

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA



# Informe de Salut de Catalunya 2011

<http://observatorisalut.gencat.cat>

L'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) és una empresa pública, sense ànim de lucre, del Departament de Salut i adscrita al CatSalut, que va ser creada el juny de 2010. La seva missió és generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut, facilitant la presa de decisions als ciutadans, professionals, gestors i planificadors, a través dels àmbits d'actuació i organització de la integració dels sistemes i tecnologies de la informació i les comunicacions, i l'avaluació de les tecnologies, la recerca i la qualitat en l'àmbit de la salut.

**Suggerim que aquest document se citi de la manera següent:** Informe de Salut de Catalunya 2011. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.

**Edita:** Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut,  
1a edició, juliol 2012, Barcelona

**Disseny:** Joana López Corduente

**Dipòsit legal:** B. 22967-2012

© Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS)

L'Agència té la propietat intel·lectual d'aquest document, el qual pot ser reproduït, distribuït i comunicat públicament, totalment o parcialment, per qualsevol mitjà, sempre que no se'n faci un ús comercial i se citi explícitament la seva autoria i procedència.

# Índex

<b>Presentació</b>	<b>5</b>
<b>Introducció</b>	<b>7</b>
<b>Resum executiu</b>	<b>9</b>
<b>1. Factors que afecten la salut</b>	<b>17</b>
Població	19
Situació socioeconòmica	22
Qualitat de l'aire	25
Qualitat de l'aigua de consum	29
Seguretat dels aliments	32
Seguretat en els productes químics	35
Activitat física	38
Consum de tabac	41
Consum d'alcohol	44
Consum d'altres drogues	47
<b>2. La salut i els processos vitals</b>	<b>51</b>
Percepció de salut	53
Reproducció i naixement	55
Obesitat	58
Diabetis	61
Mal d'esquena	64
Infart agut de miocardi	67
Ictus	70
Risc de problemes de salut mental i depressió	73
Càncer	77
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	80
Tuberculosi	83
Infecció per VIH i sida	86
Infeccions de transmissió sexual	89
Fractura de maluc	93
Lesions de trànsit	95
Malalties relacionades amb el treball	99
Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions	102
Mortalitat evitable i prematura	105
<b>3. El sistema sanitari</b>	<b>107</b>
Model i organització del sistema sanitari	109
Atenció primària i comunitària	112
Atenció de les emergències mèdiques i atenció telefònica	115
Atenció hospitalària d'aguts	118
Atenció sociosanitària	121
Farmàcia	124
Salut pública	127



# Presentació

L'Informe de Salut 2011 respon a la necessitat de fer un seguiment periòdic i re-tre comptes dels aspectes fonamentals relacionats amb la salut de la població de Catalunya. L'informe serveix, a més a més, d'Informe de Salut Pública, tal i com estableix la Llei de salut pública.

La publicació ha estat coordinada per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya per encàrrec de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris i de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, amb la participació de professionals d'ambdues organitzacions i del CatSalut.

Per complir la seva funció principal d'instrument d'avaluació contínua de la salut de la població i de la situació de la salut pública, l'Informe de Salut ha seleccionat un conjunt de temes prioritaris a partir dels principals factors que afecten la salut, dels problemes de salut que es consideren prioritaris per la seva freqüència o gravetat i de les principals línies d'atenció i polítiques que es duen a terme des de les organitzacions amb competències en aquest àmbit. La publicació ha estat organitzada en tres capítols -Factors que afecten la salut, La salut i els processos vitals i El sistema sanitari- i un resum executiu per afavorir la comunicació ràpida de la informació.

Aquest govern fa una aposta important per difondre a la ciutadania els resultats assolits en salut pels agents del sistema sanitari d'utilització pública, a fi de facilitar la presa de decisions, afavorir la transparència i el retiment de comptes. La informació continguda en l'Informe de Salut serveix de punt de partida per fer el seguiment del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015, i és complementària a l'avaluació dels serveis que realitza la Central de Resultats.



# Introducció

La publicació inclou un resum executiu i tres capítols: Factors que afecten la salut, La salut i els processos vitals i El sistema sanitari.

Els tres capítols inclouen un total de 35 temes considerats prioritaris, pel seu efecte en la salut de la població i en el funcionament del sistema sanitari. L'elecció dels temes s'ha realitzat a partir d'una revisió bibliogràfica d'iniciatives similars a l'Informe de Salut, realitzades en altres països, dels documents estratègics del Departament de Salut i d'un procés de discussió amb representants del Departament de Salut, el Servei Català de la Salut i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

De cada tema, l'Informe n'estructura la informació rellevant en un resum executiu, una part gràfica i una tercera de descriptiva. Per a la realització d'aquestes parts, s'ha fet una selecció de les principals dades i indicadors en funció de la seva actualitat, grau de comparabilitat amb indicadors a nivell estatal o internacional i capacitat de desagregació per sexe, edat i territori. En aquest procés ha prevalgut l'objectiu d'oferir una visió global de cada un dels àmbits i s'ha optat per combinar diverses fonts d'informació, assumint que sovint les metodologies i el nivell d'actualització varien entre fonts, fets que s'han posat de manifest en cada cas.

Cada tema inclou al final un recull de referències bibliogràfiques, que inclouen publicacions utilitzades per a l'anàlisi de cada un dels àmbits i altres documents monogràfics que permeten ampliar la informació.

# Idees clau de l'informe de salut

## FACTORS QUE AFECTEN LA SALUT

Estabilització del creixement poblacional; natalitat decreixent; més envelliment; més atur; creix el risc de pobresa; risc d'empitjorament de les condicions de vida; risc d'increment dels casos de violència; efecte de la crisi en salut; endarreriment de la maternitat; compliment global dels objectius de qualitat aire, excepte en zones puntuals; compliment global objectius de qualitat de l'aigua, excepte en xarxes puntuals; elevat compliment normatiu de la seguretat dels aliments; creix el sedentarisme; promoció i creació d'entorns favorables al lleure actiu; consum de tabac estable; consums estables però elevats d'alcohol i algunes drogues; intervencions breus per modificar factors i conductes de risc.

## LA SALUT I ELS PROCESSOS VITALS

Bona percepció de la salut; creix l'obesitat; reducció de la mortalitat evitable; reducció de la incidència d'infart; increment de la supervivència a l'infart; increment de la incidència de càncer; disminució de la mortalitat per càncer; mortalitat creixent per càncer de pulmó en dones; hospitalització elevada per MPOC; esforços en detecció i bon diagnòstic de malalties cròniques per reduir la probabilitat de cronificació; disminució de la mortalitat per lesions de trànsit, menys en vianants i ciclistes; més risc de problemes de salut mental; més depressió; alt impacte en incapacitat temporal de malalties osteomusculars i mentals; incidència decreixent però elevada de sida; incidència decreixent però elevada de tuberculosi; creixement de la incidència de les ITS en col·lectius especialment vulnerables; risc de reintroducció d'algunes malalties vacunables; elevat percentatge de nadons amb baix pes en néixer.

## EL SISTEMA SANITARI

Reducció del pressupost; els motius de consulta més freqüents a l'atenció primària (AP) són per prevenció i control de factors de risc; esforços en capacitat del pacient i familiars per evitar aguditzacions; elevat nombre de visites a l'AP; elevat nombre de visites a l'AP en menors de 5 anys; inici de canvi de tendència i disminució de les visites a l'AP; accés a l'AP mal valorat per alguns usuaris; esforços per resoldre la patologia freqüent a l'atenció primària; atenció no presencial al ciutadà; baixes taxes d'hospitalització; increment de la CMA; hospitalització i reingressos per MPOC elevats; alt percentatge de cesàries; temps en llista d'espera mal valorat per alguns usuaris; estandardització de circuits i processos; creix l'activitat sociosanitària de baixa i mitja estada; diferències territorials en l'accés a serveis sociosanitaris; creix el consum de fàrmacs; elevada polimediació; antihipertensius, antiasmàtics i MPOC, hipolipemians, antidepressius, antipsicòtics i antidiabètics són els fàrmacs que suposen més despesa; abaratiment general dels fàrmacs; encariment d'alguns tractaments per substitució per nous fàrmacs.



# Resum executiu

## FACTORS QUE AFECTEN LA SALUT

### Població

La població catalana de 2011 és de 7.539.618 habitants, després de deu anys de creixement per sobre de la mitjana europea. A partir de 2010 s'inicia un nou cicle d'estabilització del creixement poblacional i intensificació de l'envelliment.

### Situació socioeconòmica

El darrer trimestre de 2011 la taxa d'atur catalana ha assolit el 20,5% de la població activa i s'ha triplicat respecte a l'any 2005. Durant el 2010, el 19,9% de la població catalana es troba en risc de pobresa. En els propers anys caldrà fer un seguiment de l'efecte de la crisi en la salut de la població.

### Qualitat de l'aire

Els resultats de la vigilància de la qualitat de l'aire mostren que en gairebé tots els casos es compleixen els objectius de qualitat establerts a la normativa vigent al respecte.

### Qualitat de l'aigua de consum

La qualitat de l'aigua destinada al consum humà de Catalunya presenta un grau de compliment normatiu elevat. Així mateix, les instal·lacions de risc de dispersió de *Legionella* a través d'aerosols han mostrat en cinc anys una millora destacable del seu grau de conformitat.

### Seguretat dels aliments

La seguretat dels aliments a Catalunya mostra nivells elevats i equivalents als dels països de la Unió Europea. L'any 2009, el nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries s'ha reduït un 60,6% respecte el 2005, disminuint el nombre d'afectats gairebé a la meitat (43,3%).

### Seguretat dels productes químics

El 92% dels productes plaguicides i desinfectants revisats per l'Agència de Protecció de la Salut l'any 2010 compleixen les condicions de seguretat que estableix la directiva europea relativa a la comercialització de biocides. Els darrers dos anys no s'ha produït cap notificació de brot relacionat amb l'ús de plaguicides.

### Activitat física

L'any 2010, una de cada quatre persones (26,0%) es considera sedentària. La prevalença de sedentarisme en població de 15 anys i més ha crescut durant en els darrers vuit anys. La proporció de població sedentària en temps de lleure és notablement més elevada en la classe social desfavorida (9,6%) respecte a la classe alta (4,3%).

### Consum de tabac

A Catalunya, l'any 2010, tres de cada deu persones de 15 anys i més fumen diàriament o ocasionalment (29,5%). Tanmateix, gairebé la meitat (48,9%) de la po-

blació major de 15 anys no ha fumats mai i un 21,7% es declara exfumadora. La tendència del tabaquisme s'ha mantingut estable els darrers cinc anys.

### **Consum d'alcohol**

El consum d'alcohol es manté relativament estable des de la dècada de 1990. Amb tot, el 6,2% de la població resident a Catalunya consumeix una quantitat d'alcohol que es considera de risc.

### **Consum d'altres drogues**

El nombre de persones dependents dels opiacis a Catalunya és estable des del 2005, tot i que les prevalences de consum de cànnabis i cocaïna entre la població catalana són elevades en comparació amb els països de la Unió Europea. L'any 2010, els centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències han iniciat 3.098 tractaments ambulatoris per abús i dependència de cocaïna i 1.674 per heroïna (41,2 i 22,3 inicis de tractament per 100.000 h). A finals d'any, hi ha un total de 7.214 persones en programes de tractament substitutiu amb metadona (96 persones per 100.000 h.).

## **LA SALUT I ELS PROCESSOS VITALS**

### **Percepció de salut**

L'any 2010 el 79,3% del total de població catalana considera que té un bon estat de salut (salut excel·lent, molt bona o bona) i la proporció de població de 16 anys i més amb bona salut és superior a la mitjana estatal (74,0%) ocupant una posició elevada en comparació amb els països de la Unió Europea. Els darrers cinc anys la percepció de l'estat de salut s'ha mantingut constant.

### **Reproducció i naixement**

L'any 2010 el nombre de nascuts vius a Catalunya (84.071) disminueix per segon any consecutiu. Catalunya presenta una taxa de mortalitat infantil de les més baixes de la Unió Europea (2,98 defuncions per 1.000 nascuts vius) però es troba entre els països amb elevat percentatge de baix pes en néixer (7,4%). El 88,0% de les dones amb control de l'embaràs a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública realitzen el diagnòstic prenatal en el primer trimestre de gestació.

### **Obesitat**

Més de la meitat de la població de 18 i més anys de Catalunya es troba amb excés de pes (59,3%). El percentatge de població adulta amb sobrepès és del 36,8% i el percentatge amb obesitat, del 22,5%. La tendència de l'obesitat en els darrers deu anys ha estat creixent. La població de classe social treballadora té pràcticament el doble de prevalença d'obesitat.

### **Diabetis**

El 5,7% de la població catalana de 15 anys o més declara patir diabetis. Els darrers deu anys, la prevalença de diabetis declarada s'ha mantingut estable tant en homes com en dones i per a tots els grups d'edat. Tanmateix, els fàrmacs utilitzats per a la diabetis és el grup terapèutic que ha sofert el major increment de la despesa farmacèutica en els darrers cinc anys, com a conseqüència de l'encariment dels tractaments per la incorporació de nous fàrmacs.

### **Mal d'esquena**

El mal d'esquena és el problema de salut crònic més freqüent de la població catalana. El 38,7% de la població de 15 anys o més declara patir mal d'esquena crònic, un

29,4% mal d'esquena lumbar/dorsal i un 25,1% cervical. Els homes de classe social baixa dupliquen la prevalença de mal d'esquena lumbar respecte la classe alta. L'activitat relacionada amb l'aparell locomotor representa el quart motiu de consulta més freqüent en l'atenció primària entre la població de 15 anys o més, el primer motiu de primeres visites en l'atenció especialitzada i la primera causa de baixa laboral.

### **Infart agut de miocardi**

La taxa d'hospitalització per infart i la de mortalitat per cardiopatia isquèmica han disminuït una mitjana anual del 4,8% i del 5,5%, respectivament, els darrers cinc anys. Tanmateix, la cardiopatia isquèmica és la causa de mort més freqüent i representa el 7,5% de les defuncions (2009). Des de l'atenció primària s'ha assolit un bon control dels factors de risc cardiovasculars. L'accés al tractament òptim de l'infart ha passat d'un percentatge del 5% dels pacients tributaris d'aquest tractament l'any 2000 a un 85% l'any 2010.

### **Ictus**

La mortalitat per malalties vasculars cerebrals s'ha reduït de forma contundent i sostinguda els últims vint anys. La causa és multifactorial però cal citar-ne la millora del procés assistencial en la fase aguda hospitalària i les teràpies de reperfusió. Des de la disseminació del programa "Codi Ictus" s'ha més que duplicat el nombre de malalts amb ictus agut que reben tractaments de reperfusió.

### **Risc de problemes de salut mental i depressió**

El nombre de persones amb risc de problemes de salut mental és del 14,1% i ha crescut un 21,7% els darrers cinc anys, especialment en els homes. La prevalença de depressió també ha crescut significativament respecte al 2006 i, actualment, és el quart trastorn crònic més freqüent. El nombre de dies de baixa per problemes de salut mental ha representat el 17,4% del total de dies de baixa de l'any 2010.

### **Càncer**

La incidència de càncer ha augmentat els darrers anys i continuarà augmentant a mitjà termini. En canvi, la mortalitat presenta una evolució decreixent des de principis dels anys noranta i, sobretot, des de l'any 2000, com a conseqüència de les millores en detecció precoç i la qualitat dels tractaments.

### **Malaltia pulmonar obstructiva crònica**

La taxa d'hospitalització per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) a Catalunya és elevada en comparació amb la mitjana de la Unió Europea (210,7 contactes per 100.000 h). Un de cada sis pacients ingressats el 2010 (17,2%) ha tornat a ingressar abans de trenta dies des de la data d'alta amb el mateix diagnòstic o un diagnòstic relacionat. Durant el període 2005-2009, la taxa d'hospitalització per MPOC ha augmentat una mitjana del 6,2% anual, canviant de tendència l'any 2010.

### **Tuberculosi**

Tot i que des de l'any 2000 la incidència de malaltia tuberculosa a Catalunya ha disminuït un 3,6% de mitjana cada any, la incidència de l'any 2010 continua més elevada que la mitjana europea. Entre les persones estrangeres s'observa una taxa d'incidència més de cinc vegades superior a la de les autòctones. El 85%, com a mínim, dels casos més contagiosos han completat el tractament.

### **Infecció per VIH i sida**

L'any 2010, s'han notificat 684 casos de nous diagnòstics d'infecció per VIH, que suposen una incidència declarada de 9,6 casos per 100.000 h. i s'han diagnosticat

184 casos de sida, que corresponen a una incidència de 2,6 casos per 100.000 h. Des de l'any 2000, la incidència i la mortalitat per sida s'han reduït en un 69,4% i un 56,3%, respectivament. La incidència de VIH ha disminuït solament un 15,8%. En el 54,3% dels casos de VIH declarats el 2009 el diagnòstic ha estat tardà.

### **Infeccions de transmissió sexual**

Els casos de sífilis infecciosa, gonocòccia i limfogranuloma veneri presenten una tendència creixent. La via més freqüent de transmissió són les relacions sexuals entre homes. El percentatge de casos d'aquestes malalties que presenten coinfecció de VIH en el moment del diagnòstic és elevat.

### **Fractura de maluc**

L'any 2010, s'han produït 8.975 hospitalitzacions de residents a Catalunya de 65 anys o més amb diagnòstic principal de fractura de maluc, potencialment atribuïble a fragilitat òssia, que suposen una taxa d'hospitalització de 711,4 contactes per 100.000 h. La taxa d'hospitalització catalana és una de les taxes més altes d'Espanya i la tendència respecte a l'any 2005 es manté estable.

### **Lesions de trànsit**

L'any 2010, Catalunya presenta una mortalitat per trànsit (5,1 defuncions per 100.000 h.) lleugerament inferior al conjunt de l'Estat (5,9) i similar a la dels països d'Europa occidental. Tot i que el mitjà de transport que causa més volum de mortalitat són els vehicles lleugers (49,9% dels morts), gairebé un de cada cinc morts anava a peu (18,9% dels morts). En el període 2000-2010, el nombre de defuncions per trànsit s'ha reduït en un 57,2% i la taxa de mortalitat en un 64,4%.

### **Malalties relacionades amb el treball**

L'any 2010, els professionals dels equips d'atenció primària han notificat 2.130 casos de malalties relacionades amb el treball a la Xarxa d'Unitats de Salut Laboral de Catalunya. Els trastorns mentals i les malalties del sistema musculoesquelètic són els grups de diagnòstics més freqüents.

### **Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions**

Les altes cobertures vacunals assolides a Catalunya garanteixen una bona immunitat de grup per a un nombre important de malalties transmissibles i, especialment, per a les malalties contra les quals es vacuna sistemàticament, que han assolit un nivell d'incidència molt baixa.

### **Mortalitat evitable i prematura**

L'any 2009 s'han registrat a Catalunya 8.116 defuncions considerades evitables, que representen el 13,6% del total de defuncions i una taxa de 109,95 defuncions per cada 100.000 h. La taxa de mortalitat evitable ha disminuït un 14,0%, respecte a l'any 2005. Una part important de la disminució s'explica per la reducció de la mortalitat atribuïble a la malaltia isquèmica del cor, la malaltia cerebrovascular i les lesions de trànsit de vehicles de motor.

## **EL SISTEMA SANITARI**

### **Model i organització del sistema sanitari**

El pressupost per al 2010 de la Generalitat de Catalunya s'emmarca en un context de crisi econòmica arreu d'Europa i, per tant, de contenció pressupostària. En conseqüència, cal fer un esforç perquè els ajustaments s'assoleixin amb mesures d'es-

talvi i eficiència en la gestió del sistema sanitari i amb la reordenació dels serveis de salut sense afectar la qualitat assistencial.

### **Atenció primària i comunitària**

L'any 2010, cada persona assignada a un equip d'atenció primària fa una mitjana de 6,0 visites, tot i que el 28,7% de les persones assignades no en fa cap. Els menors de 5 anys assoleixen una mitjana de 10,3 visites l'any. Els motius de consulta més freqüents estan relacionats amb la prevenció i el control de factors de risc. L'any 2010 és el primer any en què el nombre absolut de visites en l'atenció primària ha disminuït (5,5%).

### **Atenció de les emergències mèdiques i atenció telefònica**

L'any 2010, la població ha realitzat una mitjana de 4.400 trucades diàries d'urgències i emergències mèdiques al Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Una tercera part dels incidents derivats d'aquestes trucades (33,5%) s'han resolt telefònicament. Gairebé la meitat dels afectats atesos per les unitats de suport vital bàsic i avançat tenen més de 70 anys (48,8%) i els grups de diagnòstics més freqüents són el de traumatologia (22,7%) i malalties de l'aparell respiratori (12,8%). El nombre de consultes a Sanitat Respon, excloent-hi les de programació de cita prèvia, s'ha incrementat un 10,0%, respecte a l'any 2008.

### **Atenció hospitalària d'aguts.**

L'any 2010 s'han produït 124,7 contactes d'hospitalització per 100.000 h., 97,1 dels quals són d'hospitalització convencional i 27,6 de cirurgia major ambulatoria. La taxa catalana és baixa en comparació amb els països de la UE. El 77,1% dels contactes d'hospitalització són de finançament públic. La tendència en hospitalització d'aguts dels darrers cinc anys és estable.

### **Atenció sociosanitària**

La taxa d'utilització de recursos sociosanitaris és d'11,6 episodis per 1.000 h. L'atenció sociosanitària és un dels àmbits que ha presentat un increment més important de l'activitat en els darrers cinc anys, amb una mitjana de creixement anual del 6,1% de la taxa d'utilització. Tanmateix, l'accés a recursos sociosanitaris presenta variabilitat territorial.

### **Farmàcia**

L'any 2010 el 68,6% de la població catalana ha consumit com a mínim un medicament o producte sanitari amb recepta mèdica, finançat parcialment o totalment pel CatSalut. L'any 2010 s'observa un canvi de tendència clar respecte a la despesa farmacèutica per habitant, que disminueix un 2,0% respecte a l'any anterior. Tot i l'evolució de la despesa, el consum continua augmentant una mitjana del 2,5% anual.

### **Salut pública**

Com a conseqüència de l'aprovació de la Llei de salut pública i la creació de l'Agència de Salut Pública, en els darrers anys s'ha donat impuls a la salut pública, han aparegut noves prestacions i una institució responsable de proveir-les.



# Autors de l'Informe

## DISSENY DE L'INFORME

Genoveva Barba (OSSC), Esther Bigas (APS), Anna Borrell, Pilar Brugulat (DGRPRS), Carmen Cabezas (DGSP), Cristina Colls (OSSC), Glòria Cugat (ACSA), Josep Lluís de Peray (DGSP), Victòria Teixidó (CatSalut).

## REDACCIÓ DELS CAPÍTOLS

### Factors que afecten la salut

Esther Bigas (APS), Anna Borrell, Pilar Brugulat (DGRPRS), Carmen Cabezas (DGSP), Conxa Castell (DGSP), Joan Colom (DGSP), Irene Corbella (APS), Pilar Cortés (APS), Glòria Cugat (ACSA), Assumpta Farran (DGQA-DTS), Vicenç Fernández (ACSA), Soledad García (APS), Xavier Guinart (DGQA-DTS), África López (APS), Anna Martínez (DGSP), Antònia Medina (DGRPRS), Marta Millaret (AIAQS), Sefa Miralles (APS), Anna Mompert (DGRPRS), Gemma Nestares (APS), Eva Pérez (DGQA-DTS), Digna Planas (DGQA-DTS), Eulàlia Roure (DGSP), Rosa Salmeron (APS), Esteve Saltó (DGSP), Lídia Segura (DGSP), Jaume Serra (DGSP), Àngels Soriano (APS), Josep Maria Suelves (DGSP), Núria Torner (DGSP), Araceli Valverde (DGSP).

### La salut i els processos vitals

Joan Batalla (DGSP), Josep Maria Borràs (DGRPRS), Anna Borrell, Pilar Brugulat (DGRPRS), Ingrid Bullich (DGRPRS), Montserrat Calmet (DGSP), Dolors Carnicer (CEEISCAT), Jordi Casabona (CEEISCAT), Conxa Castell (DGSP), Ramon Clèries (DGRPRS), Josep Alfons Espinàs (DGRPRS), Rosa Fernández (DGSP), Albert Giménez (DGSP), Mireia Jané (DGSP), Josefina Jardí (ICAM), Esther Jordà (DGRPRS), Marta Larrosa (DGRPRS), Marta Millaret (AIAQS), Antònia Medina (DGRPRS), Anna Mompert (DGRPRS), Cristina Molina (DGRPRS), Carles Muñoz (DGRPRS), Bibiana Prat (DGRPRS), Maria Jesús Pueyo (DGRPRS), Anna Rodés (DGSP), Montse Rodó (DGRPRS), Alba Rosàs (DGRPRS), Josep Maria Suelves (DGSP), Xavier Surís (DGRPRS), Núria Teira (DGSP), Ricard Tresserras (DGRPRS), Luís Carlos Urbiztondo (DGSP), Maria José Vidal (DGSP) i Núria Vives (CEEISCAT).

### El sistema sanitari

Anna Borrell, Josep Lluís de Peray (DGSP), Fernando García (SEM), Marta Millaret (AIAQS), Victòria Teixidó (CatSalut), Núria Torres (SEM) i Anna Garcia Altés (OSSC).

## COORDINACIÓ

Cristina Colls (OSSC) i Anna García-Altés (OSSC).

### Agraïments

a David Elvira per la seva participació a l'inici del projecte.

- ACSA** Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Departament de Salut.
- AIAQS** Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut.
- APS** Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut.
- CatSalut** Servei Català de la Salut.
- CEEISCAT** Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya. Departament de Salut.
- DGQA-DTS** Direcció General de Qualitat Ambiental. Departament de Territori i Sostenibilitat.
- DGRPRS** Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut.
- DGSP** Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.
- ICAM** Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS). Departament de Salut.
- OSSC** Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut.





OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT  
DE CATALUNYA



# Factors que afecten la salut





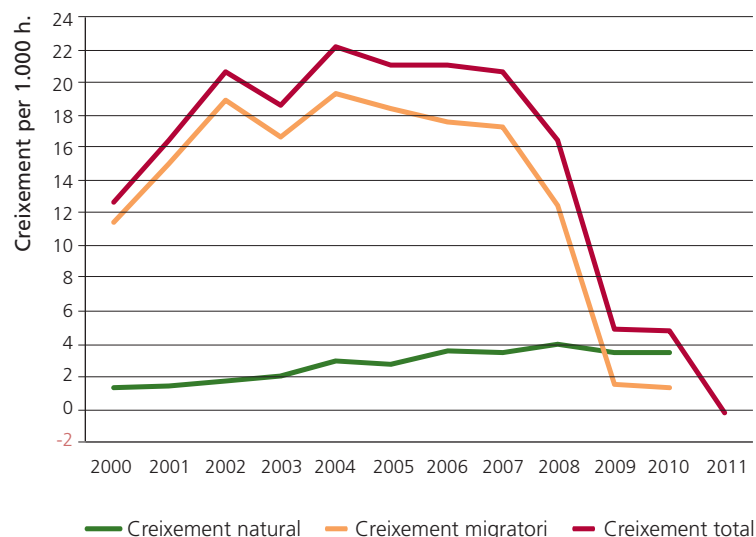
# Població

La població catalana de 2011 és de 7.539.618 habitants, després de deu anys de creixement per sobre de la mitjana europea. A partir de 2010 s'inicia un nou cicle d'estabilització del creixement poblacional i intensificació de l'envelliment.

La població catalana de l'1 de gener de 2011 és de 7.539.618 habitants, segons dades del Padró continu. Respecte a l'any 2000, la població ha crescut el 18,0%<sup>1</sup>, molt per sobre de la mitjana europea (4,1%). Tanmateix, a partir de l'any 2010 la tendència s'atura, com a conseqüència de la frenada del creixement migratori i, en segon terme, de la natalitat, i s'inicia un període d'estabilització del creixement poblacional. De fet, les estimacions postcensals de població<sup>2</sup> mostren que durant l'any 2011 s'ha produït un decreixement poblacional lleuger (-0,02%).

Fins a l'any 2009, el creixement migratori ha estat clarament superior al creixement natural de la població (Figura 1). Com a resultat d'aquest fet, l'any 2011 el 15,7% de la població catalana és de nacionalitat estrangera, mentre que l'any 2000 la població estrangera representa només el 2,9% de la població. El creixement migratori ha suposat el rejuveniment de la població catalana, perquè ha contribuït a eixamplar

Figura 1.  
Evolució del creixement natural i del creixement migratori. Catalunya, 2001-2011



Font: Moviment natural i estimacions de població 2000-2011. Idescat.

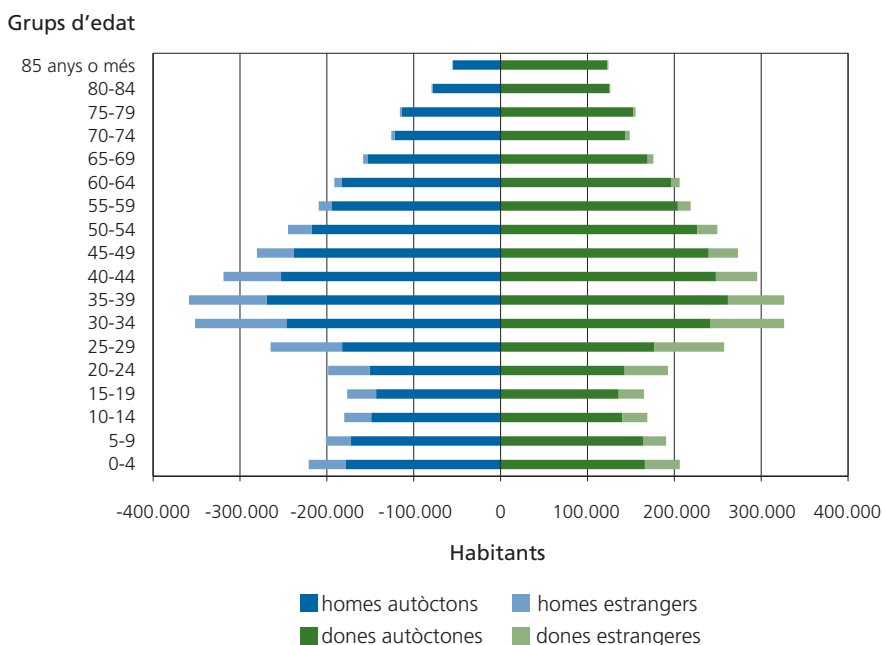
1 La variació poblacional catalana està calculada segons les estimacions postcensals de població a 1 de gener de 2011 publicades en l'Eurostat, per tal de permetre la comparació amb els valors europeus. La dada europea correspon a la mitjana de la UE-27 a 1 de gener de 2011.

2 Variació 2011-2012 de les estimacions postcensals de població. Dades provisionals.

els estrats intermedis de la piràmide poblacional, que inclouen la població en edat activa i reproductiva, i, en segon terme, la base de la piràmide, tant per l'arribada de joves i menors, com per l'estímul sobre la natalitat de l'arribada de població en edat reproductiva (Figura 2). Com a conseqüència d'aquest efecte el percentatge de població de 65 anys i més a Catalunya (16,8%) es troba actualment per sota de la mitjana de la Unió Europea (17,4%)<sup>3</sup>.

La natalitat també ha experimentat un creixement notable respecte a l'any 2000, amb una taxa màxima el 2008 de 12,2 nascuts vius per 1.000 habitants, que situava Catalunya en el quart lloc en taxa de natalitat de la Unió Europea. Seguint la tendència del saldo migratori, la taxa de natalitat va començar a caure el 2009 i l'any 2010 se'n confirma el decreixement, amb una taxa de 11,3 nascuts vius per 1.000 h. i un increment de la mitjana d'edat de la mare (31,1 anys), que ja es trobava en valors elevats.

**Figura 2.**  
**Població empadronada a Catalunya per edat, sexe i nacionalitat. Catalunya, 2011**



Font: Padró continu a l'1 de gener de 2011. Idescat.

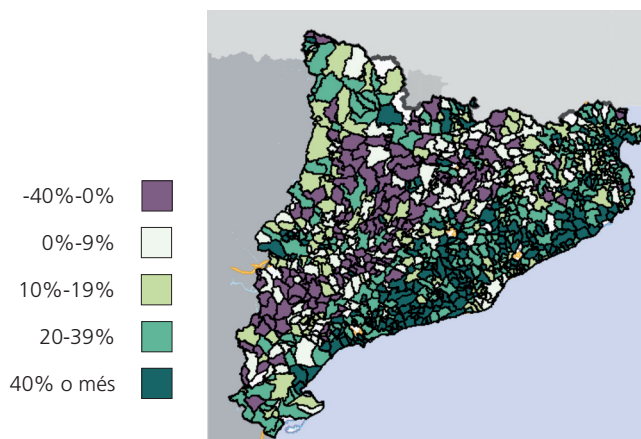
L'empremta del creixement demogràfic dels darrers anys als diversos territoris de Catalunya és desigual (Figura 3). El creixement més important es concentra al voltant de Barcelona i al litoral. En canvi, els municipis de l'interior de Catalunya presenten sovint creixements petits o fins i tot negatius.

Per últim, l'esperança de vida en aquest mateix període ha augmentat dos anys, i passa de 79,9 a 81,9 anys, molt afavorida per la reducció de la mortalitat evitable, sobretot la relacionada amb les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i els accidents de trànsit. La reducció de la mortalitat ha afavorit més les generacions compreses entre els 15 i els 44 anys, amb una reducció de la taxa mortalitat del 40,6% (2000-2009). Tanmateix són les generacions de 65 anys i més les que presenten una disminució més gran en termes de nombre de defuncions (75,2%).

<sup>3</sup> La dada europea correspon a la mitjana de la UE-27 de l'any 2010.

Com a conseqüència del fet que les generacions que actualment tenen 85 anys i més presenten al llarg de la seva vida una mortalitat inferior a la mitjana europea, Catalunya té actualment un percentatge de sobreenvelliment<sup>4</sup> del 14,2%, dels més elevats de la Unió Europea (UE-27).

Figura 3.  
Percentatge de creixement poblacional per municipi. Catalunya, 2000-2010



Si els aspectes demogràfics amb impacte rellevant sobre la salut dels darrers cinc anys han estat el creixement de la població i de la natalitat i l'envelliment, els deu anys vinents s'espera una intensificació de les necessitats d'atenció vinculades a aquest darrer aspecte.

Amb aquest pronòstic, el sistema sanitari haurà de continuar i reforçar la promoció de l'envelliment saludable i prevenció de l'aparició o agreujament de malalties cròniques, la discapacitat i dependència.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Projeccions de població 2021-2041 (base 2008). Principals resultats [monografia a Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Generalitat de Catalunya; 2009. Disponible a:

<http://idescat.cat/pp2021-2041pr>

Demography Report 2010. Commissions Staff Working Document [monografia a Internet]. Luxemburg: Eurostat. Statistical Office of the European Union. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. European Commission; 2010. Disponible a:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/documents/Tab/report.pdf>

Reptes per a la protecció social de la Catalunya del 2030 [revista monogràfica]. Barcelona: Quaderns d'Acció Social i Ciutadania. Revista d'Informació, Anàlisi i Investigació Socials. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya; Setembre 2010. Número 9. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Coleccions/Quaderns%20accio%20social%20iciutadania/num\\_9/quaderns9junt.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Coleccions/Quaderns%20accio%20social%20iciutadania/num_9/quaderns9junt.pdf)

---

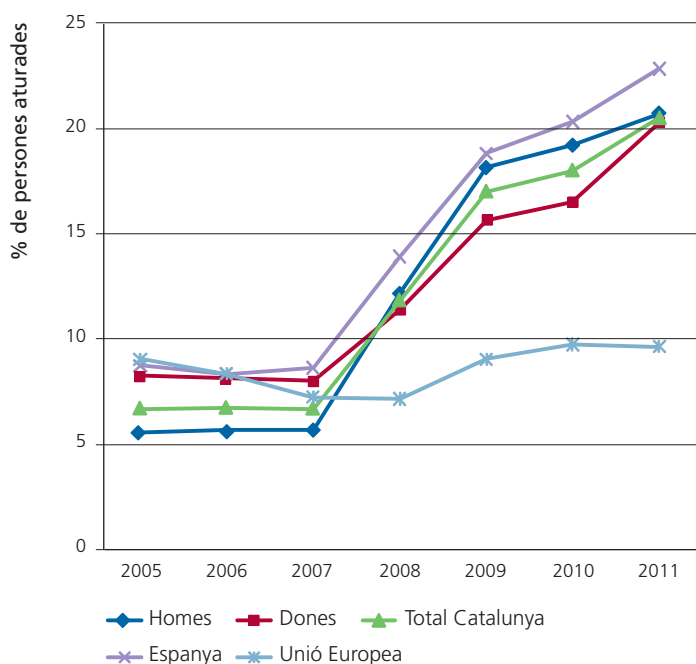
4 Percentatge de població de 65 anys o més que supera els 84 anys.

# Situació socioeconòmica

El darrer trimestre de 2011 la taxa d'atur catalana ha assolit el 20,5% de la població activa i s'ha triplicat respecte a l'any 2005. Durant el 2010, el 19,9% de la població catalana es troba en risc de pobresa. En els propers anys caldrà fer un seguiment de l'efecte de la crisi en la salut de la població.

El quart trimestre de 2011 el nombre d'aturats a Catalunya, segons l'Enquesta de població activa, és de 775,4 milers de persones, que representen el 20,5% de la població activa. La taxa d'atur catalana, tot i que es troba per sota de l'espanyola (22,9%), duplica la mitjana europea (9,6%) i s'ha multiplicat per 3,1 respecte el 2005 (Figura 1). La taxa d'atur de llarga durada<sup>1</sup> (un any o més a l'atur) és del 7,5% de la població activa i durant el mateix període (2005-2010) s'ha multiplicat per 5.

Figura 1.  
Evolució de la taxa d'atur per sexe. UE, Espanya, Catalunya, 2005-2011



Font: Enquesta de població activa, 2005-2011. Dades del IV trimestre de l'any. Idescat. Eurostat, 2005-2011.

La taxa d'atur dels homes del quart trimestre de 2010 és del 20,7%, lleugerament més elevada que la femenina (20,3%). L'octubre de 2008, la taxa d'atur masculina superava, per primer cop, la femenina. Des del 2010, les dues taxes estan convergint. El grup d'edat que presenta la taxa d'atur més elevada és el dels joves: la taxa

<sup>1</sup> Dada corresponent a l'any 2010.

d'atur del grup de 16 a 24 anys del darrer trimestre de 2011 és del 47,9%, més de doble de la mitjana europea per aquest mateix grup d'edat (21,4%) i símptoma evident de la major vulnerabilitat dels joves enfront un cicle econòmic de recessió.

El percentatge de població en risc de pobresa a l'any 2010, segons dades de l'enquesta de condicions de vida, era del 19,9% (Figura 2), inferior a la taxa espanyola (20,7%) i superior a la mitjana de la Unió Europea (16,4%). Els grups d'edat amb més risc són la gent gran (21,4%) i els menors de 16 anys (23,7%). En totes les edats, però sobretot en edats avançades, les dones presenten més proporció de població en risc de pobresa que els homes. Destaquen com a grups especialment vulnerables, que sovint són un subgrup dels anteriors, la població de nacionalitat estrangera, les persones vídues, els aturats i les persones amb educació primària o inferior, amb percentatges del 32,2%, 25,6%, 30,3% i 26,3%, respectivament.

**Figura 2.**  
**Taxa de risc de pobresa per sexe i edat. Catalunya, 2005-2010**

	2005	2006	2008	2010
<b>Homes</b>	16,0%	17,2%	15,0%	18,5%
<b>Dones</b>	18,4%	20,8%	18,1%	21,3%
<b>Ambdós sexes</b>	17,2%	19,0%	16,6%	19,9%
menys de 16 anys	20,6%	22,2%	17,6%	23,7%
de 16 a 64 anys	13,6%	16,0%	14,3%	18,6%
65 anys i més	28,9%	28,4%	25,4%	21,4%

Font: Enquesta de condicions de vida, 2005-2010. Idescat.

En termes de tendència, el percentatge de població en risc de pobresa comença a incrementar-se a partir de l'any 2009 una mitjana anual de gairebé d'un 10%. Els menors de 16 anys són el grup que ha experimentat un major creixement del risc de pobresa en els darrers dos anys, seguits de la població en edat laboral activa (16 a 64 anys), amb mitjanes de creixement anuals del 17,3% i del 15,0%. Aquest fet reflecteix la situació d'empobriment progressiu de les famílies joves. Un factor de protecció principal contra la pobresa i els problemes de salut que se'n deriven són les prestacions socials. L'any 2010 el 61,8% de les llars catalanes rebien almenys un tipus de prestació segons dades de l'enquesta de condicions de vida. D'aquestes, el 57,1% són prestacions per vellesa i supervivència, el 27,6% per l'atur i el 37,0% per altres conceptes.

Les crisis tenen efectes sobre la salut de les persones a curt i llarg termini i amb conseqüències reversibles o irreversibles. Entre els aspectes a curt termini, alguns estudis han destacat la relació entre les crisis i l'increment de la prevalença de problemes de salut mental i de mortalitat per suïcidi. A mig i llarg termini, les crisis poden provocar un empobriment de les famílies, que s'ha relacionat amb un empitjorament de les condicions de vida relacionades amb la salut, dels hàbits alimentaris i un increment dels casos de violència.

Encara és aviat per detectar l'abast d'aquests efectes, doncs depenen de múltiples variables com el context institucional, l'estructura social, la intensitat i durada de la crisi i el tipus de respostes aplicades pels governs. Amb tot, cal actuar sobre els determinants socials de la salut, com l'ocupació, l'accés a l'habitatge i l'educació, amb especial atenció cap els col·lectius més empobrits i els que es troben en situació de risc, com són els menors, els joves i la gent gran.

En paral·lel, cal monitoritzar l'impacte de la crisi en la salut de la població i avaluar l'efectivitat de les intervencions sobre els determinants socials en termes de reducció de les desigualtats en salut.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. Gac Sanit. 2009;23(4):261-5. Disponible a:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=50213-91112009000400001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=50213-91112009000400001&script=sci_arttext)

Sortir de la pobresa, lluitar per la inclusió. Barcelona: Quaderns d'Acció Social i Ciutadania. 2009;5. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Coleccions/Quasc\\_pdf/quaderns5.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Coleccions/Quasc_pdf/quaderns5.pdf)

Indicadors bàsics del treball a Catalunya. 4t trimestre 2009 [pàgina a Internet]. Barcelona: Observatori del Treball. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/observatoritreball/menuitem.39202212e4b9b7c298740d63b0c0e1a0/?vgnextoid=cd79d247538af110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cd79d247538af110VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD>

Diagnosi per a l'estratègia catalana per a l'ocupació. 2012-2020. Informe territorial del mercat de treball, adequació de les polítiques actives d'ocupació a Catalunya i definició dels eixos estratègics 2012-2020 [monografia a Internet]. Barcelona: Departament d'Empresa i Ocupació. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[http://premsa.gencat.cat/pres\\_fsvp/docs/2011/07/25/13/51/37432ff0-b8af-48ee-b5da-e41b0c-f59c12.pdf](http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/25/13/51/37432ff0-b8af-48ee-b5da-e41b0c-f59c12.pdf)

Butlletí de fluxos del mercat de treball a Catalunya [pàgina a Internet]. Barcelona: Observatori del Treball. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/observatoritreball/menuitem.39202212e4b9b7c298740d63b0c0e1a0/?vgnnextchannel=850f56a7abfe9210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&vgnextoid=850f56a7abfe9210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD>

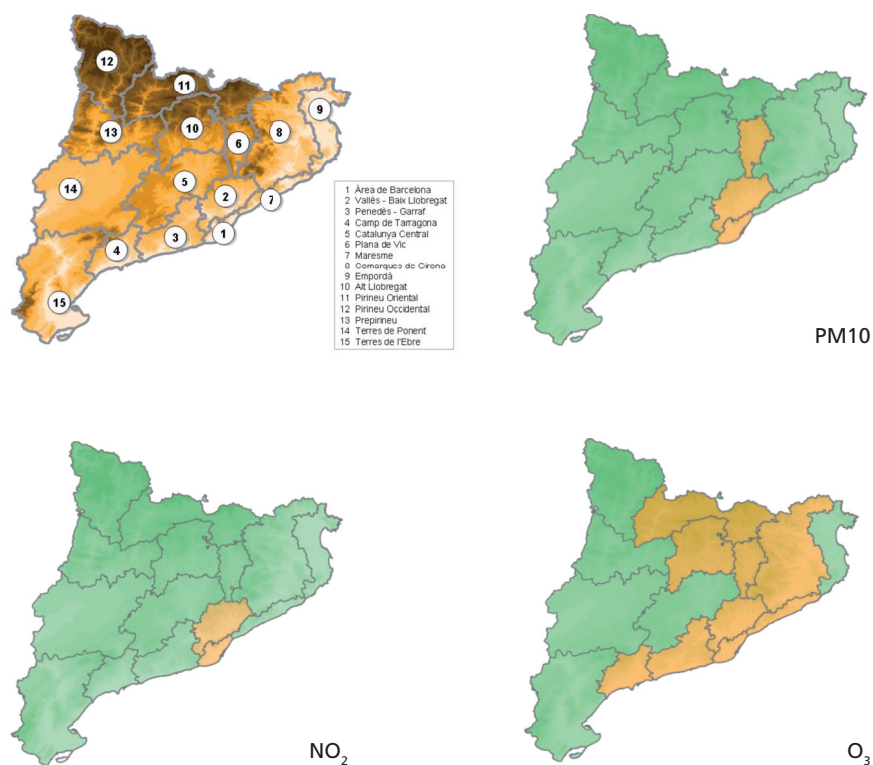


# Qualitat de l'aire

Els resultats de la vigilància de la qualitat de l'aire mostren que en gairebé tots els casos es compleixen els objectius de qualitat establerts a la normativa vigent al respecte.

Figura 1.

Zones de qualitat de l'aire de Catalunya i zones amb superacions del valor límit anual de diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>), del valor límit diari de les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM<sub>10</sub>), i del límit d'informació a la població de l'ozó troposfèric (O<sub>3</sub>). Catalunya, 2010

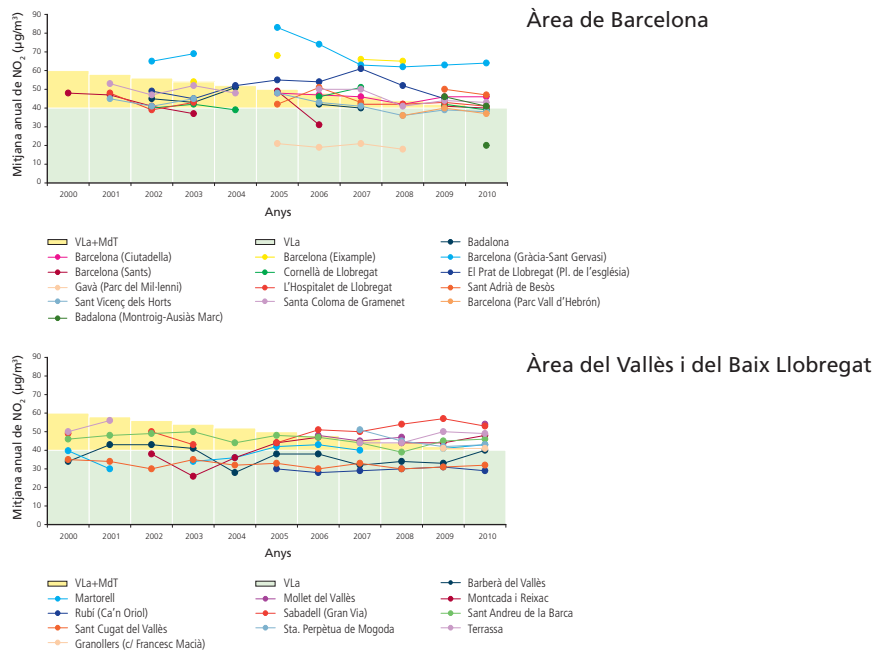


Font: Departament de Territori i Sostenibilitat, 2010.

L'eina principal per avaluar la qualitat de l'aire que respira la població de Catalunya és la Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica, creada per la Llei 22/1983, de 21 de novembre, definida per l'Ordre de 20 de juny de 1986 i adscrita administrativament al Departament de Territori i Sostenibilitat. D'acord amb la normativa vigent, els contaminants atmosfèrics que s'avaluen són els següents: diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>), sulfur d'hidrogen (H<sub>2</sub>S), ozó (O<sub>3</sub>), benzè (C<sub>6</sub>H<sub>6</sub>), monòxid de Carboni (CO), diòxid de sofre (SO<sub>2</sub>), partícules en suspensió (PM<sub>10</sub> i PM<sub>2,5</sub>), compostos de clor, metalls pesants (As, Cd, Ni i Pb) i benzo(a)pirè.

Figura 2.

Evolució de la mitjana anual de diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>) en els punts més representatius de l'àrea de Barcelona i del Vallès i Baix Llobregat. Catalunya, 2000-2010

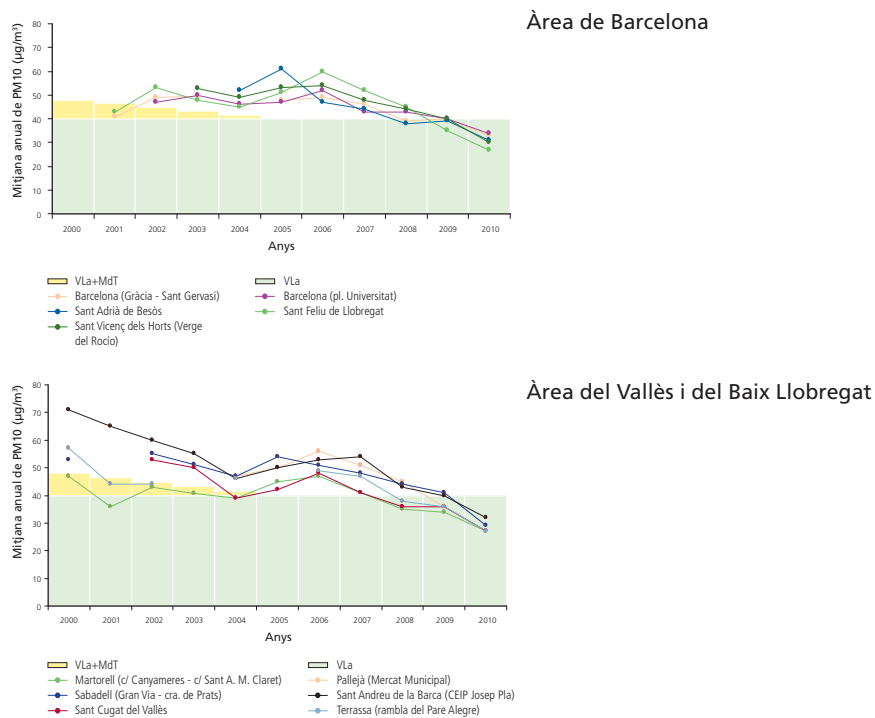


VLa: valor límit anual MdT: marge de tolerància, percentatge del valor límit establert per la normativa en què es permet superar aquest valor

Font: Departament de Territori i Sostenibilitat, 2010.

Figura 3.

Evolució de la mitjana anual de partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM<sub>10</sub>) en els punts més representatius de l'àrea de Barcelona i del Vallès i Baix Llobregat. Catalunya, 2000-2010



VLa: valor límit anual MdT: marge de tolerància, percentatge del valor límit establert per la normativa en què es permet superar aquest valor

Font: Departament de Territori i Sostenibilitat, 2010.

L'avaluació de la qualitat de l'aire, d'acord amb el marc normatiu vigent, es realitza per "zones de qualitat de l'aire". Catalunya es subdivideix en 15 zones, delimitades de manera que els territoris inclosos a cada zona presenten característiques similars en termes de qualitat de l'aire, considerant elements com l'orografia, la climatologia, la densitat de població i el volum d'emissions industrials i de transport.

Els resultats obtinguts de l'avaluació de la qualitat de l'aire realitzada pel Departament de Territori i Sostenibilitat mostren que en gairebé tots els casos es compleixen els objectius establerts a la normativa vigent. En aquest sentit, cal destacar que les superacions observades corresponen a valors límit i en cap cas se superen els valors d'alerta establerts per alguns contaminants.

Dels 15 contaminants avaluats, s'han detectat superacions dels valors de referència legislatos pel que fa al diòxid de nitrogen ( $\text{NO}_2$ ), les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres ( $\text{PM}_{10}$ ) i l'ozó troposfèric ( $\text{O}_3$ ) (Figura 1). En el cas de les partícules en suspensió  $\text{PM}_{10}$  i el diòxid de nitrogen, cal considerar que són contaminants de ciutat i que les seves emissions estan associades a altes densitats de població i elevades concentracions de trànsit urbà i interurbà. La mateixa situació d'incompliment normatiu, que es detecta en aquestes zones urbanes de Barcelona i del Vallès i Baix Llobregat, també es dona en altres àrees urbanes d'Europa. De manera més esporàdica, s'han detectat 7 superacions del valor de referència diari de clorur d'hidrogen (3 a la zona 4, 1 a la zona 5 i 3 a la zona 15) i una superació del valor de referència semihorari per al sulfur d'hidrogen a la zona 5.

Respecte al diòxid de nitrogen, durant l'any 2010 s'han registrat superacions del valor límit anual a les zones de l'Àrea de Barcelona (en 9 dels 15 punts de mesurament) i del Vallès-Baix Llobregat (en 8 dels 11 punts de mesurament). La tendència en els darrers deu anys de les concentracions mitjanes anuals de diòxid de nitrogen és estable (Figura 2).

En referència a les  $\text{PM}_{10}$ , s'ha constatat una tendència a la disminució dels nivells a tot el territori (Figura 3) i durant l'any 2010 no s'ha superat el valor límit anual. Pel que fa al nombre de superacions permeses del valor límit diari, en tres punts pertanyents a les zones de qualitat de l'aire 1 (Àrea de Barcelona), 2 (Vallès – Baix Llobregat) i 6 (Plana de Vic) s'ha sobrepassat de forma puntual el nombre de superacions permeses del valor límit diari.

En el cas de l'ozó troposfèric, la seva vigilància s'intensifica durant el període del mes de maig a setembre, que és quan els nivells poden ser més alts. Al llarg de 2010 s'han registrat 125 hores de superació de llindar d'informació a la població que s'han repartit en 16 punts de mesurament dels 55 punts de la xarxa on s'ha mesurat aquest contaminant (Figura 1).

El Departament de Territori i Sostenibilitat està revisant les actuacions de reducció de les emissions dels contaminants atmosfèrics pels quals es detecten superacions en el territori. Concretament es treballa en l'actualització del Pla de millora de la qualitat de l'aire que ha de permetre la reducció de les emissions per tal d'assolir els objectius de qualitat de l'aire per a les partícules en suspensió  $\text{PM}_{10}$  i per al diòxid de nitrogen l'any 2015. Les mesures concretes actuaran sobre tots els sectors en funció de la seva contribució, com són el transport terrestre, aeri i marítim, el sector industrial i de generació d'energia i el sector domèstic.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Balanç de la qualitat de l'aire a Catalunya 2010 [monografies a Internet].** Barcelona: Medi Ambient. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/docs/dmah/Home/Ambits%20dactuacio/Atmosfera/Qualitat%20de%20laire/Avaluacio/Balancos%20i%20informes/documentos/QA2010.pdf>

**Xarxa de vigilància de la previsió de la contaminació atmosfèrica (XVPCA) [pàgina a Internet].** Barcelona: Medi Ambient. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/mediambient/menuitem.8f64ca3109a92b904e9cac3bb0c0e1a0/?vgnextoid=b990be8edd927210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b990be8edd927210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

**Pla d'actuació per a la millora de la qualitat de l'aire 2011 – 2015 [pàgina a Internet].**

Barcelona: Medi Ambient. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www.airemes.net>

---

# Qualitat de l'aigua de consum

La qualitat de l'aigua destinada al consum humà de Catalunya presenta un grau de compliment normatiu elevat. Així mateix, les instal·lacions de risc de dispersió de Legionel·la a través d'aerosols han mostrat en cinc anys una millora destacable del seu grau de conformitat.

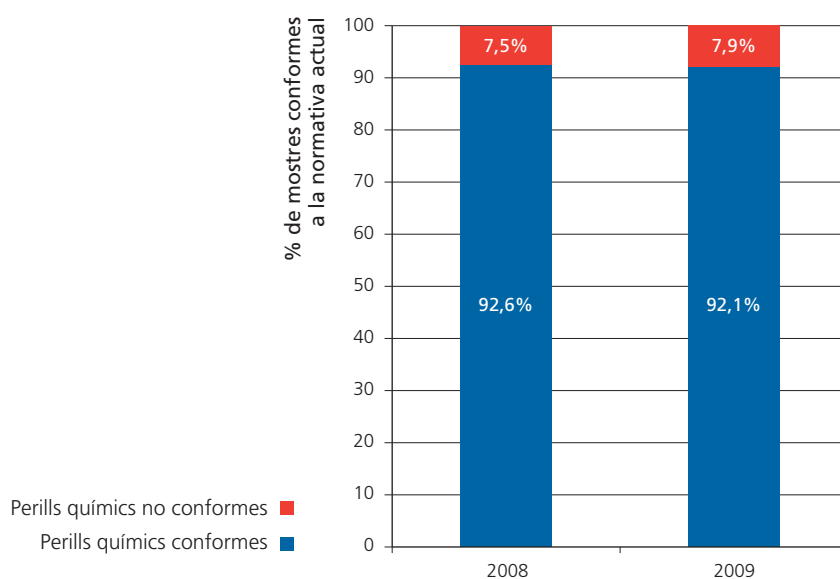
## AIGUA DE CONSUM

Els resultats de les analítiques realitzades els darrers anys per l'Agència de Protecció de la Salut mostren un grau de compliment normatiu elevat de la qualitat de l'aigua de consum humà de les diferents xarxes i zones d'abastament de Catalunya.

En relació amb els contaminants microbiològics, l'elevat grau de compliment de les diferents xarxes d'abastament està lligat a una bona desinfecció de l'aigua. Només es detecten superacions d'alguns d'aquests paràmetres en situacions puntuals i bàsicament en nuclis de població petits.

Pel que fa als paràmetres fisicoquímics, destaca també l'elevat percentatge de zones de subministrament que compleixen els valors paramètrics establerts per la normativa vigent: el 92,1% de les zones han donat resultat favorable (Figura 1). Els paràmetres que l'any 2009 s'han superat en un major nombre de zones i han afectat més població són els nitrats (4,3 % de les zones), seguits del fluor (1,8 % de les zones) i de l'arsènic (1 % de les zones). D'altra banda, s'han observat també superacions

Figura 1.  
Percentatge de zones amb conformitat normativa dels perills químics a les aigües de consum humà. Catalunya, 2008-2009



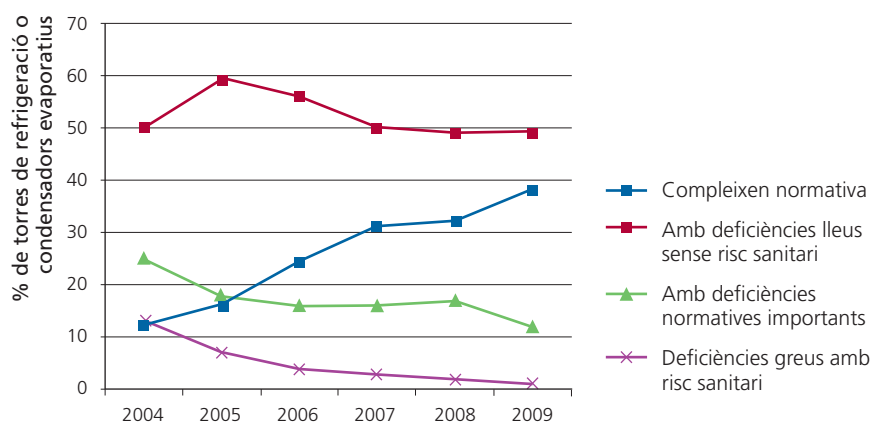
Font: Agència de Protecció de la Salut. 2008, 2009. Departament de Salut.

puntuals d'alguns paràmetres com els trihalometans i la terbolesa. Quant a paràmetres indicadors de qualitat de l'aigua, però que no en determinen la seva aptitud, s'han observat superacions del valor paramètric per sulfats i clorurs principalment.

Les conseqüències dels riscos en la ingesta d'aigua de consum poden produir-se a curt termini, en forma de brots o casos amb efectes aguts, principalment relacionats amb agents biològics, o a mitjà o llarg termini, més relacionats amb agents químics. La correlació entre la causa i la malaltia en les exposicions cròniques es fa difícil de determinar, atès l'elevat nombre de factors addicionals que hi estan implicats.

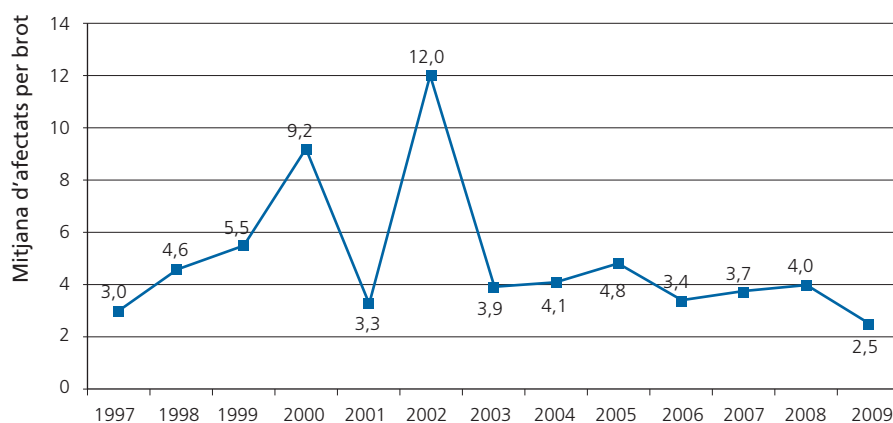
El Departament de Salut va elaborar l'any 2005 el Pla de Vigilància i Control Sanitari de les Aigües de Consum Humà a Catalunya, que estableix els objectius de qualitat de l'aigua, les competències i responsabilitats de les diverses administracions i entitats competents en la matèria, les línies generals que han de contemplar els protocols d'autocontrol de les entitats gestores i les mesures que cal adoptar davant

**Figura 2.**  
**Percentatge de compliment normatiu de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius. Catalunya, 2004-2009**



Font: Agència de Protecció de la Salut. 2004-2009. Departament de Salut.

**Figura 3.**  
**Mitjana de persones afectades per brot de legionel·losi. Catalunya, 1997-2009**



Font: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

situacions d'incompliments dels valors paramètrics. El Departament també realitza la vigilància de la qualitat de l'aigua, la supervisió dels autocontrols que realitzen les entitats gestores i els ajuntaments, i el control de la desinfecció de l'aigua.

## LEGIONEL·LOSI

L'Agència de Protecció de la Salut porta a terme anualment un programa de control que inclou la inspecció de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions de risc de legionel·losi, la supervisió dels sistemes d'autocontrol implementats pels titulars dels establiments i el control de l'aigua de les instal·lacions.

Els resultats de les actuacions de control efectuades d'ençà de l'any 2003 en torres de refrigeració i condensadors evaporatius, que són uns dels tipus d'instal·lacions de més risc de dispersió de *Legionella*, mostren una millora destacable del seu grau de compliment. El nombre d'instal·lacions amb deficiències greus i risc sanitari han passat de ser més del 10% a l'any 2004 a prop del 0% en el 2009 (Figura 2). En paral·lel, en els darrers anys s'observa una disminució clara del número de brots associats a aquesta malaltia i del nombre de persones afectades en cada brot (Figura 3).

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Canal Salut: L'aigua de consum humà [pàgina a Internet]. Barcelona. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.860e901bf7168d2c8bd97260b0c0e1a0/?vgnextoid=b77a9952e35fc210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b77a9952e35fc210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Brots epidèmics declarats a Catalunya l'any 2009 [revista monogràfica]. Barcelona: Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=3b888fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=3b888fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

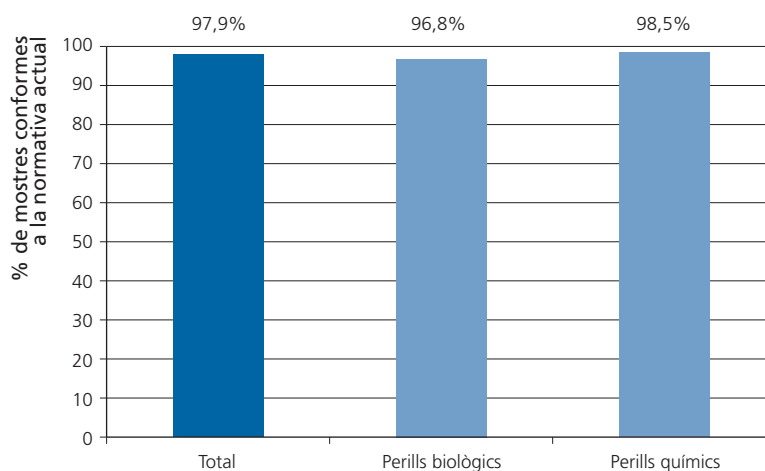
Vigilància i control sanitari de les aigües de consum humà de Catalunya [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
[www.gencat.cat/salut/aigua/ViCACH2.htm](http://www.gencat.cat/salut/aigua/ViCACH2.htm)

# Seguretat dels aliments

La seguretat dels aliments a Catalunya mostra nivells elevats i equivalents als dels països de la Unió Europea. L'any 2009, el nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries s'ha reduït un 60,6% respecte el 2005, disminuint el nombre d'afectats gairebé a la meitat (43,3%).

La seguretat dels aliments és referent a totes les actuacions orientades a eliminar o minimitzar els perills associats als productes alimentaris que puguin posar en risc la salut dels consumidors. A Catalunya, els resultats de les anàlisis realitzades durant els darrers anys per l'Agència de Protecció de la Salut, orientades a la detecció i quantificació de perills biològics i químics en els aliments, mostren uns percentatges elevats de conformitat amb la normativa vigent (Figura 1).

Figura 1.  
Percentatge de conformitat amb la normativa vigent de les anàlisis d'aliments realitzades. Catalunya, 2010



Font: Sistema de vigilància sanitària dels aliments a Catalunya (SIVAL), 2010. Agència de protecció de la Salut. Departament de Salut.

En relació amb els riscos biològics, els microorganismes més freqüents detectats en aliments l'any 2010 han estat els mateixos que en anys anteriors i són similars als que estan en circulació a tota Europa: la *Salmonella*, *Campylobacter*, *Yersinia enterocolitica*, *Bacillus cereus* i *Listeria monocytogenes*. Aquests microorganismes s'han detectat en menys d'un 5% de les mostres analitzades. Els paràsits en peix cru (*Anisakis*) s'han detectat en un 42% de les mostres. Aquest problema es concentra en grups d'aliments que o bé es congelen abans de consumir o bé es consumeixen cuinats, mitigant el risc en gran part.

Respecte als riscos químics, les anàlisis practicades sobre els aliments ofereixen també percentatges elevats de conformitat amb la normativa vigent, tot i que s'observen alguns problemes pel que fa a determinats additius i contaminants.



Tanmateix, aquestes irregularitats no haurien de suposar un impacte en salut, ja que es prenen mesures correctores a partir del moment de la seva detecció i no suposen un risc rellevant en una dieta variada i diversificada, atès que la exposició és molt petita.

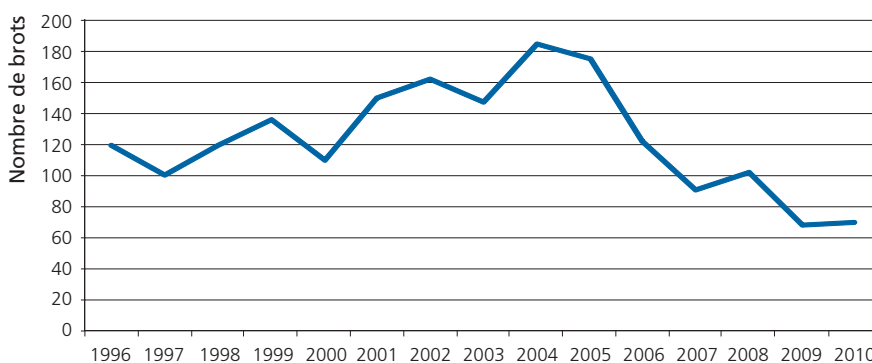
Per tal de determinar l'impacte dels riscos químics en la salut de la població es duen a terme estudis de dieta total. Aquests estudis estimen el nivell d'exposició de la població a una selecció de contaminants químics a partir de l'anàlisi de mostres representatives dels aliments consumits per la població de Catalunya. Els darrers estudis realitzats a Catalunya (2007) mostren nivells d'exposició inferiors als nivells de seguretat establerts pel comitè mixt FAO/OMS d'experts en additius alimentaris (JECFA) i l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària (EFSA).

Les conseqüències dels riscos poden ser a curt, mitjà i llarg termini. Els riscos químics es relacionen amb exposicions cròniques i efectes a llarg termini, en què es fa difícil establir correlacions directes entre malalties i la causa. Els riscos biològics s'associen normalment a conseqüències a curt termini i originen les anomenades toxiinfeccions alimentàries (TIA) que acostumen a presentar-se en forma de brots epidèmics, més del 80% dels quals, s'associen a àmbits concrets de les fases finals de la cadena alimentària.

L'any 2010, el nombre de brots notificats a Catalunya va ser de 69, amb un total de 1.418 persones afectades. Destaca l'àmbit domèstic, que representa un 23,5%<sup>1</sup> dels brots i els establiments d'hostaleria amb un 38,2%. Tanmateix, és probable que la incidència real sigui més elevada, ja que alguns brots familiars i casos aïllats no s'arriben a notificar. Els principals agents causals de toxiinfeccions alimentàries van ser la *Salmonella* (30,8% dels brots), el *norovirus* (17,6%), el *Clostridium perfringens* (5,8%) i el *Staphylococcus aureus* (5,8%). Pel que fa als aliments vehicles, el peix i el marisc van ser els més freqüents (17,6%), seguits de la maionesa i altres ovioproduts (16,6%), la carn i els embotits (7,3%) i la pasta (7,3%).

El nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries ha seguit una tendència decreixent, que es va iniciar l'any 2005 i va assolir el seu mínim els darrers anys. La disminució acumulada respecte al 2005 és del 60,6% i el nombre d'afectats ha disminuït de 2.032 l'any 2005 a 1.418 el 2010.

Figura 2.  
Evolució del nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries. Catalunya, 1996-2009



Font: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, 1996-2009.  
Departament de Salut.

<sup>1</sup> Les dades relatives a l'àmbit on s'han produït els brots i els agents causals corresponen a l'any 2009.

Pel que fa a la incidència de malalties transmissibles per via alimentària diagnosticades de forma individual, es disposa de dues fonts d'informació: el sistema de declaració microbiològica dels laboratoris i el sistema de malalties de declaració obligatòria (malalties de declaració individualitzada). Les dades de declaració microbiològica de 2009 indiquen que, en la major part dels casos, la incidència de les malalties no és elevada, a excepció de les causades per *Campylobacter* amb 2.644 casos, *Salmonella* amb 1.919 i *Rotavirus* amb 1.038. Pel que fa a les malalties de declaració individualitzada, el nombre de casos declarats és baix, sobretot en les que estan molt directament vinculades a la transmissió alimentària, com la triquinosi i el botulisme, amb cap cas declarat el 2009, i la hidatidiosi amb una incidència del 0,17 casos declarats per 100.000 h.

Per a prevenir l'aparició de problemes de salut associats amb els riscos alimentaris cal assegurar el compliment de les condicions preventives per part de tots els agents relacionats amb la cadena alimentària, incloent-hi els consumidors, i alhora avaluar l'existència de riscos dels aliments que es troben al mercat. El Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya 2007-2010 identifica els objectius estratègics i les intervencions en què participen totes les administracions amb competències en medi ambient, agricultura, ramaderia, pesca, alimentació, salut pública i consum, així com el conjunt d'administracions locals. A partir de 2011, el nou Pla 2011-2015 avança cap a la consolidació d'un model d'intervenció integrat i relacional.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Canal Salut: Malalties de transmissió alimentària [pàgina a Internet]. Barcelona:

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.9b82b6b733f0dcac48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=40a07cc64790d210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=40a07cc64790d210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA) [pàgina a Internet]. Barcelona:

Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[www.gencat.cat/salut/acsa/index.html](http://www.gencat.cat/salut/acsa/index.html)

Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC) [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2263/index.html>

Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya 2007-2010 [monografia a Internet]. Barcelona:

Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible a:

[www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir1299/dd16409/psa\\_catala\\_oct2007.pdf](http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir1299/dd16409/psa_catala_oct2007.pdf)

Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya 2011-2015 [monografia a Internet]. Barcelona:

Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

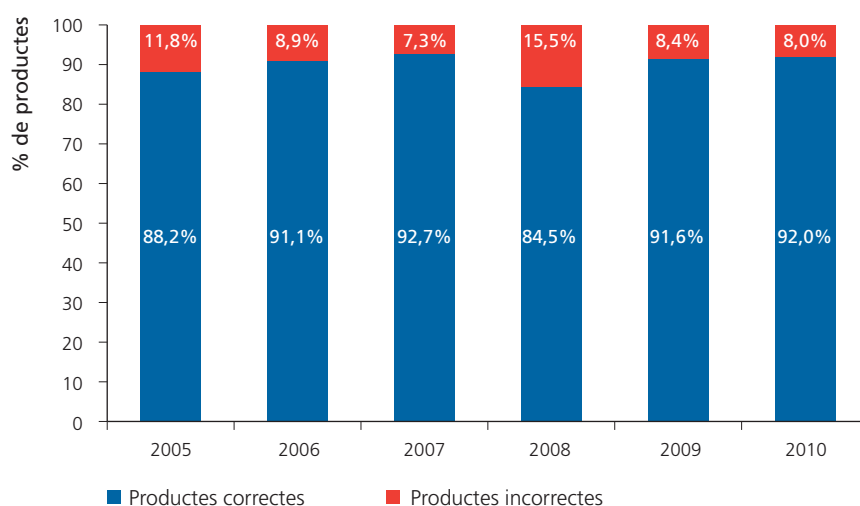
<http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir1299/psa2011provisional.pdf>

# Seguretat en els productes químics

El 92% dels productes plaguicides i desinfectants revisats per l'Agència de Protecció de la Salut l'any 2010 compleixen les condicions de seguretat que estableix la directiva europea relativa a la comercialització de biocides. Els darrers dos anys no s'ha produït cap notificació de brot relacionat amb l'ús de plaguicides.

Els productes químics contribueixen al desenvolupament i milloren les condicions de vida de la població. Tot i això, s'ha comprovat que algunes substàncies químiques poden tenir efectes desfavorables per a la salut humana i per al medi ambient. Els darrers anys, la Unió Europea ha aprovat diverses regulacions normatives<sup>1</sup> encaminades a prevenir els efectes a curt i llarg termini derivats de l'exposició a les substàncies químiques.

Figura 1.  
Evolució del percentatge de conformitat de les condicions de seguretat dels plaguicides i desinfectants d'ús ambiental en la indústria alimentària\*.  
Catalunya, 2005-2010



\*Dades dels controls realitzats a empreses de control de plagues i entitats de comercialització de plaguicides i desinfectants.

Font: Agència de Protecció de la Salut. Departament de Salut.

<sup>1</sup> La Directiva 98/8/CE, de 16 de febrer de 1998, relativa a la comercialització de biocides, el Reglament (CE) n° 1907/2006 de 18 de desembre de 2006 relatiu al registre, avaluació, autorització i restricció de les substàncies i mescleres químiques (REACH) i el Reglament (CE) N° 1272/2008 de 16 de desembre de 2008 sobre classificació, etiquetatge i envasament de substàncies i mescleres (CLP).

## LA COMERCIALIZACIÓ DE BIOCIDES

La directiva europea de biocides regula aspectes relacionats amb la comercialització d'un tipus de productes químics, com són els plaguicides i els desinfectants utilitzats en l'àmbit ambiental i en la indústria alimentària, que poden suposar un risc per a la salut si no s'utilitzen, emmagatzemen i comercialitzen correctament. Per això, aquests productes requereixen d'una autorització sanitària prèvia a la seva comercialització, en la qual s'indica la seva categoria de perillositat, els usos permesos, les indicacions de perills i de consells de prudència, les mesures de precaució i seguretat que cal adoptar en l'aplicació i la informació que ha de constar a l'etiqueta. Així mateix, els biocides d'ús professional han de disposar d'un altre document: la fitxa de dades de seguretat del producte, adreçada als professionals que els hagin d'utilitzar o manipular, i que dona informació més extensa sobre els perills del producte, condicions de manipulació i emmagatzematge, mesures de protecció individual necessàries, etc.

L'any 2010 el 92% dels plaguicides i desinfectants revisats per L'Agència de Protecció de la Salut compleixen les condicions establertes en la normativa vigent. Les irregularitats més freqüents fan referència a la manca d'actualització de l'autorització del producte i de dades suficients en l'etiquetatge o en les fitxes de dades de seguretat. Els darrers dos anys no hi ha hagut cap notificació de brot relacionat amb l'ús de plaguicides

## EL REACH (Reglament de la Comunitat Europea sobre els productes químics i el seu ús segur)

El REACH pretén fomentar mètodes alternatius per avaluar els perills que plantegen les substàncies químiques. Es basa en el principi de precaució, i estableix obligacions específiques per a fabricants, importadors i usuaris intermedis a fi i efecte que garanteixin que només es comercialitzen productes químics que no perjudiquen la salut humana ni el medi. La indústria, doncs, es fa responsable de gestionar els riscos produïts per les substàncies químiques i de proporcionar als usuaris la informació apropiada per tal que puguin ser usats en condicions de seguretat.

L'Agència de Protecció de la Salut i la Direcció general de Qualitat Ambiental del Departament de Territori i Sostenibilitat han participat en el primer projecte d'inspecció que ha impulsat l'Agència Europea de Substàncies Químiques (ECHA) durant els anys 2009 i 2010. Els resultats de les visites realitzades a diferents empreses de productes químics mostren que un elevat percentatge compleixen amb els requeriments d'aquest reglament.

Així mateix, el Sistema d'Intercanvi Ràpid d'Informació sobre productes químics, que coordina el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, i en el qual participen les conselleries de salut de les comunitats autònomes, permet una gestió eficaç del risc davant irregularitats o incidents detectats relacionats amb la comercialització o ús de productes químics.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Canal Salut: Les plagues [pàgina a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.860e901bf7168d2c8bd97260b0c0e1a0/?vgnnextoid=d5fc9952e35fc210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d5fc9952e35fc210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD>

**Control de plagues i plaguicides [pàgina a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2149/index.html>

**Estratègia integrada del Govern de la Generalitat per a l'aplicació del REACH [pàgina a Internet].** Barcelona: Medi Ambient. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/dmah/Home/Ambits%20dactuacio/Empresa%20i%20avaluacio%20ambiental/Substancies%20quimiques/Registre,%20avaluacio,%20autoritzacio%20i%20restric-cio%20\(REACH\)/Estrategia%20catalana/estrategia.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dmah/Home/Ambits%20dactuacio/Empresa%20i%20avaluacio%20ambiental/Substancies%20quimiques/Registre,%20avaluacio,%20autoritzacio%20i%20restric-cio%20(REACH)/Estrategia%20catalana/estrategia.pdf)

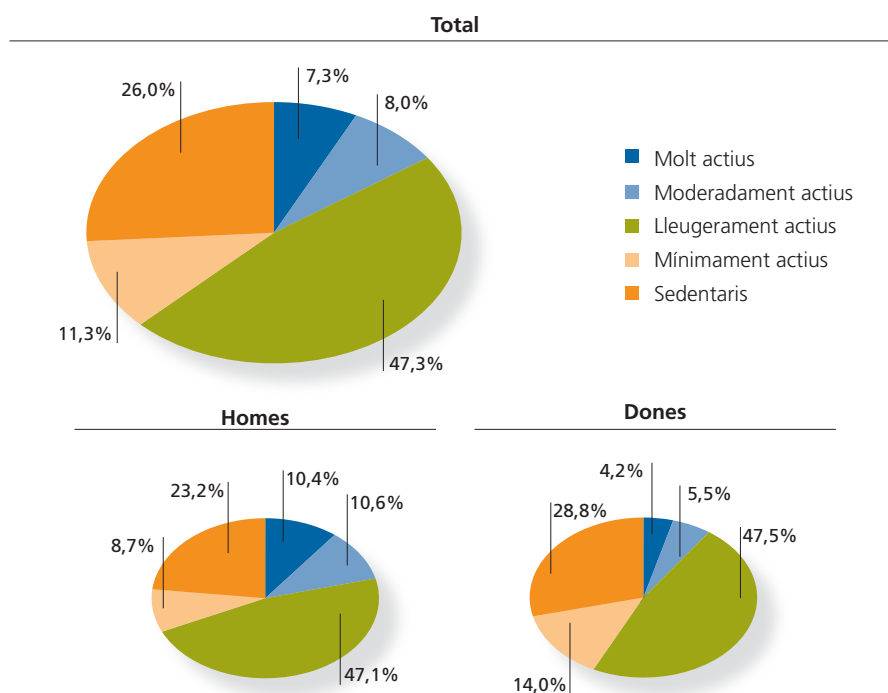
---

# Activitat física

L'any 2010, una de cada quatre persones (26,0%) es considera sedentària. La prevalença de sedentarisme en població de 15 anys i més ha crescut durant en els darrers vuit anys. La proporció de població sedentària en temps de lleure és notablement més elevada en la classe social desfavorida (9,6%) respecte a la classe alta (4,3%).

L'any 2010, un 15,3% de la població catalana de 15 anys o més es considera moderadament o molt activa. Alhora, una de cada quatre persones (26,0%) es defineix com a sedentària, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya. La manca d'activitat física és un dels principals factors de risc per a la salut modificables.

Figura 1.  
Activitat física en la població de 15 anys i més segons sexe. Catalunya, 2010



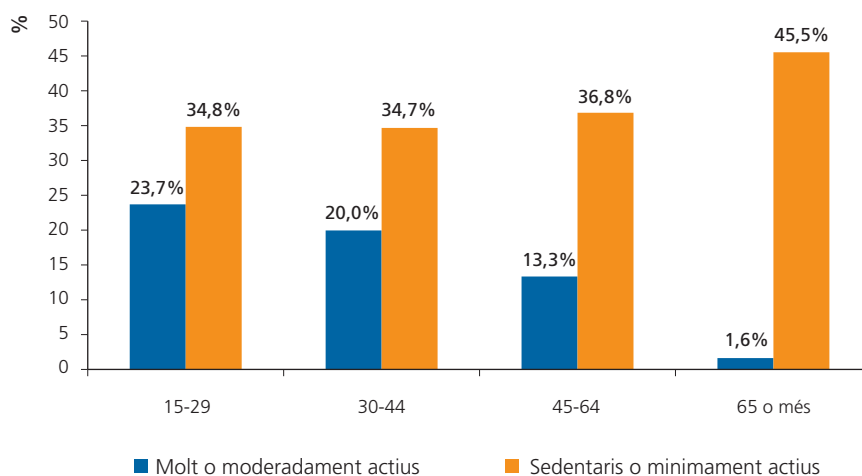
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

Ambdós sexes presenten comportaments diferents en relació amb l'activitat física. Un de cada cinc homes de 15 anys o més (21,0%) es considera moderadament o molt actiu, mentre que entre les dones aquesta proporció és de menys de la meitat (9,7%). A l'altre extrem, el 23,2% dels homes de 15 anys o més es declara sedentari, mentre que entre les dones el sedentarisme és del 28,8%. La diferència entre

sexes és més important si considerem, a més de la població sedentària, la població mínimament activa. El percentatge de dones sedentàries o mínimament actives és del 42,8%, enfront del 31,9% dels homes.

Amb l'edat disminueix la proporció de població més activa (moderadament o molt activa) i augmenta la proporció de població menys activa (sedentària o mínimament activa) (Figura 2). En relació amb els primers, la disminució comença a accentuar-se a partir dels 45 anys. Respecte a la població menys activa, és a partir dels 65 anys en què es produeix el creixement important. Per sexes, les dones presenten a totes les edats menys població molt o moderadament activa i més població sedentària o mínimament activa. És en edats joves en les quals s'observa més diferència entre sexes: el percentatge de dones sedentàries o mínimament actives de 15 a 44 anys (42,4%) és un 53,7% més elevat que el d'homes (27,6%).

**Figura 2.**  
Població molt o moderadament activa enfront de població sedentària i mínimament activa per grups d'edat. Catalunya, 2010



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

Els patrons d'activitat física són diferents segons la classe social. El fet d'estar assegut/da durant tota la jornada és més habitual en les classes alta i mitjana (36,5% i 34,1%), enfront de la classe social desfavorida (23,8%). Alhora, la proporció de població que realitza habitualment una activitat que requereix un esforç important és del doble en la classe desfavorida (13,2%), enfront del 7,5 i el 5,8% en les classes alta i mitjana. En canvi, si tenim en compte exclusivament l'activitat física en temps de lleure, la proporció de població sedentària és notablement més elevada en la classe social desfavorida (9,6%) respecte a la classe alta (4,3%). Aquesta darrera característica, també observada en altres països europeus, s'atribueix al menor temps lliure de què disposen les classes desfavorides, així com a possibles dificultats d'accés als equipaments de lleure i la baixa adaptació de l'entorn a la realització d'activitat física.

En termes generals la prevalença de sedentarisme en població de 15 anys i més ha crescut respecte a la dada de 2002 de l'Enquesta de Salut de Catalunya (21,7%), tot i que s'observen dos comportament diferents segons l'edat. La població menor de 65 anys, amb una proporció de població sedentària del 23,9%, ha augmentat la prevalença respecte als valors de l'any 2002 (18,7%) i 2006 (19,7%). En canvi, la població de 65 anys o més manté globalment valors de sedentarisme estables,

i concretament el grup de població de 65 a 74 anys presenta una disminució del sedentarisme respecte a la dada de 2006, que caldrà corroborar amb dades de l'enquesta de 2011.

Entre la població infantil de 6 a 14 anys l'activitat de lleure principal fora d'horari escolar és mirar la televisió o jugar amb videojocs o ordinador, amb una dedicació mitjana setmanal de 9,3 hores, enfront de les 1,7 hores dedicades a activitats extraescolars esportives i les 3,9 hores dedicades a jugar al parc o carrer. Els nens realitzen més activitats extraescolars esportives que les nenes, 2 i 1,3 hores setmanals de mitjana respectivament. Els menors de classe social desfavorida dediquen més hores setmanals a mirar la televisió o jugar amb videojocs o ordinador (10,7 hores) que els menors de classe alta (7,6 hores).

El Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'Activitat física i l'Alimentació Saludable (PAAS), que el Departament de Salut va endegar l'any 2006, pretén aconseguir que la població assumeixi les opcions que promouen la salut mitjançant la pràctica regular d'activitat física i d'una alimentació saludable. El Pla desenvolupa activitats en els àmbits educatiu, sanitari, comunitari i laboral en col·laboració amb ajuntaments, consells comarcals, institucions sanitàries, educatives, gremis, fundacions i empreses privades. En el marc del PAAS, el Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES) és una iniciativa intersectorial entre Salut i Esport, per potenciar la prescripció d'activitat física en l'atenció primària i posar a l'abast de la població recursos i serveis comunitaris per a aquesta finalitat (rutes i activitats saludables). A finals de l'any 2010, el 59,1% dels equips d'atenció primària estaven adscrits al programa PAFES i s'havien senyalitzat 644 rutes saludables a 170 municipis de Catalunya.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'Activitat física i l'Alimentació Saludable (PAAS) [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2008. Disponible a:

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/territoriales/cataluna2.pdf>

Pla d'Activitat Física Esport i Salut (PAFES) [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[www.pafes.cat](http://www.pafes.cat)

Román-Viñas B, Serra-Majem L, Ribas-Barba L, Roure-Cuspinera E, Cabezas C, Vallbona C, et al. Trends in physical activity status in Catalonia, Spain (1992-2003). *Public Health Nutr.* 2007;10(11A):1389-95.

Enquesta de Salut de Catalunya, 2006

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

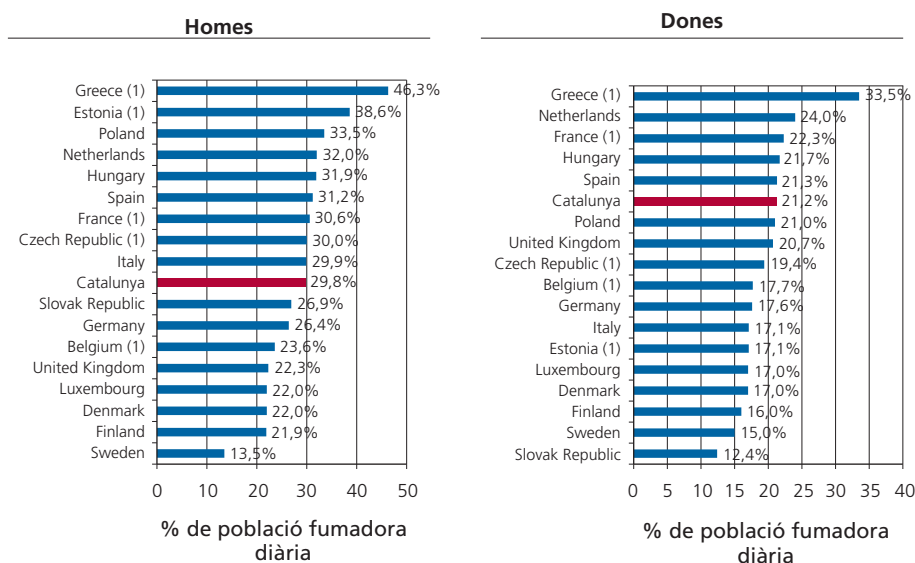


# Consum de tabac

A Catalunya, l'any 2010, tres de cada deu persones de 15 anys i més fumen diàriament o ocasionalment (29,5%). Tanmateix, gairebé la meitat (48,9%) de la població major de 15 anys no ha fumat mai i un 21,7% es declara exfumadora. La tendència del tabaquisme s'ha mantingut estable els darrers cinc anys.

L'any 2010, el 25,4% de la població de 15 anys o més fuma cada dia i un 4,0% fuma ocasionalment, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya. La prevalença de consum diari de tabac és inferior a la mitjana de l'Estat (26,2%), tant en homes com en dones, però se situa en una posició mitjana-alta en comparació amb els països de la Unió Europea, sobretot en el cas de les dones (Figura 1). Amb tot, gairebé la meitat de la població de 15 anys i més declara que no ha fumat mai i un 21,7% que han deixat de fumar (exfumadors).

Figura 1.  
Prevalença de consum diari de tabac en població de 15 anys o més segons països de la Unió Europea per sexe. UE 2009, Catalunya 2010



(1) Correspon a dades de 2008.

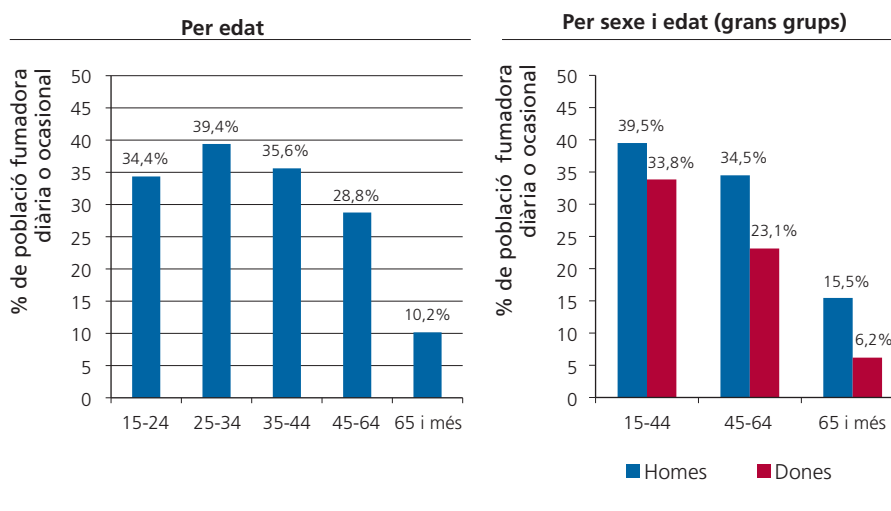
Font. OCDE, 2008-2009. Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut

La prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) és més elevada entre els homes (34,1%) que entre les dones (24,8%) (Figura 2). El grup d'edat que presenta més prevalença de tabaquisme és el de 25 a 34 anys (39,4%), tot i que la prevalença del grup de 15 a 24 anys és molt elevada, si tenim en compte que es tracta de població molt jove (34,4%). La prevalença disminueix progressivament a partir dels 45 anys i el diferencial entre sexes es va fent més gran en edats avançades. Aquest patró és molt semblant al que es troba a la resta de l'Estat espanyol i tradueix en part la progressiva feminització del consum, atès que les cohorts de dones fumadores

d'edat jove i mitjana substitueixen progressivament les cohorts de dones grans que eren majoritàriament no fumadores. Per classe social, l'única diferència significativa es troba entre la prevalença en homes de classe mitjana (25,1%) i de classe treballadora (38,6%), un 53,9% superior.

Les persones amb problemes de salut mental són especialment vulnerables enfront el tabaquisme. A partir de la informació recollida en les unitats especialitzades, existeixen indicis que una part rellevant dels fumadors que tenen més dificultat per deixar de fumar, presenten de manera dual, perfils amb comorbiditat psiquiàtrica (especialment trastorns afectius i de l'ansietat) i politoxicomania.

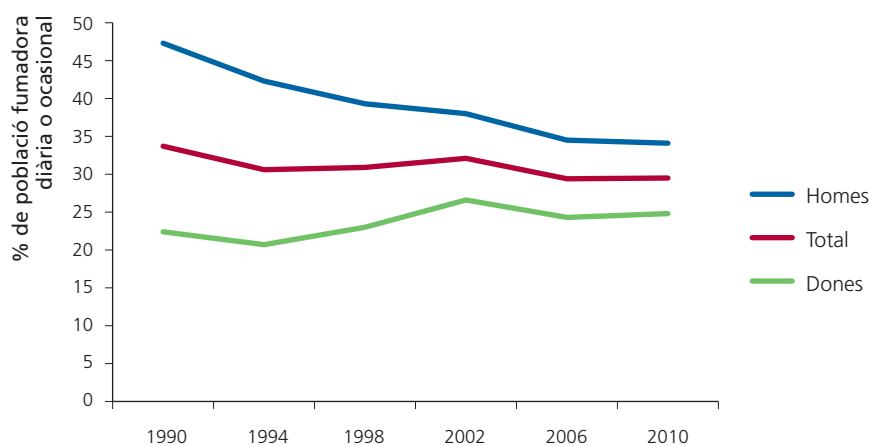
**Figura 2.**  
Prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys o més segons edat i sexe. Catalunya, 2010



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

La prevalença de consum de tabac es manté estable respecte a les darreres dades disponibles (2006), tant per al consum diari com per a l'ocasional i per als dos sexes, després d'un període recent de davallada progressiva, que es va iniciar, en el cas dels homes, durant els anys noranta i, en les dones, a mitjans de la dècada passada. L'estabilització recent de la tendència ha implicat que l'objectiu del Pla de Salut de 2010, que fixava les prevalències de tabaquisme en un 34% per als homes, un 22%

**Figura 3.**  
Evolució de la prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys o més segons sexe. Catalunya, 1990-2010



Font: Enquestes de consum de tabac, alcohol i drogues, 1990-1998. Enquestes de Salut de Catalunya, 2006-2010. Departament de Salut

per a les dones i un 28% per al total, s'hagi assolit només en el cas dels homes. Amb tot, les noves onades de l'Enquesta de Salut del 2011 ajudaran a confirmar o rectificar aquesta tendència.

El consum de tabac és un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries, així com d'un nombre important de càncers i la primera causa de pèrdua de salut i de mortalitat prematura i evitable. Cada any, moren a Catalunya aproximadament 8.500 persones per malalties directament relacionades amb el tabaquisme actiu. En termes de morbiditat, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), causada en un 90% dels casos pel consum de tabac, ha provocat 16.113 contactes hospitalaris l'any 2010 i és el motiu més freqüent de visites a l'atenció primària del grup de malalties de l'aparell respiratori en població de 15 anys o més. A més, s'estima que fins a 700 persones moren cada any per processos relacionats amb l'exposició al fum ambiental del tabac.

La llei 28/2005, que va prohibir el consum de tabac en la major part dels àmbits laborals, i la llei 42/2010, que ha ampliat la prohibició als espais públics del lleure i l'hostaleria, constitueixen un avenç molt important en la "desnormalització" social del tabaquisme. En paral·lel a l'evolució legislativa, el Departament ha desenvolupat programes de sensibilització poblacional (campanya institucional "El fum és fatal") amb especial atenció al risc dels menors, com el programa BIBE (efectivitat de les intervencions breus en nadons), per tal que els progenitors fumadors prenguin mesures protectores de la salut dels seus infants.

En termes de prevenció de l'inici del tabaquisme, s'ha desplegat a tota Catalunya el programa "Classe sense fum" i altres activitats emmarcades en el programa Salut, Escola i Comunitat, per retardar l'inici del tabaquisme en adolescents i reduir el nombre de fumadors en edats joves i adultes.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Tabaquismo [pàgina a Internet]. Ginebra (Suïssa): Organització Mundial de la Salut. Disponible a: [www.who.int/topics/tobacco/es](http://www.who.int/topics/tobacco/es)

Canal Salut: Tabac [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=ed666557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=ed666557203da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Classe sense fum [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament d'Educació. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.xtec.cat/web/comunitat/salutescola/classesensefum/>

Programa Atenció Primària Sense Fum (PAPSF). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: [www.papsf.cat](http://www.papsf.cat)

Xarxa Catalana d'Hospitals sense Fum [pàgina a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Oncologia. Pla Director d'Oncologia. Global Network for Tobacco Free Health Services; 2007. Disponible a: [www.xchsf.com](http://www.xchsf.com)

Enquesta de Salut de Catalunya, 2006  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

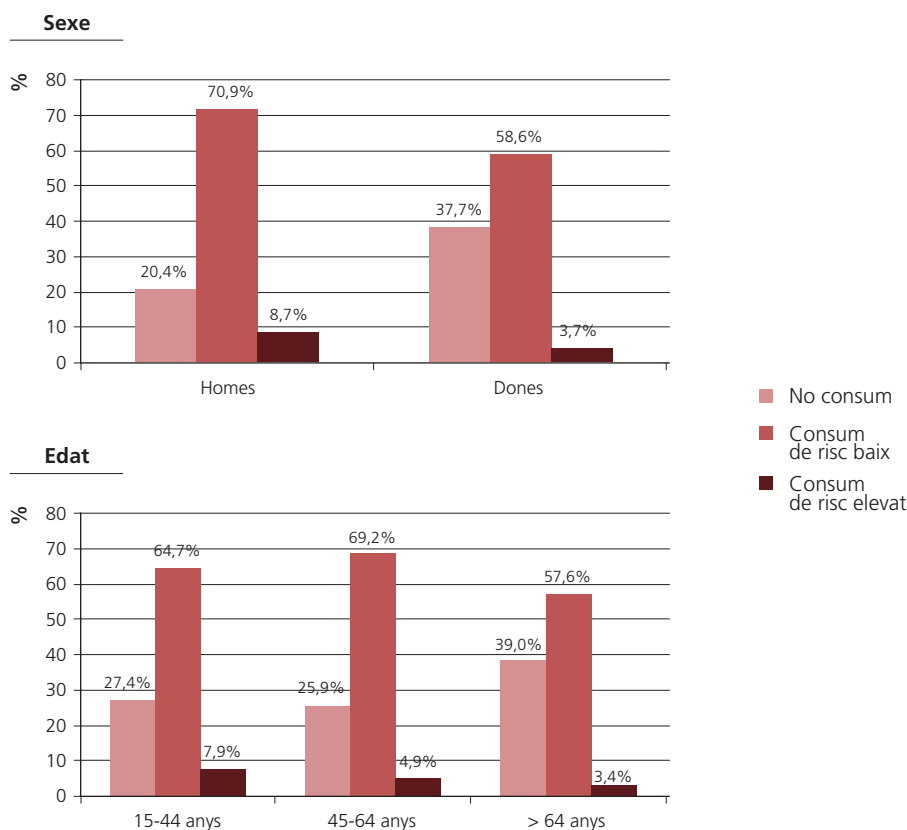
Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Consum d'alcohol

El consum d'alcohol es manté relativament estable des de la dècada de 1990. Amb tot, el 6,2% de la població resident a Catalunya consumeix una quantitat d'alcohol que es considera de risc.

El consum de begudes alcohòliques és un important factor de risc de moltes malalties cròniques i lesions. S'estima que el 3,8% de la mortalitat mundial és atribuïble al consum d'alcohol (6,3% en homes i 1,1% en dones). La majoria de les defuncions atribuïbles al consum d'alcohol són causades per lesions, càncer, malaltia cardiovascular i cirrosi hepàtica.

**Figura 1.**  
Distribució de la població de Catalunya de 15 anys o més segons consum d'alcohol, edat i sexe. Catalunya, 2010



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

El consum anual d'alcohol pur estimat a Europa és de 12,2 litres per adult, molt per sobre de la mitjana mundial. A Espanya, el consum es troba força estabilitzat des dels anys noranta en 11,6 l/adult i a Catalunya, les enquestes de consum d'alcohol no reflecteixen cap patró ben definit en termes d'evolució del consum, ni en població general ni entre els adolescents.

Les dades de 2009 i 2010 de l'Observatorio Español sobre Drogas mostren que la major part dels adolescents i dels adults han consumit begudes alcohòliques algun cop a la vida, amb percentatges del 76,8%, per a la població de 14 a 18 anys, i del 82,2%, per la població de 15 a 64 anys. El 96,3% de les persones de 30 a 64 anys afirmen haver consumit alcohol en els trenta dies previs i un 12,7% cada dia. Entre els adolescents de 14 a 18 anys, el 56,4% afirmen haver consumit alcohol en els darrers trenta dies i un 4,9% diàriament.

L'Enquesta de Salut de Catalunya i altres estudis posen de manifest que almenys el 6,2% dels residents a Catalunya fan un consum d'alcohol de risc elevat. Aquest patró de consum és més prevalent entre els homes (8,7%) que entre les dones (3,7%) i, en ambdós sexes, es concentra principalment en el grup de 15 a 44 anys (7,9%). Amb tot, l'estimació de la prevalença dels trastorns per ús de begudes alcohòliques o del consum de risc elevat té algunes limitacions metodològiques, que contribueixen a la subestimació de la prevalença real i afavoreixen que diferents estudis poblacionals proporcionin resultats diferents.

L'any 2010, un total de 6.110 persones van iniciar un tractament en centres d'atenció a les drogodependències per abús o dependència de l'alcohol, que correspon a 81,3 inicis de tractament per 100.000 h. L'edat mitjana d'aquests usuaris, en el moment d'iniciar el tractament, era de 43 anys, fet que posa de manifest que generalment transcorre molt de temps des que s'inicia el consum de risc fins que la gravetat dels problemes associats a la dependència de l'alcohol condueix a una demanda de tractament especialitzat. L'elevada morbimortalitat que s'hi associa –l'estudi d'una cohort de pacients amb aquest trastorn admesos a tractament va posar de manifest una mortalitat vuit vegades superior a la de la població general\_ fa necessària la seva detecció i tractament precoç.

El programa "Beveu menys" s'està implementant a Catalunya amb l'objectiu de capacitar els professionals d'atenció primària en la detecció precoç i la intervenció breu amb persones que fan un consum d'alcohol de risc elevat. Els últims anys, aquestes estratègies han aconseguit incrementar de forma important la detecció de casos de consum de risc elevat, i també millorar la derivació d'aquells que requereixen un tractament especialitzat.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Resultats per a Catalunya de l'Enquesta Domiciliària sobre Alcohol i Drogues a Espanya (EDADES) 2009. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.

Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=ba8043efe6085310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=ba8043efe6085310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Guitart AM, Espelt A, Castellano Y, Bartroli M, Villalbí JR, Domingo-Salvany A, et al. Impacto del trastorno por consumo de alcohol en la mortalidad: ¿hay diferencias según la edad y el sexo? *Gac Sanit.* 2011;25(5):385-90.

Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9682):2223-33.

European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen (Dinamarca): World Health Organization. WHO Regional Office; 2010.

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Ginebra (Suïssa): World Health Organization. WHO Regional Office; 2011. Disponible a:

<http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd13-european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122020>

**Enquesta de Salut de Catalunya, 2006**

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014**

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

---

# Consum d'altres drogues

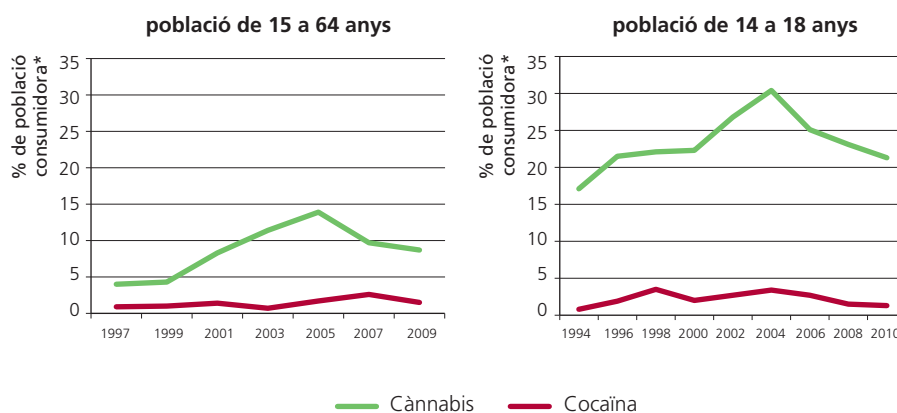
El nombre de persones dependents dels opiacis a Catalunya és estable des del 2005, tot i que les prevalences de consum de cànnabis i cocaïna entre la població catalana són elevades en comparació amb els països de la Unió Europea. L'any 2010, els centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències han iniciat 3.098 tractaments ambulatòris per abús i dependència de cocaïna i 1.674 per heroïna (41,2 i 22,3 inicis de tractament per 100.000 h.). A finals d'any, hi ha un total de 7.214 persones en programes de tractament substitutiu amb metadona (96 persones per 100.000 h.).

El nombre de persones dependents dels opiacis a Catalunya s'ha mantingut relativament estable en els darrers cinc anys.

## COCAÏNA

L'any 2009, un 1,5% de la població resident a Catalunya de 15 a 64 anys declarava haver consumit cocaïna els darrers trenta dies, segons dades de l'Observatorio Español sobre Drogas (Figura 1). La prevalença de consum de cocaïna en la població catalana i del conjunt de l'Estat és elevada en comparació amb els països de la Unió Europea, on un 4,5% dels adults han consumit aquesta substància alguna vegada a la vida i un 0,5% ho han fet durant els trenta dies previs.

Figura 1.  
Tendències en el consum de cànnabis o cocaïna segons edat. Catalunya, 1994-2010



\* Població que declara haver consumit aquestes substàncies durant els 30 dies previs.

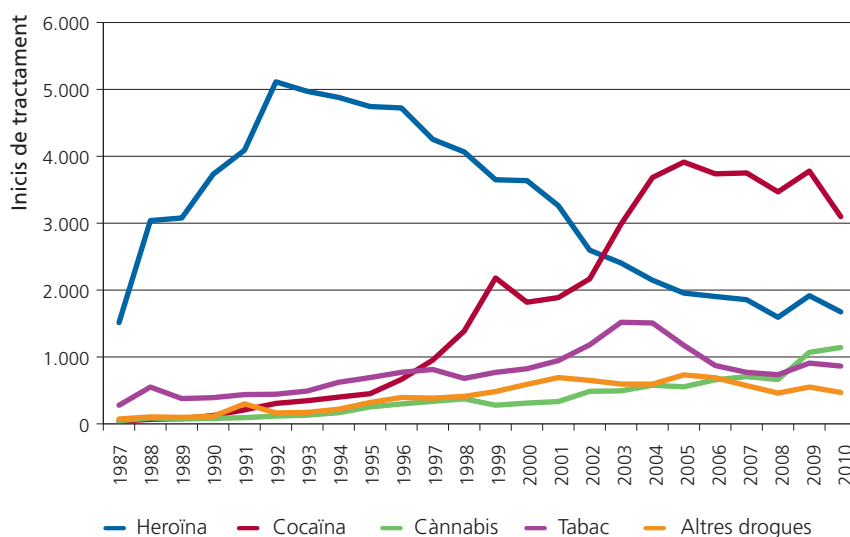
Font: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, 1994-2010. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol i Drogas, 1997-2009. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Anàlisi realitzada per la Subdirecció de Drogodependències de la Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Durant l'any 2010, el Sistema d'Informació sobre Drogodependències ha registrat 3.098 inicis de tractament ambulatori per abús i dependència de cocaïna en centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències (Figura 2), que correspon a 41,2 inicis de tractament per cada 100.000 h. El fet que la majoria de les persones que han iniciat tractament en els darrers anys manifestin no haver seguit anteriorment cap altre tractament i el llarg temps que transcorre des que un usuari inicia el consum de cocaïna fins que demana per primera vegada tractament (més de set anys de mitjana), fa sospitar l'existència d'un nombre molt important de persones amb trastorns per ús de cocaïna que no han arribat a entrar en contacte amb els recursos assistencials.

A partir de la dècada dels noranta es va observar un augment molt important del consum de cocaïna i dels problemes socials i de salut associats. Aquesta evolució va venir acompanyada d'un augment rellevant de la demanda de tractament especialitzat per abús i dependència d'aquesta substància (Figura 2) i es va estabilitzar entorn del 2007. A partir d'aquest any, la prevalença de consum de cocaïna mostra una tendència a la disminució i la demanda de tractament per abús o dependència es manté estable.

Figura 2.

Tendències en el nombre d'inicis de tractament ambulatori per abús i dependència de drogues en centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències segons droga principal. Catalunya, 1987-2009



Font: Sistema d'Informació sobre Drogodependències, 1987-2010. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Entre els consumidors de cocaïna, l'administració intranasal és la via més freqüent, i el clorhidrat de cocaïna la presentació més habitual. L'administració intravenosa de clorhidrat de cocaïna i l'administració pulmonar de base lliure suposen un risc més elevat per a la salut. Ambdues són pràctiques observades amb relativa freqüència entre persones amb antecedents de consum d'heroïna però la informació actual no assenyalava una popularització d'aquestes vies fora d'aquest col·lectiu.

## L'HEROÏNA

A finals de 2010 hi ha a Catalunya un total de 7.214 persones en programes de tractament substitutiu amb metadona, que correspon a 96 persones per cada 100.000 h. i, durant l'any, han iniciat tractament ambulatori per abús i dependència



de l'heroïna 1.674 persones (Figura 2), que correspon a 22,3 inicis de tractament per 100.000 h. La baixa prevalença del consum d'heroïna entre la població general fa difícil disposar d'estimacions sòlides que facilitin comparar la situació de Catalunya amb la d'altres països europeus.

El consum d'heroïna va començar a representar un greu problema de salut a partir de la dècada dels vuitanta (Figura 2). L'ús de la via parenteral ha estat, i continua essent, un dels factors de risc de transmissió del VIH, altres malalties infeccioses i sobredosi. Aquesta via era la més habitual en el 81,9% dels casos que iniciaven tractament l'any 1999. El percentatge d'administració parenteral es va reduir al 44,7% el 2001 i al 36,1% el 2010. Tanmateix, Catalunya presenta percentatges d'utilització d'aquesta via elevats, en comparació amb els que s'observen per al conjunt de l'Estat, segons dades del Observatorio Español sobre Drogas, .

El creixement de l'oferta de tractaments de substitució amb metadona, a partir de la dècada dels noranta, ha contribuït a millorar l'adhesió al tractament de les persones dependents de l'heroïna i a reduir el nombre anual de persones admeses a tractament. Tot i la disminució observada, les persones que depenen de l'heroïna presenten històries de consum molt llargues i problemes sanitaris i socials molt importants, que contribueixen a fer que aquesta sigui la droga il·legal que ocasiona una major morbimortalitat en el conjunt de la Unió Europea.

## CÀNNABIS

La prevalença de consum de derivats del cànnabis, tant entre la població general com entre els joves i adolescents de Catalunya i del conjunt de l'Estat, és elevada en comparació amb la majoria dels països de la Unió Europea. L'any 2009, el 8,7% de la població de 15 a 64 anys declarava haver consumit cànnabis els darrers trenta dies (Figura 1), segons dades de l'Observatorio Español sobre Drogas. El percentatge de consum als trenta dies és del 21,3% entre els joves de 14 a 18 anys, durant l'any 2010.

La tendència del consum de derivats del cànnabis és ascendent, especialment entre els adolescents, tot i que sembla haver-se estabilitzat a partir dels anys 2004-2005. S'observa també una tendència sostinguda al creixement de la demanda de tractament especialitzat per abús i dependència del cànnabis (Figura 2) i és probable que l'extensió del seu consum tingui una contribució significativa en la morbimortalitat per lesions derivades del trànsit.

## ALTRES DROGUES

El consum d'altres drogues no institucionalitzades amb efectes estimulants o al·lucinògens va experimentar un cert creixement durant la dècada dels noranta i va generar una forta alarma social, tot i que, el consum de les anomenades drogues de disseny i la introducció de noves substàncies o patrons de consum no sembla estar creixent. Tanmateix, és convenient mantenir la vigilància en relació amb l'ús d'aquestes substàncies i el seu impacte sobre la salut.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Brugal MT, Barrio G, De La Fuente L, Regidor E, Royuela L, Suelves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*. 2002;97(3):319-27.
- Drogas Emergentes. Madrid: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Mortality related to drug use in Europe: Public Health implications. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Publications Office of the European Union; 2011.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011b). El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2011. Luxemburgo: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011.
- Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB, the SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005;331;1371-7.
- Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Gómez Melis G, Brugal MT, Scalia-Tomba G. Dos métodos para analizar la evolución de la incidencia de consumo de heroína y cocaína en Barcelona. *Gac Sanit*. 2007;21(5):397-403.
- Suelves JM, Brugal MT, Caylà JA, Torralba LI. Cambio en los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2001;117(15):581-3.
-

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT  
DE CATALUNYA



## La salut i els processos vitals





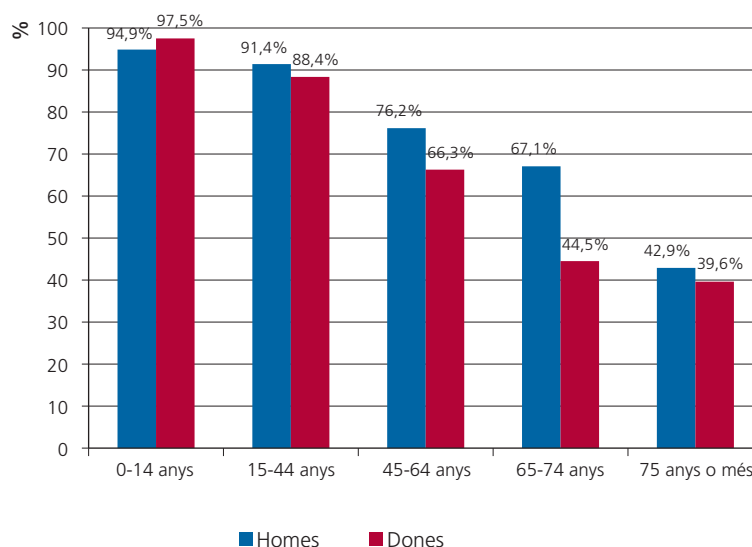
# Percepció de salut

L'any 2010 el 79,3% del total de població catalana considera que té un bon estat de salut (salut excel·lent, molt bona o bona) i la proporció de població de 16 anys i més amb bona salut és superior a la mitjana estatal (74,0%) ocupant una posició elevada en comparació amb els països de la Unió Europea. Els darrers cinc anys la percepció de l'estat de salut s'ha mantingut constant.

L'any 2010 el 79,3% del total de població i el 76,3% de la de 15 anys o més considera que té un bon estat de salut (salut excel·lent, molt bona o bona) segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya. Els resultats de Catalunya de l'Enquesta Europea de Salut de 2009, tot i que realitzada amb una metodologia lleugerament diferent i en la població de 16 anys i més, mostra un resultat molt similar (77,4%), superior a la mitjana estatal (74,0%) i entre els més elevats de la Unió Europea.

Les dones presenten pitjor estat de salut percebut que els homes a totes les edats, excepte en el grup de menors de 15 anys (Figura 1). El grup d'edat que presenta més diferència entre sexes és el de 65 a 74 anys.

Figura 1.  
Percepció de bona salut (salut excel·lent, molt bona o bona) segons edat i sexe.  
Catalunya, 2010



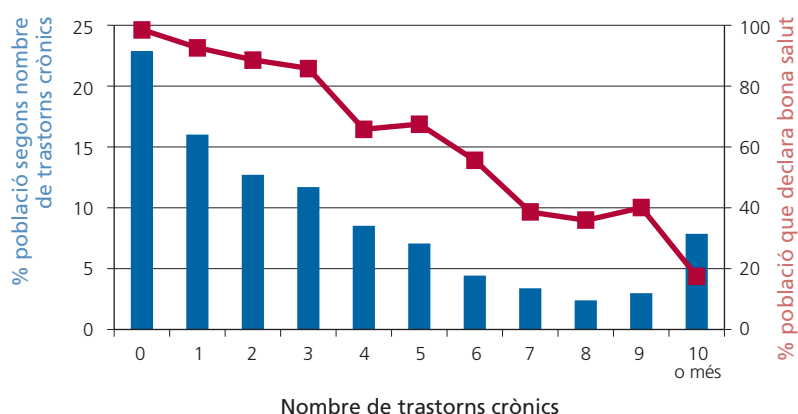
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

El nombre de trastorns crònics té un efecte important en l'autovaloració de l'estat de salut de la població, tot i que de mitjana no s'observa una disminució rellevant de l'estat de salut percebut fins al quart trastorn crònic (Figura 2). A partir del sisè trastorn crònic, és més freqüent percebre la salut com dolenta. Les persones de

classe social desfavorida pateixen de mitjana un major nombre de trastorns crònics i perceben pitjor la seva salut que les persones de classe alta o mitjana. Així mentre que entre la classe alta, el 19,6% de la població considera que té un estat de salut regular o dolent, la proporció de població que percep negativament la seva salut entre la classe baixa assoleix el 26,5%.

La percepció de la salut s'ha mantingut estable en relació amb les dades de la darre-  
ra enquesta de salut (2006) tant per a homes, com per a dones, com per a tots els  
grups d'edat i per classe social.

**Figura 2.**  
Distribució de població i percentatge de població amb percepció de bona salut  
(salut excel·lent, molt bona o bona) segons el nombre de trastorns crònics.  
Catalunya, 2010



Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

### Enquesta de Salut de Catalunya, 2006

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

### Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014

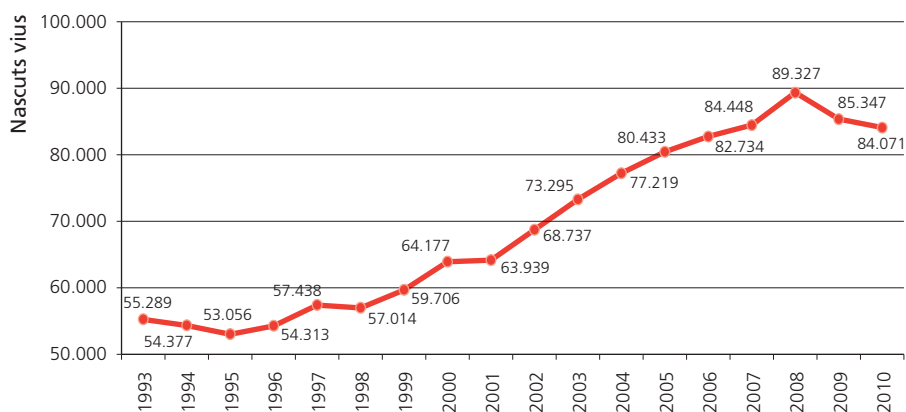
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Reproducció i naixement

L'any 2010 el nombre de nascuts vius a Catalunya (84.071) disminueix per segon any consecutiu. Catalunya presenta una taxa de mortalitat infantil de les més baixes de la Unió Europea (2,98 defuncions per 1.000 nascuts vius) però es troba entre els països amb elevat percentatge de baix pes en néixer (7,4%). El 88,0% de les dones amb control de l'embaràs a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública realitzen el diagnòstic prenatal en el primer trimestre de gestació.

El nombre de nascuts vius de 2010 declarats en el registre de nadons és de 84.071 (Figura 1), que representa una taxa de natalitat de 11,3 nascuts vius per 1.000 h, una taxa de fecunditat de 46,2 nascuts vius cada 1.000 dones de 15 a 49 anys i una mitjana de fills per dona al final de la vida fèrtil de 1,46. Respecte a la mitjana de fills per dona, Catalunya se situa en una situació mitjana-baixa en comparació amb els països de la Unió Europea (Figura 2).

Figura 1.  
Evolució del nombre de naixements. Catalunya, 1993-2010

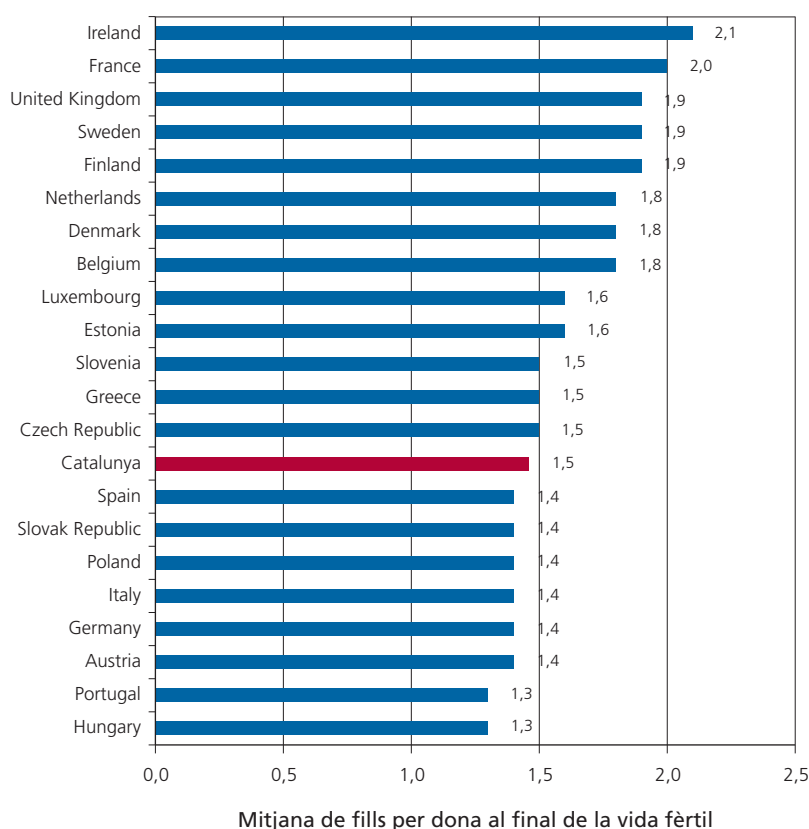


Font: Registre de nadons, 1993-2010. Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Gairebé un de cada tres nascuts vius a Catalunya és de mare estrangera (30,4%). De fet, la taxa de fecunditat de les dones estrangeres és de 61,6 nascuts vius per 1.000 dones de 15 a 49 anys, mentre que la taxa de les autòctones és de 41,0. La mitjana d'edat a la maternitat és de 31,1 anys. El 29,3% dels nadons són de mares de més de 34 anys i un 11,5% de mares de més de 37 (Figura 3). A l'altre extrem, un 1,9% dels nascuts vius són de mares menors de 20 anys i un 0,5% de mares entre 14 i 17 anys. Els naixements de mares joves són més freqüents entre població immigrant que en l'autòctona: més de la meitat de les mares de 14 a 17 anys han nascut fora de Catalunya (51,8%). En canvi, en termes de natalitat tardana, el 79,7% de les mares de 35 anys i més són autòctones.

L'any 2009, la taxa de mortalitat infantil era de 2,98 defuncions per cada 1.000 nascuts vius, la sisena més baixa de la Unió Europea. Amb tot, Catalunya es troba entre els països europeus amb elevada proporció de nadons amb baix pes en néixer (7,4%). En termes d'assistència al part, també s'observa un nombre elevat de cesàries (27,1%) que, tot i ser inferior, entre d'altres, a les taxes d'Itàlia Portugal o Alemanya es troba molt lluny dels resultats de països com França, Suècia i Finlàndia. El 81,4% dels nadons s'alimenta de llet materna en néixer.

**Figura 2.**  
**Mitjana de fills per dona al final de la vida fèrtil per països de la Unió Europea.**  
**UE 2009, Catalunya 2010**



Font: OCDE, 2009. Idescat, 2010.

En relació amb el tabac, el 26,7% de les dones embarassades l'any 2010 es declaren fumadores abans de l'embaràs. Aproximadament un 46,1% d'aquestes dones declaren que han deixat de fumar durant la gestació, però es manté al voltant dels 14,4% la prevalença declarada de consum de tabac al final de l'embaràs.

En termes de tendències, és molt rellevant el canvi en el nombre de naixements (Figura 1). Després de catorze anys d'increment sostingut, l'any 2009 s'inicia una reducció del nombre de naixements que es manté durant l'any 2010. La reducció del 2010 respecte al 2009 és de l'1,5% i assoleix el 2,1% en població autòctona.

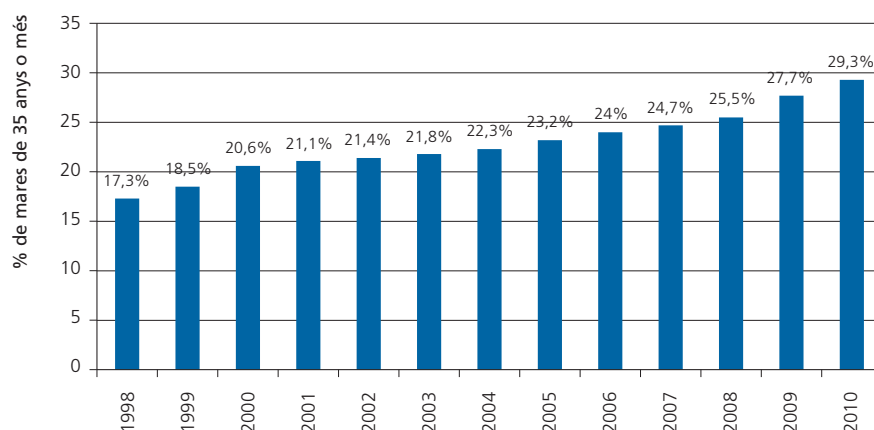
El percentatge de naixements entre dones d'edats superiors a 34 anys ha assolit un increment relatiu del 42,2% en la darrera dècada (Figura 3). En canvi, tant el percentatge de baix pes en néixer com el percentatge de baix pes extrem (0,73% dels nadons) s'han mantingut estables els darrers deu anys. El percentatge de parts per cesària també es manté estable des de l'any 2005.

Per últim, l'any 2010 s'han declarat 22.848 interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) de dones residents a Catalunya segons el registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, que corresponen a una taxa provisional de 14,73 IVE per 1.000 dones



de 15 a 44 anys. Les dones entre 20 i 30 anys són les que presenten taxes superiors (24,85 i 21,06 IVE per 1.000 dones de 20 a 24 anys i de 25 a 29 anys respectivament). Les dones de 15 a 19 anys presenten una taxa de 15,05. La taxa d'IVE va començar a disminuir l'any 2009, amb una reducció del 3,5% després de vint anys de creixement pràcticament ininterromput. L'any 2010, la tendència decreixent s'ha intensificat amb una disminució de la taxa del 5,9% respecte al 2009. És molt rellevant la reducció del 10,4% en el grup de 20 a 24 anys.

**Figura 3.**  
Evolució per percentatge de mares de 35 anys o més. Catalunya, 1998-2010



Font: Registre de nadons, 1998-2010. Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Els darrers anys el Departament de Salut ha actualitzat el Programa de Diagnòstic Prenatal, avançant-lo al primer trimestre de gestació i assolint que el 88,0% de les dones ateses a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública realitzin el diagnòstic prenatal en el primer trimestre de gestació. S'ha desenvolupat també el Programa de Prevenció i Detecció Precoç de la Hipoacúsia Neonatal i s'està valorant l'ampliació del Programa de Detecció Precoç de Metabolopaties Congènites i de Fibrosi Quística. Per últim, s'està treballant en la prevenció i atenció a la prematuritat per tal de reduir la taxa de nadons preterme i evitar al màxim les seqüeles del nadó prematur, un cop ja ha nascut.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Jané M, Vidal MJ, Tomás Z, Cabezas C. Document executiu. Indicators de salut maternoinfantil. Catalunya 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Jané M, Vidal MJ, Tomás Z, Cabezas C. Indicators de salut maternoinfantil. Catalunya 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=cf72b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

La interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya. 2010 [monografia a Internet].

Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=f7b2b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f7b2b2356b775310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

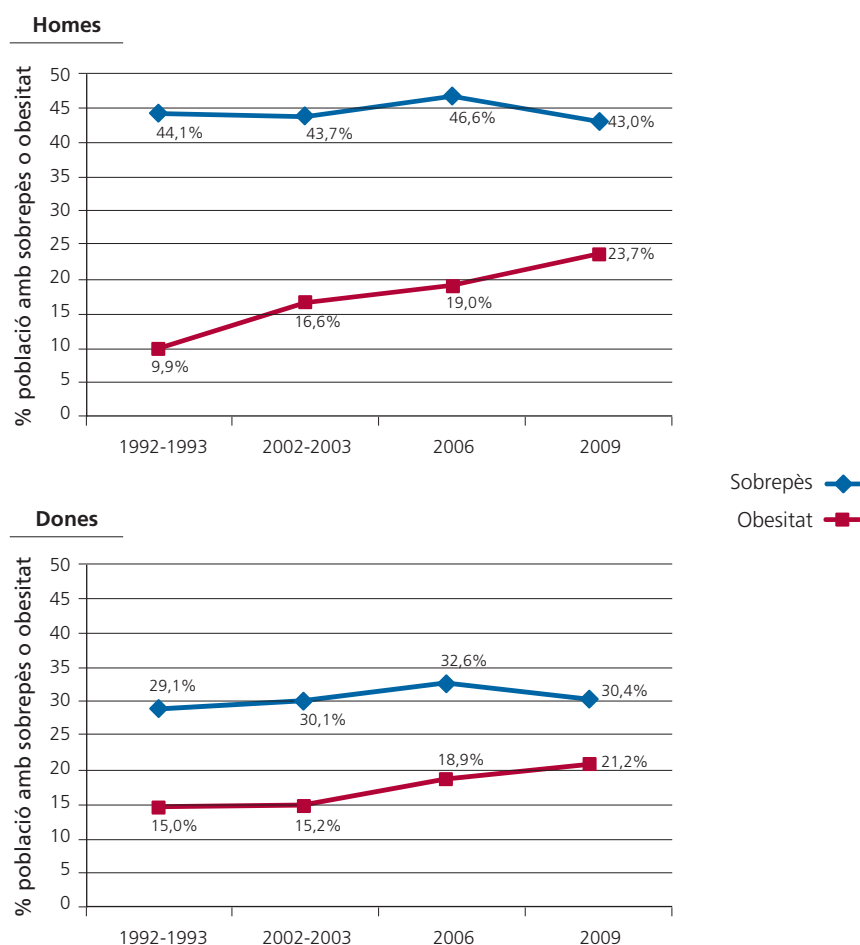
# Obesitat

Més de la meitat de la població de 18 i més anys de Catalunya es troba amb excés de pes (59,3%). El percentatge de població adulta amb sobrepès és del 36,8% i el percentatge amb obesitat, del 22,5%. La tendència de l'obesitat en els darrers deu anys ha estat creixent. La població de classe social treballadora té pràcticament el doble de prevalença d'obesitat.

L'obesitat és un problema de salut crònic, complex i multifactorial; d'inici habitualment en la infància i en l'adolescència, i té com a origen una interacció genètica i ambiental, en la qual la part ambiental o d'estils de vida hi té un paper rellevant.

Figura 1.

Evolució del sobrepès i obesitat en població de 18 anys i més per sexe (dades mesurades). Catalunya, 1992-2009



Font: Dades 1992-1993: Enquesta nutricional de Catalunya 1992-1993 i 2002-2003.

Dades 2006: Examen de Salut de Catalunya.

Dades 2009: Estudi de Nutrició i Risc Cardiovascular (Enrica) a Catalunya.

L'obesitat s'ha convertit en un problema de salut pública, tant pel nombre de població afectada com per la seva relació amb l'aparició o agreujament d'altres malalties cròniques (incrementa el risc d'aterosclerosi, diabetis tipus 2, determinats tipus de càncer, hipertensió arterial, artrosi, gota, accidents vasculars cerebrals, etc.) ocasionant una disminució de la qualitat i de l'esperança vida de les persones afectades. En la població infantil i juvenil aquest fet és encara més preocupant si es tenen en compte els efectes en la salut actual de l'infant o jove. A més, es constata que l'obesitat en la segona dècada de la vida és un important predictor de l'obesitat en l'edat adulta.

L'any 2010, les dades de pes i talla declarades a l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) mostren que gairebé la meitat de la població catalana de 19 anys o més (48,3%) presenta excés de pes, concretament un 36,3% presenta sobrepès i un 12,0% obesitat. Catalunya presenta una obesitat declarada menor a la mitjana de l'Estat espanyol (16,0%<sup>1</sup>) i es troba entre els territoris europeus amb prevalença declarada baixa, juntament amb Holanda (11,8%), Suècia (11,2%), França (11,2%) i Itàlia (10,0%). Tanmateix, cal tenir en compte que tot i que aquesta informació és actual i permet la comparació amb altres països, s'ha obtingut a partir de dades declarades i infravalora de forma rellevant la dimensió real d'aquest fenomen. Per aquest motiu és preferible completar aquests resultats amb dades directament mesurades.

Tot i que es tracta de dades no tan recents, l'Estudi de Nutrició i Risc Cardiovascular de l'any 2009, que va determinar la prevalença d'excés de pes a partir de la mesura del pes i la talla, va posar de manifest que més de la meitat de la població catalana de 18 anys i més en patia (59,3%). Concretament, un 36,8% de la població de 18 anys i més patia sobrepès i un 22,5% obesitat. La prevalença d'excés de pes mesurada també és inferior a la de l'Estat espanyol (62,3%), però la prevalença d'obesitat és similar (22,9%).

L'excés de pes és més freqüent en homes (66,7%) que en dones (51,6%). La diferència entre sexes es redueix en l'obesitat, amb prevalences del 23,7% i del 21,2% respectivament (Figura 1). Tant el sobrepès com l'obesitat augmenten amb l'edat, tot i que en el cas dels homes les prevalences més elevades es troben en el grup de 45 a 64 anys, mentre que entre les dones destaca el grup de 65 anys i més. Per últim, el nivell socioeconòmic de la població presenta una relació inversa amb la prevalença d'obesitat. Segons dades declarades, el percentatge d'obesitat en població de classe social alta és del 8,3%, mentre que pràcticament és el doble en la població de classe social treballadora (14,1%) (Figura 2).

Tot i que les dades declarades mostren una tendència estable, tant pel que fa al sobrepès com a l'obesitat, la comparació de les dades mesurades de diferents estudis des de l'any 1993 al 2009<sup>2</sup>, malgrat les limitacions associades en comparar dades de fonts diferents, posa de manifest una estabilització del sobrepès però un increment clar de l'obesitat (Figura 1). Aquesta mateixa tendència, tot i que amb dades declarades, també s'observa en la major part dels països de la Unió Europea.

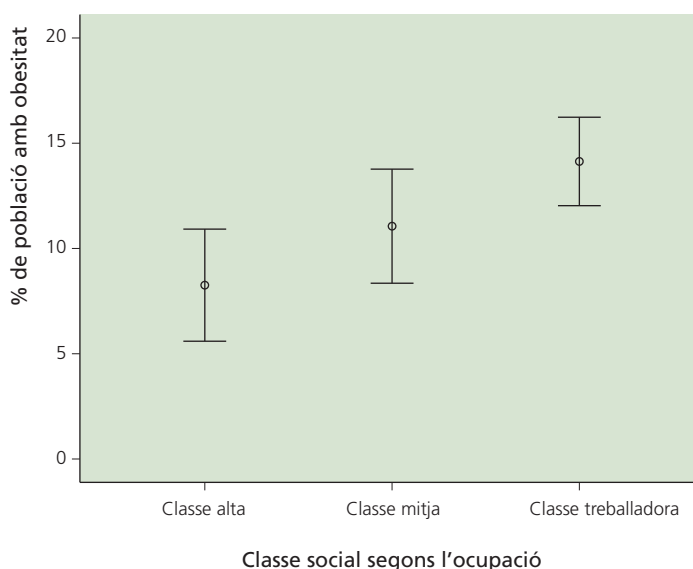
El Pla integral per a la promoció de la Salut mitjançant l'Activitat física i l'Alimentació Saludable (PAAS), que el Departament de Salut va iniciar l'any 2006, pretén aconseguir que la població assumeixi les opcions que promouen la salut a través

1 Dades de l'Enquesta Europea de Salut per a la població de 18 anys o més de l'Estat espanyol.

2 Dades 1993 i 2002/2003 de l'Enquesta Nutricional de Catalunya (ENCAT), dades 2006 de l'Examen de Salut de Catalunya i dades 2009 de l'Estudi de Nutrició i Risc Cardiovascular (ENRICA)

de la pràctica regular d'activitat física i d'una alimentació saludable. El Pla desenvolupa activitats en els àmbits educatiu, sanitari, comunitari i laboral en col·laboració amb ajuntaments, consells comarcals, institucions sanitàries, educatives, gremis, fundacions i empreses privades. Destaquen la revisió de les programacions de menús escolars, el Pla d'Activitat Física, Esport i Salut (PAFES), el projecte AMED de restaurants promotors d'alimentació mediterrània, els projectes comunitaris de prevenció de l'obesitat infantil, les activitats de promoció d'hàbits saludables en l'entorn laboral, les recomanacions sobre les màquines expenedores d'aliments i begudes (àmbit escolar, laboral i espais esportius) i la formació de professionals per a la detecció i tractament dels casos.

**Figura 2.**  
**Percentatge de població de 19 anys i més amb obesitat segons classe social (dades declarades). Catalunya, 2010**



Dades estandarditzades per edat. Proporció  $\pm$  IC 95%.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, Guallar-Castillón P, León-Muñoz LM, Zuluaga MC, López-García E, et al. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol.* 2011;64(10):876-82.

Pla per a la promoció de la salut mitjançant l'Activitat física i l'Alimentació Saludable (PAAS). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Enquesta de Salut de Catalunya, 2006  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

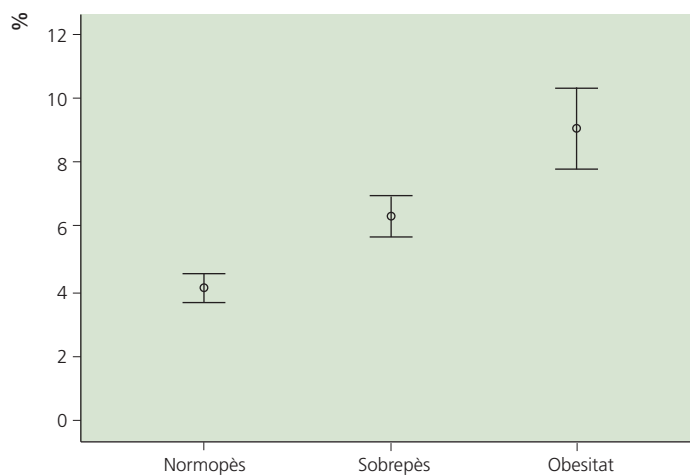
Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Diabetis

El 5,7% de la població catalana de 15 anys o més declara patir diabetis. Els darrers deu anys, la prevalença de diabetis declarada s'ha mantingut estable tant en homes com en dones i per a tots els grups d'edat. Tanmateix, els fàrmacs utilitzats per a la diabetis és el grup terapèutic que ha sofert el major increment de la despesa farmacèutica en els darrers cinc anys, com a conseqüència de l'encariment dels tractaments per la incorporació de nous fàrmacs.

L'any 2010, el 5,7% de la població catalana de 15 anys o més declara patir diabetis, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2010. La prevalença de diabetis augmenta amb l'edat: de l'1,2% de prevalença entre la població de 15 a 44 anys al 13,9% entre la població de 65 anys i més.

Figura 1.  
Prevalença de diabetis en població de 18 anys o més segons pes i talla.  
Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.

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

Concretament, pel que fa a la diabetis mellitus tipus 1, des de l'any 1987 existeix un registre de nous casos detectats en persones menors de 30 anys. La incidència d'aquest tipus de diabetis s'ha mantingut estable amb una tendència a la baixa els darrers anys, d'11,0 casos per 100.000 h./any, en el període 1987-2004, a 8,9 en el període 2005-2010. Catalunya té una incidència mitjana de diabetis en el context dels països europeus, essent els països nòrdics, sobretot Finlàndia, els països amb taxes més elevades.

La probabilitat de patir diabetis tipus 2 és superior en persones sedentàries o amb obesitat. Concretament les persones que presenten sobrepès tenen una probabilitat un 53,8% superior de patir diabetis respecte a les persones amb normopès i les persones amb obesitat dupliquen la probabilitat respecte al mateix grup (Figura 1). El creixement dels darrers anys de la proporció de persones amb obesitat pot traduir-se a mitjà termini en un increment de la prevalença de diabetis.

Amb tot, la prevalença de diabetis declarada s'ha mantingut estable tant en homes com en dones i per a tots els grups d'edat, respecte a les dades de les enquestes de salut de Catalunya de 2002 i 2006. De fet, durant en els darrers cinc anys s'observa un creixement lleu (15,0%) del consum de fàrmacs utilitzats en diabetis (en nombre de dosis diàries definides per assegurat i any), que contrasta amb un creixement rellevant del cost dels fàrmacs del 47,0% (variació del cost de la dosi diària definida) per la incorporació de nous medicaments.

En relació amb la utilització de serveis, les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques han estat durant el 2010 el segon motiu de consulta en l'atenció primària, després de les malalties de l'aparell circulatori, segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària i apareixen com a motiu de consulta en el 16,4%<sup>1</sup> del total de visites en l'atenció primària de la població de 15 anys i més. El motiu de consulta més freqüent dins del grup d'aquestes malalties és la diabetis *mellitus* sense complicacions, que representa el 7,8% del total de visites en l'atenció primària de la població de 15 anys i més.

L'any 2009 es van produir 1.988 defuncions per diabetis, que signifiquen una taxa de mortalitat de 26,9 per 100.000 h. (30,4 en les dones i 23,4 en els homes), segons dades del Registre de Mortalitat de Catalunya. La mortalitat per diabetis presenta una tendència lleu a l'alça, amb una variació del 13,2% respecte a l'any 2000.

La diabetis és la primera causa coneguda d'insuficiència renal crònica avançada (IRCA). L'any 2009, van iniciar tractament substitutiu renal 1.064 nous casos, en el 20,0% dels quals hi consta la diabetis com a malaltia renal primària amb una taxa de 28,5 nous casos per milió de població. Després d'un creixement important de la incidència de IRCA per diabetis a principis dels anys 2000, la tendència s'inverteix l'any 2005 i en l'actualitat presenta valors similars als de principis de l'any 2000.

1 L'any 2010, el Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària ofereix una cobertura del 77,3% del total de la població assignada a un equip d'atenció primària. A més, cal tenir en compte que la proporció de visites amb diagnòstic informat és del 42,0%.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Encuesta Europea de Salud en España 2009 [pàgina a Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible a:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase&L=0>  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15/p420&file=inebase&L=0>

Pla per a la promoció de la salut mitjançant l'Activitat física i l'Alimentació Saludable (PAAS). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0d2155a903ee2310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Costa B, Barrio F, Bolívar B, Castell C. Prevención primaria de la diabetes tipo 2 en Cataluña mediante la intervención sobre el estilo de vida en personas de alto riesgo. Med Clin(Barc). 2007; 128(18):699-704.

Enquesta de Salut de Catalunya, 2006  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

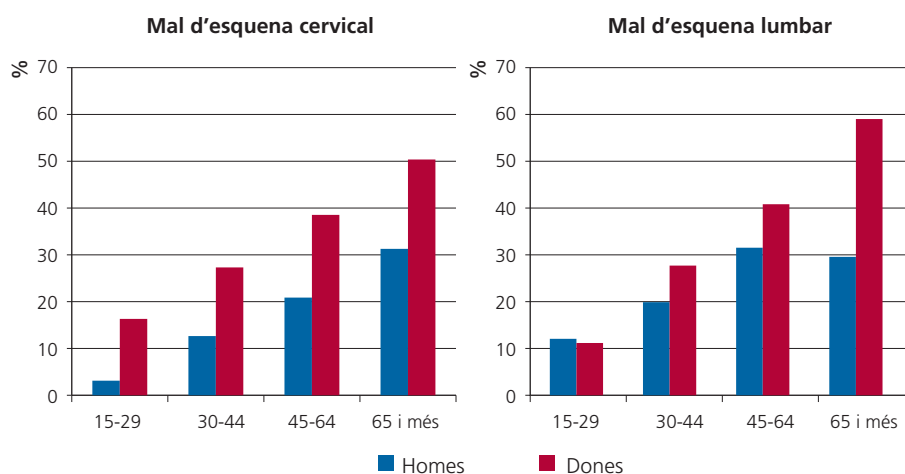
---

# Mal d'esquena

El mal d'esquena és el problema de salut crònic més freqüent de la població catalana. El 38,7% de la població de 15 anys o més declara patir mal d'esquena crònic, un 29,4% mal d'esquena lumbar/dorsal i un 25,1% cervical. Els homes de classe social baixa dupliquen la prevalença de mal d'esquena lumbar respecte la classe alta. L'activitat relacionada amb l'aparell locomotor representa el quart motiu de consulta més freqüent en l'atenció primària entre la població de 15 anys o més, el primer motiu de primeres visites en l'atenció especialitzada i la primera causa de baixa laboral.

El mal d'esquena és el problema de salut crònic referit amb més freqüència per la població catalana. L'any 2010, el 38,7% de la població de 15 anys o més declara patir mal d'esquena crònic, segons l'Enquesta de Salut de Catalunya. Concretament un 29,4% de la població declara patir mal d'esquena lumbar/dorsal i un 25,1% mal d'esquena cervical. La prevalença de mal d'esquena és més elevada entre les dones (46,6%) que en els homes (30,6%) i augmenta amb l'edat (Figura 1). Tanmateix, la prevalença de mal d'esquena lumbar/dorsal entre els homes s'estabilitza a partir dels 65 anys, fet que no succeeix en les dones. El mal d'esquena mostra un clar gradient social, més important en el lumbar/dorsal que en el cervical. En els homes, la classe social baixa duplica la prevalença de mal d'esquena lumbar respecte a la classe alta, i en les dones el diferencial és de 1,5 (Figura 2).

Figura 1.  
Percentatge de persones que declaren mal d'esquena cervical i lumbar segons edat i sexe. Catalunya, 2010

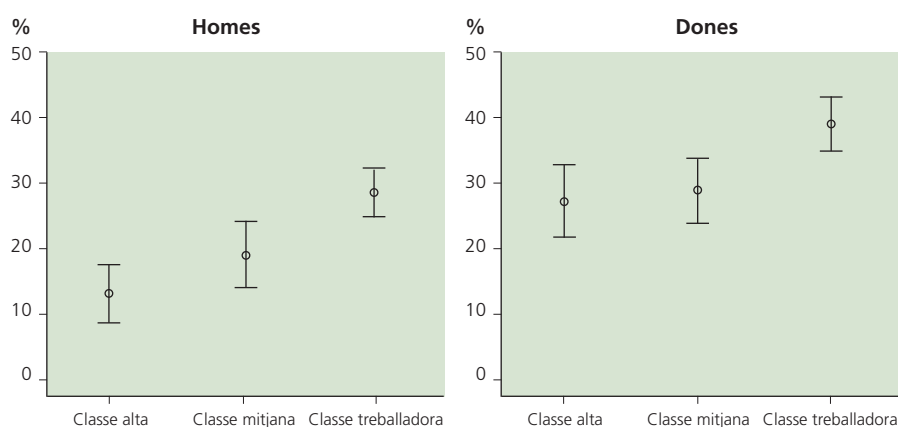


Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.



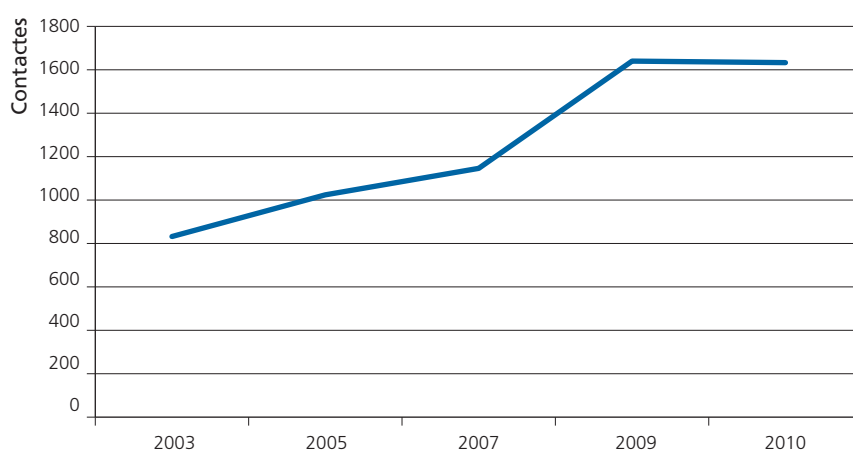
Pel que fa a la utilització de serveis sanitaris, les malalties del sistema musculoesquelètic i del teixit connectiu han estat durant el 2010 el quart motiu de consulta més freqüent en l'atenció primària entre la població de 15 anys o més, segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària (CMBD AP). El 10,1%<sup>1</sup> de les visites en l'atenció primària de la població de 15 anys o més inclouen algun problema de salut corresponent a aquest grup diagnòstic com a motiu de consulta. Respecte a l'atenció especialitzada de finançament públic, les especialitats de traumatologia, reumatologia i rehabilitació són les que atenen el major nombre de primeres visites. Per últim, l'any 2010 es van realitzar 1.633 processos de cirurgia lumbar a Catalunya (Figura 3).

**Figura 2.**  
Prevalença de mal d'esquena lumbar (IC 95%) segons classe social i sexe.  
Catalunya, 2010



Dades estandarditzades per edat. Proporció  $\pm$  IC 95%.  
Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

**Figura 3.**  
Evolució del nombre de contactes hospitalaris per cirurgia lumbar.  
Catalunya, 2003-2010



Inclou hospitalització convencional i CMA.  
Font: CMBD HA, 2003-2010. CatSalut.

<sup>1</sup> L'any 2010, el CMBD AP ofereix una cobertura del 77,3% del total de la població assignada a un equip d'atenció primària. A més, cal tenir en compte que la proporció de visites amb diagnòstic informat és del 53,8%. De la resta de visites (46,2%) no en consta cap o bé és erroni. Aquest fet pot donar lloc a una infravaloració d'aquesta dada.

En termes de tendència, el percentatge de persones que declaren patir mal d'esquena es manté estable en els dos sexes, tant per al lumbar com per al cervical, respecte les dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2006. En canvi, els processos de cirurgia lumbar han augmentat de forma molt rellevant els darrers anys, amb una mitjana anual de creixement del 16,2% fins al 2009, però que s'ha estabilitzat l'any 2010 (Figura 3).

Les malalties del sistema musculoesquelètic són la primera causa d'incapacitat temporal a Catalunya i impliquen una de cada cinc baixes (20,8%) i el 29,0% del total de dies de baixa segons dades de l'any 2010 de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. Aquesta darrera dada equival a 26.756 treballadors de baixa durant tot l'any.

El Pla Director de les Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor proposa que, des de l'atenció primària, cal fomentar un abordatge precoç d'aquests problemes de salut per tal de disminuir la probabilitat de cronificació i assolir un elevat percentatge de resolució dels casos no complexos, així com apropar la fisioteràpia i la consultoria d'especialistes a l'atenció primària.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Pla Director de Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor. Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/index.html>

Pueyo MJ, Surís X, Larrosa M, Auleda J, Mompert A, Brugulat P, et al. Importancia de los problemas reumáticos en la población de Cataluña: prevalencia y repercusión en la salud percibida, restricción de actividades y utilización de recursos sanitarios. *Gac Sanit.* 2012;26(1):30-6.

**Enquesta de Salut de Catalunya, 2006**

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014**

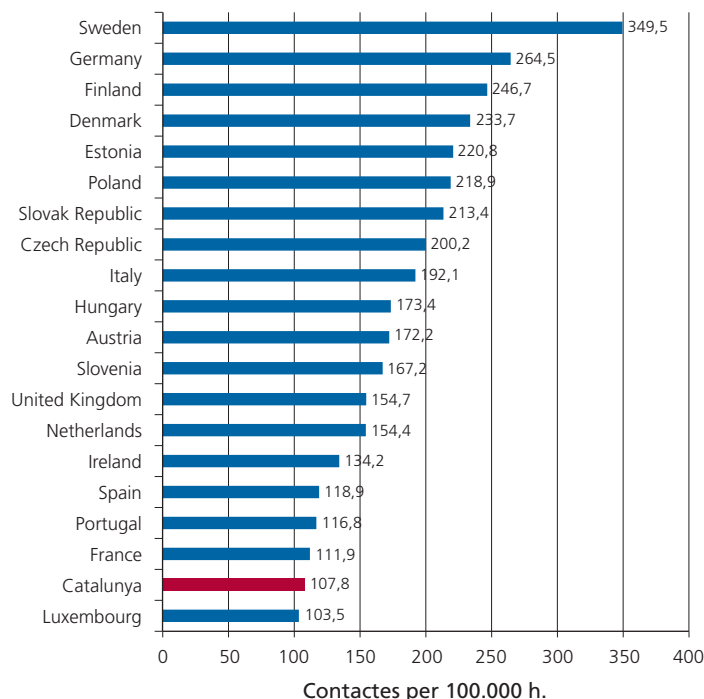
Substituir aquest link per: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Infart agut de miocardi

La taxa d'hospitalització per infart i la de mortalitat per cardiopatia isquèmica han disminuït una mitjana anual del 4,8% i del 5,5%, respectivament, els darrers cinc anys. Tanmateix, la cardiopatia isquèmica és la causa de mort més freqüent i representa el 7,5% de les defuncions (2009). Des de l'atenció primària s'ha assolit un bon control dels factors de risc cardiovasculars. L'accés al tractament òptim de l'infart ha passat d'un percentatge del 5% dels pacients tributaris d'aquest tractament l'any 2000 a un 85% l'any 2010.

L'any 2010, els hospitals d'aguts han atès 8.240 casos d'infart de residents a Catalunya, que corresponen a una taxa d'hospitalització de 107,8 contactes per 100.000 h. La taxa d'hospitalització per infart a Catalunya es troba entre les més baixes de la Unió Europea, només Luxemburg presenta un valor inferior (Figura 1). La mortalitat per infart és també de les més baixes d'Europa, amb 4.505 defuncions l'any 2009, que suposen 61,0 defuncions per 100.000 h; només França presenta un valor inferior.

Figura 1.  
Taxa d'hospitalització per infart agut de miocardi segons països de la Unió Europea. UE 2009, Catalunya 2010



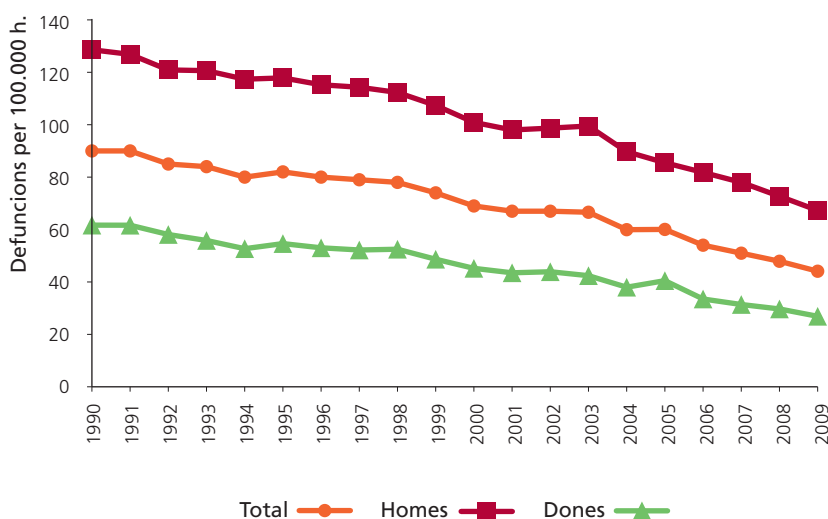
Font: OCDE, 2009. CMBD HA,2010. CatSalut.

Tot i la baixa incidència i mortalitat, les malalties isquèmiques del cor han causat el 2009 el 7,5% del total de defuncions i són la causa de defunció més freqüent. A més, gairebé una de cada quatre morts per malaltia isquèmica del cor es considera evitable (23,3%), ja que es tracta de defuncions en població de 35 a 74 anys. De fet, les malalties isquèmiques del cor són la segona causa de mortalitat evitable i també la segona causa de mortalitat que acumula més anys potencials de vida perduts (25,8 APVP per cada 10.000 h.), en ambdós casos després del tumor maligne de pulmó.

Els homes presenten una probabilitat 2,4 vegades superior a les dones de ser hospitalitzats per infart i 4,4 vegades superior de mort evitable per aquesta causa (35 a 74 anys). Aquest fet implica que, si bé en el cas de les dones només una de cada deu defuncions es considera evitable, en el cas dels homes una de cada tres té aquesta consideració. Aquestes diferències entre sexes estan molt relacionades amb el fet que la taxa d'hospitalització per infart dels homes comença a créixer de forma més prematura (a partir dels 55 anys), mentre que entre les dones és a partir dels 75.

Durant el període 2005-2009 l'hospitalització per infart s'ha reduït una mitjana d'un 4,8% anual. Tanmateix, l'any 2010 s'observa un trencament de la tendència amb un increment lleuger del 2,3% respecte al 2009. La mortalitat, que s'ha reduït més de la meitat (51,0%) respecte a principis dels anys noranta, també ha disminuït una mitjana del 5,5% anual del 2005 al 2009 (Figura 2). El fet que en aquest període la mortalitat hagi disminuït més que l'hospitalització indica que ha augmentat la supervivència. Per últim, una part important de la disminució de la mortalitat d'aquests anys s'explica per la disminució de la mortalitat evitable (de 35 a 74 anys), que ha passat de 45,0 a 29,0 defuncions per 100.000 h.

**Figura 2.**  
Evolució de la taxa de mortalitat per cardiopatia isquèmica segons sexe.  
Catalunya, 1990-2009

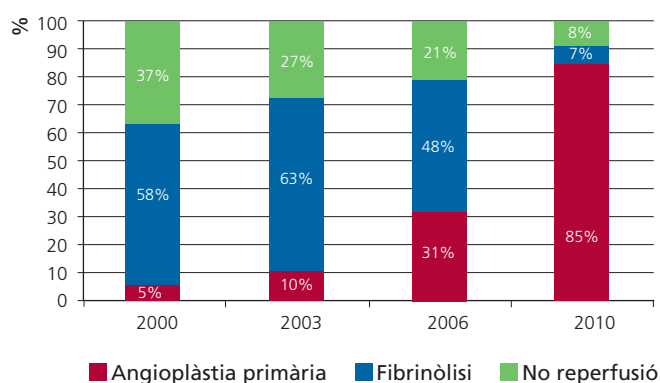


Taxes estandarditzades per edat. Població de referència: població Catalunya 1991.  
Font: Registre de mortalitat, 1990-2009. Departament de Salut.

En relació amb els factors de risc d'infart, les dades de d'Avaluació de la Compra d'Atenció Primària de 2010 mostren que gairebé la meitat de persones amb hipertensió identificades en l'atenció primària han assolit un control acceptable d'aquest factor de risc i la proporció de pacients diabètics controlats és del 64,5%.

L'Enquesta de Salut de Catalunya del mateix any evidencia una tendència estable en la prevalença de consum de tabac entre la població de 15 anys i més (29,5%). En referència amb l'assistència dels casos d'infart, des de la posada en marxa del Codi Infart, programa per a l'atenció urgent de l'infart agut de miocardi<sup>1</sup>, s'observen reduccions importants en el temps d'assistència i el percentatge de pacients que han accedit a l'angioplàstia primària (Figura 3) ha passat d'un 5% l'any 2000 al 85,0% el 2010.

**Figura 3.**  
Evolució del tipus de reperfusió en els pacients amb infart agut de miocardi (elevació del ST). Catalunya, 2000-2010



Font: J Figueras et al. Med Clin (Barc) 2009; 133:694-701 i Registre del Codi Infart de Catalunya, 2010. Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori [monografia a Internet]. Barcelona: Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009. [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Health at a glance: Europe 2010 [monografia a Internet]. OECD; 2010. Disponible a:  
[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en)

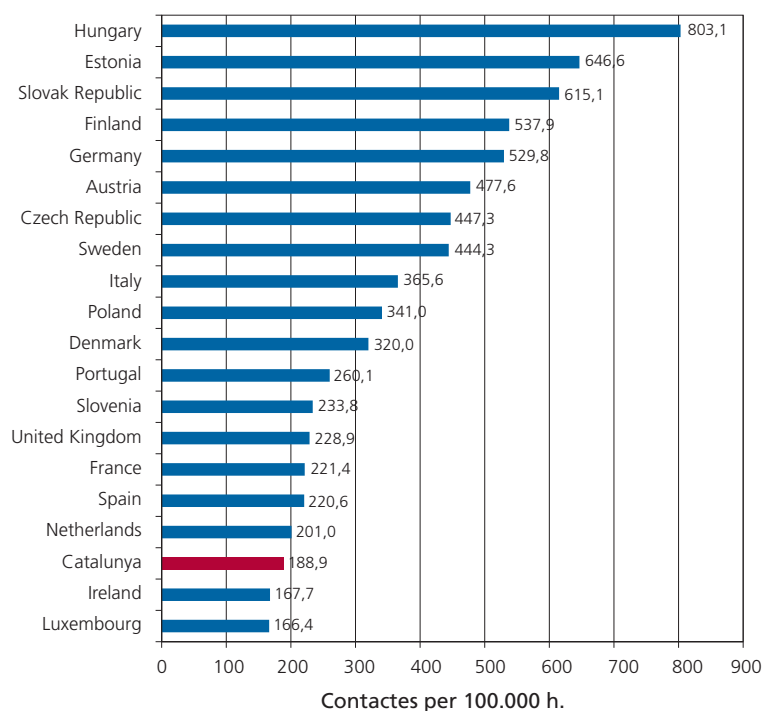
<sup>1</sup> Programa dirigit a l'atenció urgent dels casos d'infart amb elevació del segment ST.

# Ictus

La mortalitat per malalties vasculars cerebrals s'ha reduït de forma contundent i sostinguda els últims vint anys. La causa és multifactorial però cal citar-ne la millora del procés assistencial en la fase aguda hospitalària i les teràpies de reperfusió. Des de la disseminació del programa "Codi Ictus" s'ha més que duplicat el nombre de malalts amb ictus agut que reben tractaments de reperfusió.

L'any 2010 els hospitals d'aguts van atendre 12.486 casos d'ictus de residents a Catalunya, que corresponen a una taxa d'hospitalització de 163,3 contactes per 100.000 h. Tot i que les dades disponibles dels països de la Unió Europea no permeten discriminar els casos d'ictus, la taxa d'hospitalització per malaltia vascular cerebral a Catalunya es troba entre les més baixes de la Unió Europea. Només Irlanda i Luxemburg presenten valors inferiors (Figura 1). La mortalitat per malaltia vascular cerebral és també de les més baixes d'Europa, amb 4.225 defuncions a l'any 2009, que representen 57,2 defuncions per 100.000 h. Només Holanda, França i Irlanda presenten valors inferiors.

**Figura 1.**  
Taxa d'hospitalització per malaltia vascular cerebral segons països de la Unió Europea. UE 2009, Catalunya 2010



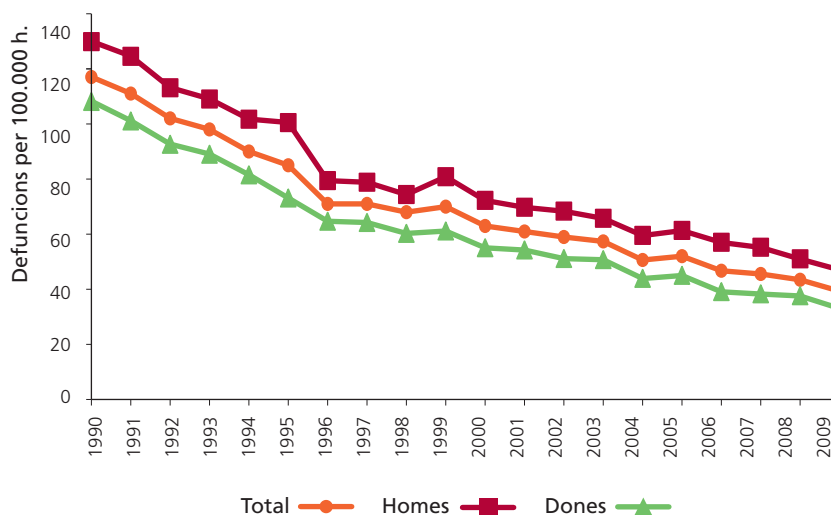
Font: OCDE, 2009. CMDB HA,2010. CatSalut.

Tot i la baixa incidència i mortalitat, les malalties vasculars cerebrals varen causar en el 2009 el 7,1% de les morts a Catalunya i són la segona causa de defunció més freqüent. A més, una de cada sis defuncions per malaltia vascular cerebral es produeix en població menor de 75 anys. Per últim, l'ictus és actualment la segona causa de discapacitat permanent adquirida, després dels accidents de trànsit.

Els homes presenten una taxa d'hospitalització per ictus superior a les dones (174,5 i 152,2 contactes per 100.000 h., respectivament), sobretot si comparem la població menor de 75 anys, en què la taxa d'hospitalització dels homes és un 83,5% superior a la de les dones (99,0 i 53,9 contactes per 100.000 h. respectivament). De fet, tot i que la taxa de mortalitat per malaltia vascular cerebral de les dones és un 30% superior a la dels homes (64,8 i 49,6 defuncions per 100.000 h respectivament), la taxa de mortalitat en menors de 75 anys dels homes pràcticament duplica a la de les dones (14,3 i 7,3 defuncions per 100.000 h. respectivament).

Durant el període 2005-2010 l'hospitalització per ictus s'ha mantingut pràcticament constant, amb un increment del 2,7% en el 2010 respecte a l'any 2009. La mortalitat, en canvi, ha disminuït una mitjana del 4,9% anual fins al 2009 (Figura 2). El fet que la mortalitat hagi disminuït més que l'hospitalització indica que durant aquest període ha augmentat la supervivència. Les causes són múltiples però ha estat decisiu el canvi d'enfocament cap a una assistència mèdica immediata. Per últim, l'evolució de la mortalitat en menors de 75 anys mostra una davallada superior a la mortalitat total, amb una disminució mitjana de 6,6% cada any.

Figura 2.  
Evolució de la taxa de mortalitat per malaltia vascular cerebral segons sexe.  
Catalunya, 1990-2009



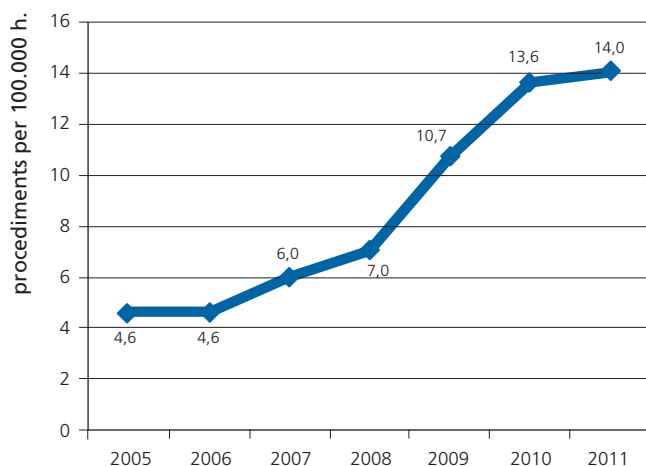
Taxes estandarditzades per edat. Població de referència: població Catalunya 1991.  
Font: Registre de mortalitat, 1990-2009. Departament de Salut.

En relació amb els factors de risc d'infart, les dades d'Avaluació de la Compra d'Atenció Primària de 2010 mostren que gairebé la meitat de persones amb hipertensió identificades en l'atenció primària han assolit un control acceptable d'aquest factor de risc i la proporció de pacients diabètics controlats és del 64,5%. Pel que fa a l'assistència dels casos d'ictus, Catalunya disposa des de 2006 del programa "Codi Ictus" a tot el territori, que afavoreix el diagnòstic precoç i el trasllat ràpid dels malalts amb ictus agut als hospitals de referència, on disposen de la tecnologia i dels professionals adequats per tractar-los. L'avaluació del programa ha posat de

manifest un increment gradual i significatiu del nombre de malalts tractats amb trombòlisi intravenosa. (Figura 3), i més recentment amb modalitats de reperfusió endovasculares, que s'han més que triplicat en aquests darrers cinc anys. Alhora, el Projecte Teleictus permet la connexió d'hospitals comarcals i de referència a través de videoconferència, apropant els professionals experts en aquesta patologia als pacients ingressats en centres més distants.

**Figura 3.**

**Evolució de les taxes anuals de trombòlisi intravenosa i reperfusió endovascular. Catalunya, 2005-2011**



Font: Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori, 2005-2011. Departament de Salut.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori [monografia a Internet]. Barcelona: Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009 [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Protocol Ictus Transitori. L'atenció al malalt amb Atac Isquèmic Transitori (AIT) a Catalunya. Catalunya 2009 [monografia a Internet]. Barcelona: Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Malalties\\_de\\_l\\_aparell\\_circulatori/pdf/ictustrans.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Malalties_de_l_aparell_circulatori/pdf/ictustrans.pdf)

Health at a glance: Europe 2010 [monografia a Internet]. OECD; 2010. Disponible a:

[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en)

Abilleira S, Dávalos A, Chamorro A, Álvarez-Sabín J, Ribera A, Gallofré M, Catalan Stroke Code and Thrombolysis Study Group (Cat-SCT). Outcomes of intravenous thrombolysis after dissemination of the Stroke Code and designation of new referral hospitals in Catalonia. The Cat-SCT monitored Study. *Stroke*. 2011;42(7):2001-6.

Pedragosa A, Álvarez-Sabín J, Molina CA, Brugués J, Ribó M. Trombólisis endovenosa en un hospital comarcal mediante el sistema teleictus. *Rev Neurol*. 2011;53(3):139-45.



# Risc de problemes de salut mental i depressió

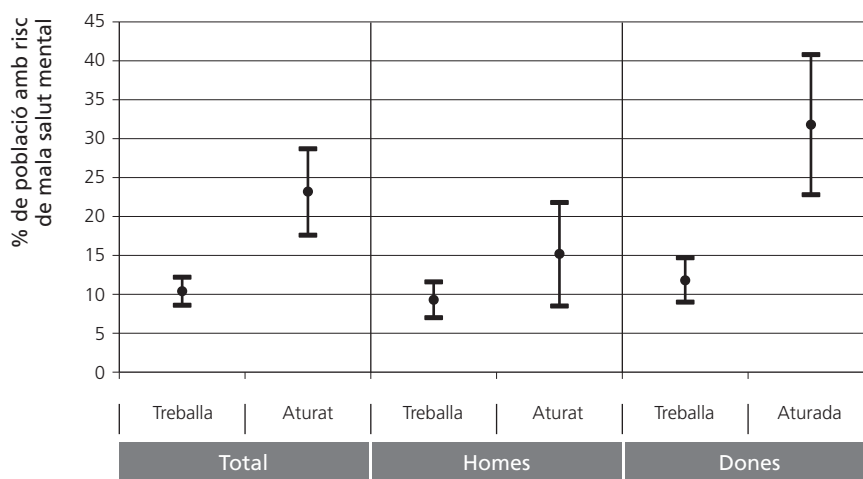
El nombre de persones amb risc de problemes de salut mental és del 14,1% i ha crescut un 21,7% els darrers cinc anys, especialment en els homes. La prevalença de depressió també ha crescut significativament respecte al 2006 i, actualment, és el quart trastorn crònic més freqüent. El nombre de dies de baixa per problemes de salut mental ha representat el 17,4% del total de dies de baixa de l'any 2010.

## EL RISC DE PROBLEMES DE SALUT MENTAL

L'any 2010, el 14,1% de la població de 15 anys o més presenta risc de patir problemes de salut mental<sup>1</sup>, segons dades de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). El percentatge de dones en risc (16,5%) és més elevat que el d'homes (11,7%). El grup d'edat amb més població en risc és el de 45 a 64 anys (17,1%).

Les persones en situació d'atur presenten més del doble de risc (23,2%) respecte a les persones ocupades (10,4%). Concretament, les dones en situació d'atur (31,8%) gairebé tripliquen el risc respecte a les ocupades (11,8%) (Figura 1).

Figura 1.  
Risc de mala salut mental segons situació laboral per sexe. Catalunya, 2010



Proporció  $\pm$  IC 95%.

Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 2010. Departament de Salut.

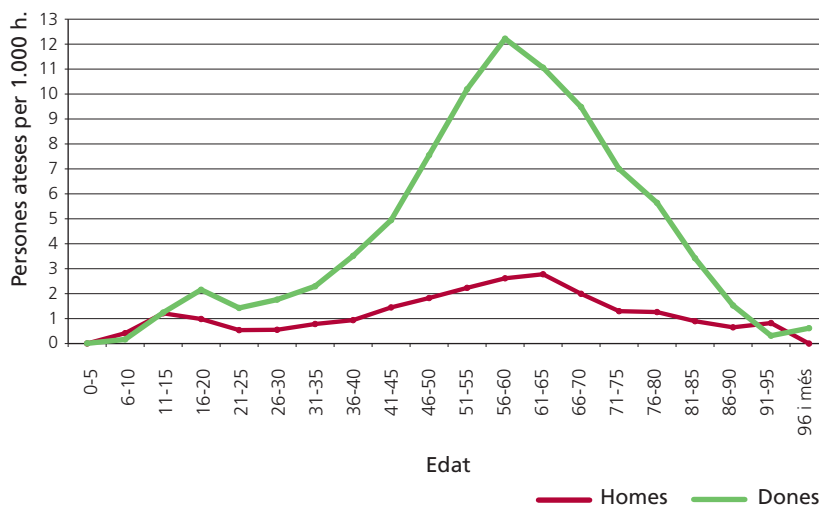
El risc de patir un trastorn mental ha crescut un 21,7% respecte al 2006 (11,6%). Tot i que les dones continuen amb valors més elevats, l'increment del risc ha afectat especialment els homes, amb un creixement del 54,4% respecte al 2006. Els canvis

1 ESCA, 2010 GHQ-12.

en el context laboral poden haver influït en la tendència observada. D'una banda, la població aturada, que presenta més risc de mala salut mental, s'ha duplicat durant aquest període. De l'altra, les persones en situació laboral activa (aturats i treballadors) han augmentat el risc de mala salut mental, respecte al 2006.

En relació amb els menors, les dades de l'ESCA del 2006, posen de manifest que un 6,8% de la població de 4 a 14 anys presenta risc de patir problemes de salut mental, lleugerament superior en els nens que en les nenes. El risc de problemes de salut mental en la infantesa presenta un gradient clar de classe social: mentre que en la classe benestant el risc és del 1,8%, els menors de classe desfavorida assoleixen un risc sis vegades superior (11,1%).

**Figura 2.**  
Prevalença de depressió atesa en centres de salut mental segons edat i sexe.  
Catalunya, 2010



Font: CMBD SM, 2010. CatSalut.

## LA DEPRESSIÓ

Dins del grup de les malalties mentals, la depressió és la més freqüent. L'any 2010, el 21,2% de la població catalana de 15 anys o més declara patir o haver patit depressió i/o ansietat, un 13,2% dels homes i un 29,1% de les dones, segons dades de l'ESCA. La prevalença de depressió ha crescut un 17,5% respecte al 2006. Actualment és el quart trastorn crònic més freqüent, mentre que a l'any 2006 se situava en vuitè lloc. Tanmateix, cal considerar que les dades de l'ESCA fan referència a informació autodeclarada, que no sempre equival a depressió diagnosticada. L'any 2002 l'Estudi Europeu sobre Epidemiologia dels Trastorns Mentals (ESEMED) va estimar en un 15,7% la prevalença diagnosticada de depressió al llarg de la vida, i en un 6,5% l'anyal.

Quant a la utilització de serveis sanitaris, l'any 2010 el 7,9% de la població total<sup>2</sup> (11,0% de la població atesa en l'atenció primària) ha realitzat com a mínim una

2 Càlcul realitzat en base a la població assignada als equips d'atenció primària que declaren la seva activitat al Conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària. L'any 2010, el Conjunt mínim bàsic de dades de l'atenció primària ofereix una cobertura del 77,3% del total de la població assignada a un equip d'atenció primària. A més, cal tenir en compte que la proporció de visites amb diagnòstic informat és del 42,0%. Aquest fet pot donar lloc a una infravaloració d'aquesta dada.

visita en què el motiu de consulta ha estat el trastorn mental, segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària (CMBD AP). Concretament en relació amb la depressió, durant el mateix any s'han atès 22.781 persones residents a Catalunya amb aquest diagnòstic principal en els centres d'atenció especialitzada ambulatoria de salut mental de la xarxa sanitària de finançament públic, que corresponen a 2,98 pacients per 1.000 h. La població atesa per aquest problema de salut en els centres d'atenció especialitzada ambulatoria de salut mental s'ha mantingut estable els darrers cinc anys.

La prevalença atesa de depressió en l'atenció especialitzada ambulatoria és gairebé quatre vegades més elevada entre les dones que els homes (4,71 i 1,22 pacients atesos per 1.000 h., respectivament). Els grups d'edat amb més prevalença atesa són de 61 a 65 anys en els homes i de 56 a 60 anys en les dones. El consum farmacèutic d'antidepressius i ansiolítics ha crescut un 12,6%<sup>3</sup> els darrers cinc anys i l'any 2010 s'han dispensat una mitjana d'1,8 envasos d'aquests fàrmacs per habitant.

La mortalitat per suïcidi i la incapacitat laboral són els efectes principals associats a la depressió. L'any 2009 es van produir un total de 412 morts per suïcidi (5,58 defuncions per 100.000 h.). Tot i que els trastorns mentals són més freqüents en dones, la mortalitat per suïcidi és gairebé tres vegades més elevada en homes. La taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya és de les més baixes dels països de la Unió Europea, inferior a la mitjana de l'Estat (7,47) i ha mantingut una tendència decreixent des del 2005 fins al 2009. Amb tot, la mortalitat per suïcidi és la cinquena causa de mortalitat evitable (5,1% del total de defuncions evitables).

A més de l'efecte en mortalitat prematura, l'any 2010, les malalties mentals són el segon grup diagnòstic que genera més nombre de dies de baixa per incapacitat temporal, després del grup de les malalties osteomusculars. El nombre de dies de baixa per problemes de salut mental ha representat el 17,4% del total de dies de baixa del 2010 i equival a 16.050 treballadors de baixa durant tot l'any.

3 Dosi Diària definida per Habitant (DHD).

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.01ad7f0676f03a8be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=d3e0c94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d3e0c94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Salvador-Carulla L, Knapp M, et al (grup CostDep). Estudi de costos i càrrega de la depressió a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2011. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Estudis/13\\_salut\\_mental/documents/estudicostos2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Estudis/13_salut_mental/documents/estudicostos2011.pdf)

Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

[www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio\\_gpc\\_depressio\\_aiaqs\\_2010ca.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf)

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de práctica clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. Disponible a:

[www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf)

Martínez M, Dolz M, Alonso J, Luque I, Palacín C, Bernal M, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clín (Barc). 2006;(126):445-51.

Enquesta de Salut de Catalunya, 2006

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=c9bdbb6046b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Enquesta de Salut de Catalunya, 2010-2014

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=f8ac47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

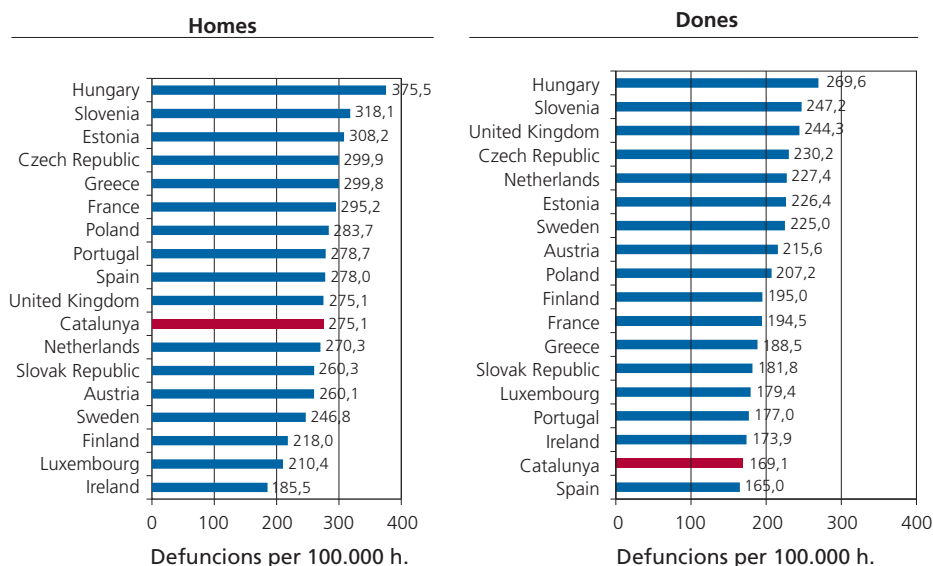
---

# Càncer

La incidència de càncer ha augmentat els darrers anys i continuarà augmentant a mitjà termini. En canvi, la mortalitat presenta una evolució decreixent des de principis dels anys noranta i, sobretot, des de l'any 2000, com a conseqüència de les millores en detecció precoç i la qualitat dels tractaments.

L'any 2010 es diagnostiquen un total de 40.965 nous casos de càncer, segons dades estimades del Pla Director d'Oncologia, 24.532 casos dels quals són en homes i 16.433, en dones. La incidència de càncer a Catalunya se situa en valors intermedis-alts per als homes i baixos per a les dones, en comparació amb els països europeus. S'estima que entre cinc i set casos de càncer de cada deu estan relacionats amb factors de risc vinculats als estils de vida.

Figura 1.  
Mortalitat per càncer segons països de la Unió Europea i sexe.  
UE 2008, Catalunya 2009



Font: OCDE, 2008. Registre de Mortalitat, 2009. Departament de Salut

El nombre total de defuncions per càncer de l'any 2009 és de 16.361, que representa una taxa de mortalitat de 221,7 defuncions per 100.000 h. La taxa de mortalitat dels homes (275,1 casos per 100.000 h.) es troba en una posició intermitja-baixa en relació amb els valors dels països europeus, en canvi, la mortalitat femenina (169,1) és de les més baixes de tot Europa, només Espanya presenta un valor inferior (165,0).

Tot i la baixa mortalitat, durant el 2009, els tumors han causat aproximadament una de cada tres defuncions masculines (33,2%) i una de cada cinc defuncions femenines (21,5%), essent la causa més freqüent de mortalitat entre els homes i la segona en les dones, després de les malalties de l'aparell circulatori. A més, el càncer té un impacte rellevant en mortalitat prematura: acumula gairebé la meitat (47,0%) dels anys potencials de vida perduts en les dones i el 35,0% en els homes. De fet, alguns tipus de càncer com el de pulmó o el de mama femenina, són primera causa de mortalitat evitable (global) i primera causa de mortalitat evitable (per l'assistència sanitària) entre les dones, respectivament. Més de la meitat de les defuncions per aquestes dues causes (61,7% i 51,2%) són de població menor de 75 anys.

Figura 2.

Evolució de la incidència i mortalitat per càncer segons localitzacions seleccionades. Catalunya, 1985-2009

Incidència

	Homes			Dones		
	Taxa* 2002	variació 1985-1994	variació 1995-2002	Taxa* 2002	variació 1985-1994	variació 1995-2002
Pulmó	90,77	-	-	9,43	↑↑↑	-
Colorectal	82,32	↑↑	↑↑	58,97	-	-
Mama				116,53	↑↑	↑↑
Pròstata	110,36	↑↑↑	↑↑↑			
Total**	564,18	↑↑	↑	391,7	↑↑	↑

Mortalitat

	Homes				Dones			
	Taxa* 2009	variació 1985-1994	variació 1995-2004	variació 2004-2009	Taxa* 2009	variació 1985-1994	variació 1995-2004	variació 2004-2009
Pulmó	77,64	-	-	↓	14,34	-	↑↑	↑↑
Colorectal	36,88	↑↑	-	-	24,73	-	-	-
Mama					25,16	-	↓↓	-
Pròstata	20,7	-	↓↓	↓↓↓				
Total**	275,11	↑	↓	↓↓	164,14	↓	↓	-

\* Taxa bruta per 100.000 persones últim període disponible (2002 incidència; 2004 mortalitat)

\*\* exceptuant pell no melanoma

- No hi ha tendència estadísticament significativa

↑/↓ ≤ 2% anual

↑↑/↓↓ >2 - ≤ 5% anual

↑↑↑/↓↓↓ > 5% anual

Font: Medicina Clínica 2008;131 (suppl1)

El càncer més freqüent en els homes és el càncer de pròstata seguit pel càncer de pulmó i el colorectal. En les dones, el tumor més freqüent és el de mama seguit pel colorectal i el d'úter (Figura 2). Tanmateix, segons la mortalitat l'ordre es modifica: entre els homes, el càncer que causa més mortalitat és el de pulmó, seguit del colorectal i el de pròstata, amb taxes de mortalitat de 77,6, 36,9 i 20,7 defuncions per 100.000 h. Entre les dones, els càncers que provoquen més defuncions són en

primer lloc el de mama, seguit del colorectal i del de pulmó, amb taxes de mortalitat de 25,2, 24,7 i 14,3 defuncions per 100.000 h.

La incidència de càncer mostra una tendència creixent tant en els homes com en les dones des de finals dels anys vuitanta. En canvi, la mortalitat tendeix a disminuir des dels anys noranta en les dones i, a partir de mitjan dècada del noranta, en els homes. Les dades més recents de mortalitat (2009) confirmen que es manté aquesta tendència.

De l'evolució recent destaca d'una banda l'increment de la incidència de càncers com el de pròstata en homes, el de mama en dones i el colorectal en ambdós sexes, que situa Catalunya entre els països amb més incidència de càncer colorectal d'Europa. Canvis en els factors de risc, la implementació de mètodes de cribratge en el cas dels càncer de pròstata i de mama i de proves diagnòstiques com l'endoscòpia en el cas del colorectal, poden explicar bona part d'aquest augment. Paral·lelament a l'increment de la incidència, s'observa una disminució de la mortalitat, com a conseqüència de la detecció de la malaltia en fases més precoces i de millores en els tractaments. La disminució de la mortalitat és especialment rellevant en el càncer de pròstata, que els darrers cinc anys ha disminuït una mitjana del 6,9% anual.

D'altra banda, destaca la disminució tant de la incidència com de la mortalitat dels tumors relacionats amb el tabac (pulmó, cavitat oral, ronyó, bufeta). L'excepció és el càncer de pulmó en les dones, que ha augmentat tant en incidència com en mortalitat

Les projeccions de futur assenyalen que l'any 2015 la incidència s'haurà incrementat un 30% respecte a les dades de 2005, principalment com a conseqüència de l'envelliment de la població. Es preveu que a finals de l'any 2015 el nombre anual de casos de càncer serà de 27.500 per als homes i de 19.000 per a les dones.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009 [monografia a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Canal Salut: Càncer [pàgina a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/cancer>

**Pla Director d'Oncologia, 2006.** Barcelona: Departament de Salut. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.01ad7f0676f03a8be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=943cc94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=943cc94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Malaltia pulmonar obstructiva crònica

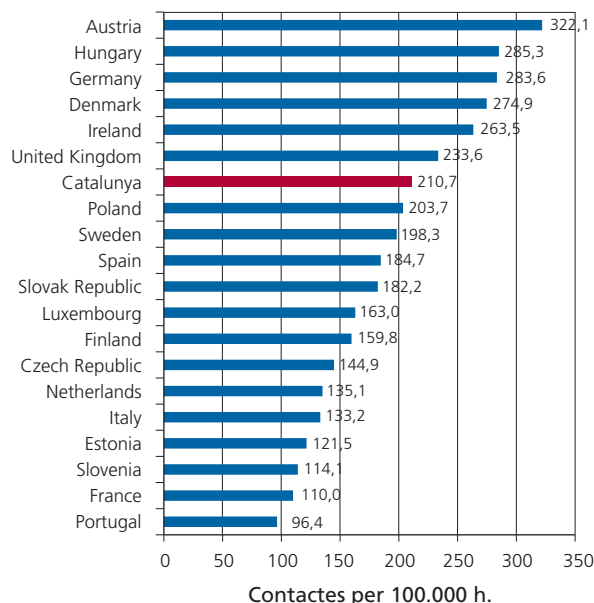
La taxa d'hospitalització per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) a Catalunya és elevada en comparació amb la mitjana de la Unió Europea (210,7 contactes per 100.000 h). Un de cada sis pacients ingressats el 2010 (17,2%) ha tornat a ingressar abans de trenta dies des de la data d'alta amb el mateix diagnòstic o un diagnòstic relacionat. Durant el període 2005-2009, la taxa d'hospitalització per MPOC ha augmentat una mitjana del 6,2% anual, canviant de tendència l'any 2010.

Estudis sobre la prevalença i infradiagnòstic de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) realitzats l'any 2000 estimen la seva prevalença en un 9,1% de la població de 40 a 80 anys i posen també de manifest que és una malaltia poc coneguda i infradiagnosticada. En relació amb l'assistència, estudis realitzats sobre la pràctica clínica conclouen que manca una actitud proactiva en la identificació d'aquesta malaltia així com una atenció més específica. A Catalunya, únicament en el 24% dels diagnòstics de MPOC consta el resultat de l'espirometria en la història clínica i gairebé un de cada cinc pacients ingressats per exacerbació de la MPOC afirma que no l'ha atès cap metge d'una manera específica per a la malaltia que pateix.

Amb tot, la MPOC és el motiu més freqüent de visites en l'atenció primària del grup de malalties de l'aparell respiratori en població de 15 anys o més. A més,

Figura 1.

Taxa d'hospitalització per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) per països de la Unió Europea. UE 2009, Catalunya 2010

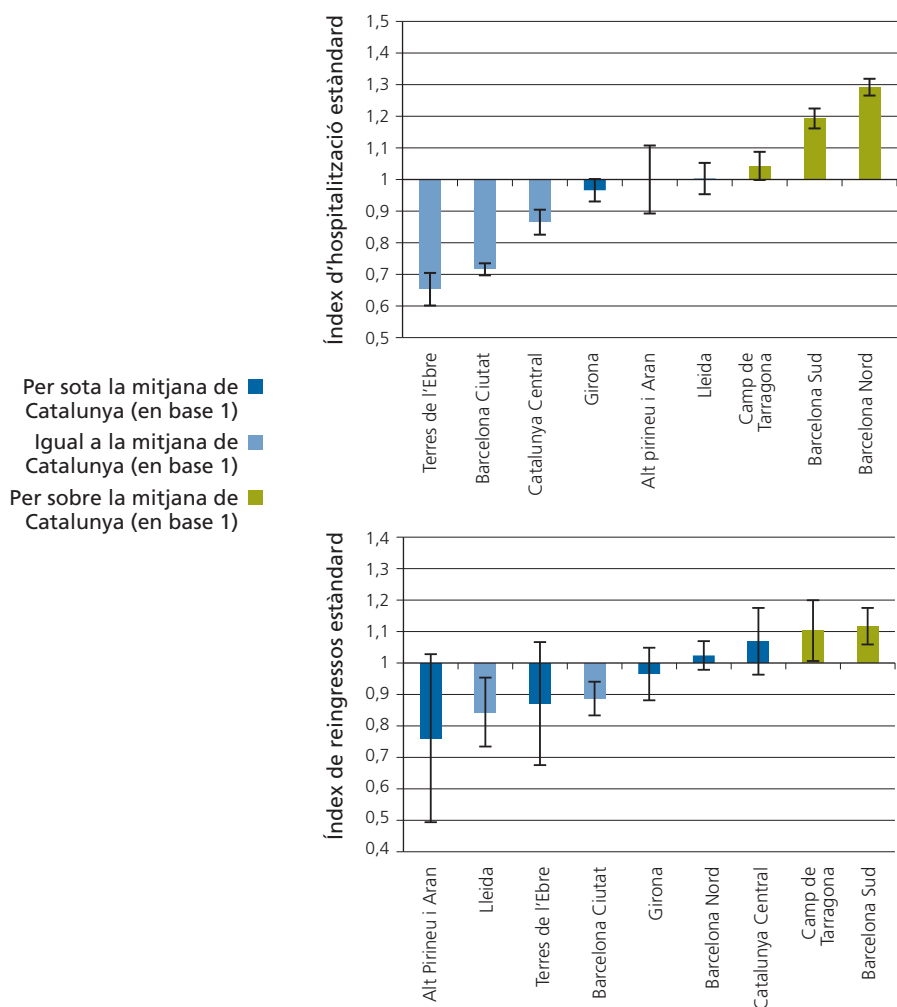


Font: OCDE, 2009. CMDB HA, 2010. CatSalut.



l'any 2010 els hospitals d'aguts n'han atès 16.113 casos de residents a Catalunya, que corresponen a una taxa d'hospitalització de 210,7 contactes per 100.000 h., segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades dels Hospitals d'Aguts (CMBD HA). La taxa d'hospitalització és elevada en comparació amb la mitjana de la Unió Europea, que es troba al voltant dels 180 contactes per 100.000 h., i similar a països com el Regne Unit (Figura 1). Aquest fet és rellevant si tenim en compte que en la majoria de patologies la taxa d'hospitalització catalana es troba per sota de la mitjana europea. L'elevada hospitalització és una conseqüència de l'alt nombre d'aguditzacions que pateixen els malalts.

Figura 2.  
Índex d'hospitalització estàndard i índex de reingressos estàndard per MPOC segons regió sanitària. Catalunya, 2009-2010



Font: CMBD HA, 2009-2010 (agregades). CatSalut

L'agudització de la MPOC és un problema de salut greu, perquè pot comprometre la supervivència dels pacients i ocasiona un elevat nombre de reingressos hospitalaris, en gran part evitables. Un de cada sis pacients ingressats el 2010 (17,2%) ha tornat a ingressar abans de trenta dies, des de la data d'alta, amb el mateix diagnòstic o un diagnòstic relacionat, i més d'una tercera part han reingressat de transcórrer tres mesos. De fet, el 3,2% dels pacients més freqüentadors realitzen el 15,1% dels contactes, que correspon a una mitjana de 6,8 contactes hospitalaris l'any per pacient. A més de generar un nombre elevat d'hospitalitzacions i reingressos, la MPOC és la cinquena causa de mort més freqüent i ha causat a Ca-

talunya 2.643 defuncions durant l'any 2009, que corresponen a 35,8 defuncions per cada 100.000 h.

Els homes presenten una taxa d'hospitalització gairebé quatre vegades superior a la de les dones i una probabilitat de reingrés a trenta dies pel mateix diagnòstic o diagnòstics relacionats un 15,7% superior. Tot i que el perfil d'edat de les persones que pateixen MPOC és envellit, el 42,2% dels contactes d'hospitalització els han realitzat persones menors de 75 anys.

Durant el període 2005-2009 la taxa d'hospitalització ha augmentat una mitjana del 6,2% anual. L'any 2010 s'observa un trencament de la tendència amb una disminució del 2,9% respecte al 2009. En relació amb la mortalitat, a partir de l'any 2006 la taxa de mortalitat s'ha mantingut estable, tot i que situada en valors un 26,3% inferiors als dels inicis de la dècada del 2000.

Per territoris, s'observen diferències rellevants, tant en contactes hospitalaris com en reingressos (Figura 2). L'índex d'hospitalització estàndard<sup>1</sup> calculat amb les dades de 2009 i 2010, posa de manifest que els territoris del Camp de Tarragona, Barcelona Sud i Barcelona Nord presenten hospitalitzacions per MPOC un 4,3, 19,3 i 29,2% superiors a la mitjana de Catalunya, respectivament. A l'altre extrem, Terres de l'Ebre, Barcelona Ciutat i Catalunya Central registren hospitalitzacions un 34,7, 28,4 i 13,5% inferiors a la mitjana catalana. Respecte als índex de reingressos estàndard<sup>2</sup> per MPOC o clínicament relacionats, el patró continua similar; Lleida i Barcelona Ciutat presenten valors de reingressos un 15,6 i un 11,3% inferiors a la mitjana de Catalunya, respectivament, mentre que el Camp de Tarragona i Barcelona Sud presenten valors un 10,3 i un 11,7% superiors a la mitjana, respectivament.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Pla Director de Malalties de l'Aparell Respiratori [en elaboració].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.01ad7f0676f03a8be23ffed3b0c0e1a0/?vgnnextoid=b4e8c94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b4e8c94b9b0cf210VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009 [monografia a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Canal Salut: Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Bronquitis crònica / Emfisema pulmonar [pàgina a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=b2ef2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b2ef2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Sobradillo Peña V, Miratvilles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al.** Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiologic study. *Chest*. 2000;118:981-9.

**Garcia-Aymerich J, Escarrabill J, Marrades RM, Monsó E, Barreiro E, Antó JM, et al.** Differences in COPD care among doctors who control the disease: general practitioner vs. pneumologist. *Respir Med*. 2006;100(2):332-9.

---

1 Compara l'hospitalització de cada territori ajustada principalment per edat, sexe i comorbiditat amb la mitjana d'hospitalització de Catalunya, que pren el valor de referència 1.

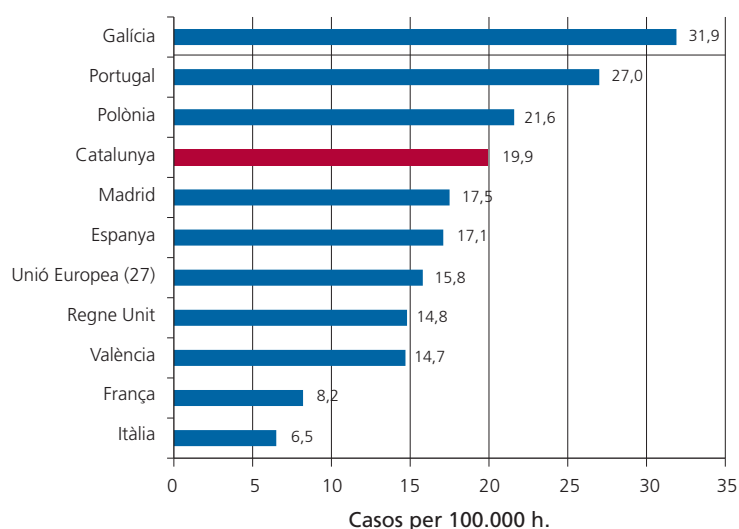
2 Compara el percentatge de reingressos de cada territori ajustat principalment per edat, sexe i comorbiditat amb la mitjana del percentatge de reingressos de Catalunya, que pren el valor de referència 1.

# Tuberculosi

Tot i que des de l'any 2000 la incidència de malaltia tuberculosa a Catalunya ha disminuït un 3,6% de mitjana cada any, la incidència de l'any 2010 continua més elevada que la mitjana europea. Entre les persones estrangeres s'observa una taxa d'incidència més de cinc vegades superior a la de les autòctones. El 85%, com a mínim, dels casos més contagiosos han completat el tractament.

L'any 2010 han estat notificats 1.415 casos de tuberculosi en residents a Catalunya, fet que correspon a una taxa d'incidència de 18,8 casos per 100.000 h. La incidència de tuberculosi a Catalunya és superior a la mitjana europea<sup>1</sup> (15,8) i espanyola (17,1) i força més elevada que la d'altres països de la Unió Europea com França, Itàlia o el Regne Unit (Figura 1). La forma clínica més freqüent és la pulmonar (71,3% dels casos). La meitat dels casos pulmonars han estat de la variant més contagiosa de la malaltia, amb una taxa de 6,4 per 100.000 h.

Figura 1.  
Incidència de tuberculosi segons comunitat autònoma i països de la Unió Europea. UE i CCAA, 2009



Fonts: European Centre for Disease Prevention and Control, 2009. Centro Nacional de Epidemiología, 2009. Registre de tuberculosi, 2009. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Quant al lloc d'origen dels casos de tuberculosi notificats l'any 2010, la meitat es corresponen a persones nascudes fora de l'Estat espanyol. En els darrers deu anys s'ha observat com aquesta proporció quasi s'ha triplicat i ha passat del 16,8% l'any 2000 al 49,5% l'any 2010. La incidència de tuberculosi el 2010 és més de cinc

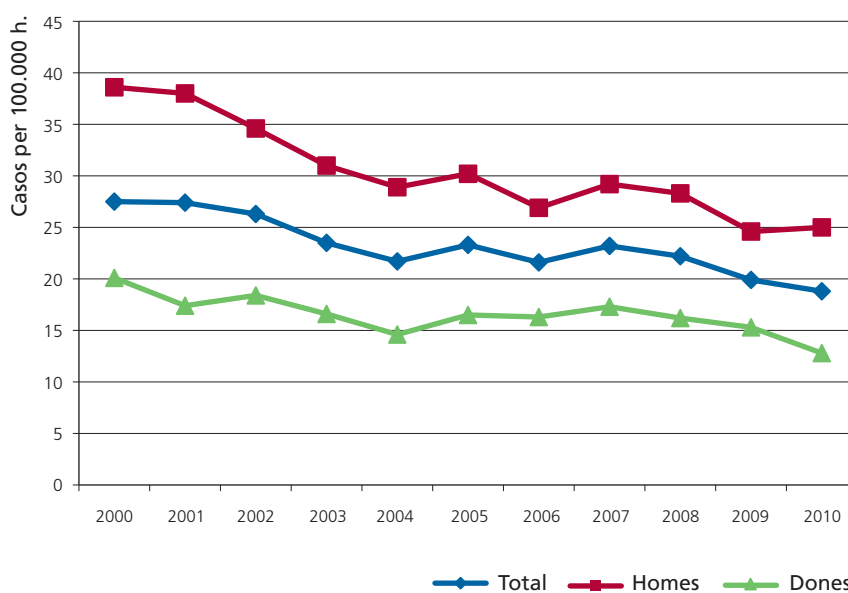
<sup>1</sup> Les dades d'incidència europees i espanyoles corresponen a l'any 2009.

vegades superior en les persones nascudes a l'estranger (58,2 casos per 100.000 h.) que en les autòctones (11,5 per 100.000 h.). Els immigrants procedents d'Àsia i Àfrica són els més afectats per la malaltia, amb incidències dotze i nou vegades superiors, respectivament, a les de la població autòctona (Figura 3).

La tuberculosi és més freqüent en homes (25 casos per 100.000 h.) que en dones (12,8 casos per 100.000 h.). El perfil d'edat dels malalts difereix entre la població autòctona i la immigrant. El grup d'edat que presenta més incidència entre la població autòctona és el de 65 anys i més, mentre que, entre la població immigrant, el grup amb més incidència és el de 15 a 44 anys.

Durant el període 2000-2010 la taxa d'incidència, tant en la població autòctona com en l'estrangera, ha disminuït al voltant d'un 5% anual (5,2% i 4,9% respectivament), tot i que la mitjana global de declivi anual és només d'un 3,2% (Figura 2). El creixement progressiu del pes de la població immigrant, amb taxes més elevades, sobre la població catalana ha frenat el declivi de la taxa global. Per sexes, la disminució mitjana anual no presenta gaire diferències, amb variacions mitjanes anuals del 3,3% i del 3,0% en homes i dones, respectivament.

**Figura 2.**  
Evolució de la incidència de tuberculosi segons sexe. Catalunya, 2000-2010



Font: Registre de tuberculosi, 2000-2010. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

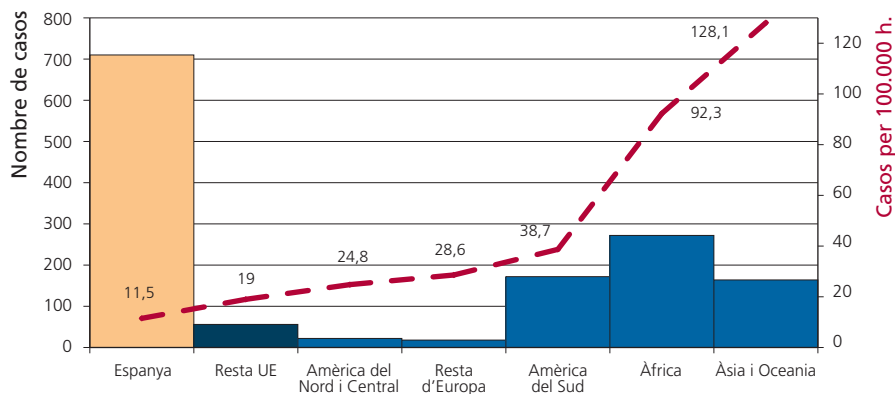
La distribució de la malaltia en el territori no és homogènia. La taxa d'incidència oscil·la dels 11,4 casos per 100.000 h. a la Regió Sanitària Catalunya Central fins als 25,9 casos per 100.000 h. a la ciutat de Barcelona.

En el conjunt de casos de tuberculosi amb cultiu positiu i antibiograma realitzat, la prevalença de casos amb tuberculosi resistent simultàniament a la isoniazida i a la rifampicina (multiresistència) és de l'1%, inferior a la mitjana europea del 5,8%.

El seguiment dels casos nous de tuberculosi més contagiosa que van iniciar el tractament durant l'any 2009 mostra que el 85,6% el van completar correctament, superant l'objectiu del 85% establert per l'Organització Mundial de la Salut, tant entre les persones autòctones com entre les estrangeres, i la mitjana de compliment europea.

Figura 3.

Incidència de tuberculosi segons continent d'origen del malalt. Catalunya, 2010



Font: Registre de tuberculosi, 2010. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Les causes de no compliment del tractament són molt diverses. El motiu més freqüent és la pèrdua de contacte amb el pacient, interrupció o abandonament del tractament, que ha afectat un 4,7% dels casos de tuberculosi que van iniciar tractament el 2009, exclouent-hi els casos que han acabat en defunció per tuberculosi o una altra causa. La interrupció del tractament és més freqüent en població estrangera (7,0%) que en l'autòctona (2,3%).

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Informe anual 2010. Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Programa de prevenció i control de la tuberculosi a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=b2ef2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextchannel=b2ef2043ca2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCD&vgnnextfmt=default>

WHO Report. Global Tuberculosis Control 2010 [monografia a Internet]. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010. Disponible a: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf)

Tuberculosis surveillance in Europe [monografia a Internet]. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe; 2011. Disponible a: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103\\_TB\\_SUR\\_2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf)

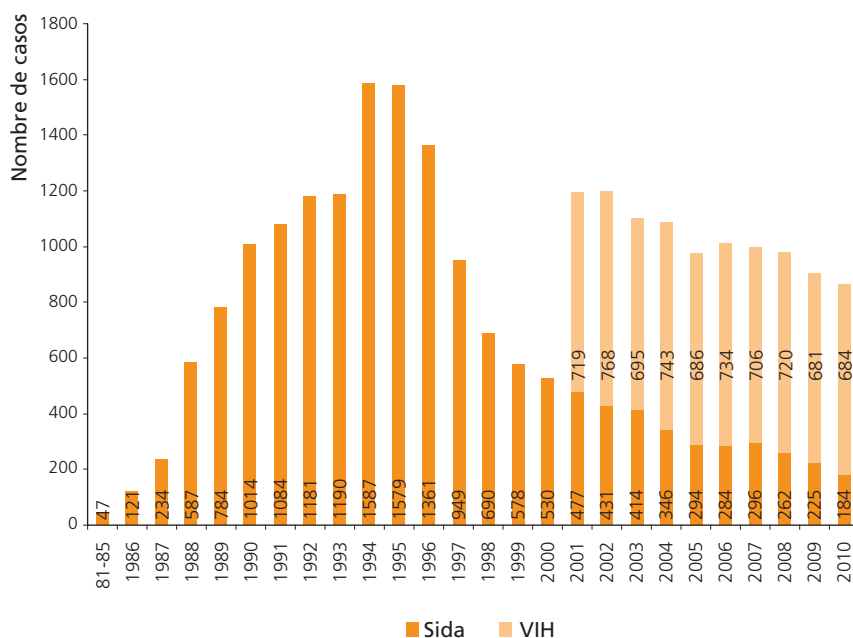
Unidad de investigación en tuberculosis de Barcelona (UITB) [pàgina a Internet]. Barcelona: UITB. Disponible a: [www.aspb.es/uitb/novedades.asp](http://www.aspb.es/uitb/novedades.asp)

# Infecció per VIH i sida

L'any 2010, s'han notificat 684 casos de nous diagnòstics d'infecció per VIH, que suposen una incidència declarada de 9,6 casos per 100.000 h. i s'han diagnosticat 184 casos de sida, que corresponen a una incidència de 2,6 casos per 100.000 h. Des de l'any 2000, la incidència i la mortalitat per sida s'han reduït en un 69,4% i un 56,3%, respectivament. La incidència de VIH ha disminuït solament un 15,8%. En el 54,3% dels casos de VIH declarats el 2009 el diagnòstic ha estat tardà.

L'any 2010, s'han notificat 684 casos de nous diagnòstics d'infecció per VIH en el Sistema d'Informació Voluntari de nous diagnòstics de VIH de Catalunya, que suposen una incidència declarada de 9,6 casos per 100.000 h<sup>1</sup>. Gairebé vuit de cada deu casos de VIH són en homes (79,2%), amb una taxa de 15,1; en dones, la taxa és de 3,9. El 70% dels casos nous de VIH es donen en persones de 25 a 44 anys amb una mitjana d'edat de 36,4 anys.

Figura 1.  
Evolució del nombre de casos de VIH/sida. Catalunya, 2001-2010



Font: Sistema Integrat de Declaració del VIH, 2001-2010. CEEISCAT. Departament de Salut.

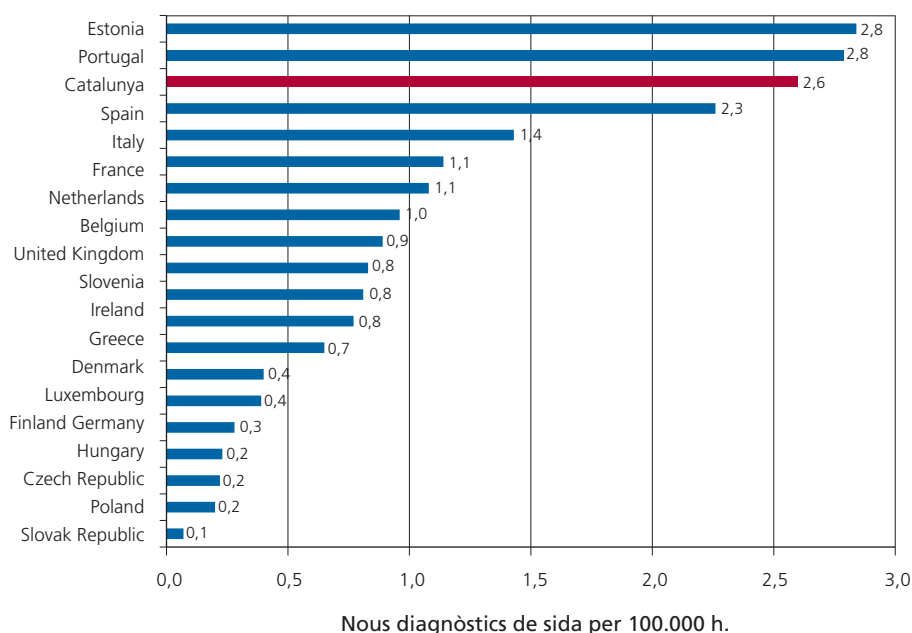
1 Les dades d'incidència declarada fan referència a l'any 2010, tot i que les dades d'incidència per sexe, edat i lloc d'origen s'han calculat a partir de la informació de la mateixa font de 2009, perquè la informació de 2010 a data de tancament de l'Informe de Salut no està disponible.

Pel que fa al lloc d'origen dels casos de VIH notificats, el 42,9% són de població nascuda fora de l'estat espanyol. La taxa de 2009 era quatre vegades superior en les persones nascudes fora de l'Estat espanyol (24,0 per 100.000 h.) que en les autòctones (6,1 per 100.000 h.).

La via de transmissió més freqüent són les relacions sexuals entre homes (40,6%) seguit dels homes en relacions heterosexuals (20,4%), de les dones en relacions heterosexuals (15,7%) i per últim, dels usuaris de drogues via parenteral (9%).

És rellevant destacar que en el 54,3% dels casos de VIH declarats el 2009 el diagnòstic ha estat tardà<sup>2</sup>. De fet, s'estima que una quarta part de les persones actualment infectades per VIH no estan diagnosticades. El diagnòstic tardà és més freqüent en els majors de 44 anys (66,1%) i en els homes heterosexuals (70,3%). El diagnòstic tardà de la infecció pel VIH té impacte negatiu, tant per a la persona que es diagnostica tard, que tindrà pitjor pronòstic, com pel risc d'infecció a tercers persones.

**Figura 2.**  
Incidència de sida per països de la Unió Europea. UE 2009, Catalunya, 2010



Font: OCDE, 2009. Registre de Casos de Sida de Catalunya, 2010. CEEISCAT. Departament de Salut.

Durant l'any 2010 s'han diagnosticat 184 casos de sida en el Registre de Casos de Sida de Catalunya, que corresponen a una taxa d'incidència de 2,6 casos per 100.000 h. La taxa d'incidència de sida catalana es troba entre les més altes de la Unió Europea, duplicant la taxa francesa i triplicant la del Regne Unit (Figura 2). La mortalitat per sida a Catalunya també es troba entre les més altes d'Europa, amb un total de 130 defuncions l'any 2009 (darrer any disponible) i una taxa de mortalitat d'1,8 defuncions per cada 100.000 h. Amb tot, la desviació respecte a la mitjana europea és més gran en termes d'incidència (2,7 vegades més incidència) que en termes de mortalitat (1,7 vegades més mortalitat).

<sup>2</sup> Informació sobre el 88,1% dels casos declarats (588 casos de 667). Es considera diagnòstic tardà quan el recompte de limfòcits CD4 més proper al diagnòstic és inferior a 350\*10<sup>6</sup>/l.

Com en els casos de VIH, vuit de cada deu casos de sida es produeixen en homes (79,9%). Les defuncions per sida segueixen el mateix patró (81,5% d'homes).

Des de l'any 2000, la incidència i la mortalitat per sida s'han reduït una mitjana del 6,9 i del 6,3% anual, que impliquen reduccions acumulades del 69,4% en incidència i del 56,3%<sup>3</sup> en mortalitat. Tanmateix la incidència de VIH ha disminuït solament un 15,8% en aquest mateix període.

El Pla d'Acció enfront del VIH/Sida 2010-2013 a Catalunya, aprovat per la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya, està treballant per prevenir els nous casos d'infecció, disminuir el retard diagnòstic, adequar els serveis sanitaris i socials a les necessitats dels pacients, promoure'n la integració laboral, lluitar contra l'estigma, millorar la coordinació interdepartamental i reforçar els sistemes de vigilància epidemiològica i l'avaluació.

S'ha afavorit l'accés al preservatiu en població jove, gràcies a l'abaratiment del preu del producte i l'ampliació dels punts de dispensació, i realitzat tasques de sensibilització sobre el risc de contraure la infecció, fent especial èmfasi en els col·lectius més vulnerables (persones que mantenen relacions homosexuals, parelles serodiscordants, immigrants de determinats països d'origen, professionals del treball sexual, usuaris de drogues per via parenteral i persones en centres penitenciaris). Per tal d'afavorir el diagnòstic precoç en poblacions de risc es promou el test ràpid del VIH en l'atenció primària, hospitals, seus d'organitzacions no governamentals i algunes oficines de farmàcia.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Informe Epidemiològic Biennal CEEISCAT. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES).** Barcelona: Institut Català d'Oncologia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=d6ab8fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d6ab8fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Guia de Pràctica clínica sobre les infeccions de transmissió sexual a Catalunya.** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Infeccions\\_de\\_transmissio\\_sexual/documents/Acc%C3%A9s%20a%20la%20Guia.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Infeccions_de_transmissio_sexual/documents/Acc%C3%A9s%20a%20la%20Guia.pdf)

**European STI and HIV/AIDS Surveillance Networks. Meeting Report.** Berlin, 28-30 September 2010. Stockholm (Sweden): European Centre for Disease Prevention and Control; 2011. Disponible a:

[http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106\\_MER\\_HIV\\_STI\\_2010.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106_MER_HIV_STI_2010.pdf)

**Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010.** MMWR Recommendations and Reports. 2010;59(RR12):1-110. Disponible a:

[www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf](http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf)

---

<sup>3</sup> Les darreres dades disponibles d'incidència de sida són de l'any 2010, mentre que les darreres dades de mortalitat són de l'any 2009.



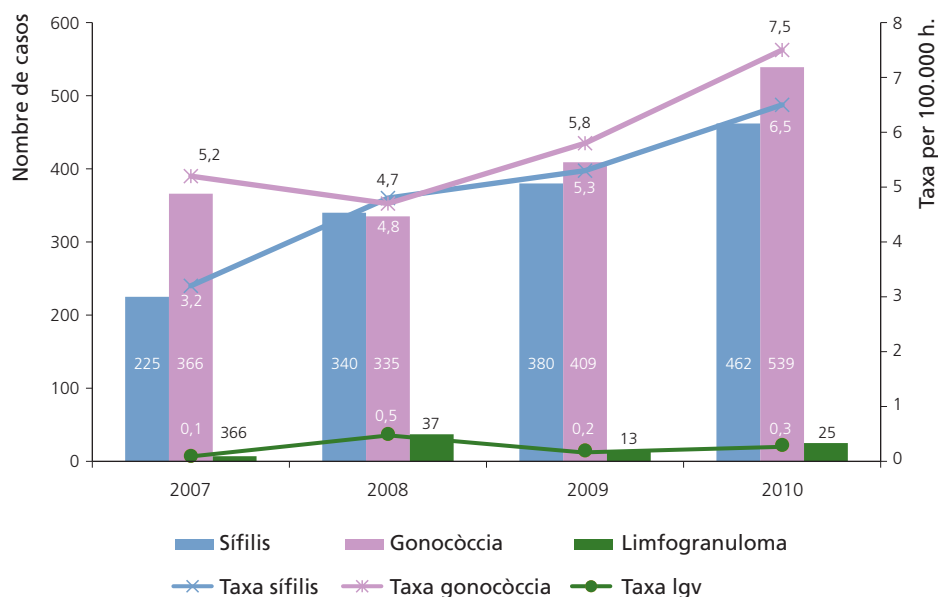
# Infeccions de transmissió sexual

Els casos de sífilis infecciosa, gonocòccia i limfogranuloma veneri presenten una tendència creixent. La via més freqüent de transmissió són les relacions sexuals entre homes. El percentatge de casos d'aquestes malalties que presenten coinfecció de VIH en el moment del diagnòstic és elevat.

## SÍFILIS

L'any 2010, s'han notificat 458 casos de sífilis a Catalunya, que representen una taxa d'incidència de 6,5 casos per 100.000 h. L'any 2009, la taxa era de 5,3 casos per 100.000 h, per sota de la taxa espanyola (5,4 casos per 100.000 h.) i per sobre de l'europea (4,5 per 100.000 h.). La tendència de la sífilis a Catalunya és creixent (Figura 1).

Figura 1.  
Evolució de les taxes de sífilis, gonocòccia i limfogranuloma veneri.  
Catalunya 2007-2009

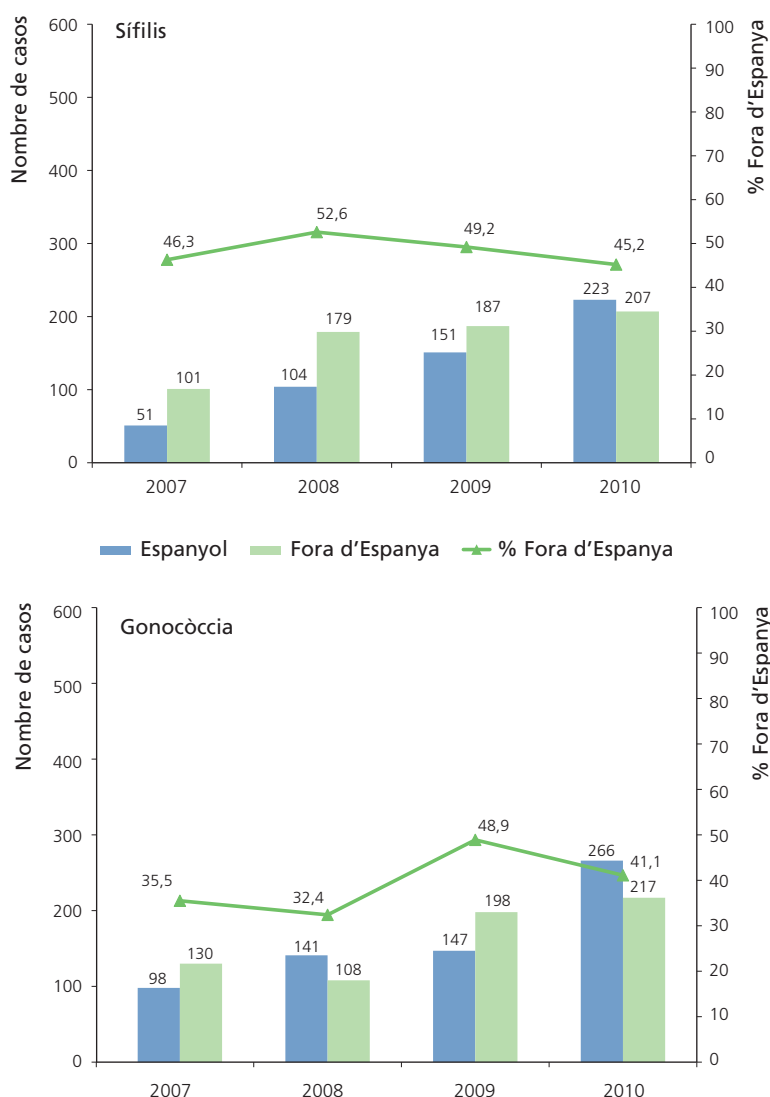


Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria, Malalties de Declaració Individualitzada. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de SIDA/VIH/ITS. Catalunya 2007-2009. CEEISCAT. Departament de Salut.

Dos de cada tres casos comunicats han estat de sífilis primàries o secundàries (66,0%), el 26,4% en estat latent precoç o indeterminat, i del 7,7% restant no s'ha disposat d'informació sobre l'estadi clínic.

Gairebé nou de cada deu casos són en homes (87,8%), amb una taxa d'incidència d'11,4 casos per 100.000 h., mentre que la taxa femenina és d'1,5 casos per 100.000 h. El 73% dels malalts tenen entre 25 i 44 anys, amb una mitjana d'edat de 35,0 anys. La taxa d'incidència de la població provinent d'altres països (17,4 casos per 100.000 h.) és cinc vegades superior a la taxa de la població autòctona (3,5). De fet, gairebé la meitat dels casos notificats el 2010 han afectat població estrangera (Figura 2).

**Figura 2.**  
Evolució del nombre de casos de sífilis i gonocòccia segons país d'origen.  
Catalunya 2007-2010



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria, Malalties de Declaració Individualitzada. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de SIDA/VIH/ITS. Catalunya 2007-2009. CEEISCAT. Departament de Salut.

Tot i que en el 20,1% dels casos la via de transmissió és desconeguda, la més freqüent són les relacions sexuals entre homes (62,2%), seguida de la infecció en homes per relacions heterosexuales (10,5%). Un aspecte destacable és que un de cada quatre casos d'infecció (24,0%) presenta coinfecció de VIH en el moment del diagnòstic, i en un 24,2% dels casos la presència de coinfecció és desconeguda.

Respecte a la tendència, la taxa de 2010 ha augmentat un 20% respecte a l'any anterior i presenta una tendència creixent des de l'any 2000, que ha fet que els

darrers deu anys s'hagi multiplicat per quatre (Figura 1), mentre que a Europa la tendència és decreixent.

## GONOCÒCCIA

L'any 2010, s'han notificat 528 casos de gonocòccia, que representen una taxa d'incidència de 7,5 casos per 100.000 h. L'any 2009, de 5,8 per 100.000 h, per sobre de la taxa espanyola (4,3 casos per 100.000 h.) però per sota de la d'Europa (9,7 casos per 100.000 h.). (Figura 1)

Com en el cas de la sífilis, nou de cada deu persones infectades per gonocòccia són homes (88,3%), essent la taxa d'incidència masculina de 11,7 casos per 100.000 h., mentre que la femenina és d'1,7. El 69,5% dels malalts tenen entre 25 i 44 anys, amb una mitjana d'edat de 39,0 anys. La taxa d'incidència de la població provinent d'altres països (18,2 casos per 100.000 h.) és quatre vegades superior a la taxa de la població autòctona (4,7). De fet, el 44,9% dels casos de 2010 han afectat a població estrangera (Figura 2).

Tot i que en el 24,4% dels casos la via de transmissió és desconeguda, la més freqüent són les relacions sexuals entre homes (36,4%), seguida de la infecció en homes per relacions heterosexuals (28,6%). Un aspecte destacable és que l'11,2% dels casos presenta coinfecció de VIH en el moment del diagnòstic, i en un 49,0% dels casos l'existència de coinfecció és desconeguda.

Respecte a la tendència, la taxa de 2010 ha augmentat un 30% en relació amb l'any anterior i presenta una tendència creixent des de l'any 2000, que ha fet que en els darrers deu anys s'hagi duplicat.

## LIMFOGRANULOMA VENERI

L'any 2010, s'han notificat 25 casos de limfogranuloma veneri, que representen una taxa d'incidència de 0,3 casos per 100.000 h. Durant aquest any s'ha observat un increment de la taxa del 107 % respecte a l'any anterior.

El 100% dels casos diagnosticats han estat en homes i el 88,0% en homes de 25 a 44 anys. La mitjana d'edat dels malalts és de 34,0 anys. La taxa d'incidència de la població provinent d'altres països (0,8 casos per 100.000 h.) és tres vegades superior a la taxa de la població autòctona (0,2).

La via de transmissió més habitual són les relacions sexuals entre homes, que representen un 88,0% del total dels casos. Gairebé vuit de cada deu (76,0%) persones infectades presenten coinfecció de VIH en el moment del diagnòstic.

## ALTRES INFECCIONS DE TRANSMISSIÓ SEXUAL

A més de les tres ITS anteriors, durant l'any 2010 s'han notificat 1.231 casos de condiloma acuminat, 1.204 casos d'herpes genital, 468 casos d'infecció genital per clamídia i 429 casos de tricomoniasi, que representen unes taxes d'incidència de 17,2, 16,8, 6,5 i 6,0 casos per 100.000 h., respectivament. En aquest mateix any, no s'ha notificat cap cas de sífilis congènita a Catalunya.

En termes generals es manté la tendència a l'augment de la incidència de les infeccions de transmissió sexual. Cal aclarir, però, que els sistemes de vigilància passiva actuals només permeten conèixer-ne parcialment la incidència ja que en moltes ocasions són asimptomàtiques i, per tant, no es diagnostiquen amb facilitat.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Informe Epidemiològic Biennal CEEISCAT. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES) [monografia a Internet]. Barcelona: Institut Català d'Oncologia. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=d6ab8fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d6ab8fc917665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Guia de Pràctica clínica sobre les infeccions de transmissió sexual a Catalunya [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Infeccions\\_de\\_transmissio\\_sexual/documents/Acc%C3%A9s%20a%20la%20Guia.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Infeccions_de_transmissio_sexual/documents/Acc%C3%A9s%20a%20la%20Guia.pdf)

Surveillance report. Sexually transmitted infections in Europe. 1990-2009 [monografia a Internet]. Stockholm (Sweden): European Centre for Disease Prevention and Control; 2011. Disponible a: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526\\_SUR\\_STI\\_in\\_Europe\\_1990-2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526_SUR_STI_in_Europe_1990-2009.pdf)

Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe [pàgina a Internet]. Stockholm (Sweden): European Centre for Disease Prevention and Control; 2009. Disponible a: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DispForm.aspx?ID=606](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=606)

Chlamydia on the rise in Europe: new ECDC report on sexually transmitted infections [pàgina a Internet]. Stockholm (Sweden): European Centre for Disease Prevention and Control; Disponible a: [http://ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/1105\\_Press\\_Release\\_STI%20suveillance\\_201.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/1105_Press_Release_STI%20suveillance_201.pdf)

European STI and HIV/AIDS Surveillance Networks. Meeting Report. Berlin, 28-30 September 2010 [monografia a Internet]. Stockholm (Sweden): European Centre for Disease Prevention and Control; 2011. Disponible a: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106\\_MER\\_HIV\\_STI\\_2010.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106_MER_HIV_STI_2010.pdf)

Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010;59(RR12):1-110. Disponible a: [www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf](http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/STD-Treatment-2010-RR5912.pdf)

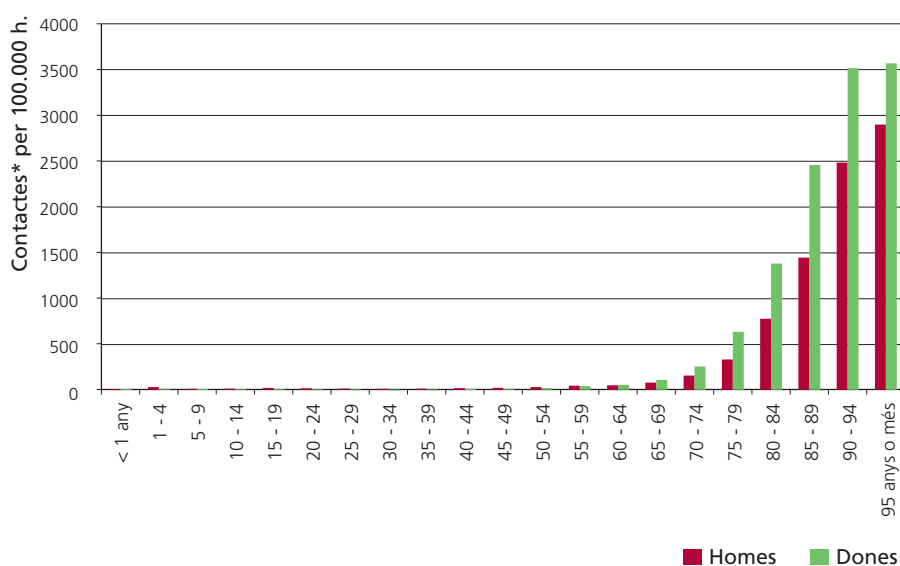
---

# Fractura de maluc

L'any 2010, s'han produït 8.975 hospitalitzacions de residents a Catalunya de 65 anys o més amb diagnòstic principal de fractura de maluc, potencialment atribuïble a fragilitat òssia, que suposen una taxa d'hospitalització de 711,4 contactes per 100.000 h. La taxa d'hospitalització catalana és una de les taxes més altes d'Espanya i la tendència respecte a l'any 2005 es manté estable.

La fractura de maluc és un dels problemes de salut més greus en població gran. Dos factors conflueixen en l'aparició de les fractures: les caigudes i la fragilitat òssia per osteoporosi. El risc d'hospitalització per caigudes comença a incrementar-se a partir dels 70 anys i esdevé extraordinàriament rellevant a partir dels 80 anys. Els factors de risc de caigudes són múltiples, com la disminució de l'agudesesa visual, el consum de fàrmacs o malalties que poden alterar la marxa o l'equilibri, les caigudes prèvies o la presència d'obstacles arquitectònics. La fractura de maluc en persones grans s'associa sovint a fragilitat òssia o osteoporosi. De fet, abans de la seva aparició, molts pacients ja han patit altres fractures associades a aquest problema de salut. Els factors de risc associats a l'osteoporosi són diversos: factors genètics, baix índex de massa corporal, determinades alteracions hormonals, algunes malalties o fàrmacs com poden ser els corticoides, la ingesta excessiva d'alcohol, el tabaquisme i el sedentarisme.

Figura 1.  
Taxa d'hospitalització per fractura de maluc atribuïble a fragilitat òssia segons edat i sexe. Catalunya, 2010



\* Contactes hospitalaris d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria.

Font: CMBD HA, 2010. Registre Central d'Assegurats, tall del 31/12/09. CatSalut.

L'any 2010, s'han produït 8.975 casos d'hospitalització de residents a Catalunya de 65 anys o més amb diagnòstic principal de fractura de maluc potencialment atribuïble a osteoporosi, segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Hospitals d'Aguts (CMBD HA), que suposen una taxa d'hospitalització de 711,4 contactes per 100.000 h. La taxa d'hospitalització catalana és una de les més altes d'Espanya. No es coneixen, per ara, les causes de les diferències territorials, que també s'han observat en altres territoris europeus.

La incidència d'aquest tipus de fractura és de més del doble en dones que en homes i, com en el cas de les caigudes, incrementa molt amb l'edat (Figura 1). La incidència del grup de 75 a 84 anys és cinc vegades més elevada que la del grup d'edat anterior (65-74 anys) i, a partir dels 85 anys, es multiplica per disset respecte al mateix grup de referència (65-74 anys). A més de l'activitat d'hospitalització convencional, la fractura de maluc en població de 65 anys o més és la primera causa d'atenció socio sanitària de suport a l'hospitalització d'aguts i de derivació a serveis socio sanitàris de mitjana o llarga estada, amb un 31,7% de casos derivats l'any 2010.

La incidència de la fractura de maluc ha presentat un augment gradual en molts països occidentals al llarg dels últims anys, tot i que, recentment, en alguns països s'observa una estabilització. La tendència a Catalunya, respecte a l'any 2005 és estable, fins i tot apareix una disminució de la incidència del 6,4% en el grup de 75 a 84 anys. Amb tot, el volum total de casos en població de 65 anys o més ha crescut un 7,6%, com a conseqüència del creixement de la població de 85 anys i més, que presenta taxes molt elevades.

Gairebé la totalitat de fractures de maluc requereixen cirurgia, amb un risc de mortalitat hospitalària del 5,0% i de mortalitat als tres anys del 40%, un 24% més elevada respecte a un grup de la mateixa edat que no hagi patit fractura de maluc.

El Pla Director de les Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor, iniciat el 2008, proposa la prevenció de l'osteoporosi en pacients amb alt risc de fractura. En cas de fractura de maluc, el pla recomana l'accés a cirurgia abans de les 48 hores des de l'ingrés, així com el suport de les UFISS geriàtriques durant el procés d'hospitalització, com mesures per minimitzar el risc de mortalitat i discapacitat posterior.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

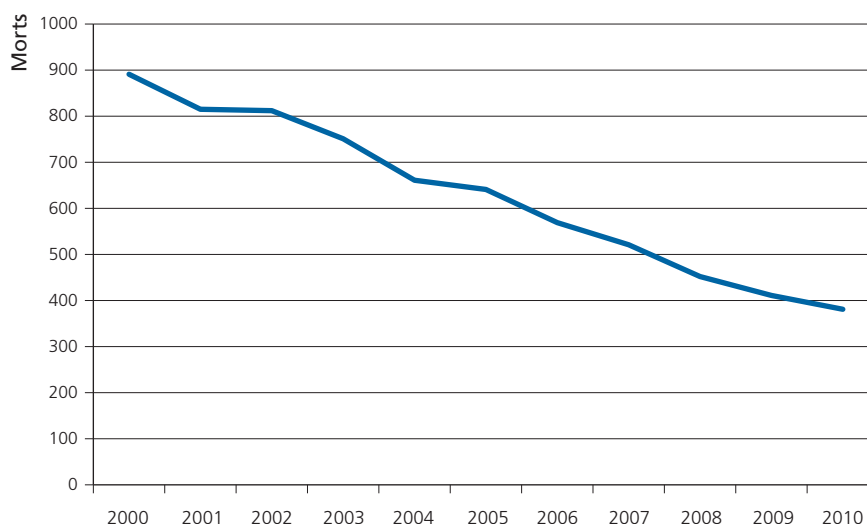
- Alvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone*. 2008;42(2):278-85.
- Brossa TA, Tobias FJ, Zorrilla RJ, López BE, Alabart TA, Belmonte GM. Mortalidad a los tres años de los pacientes con fractura de fémur. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(2):53-4.
- Knobel H, Díez A, Arnau D, Alier A, Ibáñez J, Campodarve I. Secuelas de la fractura osteoporótica de fémur en Barcelona. *Med Clin (Barc)*. 1992;98:441-4.
- Shiga T, Wajima Z, Ohe Y. Is operative delay associated with increased mortality of hip fracture patients? Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Can J Anaesth*. 2008;55(3):146-54.
- Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, Brun J, Crouzet B, Arnaud S, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in the elderly women. *N Engl J Med*. 1992;327(23):1637-42.
-

# Lesions de trànsit

L'any 2010, Catalunya presenta una mortalitat per trànsit (5,1 defuncions per 100.000 h.) lleugerament inferior al conjunt de l'Estat (5,9) i similar a la dels països d'Europa occidental. Tot i que el mitjà de transport que causa més volum de mortalitat són els vehicles lleugers (49,9% dels morts), gairebé un de cada cinc morts anava a peu (18,9% dels morts). En el període 2000-2010, el nombre de defuncions per trànsit s'ha reduït en un 57,2% i la taxa de mortalitat en un 64,4%.

L'any 2010, segons dades del Servei Català del Trànsit, s'han produït a Catalunya un total de 24.132 col·lisions amb víctimes, que han provocat un total de 32.668 persones lesionades. Transcorregudes 24 hores de la col·lisió, el 6,2% de les víctimes tenen consideració de ferit greu (1.032 persones) i un 1,0% ha mort (339 persones). El nombre de morts augmenta fins a 381 si considerem la mortalitat en els trenta dies posteriors (5,1 morts per 100.000 h.) (Figura 1). En comparació amb els països de la Unió Europea<sup>1</sup>, Catalunya presenta una mortalitat baixa per lesions de trànsit, lleugerament inferior a l'enregistrada al conjunt de l'Estat (5,9) i similar a la dels països d'Europa occidental, que tenen una mortalitat per trànsit menor en comparació amb els països del centre i l'est d'Europa.

Figura 1.  
Evolució de les defuncions per trànsit, produïdes en el moment de la col·lisió o en els trenta dies posteriors. Catalunya, 2000-2010



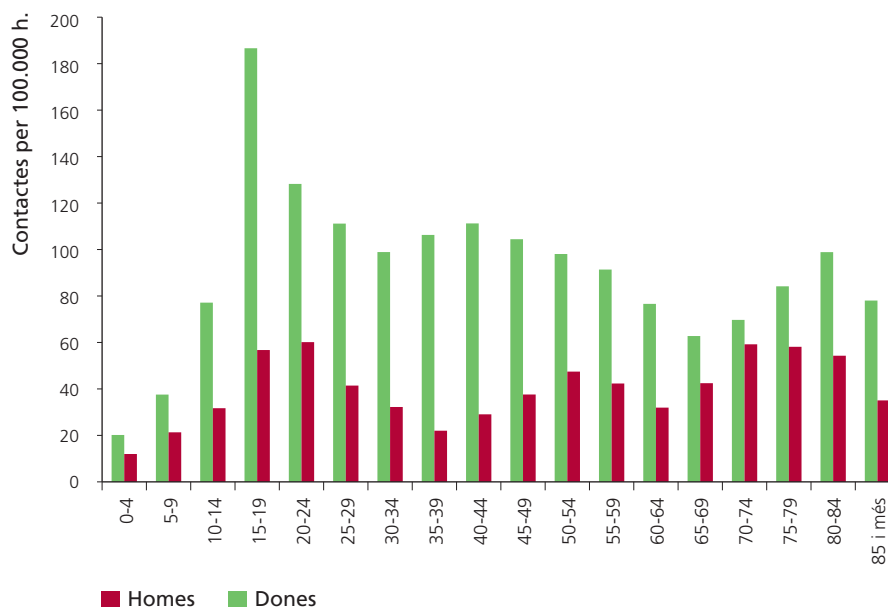
Font: Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2000-2010. Servei Català del Trànsit.

1 Comparació realitzada en segons dades de l'any 2009.

Les lesions i la mortalitat per trànsit presenten una distribució desigual segons l'edat i el sexe, amb un clar predomini masculí en tots els grups d'edat i un extraordinari augment de la incidència de lesions a partir de l'adolescència (15-19 anys), que tendeix a disminuir a partir dels 20 anys i experimenta una petita pujada entre les persones de 70 anys i més, principalment com a resultat del major nombre d'atropellaments (Figura 2).

Figura 2.

Taxa d'hospitalització\* per lesions de trànsit i transport per edat i sexe. Catalunya, 2010



\* Contactes hospitalaris d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria no programats amb data d'alta diferent a la data d'ingrés o amb alta per defunció, per cada 100.000 habitants.

Font: CMBD HA, 2010. Registre Central d'Assegurats, tall del 31/12/09. CatSalut. Elaboració Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Gairebé la meitat de les persones afectades de l'any 2010 anaven en vehicles lleugers (turismes o furgonetes) (49,0%) seguit de les motocicletes (23,4%), ciclomotors (11,0%) i vianants (10,0%). Tanmateix, en relació amb la mortalitat, tot i que el primer mitjà continua essent els vehicles lleugers, amb gairebé la meitat dels morts (49,9% dels morts), gairebé un de cada 5 morts anava a peu (18,9% dels morts), seguits de les motocicletes (17,1% dels morts).

Les persones hospitalitzades per lesions de trànsit presenten un risc elevat de discapacitat en els casos amb un diagnòstic principal de lesió de les extremitats inferiors (30,1% de totes les hospitalitzacions per trànsit de l'any 2010), traumatisme cranioencefàlic (15,6%), i lesió medul·lar (1,0%). La distribució d'aquests diagnòstics varia de forma substancial segons el mitjà de locomoció de les persones lesionades (Figura 3). Amb tot, cal tenir en compte que el risc per cada tipus de locomoció depèn de la seva freqüència d'utilització i del tipus de via (urbana o interurbana).

Els patrons de sinistralitat varien significativament segons el tipus de zona: en zones urbanes es produeixen el 62,7% de les víctimes de trànsit però menys d'una tercera part dels morts (27,4%). És destacable que en zones urbanes el grup que presenta més mortalitat i més ferits greus són els vianants, que representen un 48,4% dels morts, seguits de les motocicletes (26,9% de les defuncions). En zones



interurbanes el mitjà que provoca més mortalitat són els vehicles lleugers (64,2% de les defuncions) i en segon lloc les motocicletes (13,4% de les defuncions).

A Catalunya i al conjunt de l'Estat, la mortalitat per trànsit va augmentar extraordinàriament la dècada de vuitanta per iniciar un progressiu descens que es va interrompre a partir de 1995. La tendència creixent de la mortalitat amb què va acabar el segle xx es va interrompre l'any 2001, de manera que, en el període 2000-2010, el nombre de defuncions per trànsit s'ha reduït en un 57,2% i la taxa de mortalitat

**Figura 3.**  
Distribució de les hospitalitzacions per lesions de trànsit\* segons el mitjà de locomoció (mecanisme) i localització de la lesió (diagnòstic principal).  
Catalunya, 2010

Localització de la lesió (diagnòstic principal)	mecanisme						Total
	Vehicle de quadre rodes	motocicleta	Bicicleta (accident amb vehicle motor)	Bicicleta (sense implicació de vehicle motor)	Vianant (accident amb vehicle motor)	Altres o no especificats	
Traumatisme craneoencefàlic	14,7%	11,0%	36,4%	21,8%	30,3%	10,3%	15,6%
Cap, cara o coll	4,5%	3,1%	8,0%	9,8%	4,0%	3,6%	4,5%
Medul·la espinal	1,0%	1,4%	1,1%	1,2%	0,4%	0,9%	1,0%
Columna vertebral	13,2%	3,3%	12,5%	4,3%	4,8%	10,3%	7,7%
Tronc	27,5%	18,6%	13,6%	17,3%	12,0%	21,3%	19,5%
Extremitats superiors	14,7%	22,5%	10,2%	27,1%	9,6%	16,3%	17,6%
Extremitats inferiors	18,8%	37,3%	15,9%	17,5%	34,2%	31,9%	30,1%
Altres i no especificades	5,6%	2,9%	2,3%	1,0%	4,6%	5,3%	4,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\* Contactes hospitalaris d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria no programats amb data d'alta diferent a la data d'ingrés o amb alta per defunció, per cada 100.000 habitants.

Font: CMBD HA, 2010. CatSalut. Elaboració Direcció General de Salut Pública.  
Departament de Salut.

en un 64,4%. Tot i això, la mortalitat i les lesions per trànsit continuen essent un importantíssim problema de salut que, entre els anys 2000 i 2010, van causar a Catalunya la mort de 6.905 persones i l'hospitalització de 67.283. A més, les primeres dades de 2012 apunten a un possible increment de la mortalitat que caldrà seguir monitorant.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Department of Violence and Injury Prevention and Disability. Injuries and violence, the facts. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010.

Servei Català de Trànsit. Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2010. Barcelona: Servei Català de Trànsit. Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/docs/transit/Documents/Seguretat%20viaria/Anuari2010.pdf>

Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009 [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

García-Altés A, Puig-Junoy J. What is the social cost of injured people in traffic collisions? An assessment for Catalonia. *J Trauma*. 2011;70(3):744-50. Disponible a: [http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2011/Trauma\\_23106009.pdf](http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any2011/Trauma_23106009.pdf)

Rivas-Ruiz F, Perea-Milla E, Jiménez-Puente A. Geographic variability of fatal road traffic injuries in Spain during the period 2002-2004: an ecological study. *BMC Public Health*. 2007;7:266. DOI:10.1186/1471-2458-7-266. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/266>

Salut en xifres, 2009. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=3cfc47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=3cfc47d484b06310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Plasència A, Moncada A. Reducir los accidentes. A: Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores. Informe SESPAS 2000. Revisión de la estrategia "Salud para Todos" en España. Madrid: Masson; 2001. Disponible a: [http://www.sespas.es/informe2000/d1\\_11.pdf](http://www.sespas.es/informe2000/d1_11.pdf)

Ten Great Public Health Achievements. Worldwide, 2001—2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60(24):814-8. Disponible a: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6024a4.htm>

Prat S, coordinació. Protocols, codis d'activació i circuit d'atenció urgent a Barcelona ciutat. Malalt amb politraumatisme. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona. Corporació Sanitària de Barcelona; 2004. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/6politrauma.pdf>

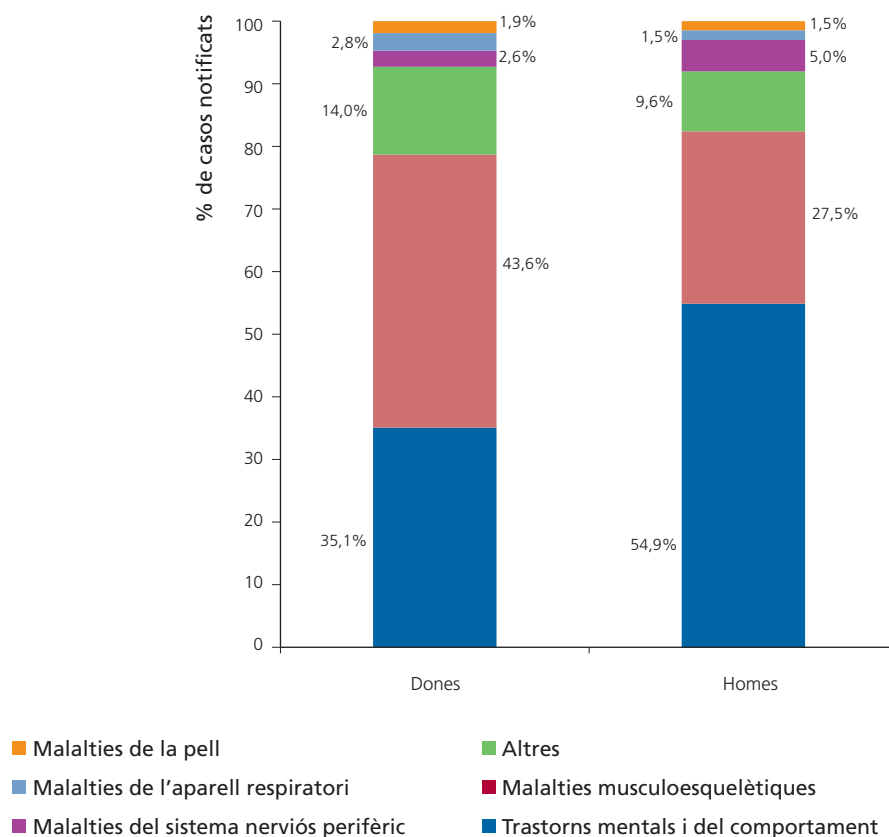
---

# Malalties relacionades amb el treball

L'any 2010, els professionals dels equips d'atenció primària han notificat 2.130 casos de malalties relacionades amb el treball a la Xarxa d'Unitats de Salut Laboral de Catalunya. Els trastorns mentals i les malalties del sistema musculoesquelètic són els grups de diagnòstics més freqüents.

L'any 2010, els professionals dels equips d'atenció primària han notificat 2.130 casos de malalties relacionades amb el treball, dels quals 1.747 casos dels quals han afectat persones ocupades en el moment de la notificació (55,7 notificacions per 100.000 persones ocupades). Cal tenir en compte que aquests tipus de malalties poden presentar un llarg període de latència entre l'exposició al risc i l'aparició dels símptomes. Aquest fet implica que en alguns casos la situació laboral de la persona

Figura 1.  
Distribució dels casos notificats de malalties relacionades amb el treball segons diagnòstic i sexe. Catalunya, 2010



Font: Registre de Malalties Relacionades amb el Treball, 2010. Departament de Salut.

afectada en el moment de la notificació pot haver canviat respecte a la que tenia en el moment de l'exposició al risc. Del total de casos en població ocupada en el moment de la notificació, 748 corresponen a homes (44,0 casos per 100.000 homes ocupats) i 999 a dones (69,5 casos per 100.000 dones ocupades).

Les ocupacions més freqüents entre els homes són les de personal de la indústria, construcció i mineria (25,3%) i operador d'instal·lacions i maquinària (22,0%). Entre les dones, destaca l'ocupació de personal de serveis i comerç (27,9%), seguida de la de personal no qualificat (23,2%) i cal destacar l'elevada proporció de casos notificats de malalties relacionades amb el treball que corresponen a dones que treballen com a personal de neteja (15,3%).

Els trastorns mentals (bàsicament l'ansietat i la depressió) i musculoesquelètics són les malalties més freqüents, tot i que amb diferències entre sexes. Entre les dones, el 54,9% dels casos tenen diagnòstic de salut mental, mentre que els diagnòstics més freqüents entre els homes corresponen a malalties del sistema musculoesquelètic (43,6%) (Figura 1).

En coherència amb els diagnòstics, els factors psicosocials i els agents físics, sobretot ergonòmics, són els dos factors de risc més habituals. El 35,7% dels casos en els homes i el 56,4% en les dones estan relacionats amb el primer grup, i el 43,0% dels casos masculins i el 31,4% dels femenins, amb el segon.

La Xarxa d'Unitats de Salut Laboral és l'organització de referència en salut laboral del Departament de Salut. Les Unitats de Salut Laboral s'encarreguen d'assessorar i donar suport als professionals sanitaris del seu territori, principalment de l'atenció primària, en el diagnòstic, orientació i derivació a la mútua corresponent dels casos de sospita de patologia relacionada amb treball. En l'actualitat, els equips d'atenció primària comuniquen a les Unitats de Salut Laboral cada cas de sospita de malalties relacionades amb el treball. El nombre de casos notificats ha augmentat des de la posada en marxa del registre (Figura 2), tot i que la infranotificació d'aquestes situacions és encara molt elevada.

**Figura 2.**  
**Tendència del nombre de casos notificats de malalties relacionades amb el treball a les Unitats de Salut Laboral. Catalunya, 2006-2010**



Font: Registre de Malalties Relacionades amb el Treball, 2010. Departament de Salut.

La Llei de salut pública de Catalunya d'octubre de 2009 preveu que la Xarxa d'Unitat de Salut Laboral presti suport directe als serveis de prevenció dels riscos laborals de les empreses, per tal d'orientar els esforços cap a la prevenció del risc en el mateix lloc de treball i aconseguir que els casos es derivin a la mútua de l'empresa, estalviant el pas per l'atenció primària. A partir de 2012, els serveis de prevenció de les empreses també notificaran els casos de sospita de malalties relacionades amb el treball a les Unitats de Salut Laboral.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm.269, de 10/11/1995. p. 32590–611. Disponible a:  
[www.boe.es/boe\\_catalan/dias/1995/12/31/pdfs/A00267-00286.pdf](http://www.boe.es/boe_catalan/dias/1995/12/31/pdfs/A00267-00286.pdf)

Reial decret 843/2011, de 17 de juny, pel qual s'estableixen els criteris bàsics sobre la organització de recursos per a desenvolupar l'activitat sanitària dels serveis de prevenció. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm. 158, de 4/7/2011. p. 70693-703. Disponible a:  
[www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428-C.pdf](http://www.boe.es/boe_catalan/dias/2011/07/04/pdfs/BOE-A-2011-11428-C.pdf)

Benavides FG, Delclòs J, Serra C, Camp L, de Peray JL, Fernández R. Identificación y selección de patología de posible origen laboral atendida por el sistema público de salud. Aten Primaria. 2011;43(10):524-30.

García AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria. 2008;40(9):439-46.

Cortès I, Fernández R. El sistema de vigilancia de trastornos de salud relacionados con el trabajo de Catalunya. Arch Prev Riesgos Labor. 2010;13(2):69-71.

---

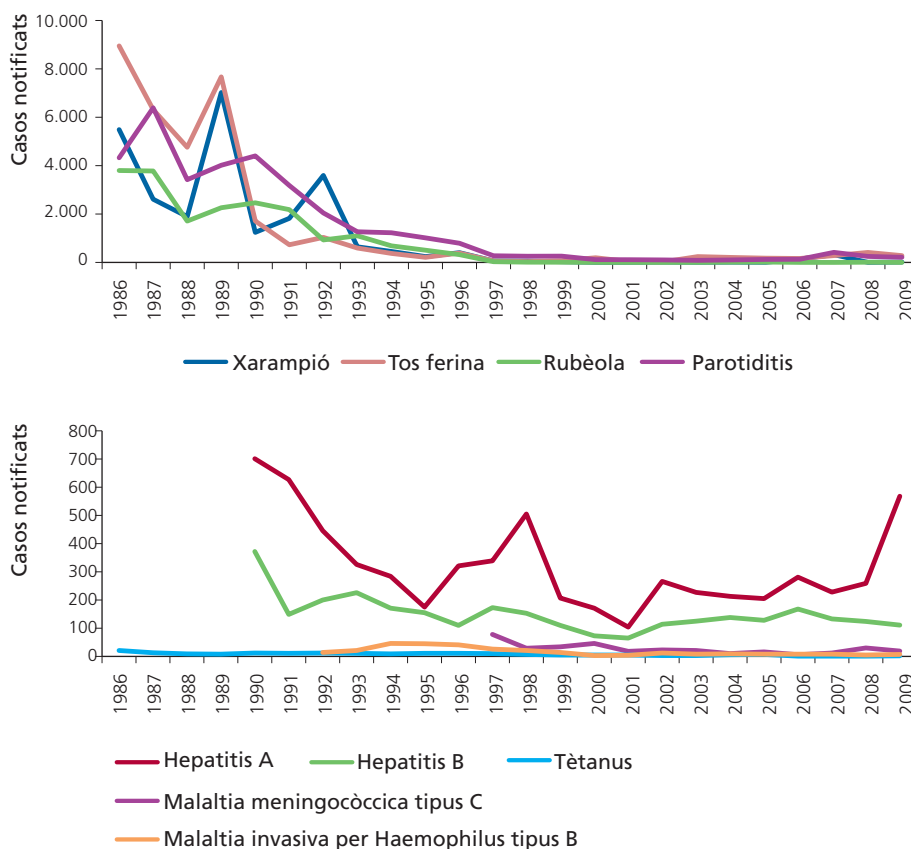
# Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions

Les altes cobertures vacinals assolides a Catalunya garanteixen una bona immunitat de grup per a un nombre important de malalties transmissibles i, especialment, per a les malalties contra les quals es vacuna sistemàticament, que han assolit un nivell d'incidència molt baixa.

El Departament de Salut ofereix cobertura vacunal sistemàtica contra tretze malalties: la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomielitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, l'hepatitis A, l'hepatitis B, la malaltia invasiva per *Haemophilus B*, la malaltia meningocòccica tipus C, el virus del papil·loma humà i la varicel·la.

A més de les vacunes sistemàtiques, el Departament també ofereix cobertura vacunal a determinats col·lectius més vulnerables o en contacte amb persones que es troben en aquesta situació, per raons d'edat, patologia, procés vital o risc d'ex-

Figura 1.  
Evolució del nombre de casos de malalties vacunables. Catalunya, 1986-200



Font: Registre de Malalties de Declaració Obligatòria, Malalties de Declaració Individualitzada (MDI). Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

posició a la malaltia (viatgers). Les malalties previngudes amb vacunes no sistemàtiques són la grip, la malaltia pneumocòccica, la malaltia meningocòccica tipus A, C, W135 i Y, la ràbia, l'encefalitis centreeuropea, l'encefalitis japonesa i la febre tifòide o la febre groga. L'any 2010, s'han administrat al voltant dos milions de dosis de vacunes a Catalunya, fonamentalment a la població infantil i als majors de 60 anys. A més de la protecció directa que la vacunació proporciona a la persona que s'ha immunitzat, existeix una protecció indirecta o immunitat de grup, que millora l'impacte dels programes de vacunació.

Els resultats en salut en relació amb les malalties susceptibles de vacunació dels darrers anys són els següents:

- La diftèria ha estat eliminada a Catalunya, tot i que cal mantenir els nivells d'immunitat per evitar-ne la reintroducció.
- Els casos de tètanus han assolit mínims històrics (dos casos l'any 2009). Aquesta malaltia, en la qual no hi ha immunitat de grup ja que no hi ha transmissió de persona a persona, és un bon indicador de l'efectivitat global del programa de vacunacions.
- Com en altres països occidentals, recentment s'observa un ressorgiment de la tos ferina. Cal fer una atenció especial a l'estat vacunal de les persones que poden transmetre la malaltia als lactants, com són el personal sanitari, pares o germans adolescents i de manera especial les dones embarassades.
- La poliomielitis ha estat eliminada a Catalunya. Tanmateix és important assegurar la immunitat dels viatgers, en especial els que van a visitar familiars a països amb risc.
- En els darrers anys s'observa un augment important de casos de xarampió a tot Europa. A Catalunya, malgrat haver-se eliminat a principis dels noranta, hi ha hagut dos brots importants els anys 2006-2007 i 2010-2011. Amb tot, la malaltia s'ha controlat amb les estratègies de vacunació amb triple vírica posades en marxa.
- La circulació del virus de la rubèola està interrompuda, amb importacions esporàdiques. Com en el cas del xarampió, hi ha risc de reintroducció per transmissió de casos procedents de fora de Catalunya. Les vacunacions amb triple vírica per controlar el xarampió contribueixen al control de la rubèola.
- El component d'antiparotiditis és el menys eficaç de la vacuna triple vírica. L'objectiu de la vacunació és el control, però són pràcticament inevitables els casos aïllats i petits brots.
- L'hepatitis A és una malaltia de transmissió hídrica. La potabilització de l'aigua de consum humà ha eliminat la circulació d'aquest virus, això ha provocat que la població no hi tingui cap contacte i sigui més susceptible quan entra en contacte directe amb persones malaltes o si consumeix aigua en viatges internacionals. Durant el curs 1997-1998 es va iniciar el programa pilot de vacunació contra les hepatitis A i B en els adolescents, que finalitzarà el curs 2013-14. L'efectivitat del programa ha estat demostrada i en les cohorts vacunades no hi ha pràcticament casos de malaltia.
- Com altres infeccions de transmissió sexual, els canvis sociodemogràfics han condicionat l'hepatitis B. De tota manera, gràcies a la vacunació dels adolescents, la majoria d'adults joves de Catalunya n'estan protegits.
- Des de la introducció de la vacunació per a la malaltia invasiva per **Haemophilus B**, la seva incidència és molt baixa. Aquesta mateixa situació també es produeix en relació amb la malaltia meningocòccica tipus C.

- La vacuna del virus del papil·loma humà, darrera vacuna introduïda, ha assolit una cobertura del 80%.
- I en relació amb la varicel·la, es realitza una estratègia de vacunació als adolescents susceptibles per evitar-ne casos en l'edat adulta. S'ha canviat la pauta de vacunació afegint una segona dosi a totes les edats per millorar-ne l'efectivitat.

Des de l'any 1980 el Programa de Vacunacions de la Direcció General de Salut Pública ha mantingut actualitzades les recomanacions de vacunació, amb la participació del Consell Assessor de Vacunacions.

Paral·lelament a la reforma de l'atenció primària, el Departament de Salut va desenvolupar un sistema logístic per garantir la disponibilitat continuada de vacunes a l'abast de la població, el coneixement de la ubicació dels lots en cada moment i la capacitat per immobilitzar-los ràpidament en cas de sospita d'implicació en reaccions adverses vacunals. Aquest programa també ha servit per controlar el nombre i tipus de vacunes distribuïdes als 1.200 centres, disposar de dades sobre la seva administració, calcular cobertures vacunals, conèixer l'existència d'eventuals reaccions adverses a qualsevol lloc del territori i disposar de dades per a eventuals estudis d'efectivitat, impacte o eficiència. En l'actualitat, el programa de vacunacions s'està coordinant amb els proveïdors d'atenció primària per tal d'aconseguir el registre òptim de les dades de vacunació de cada persona en la seva història clínica electrònica.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Canal Salut: Vacunacions [pàgina a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=b7a3c118ab2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=b7a3c118ab2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

**Manual de vacunacions. 4a edició. Quaderns de Salut Pública 14 [monografia a Internet].**

Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006. Disponible a:

[http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Vacunacions/documents/manualvacunes06.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Vacunacions/documents/manualvacunes06.pdf)

**Resum de malalties de declaració obligatòria a Catalunya, Informe 2009 [revista monogràfica].** Barcelona: Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=bc377fdb76665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextchannel=bc377fdb76665310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default>

---

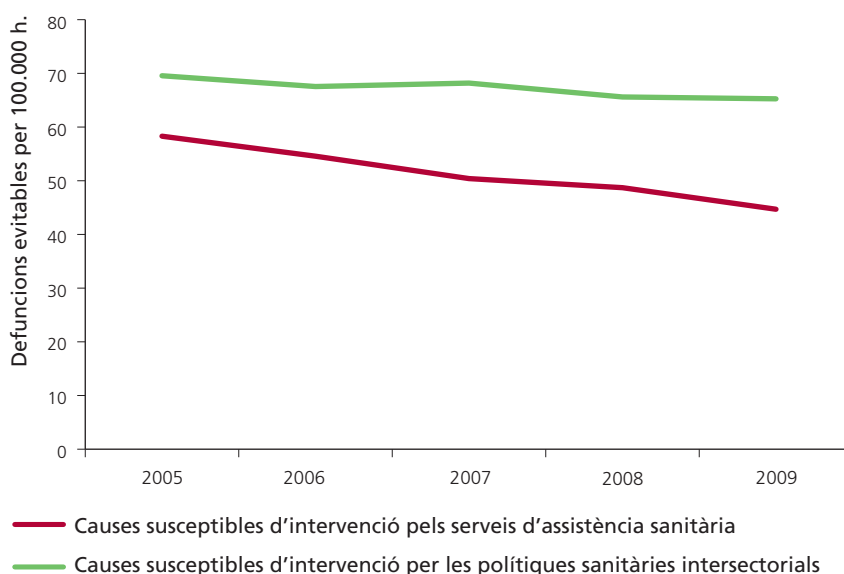


# Mortalitat evitable i prematura

L'any 2009 s'han registrat a Catalunya 8.116 defuncions considerades evitables, que representen el 13,6% del total de defuncions i una taxa de 109,95 defuncions per cada 100.000 h. La taxa de mortalitat evitable ha disminuït un 14,0%, respecte a l'any 2005. Una part important de la disminució s'explica per la reducció de la mortalitat atribuïble a la malaltia isquèmica del cor, la malaltia cerebrovascular i les lesions de trànsit de vehicles de motor.

La mortalitat evitable correspon al volum de defuncions que, tenint en compte la causa de defunció i l'edat de la persona difunta, es consideren evitables, o bé a través de la prevenció o bé amb un tractament adequat.

Figura 1.  
Evolució de la mortalitat evitable segons tipus de causes. Catalunya, 2005-2009



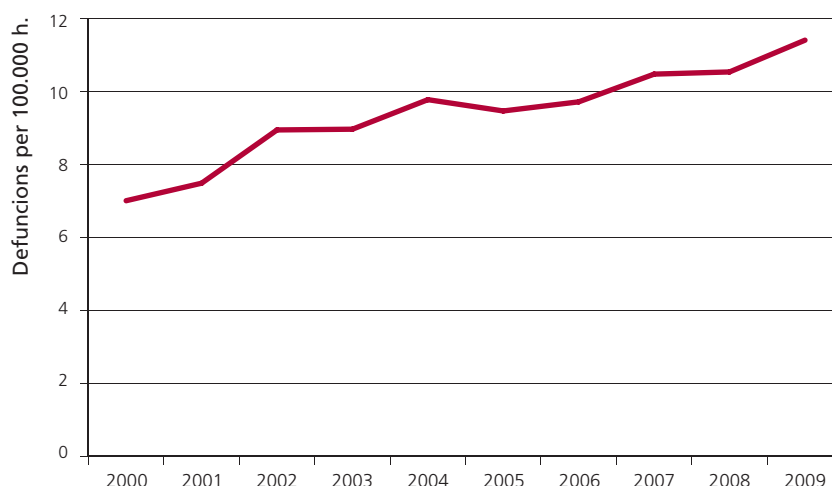
Font: Registre de Mortalitat, 2005-2009. Departament de Salut.

L'any 2009 s'han registrat a Catalunya 8.116 defuncions considerades evitables, que representen el 13,6% del total de defuncions i una taxa de 109,95 defuncions per cada 100.000 h. Del total de defuncions per mortalitat evitable el 40,6% són per causes susceptibles d'intervenció per part dels serveis d'assistència sanitària i el 59,4% són per causes susceptibles d'intervenció amb polítiques sanitàries intersectorials. La taxa de mortalitat evitable dels homes (145,93) gairebé duplica a la de les dones (74,61).

Les causes de mortalitat evitable més freqüents representen el 59,7% del total de defuncions i són el tumor maligne de pulmó (30,78 defuncions per 100.000 h.), la resta de causes externes (23,18 defuncions per 1.000 h.) i la malaltia isquèmica del

cor (28,96 defuncions per 100.000 h. de 35 a 74 anys). En els homes, les tres primeres causes són aquestes mateixes en el mateix ordre. Entre les dones la primera és el grup de "la resta de causes externes", seguit del tumor maligne de mama i el tumor maligne de pulmó

**Figura 2.**  
Evolució de la taxa de mortalitat per tumor maligne de pulmó en dones.  
Catalunya, 2000-2009



Taxa estandarditzada per edat. Població de referència: població Catalunya 1991.

Font: Registre de Mortalitat, 1990-2009. Departament de Salut.

Durant el període 2005-2009 les taxa de mortalitat evitable ha disminuït un 14,0% (Figura 1). La tendència decreixent de la mortalitat evitable ha estat més important en homes (16,2%) que en dones (9,8%). La taxa de mortalitat evitable per causes susceptibles d'intervenció per part dels serveis d'assistència sanitària ha disminuït més que la de causes susceptibles d'intervenció amb polítiques sanitàries intersectorials. Les reduccions ha estat del 23,3% i del 6,2% respecte el 2005 i de fins el 45% i el 20% respecte el 2000, respectivament.

Una part important de la disminució del primer tipus de causes, respecte a l'any 2005, es deu a la reducció de la mortalitat evitable atribuïble a la malaltia isquèmica del cor (35,6%) i la malaltia cerebrovascular (26,1%). Una de les raons per les quals la mortalitat per causes susceptibles d'intervenció amb polítiques sanitàries intersectorials no ha millorat tant en els darrers quatre anys és l'evolució desfavorable de la mortalitat femenina per càncer de pulmó, que ha augmentat un 26,5% durant aquest període. Amb tot, la mortalitat a trenta dies per lesions de trànsit de vehicles de motor, que també pertany al segon grup de causes, s'ha reduït prop d'un 40% els darrers cinc anys (2005-2010), segons dades del Servei Català de Trànsit.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2009 [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b1b18cae7e155310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Gispert A, Barés MA, Puigdefàbregas A. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006;20(3):184-93. Disponible a:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000300004&lng=es)

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT  
DE CATALUNYA



## El sistema sanitari



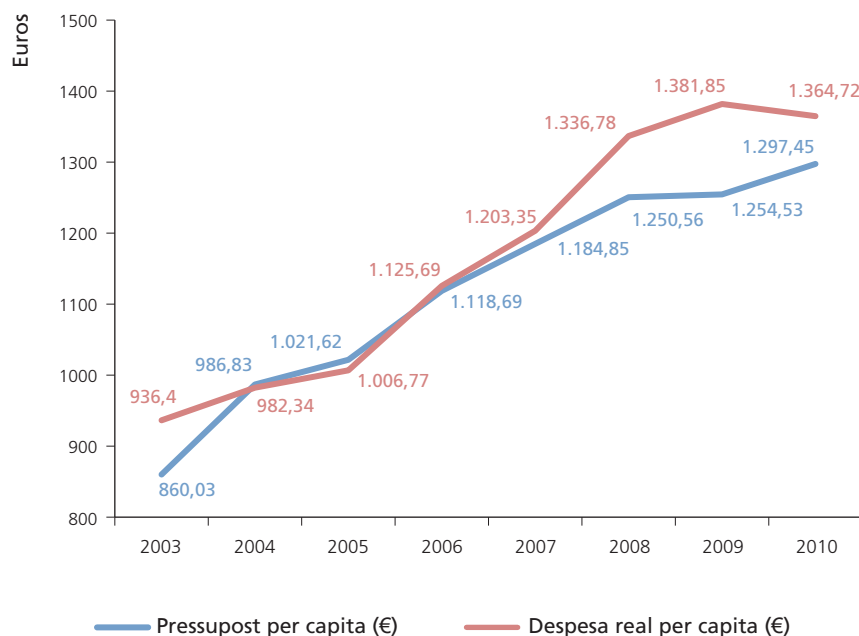


# Model i organització del sistema sanitari

El pressupost per al 2010 de la Generalitat de Catalunya s'emmarca en un context de crisi econòmica arreu d'Europa i, per tant, de contenció pressupostària. En conseqüència, cal fer un esforç perquè els ajustaments s'assoleixin amb mesures d'estalvi i eficiència en la gestió del sistema sanitari i amb la reordenació dels serveis de salut sense afectar la qualitat assistencial.

El Sistema Sanitari Català es caracteritza per la cobertura universal, el finançament a través d'impostos i l'accés equitatiu i descentralitzat als serveis. La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, desplega la Llei general de sanitat, crea el Servei Català de la Salut i estableix les bases per a un sistema de provisió mixt, que es fonamenta en el Pla de Salut com a instrument principal de planificació sanitària.

Figura 1.  
Evolució del pressupost del Departament de Salut i de la despesa real per càpita. Catalunya, 2003-2010



En euros corrents.

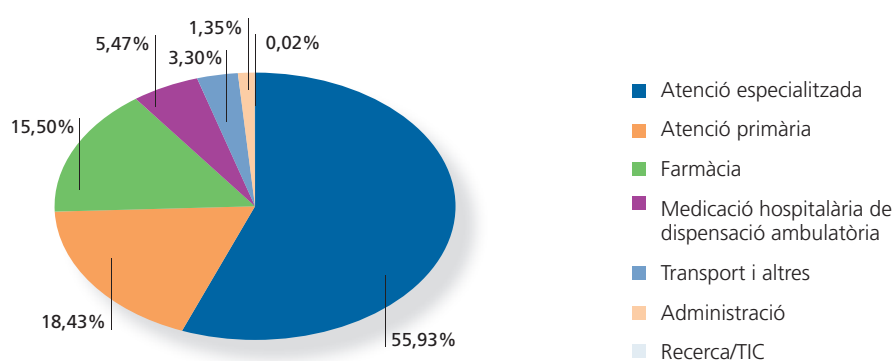
Font: Pressupost en salut i execució del pressupost, 2003-2010. Departament de Salut.

Les principals funcions del sistema sanitari són l'assignació del pressupost en salut i la planificació estratègica, que desenvolupa el Departament de Salut, la planificació operativa i la compra de serveis, que són funcions del Servei Català de la Salut, i la provisió de serveis, que realitzen les entitats proveïdores de serveis sanitaris.

El que determina el caràcter públic de la prestació de serveis és el finançament i no la propietat de les entitats que presten el servei. La Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) és el conjunt de centres, serveis i professionals que ofereixen assistència sanitària finançada públicament a la població de Catalunya. La targeta sanitària individual (TSI) identifica els ciutadans com a assegurats del Servei Català de Salut i dona dret a les prestacions del sistema sanitari públic.

Els professionals són l'actiu principal del sistema. L'any 2009, el total de professionals del sistema sanitari (equivalents a jornada completa) és de 111.494,3, incloent-hi suplències, segons el Sistema d'Informació de Plantilles de Personal Equivalent, del CatSalut. El 21,1% dels professionals són metges/esses; el 27,4%, infermers/es; el 15,5%, auxiliars d'infermeria; el 10,3%, altres titulats assistencials de grau superior, mitjà o tècnic, i el 25,7% personal no assistencial. El nombre de professionals de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública (XSUP) ha augmentat un 30,6% entre l'any 2003 i el 2009.

**Figura 2.**  
Distribució funcional del pressupost de salut. Catalunya, 2010



Font: El pressupost en salut, 2010. Departament de Salut.

Referent als recursos de salut, segons la memòria 2010 del CatSalut, la xarxa assistencial pública està formada per 369 equips d'atenció primària, 64 hospitals d'aguts, 60 centres que ofereixen serveis d'hospitalització de dia, 96 centres sociosanitaris amb internament, 73 que ofereixen serveis d'hospitalització sociosanitària de dia, 124 centres de salut mental d'adults i infantojuvenils i 41 centres que ofereixen internament de salut mental. L'any 2010 es van realitzar inversions per valor de 346 milions d'euros. El pressupost d'inversions ha crescut un 190,7% de 2004 a 2010.

L'any 2010, la despesa pressupostada pel Departament de Salut és de 1.297,45 euros per càpita (Figura 1). La despesa real per al mateix any és de 1.364,72 euros per càpita i ha crescut un 45,7% en set anys, xifra que suposa un increment de 428,32 euros per càpita. Tot i l'increment, el pressupost de Salut ha anat perdent pes en el pressupost total de la Generalitat al llarg dels darrers exercicis, i passa de representar el 39,3% del total del pressupost del 2006 al 36,4% el 2010. En comparació amb altres comunitats autònomes, Catalunya se situa en sisè lloc per la cua en pressupost públic en salut per càpita, per sota de la mitjana estatal (1.338,67 euros).

El Servei Català de la Salut gestiona el 96,7% de total del pressupost de Salut del 2010. D'aquest pressupost, més de la meitat (55,9%) es destina a l'atenció especialitzada, mentre que l'atenció primària en suposa un 18,4%. La despesa en farmàcia representa un 15,5% del pressupost.

El mateix any, els serveis de salut pública representen un 1,2% del total del pressupost del Departament de Salut. El Departament de Salut financia aproximadament el 57,7% dels serveis de salut pública. La resta correspon, sobretot, a finançament d'ajuntaments (22,9%) i d'altres departaments (6,5%). La despesa en salut pública s'ha incrementat un 38,8% en els darrers quatre anys.

Davant la situació de crisi prevista per als anys vinents, l'any 2010 significa un punt d'inflexió en el sistema sanitari català. A finals de 2010 i durant el 2011 el Departament de Salut ha hagut d'aplicar mesures urgents de contenció de la despesa per tal d'ajustar els nivells de despesa en salut als recursos disponibles i garantir la sostenibilitat dels serveis. Al mateix temps s'ha fet un esforç perquè el pressupost del Departament de Salut recuperi pes en el total del pressupost de la Generalitat. Alhora, cal fer un seguiment de l'impacte de les mesures de contenció de la despesa amb l'objectiu de dirigir-les cap a la millora de l'eficiència del sistema i seguir oferint un servei de qualitat.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC); núm. 1324, de 30/7/1990. p. 3660. (Correcció d'errades en el DOGC núm. 1372, de 26/11/1990, p. 5364). Disponible a: [www10.gencat.cat/catsalut/archivos/ql23\\_LOSC.pdf](http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/ql23_LOSC.pdf)

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Madrid: Boletín Oficial del Estado (BOE); núm. 222, de 16/9/2006. p. 32650-79. Disponible a: [www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2006/16212](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2006/16212)

El sistema d'atenció a la Salut a Catalunya: evolució i orientacions estratègiques des de la perspectiva del Servei Català de la Salut. Barcelona: Servei Català de Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

El pressupost de salut, 2005-2010 [monografia a Internet]. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2009. Disponible a: [www10.gencat.cat/catsalut/cat/coneix\\_pressupost.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/coneix_pressupost.htm)

Rodríguez M, Stoyanova A. Els comptes de la Salut Pública a Catalunya. Descripció, anàlisi i metodologia de càlcul de la despesa en Salut Pública a Catalunya, 2005 [monografia a Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2007.

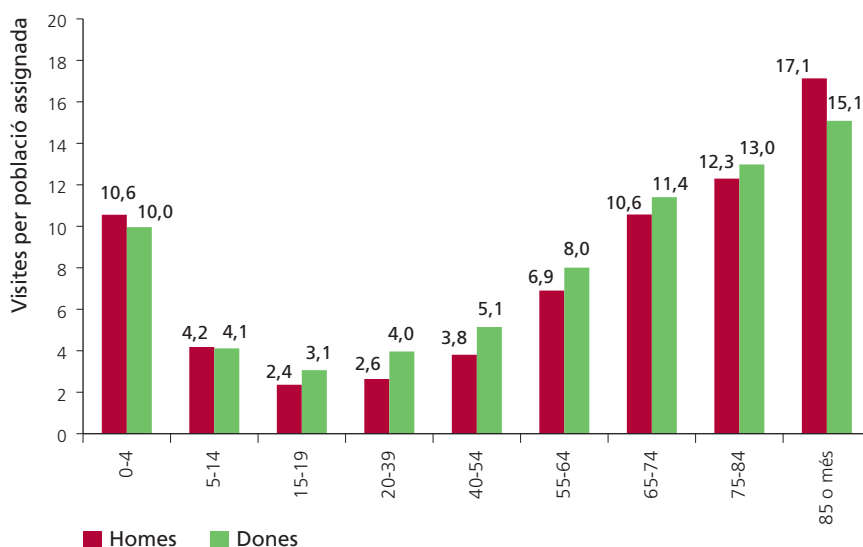
# Atenció primària i comunitària

L'any 2010, cada persona assignada a un equip d'atenció primària fa una mitjana de 6,0 visites, tot i que el 28,7% de les persones assignades no en fa cap. Els menors de 5 anys assoleixen una mitjana de 10,3 visites l'any. Els motius de consulta més freqüents estan relacionats amb la prevenció i el control de factors de risc. L'any 2010 és el primer any en què el nombre absolut de visites en l'atenció primària ha disminuït (5,5%).

L'atenció primària és l'element central del sistema sanitari català, que articula, cohesionada i assegura la continuïtat de l'atenció. El Decret 84/1985 de mesures per a la reforma de l'atenció primària de Salut a Catalunya defineix els serveis d'atenció primària com el primer graó de l'accés a l'atenció sanitària de Catalunya, que integra l'atenció preventiva, curativa, rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat.

L'any 2010, la població assignada a un equip d'atenció primària realitza de mitjana 6,0 visites<sup>1</sup>, segons dades del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària (CMBD AP), tot i que el 28,7% de les persones assignades no n'han realitzat cap. Les dones fan més visites (6,3) de mitjana que els homes (5,0), excepte en les edats dels extrems (menors de 15 anys i majors de 84) (Figura 1). La utilització varia molt

Figura 1.  
Mitjana de visites per població assignada en l'atenció primària segons edat i sexe. Catalunya, 2010



Font: CMBD AP, 2010. Registre Central d'Assegurats, tall del 31/12/09. CatSalut.

1 L'any 2010, el Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Atenció Primària ofereix una cobertura del 77,3% del total de la població assignada a un equip d'atenció primària

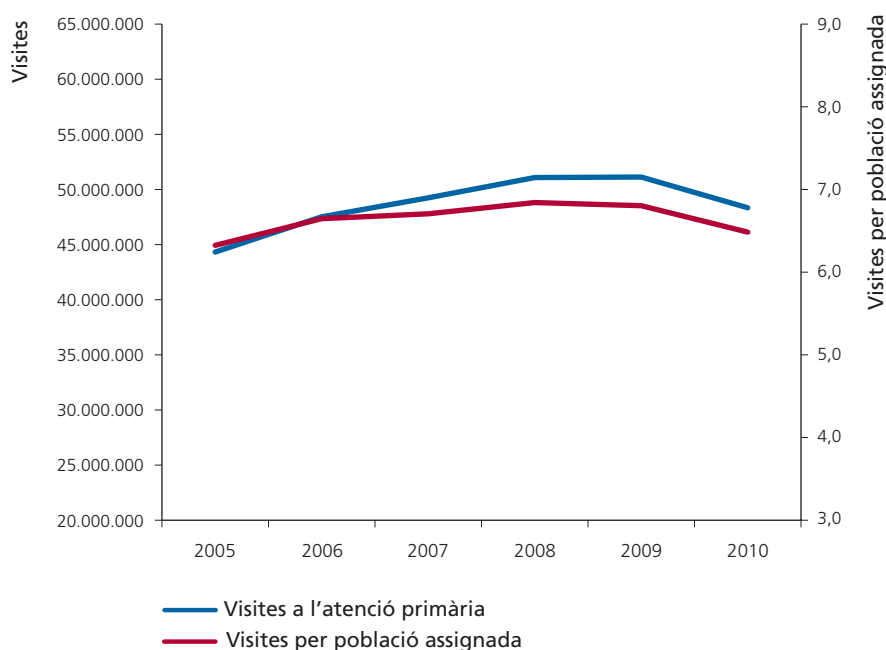


entre grups d'edat: és rellevant l'elevat nombre de visites dels menors de 5 anys, amb una mitjana de 10,3 visites per persona assignada, que corresponen a una visita cada 36 dies. La població de 85 anys o més realitza 15,7 visites de mitjana per persona assignada.

Un percentatge molt elevat de les visites en l'atenció primària correspon a activitats preventives i de detecció precoç de la malaltia. Els motius de consulta més freqüents<sup>2</sup> en població menor de 15 anys són l'examen o avaluació mèdica (34,2%) i els motius relacionats amb el grup de malalties de l'aparell respiratori (25,3%). Els motius més freqüents en població de 15 anys o més pertanyen al grup de les malalties de l'aparell circulatori (18,4%) i de les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques (16,4%). Del primer grup en destaca el percentatge de visites amb motiu de consulta sobre hipertensió essencial (11,6%), i, del segon, la diabetis mellitus sense complicacions (7,8%). En tercer lloc, un 7,1% de les visites d'adults en l'atenció primària corresponen a exàmens i avaluacions mèdiques.

L'aspecte més rellevant de l'any 2010 és el canvi de tendència en la utilització dels recursos ja que, per primera vegada, el nombre absolut de visites en l'atenció primària disminueix (Figura 2), segons informació de la Base de Dades d'Avaluació de la Compra d'Atenció Primària. La reducció respecte a l'any anterior és de 2.787.585 visites i representa un percentatge de disminució del 5,5%.

**Figura 2.**  
Tendències en nombre de visites i nombre de visites per persona assignada en l'atenció primària. Catalunya, 2005-2010



Font: Base de Dades d'Avaluació de la Compra d'Atenció Primària (BDAC-AP), 2005-2010. RCA, talls 2005-2010. CatSalut.

La mitjana de visites per població assignada oscil·la de 3,5 a 9,4 entre territoris<sup>3</sup>. Destaca la presència de valors elevats de visites per població assignada a l'Alta Ribagorça, Pallars Jussà i Sobirà, Altesbrat, Alt Urgell i Barcelonès Nord, i de valors baixos a la ciutat de Barcelona. A més, el 50% dels territoris amb valors centrals presenten una variació del  $\pm 17,4\%$  respecte al valor de la mediana (6,3 visites per

<sup>2</sup> La proporció de visites amb diagnòstic informat és del 42,0%.

<sup>3</sup> Governos territorials de salut

persona assignada). El nombre elevat de visites per pacient d'alguns territoris no es relaciona directament amb una baixa hospitalització evitable.

L'any 2010, el 47,9% de la població de 15 anys o més assignada i atesa en l'atenció primària amb diagnòstic d'hipertensió assoleix nivells de control acceptables de la pressió arterial. Igualment, el 64,5% de la població de 15 anys o més assignada i atesa en l'atenció primària amb diagnòstic de diabetis assoleix un bon control metabòlic. En relació amb el control del risc cardiovascular, els professionals de la primària han calculat el risc cardiovascular al 68,0% de la població de 35 a 74 anys assignada i atesa en l'atenció primària amb un colesterol total >200 mg/dl. En relació amb la prevenció de la grip, el 52,4% de la població de 60 anys o més assignada a un equip d'atenció primària es troba correctament vacunada, segons la Base de Dades d'Avaluació de la Compra d'Atenció Primària.

La puntuació mitjana global de les enquestes de satisfacció realitzades als usuaris dels serveis públics d'atenció primària és de 7,6 sobre 10. Els aspectes més ben valorats fan referència a la neteja del CAP, al tracte amb els professionals i la claredat de les seves explicacions. En canvi, els aspectes més mal valorats són els relacionats amb l'accés, com la puntualitat per entrar a la consulta, el temps d'espera al telèfon, la manca de facilitat per donar visita en un dia adequat pel pacient i l'horari d'urgències del CAP.

Els darrers anys els proveïdors de serveis d'atenció primària estan posant en marxa els programes Pacient Expert, especialitzats en diverses patologies cròniques. Aquests programes tenen com a objectiu millorar les competències dels pacients amb patologia crònica en el coneixement i control de la seva malaltia, de manera que puguin identificar-ne els símptomes i respondre adequadament.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Informe de l'activitat notificada al registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Atenció Primària (CMBD-AP) [monografia a Internet].** Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Memòria del CatSalut 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: [http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10\\_catsalut.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf)

**Central de Resultats. Tercer informe. Desembre 2011 [monografia a Internet].** Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Central de Resultats. Segon informe. Desembre 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Central de Resultats. Primer informe. Juliol 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

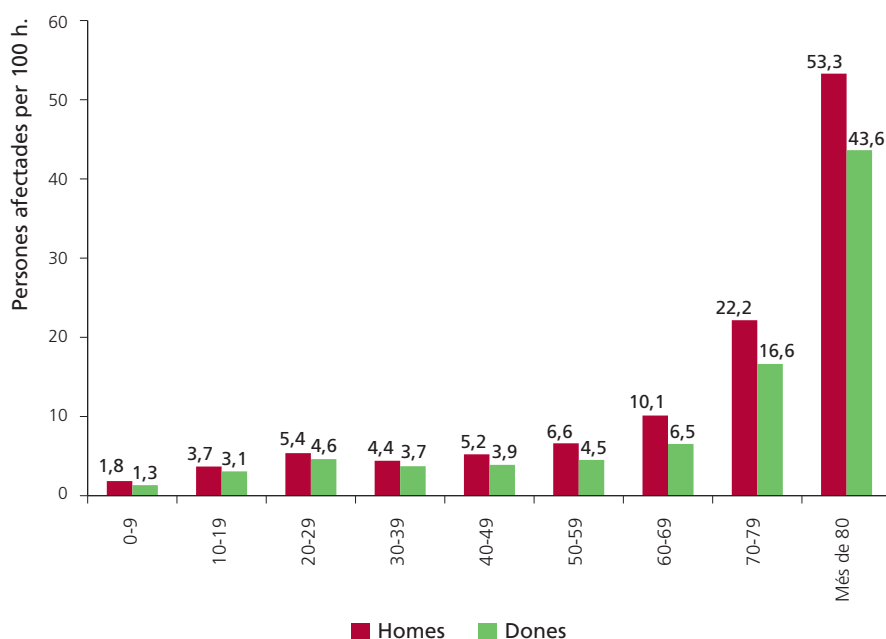
# Atenció de les emergències mèdiques i atenció telefònica

L'any 2010, la població ha realitzat una mitjana de 4.400 trucades diàries d'urgències i emergències mèdiques al Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Una tercera part dels incidents derivats d'aquestes trucades (33,5%) s'han resolt telefònicament. Gairebé la meitat dels afectats atesos per les unitats de suport vital bàsic i avançat tenen més de 70 anys (48,8%) i els grups de diagnòstics més freqüents són el de traumatologia (22,7%) i malalties de l'aparell respiratori (12,8%). El nombre de consultes a Sanitat Respon, excloent-hi les de programació de cita prèvia, s'ha incrementat un 10,0%, respecte a l'any 2008.

## LES URGÈNCIES I EMERGÈNCIES ATESES PEL SISTEMA D'EMERGÈNCIES MÈDIQUES

L'any 2010 la població ha realitzat una mitjana de 4.400 trucades diàries d'urgències i emergències als telèfons 061 i 112 (1.604.706 trucades). A partir d'aquestes trucades, el SEM ha atès 1.035.380 incidents primaris<sup>1</sup> (13,5 incidents per 100 h.).

Figura 1.  
Persones afectades ateses pels recursos de suport vital bàsic i suport vital avançat. Catalunya, 2010



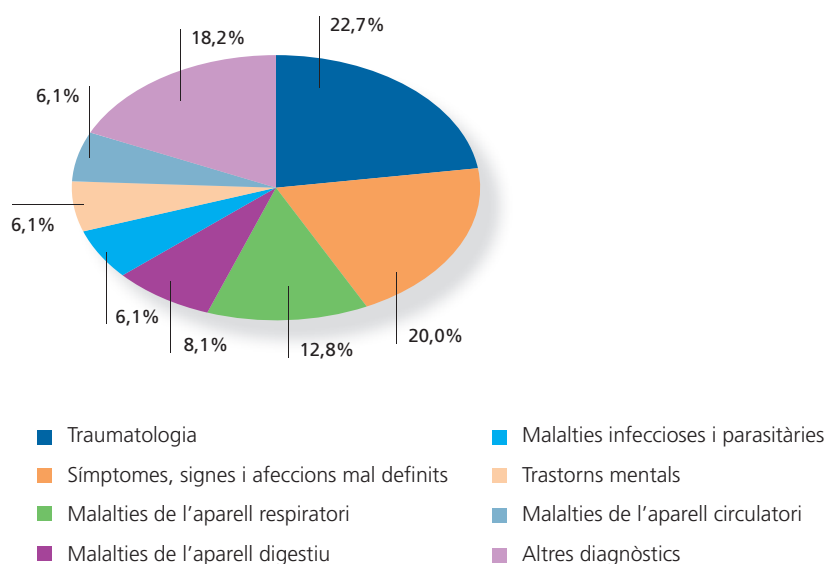
Font: SEM, 2010.

<sup>1</sup> Situacions de les que es deriva algun tipus de necessitat d'atenció, no inclou el transport interhospitalari.

Una tercera part dels incidents primaris atesos el 2010 (33,5%) s'han resolt telefònicament, sense necessitat d'activació de cap recurs. La resta han suposat l'activació de 852.320 recursos, és a dir, una mitjana de 2.334 al dia. El 74,5% dels recursos activats corresponen a unitats de Suport Vital Bàsic (SVB), el 16,1% a Suport Vital Avançat (SVA) i el 9,4% corresponen a Atenció Continuada Domiciliària (ACD). El codi Infart, per a l'atenció de la síndrome coronària aguda, s'ha activat en 2.254 ocasions, i del codi Ictus en 2.352, que suposen una mitjana de sis activacions diàries de cadascun dels codis.

L'any 2010 les unitats de suport vital bàsic i avançat han atès a 617.928 persones afectades<sup>2</sup>, que correspon a una taxa de 8,1 persones afectades per 100 h. La taxa és més elevada en homes que en dones a totes les edats (Figura 1) i creix de forma molt rellevant a partir dels 70 anys i, sobretot, a partir dels 80 anys. De fet, gairebé la meitat dels afectats atesos per aquestes unitats tenen més de 70 anys (48,8%).

**Figura 2.**  
Distribució de les persones afectades per una emergència mèdica segons diagnòstic. Catalunya, 2010



Font: Memòria del SEM, 2010.

El grup de diagnòstics més freqüent<sup>3</sup> és el de traumatologia (22,7% de les persones ateses), seguit a distància per les malalties de l'aparell respiratori (12,8%) i les de l'aparell digestiu (8,1%). Amb tot, cal tenir en compte que el 20,0% dels casos corresponen a símptomes, signes i afeccions mal definides.

En termes de tendència, tant el nombre d'incidències primàries per 100 h. com el percentatge d'incidències resoltes telefònicament, s'han mantingut constants els darrers tres anys.

L'atenció a les emergències mèdiques es troba immersa en un procés d'integració de tota la gestió de les emergències a Catalunya. L'objectiu és optimitzar la coor-

<sup>2</sup> Es considera persona afectada tota persona que ha rebut atenció. En cas que una mateixa persona sigui atesa més d'una vegada en incidents diferents, es considerarà una nova persona afectada en cada incident.

<sup>3</sup> A més de l'atenció a les emergències s'inclouen els diagnòstics d'atenció continuada, que suposen un 8,5% dels afectats atesos.

dinació amb els altres cossos operatius (Bombers i Policia) per donar una resposta més adequada i eficient als casos d'emergència i centralitzar l'accés a través d'un únic canal (línia telefònica 112). En aquest marc, al juliol de 2010 es posà en marxa la sala operativa a la seu integrada d'Emergències (112) a Reus.

## SANITAT RESPON

L'any 2010, la població ha realitzat 3.108.806 consultes al telèfon de Sanitat Respon, que corresponen a 40,7 consultes per 100 h. Tanmateix gairebé vuit de cada deu consultes han estat per a programació de cita prèvia (77,9%). Si no tenim en compte les visites per programació de cita prèvia, el nombre de consultes per 100 h. és de 9,0.

Excloent-hi les consultes per a programació de cita prèvia, el 69,7% de les consultes són d'informació general, el 22,7% corresponen a consell de salut i, la resta, a procediments administratius i serveis de traducció demandats pels professionals.

El nombre de consultes, excloent-hi les consultes per a programació de cita prèvia, ha incrementat un 10,0%, respecte a l'any 2008. L'augment es concentra en les consultes d'informació general, que han augmentat un 22,5% durant el mateix període. Les consultes de consell de salut, tot i que van créixer l'any 2009 possiblement com a conseqüència de les necessitats d'atenció als casos de grip A/H1N1, el 2010, han retornat a un valor lleugerament per sota del de 2008.

En els anys vinents serà decisiva la consolidació d'un sistema d'atenció no presencial al ciutadà, que permeti tant en el camp de la patologia aguda com crònica, donar resposta a les necessitats de salut puntuals de forma eficient, millorar la continuïtat assistencial del pacient amb patologia crònica i explorar les noves vies de comunicació com a eines d'un elevat potencial en termes de salut pública.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Memòria 2010. Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) [monografia a Internet].

L'Hospitalet de Llobregat: SEM; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/SEM/Sistema%20Emerg%C3%A8ncies%20M%C3%A8diques,%20SA/Documents/Arxius/MEMORIA-SEM-2010-v-oct11.pdf>

Central de Resultats. Tercer informe. Desembre 2011 [monografia a Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnnextoid=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Barroeta J, Boada N, coordinadores. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España [monografia a Internet]. Madrid: Mensor Consultoria y Estrategia; 2011. Disponible a:

<http://www.mensor.es/es/LosserviciosdeemergenciasyurgenciasmedicasExtrahospitalariasenEspaNa.pdf.pdf>

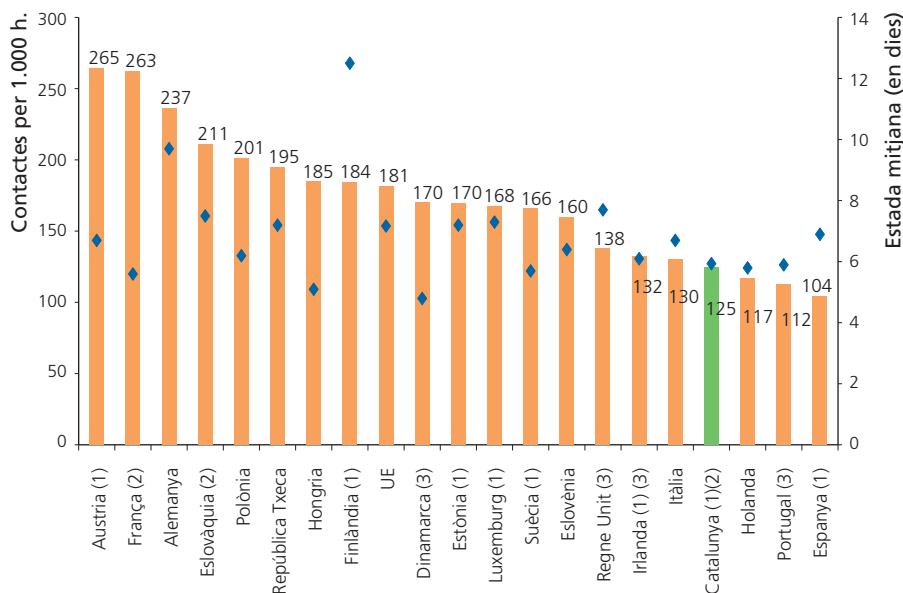
# Atenció hospitalària d'aguts

L'any 2010 s'han produït 124,7 contactes d'hospitalització per 100.000 h., 97,1 dels quals són d'hospitalització convencional i 27,6 de cirurgia major ambulatoria. La taxa catalana és baixa en comparació amb els països de la UE. El 77,1% dels contactes d'hospitalització són de finançament públic. La tendència en hospitalització d'aguts dels darrers cinc anys és estable.

Durant l'any 2010, les persones residents a Catalunya han realitzat un total de 97,1 contactes<sup>1</sup> d'hospitalització convencional (HC) per cada 1.000 h. i fins a 124,7 contactes per 1.000 h. si també tenim en compte la cirurgia major ambulatoria (CMA), segons dades del Conjunt Mínim bàsic de Dades dels Hospitals d'Aguts (CMBD HA). La mitjana d'estada d'un contacte d'hospitalització convencional és de 5,9 dies.

Figura 1.

Taxa d'hospitalització convencional (HC) segons països de la Unió Europea. UE 2009, Catalunya 2010



(1) Exclou els contactes de nadons sans nascuts a l'hospital (entre un 3 i un 6% dels contactes totals).

(2) Inclou contactes donats d'alta al mateix dia de l'ingrés.

(3) Només inclou activitat finançada públicament.

■ Taxa d'hospitalització per 1.000 h.

◆ Estada mitjana de l'hospitalització convencional (en dies)

Font: OCDE, 2009. CMBD HA, 2010. RCA, tall 31/12/2009. CatSalut.

1 S'entén per contacte hospitalari cada vegada que un malalt accedeix a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència.

En comparació amb els països de la UE, la taxa d'hospitalització<sup>2</sup> catalana és de les més baixes, amb una diferència del 31,2% respecte a la mitjana de la Unió (181,2). L'estada mitjana dels contactes d'hospitalització convencional també és inferior a la mitjana (7,2 dies) (Figura 1). Alguns dels motius que expliquen les taxes d'hospitalització baixes estan relacionats amb el paper de l'atenció primària en la prevenció i el control de les malalties i les aguditzacions, el baix nombre de llits d'aguts, l'elevada activitat de cirurgia major ambulatoria i l'existència d'una xarxa complementària de serveis sociosanitaris. També cal tenir en compte que els diferents models d'atenció sanitària de la Unió Europea afavoreixen l'existència de diverses metodologies de registre de l'activitat que, en alguns casos, limiten la comparabilitat de les dades.

Respecte al finançament de l'activitat, el 78,2% dels contactes d'hospitalització realitzats pels residents a Catalunya són de finançament públic, la resta correspon a finançament privat (mútues, entitats d'assegurances, particular). Tot i que l'estada mitjana de l'hospitalització pública és superior a la de la privada, amb valors de 6,4 i 4,4 dies respectivament, l'hospitalització pública atén pacients més complexos que la privada. Ajustant segons aquest factor<sup>3</sup>, les estades són pràcticament idèntiques (6,0 i 6,1 dies per a l'hospitalització pública i privada, respectivament).

Les persones de 65 anys i més, que representen el 16% de la població catalana, realitzen el 41,1% del total de contactes hospitalaris, proporció molt similar a la d'altres països europeus. Mentre que en l'activitat de finançament públic el grup d'edat que realitza més contactes és el de 75 a 84 anys (19,8%), en el cas de l'atenció privada, el grup d'edat que realitza més contactes és el de 30 a 40 anys, amb una proporció similar (22,6%).

El 56,5% de les hospitalitzacions convencionals de l'any 2010 corresponen a cinc grans grups diagnòstics: malalties de l'aparell circulatori, complicacions de l'embaràs, part i puerperi, malalties de l'aparell digestiu, malalties de l'aparell respiratori i neoplàsies. Els grups diagnòstics més freqüents en hospitalització de finançament públic estan molt relacionats amb la patologia crònica (malalties de l'aparell circulatori i respiratori). En l'hospitalització privada, el grup més freqüent són les complicacions de l'embaràs, part i puerperi, seguit del locomotor. En tots els grans grups diagnòstics, Catalunya es troba per sota de la mitjana d'hospitalització europea i amb valors molt propers a la mitjana espanyola. Destaca la diferència en malalties de l'aparell circulatori, neoplàsies, lesions i emmetzinaments i trastorns mentals.

La tendència en hospitalització d'aguts és estable. La taxa d'hospitalització s'ha mantingut sense variacions respecte al 2009, després d'un cicle de creixement feble però gradual. Tot i l'estabilitat de la dada agregada, convé destacar la tendència decreixent de l'hospitalització convencional a favor de l'activitat de cirurgia major ambulatoria, que no requereix internament.

L'activitat de finançament privat presenta una tendència creixent des de 2006, amb una variació anual del voltant del 3% (2,2% l'any 2010). L'activitat de finançament públic ha registrat, en el mateix període, una disminució molt feble, propera a l'estabilització (un 1% de disminució en quatre anys). Els grups diagnòstics que han presentat un major creixement de l'hospitalització els darrers cinc anys són

2 Nombre de contactes hospitalaris dels residents a Catalunya per cada 1.000 h. Excepte quan s'assenyala el contrari, en l'anàlisi no s'ha inclòs l'activitat dels hospitals monogràfics psiquiàtrics, que el 2010 han realitzat 1,9 contactes per 1.000 h.

3 Estandardització per grups relacionats pel diagnòstic (GRD).

les malalties endocrines i nutricionals i les de l'aparell locomotor i teixit connectiu, amb percentatges de creixement del 8,0% i del 6,9%.

La puntuació mitjana global de les enquestes de satisfacció realitzades als usuaris dels serveis públics d'hospitalització d'aguts és de 8,9 sobre 10. Els aspectes més ben valorats pels pacients són el bon tracte rebut pels professionals d'infermeria i medicina i el fet de sentir-se en bones mans. Els aspectes més mal valorats són el menjar de l'hospital i el temps en llista d'espera abans de l'ingrés, amb un 24,4% de respostes no satisfactòries (llarg o molt llarg).

Cal mantenir els baixos nivells d'hospitalització, fent especial atenció als perfils de pacients crònics en situació de complexitat que poden suposar un elevat nombre d'hospitalitzacions evitables.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

**Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2009. Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) [monografia a Internet].** Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Memòria del CatSalut 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

[http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10\\_catsalut.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf)

**Central de Resultats. Tercer informe. Desembre 2011 [monografia a Internet].** Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Central de Resultats. Segon informe. Desembre 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

**Central de Resultats. Primer informe. Juliol 2010 [monografia a Internet].** Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www.gencat.cat/salut/depasan/units/aatrm/html/ca/dir214/doc13954.html> <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>



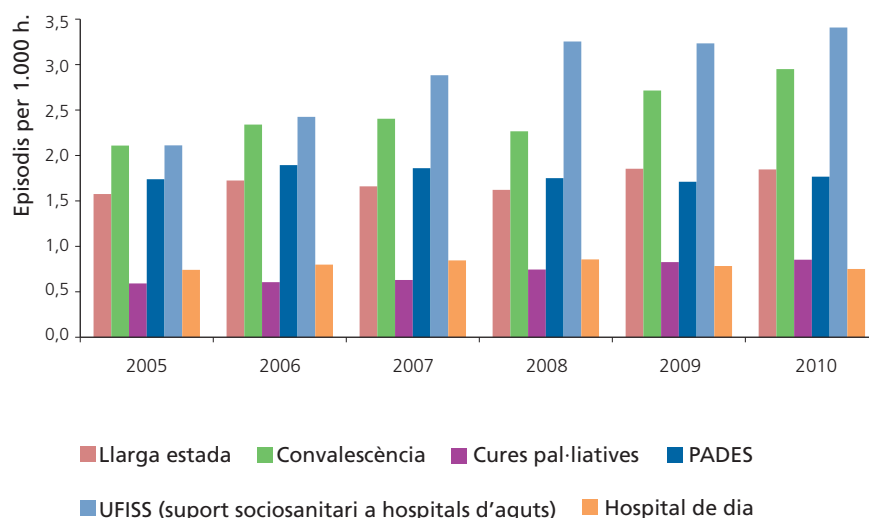
# Atenció socio sanitària

La taxa d'utilització de recursos socio sanitàris és d'11,6 episodis per 1.000 h. L'atenció socio sanitària és un dels àmbits que ha presentat un increment més important de l'activitat en els darrers cinc anys, amb una mitjana de creixement anual del 6,1% de la taxa d'utilització. Tanmateix, l'accés a recursos socio sanitàris presenta variabilitat territorial.

Durant l'any 2010 les persones residents a Catalunya han realitzat un total d'11,6 episodis<sup>1</sup> en recursos socio sanitàris per cada 1.000 h., 5,7 dels quals corresponen a hospitalització socio sanitària<sup>2</sup>, 1,8 a atenció domiciliària (PADES) i la resta (4,2 episodis per 1.000 habitants) a hospital de dia, UFISS (suport socio sanitari a hospitals d'aguts) i programes especials (Figura 1). L'activitat domiciliària dels PADES complementa l'atenció domiciliària dels equips d'atenció primària, que l'any 2010 han atès a 7,5 persones per cada 1.000 h.

Tot i que les persones grans no són les úniques usuàries dels serveis socio sanitàris, la mitjana d'edat dels pacients que utilitzen serveis és de 77,8. Els problemes de

Figura 1.  
Evolució de l'activitat d'atenció socio sanitària segons tipus de servei.  
Catalunya, 2005-2010



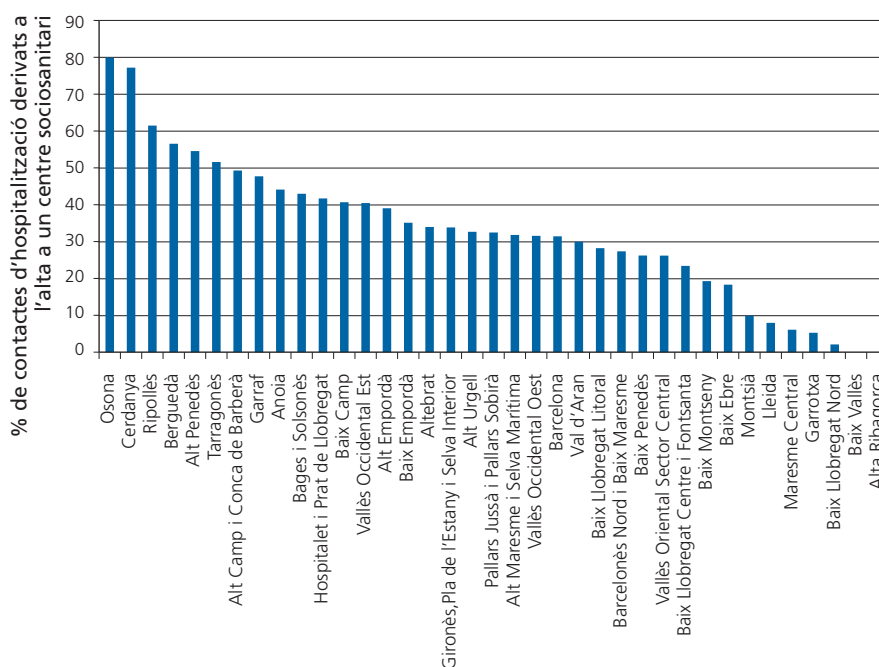
Font: CMBD SS, 2005-2010. CatSalut.

- 1 Episodi: Atenció a un pacient, per una mateixa causa, en una mateixa unitat o per part d'un mateix equip assistencial, que es reflecteix en l'agregació de diferents valoracions recollides durant l'any
- 2 La hospitalització socio sanitària inclou l'activitat informada dels centres com a llarga estada, convalescència o cures pal·liatives.

salut atesos més freqüents són les demències i altres trastorns cognitius (9,7%) seguits de la fractura de coll de fèmur (8,2%) i la malaltia cerebrovascular aguda (7,3%).

L'activitat socio sanitària és un dels àmbits que ha presentat un increment més important els darrers cinc anys, amb un creixement acumulat del 30,4% del nombre d'episodis per 1.000 h. Tanmateix s'observen dues tendències diferents. Les activitats caracteritzades per estades més curtes i tractaments intensius (UFISS, cures paliatives i convalsència) presenten una tendència creixent, mentre que activitats que es troben més en el límit entre els serveis socials i els sanitaris, com són la llarga estada i l'hospitalització de dia, no han estat tant incentivades. Per últim, l'atenció domiciliària tampoc no ha augmentat (Figura 1).

**Figura 2.**  
**Percentatge de contactes d'hospitalització convencional o cirurgia major ambulatoria amb diagnòstic fractura de coll de fèmur derivats a un centre socio sanitari de llarga o mitjana estada segons GTS. Catalunya, 2010**



Font: CMDDB HA, 2010. CatSalut.

La diferent dotació de recursos socio sanitaris dels territoris implica diferències en l'accés als serveis. El percentatge de pacients hospitalitzats d'aguts amb diagnòstic de fractura de coll de fèmur derivats a l'alta a un centre socio sanitari presenta variabilitat territorial (Figura 2). Així, mentre que en alguns territoris com Osona o la Cerdanya el percentatge de derivació assoleix pràcticament el 80% (80,0% i 77,3%), durant el 2010, en altres territoris com el Baix Llobregat Nord o la Garrotxa és baix (2,1% i 5,3%).

La puntuació mitjana de les enquestes de satisfacció realitzades als usuaris dels serveis socio sanitaris d'internament públics és de 8,2 sobre 10. Els aspectes més ben valorats pels pacients són el tracte personal dels professionals d'infermeria i de medicina amb percentatges de respostes afirmatives del 98,3% i dels 96,4% respectivament. En canvi, els aspectes més mal valorats són la manca de consulta amb el pacient de quina informació cal donar a la família, que afecta el 53,9% dels pacients i l'avorriment, que n'afecta el 35,3%.

Les malalties neurològiques, circulatòries i de l'aparell locomotor, combinades amb l'envelliment, són les principals causes de necessitats socio sanitàries. La prevenció, el tractament precoç i la promoció de l'envelliment actiu i saludable són aspectes prioritaris per evitar un creixement progressiu d'aquestes necessitats en els anys vinents, conseqüència de l'actual tendència demogràfica i els canvis en les estructures familiars.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Any 2009. Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) [monografia a Internet]. Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=277f427034616310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Central de Resultats. Tercer informe. Desembre 2011 [monografia a Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Central de Resultats. Segon informe. Desembre 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Central de Resultats. Primer informe. Juliol 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:

<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

# Farmàcia

L'any 2011 el 69,1% de la població catalana ha consumit com a mínim un medicament o producte sanitari amb recepta mèdica, finançat parcial o totalment pel CatSalut. La despesa farmacèutica per habitant va disminuir per primera vegada l'any 2010. Durant el 2011, continua aquesta tendència amb un decrement de la despesa per habitant del 7,4% respecte el 2010. Amb tot, el consum de medicaments incrementa cada any al voltant del 2,6%.

L'any 2011, el total persones residents a Catalunya a qui se'ls ha dispensat com a mínim un medicament o producte sanitari amb recepta mèdica, finançat parcial o totalment pel CatSalut, és de 5,25 milions de persones, que corresponen a un 69,1% de la població catalana. El consum farmacèutic de l'any 2011, finançat parcialment o totalment pel CatSalut, ha estat d'una mitjana de 20,3 receptes per habitant. La despesa farmacèutica<sup>1</sup> per habitant d'aquest mateix període és de 222,3 euros.

Figura 1.

Consum de medicaments i despesa segons sexe i edat. Catalunya, 2011



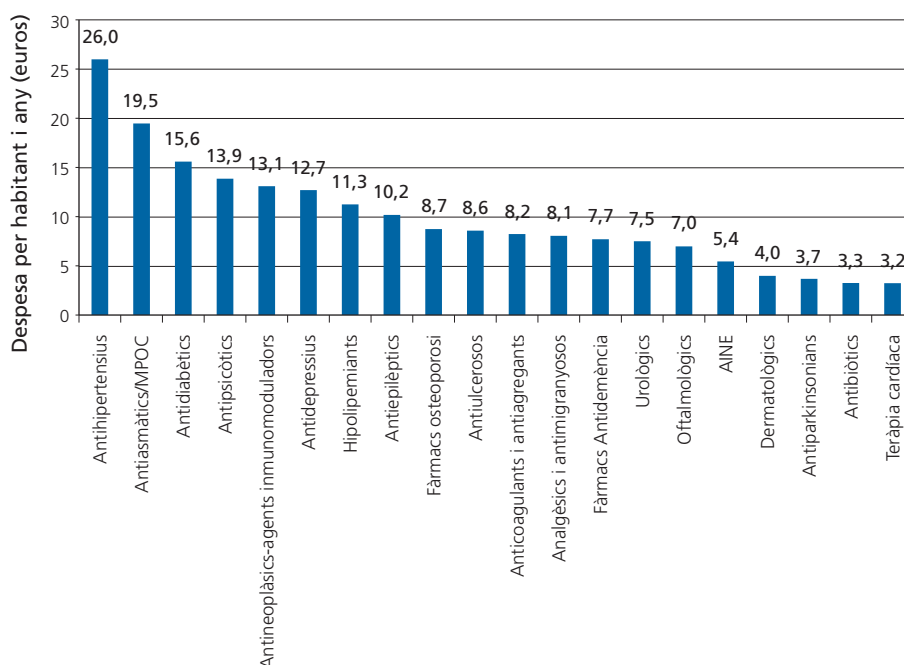
Font: Gerència d'Atenció Farmacèutica. CatSalut, 2011.

<sup>1</sup> Despesa corresponent a la part l'import dels medicaments i productes sanitaris finançada pel CatSalut aplicant els descomptes per volum de facturació i deduccions per determinats medicaments d'acord amb la legislació vigent.

Les dones consumeixen un 10,9% més que els homes (en dosis diàries definides per habitant i dia) però realitzen una despesa per capita només un 0,2% superior, si comparem dades estandarditzades per edat. El consum de les dones és més elevat en tots els grups d'edat excepte en els dos extrems, menors de 15 anys i majors de 74, en els quals el masculí supera el femení (Figura 1). Respecte a la despesa, és, per capita, més alta en les dones durant les edats centrals de la vida (15 a 64 anys) però, a partir dels 65 anys els homes superen les dones.

Les àrees terapèutiques que suposen una major despesa farmacèutica són els antihipertensius, els antiasmàtics i fàrmacs per al MPOC, els antidiabètics, els antipsicòtics, els antineoplàsics i agents immunomoduladors i els antidepressius. Aquestes àrees terapèutiques representen el 41,6% del total de la despesa de farmàcia (Figura 2).

**Figura 2.**  
Despesa farmacèutica (import aportació CatSalut per habitant) segons les principals àrees terapèutiques. Catalunya, 2011



Font: Gerència d'Atenció Farmacèutica. CatSalut, 2011.

En el període 2006-2011 el consum de medicaments (receptes per habitant), ha augmentat una mitjana del 2,6% anual, que representa un acumulat del 13,1%. Tanmateix, la despesa farmacèutica per habitant ha crescut feblement fins a l'any 2009. A partir del 2010 s'observa un canvi de tendència clar, amb una disminució de la despesa farmacèutica per habitant del 2,0% respecte a l'any anterior. L'any 2011, aquesta tendència s'accentua fins al 7,4% de decrement. La disminució recent de la despesa és una conseqüència directa de l'abaratiment dels medicaments.

El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales ha marcat reduccions rellevants del preu dels medicaments en el Reial decret 4/2010 i, posteriorment, en el 9/2011 amb l'objectiu de millorar l'eficiència en la despesa farmacèutica així com la qualitat, l'equitat i la cohesió del Sistema Nacional de Salut. Els decrets s'orienten especialment a racionalitzar els descomptes oferts pels distribuïdors a les oficines de farmàcia i revisar els preus dels medicaments.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Memòria del CatSalut 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:  
[http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10\\_catsalut.pdf](http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut.pdf)

Farmàcia i medicaments. CatSalut [pàgina a Internet]. Barcelona: CatSalut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a:  
[http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov\\_farmacia.htm](http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_farmacia.htm)

Central de Resultats. Tercer informe. Desembre 2011 [monografia a Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=9cd1a82c8af25310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Central de Resultats. Segon informe. Desembre 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Central de Resultats. Primer informe. Juliol 2010 [monografia a Internet]. Barcelona: CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. Disponible a:  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.dbb85aa2c955c7c3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=0e713a624f345310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

---

# Salut pública

Com a conseqüència de l'aprovació de la Llei de salut pública i la creació de l'Agència de Salut Pública, en els darrers anys s'ha donat impuls a la salut pública, han aparegut noves prestacions i una institució responsable de proveir-les.

L'impuls donat a la salut pública els darrers anys, com a conseqüència de l'aprovació de la Llei de salut pública i la creació de l'Agència de Salut Pública, ha fet que, en el conjunt del sistema de salut, apareguin com a prestacions les activitats i serveis de protecció i promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i la vigilància

Figura 1.  
Relació de serveis i activitats bàsiques de salut pública

<b>1</b>	<b>Protecció de la salut</b>
1.1	Avaluació dels riscos sanitaris relacionats amb el medi i els aliments
1.2	Gestió dels riscos sanitaris presents en el medi i en els aliments
<b>2</b>	<b>Promoció de la salut i prevenció de la malaltia</b>
2.1	Promoció de la salut i prevenció de la malaltia en etapes vitals
2.2	Promoció de la salut i prevenció de la malaltia sobre problemes de salut prioritaris: l'activitat física i l'alimentació saludable, tabaquisme, lesions, infeccions de transmissió sexual i del VIH, de les malalties transmissibles mitjançant vacunació, de la salut bucodental i de les malalties cròniques.
2.3	Reducció de les desigualtats en salut
<b>3</b>	<b>Drogodependències i salut mental</b>
3.1	Intervencions de promoció i prevenció en salut mental i drogodependències
3.2	Prevenció, detecció i control del consum d'alcohol i altres drogues
3.3	Reducció de danys
<b>4</b>	<b>Vigilància de la salut pública</b>
4.1	Vigilància, monitoratge i control de les malalties infeccioses, cròniques, dels efectes sobre la salut dels factors ambientals, dels accidents i les lesions, de la salut laboral, de drogodependències i de la de la salut maternoinfantil
4.2	Emergències en salut pública
4.3	Avaluació de l'impacte en salut
<b>5</b>	<b>Seguretat alimentària</b>
5.1	Avaluació dels riscos i els beneficis relacionats amb els aliments
5.2	Comunicació dels beneficis i els riscos en matèria de seguretat alimentària
<b>6</b>	<b>Salut laboral</b>
6.1	Assessorament, suport tècnic i formació als professionals del sistema públic de salut i als serveis de prevenció de riscos laborals
<b>7</b>	<b>Serveis analítics</b>
7.1	Detecció i quantificació de perills en els aliments, en l'aigua de consum humà i en els riscos ambientals.
7.2	Suport analític a la investigació ambiental i alimentària quan es produeixen brots epidèmics o alertes sanitàries
7.3	Realització d'analítiques reglamentàries per al control oficial, per a l'avaluació i la vigilància de malalties i en emergències de salut pública

de la salut pública (Figura 1). Aquestes prestacions se sumen a les ja existents i completen el continu d'atenció del sistema de salut.

La salut pública actua com la part aparentment invisible del sistema de salut. La seva acció es dirigeix al control dels riscos per a la salut presents en el medi ambient i els aliments. També, fomenta un entorn i un estil de vida saludable amb accions cost-efectives que inclouen la prevenció, la salut laboral i la seguretat alimentària. El producte esperat d'aquestes accions és, tant com sigui possible, la generació de percepcions de seguretat i confiança per part de la població, que s'ha de concretar amb el manteniment i la millora dels indicadors de salut i una disminució de la càrrega de malaltia.

Moltes d'aquestes accions operen fora de l'àmbit d'acció del Departament de Salut, perquè l'acció intersectorial i interdepartamental és essencial per actuar eficaçment enfront dels determinants de la salut i les desigualtats.

L'orientació de la cartera de serveis de salut pública és protegir la població dels efectes negatius que poden tenir diversos elements del medi sobre la salut i el benestar de les persones, promoure la salut i prevenir les malalties, especialment aquelles per a les quals hi ha proves de l'eficàcia de les seves actuacions, vigilar la salut pública i actuar davant de brots i emergències, així com fer actuacions específiques, igualment transversals, com és el cas de la salut laboral o la seguretat alimentària.

Les accions que es portaran a terme durant el 2012, derivades de les previsions de la Llei de salut pública i del desplegament de l'Agència de Salut Pública de Catalunya fan referència a: la formulació del Pla Interdepartamental de Salut Pública, la subscripció del contracte-programa entre el Departament de Salut, el CatSalut i l'Agència de Salut Pública de Catalunya, la consolidació del Consell d'Administració de l'Agència, la publicació de la cartera de serveis de salut pública, el desplegament de l'Agència de Salut Pública en el conjunt del territori (regions i sectors) i en els seus serveis centrals, la constitució dels òrgans de direcció i dels consells assessors i de participació previstos en la llei i en els estatuts, la continuïtat del procés de gestió del canvi organitzatiu, l'elaboració del pla d'empresa i la construcció d'aliances amb el món municipal.

---

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC); núm. 5495, de 22/10/2009. p. 81070. Disponible a:  
<http://www.gencat.cat/diari/5495/09294101.htm>

Decret 366/2011, de 12 de juliol, pel qual s'aproven els Estatuts de l'Agència de Salut Pública de Catalunya. Barcelona: Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC); núm. 5920, de 14/07/2011. p. 38804. Disponible a:  
<http://www.gencat.cat/diari/5920/11192042.htm>

---





Observatori del Sistema de Salut  
de Catalunya (OSSC)

Agència d'Informació, Avaluació i  
Qualitat en Salut (AIAQS)

Roc Boronat, 81-95 (2a planta)

08005 Barcelona

Tel. 93 551 39 00

Fax. 93 551 75 10

<http://observatorisalut.gencat.cat>

# Informe de Salut Catalunya 2011



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



Agència d'Informació,  
Avaluació i Qualitat en Salut