,3-25,9)	33,3%	(28,3-38,3)	37,2%	(34,2-40,2)	47,3%	(43,8-50,8)	49,8%	(45,0-54,6)	48,3%	(42,7-53,9)	40,5%	(38,8-42,2)	
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)	10,1%	(6,8-13,4)	11,5%	(8,3-14,7)	14,3%	(12,2-16,4)	23,1%	(20,4-25,8)	21,8%	(18,3-25,3)	22,1%	(18,0-26,2)	18,5%	(17,3-19,7)	
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)	10,3%	(7,0-13,6)	11,1%	(8,0-14,2)	15,4%	(13,3-17,5)	14,0%	(11,8-16,2)	16,2%	(13,0-19,4)	20,1%	(16,2-24,0)	14,8%	(13,7-15,9)	
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)	27,3%	(22,4-32,2)	27,7%	(23,2-32,2)	31,1%	(28,4-33,8)	42,0%	(38,8-45,2)	43,3%	(39,1-47,5)	43,6%	(38,7-48,5)	36,7%	(35,2-38,2)	
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)	76,4%	(71,7-81,1)	82,3%	(78,5-86,1)	81,6%	(79,3-83,9)	84,4%	(82,1-86,7)	88,3%	(85,5-91,1)	81,9%	(78,1-85,7)	82,8%	(81,6-84,0)	
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)	16,8%	(12,7-20,9)	18,6%	(14,7-22,5)	18,4%	(16,1-20,7)	30,0%	(27,1-32,9)	32,0%	(28,0-36,0)	32,8%	(28,2-37,4)	25,4%	(24,0-26,8)	
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)	16,0%	(12,0-20,0)	16,4%	(12,7-20,1)	20,7%	(18,3-23,1)	25,4%	(22,6-28,2)	26,4%	(22,6-30,2)	24,5%	(20,3-28,7)	22,6%	(21,3-23,9)	
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)	21,1%	(16,6-25,6)	23,1%	(18,9-27,3)	23,4%	(20,9-25,9)	19,5%	(17,0-22,0)	22,5%	(18,9-26,1)	22,8%	(18,7-26,9)	21,8%	(20,5-23,1)	
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)	2,5%	(0,8-4,2)	2,9%	(1,2-4,6)	2,1%	(1,3-2,9)	1,3%	(0,6-2,0)	0,5%	(-0,1-1,1)	1,6%	(0,4-2,8)	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)	24,0%	(19,0-29,0)	17,6%	(13,5-21,7)	24,4%	(21,7-27,1)	18,9%	(16,1-21,7)	17,9%	(14,2-21,6)	12,5%	(8,8-16,2)	20,3%	(18,9-21,7)	
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)	47,5%	(42,0-53,0)	46,8%	(41,8-51,8)	46,8%	(43,9-49,7)	55,8%	(52,6-59,0)	60,2%	(56,0-64,4)	53,7%	(48,8-58,6)	52,6%	(51,0-54,2)	
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)	56,9%	(51,5-62,3)	56,2%	(51,3-61,1)	56,9%	(54,0-59,8)	61,7%	(58,6-64,8)	66,4%	(62,4-70,4)	57,6%	(52,7-62,5)	60,0%	(58,5-61,5)	
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)	51,5%	(46,7-56,3)	40,2%	(35,8-44,6)	31,4%	(29,0-33,8)	15,0%	(13,0-17,0)	14,4%	(11,7-17,1)	6,3%	(4,1-8,5)	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)	68,7%	(63,6-73,8)	63,6%	(58,8-68,4)	67,8%	(65,1-70,5)	72,0%	(69,1-74,9)	74,4%	(70,7-78,1)	69,5%	(65,0-74,0)	70,1%	(68,7-71,5)	
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)	96,5%	(94,7-98,3)	94,2%	(92,1-96,3)	94,5%	(93,3-95,7)	95,4%	(94,2-96,6)	94,6%	(92,8-96,4)	93,8%	(91,6-96,0)	94,9%	(94,3-95,5)	
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)	5,4%	(3,2-7,6)	10,5%	(7,7-13,3)	8,4%	(6,9-9,9)	9,1%	(7,5-10,7)	9,0%	(6,8-11,2)	8,4%	(5,9-10,9)	8,6%	(7,8-9,4)	
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)	23,5%	(19,4-27,6)	32,6%	(28,4-36,8)	33,6%	(31,1-36,1)	34,5%	(31,8-37,2)	36,5%	(32,8-40,2)	38,1%	(33,8-42,4)	33,5%	(32,2-34,8)	
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)	91,9%	(87,0-96,8)	90,1%	(85,9-94,3)	88,4%	(85,5-91,3)	88,6%	(85,7-91,5)	87,7%	(83,6-91,8)	89,6%	(85,6-93,6)	89,1%	(87,7-90,5)	

D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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. Homes. Catalunya, 2006 i 2012-2013

		2006								2012-2013								
		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%			
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)	92,9%	(91,0-94,8)	84,7%	(83,3-86,1)	70,1%	(67,0-73,2)	83,3%	(82,1-84,5)
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)	47,3%	(43,4-51,2)	58,5%	(56,4-60,6)	64,8%	(60,7-68,9)	57,2%	(55,5-58,9)
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)	5,2%	(3,5-6,9)	9,7%	(8,5-10,9)	25,5%	(22,5-28,5)	12,1%	(11,1-13,1)
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)	4,8%	(3,2-6,4)	8,7%	(7,6-9,8)	10,7%	(8,6-12,8)	8,3%	(7,4-9,2)
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)	12,0%	(9,5-14,5)	20,5%	(18,9-22,1)	31,1%	(28,0-34,2)	21,1%	(19,8-22,4)
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)	67,4%	(63,9-70,9)	69,8%	(68,0-71,6)	82,6%	(80,0-85,2)	72,0%	(70,6-73,4)
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)	19,0%	(16,0-22,0)	22,6%	(20,9-24,3)	36,3%	(33,0-39,6)	24,8%	(23,5-26,1)
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)	18,9%	(15,9-21,9)	21,0%	(19,4-22,6)	31,6%	(28,4-34,8)	22,7%	(21,4-24,0)
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)	36,5%	(34,6-38,4)	32,1%	(28,9-35,3)	33,2%	(31,7-34,7)
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)	5,9%	(4,1-7,7)	6,3%	(5,3-7,3)	5,1%	(3,6-6,6)	6,0%	(5,3-6,7)
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)	23,6%	(20,3-26,9)	15,2%	(13,7-16,7)	19,7%	(16,3-23,1)	17,8%	(16,5-19,1)
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)	43,7%	(39,9-47,5)	46,9%	(44,9-48,9)	60,8%	(57,5-64,1)	49,0%	(47,4-50,6)
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)	55,7%	(51,9-59,5)	54,0%	(52,0-56,0)	65,8%	(62,6-69,0)	56,7%	(55,2-58,2)
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)	46,2%	(42,4-50,0)	20,3%	(18,7-21,9)	11,3%	(9,2-13,4)	23,4%	(22,1-24,7)
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)	46,5%	(42,7-50,3)	50,9%	(48,9-52,9)	69,4%	(66,3-72,5)	53,9%	(52,3-55,5)
16	Vísites 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)	85,8%	(83,2-88,4)	84,9%	(83,5-86,3)	88,5%	(86,3-90,7)	85,8%	(84,7-86,9)
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)	5,5%	(3,8-7,2)	6,9%	(5,9-7,9)	10,7%	(8,6-12,8)	7,4%	(6,6-8,2)
18	Vísites 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)	25,1%	(21,8-28,4)	26,5%	(24,7-28,3)	29,3%	(26,2-32,4)	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)	87,2%	(83,6-90,8)	88,2%	(86,6-89,8)	89,6%	(87,3-91,9)	88,4%	(87,2-89,6)

H: homes

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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 22. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Dones. Catalunya, 2006 i 2012-2013

		2006								2012-2013								
		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%			
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)	89,5%	(87,3-91,7)	79,7%	(78,0-81,4)	55,6%	(52,5-58,7)	75,3%	(73,9-76,7)
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)	22,5%	(19,4-25,6)	41,5%	(39,3-43,7)	59,8%	(55,9-63,7)	40,5%	(38,8-42,2)
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)	6,7%	(4,9-8,5)	13,6%	(12,2-15,0)	37,1%	(34,1-40,1)	18,5%	(17,3-19,7)
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)	11,0%	(8,7-13,3)	14,5%	(13,0-16,0)	18,6%	(16,2-21,0)	14,8%	(13,7-15,9)
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)	21,4%	(18,4-24,4)	33,2%	(31,2-35,2)	55,4%	(52,3-58,5)	36,7%	(35,2-38,2)
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%	(70,7-77,1)	81,9%	(80,3-83,5)	91,4%	(89,7-93,1)	82,8%	(81,6-84,0)
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)	11,7%	(9,4-14,0)	19,7%	(18,0-21,4)	47,3%	(44,2-50,4)	25,4%	(24,0-26,8)
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)	13,6%	(11,1-16,1)	19,7%	(18,0-21,4)	35,2%	(32,3-38,1)	22,6%	(21,3-23,9)
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)	23,6%	(20,5-26,7)	24,9%	(23,1-26,7)	13,4%	(11,3-15,5)	21,8%	(20,5-23,1)
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)	2,6%	(1,4-3,8)	1,9%	(1,3-2,5)	0,8%	(0,3-1,3)	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)	22,3%	(19,3-25,3)	20,4%	(18,6-22,2)	17,5%	(14,5-20,5)	20,3%	(18,9-21,7)
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)	41,6%	(38,0-45,2)	46,9%	(44,8-49,0)	74,6%	(71,9-77,3)	52,6%	(51,0-54,2)
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)	55,1%	(51,5-58,7)	54,9%	(52,8-57,0)	75,7%	(73,1-78,3)	60,0%	(58,5-61,5)
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)	47,7%	(44,1-51,3)	23,4%	(21,6-25,2)	12,2%	(10,2-14,2)	25,3%	(23,9-26,7)
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)	63,5%	(60,0-67,0)	66,5%	(64,5-68,5)	82,4%	(80,1-84,7)	70,1%	(68,7-71,5)
16	Vísites 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)	95,8%	(94,3-97,3)	93,8%	(92,8-94,8)	96,7%	(95,6-97,8)	95,0%	(94,3-95,7)
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)	9,3%	(7,2-11,4)	8,2%	(7,0-9,4)	12,1%	(10,1-14,1)	9,5%	(8,6-10,4)
18	Vísites 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)	29,5%	(26,2-32,8)	31,5%	(29,5-33,5)	35,9%	(32,9-38,9)	32,3%	(30,8-33,8)
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)	88,7%	(85,7-91,7)	87,4%	(85,8-89,0)	88,8%	(86,7-90,9)	88,0%	(86,8-89,2)

D: dones

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006 i 2012-2013. 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 4. Índex de gràfics, taules i mapes

Gràfic 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS), per sexe i edat. Catalunya, 2012.....	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, 2013.....	9
Gràfic 3. Puntuació mitjana de benestar mental en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, segon semestre de 2013	9
Gràfic 4. Població adulta amb problemes que afecten la qualitat de vida relacionada amb la salut, per sexe. Catalunya, 2013.....	10
Gràfic 5. Població de 15 anys i més amb problemes de dolor o malestar (EQ-5D-5L), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	10
Gràfic 6. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013	11
Taula 1. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2013.....	11
Gràfic 7. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més (amb una prevalença per sobre del 10%) a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2013.....	12
Gràfic 8. Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (Goldberg), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	12
Gràfic 9. 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 sexe. Catalunya, 2013.....	13
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, 2013.....	13
Gràfic 11. Població general que pateix alguna discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	14
Taula 2. Estimació del nombre de casos amb discapacitat, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	14
Gràfic 12. Població adulta en situació de dependència , per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	15
Taula 3. Població adulta en situació de dependència per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013.....	15
Gràfic 13. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2013	16
Gràfic 14. Brots epidèmics notificats a Catalunya, 2000-2013	17
Taula 4. Principals motius de consulta a l'atenció primària en la població adulta. Catalunya, 2013.	18
Taula 5. Principals causes d'ingrés hospitalari en la població general. Catalunya, 2013.....	19
Gràfic 15. Evolució del percentatge d'estacions que han superat el valor límit diari de PM ₁₀ a la zona de qualitat de l'aire de l'Àrea de Barcelona (ZQA1) i la del Vallès-Baix Llobregat (ZQA2). 2005-2013.....	20
Gràfic 16. Evolució de la mitjana anual de NO ₂ , en µg/m ³ , a la Zona de Qualitat de l'Aire de l'Àrea de Barcelona (ZQA1) i la del Vallès-Baix Llobregat (ZQA2). 2000-2013.....	21
Gràfic 17. Distribució dels hàbits i estils de vida de la població, per sexe. Catalunya, 2013.....	23
Taula 6. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 1997-2011	23
Taula 7. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys (%). Catalunya, 1994-2012	23
Gràfic 18. Freqüència de la pràctica d'activitats preventives de la població adulta, per sexe. Catalunya, 2013.....	24
Gràfic 19. Ús dels serveis sanitaris, per sexe. Catalunya, 2013.....	25
Gràfic 20. Consum de medicaments els dos dies anteriors a l'entrevista en població de 15 anys i més segons el tipus de medicament, per sexe. Catalunya, 2013.....	26

Gràfic 21. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012	27
Gràfic 22. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2012	28
Taula 8. Indicadors seleccionats (% bruts), per regió sanitària i total. Catalunya, 2012-2013	29
Mapa 1. Percentatge estandarditzat per edat de població amb autopercepció positiva de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)	30
Mapa 2. Percentatge estandarditzat per edat de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)	30
Mapa 3. Percentatge estandarditzat per edat de població de 18 a 74 anys amb excés de pes, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2012-2013 (població tipus a 1 de gener de 2013)	30
Gràfic 23 Percentatge estandarditzat per edat de població amb autopercepció positiva de l'estat de salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013	31
Gràfic 24. Percentatge estandarditzat per edat de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013	31
Gràfic 25. Percentatge estandarditzat per edat de població de 18 a 74 anys sedentària, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1994, 2006, 2012-2013	32
Gràfic 26. Indicadors de l'estat de salut de la població infantil, per sexe. Catalunya, 2013	33
Gràfic 27. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població menor de 15 anys (amb una prevalença per sobre del 5%), a partir d'una llista de 18 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2013	34
Gràfic 28. Distribució de les categories de l'índex de massa corporal (IMC)* per a l'excés de pes en població de 6 a 12 anys, per sexe. Catalunya, 2012-2013	34
Gràfic 29. 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	35
Gràfic 30. Població de 3 a 14 anys que fa un baix consum de productes hipercalòrics, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013	35
Gràfic 31. Estils de vida de la població de 3 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2013	36
Taula 9. Resultats per sexe d'una selecció d'indicadors (% bruts). Catalunya, 2013	38
Taula 10. Resultats d'una selecció d'indicadors, per situació laboral i sexe (% bruts). Catalunya, 2012-2013	40
Gràfic 32 . Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (percentatges estandarditzats per edat). Catalunya, 1994-2013	42
Taula 11. Població general per classe social segons l'ocupació, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013	48
Taula 12. Població general per classe social segons l'ocupació (agrupada), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013	49
Taula 13. Nivell d'estudis de la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe (%). Catalunya, 2013	50
Gràfic 33 . Prevalença de població de 15 anys i més fumadora, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	52
Gràfic 34. Població de 0-14 anys exposada al fum de tabac a casa per nivell d'estudis de la mare i del pare. Catalunya, 2012-2013	52
Gràfic 35. Consum de risc d'alcohol en la població de 15 anys i més, per classe social i sexe i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	53
Gràfic 36. Població de 18 a 74 anys sedentària, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	54
Gràfic 37. Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament i dones de 25 a 65 anys que es fan una citologia vaginal periòdicament, per classe social i per nivell d'estudis. Catalunya, 2006 i 2012-2013	56

Gràfic 38. Població de 60 anys i més que es vacuna de la grip de manera regular, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2013.....	56
Gràfic 39. 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 2012-2013	58
Gràfic 40. Població de 15 anys i més amb dolor o malestar (EQ-5D), per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	59
Gràfic 41. Població de 18 a 74 anys amb excés de pes, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	60
Gràfic 42. Població de 15 anys i més que pateix o ha patit algun trastorn crònic, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	61
Gràfic 43. Població de 15 anys i més amb risc de patir algun trastorn mental (Goldberg), per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	62
Gràfic 44. Població de 15 anys i més que pateix alguna discapacitat, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013	63
Gràfic 45. Població general satisfeta amb els serveis sanitaris públics que ha utilitzat més freqüentment el darrer any, per classe social i sexe, i per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	65
Taula 14. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per classe social. Total. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	66
Taula 15. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%), per nivell d'estudis. Total. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	67
Gràfic 46. Percentatge d'assoliment de les línies d'actuació (LA) del Pla de salut l'any 2013	69
Taula 16. Objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Situació a 2013.....	72
Taula 17. Eixos i àmbits d'actuació del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP).....	75
Taula 18. Indicadors bàsics del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP).....	76
Taula 19. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Homes. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	87
Taula 20. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per classe social. Dones. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	88
Taula 21. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Homes. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	89
Taula 22. Evolució dels principals indicadors de l'ESCA (% bruts i IC=95%) per nivell d'estudis. Dones. Catalunya, 2006 i 2012-2013.....	90

Referències bibliogràfiques

- ¹ Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Evolució de la població [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec>
- ² Pla de govern 2013-2016: mesures orientades a protegir l'estat del benestar i amb indicadors de control públic [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=204229
- ³ The Scottish Health Survey 2010: Volume 1: main report. Disponible a: <http://scotland.gov.uk/Publications/2011/09/27084018/91>
- ⁴ Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013. Disponible a: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-018/EN/KS-RA-13-018-EN.PDF
- ⁵ Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med 1970; 24: 18-23.
- ⁶ 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.cceiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf
- ⁷ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization. Luxembourg.
- ⁸ Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12 Serie Informes monográficos nº 1. Consumo de alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
- ⁹ Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.[Internet]. Disponible a: [Canal Salut Drogues. Epidemiologia](#).
- ¹⁰ Tapia JA. Economía y mortalidad en las ciencias sociales: del Renacimiento a las ideas de la transición demográfica. Salud Colectiva 2005; 1 (3): 285-308. Disponible a: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=73110303>
- ¹¹ Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization; 1991.
- ¹² Mackenbach J. et al. Reducing inequalities in health: a European perspective. Londres: Routledge; 2002.
- ¹³ Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up part 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Studies on social and economic determinants of population health no. 2; 2007. Disponible a: http://www.enothe.hva.nl/copore/docs/concepts_and_principles.pdf
- ¹⁴ Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible a: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
- ¹⁵ 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
- ¹⁶ 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>
- ¹⁷ 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
- ¹⁸ Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. 2a ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- ¹⁹ Servei Català de la Salut. Els sistemes de pagament de la sanitat pública a Catalunya, 1981-2009. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/publicacions/18anys/Sistemes_pagament_sanitat_publica.pdf
- ²⁰ Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2012. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.08bf9901ea011adbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=2de0fca770bd3310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=2de0fca770bd3310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- ²¹ Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide. Measurement and Evidence Knowledge Network, Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf
- ²² Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. Gac Sanit 1989; 3: 320-6.
- ²³ Kunst A, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
- ²⁴ World Health Organization. Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 5Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. Disponible a: <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf>

- ²⁵ Solar O, Irwin A et al. A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health, 2007. Disponible a: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- ²⁶ Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health report. BMJ. Nov 28, 1998; 317(7171):1465-66. Disponible a: www.archive.official-documents.co.uk
- ²⁷ Bago d'Uva T. et al. Differential health reporting by education level and its impact on the measurement of Health inequalities among older Europeans. Int J Epidemiol. Dec 2008;37(6): 1375-83. Disponible a: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/37/6/1375>
- ²⁸ Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal education level and poor Health status: behavioral, in addition to geographic and medical, explanations? J Clin Epidemiol 1994; 47 (4): 355-61.
- ²⁹ Díaz E, Paredes D. Explicando el efecto de la clase social en la salud. Inguruak 2007; 44: 91-109. Disponible a: <http://www.opikertu.org/dmdocuments/91explief.pdf>
- ³⁰ National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services. (Report no. 20, 2006-2007); 2007. Disponible a: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/norway_rd01_en.pdf
- ³¹ Gosling R, Bassett C, Gilby N, Angle H. Health education population survey: update from 2006 survey. Glasgow: NHS Scotland Publications; 2008. Disponible a: <http://www.healthscotland.com/scotlands-health/population/HEPS.aspx>
- ³² Lleras-Muney A, Cutler DM. Education and Health: evaluating theories and evidence. A: Schoeni RF, House JS, Kaplan G, Pollack H, editors. Making Americans Healthier: Social and Economics Policy as Health Policy. Nova York: Russell Sage Foundation, 2008. Disponible a: http://www.econ.ucla.edu/alleras/research/books/Education_and_Health_July_2006.pdf
- ³³ Mackenbach, JP et al. Socio-economic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. Eurothine, Final Report, capítol 2. University Medical Center Rotterdam, 2007. Disponible a: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_16_frep_en.pdf
- ³⁴ Regidor E. Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud. A: Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier Masson, 2008; 11-40.
- ³⁵ Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in Profile. Independent report commissioned by the UK Presidency of the EU, 2006. Disponible a: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4121584.pdf
- ³⁶ Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Leveling up Part 2. Studies on social and economic determinants of population health, 3. Copenhague: WHO Regional Office for Europe, 2007. Disponible a: <http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>
- ³⁷ World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Ginebra, 2009. Disponible a: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- ³⁸ Kunst A et al. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Department of public health, Erasmus Medical Center Rotterdam, 2004. Disponible a: http://www.ensp.org/files/ensp_socioeconomic_inequalities_in_smoking_in_eu.pdf
- ³⁹ Masuet C, Séculi E, Brugulat P, Tresserras R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña. Un paso adelante. Gac Sanit 2004; 18 (4): 321-5. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv18n4/breve.pdf>
- ⁴⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya. Informes dels principals resultats. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut, 2011, 2012, 2013 i 2014. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/esca>
- ⁴¹ Perry MJ. The relationship between social class and mental disorder. The Journal of Primary Prevention 1996; 1 (17): 17-30.
- ⁴² Séculi E, Brugulat P, Medina A, Mompart A, Tresserras R. La salut de les dones a Catalunya. Què en sabem? Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2007.
- ⁴³ The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy, 1990; 16 (3): 199-208.
- ⁴⁴ Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. Ann Med. 2001; 33 (5): 337-43.
- ⁴⁵ Dalstra JAA et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. International Journal of Epidemiology 2005; 34 (2): 316-26. Disponible a: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/34/2/316>
- ⁴⁶ 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/gsv20n5/original2.pdf>
- ⁴⁷ 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/gsv17n5/especial.pdf>
- ⁴⁸ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. El sistema de Salut de Catalunya en procés de canvi. Balanç del Pla de Salut 2011-2015 a meitat de període. Departament de Salut, 2013. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/pladesalut>
- ⁴⁹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Marcant fites. Seguiment anual dels objectius de Pla de salut. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut, 2012. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut/documents/arxius/marcant_fites.pdf
- ⁵⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP). Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut, 2014. Disponible a:

-
- <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.003a2436be9bc6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=043c07814fdb2410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=043c07814fdb2410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
- ⁵¹ Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC): núm. 5495, de 30/10/2009, 81070-81116. Disponible a:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=532871>
- ⁵² Organització Mundial de la Salut. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health an well-being. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012. Disponible a: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>
- ⁵³ Dahlgreen G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- ⁵⁴ Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). Disponible a:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.36e8d120a1aac1ee5686da5bb0c0e1a0/?vgnextoid=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf2a63c30a0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>
- ⁵⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC): núm. 6571, de 27.2.2014, CVE-DOGC-A-14056137-2014. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Disponible a:
http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?action=fitxa&documentId=656033&languageFitxa=ca_ES&newLang=ca_ES