

## Anàlisi de la situació i reptes

### Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Text adaptat del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 publicat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Podeu trobar el document complet a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/Pla\\_salut/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/)

### Introducció

La crisi econòmica ha impactat sobre les condicions de vida de les persones, n'ha augmentat la vulnerabilitat i ha incrementat les desigualtats en salut.

L'abordatge dels reptes que orienten el nou Pla de salut s'estructura a partir de l'anàlisi de la situació de la salut i dels serveis, de la valoració dels projectes i dels canvis organitzatius introduïts a partir del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i de la presa en consideració del context social i econòmic on es volen inscriure les polítiques de salut.

### Context demogràfic i socioeconòmic

Durant els primers anys del segle XXI la població de Catalunya va tenir un creixement molt important, amb una forta onada immigratòria. L'any 2015 Catalunya té 7.508.106 habitants<sup>1</sup>, amb un saldo migratori negatiu. La previsió és que la població disminueixi els propers anys i l'any 2020 hi hagi 7.342.800 habitants<sup>2</sup>; el saldo migratori seguirà sent negatiu, el nombre de naixements continuarà disminuint i serà superat pel nombre de defuncions. En aquest període es preveu l'augment de la proporció de persones de 65 anys i més i de l'índex de sobreenvelliment; del prop de milió i mig de persones de 65 anys i més que s'esperen l'any 2020, més de 250.000 tindran 85 anys i més.

La salut i la malaltia tenen una dimensió social que vincula l'estat de salut, la situació socioeconòmica i el context on es desenvolupa la persona. Els estils de vida i els factors ambientals són els que contribueixen més a la morbimortalitat general, mentre que altres factors com ara la genètica i el sistema sanitari expliquen en menor mesura la mortalitat<sup>3-5</sup>.

Una profunda crisi econòmica ha marcat els darrers anys. La taxa d'atur va passar del 6,5% l'any 2007 al 23,1% l'any 2013 i l'any 2015 és del 18,6%<sup>6</sup>. La taxa d'atur de llarga durada va passar de l'1,3% l'any 2007 al 12,2% l'any 2013 i l'any 2015 és del 10,4%<sup>7</sup>. A més, cal destacar que el primer trimestre de l'any 2014 només van rebre prestacions el 31,7% de la població desocupada i entre les persones de menys de 30 anys, l'11,9%<sup>8</sup>.

La renda disponible a les llars catalanes va disminuir un 8% entre l'any 2009 i el 2013. Tot i que les relacions

entre renda i salut no són lineals, la pèrdua de poder adquisitiu de les famílies i l'empobriment sobtat, especialment si sobrepassa un límit crític, tenen un impacte immediat sobre la salut, sobretot en els grups més vulnerables com ara la població infantil.

La proporció de població que viu per sota del llindar de risc de pobresa ha passat del 18,4% l'any 2009 al 20,9% l'any 2014. Més d'un milió i mig de persones se situen per sota del llindar de risc de pobresa. El patró de la pobresa per grups d'edat ha canviat durant el període de recessió econòmica: l'any 2008 la població de 65 anys i més era el grup amb un risc de pobresa més elevat, mentre que l'any 2014 la taxa de risc de pobresa és més elevada en la població de menys de 16 anys, seguida de la població de 16 a 64 anys i, finalment, la població de 65 anys i més<sup>9</sup>.

El període 2008-2014 també s'ha caracteritzat per un augment de les llars que pateixen privació material greu. L'exposició a situacions de privació durant la infància s'associa a pitjors resultats en salut a curt i mitjà termini, i aquests són més irreversibles com més precoç és l'exposició a les situacions adverses.

Paral·lelament, s'observa un increment de la desigualtat econòmica. L'índex de Gini que mesura la desigualtat de la distribució de la renda de les persones, a Catalunya l'any 2009 era de 32,2 i l'any 2014 és de 33,0<sup>10</sup> (sent 0 màxima igualtat i 100 màxima desigualtat), situació per sobre del de la Unió Europea amb un índex del 30,9<sup>11</sup>.

Per contra, els darrers anys s'ha assistit a un descens de l'abandonament prematur dels estudis. L'any 2010 el 28,9% de les persones de 18 a 24 van abandonar prematurament els estudis secundaris i l'any 2014, el 22,2%, mentre que l'objectiu és el 15% per al 2020<sup>12</sup>. Aquesta dada és important, en tant que el nivell d'educació s'associa amb els resultats en salut a llarg termini<sup>13</sup>.

Pel que fa a la despesa en salut, ha disminuït en termes absoluts com a conseqüència dels efectes de la crisi i de la manca d'un model de finançament adequat a les necessitats de la població catalana. A partir de l'any 2010 s'hi van afegir les restriccions pressupostàries derivades del seguiment dels objectius de control del dèficit públic.

En el període 2010-2014 es va produir una reducció global d'uns 1.440 milions d'euros en la despesa en salut (cosa que suposa una variació del -14%). No obstant això,

el pes del Departament de Salut sobre el total del pressupost de la Generalitat de Catalunya en termes relatius s'ha incrementat, i ha passat del 36% l'any 2010 al 40% l'any 2014.

### Estat de salut i estils de vida de la població

Els macroindicadors de salut a Catalunya són bons si es comparen amb els dels països del nostre entorn. Durant els darrers anys s'ha observat una reducció progressiva de la mortalitat i un increment de l'esperança de vida<sup>14</sup>. Per exemple, en el període 2010-2013 la mortalitat estandaritzada per edat s'ha reduït en un 8,5%, mentre que l'esperança de vida s'ha incrementat en 1 any, tant per als homes com per a les dones.

Els grans grups de causes de mort més freqüents són els tumors en els homes i les malalties de l'aparell circulatori en les dones. Aquestes dues causes apleguen més de la meitat de les defuncions, però considerant tots dos sexes conjuntament els tumors causen més defuncions.

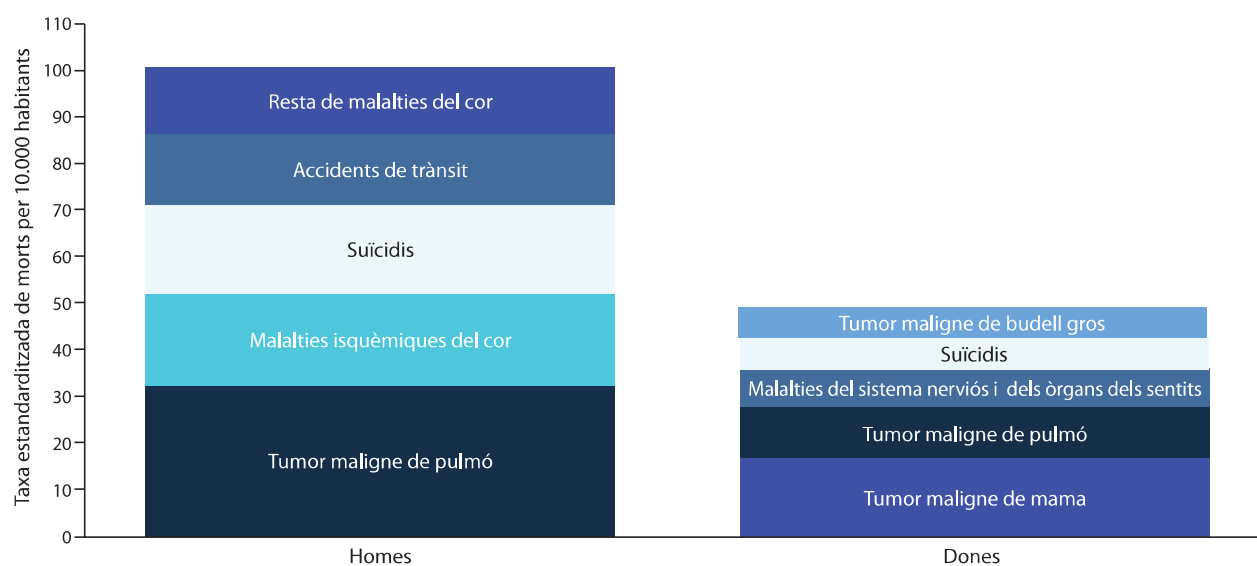
En les dones, les cinc malalties que ocasionen més defuncions (en valors absoluts) i que, per tant, poden comportar un volum de demanda més gran per als serveis sanitaris són les demències, les malalties cerebrovasculars, el grup d'altres malalties del cor, les malalties isquèmiques del cor i la malaltia d'Alzheimer. En els homes, les patologies més freqüents són el càncer de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis i l'asma, les malalties cerebrovasculars i la resta de malalties del cor. Aquest patró de patologia crònica té a veure en bona me-

sura amb el fet que la major part de les defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys.

Hi ha un conjunt de malalties que ocasionen mortalitat prematura i que tenen molta importància sanitària perquè són percebudes per la població com a morts ocorregudes abans d'hora (Figura 1). En les dones, les més comunes són els tumors malignes de mama i pulmó, les malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits, els suïcidis i els tumors malignes de budell gros, mentre que en els homes ho són els tumors malignes de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, les causes externes (suïcidis i accidents de trànsit) i la resta de malalties del cor. Destaca també que la mortalitat prematura és molt més elevada en els homes que en les dones.

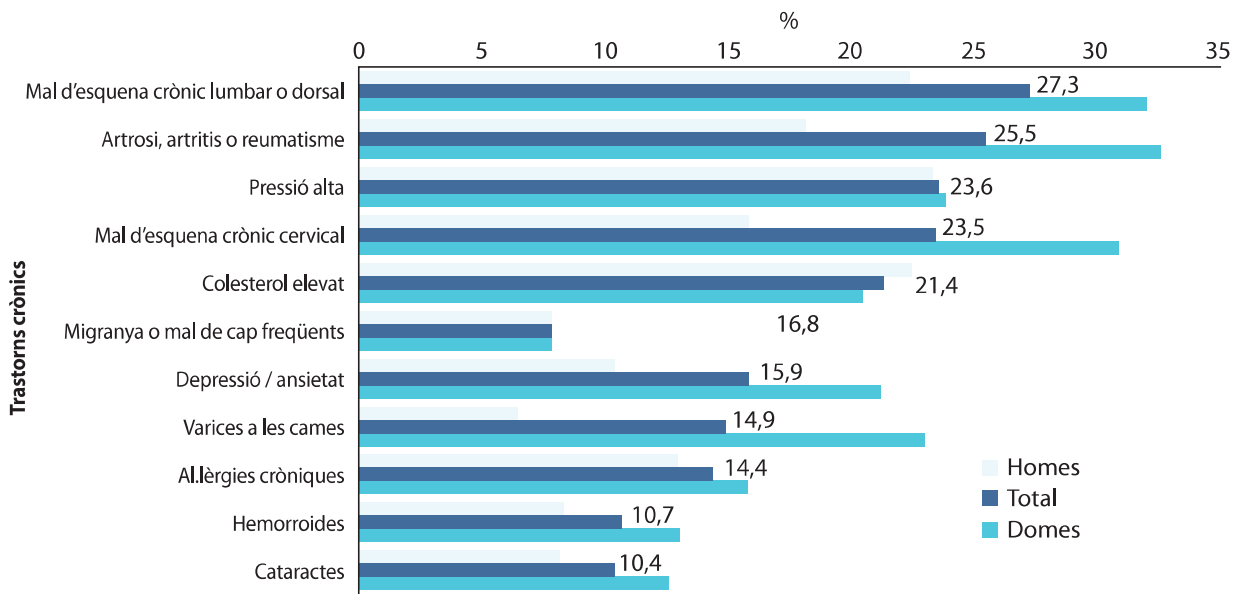
L'evolució favorable dels indicadors vitals i l'envelliment de la població fan que Catalunya estigui davant una situació de salut amb predomini de la patologia crònica (Figura 2), i de la patologia crònica complexa, que pot generar discapacitat i dependència, sobretot en la gent gran. Actualment, a Catalunya, el 56,9% de la població pateix dues malalties cròniques o més<sup>15</sup>. Tanmateix, se segueix observant una bona percepció de salut, de manera que l'esperança de vida en bona salut en el període 2010-2013 ha augmentat en 2,1 anys en els homes i en 5,7 en les dones.

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



\*Segons les taxes estandaritzades per edat d'anys potencials de vida perduts (població estàndard: Catalunya 1991). Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2013.

FIGURA 1. Cinc primeres causes de mort prematura,\* per sexe. Catalunya, 2013



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

FIGURA 2. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, a partir d'una llista de 28 trastorns crònics, per sexe. Catalunya, 2014

### Impacte dels determinants socioeconòmics: desigualtats socials en salut

La distribució dels indicadors de salut segons determinants socials permet analitzar les causes de desigualtat social en salut en una comunitat i són el pas previ per establir mesures correctores en forma de polítiques públiques<sup>16</sup>.

En el moment actual, la crisi econòmica ha impactat sobre les condicions de vida de les persones, n'ha augmentat la vulnerabilitat i ha incrementat les desigualtats en salut<sup>8</sup>.

Tot i que no s'observen gradients socioeconòmics rellevants en la utilització dels serveis, les persones dels grups socioeconòmics més desfavorits i amb nivells d'estudis més baixos tenen una pitjor percepció de l'estat de salut, declaren una pitjor qualitat de vida i tenen una prevalença més elevada de trastorns crònics i de discapacitat. L'any 2014 el 23,2% de les persones aturades de llarga durada declaraven tenir una mala salut, mentre que només ho feia el 9,2% de les persones ocupades.

S'aprecia una sensible diferència en l'esperança de vida en néixer entre les diferents comarques catalanes. Aquesta diferència no s'ha modificat significativament durant el període 2006-2013: la Vall d'Aran (87,0), la Cerdanya (85,6) i el Pallars Sobirà (84,9) són les comarques amb l'esperança de vida més alta, mentre que les que tenen una esperança de vida més baixa són la Ribera d'Ebre (81,6), l'Alt Camp (81,6) i el Ripollès (81,8).

Durant els darrers anys, les taxes de mortalitat general han mantingut la tendència observada abans de la crisi econòmica i han continuat disminuint, sense gran variabilitat territorial. La mortalitat evitable també ha seguit la mateixa tendència decreixent, però a un ritme inferior degut a l'evolució desfavorable de la mortalitat per tumor maligne de pulmó, entre les dones i la mortalitat per suïcidi, en ambdós sexes.

Des de l'any 2007, la taxa de mortalitat per suïcidi a Catalunya mostra una tendència creixent, i s'ha situat l'any 2013 en el 6,3 per 100.000 habitants (2,9 entre les dones i 10,1 entre els homes). Aquest augment s'ha produït entre les persones de 40 a 60 anys (població en edat laboral). No obstant això, per interpretar aquestes dades, cal considerar que es tracta d'un nombre petit de defuncions sensible a fluctuacions interanuals i també hi ha hagut una intervenció de millora de la informació sobre la causa de mort en les defuncions que han requerit intervenció judicial iniciada l'any 2010 que pot haver modificat la declaració qualitativament i quantitativament<sup>17</sup>.

La salut mental és un dels àmbits on es fan més palesos els efectes de la crisi econòmica i és que la població aturada presenta pitjors indicadors en salut mental que la població ocupada. L'any 2013, el 23,1% de les persones aturades de més d'un any tenien risc de patir problemes de salut mental, mentre que entre les persones ocupades la proporció era del 9,5%. En efecte, estudis recents de-

mostren que les famílies amb persones a l'atur i/o amb hipoteques presenten un augment dels problemes de salut mental i dels relacionats amb l'abús d'alcohol en el període 2006-2010<sup>18</sup>. Les causes d'aquest fenomen són múltiples i estan en relació tant amb la pèrdua dels beneficis econòmics com amb els efectes psicosocials que provoca estar en situació d'atur.

En els darrers deu anys ha augmentat el nombre de persones de 65 anys i més que viuen soles fins a 280.000, i majoritàriament són dones. Aquest fet situa el problema de la solitud no desitjada com un dels determinants de la salut més rellevants en la gent gran. La pèrdua de xarxa social s'ha relacionat amb un augment de la mortalitat general, la pèrdua de competències en l'autocura, una pitjor percepció de la salut i l'ús excessiu dels recursos sanitaris<sup>19</sup>. La mateixa OMS, en l'Informe mundial sobre l'envel·liment i la salut<sup>20</sup> considera que una estratègia de salut fonamental en aquest col·lectiu és propiciar que les persones envellixin a la seva pròpia llar i comunitat de manera segura, autònoma i còmoda, independentment dels ingressos o del nivell de capacitat funcional.

En alguns estils de vida i pràctiques preventives s'observa un gradient per classe social i per nivell d'estudis. Les persones de les classes més benestants i les de més nivell formatiu tenen hàbits més saludables i fan pràctiques preventives en una proporció més elevada.

En el període 2006-2014, ha disminuït la prevalença de persones fumadores (29,4% i 25,9%, respectivament), però hi ha diferències segons la situació laboral. Les persones en situació d'atur fumen més que les persones que treballen i cal destacar que en els darrers anys ha augmentat la proporció d'homes en situació d'atur que fumen.

L'excés de pes (sobrepès i obesitat) és més elevat entre les persones amb estudis primaris o sense estudis. També tendeix, tot i que de manera menys pronunciada, a ser més prevalent en la població aturada. L'any 2014, tenia excés de pes el 45,2% de la població ocupada, el 49,2% de la població aturada (i el 52,2% de la població en situació d'atur de llarga durada). La població infantil de les classes més desfavorides té un estil d'oci sedentari en una proporció més elevada que les de les classes més benestants.

### Reptes que orienten el Pla de salut de Catalunya 2016-2020

L'abordatge dels reptes que orienten el nou Pla de salut s'estructura a partir de l'anàlisi de situació de la salut i dels serveis, de la valoració dels projectes i dels canvis organitzatius introduïts a partir del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 i de la presa en consideració del context social i econòmic on es volen inscriure les polítiques de salut (Figura 3).



FIGURA 3. Reptes del Pla de salut 2016-2020

**1) Reduir les desigualtats socials en salut.** Per a la disminució de les desigualtats socials en salut, cal una estratègia intersectorial, interdepartamental i interadministrativa. El Pla proposa la potenciació del Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) i de programes interdepartamentals com el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària<sup>21</sup> (PIAISS) o el Pla integral de salut mental. A més, s'inclou projectes específics per a col·lectius vulnerables en l'àmbit de l'atenció maternoinfantil, salut infantil i de l'adolescència, d'atenció a la gent gran, persones que pateixen malalties que causen discapacitat o dependència, i les que pateixen violència. Els objectius de salut que proposa aquest Pla de salut permeten monitorar l'anàlisi de l'estat de salut, els estils de vida i l'ús dels serveis des d'aquesta perspectiva i la valoració del progrés envers la reducció de les desigualtats.

**2) Donar una atenció social i sanitària més integral i integrada.** Les transicions que s'han de fer dins del sistema de salut demanen establir dinàmiques de col·laboració entre els serveis i els professionals. El Pla dona continuïtat als projectes que afavoreixen l'atenció integrada i s'ha considerat prioritari aprofundir especialment en la interacció dels serveis sanitaris i socials. Per aquest motiu, s'ha creat recentment el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), que s'ha de desenvolupar en el marc del Pla de salut 2016-2020, i cal avançar en la implantació dels pactes territorials i el desenvolupament de xarxes assistencials.

**3) Acostar les prestacions a les necessitats de les persones: millorar l'accessibilitat i la resolució.** El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 ha de continuar desenvolupant i generalitzant les millores aconseguïdes amb el Pla de salut 2011-2015 fins a estendre-les a tot el territori i a tots els àmbits assistencials. Per això, una de les línies estratègiques d'actuació s'adreça especialment a les reformes organitzatives que requereixen l'atenció sanitària accessible, resolutiva i integrada. Els projectes del Pla de salut han de vetllar per millorar la gestió de les llistes d'espera i reduir el temps i el nombre de persones que esperen ser diagnosticades i operades. Per tant, han de tenir en compte el Pla integral per a la millora de les llistes d'espera sanitàries, recentment aprovat, que prioritza actuacions per a l'increment de l'activitat adreçat a reduir el temps d'espera i les persones en llista, la gestió proactiva dels pacients en llista d'espera, donar una informació més accessible i l'apoderament de l'atenció primària millorant l'accés a les primeres visites de consultes externes.

**4) Organitzar-se millor per ser més efectius.** El Pla especifica un grup de prioritats de salut i reforça les àrees d'intervenció prioritàries del període 2011-2015, i les amplia per tal d'aconseguir millores en àmbits com ara: les malalties transmissibles, inclosa la vigilància i el control comunitaris, les malalties minoritàries, l'atenció primà-

ria i salut comunitària, així com la salut infantil i juvenil, especialment pel que fa a la salut mental. A més, es continua la reordenació de l'atenció terciària fins a completar-la. En la línia dels codis d'atenció emergent, el Pla afrontarà una regulació integral del sistema d'urgències de Catalunya: des de l'àmbit comunitari a les urgències hospitalàries. Un procés que haurà d'actualitzar els rols dels diferents dispositius que presenten atenció urgent i com s'interrelacionen entre ells, així com homogeneïtzar els processos d'urgències intrahospitalàries per adequar-los a criteris de qualitat assistencial i de satisfacció i dels drets dels seus usuaris.

**5) La prevenció com a divisa.** El Pla prioritza la salut pública com a línia d'actuació amb l'objectiu d'optimitzar l'impacte positiu de la protecció i la promoció de la salut i la prevenció de les malalties sobre la salut de la població. Es preveu l'elaboració d'un pla d'educació i promoció de la salut en totes les etapes vitals amb la participació de diversos sectors.

**6) Facilitar un rol més actiu dels ciutadans.** A més de les accions per promoure hàbits de vida saludable, el Pla preveu donar continuïtat a projectes que millorin l'apoderament dels pacients però també establir mecanismes de participació formals per als ciutadans. Aquests projectes els han de permetre protagonitzar la transformació en diferents àmbits del sistema i que les seves veus siguin escoltades i tingudes en compte en la concreció i el codiseny de les noves estratègies amb visió de futur. D'altra banda, cal implementar sistemes d'avaluació que tinguin en compte la perspectiva del ciutadà com a part integrant del resultat final del procés assistencial.

**7) Recuperar el lideratge dels professionals.** Es proposa avançar en un sistema de reconeixement del desenvolupament professional, impulsar òrgans de participació i afavorir el lideratge dels professionals dins les seves organitzacions. Serà igualment prioritari recuperar el dinamisme dels professionals de la salut i buscar la implicació activa en la implementació de les polítiques emanades del Pla de salut, de manera que s'evidenciï la coherència entre l'activitat quotidiana i la planificació estratègica amb visió de país i de futur.

**8) Aconseguir un model de gestió més àgil i descentralitzat.** El Pla potencia la gestió descentralitzada dels serveis i les actuacions de millora de la seguretat. Postula un sistema de finançament que tingui en compte les necessitats de la població de cada territori i estigui sotmès a una avaluació per resultats en salut. Aposta per reforçar la utilització de les tecnologies i aplicar-les en la millora de l'organització, durant el procés assistencial i per millorar l'experiència dels pacients que han de fer ús d'aquest sistema o requereixen informació sobre la seva salut.

**9) Potenciar un sistema transparent que es compromet formalment, s'avalua i rendeix comptes.** El Pla vol

ampliar l'avaluació de resultats a tot el procés assistencial. A més, es proposa avaluar l'efectivitat, l'eficiència i l'impacte dels programes de salut i de cribratge, tant si són de promoció de la salut com si són de prevenció de la malaltia o assistencials. Es vol aprofundir en la valoració de la variabilitat en les pràctiques assistencials segons diferents contextos i en l'ús intensiu de les diverses fonts d'informació per ampliar i millorar l'avaluació del conjunt del sistema.

**10) Implementar les tecnologies de la informació.** El Pla incorpora la línia estratègica salut digital amb vocació de servei i suport a totes les altres línies estratègiques del Pla de salut. Després d'haver desenvolupat un entorn d'interoperabilitat per a tot el Sistema sanitari integrat d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) amb respecte per l'autonomia de gestió dels proveïdors, aquesta línia es crea amb el repte d'abordar la gestió dels processos assistencials i de la integració de la informació per tenir una visió completa de la població.

**11) Innovar com a motor de transformació.** En el propòsit de millorar la salut de la població i d'optimitzar l'adequació dels serveis que cal prestar, la recerca i la innovació són elements crucials per millorar tant els procediments terapèutics com els processos assistencials. La recerca orientada a optimitzar el tractament de les patologies prevalents i la innovació per millorar l'atenció que se'ls presta és, doncs, part de la bona pràctica assistencial. El Pla incorpora la recerca entre les seves línies estratègiques i preveu el desenvolupament del Pla estratègic i innovació en salut 2016-2020 (PERIS 2016-2020).

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Idescat. Evolució de la població. Xifres oficials. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: [www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d001](http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=d001).
- Idescat. Projeccions de població (base 2013). Població projectada a 1 de gener de 2020 escenari mitjà. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8702>.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, Ontario (Canada): Government of Canada, Ministry of Supply and Services; 1974.
- Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res. 1976;2:453-66.
- Thornton J. Estimating a health production function for the US: some new evidence. Appl Econ. 2002;34:59-62.
- Idescat. Anuari estadístic de Catalunya. Taxa d'atur 2001-2015. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=318>.
- Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Taxa d'atur de llarga durada. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: [www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8501](http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=8501).
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss\\_crisi\\_salut/Fitxers\\_crisi/Salut\\_crisi\\_informe\\_2015.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/oss_crisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf).
- Idescat. Distribució de la renda, risc de pobresa i exclusió social. Base 2013. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7830>.
- Idescat. Enquesta de condicions de vida. Distribució de la renda, risc de pobresa i exclusió social. Base 2013. Distribució personal de la renda. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7596>.
- Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income; 2004-2015. Disponible a: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teessi190>.
- Idescat. Indicadors de la Unió Europea. Abandonament prematur dels estudis. Barcelona: Idescat, Generalitat de Catalunya. Disponible a: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=5&id=8508&dt=201500>.
- Commission on social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization; 2008. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf).
- Departament de Salut. Anàlisi de la mortalitat 2013. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/dades\\_de\\_salut\\_i\\_serveis\\_sanitaris/mortalitat/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/mortalitat/).
- Departament de salut. Enquesta de salut de Catalunya. Disponible a: <http://salutweb.gencat.cat/esca>.
- Mackenbach JP, Bakker MJ. European network on interventions and policies to reduce inequalities in health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. Lancet 2003;362:1409-14. Disponible a: <http://www.belspo.be/platformid/Library/Mackenbach%20Bakker.pdf>.
- Departament de Salut. Estadístiques de mortalitat a Catalunya i l'Estat espanyol. Impacte del canvi de documents i circuits per comunicar les defuncions. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2013;34(1):1-6. Disponible a: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/recursos/butlletins\\_de\\_salut/promocio\\_i\\_proteccio\\_de\\_la\\_salut/bec\\_butlleti\\_epidemiologic\\_de\\_catalunya/2013/bec\\_gener\\_2013.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/butlletins_de_salut/promocio_i_proteccio_de_la_salut/bec_butlleti_epidemiologic_de_catalunya/2013/bec_gener_2013.pdf).
- Gili M, Roca M. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013 Feb;23(1):103-8. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035>.
- Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, et al. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Pract. 2015 Mar;65(632):e198-203.
- World Health Organization. World report on ageing and health. Luxembourg: World Health Organization; 2015. Disponible a: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1).
- Departament de la Presidència. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Disponible a: [http://presidencia.gencat.cat/ca/el\\_departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/](http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/).