



Informe de Salud 2013

Septiembre de 2014



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



1714 / 2014

Director general de Planificación e Investigación en Salud

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificación Sanitaria

Ricard Tresserras i Gaju

Responsable de la edición

Esteve Saltó i Cerezuela

Redacción

Esteve Saltó, Oriol Garcia, Antonia Medina

Otros colaboradores

Anna Mompert, 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 **Algunos derechos reservados**

© 2014, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 3.0 de Creative Commons.

La licencia se puede consultar en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Dirección General de Planificación e Investigación en Salud

1.ª edición:

Barcelona, septiembre de 2014

Asesoramiento lingüístico:

Sección de Planificación Lingüística. Departamento de Salud

URL:

<http://salutweb.gencat.cat>

Sumario

1. Presentación	4
2. Resumen ejecutivo	5
3. El contexto	7
4. Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud	9
5. Cómo valoramos nuestra salud	10
6. Qué problemas de salud tenemos	11
6.1. La calidad de vida relacionada con la salud.....	11
6.2. Los trastornos crónicos	12
6.3. Los trastornos mentales	13
6.4. El exceso de peso.....	14
6.5. Las discapacidades.....	15
6.6. La dependencia.....	16
6.7. Las enfermedades transmisibles.....	16
6.8. Qué enfermedades nos hacen consultar la atención primaria o ingresar en el hospital	19
7. Cómo nos afecta el entorno	21
8. Qué hacemos por nuestra salud	23
8.1. Qué estilos de vida tenemos.....	23
8.2. Qué prácticas preventivas llevamos a cabo	25
8.3. Qué uso hacemos de los servicios sanitarios	26
9. De qué morimos	28
10. El territorio	30
11. Las situaciones de vulnerabilidad	34
11.1. La salud de la población infantil	34
11.2. El género.....	38
11.3. La situación laboral	40
12. Evolución temporal	42
13. La equidad en salud	47
13.1. Los condicionantes y los estilos de vida	52
13.2. El estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud.....	58
13.3. La utilización de los servicios sanitarios.....	64
14. Qué hace el sistema de salud	70
14.1. Monitorización de los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña 2011-2015	71
14.2. Elaboración y despliegue del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP)	75
14.3. El Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS).....	78
14.4. El ejemplo de la salud mental y las adicciones: el Plan director de salud mental y adicciones .	80
Anexo 1. Indicadores medioambientales	86
Anexo 2. Indicadores seleccionados (% brutos), por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013	87
Anexo 3. Evolución por sexo de los indicadores de la ESCA por clase social y por nivel de estudios. Cataluña, 2006 y 2012-2013	88
Anexo 4. Índice de gráficos, tablas y mapas	92
Referencias bibliográficas	95

1. Presentación

El Informe de salud es un compromiso anual del Departamento de Salud que responde, por una parte, a la necesidad de facilitar información periódicamente sobre los principales indicadores de salud de la población y, por otra, a la voluntad de transparencia y rendición de cuentas. El propósito de este documento es, pues, la presentación de los datos sanitarios más recientes, que deben permitir hacer una valoración global de la salud de los ciudadanos de Cataluña y, además, hacer un seguimiento exhaustivo de la evolución de los objetivos de salud formulados en el Plan de salud de Cataluña 2011-2015. En cada uno de los informes se quiere también poner énfasis en algún aspecto de salud o relacionado con la salud que se considera que es especialmente relevante en las circunstancias vigentes cuando se elabora el Informe.

El estado de salud de una población es uno de los principales indicadores de su grado de desarrollo social, del nivel de bienestar de sus ciudadanos y, también, una medida de su potencial de progreso y proyección hacia el futuro. El Plan de salud de Cataluña 2011-2015 ha formulado una serie de metas —consideradas alcanzables— de salud y bienestar de la población y de políticas de intervención sanitaria y transformadoras de los sistemas públicos de salud que afectan a la organización y a la forma de prestación de los servicios asistenciales. Reconoce, sin embargo, la importancia del resto de los sectores de actividad en el estado de salud de la población, por lo que se hace un llamamiento a la acción intersectorial mediante la promoción de políticas interdepartamentales, a través del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP).

No debe extrañar, por lo tanto, que el componente monográfico del Informe de Salud 2013 se centre en la valoración de varios indicadores de salud según distintos niveles de posicionamiento social, medidos en función de la clase social y el nivel de estudios. Esta es una información que ha estado ausente con demasiada frecuencia de la mayor parte de las fuentes de información sistemática de los sistemas de salud, pero que, progresivamente, empieza a estar disponible. Concretamente en Cataluña, toda la información de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA) se puede valorar según estas variables de condición social sucesivamente desde el año 1994 y, actualmente, gracias a la encuesta continua, se puede hacer anualmente.

En este informe encontrará la recopilación de indicadores que consideramos fundamentales, ya que procuran dar una visión desde la perspectiva del territorio, de la evolución en el tiempo y de ciertas características sociodemográficas de las personas. También verá el seguimiento de la evolución de los indicadores relacionados con los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña con el horizonte en los años 2015 y 2020, el mencionado capítulo monográfico sobre las desigualdades sociales y algunos ejemplos destacables de la acción del Departamento de Salud en el último año.

El propósito de la publicación de este informe de salud es que sea de utilidad y que muestre no solo la evolución de los indicadores de salud, sino como esta se distribuye en cada uno de los grupos de población que debemos tener presente para asegurar la equidad de nuestra acción. Esperamos que encuentre interesante y útil su contenido, en el que han participado y colaborado un grupo de profesionales de diversos ámbitos y a los que hay que agradecer su contribución, que se añade al esfuerzo conjunto por mantener y mejorar nuestra salud colectiva.

2. Resumen ejecutivo

Los indicadores de salud de la población de Cataluña muestran que tanto la mortalidad como la esperanza de vida y la percepción de la salud han evolucionado favorablemente en los últimos años. A pesar de ello, como se espera en un país con una de las esperanzas de vida más elevadas y un sistema de salud bien consolidado, hay más de un tercio de las personas adultas que padecen enfermedades crónicas que, en muchos casos, comportan varios niveles de discapacidad, y en casi una de cada diez personas se presenta cierto grado de dependencia.

La incidencia de la tuberculosis sigue la tendencia decreciente de los últimos años, y también lo hace la del sida. No obstante, las enfermedades de transmisión sexual siguen siendo un importante problema de salud pública. Se ha detectado un número menor de brotes epidémicos que en los años anteriores y la intensidad de la gripe del 2013 ha sido moderada. Los indicadores relacionados con el entorno (atmósfera, agua, alimentos) muestran valores muy parecidos a los de los años anteriores, con una reducción de los niveles de partículas en suspensión de diámetro inferior a 10 micras (PM_{10}) respecto al 2012 y, de forma general, un grado de cumplimiento normativo elevado. Las principales causas de mortalidad siguen siendo los tumores en los hombres y las enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres.

Con respecto a los estilos de vida relacionados con la salud, dos de cada tres personas tienen un nivel de actividad física saludable, pero todavía se está lejos de alcanzar los niveles de consumo de frutas y verduras recomendados. El nivel de consumo de riesgo de alcohol se muestra bastante estable y cabe destacar el descenso regular que se observa en el consumo de tabaco. La mayoría de las prácticas preventivas se mantienen elevadas, especialmente el cribado del cáncer de mama con mamografía. La utilización de servicios sigue mostrando un uso elevado de la atención primaria, una ligera reducción del uso de la atención de urgencias y una disminución en el consumo de medicamentos. La satisfacción con los servicios recibidos sigue siendo alta.

En el informe también se pueden ver algunos indicadores de salud según el territorio. Cabe destacar que no se observa ningún patrón de distribución que haga que alguno de los territorios se encuentre sistemáticamente en una situación de desventaja. Sí que se observan, sin embargo, diferencias relevantes en los valores de varios indicadores de percepción de salud y estilo de vida entre hombres y mujeres y entre la población adulta que trabaja y la que está en situación de paro.

El estudio de los indicadores según la clase social y el nivel de estudios muestra un gradiente que suele ser favorable a las clases más acomodadas y a los grupos con un nivel de instrucción más alto. Cuando se mira el comportamiento evolutivo de los indicadores según la clase social y la instrucción, las distribuciones tienden a ser más homogéneas, pero esto no se puede generalizar en todos los indicadores. Los indicadores de salud de la población infantil son positivos, aunque, a pesar de haber progresos recientes, siguen preocupando los hábitos alimentarios, el ocio sedentario y la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en estas edades.

La monitorización de los indicadores relacionados con los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña muestran que en dos de cada tres se sigue el camino previsto para lograr los

objetivos, pero en 10 objetivos de los 27 hay que hacer esfuerzos por llegar a los objetivos marcados. El despliegue intensivo de iniciativas como los planes directores —en este informe se destaca el ejemplo del Plan director de salud mental y adicciones—, el Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP), el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) y el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) se espera que contribuya a lograr los objetivos.

3. El contexto

La población de Cataluña ha experimentado un ritmo de crecimiento desigual en los últimos decenios. Entre los años 1981 y 2000 se pasó de 5.956.414 a 6.261.999 habitantes, y la población envejeció mucho, ya que las personas de 65 años y más pasaron de representar el 11,2% al 17,4%. Según las últimas estimaciones postcensales de población del Idescat, a 1 de enero de 2014, Cataluña tiene 7.438.696 habitantes, de los cuales 3.653.723 son hombres y 3.784.973, mujeres. El crecimiento en más de un millón de personas a lo largo del siglo XXI hay que atribuirlo, en diferentes intensidades, a todos los acontecimientos demográficos. La esperanza de vida, a pesar de tener valores elevados, no ha dejado de crecer; la inmigración ha rejuvenecido la estructura por edades de la población y ha influido significativamente en el incremento del número de nacimientos; el número de hijos por mujer es de 1,39 en el 2012, después del máximo de 1,53 hijos por mujer que se produjo en el 2008.

Sin embargo, por segundo año consecutivo Cataluña ha perdido población, en concreto poco más de 40.000 habitantes a lo largo del 2013. Los recientes datos de población y de acontecimientos demográficos del Idescat muestran un cambio de etapa. Por una parte, desde el 2008 disminuyen los nacimientos, tanto por una bajada de la fecundidad como por una disminución del número de mujeres en edades fértiles y, si bien la esperanza de vida mantiene la tendencia creciente, los incrementos se han suavizado. En consecuencia, el crecimiento natural se mantiene positivo (los nacimientos superan las defunciones), pero cada vez la diferencia es más pequeña. En los próximos años, cabe esperar que se mantenga la disminución del número de nacimientos, tanto por la disminución de la fecundidad (provocada en parte por la salida de mujeres extranjeras, con una tasa de fecundidad más elevada que las autóctonas) como porque llegan a la edad de ser madres las generaciones vacías nacidas en los años ochenta y noventa. Por otra parte, el saldo migratorio es negativo, 156.418 personas emigraron de Cataluña en el 2012, mientras que llegaron 146.612 personas. Finalmente, en el 2013 las personas de 65 años y más representan el 17,9% de la población total, y se espera que siga aumentando el envejecimiento de la población en los próximos años.¹

Esta bajada demográfica se enmarca en la primera de las tres crisis simultáneas que describe el Plan de Gobierno 2013-2016, la crisis económica y sus consecuencias sociales, y de la que derivan siete ejes, algunos de los cuales afectan directamente o indirectamente a los determinantes sociales del estado de salud de la población, como: el eje 1, recuperación económica y creación de empleo; el eje 2, cohesión social y servicios de interés público; el eje 4, sostenibilidad y estabilidad de las finanzas públicas; el eje 5, agilidad y transparencia de la Administración, y el eje 6, desarrollo sostenible y cohesión territorial.²

Primera parte

- **Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud**
- **Cómo valoramos nuestra salud**
- **Qué problemas de salud tenemos**
- **Cómo nos afecta el entorno**
- **Qué hacemos por nuestra salud**
- **De qué morimos**
- **El territorio**
- **Las situaciones de vulnerabilidad**
- **Evolución temporal**

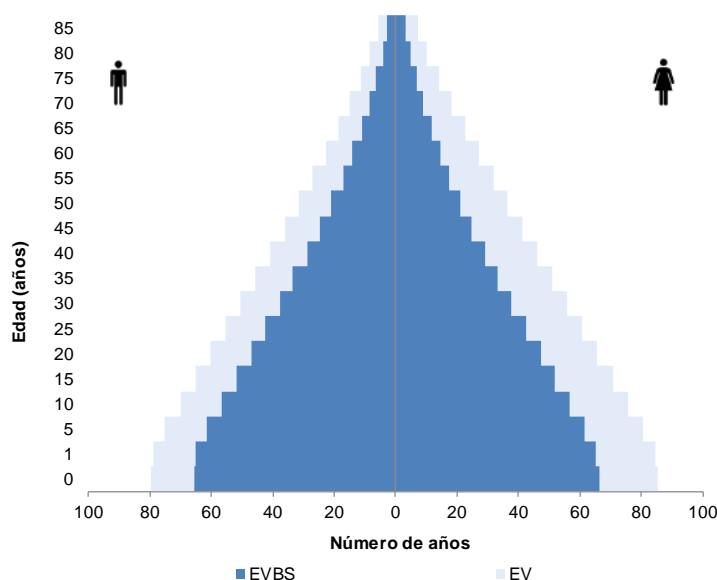
4. Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud

La esperanza de vida (EV) y la esperanza de vida en buena salud (EVBS) son indicadores de salud que miden la duración y la calidad de la vida. Se interpretan como el tiempo que podríamos esperar vivir al cumplir una determinada edad y la salud con la que viviríamos esos años (si los riesgos de mortalidad y la proporción de buena percepción de salud, en cada uno de los grupos de edad y sexo, no cambiaran).

En Cataluña, la EV al nacer en el 2012 fue de 79,8 años para los hombres y de 85,4 años para las mujeres, siguiendo la tendencia al aumento moderado de años anteriores, mejora que también se observa en la mayoría de grupos de edad. Aunque persisten las diferencias entre los dos sexos, la mortalidad de Cataluña se encuentra en una situación parecida a la media española y con valores por encima de la europea.

La EVBS al nacer en el 2012 fue de 65,7 años para los hombres y de 66,2 años para las mujeres, lo que representa el 82,3% y el 77,5%, respectivamente, de la expectativa de vida de cada sexo; es decir, los hombres viven menos tiempo que las mujeres, pero una mayor parte de este tiempo vivido es en buena salud, a diferencia de las mujeres, cuya proporción es inferior (gráfico 1).

Gráfico 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en buena salud (EVBS), por sexo y edad. Cataluña, 2012

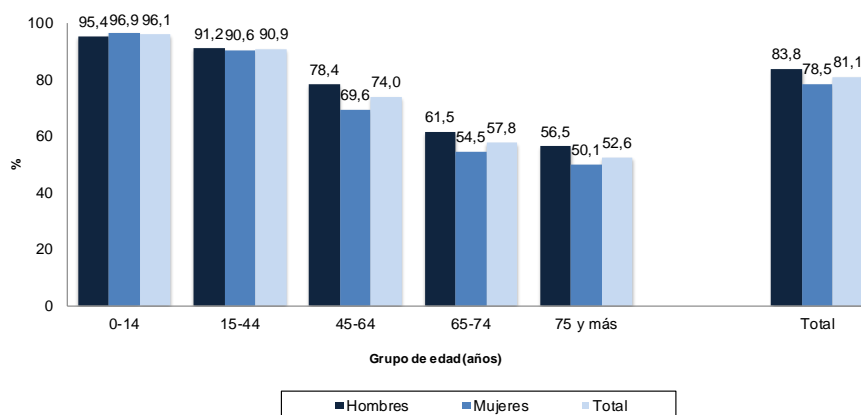


Fuente: RMC 2012-ESCA 2013. Departamento de Salud.

5. Cómo valoramos nuestra salud

En Cataluña, en general, las personas hacen una valoración positiva de su estado de salud. En el 2013, ocho de cada diez personas tienen una percepción de su salud como excelente, muy buena o buena. La valoración del estado de salud es peor en las mujeres, y a medida que aumenta la edad, en ambos sexos (gráfico 2).

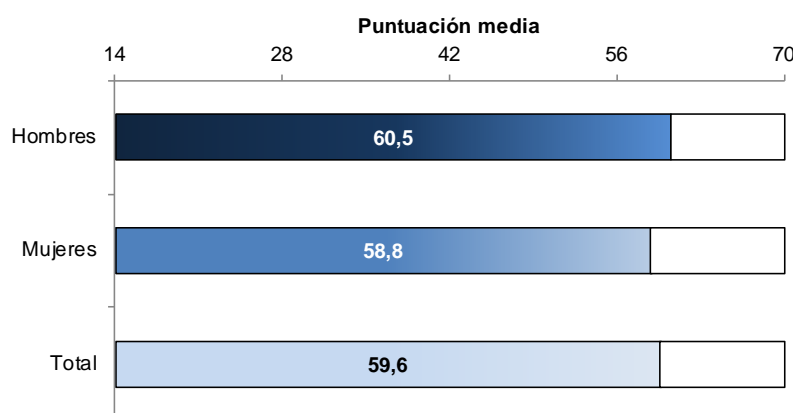
Gráfico 2. Autopercepción positiva (excelente, muy buena y buena) del estado de salud de la población general, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

Desde el punto de vista de la salud mental positiva o bienestar mental, en una escala de 14 a 70 puntos el nivel medio de bienestar mental de la población catalana de 15 años y más se sitúa en 59,6 puntos, más elevado en los hombres. La población catalana muestra un nivel satisfactorio de bienestar mental en comparación con la población escocesa, que se considera el patrón, que obtuvo una puntuación media de 49,9 en el 2010³ (gráfico 3).

Gráfico 3. Puntuación media de bienestar mental en la población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, segundo semestre del 2013



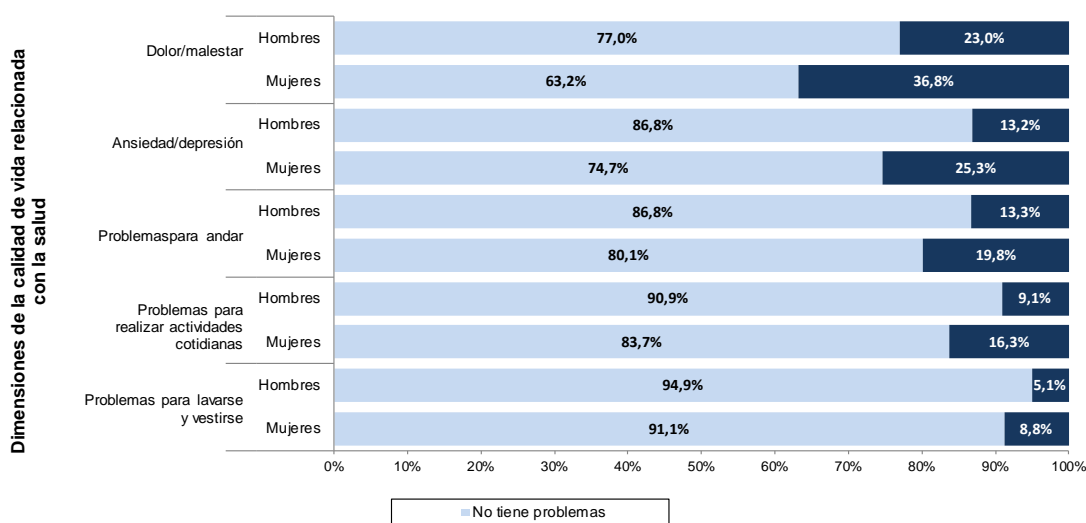
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, segundo semestre 2013. Departamento de Salud.

6. Qué problemas de salud tenemos

6.1. La calidad de vida relacionada con la salud

Las personas adultas que ven afectada su calidad de vida al padecer algún problema de salud son cuatro de cada diez. Los problemas más frecuentes son el dolor o malestar, que sufre el 30,0% de la población adulta; la ansiedad o la depresión, que sufre el 19,5%, y los problemas para andar, que afectan al 16,6%. En todos los casos, los problemas afectan a las mujeres en proporciones más elevadas que los hombres (gráfico 4).

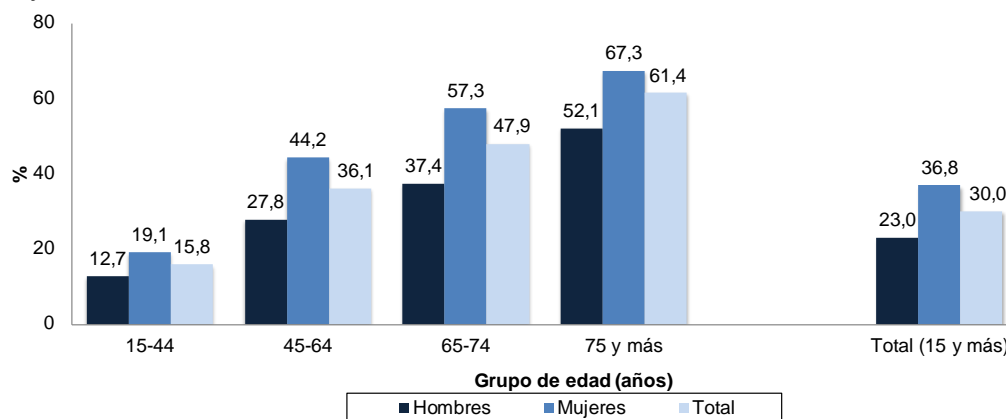
Gráfico 4. Población adulta con problemas que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, por sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

El porcentaje de población de 15 años y más con problemas de dolor o malestar aumenta a medida que los grupos son de más edad (gráfico 5).

Gráfico 5. Población de 15 años y más con problemas de dolor o malestar (EQ-5D-5L), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

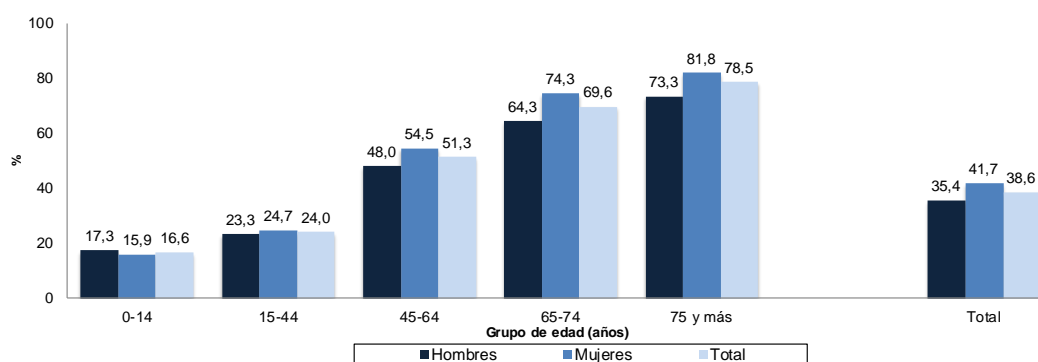


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

6.2. Los trastornos crónicos

El 38,6% de la población general padece alguna **enfermedad o problema de salud crónico**^a (el 35,4% de los hombres y el 41,7% de las mujeres).⁴ El porcentaje de población que sufre algún trastorno crónico aumenta a medida que los grupos son de más edad, y es superior en mujeres en todos los grupos de edad, salvo el grupo de 0 a 14 años (gráfico 6). El porcentaje de población adulta que sufre alguna enfermedad o problema de salud crónico es casi idéntico en Cataluña (42,6%; el 39,0% de los hombres y el 46,1% de las mujeres) y en España (42,5%; el 37,8% de los hombres y el 46,9% de las mujeres; ENSE 2011-2012).

Gráfico 6. Población general que sufre alguna enfermedad o problema de salud crónico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

Si se consideran los **trastornos crónicos que la población adulta padece o ha padecido**,^b el porcentaje se sitúa en el 78,0% de la población de 15 años y más (el 72,8% de hombres y el 82,9% de mujeres). La distribución de los trastornos es diferente según la edad y el sexo (tabla 1).

Tabla 1. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo (%). Cataluña, 2013

Hombres				
De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 74 años	75 años y más	
Alergias crónicas 15,6%	Colesterol elevado 34,8%	Presión alta 61,5%	Presión alta 70,1%	
Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 14,4%	Presión alta 34,0%	Colesterol elevado 43,2%	Cataratas 60,1%	
Migraña o dolor de cabeza frecuentes 12,8%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 32,6%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 41,3%	Próstata 50,6%	
Dolor de espalda crónico cervical 12,4%	Artrosis, artritis o reumatismo 26,7%	Artrosis, artritis o reumatismo 41,0%	Artrosis, artritis o reumatismo 49,6%	
Colesterol elevado 11,0%	Dolor de espalda crónico cervical 21,0%	Próstata 35,6%	Colesterol elevado 41,7%	

Mujeres				
De 15 a 44 años	De 45 a 64 años	De 65 a 74 años	75 años y más	
Migraña o dolor de cabeza frecuentes 23,4%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 44,4%	Artrosis, artritis o reumatismo 65,4%	Artrosis, artritis o reumatismo 76,0%	
Dolor de espalda crónico cervical 21,7%	Artrosis, artritis o reumatismo 43,4%	Presión alta 59,3%	Presión alta 73,8%	
Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 21,2%	Dolor de espalda crónico cervical 41,1%	Colesterol elevado 52,2%	Cataratas 64,0%	
Anemia 19,6%	Depresión/ansiedad 34,3%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 51,0%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal 57,9%	
Alergias crónicas 15,8%	Varices en las piernas 32,2%	Dolor de espalda crónico cervical 44,2%	Dolor de espalda crónico cervical 48,1%	

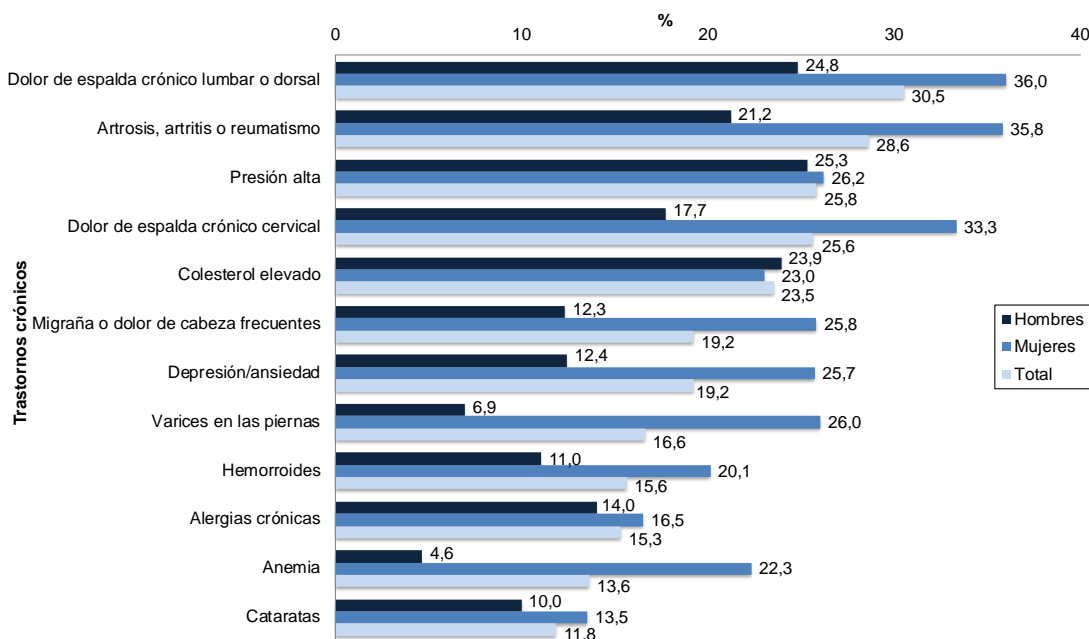
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

^a Se entiende por problema crónico aquel que ha tenido o se espera que tenga una duración de seis meses o más (módulo mínimo europeo de salud).

^b LA ESCA pregunta sobre el hecho de "padece o haber padecido algún trastorno crónico" a partir de una lista de 28 problemas de salud.

Los **trastornos crónicos más frecuentes en la población adulta** son las enfermedades del aparato locomotor, las enfermedades del aparato circulatorio, la migraña, la depresión o la ansiedad y las alergias crónicas (gráfico 7).

Gráfico 7. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más (con una prevalencia por encima del 10%) a partir de una lista de 28 trastornos crónicos, por sexo. Cataluña, 2013

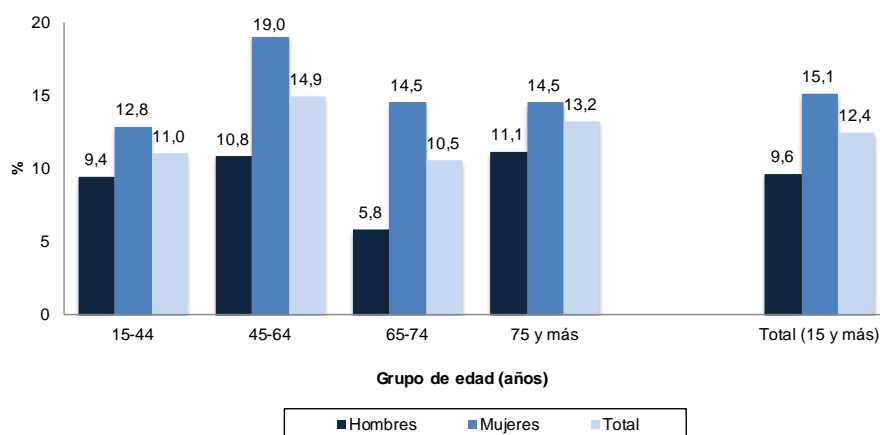


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

6.3. Los trastornos mentales

El 12,4% de la población de 15 años y más tiene riesgo de padecer un trastorno mental⁵ (el 9,6% de los hombres y el 15,1% de las mujeres. Se observa una prevalencia más elevada de las mujeres con respecto a los hombres en todos los grupos de edad) (gráfico 8).

Gráfico 8. Población de 15 años y más con riesgo de padecer algún trastorno mental (Goldberg), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

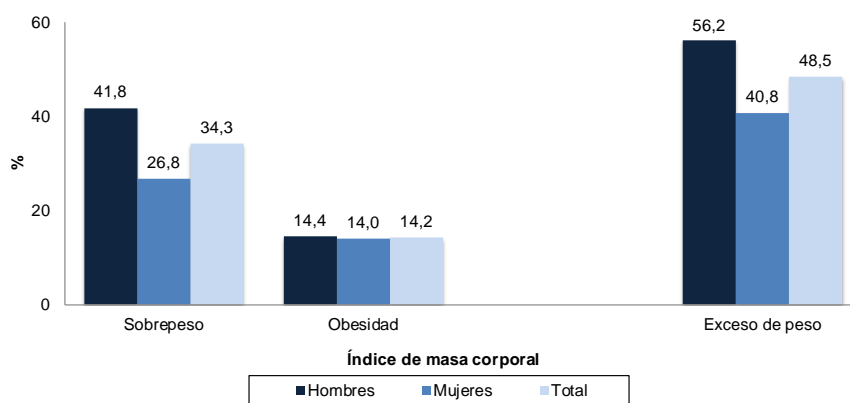


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

6.4. El exceso de peso

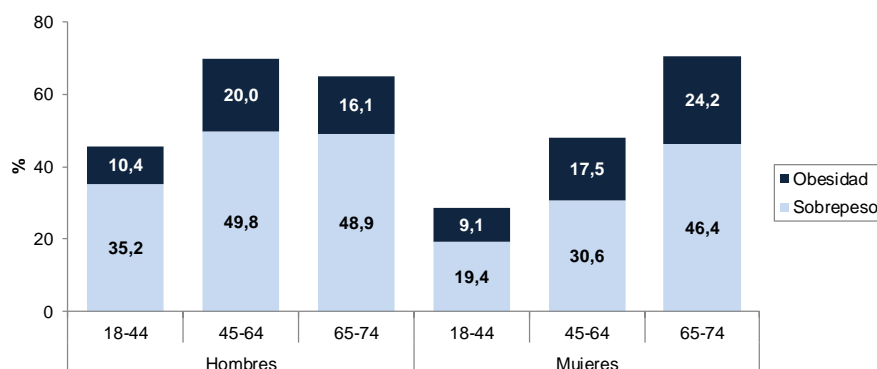
El **exceso de peso**, es decir, la suma del **sobrepeso** y la **obesidad**, es un problema con importantes repercusiones en el estado de salud. Casi la mitad de la población de 18 a 74 años (el 48,5%) tiene exceso de peso (sobrepeso u obesidad). El 34,3% tiene sobrepeso, y el 14,2%, obesidad. El sobrepeso afecta más a los hombres (el 41,8%) que a las mujeres (el 26,8%), y la obesidad es similar en ambos sexos (el 14,4% en los hombres y el 14,0% en las mujeres; gráfico 9). A medida que los grupos son de más edad, en los dos sexos se observan prevalencias más altas de sobrepeso y de obesidad, especialmente entre las mujeres (gráficos 9 y 10).

Gráfico 9. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en adultos de 18 a 74 años, por sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.
*IMC obtenido a partir del peso y la altura declarados.

Gráfico 10. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en adultos de 18 a 74 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.
*IMC obtenido a partir del peso y la altura declarados.

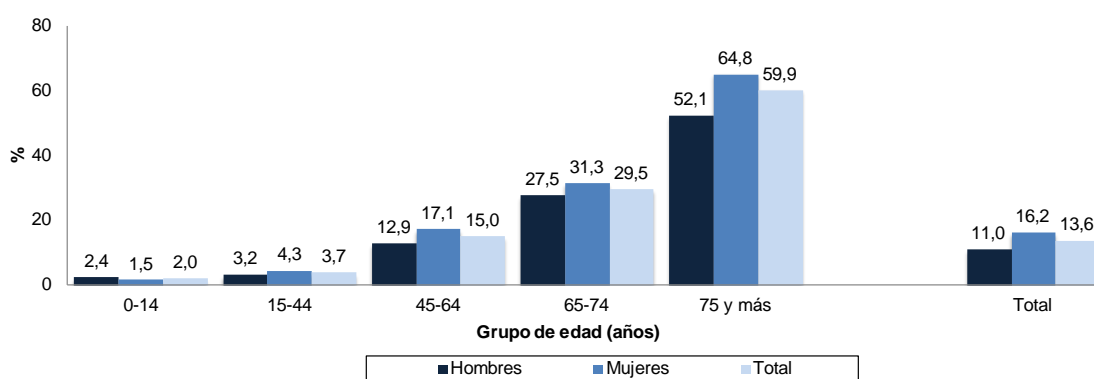
En la Unión Europea, con valores del 2010, el 52% de la población adulta tiene exceso de peso, y el 16,6%, obesidad (el 16,6% de los hombres y el 16,5% de las mujeres).

6.5. Las discapacidades

El 13,6% de la población general sufre alguna discapacidad. En la población de 0 a 14 años, la prevalencia de discapacidad es del 2,0%, y en la población de 15 años y más, del 15,7% (el 18,8% en las mujeres y el 12,6% en los hombres). La frecuencia de discapacidad aumenta a medida que los grupos son de más edad (gráfico 11 y tabla 2).

Las principales discapacidades que sufre la población de 15 años y más son similares en hombres y mujeres, y están relacionadas con limitaciones importantes del movimiento (el 11,3%), problemas para andar (el 6,7%) y dificultades graves para realizar los trabajos del hogar (el 5,5%). En todos los motivos de discapacidad, excepto en la limitación grave para hablar, las mujeres tienen una prevalencia más elevada que los hombres.

Gráfico 11. Población general que sufre alguna discapacidad, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

Tabla 2. Estimación del número de casos con discapacidad, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

Grupo de edad	Prevalencia			Estimación del número de casos 2013*		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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 y más	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

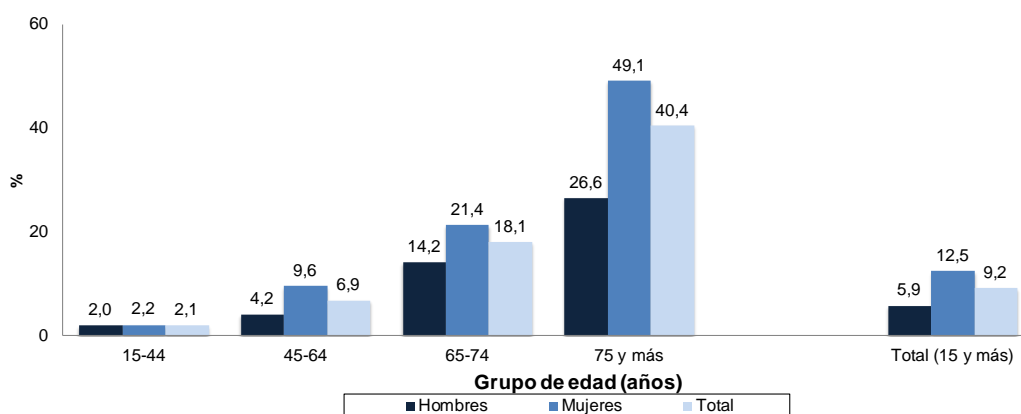
* Población de referencia a 1 de enero de 2013. Estimación de casos redondeada al millar.

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

6.6. La dependencia

Unas 593.000 personas, el 9,2% de la población de 15 años y más (el 5,9% los hombres y el 12,5% las mujeres), se encuentran en situación de dependencia, es decir, necesitan la ayuda o la compañía de otras personas para realizar actividades habituales de la vida cotidiana a causa de un problema de salud. El 4,7% de la población adulta necesita ayuda o compañía de forma regular, y el 4,5%, de forma puntual (gráfico 12 y tabla 3).

Gráfico 12. Población adulta en situación de dependencia, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

Tabla 3. Población adulta en situación de dependencia por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

Grupo de edad	Prevalencia			Estimación del número de casos 2013*		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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 y más	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

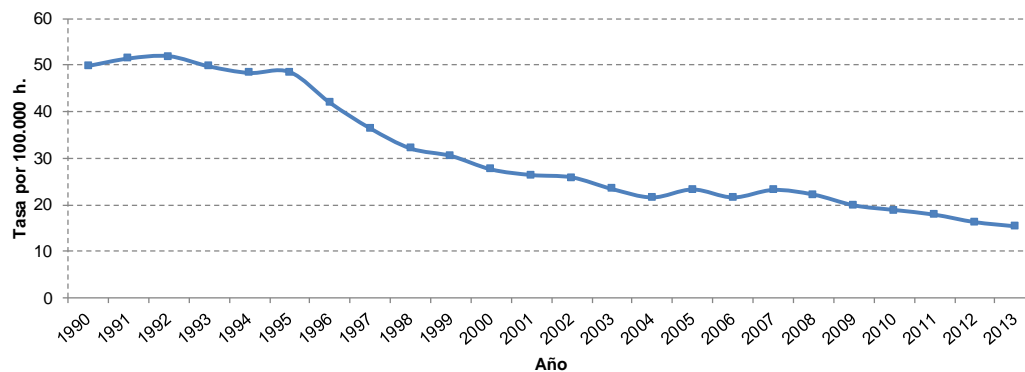
* Población de referencia a 1 de enero de 2013. Estimación de casos redondeada al millar.

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

6.7. Las enfermedades transmisibles

En el 2013 se han notificado 1.162 casos de tuberculosis (TBC) en residentes en Cataluña, tasa que corresponde a 15,4 casos por 100.000 habitantes, un 5% menos que en el año anterior (gráfico 14). El 58,9% de los casos son hombres y el 41,1% son mujeres, con unas tasas de 18,4 y 12,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El 49,1% de los casos son personas nacidas fuera del Estado español y el 50,9% son autóctonas, con unas tasas de 43,1 y 9,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. La distribución de los casos de TBC en el territorio no es homogénea: el 69,2% de los casos se concentran en la Región Sanitaria Barcelona y el 28,4% en Barcelona ciudad.

Gráfico 13. Evolución de la incidencia de tuberculosis. Cataluña, 1990-2013

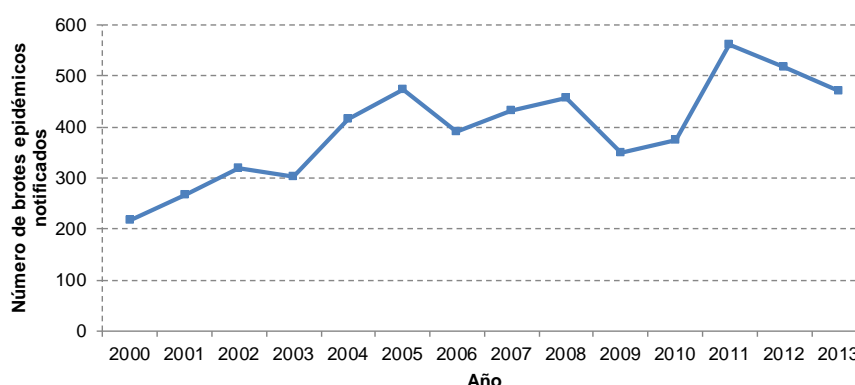


Fuente: Repositorio epidemiológico de Cataluña (REC) de tuberculosis Agencia de Salud Pública de Cataluña

Las **infecciones de transmisión sexual (ITS)** siguen representando un problema de salud pública importante en términos de morbilidad y mortalidad por las complicaciones y las secuelas que pueden originar si no se diagnostican y se tratan adecuadamente. En el 2013 (datos provisionales), los diagnósticos de **VIH** notificados en Cataluña han sido 566, con una tasa de diagnóstico de 7,8 casos por cada 100.000 habitantes. Con respecto al **sida**, se ha mantenido la tendencia decreciente, ya que se han notificado 130 casos, con una tasa de incidencia de 1,6 casos por cada 100.000 habitantes (1,7 en el 2012). Las ITS más frecuentes durante el 2013 han sido las verrugas y condilomas por el **virus del papiloma humano** con 93,2 casos por 100.000 habitantes (75,9 el 2012), seguidas de la infección genital por el **virus de herpes simple**, con 36,9 casos por 100.000 habitantes (29,6 el 2012). De las infecciones que tienen tratamiento antibiótico (de origen bacteriano), las más frecuentes han sido la **gonococia** (12,7 casos por 100.000 habitantes el 2013 y 11,3 el 2012), **la tricomoniasis** (11,7 casos por 100.000 habitantes el 2013 y 10,9 el 2012), **la sífilis infecciosa** (11,1 casos por 100.000 habitantes el 2013 y 10,3 el 2012) y la infección genital por **clamidias** (11,1 casos por 100.000 habitantes el 2013 y 12,4 el 2012). Durante el 2013, tan solo se han diagnosticado 58 casos de **linfogranuloma venéreo**, que representan una tasa de 0,8 casos por 100.000 habitantes, un 20,0% inferior a la observada el 2012.⁶

Durante el 2013 se han declarado 470 **brotos epidémicos**, casi un 10% menos que en el 2012. Los brotes de tos ferina han registrado unas cifras muy elevadas, aunque durante los últimos años ya habían presentado un incremento considerable. Los brotes de toxiinfección alimentaria han presentado un ligero aumento con respecto al año anterior, aunque mantienen las cifras bajas observadas durante los últimos años. Durante el 2013 hubo un brote epidémico de sarampión que produjo un total de 47 casos; dentro de este brote, una vez realizado el estudio genético correspondiente, se detectaron tres cadenas de transmisión iniciadas por distintos casos importados de otros países. En el total de brotes resultaron afectadas 3.010 personas, de las cuales 260 requirieron ingreso hospitalario y dos murieron (gráfico 14).

Gráfico 14. Brotes epidémicos notificados en Cataluña, 2000-2013



Fuente: Subdirección de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública. Agencia de Salud Pública de Cataluña

En el 2012 los microorganismos implicados en las enteritis con más frecuencia han sido *Campylobacter* y *Salmonella*. Se han notificado 3.143 casos de *Campylobacter* y 2.219 de *Salmonella*, con una tasa de incidencia de 41,5 casos por 100.000 habitantes y 29,3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Esta tasa es muy parecida a la del 2012 con respecto a *Campylobacter*, pero superior para *Salmonella*. Los datos provisionales del 2013 reflejan un aumento de la incidencia causada por los dos microorganismos (47,3 por 100.000 habitantes para *Campylobacter* y 29,9 por 100.000 habitantes para *Salmonella*).

Con respecto a las **enfermedades inmunoprevenibles**, durante el 2013 se han registrado 53 casos de **sarampión** (tasa de incidencia del 0,7 por 100.000 habitantes) como resultado de la importación de casos desde otras comunidades autónomas y varios países europeos. No se ha detectado ningún caso de rubéola y no se ha notificado ningún caso de síndrome de rubéola congénita, ni tampoco se ha identificado ninguno por búsqueda activa. Se han detectado 14 casos de clínica compatible con **parálisis flácidas** en menores de 15 años (tasa de incidencia de 1,01 por 100.000 habitantes), que han resultado negativos de poliovirus. En cuanto a la parotiditis, se han declarado 606 casos (8,0 casos por 100.000 habitantes). La incidencia de **parotiditis** del 2013 ha disminuido si se compara con la registrada en el 2012 (8,6 y 8,0 casos por 100.000 habitantes), pero es bastante superior a la incidencia registrada anteriormente. La **tos ferina** ha continuado presentando un comportamiento epidémico, aunque inferior al registrado en el 2011. La tasa de incidencia del 2013 ha sido de 13,2 casos por 100.000 habitantes, mientras que la correspondiente al 2011 se situó en 20,8 por 100.000 habitantes. La **hepatitis A** ha continuado la tendencia de disminución de la incidencia iniciada en los últimos años y en el 2013 ha presentado una tasa de 1,4 por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la tasa registrada en el 2011 (1,6 casos por 100.000 habitantes). La **hepatitis B** ha tenido un comportamiento estacionario y ha presentado la misma incidencia que en el 2012 (1,4 casos por 100.000 habitantes). También la enfermedad invasiva por ***Haemophilus influenzae* tipo b** ha presentado un

comportamiento estacionario en el 2013, si se compara con el comportamiento de los últimos años (0,05 casos por 100.000 habitantes).

La **enfermedad neumocócica invasiva**^a ha presentado una incidencia ligeramente inferior con respecto al 2012 (12,3 casos por 100.000 habitantes en el 2013 y 13,4 casos por 100.000 habitantes en el 2012). En menores de cinco años, la tasa de incidencia ha disminuido en un 33,7% con respecto al 2012 (25,2 casos por 100.000 habitantes en el 2013, y 38,0 casos por 100.000 habitantes en el 2012).

La vigilancia de la **gripe** mediante el Plan de información de las infecciones respiratorias agudas en Cataluña (PIDIRAC) ha mostrado que la actividad gripal en Cataluña durante la temporada 2013-2014 ha sido de una intensidad moderada.

En relación con la vigilancia epidemiológica de la **enfermedad de Chagas congénita**, en el 2012 se notificaron 163 mujeres embarazadas positivas de *Trypanosoma cruzi*, de las cuales 134 (82,2%) eran de origen boliviano. En el 2012 nacieron 153 bebés hijos de madre positiva, de los cuales 97 (63,4%) completaron correctamente el seguimiento con el control serológico posterior a los nueve meses de edad. De estos, tres dieron positivo en *T. cruzi*, lo que corresponde a una tasa de transmisión congénita del 3,1%, según datos provisionales.

6.8. Qué enfermedades nos hacen consultar la atención primaria o ingresar en el hospital

Más de la mitad de las consultas a la atención primaria en la población adulta están motivadas por la hipertensión (34,9%) y la diabetes (16,4%) (tabla 4). Entre las más frecuentes también se puede observar un predominio de los principales trastornos crónicos.

Tabla 4. Principales motivos de consulta a la atención primaria en la población adulta. Cataluña, 2013.

Categorías diagnósticas de CCS	Visitas
Hipertensión esencial	14.130.229
Diabetes mellitus sin complicaciones	6.619.921
Enfermedad pulmonar obstructora crónica y bronquiectasia	2.265.284
Insuficiencia renal crónica	2.010.440
Asma	1.954.955
Espondilosis, trastornos de los discos intervertebrales y otros dolores de espalda	1.916.932
Examen / evaluación médica	1.595.262
Admisión administrativa/social	1.217.689
Hiperlipidemia	1.044.043
Trastornos de ansiedad	851.815
Resto	6.871.621
Total	40.478.191

Fuente: Registro del Conjunto mínimo básico de datos de la atención primaria (CMBDAP) 2013 CatSalut.

^a 2013: datos provisionales.

Las principales causas de ingreso hospitalario tienen un peso relativo bastante similar (tabla 5).

Tabla 5. Principales causas de ingreso hospitalario en la población general. Cataluña, 2013

Gran grupo de diagnósticos del CCS	Contactos
Enfermedades del aparato circulatorio	117.525
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	116.267
Enfermedades del aparato digestivo	110.426
Lesiones e intoxicaciones	96.241
Enfermedades del aparato respiratorio	95.797
Neoplasias	95.378
Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	87.281
Enfermedades del aparato genitourinario	78.517
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	71.730
Resto	108.345
Total	977.507

Fuente: Registro del Conjunto mínimo básico de datos de la atención hospitalaria (CMBDAH) 2013 CatSalut.

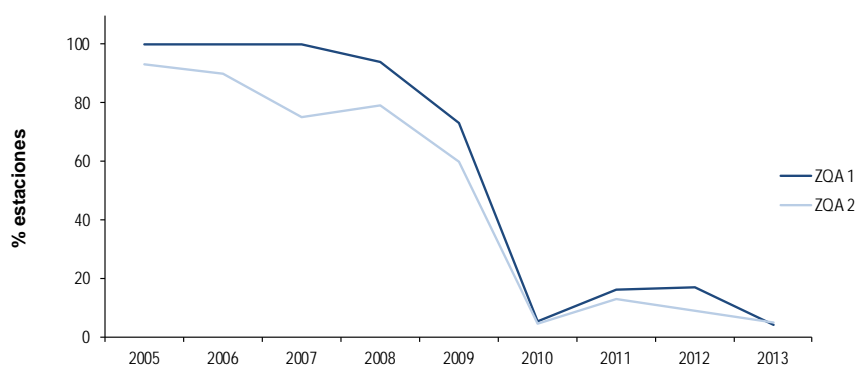
7. Cómo nos afecta el entorno

El entorno es un conjunto de influencias físicas, químicas y biológicas que interaccionan con las personas. El aire que respiramos, el agua que bebemos y lo que comemos afectan a nuestra salud y bienestar. En Europa los factores ambientales se consideran el determinante más importante de las enfermedades, y se estima que son responsables de casi el 20% de las muertes de este territorio.

La contaminación atmosférica es uno de los principales riesgos ambientales para la salud. Entre los contaminantes que afectan a la calidad del aire en Cataluña los más destacados son las partículas en suspensión, el dióxido de nitrógeno y el ozono troposférico.

Con respecto a las partículas en suspensión de diámetro inferior a 10 micras (PM_{10}), en el gráfico 15 se observa que, en general, los niveles del 2013 han disminuido ligeramente con respecto a los del 2012, tanto con respecto a las medias como al número de superaciones del valor límite diario. Durante el 2013 no se ha superado el valor límite anual, pero sí que se ha sobrepasado el número de superaciones permitidas del valor límite diario (cuantificado como percentil 90,4) en tres puntos del territorio. Estos puntos están ubicados en las zonas de calidad del aire (ZQA) 1 (área de Barcelona), 2 (Vallès y Baix Llobregat) y 6 (Plana de Vic).

Gráfico 15. Evolución del porcentaje de estaciones que han superado el valor límite diario de PM_{10} en la zona de calidad del aire del área de Barcelona (ZQA1) y la del Vallès y Baix Llobregat (ZQA2). 2005-2013

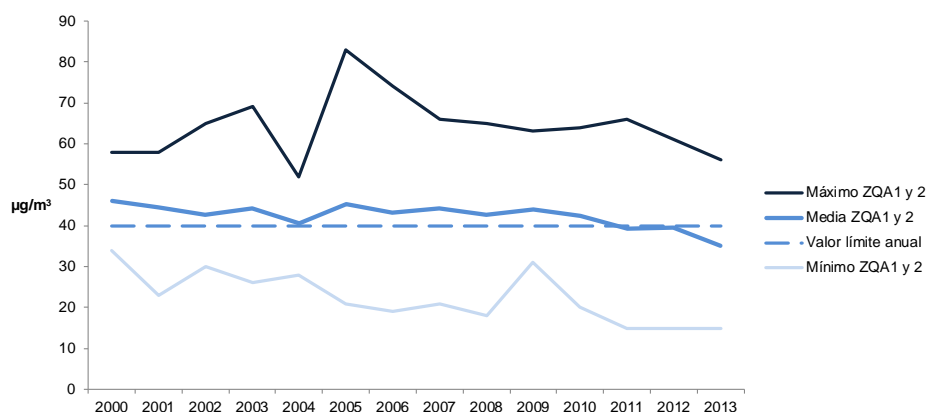


Fuente: 30 años vigilando y mejorando la calidad del aire en Cataluña. Anuario 2013. Departamento de Territorio y

Con respecto al ozono troposférico, a lo largo del 2013 se han registrado 79 horas de superación del umbral de información en la población. Estos valores son similares a los del 2012 y ligeramente superiores a la media de los últimos años. Las superaciones se han producido en 11 de los 49 puntos de medición. Las zonas de calidad del aire en las que se ha superado el umbral de información en la población son el área de Barcelona, Vallès y Baix Llobregat, Camp de Tarragona, Plana de Vic, Maresme, comarcas de Girona, Alt Llobregat y Pirineu Oriental. Por otra parte, no se ha producido ninguna superación del umbral de alerta durante el 2013.

Con respecto al dióxido de nitrógeno, durante el 2013 no se ha detectado un número de superaciones del valor límite horario fijado para el NO₂ en ningún punto del territorio superior al permitido (la normativa permite hasta 18 superaciones de este valor límite horario en un año y para cada punto). Con respecto al valor límite anual, se han producido superaciones de este valor en la ZQA1 (en el 17% de los puntos de medición) y en la ZQA2 (en el 50% de los puntos de medición). La tendencia de los últimos años es bastante estable, aunque apunta a una disminución muy lenta (gráfico 16).

Gráfico 16. Evolución de la media anual de NO₂, en µg/m³, en la zona de calidad del aire del área de Barcelona (ZQA1) y en la del Vallès y Baix Llobregat (ZQA2). 2000-2013



Fuente: 30 años vigilando y mejorando la calidad del aire en Cataluña. Anuario 2013. Departamento de Territorio y Sostenibilidad

En cuanto al agua de consumo, los resultados de las analíticas realizadas en el 2012 muestran un grado de cumplimiento normativo elevado de las diferentes redes y zonas de abastecimiento de Cataluña. Con respecto a los contaminantes microbiológicos, se detectan superaciones de algunos parámetros, pero en situaciones puntuales y principalmente en núcleos de población pequeños. Por otra parte, con respecto a los parámetros fisicoquímicos, un 92,47% de las zonas muestreadas cumplen los valores paramétricos establecidos en la normativa vigente para los parámetros determinantes de la aptitud del agua. Los parámetros que han mostrado más superaciones son los nitratos, seguidos del arsénico y el flúor.

Con respecto a la seguridad alimentaria, las intervenciones en este ámbito pueden reducir el riesgo y la incidencia de enfermedades transmisibles por vía alimentaria; minimizar la presencia de peligros biológicos, químicos o físicos en los alimentos; proteger los intereses de los consumidores, e incrementar su confianza. Los objetivos y las intervenciones en materia de seguridad alimentaria están definidos en el Plan de seguridad alimentaria, instrumento complementario del Plan de salud de Cataluña, que actúa como marco de referencia en todo lo relacionado con la seguridad alimentaria y, en especial, en la acción de prevención y control dirigida a la población catalana. Los datos de resultados del control de los alimentos se pueden encontrar en la Memoria anual sobre la situación de la seguridad alimentaria y en los diferentes informes de resultados de los programas de protección de la salud.

8. Qué hacemos por nuestra salud

8.1. Qué estilos de vida tenemos

Varios estudios científicos indican que los estilos de vida, como la práctica de la actividad física y la alimentación saludable, tienen un impacto positivo en términos de reducción de la morbilidad de las enfermedades crónicas, mientras que otros, como el tabaquismo y el consumo de riesgo de alcohol y otras drogas, aumentan el riesgo de morbilidad. Así, por ejemplo, la OMS estima que 3,3 millones de muertes producidas en el 2012 eran atribuibles al alcohol, el 5,9% del total mundial.⁷

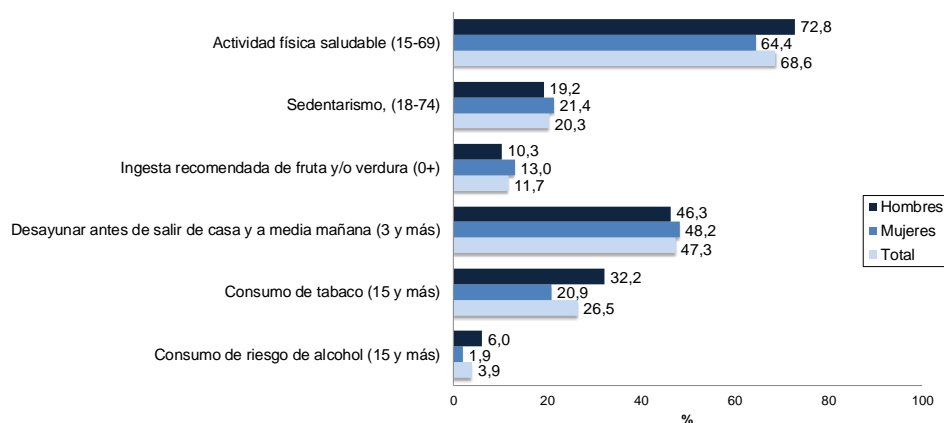
Según la actividad física habitual, en el 2013 el 68,6% de la población de 15 a 69 años realiza una **actividad física saludable**, mientras que el 20,3% de la población de 18 a 74 años es **sedentaria**.

En cuanto a los **hábitos alimentarios**, en el 2013 el 11,7% de la población general consume diariamente cinco raciones de fruta y/o verdura, de acuerdo con las recomendaciones. Este porcentaje se encuentra por encima de la media estatal (9,7%, ENSE 2011-2012). La proporción de personas que cumple la recomendación de consumo es más elevada en los grupos de más edad. El 47,3% de la población de tres años y más desayuna antes de salir de casa y a media mañana, como mínimo cuatro veces a la semana. A medida que los grupos son de más edad, el porcentaje de población que desayuna dos veces es más bajo, sobre todo porque se abandona el hábito del desayuno a media mañana.

El consumo de **tabaco** ha disminuido entre 1990 y el 2013, especialmente entre los hombres. En el 2013, el 26,5% de las personas de 15 años y más son fumadoras (diarias u ocasionales), el 32,2% de hombres y el 20,9% de mujeres. Los hombres tienen prevalencias de tabaquismo superiores a las mujeres en todas las edades, con porcentajes muy próximos entre los jóvenes de 15 a 24 años y más alejados a medida que los grupos son de más edad. En comparación con los resultados a escala estatal del ENSE 2011-2012, Cataluña se sitúa por debajo de la media en la proporción de fumadores (diaria u ocasional).

El 3,9% de la población de 15 años y más hace un consumo de riesgo de **alcohol** (el 6,0% de los hombres y el 1,9% de las mujeres). El consumo de riesgo más importante se observa en el grupo de 15 a 24 años para ambos sexos (el 13,8% de chicos y el 6,2% de chicas). Según datos de la Encuesta estatal sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria (ESTUDES), en el 2012 el 79,8% de los estudiantes catalanes de educación secundaria de 14-18 años habían consumido alcohol alguna vez en la vida; el 77,2% lo habían hecho alguna vez en los 12 meses anteriores al estudio, y el 68,5%, los 30 días anteriores. Según datos del ENSE 2011-2012, a escala estatal el consumo de riesgo de alcohol es del 1,4% en la población de 15 años y más (el 2,0% de hombres y el 0,9% de mujeres).⁸

Gráfico 17. Distribución de los hábitos y estilos de vida de la población, por sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

Las tablas 6 y 7 muestran la evolución del consumo de **drogas no institucionalizadas** en la población de 15 a 64 años y en la población de estudiantes de 14 a 18 años. Los derivados del cannabis y la cocaína son las sustancias de esta categoría con prevalencias de consumo más elevadas. Sin embargo, con respecto a la proporción de personas que han consumido cannabis en los treinta días previos al estudio, se interrumpió la tendencia creciente de los años 2006-2007, y ha disminuido de forma consistente desde entonces. También se ha observado desde entonces un descenso en el consumo de cocaína, aunque en el caso de los estudiantes de secundaria se ha estabilizado en los últimos años.⁹

Tabla 6. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre la población de 15 a 64 años (%). Cataluña, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Cannabis	4,0	4,3	8,3	11,4	13,9	9,7	8,7	8,1
Éxtasis y drogas de diseño	0,1	0,1	1,0	0,6	0,8	0,8	0,3	0,1
Cocaína	0,9	1,0	1,4	0,7	1,7	2,6	1,5	0,7
Anfetaminas (<i>speed</i>)	0,2	0,4	0,6	0,1	0,6	0,6	0,4	0,0
Heroína	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0

Fuente: Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Análisis de la Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España y de la Encuesta estatal sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Tabla 7. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre los estudiantes de educación secundaria de 14 a 18 años (%). Cataluña, 1994-2012

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Cannabis	17,1	21,5	22,1	22,3	26,8	30,4	25,1	23,1	21,3	17,0
Éxtasis y drogas de diseño	2,6	3,8	2,3	2,5	1,3	1,1	1,5	1,3	1,1	1,7
Cocaína	0,8	1,9	3,5	2,0	2,7	3,4	2,7	1,5	1,3	1,5
Anfetaminas (<i>speed</i>)	2,7	3,5	2,1	1,1	1,5	1,8	1,6	1,2	0,8	1,1
Heroína	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,5	0,8	0,3	0,7	0,6

Fuente: Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Análisis de la Encuesta domiciliar sobre alcohol y drogas en España y de la Encuesta estatal sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.2. Qué prácticas preventivas llevamos a cabo

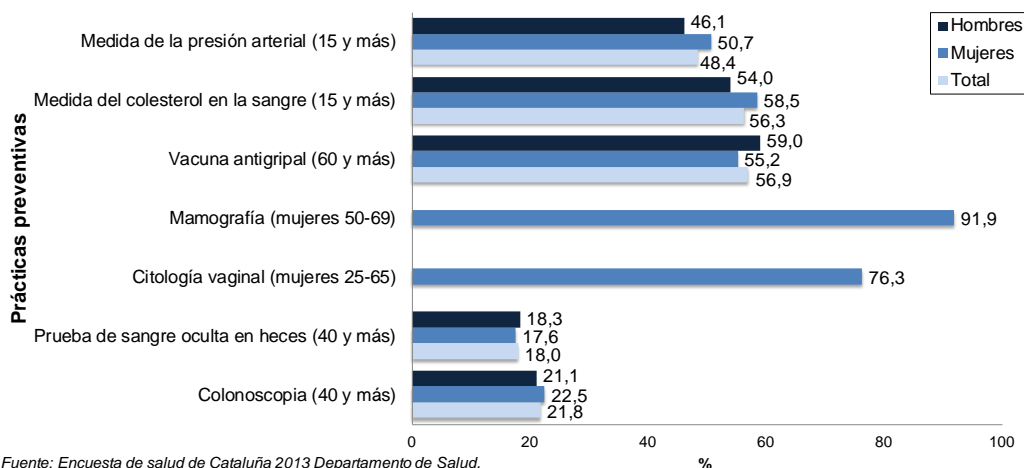
En la población de 15 años y más, el 48,4% se toma la **presión arterial** periódicamente (el 46,1% de los hombres y el 50,7% de las mujeres) y el 56,3% se revisa periódicamente el nivel de **colesterol** en la sangre (el 54,0% de los hombres y el 58,5% de las mujeres). Ambas prácticas aumentan a medida que los grupos son de más edad, sobre todo a partir de los 65 años.

La cobertura de vacunaciones en la población infantil en el 2012 fue del 92,2%. El 56,9% de la población de 60 años y más se vacuna contra la gripe de forma regular cuando empieza el otoño (el 59,0% de los hombres y el 55,2% de las mujeres). En los grupos de más edad, el porcentaje es superior.

En las mujeres, el 91,9% del grupo priorizado (de 50 a 69 años) se hace una mamografía periódica, y la práctica de la citología vaginal periódica es del 76,3% en el grupo de 25 a 65 años).

El 18,3% de la población de 40 años y más se ha hecho alguna vez la prueba de sangre oculta en heces para detectar cáncer de colon o pólipos en el intestino, y el 21,8%, una colonoscopia (gráfico 18).

Gráfico 18. Frecuencia de la práctica de actividades preventivas de la población adulta, por sexo. Cataluña, 2013



Otras actividades de carácter preventivo son las relacionadas con la detección precoz del consumo de riesgo de alcohol en el ámbito de la atención primaria, como el programa “Beber menos”, y los programas específicos para la reducción de los daños relacionados con el consumo de drogas para personas consumidoras en activo, especialmente para las que utilizan la vía endovenosa: el Plan de acción específico en hepatitis, el Programa de prevención en sobredosis y el Programa de intercambio de jeringuillas (PIX). Dirigidos a la población infantil y juvenil se desarrollan programas como “La aventura de la vida” y dos webs 2.0, elpep.info y laclara.info, entre otros.

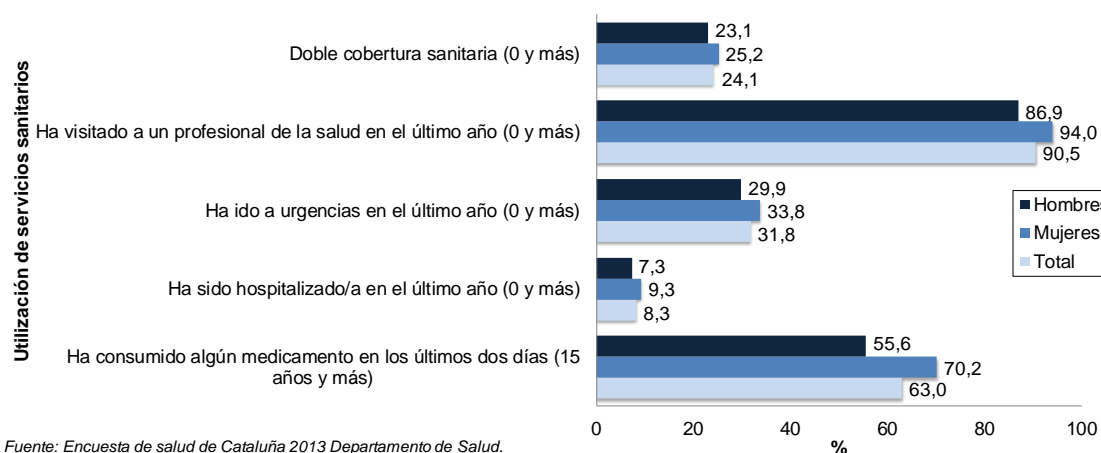
8.3. Qué uso hacemos de los servicios sanitarios

El 99,8% de la población tiene derecho a la asistencia sanitaria pública. El 24,1% dispone de **doble cobertura sanitaria**, es decir, tiene derecho a la asistencia sanitaria pública y al mismo tiempo está afiliada a una mutua sanitaria privada concertada individualmente o pagada por la empresa. La doble cobertura es más frecuente en la población de 0 a 14 años y de 45 a 64 años.

El 90,5% de la población general (el 94,5% de la población de 0 a 14 años y el 89,7% de la población de 15 años y más) **ha visitado a un profesional de la salud** al menos una vez en el último año. El 76,7% de la población general ha sido visitada por un profesional de medicina general o pediatría. El 43,2% de las mujeres de 15 años y más han sido visitadas por un especialista en ginecología. El 36,5% de la población general ha ido al dentista durante el último año, y el 20,5%, a un especialista en optometría u óptica. El 20,4% de la población general ha sido atendida por un profesional de enfermería durante el último año.

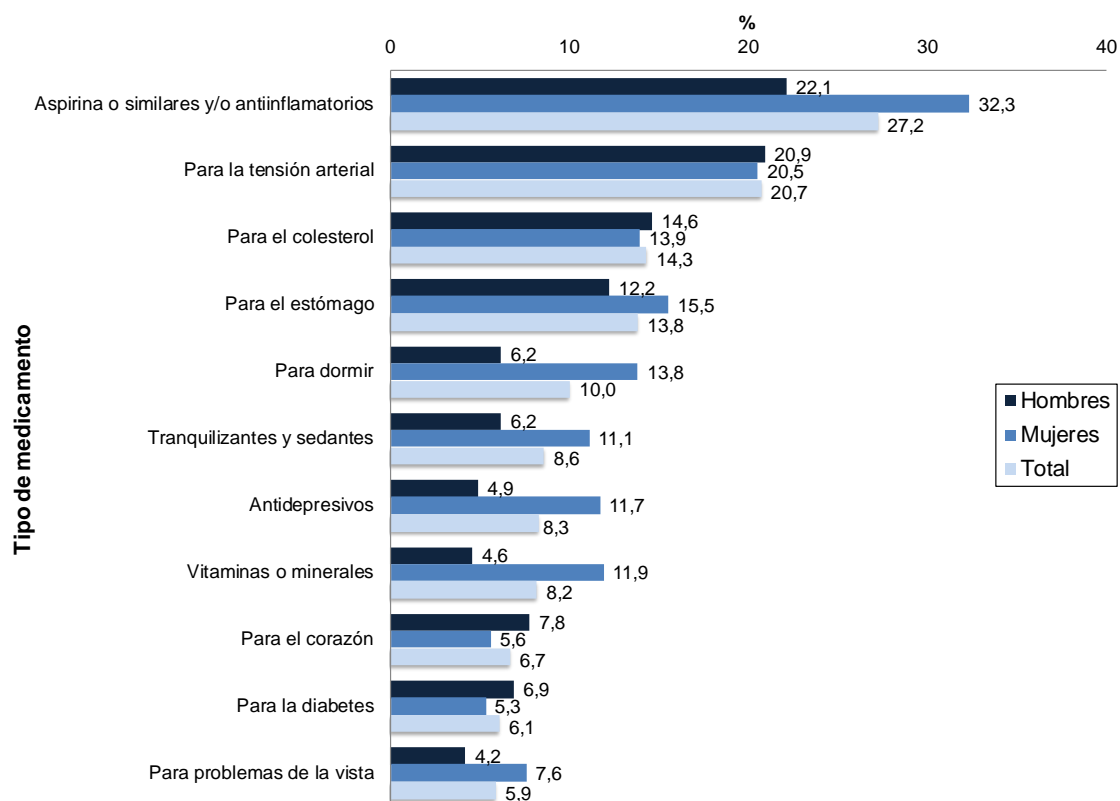
El 31,8% de la población general ha visitado un servicio de **urgencias** en el último año, el 29,8% de la población adulta y el 42,7% de la población infantil. De la población que ha acudido a urgencias, el 57,2% ha visitado un hospital público, el 27,1% un centro de atención primaria o de atención continuada, y el 10,1% un hospital privado. El 8,3% de la población general ha sido **hospitalizada** como mínimo una noche en los últimos doce meses.

Gráfico 19. Uso de los servicios sanitarios, por sexo. Cataluña, 2013



El 63,0% de la población de 15 años y más (el 55,6% de los hombres y el 70,2% de las mujeres) ha consumido algún **medicamento** durante los dos días anteriores a la entrevista. Los medicamentos que la población adulta ha consumido en proporciones más elevadas son la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios, seguidos de los fármacos para la hipertensión arterial y los medicamentos para el control del colesterol (gráfico 20).

Gráfico 20. Consumo de medicamentos los dos días anteriores a la entrevista en población de 15 años y más según el tipo de medicamento, por sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

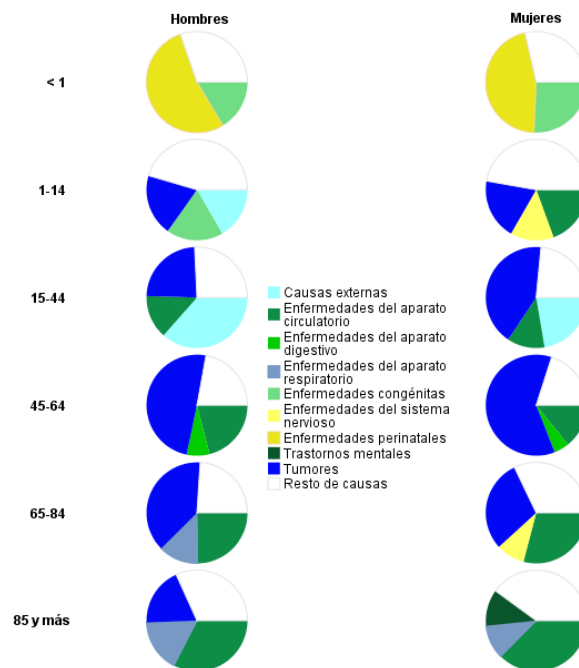
El 90,1% de la población general que ha utilizado un servicio sanitario en los últimos doce meses está satisfecho (el 90,6% de los hombres y el 89,7% de las mujeres). Los porcentajes de población satisfecha con los servicios asistenciales utilizados son más altos en el grupo de 0 a 14 años y en el de 75 años y más. El porcentaje de satisfacción es más elevado entre la población que ha utilizado de forma más frecuente los servicios privados (98,0%) con respecto a la que ha utilizado los públicos (88,1%).

9. De qué morimos

La mortalidad y las causas de muerte más frecuentes tienen mucha relación con la estructura de edad y el sexo de la población. Por este motivo, el conocimiento del patrón de mortalidad de una población nos proporciona una información muy aproximada de la situación de salud o enfermedad en un territorio determinado.

Como en los últimos años, los grandes grupos de causas de muerte más frecuentes son los tumores en los hombres y las enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres. Estas dos causas reúnen más de la mitad de las defunciones, pero, considerando los dos sexos en su conjunto, las **enfermedades del aparato circulatorio** son las que han causado más defunciones. El patrón de mortalidad por edades, agrupando las causas por grandes grupos de enfermedades para incluir un número mayor de casos, es muy similar al de años anteriores. Las enfermedades congénitas y perinatales son las que afectan a los más pequeños; las causas externas (accidentes y violencias) y los tumores son las más comunes en los jóvenes y en las edades medias; los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio afectan con más frecuencia a las edades medias y las avanzadas, y, finalmente, las enfermedades respiratorias, neurológicas y mentales son causa de muerte más a menudo en las personas más mayores (gráfico 21).

Gráfico 21. Tres primeras causas de muerte* según grandes grupos de enfermedades, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012

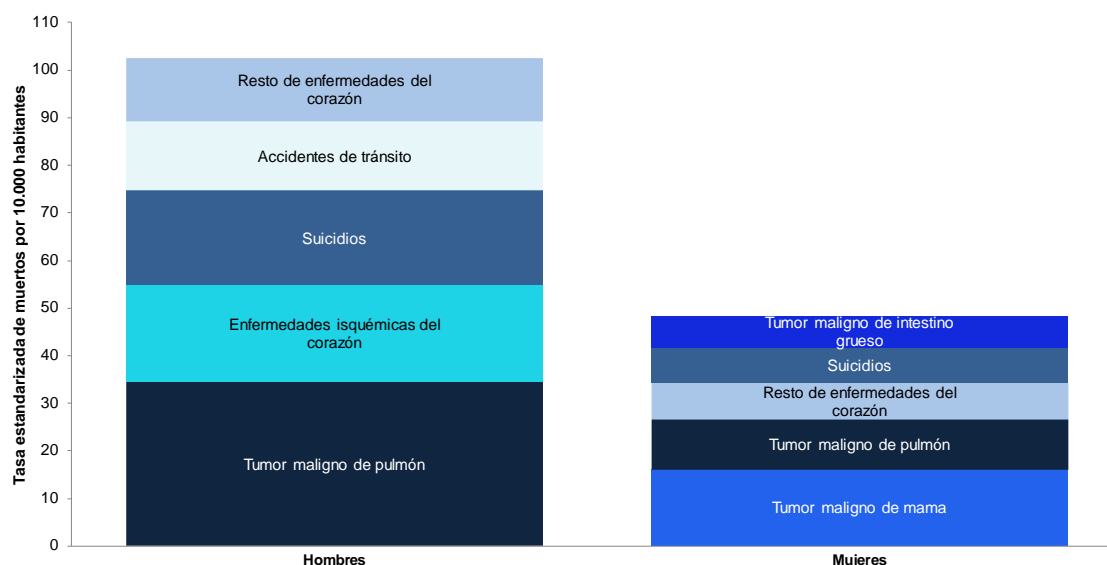


* Distribución de frecuencias sobre el total de cada grupo de edad y sexo.
Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña. Análisis de la mortalidad en Cataluña 2012.

Teniendo en cuenta los diagnósticos más específicos, en las mujeres las cinco enfermedades que ocasionan más defunciones (en valores absolutos) y que, por lo tanto, pueden comportar un mayor volumen de demanda cualitativa para los servicios sanitarios son las demencias, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón, el grupo de otras enfermedades del corazón y el Alzheimer. En los hombres, las patologías más frecuentes son las enfermedades isquémicas del corazón, el cáncer de pulmón, la bronquitis y el asma, las enfermedades cerebrovasculares y el resto de enfermedades del corazón. Este patrón de patología crónica tiene que ver en gran medida con el hecho de que la mayor parte de las defunciones se producen más allá de los 80 años.

También hay que considerar un conjunto de enfermedades que ocasionan **mortalidad prematura** y que tienen mucha importancia sanitaria, porque son percibidas por la población como muertes ocurridas antes de tiempo. Estas muertes ocasionan la pérdida de muchos años potenciales de vida, que se estima con la tasa estandarizada por edad (con población estándar de Cataluña de 1991) que se presenta en el gráfico 22, y tienen un patrón diferente al del de las causas de mortalidad general. En el gráfico se presentan las cinco primeras causas de muerte prematura en las mujeres y en los hombres, ordenadas de abajo arriba según la magnitud de la tasa. En las mujeres las más comunes son los tumores malignos, el resto de enfermedades del corazón y los suicidios, mientras que en los hombres lo son el tumor maligno de pulmón, las enfermedades del corazón y las causas externas (suicidios y accidentes de tráfico). Destaca también que dicha mortalidad prematura es mucho más alta en los hombres que en las mujeres.

Gráfico 22. Cinco primeras causas de muerte prematura,* por sexo. Cataluña, 2012



* Según las tasas estandarizadas por edad de años potenciales de vida perdidos (población estándar: Cataluña, 1991).
Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña. Análisis de la mortalidad en Cataluña 2012

10. El territorio

El análisis por región sanitaria de una selección de indicadores no muestra patrones definidos a partir de los que se pueda deducir que unas regiones obtienen de forma sistemática unos resultados mejores o peores que otras. Los indicadores por región sanitaria del periodo 2012-2013 se presentan, en primer lugar, a través de los porcentajes brutos por el total,^a con la indicación de qué resultados son superiores o inferiores a la media de Cataluña de forma estadísticamente significativa (tabla 8). Sin embargo, la población de cada región sanitaria tiene una estructura de edad diferente y, con el fin de controlar el efecto, en los mapas del 1 al 3 se presentan los porcentajes estandarizados por edad, para lo que se ha aplicado la estructura de edad de la población de Cataluña a 1 de enero del 2013 como población tipo en todas las regiones. Por lo tanto, los resultados de la tabla y de los mapas pueden no ser coincidentes. El hecho de que el resultado sea significativamente inferior o superior a la media no implica *per se* una valoración negativa o positiva del resultado.

Tabla 8. Indicadores seleccionados (% brutos), por región sanitaria y total. Cataluña, 2012-2013

Indicador		Regiones sanitarias							
		Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (población general)	T	83,8%	82,9%	83,6%	82,9%	77,7%	90,2%	81,7%
2	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	T	52,8%	52,3%	50,9%	48,1%	49,5%	48,2%	48,1%
3	Discapacidad (15 años y más)	T	9,2%	13,3%	15,7%	20,0%	17,7%	28,8%	17,9%
4	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	T	16,2%	7,9%	5,6%	9,4%	15,2%	3,2%	12,0%
5	Dolor o malestar (EQ-5D-5L) (15 años y más)	T	30,6%	27,1%	34,3%	25,6%	33,7%	30,5%	29,0%
6	Enfermedad o problema de salud crónico (población general)	T	38,8%	41,4%	43,1%	30,7%	40,5%	43,5%	38,2%
7	Padecer o haber padecido hipertensión arterial (15 años y más)	T	26,6%	22,5%	26,2%	24,5%	31,2%	22,0%	24,7%
8	Padecer o haber padecido colesterol elevado (15 años y más)	T	19,9%	21,5%	17,5%	19,4%	24,1%	15,3%	23,6%
9	Consumo de tabaco (15 años y más)	T	29,7%	28,9%	28,5%	29,8%	30,0%	28,9%	26,4%
10	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	T	4,9%	3,9%	2,5%	4,1%	3,4%	1,1%	3,9%
11	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	T	23,0%	26,9%	30,8%	15,1%	16,7%	23,3%	18,1%
12	Actividad física saludable (de 15 a 69 años)	T	48,0%	59,9%	56,1%	65,1%	71,9%	52,9%	73,5%
13	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	T	68,2%	51,2%	58,6%	53,2%	46,3%	62,8%	49,2%
14	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	T	67,7%	72,3%	60,5%	55,6%	54,3%	65,3%	56,6%
15	Mamografía periódica (mujeres de 50 a 69 años)	M	100,0%	89,0%	93,8%	95,8%	91,1%	95,3%	92,7%
16	Citología vaginal periódica (mujeres de 25 a 65 años)	M	75,0%	78,7%	78,7%	75,6%	70,2%	82,5%	80,1%
17	Doble cobertura sanitaria (población general)	T	22,0%	17,5%	11,2%	18,2%	16,1%	26,0%	28,5%
18	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	T	58,6%	58,9%	54,2%	62,4%	69,3%	45,9%	62,6%
19	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población general)	T	88,3%	90,7%	86,8%	89,8%	92,5%	83,3%	91,8%
20	Hospitalización en los últimos 12 meses (población general)	T	8,1%	11,4%	6,3%	6,5%	9,4%	7,1%	7,4%
21	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población general)	T	30,3%	35,1%	23,3%	28,4%	32,6%	16,1%	32,4%
22	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (población general)	T	88,2%	83,4%	86,7%	93,0%	89,1%	86,7%	89,7%

Diferencias significativas respecto a la media de Cataluña, con un 95% de confianza

Superior significativamente a la media de Cataluña

Inferior significativamente a la media de Cataluña

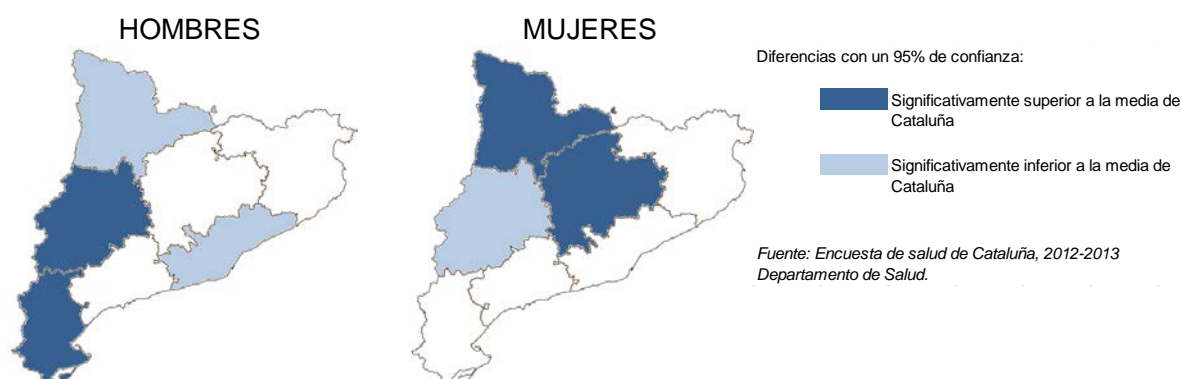
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.

^a Ver en el anexo 2 los porcentajes brutos por cada sexo de los indicadores seleccionados en la tabla 6.

Mapa 1. Porcentaje estandarizado por edad de población con **autopercepción positiva** del estado de salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013)^a



Mapa 2. Porcentaje estandarizado por edad de población de 15 años y más **fumadora**, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013)



Mapa 3. Porcentaje estandarizado por edad de población de 18 a 74 años en **exceso de peso**, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013)



^a Porcentajes estandarizados por edad por el método directo (población tipo a 1 de enero del 2013). Se presentan los porcentajes estandarizados significativamente diferentes de la media de Cataluña con un nivel de confianza del 95%.

La evolución temporal de los años 1994, 2006 y 2012-2013 de los resultados por región sanitaria de una selección de indicadores de estado de salud y estilos de vida tampoco muestra patrones definidos por región sanitaria (gráficos del 23 al 25).

Gráfico 23 Porcentaje estandarizado por edad de población con **autopercepción positiva** del estado de salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013

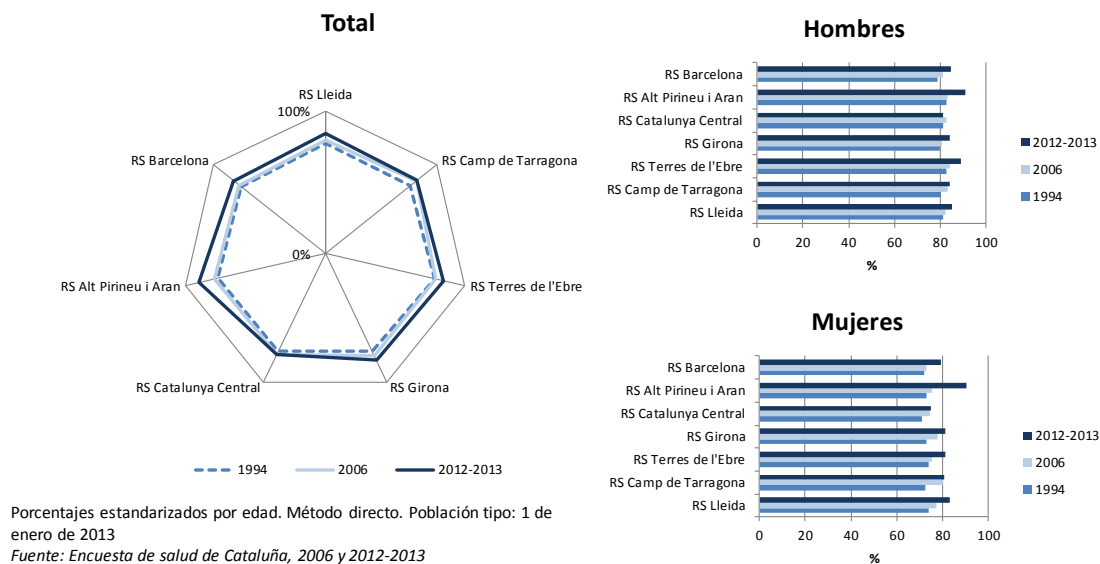


Gráfico 24. Porcentaje estandarizado por edad de población de 15 años y más **fumadora**, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013

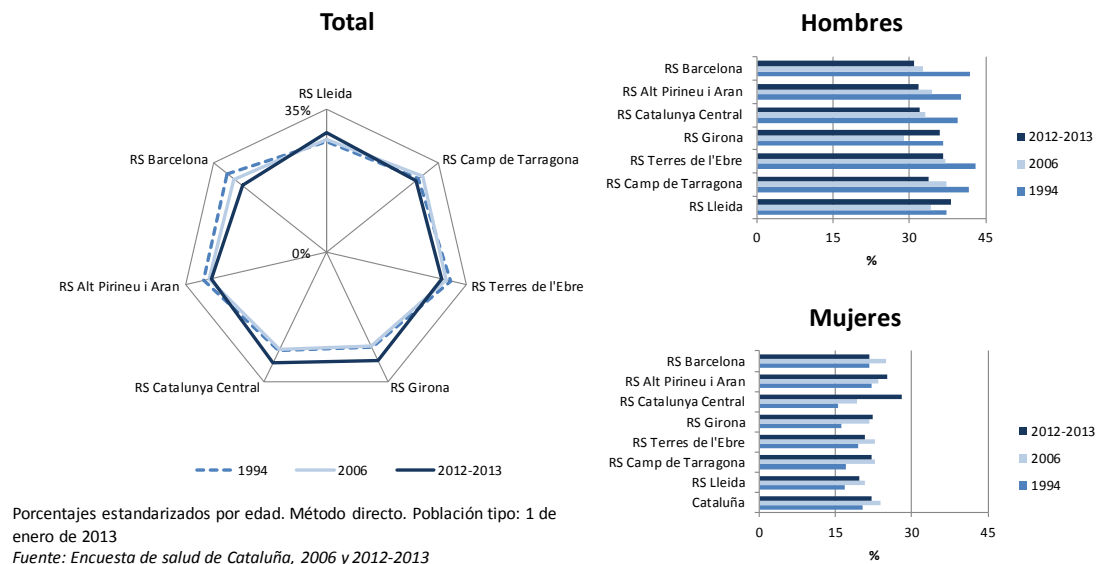
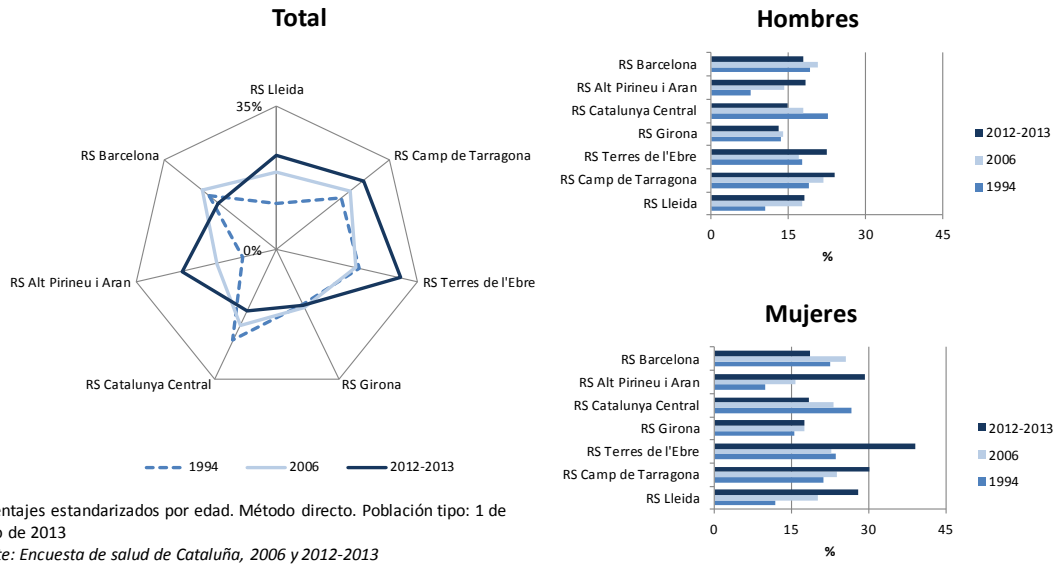


Gráfico 25. Porcentaje estandarizado por edad de población de 18 a 74 años **sedentaria**, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013



Con respecto a la distribución territorial de la mortalidad, se observa que el índice de mortalidad estandarizada es más alto en la Región Sanitaria Camp de Tarragona y más bajo en la Región Sanitaria Barcelona.

11. Las situaciones de vulnerabilidad

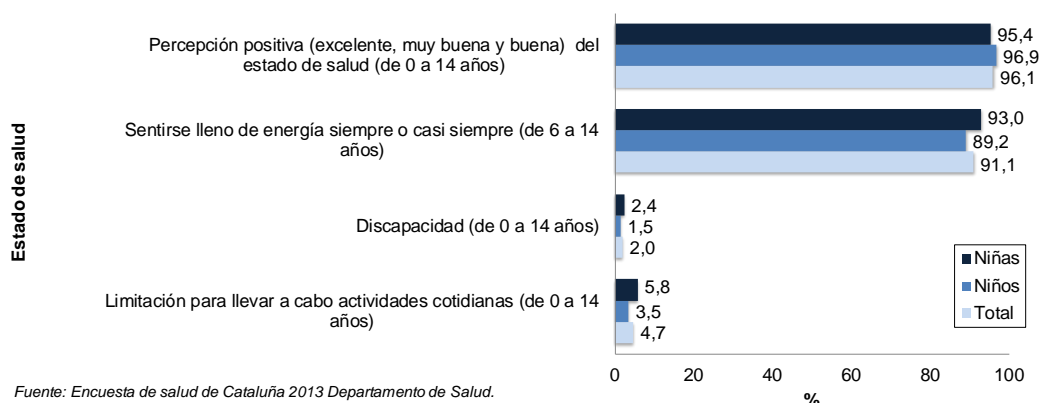
Los principales ejes de desigualdad en salud son la edad, el sexo, la situación socioeconómica, el nivel de estudios y el territorio. La vulnerabilidad de las personas crece a medida que los ejes de desigualdad se superponen. A continuación se abordan las desigualdades en salud relacionadas con la edad, el género y la situación laboral.

11.1. La salud de la población infantil

La población menor de 15 años residente en Cataluña en el 2013 es de 1.186.867 personas (el 15,7% del total). Desde el 2009, el número de nacimientos registrados en Cataluña ha disminuido año tras año, y en el 2012 fue de 77.098, un 4,7% menos que en el 2011. La tasa bruta de natalidad en el 2012 se situó en 10,3 nacimientos por cada mil habitantes, medio punto por debajo del valor registrado en el año anterior. La tasa de mortalidad infantil en Cataluña en el 2012 se situó a niveles bajos, de 2,94 defunciones de niños de menos de un año por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que esta tasa para el conjunto de la UE-28 en el 2012 fue del 3,8.

Por lo que respecta al **estado de salud** de la población infantil en el 2013, la autopercepción positiva del estado de salud es elevada (96,1%), y el 93,0% de la población de 6 a 14 años se siente lleno de energía siempre o casi siempre. Por otra parte, el 2,0% de los menores de 15 años tiene alguna discapacidad, y el 4,7% ha tenido alguna limitación para llevar a cabo actividades cotidianas a causa de un problema de salud (gráfico 26).

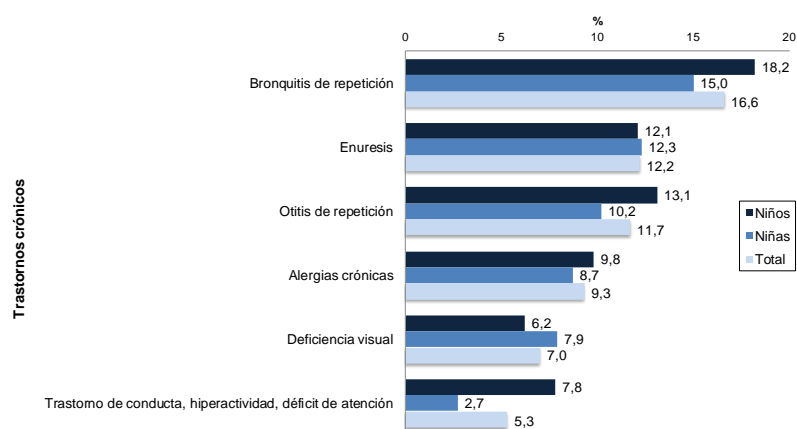
Gráfico 26. Indicadores del estado de salud de la población infantil, por sexo. Cataluña, 2013



El 53,5% de la población de 0 a 14 años padece o ha padecido algún **trastorno crónico**^a (el 55,0% de los niños y el 51,9% de las niñas). Los más frecuentes son la bronquitis de repetición, la enuresis y la otitis de repetición (gráfico 27).

^a LA ESCA pregunta sobre el hecho de "padecer o haber padecido algún trastorno crónico" a partir de una lista de 18 problemas de salud.

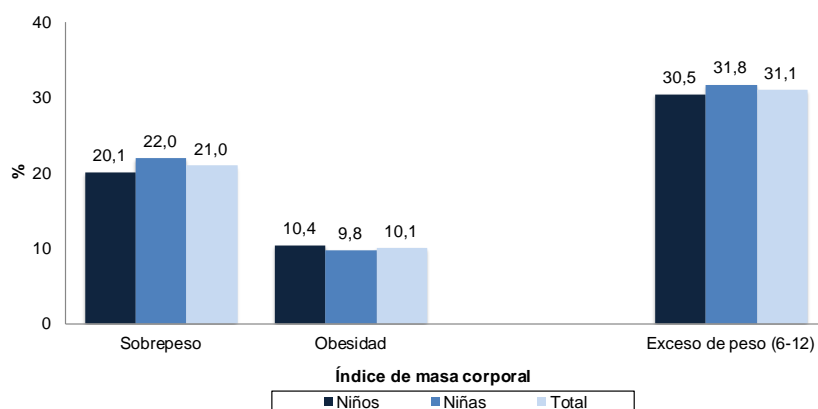
Gráfico 27. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población menor de 15 años (con una prevalencia por encima del 5%), a partir de una lista de 18 trastornos crónicos, por sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013 Departamento de Salud.

En Cataluña, el 31,1% de la población de 6 a 12 años tiene exceso de peso (el 30,5% de los niños y el 31,8% de las niñas). El sobrepeso afecta más a las niñas (el 22,0%) que a los niños (el 20,1%), mientras que la obesidad afecta más a los niños (el 10,4%) que a las niñas (el 9,8%; gráfico 28).

Gráfico 28. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en población de 6 a 12 años, por sexo. Cataluña, 2012-2013



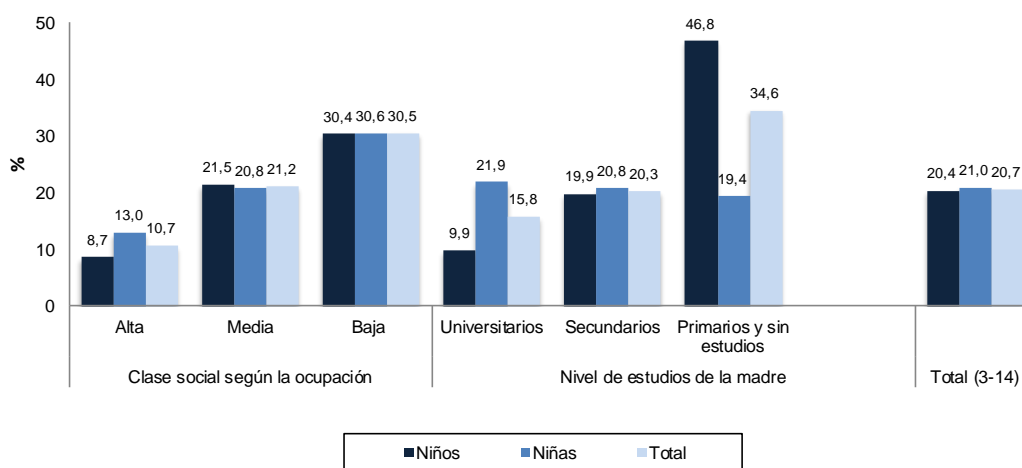
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.
* IMC obtenido a partir del peso y la altura declarados, según la OMS.

En Cataluña, en el periodo 2012-2013, la población de 2 a 17 años presenta tanto en los chicos como en las chicas porcentajes de sobrepeso inferiores a la media de España. Con respecto a la obesidad, el porcentaje es superior en los chicos y se sitúa en torno a la media en las chicas (ENSE 2011-2012).

Con respecto a los **estilos de vida**, en el 2013 el 28,8% de la población de 6 a 14 años ha participado cada día o casi cada día del mes en juegos de esfuerzo físico o deportes, mientras que el 20,9% no ha participado ningún día o casi ninguno. En tiempo de ocio, el

96,1% de la población de 3 a 14 años mira diariamente la televisión, y el 79,7% juega en el parque o en la calle a diario. Finalmente, el 20,7% de la población de 3 a 14 años practica un **ocio sedentario**, es decir, cada día de la semana dedica dos horas o más a mirar la televisión o a juegos de pantalla. La proporción de población de 3 a 14 años que tiene un estilo de ocio sedentario es más elevada en las clases sociales más desfavorecidas y cuando la madre tiene estudios primarios o no tiene (gráfico 29).

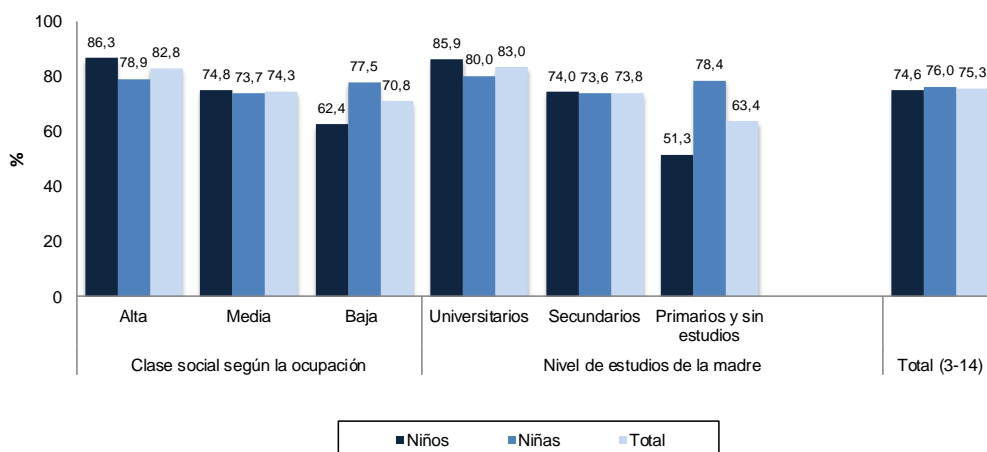
Gráfico 29. Población de 3 a 14 años según el ocio sedentario, por clase social y sexo, y por nivel de estudios de la madre y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

El 75,3% de la población de 3 a 14 años realiza un **consumo de productos hipercalóricos** (comida rápida, bebidas azucaradas, productos con azúcar o pisco-labis y comidas saladas) como máximo tres veces a la semana (el 74,6% de los niños y el 76,0% de las niñas). El porcentaje de niños que realizan un bajo consumo de productos hipercalóricos es más elevado entre los de la clase social alta y entre los que tienen madres con estudios universitarios (gráfico 30).

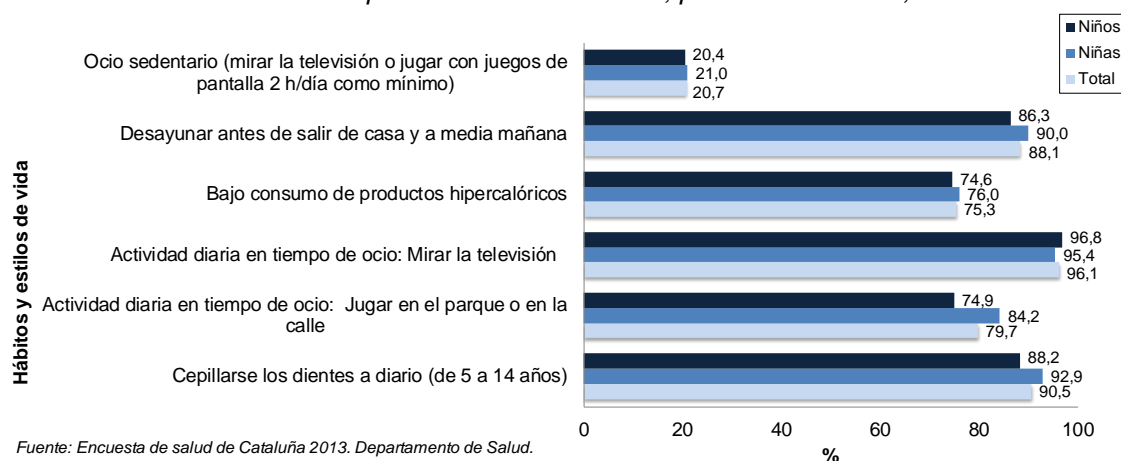
Gráfico 30. Población de 3 a 14 años que realiza un bajo consumo de productos hipercalóricos, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de

El 88,1% de la población de 3 a 14 años (el 86,3% de los niños y el 90,0% de las niñas) **desayuna antes de salir de casa y a media mañana**, como mínimo cuatro veces a la semana. Esta proporción disminuye a medida que los grupos son de más edad. El 90,5% de los menores con edades comprendidas entre 5 y 14 años se cepilla los dientes como mínimo una vez al día (el 88,2 de los niños y el 92,9 de las niñas; gráfico 31).

Gráfico 31. Estilos de vida de la población de 3 a 14 años, por sexo. Cataluña, 2013



Entre el 2011 y el 2013, la población de 3 a 14 años que tiene un estilo de ocio sedentario ha disminuido de forma estadísticamente significativa, del 26,9% al 20,7%, y ha aumentado significativamente el porcentaje de menores que desayuna antes de salir de casa y a media mañana, del 80,5% al 88,1%.

Con respecto a la **utilización de servicios sanitarios**, el 94,5% de los menores ha sido visitado en pediatría o medicina general, el 42,7% ha sido atendido en un servicio de urgencias, y el 4,3% ha sido hospitalizado durante el último año. El 30,0% de los menores de 0 a 14 años han consumido algún medicamento durante los dos días anteriores a la entrevista (el 33,0% de los niños y el 26,8% de las niñas). Los medicamentos que consumen en proporciones más elevadas son la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios (el 12,0%), los medicamentos para la tos o el resfriado (el 7,2%) y las vitaminas o minerales (el 4,5%).

En el 2013, la cobertura de la primovacuna en niños de 0 a 1 año (tres dosis) registrada en la historia clínica de atención primaria es del 89% con respecto a la **vacunación** de la poliomielitis, DTPa, el Hib, la hepatitis B y la meningitis C. La vacunación de refuerzo en niños de 1 a 2 años tiene un porcentaje del 84% con respecto a la vacunación de la poliomielitis, del 85% por DTPa e Hib, y del 89% en el caso de la meningitis C. La vacunación de refuerzo de DTPa/dTpa en niños de 4 a 6 años es del 90%. La cobertura de la triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) es del 90% en la primera dosis (12-15 meses) y del 86%, en la segunda dosis (3-6 años). En adolescentes (chicos y chicas) de segundo de ESO, la vacuna Td tiene una cobertura del 81%. En los chicos y las chicas de sexto de primaria, la cobertura de la

hepatitis A y B es del 86%, la de la vacuna en chicas contra el virus del papiloma humano (VPH) es del 82% y la vacuna de la varicela es del 21%, de acuerdo con los datos obtenidos de la vacunación escolar.

Desde el 2012, los datos de cobertura vacunal se calculan a partir de una estimación de la historia clínica de atención primaria (eCAP) del principal proveedor de servicios sanitarios en Cataluña, el Instituto Catalán de la Salud, que atiende a una población que representa aproximadamente el 80% del total de Cataluña. Este es un paso previo a poder obtener datos reales y completos de cobertura, ya que se está trabajando para obtener datos más exhaustivos de coberturas vacunales a través de la historia clínica compartida y el sistema de información de vacunas de Cataluña (SIVAC).

11.2. El género

En el 2013, el 50,7% de la población de Cataluña son mujeres y en los grupos de más edad representan un porcentaje más elevado, por encima del 60% a partir de los 80 años. Vive sola el 9,1% de la población de 15 años y más (el 7,6 de los hombres y el 10,6 de las mujeres), y entre las personas de más de 64 años viven solas el 20,9% (el 10,8% de los hombres y el 28,4% de las mujeres).

En la mayoría de indicadores presentados se observa un patrón diferenciado entre hombres y mujeres.

La esperanza de vida al nacer es más alta en las mujeres que en los hombres; en cambio, la proporción de la esperanza de vida vivida en buena salud es más alta en los hombres que en las mujeres.

Las mujeres presentan una prevalencia más baja que la de los hombres en las pautas de consumo de productos nocivos para la salud (tabaco y consumo de riesgo de alcohol) y hacen una ingesta diaria recomendada de 5 piezas de fruta y/o verdura en proporción superior a los hombres. La proporción de mujeres que tienen un nivel de actividad física saludable es inferior a la de los hombres. Las mujeres se miden la presión arterial y el nivel de colesterol en la sangre en una proporción más elevada que los hombres.

En lo que se refiere al estado de salud, las mujeres tienen una peor percepción del estado de salud, sufren en mayor proporción problemas que afectan a su calidad de vida, como dolor o malestar, ansiedad o depresión y problemas para andar. Sufren problemas de salud crónicos en una proporción más alta que los hombres, tienen una probabilidad más elevada de sufrir trastornos mentales, y tienen alguna discapacidad en una proporción mayor que los hombres. Las mujeres necesitan la ayuda de otras personas para llevar a cabo actividades habituales de la vida cotidiana en una proporción más elevada que los hombres. Las mujeres tienen sobrepeso en una proporción más baja que los hombres, y obesidad en la misma proporción.

Con respecto a la utilización de los servicios sanitarios, las proporciones de mujeres que han visitado en el último año a un profesional de la salud, y que han sido hospitalizadas, son más elevadas que las de hombres. En las visitas a urgencias durante el último año, la diferencia no es significativa. El porcentaje de mujeres de 15 años y más que ha consumido algún medicamento en los últimos dos días es más elevado que el de los hombres (tabla 9).

Tabla 9. Resultados por sexo de una selección de indicadores (% brutos). Cataluña, 2013

	Indicador	2013			Diferencia por sexo ¹
		Hombres	Mujeres	Total	
1	Percepción positiva del estado de salud (población general)	83,8%	78,5%	81,1%	Sí
2	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	56,2%	40,7%	48,5%	
3	Discapacidad (15 años y más)	12,6%	18,8%	15,7%	Sí
4	Riesgo de sufrir trastorno mental (15 años y más)	9,6%	15,1%	12,4%	Sí
5	Dolor o malestar* (15 años y más)	23,0%	36,8%	30,0%	Sí
6	Enfermedad o problema de salud crónico (población general)	35,4%	41,7%	38,6%	Sí
7	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	25,3%	26,2%	25,8%	
8	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	23,9%	23,0%	23,5%	
9	Consumo de tabaco (15 años y más)	32,2%	20,9%	26,5%	Sí
10	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	6,0%	1,9%	3,9%	Sí
11	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	19,2%	21,4%	20,3%	
12	Actividad física saludable (de 15 a 69 años)	72,8%	64,4%	68,6%	Sí
13	Medida de la presión arterial (15 años y más)	46,1%	50,7%	48,4%	Sí
14	Medida del nivel de colesterol (15 años y más)	54,0%	58,5%	56,3%	Sí
15	Doble cobertura sanitaria (población general)	23,1%	25,2%	24,1%	
16	Consumo de medicamentos en los últimos 2 días (15 años y más)	55,6%	70,2%	63,0%	Sí
17	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población general)	87,0%	94,0%	90,5%	Sí
18	Hospitalización en los últimos 12 meses (población general)	7,3%	9,3%	8,3%	
19	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población general)	29,9%	33,8%	31,8%	Sí
20	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (15 años y más)	87,8%	86,1%	86,9%	

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

¹ Diferencia significativa entre la media de cada sexo, con un nivel de confianza del 95%.

Las principales causas de muerte difieren según el género y el grupo de edad. La mortalidad prematura es superior en los hombres que en las mujeres y el tipo y el peso de las causas principales de las muertes prematuras son diferentes entre hombres y mujeres.

11.3. La situación laboral

El 62,0% de la población en edad laboral —de 16 a 64 años— trabaja (el 65,7% de los hombres y el 58,2% de las mujeres), el 14,2% se encuentra en paro (el 17,0% de los hombres y el 11,3% de las mujeres), el 13,9% de las mujeres se dedica a los trabajos del hogar, y el 9,6% de la población en edad laboral estudia, sin diferencias por sexo. En función de la situación laboral se observan diferencias significativas en diversos indicadores de salud (tabla 10).

La población que se encuentra en paro y las mujeres que hacen trabajos del hogar tienen una percepción de su estado de salud peor que la de la población que trabaja. La proporción de población con riesgo de sufrir algún trastorno mental es más elevada entre la población que está en el paro que entre la que trabaja, más del doble en el total y más del triple en los hombres. La proporción de mujeres en edad laboral que se dedica a los trabajos del hogar con riesgo de sufrir algún trastorno mental es significativamente inferior a la proporción de las mujeres que se encuentran en paro. El porcentaje de mujeres con discapacidad es más elevado entre las mujeres en paro y entre las que se dedican al hogar que entre las que trabajan.

La prevalencia de tabaquismo es más elevada entre la población total en paro que entre la que trabaja. Los hombres que se encuentran en paro realizan un nivel de actividad física considerado saludable en una proporción mayor que los que trabajan. La población que se encuentra en paro, singularmente los hombres, se mide el nivel de colesterol periódicamente en una proporción más baja que la población que trabaja. Las mujeres entre 25 y 64 años en paro se hacen una citología periódica en una proporción inferior a las mujeres que trabajan.

Con respecto al uso de los servicios sanitarios, la población en paro dispone de doble cobertura en una proporción más baja que la población ocupada, y ha visitado, singularmente las mujeres, a un profesional de la salud en el último año en una proporción más baja que la población que trabaja.

Las mujeres que se dedican al hogar tienen problemas de dolor o malestar, padecen alguna enfermedad o problema de salud crónico, y sufren o han sufrido hipertensión arterial y colesterol elevado en proporciones más altas que las mujeres que trabajan. Por otra parte, la prevalencia del consumo de tabaco y del sedentarismo son inferiores entre las mujeres que se dedican a los trabajos del hogar que entre las que trabajan. Las mujeres que se dedican a trabajos del hogar tienen doble cobertura en una proporción más baja que las mujeres que trabajan.

Tabla 10. Resultados de una selección de indicadores, por situación laboral y sexo (% brutos). Cataluña, 2012-2013

Dimensión	Indicador		Situación laboral			
			Trabaja	Paro	Trabajos del hogar	
Estado de salud	1	Percepción positiva del estado de salud (de 16 a 64 años)	H	91,2%	83,3%	
			M	87,7%	79,7%	77,6%
			T	89,6%	81,9%	
	2	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 64 años)	H	56,9%	56,9%	
			M	34,0%	36,2%	47,9%
			T	46,2%	48,7%	
	3	Discapacidad (de 16 a 64 años)	H	3,9%	5,5%	
			M	4,6%	8,9%	13,7%
			T	4,2%	6,8%	
	4	Riesgo de sufrir un trastorno mental (de 16 a 64 años)	H	5,4%	18,0%	
			M	12,9%	21,6%	13,4%
			T	8,8%	19,4%	
	5	Problemas de dolor o malestar (de 16 a 64 años)	H	14,8%	17,5%	
			M	24,0%	30,4%	37,4%
			T	19,1%	22,5%	
	6	Enfermedad o problema de salud crónico (de 16 a 64 años)	H	28,8%	31,4%	
			M	32,2%	35,1%	47,8%
			T	30,4%	32,9%	
	7	Padece o ha padecido hipertensión arterial (de 16 a 64 años)	H	16,5%	17,9%	
			M	11,0%	10,9%	23,5%
			T	14,0%	15,1%	
	8	Padece o ha padecido colesterol elevado (de 16 a 64 años)	H	18,6%	20,3%	
			M	13,3%	16,5%	20,4%
			T	16,2%	18,8%	
Estilos de vida	9	Consumo de tabaco (de 16 a 64 años)	H	37,8%	44,0%	
			M	29,1%	34,7%	20,0%
			T	33,8%	40,3%	
	10	Consumo de riesgo de alcohol (de 16 a 64 años)	H	6,2%	8,2%	
			M	2,3%	2,4%	0,8%
			T	4,4%	5,9%	
	11	Sedentarismo (de 18 a 64 años)	H	16,4%	18,8%	
			M	20,1%	15,6%	11,9%
			T	18,1%	17,5%	
	12	Actividad física saludable (de 16 a 64 años)	H	68,4%	76,7%	
			M	65,4%	63,6%	70,6%
			T	67,0%	71,5%	
Prácticas preventivas	13	Medida de la presión arterial (de 16 a 64 años)	H	43,2%	39,1%	
			M	42,1%	39,3%	50,6%
			T	42,7%	39,2%	
	14	Medida del nivel de colesterol (de 16 a 64 años)	H	55,2%	45,5%	
M			53,8%	47,9%	57,9%	
T	54,6%	46,5%				
15	Mamografía periódica (de 50 a 64 años)	M	94,0%	95,7%	93,6%	
16	Citología periódica (de 25 a 64 años)	M	82,3%	71,1%	76,6%	
Uso de los servicios sanitarios	17	Doble cobertura sanitaria (de 16 a 64 años)	H	29,1%	9,7%	
			M	32,9%	21,4%	15,3%
			T	30,9%	14,3%	
	18	Consumo de medicamentos en los últimos 2 días (de 16 a 64 años)	H	43,2%	45,2%	
			M	61,3%	62,1%	66,2%
			T	51,6%	51,9%	
	19	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (de 16 a 64 años)	H	82,8%	79,8%	
			M	94,9%	90,1%	92,6%
			T	88,4%	83,9%	
	20	Hospitalización en los últimos 12 días (de 16 a 64 años)	H	5,2%	6,5%	
			M	8,3%	8,5%	10,0%
			T	6,7%	7,3%	
21	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (de 16 a 64 años)	H	25,1%	27,6%		
		M	31,0%	37,7%	27,7%	
		T	27,8%	31,6%		
22	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (de 16 a 64 años)	H	87,5%	86,6%		
		M	86,6%	84,1%	87,6%	
		T	87,1%	85,6%		

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.

Diferencia significativa con un nivel de confianza del 95% respecto del valor en la población correspondiente que trabaja.

12. Evolución temporal

Muchos de los fenómenos relacionados con la salud tienen prevalencias diferentes según el sexo y, normalmente, son más prevalentes a medida que aumenta la edad. Es por eso que, para evitar el efecto confusor de algunos fenómenos que se estudian cuando se hacen comparaciones entre territorios o a lo largo del tiempo, se hace necesario tener en cuenta la estructura demográfica por sexo y edad de la población y estandarizar las estimaciones. A pesar de los casi veinte años transcurridos entre 1994 y el 2013, con un fuerte crecimiento de la población, cambios en la composición social y aumento de la esperanza de vida, el porcentaje de población de 65 años y más sobre el total no ha variado sustancialmente (el 16,7% en 1994 y el 17,4% en el 2013). La supervivencia más elevada de las mujeres, sin embargo, conlleva un envejecimiento relativo superior al de los hombres; así, en el 2013, el 15,0% de los hombres y el 19,8% de las mujeres tienen 65 años y más. A continuación, se presenta la evolución temporal de varios indicadores seleccionados en relación con el estado de salud, los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios (gráfico 32).

En relación con los indicadores estandarizados de estado de salud, la autopercepción positiva del estado de salud mejora a lo largo del periodo, a la vez que aumentan las prevalencias de población con problemas de salud crónicos, con hipertensión y con hipercolesterolemia. Con respecto a 1994, se mantienen las prevalencias de las personas en exceso de peso, de las personas en las que el dolor y el malestar disminuyen la calidad de vida, de las personas con discapacidad y de las personas que tienen riesgo de padecer un problema de salud mental.

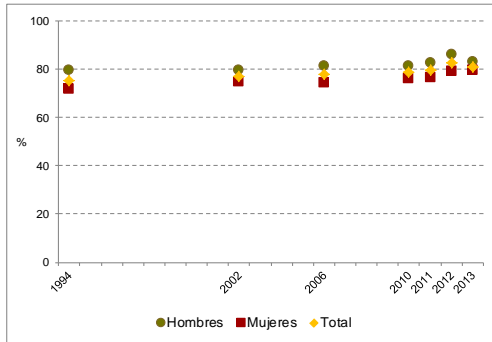
Con respecto a los estilos de vida, la tendencia descendente del consumo de tabaco se mantiene desde 1994, pero en cambio para las mujeres es superior en el 2013 con respecto a 1994. El sedentarismo en la población de 18 a 74 años y el consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 años y más se sitúan en el 2013 en unos porcentajes similares a los de 1994, después de un máximo en el 2006 y el 2010, respectivamente. Hay una tendencia decreciente de la actividad física saludable en la población de 15 a 69 años entre el 2010 y el 2013.

Con respecto a las prácticas preventivas, la medida de la presión arterial se mantiene estable en los niveles del 2002. La medida del nivel de colesterol en la sangre, la práctica de una citología periódica y la mamografía periódica se mantienen elevadas y estables.

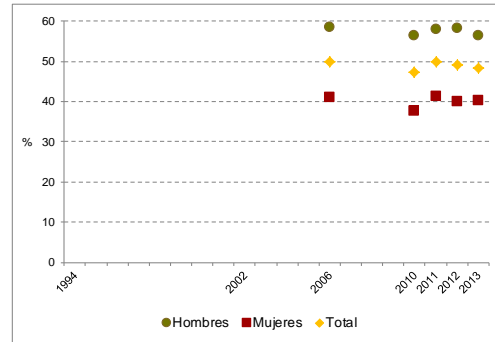
La doble cobertura sanitaria aumenta hasta un máximo en el 2010, momento a partir del que el porcentaje disminuye. El consumo de medicamentos muestra un patrón temporal similar. Las visitas a un profesional de la salud y a un servicio de urgencias en el último año y el porcentaje de hospitalizaciones de los últimos años se mantienen estables. Finalmente, la satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados en el último año se sitúa a niveles similares a los de 1994.

Gráfico 32. Tendencia de algunos indicadores de la ESCA, por sexo (porcentajes estandarizados por edad). Cataluña, 1994-2013

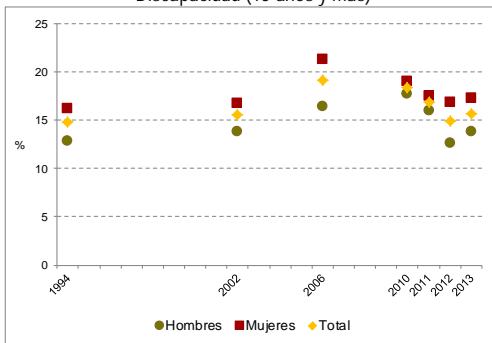
Autopercepción positiva del estado de salud (población general)



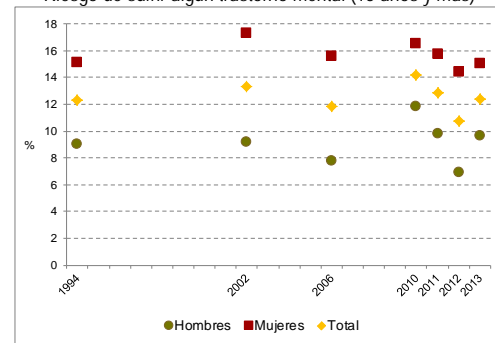
Exceso de peso (18-74 años)



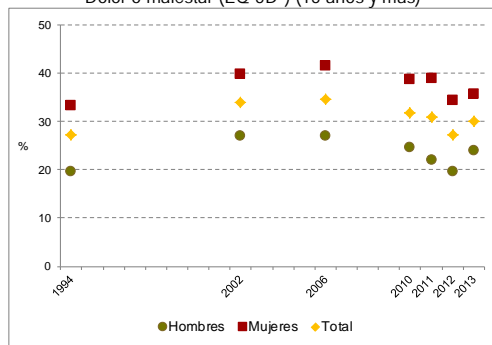
Discapacidad (15 años y más)



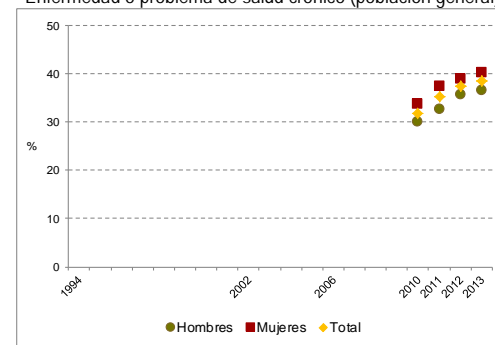
Riesgo de sufrir algún trastorno mental (15 años y más)



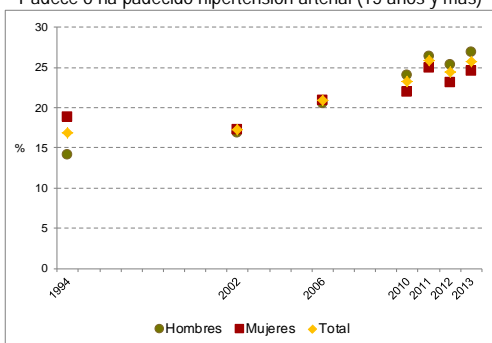
Dolor o malestar (EQ-5D^a) (15 años y más)



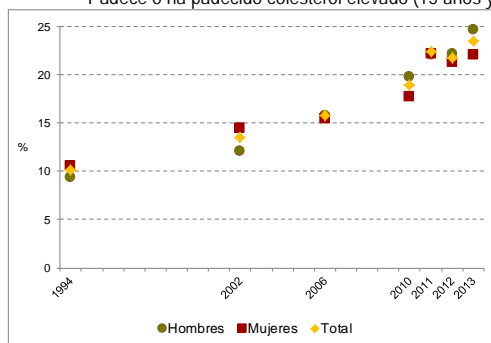
Enfermedad o problema de salud crónico (población general)



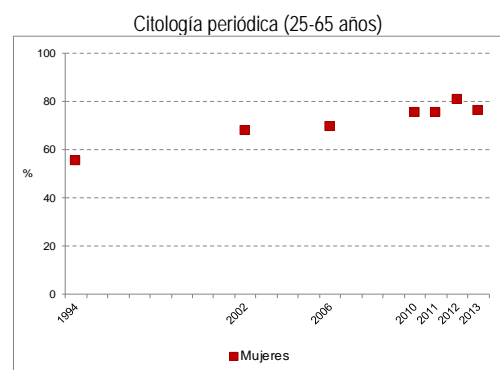
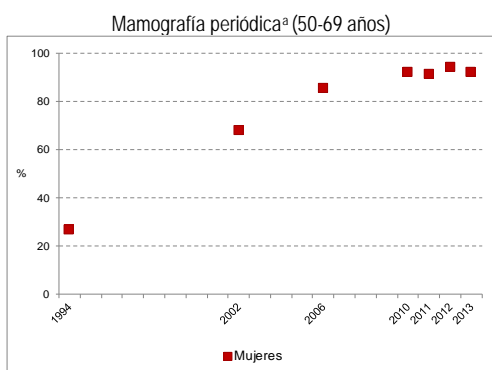
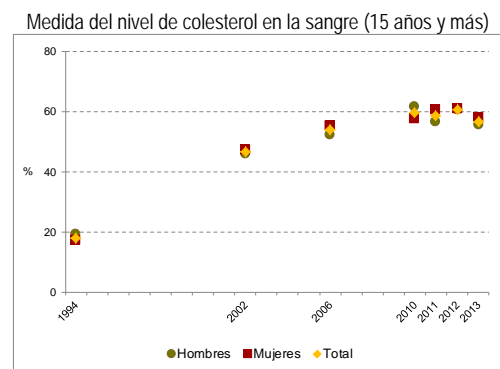
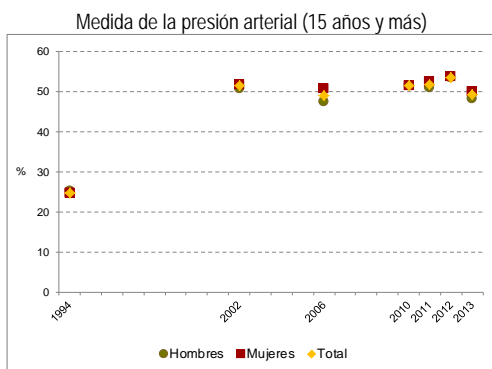
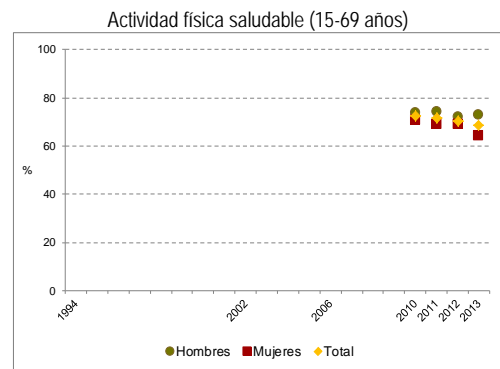
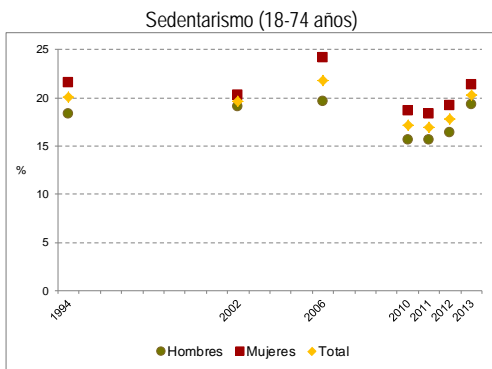
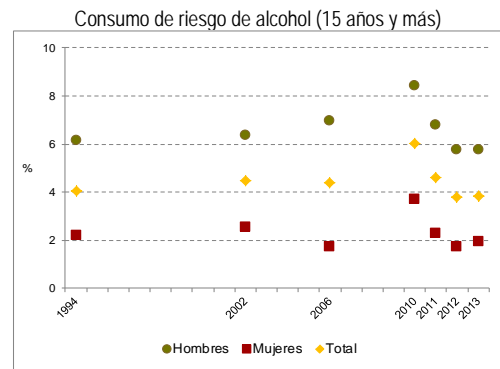
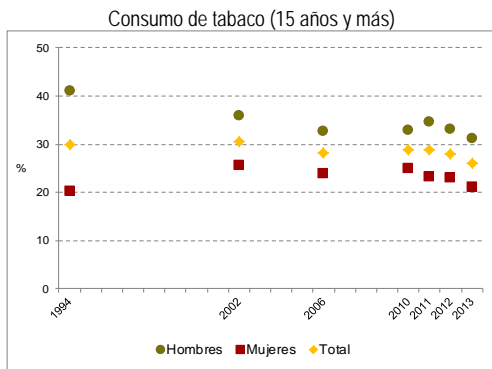
Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)



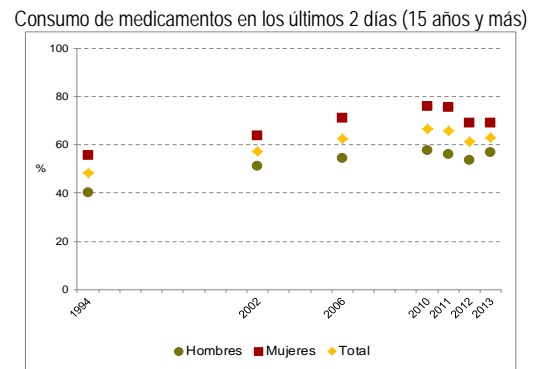
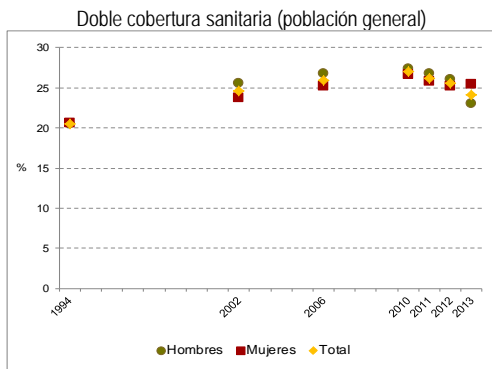
Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)



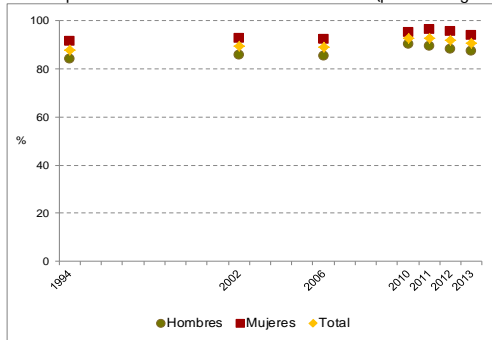
^a EQ 5D-3L: 1994, 2002, 2006, 2010. EQ 5D-5L: 2011, 2012, 2013.



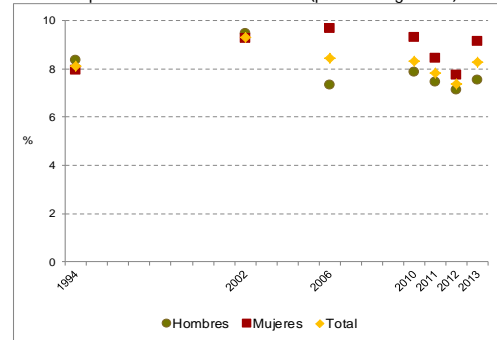
^a Proporciones no estandarizadas, específicas del grupo de edad de 50 a 69 años.



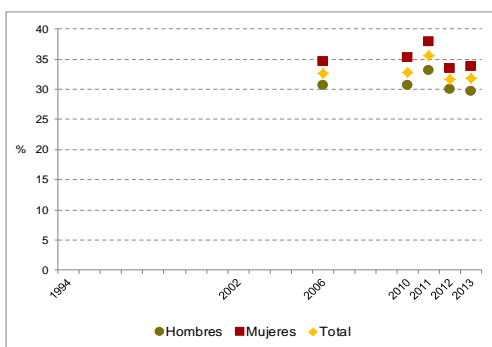
Visita a un profesional de la salud en el último año (población general)



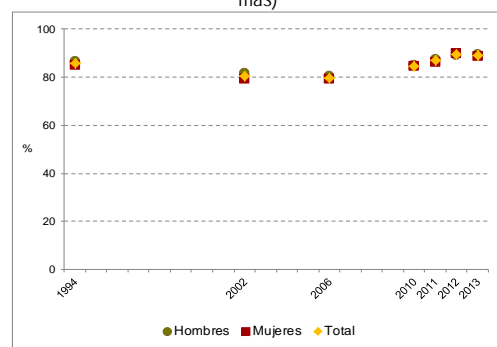
Hospitalización en el último año (población general)



Visita a urgencias en el último año (población general)



Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (15 años y más)



Estandarización según método directo. Población tipo a 1 de enero del 2013, según el Registro de Población del Idescat. Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012 y 2013. Departamento de Salud.

Segunda parte

- **La equidad en salud**

13. La equidad en salud

Se considera desigualdad en salud toda variación del estado de salud o del indicador de salud debida a una desventaja causada por el entorno y por los condicionantes socioeconómicos. Este apartado analiza las diferencias y las desigualdades sociales en salud, hábitos y comportamientos, y utilización de servicios de la población catalana a partir de la Encuesta de salud de Cataluña.

Desde el siglo XVIII, la salud pública consideraba aspectos como el entorno, las aguas, la higiene, la contaminación del aire y el amontonamiento como elementos fundamentales de la salud a raíz de la industrialización y del crecimiento de las ciudades.¹⁰ El siglo XXI es una etapa en la que la urbanización, los cambios demográficos y los retos sociales y culturales requieren nuevos instrumentos de análisis e intervención para la reducción de las desigualdades en salud.

La desigualdad muestra la más alta o más baja concentración o dispersión de la distribución de una variable en determinados grupos poblacionales definidos previamente (nivel de estudios y clase social). La constatación estadística de desigualdad no es suficiente para justificar la priorización de intervenciones, sino que es necesario que estas desigualdades sean inequitativas. El concepto de inequidad incorpora un juicio social y, por lo tanto, es relativo en el tiempo y el espacio. Margaret Whitehead y Goran Dahlgren, en una definición sobradamente aceptada por la comunidad científica, definen como inequitativas las desigualdades que son evitables, innecesarias e injustas.^{11.12.13} El modelo de Whitehead y Dahlgren, uno de los modelos sobre determinantes de la salud más extendidos para explicar las causas de las desigualdades, parte de las características personales del individuo (edad, sexo y factores hereditarios) y lo contextualiza en el entorno, desde el más inmediato hasta el más lejano: factores de estilos de vida individuales, apoyo social del entorno familiar y comunitario, condiciones de vida y de trabajo y condiciones socioeconómicas y culturales. También el modelo adoptado por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España¹⁴ observa determinantes estructurales y de contexto socioeconómico y político que definen una estructura social y una distribución de poder y de recursos. Esta jerarquía se refleja en los diferentes ejes de desigualdad.

Estas diferencias no son una cuestión de personas pobres y ricas, sino un problema de oportunidad, dado que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de disfrutar del potencial máximo de salud.¹⁵ El conocimiento de la magnitud, la distribución y las causas de estas desigualdades deben ser el paso previo para la articulación de políticas e intervenciones para reducirlas.¹⁶

Los determinantes de la salud influyen en el estado de salud, ya sea directamente o bien mediante los estilos de vida. La población que pertenece a la clase social más desfavorecida o que tiene un nivel de estudios más bajo presenta más problemas de salud, tanto con

respecto a la salud percibida como la que se mide a partir de los trastornos crónicos, el riesgo de sufrir problemas de salud mental o las discapacidades y la dependencia.

En las desigualdades en salud se hace visible un gradiente social, es decir, la esperanza de vida es más baja, la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud es peor y las enfermedades son más frecuentes a medida que el grupo social es más bajo en la escala jerárquica de la sociedad.^{17,18}

Un gran número de países y organizaciones internacionales han evidenciado la importancia de las desigualdades en salud. Entender la magnitud y la distribución de las desigualdades en salud en una comunidad es un paso previo para constatar la existencia de inequidad y, consiguientemente, para el desarrollo de políticas públicas para hacerle frente:^{11,15}

- Las desigualdades en salud son éticamente inaceptables.
- La mala salud es un factor de exclusión social.
- La salud pública se puede mejorar más eficientemente si se impulsa la salud en grupos de población con más problemas acumulados.
- Reducir las desigualdades sociales ayuda a disminuir el volumen de población con necesidad de atención sanitaria.
- Reducir las desigualdades provoca disminución de los costes de los servicios sociales y sanitarios.
- Reducir las desigualdades en salud aumenta la capacidad laboral de la población.

Cataluña disfruta de un sistema sanitario que ha evolucionado en el tiempo para dar respuesta a los nuevos retos asistenciales en un entorno de gasto sanitario creciente.¹⁹ En este sentido, la planificación sanitaria en Cataluña tiene como marco de referencia el Plan de salud de Cataluña,²⁰ que, en la línea de las orientaciones internacionales de política sanitaria, participa en la elaboración de la agenda estratégica del Gobierno con relación a los temas de salud, dando información sobre las necesidades de salud y servicios de la población y trazando los grandes ejes de intervención prioritaria.

Existe una diferencia entre las causas de la buena salud y las causas de las desigualdades en salud. Por lo tanto, hay que tenerlo en cuenta para que las intervenciones sean efectivas en sus objetivos. Los factores que generan una mejora en la salud de la población general — como, por ejemplo, las mejoras comunitarias en el medio ambiente, la higiene, el agua potable, la inmunización y las viviendas dignas— no siempre reducen las desigualdades en salud y, por lo tanto, factores como los ingresos, el nivel educativo y el sexo deben tratarse de forma diferente.²¹

La Encuesta de salud de Cataluña sirve como fuente de información para analizar las diferencias y las desigualdades en salud de la población y para identificar las necesidades y las inequidades y, consecuentemente, los problemas prioritarios.

El análisis de diferencias y desigualdades en el estado de salud y la utilización de servicios sanitarios que se ha llevado a cabo a partir de la Encuesta de salud de Cataluña 2006 y 2012-2013 combina tres ámbitos temáticos y cuatro ejes de desigualdad. Los ámbitos temáticos son los condicionantes y los estilos de vida, el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, y la utilización de los servicios sanitarios. Con respecto a los ejes de desigualdad, son la clase social según el empleo, el nivel de estudios, y el sexo y la edad. La edad se tiene en cuenta en los otros ejes, ya que se han estandarizado las frecuencias, con el método directo, por la edad de la población de Cataluña a 1 de enero del 2013.

La clase social según el empleo

La clase social según el empleo es una medida relevante de desigualdad social porque sitúa a cada individuo en la estructura social. En la ESCA es una variable *proxy* a partir del empleo actual o anterior de la persona encuestada, que se complementa con información sobre la actividad de la empresa y la situación laboral,²² y no expresa tanto la exposición a riesgos específicos del puesto de trabajo, como pueden ser los productos tóxicos o los accidentes laborales, como la descripción del tipo de entorno en el que vive la persona entrevistada.²³

La evidencia sobre la existencia de desigualdades en salud entre grupos socioeconómicos está reconocida por muchos expertos y países, e incluso la OMS ha declarado que uno de los objetivos en salud que hay que adoptar en todos los países es la reducción de las diferencias en el estado de salud y la morbilidad según las categorías sociales.²⁴

Según la clase social, se detectan diferencias en prácticamente todos los indicadores de salud. En general, las clases más desfavorecidas presentan unos niveles de salud peores, tienen comportamientos no saludables en proporciones más elevadas y hacen una utilización más elevada de los servicios sanitarios que las clases sociales más acomodadas.

La distribución de la población por clase social según el empleo en el 2013 se puede observar en las tablas 11 y 12. Por grupo de edad y sexo se observa que a medida que el grupo es de más edad pierden peso relativo las clases acomodadas y se concentra en las clases más desfavorecidas.

Tabla 11. Población general por clase social según el empleo, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

Clase social según empleo		0-14 años	15-44 años	45-64 años	65-74 años	75 años y más	Total
Hombres	Grupo I	16,8	10,7	9,1	9,5	9,1	11,1
	Grupo II	7,7	10,1	10,2	7,0	5,9	9,2
	Grupo III	27,4	30,2	28,8	24,9	18,4	28,1
	Grupo IV ^o	26,9	21,7	29,8	30,4	37,6	26,4
	Grupo IVb	11,4	14,6	13,8	23,3	20,2	15,0
	Grupo V	8,0	9,7	6,6	4,3	6,8	8,0
Mujeres	Grupo I	11,5	10,3	8,8	11,0	4,4	9,5
	Grupo II	12,3	12,4	13,8	5,3	6,7	11,5
	Grupo III	25,7	34,3	29,5	19,6	16,0	28,5
	Grupo IV ^o	23,5	18,5	22,1	22,5	23,9	21,1
	Grupo IVb	13,6	10,8	11,1	20,5	15,9	12,7
	Grupo V	10,3	11,4	10,3	11,1	14,4	11,3
Total	Grupo I	14,2	10,5	9,0	10,3	6,2	10,3
	Grupo II	9,9	11,2	12,0	6,1	6,4	10,3
	Grupo III	26,6	32,2	29,1	22,1	16,9	28,3
	Grupo IV ^o	25,3	20,1	25,9	26,2	29,2	23,7
	Grupo IVb	12,5	12,8	12,4	21,8	17,6	13,8
	Grupo V	9,1	10,5	8,5	7,9	11,5	9,6

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

Tabla 12. Población general por clase social según el empleo (agrupado), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013

Clase social según empleo		0-14 años	15-44 años	45-64 años	65-74 años	75 años y más	Total
Hombres	Alta (grupos I y II)	24,5	20,8	19,3	16,5	15,0	20,3
	Media (grupos III y IV ^o)	54,3	51,9	58,6	55,2	56,0	54,6
	Baja (grupos IVb y V)	19,4	24,3	20,4	27,6	27,0	22,9
Mujeres	Alta (grupos I y II)	23,8	22,8	22,6	16,2	11,1	21,0
	Media (grupos III y IV ^o)	49,2	52,8	51,6	42,1	39,9	49,6
	Baja (grupos IVb y V)	23,9	22,3	21,4	31,7	30,3	24,0
Total	Alta (grupos I y II)	24,1	21,7	21,0	16,4	12,6	20,6
	Media (grupos III y IV ^o)	51,9	52,4	55,0	48,3	46,1	52,1
	Baja (grupos IVb y V)	21,6	23,3	20,9	29,7	29,0	23,5

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

El nivel de estudios

El nivel de estudios se presenta como un factor explicativo de las desigualdades de salud, porque clasifica la población con unas características comunes que la hacen actuar de forma particular en todo aquello que afecta a la salud. Las explicaciones más recurrentes que justifican la elección del nivel de estudios como determinante individual de la salud se basan en el hecho de que un nivel de estudios más elevado ayuda a entender mejor la información sobre los riesgos en salud, permite una utilización más adecuada de los servicios de salud, sitúa a las personas en grupos socioocupacionales más elevados y atenúa los riesgos relacionados con situaciones de estrés, como el trabajo y la pérdida de este trabajo.^{25, 26}

En los últimos años, numerosos estudios han confirmado la existencia de diferencias entre el estado de salud de la población según el nivel de estudios, así como de desigualdades.^{27, 28, 29, 30, 31} La población con un nivel de estudios más elevado presenta tasas de morbilidad más bajas en gran parte de los trastornos crónicos, la esperanza de vida aumenta y las personas que han dedicado más años al estudio tienen comportamientos relacionados con la salud más positivos.³²

Un inconveniente del nivel de estudios es el efecto generacional, dado que las personas de edad avanzada tienen en general niveles de estudios más bajos al haber dispuesto de menos oportunidades. Sin embargo, esta fractura generacional se diluye en la población adulta y desaparece entre los grupos de edad más jóvenes, en los que el nivel de estudios alcanzados entre chicos y chicas se equipara.

Una de las explicaciones más recurrentes que justifican la elección del nivel de estudios como determinante individual de la salud se basa en que un nivel de estudios más elevado:

- Ayuda a absorber mejor la información sobre los riesgos en salud,
- permite una utilización más adecuada de los servicios de salud y
- atenúa los riesgos relacionados con el trabajo y su pérdida.

En este sentido, el nivel de estudios, además de la relación directa con la salud, también establece una relación indirecta, dado que entre las personas con nivel de estudios más elevados, especialmente en las mujeres, las tasas de empleo son más elevadas.

Algunos autores han estimado que el peso relativo del nivel de estudios es superior al de otros factores, como la renta, en la variación de las tasas de mortalidad en los Estados Unidos a lo largo de diez años (1955-1965).³⁵

En el 2013, la población de 15 años y más con estudios primarios o sin estudios representa el 21,0% de la población, el 59,0% tiene estudios secundarios y el 19,9% tiene estudios universitarios. Las mujeres alcanzan niveles de estudios más elevados. El porcentaje de población de 65 años y más con estudios universitarios es bajo, y es inferior en las mujeres con respecto a los hombres, mientras que el porcentaje de esta población con estudios primarios o sin estudios es muy elevado y es más alto en las mujeres que en los hombres.

La variable del nivel de estudios se encuentra condicionada por la edad de la población, porque la categoría “estudios primarios o sin estudios” se estructura básicamente por población de más de 64 años y, por otra parte, los universitarios son mayoritariamente población joven de menos de 45 años (tabla 13).

Tabla 13. Nivel de estudios de la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo (%). Cataluña, 2013

	Nivel de estudios	15-44 años	45-64 años	65-74 años	75 años y más	Total
Hombres	Primarios o sin estudios	10,8	14,0	37,3	55,9	18,1
	Secundarios	65,4	67,0	49,4	37,9	62,1
	Universitarios	23,5	18,9	13,3	6,1	19,7
Mujeres	Primarios o sin estudios	10,7	17,8	48,9	64,6	23,7
	Secundarios	62,0	61,7	42,9	32,7	56,1
	Universitarios	27,4	20,5	8,2	2,3	20,1
Total	Primarios o sin estudios	10,7	15,9	43,4	61,3	21,0
	Secundarios	63,8	64,3	45,9	34,7	59,0
	Universitarios	25,4	19,7	10,6	3,8	19,9

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

13.1. Los condicionantes y los estilos de vida

Las diferencias en la exposición a los riesgos para la salud o la protección contra estos y en la vulnerabilidad de las personas están relacionadas con los comportamientos de los individuos, que están determinados, entre otros aspectos, por el sexo, como factor biológico, y el género, como factor social, que ha influenciado de forma muy heterogénea las diferentes generaciones de mujeres que componen la sociedad actual. Otros factores estructurales del entorno³³ como, por ejemplo, los factores económicos, sociales y culturales,³⁴ influenciados por el nivel de estudios y la clase social, también determinan las diferencias y las desigualdades en los estilos de vida y los hábitos como el consumo de tabaco, el exceso de consumo de alcohol, el exceso de peso o las prácticas preventivas.

La importancia de los estilos de vida como variable intermedia para la salud ha sido sobradamente estudiada, y destacan las conclusiones de Mackenbach, cuando estima que las desigualdades sociales se traducen en diferencias en la esperanza de vida que oscilan entre los 4 y los 6 años en los hombres y entre los 2 y los 4 años en las mujeres.³⁵

Dahlgren y Whitehead³⁶ dan importancia al nivel de estudios como factor relevante para salir de la pobreza y modificar los estilos de vida que influyen en el estado de salud. Así, en su informe afirman que “generalmente, las calificaciones mejoran las oportunidades de la población de conseguir un buen trabajo y mejorar el nivel de vida. Eso, a su vez, favorece obtener los prerequisites para la salud: alimentación equilibrada, viviendas seguras, buen ambiente laboral y participación social”.

Las diferentes condiciones y estilos de vida analizados son el consumo de tabaco, el consumo de riesgo de alcohol, el sedentarismo y las prácticas preventivas.

El consumo de tabaco

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo para la salud en los países desarrollados y es un problema de salud pública porque afecta al bienestar psicológico, físico y social de la población.³⁷ En todas las edades, la prevalencia del tabaquismo^a es superior en los hombres que en las mujeres.

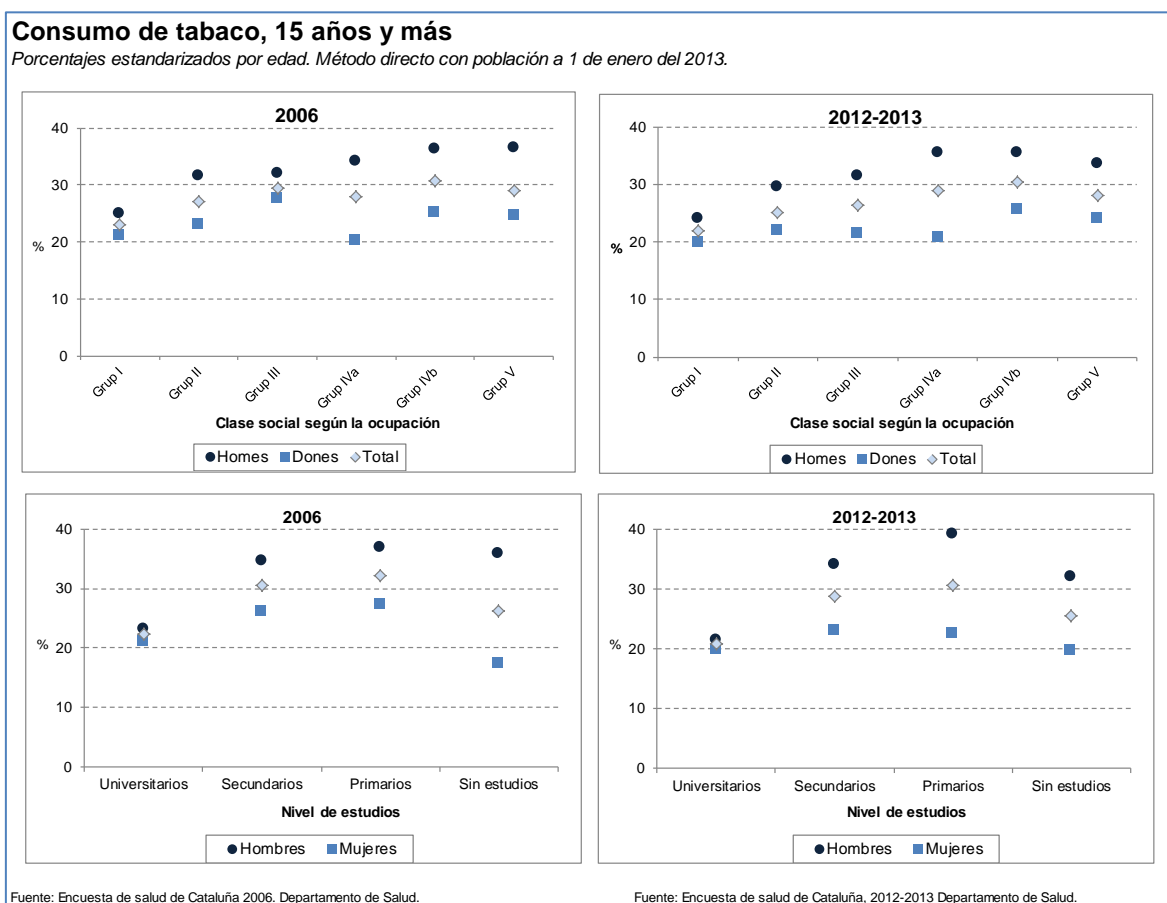
En toda Europa, en general, se ha observado una diferencia mayor en el consumo de tabaco en hombres y mujeres de nivel socioeconómico bajo, sobre todo si se calcula según el nivel de ingresos o el empleo. No obstante, hay excepciones en el sur de Europa, donde fumar parece que tiene más prevalencia en grupos socioeconómicos acomodados, sobre todo entre las mujeres.³⁸ En Cataluña, la prevalencia del tabaquismo aumenta a medida que la clase social es más desfavorecida. La proporción de fumadores es más baja en los grupos sociales más acomodados y entre los que tienen estudios universitarios. Por nivel de estudios, el consumo es similar entre los hombres y las mujeres con estudios universitarios, mientras que

a. Se entiende por persona fumadora la que fuma actualmente, tanto si es diaria como ocasionalmente.

en el resto de grupos sociales y niveles de estudios inferiores a los universitarios el consumo es siempre superior en los hombres.

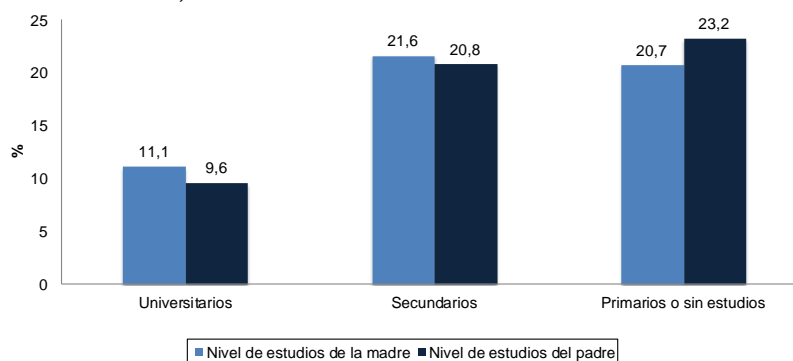
El patrón observado en el periodo 2012-2013 es el mismo del 2006.

Gráfico 33. Prevalencia de población de 15 años y más fumadora, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



El porcentaje de niños expuestos a las consecuencias negativas del tabaquismo por el hecho de convivir con personas fumadoras es superior cuanto más bajo es el nivel de estudios de la madre o del padre (gráfico 34).

Gráfico 34. Población de 0-14 años expuesta al humo del tabaco en casa por nivel de estudios de la madre y del padre. Cataluña, 2012-2013

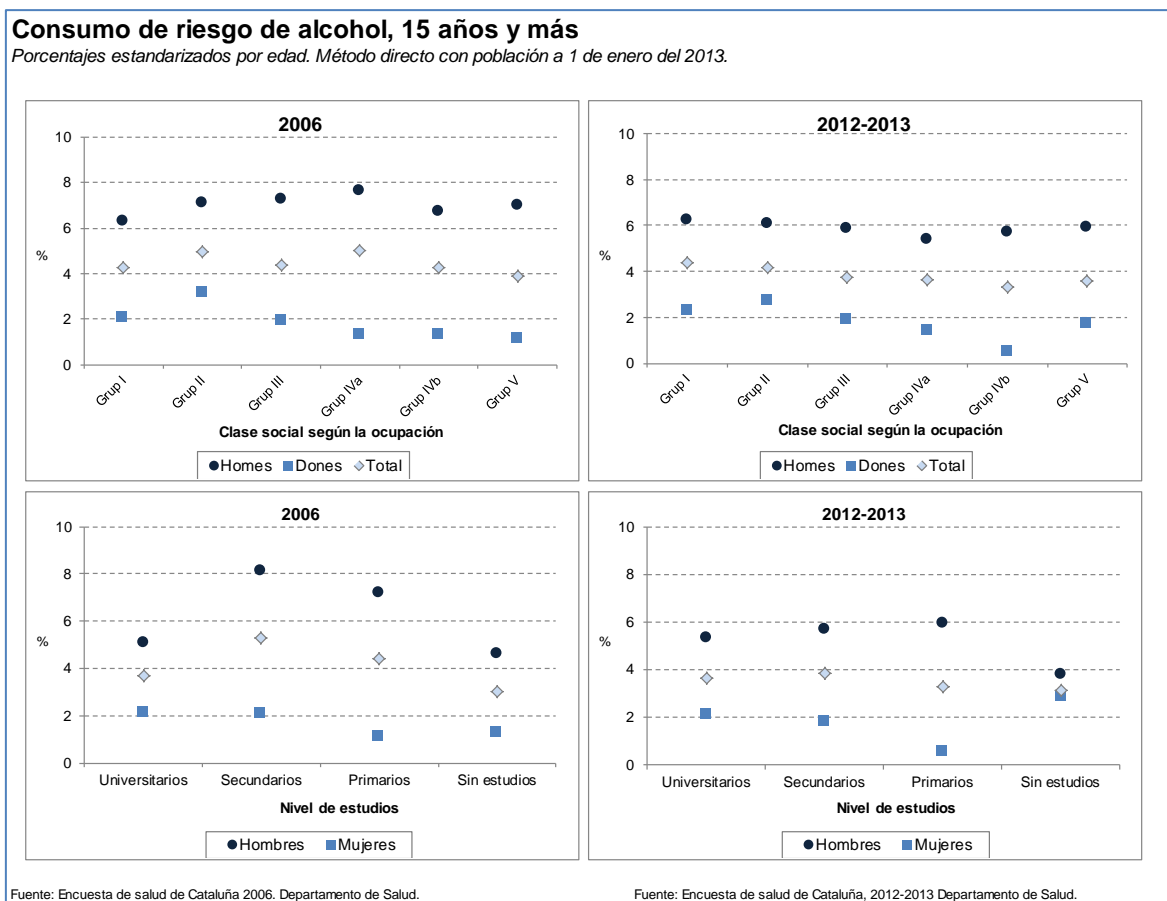


El consumo de riesgo de alcohol

La prevalencia de consumo de riesgo de bebidas alcohólicas^a es más elevada entre los hombres que entre las mujeres, la frecuencia es más elevada en los jóvenes, y disminuye a medida que la edad aumenta.

El consumo de riesgo de bebidas alcohólicas en el periodo 2012-2013 es ligeramente más elevado entre la población que pertenece a grupos sociales más acomodados. El consumo de alcohol presenta porcentajes más altos de bebedores de riesgo entre los hombres con estudios primarios y entre las mujeres con estudios universitarios. Con respecto al patrón observado en 2006 y en el periodo 2012-2013, por clase social se ha invertido la tendencia y se han reducido las diferencias entre los grupos por nivel de estudios.

Gráfico 35. Consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 años y más, por clase social y sexo y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



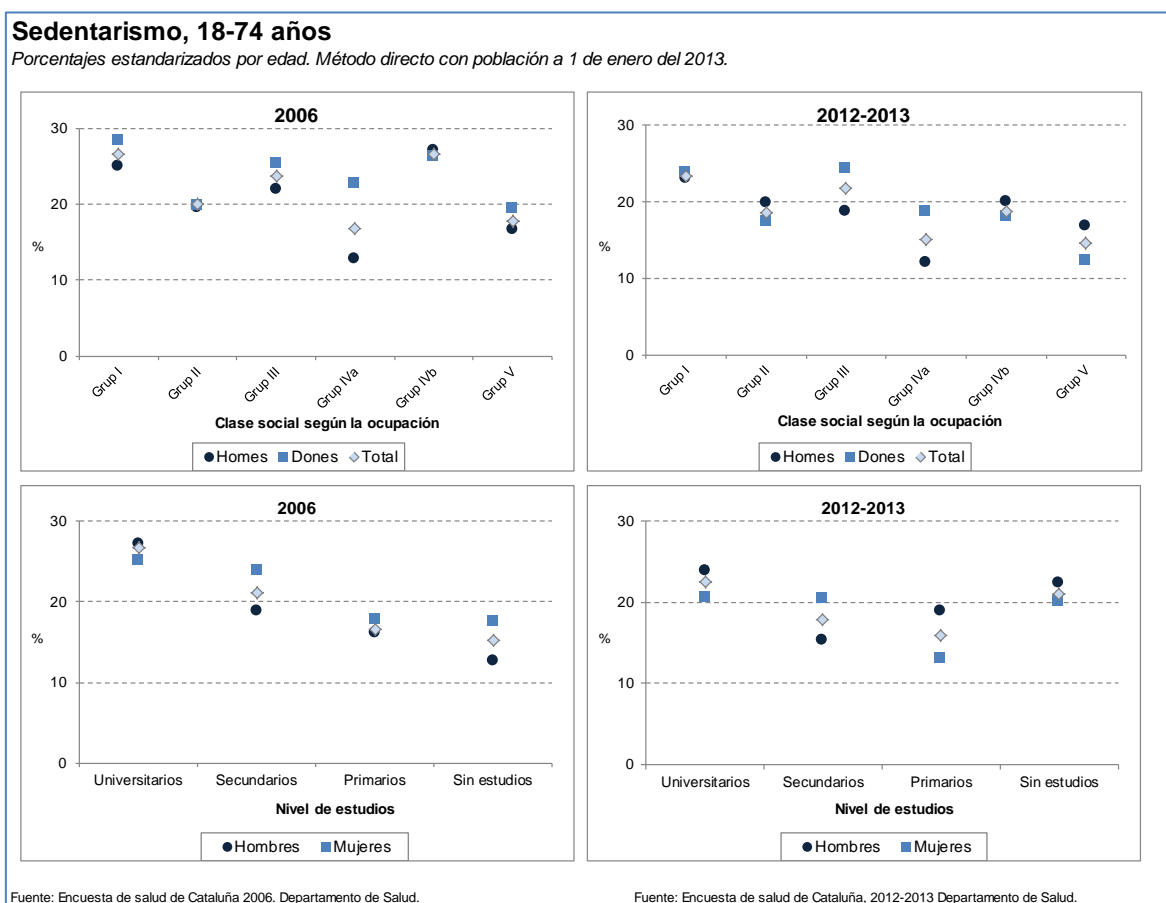
a. Un hombre es bebedor de riesgo si tiene un consumo igual o superior a las 28 unidades de bebida estándar a la semana; el número de unidades es de diecisiete para las mujeres. Consumir cinco o más consumiciones seguidas al menos una vez al mes también califica la persona como bebedora de riesgo de alcohol.

La actividad física

La práctica regular de actividad física durante toda la vida es importante para mantenerse sano, tanto físicamente como mentalmente. Los datos del 2013 muestran que los hombres dedican más tiempo a ello que las mujeres.

Los dos sexos muestran niveles de sedentarismo bastante similares según la clase social y el nivel de estudios, pero hay un gradiente más claro por la variable nivel de estudios que por la clase social. Los porcentajes más elevados de sedentarismo se producen entre las mujeres de clases medias y los hombres de clase alta, y entre los que tienen estudios universitarios y los que no tienen estudios. El patrón observado entre 2006 y 2012-2013 ha cambiado con respecto al nivel de estudios, de forma que en 2006 la población sin estudios era la más sedentaria y en el periodo 2012-2013 alcanza niveles similares a los de la población con estudios universitarios.

Gráfico 36. Población de 18 a 74 años sedentaria, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



En la población infantil, la relación de la clase social con la actividad física es muy relevante. Las actividades físicas extraescolares en la población de 3 a 14 años son más frecuentes en las clases más acomodadas, mientras que jugar en el patio o en la calle es más habitual entre los menores de las clases más desfavorecidas, con diferencias significativas entre los grupos

sociales extremos. Como se ha visto en el gráfico 29, la proporción de niños y niñas que realizan un ocio sedentario (miran la televisión y juegan al ordenador o con videojuegos más de dos horas al día, diariamente) aumenta, con valores estadísticamente significativos, a medida que las clases sociales son más desfavorecidas.

Las prácticas preventivas

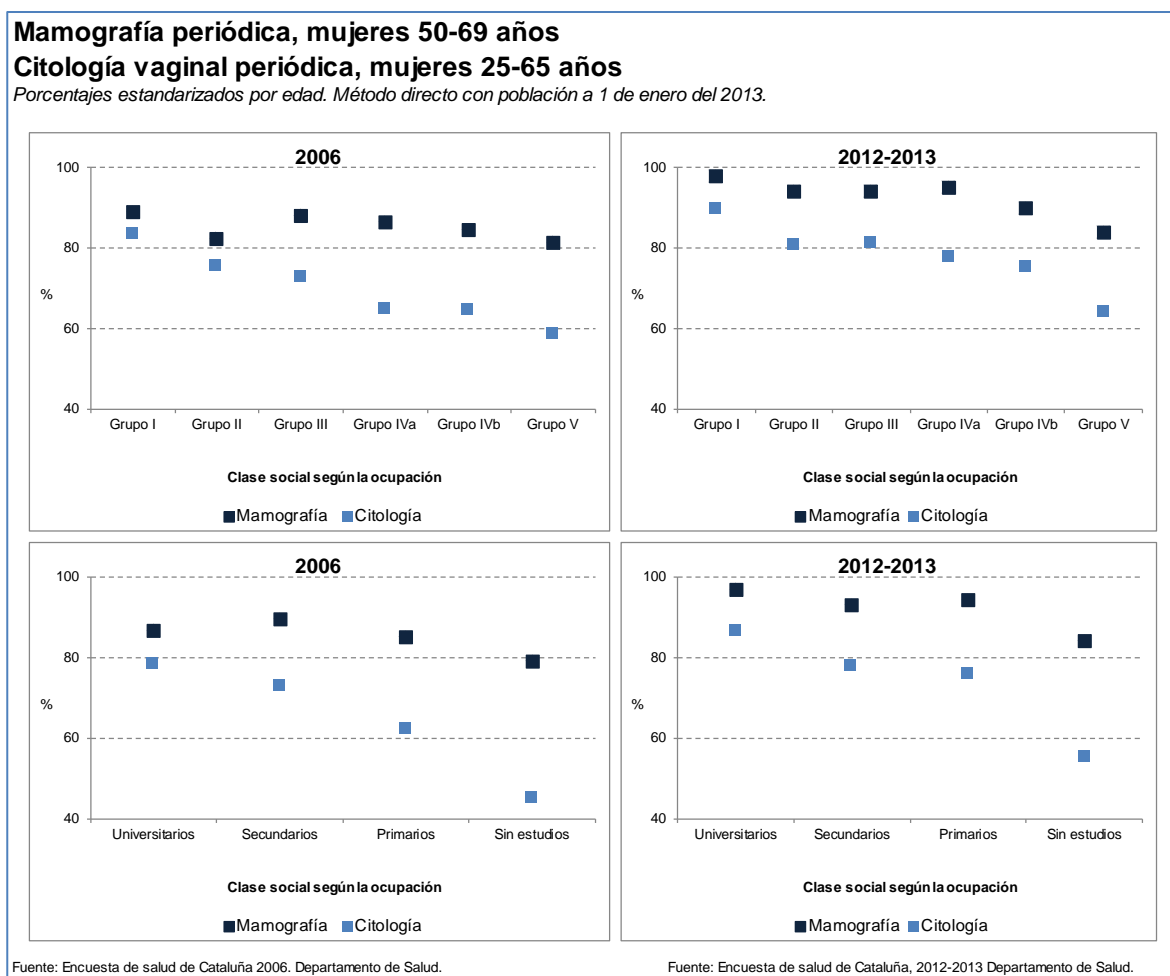
La actitud preventiva con respecto a la salud y los hábitos en general como la medida periódica de la presión arterial y del nivel de colesterol en la sangre es similar con respecto al sexo y la clase social, pero en relación con el nivel de estudios presenta un pequeño gradiente. La medida de la presión arterial aumenta a medida que los grupos tienen menos estudios, mientras que la medida del nivel de colesterol en la sangre disminuye ligeramente a medida que los grupos tienen un nivel de instrucción más bajo.

En relación con el periodo anterior, se observa que se han reducido las desigualdades entre clases sociales en ambas medidas y se mantiene el gradiente por el nivel de estudios de estas dos prácticas preventivas.

La práctica de la mamografía periódica en la población femenina de 50 a 69 años (grupo priorizado) presenta proporciones más elevadas en las clases sociales más acomodadas y entre las mujeres con estudios universitarios. La puesta en marcha del Programa poblacional de cribado de cáncer de mama en Cataluña, además de incrementar el número de mujeres que se hacen mamografías, ha hecho disminuir las diferencias, ya que las ha convertido en más accesibles. El incremento de la proporción de mujeres que se hacen mamografías ha sido más bajo entre las mujeres del grupo más desfavorecido y entre las que no tienen estudios.

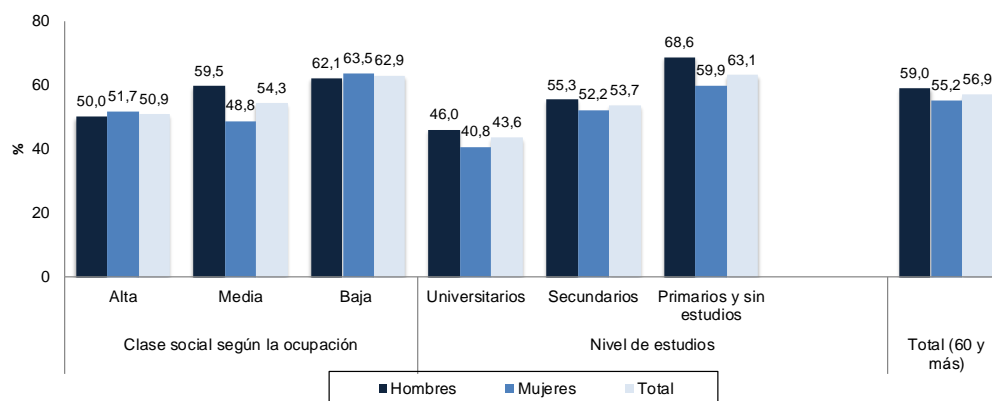
La realización de citologías, una práctica preventiva que no dispone de un programa poblacional, presenta un gradiente más claro, con una frecuencia más elevada entre las mujeres de las clases más acomodadas y de las mujeres con estudios universitarios.³⁹

Gráfico 37. Mujeres de 50 a 69 años que se hacen una mamografía periódicamente y mujeres de 25 a 65 años que se hacen una citología vaginal periódicamente, por clase social y por nivel de estudios. Cataluña, 2006 y 2012-2013



La proporción de personas de 60 años y más que se vacuna contra la gripe de forma regular cuando empieza el otoño aumenta a medida que las clases sociales son más desfavorecidas y entre la población con estudios primarios o sin estudios.

Gráfico 38. Población de 60 años y más que se vacuna de la gripe de forma regular, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2013



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2013. Departamento de Salud.

13.2. El estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud

La salud y la calidad de vida relacionada con la salud son conceptos multidimensionales que incorporan elementos de la salud física, mental y psicológica, así como otros conceptos como la autonomía o las relaciones sociales con el entorno. Algunas de las variables de la ESCA que permiten describir el estado de salud y la calidad de vida de la población son la autopercepción del estado de salud, el exceso de peso, y la calidad de vida (medida a partir del EuroQol), además de los trastornos crónicos, la discapacidad y la salud mental.⁴⁰

En el análisis de las desigualdades sociales hay dos visiones diferentes, pero complementarias, para explicar las prevalencias de problemas de salud en las clases bajas.⁴¹ Por ejemplo, en salud mental se pueden observar, por una parte, las evidencias que afirman que la causa se encuentra en el hecho de que la salud mental provoca la movilidad social de las personas, que pasan a ser de clases bajas; por otra parte, algunos estudios defienden la teoría de causa-efecto de las categorías sociales, ya que encuentran tasas más altas de enfermedades mentales entre aquellas personas que siempre han sido de clases bajas, presumiblemente porque están más expuestas a factores de riesgo y estrés y con menos recursos de apoyo.

El estado de salud

La percepción que las personas tienen de la propia salud expresa una sensación de bienestar individual, más allá de los problemas físicos o las enfermedades. Estudios comparativos entre países europeos indican la existencia de una relación entre el sexo y la percepción de la salud en la mayoría de lugares basada en una peor autovaloración de la salud en las mujeres que en los hombres, una relación que todavía es mayor si se introducen las variables de clase social y nivel de estudios.⁴²

A pesar de la influencia del envejecimiento, las personas que pertenecen a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y las que tienen niveles de estudios más bajos tienen una peor percepción de su estado de salud, sobre todo las mujeres.

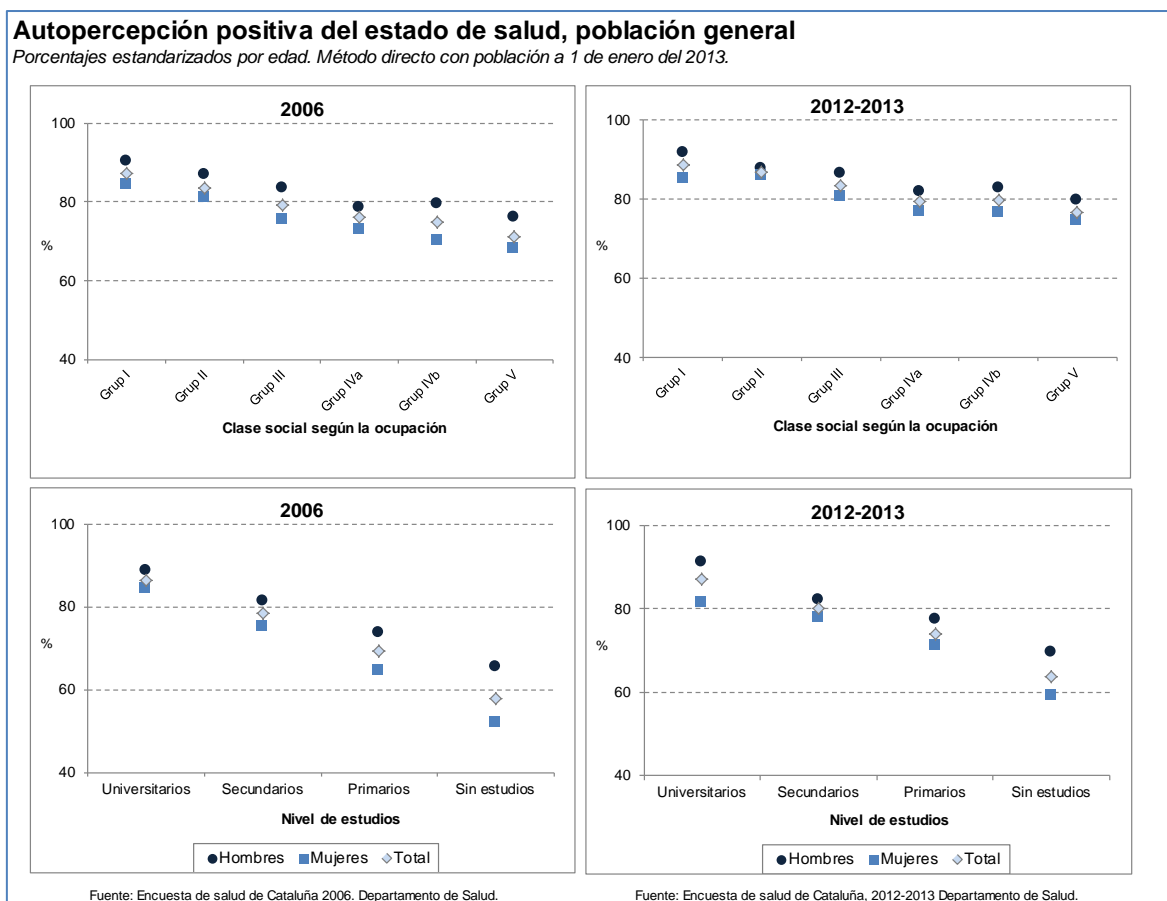
En Europa, las personas que pertenecen a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos perciben un estado de salud más negativo.³⁶ En Cataluña, según la ESCA 2012-2013, hay un gradiente muy claro de la autopercepción de la salud de la población tanto con respecto a la clase social como al nivel de estudios. Así, a medida que los grupos sociales son más desfavorecidos declaran en una proporción más elevada que tienen una salud regular o mala, y cuanto más bajo es el nivel de estudios peor es el estado de salud percibido por la población, especialmente en las mujeres.

En los menores, se observa también una relación de la clase social de la familia con el estado de salud; así, los niños y niñas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas

muestran un estado de salud peor, y los menores con madres con un nivel de estudios más bajo tienen una peor percepción de su estado de salud.

El gradiente observado en el 2006 se mantiene en el periodo 2012-2013.

Gráfico 39. Autopercepción positiva (excelente, muy buena y buena) del estado de salud en la población general, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



La calidad de vida relacionada con la salud

En cualquiera de las cinco dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud (medidas mediante el EQ-5D),^{a43,44} la proporción de población con problemas es menor entre las personas de las clases más acomodadas. El gradiente es todavía más acentuado en la variable del nivel de estudios, en el que la proporción de personas con problemas es más elevada a medida que la población tiene menos estudios o no tiene.

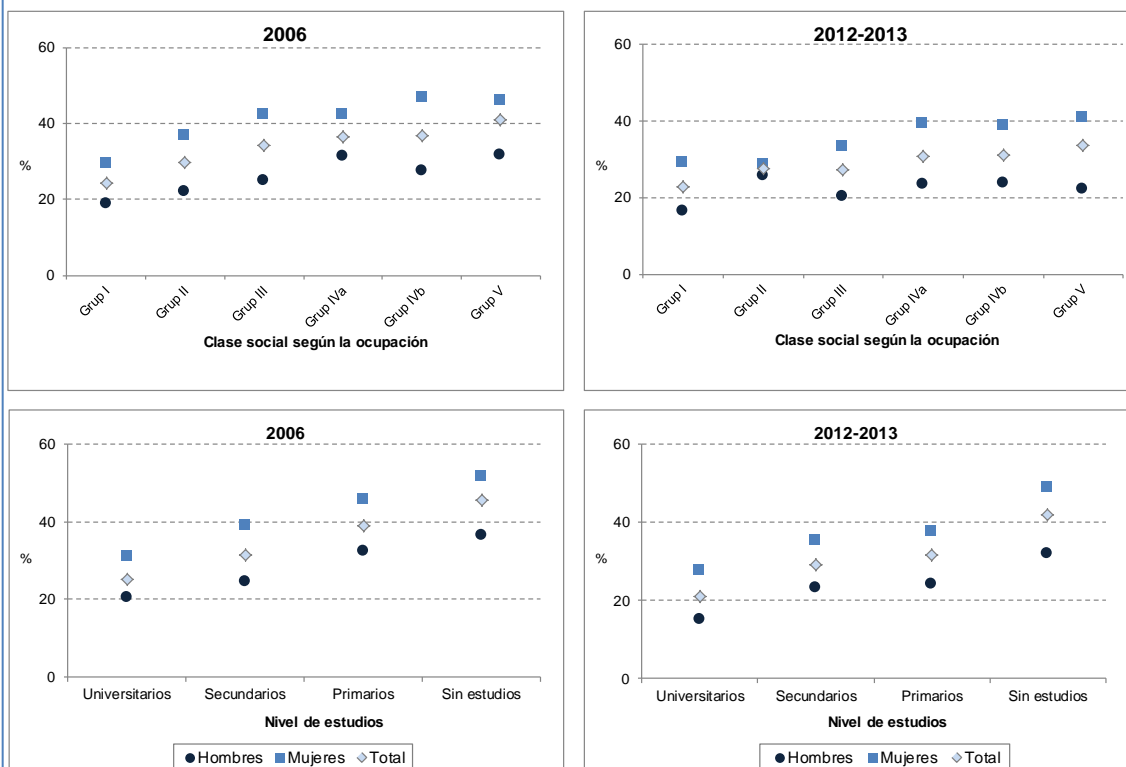
En relación con el 2006, el gradiente observado para la dimensión de dolor o malestar en el periodo 2012-2013 se mantiene prácticamente igual.

^a Los datos del 2006 se estiman mediante el EQ-5D-3L, y los del 2012-2013, con el EQ-5D-5L.

Gráfico 40. Población de 15 años y más con dolor o malestar (EQ-5D), por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013

Dolor o malestar (EQ-5D), 15 años y más

Porcentajes estandarizados por edad. Método directo con población a 1 de enero del 2013.



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2006. Departamento de Salud.

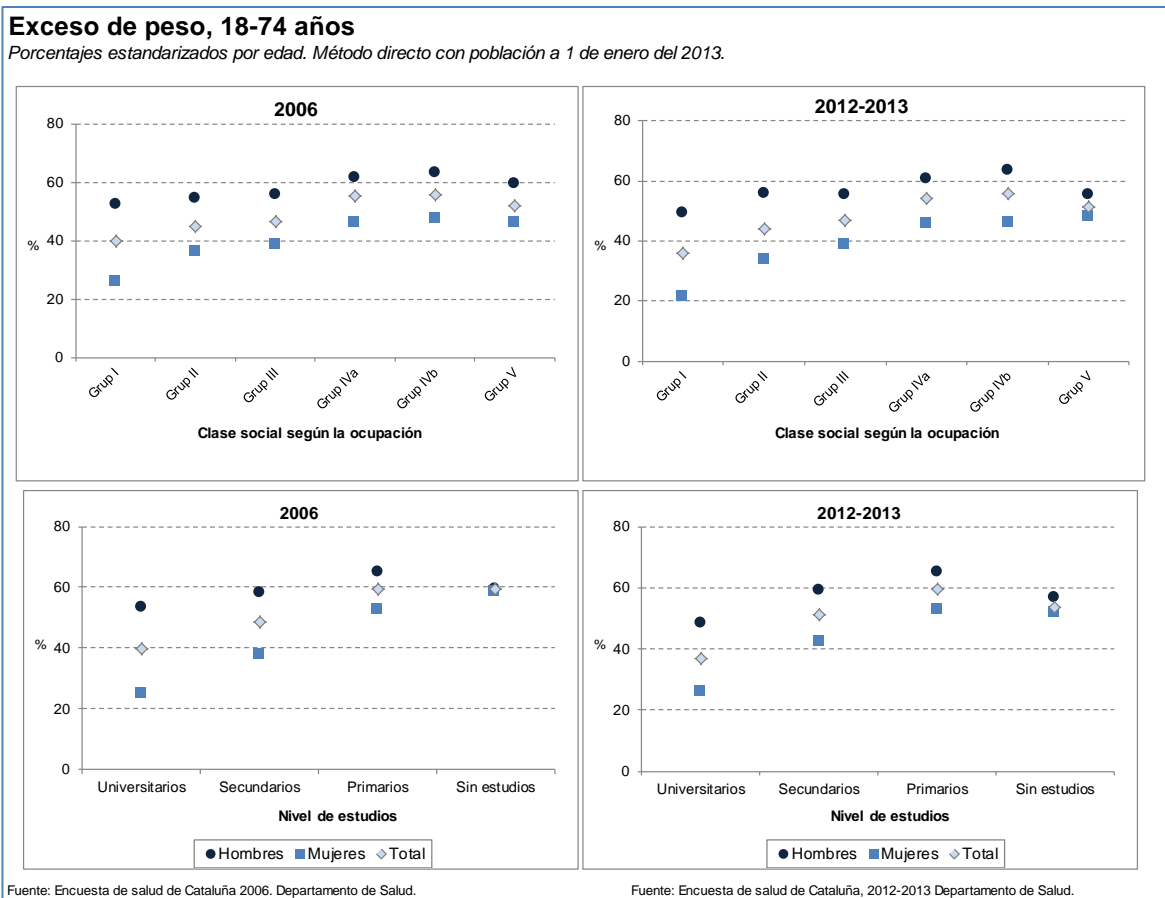
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.

El exceso de peso (sobrepeso y obesidad)

El exceso de peso es relativamente más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas y entre las personas que tienen estudios primarios o no tienen estudios. En la población infantil, el gradiente entre la clase social y el exceso de peso es también claramente observable con porcentajes más elevados de sobrepeso y obesidad en los niños y niñas de familias más desfavorecidas.

El patrón observado en el 2006 de más frecuencia de exceso de peso entre las clases sociales más desfavorecidas y entre las personas con un nivel de instrucción más bajo se mantiene en el periodo 2012-2013.

Gráfico 41. Población de 18 a 74 años con exceso de peso, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



Los trastornos crónicos

La ESCA estudia la presencia de trastornos crónicos a partir de una lista de 28 problemas de salud, seleccionados por la alta prevalencia que tienen en la población o porque generan un consumo de recursos importante. Los resultados de esta pregunta muestran que la presencia de trastornos crónicos es más frecuente en las mujeres que en los hombres, y que la comorbilidad es más elevada en las mujeres y en la población de edad avanzada.

Un estudio comparativo de ocho países europeos en población de 25 a 79 años durante la década de los años noventa muestra una gran diferencia de la prevalencia en problemas del sistema nervioso, cardiovasculares, diabetes y artritis según categorías sociales; no aparecen diferencias en problemas del sistema digestivo o problemas de la piel, y solo en la alergia hay más prevalencia en grupos socioeconómicos altos.⁴⁵

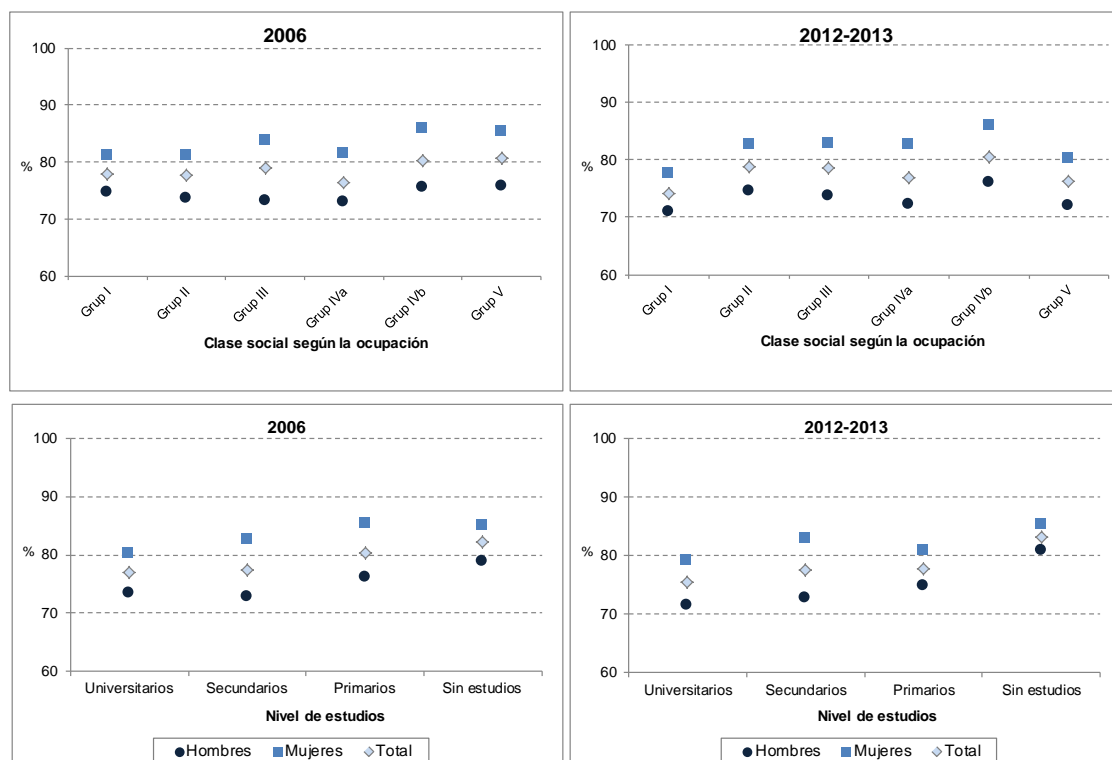
En Cataluña, los resultados del análisis del conjunto de trastornos crónicos del periodo 2006 ponen de manifiesto que a medida que las clases sociales son más desfavorecidas o con estudios más bajos aumenta la declaración de trastornos crónicos, y el gradiente es más

acentuado con respecto al nivel de estudios. Este patrón, en el periodo 2012-2013, es similar al del 2006.

Gráfico 42. Población de 15 años y más que sufre o ha sufrido algún trastorno crónico, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013

Padece o ha padecido algún trastorno crónico, 15 años y más

Porcentajes estandarizados por edad. Método directo con población a 1 de enero del 2013.



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2006. Departamento de Salud.

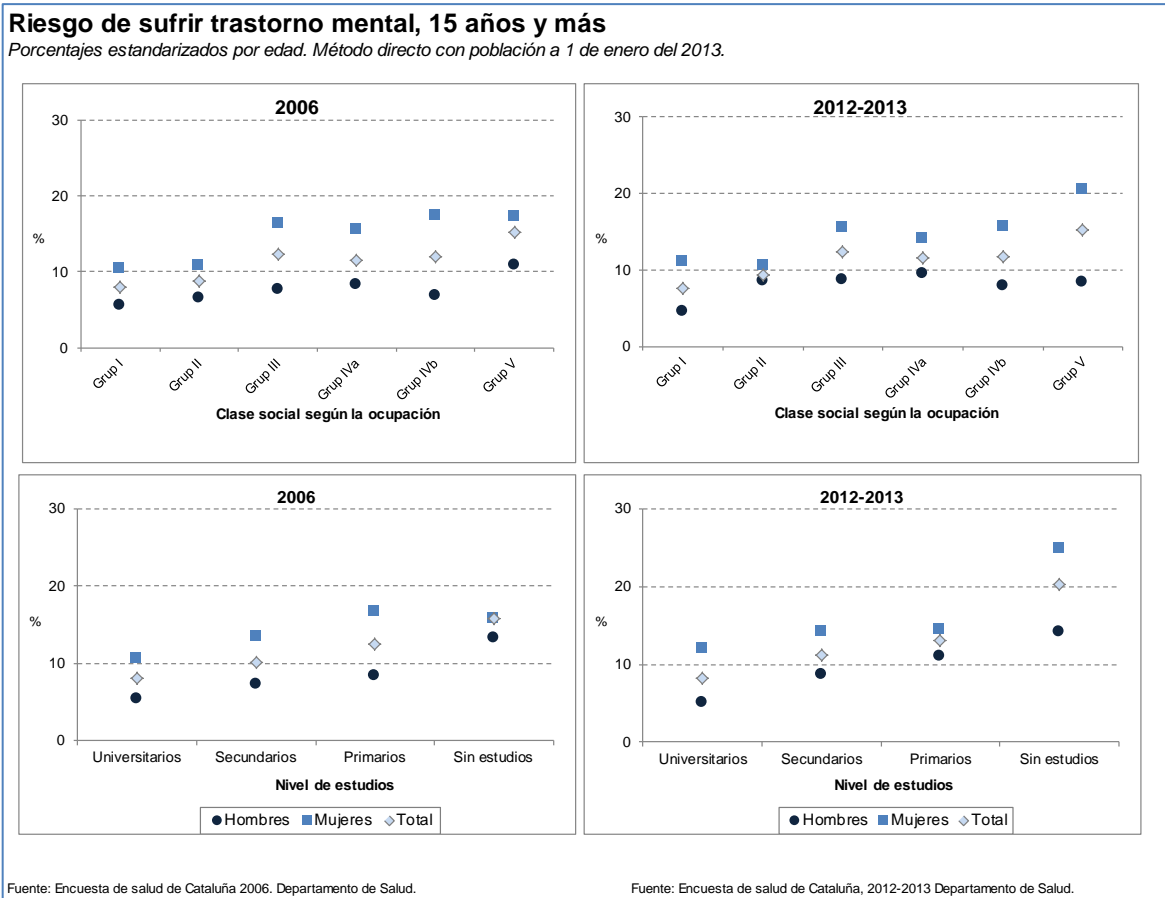
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.

Los trastornos mentales

En los grupos de edad, las mujeres tienen una probabilidad más elevada que los hombres de sufrir algún tipo de trastorno mental (ansiedad, depresión, insomnio, etc.) en el momento de la entrevista. El porcentaje de personas con riesgo de sufrir un trastorno mental es mayor entre las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas y entre las personas con estudios primarios o sin estudios.

El gradiente observado por clase social en el periodo 2012-2013 es similar al del 2006. Por nivel de estudios, el gradiente es más marcado en el periodo 2012-2013 que en el 2006.

Gráfico 43. Población de 15 años y más con riesgo de sufrir algún trastorno mental (Goldberg), por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013

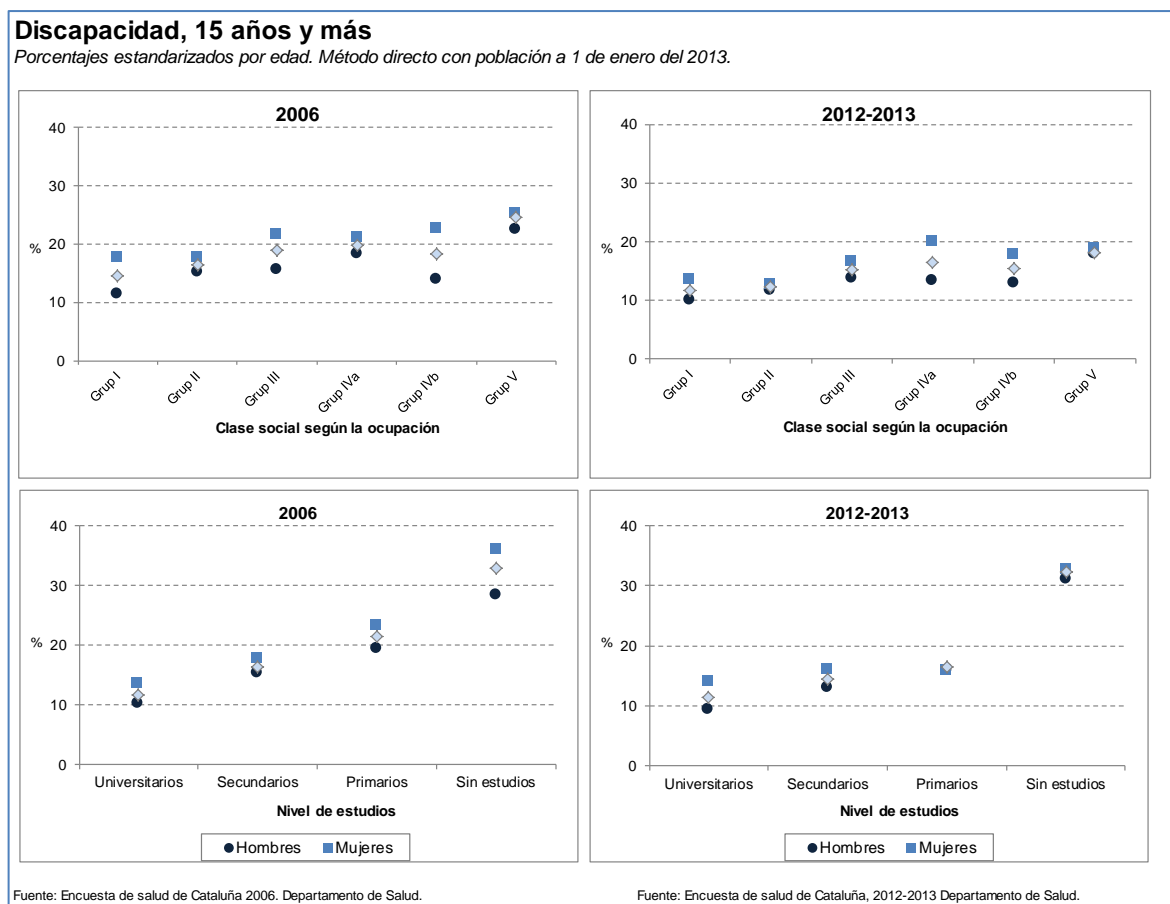


La discapacidad

La prevalencia de la discapacidad es más elevada entre las personas de 15 años y más de las clases más desfavorecidas. Por nivel de estudios, la proporción de adultos con discapacidad es más alta entre los que tienen estudios primarios o no tienen estudios que entre los que tienen estudios universitarios.

El patrón por clase social observado en el 2006 se mantiene en el periodo 2012-2013. Por nivel de estudios, el gradiente es más marcado en el periodo 2012-2013.

Gráfico 44. Población de 15 años y más que sufre alguna discapacidad, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013



13.3. La utilización de los servicios sanitarios

La utilización de los servicios asistenciales está relacionada con la oferta y la necesidad esperada o a través de la demanda.

Las personas mayores, y especialmente las mujeres, son las que más utilizan los servicios sanitarios asistenciales porque son los grupos de población que están más enfermos (trastornos crónicos, factores de riesgo, comorbilidad o discapacidad y dependencia). A esta necesidad y utilización más elevadas se añade, en las mujeres, la utilización que hacen como cuidadoras, porque no siempre que acuden a una consulta es para resolver problemas de salud personales, sino que también cumplen con su rol de cuidadoras de salud del entorno familiar.^{46,47}

El consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos en la población adulta es más elevado en las mujeres que en los hombres en todos los grupos de edad, salvo en el grupo de 65 a 74 años, en el que el porcentaje de consumo de medicamentos es más elevado en los hombres.

El porcentaje de población de 15 años y más que ha consumido algún medicamento no presenta diferencias por clase social. Por el nivel de estudios, entre las mujeres no se observan diferencias, pero sí un gradiente entre los hombres, entre los que, a medida que los grupos tienen un nivel de estudios inferior, hay un consumo más elevado de medicamentos.

En el periodo estudiado no ha variado el patrón por clase social ni por nivel de estudios, y no se han observado diferencias importantes para estas variables.

Visitas a profesionales de la salud

La utilización de servicios sanitarios asistenciales no presenta diferencias destacables según la clase social ni el nivel de estudios, aunque se observa una prevalencia ligeramente superior en la clase social más alta y entre los que tienen estudios universitarios.

El gradiente observado en el 2006, en el que las clases más acomodadas y los que tenían un nivel de instrucción superior visitaban en mayor proporción a algún profesional de la salud, no se mantiene en el periodo 2012-2013, pero se han reducido ligeramente las desigualdades por nivel de estudios, ya que no se observa el gradiente del 2006.

Población que ha sido hospitalizada

El patrón observado en el 2006, en el que había un porcentaje de hospitalización más elevado entre las clases más desfavorecidas y con un nivel de estudios más bajo, no se mantiene en el periodo 2012-2013, ya que actualmente no se observan diferencias importantes entre los grupos sociales ni por el nivel de estudios.

Población visitada en un servicio de urgencias

La proporción de población que ha sido visitada por un servicio de urgencias o que ha consultado uno presenta un pequeño gradiente por clase social y por nivel de estudios, de forma que, a medida que la población pertenece a grupos sociales más acomodados o dispone de un nivel de instrucción más alto, el porcentaje de población que ha sido visitada en un servicio de urgencias el pasado año es más pequeño. En el periodo 2012-2013 no se han producido cambios en relación con lo observado en el 2006.

La satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados

Durante el último año, el 67,8% de la población general ha utilizado más frecuentemente los servicios públicos, y el 16,5%, los privados, mientras que el 15,3% no ha utilizado ninguno. La utilización de servicios sanitarios públicos es superior entre las personas de edad avanzada.

Las desigualdades observadas en el 2006 por clase social y por nivel de estudios en la proporción de población satisfecha con los servicios sanitarios públicos utilizados el último año se han reducido en el periodo 2012-2013.

Gráfico 45. Población general satisfecha con los servicios sanitarios públicos que ha utilizado más frecuentemente el último año, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013

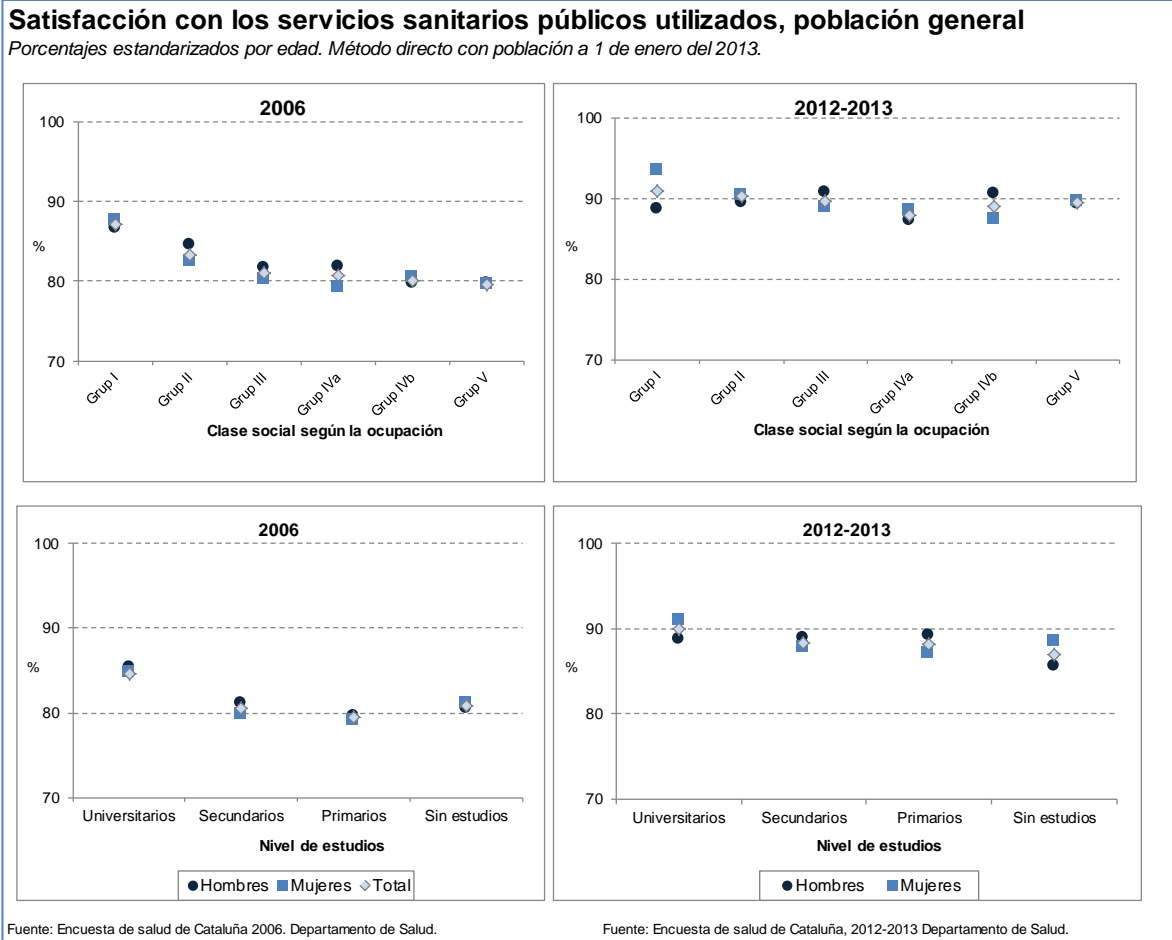


Tabla 14. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%), por clase social. Total. Cataluña, 2006 y 2012-2013^a

		2006												2012-2013																
		Clase social según la ocupación											Total	Clase social según la ocupación											Total					
		Alta		Media				Baja						Alta		Media				Baja										
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb		Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V										
%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%									
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (población 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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	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	Discapacidad (15 años y más)	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	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 años y más)	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	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	Mamografía periódica (mujeres de 50 a 69 años)	M	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	Citología vaginal periódica (mujeres de 25 a 65 años)	M	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 sanitaria (población 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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	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	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población 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	Hospitalización en los últimos 12 meses (población 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	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población 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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (población 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; M: mujeres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Año 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

^a Puede consultar los resultados de esta tabla por sexo en el anexo 3.

Tabla 15. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%), por nivel de estudios. Total. Cataluña, 2006 y 2012-2013^a

		2006							2012-2013									
		Nivel de estudios						Total	Nivel de estudios						Total			
		Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios			Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios					
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (15 años y más)	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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	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	Discapacidad (15 años y más)	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	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 años y más)	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	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	Mamografía periódica (mujeres de 50 a 69 años)	M	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	Citología vaginal periódica (mujeres de 25 a 65 años)	M	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 sanitaria (15 y más)	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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	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	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Hospitalización en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (15 años y más)	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; M: mujeres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Año 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

^a Puede consultar los resultados de esta tabla por sexo en el anexo 3.

Tercera parte

- **Qué hace el sistema de salud**

14. Qué hace el sistema de salud

El Plan de salud de Cataluña 2011-2015 es el instrumento del Departamento de Salud que da respuesta a los retos de futuro del sistema sanitario catalán, de acuerdo con el compromiso explícito del Gobierno de la Generalitat de conseguir la transformación necesaria del sistema de salud.⁴⁸ El Plan se estructura en tres ejes.

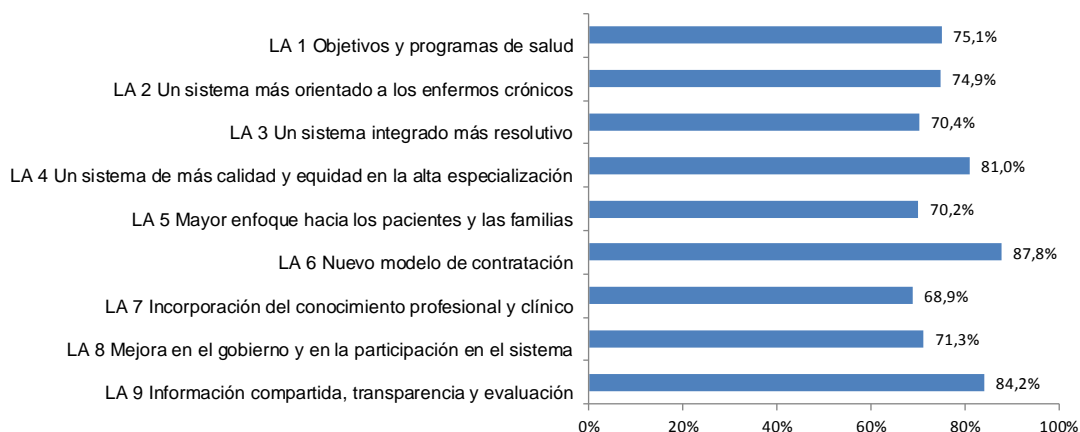
El **primer eje** plantea 27 objetivos de salud para afrontar los problemas de salud prioritarios, e incluye proyectos estratégicos como son los planes directores (cardiovascular, de oncología, de enfermedades del aparato respiratorio, de salud mental, de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor y sociosanitario) y la seguridad clínica de los pacientes atendidos en los centros asistenciales como medidas prioritarias para la mejora de la salud. También contempla que Cataluña se dotará de un plan interdepartamental de salud pública para reforzar la respuesta intersectorial a los principales problemas de salud que hay que afrontar.

El **segundo eje** está orientado a una transformación profunda y decidida del modelo asistencial. Supone un cambio de paradigma con respecto a la prevención y atención a la cronicidad, la resolución de los problemas más frecuentes en los primeros niveles asistenciales y la concentración de la alta especialización para alcanzar niveles de calidad y excelencia todavía mejores.

El **tercer eje** propone la modernización del modelo organizativo con un sistema más orientado al paciente y las familias, con la introducción de cambios en la contratación de los servicios asistenciales, la incorporación del conocimiento profesional y la mejora de la gobernanza, la transparencia y la evaluación.

Estos tres ejes se articulan en 9 líneas de actuación y 33 proyectos. El gráfico 46 resume el porcentaje de consecución de cada línea de actuación para el 2013, que se sitúa en el 76,2% para el conjunto de líneas de actuación previstas en el Plan de salud de Cataluña 2011-2015.

Gráfico 46. Porcentaje de consecución de las líneas de actuación (LA) del Plan de salud en el 2013



Fuente: Plan de salud de Cataluña, 2011-2015 Departamento de Salud.

14.1. Monitorización de los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña 2011-2015

El Plan de salud de Cataluña 2011-2015 establece en la línea 1.4 el compromiso de hacer el seguimiento anual de la evolución de los indicadores de evaluación de los 27 objetivos de salud fijados. Es fundamental conocer si la dirección y la intensidad del cambio son los adecuados con el fin de alcanzar el nivel comprometido en el horizonte temporal previsto, que es el 2015 para los objetivos de disminución de riesgo y el 2020 para los que se evalúan en términos de mortalidad y morbilidad. Por otra parte, hay que valorar la importancia de concretar las aspiraciones en cuanto a resultados en salud en forma de objetivos explícitos y medibles. En primer lugar, porque permite ver si se avanza en la dirección deseada y, en segundo lugar, porque añade más transparencia a la evaluación y rendición de cuentas. En el documento *Marcant fites*⁴⁹ se señala el punto de partida de los indicadores por cada uno de los objetivos de salud establecidos en el Plan y el nivel que hay que alcanzar, y al mismo tiempo introduce elementos de comparación con el Estado español y la Unión Europea.

Se presenta la actualización de los valores de los indicadores por cada objetivo.^a Se ha valorado si se avanza en la dirección y con la intensidad de cambio deseados a partir de la diferencia entre el valor del indicador observado y el valor estimado mediante una tendencia lineal entre el punto de referencia (valor inicial del 2011) y el valor que hay que alcanzar, según la naturaleza del objetivo, el 2015 o el 2020 (tabla 16). En este sentido, si se mantienen la tendencia y la intensidad del periodo 2011-2013:

Evolucionan favorablemente

El objetivo general que propone aumentar un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud (objetivo 1).

La reducción de las tasas de mortalidad por las enfermedades del aparato circulatorio, mortalidad por cáncer, mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, y mortalidad por ictus (objetivos 2, 3, 7 y 8).

La reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres (objetivo 9).

La disminución de la incidencia de la fractura de cuello de fémur (objetivo 12).

La disminución de la prevalencia del tabaquismo (objetivo 14).

La disminución de la prevalencia del exceso de peso (objetivo 17).

El incremento de la proporción de pacientes hipertensos con control de la hipertensión y de la proporción de pacientes de riesgo con valoración del riesgo cardiovascular (objetivos 18 y 19).

La reducción de los reingresos al cabo de 30 días de pacientes con ICC (objetivo 22).

^a El año de referencia de los valores de seguimiento de cada indicador son los últimos disponibles en fecha de junio de 2014. Así, corresponden a enero de 2014 cuando la fuente de información es el SISAP-ICS; a 2013, para la ESCA, el CMBDHA y algunos indicadores del VINCAt; a 2012, para otros indicadores del VINCAt y el RMC; y al seguimiento de la cohorte 2000-2004 en la supervivencia del cáncer.

Los objetivos para reducir las tasas de infección quirúrgica en prótesis de rodilla, prótesis de cadera, cirugía colorrectal y neumonía asociada a ventilación mecánica (objetivos del 24 al 27).

Hay que intensificar el ritmo para alcanzarlos

La reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias, mortalidad por enfermedades mentales, mortalidad por cáncer colorrectal y mortalidad por suicidio (objetivos 5, 6, 10 y 11).

La reducción de las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años (objetivo 13).

La disminución de la prevalencia del sedentarismo en la población (objetivo 15).

El aumento de la prevalencia de la práctica de actividad física saludable (objetivo 16).

La reducción de los reingresos al cabo de 30 días de pacientes con diabetes y con MPOC (objetivos 20 y 21).

La reducción de la tasa media de la infección nosocomial global (objetivo 23).

El objetivo de incrementar la supervivencia por cáncer a los cinco años (objetivo 4) se actualiza con periodicidad quinquenal. El último resultado disponible, para hombres y para mujeres, es del 2012, y muestra una evolución favorable.

Tabla 16. Objetivos de salud y de disminución de riesgo del Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Situación en 2013

Núm.	Objetivo Indicador		Punto de referencia inicial	2013*	Objetivo 2020	Valoración ¹
De aquí al 2020 hay que...						
1	Aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en hombres y en mujeres <i>Cociente entre la esperanza de vida con buena salud y la esperanza de vida por sexo (%)</i>	Hombres	82,3	82,3	86,4	+++
		Mujeres	74,1	77,5	77,8	
		Total	78,0	79,8	81,9	
2	Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades del aparato circulatorio</i>	Hombres	202,4	189,1	161,9	+++
		Mujeres	124,4	118,8	99,5	
		Total	158,6	149,5	126,8	
3	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por cáncer <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de cáncer</i>	Hombres	275,3	261,1	247,8	+++
		Mujeres	125,6	119,3	113,0	
		Total	189,5	180,5	170,6	
4	Incrementar en un 15% la tasa de supervivencia por cáncer a los cinco años <i>Supervivencia relativa por cáncer a los 5 años (%)</i>	Hombres	46,0	ND	52,9	ND
		Mujeres	56,4	ND	64,9	
		Total	50,2	ND	57,7	
5	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades del sistema respiratorio</i>	Hombres	87,6	89,5	78,8	---
		Mujeres	31,2	33,9	28,1	
		Total	53,3	55,9	48,0	
6	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades mentales</i>	Hombres	24,7	26,5	22,2	---
		Mujeres	24,0	24,9	21,6	
		Total	24,6	26,0	22,1	
7	Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en un 15% <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades isquémicas del corazón</i>	Hombres	71,3	66,8	60,6	+++
		Mujeres	26,8	26,3	22,8	
		Total	45,8	43,5	38,9	
8	Reducir la tasa de mortalidad por ictus en un 15% <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades cerebrovasculares</i>	Hombres	41,6	39,7	35,3	+++
		Mujeres	30,6	28,2	26,0	
		Total	35,4	33,2	30,1	
9	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en un 10% <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de tumor maligno de mama</i>	Mujeres	21,4	18,2	19,2	+++
10	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en un 5% <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de tumor maligno colorrectal</i>	Hombres	36,5	35,8	34,7	---
		Mujeres	17,1	17,5	16,2	
		Total	25,3	25,3	24,1	
11	Mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio <i>Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de suicidios y autolesiones</i>	Hombres	8,5	9,6	< 8,5	---
		Mujeres	2,4	3,1	< 2,4	
		Total	5,3	6,2	< 5,3	
12	Reducir la incidencia de la fractura de cuello de fémur en un 10% en las personas entre 65 años y más <i>Tasa de ingreso hospitalario por 10.000 h. estandarizada por edad por fractura de cuello de fémur en población de 65 años y más</i>	Hombres	48,7	39,9	43,9	+++
		Mujeres	83,2	89,5	74,9	
		Total	70,5	68,4	63,4	
13	Reducir en un 10% las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años <i>Tasa de amputaciones por 10.000 h. en personas con diabetes de 45 a 74 años</i>	Hombres	39,5	42,8	35,6	---
		Mujeres	10,8	12,9	9,7	
		Total	27,4	30,1	24,7	

* Los datos de mortalidad correspondientes a los objetivos 1-3, 5-11, son del año anterior (2012).

1 +++: evolución favorable

+: evolución favorable, pero en menor medida respecto a lo que sería esperable

---: evolución desfavorable

ND: No disponible a corto/medio plazo

NP: No pertinente

Núm.	Objetivo Indicador		Punto de referencia inicial	2013	Objetivo 2015	Valoración ¹
De aquí al 2015 hay que...						
14	Reducir la prevalencia de tabaquismo por debajo del 28% <i>Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15 años y más (%)</i>	Hombres	35,8	32,2	NP	+++
		Mujeres	23,4	20,4	NP	
		Total	29,5	26,5	< 28,0	
15	Reducir la prevalencia de sedentarismo por debajo del nivel del 2010 <i>Prevalencia de sedentarismo en población de 18 a 74 años (%)</i>	Hombres	15,4	19,2	< 15,5	---
		Mujeres	18,3	21,4	< 18,7	
		Total	16,8	20,3	< 17,1	
16	Incrementar en un 10% la proporción de personas adultas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable por semana <i>Prevalencia de actividad física saludable (moderada y alta de la IPAQ) en población de 15 a 69 años (%)</i>	Hombres	74,1	72,8	81,5	---
		Mujeres	69,0	64,4	75,9	
		Total	71,6	68,6	78,8	
17	Reducir la prevalencia de peso (sobrepeso o obesidad) en la población por debajo de los niveles del 2010 <i>Prevalencia de exceso de peso declarado en población de 18 a 74 años (%)</i>	Hombres	57,4	56,2	< 56,6	+
		Mujeres	41,5	40,7	< 38,2	
		Total	49,5	48,5	< 47,4	
18	Incrementar en un 15% la proporción de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de PA < 140/90 mmHg <i>Porcentaje de pacientes hipertensos atendidos a la atención primaria con valores de PA < 140/90 mmHg (%)</i>	Total	63,3	69,7	72,8	+++
19	Incrementar en un 15% la proporción de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular <i>Porcentaje de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la atención primaria con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular (%)</i>	Total	84,0	92,0	96,6	+++
20	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con diabetes <i>Porcentaje de pacientes con diabetes con reingreso a los 30 días (%)</i>	Total	5,5	6,2	4,7	---
21	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con enfermedad pulmonar obstructora crónica (MPOC) <i>Porcentaje de pacientes con MPOC con reingreso a los 30 días (%)</i>	Total	17,1	17,4	14,5	---
22	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) <i>Porcentaje de pacientes con ICC con reingreso a los 30 días (%)</i>	Total	15,5	14,5	13,2	+
23	Reducir la tasa media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7% <i>Prevalencia de infección nosocomial global (%)</i>	Total	7,0	7,7	< 7,0	---
24	Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de rodilla por debajo del 3,5% <i>Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de prótesis de rodilla (%)</i>	Total	3,0	2,5	< 3,5	+++
25	Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de cadera por debajo del 3% <i>Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de prótesis de cadera (%)</i>	Total	2,8	2,4	< 3,0	+++
26	Reducir la tasa de infección quirúrgica en cirugía colorrectal por debajo del 21% <i>Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de colon y recto (%)</i>	Total	20,6	18,2	< 21,0	+++
27	Reducir la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de los 12 episodios por 1.000 días de ventilación <i>Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica</i>	Total	5,6	6,2	< 12	+++

1 +++: evolución favorable

+: evolución favorable, pero en menor medida respecto a lo que sería esperable

---: evolución desfavorable

ND: No disponible a corto/medio plazo

NP: No pertinente

14.2. Elaboración y despliegue del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP)

A partir del Acuerdo de Gobierno de 20 de noviembre de 2012 se creó la Comisión Interdepartamental de Salud, encargada de la elaboración del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP),⁵⁰ de acuerdo con lo establecido por la Ley 18/2009, de 22 de octubre, de salud pública,⁵¹ con el fin de llevar a cabo las intervenciones sobre los determinantes de la salud de la población, que requieren un abordaje conjunto desde muchos sectores sociales y de la Administración pública, tanto la autonómica como la local.

Proteger y mejorar la salud de la población requiere la acción de todos los sectores del Gobierno, de las Administraciones Públicas y de la sociedad en general, mediante las intervenciones sobre los principales determinantes de la salud, tanto colectivos como individuales. Así, el PINSAP sigue las recomendaciones de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud “Salud en todas las políticas”, recogida en los planteamientos de la Estrategia de salud 2020 de este organismo internacional.⁵²

Durante el 2013 se debatieron los contenidos y formularon las propuestas y líneas de trabajo y las acciones prioritarias, con el horizonte 2015, que finalmente quedaron recogidas en el documento definitivo aprobado por el Acuerdo de Gobierno el 18 de febrero de 2014, fecha en la cual se iniciaron las tareas para hacer operativo el PINSAP.

Así, a lo largo del 2013, el PINSAP inicia un proceso gradual de fomento de la intersectorialidad en el diseño y la práctica de iniciativas sobre los determinantes de la salud, con los siguientes objetivos:

- Mejorar la salud de la población a partir de la acción interdepartamental e intersectorial.
- Incorporar efectivamente la salud como uno de los ejes de la política gubernamental, siguiendo la estrategia “Salud en todas las políticas”.
- Implicar todos los departamentos del Gobierno para que puedan capitalizar la influencia positiva que tienen sobre la salud.
- Mejorar la coordinación y promover sinergias que comporten un incremento de la efectividad, eficiencia y equidad de las intervenciones intersectoriales sobre la salud y el bienestar de la población.

Inicialmente, se reconocieron e inventariaron las acciones sectoriales e intersectoriales que influyen la salud poblacional de forma relevante por parte de cada departamento de la Generalitat. Y, posteriormente, se ha elaborado una propuesta de intervenciones conjuntamente con otros agentes sociales.

El diseño de la propuesta se ha elaborado teniendo en cuenta el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead,⁵³ que permite una fácil visualización de la influencia de los

diversos sectores de la sociedad sobre la salud de la población. Este modelo se ha adaptado con las aportaciones referidas a las desigualdades sociales que influyen en la salud, los efectos de la crisis en los ámbitos locales y otros criterios referidos a influencias socioeconómicas y culturales. La selección de las intervenciones propuestas ha tenido muy presente los criterios de factibilidad, dado que se trata de medidas que los departamentos responsables habían iniciado, de pertenencia hacia la protección y la promoción de la salud, así como los derivados del valor añadido que incorporan como acciones del PINSAP.

Por eso, a finales del 2013, la Comisión seleccionó entre las diversas actuaciones departamentales algunas de las que tienen más incidencia sobre las condiciones de vida y que más pueden contribuir a reducir las desigualdades en salud. Asimismo, se consultó una cuarentena de entidades potencialmente implicadas y representativas de la Administración local, de otras instituciones, de los agentes sociales y económicos, de las sociedades científicas implicadas, de las corporaciones profesionales y de la sociedad civil en general.

Desde inicios del 2014, se concreta el desarrollo operativo de cada una de las actuaciones con todos los sectores implicados, en el período de tiempo 2014-2015, en el horizonte 2020, en coherencia con el Plan de salud de Cataluña. El documento del PINSAP acuerda un conjunto de treinta actuaciones, nuevas o ya existentes, que potencian el componente interdepartamental e intersectorial, agrupadas en dos ejes y catorce ámbitos de actuaciones (tabla 17).

Tabla 17. Ejes y ámbitos de actuación del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP)

Eje 1. Incrementar los años en buena salud de la población de Cataluña (promover una Cataluña más saludable). Este eje incluye diez ámbitos de actuación interdepartamental e intersectorial:

1. Movilidad
2. Alimentación
3. Entorno
4. Empleo
5. Urbanismo y vivienda
6. Educación
7. Cultura, ocio y actividad física
8. Sistema sanitario
9. Políticas sociales
10. Transversal (salud comunitaria)

Eje 2. Incorporar la visión de salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas. Incluye cuatro ámbitos de actuación interdepartamental e intersectorial:

1. Incorporación de la perspectiva de salud en la toma de decisiones
2. Datos e investigación
3. Compromiso entre los diferentes sectores y administraciones
4. Compromiso de participación de la comunidad

Asimismo, el Plan incluye los criterios de evaluación y seguimiento de las actuaciones que hay que desarrollar y de la evolución de los indicadores básicos de resultados en la mejora de la salud y de los estilos de vida y en determinantes sociales priorizados (tabla 18).

Tabla 18. Indicadores básicos del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP)

A. Indicadores básicos de salud y estilos de vida

1. Esperanza de vida
2. Esperanza de vida en buena salud
3. Percepción de mala salud
4. Tasa de mortalidad estandarizada (global o específica)
5. Mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención por las políticas sanitarias intersectoriales (global y por sida/infección para el VIH, tumor maligno de pulmón, hepatopatía alcohólica, colisiones por tráfico, suicidios, homicidios)
6. Prevalencia de consumo de tabaco
7. Prevalencia de consumo de alcohol
8. Prevalencia de sobrepeso y obesidad
9. Prevalencia de sedentarismo
10. Índice de bienestar psicológico

B. Indicadores básicos de determinantes sociales

1. Tasas de empleo y paro
2. Nivel de estudios acabados
3. Renta anual media para hogar, persona y unidad de consumo
4. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social
5. Personas con reconocimiento legal de discapacidad
6. Hogares según bienes de equipamientos de que disponen
7. Satisfacción con las condiciones de trabajo
8. Existencia de diferentes situaciones en el puesto de trabajo
9. Existencia de discriminaciones en el centro de trabajo
10. Contaminación del aire:
 - a. Dióxido de nitrógeno (NO₂): porcentaje de estaciones que cumplen el valor límite anual (VL) de NO₂ en la ZQA1 y ZQA2.
 - b. Partículas en suspensión de menos de 10 micras (PM10): porcentaje de estaciones que cumplen el valor límite anual (VL) de PM10 en la ZQA1 y ZQA2.
 - c. Ozono (O₃): porcentaje de estaciones con superación del valor objetivo para la salud humana (VOPS).

C. Indicadores de impacto de las intervenciones formuladas

Cada intervención incluida en el PINSAP tendrá al menos un indicador que permitirá evaluar el grado de implantación y, en la medida del posible, la eficacia y el impacto. Vista la multifactorialidad de la salud, los cambios observados en los indicadores de resultado (como, por ejemplo, la esperanza de vida o la mortalidad infantil) son difícilmente atribuibles a una sola intervención, y por lo tanto no permiten una atribución clara del impacto en la salud de las políticas implementadas.

En el mes de febrero del 2014 se aprobó el PINSAP 2014-2015 (Acuerdo de Gobierno 24/2014, de 18 de febrero, DOGC núm. 6566, de 20.02.2014). La presentación pública que se llevó a cabo a continuación conllevó el inicio de la implementación del Plan, así como de las actividades de difusión y trabajo conjunto con las Administraciones y entidades implicadas.

El documento del Plan, así como otros materiales e informaciones se pueden consultar en la página web del PINSAP del portal de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.

14.3. El Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS)

La proyección demográfica para Cataluña prevé para el año 2050 un aumento notable del envejecimiento, cuando el 32,4% de la población tenga más de 65 años y, un aumento de la esperanza de vida, que se situará por encima de los 90 años. Estos dos hechos permiten anticipar un sensible aumento de la cronicidad, que nos aboca a un proceso de transformación del estado del bienestar en general y del modelo asistencial en particular.

La evolución de la cronicidad en cada persona pasa por varias etapas. En las primeras, los problemas de salud que se presentan son poco complicados: la atención que requiere la persona en esos momentos es sencilla y normalmente esta puede ser atendida por uno o dos profesionales, sin mucha necesidad de coordinación o medios técnicos. En fases más avanzadas, el problema de salud se convierte en complejo, y la atención de la persona requiere la participación de muchos profesionales, la implicación de la misma o la de su familia, una perfecta coordinación de los distintos servicios que lo atienden con el fin de garantizar la continuidad asistencial y de los medios estructurales y técnicos necesarios, más o menos sofisticados en función del problema que presente la persona.

Cuando la condición de complejidad se hace presente en una persona con cronicidad, las necesidades de atención aumentan y normalmente son sociales y sanitarias. La valoración integral de la persona en cualquiera de las fases evolutivas de la cronicidad detecta y pone de relieve dichas necesidades de atención a las que debemos dar respuesta. Por este motivo, se precisa una priorización adecuada para ofrecer la mejor atención a cada persona.

La aplicación del Plan de salud de Cataluña 2011-2015 y la creación y el desarrollo del Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) han puesto de relieve el hecho que, para transformar el actual modelo asistencial en un sistema integrado e integral de salud, hay que hacerlo con una doble óptica, la social y la sanitaria, y con una sola visión. La razón de hacerlo así no es otra que dotarnos de un marco asistencial capaz de dar una respuesta adecuada al fenómeno poblacional que configura la cronicidad; es decir, un sistema capaz de hacer una valoración integral de la persona, de conocer sus necesidades de atención y de darle una respuesta asistencial social y sanitaria priorizada.

En esta línea, el Acuerdo de Gobierno de 25 de febrero de 2014 creó el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS), que tiene por misión promover una atención integrada para las personas que tienen un problema de salud complejo y necesidades de atención social y sanitaria, las cuales actualmente son en torno al 5% de la población general. El PIAISS es un proyecto de consenso de los tres departamentos implicados (Presidencia, Salud, y Bienestar Social y Familia) y el mundo local, aprobado por el órgano de gobierno del Plan.

El Plan está concebido con una sola visión; resultado de compartir la de ambos sectores. Pretende ser capaz de priorizar la respuesta asistencial más adecuada en función de las necesidades de cada persona, y asignar a cada persona un profesional que se responsabilice y que vele por que la atención planificada sea una realidad garantizando la participación de la persona o de su familia en la elaboración y puesta en práctica del plan de atención y considerando siempre las decisiones anticipadas libremente expresadas por ella o por quien legalmente la representa.

Se prevé que en los próximos años habrá más personas de edades más avanzadas y con más complejidad asistencial que habrá que atender preferentemente en sus domicilios o en la comunidad, por lo que la familia, cuidadores y sociedad en general desempeñarán un papel más importante. Cuando la situación de la persona precise otro dispositivo asistencial se tendrá que garantizar su disponibilidad y adecuación; como un hospital de agudos, un centro de atención intermedia, un centro residencial, un hospital de día, un centro de día, etc., con la participación del vecindario y del voluntariado.

La razón de ser del Plan, y también el motivo de la implicación directa del Departamento de la Presidencia, son garantizar la mejor atención a las personas a corto y largo plazo mediante una transformación del modelo asistencial, que pretende anticipar y actuar preventivamente y proactivamente a los cambios demográficos, sociales y económicos que se dibujan en el horizonte.

Para hacer posible dicha transformación se prevé desarrollar hasta finales del 2015 los siguientes proyectos aprobados recientemente por el órgano de gobierno del PIAISS:

1. Promover la participación de las personas en el nuevo contexto de atención para cuidar de su salud.
2. Integrar la práctica asistencial desde la atención primaria social y sanitaria.
3. Diseñar e implementar el modelo catalán de atención integrada en el domicilio.
4. Diseñar e implementar el modelo catalán de atención a las personas que viven en servicios residenciales.
5. Adecuar y ordenar la larga estancia sociosanitaria y de salud mental.
6. Integrar los sistemas de información con el fin de compartir los datos de carácter social y sanitario necesarios para atender a las personas en cualquier lugar de Cataluña y evaluar sus resultados.
7. Compartir objetivos, indicadores y evaluación de resultados en el proceso de atención de estas personas.

14.4. El ejemplo de la salud mental y las adicciones: el Plan director de salud mental y adicciones

El Plan director de salud mental y adicciones (PDSMA) define las bases del modelo a desarrollar en Cataluña, establece los criterios de planificación y proporciona las orientaciones sobre el desarrollo y la adecuación de los servicios en el territorio, con una perspectiva de futuro y una visión global, tanto de los servicios sanitarios como sociales.

Las actuaciones priorizadas por el Plan director están alineadas con el Plan de salud de Cataluña 2011-2015 y en consonancia con las previsiones definidas por el Plan estratégico de la Dirección General de Planificación e Investigación en Salud. Las prioridades establecidas en Cataluña se inspiran también en el Plan de acción de la OMS para la Región Europea, (Helsinki, 2005 y actualizado en Turquía, septiembre del 2013). Las estrategias priorizadas en materia de salud mental se han trabajado conjuntamente y consensuado con los referentes de las líneas priorizadas por el Plan de salud y, muy concretamente, con los líderes de las líneas 1, 2 y 3.

1. *Con el Programa de prevención y atención a la cronicidad (línea 2 del Plan de salud) los principales objetivos y líneas de trabajo han sido la integración de los trastornos mentales entre las enfermedades crónicas priorizadas.*

- a. Definición e implantación de las rutas asistenciales de la depresión

Se ha priorizado la depresión y se han elaborado las rutas asistenciales en los diferentes territorios de Cataluña.

La elaboración e implantación de las rutas asistenciales son una prioridad y al mismo tiempo representan una oportunidad de optimizar la coordinación de los diversos dispositivos de cada territorio. Tienen como objetivo consensuar las estrategias para dar una respuesta global y que preserve la continuidad asistencial de la persona que sufre depresión en sus diversas manifestaciones. Un aspecto clave de la ruta asistencial de la depresión es la detección del riesgo de suicidio.

La ruta asistencial pretende fijar los circuitos y el marco organizativo entre profesionales, equipos y niveles asistenciales y se convierte en el marco de referencia para promocionar una buena práctica, reducir la variabilidad y garantizar la calidad y la efectividad.

Previamente se trabajó una adaptación de la guía de práctica clínica (GPC) de la depresión del Sistema Nacional de Salud a la realidad asistencial de nuestro entorno. A partir de esta GPC se ha creado una versión digitalizada que está integrada en el e-CAP, en todos los centros de atención primaria que utilizan la historia clínica compartida.

Con el objetivo de impulsar la implantación de la ruta, el PDSMA y el PPAC han realizado una acción conjunta: siete jornadas descentralizadas de formación con los profesionales referentes de las rutas asistenciales de la depresión, con la asistencia de unos 300 profesionales de toda Cataluña.

Fruto de estas sesiones interactivas de trabajo, se ha realizado un análisis estratégico de los aspectos facilitadores y los puntos débiles en la implantación de las rutas y se han elaborado una serie de recomendaciones para facilitar la implantación.

b. Programa "Paciente experto Cataluña"[®]

Se ha elaborado un primer borrador de la Guía del paciente experto en depresión. Actualmente el proyecto está en fase de pilotaje, para revisar el borrador de la guía y el material docente asociado.

c. Prevención y atención a la cronicidad

El Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) ha identificado una serie de características clínicas genéricas relacionadas con las situaciones de complejidad que, también de forma habitual, tienen los pacientes con enfermedades mentales, particularmente cuando son graves.

La presencia de comorbilidad orgánica crónica que presentan las personas con enfermedades mentales es creciente. Y a la vez, la misma comorbilidad se vincula con los trastornos relacionados con el consumo y la dependencia de sustancias. En este contexto, el Plan director de salud mental y adicciones (PDSMA), el Programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) y el Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS) han iniciado un trabajo colaborativo con la finalidad de:

- Identificar criterios de complejidad en pacientes con enfermedad mental, con comorbilidad o sin ella.
- Facilitar la convergencia de las estrategias sobre el trastorno mental grave (TMG) y el Plan terapéutico individualizado (PTI) con las propuestas del paciente crónico complejo (PCC) y el Plan de intervención individualizado y compartido (PIIC), de forma que la complejidad relacionada con un componente psicopatológico sea congruente con la de cualquier otra causa, desde los puntos de vista conceptual, denominativo y de gestión clínica.
- Generar un modelo de buenas prácticas compartidas que garantice una atención integral a las necesidades sanitarias y sociales de las personas, en el marco de un sistema de servicios integrados en el territorio.

Las buenas prácticas compartidas tienen una importancia especial en la interacción salud mental y comorbilidad orgánica, dada la variabilidad en la firmeza y la distribución de los liderazgos clínicos.

2. *Con la Subdirección General de Cartera de Servicios y de Mapa Sanitario (línea 3 del Plan de salud) se ha trabajado la evaluación y reformulación de la cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud.*

Uno de los objetivos es centrar la atención de los trastornos mentales no graves en la atención primaria de salud (APS) mediante la consolidación de la cartera de servicios de salud mental en la APS, con equipos de apoyo especializado de los centros de salud mental (CSM) que se desplazan a los centros de primaria.

Este objetivo se materializa en el programa de Cartera de servicios de salud mental y adicciones en atención primaria, que se emprendió en Cataluña en el 2006 y se ha implantado aproximadamente en el 50% del territorio. En el 2012 se llevó a cabo una evaluación del estado de desarrollo de las diversas acciones llevadas a cabo en cada centro. En esta evaluación se captó, entre otras cosas, la variabilidad en la implantación del programa y el tipo de profesionales y actividades que se llevan a cabo. Aun así, los datos muestran diferencias significativas y relevantes entre los territorios donde está implantada la cartera de servicios de salud mental en atención primaria y los que no.

Se ha constatado un cambio de tendencia en las derivaciones a la atención especializada durante el periodo 2006-2012, con un decremento importante del 29% de las derivaciones desde el APS en los centros de salud mental de adultos (CSMA), mientras que en los territorios sin cartera de salud mental en primaria las derivaciones han continuado aumentando (23%). Esta disminución en las derivaciones corresponde a trastornos mentales de baja complejidad, trastornos de ansiedad, depresiones leves, distimias y trastornos adaptativos. En definitiva, se constata también una mejora en la adecuación de la demanda, lo que permite que la atención especializada centre la atención en la patología grave y de mayor complejidad.

Este año, desde el Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones en colaboración con las sociedades científicas CAMFiC y la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental se ha elaborado un cuestionario Delphi con el objetivo de contar con un amplio consenso sobre cuáles son las actividades comunes que se tendrán que llevar a cabo en todos los centros de atención primaria de Cataluña. En este Delphi han participado unos 40 profesionales representantes tanto de la atención primaria como de la salud mental, de diferentes disciplinas (médicos de familia, pediatras, psiquiatras, profesionales de enfermería y de trabajo social), así como directivos de ambos ámbitos. Los resultados obtenidos se presentarán en el mes de septiembre.

3. *El Código riesgo de suicidio (CRS)*

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, recogidas también en el Plan de acción de la Región Europea para los próximos años, el Departamento de Salud ha priorizado la prevención del suicidio. Las políticas definidas tienen como objetivo disminuir la mortalidad, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas autolíticas en los pacientes de alto riesgo.

El Departamento de Salud promueve la participación de Cataluña en el Proyecto europeo contra la depresión, propuesto por la Liga Europea contra la Depresión (European Alliance Against Depression, EAAD). Se han desarrollado dos experiencias piloto, una en Barcelona (Dreta de L'Eixample) y la segunda en Sabadell. Este proyecto desarrolla una serie de estrategias y programas de intervención contra la depresión y el riesgo de suicidio, con un enfoque global y de atención integral.

Un aspecto fundamental de la GPC de la depresión implantada en Cataluña es la valoración del riesgo de suicidio. La GPC describe los algoritmos que ayudan a la toma de decisiones clínicas e incluye una serie de instrumentos que facilitan la valoración del riesgo. La información también está integrada en la historia clínica compartida.

Con el apoyo de un amplio grupo multidisciplinar de expertos se ha elaborado el protocolo de actuación ante una situación de riesgo de suicidio y se ha desarrollado una aplicación informática para registrar la información y facilitar la coordinación y el seguimiento de las personas con riesgo por parte de todos los servicios implicados. Actualmente se ha iniciado la fase piloto de implantación del CRS en los territorios piloto seleccionados: Región Sanitaria Lleida, Región Sanitaria Camp de Tarragona, Vallès Occidental Est y Barcelona ciudad.

4. *El Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones*

El Gobierno de la Generalitat, en la línea de la Unión Europea y conjuntamente con las entidades del sector de la salud mental (personas afectadas, familias, proveedores y profesionales), ha impulsado el despliegue del Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones en los próximos años, con los siguientes objetivos:

- Mejorar la atención a la salud mental y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.
- Incorporar estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y reinserción social y laboral, potenciando un trabajo conjunto y complementario de los servicios de salud, sociales, educativos, laborales y de la justicia.
- Favorecer la participación ciudadana y social de las personas con problemas de salud mental y la disminución de las desigualdades sociales de este colectivo.

- Disponer de un instrumento de planificación y priorización de las políticas públicas que hay que desarrollar desde los diferentes departamentos de la Generalitat para la atención de estas personas.

Para los próximos años se han priorizado las acciones en los siguientes ámbitos:

1. Promoción de la salud mental e impulso de las acciones necesarias para el despliegue del Programa de lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.
2. Promoción de la integración de las intervenciones de los servicios de salud, sociales y educativos de la pequeña infancia, la población en edad escolar y la adolescencia con especial riesgo o vulnerabilidad.
3. Promoción de la participación ciudadana y social de las personas con problemas de salud mental y promoción de sus derechos en los entornos asistenciales.
4. Promoción y mejora de los programas de apoyo a las familias cuidadoras de las personas con trastorno mental.
5. Actuaciones en los protocolos de urgencia e ingresos involuntarios.
6. Actuaciones en materia de inserción laboral.
7. Mejora de la atención psiquiátrica y de salud mental en el ámbito judicial, para las personas en situación de privación penal de libertad y medidas de seguridad.
8. Actuaciones en materia de vivienda.

Anexos

Anexo 1. Indicadores medioambientales

Calidad del aire

- Con respecto a las partículas en suspensión de diámetro inferior a 10 micras (PM10), se observa que, en general, los niveles del 2013 disminuyen con respecto a los del 2012, tanto con respecto a las medias como al número de superaciones del valor límite diario. Durante el 2013 no se ha superado el valor límite anual, pero sí que se ha sobrepasado el número de superaciones permitidas del valor límite diario (cuantificado como percentil 90,4) en 3 puntos del territorio. Estos puntos están ubicados en las zonas de calidad del aire (ZQA) 1 (área de Barcelona), 2 (Vallès - Baix Llobregat) y 6 (Plana de Vic).
- Con respecto al ozono troposférico, a lo largo del 2013 se han registrado 79 horas de superación del umbral de información en la población. Estos valores son ligeramente superiores a la media de los últimos años. Las superaciones se han producido en 11 de los 49 puntos de medición. Las zonas de calidad del aire en las que se ha superado el umbral de información en la población son el área de Barcelona, Vallès y Baix Llobregat, Camp de Tarragona, Plana de Vic, Maresme, comarcas de Girona, Alt Llobregat y Pirineu Oriental. Por otra parte, no se ha producido ninguna superación del umbral de alerta durante el 2013.
- Con respecto al dióxido de nitrógeno, durante el 2013 no se ha detectado un número de superaciones del valor límite horario fijado para el NO₂ en ningún punto del territorio superior al permitido (la normativa permite hasta 18 superaciones de este valor límite horario en un año y por cada punto). Las superaciones puntuales se han producido en dos puntos de tráfico de la ZQA 1 y en dos de la ZQA 2. Con respecto al valor límite anual, se han producido superaciones de este valor en la ZQA 1 (en el 17% de los puntos de medición) y en la ZQA 2 (en el 50% de los puntos de medición). La tendencia de los últimos años es bastante estable, aunque apunta a una disminución muy lenta.

Fuente: Informe sobre la calidad del aire en Cataluña, 2013. Dirección General de Calidad Ambiental del Departamento de Territorio y Sostenibilidad.

Aguas de consumo humano

- Los resultados de las analíticas realizadas muestran un grado de cumplimiento normativo elevado de la calidad del agua de consumo humano de las diferentes redes y zonas de abastecimiento de Cataluña.
- En relación con los contaminantes microbiológicos, se detectan superaciones de algunos parámetros, pero en situaciones puntuales y principalmente en núcleos de población pequeños.
- Con respecto a los parámetros físico-químicos, un 92,47% de las zonas muestreadas cumplen los valores paramétricos establecidos en la normativa vigente para los parámetros determinantes de la aptitud del agua. Los parámetros que han mostrado más superaciones son los nitratos, seguidos del arsénico y el flúor.

Fuente: Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2012. Departamento de Salud.

Anexo 2. Indicadores seleccionados (% brutos), por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013

Indicador		Regiones sanitarias							
		Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (población general)	H	86,0%	84,9%	88,6%	85,3%	82,0%	91,0%	85,6%
		M	81,6%	80,9%	78,3%	80,5%	73,4%	89,4%	77,9%
2	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	H	62,3%	60,5%	56,6%	55,5%	57,1%	58,6%	56,6%
		M	42,5%	44,1%	44,9%	40,2%	41,8%	36,4%	39,9%
3	Discapacidad (15 años y más)	H	7,3%	12,0%	12,1%	16,8%	12,9%	20,7%	14,0%
		M	11,3%	14,3%	18,7%	24,0%	23,3%	34,3%	21,7%
4	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	H	13,7%	6,4%	5,1%	5,9%	9,6%	1,2%	8,6%
		M	18,8%	9,4%	6,1%	13,0%	20,8%	5,4%	15,2%
5	Dolor o malestar (15 años y más)	H	23,3%	18,7%	23,5%	18,5%	26,1%	25,7%	21,0%
		M	38,2%	35,4%	45,3%	33,0%	41,3%	35,5%	36,5%
6	Enfermedad o problema de salud crónico (población general)	H	35,5%	40,4%	39,3%	27,2%	34,6%	39,7%	35,4%
		M	42,3%	42,4%	47,0%	34,3%	46,4%	47,5%	40,9%
7	Ppadecer o haber padecido hipertensión arterial (15 años y más)	H	25,9%	24,5%	27,5%	25,4%	29,9%	20,8%	24,1%
		M	27,2%	20,6%	24,9%	23,7%	32,5%	23,4%	25,4%
8	Ppadecer o haber padecido colesterol elevado (15 años y más)	H	22,1%	20,3%	18,3%	20,4%	22,6%	14,7%	23,7%
		M	17,5%	22,7%	16,7%	18,3%	25,6%	15,9%	23,5%
9	Consumo de tabaco (15 años y más)	H	39,6%	35,0%	37,1%	37,2%	32,6%	32,7%	31,8%
		M	19,5%	22,5%	19,7%	22,3%	27,4%	24,9%	21,4%
10	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	H	6,9%	6,0%	4,4%	6,1%	5,6%	1,6%	6,0%
		M	2,8%	1,8%	0,5%	2,1%	1,3%	0,6%	1,8%
11	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	H	18,2%	23,8%	22,6%	13,0%	15,1%	18,5%	17,8%
		M	28,0%	30,1%	39,5%	17,4%	18,3%	28,8%	18,4%
12	Actividad física saludable (de 15 a 69 años)	H	48,7%	62,8%	58,3%	69,4%	74,6%	58,9%	76,5%
		M	47,1%	56,8%	53,6%	60,4%	69,0%	46,1%	70,6%
13	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	H	63,1%	46,6%	55,9%	52,6%	43,6%	60,3%	47,8%
		M	73,4%	55,9%	61,3%	53,9%	49,0%	65,4%	50,4%
14	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	H	63,1%	70,5%	58,7%	55,0%	52,3%	60,1%	55,0%
		M	72,5%	74,2%	62,2%	56,2%	56,2%	70,7%	58,2%
15	Mamografía periódica (mujeres de 50 a 69 años)	M	100,0%	89,0%	93,8%	95,8%	91,1%	95,3%	92,7%
16	Citología vaginal periódica (mujeres de 25 a 65 años)	M	75,0%	78,7%	78,7%	75,6%	70,2%	82,5%	80,1%
17	Doble cobertura sanitaria (población general)	H	19,6%	19,0%	12,5%	17,5%	16,7%	27,8%	28,2%
		M	24,6%	16,0%	9,7%	18,9%	15,6%	24,0%	28,8%
18	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	H	51,6%	51,3%	51,2%	53,6%	58,0%	40,0%	54,3%
		M	65,9%	66,5%	57,3%	71,3%	80,3%	52,1%	70,3%
19	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población general)	H	85,4%	85,6%	83,1%	86,1%	88,6%	76,8%	88,2%
		M	91,4%	95,9%	90,6%	93,6%	96,4%	90,2%	95,3%
20	Hospitalización en los últimos 12 meses (población general)	H	8,4%	11,5%	7,3%	5,2%	6,8%	6,4%	6,7%
		M	7,8%	11,3%	5,2%	7,8%	11,9%	7,9%	8,2%
21	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población general)	H	29,7%	34,0%	24,6%	28,7%	30,5%	16,1%	29,9%
		M	30,9%	36,2%	22,0%	28,0%	34,7%	16,1%	34,8%
22	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (población general)	H	89,7%	84,3%	89,0%	92,3%	89,1%	84,9%	89,6%
		M	86,8%	82,6%	84,5%	93,6%	89,0%	88,5%	89,8%

Diferencias significativas respecto a la media de Cataluña, con un 95% de confianza

Superior significativamente a la media de Cataluña

Inferior significativamente a la media de Cataluña

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2012-2013 Departamento de Salud.

Anexo 3. Evolución por sexo de los indicadores de la ESCA por clase social y por nivel de estudios. Cataluña, 2006 y 2012-2013

Tabla 19. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por clase social. Hombres. Cataluña, 2006 y 2012-2013

		2006											2012-2013																	
		Clase social según la ocupación										Total	Clase social según la ocupación										Total							
		Alta		Media			Baja						Alta		Media			Baja												
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa		Grupo IVb	Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V										
%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%									
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (población 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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	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%	(52,7-58,1)	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	Discapacidad (15 años y más)	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	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 años y más)	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	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 sanitaria (población 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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	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	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población 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	Hospitalización en los últimos 12 meses (población 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	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población 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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (población 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: hombres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Años 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

Tabla 20. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por clase social. Mujeres. Cataluña, 2006 y 2012-2013

		2006												2012-2013																
		Clase social según la ocupación											Total	Clase social según la ocupación											Total					
		Alta			Media			Baja			Alta			Media			Baja													
		Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb		Grupo V	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVa	Grupo IVb	Grupo V										
%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%									
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (población general)	M	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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	M	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	Discapacidad (15 años y más)	M	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	M	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 años y más)	M	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	M	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	M	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	M	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	M	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	M	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	M	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	M	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	M	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 sanitaria (población general)	M	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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	M	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	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (población general)	M	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	Hospitalización en los últimos 12 meses (población general)	M	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	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (población general)	M	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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (población general)	M	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)

M: mujeres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Años 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

Tabla 21. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por nivel de estudios. Hombres. Cataluña, 2006 y 2012-2013

		2006								2012-2013								
		Nivel de estudios						Total		Nivel de estudios						Total		
		Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios				Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios				
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (15 años y más)	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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	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	Discapacidad (15 años y más)	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	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 años y más)	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	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 sanitaria (15 y más)	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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	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	Visitas a un profesional de la salud en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Hospitalización en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Visitas a un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (15 años y más)	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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (15 años y más)	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: hombres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Años 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

Tabla 22. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por nivel de estudios. Mujeres. Cataluña, 2006 y 2012-2013

		2006								2012-2013								
		Nivel de estudios						Total		Nivel de estudios						Total		
		Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios				Universitarios		Secundarios		Primarios o sin estudios				
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	
1	Percepción positiva del estado de salud (excelente, muy bueno o bueno) (15 años y más)	M	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	Exceso de peso (sobrepeso y obesidad) (de 18 a 74 años)	M	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	Discapacidad (15 años y más)	M	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	Riesgo de sufrir trastorno mental (Goldberg) (15 años y más)	M	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 años y más)	M	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	Padece o ha padecido un problema de salud crónico (15 años y más)	M	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	Padece o ha padecido hipertensión arterial (15 años y más)	M	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	Padece o ha padecido colesterol elevado (15 años y más)	M	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	Consumo de tabaco (15 años y más)	M	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	Consumo de riesgo de alcohol (15 años y más)	M	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	Sedentarismo (de 18 a 74 años)	M	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	Medida periódica de la presión arterial (15 años y más)	M	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	Medida periódica del nivel de colesterol en la sangre (15 años y más)	M	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 sanitaria (15 y más)	M	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	Consumo de medicamentos en los últimos dos días (15 años y más)	M	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	Vísitaa un profesional de la salud en los últimos 12 meses (15 años y más)	M	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	Hospitalización en los últimos 12 meses (15 años y más)	M	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	Vísitaa un servicio de urgencias en los últimos 12 meses (15 años y más)	M	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	Satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados (15 años y más)	M	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)

M: mujeres

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña, 2006 y 2012-2013. Departamento de Salud.

* EQ-5D, que valora el estado de salud a día de hoy. Año 2006 con EQ-5D-3L. Años 2012 y 2013 con EQ-5D-3L.

Anexo 4. Índice de gráficos, tablas y mapas

Gráfico 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en buena salud (EVBS), por sexo y edad. Cataluña, 2012.....	9
Gráfico 2. Autopercepción positiva (excelente, muy buena y buena) del estado de salud de la población general, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	10
Gráfico 3. Puntuación media de bienestar mental en la población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, segundo semestre del 2013.....	10
Gráfico 4. Población adulta con problemas que afectan a la calidad de vida relacionada con la salud, por sexo. Cataluña, 2013.....	11
Gráfico 5. Población de 15 años y más con problemas de dolor o malestar (EQ-5D-5L), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	11
Gráfico 6. Población general que sufre alguna enfermedad o problema de salud crónico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	12
Tabla 1. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo (%). Cataluña, 2013.....	12
Gráfico 7. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más (con una prevalencia por encima del 10%) a partir de una lista de 28 trastornos crónicos, por sexo. Cataluña, 2013.....	13
Gráfico 8. Población de 15 años y más con riesgo de padecer algún trastorno mental (Goldberg), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	13
Gráfico 9. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en adultos de 18 a 74 años, por sexo. Cataluña, 2013.....	14
Gráfico 10. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en adultos de 18 a 74 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	14
Gráfico 11. Población general que sufre alguna discapacidad, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	15
Tabla 2. Estimación del número de casos con discapacidad, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	15
Gráfico 12. Población adulta en situación de dependencia, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	16
Tabla 3. Población adulta en situación de dependencia por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013.....	16
Gráfico 13. Evolución de la incidencia de tuberculosis. Cataluña, 1990-2013.....	17
Gráfico 14. Brotes epidémicos notificados en Cataluña, 2000-2013.....	18
Tabla 4. Principales motivos de consulta a la atención primaria en la población adulta. Cataluña, 2013.....	19
Tabla 5. Principales causas de ingreso hospitalario en la población general. Cataluña, 2013.....	20
Gráfico 15. Evolución del porcentaje de estaciones que han superado el valor límite diario de PM ₁₀ en la zona de calidad del aire del área de Barcelona (ZQA1) y la del Vallès y Baix Llobregat (ZQA2). 2005-2013.....	21
Gráfico 16. Evolución de la media anual de NO ₂ , en µg/m ³ , en la zona de calidad del aire del área de Barcelona (ZQA1) y en la del Vallès y Baix Llobregat (ZQA2). 2000-2013.....	22
Gráfico 17. Distribución de los hábitos y estilos de vida de la población, por sexo. Cataluña, 2013.....	24
Tabla 6. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre la población de 15 a 64 años (%). Cataluña, 1997-2011.....	24
Tabla 7. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre los estudiantes de educación secundaria de 14 a 18 años (%). Cataluña, 1994-2012.....	24
Gráfico 18. Frecuencia de la práctica de actividades preventivas de la población adulta, por sexo. Cataluña, 2013.....	25
Gráfico 19. Uso de los servicios sanitarios, por sexo. Cataluña, 2013.....	26
Gráfico 20. Consumo de medicamentos los dos días anteriores a la entrevista en población de 15 años y más según el tipo de medicamento, por sexo. Cataluña, 2013.....	27

Gráfico 21. Tres primeras causas de muerte* según grandes grupos de enfermedades, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012.....	28
Gráfico 22. Cinco primeras causas de muerte prematura,* por sexo. Cataluña, 2012	29
Tabla 8. Indicadores seleccionados (% brutos), por región sanitaria y total. Cataluña, 2012-2013	30
Mapa 1. Porcentaje estandarizado por edad de población con autopercepción positiva del estado de salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013)	31
Mapa 2. Porcentaje estandarizado por edad de población de 15 años y más fumadora, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013).....	31
Mapa 3. Porcentaje estandarizado por edad de población de 18 a 74 años en exceso de peso, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2012-2013 (población tipo a 1 de enero del 2013)	31
Gráfico 23 Porcentaje estandarizado por edad de población con autopercepción positiva del estado de salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013	32
Gráfico 24. Porcentaje estandarizado por edad de población de 15 años y más fumadora, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013	32
Gráfico 25. Porcentaje estandarizado por edad de población de 18 a 74 años sedentaria, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 1994, 2006, 2012-2013	33
Gráfico 26. Indicadores del estado de salud de la población infantil, por sexo. Cataluña, 2013.....	34
Gráfico 27. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población menor de 15 años (con una prevalencia por encima del 5%), a partir de una lista de 18 trastornos crónicos, por sexo. Cataluña, 2013.....	35
Gráfico 28. Distribución de las categorías del índice de masa corporal (IMC)* en el exceso de peso en población de 6 a 12 años, por sexo. Cataluña, 2012-2013	35
Gráfico 29. Población de 3 a 14 años según el ocio sedentario, por clase social y sexo, y por nivel de estudios de la madre y sexo. Cataluña, 2013	36
Gráfico 30. Población de 3 a 14 años que realiza un bajo consumo de productos hipercalóricos, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2013.....	36
Gráfico 31. Estilos de vida de la población de 3 a 14 años, por sexo. Cataluña, 2013.....	37
Tabla 9. Resultados por sexo de una selección de indicadores (% brutos). Cataluña, 2013.....	39
Tabla 10. Resultados de una selección de indicadores, por situación laboral y sexo (% brutos). Cataluña, 2012-2013	41
Gráfico 32. Tendencia de algunos indicadores de la ESCA, por sexo (porcentajes estandarizados por edad). Cataluña, 1994-2013.....	43
Tabla 11. Población general por clase social según el empleo, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013	50
Tabla 12. Población general por clase social según el empleo (agrupado), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2013	50
Tabla 13. Nivel de estudios de la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo (%). Cataluña, 2013	51
Gráfico 33. Prevalencia de población de 15 años y más fumadora, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	53
Gráfico 34. Población de 0-14 años expuesta al humo del tabaco en casa por nivel de estudios de la madre y del padre. Cataluña, 2012-2013	53
Gráfico 35. Consumo de riesgo de alcohol en la población de 15 años y más, por clase social y sexo y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	54
Gráfico 36. Población de 18 a 74 años sedentaria, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	55

Gráfico 37. Mujeres de 50 a 69 años que se hacen una mamografía periódicamente y mujeres de 25 a 65 años que se hacen una citología vaginal periódicamente, por clase social y por nivel de estudios. Cataluña, 2006 y 2012-2013	57
Gráfico 38. Población de 60 años y más que se vacuna de la gripe de forma regular, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2013	57
Gráfico 39. Autopercepción positiva (excelente, muy buena y buena) del estado de salud en la población general, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	59
Gráfico 40. Población de 15 años y más con dolor o malestar (EQ-5D), por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	60
Gráfico 41. Población de 18 a 74 años con exceso de peso, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	61
Gráfico 42. Población de 15 años y más que sufre o ha sufrido algún trastorno crónico, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	62
Gráfico 43. Población de 15 años y más con riesgo de sufrir algún trastorno mental (Goldberg), por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	63
Gráfico 44. Población de 15 años y más que sufre alguna discapacidad, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	64
Gráfico 45. Población general satisfecha con los servicios sanitarios públicos que ha utilizado más frecuentemente el último año, por clase social y sexo, y por nivel de estudios y sexo. Cataluña, 2006 y 2012-2013	66
Tabla 15. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%), por nivel de estudios. Total. Cataluña, 2006 y 2012-2013	68
Gráfico 46. Porcentaje de consecución de las líneas de actuación (LA) del Plan de salud en el 2013	70
Tabla 16. Objetivos de salud y de disminución de riesgo del Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Situación en 2013	73
Tabla 17. Ejes y ámbitos de actuación del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP)	76
Tabla 18. Indicadores básicos del Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP).....	77
Tabla 19. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por clase social. Hombres. Cataluña, 2006 y 2012-2013	88
Tabla 20. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por clase social. Mujeres. Cataluña, 2006 y 2012-2013	89
Tabla 21. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por nivel de estudios. Hombres. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	90
Tabla 22. Evolución de los principales indicadores de la ESCA (% brutos e IC = 95%) por nivel de estudios. Mujeres. Cataluña, 2006 y 2012-2013.....	91

Referencias bibliográficas

- ¹ Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Evolució de la població. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: <http://www.idescat.cat>
- ² Pla de Govern 2013-2016: mesures orientades a protegir l'estat del benestar i amb indicadors de control públic. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/AppJava/notapremsavw/detall.do?id=204229
- ³ The Scottish Health Survey 2010 - volume 1: main report. Edinburgh: Scottish Government; 2011. Disponible en: <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 en: 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 en: http://www.cceiscat.cat/documents/SIVES_2012.pdf
- ⁷ World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
- 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 Epidemiologia. Drogues. Canal Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Disponible en: [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 en: <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, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge; 2002.
- ¹³ Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up part 1. Studies on social and economic determinants of population health no. 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Disponible en: 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 en: 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. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 1995. Disponible en: 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 en: <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 en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1
- ¹⁸ Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. 2nd 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 en: 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 en: <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. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: 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. 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/EHFA5-E.pdf>

- ²⁵ Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Geneva: World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health; 2007. Disponible en: 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 en: www.archive.official-documents.co.uk
- ²⁷ Bago d'Uva T, O'Donnell O, van Doorslaer E. 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 en: <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: la importancia de la educación. Inguruak. 2007;44:91-110. Disponible en: <http://www.opikertu.org/dmdocuments/91explief.pdf>
- ³⁰ Report No. 20, 2006-2007: National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007. Disponible en: 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 en: <http://www.healthscotland.com/scotlands-health/population/HEPS.aspx>
- ³² Lleras-Muney A, Cutler DM. Education and health: evaluating theories and evidence. En: Schoeni RF, House JS, Kaplan G, Pollack H, editors. Making Americans healthier: social and economics policy as health policy. New York: Russell Sage Foundation; 2008. Disponible en: http://www.econ.ucla.edu/alleras/research/books/Education_and_Health_July_2006.pdf
- ³³ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in mortality and morbidity: a cross-European perspective. Chapter 2. En: Tackling Health Inequalities in Europe: an Integrated Approach. Eurothine Final Report. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre Rotterdam; 2007. Disponible en: 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. En: Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 11-40.
- ³⁵ Mackenbach JP. Health inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. Brussels: European Commission; 2006. Disponible en: 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. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Disponible en: <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. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
- ³⁸ Kunst A, Giskes K, Mackenbach J. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus Medical Center Rotterdam; 2004.
- ³⁹ Masuet C, Sèculi E, Brugulat P, Tresserras R. La pràctica de la mamografia preventiva en Catalunya. Un pas adelante. Gac Sanit. 2004;18(4):321-5. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v18n4/breve.pdf>
- ⁴⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya. Informes dels principals resultats. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut; 2011, 2012, 2013, 2014. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya
- ⁴¹ Perry MJ. The relationship between social class and mental disorder. J Prim Prev. 1996 Sep;17(1):17-30.
- ⁴² Sèculi E, Brugulat P, Medina A, Mompert A, Tresserras R. La salut de les dones a Catalunya. Què en sabem? Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2007.
- ⁴³ 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, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. Int J Epidemiol. 2005;34(2):316-26. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/cgi/reprint/34/2/316>
- ⁴⁶ Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. 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 en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v20n5/original2.pdf>
- ⁴⁷ Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit. 2003 Sep-Oct;17(5 Suppl 5). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v17n5/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. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2013. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/pladesalut>
- ⁴⁹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Marcant fites: seguiment anual dels objectius de Pla de salut. Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut; 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut/documents/arxiu/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 en:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.003a2436be9bc6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=043c07814fdb2410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=043c07814fdb2410VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>
- ⁵¹ Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (5495); 30 Oct 2009. p. 81070-81116. Disponible en:
<http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=532871>
- ⁵² World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponible en:
<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 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.