Informe de salut 2012

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pla de Salut 2011-2015

Director general de Planificació i Recerca en Salut

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificació Sanitària

Ricard Tresserras i Gaju

Responsable de l'edició

Pilar Brugulat i Guiteras

Redacció

Pilar Brugulat, Antonia Medina, Anna Mompart, Vicenç Martínez, Ricard Tresserras, Oriol Garcia, Rosa Gispert, Adriana Freitas, Anna Puigdefàbregas, Glòria Ribas, Alba Rosas

Altres col·laboradors

Elia Benito, Francesc Martínez, Carme Ollé, Ma. Teresa Faixedas, Antoni Curós, Xavier Salvador, Carles Oliete, Pere Castellví, Carmen Cabezas, Mireia Jané, Anna Rodés, Esther Bigas, Irene Corbella, Victòria Serra, Lidia Segura, Josep Maria Suelves, Maria Estrada, Jordina Capella, Ana Isabel Ibar, Josep Maria Ollé, Laia Gasulla, Joan Colom, Lluís Urbiztondo, Lluís Picart, Esteve Saltó

© 2013, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.
La llicència es pot consultar a: **http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/**

Edita:
Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

1a edició:
Barcelona, setembre de 2013

Dipòsit legal:
B. 26879-2013

Assessorament lingüístic:
Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:
www.gencat.cat/salut

Sumari

1. Presentació 4

2. Resum executiu 6

3. El context 11

4. Esperança de vida i esperança de vida en bona salut 14

5. Com valorem la nostra salut 15

6. Quins problemes de salut tenim 16

6.1 Els trastorns crònics 16
6.2 L'excés de pes 17
6.3 Les discapacitats 19
6.4 La dependència 19
6.5 Les malalties transmissibles 21

7. De què morim 23

8. Què fem per a la nostra salut 25

8.1 Quins hàbits i estils de vida tenim 25
8.2 Quines pràctiques preventives fem 27
8.3 Quin ús fem dels serveis sanitaris 28

9. El territori 31

10. Les situacions de vulnerabilitat 35

10.1 La salut de la població infantil 35
10.2 El gènere 37
10.3 La classe social i el nivell d'estudis 37
10.4 La situació laboral 38

11. Evolució temporal 40

12. Què fa el sistema de salut 46

12.1 Monitoratge dels objectius de salut del Pla de salut 2011-2015 47
12.2 El Pla interdepartamental de salut pública 51

13. Per una xarxa assistencial més accessible que optimitza els recursos i millora els resultats 53

13.1 El cas del Codi infart 53

Annex 1. Indicadors mediambientals 58

Annex 2. Evolució del pressupost per càpita anual, 2003-2012. Departament de Salut, CatSalut i ICS 59

Annex 3. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 60

Annex 4. Indicadors de l'ESCA, per sexe. Catalunya 2006 i 2011-2012 61

Annex 5. Seguiment de l'execució del Pla de salut: percentatge d'assoliment per línies d'actuació i per projectes 62

Annex 6. Índex de figures, gràfics i taules 63

Referències bibliogràfiques 65

1. Presentació

L'informe anual de salut respon al compromís del Departament de Salut de retre comptes de manera periòdica sobre la salut de la població. Concretament, aquest exercici de transparència pren com a referència els objectius de salut del **Pla de salut de Catalunya 2011-2015**, els quals es troben alineats amb les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut per a la Regió Europea per a l'any 2020.[1]

La salut és un dels principals components que contribueixen al benestar i a la qualitat de vida de la població i al desenvolupament i la riquesa d'un país.[2] Aquest període que s'analitza cau de ple en la forta crisi econòmica i financera que s'està patint. Una de les preocupacions més rellevants és l'impacte que aquesta situació pot tenir en la salut de la població i en els serveis sanitaris. Els efectes de la crisi en la salut són incerts, i alguns poden ser immediats i d'altres es poden manifestar a mitjà o a llarg termini. Tot i aquesta incertesa, està documentada la importància que hi hagi factors protectors de diferent tipus, com ara familiars, socials, polítics, etc., per minimitzar els efectes negatius que potencialment la crisi econòmica pot produir en la salut de la població.[3,4,5] Precisament, el sistema de salut, malgrat les restriccions a les quals està subjecte, pot ser un d'aquests factors protectors[6] i contribuir de manera decisiva al manteniment de la cohesió social.

Catalunya, comparativament amb altres països del nostre entorn, presenta uns bons indicadors de salut. No obstant això, cal estar atents als resultats que indiquen que la població en situació de més vulnerabilitat presenta pitjors indicadors de salut.

Per raó de l'allargament de l'esperança de vida i de l'envelliment de la població, a Catalunya la càrrega més elevada de morbimortalitat es deu a la freqüència i l'impacte de les malalties cròniques. Cal seguir treballant per reduir la mortalitat prematura, per millorar els processos assistencials de les diferents patologies implicades en la cronicitat, per l'apoderament dels pacients i pel desplegament de mesures que contribueixin a mantenir l'autonomia personal en relació amb la salut. D'altra banda, hi ha el convenciment que per fer front a la cronicitat cal reforçar la prevenció en els seus diferents nivells i actuar sobre els determinants de la salut,[7] tant pels que pertanyen a l'esfera individual com a la col·lectiva i és en aquest sentit que el futur Pla interdepartamental de salut pública ha d'actuar com a palanca del canvi.

L'informe de salut 2012 té una triple finalitat: presentar els indicadors de salut més recents a partir de les principals fonts d'informació de què es disposa, fer el seguiment del grau d'acompliment dels objectius de salut del Pla de salut 2011-2015 i presentar, amb caràcter monogràfic, els resultats de la implantació d'un projecte estratègic com és el cas del Codi infart.

El document s'estructura en tres parts i sis annexos. La **primera part** inclou una seixantena d'indicadors relacionats amb l'entorn socioeconòmic i ambiental, els estils de vida, la càrrega

de morbimortalitat i la utilització de serveis sanitaris per part de la població de Catalunya. En general, els indicadors es presenten per edat, per sexe, per regions sanitàries i pel conjunt de Catalunya. Sempre que la font d'informació ho permet, l'anàlisi incorpora variables sociodemogràfiques, com són la classe social i el nivell d'estudis. En aquest informe, s'ha donat una especial rellevància a l'evolució temporal d'una sèrie d'indicadors seleccionats per la seva importància. La **segona part** està dedicada a les accions, explicitades en el Pla de salut 2011-2015, que el sistema de salut du a terme per mantenir i millorar la salut de la població. Recull el grau de desenvolupament general de les 9 línies d'actuació en què s'estructura el Pla de salut, l'actualització dels indicadors que serveixen per al monitoratge dels 27 objectius de salut i la situació actual dels treballs en relació amb el Pla interdepartamental de salut pública. La **tercera part**, a partir d'un exemple concret com és el desplegament del Codi infart, pretén il·lustrar sobre la possibilitat de fer més accessibles els dispositius assistencials, optimitzar els recursos humans i materials implicats, i millorar-ne els resultats. Els annexos contenen informació més detallada sobre els diferents continguts del document.

Aquest document es difon amb la confiança que el contingut sigui d'utilitat per a les institucions, els professionals i la ciutadania. Els resultats mostren els avenços que s'han aconseguit i també assenyalen el camí a seguir. Finalment, cal agrair el treball dels professionals dels diferents àmbits per la seva contribució al manteniment i la millora de la salut de la població de Catalunya.

2. Resum executiu

La conjuntura econòmica posa en tensió el sistema de salut i la seva sostenibilitat, però hi ha marge per augmentar-ne l'efectivitat i l'eficiència

- Aquest període que s'analitza cau de ple en la forta crisi econòmica i financera que s'està patint. Els seus efectes en la salut són incerts (negatius i positius), i alguns poden ser immediats i d'altres es poden manifestar a mitjà o a llarg termini.

- El sistema de salut, malgrat les restriccions a les quals està subjecte, pot actuar com a factor protector dels potencials efectes negatius per mantenir la salut i contribuir de manera decisiva a la conservació de la cohesió social.

- Hi ha un important potencial de millora dels resultats en salut mitjançant les accions coordinades sobre els determinants de la salut. El Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) ha d'esdevenir l'eina per a les accions de salut pública en el marc de les polítiques dels diferents departaments de la Generalitat de Catalunya.

- Les actuacions i els projectes del Pla de salut 2011-2015 han de permetre mantenir la qualitat i la sostenibilitat del sistema i, tal com preveu el Pla, tots els agents, institucions, professionals i ciutadans hi estan implicats.

Catalunya presenta uns bons indicadors de salut per al conjunt de la població i ocupa una posició intermèdia alta en relació amb els països de l'entorn europeu

- A Catalunya l'any 2011, l'esperança de vida (EV) en néixer segueix la tendència d'augment moderat, amb la remarca que les dones viuen quasi sis anys més que els homes. En canvi, l'esperança de vida en bona salut (EVBS) en néixer és quasi tres anys més alta en els homes. A més, pel que fa als homes l'EVBS ha augmentat significativament respecte de l'any anterior (gràfic 1).

- En general, la població fa una valoració positiva de l'estat de salut. L'any 2012, 8 de cada 10 persones tenen una percepció de la seva salut com excel·lent, molt bona o bona (gràfic 2).

- La càrrega més elevada de morbimortalitat es deu a la freqüència i l'impacte de les malalties cròniques: al voltant del 80% de la mortalitat és ocasionada per patologies cròniques, el 37,2% de la població general pateix algun problema de salut crònic i se sap que l'atenció a la cronicitat consumeix més del 50% dels recursos del sistema segons el pressupost del Departament de Salut per grups de malalties (CIM-9), 2012.

- En la població adulta, els problemes crònics més freqüents són els relacionats amb l'aparell locomotor (mal d'esquena a la zona lumbar o dorsal i cervical, i artrosi, artritis o reumatisme), els de l'aparell circulatori (pressió alta, colesterol, varices a les cames o mala circulació de la sang) i la depressió o l'ansietat (gràfic 5).

- Altres problemes de salut crònics que encara que tenen menys prevalença tenen molt d'impacte són: el risc de patir un problema de salut mental (10,7%), la diabetis (7,8%), la incontinència urinària (7,2%), la bronquitis crònica (6,0%, que en els més grans de 65 anys arriba al 13,7%), l'infart de miocardi (2,3%) i els tumors (4,3%).

- La meitat de la població de 18 a 74 anys té excés de pes (sobrepès o obesitat). Tant el sobrepès com l'obesitat són més freqüents en els homes (gràfic 7). A Catalunya, en els homes la prevalença del sobrepès és pròxima a la mitjana d'Espanya i la de l'obesitat és

inferior a la mitjana. En les dones, tant el sobrepès com l'obesitat se situen per sota de la mitjana.

- El 34,4% de la població de 6-12 anys té excés de pes (gràfic 9). En la població de 2 a 17 anys, Catalunya presenta tant en els nois com en les noies percentatges de sobrepès inferiors a la mitjana de les comunitats autònomes. La prevalença de l'obesitat en els nois és inferior i en les noies és similar a la mitjana d'Espanya.

- El 9,3% de la població adulta es troba en situació de dependència. És a dir, a causa d'un problema de salut necessita l'ajuda o la companyia d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana (gràfic 11).

- 5 de cada 10 persones de més de 74 anys depenen de l'ajut d'altres per realitzar les activitats de la vida quotidiana (gràfic 12).

- Quant a les malalties transmissibles, la taxa de tuberculosi en persones residents a Catalunya ha disminuït un 5,3% respecte de l'any 2010 (gràfic 13). Els diagnòstics de VIH notificats a Catalunya han disminuït un 16,7% respecte de l'any anterior, i pel que fa a la sida es manté la tendència decreixent.

- La mortalitat dels més petits és deguda a problemes congènits i perinatals; en els joves, als tumors malignes i causes externes; en les edats mitjanes, als tumors i les malalties de l'aparell circulatori, i en els més grans, a més, s'hi afegeixen les malalties de l'aparell respiratori, les neurològiques i les mentals (gràfic 15).

- Tenint en compte que la majoria de defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys, les malalties que ocasionen més morts i que, per tant, suposen una càrrega important sobre els serveis sanitaris són les malalties cerebrovasculars, les demències, les malalties isquèmiques del cor en els dos sexes, a més de l'Alzheimer en dones i el càncer de pulmó en homes.

- Les malalties que tenen una important repercussió social perquè ocasionen morts prematures són els tumors malignes de mama, pulmó i intestí gros en les dones, així com les malalties del sistema nerviós i els sentits, juntament amb les cerebrovasculars. En els homes, el tumor maligne de pulmó, les malalties isquèmiques del cor i les causes externes (suïcidis, accidents de trànsit i altres causes externes) són els causants de bona part de la mortalitat prematura, que globalment és molt superior a la de les dones (gràfic 16).

- En general, en la població en situació d'atur, en la que pertany a les classes més desafavorides i en la que té un baix nivell d'estudis, s'observen pitjors resultats en els indicadors de salut.

S'observen millores en alguns comportaments relacionats amb la salut i hi ha una bona implantació de les activitats preventives recomanades

- En la població de 18-74 anys, el sedentarisme se situa en els nivells més baixos des de l'any 2006 (17,8%) i 7 de cada 10 persones entre els 15 i els 69 anys practica activitat física que es considera de nivell saludable.

- Es manté el nivell de tabaquisme: el 28,5% de la població de 15 anys i més és fumadora (el 34,2% els homes i el 22,9% les dones) (gràfic 15) i s'ha reduït l'exposició al fum del tabac tant a casa com a la feina. En comparació amb l'Estat espanyol (ENSE 2011-2012), Catalunya se situa per sota de la mitjana en la proporció de fumadors (diari+ocasional) per a ambdós sexes. En els homes, la proporció de tabaquisme se situa entorn de la mitjana i en les dones, per sota de la mitjana.

- Quant als hàbits alimentaris, l'11,8% de la població consumeix diàriament 5 racions de fruita i/o verdura, que és el que recomana l'OMS. Aquests resultats se situen per sobre de la mitjana estatal, que és del 9,7%. El 44,5% de la població de 3 anys i més esmorza saludablement i 3 de cada 4 menors té bons hàbits alimentaris (gràfic 17).

- Els índexs de la pràctica de la mamografia preventiva en les dones de 50-69 anys són del 94,1% i els de la citologia vaginal en les dones de 25 a 65 anys del 80,9%. La mesura de la pressió arterial i del nivell de colesterol és per sobre del 50% en la població de 15 i més, i és més elevada a mesura que els grups són de més edat (gràfic 18).

- S'observen cobertures per sobre del 85% en les diferents vacunes recomanades en l'edat infantil i l'adolescència.

El contacte de la població amb els serveis sanitaris és elevat i també ho és el nivell de satisfacció

- El 25,6% de la població general té doble cobertura sanitària.

- 9 de cada 10 persones han visitat un professional de la salut almenys una vegada el darrer any i en el 70% dels casos els serveis eren públics.

- El 78% de la població ha visitat medicina general o pediatria i el 23,7% ha visitat un especialista. 3 de cada 10 persones han visitat o consultat un servei d'urgències els darrers 12 mesos i el 5,9% de la població general ha estat hospitalitzada com a mínim una nit (gràfic 19).

- Prenent com a referència les dades de 2006, s'observa un descens en la freqüentació, ja que les visites/habitant/any a medicina general i pediatria han passat de 5,6 visites a 3,9. No s'observen diferències significatives pel que fa a la freqüentació als hospitals i als serveis d'urgències.

- Comparativament amb els resultats de l'ENSE 2011-2012, el percentatge de persones que a Catalunya ha fet visites a medicina general i pediatria les darreres 4 setmanes i la freqüència de visites a aquests professionals se situen per sota de la mitjana i pel que fa a l'hospitalització i les visites a urgències en els darrers 12 mesos per sobre de la mitjana.

- El 60,9% de la població de 15 anys i més i el 23,7% dels més petits de 0 a 14 anys han consumit algun medicament els darrers dos dies.

- Els medicaments que la població ha consumit en proporcions més elevades són l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o els antiinflamatoris (gràfic 20).

- L'índex quant a la satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats amb més freqüència el darrer any ha estat del 91,7% (el 90,2% pel que fa als serveis públics i el 98,0% pel que fa als privats).

- L'ús d'Internet en relació amb la salut es relaciona amb el fet de buscar informació sobre alguna malaltia, ja sigui pròpia o d'un familiar o conegut (55,1%), buscar informació sobre benestar i estils de vida (40,2%) i per sol·licitar, cancel·lar o canviar una cita amb un professional de la salut (20,9%); i el percentatge d'utilització és superior en el cas de les dones.

Hi ha situacions d'especial vulnerabilitat i la població que es troba en situacions més desafavorides presenta pitjors indicadors de salut

- El context familiar de la població infantil de 0 a 14 anys ha variat significativament entre l'any 2006 i el període 2010-2012. Positivament, perquè el nivell d'estudis de la població ha millorat i se sap que això té un efecte favorable en la salut dels infants, i en aquest sentit és especialment rellevant el nivell d'estudis de la mare. Negativament, perquè el percentatge d'infants que com a mínim tenen a la seva llar un membre a l'atur ha passat del 9,7% al 20,7%, situació que pot actuar com a factor de risc per a la salut.

- En el període 2010-2012, i pel que fa al grup de 3 a 14 anys, el 83,3% fa el que es considera l'esmorzar saludable (abans de sortir de casa i a mig matí, com a mínim 4 vegades a la setmana). El 75,1% de la població de 3 a 14 anys té un bon hàbit alimentari, és a dir, un baix consum (menys de 3 vegades a la setmana) de menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre o piscolabis i menjars salats (gràfic 21).

- Pel que fa a l'evolució dels indicadors entre 2006 i 2010-2012, el percentatge de menors de 2 a 14 anys que tenen excés de pes, segons l'escala de l'OMS, ha passat del 36,5% al 34,1%, no essent aquest canvi estadísticament significatiu.

- En la població de 3-14 anys, entre 2006 i 2010-2012, han millorat els indicadors de qualitat de vida i de conductes de risc (conflictes i baralles amb els companys i la família, desobediència als pares i professors, etc.). A més, tot i que continua sent l'activitat més freqüent en el lleure, el temps davant la pantalla del televisor i l'ordinador s'ha reduït.

- L'any 2012, 9 de cada 10 infants ha estat visitat a pediatria o medicina general i 4 de cada 10 han estat visitats en un servei d'urgències, i no s'observen diferències segons el nivell d'estudis de la mare ni per la doble cobertura. En canvi, s'ha reduït significativament la proporció de menors que han estat visitats a una especialitat o a odontologia.

- Pel que fa al gènere, l'anàlisi dels indicadors per sexe presenta un patró ben diferenciat. En general, les dones mostren comportaments més saludables, però tenen una pitjor percepció de l'estat de salut, pateixen en més proporció malalties cròniques, tenen més probabilitat que els homes de patir trastorns mentals i fan un ús més elevat dels serveis sanitaris i del consum de medicaments (gràfic 22).

- Segons la classe social i el nivell d'estudis, s'observa una gradació en el sentit que, en general, la població que pertany a les classes més desfavorides i amb un nivell d'estudis baix presenta una pitjor percepció de l'estat de salut i té comportaments no saludables en proporcions més elevades (gràfic 23).

El territori tendeix a ser més homogeni

- Hi ha territoris on la mortalitat, de manera persistent en el temps, és superior a la mitjana de Catalunya, com és el cas de les regions sanitàries Camp de Tarragona i Lleida, principalment entre les dones.

- Pel que fa a la percepció de l'estat de salut, la morbiditat crònica, els estils de vida i la utilització de serveis, no s'observen patrons territorials definits pels quals determinades regions presentin sistemàticament millors o pitjors resultats (mapes 1, 2, 3 i 4, i taula 5).

- En un període de 18 anys, s'han reduït les diferències entre regions sanitàries en bona part dels indicadors analitzats (gràfic 25).

Cal valorar la importància de tenir objectius de salut explícits: el Pla de salut 2011-2015 n'és la referència

- El monitoratge dels 27 objectius del Pla mostra que, si segueix en la línia observada el darrer any (taula 6).

  S'assoliran:

  - L'objectiu general que proposa augmentar la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut.
  - La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties de l'aparell circulatori, mortalitat pel càncer, mortalitat per les malalties mentals, mortalitat per les malalties isquèmiques del cor, mortalitat per l'ictus i mortalitat pel càncer de mama.
  - L'increment de la supervivència pel càncer al cap de cinc anys.
  - La disminució de la incidència de la fractura de coll de fèmur i de la prevalença del tabaquisme.
  - L'increment de pacients hipertensos amb control de la hipertensió i de la proporció de pacients de risc amb valoració del risc cardiovascular.

  Ja s'han assolit:

  - Els objectius per reduir les taxes d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, maluc i colorectal i pneumònia associada a la ventilació mecànica.

  S'ha d'intensificar el ritme per assolir:

  - L'objectiu de reducció de la proporció d'ingressos per ICC.
  - La reducció de la mortalitat per les malalties respiratòries, pel càncer colorectal i pel suïcidi.
  - La reducció de les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys.
  - La disminució de la prevalença del sedentarisme en la població.
  - L'augment de la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable.
  - La disminució de la prevalença de l'excés de pes.
  - La reducció dels reingressos al cap de 30 dies per la diabetis i MPOC.
  - La reducció de la taxa mitjana de la infecció nosocomial global.

El Codi infart exemplifica que és possible fer els serveis més accessibles i millorar els resultats en termes de salut, satisfacció i cost

- El Codi infart ha suposat un canvi en el paradigma assistencial que prioritza la reestructuració organitzativa per sobre de l'estructural i que ha estat possible pel consens entre els agents implicats. L'atenció s'estructura en una xarxa que integra els diferents nivells assistencials en què dispositius i professionals treballen conjuntament i coordinadament.

- Durant l'any 2012, el 97,0% dels pacients tractats a través del Codi infart ha rebut algun tipus de tractament de reperfusió. Aquesta dada suposa un increment notable de l'accessibilitat al tractament, atès que l'any 2000 només feien tractament de reperfusió el 63,0% i l'any 2006 el 81,0%.

- L'angioplàstia primària, considerada la intervenció d'elecció, s'ha aplicat l'any 2012 en el 91,0% dels pacients, mentre que els anys 2000 i 2006 només es va realitzar en el 5,0% i el 33,0% respectivament (gràfic 29).

- Els pacients atesos directament en un dels deu hospitals de Codi infart i aquells que ho són en primera assistència pel SEM són tractats amb reperfusió més ràpidament. Per al global de Catalunya, l'interval de temps entre la primera assistència i l'obertura de l'artèria en els pacients tractats amb angioplàstia primària és millor en comparació amb l'estàndard europeu recomanat per a aquest indicador.

3. El context

En les dues darreres dècades del segle XX (entre 1981 i 2000), la **població de Catalunya** va créixer relativament poc, va passar de 5.956.414 a 6.261.999 habitants, i es va envellir molt (la població de 65 anys i més va passar de l'11,0% al 17,4%). És en la primera dècada del segle XXI (entre 2000 i 2012) que la població ha augmentat en 1.308.909 habitants i s'ha rejovenit a causa de la immigració externa, en bona part. Tanmateix, segons les dades de l'Idescat de gener de 2013, i per primera vegada en molts anys, Catalunya perd habitants per la marxa de població estrangera (l'any 2012 és del 15,7% dels habitants), per l'emigració de població autòctona, principalment jove, que marxa empesa per la manca d'expectatives laborals i per la davallada dels naixements ja iniciada el 2008. D'altra banda, és rellevant l'augment del percentatge de persones de més de 84 anys i el fet que l'índex de sobreenvelliment ha passat del 10,0% l'any 2000 al 15,0% l'any 2012.[8]

Altres indicadors també reflecteixen la transformació del país. En aquests darrers 30 anys, el PIB per habitant ha passat de 2.909 € a 28.270 €, les exportacions de 2.073 a 55.185 milions d'euros i els estudiants universitaris de 96 a 241 per 1.000 habitants.[9] A més, la preocupació pel medi ambient ha adquirit cada vegada més importància pel seu impacte econòmic i en la salut. Els espais protegits han passat de 303 a 10.658 km^2. L'any 2012 s'ha mantingut el patró de qualitat de l'aire habitual dels darrers anys. Hi ha àmplies àrees del territori on no s'han produït incidències o on són molt puntuals i àrees d'aglomeració urbana en què hi ha diòxid de nitrogen i partícules en suspensió que, per bé que tendeixen a la baixa, especialment les partícules en suspensió, segueixen sobrepassant determinats valors. La qualitat de l'aigua de les diferents xarxes i zones d'abastament destinada al consum humà compleix la normativa en un gran nombre de casos, tant pel que fa als contaminants microbiològics com als paràmetres fisicoquímics[10,11] (annex 1). Durant aquest període, s'ha construït el **sistema sanitari a Catalunya** que, per la seva qualitat, compta amb un alt grau de **valoració dels usuaris**[12] i és un model de referència internacional amb uns resultats en termes de salut que situen Catalunya en una bona posició en l'entorn europeu.[13]

La crisi financera ha afectat tant els macroindicadors econòmics com els microindicadors. La taxa d'atur a Catalunya el 2011 duplica la d'Europa (19,4% i 9,7%, respectivament) i és més elevada entre els joves de 16-24 anys (44,1% i 21,4%). La desigualtat de la distribució de la renda a Catalunya és inferior a la d'Espanya i superior a la d'Europa.[a] La taxa de risc de pobresa és del 18,0% en els homes i del 20,3% en les dones, inferior a la d'Espanya i superior a la d'Europa. La despesa mitjana anual de consum per llar[b] ha passat de 33.403 € l'any 2006 a 31.729 € el 2011, i la despesa s'ha concentrat en béns de primera necessitat

[a] Diferència entre el quintil superior i el quintil inferior: a Catalunya, la renda del 20% de la població que en té més és 5,3 vegades superior al 20% de la renda de la població que en té menys. A Espanya, la renda del 20% de la població que té més renda és 6,8 vegades superior al 20% de la renda de la població que en té menys. A Europa, la renda del 20% de la població que en té més és 5,1 vegades superior al 20% de la renda de la població que en té menys. Així, com més elevat és el diferencial de renda entre els grups extrems més desigualtat socioeconòmica hi ha.

[b] Font: Idescat, a partir de l'Enquesta de pressupostos familiars, base 2006, de l'INE.

(32,8% habitatge, 14,0% alimentació i 11,1% transport) i s'han reduït les despeses en comunicació, salut, vestit, calçat, cultura i manteniment de la llar.[9,14]

Pel que fa al sistema de salut, després d'un període d'increment sostingut, a Catalunya[a] ha continuat el descens iniciat l'any 2010 del pressupost per capita destinat a salut. Concretament, la despesa sanitària pública per capita se situa l'any 2011 en 1.206,98 € i l'any 2012 en 1.150,18 €, xifra que representa una variació respecte de l'any anterior de –6,97% el 2011 i de –4,71% el 2012 (annex 2).

Aquesta difícil conjuntura, si bé posa en tensió el sistema i la seva sostenibilitat pot resultar que sigui una oportunitat. Tot i les dificultats, hi ha marge per augmentar l'efectivitat i l'eficiència i millorar els resultats en termes de salut, satisfacció i cost. Prioritzar les intervencions i pràctiques d'efectivitat contrastada i deixar de fer les pràctiques que aporten poc valor o cap valor són accions clau per l'alliberar recursos,[15] i també millorar la qualitat de l'atenció prestada i la **seguretat dels pacients**. Hi ha també un important potencial de millora dels resultats mitjançant actuacions intersectorials coordinades sobre els determinants de la salut,[16] així com una estratègia ben definida en el Pla de salut 2011-2015 per respondre a les necessitats que indica quins són els objectius, les actuacions i els projectes prioritaris i en què tots els agents, institucions, professionals i ciutadans estan implicats.

[a] Dades consolidades del Departament de Salut, el CatSalut i l'ICS en relació amb la població amb targeta sanitària individual (TSI).

Primera part

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

4. Esperança de vida i esperança de vida en bona salut

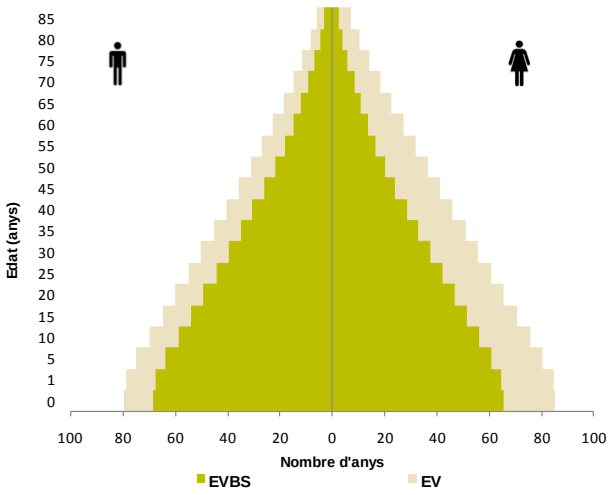
L'esperança de vida (EV) mesura la longevitat, és a dir, el temps que podríem esperar viure en complir una determinada edat (si els riscos de mortalitat en cada un dels grups d'edat i sexe no canviessin) i l'esperança de vida en bona salut (EVBS) indica els anys que podríem viure amb percepció de bona salut (si es mantinguessin les condicions de mortalitat i percepció de salut segons l'edat i el sexe).

A Catalunya, l'EV en néixer l'any 2011 era de 79,5 anys per als homes i de 85,3 anys per a les dones i segueix la tendència d'anys anteriors a l'augment moderat, que també s'observa en la majoria de grups d'edat. Persisteixen les diferències entre els dos sexes. Catalunya manté una posició similar a la mitjana espanyola i per damunt de l'europea.

L'EVBS en néixer l'any 2011 va ser de 68,3 anys per als homes i de 65,6 anys per a les dones, la qual cosa representa el 85,9% i el 76,9% respectivament de l'expectativa de vida de cada sexe. És a dir, els homes viuen menys temps però proporcionalment millor que les dones, les quals viuen més temps en mala salut, tant en termes absoluts com relatius.

En relació amb l'any 2010, l'EVBS ha augmentat, malgrat això i que la magnitud de les diferències és relativament gran (3,1 anys en els homes i 2,5 en les dones), si es tenen en compte els intervals de confiança, l'augment és estadísticament significatiu tan sols en els homes.

Gràfic 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) segons sexe i edat. Catalunya, 2011



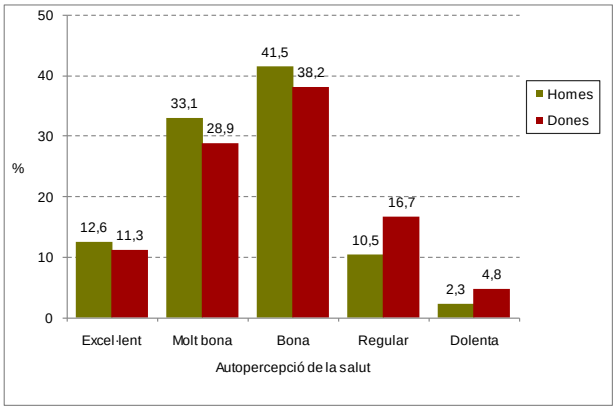
Font: RMC 2011-ESCA 2012. Elaboració: Servei d'Informació i Estudis

5. Com valorem la nostra salut

A Catalunya, en general, les persones fan una **valoració positiva del seu estat de salut**. L'any 2012, 8 de cada 10 persones tenen una percepció de la seva salut com excel·lent, molt bona o bona (gràfic 2). La valoració de l'estat de salut és pitjor en les dones i a mesura que augmenta l'edat, en ambdós sexes.

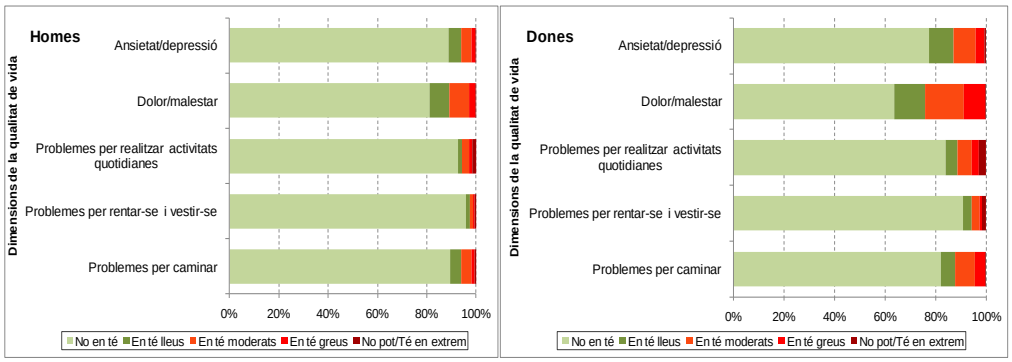
Un altre aspecte indicatiu de l'estat de salut és la **qualitat de vida**. Pel seu impacte en la vida quotidiana, hi ha determinades condicions de salut que empitjoren la percepció de la qualitat de vida. Les més freqüents són el dolor, l'ansietat i la depressió i els problemes per caminar que afecten les dones en proporcions més elevades que els homes. El 38,4% de la població veu afectada la seva qualitat de vida en patir almenys un d'aquests problemes (gràfic 3).

Gràfic 2. Autopercepció de l'estat de salut de la població general, per sexe. Catalunya, 2012



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

Gràfic 3. Dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2012



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

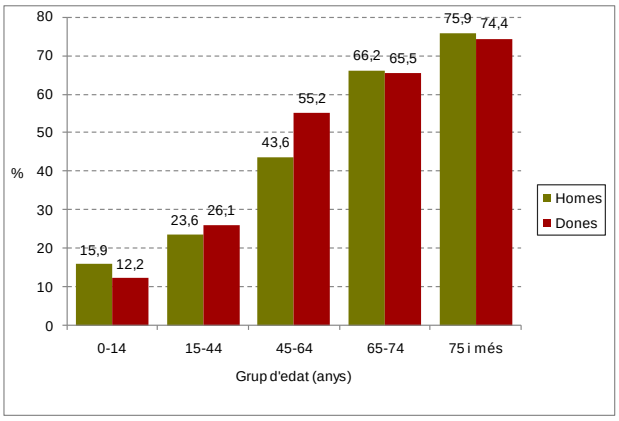
Una altra dimensió de l'estat de salut és el **benestar psicològic**, que es focalitza en aspectes positius de la salut mental (afectius-emocionals, cognitius-avaluatius i psicològics). La població catalana mostra un nivell satisfactori de benestar psicològic en comparació amb la població general escocesa (a Escòcia es va desenvolupar l'instrument original per valorar-lo[17]), ja que en un interval de 14 a 70 punts possibles d'obtenir presenta una mediana de 59, mentre que en la població escocesa és de 51.

6. Quins problemes de salut tenim

6.1 Els trastorns crònics

El 37,2% de la població general (el 34,3% dels homes i el 40,1% de les dones) pateix alguna malaltia o **problema de salut crònics**,[a,18] i la prevalença augmenta a mesura que els grups són de més edat (gràfic 4).

Gràfic 4. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012



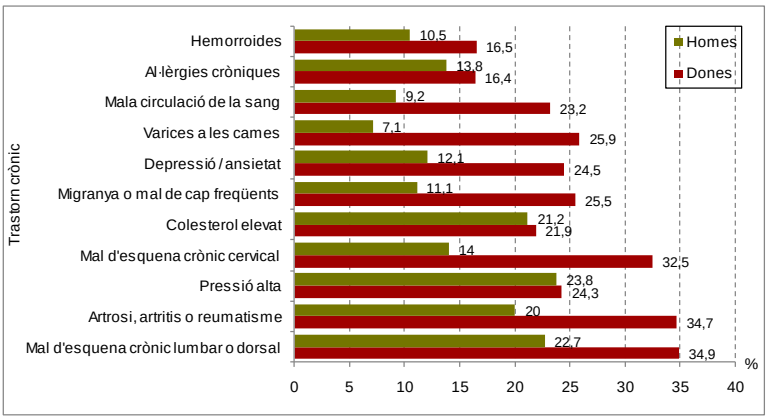
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

Si es consideren els **problemes crònics que la població pateix o ha patit**,[b] el percentatge se situa en el 76,7% de la població de 15 anys i més (el 70,8% dels homes i el 82,5% de les dones). Per la seva freqüència destaquen: les malalties de l'aparell locomotor (mal d'esquena a la zona lumbar o dorsal i cervical, i artrosi, artritis o reumatisme), les malalties de l'aparell circulatori (pressió alta, colesterol, varices a les cames o mala circulació de la sang) i la depressió o l'ansietat són els problemes crònics més freqüents (gràfic 5). La distribució d'aquests trastorns és diferent segons l'edat i el sexe (annex 3).

D'altra banda, hi ha una sèrie de patologies cròniques que afecten la població adulta que, tot i que presenten prevalences més baixes, tenen un gran impacte en la salut i la qualitat de vida de les persones que les pateixen i pels costos que generen en el sistema sanitari. El 10,7% de la població té risc de patir un **trastorn mental** (el 6,9% dels homes i el 14,4% de les dones). El 7,8% de la població pateix **diabetis** (7,9% dels homes i el 7,7% de les dones). El 7,2% pateix **incontinència urinària** (el 3,7% dels homes i el 10,6% de les dones). La **bronquitis crònica** afecta el 6,0% (5,7% dels homes i 6,3% de les dones). El 2,3% ha patit un **atac de feridura** (2,2 dels homes i 2,4 % de les dones). Ha patit **un infart de miocardi** el 2,3% (2,8 dels homes i 1,8 % de les dones) i el 4,3% ha sofert un **tumor maligne** (3,5 dels homes i 5% de les dones). El 36,3% (el 27,2% dels homes i el 45,0% de les dones) pateix o ha patit 4 **trastorns crònics o més**.

[a] S'entén per problema crònic aquell que ha tingut o s'espera que tingui una durada de 6 mesos o més (mòdul mínim europeu de salut).
[b] L'ESCA interroga sobre el fet de "patir o haver patit algun trastorn crònic" d'una llista de 28 problemes de salut.

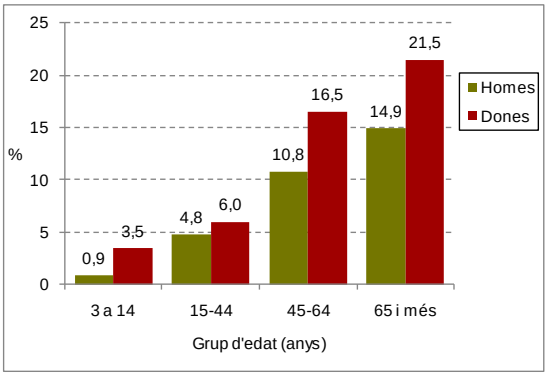
Gràfic 5. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2012



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

El 9,5% de la població de 3 anys i més (el 7,4% dels homes i el 11,5% de les dones) ha tingut algun impediment o dificultat per anar a treballar, anar a l'escola o centre docent o fer les feines de la llar per algun problema de salut crònic (gràfic 6). Les causes principals de la **restricció de l'activitat** el darrer any són el mal d'esquena sense símptomes associats, la depressió i l'artrosi o similar.

Gràfic 6. Població de 3 anys i més que ha restringit la seva activitat habitual el darrer any per algun problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012



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

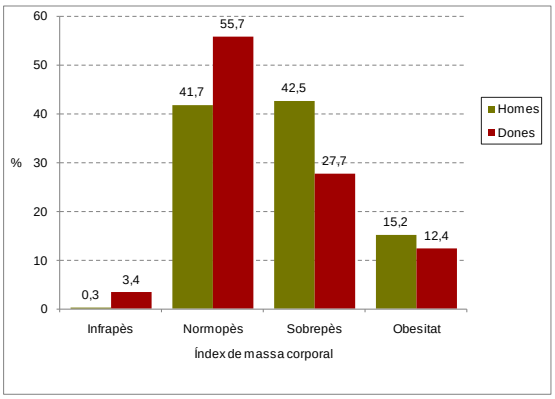
6.2 L'excés de pes

Un dels problemes més importants per les seves repercussions sobre l'estat de salut i la seva dimensió social és l'**excés de pes (sobrepès i obesitat)**. La meitat de la població de 18 a 74 anys té excés de pes. Tant el sobrepès com l'obesitat són més freqüents en els homes (gràfic 7). A mesura que els grups són de més edat, en tots dos sexes s'observen prevalences més altes de sobrepès i obesitat (gràfic 8).

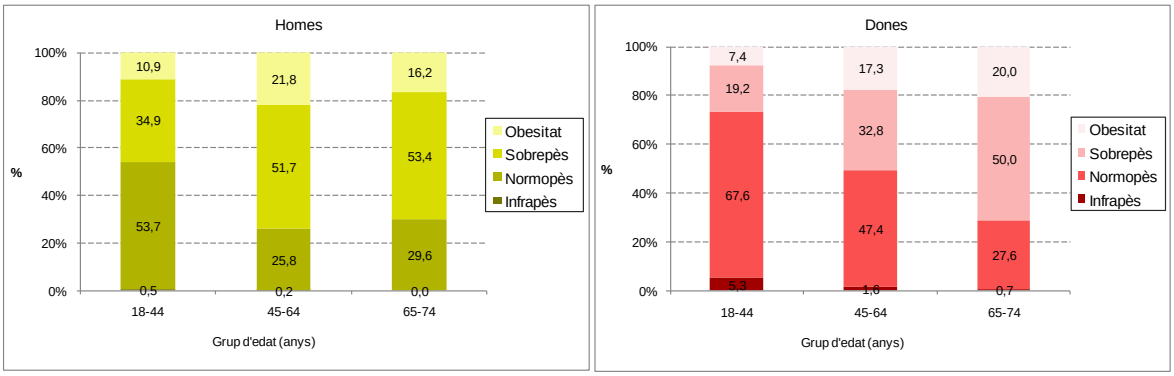
Gràfic 7. Índex de massa corporal (IMC)* en adults de 18 a 74 anys, per sexe. Catalunya, 2012

* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.

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



Gràfic 8. Índex de massa corporal (IMC)* en adults de 18 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012



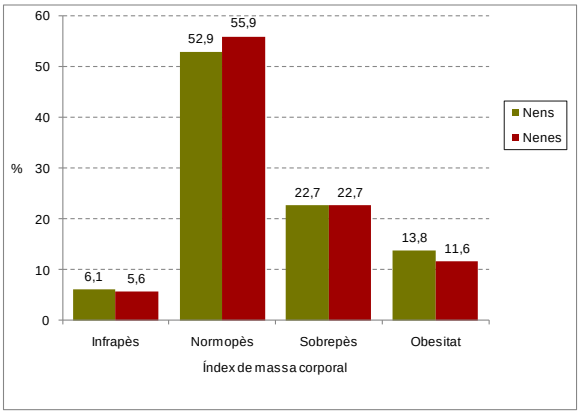
* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

El 34,5% de la població de 6-12 anys té excés de pes (el 36,5% dels nens i el 34,3% de les nenes) (gràfic 9).

Gràfic 9. Índex de massa corporal (IMC)* en població de 6 a 12 anys, per sexe. Catalunya, 2011-2012

* IMC obtingut a partir del pes i la talla declarats i classificació segons criteris de l'OMS.[19,20]

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2012. Departament de Salut.

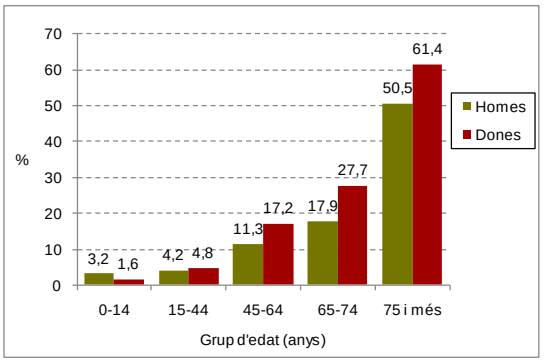


A Catalunya, la població de 2 a 17 anys presenta tant en els nois com en les noies percentatges de sobrepès inferiors a la mitjana d'Espanya. Pel que fa a l'obesitat, el percentatge és inferior en els nois i se situa entorn de la mitjana en les noies (**ENSE 2011-2012**).

6.3 Les discapacitats

El 14,8% de la població de 15 anys i més pateix una limitació greu o **discapacitat** que l'afecta de manera permanent per desenvolupar les activitats quotidianes. La prevalença de la discapacitat és més alta en les dones (18,0%) que en els homes (11,4%). La freqüència de la discapacitat augmenta a mesura que els grups són de més edat (gràfic 10 i taula 1).

Gràfic 10. Població que pateix una limitació greu o discapacitat permanent, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012



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

Taula 1. Població general amb limitació greu o discapacitat permanent per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012

Grup d'edat	Prevalença			Població estimada		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-14	3,2	1,6	2,4	19.133	9.055	28.188
15-44	4,2	4,8	4,5	69.316	74.978	144.295
45-64	11,3	17,2	14,2	106.978	166.089	273.067
65-74	17,9	27,7	23,1	51.771	90.699	142.471
75 i més	50,5	61,4	57,2	132.871	258.511	391.382
Total	10,1	15,6	12,9	380.069	599.332	979.403

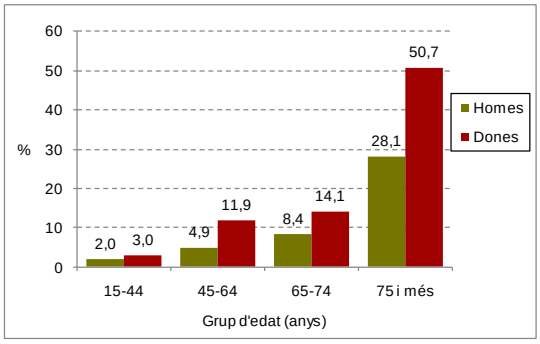
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

Les principals limitacions greus o discapacitats que pateix la població de 15 anys i més són similars en homes i dones, i estan relacionades amb limitacions importants de moviment, problemes per caminar i dificultats greus per fer les feines de la llar. Excepte pel que fa a la limitació greu per parlar, les dones presenten prevalences superiors als homes en tots els motius de discapacitat.

6.4 La dependència

El 9,3% de la població de 15 anys necessita rebre l'ajuda o la companyia d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana a causa d'un problema de salut. A Catalunya, més de 600.000 persones es troben en situació de **dependència**. Aquesta situació es concentra en les dones i en les edats més avançades: 5 de cada 10 persones de 75 anys i més necessita l'ajut d'altres per realitzar les activitats de la vida quotidiana (gràfic 11 i taula 2).

Gràfic 11. Població de 15 anys i més que a causa d'un problema de salut necessita l'ajuda o la companyia d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012



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

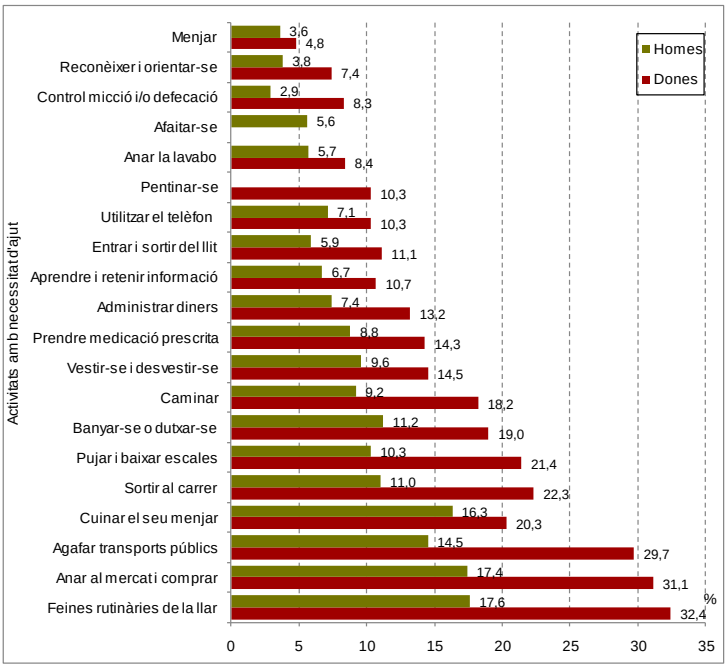
Taula 2. Població de 15 anys i més amb dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012

	Prevalença			Població estimada		
Grup d'edat	**Homes**	**Dones**	**Total**	**Homes**	**Dones**	**Total**
15-44	2,0	3,0	2,5	33.740	47.314	81.054
45-64	4,9	11,9	8,5	46.739	115.229	161.968
65 i més	17,8	34,7	27,5	98.112	259.642	357.752
75 i més	28,1	50,7	42,0	73.948	213.468	287.416
15 i més	5,7	12,9	9,3	178.591	422.185	600.776

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

Una quarta part (el 17,6% dels homes i el 32,4% de les dones) necessita ajuda per fer les feines rutinàries de la llar (fer el llit, rentar plats, netejar, etc.). Altres activitats habituals que freqüentment són motiu de dependència són anar al mercat i fer la compra personal. Les activitats per a les quals les persones amb dependència presenten menys necessitat d'ajuda són menjar i beure (gràfic 12).

Gràfic 12. Població de 15 anys i més amb manca d'autonomia personal segons l'activitat per a la qual necessita ajuda, per sexe. Catalunya, 2012

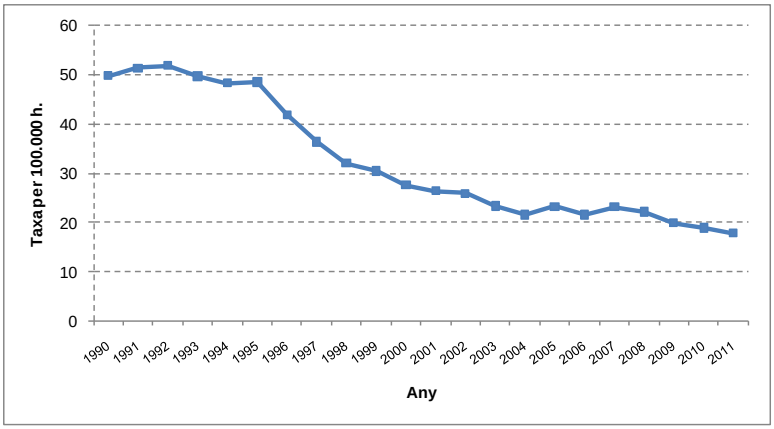


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

6.5 Les malalties transmissibles

A Catalunya, l'any 2011 s'han notificat 1.353 casos de **tuberculosi (TBC)** en persones que hi resideixen, taxa que correspon a 17,9 casos per 100.000 habitants (gràfic 13). Durant aquest any, la taxa ha disminuït un 5,3% respecte de l'any anterior. El 62,1% dels casos són homes i el 37,9% són dones, amb unes taxes de 22,5 i 13,5 casos per 100.000 habitants, respectivament. El 47,7% dels casos són persones nascudes fora de l'Estat espanyol i el 52,3% són autòctones, amb unes taxes de 53,5 i 11,4 casos per 100.000 habitants, respectivament. La distribució dels casos de TBC al territori no és homogènia: el 70,8% dels casos es concentren a la Regió Sanitària Barcelona i el 29,7% a Barcelona ciutat.

Gràfic 13. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2011

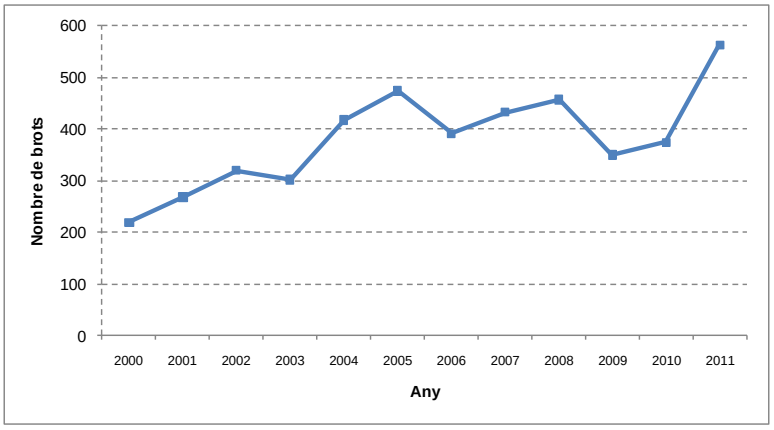


Font: Repositori epidemiològic de Catalunya (REC) de tuberculosi. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Les **infeccions de transmissió sexual** (ITS) continuen representant un problema de salut pública important en termes de morbiditat i mortalitat per les complicacions i les seqüeles que poden originar si no es diagnostiquen i es tracten adequadament. L'any 2011, els diagnòstics de **VIH** notificats a Catalunya van ser 633, amb una taxa de diagnòstic de 8,8 casos per cada 100.000 habitants, el que representa una disminució d'un 16,7% respecte de l'any anterior. Pel que fa a la **sida**, es va mantenir la tendència decreixent, ja que se'n van notificar 119 casos, amb una taxa d'incidència d'1,7 casos per cada 100.000 habitants (2,9 l'any 2010). La taxa de **gonocòccia** ha experimentat un descens del 5,4% respecte de l'any anterior i se situa en 7,1 casos per 100.000 habitants. Les ITS que han presentat un augment d'incidència han estat la **sífilis infecciosa** (7,3 casos per 100.000 habitants l'any 2011 i 6,5 l'any 2010) i el **limfogranuloma veneri** (1,3 casos per 100.000 habitants el 2011 i 0,3 el 2010).[21]

Durant l'any 2011, s'han declarat 565 **brots epidèmics**, un 34% més que l'any 2010. Els brots de tos ferina han registrat unes xifres molt elevades, tot i que durant els darrers anys ja havien presentat un increment considerable. Els brots de toxiinfecció alimentària han presentat un augment que trenca la línia descendent dels darrers anys. Els brots de xarampió notificats han estat petites agrupacions de casos dins un context epidèmic global que es va iniciar l'any 2010 i va afectar diverses zones de Catalunya. En el total de brots han resultat afectades 3.767 persones, de les quals 320 van requerir ingrés hospitalari i 6 van morir (gràfic 14).

Gràfic 14. Brots epidèmics notificats a Catalunya, 2000-2011



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

El 2011, *Campylobacter* i la salmonel·la han estat els microorganismes implicats en les **enteritis** amb més freqüència, amb taxes de 41,8 casos per 100.000 habitants i 23,4 casos per 100.000 habitants, respectivament, molt semblants a les observades l'any anterior.

Pel que fa a les **malalties immunoprevenibles**, durant l'any 2011 s'han registrat 277 casos de **xarampió** (taxa d'incidència del 3,6 per 100.000 habitants) com a resultat de la importació de casos des d'altres comunitats autònomes i diversos països europeus. S'han notificat 7 sospites de **rubèola**, de les quals 2 s'han confirmat. No s'ha notificat cap cas de síndrome de rubèola congènita ni n'ha estat identificat cap per cerca activa. S'han detectat 11 casos de clínica compatible amb **paràlisis flàccides** en més petits de 15 anys (taxa d'incidència de 0,95 per 100.000 habitants) que han resultat negatius per a poliovirus. Quant a la **parotiditis**, se n'han declarat 916 casos (3,1 casos per 100.000 habitants), taxa lleugerament inferior a la registrada durant els dos anys anteriors. La **tos ferina** ha presentat un comportament epidèmic i ha multiplicat gairebé per 5 la taxa d'incidència de 2010. La taxa d'incidència de 2011 ha estat de 20,8 per 100.000 habitants. L'**hepatitis A** ha continuat la tendència de disminució d'incidència iniciada en els darrers anys i l'any 2011 ha presentat una taxa d'1,6 per 100.000 habitants. L'**hepatitis B** ha tingut un comportament estacionari i ha presentat la mateixa incidència que l'any 2010. La malaltia invasiva per ***Haemophilus influenzae* tipus b** l'any 2011 ha presentat un comportament estacionari, amb la mateixa taxa d'incidència que l'any 2010 (0,05 per 100.000 habitants). La **malaltia pneumocòccica invasiva** ha tingut una disminució en la seva incidència al 2011 respecte al 2010 (9,2%). La vigilància de la **grip** mitjançant el Pla d'informació diària de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC) ha mostrat que l'activitat gripal a Catalunya durant la temporada 2011-2012 ha estat d'una intensitat elevada.

En relació amb la vigilància epidemiològica de la **malaltia de Chagas congènita**, s'han notificat 134 dones embarassades positives a *Trypanosoma cruzi,* de les quals el 92,5% han estat d'origen bolivià. En 95 nadons d'aquestes mares (70,9%) s'ha fet el seguiment durant l'any 2011 i els primers mesos del 2012, fins als 9 mesos d'edat. S'han detectat 8 nens amb infecció, que correspon a una taxa de transmissió congènita del 8,4%.

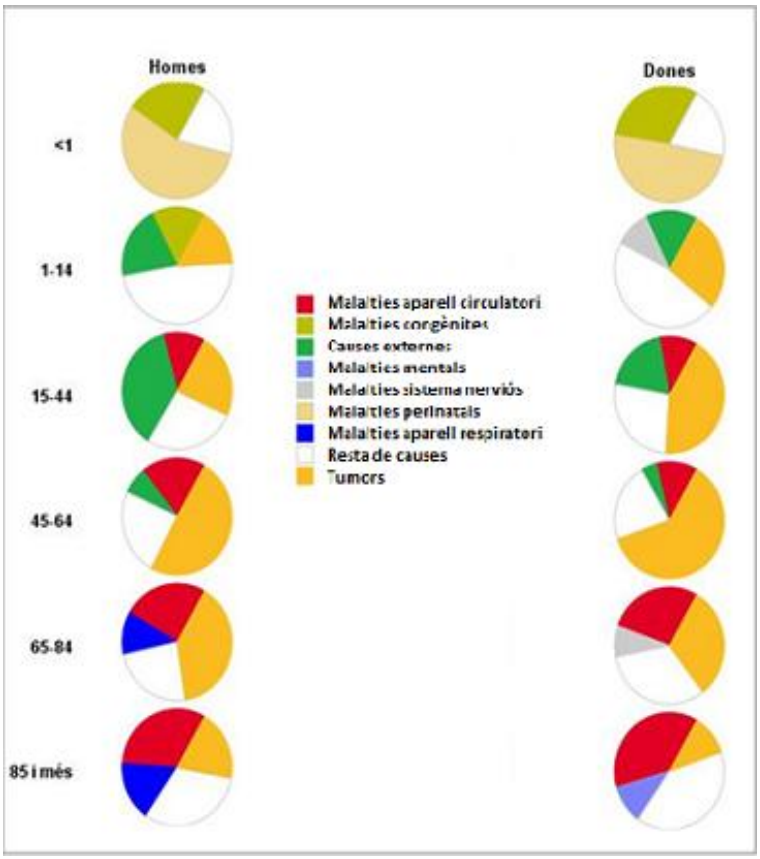
7. De què morim

Com és sabut, la mortalitat està estretament lligada a l'edat, de la mateixa manera que les causes de mort presenten patrons diferents, també segons l'edat i el sexe. Per aquest motiu, l'anàlisi detallada de les causes per les quals mor la població pot donar bons indicadors de la seva situació de salut o malaltia.

Des de fa força anys, els grans grups de **causes de mort més freqüents** són en els homes els tumors i en les dones les malalties de l'aparell circulatori, que en conjunt apleguen més de la meitat de les defuncions. L'any 2011, per primer cop, considerant la població dels dos sexes en el seu conjunt, els **tumors** són el grup que ha causat més defuncions. Tot i això, fent servir els grans grups de causes de mort per tal de poder agrupar més casos, el patró de mortalitat per edats tampoc no és gaire diferent. Excepte les malalties congènites i perinatals que afecten els més petits, la resta de causes es distribueixen entre les causes externes (accidents i violències) i els tumors en els joves i les edats mitjanes, els tumors i les malalties de l'aparell circulatori en les edats mitjanes i les avançades, així com, a més a més, les malalties respiratòries, neurològiques i mentals en els més grans (gràfic 15).

Gràfic 15. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2011

* Distribució de freqüències sobre el total de cada grup d'edat i sexe.



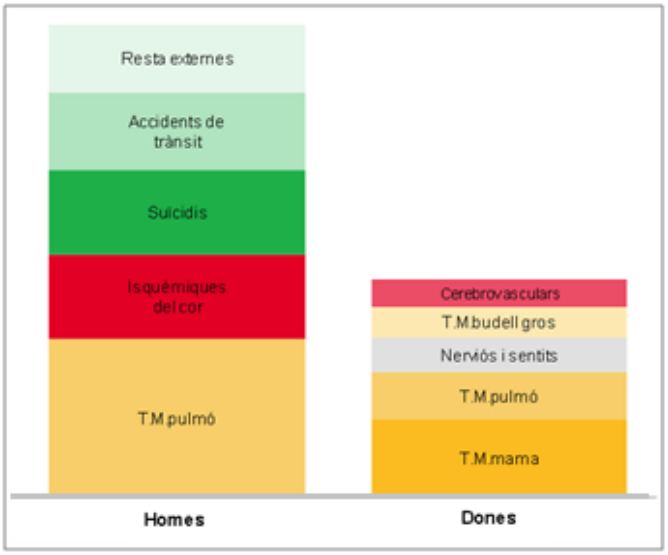
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2011.

Precisant més els diagnòstics, les primeres cinc **malalties que ocasionen més defuncions** (en valors absoluts) i que, per tant, poden suposar una càrrega més elevada sobre els serveis són, en les dones, les malalties cerebrovasculars, les demències, un apartat que inclou diverses malalties del cor, les malalties isquèmiques del cor i l'Alzheimer. En els homes, aquesta llista és bastant diferent i inclou el càncer de pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis i l'asma, les malalties cerebrovasculars i la resta de malalties del cor. Aquest perfil s'explica en gran part pel fet que la majoria de defuncions es produeixen més enllà dels 80 anys.

D'altra banda, hi ha un conjunt de malalties que tenen una important repercussió social perquè ocasionen **mortalitat prematura** i són percebudes per la població com a pèrdues importants en el temps que en teoria es podria esperar viure (defuncions que són interpretades per la població com a morts abans d'hora). Segons les taxes d'anys potencials de vida perduts, estandarditzades per edat (amb població estàndard de Catalunya de 1991), en el gràfic 16 es poden observar les cinc primeres causes en les dones i en els homes, ordenades de baix a dalt segons la magnitud de la taxa. Són els tumors malignes en les dones, així com els tumors malignes i les causes externes en els homes, els causants de bona part de les morts prematures, mortalitat que, d'altra banda, és molt superior en els homes.

Gràfic 16. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2011

* Segons les taxes estandarditzades per edat d'anys potencials de vida perduts (població estàndard: Catalunya 1991).



Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2011.

8. Què fem per a la nostra salut

8.1 Quins hàbits i estils de vida tenim

Hi ha una àmplia evidència científica sobre els beneficis que per a la prevenció de la morbiditat i mortalitat de les malalties cròniques més freqüents comporta la pràctica d'activitat física, els bons hàbits alimentaris i l'abandonament del tabaquisme, del consum de risc d'alcohol i d'altres drogues.

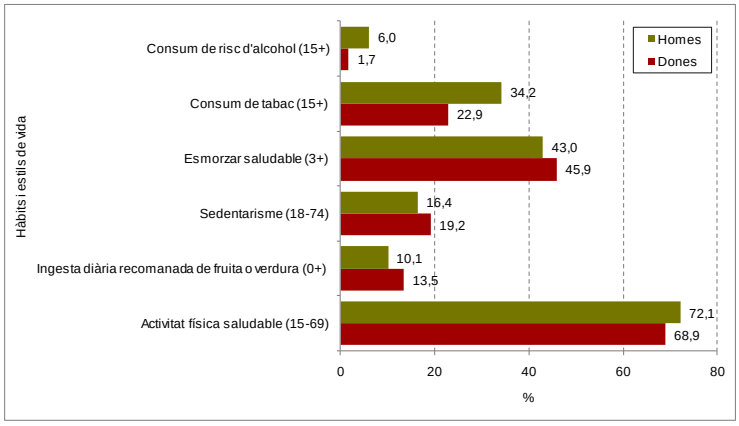
Segons l'activitat física habitual, l'any 2012, el 17,8% de la població de 18-74 anys és **sedentària**. D'altra banda, el 70,5% de la població de 15 a 69 anys té un nivell d'activitat física saludable (activitat física moderada o alta).

Quant als **hàbits alimentaris**, l'11,8% de la població consumeix diàriament 5 racions de fruita i/o verdura, que és el que recomana l'OMS. Segons els resultats de l'ENSE 2011-2012, el percentatge de persones adultes que a Catalunya segueixen aquesta recomanació és superior a la mitjana estatal (9,7%). L'esmorzar saludable, és a dir, esmorzar abans de sortir de casa i a mig matí, el fa el 44,5% de la població, tot i que a mesura que els grups són de més edat disminueix la freqüència d'aquest bon hàbit.

El **consum de tabac** es manté. Actualment, el 28,5% de la població de 15 anys i més (el 34,2% els homes i el 22,9% les dones) és fumadora (diària o ocasional) i s'ha reduït molt l'exposició al fum del tabac tant a casa com a la feina. Si bé la prevalença d'homes fumadors és superior al de les dones en totes les edats, els percentatges són molt similars entre els joves de 15 a 24 anys i deixen de ser-ho a mesura que els grups són de més edat. Considerant els resultats que aporta l'ENSE 2011-2012, Catalunya se situa per sota de la mitjana en la proporció de fumadors (diari+ocasional) per a ambdós sexes. En els homes, la proporció de tabaquisme se situa entorn de la mitjana i en les dones, per sota. En el conjunt de països de la Unió Europea (UE-15), l'any 2009 la prevalença de consum diari de tabac dels homes catalans se situa bastant per sobre de la mitjana europea (26,7%), mentre que entre les dones el percentatge català supera només una mica la mitjana europea (19,9%).[22]

El 3,9% de la població adulta fa un consum de risc d'alcohol (6,6% els homes i 1,7% les dones). El consum de risc més important s'observa en el grup de 15 a 24 anys en les noies i de 25 a 34 en els nois. Segons dades de **l'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'ensenyament secundari (ESTUDES**), l'any 2010 el 76,8% dels estudiants d'educació secundària de 14-18 anys havien consumit alcohol alguna vegada a la vida, el 67,2% ho havien fet alguna vegada en els 12 mesos anteriors a l'estudi i el 56,4% els 30 dies anteriors.

Gràfic 17. Hàbits i estils de vida de la població. Catalunya, 2012



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

Les taules 3 i 4 mostren l'evolució del **consum de drogues no institucionalitzades** en la població de 15 a 64 anys i en la població d'estudiants de 14 a 18 anys. Els derivats del cànnabis i la cocaïna són les substàncies d'aquesta categoria amb prevalences de consum més elevades. Pel que fa a la proporció de persones que han consumit cànnabis o cocaïna en els 30 dies previs a l'estudi, es va interrompre la tendència creixent dels anys 2006-2007 i disminueix de forma consistent des d'aleshores.[23]

Taula 3. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 1997-2011

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

Taula 4. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys (%). Catalunya, 1994-2010

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

Font: Font: Sistema d'Informació en Drogodependències. Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut de Catalunya.Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.2 Quines pràctiques preventives fem

En la població de 15 anys i més, el 52,6% es pren la **pressió arterial** periòdicament (el 51,2% dels homes i el 54,0% de les dones) i el 60,0% (el 58,8% dels homes i el 61,1% de les dones) es revisa periòdicament el nivell de **colesterol** a la sang. Aquestes pràctiques augmenten a mesura que els grups són de més edat, sobretot a partir dels 65 anys.

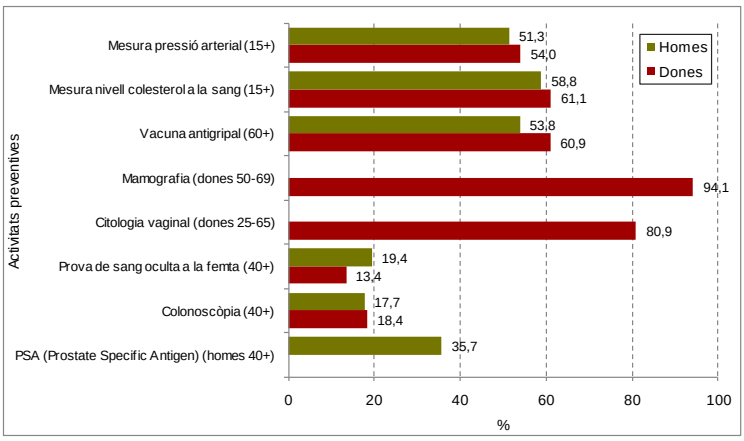
La cobertura de **vacunacions** en la població infantil (2011) és del 91,1%. El 57,7% de la població de 60 anys i més es vacuna contra la grip de manera regular quan comença la tardor (el 53,8% dels homes i el 60,9% de les dones), percentatge que arriba al 64,5% de la població de 65 anys i més (60,1% en homes i 67,9% en dones).

En les dones, la pràctica de la **mamografia** en el grup recomanat (50 a 69 anys) és del 94,1% i la pràctica de la **citologia vaginal** en les dones de 25 a 65 anys és del 80,9%.

El 16,3% de la població de 40 anys i més s'ha fet alguna vegada la **prova de sang oculta en femta** per detectar càncer de còlon o pòlips de l'intestí i el 18,1%, una **colonoscòpia**.

El 35,7% dels homes de 40 anys i més s'ha fet alguna vegada la prova del **PSA** per a la detecció del càncer de pròstata.

Gràfic 18. Activitats preventives de la població. Catalunya, 2012



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

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

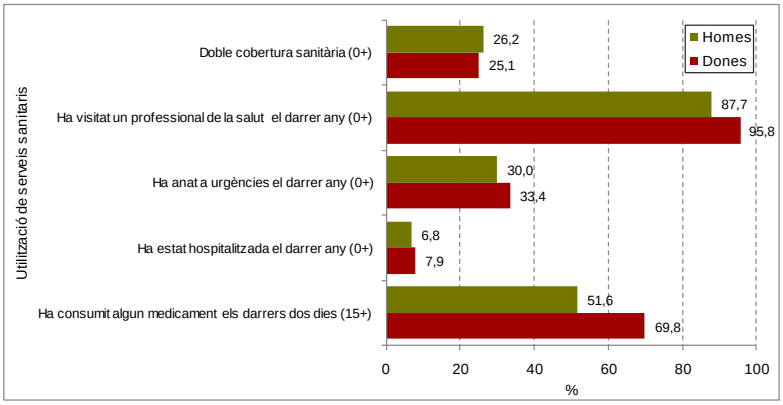
8.3 Quin ús fem dels serveis sanitaris

El 99,3% de la població té dret a l'assistència sanitària pública. El 25,6% disposa de **doble cobertura sanitària**, és a dir, està afiliada també a una mútua sanitària privada concertada individualment o per la seva empresa. La doble cobertura és més freqüent en la població entre els 15 i els 44 anys.

El 91,8% de la població general (el 95,6% de la població de 0 a 14 anys i el 91,1% de la població de 15 anys i més) **ha visitat un professional de la salut** almenys una vegada en el darrer any. En el 70% dels casos els serveis eren públics. El 78% de la població s'**ha visitat en medicina general o en pediatria**. El 23,7% s'**ha visitat en una especialitat**, el 34,9% ha anat a odontologia i el 18,1% en l'especialitat d'optometria o òptica. El 44,1% de les dones de 15 anys i més han estat visitades en l'especialitat de ginecologia. El 17,3% de la població general ha estat atesa per un professional d'infermeria durant el darrer any.

En els darrers 12 mesos, 3 de cada 10 adults i 4 de cada 10 infants **ha consultat un servei d'urgències** i el 5,9% de la població general **ha estat hospitalitzada** com a mínim una nit. De la població que ha acudit a urgències, el 52,1% ha visitat un hospital públic, el 10,9% un hospital privat, el 33,3% un centre d'atenció primària o d'atenció continuada i el 2,3% una consulta privada d'un professional sanitari.

Gràfic 19. Utilització de serveis sanitaris per la població. Catalunya, 2012



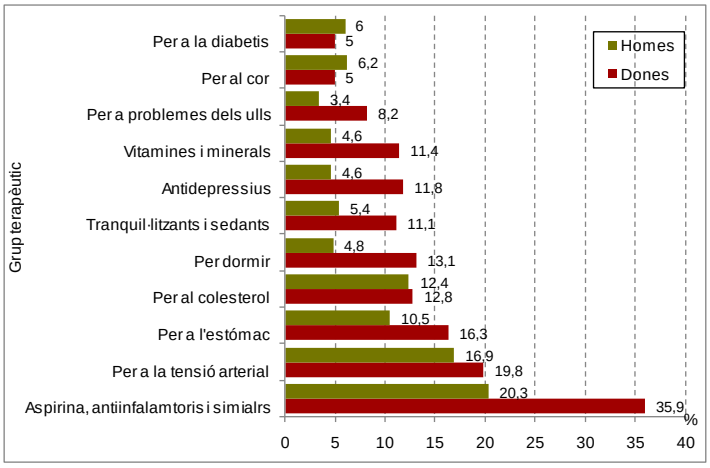
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

Tot i que el percentatge de població que ha visitat medicina de capçalera o pediatria ha augmentat significativament entre 2006 i el període 2011-2012, cal destacar que s'observa un descens en la freqüentació; així les **visites/habitant/any** a medicina de capçalera han passat de 5,6 a 3,9. No s'observen diferències significatives pel que fa a la freqüentació als hospitals i als serveis d'urgències. En el període 2011-2012 la freqüentació, és a dir, visites/habitant/any de l'hospitalització i de la visita als serveis d'urgències ha estat de 1,38 vegades i 1,9 vegades, respectivament.

Comparativament, d'acord amb els resultats de l'ENSE 2011-2012, el percentatge de persones que a Catalunya ha visitat medicina de capçalera o pediatria en les darreres 4 setmanes, i la freqüentació a aquests professionals, se situa per sota de la mitjana.

El 60,9% de la població de 15 anys i més (el 51,6% dels homes i el 69,8% de les dones) i el 23,7% dels menors de 0 a 14 anys (el 26,6% dels nens i el 20,5% de les nenes) **han consumit algun medicament** els darrers dos dies abans de l'estudi. Els medicaments consumits amb més freqüència són l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o els antiinflamatoris (el 28,2%), seguits dels fàrmacs per a la hipertensió arterial (el 18,4%), els medicaments per a l'estómac (el 13,4%) i els indicats per al control del colesterol (el 12,6%) (gràfic 20).

Gràfic 20. Consum de medicaments els dos dies anteriors a l'entrevista en població de 15 anys i més segons el grup terapèutic, per sexe. Catalunya, 2012



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

El 91,7% de la població general que ha utilitzat un servei sanitari els darrers 12 mesos n'està satisfet (el 91,4% dels homes i el 92,0% de les dones). Els percentatges de població satisfeta amb els serveis assistencials utilitzats són més alts a mesura que els grups són de més edat. El percentatge de satisfacció és més elevat entre la població que ha utilitzat els serveis privats (el 98,0%) respecte als públics (el 90,2%).

En general, pel que fa a la **utilització d'Internet i de les tecnologies d'informació i comunicació (TIC)**, l'edat és un factor determinant en l'ús d'Internet i la motivació en l'ús d'Internet en temes relacionats amb la salut. Tanmateix, quant a la població adulta, la classe social i el nivell d'estudis són dos dels elements que n'expliquen les diferències. El 74,2% de la població de 15-64 anys utilitza Internet (76,2% homes i 72,1% dones). L'ús d'Internet és superior entre la població de 15 a 44 anys (86,6%) que entre la població de 45 a 64 anys (53,2%), en ambdós sexes. El percentatge de població que utilitza Internet decreix a mesura que les classes socials són més desfavorides i a mesura que ho fa el nivell d'estudis.

La població que **utilitza Internet en relació amb la salut**, ho fa, en primer lloc, per buscar informació sobre alguna malaltia física pròpia o d'alguna persona coneguda (55,1%; 48,6% els homes i 62,2% les dones); en segon lloc, per buscar informació sobre benestar i estils de vida (40,2%; 36,0% els homes i 44,7% les dones), i, en tercer lloc, per sol·licitar, cancel·lar o canviar una cita amb un professional de la salut (20,9%; 16,8% els homes i 25,2% les dones). La utilització és sempre superior entre les dones.

Pel que fa a la **disponibilitat que els que no utilitzen la xarxa d'Internet tenen de fer-la servir**, la primera raó per la qual la població estaria disposada a fer-la servir és per rebre telemàticament resultats de proves mèdiques o clíniques (47,3%; 50,6% els homes i 43,7% les dones); la segona, per utilitzar el correu electrònic o visitar una pàgina web per comunicar-se amb un professional de la salut o centre de salut (46,9%; 50,9% els homes i 42,7% les dones), i, la tercera, per fer una consulta per la xarxa a través de videoconferència amb el seu professional mèdic o d'infermeria (43,6%; 46,6% els homes i 40,4% les dones). En aquest cas, el percentatge de població que no utilitza Internet en relació amb la salut però que estaria disposat a fer-ho és sempre superior entre els homes.

Tant si es tracta de la pròpia salut com quan es tracta de buscar informació a Internet per a altres persones, la població **cerca informació relacionada amb la salut** preferentment després de consultar un professional de salut i, en menor proporció, abans de la visita a un centre de salut o professional de la salut. La població considera que les **principals utilitats de les TIC i Internet**, valorades com a molt importants o importants, són ampliar coneixements generals o satisfer la pròpia curiositat (72,0%), seguida de comprendre millor els problemes de salut o malalties (71,8%) i trobar fonts d'informació addicionals (71,4%).

Pel que fa a les **barreres per a l'ús de les TIC amb finalitats relacionades amb la salut o el benestar**, les principals barreres que la població percep són la falta de seguretat, de fiabilitat i de privacitat, totes al voltant del 77%.

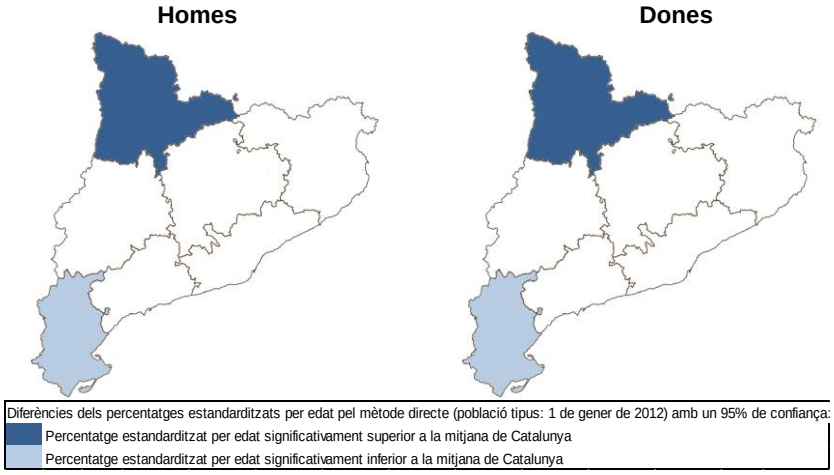
Finalment, les **principals fonts d'informació** sobre salut, malalties o benestar que la població valora com a molt importants o importants són el contacte directe amb un professional de la salut (aproximadament el 98%) i les oficines de farmàcia (88,8%).

9. El territori

L'anàlisi del comportament dels principals indicadors d'estat de salut, estils de vida i d'utilització de serveis, segons les diferents regions sanitàries, no mostren que hi hagi patrons territorials definits segons els quals determinades regions presentin sistemàticament resultats millors o pitjors (mapes 1 a 4 i taula 5).

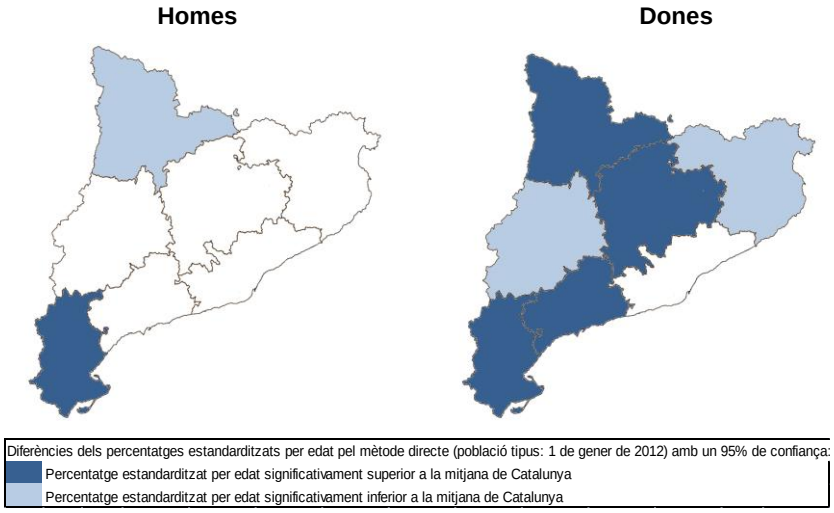
Mapa 1. Percentatge de població amb percepció de bona salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012). Departament de Salut.



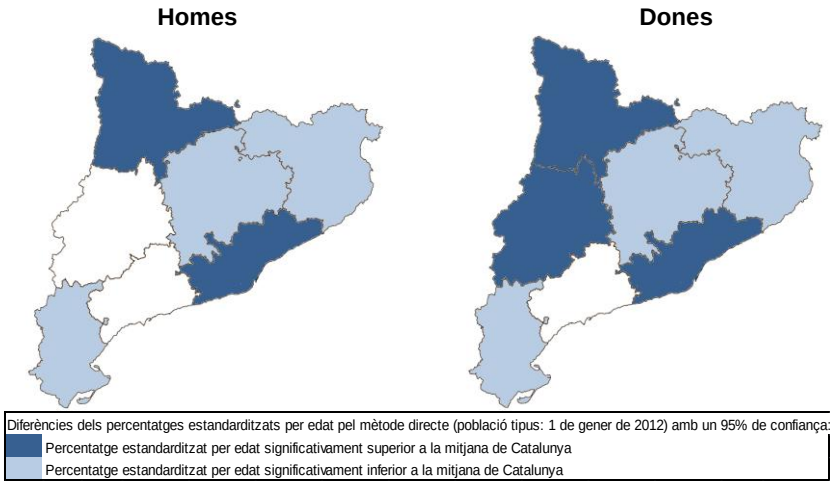
Mapa 2. Percentatge de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012). Departament de Salut.



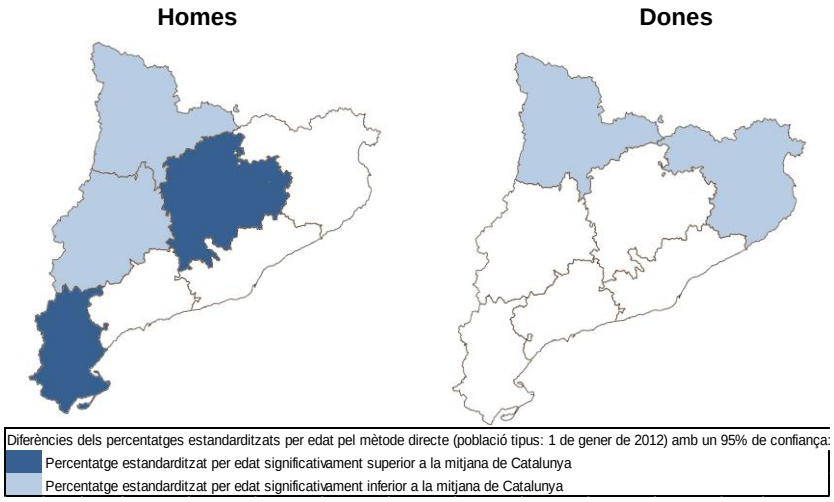
Mapa 3. Percentatge de població de 18 a 74 anys sedentària, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012). Departament de Salut.



Mapa 4. Percentatge de població que ha visitat un professional de la salut el darrer any, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012). Departament de Salut.



Taula 5. Catalunya i regions sanitàries segons els indicadors seleccionats, per sexe. Període 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012)

Indicador			CATALUNYA	Regions sanitàries						
				Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona
1	Percentatge de població amb percepció de bona salut	H	**84,4**	83,5	86,3	79,8	84,0	82,6	86,5	84,7
		D	**76,4**	77,3	79,7	68,0	78,6	76,9	81,3	75,7
		T	**80,4**	80,4	83,0	74,1	81,3	79,8	84,0	80,1
2	Percentatge de població de 18 a 74 anys amb excés de pes	H	**57,5**	60,3	55,4	62,8	53,5	59,2	60,5	57,8
		D	**39,5**	41,5	35,6	36,5	41,6	43,5	34,3	39,3
		T	**48,6**	51,4	45,7	50,3	47,7	51,6	47,9	48,5
3	Percentatge de població de 15 anys i més amb algun trastorn crònic	H	**35,0**	34,1	40,1	25,7	25,7	30,2	31,1	36,7
		D	**42,5**	43,1	43,0	36,2	30,6	42,7	38,1	44,3
		T	**38,8**	38,6	41,6	30,8	28,1	36,5	34,5	40,6
4	Percentatge de població de 15 anys i més amb risc de patir trastorn mental	H	**10,1**	13,1	10,7	8,3	7,1	9,2	4,7	10,5
		D	**15,5**	19,6	18,6	17,5	8,6	13,9	7,5	16,1
		T	**12,8**	16,3	14,6	12,8	7,8	11,6	6,0	13,3
5	Prevalença de consum de tabac en la població 15 anys i més	H	**34,6**	34,0	33,4	36,4	31,9	32,0	30,2	35,5
		D	**23,3**	16,0	26,8	27,2	19,0	25,6	26,8	23,6
		T	**28,9**	25,2	30,1	31,9	25,5	28,8	28,6	29,4
6	Percentatge de població de 18 a 74 anys que és sedentària	H	**15,9**	14,0	16,2	25,8	13,8	13,2	10,8	16,2
		D	**18,2**	19,7	15,2	25,0	17,0	21,4	17,6	18,1
		T	**17,0**	16,7	15,7	25,4	15,3	17,2	14,1	17,1
7	Percentatge de població de 15 a 69 anys amb activitat física saludable	H	**73,6**	59,1	71,5	75,0	65,5	70,1	74,4	76,4
		D	**70,0**	64,2	70,4	64,3	64,1	65,3	66,7	72,0
		T	**71,9**	61,5	71,0	69,9	64,9	67,8	70,8	74,2
8	Percentatge de població de 15 anys i més que es pren la pressió arterial periòdicament	H	**49,4**	64,0	44,6	52,8	51,4	44,3	55,8	48,9
		D	**52,3**	68,8	51,1	58,7	52,1	46,9	62,5	51,4
		T	**50,9**	66,3	47,8	55,7	51,7	45,6	59,0	50,2
9	Percentatge de població de 15 anys i més que es mesura el nivell de colesterol periòdicament	H	**56,3**	62,4	57,8	52,8	56,5	50,0	60,5	56,3
		D	**60,3**	71,4	59,9	57,7	56,9	52,9	68,3	60,7
		T	**58,3**	66,8	58,9	55,2	56,7	51,5	64,3	58,5
10	Percentatge de dones de 50 a 69 anys que es fa una mamografia periòdicament	D	**92,3**	98,1	86,0	86,2	95,4	94,7	90,9	92,2
11	Percentatge de dones de 25 a 65 anys que es fa una citologia periòdicament	D	**77,3**	76,6	70,4	77,2	72,6	70,6	70,8	79,5
12	Percentatge de població amb doble cobertura sanitària	H	**26,3**	24,0	21,6	18,8	20,7	18,9	29,4	28,9
		D	**25,9**	25,8	23,7	15,6	16,6	17,7	27,1	28,7
		T	**26,1**	24,8	22,6	17,2	18,7	18,3	28,3	28,8
13	Percentatge de població de 15 anys i més que ha pres algun medicament els darrers dos dies	H	**53,8**	53,7	53,0	52,7	49,4	51,8	45,5	54,9
		D	**74,7**	75,8	72,5	76,2	70,9	73,7	64,3	75,7
		T	**64,4**	64,5	62,7	64,2	60,1	62,8	54,7	65,6
14	Percentatge de població que ha visitat un professional de la salut els darrers 12 mesos	H	**89,1**	84,3	88,5	96,9	87,9	90,7	82,7	89,4
		D	**96,2**	97,4	94,9	97,5	93,3	97,6	91,8	96,5
		T	**92,7**	90,7	91,7	97,2	90,6	94,1	87,1	93,0
15	Percentatge de població que ha anat a urgències els darrers 12 mesos	H	**32,1**	33,1	33,9	33,1	29,3	26,6	23,5	32,9
		D	**36,6**	37,8	35,5	30,3	28,7	33,3	26,5	38,5
		T	**34,4**	35,4	34,7	31,7	29,0	30,0	25,0	35,8
16	Percentatge de població de 15 anys i més satisfeta amb els serveis públics utilitzats	H	**87,1**	85,6	87,3	80,0	90,8	84,1	87,6	87,2
		D	**87,1**	91,1	87,2	81,6	90,7	87,9	88,6	86,3
		T	**87,0**	88,2	87,3	80,8	90,8	86,0	88,1	86,7

Diferències significatives respecte a la mitjana de Catalunya, amb un 95% de confiança:
Superior significativament a la mitjana de Catalunya
Inferior significativament a la mitjana de Catalunya

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012).

La mortalitat (estandarditzada per edat) de l'any 2011 presenta diferències entre les regions sanitàries, principalment entre les dones, tot i que no són gaire grans. Atès que la mortalitat pot fluctuar d'un any a l'altre i als territoris petits les variacions poden ser més marcades, en fer comparacions s'ha de considerar l'interval de confiança, a més de la magnitud de la taxa.

En les dones, les regions amb la mortalitat més alta són Lleida, Camp de Tarragona i Alt Pirineu i Aran, amb valors molt semblants, i la regió amb la més baixa és Barcelona. Tenint en compte els intervals de confiança, no hi ha diferències significatives entre les regions, però sí que n'hi ha respecte al conjunt de Catalunya. Pel que fa als homes, les diferències entre

regions són més grans i estadísticament significatives, amb la taxa més elevada a la Regió Camp de Tarragona i les més baixes a Alt Pirineu i Aran i Terres de l'Ebre.

També, cal tenir en compte la persistència en el temps d'un excés o defecte de mortalitat. Així, tal com mostra la comparació de cada regió i any amb Catalunya**,** la mortalitat ha estat significativament més alta a les regions Camp de Tarragona i Lleida, principalment en les dones, els darrers sis anys.

10. Les situacions de vulnerabilitat

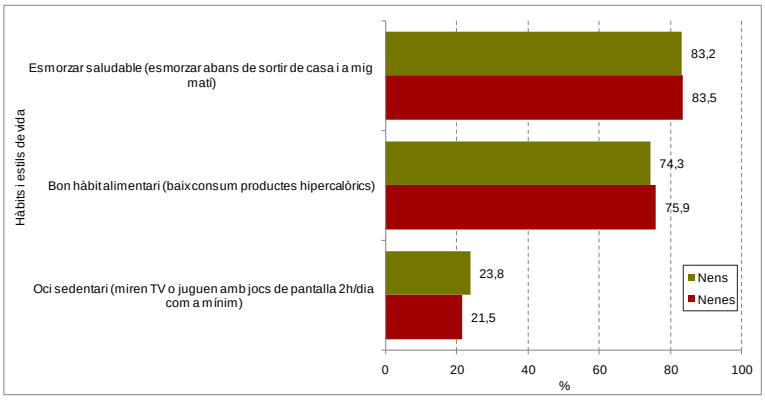
En general, si bé l'anàlisi mostra un territori bastant homogeni, s'observen diferències relacionades amb condicions sociodemogràfiques i econòmiques que situen determinats col·lectius en situació de vulnerabilitat. Clàssicament, s'accepta que el gènere, la classe social, el nivell d'estudis i el territori són els eixos principals de desigualtat en salut i que la vulnerabilitat de les persones creix a mesura que se situen sobre un nombre més elevat d'eixos de desigualtat.

10.1 La salut de la població infantil

A Catalunya, la taxa de mortalitat infantil és de les més baixes de la Unió Europea (2,83 defuncions de més petits d'un any/1.000 nascuts vius). Des del 2009, el nombre de nascuts vius disminueix i l'any 2011, el nombre de **naixements registrats a Catalunya** és de 80.861, és a dir, un 3,8% menys que el 2010. La taxa bruta de natalitat se situa en 10,9 naixements per cada mil habitants, valor lleugerament inferior al registrat l'any anterior.

En la població de 3 a 14 anys, el 83,3% (el 83,2% dels nens i el 83,5% de les nenes) fa el que s'anomena un **esmorzar saludable** (abans de sortir de casa i a mig matí, com a mínim 4 vegades a la setmana), i aquesta proporció disminueix a mesura que els grups són de més edat. L'**oci sedentari** en la població és del 22,7% (el 23,8% dels nens i el 21,5%, de les nenes), és a dir, miren la televisió o juguen amb jocs de pantalla cada dia un mínim de 2 hores. El 75,1% (el 74,3% dels nens i 75,9% de les nenes) té un **bon hàbit alimentari**, fa un baix consum (com a màxim 3 vegades la setmana) de menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre o piscolabis i menjars salats (gràfic 21).

Gràfic 21. Hàbits i estils de vida de la població de 3 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2012



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

Pel que fa a la **utilització de serveis sanitaris**, el 90,6% dels menors ha estat visitat a pediatria o medicina general i el 44,5% ha estat atès en un servei d'urgències. Gairebé el 50% de la població de 0-14 anys pateix algun problema de salut crònic. Els més freqüents són l'enuresi, les bronquitis de repetició, les otitis i les al·lèrgies cròniques.

L'any 2012, la cobertura de la primovacunació en infants de 0 a 1 any (3 dosis) és de gairebé al voltant del 89% pel que fa a la **vacunació** de la poliomielitis, DTPa, l'Hib, l'hepatitis B i la meningitis C. La vacunació de reforç en infants d'1 a 2 anys té un percentatge al voltant del 84% pel que fa a la vacunació de la poliomielitis, DTPa i Hib, i del 87% en el cas de la meningitis. La vacunació de reforç de DTPa/dTpa en infants de 4 a 6 anys és del 89,5%. La cobertura de la triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) és del 91,7% per a la primera dosi (12-15 mesos) i del 89,2%, per a la segona dosi (3-6 anys). En adolescents (nois i noies), la vacuna Td té una cobertura del 75,8%, la de l'hepatitis B és del 81,6%, la de la vacuna contra el virus del papil·loma humà (VPH), en noies, és del 84,2 i la vacuna de la varicel·la en nois i noies de 10 a 14 anys és del 22,5%, d'acord amb la història clínica informatitzada de l'Institut Català de la Salut.

Entre l'any 2006 i el període 2010-2012,[24] el context familiar de la població infantil ha canviat. El canvi ha estat positiu perquè el nivell d'estudis de la població ha millorat i se sap de l'efecte favorable que això té en la salut dels infants, i especialment rellevant és el nivell d'estudis de la mare. I també ha tingut un caire negatiu perquè el percentatge d'infants que com a mínim tenen a la seva llar un membre a l'atur ha passat del 9,7% al 20,7%, circumstància que pot actuar com a factor de risc per a la salut.

En aquest període, ha disminuït significativament la mitjana d'hores diàries que els menors de 3 a 14 anys **miren la televisió o juguen amb jocs de pantalla**, que ha passat de 2 a 1,4 hores. Tot i això, el nombre d'hores que es dedica a estar davant la pantalla és superior com més baix és el nivell d'estudis de la mare i en els menors que tenen algun membre de la família a l'atur.

Ha millorat l'indicador en relació amb el **consum de productes d'elevat contingut calòric**. També s'observa una millora en relació amb el que s'anomena **conductes de risc** (conflictes i baralles amb els companys i la família, desobediència als pares i professors, etc.). En el grup de 2-14 anys, la prevalença d'**excés de pes**[19, 20] ha passat del 36,5% al 34,1% entre el 2006 i el període 2010-2012, si bé aquest resultat no és estadísticament significatiu. Tampoc s'observen diferències significatives entre 2006 i el període 2010-2012 en la prevalença de l'excés de pes dels menors segons el nivell d'estudis de la mare o la situació laboral de la família.

Quant a la **utilització de serveis,** destaca la disminució significativa dels menors que s'han visitat a odontologia o en un especialista. La **qualitat de vida relacionada amb la salut** ha augmentat significativament. En la població de 4 a 14 anys han millorat les puntuacions mitjanes de salut mental. Comparativament, tenen millor puntuació els menors que conviuen amb famílies on no hi ha cap membre a l'atur i els que tenen mares amb estudis secundaris i universitaris.

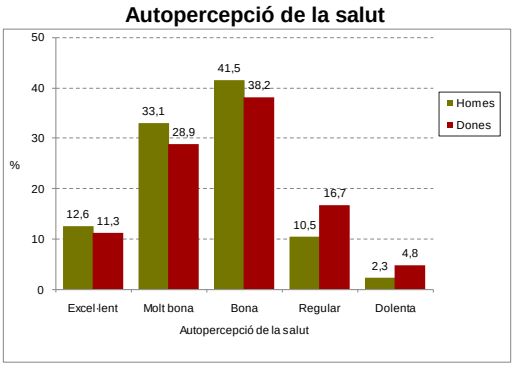
10.2 El gènere

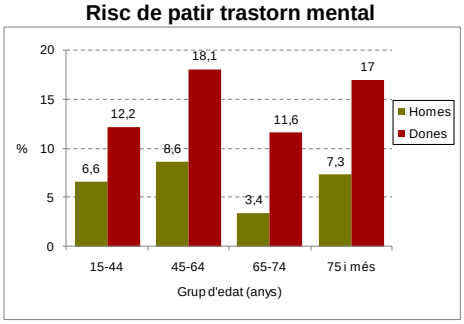
L'anàlisi dels indicadors s'ha dut a terme per sexe, i s'hi ha observat un patró ben diferenciat entre homes i dones.

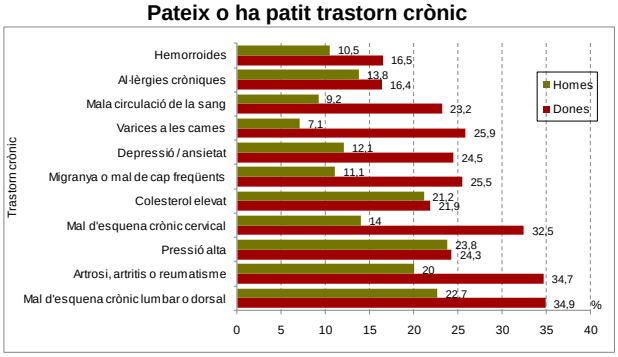
A Catalunya hi ha el 8,0% de famílies monoparentals (5,3% homes i 10,7% dones). Viu sola el 9,4% de la població de 15 anys i més (7,3% dels homes i 11,5% de les dones), i entre els més grans de 74 anys el percentatge és del 26,3% (13,0% són homes i 34,5% són dones). Pel que fa als indicadors de salut, excepte en el sedentarisme, les dones mostren comportaments més saludables (menys prevalença de tabaquisme, de consum de risc d'alcohol, etc.), però tenen una pitjor percepció de l'estat de salut, pateixen en proporció més malalties cròniques, tenen una probabilitat més elevada que els homes de patir trastorns mentals i fan un ús més elevat dels serveis sanitaris i del consum de medicaments (gràfic 22).

Gràfic 22. Diferències entre homes i dones en l'autopercepció de l'estat de salut, el risc de patir un trastorn mental, i patir o haver patit algun trastorn crònic

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







10.3 La classe social i el nivell d'estudis

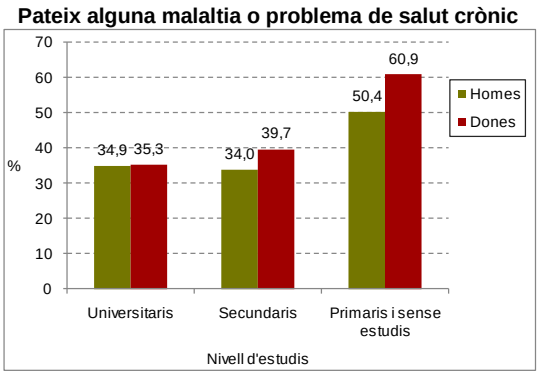
Segons la classe social i el nivell d'estudis, s'observa una gradació en el sentit que, en general, la població que pertany a les classes més desfavorides (grups IVb i V) i la que té un baix nivell d'estudis presenta una pitjor percepció de l'estat de salut i té comportaments no saludables en proporcions més elevades. D'altra banda, aquests grups de població són els que amb més freqüència es prenen la pressió arterial, es revisen el nivell de colesterol a la sang i es vacunen contra la grip.

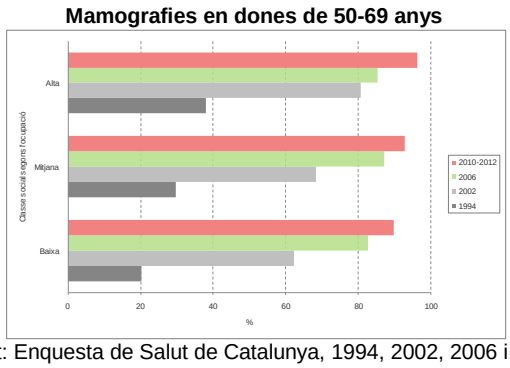
La pràctica de la mamografia entre les dones de 50 a 69 anys no presenta diferències rellevants entre classes socials, mentre que les que tenen estudis universitaris se'n fan en proporcions lleugerament més elevades. El percentatge de dones de 25 a 65 anys que es fa regularment una citologia vaginal és més freqüent entre les dones de les classes més benestants i les que tenen estudis universitaris.

La població que pertany a les classes més desfavorides i amb un nivell d'estudis baix fa servir els serveis sanitaris amb més freqüència en comparació amb les classes més benestants o amb estudis universitaris.
(gràfic 23).

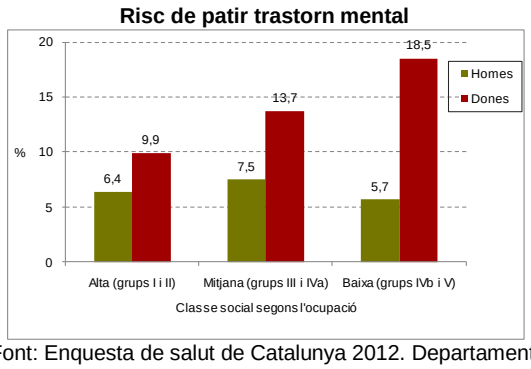
Gràfic 23. Diferències per nivell d'estudis o per classe social de la població que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, la població amb risc de patir un trastorn mental i la pràctica de la mamografia de les dones

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





Font: Enquesta de Salut de Catalunya, 1994, 2002, 2006 i 2010-2012. Departament de Salut.



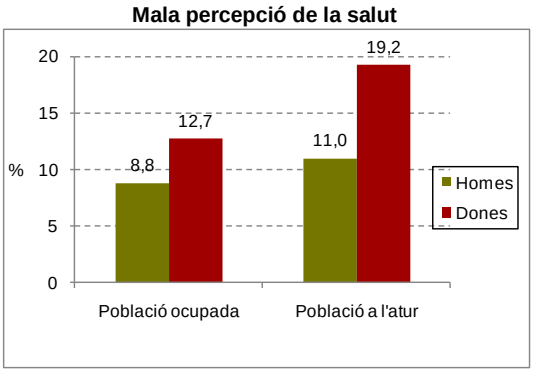
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2012. Departament de Salut.

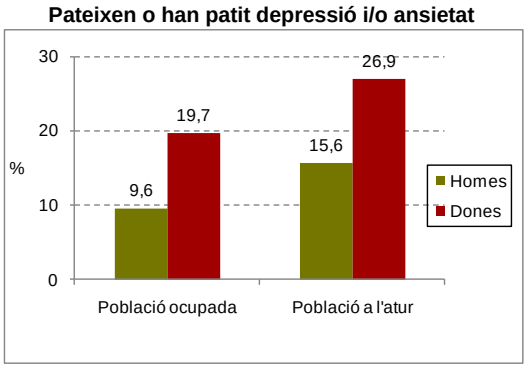
10.4 La situació laboral

La població en situació d'atur presenta, en conjunt, pitjors indicadors de salut que la població que té ocupació amb percentatges significativament més elevats de mala salut percebuda i de depressió i/o ansietat (gràfic 24). Les pràctiques preventives com ara la mesura de la tensió arterial o la del nivell de colesterol són també significativament menys freqüents en la població aturada que en la que està ocupada. No hi ha diferències significatives pel que fa al sedentarisme i al consum de risc de begudes alcohòliques entre la població ocupada i la que és a l'atur, mentre que el consum de tabac és més freqüent entre la població aturada. Quant a

la utilització de serveis sanitaris, no s'observen diferències significatives entre ambdues poblacions en la freqüència en el consum de medicaments, ni en les visites a un professional sanitari ni en la utilització d'urgències i l'hospitalització.

Gràfic 24. Diferències segons la situació laboral entre homes i dones i pel que fa a la mala percepció de l'estat de salut i patir o haver patit depressió i/o ansietat





Font: Enquesta de salut de Catalunya 2011-2012. Departament de Salut.

11. Evolució temporal

Molts dels fenòmens relacionats amb la salut tenen prevalences diferents segons el sexe i, normalment, són més prevalents a mesura que augmenta l'edat. És per això que, per evitar l'efecte confusor d'alguns fenòmens que s'estudien quan es fan comparacions entre territoris o al llarg del temps, es fa necessari tenir en compte l'estructura demogràfica per sexe i edat de la població i estandarditzar-ne les estimacions. Tot i els 18 anys transcorreguts entre el 1994 i el 2012, el fort creixement de la població, els canvis en la composició social i l'augment de l'esperança de vida, el percentatge de població de 65 anys i més sobre el total no ha variat substancialment (el 16,7% el 1994 i el 17,1% el 2012). La supervivència més elevada de les dones, però, suposa un envelliment relatiu superior al dels homes; així, el 2012, el 14,7% dels homes i el 19,5% de les dones tenen 65 anys i més. A continuació es presenta l'evolució temporal de diversos indicadors seleccionats en relació amb l'estat de salut, els estils de vida i l'ús dels serveis sanitaris (gràfic 25 i annex 4).

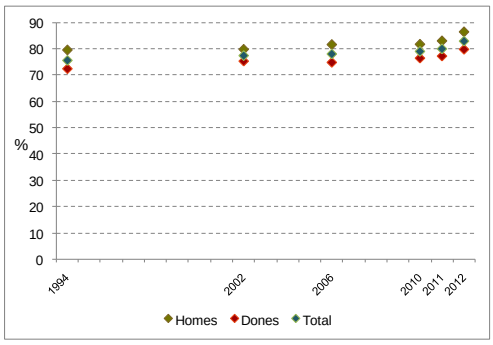
L'autopercepció de l'estat de salut millora al llarg del període. La prevalença d'excés de pes (sobrepès, obesitat) en la població de 18-74 anys no presenta canvis significatius. El percentatge de població de 15 anys i més que pateix o ha patit alguna malaltia o problema de salut crònic ha augmentat respecte al 1994, però tendeix a disminuir des de 2006. Augmenta la prevalença de la població que pateix o ha patit hipertensió i hipercolesterolèmia, i es mantenen les prevalences de població amb limitació greu o discapacitat i les de les persones a les quals el dolor i el malestar minva la qualitat de vida. Disminueix lleugerament la població amb risc de patir un problema de salut mental.

El percentatge d'homes i de dones que fumen (consum diari+ocasional) ha tendit a aproximar-se, però mentre que el consum de tabac dels homes és inferior el 2012 respecte al 1994, en les dones és superior. La prevalença de l'exposició al fum del tabac ha disminuït significativament, tant a casa com a la feina. El sedentarisme en la població de 18 a 74 anys disminueix en ambdós sexes després d'un màxim el 2006 i l'activitat física saludable es manté entorn el 70% els darrers anys. Destaca l'important increment de les pràctiques preventives entre 1994 i 2006, que continua fins al 2012. La mesura de la pressió arterial i la del nivell de colesterol en sang en la població adulta, així com la pràctica de la mamografia i la citologia vaginal en els grups recomanats de les dones, han augmentat significativament.

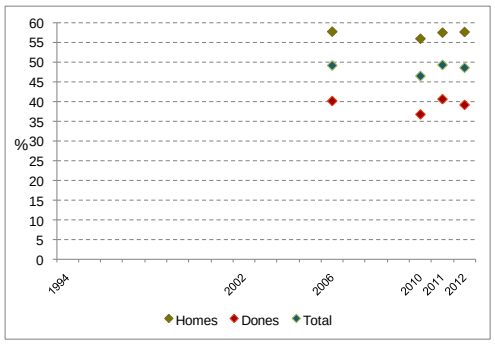
La doble cobertura sanitària augmenta fins a un màxim el 2010, moment a partir del qual el percentatge disminueix. Un patró temporal similar s'observa en el consum de medicaments i en el percentatge d'hospitalitzacions dels darrers anys. Les visites a un professional de la salut i a un servei d'urgències el darrer any es mantenen estables. Finalment, augmenta la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats el darrer any, que passen de prop del 75% de persones satisfetes el 1994 al 90% el 2012, sense diferències per sexe.

Gràfic 25. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (percentatges estandarditzats per edat). Catalunya, 1994-2012

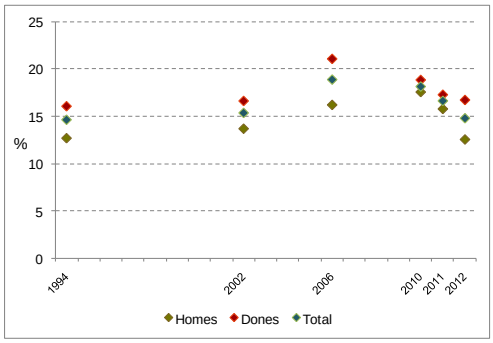
Percepció de bona salut



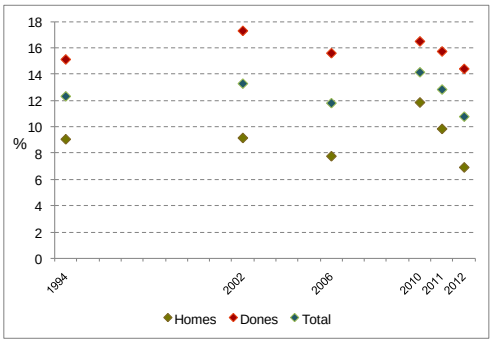
Excés de pes (18-74 anys)



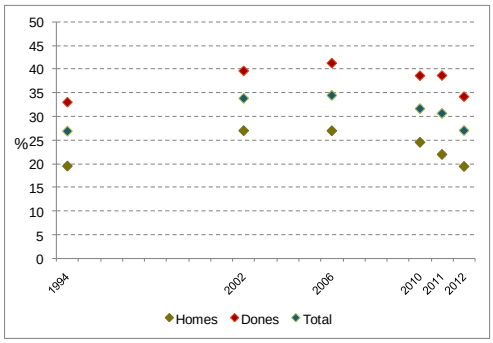
Limitació greu o discapacitat (15 anys i més)



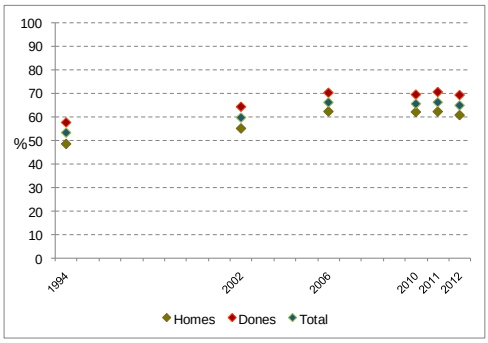
Risc de partir un problema de salut mental (15 anys i més)



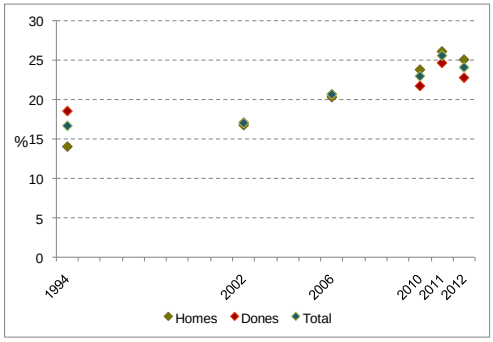
Dolor o malestar arran d'un problema de salut (15 anys i més)



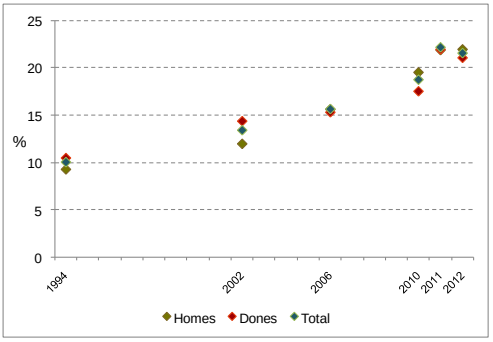
Patir o haver patit algun trastorn crònic



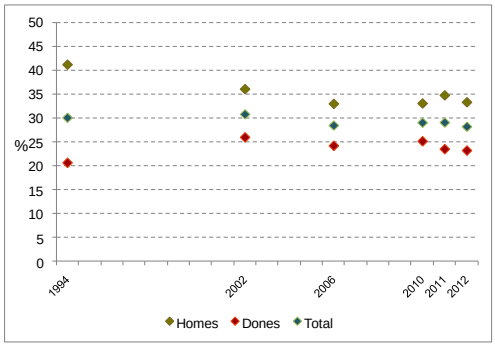
Patir o haver patit hipertensió arterial (15 anys i més)



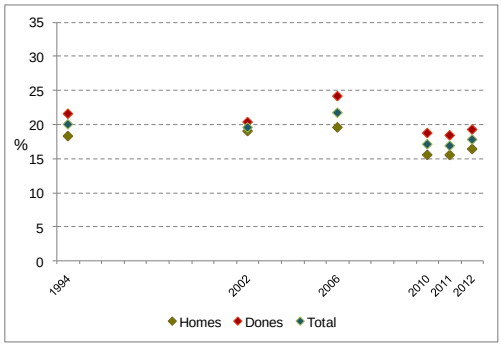
Patir o haver patit hipercolesterolèmia (15 anys i més)



Consum de tabac (15 anys i més)



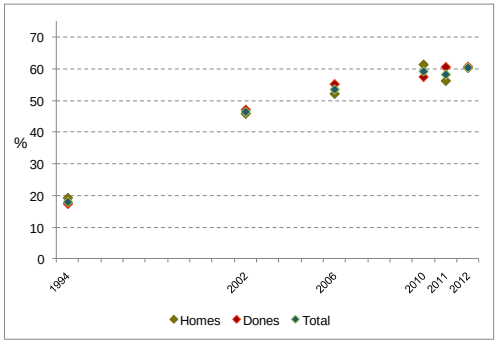
Sedentarisme (18-74 anys)



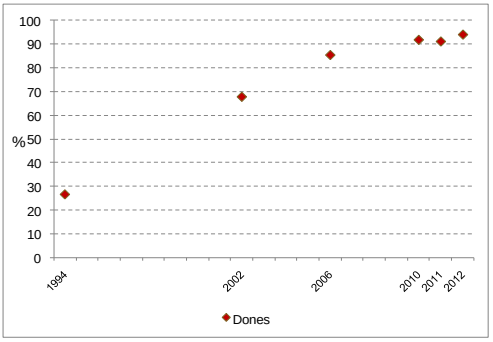
Activitat física saludable (15-69 anys)

Mesura de la pressió arterial (15 anys i més)

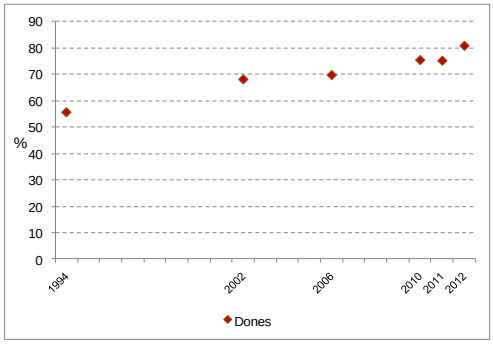
Mesura del nivell de colesterol (15 anys i més)



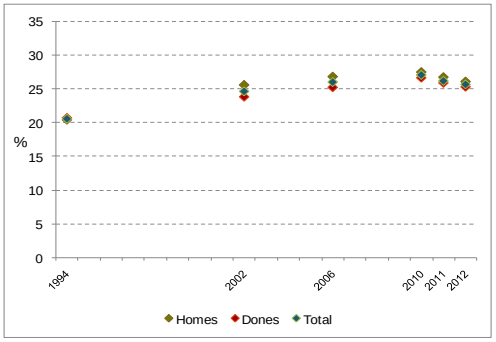
Mamografia periòdica* (de 50 a 69 anys)



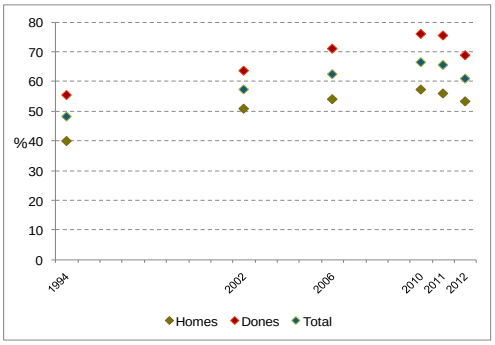
Citologia periòdica (de 25 a 65 anys)



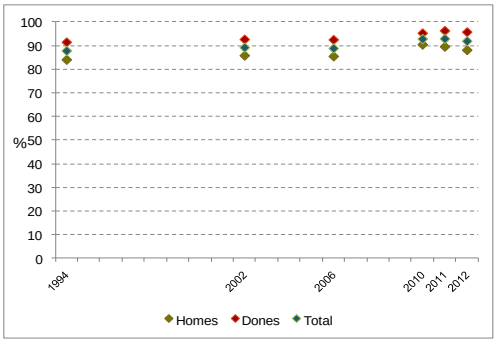
Doble cobertura sanitària



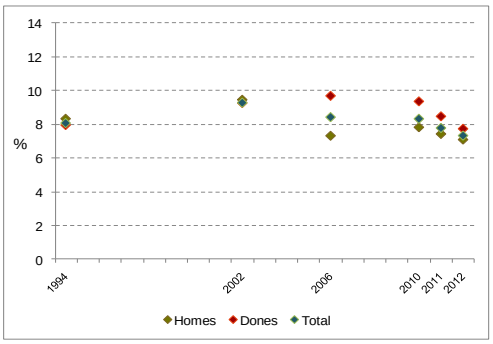
Consum de medicaments els darrers 2 dies (15 anys i més)



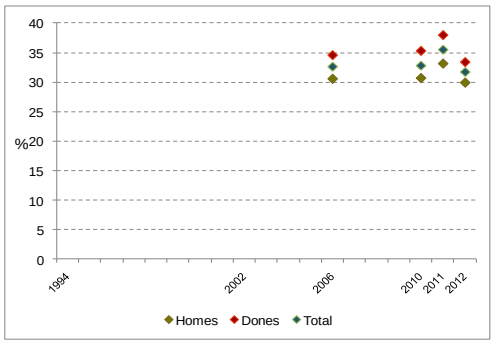
Visita a professionals de la salut els darrers 12 mesos



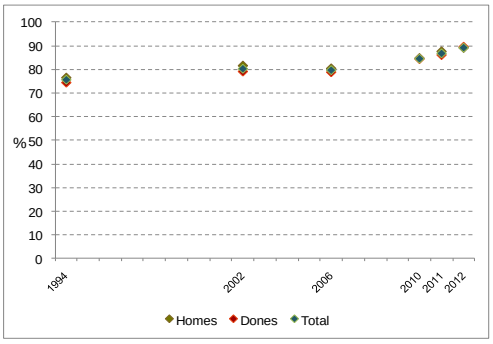
Hospitalitzacions els darrers 12 mesos



Visita a urgències els darrers 12 mesos



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

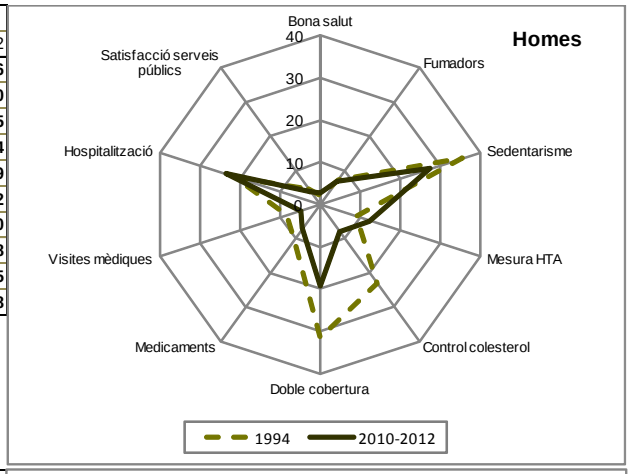


Estandardització per edat segons mètode directe. Població tipus l'1 de gener de 2012, segons el Registre de població de l'Idescat.
* Proporcions no estandarditzades, específiques del grup d'edat de 50 a 69 anys.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011 i 2012. Departament de Salut.

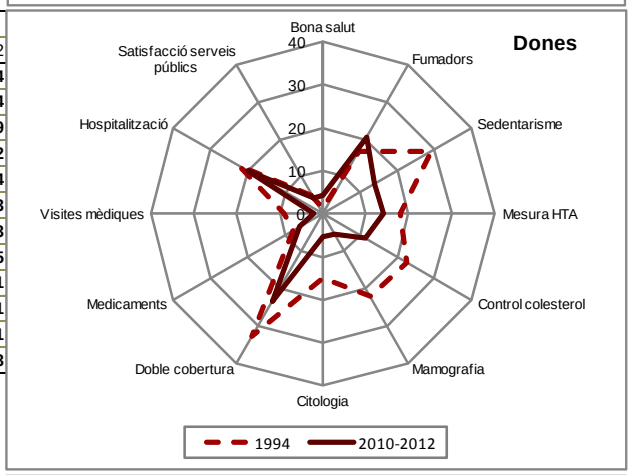
Pel que fa a l'evolució temporal de les **diferències territorials** dels indicadors seleccionats, per regions sanitàries i sexe, en aquest període de 18 anys l'anàlisi del coeficient de variació (%) de les taxes estandarditzades per regions sanitàries mostra que en bona part dels indicadors s'han reduït les diferències i, per tant, hi ha més homogeneïtat entre les regions (gràfic 26).

Gràfic 26. Evolució de les diferències territorials (entre regions sanitàries) dels indicadors seleccionats, per sexe, 1994 i 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012)

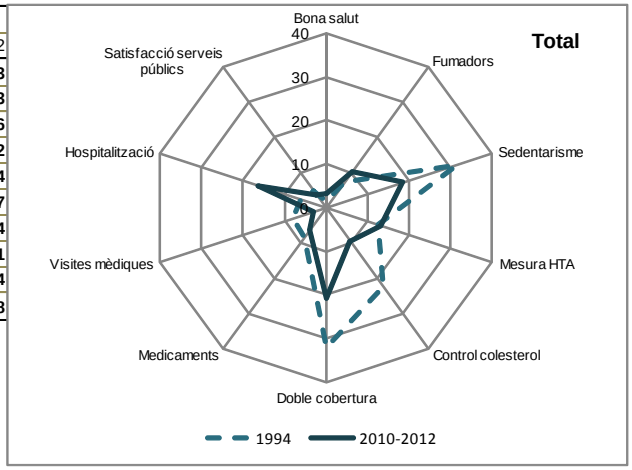
Dimensions	Variables	Homes	
		1994	2010-2012
Estat de salut	Bona salut	2,3	2,6
Estils de vida	Fumadors	7,4	7,0
	Sedentarisme	35,4	27,5
Activitats preventives	Mesura HTA	9,1	12,4
	Control colesterol	23,2	7,9
Utilització de serveis	Doble cobertura	31,6	19,2
	Medicaments	10,6	7,0
	Visites mèdiques	8,3	4,8
	Hospitalització	21,2	23,5
	Satisfacció serveis	4,6	3,8



Dimensions	Variables	Dones	
		1994	2010-2012
Estat de salut	Bona salut	1,3	4,4
Estils de vida	Fumadors	16,9	20,4
	Sedentarisme	29,3	13,9
Activitats preventives	Mesura HTA	18,0	14,2
	Control colesterol	22,5	11,4
	Mamografia	22,2	5,3
	Citologia	14,8	5,3
Utilització de serveis	Doble cobertura	32,8	23,5
	Medicaments	7,7	6,1
	Visites mèdiques	8,8	2,1
	Hospitalització	22,6	20,1
	Satisfacció serveis	5,1	4,3



Dimensions	Variables	Total	
		1994	2010-2012
Estat de salut	Bona salut	1,5	3,3
Estils de vida	Fumadors	7,4	10,3
	Sedentarisme	31,6	18,6
Activitats preventives	Mesura HTA	12,4	13,2
	Control colesterol	22,2	9,4
Utilització de serveis	Doble cobertura	31,9	20,7
	Medicaments	8,5	6,4
	Visites mèdiques	8,0	3,1
	Hospitalització	6,0	16,4
	Satisfacció serveis	4,8	3,8



Augmenta la variabilitat relativa entre regions sanitàries.
Disminueix la variabilitat relativa entre regions sanitàries.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994 i 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012). Departament de Salut.

Segona part

- **Què fa el sistema de salut**

12. Què fa el sistema de salut

El sistema sanitari de Catalunya ha d'atendre les necessitats de salut de més de 7,5 milions d'habitants. Pràcticament la totalitat de la població, el 99,3% l'any 2012, té dret a l'assistència sanitària pública.

Com en altres països d'arreu del món, el sistema sanitari català està patint els efectes de la crisi econòmica i rebent l'impacte de l'augment constant de la demanda i dels costos originats en bona part per l'envelliment de la població, l'important i creixent pes de les patologies cròniques i els avenços tecnològics amb noves eines diagnòstiques i de tractament. Aquestes circumstàncies han posat en tensió el sistema de salut i la situació obliga a introduir canvis que són imprescindibles per garantir la sostenibilitat d'un sistema sanitari públic, universal, accessible, equitatiu i de qualitat i amb la capacitat per respondre a les noves necessitats de salut. El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 és la resposta que vertebra les actuacions públiques en matèria de salut a Catalunya, el full de ruta i el compromís explícit del Govern de la Generalitat per aconseguir la transformació necessària del sistema de salut. El Pla s'estructura en 3 eixos.

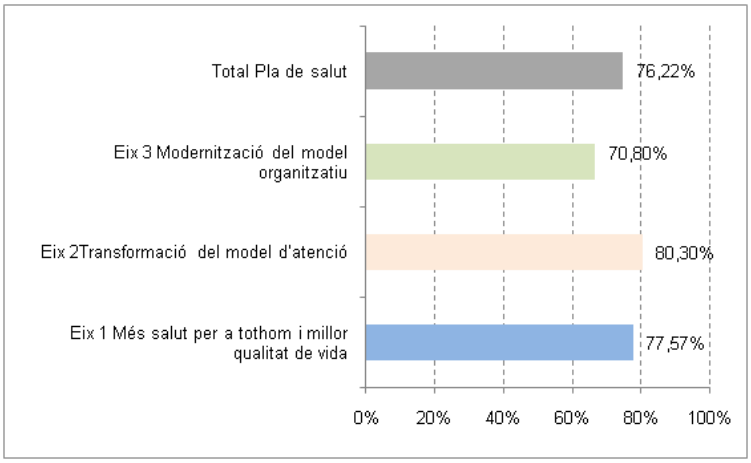
El **primer eix** planteja 27 objectius de salut per afrontar els problemes de salut prioritaris, i inclou projectes estratègics com són els plans directors (cardiovascular, càncer, respiratori, salut mental, locomotor i sociosanitari) i la seguretat clínica dels pacients atesos en els centres assistencials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

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

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

Aquests eixos s'articulen en 9 línies d'actuació i 33 projectes (annex 5). El gràfic 27 resumeix el percentatge d'assoliment de les actuacions previstes per l'any 2012, que se situa en el 76,22% per al conjunt de les línies d'actuació previstes en el Pla de salut 2011-2015.

Gràfic 27. Percentatge d'assoliment de les actuacions previstes per a l'any 2012



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

12.1 Monitoratge dels objectius de salut del Pla de salut 2011-2015

El Pla de salut 2011-2015 estableix el compromís de fer el seguiment anual de l'evolució dels indicadors d'avaluació dels 27 objectius de salut fixats. És essencial conèixer si s'avança en la direcció i amb la intensitat de canvi adequada per tal d'assolir el nivell compromès en l'horitzó temporal previst. Cal valorar la importància de concretar les aspiracions quant a resultats en salut en forma d'objectius explícits i mesurables. En primer lloc, perquè permet veure si s'avança en la direcció desitjada i, en segon lloc, perquè afegeix més transparència a l'avaluació i a la rendició de comptes. En el document ***Marcant fites***[13] s'assenyala el punt de partida dels indicadors per a cada objectiu de salut establerts en el Pla i el nivell a assolir, alhora que introdueix elements de comparació amb l'Estat espanyol i la Unió Europea. L'horitzó temporal varia segons la naturalesa de l'objectiu i se situa, en general, en l'any 2015 per als objectius de disminució de risc i en el 2020 per als que s'avaluen en termes de mortalitat i morbiditat.

Es presenta l'actualització dels valors dels indicadors fixats per a cada objectiu.[a] S'ha valorat si s'avança en la direcció i amb la intensitat de canvi desitjat a partir de la diferència entre el valor de l'indicador observat i el seu valor estimat mitjançant una tendència lineal entre el punt de referència (línia basal de l'any 2012) i el valor a assolir, segons la naturalesa de l'objectiu, el 2015 o el 2020 (gràfic 28 i taula 6). En aquest sentit, i si es manté la tendència:

[a] L'any de referència dels valors de seguiment de cada indicador són els darrers disponibles en data de maig de 2013. Així, corresponen a gener de 2013 quan la font d'informació és el SISAP-ICS; a 2012, per a l'ESCA, el CMBDHA i alguns indicadors del VINCat; a 2011, per altres indicadors del VINCat i l'RMC; i al seguiment de la cohort 2000-2004 en la supervivència del càncer.

S'assoliran:

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

La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties de l'aparell circulatori, mortalitat pel càncer, mortalitat per les malalties mentals, mortalitat per les malalties isquèmiques del cor, mortalitat per l'ictus i mortalitat pel càncer de mama (objectius 2, 3, 6, 7, 8 i 9).

L'increment de la supervivència pel càncer al cap de cinc anys (objectiu 4).

La disminució de la incidència de la fractura de coll de fèmur i de la prevalença del tabaquisme (objectius 12 i 14).

L'increment de pacients hipertensos amb control de la hipertensió i de la proporció de pacients de risc amb valoració del risc cardiovascular (objectius 18 i 19).

Ja s'han assolit:

Els objectius per reduir les taxes d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, maluc i colorectal i pneumònia associada a la ventilació mecànica (objectius 24 a 27).

S'ha d'intensificar el ritme per assolir*:*

L'objectiu de reducció de la proporció d'ingressos per ICC (objectiu 22).

La reducció de la mortalitat per les malalties respiratòries, pel càncer colorectal i pel suïcidi (objectius 5, 10 i 11 respectivament).

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

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

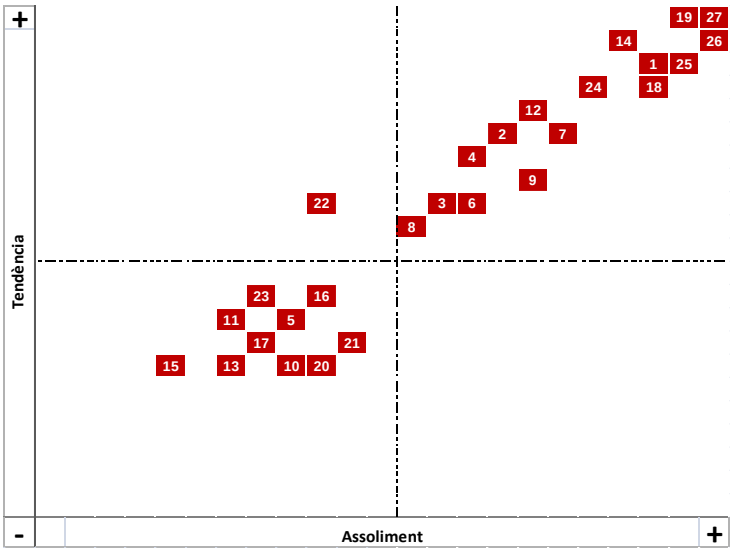
L'augment de la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable (objectiu 16).

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

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

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

Gràfic 28. Seguiment anual dels objectius. 2013



Font: Servei del Pla de Salut. Elaboració pròpia. Departament de Salut.

Taula 6. Seguiment de 2013 dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Núm.	Objectiu *Indicador*		Punt de referència	2012	Objectiu 2020	Valoració
D'aquí a l'any 2020 cal...						
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones *Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)*	Homes	82,3	85,9	86,4	+++
		Dones	74,1	76,8	77,8	+++
		Total	78,0	81,1	81,9	+++
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori*	Homes	202,4	189,6	161,9	+++
		Dones	124,4	115,5	99,5	+++
		Total	158,6	147,7	126,8	+++
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer*	Homes	275,3	270,1	247,8	+++
		Dones	125,6	123,2	113,0	+++
		Total	189,5	186,3	170,6	+++
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys *Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)*	Homes	46,0	50,3	52,9	+++
		Dones	56,4	60,9	64,9	+++
		Total	50,2	ND	57,7	ND
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori*	Homes	87,6	86,6	78,8	-----
		Dones	31,2	32,1	28,1	-----
		Total	53,3	53,5	48,0	-----
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals*	Homes	24,7	24,0	22,2	+++
		Dones	24,0	23,3	21,6	+++
		Total	24,6	24,0	22,1	+++
7	Reduir la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor en un 15% *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor*	Homes	71,3	63,5	60,6	+++
		Dones	26,8	24,2	22,8	+++
		Total	45,8	40,7	38,9	+++
8	Reduir la taxa de mortalitat per ictus en un 15% *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars*	Homes	41,6	40,8	35,3	+
		Dones	30,6	29,5	26,0	+
		Total	35,4	34,3	30,1	+
9	Reduir la taxa de mortalitat per càncer de mama en un 10% *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama*	Homes	0,3	0,3	0,3	+
		Dones	21,4	19,5	19,2	+++
		Total	11,9	10,9	10,7	+++
10	Reduir la taxa de mortalitat per càncer colorectal en un 5% *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal*	Homes	36,5	36,5	34,7	-----
		Dones	17,1	17,3	16,2	-----
		Total	25,3	25,4	24,1	-----
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi *Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions*	Homes	8,5	8,9	< 8,5	-----
		Dones	2,4	2,9	< 2,4	-----
		Total	5,3	5,7	< 5,3	-----
12	Reduir la incidència de la fractura de coll de fèmur en un 10% en les persones entre 65 anys i més *Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més*	Homes	48,7	43,9	43,9	+++
		Dones	83,2	79,8	74,9	+++
		Total	70,5	66,2	63,4	+++
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys *Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones en diabetis de 45 a 74 anys*	Homes	39,5	43,3	35,6	-----
		Dones	10,8	11,0	9,7	-----
		Total	27,4	29,0	24,7	-----

+++: tendència i intensitat del canvi correctes.
+: tendència correcta però intensitat del canvi baixa.
---: tendència contrària a la desitjada.

ND: no està disponible.
NP: no és procedent.

Núm.	Objectiu *Indicador*		Punt de referència	2012	Objectiu 2015	Valoració
D'aquí a l'any 2015 cal...						
14	Reduir la prevalença de tabaquisme per sota del 28% *Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)*	Homes	35,8	34,2	*NP*	*NP*
		Dones	23,4	22,9	*NP*	*NP*
		Total	29,5	28,5	< 28,0	+++
15	Reduir la prevalença de sedentarisme per sota del nivell de 2010 *Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)*	Homes	15,4	16,4	< 15,5	-----
		Dones	18,3	19,2	< 18,7	-----
		Total	16,8	17,8	< 17,1	-----
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana *Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)*	Homes	74,1	72,1	81,5	-----
		Dones	69,0	68,9	75,9	-----
		Total	71,6	70,5	78,8	-----
17	Reduir la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població per sota dels nivells de 2010 *Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)*	Homes	57,4	57,7	< 56,6	-----
		Dones	41,5	40,1	< 38,2	+++
		Total	49,5	49,0	< 47,4	-----
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg *Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA <140/90 mmHg (%)*	Total	63,3	68,3	72,8	+++
19	Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular *Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular (%)*	Total	84,0	88,3	96,6	+++
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis *Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)*	Total	5,5	5,9	4,7	-----
21	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) *Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)*	Total	17,1	18,1	14,5	-----
22	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) *Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés als 30 dies (%)*	Total	15,5	15,4	13,2	+
23	Reduir la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global per sota del 7% *Prevalença d'infecció nosocomial global (%)*	Total	7,0	7,5	< 7,0	-----
24	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll per sota del 3,5% *Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)*	Total	3,0	2,5	< 3,5	+++
25	Reduir la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc per sota del 3% *Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)*	Total	2,8	2,5	< 3,0	+++
26	Disminuir la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal per sota del 21% *Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)*	Total	20,6	19,1	< 21,0	+++
27	Reduir la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica per sota 12 episodis per 1.000 dies de ventilació *Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica*	Total	5,6	5,0	< 12	+++

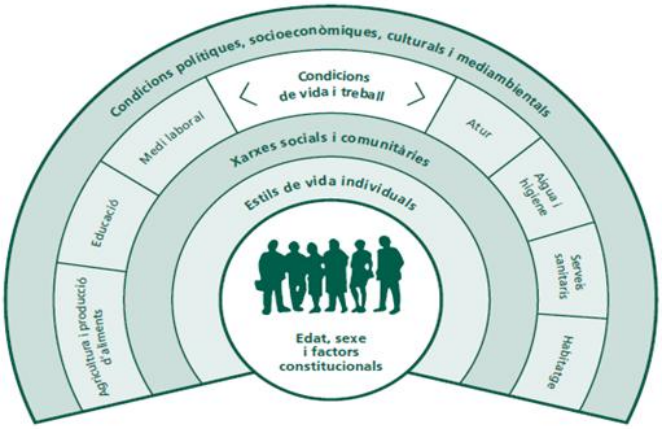
+++: tendència i intensitat del canvi correctes.
+: tendència correcta però intensitat del canvi baixa.
---: tendència contrària a la desitjada.

ND: no està disponible.
NP: no és procedent.

12.2 El Pla interdepartamental de salut pública

El Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP) és l'eina de govern per a les accions de salut pública en el marc de les polítiques que desenvolupen tots el departaments del Govern de Catalunya. La seva finalitat principal és mobilitzar i responsabilitzar els diversos àmbits i estructures de l'Administració pública catalana per tal de millorar la salut de la població mitjançant la intervenció sobre els seus principals determinants, tant estructurals com individuals. Aquest enfocament pren entre les seves referències la teoria que afirma que la salut està determinada per una àmplia gamma de factors socials, econòmics i estils de vida, a més de l'herència i els serveis sanitaris.

Figura 1. Model Dahlgren i Whitehead



La formulació del PINSAP és la tasca principal que ha de desenvolupar la Comissió Interdepartamental de Salut, aprovada per un Acord de Govern de 20 de novembre de 2012, i que pren com a model les directrius de l'estratègia Salut a totes les polítiques, impulsada per l'Organització Mundial de la Salut a partir de l'any 2004.

En aquest sentit, la línia inicial prioritària d'intervenció plantejada pel PINSAP té com a objectiu la millora de les condicions de vida i la disminució de les desigualtats en salut, a partir de la intervenció sobre una sèrie de determinants socials i econòmics escollits, la qual cosa implica impulsar i implementar activitats intersectorials amb efectes sobre la salut comunitària i individual.

Aquesta proposta d'accions sobre els determinants de salut prioritzats s'acompanya del corresponent sistema d'indicadors dirigits a monitorar-los i avaluar-los. Durant l'any 2013, s'elaborarà i s'aprovarà el PINSAP per al període que arriba fins al 2015 i s'iniciaran les polítiques interdepartamentals que es prioritzin.

Tercera part

- **Per una xarxa assistencial més accessible que optimitza els recursos i millora els resultats**

13. Per una xarxa assistencial més accessible que optimitza els recursos i millora els resultats

13.1 El cas del Codi infart

El Codi infart és un protocol d'actuació urgent que comprèn l'activació d'un seguit de dispositius assistencials que permeten l'atenció preferent en la fase aguda de la malaltia quan un pacient és sospitós de tenir un infart i és candidat a reperfusió immediata. En el cas de l'atenció coordinada en l'infart amb elevació del segment ST, objecte del Codi infart, el tractament que preferentment indiquen les guies de pràctica clínica és l'angioplàstia primària.

El Codi infart ha suposat un canvi en l'esquema de l'atenció altament especialitzada de l'infart gràcies al consens entre els agents implicats. Amb aquest protocol s'estructura l'atenció en una xarxa que integra diferents nivells assistencials en què dispositius i professionals treballen conjuntament i coordinadament per oferir al ciutadà els millors resultats. Gràcies al Codi infart, els serveis i tractaments es fan propers als ciutadans i augmenta la seva accessibilitat al sistema de salut. A partir del funcionament en xarxa s'aconsegueix fer arribar arreu del territori els recursos disponibles.

Els trets identificatius del Codi infart rauen principalment en la importància dels canvis organitzatius per sobre dels estructurals. Per dur-los a terme, ha estat necessari crear una xarxa de recursos físics i humans per reorganitzar els fluxos i les relacions entre els agents i establir les responsabilitats i els compromisos corresponents. S'han creat tres estructures organitzatives formades per professionals assistencials i de l'Administració, que permeten dotar la xarxa de mecanismes de control i seguiment, i espais de debat i consens entre les parts implicades, amb una marcada participació dels professionals. S'han aprofitat aquests espais per crear proximitat a les sensibilitats i necessitats dels professionals d'arreu del territori i per trobar les vies de comunicació més efectives en aquest àmbit. Amb l'objectiu de conèixer l'estat de salut del ciutadà atès pel sistema sanitari i millorar els resultats de l'atenció, s'han realitzat enquestes de seguiment telefònic a través del servei 061 CatSalut Respon a les persones que han patit un infart i han rebut atenció hospitalària segons les dades facilitades pel Registre del Codi infart.

La formalització d'aquest consens dins un marc normatiu s'ha materialitzat a través d'una normativa del CatSalut (Instrucció 04/2009) adreçada als proveïdors i al Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Aquesta normativa regula la sectorització de l'atenció als pacients que són candidats a una angioplàstia primària d'acord amb el Codi infart. Els trets més rellevants a destacar són:

- Assoliment d'un acord formal per a la creació d'un protocol d'actuació ordenada i coordinada entre els diferents agents i nivells assistencials. L'acció concertada que representa la implementació del Codi infart ha contribuït a millorar la cooperació amb les parts implicades i ha requerit la cooperació i el consens entre l'Administració sanitària

representada pel Departament de Salut i el CatSalut, els proveïdors tant en l'àmbit d'atenció hospitalària com primària, el SEM i les societats científiques que representen els professionals implicats en l'atenció dels pacients.

- Canvi en el centre de decisió, que passa del professional especialista en cardiologia, o un altre professional mèdic que faci el primer contacte mèdic, al professional mèdic del SEM, que adquireix un paper central en la presa de decisions atès que coordina tot el procés assistencial.
- Sectorització del territori, que defineix, de forma unívoca, una destinació predeterminada per a cada pacient, depenent del lloc i el moment en què s'ha produït l'infart. Aquesta estructuració permet escurçar els temps intermedis en què intervé cada agent assistencial i no es qüestiona la decisió de cap d'ells.
- Disseny d'un pla funcional per part dels hospitals de referència d'infart que estableixi clarament els circuits a seguir per tal que el pacient al qual s'ha activat un Codi infart no sigui admès a les urgències hospitalàries i sigui tractat immediatament a la sala d'hemodinàmica en els casos en què el pacient sigui atès en primera instància pel SEM. En el cas que el pacient acudeixi al centre pels seus propis mitjans, cal disposar d'un circuit de dolor toràcic àgil que permeti el cribratge del pacient, l'activació del Codi i la immediata derivació a la unitat d'hemodinàmica de l'hospital.
- Obligatorietat d'acceptació del Codi infart per part de l'hospital de referència d'infart.
- Obligatorietat de retornar el pacient tractat i estabilitzat al centre d'origen o a la unitat de cures intensives o intermèdies més propera al domicili, per evitar sobrecàrrega de l'hospital d'infart. El responsable de la coordinació d'aquest procés és el SEM.
- Creació d'un registre en línia de variables clíniques i epidemiològiques de tots els pacients que han estat atesos a través del Codi infart. Els resultats es comparteixen regularment i periòdicament amb els proveïdors declarants en el si de la Comissió de Seguiment.
- Obligatorietat de declarar els casos d'activació del Codi infart per part dels 10 hospitals de la xarxa.

El Codi infart és un programa sotmès a un procés d'avaluació contínua a partir de les dades que ofereix el mateix sistema d'informació i monitoratge. Els resultats assolits mostren en l'aspecte qualitatiu una millora en tots els indicadors de resultats del Codi en els seus més de tres anys de posada en funcionament.

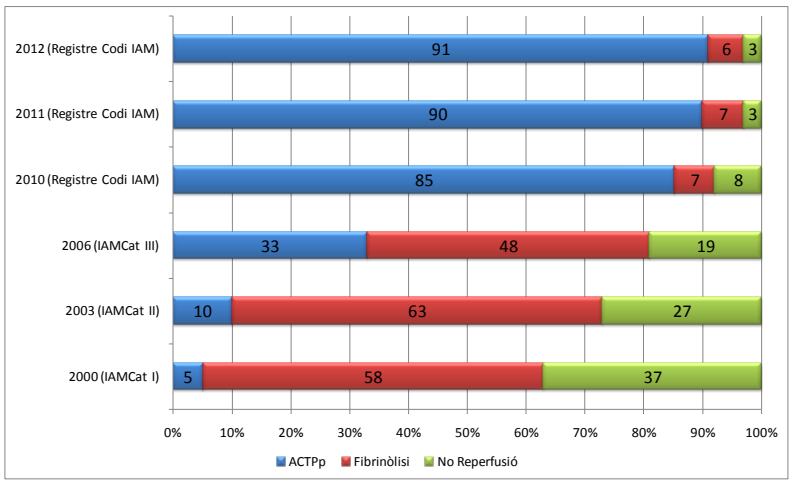
S'incrementa la proporció de pacients amb infart que reben algun tipus de reperfusió gràcies a l'establiment de l'assistència protocol·litzada i coordinada del tractament de l'infart agut de miocardi amb elevació del segment ST (IAMEST) a partir del Codi infart. Entre els tractats amb reperfusió, l'angioplàstia primària destaca com a tractament majoritari, d'acord amb les instruccions establertes en la normativa del programa (gràfic 29).

La millora dels indicadors assistencials de temps del Codi infart des de la posada en marxa l'1 de juny de 2009 és un altre dels resultats remarcables. Com fruit del monitoratge dels resultats dels 10 hospitals participants a la xarxa, s'observa una millora notable en la reducció

dels temps de reacció pel que fa especialment al sistema sanitari, és a dir des de la primera assistència mèdica en els anys 2010 i 2011. Gràcies a aquesta avaluació ha estat possible optimitzar els resultats en tots els trams d'aquest procés assistencial, tot i que els indicadors són encara variables pel que fa a l'efectivitat dels diferents agents assistencials en la rapidesa d'actuació, i hi ha una tendència a l'estabilització pel que fa a l'administració dels tractaments (sobretot pel que fa a l'angioplàstia primària als laboratoris d'hemodinàmica dels hospitals de Codi infart) (gràfics 30 i 31).

Una cop més, cal destacar la importància de la protocol·lització del procés assistencial a l'IAMEST, que suposa una assignació unívoca dels papers dels agents assistencials en cada punt i en cada moment d'aquest procés. En aquest sentit, els resultats del Codi infart dels anys 2010 i 2011 mostren un increment del percentatge de pacients que són atesos dins dels estàndards assistencials recomanats, que estableixen que entre la primera assistència o primer contacte mèdic i l'obertura de l'artèria no han de passar més de 120 minuts. Els indicadors mostren que el SEM i els hospitals de Codi infart són els que ofereixen uns indicadors de temps més curts quan actuen en primera assistència. Aquest fet provoca que el percentatge de pacients que actualment compleixen aquest criteri de temps sigui marcadament superior respecte al del percentatge dels pacients atesos en primera instància pels hospitals comarcals o pels centres d'atenció primària (gràfics 32 i 33).

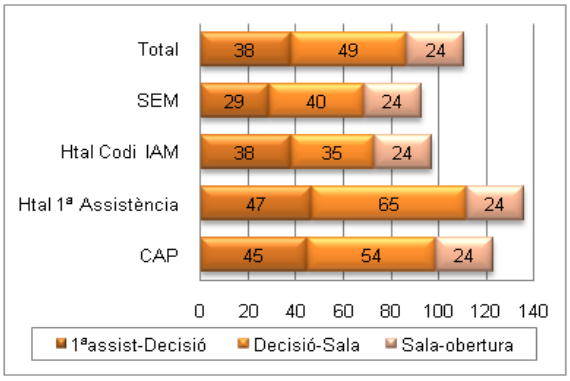
Gràfic 29. Evolució de la reperfusió en els pacients amb IAMEST. Catalunya, 2000-2012



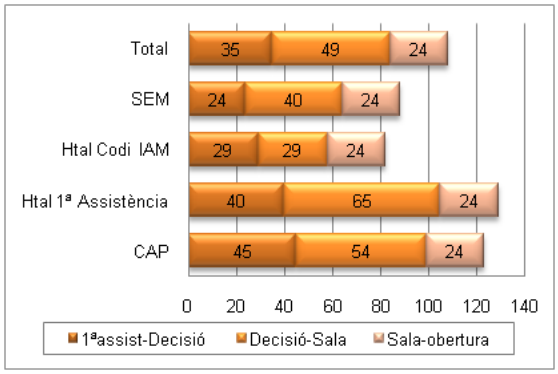
Font: Registre Codi infart de Catalunya, 2000-2012. Departament de Salut.

Gràfics 30 i 31. Evolució dels temps assistencials en el Codi infart. Catalunya, 2010-2011

Gràfic 30. Catalunya, 2010



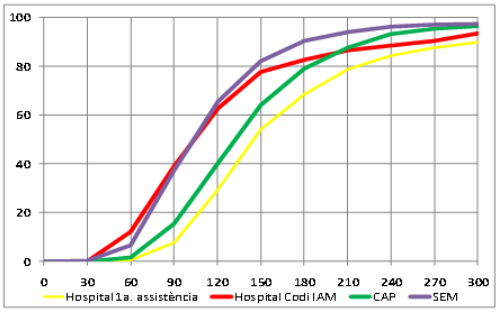
Gràfic 31. Catalunya, 2011



Font: Registre Codi infart de Catalunya, 2010-2011.
Departament de Salut.

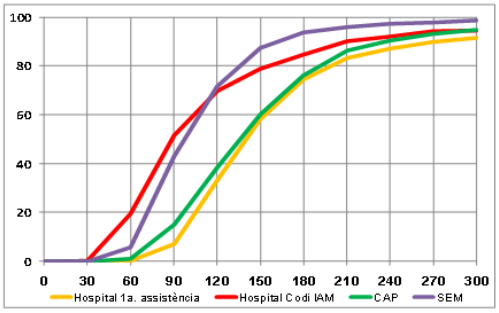
Gràfics 32 i 33. Percentatge de temps acumulats (en minuts) entre la primera assistència i l'obertura de l'artèria segons el lloc de la primera assistència en el Codi infart. Catalunya, 2010-2011

Gràfic 32. Catalunya, 2010



Font: Registre Codi infart de Catalunya, 2010.
Departament de Salut.

Gràfic 33. Catalunya, 2011



Font: Registre Codi infart de Catalunya, 2011.
Departament de Salut.

A la llum d'aquests resultats, s'exemplifica la importància de la protocol·lització dels processos assistencials que requereixen una actuació urgent i efectiva. Aquest fet rau principalment en el pes dels canvis organitzatius i l'establiment d'aliances i acords entre els agents de salut, com a motors impulsors de les fites assolides, per sobre de les reformes o inversions estructurals. Aquest és un dels valors afegits del programa amb vista a l'extrapolació del model a altres situacions d'emergència que requereixin l'actuació ordenada, coordinada i estandarditzada dels serveis de salut i dels seus professionals per fer-los accessibles al ciutadà. Sembla raonable, doncs, que, en termes d'eficiència i estalvi i davant d'un context de restricció de recursos, l'organització, l'optimització i la racionalització dels recursos existents puguin ser una solució innovadora, i fins ara efectiva, per millorar els processos assistencials i per fer accessible als ciutadans aquests serveis sanitaris.

Annexos

- **Annex 1. Indicadors mediambientals**
- **Annex 2. Evolució del pressupost per capita anual, 2003-2012. Departament de Salut, CatSalut i ICS**
- **Annex 3. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012**
- **Annex 4. Indicadors de l'ESCA, per sexe. Catalunya, 2006 i 2011-2012**
- **Annex 5. Seguiment de l'execució del Pla de salut: percentatge d'assoliment per línies d'actuació i per projectes**
- **Annex 6. Índex de figures, gràfics i taules**

Annex 1. Indicadors mediambientals

Qualitat de l'aire

- La concentració de les partícules en suspensió de diàmetre inferior a 10 micres (PM10) mostren una tendència a la disminució dels nivells a Catalunya. Durant l'any 2012 no s'ha superat el valor límit anual però sí que s'ha sobrepassat el nombre de superacions permeses del valor límit diari en 9 punts del territori. Aquests punts són de les zones de qualitat de l'aire 1 (Àrea de Barcelona), 2 (Vallès - Baix Llobregat), 6 (Plana de Vic), 8 (comarques de Girona) i 15 (Terres de l'Ebre).

- Pel que fa a l'ozó troposfèric, al llarg del 2012 s'han registrat 71 hores de superació del llindar d'informació a la població. Aquests valors són lleugerament superiors a la mitjana dels darrers anys. Les superacions s'han produït en 13 dels 49 punts de mesurament. Les zones de qualitat de l'aire en què s'ha superat el llindar d'informació a la població són l'Àrea de Barcelona, Camp de Tarragona, Plana de Vic, comarques de Girona, l'Alt Llobregat i Prepirineu. D'altra banda, no s'ha produït cap superació del llindar d'alerta durant l'any 2012.

- Respecte al diòxid de nitrogen, durant l'any 2012 s'han produït superacions del valor límit anual a les zones de qualitat de l'aire 1 i 2. A la zona de qualitat de l'aire 1 s'ha superat al 33% dels punts de mesurament, i a la zona de qualitat de l'aire 2 en el 58% dels punts de mesurament. La tendència en els darrers deu anys de les concentracions mitjanes anuals és estable, amb una lleugera tendència a disminuir.

Font: Informe sobre la qualitat de l'aire a Catalunya, 2012. Direcció General de Qualitat Ambiental del Departament de Territori i Sostenibilitat.

Aigües de consum humà

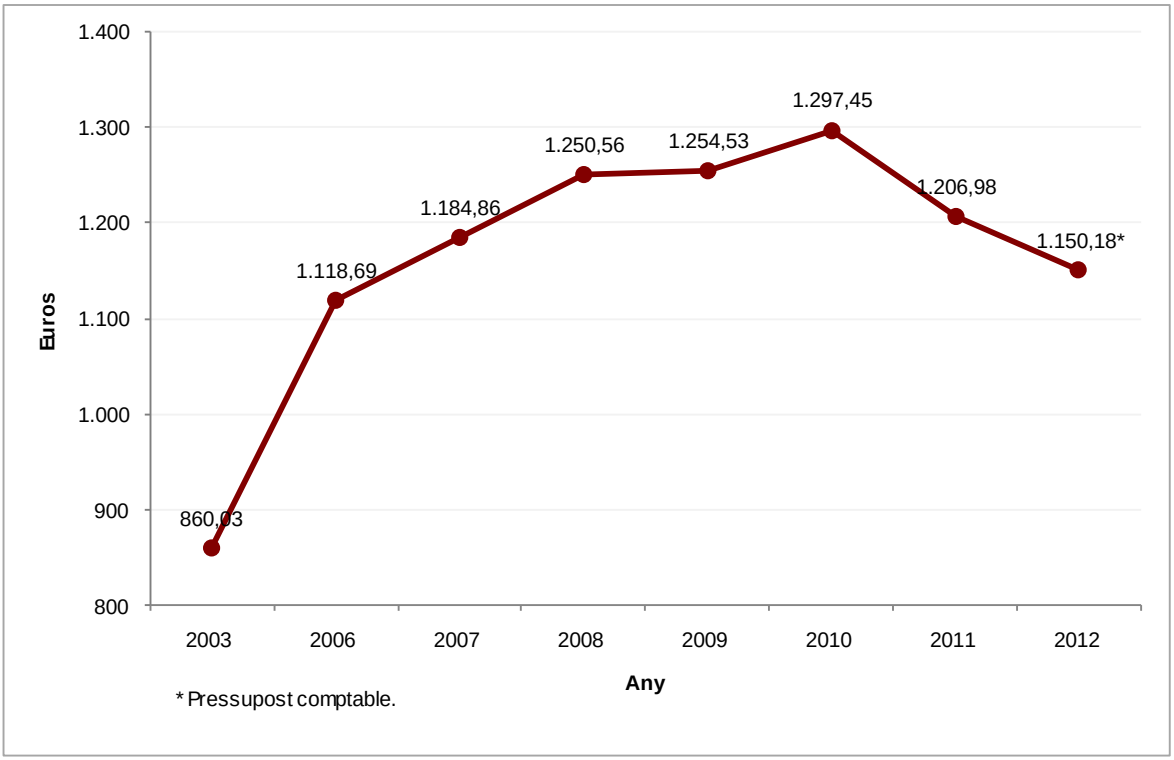
- Els resultats de les analítiques realitzades mostren un grau de compliment normatiu elevat de la qualitat de l'aigua de consum humà de les diferents xarxes i zones d'abastament de Catalunya.

- En relació amb els contaminants microbiològics, només es detecten superacions d'alguns paràmetres en situacions puntuals i principalment en nuclis de població petits.

- Pel que fa als paràmetres fisicoquímics, un 86,07% de les zones mostrejades compleixen els valors paramètrics establerts en la normativa vigent per als paràmetres determinants de l'aptitud de l'aigua. Els paràmetres que han mostrat més superacions són els nitrats, seguits del fluor i l'arsènic.

Font: Agència de Salut Pública de Catalunya, 2011. Departament de Salut.

Annex 2. Evolució del pressupost per càpita anual, 2003-2012. Departament de Salut, CatSalut i ICS



Pressupost DS/CatSalut/ICS 2012: 8.756.205.900,65€

Població TSI 2011 (tall oficial 2011): 7.612.890 persones

Font: Servei Català de la Salut, 2013. Departament de Salut.

Annex 3. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012

Homes							
15 a 44 anys		45 a 64 anys		65 a 74 anys		75 anys i més	
Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	15,6%	Pressió alta	34,8%	Pressió alta	53,4%	Pressió alta	55,2%
Al·lèrgies cròniques	14,9%	Colesterol elevat	30,8%	Artrosi, artritis o reumatisme	41,7%	Problemes de pròstata	54,0%
Migranya o mal de cap freqüents	10,4%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	28,2%	Colesterol elevat	37,8%	Artrosi, artritis o reumatisme	53,0%
Artrosi, artritis o reumatisme	9,7%	Artrosi, artritis o reumatisme	22,2%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	33,0%	Cataractes	47,2%
Colesterol elevat	9,4%	Mal d'esquena crònic cervical	16,3%	Problemes de pròstata	29,2%	Colesterol elevat	42,0%
Mal d'esquena crònic cervical	9,4%	Depressió/ansietat	15,3%	Cataractes	23,4%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	36,3%
Depressió/ansietat	8,8%	Hemorroides	15,1%	Mal d'esquena crònic cervical	19,3%	Diabetis	34,3%
Pressió alta	7,4%	Mala circulació de la sang	11,4%	Mala circulació de la sang	18,7%	Mala circulació de la sang	31,2%
Asma	6,6%	Al·lèrgies cròniques	11,2%	Hemorroides	17,0%	Mal d'esquena crònic cervical	28,1%
Hemorroides	6,3%	Diabetis	10,2%	Al·lèrgies cròniques	14,8%	Altres malalties del cor	26,1%
Problemes crònics de pell	5,0%	Migranya o mal de cap freqüents	10,0%	Depressió/ansietat	14,3%	Incontinència urinària	21,3%

Dones							
15 a 44 anys		45 a 64 anys		65 a 74 anys		75 anys i més	
Migranya o mal de cap freqüents	23,1%	Artrosi, artritis o reumatisme	45,7%	Artrosi, artritis o reumatisme	58,4%	Artrosi, artritis o reumatisme	73,3%
Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	19,6%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	41,5%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	57,5%	Pressió alta	68,2%
Anèmia	19,2%	Mal d'esquena crònic cervical	41,4%	Pressió alta	51,8%	Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	58,4%
Mal d'esquena crònic cervical	19,1%	Varices a les cames	35,5%	Mal d'esquena crònic cervical	50,3%	Cataractes	55,0%
Al·lèrgies cròniques	16,3%	Depressió/ansietat	33,8%	Colesterol elevat	47,7%	Mala circulació de la sang	48,8%
Depressió/ansietat	13,3%	Migranya o mal de cap freqüents	31,2%	Varices a les cames	40,6%	Mal d'esquena crònic cervical	47,2%
Mala circulació de la sang	13,2%	Colesterol elevat	29,1%	Depressió/ansietat	34,8%	Varices a les cames	45,4%
Artrosi, artritis o reumatisme	12,4%	Pressió alta	26,5%	Mala circulació de la sang	32,9%	Incontinència urinària	39,1%
Varices a les cames	11,7%	Mala circulació de la sang	25,1%	Osteoporosi	29,4%	Colesterol elevat	38,8%
Hemorroides	8,3%	Anèmia	24,0%	Al·lèrgies cròniques	24,2%	Depressió/ansietat	36,3%
Colesterol elevat	7,4%	Hemorroides	23,5%	Hemorroides	23,7%	Restrenyiment crònic	34,1%

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

.

Annex 4. Indicadors de l'ESCA, per sexe. Catalunya 2006 i 2011-2012

			ESCA 2006	IC95%	ESCA 2011-2012	IC95%	
Estat de salut	Població amb percepció de bona salut (excel·lent, molt bona o bona) (0+)	H	83,4%	(82,6-84,2)	85,6%	(84,6-86,6)	▲
		D	73,8%	(72,9-74,7)	77,2%	(76,0-78,4)	▲
		T	78,6%	(78,0-79,2)	81,3%	(80,5-82,1)	▲
	Població de 18-74 anys amb sobrepès	H	43,9%	(42,7-45,1)	42,8%	(41,1-44,5)	
		D	28,0%	(26,9-29,1)	28,0%	(26,4-29,6)	
		T	36,0%	(35,2-36,8)	35,5%	(34,2-36,7)	
	Població de 18-74 anys amb obesitat	H	13,0%	(12,2-13,8)	14,5%	(13,6-16,0)	
		D	12,3%	(11,5-13,1)	12,8%	(11,6-14,0)	
		T	12,7%	(12,1-13,3)	13,8%	(13,0-14,6)	
	Població de 18-74 anys amb excés de pes	H	56,9%	(55,7-58,1)	57,6%	(55,9-59,2)	
		D	40,3%	(39,1-41,5)	40,8%	(39,1-42,5)	
		T	48,7%	(47,9-49,5)	49,3%	(48,1-50,5)	
	Població que en el moment de l'entrevista té risc de patir trastorn mental (Goldberg) (15+)	H	7,6%	(7,0-8,1)	8,4%	(7,5-9,2)	
		D	15,5%	(14,7-16,3)	15,0%	(13,9-16,1)	
		T	11,6%	(11,1-12,1)	11,7%	(11,0-12,4)	
	Població que declara patir o haver patit algun trastorn crònic de la llista de 28 (15+)	H	71,6%	(70,6-72,6)	71,6%	(70,2-73,0)	
		D	83,0%	(82,2-83,8)	83,1%	(81,9-84,3)	
		T	77,4%	(76,8-78,0)	77,5%	(76,6-78,4)	
	Patir o haver patit 4 o més trastorns crònics (15+)	H	24,4%	(23,5-25,3)	32,0%	(30,5-33,5)	
		D	45,9%	(44,8-47,0)	50,6%	(49,0-52,2)	
		T	35,3%	(34,6-36,0)	41,5%	(40,4-42,6)	
	Població que ha restringit les seves activitats habituals el darrer any (15+)	H	13,7%	(12,9-14,5)	12,1%	(11,1-13,1)	
		D	20,5%	(19,6-21,4)	18,3%	(17,1-19,5)	▼
		T	17,1%	(16,5-17,7)	15,2%	(14,4-16,0)	▼
	Població amb alguna limitació greu o discapacitat que l'afecta de manera permanent per fer les seves activitats quotidianes (15+)	H	14,0%	(13,2-14,8)	12,9%	(11,9-13,9)	
		D	21,7%	(20,8-22,6)	18,4%	(17,2-19,6)	▼
		T	17,9%	(17,3-18,5)	15,7%	(14,9-16,5)	▼
	Població que té problemes per caminar (EuroQol) (15+)*	H	11,1%	(10,4-11,8)	10,3%	(9,3-11,3)	
		D	20,1%	(19,2-21,0)	17,4%	(16,2-18,6)	▼
		T	15,7%	(15,1-16,3)	13,9%	(13,1-14,7)	▼
	Població que té problemes per rentar-se o vestir-se sol (EuroQol) (15+)*	H	3,7%	(3,3-4,1)	3,5%	(2,9-4,1)	
		D	7,9%	(7,3-8,5)	7,3%	(6,5-8,1)	
		T	5,9%	(5,5-6,3)	5,5%	(5,0-6,0)	
	Població que té problemes per fer les seves activitats quotidianes (EuroQol) (15+)*	H	8,2%	(7,6-8,8)	7,0%	(6,2-7,8)	
		D	16,8%	(16,0-17,6)	13,6%	(12,5-14,7)	▼
		T	12,5%	(12,1-13,1)	10,4%	(9,7-11,1)	▼
	Població que té dolor o malestar (EuroQol) (15+)*	H	24,9%	(23,9-25,9)	19,9%	(18,7-21,1)	▼
		D	41,5%	(40,4-42,6)	37,4%	(35,9-38,9)	▼
		T	33,3%	(32,6-34,0)	28,8%	(27,8-29,8)	▼
	Població que té ansietat o depressió (EuroQol) (15+)*	H	14,1%	(13,3-14,9)	12,1%	(11,1-13,1)	▼
		D	28,3%	(27,3-29,3)	22,2%	(20,9-23,5)	▼
		T	21,3%	(20,7-21,9)	17,2%	(16,4-18,0)	▼
Activitats preventives	Població que es pren la pressió arterial periòdicament (15+)	H	43,4%	(42,3-44,5)	50,0%	(48,4-51,6)	▲
		D	49,8%	(48,7-50,9)	53,4%	(51,8-55,0)	▲
		T	46,6%	(45,8-47,4)	51,7%	(50,6-52,8)	▲
	Població que es revisa el nivell de colesterol a la sang periòdicament (15+)	H	49,4%	(48,3-50,5)	56,8%	(55,3-58,2)	▲
		D	54,6%	(53,5-55,7)	61,0%	(59,5-62,5)	▲
		T	52,0%	(51,2-52,8)	58,9%	(57,8-60,0)	▲
	Dones de 50 a 69 anys que es fan una mamografia periòdicament.	H	–	--	–	--	
		D	85,5%	(84,0-87,0)	92,7%	(91,1-94,3)	▲
		T	–	--	–	--	
	Dones de 25 a 65 anys que es fan una citologia periòdicament.	H	–	--	–	--	
		D	69,9%	(68,7-71,1)	78,2%	(76,6-79,8)	▲
		T	–	--	–	--	
	Població que es vacuna contra la grip de forma regular quan comença la tardor (60+)	H	64,7%	(62,6-66,8)	57,1%	(54,1-60,1)	▼
		D	65,6%	(63,7-67,5)	61,1%	(58,3-63,9)	
		T	65,2%	(63,8-66,6)	59,3%	(57,3-61,2)	▼
Estils de vida	Consum de tabac: fumador (diari+ocasional) (15+)	H	34,5%	(33,5-35,5)	34,8%	(33,3-36,2)	
		D	24,3%	(23,4-25,2)	23,0%	(21,7-24,3)	
		T	29,4%	(28,7-30,1)	28,8%	(27,8-29,8)	
	Població exposada al fum del tabac a la feina (15+)	H	7,8%	(7,2-8,4)	5,0%	(4,3-5,7)	▼
		D	3,5%	(3,1-3,9)	3,6%	(3,0-4,2)	
		T	5,6%	(5,2-6,0)	4,3%	(3,9-4,7)	▼
	Població exposada al fum del tabac a casa (15+)	H	12,7%	(12,0-13,4)	9,2%	(8,3-10,1)	▼
		D	19,8%	(18,9-20,7)	13,6%	(12,5-14,7)	▼
		T	16,3%	(15,7-16,9)	11,4%	(10,7-12,1)	▼
	Consum de risc d'alcohol (15+)	H	7,6%	(7,0-8,2)	6,5%	(5,7-7,3)	
		D	1,8%	(1,5-2,1)	2,0%	(1,6-2,4)	
		T	4,7%	(4,3-5,0)	4,2%	(3,8-4,6)	
	Població de 18-74 anys sedentària	H	19,2%	(18,3-20,1)	16,1%	(14,9-17,2)	▼
		D	24,3%	(23,3-25,3)	18,8%	(17,4-20,2)	▼
		T	21,7%	(21,0-22,4)	17,4%	(16,5-18,3)	▼
Utilització de serveis	Percentatge de població que ha visitat un metge/essa de medicina general o capçalera / pediatre/a el darrer any (0+)	H	71,8%	(70,9-72,7)	74,2%	(73,0-75,4)	▲
		D	78,0%	(77,1-78,9)	82,9%	(81,8-84,0)	▲
		T	74,9%	(74,3-75,5)	78,6%	(77,8-79,4)	▲
	Mitjana de vegades que la població ha visitat un metge/essa de capçalera el darrer any (0+)	H	4,82		3,11		
		D	5,64		3,82		
		T	5,26		3,49		
	Percentatge de població que ha visitat un metge/essa especialista el darrer any (0+)	H	54,2%	(53,2-55,2)	61,8%	(60,4-63,2)	▲
		D	72,8%	(71,9-73,7)	77,6%	(76,4-78,8)	▲
		T	63,6%	(62,9-64,3)	69,8%	(68,9-70,7)	▲
	Percentatge de població que ha visitat un professional de la salut el darrer any (0+)	H	84,8%	(84,1-85,5)	88,4%	(87,5-89,3)	▲
		D	92,3%	(91,8-92,8)	96,1%	(95,6-96,6)	▲
		T	88,6%	(88,1-89,1)	92,3%	(91,8-92,8)	▲
	Percentatge de població que ha estat hospitalitzada el darrer any (0+)	H	6,7%	(6,2-7,2)	6,9%	(6,2-7,6)	
		D	9,9%	(9,3-10,5)	8,2%	(7,4-9,0)	▼
		T	8,3%	(7,9-8,7)	7,6%	(7,1-8,1)	
	Mitjana de vegades que la població ha estat hospitalitzada el darrer any (0+)	H	1,48		1,59		
		D	1,38		1,29		
		T	1,42		1,43		
	Percentatge de població que ha visitat un servei d'urgències el darrer any (0+)	H	30,6%	(29,6-31,6)	31,5%	(30,2-32,8)	
		D	34,7%	(33,7-35,7)	35,6%	(34,2-37,0)	
		T	32,7%	(32,0-33,4)	33,6%	(32,7-34,5)	
	Mitjana de vegades que la població ha visitat un servei d'urgències el darrer any (0+)	H	1,67		1,59		
		D	1,82		1,82		
		T	1,75		1,71		
	Població que ha pres un o més medicaments els darrers dos dies (15+)	H	51,2%	(50,1-52,3)	52,9%	(50,8-55,0)	
		D	71,1%	(70,1-72,1)	72,9%	(71,3-74,5)	
		T	61,3%	(60,5-62,1)	63,1%	(61,8-64,4)	
	Població amb doble cobertura sanitària (0+)	H	27,2%	(26,3-28,1)	26,5%	(25,3-27,7)	
		D	25,2%	(24,3-26,1)	25,3%	(24,1-26,5)	
		T	26,2%	(25,6-26,8)	25,9%	(25,0-26,8)	

Font: Enquestes de salut de Catalunya, 2006 i 2011-2012. Departament de Salut.
* L'EuroQol: valora l'estat de salut en el dia d'avui.
▲ Diferència significativa entre 2006 i 2011-2012 (augment).
▼ Diferència significativa entre 2006 i 2011-2012 (reducció).

Annex 5. Seguiment de l'execució del Pla de salut: percentatge d'assoliment per línies d'actuació i per projectes

	Línia d'actuació	% assoliment
1	Objectius i programes de salut	77,6%
2	Un sistema més orientat als malalts crònics	88,9%
3	Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori	65,6%
4	Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització	87,5%
5	Major enfocament cap als pacients i les famílies	74,8%
6	Nou model de contractació de l'atenció sanitària més enfocat a resultats en salut	86,5%
7	Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic	50,0%
8	Millora en el govern i en la participació en el sistema	80,7%
9	Informació compartida, transparència i avaluació	62,5%
	Mitjana total Pla de Salut	**76,2%**

Seguiment execució Pla de salut (% assoliment per projectes)			Any 2012
Eix 1		Més salut per a tothom i millor qualitat de vida	77,6%
LA1		Objectius i programes de salut	77,6%
	1.1	Desenvolupar i implantar els plans directors	100,0%
	1.2	Potenciar el Pla interdepartamental de salut pública	50,0%
	1.3	Promoure seguretat i qualitat clínica	60,3%
	1.4	Avaluar els objectius de salut del Pla de salut	100,0%
Eix 2		Transformació del model d'atenció	80,3%
LA2		Un sistema més orientat als malalts crònics	88,9%
	2.1	Implantar processos clínics integrats	85,0%
	2.2	Potenciar els programes de protecció, promoció i prevenció	89,6%
	2.3	Autorresponsabilització del pacient i foment de l'autocura	84,1%
	2.4	Desenvolupar alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat	100,0%
	2.5	Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos (PCC)	100,0%
		Implantar programes d'ús racional del medicament	75,0%
LA3		Un sistema integrat més resolutiu des dels primers nivells i al territori	65,6%
	3.1	Millorar la resolució en els àmbits de relació més freqüent entre AP i AE	69,8%
	3.2	Transformar el model d'atenció a les urgències	79,9%
	3.3	Ordenar territorialment la cartera de serveis segons els nivells de complexitat	37,5%
	3.4	Integrar la salut pública i comunitària en el nou model assistencial	75,2%
LA4		Un sistema de més qualitat i equitat en l'alta especialització	87,5%
	4.1	Reordenar els procediments d'alta especialització	87,5%
	4.2	Harmonitzar els tractaments farmacològics d'alta complexitat	87,5%
EIX 3		Modernització del model organitzatiu	70,8%
LA5		Major enfocament cap als pacients i les famílies	74,8%
	5.1	Millorar el coneixement dels ciutadans sobre el Sistema integrat d'utilització pública les prestacions que cobreix el CatSalut com asseguradora	62,2%
	5.2	Gestionar el risc dels assegurats	90,6%
	5.3	Garantir la qualitat de la prestació i la satisfacció dels pacients	69,4%
LA6		Nou model de contractació de l'atenció sanitàrla més enfocat a resultats en salut	86,5%
	6.1	Implantar el nou model d'assignació territorial en base poblacional i la seva repercussió a nivell de proveïdors	100,0%
	6.2	Implantar el nou model de contractació i incentius lligat a resultats	75,0%
	6.3	Implantar el nou model de compra de procediments d'alta especialització	100,0%
	6.4	Incorporar el finançament dels medicaments prenent com a base els resultats clínics	70,8%
LA7		Incorporació sistemàtica del coneixement professional i clínic	50,0%
	7.1	Impulsar la creació de comitès clínics	66,7%
	7.2	Elaborar un codi de principis dels professionals de salut en l'exercici de la funció pública en el sistema sanitari	50,0%
	7.3	Assegurar la participació efectiva dels professionals en el CatSalut i el Departament de Salut	33,3%
LA8		Millora en el govern i en la participació en el sistema	80,7%
	8.1	Revisar el model de direcció i de participació del CatSalut	96,3%
	8.2	Model de relació amb la xarxa de proveïdors SISCAT	65,0%
LA9		Informació compartida, transparència i avaluació	62,5%
	9.1	Transformar la història clínica de Catalunya en una xarxa d'informació i serveis compartits	66,2%
	9.2	Desplegar una xarxa multicanal de comunicació i atenció als ciutadans	58,8%
	9.3	Consolidar l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya	66,7%
	9.4	Potenciar l'avaluació clínica sistemàtica en els àmbits de les tecnologies, de la qualitat i de la recerca	58,3%
Total Pla de salut			**76,2%**

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

Annex 6. Índex de figures, gràfics i taules

Gràfic 1. Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) segons sexe i edat. Catalunya, 2011 14

Gràfic 2. Autopercepció de l'estat de salut de la població general, per sexe. Catalunya, 2012 15

Gràfic 3. Dimensions de la qualitat de vida relacionada amb la salut en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2012 15

Gràfic 4. Població general que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 16

Gràfic 5. Principals trastorns crònics que pateix o ha patit la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 2012 17

Gràfic 6. Població de 3 anys i més que ha restringit la seva activitat habitual el darrer any per algun problema de salut crònic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 17

Gràfic 7. Índex de massa corporal (IMC)* en adults de 18 a 74 anys, per sexe. Catalunya, 2012 18

Gràfic 8. Índex de massa corporal (IMC)* en adults de 18 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 18

Gràfic 9. Índex de massa corporal (IMC)* en població de 6 a 12 anys, per sexe. Catalunya, 2011-2012. 18

Gràfic 10. Població que pateix una limitació greu o discapacitat permanent, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 19

Taula 1. Població general amb limitació greu o discapacitat permanent per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 19

Gràfic 11. Població de 15 anys i més que a causa d'un problema de salut necessita l'ajuda o la companyia d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 20

Taula 2. Població de 15 anys i més amb dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2012 20

Gràfic 12. Població de 15 anys i més amb manca d'autonomia personal segons l'activitat per a la qual necessita ajuda, per sexe. Catalunya, 2012 20

Gràfic 13. Evolució de la incidència de tuberculosi. Catalunya, 1990-2011 21

Gràfic 14. Brots epidèmics notificats a Catalunya, 2000-2011 22

Gràfic 15. Tres primeres causes de mort* segons grans grups de malalties, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2011 23

Gràfic 16. Cinc primeres causes de mort prematura,* per sexe. Catalunya, 2011 24

Gràfic 17. Hàbits i estils de vida de la població. Catalunya, 2012 26

Taula 3. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre la població de 15 a 64 anys (%). Catalunya, 1997-2011 26

Taula 4. Evolució de la prevalença de consum de drogues en els últims trenta dies entre els estudiants d'educació secundària de 14 a 18 anys (%). Catalunya, 1994-2010 26

Gràfic 18. Activitats preventives de la població. Catalunya, 2012 27

Gràfic 19. Utilització de serveis sanitaris per la població. Catalunya, 2012 28

Gràfic 20. Consum de medicaments els dos dies anteriors a l'entrevista en població de 15 anys i més segons el grup terapèutic, per sexe. Catalunya, 2012 29

Mapa 1. Percentatge de població amb percepció de bona salut, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012 31

Mapa 2. Percentatge de població de 15 anys i més fumadora, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012 31

Mapa 3. Percentatge de població de 18 a 74 anys sedentària, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012 32

Mapa 4. Percentatge de població que ha visitat un professional de la salut el darrer any, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2010-2012 32

Taula 5. Catalunya i regions sanitàries segons els indicadors seleccionats, per sexe. Període 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012) 33

Gràfic 21. Hàbits i estils de vida de la població de 3 a 14 anys, per sexe. Catalunya, 2012 35

Gràfic 22. Diferències entre homes i dones en l'autopercepció de l'estat de salut, el risc de patir un trastorn mental, i patir o haver patit algun trastorn crònic 37

Gràfic 23. Diferències per nivell d'estudis o per classe social de la població que pateix alguna malaltia o problema de salut crònic, la població amb risc de patir un trastorn mental i la pràctica de la mamografia de les dones 38

Gràfic 24. Diferències segons la situació laboral entre homes i dones i pel que fa a la mala percepció de l'estat de salut i patir o haver patit depressió i/o ansietat 39

Gràfic 25. Tendència d'alguns indicadors de l'ESCA, per sexe (percentatges estandarditzats per edat). Catalunya, 1994-2012 41

Gràfic 26. Evolució de les diferències territorials (entre regions sanitàries) dels indicadors seleccionats, per sexe, 1994 i 2010-2012 (segon semestre 2010 a primer semestre 2012) 44

Gràfic 27. Percentatge d'assoliment de les actuacions previstes per a l'any 2012 47

Gràfic 28. Seguiment anual dels objectius. 2013 48

Taula 6. Seguiment de 2013 dels objectius del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 49

Figura 1. Model Dahlgren i Whitehead 51

Gràfic 29. Evolució de la reperfusió en els pacients amb IAMEST. Catalunya, 2000-2012 55

Gràfics 30 i 31. Evolució dels temps assistencials en el Codi infart. Catalunya, 2010-2011 56

Gràfics 32 i 33. Percentatge de temps acumulats (en minuts) entre la primera assistència i l'obertura de l'artèria segons el lloc de la primera assistència en el Codi infart. Catalunya, 2010-2011 56

Referències bibliogràfiques

[1]Organització Mundial de la Salut. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health an well-being. Copenhaguen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012.

[2]Stiglitz JE, Sen A, Fitouse JP. Report by the commission on the measurement of Economic Performance and Social Progress. Disponible a: **http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf**

[3]Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a reveiew of the evidence. Ulster Med J. 2009 Sep;78(3):142-5.

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

[5]Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet 2011 Oct;378(9801):1457-8. Disponible a: **http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611615560#**

[6]Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet 2013 Apr;381(9874):1323-31. Disponible a: **http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613616633.pdf**

[7]Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P; Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012 Sep;380(9846):1011-29.

[8]Idescat. Annuari estadístic de Catalunya. Evolució de la població [pàgina a Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: **http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=26**

[9]Idescat. Xifres de Catalunya 2013. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2012. Disponible a: http://www.idescat.cat/cataleg/?tc=c&idp=9

[10]Departament de Territori i Sostenibilitat. La qualitat de l'aire a Catalunya. 2012. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2013. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/dmah/Home/Ambits%20dactuacio/Atmosfera/Qualitat%20de%20laire/Avaluacio/Balancos%20i%20informes/documentos/La%20qualitat%20de%20l'aire%20a%20Catalunya%20any%202012.pdf

[11]Canal Salut [pàgina a Internet]. Ozó troposfèric. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e848eb393db5f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=e848eb393db5f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default

[12]Servei Català de la Salut [pàgina a Internet]. Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA). Barcelona: Generalitat de Catalunya. Disponible a: **http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=4e5f9230731da310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4e5f9230731da310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default**

[13]Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Marcant fites. Seguiment anual dels objectius de Pla de salut. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut, 2012. Disponible a: **http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut/documents/arxius/marcant_fites.pdf**

[14]Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de condiciones de vida de 2011 [pàgina a Internet]. Madrid: INE, 2012. Disponible a: **http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p453&file=inebase**

[15]Canal Salut [pàgina a Internet]. Projecte essencial. Afegint valor a la pràctica clínica. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Disponible a: **http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default**

[16]Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salut pública. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC): núm. 5495, de 30/10/2009, 81070-81116. Disponible a:

http://www20.gencat.cat/portal/site/portaldogc/menuitem.c973d2fc58aa0083e4492d92b0c0e1a0/?vgnextoid=485946a6e5dfe210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&appInstanceName=default&action=fitxa&documentId=532871

[17]Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, Parkinson J, Secker J, Stewart-Brown S. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. Health Qual Life Outcomes 2007 Nov 27;5:63.

[18]European Commission Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS) Questionnaire. Eurostat, 22 November 2006.

[19]Organització Mundial de la Salut [pàgina a Internet]. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra: OMS. Disponible a: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/

[20]Organización Mundial de la Salud. Ginebra; OMS. Growth reference data for 5-19 years. Disponible en: http://www.who.int/growthref/en/

[21]Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). SIVES 2012. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Informe Epidemiològic. Document tècnic 21. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública de Catalunya, 2013.

[22]Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, Mckee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ 2012 Aug 13;345:e5142.

[23]Observatorio Español sobre Drogas (OED) [pàgina a Internet]. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible a: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

[24]Rajmil L, Mompart-Penina A, Medina-Bustos A. Impacte de la crisi econòmica en la salut infantil: estudi de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació en Salut (AQuAS). Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.