

# Informe de salut de Catalunya 2019

Gener de 2020



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

**Direcció:**

Pilar Saura Agel, directora general de Planificació en Salut

**Responsables de l'edició:**

Oriol Garcia Codina, Ricard Tresserras Gaju i Eulàlia Masachs Fatjó

**Han col·laborat en l'elaboració de l'Informe:**

Roser Bosser Giralt, Ingrid Bullich Marín, Carmen Cabezas Peña, Conxa Castell Abat, Berta Clavé Safont, Montse Clèries Escayola, Joan Colom Farran, Josep Maria Descals Sáez, Josep Alfons Espinàs Piñol, Adriana Freitas Ramírez, Lluís Garcia Eroles, Olímpia Garcia Fibla, Patrícia Gosalbez Rafel, Mireia Jané Checa, Xavier Liebaria Samper, Antonia Medina Bustos, Anna Mompert Penina, Regina Muñoz Galan, Josep Maria Ollé Oltra, Bibiana Prat Pubill, Anna Puigdefàbregas Serra, Esteve Saltó Cerezuela, Sebastià Santaeugènia González, Anna Schiaffino Rubinat, Mar Torné Farré, Luis Urbiztondo Perdices, Emili Vela Vallespin, César Velasco Muñoz, Maria José Vidal Benedé

**Alguns drets reservats**

© 2020, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la [pàgina web de Creative Commons](#).

**Edita:**

Direcció General de Planificació en Salut.

**1r edició:**

Barcelona, gener de 2020.

**Assessorament lingüístic:**

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut.

**Disseny de plantilla accessible 1.03:**

Oficina de Comunicació. Identitat Corporativa.

## Sumari

1	Resum executiu .....	5
2	Quina salut tenim? .....	6
3	Què fem per la nostra salut? .....	9
4	Què ens fa emmalaltir? .....	20
5	De què ens morim? .....	31
6	Quin és el nostre entorn social? .....	33
7	Quin és el nostre entorn físic? .....	41
8	De cara al proper Pla de salut .....	47
9	Annex. Seguiment dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 .....	49
10	Referències .....	57

## Presentació

L'Informe de salut de Catalunya aporta informació de forma regular sobre la salut de les persones que viuen a Catalunya tot prestant atenció als determinants de la salut. En aquesta ocasió, però, atès que la publicació d'aquest informe coincideix amb l'inici dels treballs d'elaboració del nou Pla de salut 2021-2025, més que oferir un volum d'informació exhaustiu, s'ha procurat assenyalar les dades bàsiques de les àrees que seran fonamentals per al nou Pla de salut. S'han prioritzat els elements essencials en funció dels eixos de desigualtat, com són l'edat, el sexe, la classe social i el nivell d'estudis, així com el territori i l'evolució en el temps i només es destaquen aquelles que es consideren rellevants.

Aquest document ofereix la informació de manera resumida i amb un document breu que conté el que és més essencial. De forma intencionada, els indicadors es mostren en els homes i en les dones i es prescindeix de l'indicador general per tal d'orientar la interpretació cap a les diferències en funció del sexe, com a pas necessari per poder-nos qüestionar les desigualtats de gènere. S'ha procurat abordar els temes de forma general sempre que ha estat possible; és a dir, no es trobarà gaire informació sobre malalties concretes i sí de com es troben les persones o de la càrrega de la morbiditat en conjunt. La informació més detallada es podrà trobar en els enllaços vinculats a cada àrea tractada.

A partir de l'esperança de vida i la percepció de salut, s'inicia un recorregut estructurat a través de les preguntes següents: quina salut tenim? què fem per la nostra salut?, què ens fa emmalaltir?, de què ens morim?, quin és el nostre entorn social, quin és el nostre entorn físic? Finalment, es mostra l'estat més actual dels indicadors dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2020.

L'Informe de salut 2019 dona continuïtat a la sèrie d'informes anuals i inclou les dades més recents disponibles el mes de desembre de 2019, d'aquí la seva denominació. A més, aquest Informe de salut ha de servir com a base per elaborar el proper Pla de salut, que es desenvoluparà al llarg de l'any 2020.

Aquest document ha estat possible gràcies a un equip de treball format per persones del Departament de Salut, l'Agència de Salut Pública de Catalunya, el Servei Català de la Salut i l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya i ha estat coordinat per la Direcció General de Planificació en Salut. A totes elles els agraïm la seva col·laboració.

## 1 Resum executiu

De manera global, l'estat de salut que declaren els homes i dones a Catalunya és bo i els indicadors generals de salut es troben entre els nivells més elevats dels països del nostre entorn. Tanmateix, hi ha un seguit de reptes que cal afrontar amb una mirada sistèmica. Tot i tenir uns bons indicadors de salut, la seva distribució mostra variacions relacionades amb aspectes com el sexe o l'edat i amb la seva relació amb les condicions socioeconòmiques i formatives. Aquestes variacions s'observen en indicadors tan bàsics com l'esperança de vida.

L'existència de desigualtats socials fa palesa la necessitat de virar a un model més intersectorial i capaç d'actuar de forma integrada. Sense aquesta mirada no serà possible abordar els reptes assistencials com, per exemple, els derivats de l'envelliment de les dones que viuen soles, amb pluripatologia crònica, inclosa la malaltia mental, i les necessitats complexes derivades de situacions de privació material i de manca de suport social, en una societat que ha esdevingut econòmicament més desigual.

Preocupa el consum de tabac, d'alcohol i d'altres drogues en joves; l'excés de pes en joves i l'obesitat en adults dels grups socials desafavorits, així com l'increment de les malalties de transmissió sexual entre els adults joves. La dieta adequada i la pràctica d'activitat física segueixen sent recomanacions imprescindibles per mantenir una bona salut.

La contaminació atmosfèrica és el principal risc ambiental per a la salut, especialment en entorns urbans, però també cal atendre la contaminació de les aigües de consum humà, tant pel que fa al control microbiològic com químic, sobretot els nitrats. La seguretat alimentària mostra estàndards de compliment alts. L'emergència climàtica actual apunta a un major nombre d'onades calor i amb condicions més extremes per a la vida, i també cal esperar l'aparició de noves malalties transmissibles pel trasbals en les condicions epidemiològiques que comportarà l'emergència climàtica.

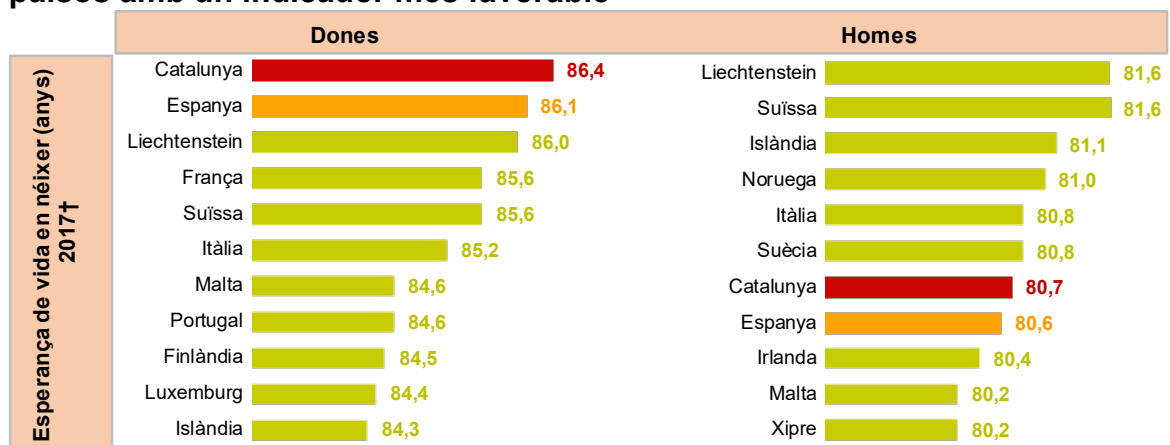
## 2 Quina salut tenim?

Els homes i les dones<sup>1</sup> que viuen a Catalunya tenen una de les esperances de vida més altes d'Europa<sup>2</sup> (figura 1). L'esperança de vida de les dones continua sent més elevada que la dels homes, els nens nascuts l'any 2017 s'espera que visquin una mitjana de 80,7 anys i les nenes, 86,2 anys. Vuit de cada deu afirmen que la seva salut és bona, molt bona o excel·lent, motiu pel qual l'esperança de vida en bona salut és també alta (66,6 anys en homes i 66,1 en dones).

Tanmateix, l'esperança de vida en bona salut ha disminuït respecte de l'any anterior i és més baixa en dones que en homes.

Gaudim d'una de les esperances de vida més elevades d'Europa.

### Il·lustració 1. Esperança de vida 2017 segons territori europeu. Selecció de països amb un indicador més favorable

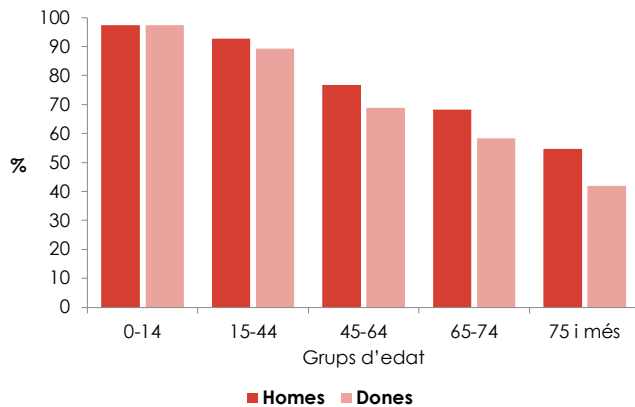


Font: Registre de mortalitat de Catalunya (RMC). Departament de Salut. Eurostat. †: darrer any disponible.

La majoria de les persones declaren que es troben bé de salut.<sup>3</sup> No obstant això, convé fixar-se que les dones sempre declaren tenir pitjor salut. A mesura que augmenta l'edat, es redueix la percepció de bona salut i en els grups de més edat la diferència entre homes i dones és encara més marcada (figura 2). En comparació amb els homes, hi ha menys dones que declaren tenir benestar emocional (68,9% de les dones enfront del 79,2% dels homes). Com a conseqüència, malgrat que les dones viuen més anys que els homes, també en viuen més amb pitjor percepció de salut que ells. Els homes viuen en mala salut 14,1 anys i les dones 20,1 anys.

Les dones viuen més anys, però viuen més temps amb pitjor salut que els homes.

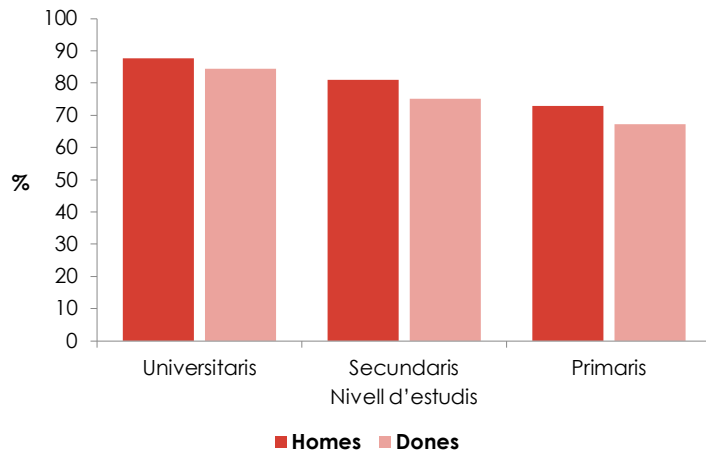
### Il·lustració 2. Proporció de població general amb percepció positiva de l'estat de salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2018. Departament de Salut.

La proporció de persones amb mala salut percebuda és més alta en les classes socials més desfavorides i entre les persones que tenen menys nivell d'estudis (figura 3). En l'esperança de vida també s'observen diferències segons el nivell socioeconòmic.<sup>4</sup> En conseqüència, la salut de la població no es pot valorar sense tenir en compte els determinants socials i situacions personals dels homes i les dones.

Les dones de més edat, amb nivell socioeconòmic i d'estudis baix són les que declaren tenir pitjor salut.

**Il·lustració 3. Proporció de població de 15 anys i més amb percepció positiva de l'estat de salut, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2017-2018**

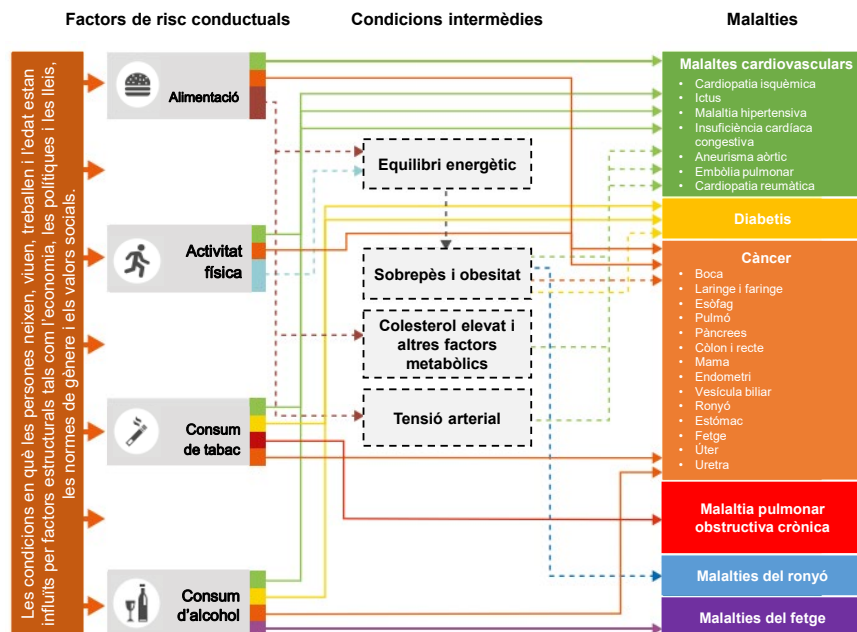
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.



### 3 Què fem per la nostra salut?

Per assolir un bon estat de salut al llarg de la vida són molt importants tant l'entorn on vivim com la forma de viure. Des del punt de vista de la salut i la qualitat de vida, la pràctica d'activitat física, l'alimentació, el consum de tabac i el d'alcohol són les conductes fonamentals pel que fa a les seves repercussions en la salut dels homes i les dones (figura 4). Aquestes conductes individuals estan influenciades per determinants socials, entre els quals cal destacar les condicions de vida i les normes socials, com són els rols de gènere d'homes i de dones.<sup>5</sup> En les generacions de més edat, els patrons de conducta d'homes i de dones són molt diferenciats, per exemple pel que fa al consum d'alcohol, tabac i altres drogues, mentre que en les generacions més joves s'observen unes conductes que s'assemblen més.

#### II-lustració 4. Camins causals entre els factors de risc i les malalties no transmissibles



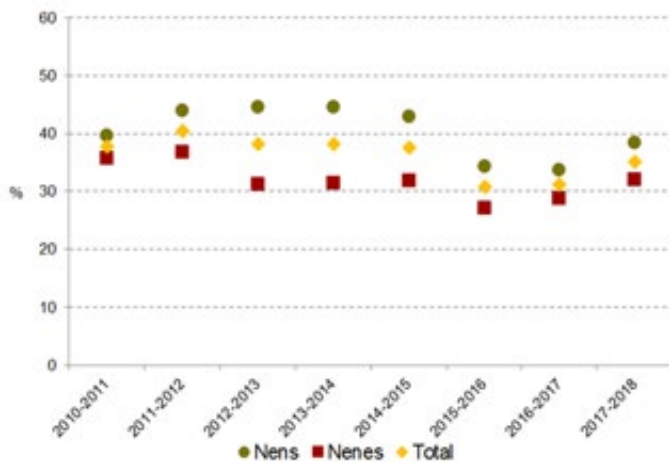
Font: Oficina Regional per a Europa de l'Organització Mundial de la Salut.<sup>6</sup>

Moltes d'aquestes conductes s'adopten a la infància i a l'adolescència, moments en els quals la família, el grup d'iguals i l'entorn social són molt rellevants. Entre els 3 i els 14 anys, els nois declaren més sovint que les noies que fan un estil d'**oci actiu** –com a mínim fan una hora d'activitat física al dia en el temps de lleure– (38,2% els nois i 31,9% les noies). No obstant això, també és més elevada la proporció de nois que de noies que declaren fer un oci sedentari –passar dues hores cada dia davant de pantalles– (42,9% i 34,4%, respectivament). L'oci

sedentari és més freqüent entre la classe més desfavorida i és menys freqüent quan el nivell d'estudis de mares i de pares és més alt. L'evolució de l'estil d'oci actiu no mostra cap tendència definida des del 2010 (figura 5).

L'estil d'oci actiu és declarat més sovint entre els nois que entre les noies.

### II·lustració 5. Evolució temporal de la proporció de nens i de nenes de 3 a 14 anys que fan un estil d'oci actiu per sexe. Catalunya, 2010-2018

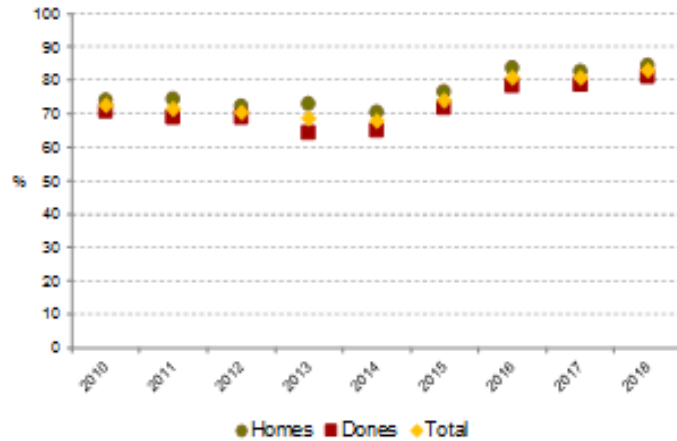


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2018. Departament de Salut

En els adults, el 84,5% dels homes i el 81,1% de les dones de 15 a 69 anys fan una quantitat d'**activitat física saludable** i no s'observen diferències rellevants per grup d'edat ni gradient social. En els darrers tres anys la pràctica d'activitat física saludable està estabilitzada en els valors més alts des de 2010 (figura 6).

La pràctica d'activitat física saludable en població adulta s'ha estabilitzat al voltant del 80% tant en homes com en dones.

## Il·lustració 6. Evolució de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys per sexe. Catalunya, 2010-2018

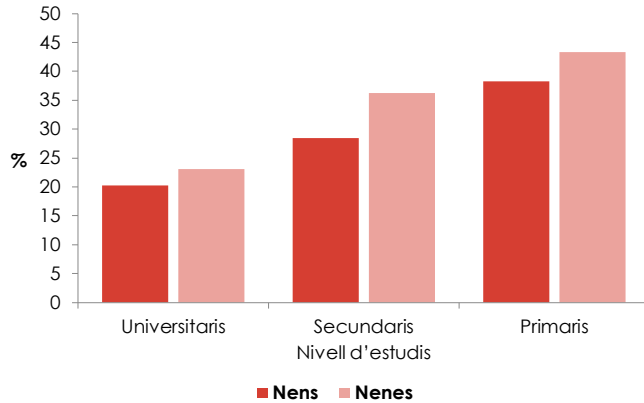


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2018. Departament de Salut

Un altre aspecte molt rellevant per a un bon estat de salut són els **hàbits alimentaris** i molt especialment evitar el **consum freqüent d'aliments amb un alt contingut energètic**, com ara les begudes ensucrades, la brioixeria o els picolabis i els productes salats. El 27,0% dels nens i el 32,9% de les nenes entre 3 i 14 anys consumeixen de forma freqüent (3 cops o més a la setmana) productes hipercalòrics. El consum freqüent d'aquest tipus d'aliments és més elevat entre les classes més desfavorides i entre els fills de dones sense estudis universitaris (figura 7).

Els nens i nenes dels grups socials més desfavorits són els que més sovint consumeixen productes hipercalòrics.

### Il·lustració 7. Proporció de nens i nenes de 3 a 14 anys que fa un consum freqüent de productes hipercalòrics, per sexe i nivell d'estudis de la mare. Catalunya, 2017-2018

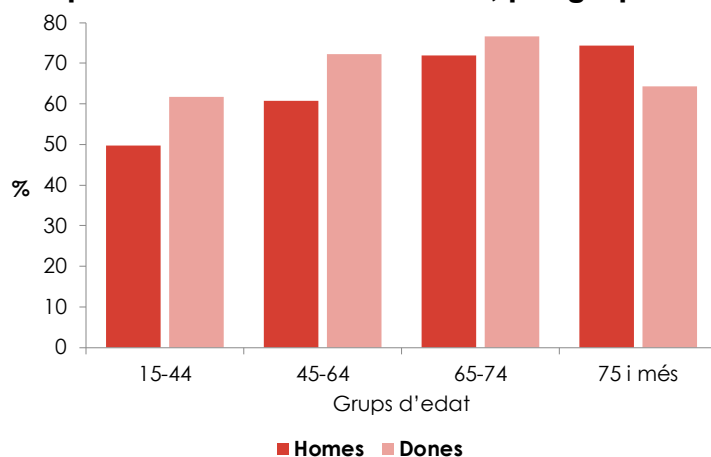


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.

En l'edat adulta les recomanacions de dieta mediterrània les segueixen en més proporció la gent gran que els joves, les dones més que els homes, les classes benestants més que les menys afavorides i els que tenen estudis universitaris més que els que tenen estudis primaris o no en tenen (figura 8). El canvi en els criteris de mesura<sup>7</sup> de la dieta no permet valorar la tendència.

El seguiment de la dieta mediterrània és més elevat entre la gent gran que entre els joves.

### Il·lustració 8. Proporció de població de 15 anys i més que fa un seguiment adequat de la dieta mediterrània, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut

El consum de drogues se sol iniciar en l'etapa juvenil i pot esdevenir una addicció. L'any 2016 les drogues més consumides pels estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys van ser<sup>8</sup> l'alcohol, el tabac, el cànnabis, els hipnosedants i, a

molta més distància, la cocaïna. Les noies consumeixen més freqüentment tabac i alcohol que els nois, i aquests consumeixen més freqüentment drogues il·legals. Tant en nois com en noies, l'inici del consum de tabac se situa en els 14 anys. Pel que fa al consum d'hipnosedants, és més elevat en les noies.

L'edat d'inici del consum de tabac se situa en els 14 anys i no presenta diferències entre nois i noies.

En població de 15 a 64 anys,<sup>9</sup> les drogues més freqüentment consumides segueixen el mateix ordre que en la població d'estudiants de 14 a 18 anys. La prevalença de consum mensual entre els adults és més elevada que en la població estudiantil en totes les substàncies enumerades a la taula 1, llevat del cànnabis i dels hipnosedants.

**Taula 1. Prevalença de consum els darrers 30 dies de substàncies psicoactives entre els estudiants de secundària de 14 a 18 anys, per sexe. Catalunya, 2016 (%).**

Substància	Nois (%)	Noies (%)
Alcohol	60,3	63,6
Tabac	24,1	29,7
Cànnabis	22,1	18,5
Hipnosedants	5,4	8,7
Cocaïna	1,3	0,6

Font: 14-18 anys, ESTUDES 2016. Anàlisi de la mostra de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya

**Taula 2. Prevalença de consum els darrers 30 dies de substàncies psicoactives entre els estudiants de secundària de 16 a 65 anys, per sexe. Catalunya, 2017 (%).**

Substància	Homes (%)	Dones (%)
Alcohol	70,2	57,9
Tabac	42,4	34,1
Cànnabis	15,9	7,9
Hipnosedants	4,9	7,0
Cocaïna	2,9	0,8

Font: 15-64 anys EDADES 2017. Anàlisi de la mostra de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya

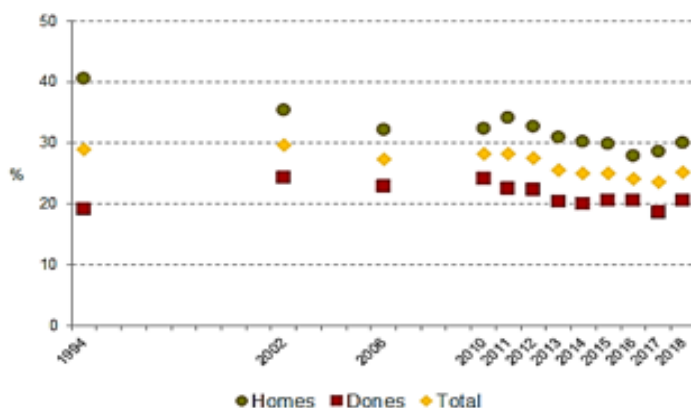
Les addicions també poden desenvolupar-se en determinats comportaments, entre les quals destaca l'ús compulsiu d'Internet. **Entre la població que cursa estudis secundaris de 14 a 18 anys**, l'ús compulsiu d'Internet és més elevat en les noies que els nois (28,6% i 22,6%, respectivament). En la població adulta de 15 a 64 anys, la prevalença és molt més baixa, el 3,2% de dones i el 2,7% d'homes en fan un ús compulsiu.

L'ús compulsiu d'Internet és més elevat en les noies que en els nois.

El **consum de tabac** ha canviat molt en els darrers anys i de forma diferent en homes i dones. L'any 2018 fuma el 30,9% dels homes i el 20,5% de les dones de 15 anys i més. La tendència del tabaquisme en les dones no disminueix i en els homes la tendència descendent que s'anava observant des de 2012 es podria estar **trencant** (figura 9). Els més joves i les persones d'edat mitjana fumen més que la gent gran, i en els grups d'edat més joves la diferència entre homes i dones és menor que en els grups de més edat. En les dones no hi ha gradient social en el consum de tabac, mentre que els homes de la classe social més desfavorida fumen en més proporció que els de la classe més benestant.

En els darrers anys el tabaquisme no ha disminuït en les dones i en els homes, que disminuïa, mostra un repunt.

### Il·lustració 9. Evolució de la proporció de població de 15 anys i més que consumeix tabac (diàriament o ocasionalment), per sexe. Catalunya, 1994-2018



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994-2018. Departament de Salut.

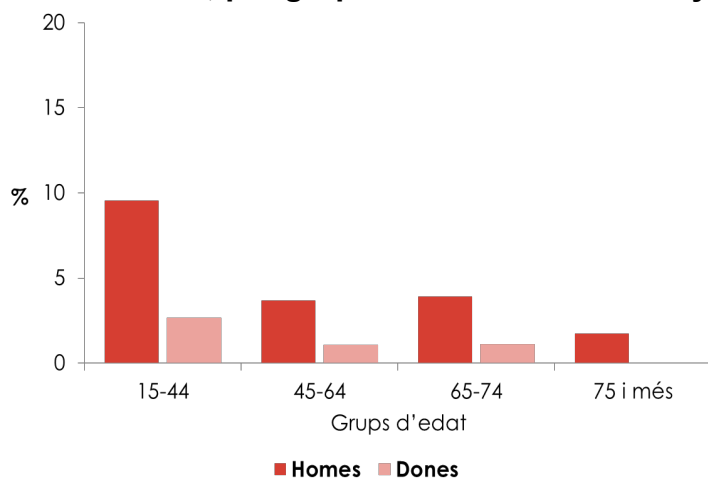
A banda del consum de tabac, també té importància l'**exposició passiva al fum de tabac**. L'evolució de la presència de fum de tabac a les llars on viuen els joves de menys de 15 anys és decreixent des del 2006. No hi ha diferències per sexe (11,0% els nens i 12,2% les nenes), com tampoc n'hi ha en l'etapa adulta. En ambdós sexes, els infants i adolescents de la classe més benestant i els fills de persones amb estudis universitaris són els que estan menys exposats al fum de tabac.

El **consum de risc d'alcohol** s'observa en el 6,4% dels homes i en l'1,7% de les dones. És més alt en joves en ambdós sexes que en els grups de més edat i superior en els homes en totes les edats (figura 10). No s'observa gradient social ni formatiu, ni una evolució clara en el temps.

Els homes joves mostren el consum excessiu d'alcohol més elevat.



### Il·lustració 10. Percentatge de població de 15 anys i més que fa un consum de risc d'alcohol, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

Les conductes relacionades amb la salut estan influenciades per condicions socials i econòmiques i es distribueixen de forma diferent en homes i en dones. Amb caràcter general, les dones tenen unes conductes més saludables que els homes (taula 2). Quan hi ha gradient social, són les classes més desfavorides les que tenen unes conductes menys saludables, tant en joves com en adults.

### Taula 3 Proporció de població adulta que segueix diversos comportaments relacionats amb la salut, per sexe. Catalunya, 2018.

Comportaments	Homes (%)	Dones (%)
Consum de tabac (15 anys i més)	30,9	20,5
Consum de risc d'alcohol (15 anys i més)	6,4	1,7
Activitat física saludable (15-69 anys)	84,5	81,1
Seguiment de la dieta mediterrània (15 anys i més)	57,7	67,2
Dormir entre 6 i 8 hores al dia (15 anys i més)	80,3	77,6

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

A banda dels comportaments quotidians, la cura de la pròpia salut es veu reflectida també en el seguiment de les activitats preventives recomanades. A

Catalunya, els nens i nenes segueixen un programa d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica des de l'atenció primària (Infància amb salut<sup>10</sup>), on s'inclou el programa de vacunacions sistemàtiques. La cobertura de primovacunació en infants se situa per sobre del 95% (taula 3).

**Taula 4 Cobertura de primovacunació amb vacuna hexavalent. Catalunya, 2018.**

<b>Cohort 2017</b>	<b>Cobertura (%)</b>
Vacuna combinada contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina (DTPa)	95,6
Vacuna anti- <i>Haemophilus influenzae</i> tipus b conjugada (Hib)	95,5
Vacuna antipoliomielítica injectable (PI)	95,6
Vacuna anti-hepatitis B (HB)	95,4

Font: Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, 2019.

Pel que fa als adults, més de la meitat fan un control dels seus factors de risc vascular (hipercolesterolèmia, tensió arterial alta), sense diferències entre homes i dones, i és superior en edats més elevades. El seguiment del programa de cribratge poblacional de tumor de mama i del programa de cerca activa de casos des dels serveis assistencials per al càncer de coll uterí és majoritari i augmenta el seguiment del programa de cribratge poblacional de còlon i recte a través de la sang oculta en femta,<sup>11</sup> que és d'introducció més recent (taula 4).

**Taula 5 Proporció de població adulta que declara fer diverses pràctiques preventives, per sexe. Catalunya, 2018.**

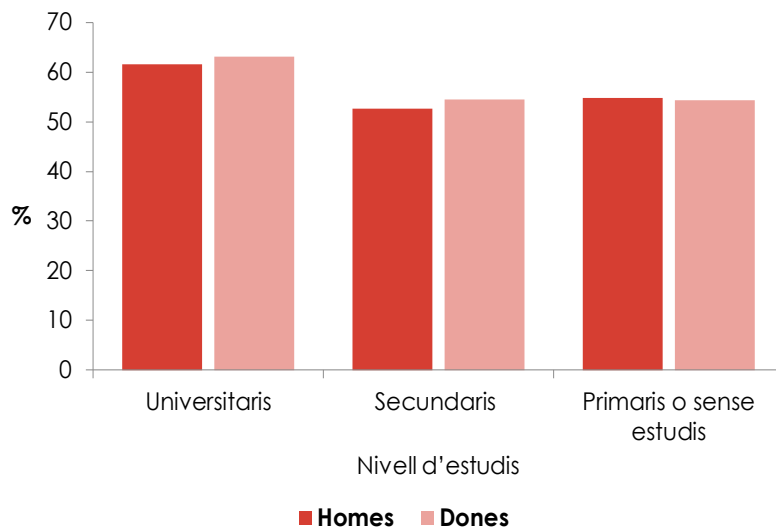
<b>Pràctica preventiva</b>	<b>Homes (%)</b>	<b>Dones (%)</b>
Mamografia periòdica (dones 50-69 anys)		93,4
Citologia cervicovaginal periòdica (dones 25-64 anys)		73,7
Prova de sang oculta en femta (50-69 anys)	51,2	53,8
Mesurament periòdic de la tensió arterial (15 anys i més)	51,1	51,5
Mesurament periòdic del colesterol (15 anys i més)	51,5	55,7

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

En els programes de cribatge poblacional i en el mesurament periòdic de la pressió arterial no s'observa cap diferència pel que fa als factors socioeconòmics ni al sexe (taula 4). En el control periòdic del colesterol s'observa un gradient segons el nivell d'estudis: se'l controlen més els homes i les dones amb estudis universitaris (figura 11). El cribatge oportunista de càncer de coll uterí el fan més freqüentment les dones de les classes més benestants.

Els programes de cribatge de càncer colorectal i de mama, que són poblacionals, no mostren diferències associades a factors socioeconòmics, a diferència del cribatge de càncer de coll uterí, que és oportunista.

**Il·lustració 11. Proporció de població de 15 anys i més que es revisa periòdicament el nivell de colesterol, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2017-2018**

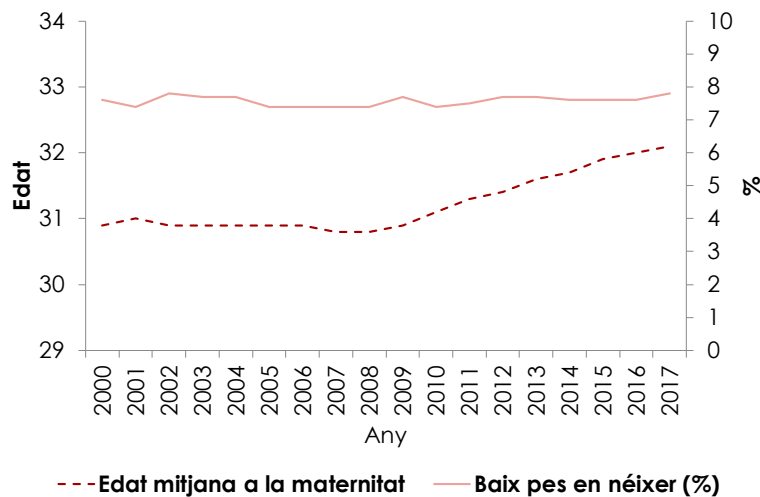


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.

## 4 Què ens fa emmalaltir?

A banda de les condicions genètiques que poden fer-nos viure amb algun dèficit funcional, néixer amb baix pes o amb **prematuritat** pot afectar també el desenvolupament al llarg de la vida. Tant la prematuritat com el **pes baix en néixer** s'han mantingut estables durant els darrers quinze anys, al voltant del 7%,<sup>12</sup> tot i l'endarreriment de l'edat mitjana en què les dones donen a llum<sup>13</sup> (figura 12).

### Il·lustració 12. Evolució de l'edat mitjana a la maternitat i del pes baix en néixer. Catalunya, 2000-2017

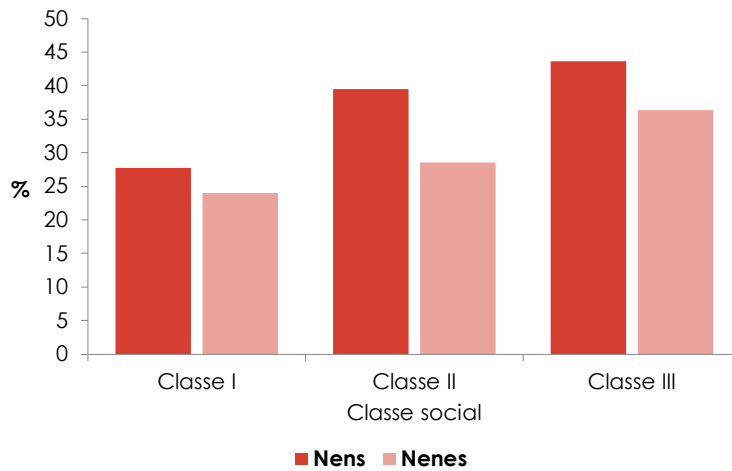


Font: Idescat. Registre de nadons. Agència de Salut Pública de Catalunya.

En l'edat infantil, preocupa especialment l'**excés de pes**, ja que és precursor de l'**excés de pes en els adults** i predisposa a més probabilitat de patir malalties cardiovasculars, càncer i diabetis, entre d'altres. El 38,6% dels nens i el 32,3% de les nenes de 6 a 12 anys tenen excés de pes (obesitat o sobrepès), sense que hi hagi diferències per sexe. S'observa un gradient social en l'excés de pes: els nens i nenes de la classe més benestant en tenen en menys proporció (figura 13).

L'excés de pes en població de 6 a 12 anys té gradient social.

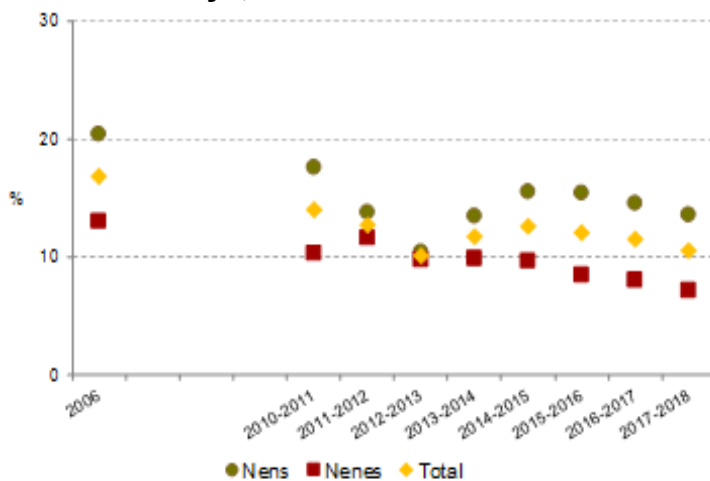
### II·lustració 13. Proporció de població de 6 a 12 anys que declara excés de pes (obesitat o sobrepès), per classe social i sexe. Catalunya, 2017-2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.

L'obesitat afecta un 13,6% dels nens i un 7,2% de les nenes. L'evolució de l'obesitat infantil declarada (de 6 a 12 anys) mostra una tendència de disminució lleugera els darrers anys, tot i que segueix sent alta (figura 14).

### II·lustració 14. Evolució de població de 6 a 12 anys que declara obesitat, per sexe. Catalunya, 2006-2018

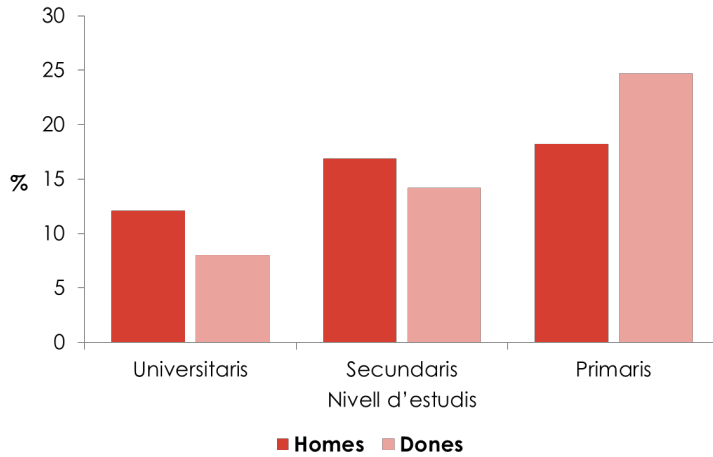


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006-2018. Departament de Salut.

En la població adulta, l'obesitat afecta el 15,7% dels homes i el 14,0% de les dones. També en aquest cas s'observa un gradient segons el nivell d'estudis, amb més obesitat entre les persones amb menys estudis. Aquest gradient formatiu és més pronunciat en les dones que en els homes (figura 15). L'evolució en el temps de l'obesitat en població adulta mostra una estabilització en nivells elevats (figura 16).

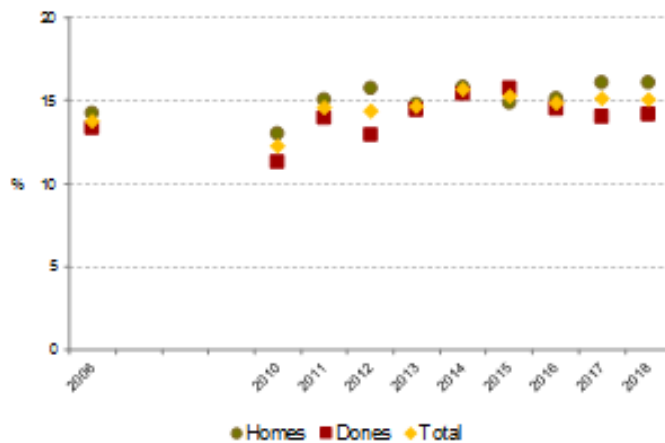
L'obesitat en adults també té gradient segons el nivell d'estudis.

### Il·lustració 15. Proporció de població de 18 a 74 anys que declara obesitat, per sexe i nivell d'estudis. Catalunya, 2017-2018



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006-2018. Departament de Salut.

### Il·lustració 16. Evolució de la població de 18 a 74 anys que declara obesitat, per sexe. Catalunya, 2006-2018



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006-2018. Departament de Salut.

Un dels problemes de salut emergents és l'augment de la incidència de diverses malalties de transmissió sexual.<sup>14</sup> Igualment, preocupa la incidència de malalties transmissibles com la tuberculosi<sup>15</sup> i el VIH<sup>16</sup> (taula 5), que es poden tractar amb fàrmacs, o aquelles que es poden prevenir mitjançant la vacunació.

Quant a les **malalties de transmissió sexual**, la incidència de sífilis i la de gonocòccia són molt més freqüents en homes que en dones, en homes que practiquen sexe amb homes i en les persones nascudes a l'estranger. Entre 2009 i 2018 la incidència de gonocòccia s'ha multiplicat més de deu vegades (10,8) i la de sífilis més de quatre (4,7). L'augment ha estat superior en els homes que en les dones.

La incidència de sífilis i la de gonocòccia són creixents i afecten més els homes.

La incidència de **clamídia** és més elevada en dones que en homes i en persones nascudes a l'estranger. Entre 2011 i 2018 la incidència s'ha multiplicat més de catorze vegades. L'increment dels casos notificats de clamídia genital es deu en part a la combinació de la millora en les tècniques de diagnòstic, a un increment de la detecció i a una millora dels sistemes de vigilància. Es tracta d'una infecció asimptomàtica; pel que el diagnòstic, depèn de les polítiques de cribratge i de les estratègies de diagnòstic.

La incidència de clamídia és creixent i és major en dones.

La incidència de **tuberculosi** es manté més elevada en homes que en dones i en persones nascudes a l'estranger. S'observa una variabilitat territorial, amb més incidència a Barcelona i a la Regió Sanitària Lleida. Des del 2008 la tendència és descendent i s'observa un augment de l'edat mitjana de les persones diagnosticades.

La tuberculosi afecta més els homes i té variabilitat territorial.

La **incidència del VIH** diagnosticat mostra una tendència descendent des de 2013. El VIH és més freqüent en homes que practiquen sexe amb homes i en persones nascudes a l'estranger.

La incidència del VIH és decreixent i afecta més els homes.

**Taula 6 Taxa d'incidència per 100.000 habitants de malalties de transmissió sexual, tuberculosi i VIH, per sexe. Catalunya, 2018.**

Taxa d'incidència per 100.000 habitants	Homes	Dones
Tuberculosi	17,0	9,4
Clamídia	74,4	111,9
Gonocòccia	100,0	22,5
Sífilis infecciosa	43,8	4,4
VIH	14,2	2,1

Font: Sistema de declaració obligatòria. Secretaria de Salut Pública; CEEISCAT. ASPCAT

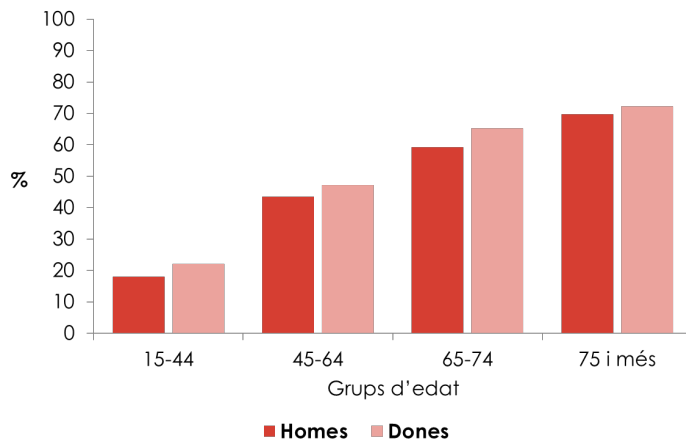
Pel que fa a les malalties prevenibles mitjançant la vacunació, s'està observant una reemergència del xarampió a Europa com a conseqüència de les cobertures de vacunació subòptimes en molts països. L'any 2018 a Catalunya la incidència va ser de 0,4 per cada 100.000 habitants. Els casos de xarampió confirmats a Catalunya van ser tots d'origen importat o relacionats amb un cas importat i majoritàriament es concentren en persones adultes joves, no vacunades correctament.<sup>17</sup>

Tot i la creixent incidència d'algunes de les malalties transmissibles, quan es pregunta a les persones quins problemes de salut tenen és més freqüent que declarin tenir **problemes de salut crònics o de llarga durada** que no són transmissibles. El 35,2% dels homes i el 41,4% de les dones tenen problemes de salut crònics. La prevalença és més elevada en dones que en homes i a mesura que augmenta l'edat (figura 17). En les dones s'observa un gradient social i segons el nivell d'estudis: les dones de la classe més benestant i les que tenen estudis universitaris tenen problemes de salut crònics en menys proporció. En els homes no s'observa aquest gradient.

Els trastorns crònics són el problema de salut més freqüent, i més en les dones que en els homes.



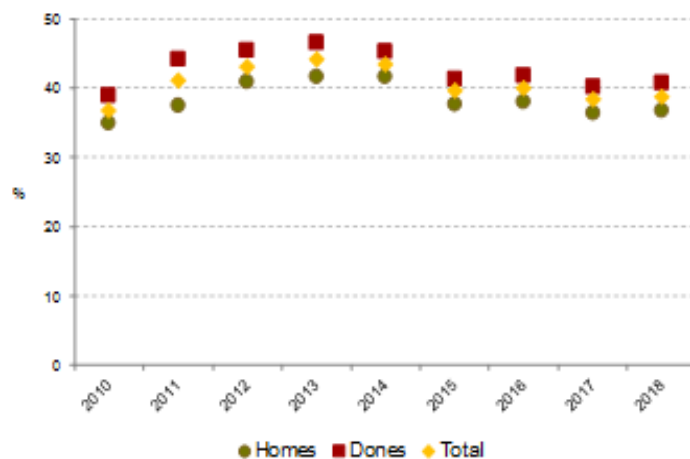
Il·lustració 17. Proporció de població de 15 anys i més amb un problema de salut crònic o de llarga durada, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

Des del 2010, es manté estable la proporció de quatre de cada deu persones adultes que tenen un problema de salut crònic (figura 18).

Il·lustració 18. Evolució de la proporció de població de 15 anys i més amb un problema de salut crònic o de llarga durada, per sexe. Catalunya, 2010-2018



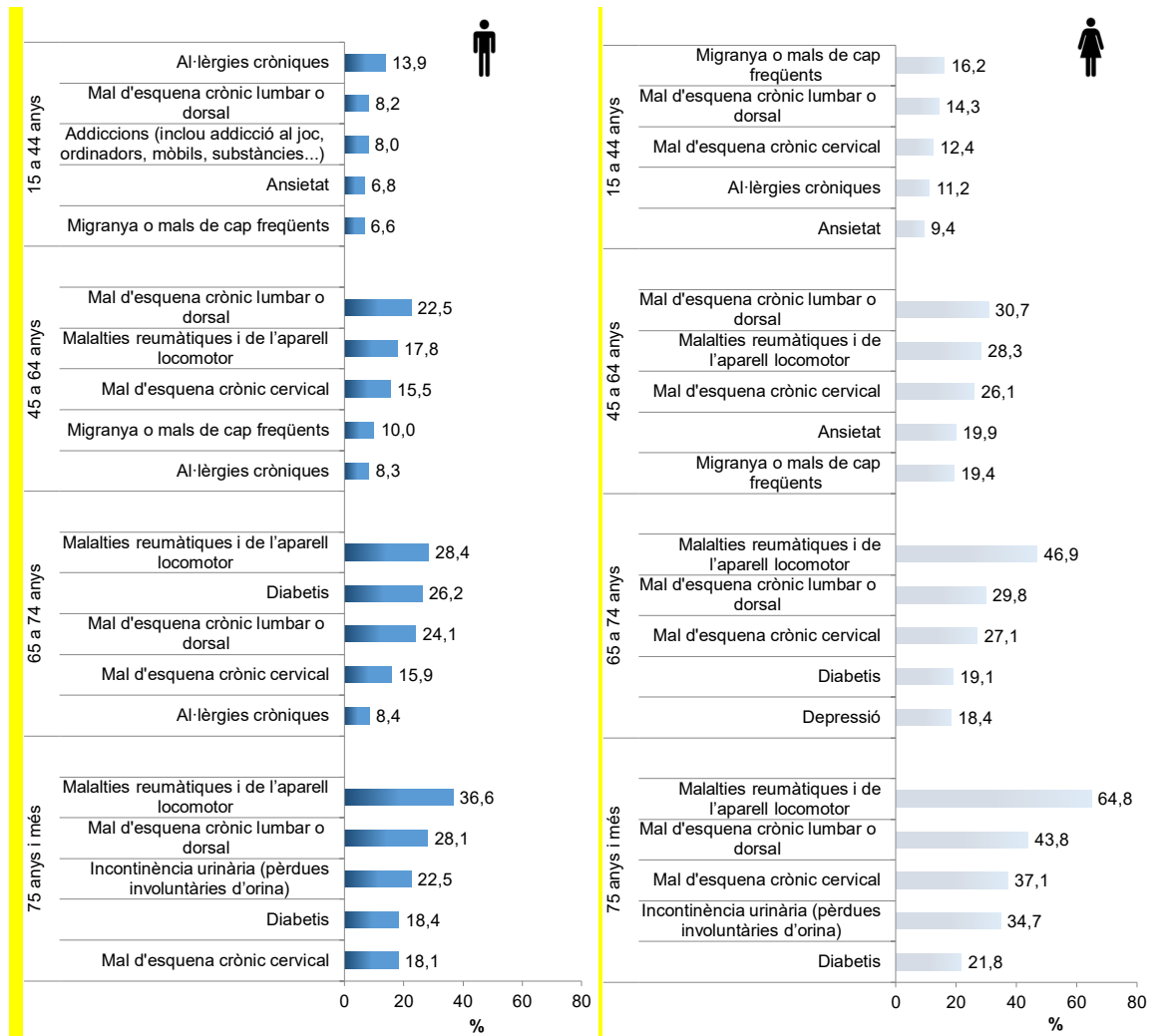
Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2018. Departament de Salut.

**Els problemes de salut de llarga durada** més freqüents que la població declara haver patit el darrer any són diferents segons el sexe i canvien en cada grup d'edat. La prevalença dels problemes més freqüents és més elevada en els grups de més edat que en els grups d'edat més joves. En els grups de més edat

guanyen protagonisme els trastorns musculoesquelètics i els endocrins (figura 19).

Il·lustració 19. Els cinc problemes de salut crònics o de llarga durada més freqüents patits els darrers 12 mesos, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018.



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2018. Departament de Salut.

Una de les característiques de les malalties i trastorns crònics és la seva durada en el temps i la tendència és que se n'acumulin diversos en una mateixa persona a mesura que augmenta l'edat. Per tant, hi ha persones que, pel fet de patir-ne diversos, tenen un nivell més elevat de complexitat a l'hora de ser ateses. Això es manifesta en un ús més intensiu dels recursos sanitaris i en una taxa de mortalitat més elevada. Tenint en compte la càrrega de morbiditat, s'ha estratificat la població de Catalunya en quatre grups de risc. S'ha considerat el nivell de risc basal el 50% de persones amb la càrrega de morbiditat més baixa, mentre que l'altra meitat té uns nivells de risc més elevats. El 5% de la població amb el risc més elevat fa moltes més visites, consumeix més fàrmacs, ingressa i visita

urgències més sovint que la resta (taula 6). A l'atenció del 5% de la població més necessitada s'hi dedica el 51% del pressupost.<sup>18</sup> En l'estrat de risc més alt hi ha més dones que homes. També és més elevada l'edat i la proporció de persones amb rendes baixes que se situen en l'estrat de més risc (taula 7).

Aquest plantejament de la càrrega de morbiditat treu importància a la malaltia concreta i atorga l'èmfasi a la complexitat de les necessitats assistencials, té en compte tant l'atenció als processos de salut física com els de salut mental, i té en compte tant l'atenció sanitària com la social.

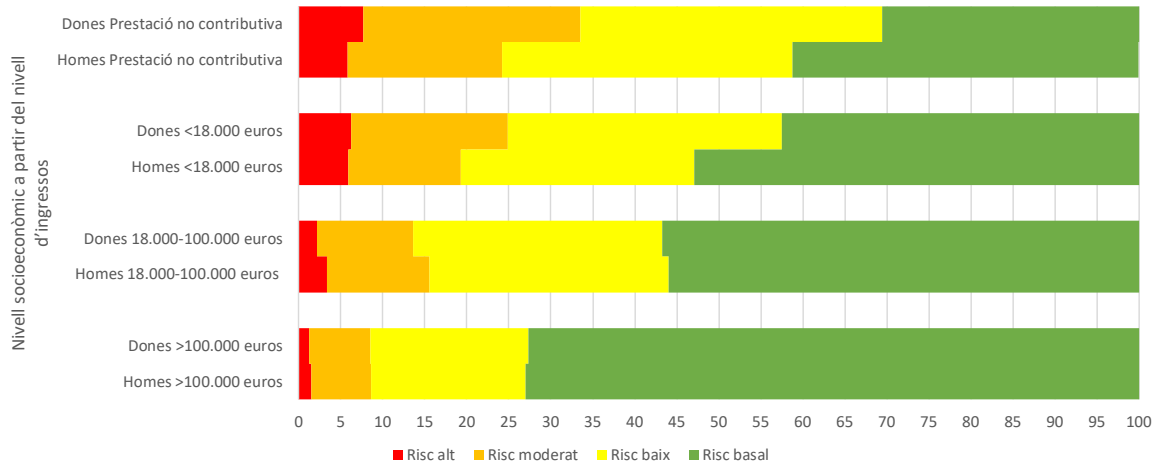
**Taula 7. Piràmide d'estratificació del risc poblacional per sexe. Catalunya, 2018.**

Estat de risc per homes	Població en risc	%	Taxa de mortalitat (× 100)	Mitjana de visites a l'AP	Taxa d'ingressos urgents (× 100)	Taxa de visites urgents (× 100)	Mitjana de fàrmacs dispensats
Risc alt	187.023	4,9	13,39	20,9	67,5	177,6	13,2
Risc moderat	496.014	13,0	1,16	11,4	9,0	73,8	7,4
Risc baix	1.070.492	28,1	0,13	6,4	2,3	51,9	3,3
Risc basal	2.052.179	53,9	0,05	1,8	0,3	15,9	0,9

Font: MUSSCAT, 2018. Servei Català de la Salut.

Estat de risc per dones	Població en risc	%	Taxa de mortalitat (× 100)	Mitjana de visites a l'AP	Taxa d'ingressos urgents (× 100)	Taxa de visites urgents (× 100)	Mitjana de fàrmacs dispensats
Risc alt	200.152	5,1	11,73	22,3	55,1	167,6	14,1
Risc moderat	665.320	19,9	1,15	12,3	6,7	77,3	8,6
Risc baix	1.252.672	31,8	0,11	6,9	3,4	53,8	4,0
Risc basal	1.819.638	46,2	0,04	2,2	1,0	17,0	1,1

**Taula 8. Distribució de l'estrat de risc segons els ingressos econòmics. Catalunya, 2018.**

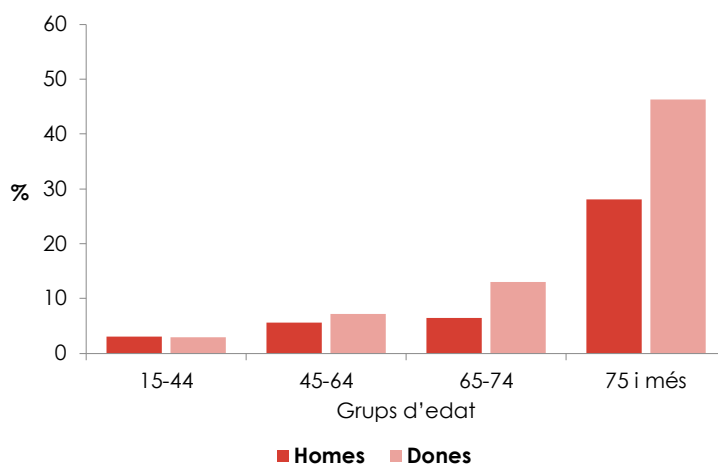


Font: MUSSCAT, 2018. Servei Català de la Salut.

La tendència a l'acumulació de patologies cròniques fa que la qualitat de vida de les persones es deteriori progressivament. Les patologies cròniques poden desembocar en situacions de dependència, és a dir, de manca d'autonomia per fer activitats bàsiques de la vida diària. La dependència afecta més les dones que els homes i més els grups de més d'edat que els grups més joves (figura 20).

Les patologies cròniques poden desembocar en situacions de dependència, sobretot en les dones.

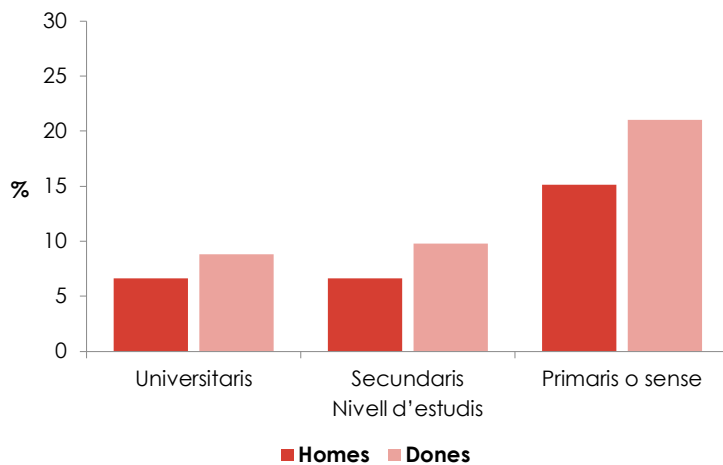
**Il·lustració 20. Proporció de població de 15 anys i més amb dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018**



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

No hi ha un gradient social en la prevalença de dependència. La proporció més gran de dependència s'observa entre els homes i les dones amb estudis primaris o sense estudis (figura 21).

### Il·lustració 21. Proporció de població de 15 anys i més amb dependència, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2017-2018

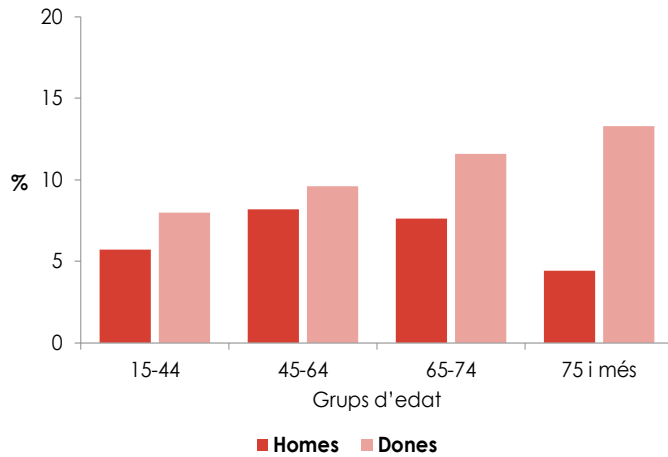


Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.  
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.

Gairebé la meitat de les dones de 75 anys i més són **dependents**, és a dir, necessiten ajuda o companyia per fer activitats bàsiques de la vida diària a causa d'un problema de salut (el 46,3%, per un 28,1% dels homes) i alhora, són les que més sovint declaren un **baix suport social** (el 13,3% les dones i 4,4% els homes de 75 anys i més, figura 22).<sup>19</sup> Tant en homes com en dones s'observa gradient social en la prevalença de baix suport social: les persones de la classe social més benestant són les que tenen més suport social (figura 23).

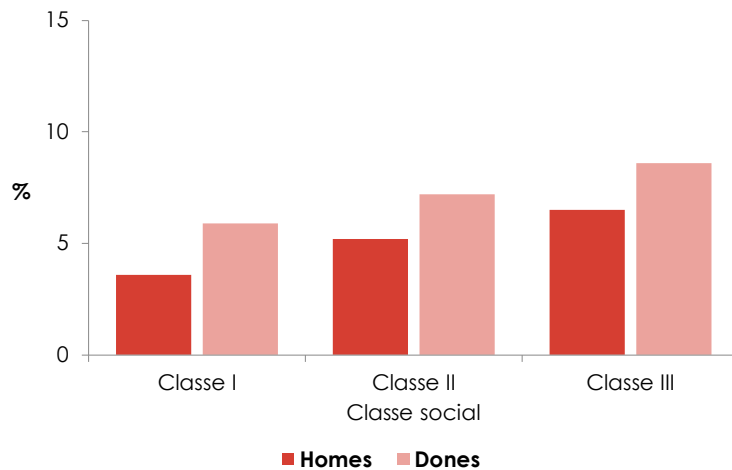
La dependència i el baix suport social són més freqüents en les dones de 75 anys i més.

### II·lustració 22. Proporció de població de 15 anys i més amb baix suport social, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

### II·lustració 23. Proporció de població de 15 anys i més amb suport social baix, per classe social i sexe. Catalunya, 2017-2018



Proporcions estandarditzades. Mètode directe amb la població estàndard europea, 2013.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2017-2018. Departament de Salut.

## 5 De què ens morim?

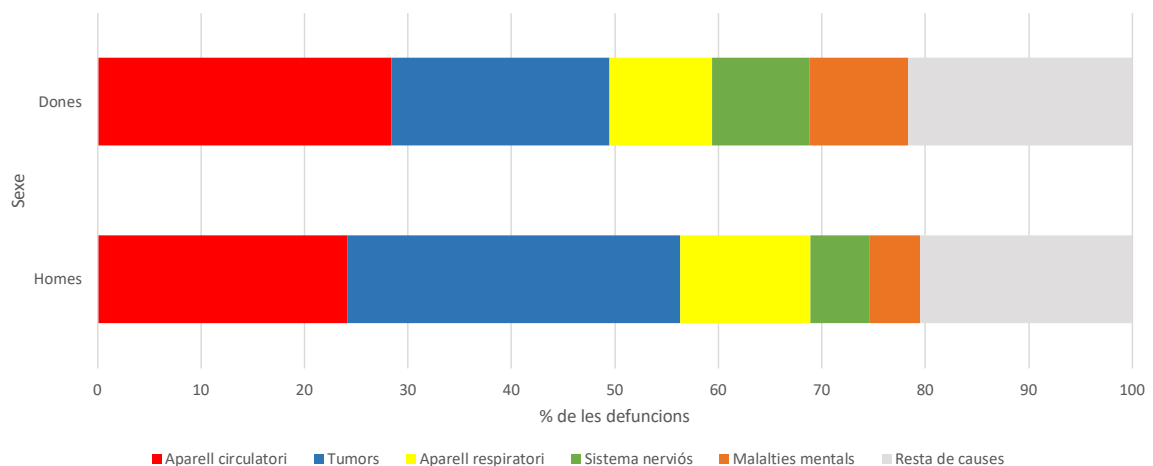
La taxa de mortalitat infantil a Catalunya se situa entre les més baixes d'**Europa** (2,36 defuncions per cada mil nadons nascuts vius). La **taxa de mortalitat estandarditzada** per edat amb la població estàndard europea situa a Catalunya en 10,6 defuncions per cada mil homes l'any i en 6,3 defuncions per cada mil dones l'any. Per tant, Catalunya se situa entre els països de la Unió Europea amb les taxes més baixes.<sup>20</sup>

Tant en homes com en dones, les cinc principals causes de mort expliquen gairebé el 80% de la mortalitat (figura 24). No obstant això, el pes és diferent en homes i en dones: mentre que les dones tenen més proporció de defuncions per malalties de l'aparell circulatori i per malalties neurològiques, la proporció d'homes que moren de càncer i de malalties de l'aparell respiratori són més elevades.

Tumors i malalties de l'aparell circulatori expliquen la meitat de les defuncions en homes i dones, però amb diferent proporció.

**En població adulta**, el 60,5% de les morts en dones i el 63,8% en homes són susceptibles de rebre **atenció pal·liativa**. En població en **edat pediàtrica**, el 64,4% de les defuncions ocorregudes en nens i el 73,2% en nenes van ser susceptibles de rebre atenció pal·liativa.

### Il·lustració 24. Proporció de defuncions per les causes principals (20 grups). Catalunya, 2017



Font: Registre de mortalitat de Catalunya, 2017. Departament de Salut.

En els darrers deu anys **les causes de mortalitat**<sup>21</sup> que mostren una tendència creixent, tant en homes com en dones, són el grup de les malalties mentals, que inclou les demències, i les del grup de malalties del sistema nerviós, que inclou la malaltia d'Alzheimer.



## 6 Quin és el nostre entorn social?

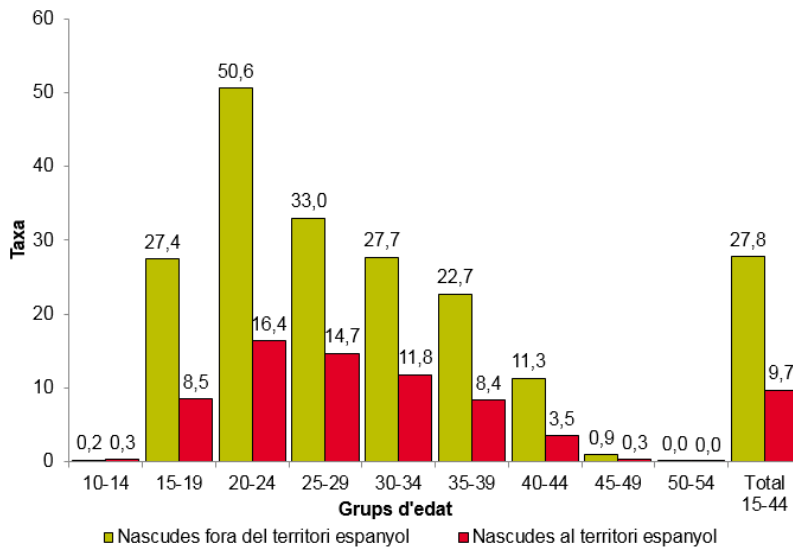
L'entorn en què les persones neixen, creixen, treballen i viuen ofereix diverses oportunitats de salut. A més de les característiques físiques, aquest entorn comprèn l'evolució de les societats al llarg del temps, els condicionants socioeconòmics globals i individuals, com també les relacions que s'estableixen en el marc de la llar.

La **població de Catalunya** ha experimentat des de l'inici del segle XXI un creixement de més d'un milió quatre-centes mil persones, concentrat principalment entre els anys 2001 i 2008. Tot i que entre 2012 i 2014 la població va disminuir, des de 2015 creix a un ritme més lent, principalment per la recuperació d'un saldo migratori positiu. En els propers anys es preveu que la natalitat es mantingui en nivells baixos, perquè hi ha menys dones en edat fèrtil i aquestes **tenen menys fills**. A banda, es preveu que les defuncions continuïn augmentant, perquè més persones arriben a edats més avançades, amb un risc més elevat de morir.<sup>22</sup> El creixement de la població dependrà principalment del resultat del saldo migratori.

La població de Catalunya ha augmentat com a conseqüència de la immigració. Tanmateix, segueix envellint.

La taxa d'**interrupció voluntària de l'embaràs** està estabilitzada al voltant dels 14 per cada mil dones de 15 a 44 anys. S'observen diferències en funció del grup d'edat i del país de naixement. La diferència segons el país d'origen és més marcada entre les dones de menys de 25 anys (figura 25).

## Il·lustració 25. Distribució de les taxes d'interrupcions voluntàries de l'embaràs\* (IVE) de dones residents segons origen i grup d'edat. Catalunya, 2018



Taxa d'IVE per 1.000 dones del grup d'edat corresponent. Dades de població: padró continu. Dades d'IVE provisionals.

Font: Registre d'IVE. Departament de Salut.

L'any 2018 Catalunya té 7.543.825 habitants.<sup>23</sup> Pel que fa a la distribució de la població per grups d'edats, dues de cada deu persones tenen menys de 20 anys, sis de cada deu entre 20 i 64 anys i gairebé dues de cada deu, 65 anys i més (16,5% dels homes i 21,0% de les dones). A partir dels 65 anys, la proporció de dones és més elevada que la d'homes (set de cada deu persones de 90 anys i més són dones).

L'entorn familiar i social de les persones és un element que cal tenir en compte tant des del punt de vista dels recursos amb què compta a l'hora d'afrontar un problema de salut, com també com element que contribueix a la seva qualitat de vida. L'11,9% dels homes i el 14,6% de les dones viuen sols i aquesta proporció arriba fins al 44,8% de dones de 80 anys i més.<sup>24</sup> Tot i que viure sol no implica necessàriament soledat o aïllament, el 6,7% d'homes i el 9,5% de dones declaren tenir un nivell baix de suport social.

En general, el període comprès entre 2008 i 2014 ha estat marcat per una crisi econòmica profunda que ha comportat un augment molt important de l'atur i de l'atur de llarga durada. Tant és així que, tot i la recuperació de l'ocupació, no s'ha assolit el nivell d'ocupació precedent (figura 26). L'any 2018 la **taxa d'atur** en els

homes és de l'11,0% i en les dones del 12,1%, percentatges que se situen per sobre dels del conjunt de la Unió Europea (6,8% i 7,2%, respectivament).

Les condicions de vida del conjunt de la societat van empitjorar durant el període de recessió econòmica i en diversos aspectes no s'ha recuperat el nivell de partida. Si l'any 2009 el 17,9% dels homes i el 21,9% de les dones vivia per sota del llindar de risc de pobresa, l'any 2018 s'hi troba el 18,4% dels homes i el 24,1% de les dones.<sup>25</sup> La proporció de dones que se situen per sota del llindar de risc de pobresa és més elevada que la d'homes, particularment entre les persones de 65 anys i més, en què és el doble (24,6% les dones i 12,1% els homes).<sup>26</sup> El grup d'edat amb més risc de pobresa és actualment la població de menys de 16 anys i el tipus de llar amb més proporció de persones en situació de risc de pobresa és la conformada per un adult i un o més fills dependents. El 35,5% dels homes i els 40,6% de les dones declaren tenir alguna privació material,<sup>27</sup> com per exemple no poder fer front a una despesa imprevista o poder mantenir la temperatura de la llar en un nivell adient.

Les dones de més de 65 anys i els infants i joves de menys de 16 tenen més risc de pobresa.

## Il·lustració 26. Taxa d'atur i taxa d'atur de llarga durada, per sexe. Catalunya, 2001-2018



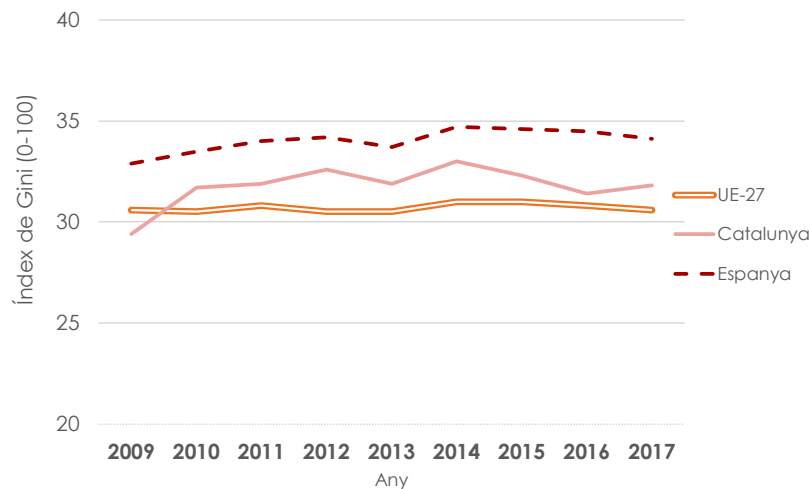
Font: Idescat.

Durant el període de recessió econòmica s'observa un augment de la desigualtat en la distribució de la renda. L'índex de Gini mesura la distribució de la renda en la població (entre 0 i 100), i com més elevat més desigualtat indica. Actualment, el nivell de desigualtat a Catalunya està per sobre del nivell del conjunt de la Unió Europea (figura 27). Si l'any 2007 el 20% de població més rica tenia 4,7 vegades

més renda que el 20% més pobre i es va arribar a 6,5 vegades l'any 2012, l'any 2018 és de 5,2 vegades.

La desigualtat en la distribució de la renda ha crescut en la darrera dècada.

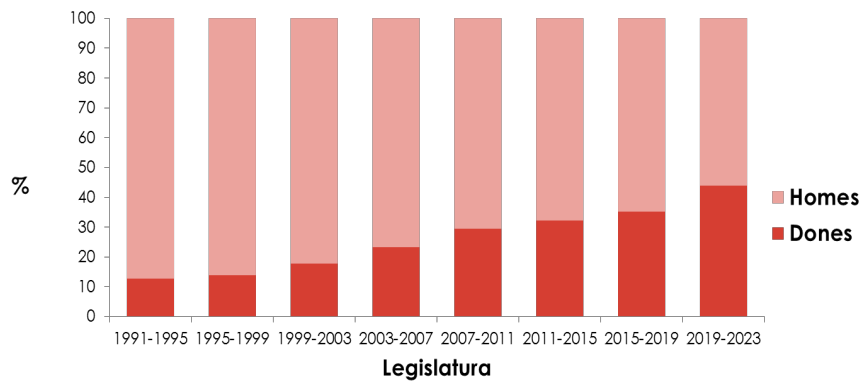
### Il·lustració 27. Índex de Gini. Catalunya, Espanya i Unió Europea 27, 2009-2017



Font: Idescat. Enquesta de condicions de vida.

La desigualtat no només s'observa en la renda, sinó també en el gènere, amb manifestacions en múltiples entorns. En l'entorn polític, tot i la presència creixent de dones en les darreres dècades, aquesta és encara inferior a la dels homes en tots els nivells de govern. Després de les darreres eleccions municipals, només el 23% de les alcaldies i el 44% de les regidories són encapçalades per **dones** (figura 28).

Il·lustració 28. Evolució de la proporció de regidors electes en ajuntaments per sexe. Catalunya, 1991-2023



Font: Institut Català de les Dones.

La manifestació més extrema de la desigualtat de gènere són les violències masclistes, que es manifesten en múltiples tipus i àmbits (feminicidis, agressions físiques, sexuals, violències psicològiques i econòmiques, mutilació genital, etc.).<sup>28</sup> L'any 2016, el 17,6% de les dones de 16 anys i més havien estat víctimes d'algun tipus d'acte de violència masclista durant els darrers 12 mesos.<sup>29</sup>

Entre els factors socials que s'associen amb la pitjor percepció de salut del conjunt de les dones amb relació als homes hi ha la dedicació més gran de les dones a les tasques domèstiques, que sovint representa una doble jornada de treball, i la cura de les persones menys autònomes de la llar.<sup>30</sup>

El 41,0% de les dones declaren ser les úniques responsables de les tasques domèstiques, enfront de l'11,0% dels homes. Les dones i els homes dels grups d'edat més jove comparteixen més aquestes tasques amb la seva parella (31,0% de dones i 29,7% d'homes de 15 a 44 anys), mentre que en els grups de més edat, particularment en el de 65 anys i més, les tasques són assumides en solitari en més proporció per les dones (49,5%, i 10,3% d'homes; taula 8). Les persones amb estudis universitaris comparteixen més les tasques que les que tenen menys nivell d'estudis. D'acord amb aquesta distribució, les dones dediquen de mitjana més hores que els homes a les **tasques de la llar** tant els dies laborables (1,0 hores els homes i 2,0 les dones) com els festius (1,7 els homes i 3,1 les dones).

La diferent implicació d'homes i dones en les tasques domèstiques es palesa, entre d'altres, en el lloc on més freqüentment ocorren els **accidents**. Les dones, a dins la llar i els homes, a la feina.

La implicació en les tasques domèstiques no és equitativa entre homes i dones.

**Taula 9 Persona que s'ocupa principalment del treball domèstic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2018.**

<b>15 a 44 anys</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>
En solitari	10,2%	29,3%
La parella	14,8%	1,5%
Conjuntament	29,7%	31,0%
Altres situacions	45,3%	38,2%

<b>45 a 64 anys</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>
En solitari	12,7%	51,0%
La parella	37,2%	2,6%
Conjuntament	37,6%	28,2%
Altres situacions	12,5%	18,2%

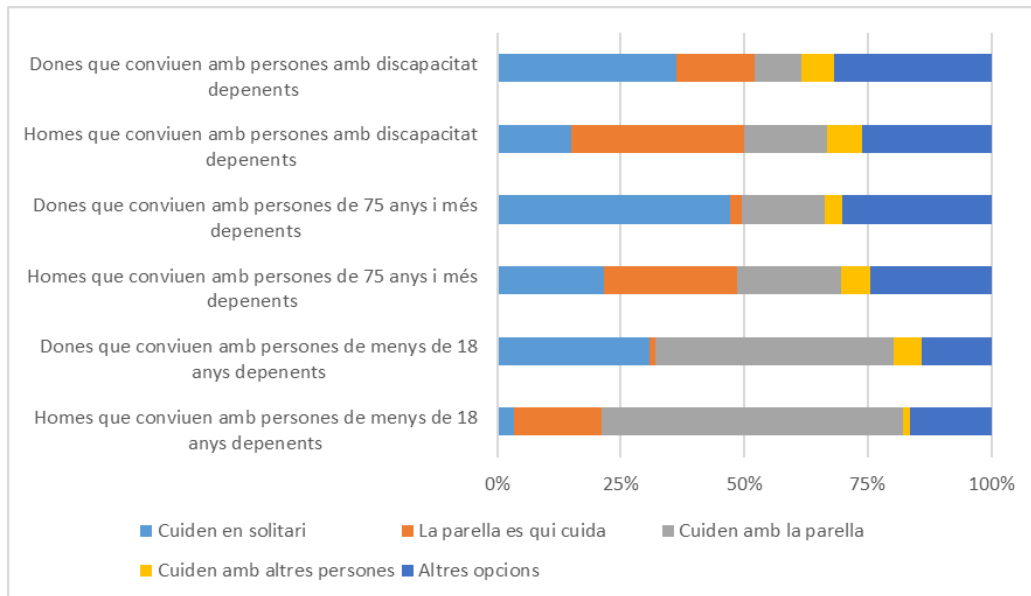
<b>65 anys i més</b>	<b>Homes</b>	<b>Dones</b>
En solitari	10,3%	49,5%
La parella	42,8%	2,8%
Conjuntament	30,8%	14,6%
Altres situacions	16,1%	33,1%

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.

A l'hora de tenir cura dels altres membres de la llar que són menys autònoms, ja sigui per motius d'edat o per discapacitat, la proporció de dones que en té cura en solitari és més elevada que la d'homes. El 30,9% de les dones i el 3,3% dels homes tenen cura en solitari dels infants i joves de menys de 18 anys. El 47,2% de les dones i el 22,1% dels homes tenen cura en solitari de les persones de 75 anys i més. El 36,6% de les dones i el 15,0% dels homes tenen cura en solitari de persones amb discapacitat (figura 29).

Quan hi ha persones de la llar que requereixen cura, les dones se n'ocupen més sovint en solitari i en més proporció.

## Il·lustració 29. Qui té la responsabilitat principal de les persones dependents de la llar, segons perfil i per sexe. Catalunya, 2018



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2018. Departament de Salut.



## 7 Quin és el nostre entorn físic?

El paper de l'entorn físic, en parlar de la salut, no és negligible. L'*entorn saludable* és un concepte molt ampli que té a veure amb la qualitat de l'aire, l'aigua, els aliments, el soroll i la llum, l'entorn laboral i l'escolar, l'habitatge, l'entorn social, etc. En aquest informe se n'aborda una selecció.

Actualment, la contaminació atmosfèrica constitueix el principal risc ambiental per a la salut. A Catalunya, els contaminants de l'aire més destacats són les partícules en suspensió (PM), el diòxid de nitrogen ( $\text{NO}_2$ ) i l'ozó troposfèric ( $\text{O}_3$ ). Aquests contaminants, depenent de la seva concentració en l'aire i els factors de risc d'exposició de les persones, poden tenir efectes perjudicials per a la salut a curt i/o a llarg termini. El Departament de Territori i Sostenibilitat fa un seguiment dels nivells dels contaminants a l'aire mitjançant la **Xarxa de Vigilància i Previsió de la Contaminació Atmosfèrica (XVPCA)**.

La contaminació atmosfèrica constitueix el principal risc ambiental per a la salut.

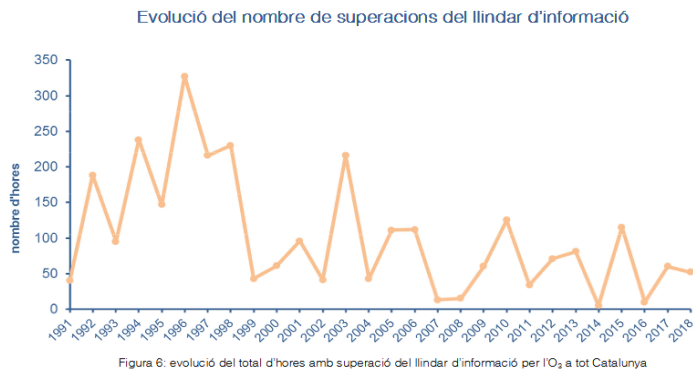
Els resultats dels mesuraments de la XVPCA de 2018 mostren que s'han incomplert els valors límits anuals del diòxid de nitrogen en dos punts de la zona de qualitat de l'aire 1 (ZQA1, Àrea de Barcelona). A diferència del 2017, no s'ha incomplert el valor límit anual de diòxid de nitrogen en la ZQA2 (Vallès-Baix Llobregat).

Pel que fa a les partícules en suspensió de menys de 10 micres ( $\text{PM}_{10}$ ), l'any 2018 no s'ha superat el valor límit anual a cap ZQA ni el nombre de superacions permeses del valor límit diari. En relació amb les partícules en suspensió de menys de 2,5 micres ( $\text{PM}_{2,5}$ ), no s'ha superat el valor objectiu anual en cap dels punts on es mesura.

Respecte a l'ozó troposfèric ( $\text{O}_3$ ), l'any 2018 s'han registrat 52 hores de superació del llindar d'informació a la població, valor que es troba per sota de la mitjana dels darrers anys (figura 30).<sup>31</sup> D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta. Pel que fa al valor objectiu per a la protecció de la salut humana, s'observa que s'ha incomplert a la ZQA 6 (Vic), la ZQA 8 (comarques de Girona), la ZQA 9 (l'Empordà) i la ZQA 13 (el Prepirineu).

## Il·lustració 30. Evolució del nombre de superacions del líndar d'informació per ozó troposfèric. Catalunya, 1991-2018.

### Ozó troposfèric – O<sub>3</sub>



Font: La qualitat de l'aire. Anuari 2018. Departament de Territori i Sostenibilitat.

Per tal de reduir l'exposició de la població als contaminants, el **Departament de Salut** ha establert unes recomanacions sanitàries generals i unes d'específiques per a situacions de superació de determinats nivells dels contaminants, tenint en compte especialment els grups de població més vulnerables.

Els principals riscos en els subministraments d'aigua de consum humà són les malalties infeccioses ocasionades per agents patògens com bacteris, virus i paràsits, però els contaminants químics també poder suposar un risc per a la salut, habitualment com a conseqüència d'una exposició prolongada. Els resultats dels programes de vigilància i control de l'aigua de consum humà a Catalunya de l'any 2017 mostren que un 16,7% de les zones d'abastament de Catalunya han tingut algun incompliment pel que fa a paràmetres determinants de l'aptitud de l'aigua, d'acord amb els valors que estableix la normativa vigent i el **Programa de vigilància i control sanitari de les aigües de consum humà de Catalunya**. Els paràmetres amb més superacions corresponen a paràmetres microbiològics i terbolesa, amb incompliments puntuals i principalment en petits nuclis de població, seguit dels nitrats.

La seguretat alimentària té com a principal objectiu que els aliments estiguin lliures de perills per a la salut. Els sistemes oficials de vigilància i control, juntament amb l'autocontrol de les empreses, permeten mantenir uns nivells elevats de seguretat. Segons les dades disponibles, la presència de perills químics i biològics en els aliments que es comercialitzen a Catalunya és molt baixa. Els nivells de compliment de les normes de referència pel que fa a

microorganismes patògens, residus químics, additius o al·lèrgens són molt elevats (taula 9).

La seguretat alimentària a Catalunya està estabilitzada en nivells similars als de la mitjana dels països de la Unió Europea.

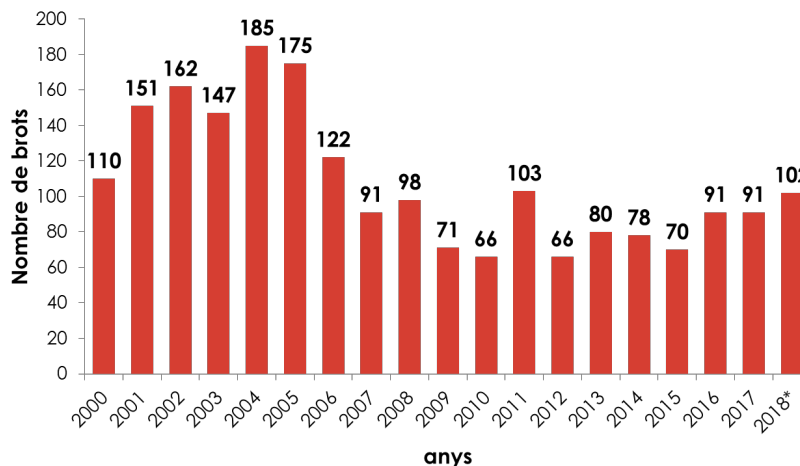
**Taula 10. Taxes de conformitat de perills biològics en aliments segons dades de vigilància analítica. Catalunya, 2017.**

	Taxa de conformitat (%)
Patògens	90,2
Metabòlits i toxines	100
Paràsits (anisakiosi)	73,9
Micotoxines	100
Toxines marines	100
Conformitat global	90,2

Font: Agència de Salut Pública de Catalunya.

No obstant això, el principal problema de salut relacionat amb al seguretat alimentària són els brots de malaltia de transmissió alimentària, que des de 2004 van mostrar una tendència decreixent i una estabilització posterior (figura 31). Els brots declarats s'associen majoritàriament a activitats d'elaboració i servei directe d'àpats als consumidors, com és el cas de bars, restaurants i menjadors col·lectius, mentre que els brots originats a la indústria alimentària són gairebé inexistent i els d'origen domèstic suposen al voltant del 15% del total.<sup>32</sup>

**Il·lustració 31. Evolució de brots de toxiinfeccions alimentàries. Catalunya, 2000-2018**



\*Dades provisionals.

Font: Secretaria de Salut Pública.

Un dels reptes que la humanitat haurà d'afrontar els proper anys és el canvi climàtic, que avui ja es troba en **emergència climàtica**. D'una banda, les **previsions** per a l'àrea de la mediterrània pronostiquen una disminució de la disponibilitat d'aigua potable i un augment de la intensitat i de la irregularitat de les pluges. D'altra banda, es preveu un increment de les onades de calor i de la temperatura mitjana, fet que pot afavorir l'impacte negatiu de la contaminació atmosfèrica. A banda, pot contribuir a empitjorar l'estat de salut de les persones més fràgils. En aquest sentit, l'any 2004, després de l'onada de calor de 2003, a Catalunya es va crear el **Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut** (POCS). L'estiu de 2018 es van notificar a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya 65 persones afectades per cop de calor, 28 de les quals van morir.<sup>33</sup>

El canvi climàtic ja està afectant la salut de la població, les onades de calor en són un exemple.

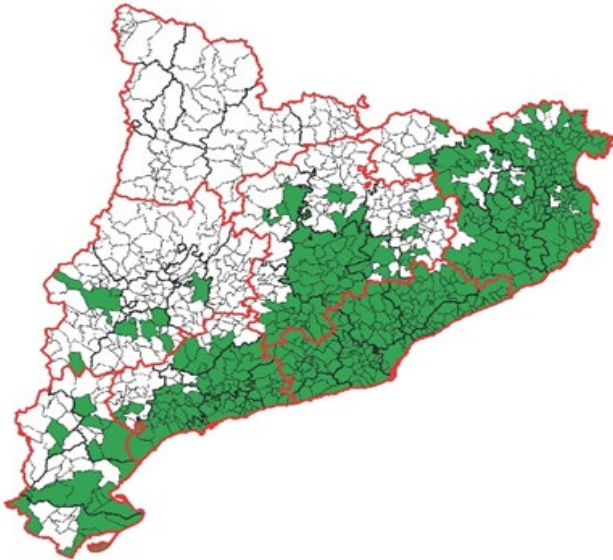
El canvi climàtic també suposa importants reptes per a la seguretat alimentària. Els canvis a llarg termini de la temperatura, la humitat, els patrons de pluges i la freqüència d'esdeveniments meteorològics extrems afecten les pràctiques agrícoles i la producció de cultius. A més, la modificació d'aquestes condicions pot afavorir l'establiment d'espècies exòtiques invasores que poden ser nocives per a la salut vegetal i animal. L'escalfament superficial de l'aigua de mar i l'augment d'aportació de nutrients condueixen a la profusió d'algues productores de toxines que causen brots de contaminació de mariscs.

Un altre repte són les malalties emergents transmèses per vectors. A Catalunya hi ha, actualment, dos factors necessaris perquè puguin aparèixer algunes arbovirosis: d'una banda, la presència de mosquits vectors i, de l'altra, el trànsit de viatgers amb zones endèmiques. Per això, des de l'Agència de Salut Pública de Catalunya es duen a terme actuacions de vigilància i control tant dels casos de malaltia com de la presència de mosquits vectors.<sup>34, 35, 36</sup>

Actualment, les **arbovirosis** més freqüents a Catalunya són les malalties produïdes pels virus del chikungunya, dengue, Zika, que poden ser transmèses pel mosquit tigre (*Aedes albopictus*) i el virus del Nil occidental, que pot ser transmès pel mosquit comú. El mosquit tigre es va detectar a Catalunya per

primera vegada l'estiu de 2004, i actualment s'ha detectat en més de **500 municipis de Catalunya** (figura 32).

### Il·lustració 32. Municipis amb afectació del mosquit tigre. Catalunya, 2018



Font: Departament de Territori i Sostenibilitat.

L'any 2018 s'han notificat a la Xarxa de Vigilància Epidemiològica de Catalunya un total de 190 sospites d'arbovirosi importada: 124 corresponen a dones, de les quals 43 són gestants que han estat sotmeses a un seguiment d'acord amb el *Protocol d'actuació davant de casos de febre vírica de Zika en l'àmbit obstètric i pediàtric de Catalunya*<sup>37</sup> i en les quals no s'ha detectat cap anomalia relacionada. Es van confirmar 93 casos, 60 casos probables i 37 casos descartats. Del total de casos confirmats, 6 corresponen al virus de Zika, 9 a virus del chikungunya i 78 a virus del dengue. Els casos probables corresponen majoritàriament a virus del Zika (77%).

Protegir el paisatge i la natura i controlar la contaminació, incloses l'acústica i la lumínica, repercuteixen positivament sobre la salut. Hi ha tants aspectes implicats en l'entorn que poden afectar la salut de les persones que l'abordatge no és possible si no es fa des d'una perspectiva intersectorial. Són exemples clars d'aquesta necessitat la majoria dels **objectius de desenvolupament sostenible** que estan relacionats amb àrees que no són la salut però que, tanmateix, l'afecten.

## 8 De cara al proper Pla de salut

Com a conclusió, podem dir que els indicadors de salut són globalment bons i les dones i els homes de Catalunya tenen una esperança de vida elevada. Malgrat això, s'observen diferències i desigualtats segons dimensions tals com la condició social, el nivell d'estudis o el gènere.

L'envelliment progressiu de la població, tot i ser un guany com a societat, comporta l'augment de la multimorbiditat, de la dependència i de les necessitats socials de les persones. El repte continua sent un canvi cap a un model assistencial més enfocat a tenir cura de la qualitat de vida més que a guarir. Continua sent important l'abordatge dels factors de risc, especialment en alguns col·lectius específics. Per exemple, l'evolució del consum de tabac, alcohol i altres drogues en els joves; o la freqüència més gran del sobrepès en joves i l'obesitat en adults en grups socials més desfavorits. El creixement de les malalties de transmissió sexual és un exemple de l'impacte que poden tenir sobre la salut determinades conductes. El desenvolupament de la salut comunitària ha de facilitar l'abordatge en aquests col·lectius específics.

Actualment, és inqüestionable la influència dels determinants socials de la salut. Tanmateix, la capacitat del sistema públic per reduir les desigualtats i abordar aquests determinants és limitada.

En conseqüència, l'assoliment de majors cotes d'equitat en salut requereix l'abordatge interdepartamental i intersectorial, imprescindibles per fer front a situacions com les violències masclistes o promoure el benestar emocional. L'emergència climàtica, a través de les onades de calor o l'aparició de noves malalties transmissibles, i el deteriorament de l'entorn en forma de contaminació de l'aire, l'aigua i el sòl està afectant la salut de la població. Aquesta és una raó addicional per reforçar les polítiques interdepartamentals i fer nostres els objectius de desenvolupament sostenible de les Nacions Unides.

No cal dir que tots els elements que apareixen en l'Informe plantegen un repte de sistema. Aquesta cruïlla ofereix la possibilitat de cercar un equilibri nou entre, d'una banda, la inèrcia cultural tradicional enfocada a la cura i, de l'altra, facilitar l'emergència i generalització d'iniciatives que ha generat el sistema i que s'orienten a la promoció de la salut, la integració dels serveis i la qualitat de vida.

En les transformacions requerides, les tecnologies de la informació hi tenen un paper molt important i seran clau. Però no seran la clau. La clau serà trobar un millor balanç entre allò que es fa per diagnosticar i tractar i allò que es fa per

promoure la salut, prevenir les malalties i millorar la qualitat de vida. Caldrà donar la paraula a les persones, mantenir el compromís dels professionals i fer els canvis organitzatius necessaris. Això contribuirà a mantenir els estàndards actuals i la sostenibilitat del sistema.

Tots aquests aspectes s'hauran de tenir en compte per al proper Pla de salut de Catalunya.



## 9 Annex. Seguiment dels objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020

Catalunya disposa d'un **Pla de salut** per al període 2016-2020. A continuació es presenta, de forma sintètica, l'actualització dels valors dels indicadors per a cadascun dels **39 objectius de salut** del Pla de salut 2016-2020 i una valoració breu. Atenent al contingut, els 39 objectius es distribueixen en tres blocs: en primer lloc, els disset objectius de disminució de la mortalitat i la morbiditat, la majoria dels quals es van definir el 2011; en segon lloc, quinze objectius s'orienten a la reducció dels factors de risc que tenen més impacte en la salut i en la qualitat dels serveis i la seguretat dels pacients; finalment, es presenten set objectius que s'adrecen a mesurar el progrés en el monitoratge o en la reducció de les desigualtats socials en salut.

### Estat dels objectius de reducció de mortalitat i morbiditat

La valoració de l'estat dels objectius<sup>1</sup> es basa tant en la direcció del canvi previst com en la intensitat del canvi, mesurada a partir de la diferència entre el valor observat de l'indicador i el valor estimat, establert mitjançant una tendència lineal entre el punt de referència (valor inicial) i el valor que s'ha d'assolir en l'horitzó 2020.

---

<sup>1</sup> Els valors dels indicadors han estat actualitzats al mes de desembre de 2019 i segons la font corresponen a anys diferents. Així, corresponen a 2018 per al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària( objectius 12,13 i 13.1) ; a 2017 per al Registre de mortalitat de Catalunya (objectius 1, 1.1, 2, 3, 5, 5.1, 6, 7, 7.1, 8, 9, 10 i 11) i a 2017 per a l'Enquesta de salut de Catalunya (objectius 1 i 1.1).

**Taula 11 Objectius de salut de reducció de mortalitat i morbiditat del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Situació a desembre de 2019.**

D'aquí a l'any 2020 cal... <sup>2</sup>							
Objectiu	Enunciat Indicador	Sexe	Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració	
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones. <i>Quocient entre l'esperança de vida en bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)</i>	H	82,3	<b>82,4</b>	86,4	+	
		D	74,1	<b>76,7</b>	77,8	++	
		T	78,0	<b>ND</b>	81,9	ND	
1.1	Mantenir la tendència positiva de l'esperança de vida (EV) i de l'esperança de vida en bona salut (EVBS). <i>Esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer, per sexe</i> <i>Esperança de vida (EV) en néixer, per sexe</i>	EVBS (anys)	H	67,9	<b>66,6</b>	>67,9	-
			D	68,8	<b>66,1</b>	>68,8	-
			T	68,4	<b>ND</b>	>68,4	ND
		EV (anys)	H	80,5	<b>80,7</b>	>80,5	++
			D	86,1	<b>86,2</b>	>86,1	++
			T	83,4	<b>83,5</b>	>83,4	++
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori</i>	H	202,4	<b>160,5</b>	161,9	++	
		D	124,4	<b>94,4</b>	99,5	++	
		T	158,6	<b>123,8</b>	126,8	++	
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer</i>	H	275,3	<b>236,9</b>	247,8	++	
		D	125,6	<b>114,0</b>	113,0	++	
		T	189,5	<b>167,4</b>	170,6	++	
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys. <i>Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)</i>	H	46,0	<b>ND</b>	52,9	ND	
		D	56,4	<b>ND</b>	64,9	ND	
		T	50,2	<b>ND</b>	57,7	ND	
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori</i>	H	87,6	<b>81,2</b>	78,8	-	
		D	31,2	<b>33,1</b>	28,1	-	
		T	53,3	<b>52,5</b>	48,0	-	
5.1	Retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries. <i>Edat mitjana de la mort per malalties del sistema respiratori (població de totes les edats)</i>	H	81,1	<b>81,6</b>	82,1	+	
		D	86,0	<b>86,5</b>	87,0	+	
		T	83,2	<b>83,8</b>	84,2	+	
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals</i>	H	24,7	<b>29,1</b>	22,2	-	
		D	24,0	<b>26,1</b>	21,6	-	
		T	24,6	<b>27,6</b>	22,1	-	
7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	H	71,3	<b>53,0</b>	60,6	++	
		D	26,8	<b>18,6</b>	22,8	++	
		T	45,8	<b>33,5</b>	38,9	++	
7.1	Reduir en un 10% adicional la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	H	60,4	<b>53,0</b>	54,4	++	
		D	22,0	<b>18,6</b>	19,8	++	
		T	38,5	<b>33,5</b>	34,7	++	
8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars</i>	H	41,6	<b>32,0</b>	35,3	++	
		D	30,6	<b>22,5</b>	26,0	++	
		T	35,4	<b>26,7</b>	30,1	++	
9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama</i>	D	21,4	<b>17,0</b>	19,2	++	
10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal. <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal</i>	H	36,5	<b>32,2</b>	34,7	++	
		D	17,1	<b>14,8</b>	16,2	++	
		T	25,3	<b>22,4</b>	24,1	++	
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi.	H	8,5	<b>9,0</b>	<8,5	-	
		D	2,4	<b>2,9</b>	<2,4	-	

<sup>2</sup> H: homes; D: dones; T: total. ++: evolució favorable; +: evolució favorable, assoliment per sota de l'esperat; -: evolució desfavorable; ND: no disponible.

D'aquí a l'any 2020 cal... <sup>2</sup>						
Objectiu	Enunciat Indicador	Sexe	Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració
	Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions	T	5,3	<b>5,8</b>	<5,3	-
12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll del fèmur en les persones entre 65 anys i més. Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll del fèmur en població de 65 anys i més	H	48,7	<b>21,8</b>	43,9	++
		D	83,2	<b>36,0</b>	74,9	++
		T	70,5	<b>30,5</b>	63,4	++
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys. Taxa d'amputacions majors per 10.000 h. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys	H	39,6	<b>40,5</b>	35,6	-
		D	10,8	<b>7,9</b>	9,7	++
		T	27,4	<b>26,3</b>	24,7	+
13.1	Reduir en un 10% les amputacions majors en població de 45 a 74 anys amb diabetis. Taxa d'amputacions majors per 10.000 h. en població de 45 a 74 anys amb diabetis	H	4,4	<b>2,6</b>	4,0	++
		D	1,6	<b>1,2</b>	1,5	++
		T	3,3	<b>2,0</b>	2,9	++

La majoria d'objectius evolucionen favorablement. Tot i això, en alguns caldrà intensificar el ritme de canvi per assolir el canvi previst en l'horitzó 2020. És el cas de l'objectiu d'augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes (objectiu 1) i de l'objectiu de retardar un any l'edat mitjana de la mort per malalties respiratòries (objectiu 5.1).

Quatre objectius evolucionen en part o totalment de forma contrària a l'esperada. No es redueixen les taxes de mortalitat per malalties mentals i per suïcidi (objectius 6 i 11). No es manté la tendència positiva de l'esperança de vida en bona salut en homes i en dones, però sí que es manté en l'esperança de vida (objectiu 1.1). L'objectiu d'amputacions en persones amb diabetis (objectiu 13) evoluciona de forma contrària a l'esperada en els homes i favorablement en les dones.

Finalment, l'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (objectiu 4) s'actualitza amb periodicitat quinquennal. El darrer resultat disponible, per homes i per dones, és de 2016 i mostrava una evolució favorable.

### **Estat dels objectius de reducció de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients**

La valoració de l'estat actual dels objectius<sup>3</sup> té en compte tant la direcció com la intensitat del canvi que s'ha produït respecte del que seria necessari per tal d'assolir l'objectiu en l'horitzó 2020 seguint una progressió lineal.

<sup>3</sup> Els valors dels indicadors s'han actualitzat al mes de novembre 2019 i depenent de la font fan referència a anys diferents. Així, corresponen a l'any 2019 per al sistema d'informació dels sistemes d'atenció primària (objectius 20 i 25). Correspon a l'any 2018 per a l'Enquesta de salut de Catalunya (objectius 14, 15, 16, 17, 18), a l'any 2018 per al Registre de VIH (objectiu 22), a maig de 2018 per al programa VINCat (objectiu 26) i al 2018 per al Quadre de comandament de seguretat dels pacients (objectiu 27 i 28). Correspon a l'any 2017 per al registre de tuberculosi (objectiu 21), el registre d'ITS

Vuit dels quinze objectius evolucionen de forma favorable tant en homes com en dones, en línia amb l'assoliment de l'objectiu. Dos objectius més evolucionen de forma favorable, però caldrà intensificar el ritme per assolir l'objectiu. Es tracta de la reducció de la prevalença de tabaquisme (objectiu 14) i de l'augment de la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària que tenen un bon control de la tensió arterial (objectiu 25). Dos objectius més tenen una evolució diferent segons sexe: l'objectiu de reduir la prevalença d'excés en adults és favorable en dones però no en homes (objectiu 16) i el de reducció el consum d'alcohol episòdic intensiu és favorable en nois però no en noies (objectiu 24).

Finalment, tres objectius evolucionen de forma contrària a l'esperada: no es redueix la prevalença d'excés de pes en població infantil, no augmenta la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània i no es redueix la incidència de gonocòccia (objectius 17, 18 i 23).

---

(objectiu 23), el registre d'IVE i el registre de mortalitat (objectiu 19). Per últim, correspon a l'any 2016 per a l'enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (Estudes) (objectiu 24).

**Taula 12. Objectius de salut de factors de risc, qualitat dels serveis i seguretat dels pacients del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Situació a novembre de 2019.**

D'aquí a l'any 2020 cal...						
Objectiu	Enunciat Indicador	Sexe	Punt de Partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració
14	Reduir per sota del 24% la prevalença de tabaquisme. <i>Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en població de 15 anys i més (%)</i>	H	31,0	<b>30,9</b>	NP	<b>NV</b>
		D	20,6	<b>20,5</b>	NP	<b>NV</b>
		T	25,7	<b>25,6</b>	<24,0	<b>+</b>
15	Incrementar per sobre dels nivells de 2016 la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. <i>Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%)</i>	H	83,6	<b>84,5</b>	>83,6	<b>++</b>
		D	78,2	<b>81,1</b>	>78,2	<b>++</b>
		T	80,9	<b>82,8</b>	>80,9	<b>++</b>
16	Reduir per sota dels nivells de 2015 la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys. <i>Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%)</i>	H	55,8	<b>59,3</b>	<55,8	<b>-</b>
		D	43,7	<b>43,2</b>	<43,7	<b>++</b>
		T	49,8	<b>51,2</b>	<49,8	<b>-</b>
17	Reduir en un 5% la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. <i>Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%)</i>	H	36,6	<b>38,6</b>	34,8	<b>-</b>
		D	28,7	<b>32,3</b>	27,3	<b>-</b>
		T	32,8	<b>35,6</b>	31,2	<b>-</b>
18	Incrementar en un 5% la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània. <i>Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%)</i>	H	67,2	<b>57,7</b>	70,6	<b>-</b>
		D	74,3	<b>67,2</b>	78,0	<b>-</b>
		T	70,8	<b>62,6</b>	74,3	<b>-</b>
19	Reduir per sota del nivell de 2013 la taxa d'embarassos en dones de 15 a 19 anys. <i>Taxa d'embarassos per 1.000 dones de 15 a 19 anys</i>	D	21,4	<b>16,0</b>	<21,4	<b>++</b>
20	Mantenir per sobre del 90% la proporció d'infants de 5 anys que estan vacunats correctament. <i>Proporció d'infants de 5 anys correctament vacunats segons calendari (%)</i>	H	ND	<b>ND</b>	ND	<b>ND</b>
		D	ND	<b>ND</b>	ND	<b>ND</b>
		T	89,8	<b>91,5</b>	>90	<b>++</b>
21	Reduir en un 20% la incidència de la tuberculosi. <i>Taxa d'incidència de tuberculosi per 100.000 habitants</i>	H	17,9	<b>16,5</b>	NP	<b>NV</b>
		D	12,4	<b>10,0</b>	NP	<b>NV</b>
		T	15,1	<b>13,2</b>	12,1	<b>++</b>
22	Reduir en un 5% la incidència del VIH. <i>Taxa d'incidència del VIH per 100.000 habitants</i>	H	16,8	<b>14,2</b>	NP	<b>NV</b>
		D	2,0	<b>2,1</b>	NP	<b>NV</b>
		T	12,0	<b>8,1</b>	11,4	<b>++</b>
23	Reduir en un 10% la incidència de la gonocòccia. <i>Taxa d'incidència de gonocòccia per 100.000 habitants</i>	H	43,3	<b>87,0</b>	39,0	<b>-</b>
		D	7,2	<b>17,0</b>	6,5	<b>-</b>
		T	25,0	<b>51,0</b>	22,5	<b>-</b>
24	Reduir en un 5% la prevalença del consum d'alcohol episòdic intensiu en estudiants de 14 a 18 anys. <i>Proporció del consum d'alcohol episòdic intensiu durant el darrer mes en estudiants de 14 a 18 anys (%)</i>	H	30,6	<b>27,5</b>	29,1	<b>++</b>
		D	26,2	<b>27,3</b>	24,9	<b>-</b>
		T	28,3	<b>27,4</b>	26,9	<b>+</b>
25	Incrementar en un 7% la prevalença de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària de salut amb un bon control de la tensió arterial. <i>Proporció de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb un bon control de la tensió arterial (%)</i>	H	80,4	<b>80,5</b>	86,0	<b>+</b>
		D	81,5	<b>81,6</b>	87,2	<b>+</b>
		T	81,0	<b>81,0</b>	86,7	<b>+</b>
26	Mantenir per sota del 7% la prevalença de pacients amb infecció relacionada amb l'atenció sanitària. <i>Proporció d'infecció relacionada amb l'atenció sanitària (%)</i>	T	7,0	<b>6,0</b>	<7,0	<b>++</b>

D'aquí a l'any 2020 cal...						
Objectiu	Enunciat Indicador	Sexe	Punt de Partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració
27	Mantenir per sota de 6 els episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació. <i>Episodis de pneumònia associada a ventilació mecànica per 1.000 dies de ventilació</i>	T	4,4	3,9	<6,0	++
28	Mantenir per sota de 2 per 1.000 estades la taxa de caigudes en pacients hospitalitzats. <i>Taxa de caigudes en pacients hospitalitzats per 1.000 estades</i>	T	1,5	1,8	<2,0	++

## Objectius relacionats amb les desigualtats socials en salut

Set objectius aborden el monitoratge o la reducció de la bretxa social en la prevalença d'un determinat indicador de salut. S'observa la diferència absoluta bretxa– en el valor de l'indicador de salut actual<sup>4</sup> entre les categories extremes de fins a tres indicadors socioeconòmics:

- **Classe social:** la diferència en el valor de l'indicador de salut entre la classe social I, que correspon a ocupacions directives i gerencials i a professionals universitaris i la classe III, que correspon a treballadors manuals.
- **Nivell d'estudis:** la diferència es mesura entre el valor de l'indicador de salut en les persones amb estudis universitaris respecte de les persones que tenen estudis primaris o no en tenen. En el cas dels indicadors de salut de població infantil i juvenil, s'observa la diferència en funció del nivell d'estudis de cadascun dels dos progenitors o tutors legals.
- **Situació laboral:** la diferència en el valor de l'indicador de salut entre les persones de 16 a 64 anys que treballen i les que estan a l'atur.

La valoració dels objectius de reducció de desigualtats es fa quant a l'ampliació o la disminució de la bretxa per al conjunt dels dos sexes per a cadascun dels indicadors socioeconòmics. Els objectius de monitoratge es valoren en funció de si s'ha fet el monitoratge o no (taula 12).

<sup>4</sup> L'any de referència dels valors de seguiment són els disponibles al mes de desembre de 2019. Correspon a l'any 2018 per a l'Enquesta de salut de Catalunya en els indicadors relatius a població adulta, i al període 2017-2018 per als objectius de població infantil i juvenil.

**Taula 13. Objectius relacionats amb les desigualtats socials en salut del Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Situació a desembre 2019.**

D'aquí a l'any 2020 cal... <sup>5</sup>						
Objectiu	Enunciat Indicador	Factors	Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració
1.2	Reduir les desigualtats socials en l'autopercepció de bona salut. <i>Proporció de bona salut autopercebuda en població general per classe social, població de 15 anys i més per nivell d'estudis i població de 16 a 64 anys per situació laboral (%)</i>	CS	11,0	<b>12,8</b>	<11,0	-
		NE	25,4	<b>30,8</b>	<25,4	-
		SL	8,9	<b>11,6</b>	<8,9	-
14.1	Monitorar la prevalença de tabaquisme des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. <i>Proporció de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per classe social, per nivell d'estudis i de 16 a 64 anys per situació laboral (%)</i>	CS	5,1	<b>3,7</b>	5,1	Sí
		NE	2,6	<b>3,6</b>	2,6	Sí
		SL	6,8	<b>8,4</b>	6,8	Sí
15.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença de l'activitat física saludable en la població de 15 a 69 anys. <i>Proporció d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques</i>	CS	1,8	<b>1,5</b>	<1,8	++
		NE	0,7	<b>5,5</b>	<0,7	-
		SL	3,7	<b>2,8</b>	<3,7	++
16.1	Monitorar la prevalença d'excés de pes en la població de 18 a 74 anys des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. <i>Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys, per classe social i per nivell d'estudis (%)</i>	CS	16,8	<b>14,3</b>	16,8	Sí
		NE	27,3	<b>23,9</b>	27,3	Sí
17.1	Reduir les desigualtats socials en la prevalença d'excés de pes en la població de 6 a 12 anys. <i>Proporció d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en població de 6 a 12 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques</i>	CS	13,8	<b>14,1</b>	<13,8	-
		NE <sup>1</sup>	17,6	<b>20,5</b>	<17,6	-
		NE <sup>2</sup>	21,0	<b>15,5</b>	<21,0	++
18.1	Monitorar la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. <i>Proporció de persones de 15 anys i més que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (%), per classe social i per nivell d'estudis</i>	CS	4,3	<b>13,8</b>	4,3	Sí
		NE	2,5	<b>7,8</b>	2,5	Sí
18.2	Reduir les desigualtats socials en la prevalença del consum freqüent de productes hipercalòrics en població de 3 a 14 anys. <i>Proporció de consum freqüent de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys (%), per una selecció de variables socioeconòmiques</i>	CS	11,2	<b>11,0</b>	<11,2	++
		NE <sup>1</sup>	21,3	<b>18,9</b>	<21,3	++
		NE <sup>2</sup>	19,0	<b>18,4</b>	<19,0	++

Dels quatre objectius de reducció de desigualtat, un té una evolució favorable; es redueix la bretxa social en la prevalença de consum freqüent de productes

5 H: homes; D: dones; T: total

++: evolució favorable, reducció de la bretxa social; -: evolució desfavorable; ampliació o manteniment de la bretxa social. Sí: monitoratge efectuat.

CS: classe social, NE: nivell d'estudis; SL: situació laboral; NE:1 nivell d'estudis del progenitor/a 1, en parelles heterosexuales una dona; NE:2 nivell d'estudis del progenitor/a 2, en parelles heterosexuales un home.

hipercalòrics en població de 3 a 14 anys (objectiu 18.2) tant entre les classes socials més i menys afavorides com entre els grups amb menys i amb més nivell d'estudis. En un altre objectiu, l'evolució és contrària a l'esperada; no s'ha reduït la bretxa social en l'autopercepció de bona salut (objectiu 1.1) segons classe social, nivell d'estudis o situació laboral. Els dos objectius restants mostren una evolució diferent segons quina sigui la variable social amb què es mesura la bretxa social (la reducció de les desigualtats en l'activitat física saludable en adults i en l'excés de pes en població de 6 a 12 anys 15.1 i 17.1).

S'han monitorat la prevalença dels tres objectius des de la perspectiva de les desigualtats socials en salut. Respecte del punt de partida, s'ha reduït la bretxa social en la prevalença d'excés de pes en població adulta (objectiu 18.1) tant per classe social com per nivell d'estudis per al conjunt dels dos sexes. S'ha ampliat la bretxa social en la prevalença de persones adultes que segueixen les recomanacions d'alimentació mediterrània (objectiu 18.1). La bretxa en la prevalença de tabaquisme per al conjunt dels dos sexes s'amplia en funció del nivell d'estudis i de la situació laboral, i es redueix en funció de la classe social.



## 10 Referències

1 Medina-Bustos A, Mompart A, Rubio-Cillán A, Vergara-Garcia F, Zaragoza S. Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3649>

2 Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2017. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: <http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4346>

3 Enquesta de salut de Catalunya. Any 2018. Principals indicadors 2018: estat de salut, comportaments relacionats amb la salut, utilització de serveis sanitaris, regió sanitària, mapes, evolució temporal, gràfics estandarditzats, metodologia i resums executius [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/elsprals\\_2018\\_web.xlsx](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/elsprals_2018_web.xlsx)

4 Bilal U, Cainzos-Achirica M, Cleries M, Santauegènia S, Corbella X, Comin-Colet J, et al. Socioeconomic status, life expectancy and mortality in a universal healthcare setting: An individual-level analysis of >6 million Catalan residents. *Prev Med*. 2019 Jun;123:91-94.

<sup>5</sup> The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponible a: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1)

<sup>6</sup> The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponible a: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1)

7 Caracterització de la població, de la mostra i metodologia de l'Enquesta de salut de Catalunya. Any 2018. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/metodologia-2018.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/metodologia-2018.pdf)

8 Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari a Espanya (ESTUDES) 2016. Barcelona: Departament de Salut; 2018. Disponible a: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2016/INFORME-ESTUDES-2016\\_DEFINITIU\\_format-DS.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2016/INFORME-ESTUDES-2016_DEFINITIU_format-DS.pdf)

9 Informe dels resultats per a Catalunya de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES) 2017. Barcelona: Departament de Salut; 2019. Disponible a: [http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2017/INFORME-EDADES-2017\\_DEFINITIU\\_format-DS.pdf](http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2017/INFORME-EDADES-2017_DEFINITIU_format-DS.pdf)

10 Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008. Disponible a: [http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/infancia-i-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-infancia-amb-salut.pdf)

11 Enquesta de salut de Catalunya. Any 2018. Principals indicadors ESCA 2018. Evolució de la població que s'ha fet una prova de sang oculta en femta (50-69 anys). Catalunya, 2012-2018 [Internet]. Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-)

**de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/elsprals\_2018\_web.xlsx**

12 Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2017: informe complet. Barcelona: Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 2018. Disponible a:

**[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Professionals/Vigilancia\\_epidemiologica/documents/arxius/INDICADORS\\_PERINATAL\\_2017.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/INDICADORS_PERINATAL_2017.pdf)**

13 Edat mitjana a la maternitat [Internet]. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a:

**<https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10090>**

14 Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Informe anual 2018. Badalona: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya; 2019. Disponible a: **[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/S/sida/enllasos/anual ITS.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/S/sida/enllasos/anual ITS.pdf)**

15 Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2019. Disponible a: **<http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/t/tuberculosis/recursos-per-a-professionals/epidemiologia/>**

16 Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Informe anual 2018. Badalona: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya; 2019. Disponible a: **[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/S/sida/enllasos/anual ITS.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/S/sida/enllasos/anual ITS.pdf)**

17 Vigilància del xarampió, la rubèola i la síndrome de la rubèola congènita: programa d'eliminació del xarampió, la rubèola postnatal i la síndrome de la rubèola congènita a Catalunya; informe 2018. Barcelona: Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 2019. Disponible a: **[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/X/xarampio/arxius/informe-anual-xar-rub-src2018.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/X/xarampio/arxius/informe-anual-xar-rub-src2018.pdf)**

18 Vela E, Clèries M, Vella V, Adroher C, Garcia-Altés A. Anàlisi poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España): ¿qué y quién consume más recursos? Gac Sanit. 2019;33(1):24-31. Disponible a: **<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.017>**

19 Caracterització de la població, de la mostra i metodologia de l'Enquesta de salut de Catalunya. Any 2018. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: **[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/metodologia-2018.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/metodologia-2018.pdf)**

20 Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2017. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2019. Disponible a: **<http://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4346>**

21 Evolució de la mortalitat a Catalunya 1983-2017. Barcelona: Departament de Salut; juliol 2019. Disponible a: **[http://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/mortalitat/documents/evolucio\\_mortalitat.xlsx](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/mortalitat/documents/evolucio_mortalitat.xlsx)**

22 Projeccions de població (base 2018): principals resultats. 1a edició. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya.

Disponible a: **<https://www.idescat.cat/serveis/biblioteca/docs/cat/projb2018.pdf>**

23 Població a 1 de gener. Per sexe i grups d'edat. [Internet]. Institut d'Estadística de Catalunya; 2019. Disponible a: **<https://www.idescat.cat/pub/aec/253>**

24 Població de 20 anys i més que viu sola. Per sexe i grups d'edat [Internet]. Enquesta contínua de llars de l'INE. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a: **<https://www.idescat.cat/indicadors/?id=anuals&n=10793>**

25 Taxa i població en risc de pobresa per sexe. Base 2013. Catalunya, 2009 i 2018 [Internet]. Enquesta de condicions de vida. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a:

<https://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7830>

26 Idescat. Enquesta de condicions de vida. Taxa i població en risc de pobresa per sexe i edat. Base 2013. Catalunya, 2018. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7609>

27 Població per nombre de privacions materials per sexe i edat. Catalunya, 2018 [Internet]. Enquesta de condicions de vida. Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a:

<http://www.idescat.cat/pub/?id=ecv&n=7647&t=201800>

28 Violències masclistes 2019. Dossier estadístic. Institut Català de les Dones; 2019.

[http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_ambits/violencia\\_masclista/estadistiques/Dossier\\_estadistic\\_VM\\_octubre\\_2019.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/violencia_masclista/estadistiques/Dossier_estadistic_VM_octubre_2019.pdf)

29 Enquesta de violència masclista a Catalunya: resultats bàsics 2016. Generalitat de Catalunya. Disponible a:

[https://interior.gencat.cat/web/.content/home/010\\_el\\_departament/publicacions/seguretat/estudis\\_i\\_enquestes/enquesta\\_de\\_violencia\\_masclista/Presentacio-EVMC\\_23\\_07.pdf](https://interior.gencat.cat/web/.content/home/010_el_departament/publicacions/seguretat/estudis_i_enquestes/enquesta_de_violencia_masclista/Presentacio-EVMC_23_07.pdf)

30 Salvador-Piedrafito M, Artazcoz L, Bartoll X, Bastida A, Pasarín. Benestar i salut de les persones cuidadores de familiars a Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2018.

Disponible a: <https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2018/09/Benestar-salut-persones-cuidadores-familiars-Barcelona-2018.pdf>

31 La qualitat de l'aire a Catalunya. Anuari 2018. Departament de Territori i Sostenibilitat. Disponible a:

[http://mediambient.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_dactuacio/atmosfera/qualitat\\_de\\_laيرة/avaluacio/balancos\\_i\\_informes/documentos/La-qualitat-de-laيرة-a-Catalunya-Anuari-2018.pdf](http://mediambient.gencat.cat/web/.content/home/ambits_dactuacio/atmosfera/qualitat_de_laيرة/avaluacio/balancos_i_informes/documentos/La-qualitat-de-laيرة-a-Catalunya-Anuari-2018.pdf)

32 Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Memòria anual sobre la situació de la seguretat alimentària a Catalunya, 2017. Barcelona. Agència de Salut Pública de Catalunya; 2019. Disponible:

[http://acsa.gencat.cat/web/.content/\\_Publicacions/Memories\\_de\\_la\\_situacio\\_de\\_la\\_seguretat\\_alimentaria/2017/Memoria-2017.pdf](http://acsa.gencat.cat/web/.content/_Publicacions/Memories_de_la_situacio_de_la_seguretat_alimentaria/2017/Memoria-2017.pdf)

33 Memòria de la Secretaria de Salut Pública 2018 [En maquetació].

34 Casos de malaltia per Virus Chikungunya, Dengue i Zika a Catalunya. Informe 2018. Barcelona: Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 2017.

[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_A-Z/M/mosquit\\_tigre/documents/informe18.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/M/mosquit_tigre/documents/informe18.pdf)

35 Aranda-Pallero C, Busquets- Martí N, Eritja-Mathieu R, Escosa-Serrano R, Marqués-Mora E, Montalvo-Porro T, et al. Protocol per a la vigilància i el control de les arbovirosis importades transmeses per mosquits a Catalunya. Barcelona: Sub-direcció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública; 2019.

[http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/80\\_Professionals/Vigilancia\\_epidemiologica/documents/arxius/protocol\\_arbovirosis\\_cat.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/80_Professionals/Vigilancia_epidemiologica/documents/arxius/protocol_arbovirosis_cat.pdf)

36 Estratègia per a la prevenció i el control del mosquit tigre a Catalunya. Comissió Interinstitucional per a la Prevenció i Control del Mosquit Tigre a Catalunya; 2011. Disponible:

[http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/proteccio\\_salut/plagues/PDFS-Estrategia-mosquit-tigre/Estrategia-Mosquit-Tigre-Sencer.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/proteccio_salut/plagues/PDFS-Estrategia-mosquit-tigre/Estrategia-Mosquit-Tigre-Sencer.pdf)

37 Bardají-Alonso A, Bernárdez S, Carreras-Moratonas E, Coma-Colom C, Costa-Sampere D, Falguera-Puig G, et al. Protocol d'actuació davant de casos de febre vírica de Zika en l'àmbit obstètric i pediàtric de Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2019.

<https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1915>