Informe de salud 2012

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pla de Salut 2011-2015

Director general de Planificación e Investigación en Salud

Carles Constante i Beitia

Subdirector general de Planificación Sanitaria

Ricard Tresserras i Gaju

Responsable de la edición

Pilar Brugulat i Guiteras

Redacción

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

Otros colaboradores

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 Cataluña. Departamento de Salud.

Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas 3.0 de Creative Commons.
La licencia se puede consultar en: **http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/**

Edita:
Direcció General de Planificación e Investigación en Salud

1a edición:
Barcelona, septiembre de 2013

Depósito legal:
B. 26880-2013

Asesoramiento lingüístico:
Sección de Planificación Lingüística del Departamento de Salud

URL:
www.gencat.cat/salut

Sumario

1. Presentación ... 4

2. Resumen ejecutivo ... 6

3. El contexto ... 12

4. Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud ... 15

5. Cómo valoramos nuestra salud ... 16

6. Qué problemas de salud tenemos ... 17

6.1 Los trastornos crónicos ... 17
6.2 El exceso de peso ... 18
6.3 Las discapacidades ... 20
6.4 La dependencia ... 20
6.5 Las enfermedades transmisibles ... 22

7. De qué morimos ... 25

8. Que hacemos por nuestra salud ... 27

8.1 Qué hábitos y estilos de vida tenemos ... 27
8.2 Qué prácticas preventivas hacemos ... 29
8.3 Qué uso hacemos de los servicios sanitarios ... 30

9. El territorio ... 33

10. Las situaciones de vulnerabilidad ... 37

10.1 La salud de la población infantil ... 37
10.2 El género ... 39
10.3 La clase social y el nivel de estudios ... 39
10.4 La situación laboral ... 40

11. Evolución temporal ... 42

12. Qué hace el sistema de salud ... 48

12.1 Seguimiento de los objetivos de salud del Plan de salud 2011-2015 ... 49
12.2 El Plan interdepartamental de salud pública ... 53

13. Por una red asistencial más accesible que optimiza los recursos y mejora los resultados ... 55

13.1 El caso del Código infarto ... 55

Anexo 1. Indicadores medioambientales ... 60

Anexo 2. Evolución del presupuesto per cápita anual, 2003-2012. Departamento de Salud, CatSalud e ICS 61

Anexo 3. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 ... 62

Anexo 4. Indicadores de la ESCA, por sexo. Cataluña 2006 y 2011-2012 ... 63

Anexo 5. Seguimiento de la ejecución del Plan de salud: porcentaje de logro por líneas de actuación y por proyectos ... 64

Anexo 6. Índice de figuras, gráficos y tablas ... 65

Referencias bibliográficas ... 67

1. Presentación

El informe anual de salud responde al compromiso del Departamento de Salud de rendir cuentas de forma periódica sobre la salud de la población. Concretamente, este ejercicio de transparencia toma como referencia los objetivos de salud del **Plan de salud de Cataluña 2011-2015**, que están alineados con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la Región Europea para el año 2020.[1]

La salud es uno de los principales componentes que contribuyen al bienestar y a la calidad de vida de la población y al desarrollo y la riqueza de un país.[2] Este período que se analiza cae de lleno en la fuerte crisis económica y financiera que se está sufriendo. Una de las preocupaciones más relevantes es el impacto que esta situación puede tener en la salud de la población y en los servicios sanitarios. Los efectos de la crisis en la salud son inciertos; algunos pueden ser inmediatos y otros se pueden manifestar a medio o largo plazo. A pesar de esta incertidumbre, está documentada la importancia de que haya factores protectores de diferente tipo, como familiares, sociales, políticos, etc., para minimizar los efectos negativos que potencialmente la crisis económica puede producir en la salud de la población.[3,4,5] Precisamente, el sistema de salud, a pesar de las restricciones a las que está sujeto, puede ser uno de estos factores protectores[6] y contribuir de manera decisiva al mantenimiento de la cohesión social.

Cataluña, comparativamente con otros países de nuestro entorno, presenta unos buenos indicadores de salud. Sin embargo, hay que estar atentos a los resultados que indican que la población en situación de mayor vulnerabilidad presenta peores indicadores de salud.

Por razón de la prolongación de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, en Cataluña la carga más elevada de morbimortalidad se debe a la frecuencia y al efecto de las enfermedades crónicas. Hay que seguir trabajando para reducir la mortalidad prematura, para mejorar los procesos asistenciales de las diferentes patologías implicadas en la cronicidad, para el empoderamiento de los pacientes y para el desarrollo de medidas que contribuyan a mantener la autonomía personal en relación con la salud. Por otra parte, existe el convencimiento de que para afrontar la cronicidad es necesario reforzar la prevención en sus diferentes niveles y actuar sobre los determinantes de la salud,[7] tanto para los que pertenecen a la esfera individual como a la colectiva y es en este sentido que el futuro Plan interdepartamental de salud pública debe actuar como palanca del cambio.

El informe de salud 2012 tiene una triple finalidad: presentar los indicadores de salud más recientes a partir de las principales fuentes de información de que se dispone, realizar el seguimiento del grado de cumplimiento de los objetivos de salud del Plan de salud 2011-2015 y presentar, con carácter monográfico, los resultados de la implantación de un proyecto estratégico como es el caso del Código infarto.

El documento se estructura en tres partes y seis anexos. La **primera parte** incluye sesenta indicadores relacionados con el entorno socioeconómico y ambiental, los estilos de vida, la carga de morbimortalidad y la utilización de servicios sanitarios por parte de la población de Cataluña. En general, los indicadores se presentan por edad, por sexo, por regiones sanitarias y por el conjunto de Cataluña. Siempre que la fuente de información lo permite, el análisis incorpora variables sociodemográficas, como la clase social y el nivel de estudios. En este informe, se ha dado una especial relevancia a la evolución temporal de una serie de indicadores seleccionados por su importancia. La **segunda parte** está dedicada a las acciones, explicitadas en el Plan de salud 2011-2015, que el sistema de salud lleva a cabo para mantener y mejorar la salud de la población. Recoge el grado de desarrollo general de las 9 líneas de actuación en que se estructura el Plan de salud, la actualización de los indicadores que sirven para el seguimiento de los 27 objetivos de salud y la situación actual de los trabajos en relación con el Plan interdepartamental de salud pública. La **tercera parte**, a partir de un ejemplo concreto como el desarrollo del Código infarto, pretende ilustrar sobre la posibilidad de hacer más accesibles los dispositivos asistenciales, optimizar los recursos humanos y materiales implicados, y mejorar los resultados. Los anexos contienen información más detallada sobre los diferentes contenidos del documento.

Este documento se difunde con la confianza de que el contenido sea de utilidad para las instituciones, los profesionales y la ciudadanía. Los resultados muestran los progresos que se han logrado y también marcan el camino a seguir. Finalmente, hay que agradecer el trabajo de los profesionales de los diferentes ámbitos por su contribución al mantenimiento y la mejora de la salud de la población de Cataluña.

2. Resumen ejecutivo

La coyuntura económica pone en tensión el sistema de salud y su sostenibilidad, pero existe margen para aumentar la efectividad y la eficiencia

- Este período que se analiza cae de lleno en la fuerte crisis económica y financiera que se está sufriendo. Sus efectos en la salud son inciertos (negativos y positivos), y algunos pueden ser inmediatos y otros se pueden manifestar a medio o largo plazo.

- El sistema de salud, a pesar de las restricciones a las que está sujeto, puede actuar como factor protector de los potenciales efectos negativos para mantener la salud y contribuir de manera decisiva a la conservación de la cohesión social.

- Existe un importante potencial de mejora de los resultados de salud mediante las acciones coordinadas sobre los determinantes de la salud. El Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP) debe ser la herramienta para las acciones de salud pública en el marco de las políticas de los diferentes departamentos de la Generalitat de Cataluña.

- Las actuaciones y los proyectos del Plan de salud 2011-2015 deben permitir mantener la calidad y la sostenibilidad del sistema y, tal como prevé el Plan, todos los agentes, instituciones, profesionales y ciudadanos están implicados.

Cataluña presenta unos buenos indicadores de salud para el conjunto de la población y ocupa una posición intermedia alta en relación con los países del entorno europeo

- En Cataluña el año 2011, la esperanza de vida (EV) al nacer sigue la tendencia de aumento moderado, con la observación de que las mujeres viven casi seis años más que los hombres. En cambio, la esperanza de vida en buena salud (EVBS) al nacer es casi tres años más alta en los hombres. Además, con respecto a los hombres la EVBS ha aumentado significativamente respecto al año anterior (gráfico 1).

- En general, la población hace una valoración positiva del estado de salud. En el año 2012, 8 de cada 10 personas tienen una percepción excelente, muy buena o buena de su salud (gráfico 2).

- La carga más elevada de morbimortalidad se debe a la frecuencia y al efecto de las enfermedades crónicas: alrededor del 80% de la mortalidad es ocasionada por patologías crónicas, el 37,2% de la población general padece algún problema de salud crónico y se sabe que la atención a la cronicidad consume más del 50% de los recursos del sistema según el presupuesto del Departamento de Salud por grupos de enfermedades (CIE-9), 2012.

- En la población adulta, los problemas crónicos más frecuentes son los relacionados con el aparato locomotor (dolor de espalda en la zona lumbar o dorsal y cervical, y artrosis, artritis o reumatismo), los del aparato circulatorio (presión alta, colesterol, varices en las piernas o mala circulación de la sangre) y la depresión o la ansiedad (gráfico 5).

- Otros problemas de salud crónicos que aunque tienen menos prevalencia tienen mucho impacto son: el riesgo de sufrir un problema de salud mental (10,7%), la diabetes (7,8%), la incontinencia urinaria (7,2%), la bronquitis crónica (6,0%, que en los mayores de 65 años llega al 13,7%), el infarto de miocardio (2,3%) y los tumores (4,3%).

- La mitad de la población de 18 a 74 años tiene exceso de peso (sobrepeso u obesidad). Tanto el sobrepeso como la obesidad son más frecuentes en los hombres (gráfico 7). En Cataluña, en los hombres la prevalencia del sobrepeso se aproxima a la media de España y la de la obesidad es inferior a la media. En las mujeres, tanto el sobrepeso como la obesidad se sitúan por debajo de la media.

- El 34,4% de la población de 6-12 años tiene exceso de peso (gráfico 9). En la población de 2 a 17 años, Cataluña presenta tanto en los chicos como en las chicas porcentajes de sobrepeso inferiores a la media de las comunidades autónomas. La prevalencia de la obesidad en los chicos es inferior y en las chicas es similar a la media de España.

- El 9,3% de la población adulta se encuentra en situación de dependencia. Es decir, debido a un problema de salud necesita la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana (gráfico 11).

- 5 de cada 10 personas de más de 74 años dependen de la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana (gráfico 12).

- En cuanto a las enfermedades transmisibles, la tasa de tuberculosis en personas residentes en Cataluña ha disminuido un 5,3% respecto del año 2010 (gráfico 13). Los diagnósticos de VIH notificados en Cataluña han disminuido un 16,7% respecto del año anterior, y en cuanto al sida se mantiene la tendencia decreciente.

- La mortalidad de los más pequeños es debida a problemas congénitos y perinatales; en los jóvenes, a los tumores malignos y causas externas; en las edades medias, a los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio, y en las personas mayores, además, se añaden las enfermedades del aparato respiratorio, las neurológicas y las mentales (gráfico 15).

- Teniendo en cuenta que la mayoría de defunciones se producen más allá de los 80 años, las enfermedades que ocasionan más muertes y que, por tanto, suponen una carga importante sobre los servicios sanitarios son las enfermedades cerebrovasculares, las demencias, las enfermedades isquémicas del corazón en ambos sexos, además del Alzheimer en mujeres y el cáncer de pulmón en hombres.

- Las enfermedades que tienen una importante repercusión social porque ocasionan muertes prematuras son los tumores malignos de mama, pulmón e intestino grueso en las mujeres, así como las enfermedades del sistema nervioso y los sentidos, junto con las cerebrovasculares. En los hombres, el tumor maligno de pulmón, las enfermedades isquémicas del corazón y las causas externas (suicidios, accidentes de tráfico y otras causas externas) son los causantes de buena parte de la mortalidad prematura, que globalmente es muy superior a la de las mujeres (gráfico 16).

- En general, en la población en situación de paro, en la que pertenece a las clases más desfavorecidas y en la que tiene un bajo nivel de estudios, se observan peores resultados en los indicadores de salud.

Se observan mejoras en algunos comportamientos relacionados con la salud y hay una buena implantación de las actividades preventivas recomendadas

- En la población de 18 a 74 años, el sedentarismo se sitúa en los niveles más bajos desde el año 2006 (17,8%) y 7 de cada 10 personas entre los 15 y los 69 años practica actividad física que se considera de nivel saludable.

- Se mantiene el nivel de tabaquismo: el 28,5% de la población de 15 años y más es fumadora (el 34,2% de los hombres y el 22,9% las mujeres) (gráfico 15) y se ha reducido la exposición al humo del tabaco tanto en casa como en el trabajo. En comparación con el Estado español (ENSE 2011-2012), Cataluña se sitúa por debajo de la media en la proporción de fumadores (diario + ocasional) para ambos sexos. En los hombres, la proporción de tabaquismo se sitúa en torno a la media y en las mujeres, por debajo de la media.

- En cuanto a los hábitos alimentarios, el 11,8% de la población consume diariamente 5 raciones de fruta y/o verdura, que es lo que recomienda la OMS. Estos resultados se sitúan por encima de la media estatal, que es del 9,7%. El 44,5% de la población de 3 años y más desayuna saludablemente y 3 de cada 4 menores tiene buenos hábitos alimentarios (gráfico 17).

- Los índices de la práctica de la mamografía preventiva en las mujeres de 50-69 años son del 94,1% y los de la citología vaginal en las mujeres de 25 a 65 años del 80,9%. La medida de la presión arterial y del nivel de colesterol está por encima del 50% en la población de 15 y más, y es más elevada a medida que los grupos son de más edad (gráfico 18).

- Se observan coberturas por encima del 85% en las diferentes vacunas recomendadas en la edad infantil y la adolescencia.

El contacto de la población con los servicios sanitarios es elevado y también lo es el nivel de satisfacción

- El 25,6% de la población general tiene doble cobertura sanitaria.

- 9 de cada 10 personas han visitado a un profesional de la salud al menos una vez en el último año y en el 70% de los casos los servicios eran públicos.

- El 78% de la población ha visitado medicina general o pediatría y el 23,7% ha visitado un especialista. 3 de cada 10 personas han visitado o consultado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses y el 5,9% de la población general ha sido hospitalizada por lo menos una noche (gráfico 19).

- Tomando como referencia los datos de 2006, se observa un descenso en la frecuentación, ya que las visitas/habitante/año en medicina general y pediatría han pasado de 5,6 visitas a 3,9. No se observan diferencias significativas en cuanto a la frecuentación en los hospitales y los servicios de urgencias.

- Comparativamente con los resultados de la ENSE 2011-2012, el porcentaje de personas que en Cataluña ha hecho visitas a medicina general y pediatría las últimas 4 semanas y la frecuencia de visitas a estos profesionales se sitúan por debajo de la media y en cuanto a la hospitalización y las visitas a urgencias en los últimos 12 meses por encima de la media.

- El 60,9% de la población de 15 años y más y el 23,7% de los más pequeños de 0 a 14 años han consumido algún medicamento en los últimos dos días.

- Los medicamentos que la población ha consumido en proporciones más elevadas son la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o los antiinflamatorios (gráfico 20).

- El índice relativo a la satisfacción con los servicios sanitarios utilizados con más frecuencia en el último año ha sido del 91,7% (el 90,2% con respecto a los servicios públicos y el 98,0% con respecto a los privados).

- El uso de Internet en relación con la salud se relaciona con el hecho de buscar información sobre alguna enfermedad, ya sea propia o de un familiar o conocido (55,1%), buscar información sobre bienestar y estilos de vida (40,2%) y para solicitar, cancelar o cambiar una cita con un profesional de la salud (20,9%); y el porcentaje de utilización es superior en el caso de las mujeres.

Existen situaciones de especial vulnerabilidad y la población que se encuentra en situaciones más desfavorecidas presenta peores indicadores de salud

- El contexto familiar de la población infantil de 0 a 14 años ha variado significativamente entre el año 2006 y el período 2010-2012. Positivamente, porque el nivel de estudios de la población ha mejorado y se sabe que esto tiene un efecto favorable en la salud de los niños, y en este sentido es especialmente relevante el nivel de estudios de la madre. Negativamente, porque el porcentaje de niños que como mínimo tienen en su hogar un miembro en paro ha pasado del 9,7% al 20,7%, situación que puede actuar como factor de riesgo para la salud.

- En el período 2010-2012, y en cuanto al grupo de 3 a 14 años, el 83,3% hace lo que se considera el desayuno saludable (antes de salir de casa y a media mañana, como mínimo 4 veces a la semana). El 75,1% de la población de 3 a 14 años tiene un buen hábito alimentario, es decir, un bajo consumo (menos de 3 veces a la semana) de comida rápida, bebidas azucaradas, productos con azúcar o tentempié y comidas saladas (gráfico 21).

- En cuanto a la evolución de los indicadores entre 2006 y 2010-2012, el porcentaje de menores de 2 a 14 años que tienen exceso de peso, según la escala de la OMS, ha pasado del 36,5% al 34,1%, y este cambio no es estadísticamente significativo.

- En la población de 3-14 años, entre 2006 y 2010-2012, han mejorado los indicadores de calidad de vida y de conductas de riesgo (conflictos y peleas con los compañeros y la familia, desobediencia a los padres y profesores, etc.). Además, aunque sigue siendo la actividad más frecuente en el ocio, el tiempo frente a la pantalla del televisor y el ordenador se ha reducido.

- En el año 2012, 9 de cada 10 niños ha sido visitado en pediatría o medicina general y 4 de cada 10 han sido visitados en un servicio de urgencias, y no se observan diferencias según el nivel de estudios de la madre ni por la doble cobertura. En cambio, se ha reducido significativamente la proporción de menores que han sido visitados en una especialidad o en odontología.

- En cuanto al género, el análisis de los indicadores por sexo presenta un patrón bien diferenciado. En general, las mujeres muestran comportamientos más saludables, pero tienen una peor percepción de su estado de salud, sufren en mayor proporción enfermedades crónicas, tienen más probabilidad que los hombres de padecer trastornos mentales y hacen un uso más elevado de los servicios sanitarios y del consumo de medicamentos (gráfico 22).

- Según la clase social y el nivel de estudios, se observa una gradación en el sentido de que, en general, la población que pertenece a las clases más desfavorecidas y con un nivel de estudios bajo presenta una peor percepción de su estado de salud y tiene comportamientos no saludables en proporciones más elevadas (gráfico 23).

El territorio tiende a ser más homogéneo

- Hay territorios donde la mortalidad, de manera persistente en el tiempo, es superior a la media de Cataluña, como es el caso de las regiones sanitarias Camp de Tarragona y Lleida, principalmente entre las mujeres.

- En cuanto a la percepción del estado de salud, la morbilidad crónica, los estilos de vida y la utilización de servicios, no se observan patrones territoriales definidos por los que determinadas regiones presenten sistemáticamente mejores o peores resultados (mapas 1, 2, 3 y 4, y tabla 5).

- En un período de 18 años, se han reducido las diferencias entre regiones sanitarias en buena parte de los indicadores analizados (gráfico 25).

Hay que valorar la importancia de tener objetivos de salud explícitos: el Plan de salud 2011-2015 es la referencia

- El seguimiento de los 27 objetivos del Plan muestra que, si sigue en la línea observada en el último año (tabla 6),

  Se alcanzarán:

  - El objetivo general que propone aumentar la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud.

  - La reducción de las tasas de mortalidad por las enfermedades del aparato circulatorio, mortalidad por cáncer, mortalidad por las enfermedades mentales, mortalidad por las enfermedades isquémicas del corazón, mortalidad por ictus y mortalidad por cáncer de mama.

  - El incremento de la supervivencia por cáncer a los cinco años.

  - La disminución de la incidencia de la fractura de cuello de fémur y de la prevalencia del tabaquismo.

  - El incremento de pacientes hipertensos con control de la hipertensión y de la proporción de pacientes de riesgo con valoración del riesgo cardiovascular.

  Ya se han logrado:

  - Los objetivos para reducir las tasas de infección quirúrgica en prótesis de rodilla, cadera y colorectal y neumonía asociada a la ventilación mecánica.

  Se debe intensificar el ritmo para alcanzar:

  - El objetivo de reducción de la proporción de ingresos por ICC.

  - La reducción de la mortalidad por las enfermedades respiratorias, el cáncer colorectal y el suicidio.

  - La reducción de las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años.

  - La disminución de la prevalencia del sedentarismo en la población.

  - El aumento de la prevalencia de la práctica de actividad física saludable.

- La disminución de la prevalencia del exceso de peso.
- La reducción de los reingresos a los 30 días para la diabetes y EPOC.
- La reducción de la tasa media de la infección nosocomial global.

El Código infarto ejemplifica que es posible hacer los servicios más accesibles y mejorar los resultados en términos de salud, satisfacción y coste

- El Código infarto ha supuesto un cambio en el paradigma asistencial que prioriza la reestructuración organizativa por encima de la estructural y que ha sido posible por el consenso entre los agentes implicados. La atención se estructura en una red que integra los diferentes niveles asistenciales en que dispositivos y profesionales trabajan conjuntamente y coordinadamente.
- Durante el año 2012, el 97,0% de los pacientes tratados a través del Código infarto ha recibido algún tipo de tratamiento de reperfusión. Este dato supone un incremento notable de la accesibilidad al tratamiento, dado que en 2000 solo hacían tratamiento de reperfusión el 63,0% y en 2006 el 81,0%.
- La angioplastia primaria, considerada la intervención de elección, se ha aplicado el año 2012 en el 91,0% de los pacientes, mientras que en los años 2000 y 2006 solo se realizó en el 5,0% y el 33,0% respectivamente (gráfico 29).
- Los pacientes atendidos directamente en uno de los diez hospitales de Código infarto y los que son atendidos en primera asistencia por el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) son tratados con reperfusión más rápidamente. Para el global de Cataluña, el intervalo de tiempo entre la primera asistencia y la apertura de la arteria en los pacientes tratados con angioplastia primaria es mejor en comparación con el estándar europeo recomendado para este indicador.

3. El contexto

En las dos últimas décadas del siglo XX (entre 1981 y 2000), la **población de Cataluña** creció relativamente poco, pasó de 5.956.414 a 6.261.999 habitantes, y se envejeció mucho (la población de 65 años y más pasó del 11,0% al 17,4%). Es en la primera década del siglo XXI (entre 2000 y 2012) que la población ha aumentado en 1.308.909 habitantes y se ha rejuvenecido debido, en buena parte, a la inmigración externa. Sin embargo, según los datos del Idescat de enero de 2013, y por primera vez en muchos años, Cataluña pierde habitantes por la marcha de población extranjera (en el año 2012 es del 15,7% de los habitantes), por la emigración de población autóctona, principalmente joven, que marcha empujada por la falta de expectativas laborales y por la bajada de los nacimientos ya iniciada en 2008. Por otra parte, es relevante el aumento del porcentaje de personas de más de 84 años y el hecho de que el índice de sobreenvejecimiento haya pasado del 10,0% en 2000 al 15,0% en 2012.[8]

Otros indicadores también reflejan la transformación del país. En estos últimos 30 años, el PIB por habitante ha pasado de 2.909 € a 28.270 €, las exportaciones de 2.073 a 55.185 millones de euros y los estudiantes universitarios de 96 a 241 por 1.000 habitantes.[9] Además, la preocupación por el medio ambiente ha adquirido cada vez más importancia por su impacto económico y en la salud. Los espacios protegidos han pasado de 303 a 10.658 km^2. En el año 2012 se ha mantenido el patrón de calidad del aire habitual de los últimos años. Hay amplias áreas del territorio donde no se han producido incidencias o donde son muy puntuales y áreas de aglomeración urbana en las que hay dióxido de nitrógeno y partículas en suspensión que, si bien tienden a la baja, especialmente las partículas en suspensión, siguen sobrepasando determinados valores. La calidad del agua de las diferentes redes y zonas de abastecimiento destinado al consumo humano cumple la normativa en un gran número de casos, tanto con respecto a los contaminantes microbiológicos como a los parámetros fisicoquímicos[10,11] (anexo 1). Durante este período, se ha construido el **sistema sanitario en Cataluña** que, por su calidad, cuenta con un alto grado de **valoración de los usuarios**[12] y es un modelo de referencia internacional con unos resultados en términos de salud que sitúan a Cataluña en una buena posición en el entorno europeo.[13]

La crisis financiera ha afectado tanto a los indicadores macroeconómicos como a los microeconómicos. La tasa de paro en Cataluña en 2011 duplica la de Europa (19,4% y 9,7%, respectivamente) y es más elevada entre los jóvenes de 16-24 años (44,1% y 21,4%). La desigualdad de la distribución de la renta en Cataluña es inferior a la de España y superior a la de Europa.[a] La tasa de riesgo de pobreza es del 18,0% en los hombres y del 20,3% en las mujeres, inferior a la de España y superior a la de Europa. El gasto medio anual de consumo por hogar[b] ha pasado de 33.403 € en 2006 a 31.729 € en 2011, y el gasto se ha concentrado

[a] Diferencia entre el quintil superior y el quintil inferior: en Cataluña, la renta del 20% de la población que tiene más renta es 5,3 veces superior a la del 20% de la población que tiene menos renta. En España, la renta del 20% de la población que tiene más renta es 6,8 veces superior a la del 20% de la población que tiene menos. En Europa, la renta del 20% de la población que tiene más es 5,1 veces superior a la del 20% de la población que tiene menos. Así, cuanto más elevado es el diferencial de renta entre los grupos extremos más desigualdad socioeconómica hay.

[b] Fuente: Idescat, a partir de la Encuesta de presupuestos familiares. Base 2006, del INE.

en bienes de primera necesidad (32,8% vivienda, 14,0% alimentación y 11,1% transporte) y se han reducido los gastos en comunicación, salud, vestido, calzado, cultura y mantenimiento del hogar.[9,14]

En cuanto al sistema de salud, después de un período de incremento sostenido, en Cataluña[a] ha continuado el descenso iniciado en 2010 del presupuesto per cápita destinado a salud. Concretamente, el gasto sanitario público per cápita se sitúa en 2011 en 1.206,98 € y en el año 2012 en 1.150,18 €, lo que representa una variación respecto al año anterior de −6,97% en 2011 y de −4,71% en 2012 (anexo 2).

Esta difícil coyuntura, si bien pone en tensión el sistema y su sostenibilidad, puede resultar que sea una oportunidad. A pesar de las dificultades, existe margen para aumentar la efectividad y la eficiencia y mejorar los resultados en términos de salud, satisfacción y coste. Priorizar las intervenciones y prácticas de efectividad contrastada y dejar de hacer las prácticas que aportan poco valor o ningún valor son acciones clave para la liberar recursos,[15] y también mejorar la calidad de la atención prestada y la **seguridad de los pacientes**. Hay también un importante potencial de mejora de los resultados mediante actuaciones intersectoriales coordinadas sobre los determinantes de la salud,[16] así como una estrategia bien definida en el Plan de salud 2011-2015 para responder a las necesidades que indica cuáles son los objetivos, las actuaciones y los proyectos prioritarios y en la que todos los agentes, instituciones, profesionales y ciudadanos están implicados.

[a] Datos consolidados del Departamento de Salud, el CatSalud y el ICS en relación con la población con tarjeta sanitaria individual (TSI).

Primera parte

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

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

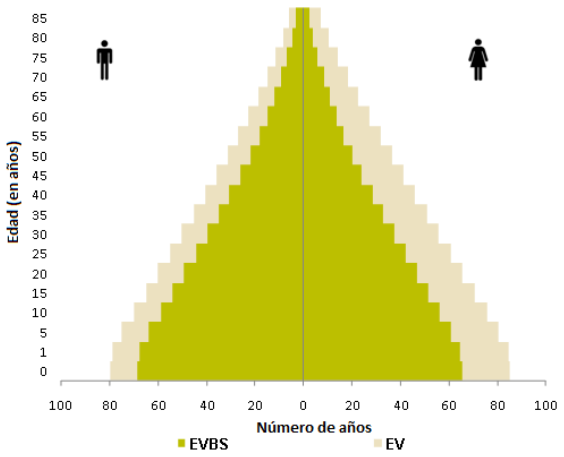
La esperanza de vida (EV) mide la longevidad, es decir, el tiempo que podríamos esperar vivir al cumplir una determinada edad (si los riesgos de mortalidad en cada uno de los grupos de edad y sexo no cambiaran) y la esperanza de vida en buena salud (EVBS) indica los años que podríamos vivir con percepción de buena salud (si se mantuvieran las condiciones de mortalidad y percepción de salud según la edad y el sexo).

En Cataluña, la EV al nacer en 2011 era de 79,5 años para los hombres y de 85,3 años para las mujeres y sigue la tendencia de años anteriores al aumento moderado, que también se observa en la mayoría de grupos de edad. Persisten las diferencias entre los dos sexos. Cataluña mantiene una posición similar a la media española y por encima de la europea.

La EVBS al nacer en 2011 fue de 68,3 años para los hombres y de 65,6 años para las mujeres, lo que representa el 85,9% y el 76,9% respectivamente de la expectativa de vida de cada sexo. Es decir, los hombres viven menos tiempo pero proporcionalmente mejor que las mujeres, que viven más tiempo en mala salud, tanto en términos absolutos como relativos.

En relación con el año 2010, la EVBS ha aumentado, a pesar de ello y de que la magnitud de las diferencias es relativamente grande (3,1 años en los hombres y 2,5 en las mujeres), si se tienen en cuenta los intervalos de confianza, el aumento es estadísticamente significativo solo en los hombres.

Gráfico 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) según sexo y edad. Cataluña, 2011



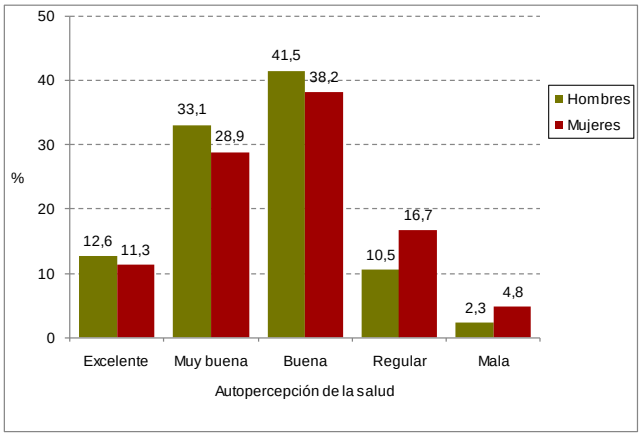
Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña 2011. Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud. Elaboración: Servicio de Información y Estudios

5. Cómo valoramos nuestra salud

En Cataluña, en general, las personas hacen una **valoración positiva de su estado de salud**. En el año 2012, 8 de cada 10 personas tienen una percepción excelente, muy buena o buena de su salud (gráfico 2). La valoración del estado de salud es peor en las mujeres y a medida que aumenta la edad, en ambos sexos.

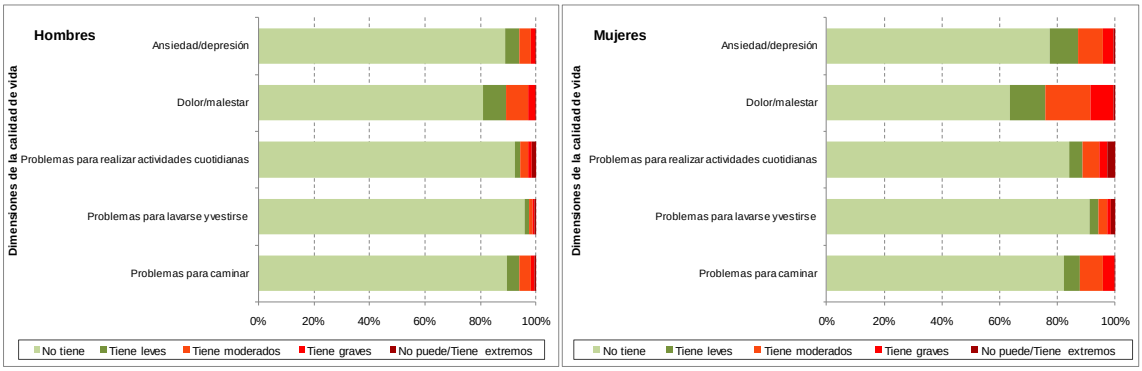
Otro aspecto indicativo del estado de salud es la **calidad de vida**. Por su efecto en la vida cotidiana, hay determinadas condiciones de salud que empeoran la percepción de la calidad de vida. Las más frecuentes son el dolor, la ansiedad y la depresión y los problemas para caminar que afectan a las mujeres en proporciones más elevadas que a los hombres. El 38,4% de la población ve afectada su calidad de vida al sufrir al menos uno de estos problemas (gráfico 3).

Gráfico 2. Autopercepción del estado de salud de la población general, por sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Gráfico 3. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de 2012. Departamento de Salud.

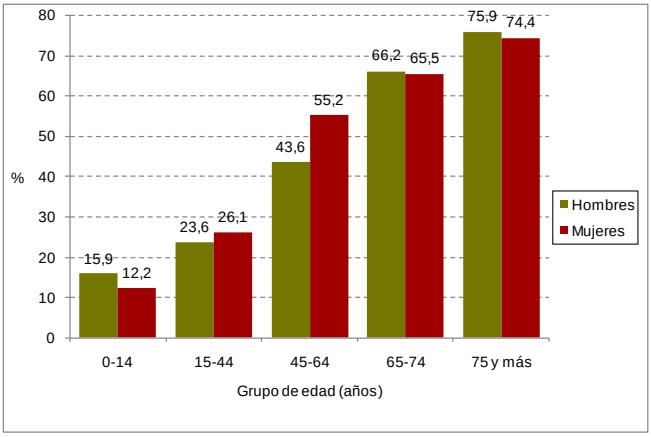
Otra dimensión del estado de salud es el **bienestar psicológico**, que se focaliza en aspectos positivos de la salud mental (afectivos-emocionales, cognitivos-evaluativos y psicológicos). La población catalana muestra un nivel satisfactorio de bienestar psicológico en comparación con la población general escocesa (en Escocia se desarrolló el instrumento original para valorarlo[17]), ya que en un intervalo de 14 a 70 puntos posibles de obtener presenta una mediana de 59, mientras que en la población escocesa es de 51.

6. Qué problemas de salud tenemos

6.1 Los trastornos crónicos

El 37,2% de la población general (el 34,3% de los hombres y el 40,1% de las mujeres) sufre alguna **enfermedad o problema de salud crónicos**,[a,18] y la prevalencia aumenta a medida que los grupos son de más edad (gráfico 4).

Gráfico 4. Población general que padece alguna enfermedad o problema de salud crónicos, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012



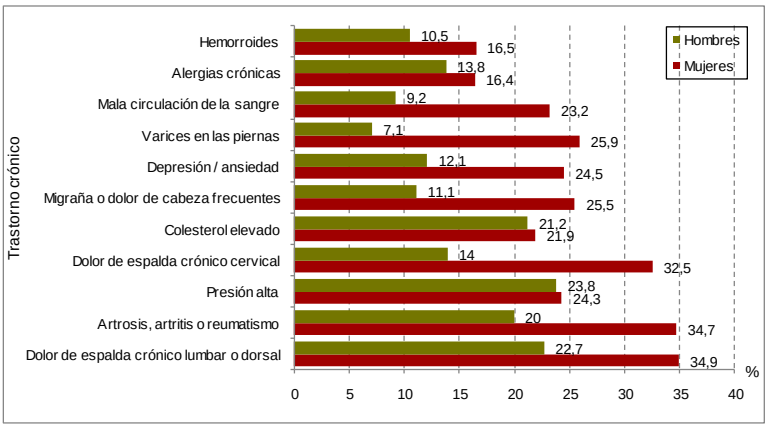
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Si se consideran los **problemas crónicos que la población padece o ha padecido**,[b] el porcentaje se sitúa en el 76,7% de la población de 15 años y más (el 70,8% de los hombres y el 82,5% de las mujeres). Por su frecuencia destacan las enfermedades del aparato locomotor (dolor de espalda en la zona lumbar o dorsal y cervical, y artrosis, artritis o reumatismo), las enfermedades del aparato circulatorio (presión alta, colesterol, varices en las piernas o mala circulación de la sangre) y la depresión o la ansiedad como los problemas crónicos más frecuentes (gráfico 5). La distribución de estos trastornos es diferente según la edad y el sexo (anexo 3).

Por otra parte, hay una serie de patologías crónicas que afectan a la población adulta que, aunque presentan prevalencias más bajas, tienen un gran impacto en la salud y la calidad de vida de las personas que las padecen y por los costes que generan en el sistema sanitario. El 10,7% de la población tiene riesgo de sufrir un **trastorno mental** (el 6,9% de los hombres y el 14,4% de las mujeres). El 7,8% de la población padece **diabetes** (7,9% de los hombres y el 7,7% de las mujeres). El 7,2% padece **incontinencia urinaria** (el 3,7% de los hombres y el 10,6% de las mujeres). La **bronquitis crónica** afecta al 6,0% (5,7% de los hombres y 6,3% de las mujeres). El 2,3% ha padecido un **ataque de apoplejía** (2,2 los hombres y 2,4% de las mujeres). Ha padecido un **infarto de miocardio** el 2,3% (2,8 de los hombres y 1,8% de las mujeres) y el 4,3% ha padecido un **tumor maligno** (3,5 de los hombres y 5% de las mujeres). El 36,3% (el 27,2% de los hombres y el 45,0% de las mujeres) padece o ha padecido 4 **trastornos crónicos o más**.

[a] Se entiende por problema crónico el que ha tenido o se espera que tenga una duración de 6 meses o más (módulo mínimo europeo de salud).
[b] La ESCA interroga sobre el hecho de “padecer o haber padecido algún trastorno crónico” de una lista de 28 problemas de salud.

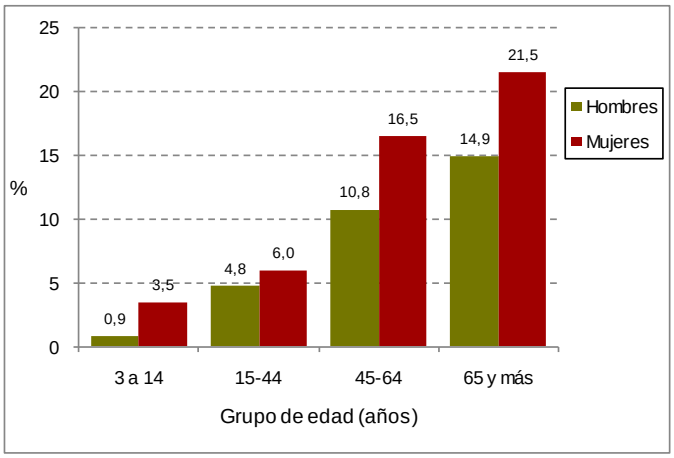
Gráfico 5. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

El 9,5% de la población de 3 años y más (el 7,4% de los hombres y el 11,5% de las mujeres) ha tenido algún impedimento o dificultad para ir a trabajar, ir a la escuela o centro docente o hacer las tareas del hogar por algún problema de salud crónico (gráfico 6). Las causas principales de la **restricción de la actividad** en el último año son el dolor de espalda sin síntomas asociados, la depresión y la artrosis o similar.

Gráfico 6. Población de 3 años y más que ha restringido su actividad habitual el último año por algún problema de salud crónico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012



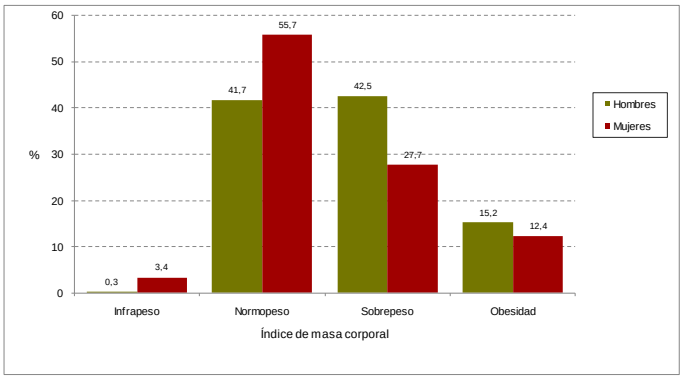
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

6.2 El exceso de peso

Uno de los problemas más importantes por sus repercusiones sobre el estado de salud y su dimensión social es el **exceso de peso (sobrepeso y obesidad)**. La mitad de la población de 18 a 74 años tiene exceso de peso. Tanto el sobrepeso como la obesidad son más frecuentes en los hombres (gráfico 7). A medida que los grupos son de más edad, en ambos sexos se observan prevalencias más altas de sobrepeso y obesidad (gráfico 8).

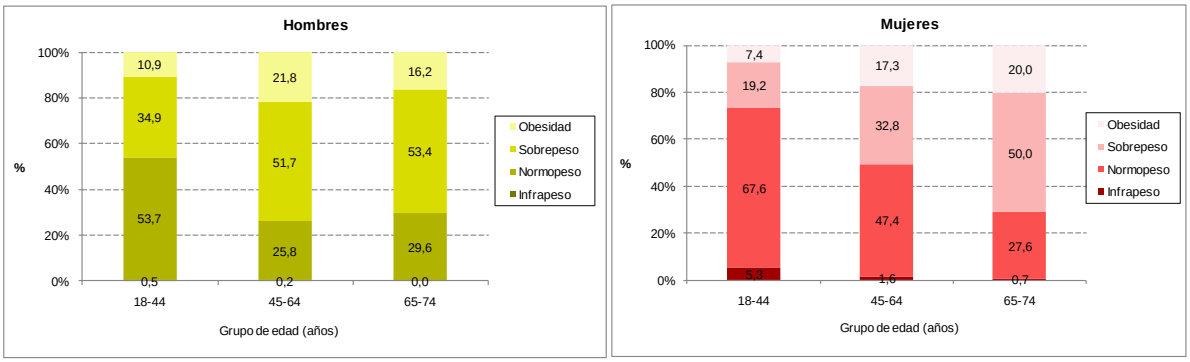
Gráfico 7. Índice de masa corporal (IMC)* en adultos de 18 a 74 años, por sexo. Cataluña, 2012

* IMC obtenido a partir del peso y la talla declarados.



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

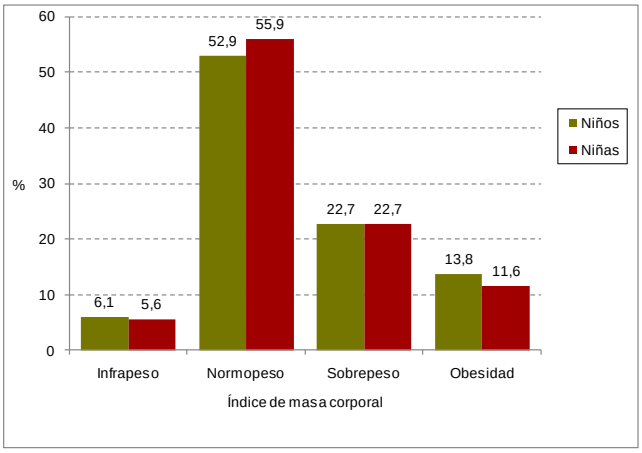
Gráfico 8. Índice de masa corporal (IMC)* en adultos de 18 a 74 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012



* IMC obtenido a partir del peso y la talla declarados.
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

El 34,5% de la población de 6-12 años tiene exceso de peso (el 36,5% de los niños y el 34,3% de las niñas) (gráfico 9).

Gráfico 9. Índice de masa corporal (IMC)* en población de 6 a 12 años, por sexo. Cataluña, 2011-2012



* IMC obtenido a partir del peso y la talla declarados y clasificación según criterios de la OMS.[19,20]

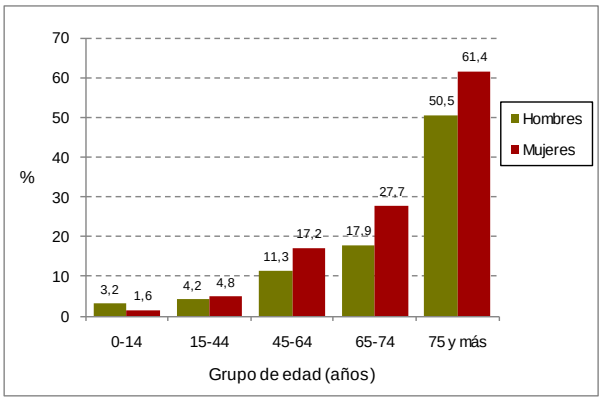
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2011-2012. Departamento de Salud.

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

6.3 Las discapacidades

El 14,8% de la población de 15 años y más padece una limitación grave o discapacidad que le afecta de manera permanente para desarrollar las actividades cotidianas. La prevalencia de la discapacidad es más alta en las mujeres (18,0%) que en los hombres (11,4%). La frecuencia de la discapacidad aumenta a medida que los grupos son de más edad (gráfico 10 y tabla 1).

Gráfico 10. Población que padece una limitación grave o discapacidad permanente, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Tabla 1. Población general con limitación grave o discapacidad permanente por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012

Grupo de edad	Prevalencia (%)			Población estimada (número de personas)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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 y más	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

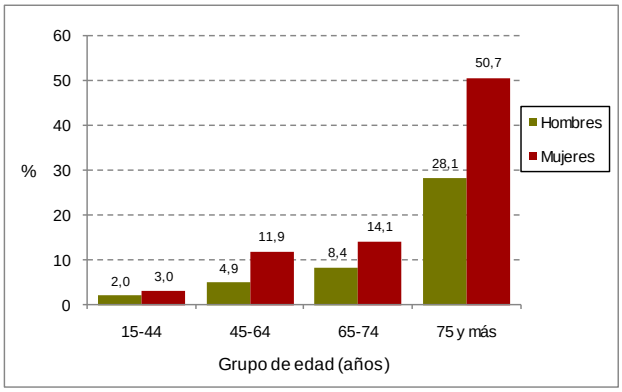
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Las principales limitaciones graves o discapacidades que padece la población de 15 años y más son similares en hombres y mujeres, y están relacionadas con limitaciones importantes de movimiento, problemas para caminar y dificultades graves para hacer las tareas del hogar. Excepto en lo que respecta a la limitación grave para hablar, las mujeres presentan prevalencias superiores a los hombres en todos los motivos de discapacidad.

6.4 La dependencia

El 9,3% de la población de 15 años necesita recibir la ayuda o la compañía de otras personas para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana a causa de un problema de salud. En Cataluña, más de 600.000 personas se encuentran en situación de **dependencia**. Esta situación se concentra en las mujeres y en las edades más avanzadas: 5 de cada 10 personas de 75 años y más necesita la ayuda de otros para realizar las actividades de la vida cotidiana (gráfico 11 y tabla 2).

Gráfico 11. Población de 15 años y más que a causa de un problema de salud necesita la ayuda o la compañía de otras personas para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

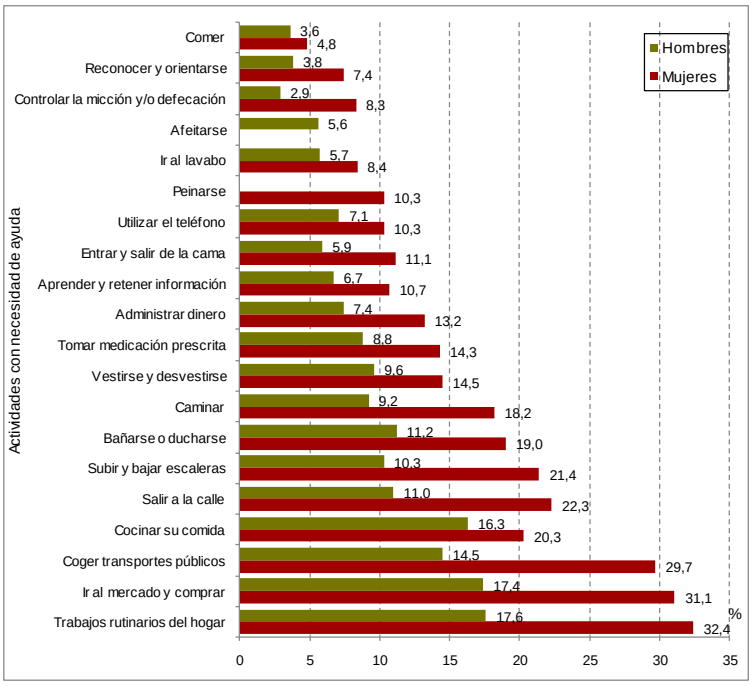
Tabla 2. Población de 15 años y más con dependencia, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012

Grupo de edad	Prevalencia (%)			Población estimada (número de personas)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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 y más	17,8	34,7	27,5	98.112	259.642	357.752
75 y más	28,1	50,7	42,0	73.948	213.468	287.416
15 y más	5,7	12,9	9,3	178.591	422.185	600.776

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Una cuarta parte (el 17,6% de los hombres y el 32,4% de las mujeres) necesita ayuda para hacer las tareas rutinarias del hogar (hacer la cama, lavar platos, limpiar, etc.). Otras actividades habituales que frecuentemente son motivo de dependencia son ir al mercado y hacer la compra personal. Las actividades para las que las personas con dependencia presentan menos necesidad de ayuda son comer y beber (gráfico 12).

Gráfico 12. Población de 15 años y más con falta de autonomía personal según la actividad para la que necesita ayuda, por sexo. Cataluña, 2012

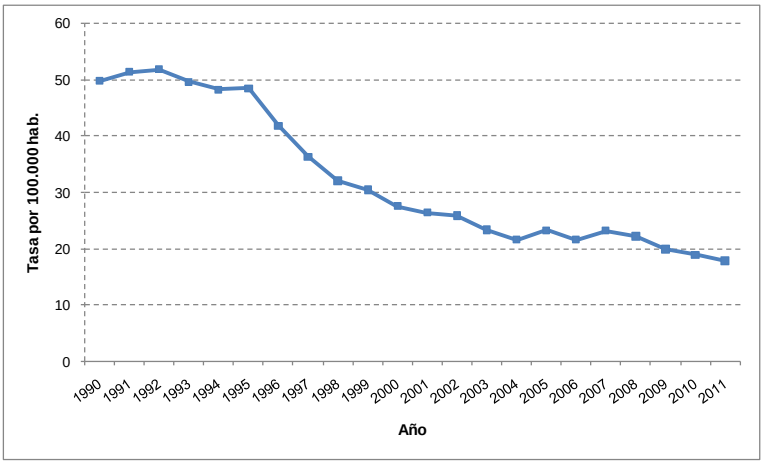


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

6.5 Las enfermedades transmisibles

En Cataluña, el año 2011 se han notificado 1.353 casos de **tuberculosis (TBC)** en personas residentes, tasa que corresponde a 17,9 casos por 100.000 habitantes (gráfico 13). Durante este año, la tasa ha disminuido un 5,3% respecto del año anterior. El 62,1% de los casos son hombres y el 37,9% son mujeres, con unas tasas de 22,5 y 13,5 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El 47,7% de los casos son personas nacidas fuera de España y el 52,3% son autóctonas, con unas tasas de 53,5 y 11,4 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. La distribución de los casos de TBC en el territorio no es homogénea: el 70,8% de los casos se concentran en la Región Sanitaria Barcelona y el 29,7% en Barcelona ciudad.

Gráfico 13. Evolución de la incidencia de tuberculosis. Cataluña, 1990-2011



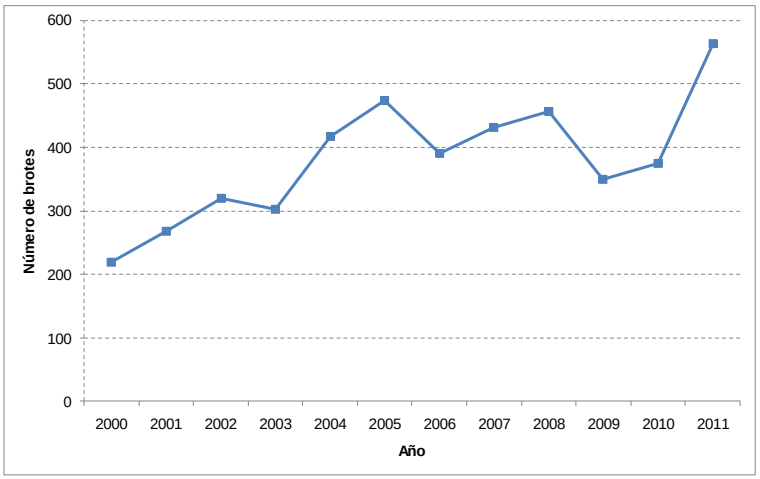
Fuente: Repositorio epidemiológico de Cataluña (REC) de tuberculosis. Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Las **infecciones de transmisión sexual** (ITS) continúan representando un problema de salud pública importante en términos de morbilidad y mortalidad por las complicaciones y las secuelas que pueden originar si no se diagnostican y se tratan adecuadamente. En 2011, los diagnósticos de **VIH** notificados en Cataluña fueron 633, con una tasa de diagnóstico de 8,8 casos por cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de un 16,7% respecto del año anterior. En cuanto al **sida**, se mantuvo la tendencia decreciente, ya que se notificaron 119 casos, con una tasa de incidencia de 1,7 casos por cada 100.000 habitantes (2,9 en 2010). La tasa de **gonococia** ha experimentado un descenso del 5,4% respecto del año anterior y se sitúa en 7,1 casos por 100.000 habitantes. Las ITS que han presentado un aumento de incidencia han sido la **sífilis infecciosa** (7,3 casos por 100.000 habitantes en 2011 y 6,5 en 2010) y el **linfogranuloma venéreo** (1,3 casos por 100.000 habitantes en 2011 y 0,3 en 2010).[21]

Durante el año 2011, se han declarado 565 **brotes epidémicos**, un 34% más que en 2010. Los brotes de tos ferina han registrado unas cifras muy elevadas, aunque durante los últimos años ya habían presentado un incremento considerable. Los brotes de toxiinfección alimentaria han presentado un aumento que rompe la línea descendente de los últimos años. Los brotes de sarampión notificados han sido pequeñas agrupaciones de casos dentro de un

contexto epidémico global que se inició en 2010 y afectó a varias zonas de Cataluña. En el total de brotes han resultado afectadas 3.767 personas, de las cuales 320 requirieron ingreso hospitalario y 6 murieron (gráfico 14).

Gráfico 14. Brotes epidémicos notificados en Cataluña, 2000-2011



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

En 2011, *Campylobacter* y la *Salmonella* han sido los microorganismos implicados en las **enteritis** con más frecuencia, con tasas de 41,8 casos por 100.000 habitantes y 23,4 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, muy similares a las observadas en el año anterior.

En cuanto a las **enfermedades inmunoprevenibles**, durante el año 2011 se han registrado 277 casos de **sarampión** (tasa de incidencia del 3,6 por 100.000 habitantes) como resultado de la importación de casos desde otras comunidades autónomas y varios países europeos. Se han notificado 7 sospechas de **rubéola**, de las cuales 2 se han confirmado. No se ha notificado ningún caso de síndrome de rubéola congénita ni ha sido identificado ningún caso por búsqueda activa. Se han detectado 11 casos de clínica compatible con **parálisis flácidas** en menores de 15 años (tasa de incidencia de 0,95 por 100.000 habitantes) que han resultado negativos para poliovirus. En cuanto a la **parotiditis**, se han declarado 916 casos (3,1 casos por 100.000 habitantes), tasa ligeramente inferior a la registrada durante los dos años anteriores. La **tos ferina** ha presentado un comportamiento epidémico y ha multiplicado casi por 5 la tasa de incidencia de 2010. La tasa de incidencia de 2011 ha sido de 20,8 por 100.000 habitantes. La **hepatitis A** ha continuado la tendencia de disminución de incidencia iniciada en los últimos años y en 2011 ha presentado una tasa de 1,6 por 100.000 habitantes. La **hepatitis B** ha tenido un comportamiento estacionario y ha presentado la misma incidencia que en el año 2010. La enfermedad invasiva por ***Haemophilus influenzae* tipo b** en 2011 ha presentado un comportamiento estacionario, con la misma tasa de incidencia que en 2010 (0,05 por 100.000 habitantes). La **enfermedad neumocócica invasiva** ha tenido una disminución en su incidencia en 2011 respecto a 2010 (9,2%). La vigilancia de la **gripe** mediante el Plan de información diaria de las infecciones respiratorias agudas en Cataluña (PIDIRAC) ha mostrado que la actividad gripal en Cataluña durante la temporada 2011-2012 ha sido de una intensidad elevada.

En relación con la vigilancia epidemiológica de la **enfermedad de Chagas congénita**, se han notificado 134 mujeres embarazadas positivas a *Trypanosoma cruzi*, de las cuales el 92,5% han sido de origen boliviano. En 95 bebés de estas madres (70,9%) se ha hecho el seguimiento durante el año 2011 y los primeros meses de 2012, hasta los 9 meses de edad. Se han detectado 8 niños con infección, que corresponde a una tasa de transmisión congénita del 8,4%.

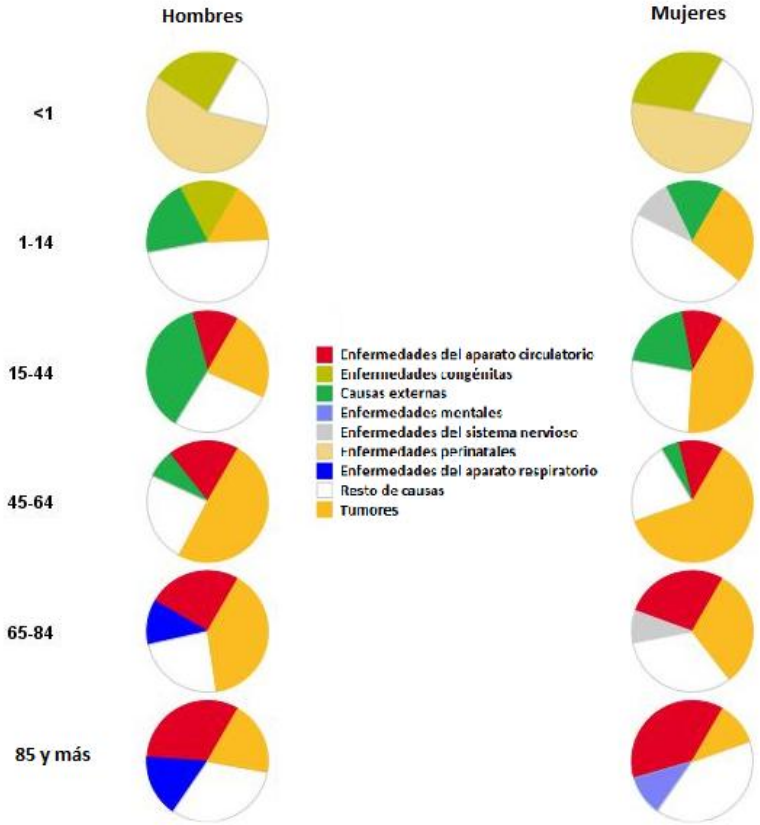
7. De qué morimos

Como es sabido, la mortalidad está estrechamente ligada a la edad, al igual que las causas de muerte presentan patrones diferentes, también según la edad y el sexo. Por este motivo, el análisis detallado de las causas por las que muere la población puede dar buenos indicadores de su situación de salud o enfermedad.

Desde hace bastantes años, los grandes grupos de **causas de muerte más frecuentes** son en los hombres los tumores y en las mujeres las enfermedades del aparato circulatorio, que en conjunto reúnen más de la mitad de las defunciones. En 2011, por primera vez, considerando la población de ambos sexos en su conjunto, los tumores son el grupo que ha causado más muertes. Sin embargo, utilizando los grandes grupos de causas de muerte para poder agrupar más casos, el patrón de mortalidad por edades tampoco es muy diferente. Excepto las enfermedades congénitas y perinatales que afectan a los más pequeños, el resto de causas se distribuyen entre las causas externas (accidentes y violencias) y los tumores en los jóvenes y las edades medias, los tumores y las enfermedades del aparato circulatorio en las edades medias y las avanzadas, así como, además, las enfermedades respiratorias, neurológicas y mentales en los mayores (gráfico 15).

Gráfico 15. Tres primeras causas de muerte* según grandes grupos de enfermedades, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2011

* Distribución de frecuencias sobre el total de cada grupo de edad y sexo.



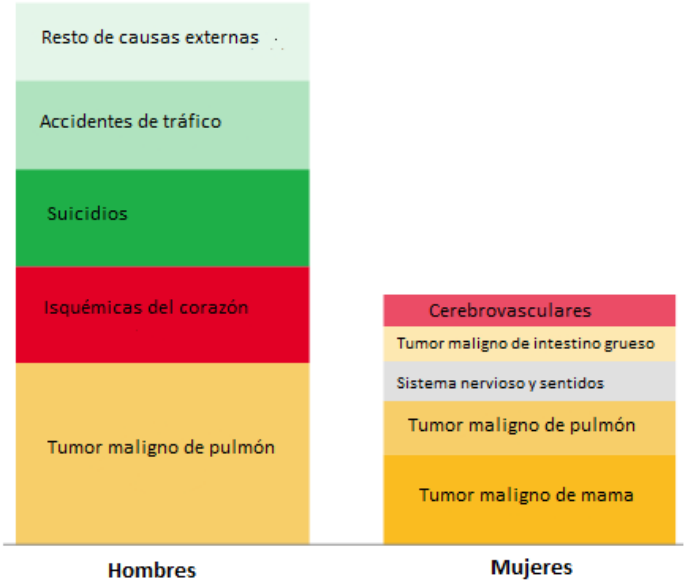
Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña. Análisis de la mortalidad en Cataluña 2011.

Precisando más los diagnósticos, las primeras cinco **enfermedades que ocasionan más defunciones** (en valores absolutos) y que, por tanto, pueden suponer una carga más elevada sobre los servicios son, en las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares, las demencias, un apartado que incluye diversas enfermedades del corazón, las enfermedades isquémicas del corazón y el Alzheimer. En los hombres, esta lista es bastante diferente e incluye el cáncer de pulmón, las enfermedades isquémicas del corazón, la bronquitis y el asma, las enfermedades cerebrovasculares y el resto de enfermedades del corazón. Este perfil se explica en gran parte por el hecho de que la mayoría de defunciones se producen más allá de los 80 años.

Por otra parte, hay un conjunto de enfermedades que tienen una importante repercusión social porque ocasionan **mortalidad prematura** y son percibidas por la población como pérdidas importantes en el tiempo que en teoría se podría esperar vivir (defunciones que son interpretadas por la población como muertes antes de tiempo). Según las tasas de años potenciales de vida perdidos, estandarizadas por edad (con población estándar de Cataluña de 1991), en el gráfico 16 se pueden observar las cinco primeras causas en las mujeres y en los hombres, ordenadas de abajo a arriba según la magnitud de la tasa. Son los tumores malignos en las mujeres, así como los tumores malignos y las causas externas en los hombres, los causantes de buena parte de las muertes prematuras, mortalidad que, por otra parte, es muy superior en los hombres.

Gráfico 16. Cinco primeras causas de muerte prematura,* por sexo. Cataluña, 2011

* Según las tasas estandarizadas por edad de años potenciales de vida perdidos (población estándar: Cataluña 1991).



Fuente: Registro de Mortalidad de Cataluña. Análisis de la mortalidad en Cataluña 2011.

8. Que hacemos por nuestra salud

8.1 Qué hábitos y estilos de vida tenemos

Hay una amplia evidencia científica sobre los beneficios que para la prevención de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas más frecuentes conlleva la práctica de actividad física, los buenos hábitos alimentarios y el abandono del tabaquismo, del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas.

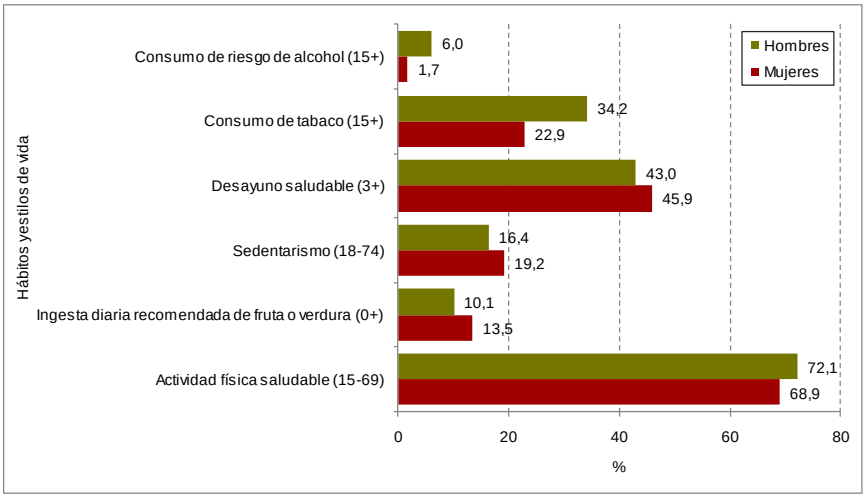
Según la actividad física habitual, en 2012, el 17,8% de la población de 18 a 74 años es sedentaria. Por otra parte, el 70,5% de la población de 15 a 69 años tiene un nivel de actividad física saludable (actividad física moderada o alta).

En cuanto a los **hábitos alimentarios**, el 11,8% de la población consume diariamente 5 raciones de fruta y/o verdura, que es lo que recomienda la OMS. Según los resultados de la **ENSE 2011-2012**, el porcentaje de personas adultas que en Cataluña siguen esta recomendación es superior a la media estatal (9,7%). El desayuno saludable, es decir, desayuno antes de salir de casa y a media mañana, lo hace el 44,5% de la población, aunque a medida que los grupos son de más edad disminuye la frecuencia de este buen hábito.

El **consumo de tabaco** se mantiene. Actualmente, el 28,5% de la población de 15 años y más (el 34,2% de los hombres y el 22,9% las mujeres) es fumadora (diaria u ocasional) y se ha reducido mucho la exposición al humo del tabaco tanto en casa como en el trabajo. Si bien la prevalencia de hombres fumadores es superior al de las mujeres en todas las edades, los porcentajes son muy similares entre los jóvenes de 15 a 24 años y dejan de serlo a medida que los grupos son de más edad. Considerando los resultados que aporta la ENSE 2011-2012, Cataluña se sitúa por debajo de la media en la proporción de fumadores (diario + ocasional) para ambos sexos. En los hombres, la proporción de tabaquismo se sitúa en torno a la media y en las mujeres, por debajo. En el conjunto de países de la Unión Europea (UE-15), en el año 2009 la prevalencia de consumo diario de tabaco de los hombres catalanes se sitúa bastante por encima de la media europea (26,7%), mientras que entre las mujeres el porcentaje catalán supera solo un poco la media europea (19,9%).[22]

El 3,9% de la población adulta hace un consumo de riesgo de alcohol (6,6% de los hombres y 1,7% de las mujeres). El consumo de riesgo más importante se observa en el grupo de 15 a 24 años en las chicas y de 25 a 34 en los chicos. Según datos de la **Encuesta estatal sobre el uso de drogues en enseñanzas secundarias (ESTUDES)**, en 2010 el 76,8% de los estudiantes de educación secundaria de 14-18 años habían consumido alcohol alguna vez en la vida, el 67,2% lo habían hecho alguna vez en los 12 meses anteriores al estudio y el 56,4% de los 30 días.

Gráfico 17. Hábitos y estilos de vida de la población. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Las tablas 3 y 4 muestran la evolución del **consumo de drogas no institucionalizadas** en la población de 15 a 64 años y en la población de estudiantes de 14 a 18 años. Los derivados del cánnabis y la cocaína son las sustancias de esta categoría con prevalencias de consumo más elevadas. En cuanto a la proporción de personas que han consumido cánnabis o cocaína en los 30 días previos al estudio, se interrumpió la tendencia creciente de los años 2006-2007 y disminuye de forma consistente desde entonces.[23]

Tabla 3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre la población de 15 a 64 años (%). Cataluña, 1997-2011

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Cánnabis	4,0	4,3	8,3	11,4	13,9	9,7	8,7	8,1
Éxtasi y drogas de diseño	0,1	0,1	1,0	0,6	0,8	0,8	0,3	0,1
Cocaína	0,9	1,0	1,4	0,7	1,7	2,6	1,5	0,7
Anfetaminas (*speed*)	0,2	0,4	0,6	0,1	0,6	0,6	0,4	0,0
Heroína	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0

Tabla 4. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre los estudiantes de educación secundaria de 14 a 18 años (%). Cataluña, 1994-2010

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
Cánnabis	17,1	21,5	22,1	22,3	26,8	30,4	25,1	23,1	21,3
Éxtasi y drogas de diseño	2,6	3,8	2,3	2,5	1,3	1,1	1,5	1,3	1,1
Cocaína	0,8	1,9	3,5	2,0	2,7	3,4	2,7	1,5	1,3
Anfetaminas (*speed*)	2,7	3,5	2,1	1,1	1,5	1,8	1,6	1,2	0,8
Heroína	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,5	0,8	0,3	0,7

Fuente: Sistema de Información en Drogodependencias. Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud de Cataluña. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

8.2 Qué prácticas preventivas hacemos

En la población de 15 años y más, el 52,6% se toma la **presión arterial** periódicamente (el 51,2% de los hombres y el 54,0% de las mujeres) y el 60,0% (el 58,8% de los hombres y el 61,1% de las mujeres) se revisa periódicamente el nivel de **colesterol** en la sangre. Estas prácticas aumentan a medida que los grupos son de más edad, sobre todo a partir de los 65 años.

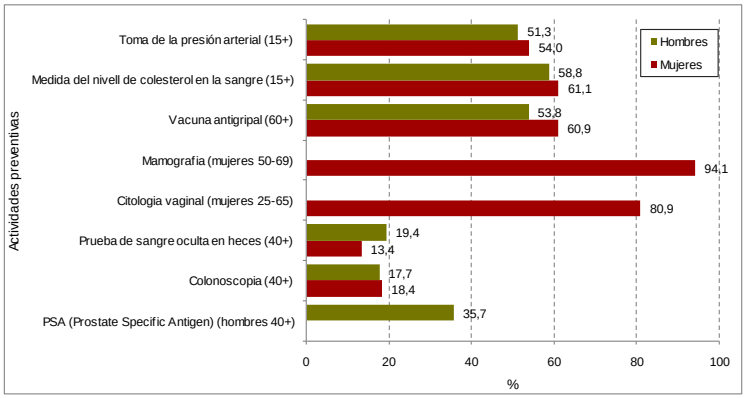
La cobertura de **vacunaciones** en la población infantil (2011) es del 91,1%. El 57,7% de la población de 60 años y más se vacuna contra la gripe de manera regular cuando comienza el otoño (el 53,8% de los hombres y el 60,9% de las mujeres), porcentaje que llega al 64, 5% de la población de 65 años y más (60,1% en hombres y 67,9% en mujeres).

En las mujeres, la práctica de la **mamografía** en el grupo recomendado (50 a 69 años) es del 94,1% y la práctica de la **citología vaginal** en las mujeres de 25 a 65 años es del 80,9%.

El 16,3% de la población de 40 años y más se ha hecho alguna vez la **prueba de sangre oculta en heces** para detectar cáncer de colon o pólipos del intestino y el 18,1%, una **colonoscopia**.

El 35,7% de los hombres de 40 años y más se ha hecho alguna vez la prueba del **PSA** para la detección del cáncer de próstata.

Gráfico 18. Actividades preventivas de la población. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

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

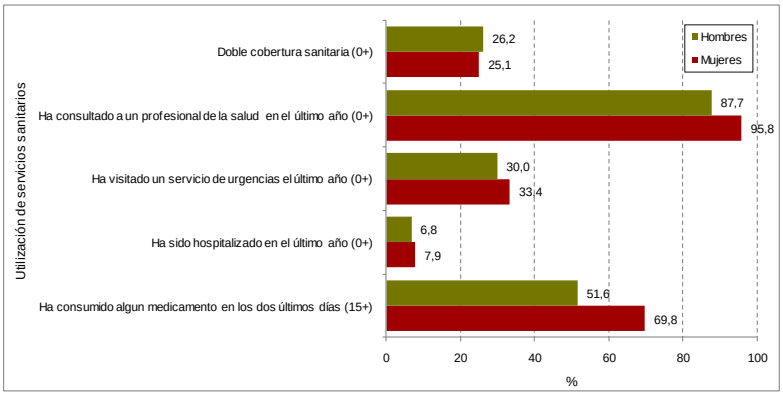
8.3 Qué uso hacemos de los servicios sanitarios

El 99,3% de la población tiene derecho a la asistencia sanitaria pública. El 25,6% dispone de **doble cobertura sanitaria**, es decir, está afiliada también a una mutua sanitaria privada concertada individualmente o por su empresa. La doble cobertura es más frecuente en la población entre los 15 y los 44 años.

El 91,8% de la población general (el 95,6% de la población de 0 a 14 años y el 91,1% de la población de 15 años y más) **ha visitado a un profesional de la salud** al menos una vez en el último año. En el 70% de los casos los servicios eran públicos. El 78% de la población **se ha visitado en medicina general o en pediatría**. El 23,7% **se ha visitado en una especialidad**, el 34,9% ha ido a odontología y el 18,1% en la especialidad de optometría u óptica. El 44,1% de las mujeres de 15 años y más han sido visitadas en la especialidad de ginecología. El 17,3% de la población general ha sido atendida por un profesional de enfermería durante el último año.

En los últimos 12 meses, 3 de cada 10 adultos y 4 de cada 10 niños **ha consultado un servicio de urgencias** y el 5,9% de la población general **ha sido hospitalizada** por lo menos una noche. De la población que ha acudido a urgencias, el 52,1% ha visitado un hospital público, el 10,9% un hospital privado, el 33,3% un centro de atención primaria o de atención continuada y el 2,3% una consulta privada de un profesional sanitario.

Gráfico 19. Utilización de servicios sanitarios por la población. Cataluña, 2012



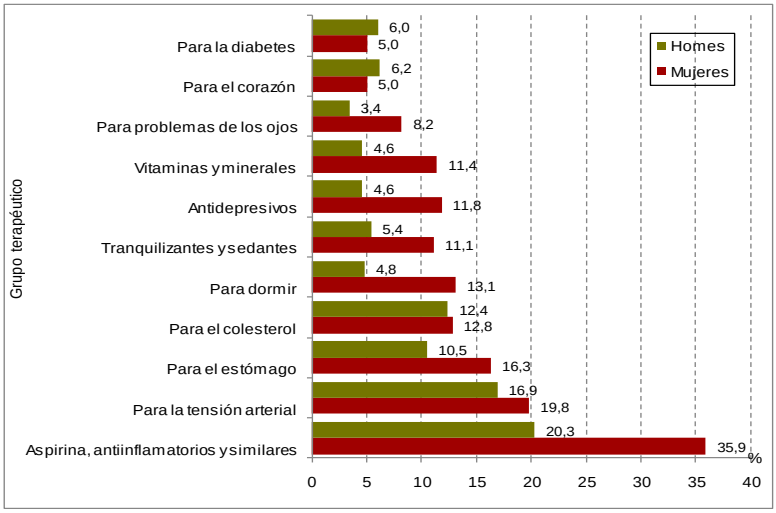
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

Aunque el porcentaje de población que ha visitado medicina de cabecera o pediatría ha aumentado significativamente entre 2006 y el período 2011-2012, cabe destacar que se observa un descenso en la frecuentación; así las **visitas/habitante/año** a medicina de cabecera han pasado de 5,6 a 3,9. No se observan diferencias significativas en cuanto a la frecuentación a los hospitales y los servicios de urgencias. En el período 2011-2012 la frecuentación, es decir, visitas/habitante/año de la hospitalización y de la visita a los servicios de urgencias ha sido de 1,38 veces y 1,9 veces, respectivamente.

Comparativamente, de acuerdo con los resultados de la ENSE 2011-2012, el porcentaje de personas que en Cataluña ha visitado medicina de cabecera o pediatría en las últimas 4 semanas, y la frecuentación a estos profesionales, se sitúa por debajo de la media.

El 60,9% de la población de 15 años y más (el 51,6% de los hombres y el 69,8% de las mujeres) y el 23,7% de los menores de 0 a 14 años (el 26,6% de los niños y el 20,5% de las niñas) **han consumido algún medicamento** en los últimos dos días antes del estudio. Los medicamentos consumidos con más frecuencia son la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o los antiinflamatorios (el 28,2%), seguidos de los fármacos para la hipertensión arterial (el 18,4%), los medicamentos para el estómago (el 13,4%) y los indicados para el control del colesterol (el 12,6%) (gráfico 20).

Gráfico 20. Consumo de medicamentos los dos días anteriores a la entrevista en población de 15 años y más según el grupo terapéutico, por sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

El 91,7% de la población general que ha utilizado un servicio sanitario los últimos 12 meses está satisfecho (el 91,4% de los hombres y el 92,0% de las mujeres). Los porcentajes de población satisfecha con los servicios asistenciales utilizados son más altos a medida que los grupos son de más edad. El porcentaje de satisfacción es más elevado entre la población que ha utilizado los servicios privados (el 98,0%) respecto de los públicos (el 90,2%).

En general, en cuanto a la **utilización de Internet y de las tecnologías de información y comunicación (TIC)**, la edad es un factor determinante en el uso de Internet y la motivación en el uso de Internet en temas relacionados con la salud. Sin embargo, en cuanto a la población adulta, la clase social y el nivel de estudios son dos de los elementos que explican las diferencias. El 74,2% de la población de 15-64 años utiliza Internet (76,2% de los hombres y 72,1% de las mujeres). El uso de Internet es superior entre la población de 15 a 44 años (86,6%) que entre la población de 45 a 64 años (53,2%), en ambos sexos. El porcentaje de población que utiliza Internet decrece a medida que las clases sociales son más desfavorecidas y a medida que lo hace el nivel de estudios.

La población que **utiliza Internet en relación con la salud**, lo hace, en primer lugar, para buscar información sobre alguna enfermedad física propia o de alguna persona conocida (55,1%; 48,6% de los hombres y 62,2% de las mujeres), en segundo lugar, para buscar información sobre bienestar y estilos de vida (40,2%; 36,0% de los hombres y 44,7% de las

mujeres), y, en tercer lugar, para solicitar, cancelar o cambiar una cita con un profesional de la salud (20,9%; 16,8% de los hombres y 25,2% de las mujeres). La utilización es siempre superior entre las mujeres.

En cuanto a la **disponibilidad que los que no utilizan la red de Internet tienen de usarla**, la primera razón por la que la población estaría dispuesta a utilizarla es para recibir telemáticamente resultados de pruebas médicas o clínicas (47,3%; 50,6% de los hombres y 43,7% de las mujeres); la segunda, para utilizar el correo electrónico o visitar una página web para comunicarse con un profesional de la salud o centro de salud (46,9%; 50,9% de los hombres y 42,7% de las mujeres), y, la tercera, para hacer una consulta por la red a través de videoconferencia con su profesional médico o de enfermería (43,6%; 46, 6% de los hombres y 40,4% de las mujeres). En este caso, el porcentaje de población que no utiliza Internet en relación con la salud pero que estaría dispuesto a hacerlo es siempre superior entre los hombres.

Tanto si se trata de la propia salud como cuando se trata de buscar información en Internet para otras personas, la población **busca información relacionada con la salud** preferentemente después de consultar a un profesional de salud y, en menor proporción, antes de la visita a un centro de salud o profesional de la salud. La población considera que las **principales utilidades de las TIC e Internet**, valoradas como muy importantes o importantes, son ampliar conocimientos generales o satisfacer la propia curiosidad (72,0%), seguida de comprender mejor los problemas de salud o enfermedades (71,8%) y encontrar fuentes de información adicionales (71,4%).

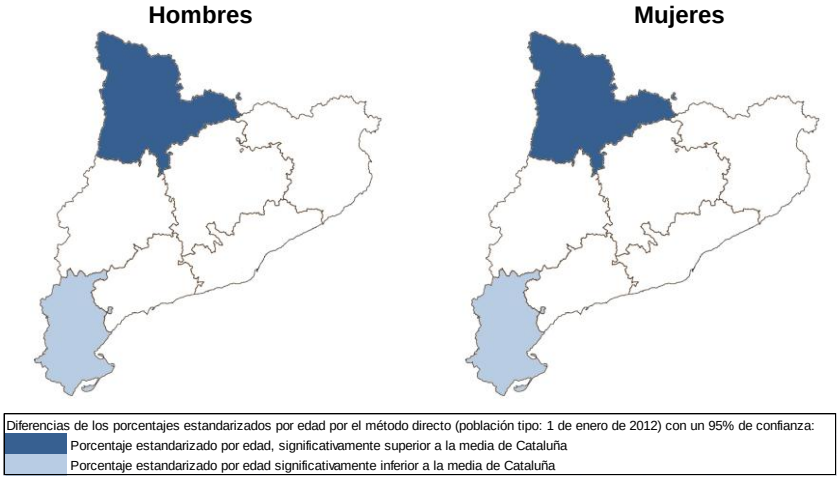
En cuanto a las **barreras para el uso de las TIC con fines relacionados con la salud o el bienestar**, las principales barreras que la población percibe son la falta de seguridad, de fiabilidad y de privacidad, todas alrededor del 77%.

Finalmente, las **principales fuentes de información** sobre salud, enfermedades o bienestar que la población valora como muy importantes o importantes son el contacto directo con un profesional de la salud (aproximadamente 98%) y las oficinas de farmacia (88,8%).

9. El territorio

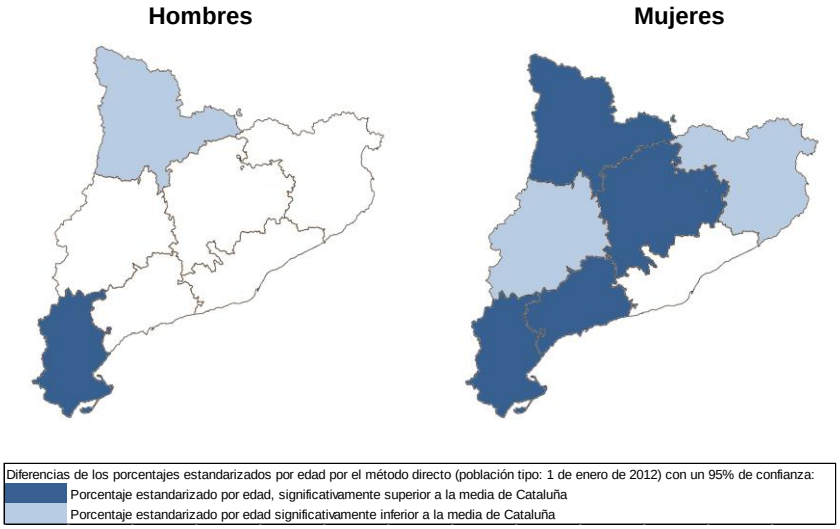
El análisis del comportamiento de los principales indicadores de estado de salud, estilos de vida y de utilización de servicios, según las diferentes regiones sanitarias, no muestra que haya patrones territoriales definidos según los cuales determinadas regiones presenten sistemáticamente resultados mejores o peores (mapas 1 a 4 y tabla 5).

Mapa 1. Porcentaje de población con percepción de buena salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012). Departamento de Salud.

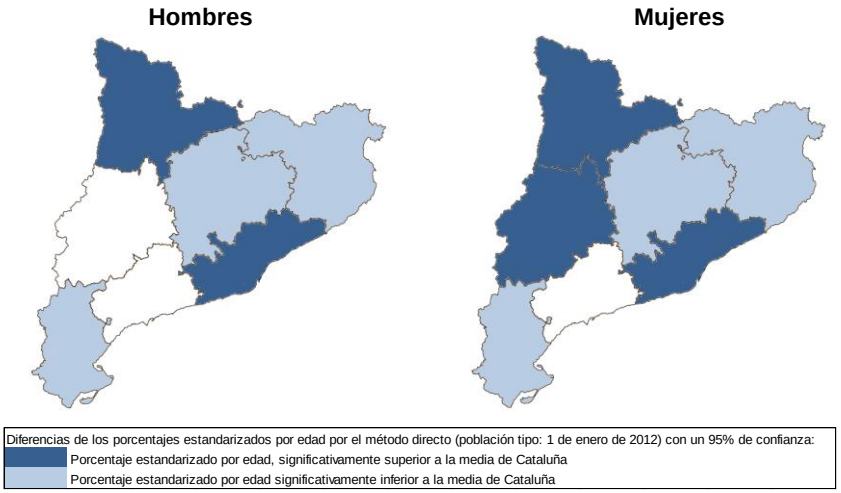
Mapa 2. Porcentaje de población de 15 años y más fumadora, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012). Departamento de Salud.

Mapa 3. Porcentaje de población de 18 a 74 años sedentaria, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012). Departamento de Salud.



Mapa 4. Porcentaje de población que ha visitado un profesional de la salud el último año, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012). Departamento de Salud.

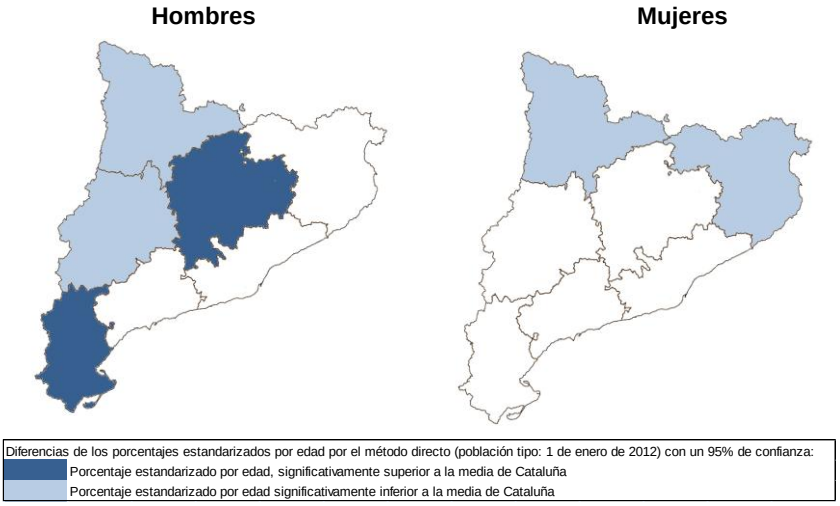


Tabla 5. Cataluña y regiones sanitarias según los indicadores seleccionados, por sexo. Período 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012)

Indicador			CATALUÑA	Regiones sanitarias						
				Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu y Aran	Barcelona
1	Porcentaje de población con percepción de buena salud	H	**84,4**	83,5	86,3	79,8	84,0	82,6	86,5	84,7
		M	**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	Porcentaje de población de 18 a 74 años con exceso de peso	H	**57,5**	60,3	55,4	62,8	53,5	59,2	60,5	57,8
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más con algun trastorno crónico	H	**35,0**	34,1	40,1	25,7	25,7	30,2	31,1	36,7
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más con riesgo de padecer algun trastorno mental	H	**10,1**	13,1	10,7	8,3	7,1	9,2	4,7	10,5
		M	**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	Prevalencia (%) de consumo de tabaco en la población 15 años y más	H	**34,6**	34,0	33,4	36,4	31,9	32,0	30,2	35,5
		M	**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	Porcentaje de población de 18 a 74 años sedentaria	H	**15,9**	14,0	16,2	25,8	13,8	13,2	10,8	16,2
		M	**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	Porcentaje de población de 15 a 69 años que realiza una actividad física saludable	H	**73,6**	59,1	71,5	75,0	65,5	70,1	74,4	76,4
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más que se toma la presión arterial periódicamente	H	**49,4**	64,0	44,6	52,8	51,4	44,3	55,8	48,9
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más que se mide el nivel de colesterol periódicamente	H	**56,3**	62,4	57,8	52,8	56,5	50,0	60,5	56,3
		M	**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	Porcentaje de mujeres de 50 a 69 años que se realiza una mamografia periódicamente	M	**92,3**	98,1	86,0	86,2	95,4	94,7	90,9	92,2
11	Porcentaje de mujeres de 25 a 65 años que se realiza una citologia periódicamente	M	**77,3**	76,6	70,4	77,2	72,6	70,6	70,8	79,5
12	Porcentaje de población con doble cobertura sanitaria	H	**26,3**	24,0	21,6	18,8	20,7	18,9	29,4	28,9
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más que ha consumido algun medicamento en los dos últimos días	H	**53,8**	53,7	53,0	52,7	49,4	51,8	45,5	54,9
		M	**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	Porcentaje de población que ha visitado a un profesional de la salud en el último año	H	**89,1**	84,3	88,5	96,9	87,9	90,7	82,7	89,4
		M	**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	Porcentaje de población que ha visitado un servicio de urgencies en el último año	H	**32,1**	33,1	33,9	33,1	29,3	26,6	23,5	32,9
		M	**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	Porcentaje de población de 15 años y más satisfecha con los servicios sanitarios públicos utilizados	H	**87,1**	85,6	87,3	80,0	90,8	84,1	87,6	87,2
		M	**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

Diferencias significativas respecto a la media de Cataluña, con un 95% de confianza:
Superior significativamente a la media de Cataluña.
Inferior significativamente a la media de Cataluña.

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012).

La mortalidad (estandarizada por edad) del año 2011 presenta diferencias entre las regiones sanitarias, principalmente entre las mujeres, aunque no son muy grandes. Dado que la mortalidad puede fluctuar de un año a otro y en los territorios pequeños las variaciones pueden ser más marcadas, al hacer comparaciones se debe considerar el intervalo de confianza, además de la magnitud de la tasa.

En las mujeres, las regiones con la mortalidad más alta son Lleida, Camp de Tarragona y Alt Pirineu i Aran, con valores muy similares, y la región con la más baja es Barcelona. Teniendo en cuenta los intervalos de confianza, no hay diferencias significativas entre las regiones, pero sí que las hay respecto al conjunto de Cataluña. En cuanto a los hombres, las diferencias entre regiones son más grandes y estadísticamente significativas, con la tasa más

elevada en la Región Camp de Tarragona y las más bajas en Alt Pirineu i Aran y Terres de l'Ebre.

También, hay que tener en cuenta la persistencia en el tiempo de un exceso o defecto de mortalidad. Así, tal como muestra la comparación de cada región y año con Cataluña, la mortalidad ha sido significativamente más alta en las regiones Camp de Tarragona y Lleida, principalmente en las mujeres, en los últimos seis años.

10. Las situaciones de vulnerabilidad

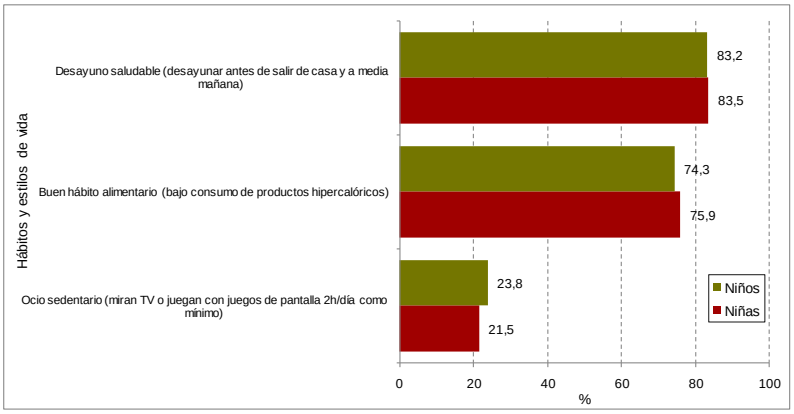
En general, si bien el análisis muestra un territorio bastante homogéneo, se observan diferencias relacionadas con condiciones sociodemográficas y económicas que sitúan determinados colectivos en situación de vulnerabilidad. Clásicamente, se acepta que el género, la clase social, el nivel de estudios y el territorio son los ejes principales de desigualdad en salud y que la vulnerabilidad de las personas crece a medida que se sitúan sobre un mayor número de ejes de desigualdad.

10.1 La salud de la población infantil

En Cataluña, la tasa de mortalidad infantil es de las más bajas de la Unión Europea (2,83 defunciones de menores de un año/1.000 nacidos vivos). Desde 2009, el número de nacidos vivos disminuye y el año 2011, el número de **nacimientos registrados en Cataluña** es de 80.861, es decir, un 3,8% menos que en 2010. La tasa bruta de natalidad se sitúa en 10,9 nacimientos por cada mil habitantes, valor ligeramente inferior al registrado el año anterior.

En la población de 3 a 14 años, el 83,3% (el 83,2% de los niños y el 83,5% de las niñas) hace lo que se llama un **desayuno saludable** (antes de salir de casa y a media mañana, como mínimo 4 veces a la semana), y esta proporción disminuye a medida que los grupos son de más edad. El **ocio sedentario** en la población es del 22,7% (el 23,8% de los niños y el 21,5%, de las niñas), es decir, ven la televisión o juegan con juegos de pantalla cada día un mínimo de 2 horas. El 75,1% (el 74,3% de los niños y 75,9% de de las niñas) tiene un **buen hábito alimentario**, hace un bajo consumo (como máximo 3 veces por semana) de comida rápida, bebidas azucaradas, productos con azúcar o tentempié y comidas saladas (gráfico 21).

Gráfico 21. Hábitos y estilos de vida de la población de 3 a 14 años, por sexo. Cataluña, 2012



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

En cuanto a la **utilización de servicios sanitarios**, el 90,6% de los menores ha sido visitado en pediatría o medicina general y el 44,5% ha sido atendido en un servicio de urgencias. Casi el 50% de la población de 0-14 años padece algún problema de salud crónico. Los más frecuentes son la enuresis, las bronquitis de repetición, las otitis y las alergias crónicas.

En el año 2012, la cobertura de la primovacunación en niños de 0 a 1 año (3 dosis) es de casi alrededor del 89% con respecto a la **vacunación** de la poliomielitis, DTPa, el Hib, la hepatitis B y la meningitis C. La vacunación de refuerzo en niños de 1 a 2 años tiene un porcentaje en torno al 84% con respecto a la vacunación de la poliomielitis, DTPa y Hib, y del 87% en el caso de la meningitis. La vacunación de refuerzo de DTPa/dTpa en niños de 4 a 6 años es del 89,5%. La cobertura de la triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) es del 91,7% para la primera dosis (12-15 meses) y del 89,2%, para la segunda dosis (3-6 años). En adolescentes (chicos y chicas), la vacuna Td tiene una cobertura del 75,8%, la de la hepatitis B es del 81,6%, el de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), en chicas, del 84,2% y la vacuna de la varicela en niños y niñas de 10 a 14 años es del 22,5%, de acuerdo con la historia clínica informatizada del Instituto Catalán de la Salud.

Entre el 2006 y el período 2010-2012,[24] el contexto familiar de la población infantil ha cambiado. El cambio ha sido positivo porque el nivel de estudios de la población ha mejorado y se sabe del efecto favorable que ello tiene en la salud de los niños, y especialmente relevante es el nivel de estudios de la madre. Pero también ha tenido un carácter negativo porque el porcentaje de niños que como mínimo tienen en su hogar un miembro en paro ha pasado del 9,7% al 20,7%, lo que puede actuar como factor de riesgo para la salud.

En este período, ha disminuido significativamente el promedio de horas diarias que los menores de 3 a 14 años **miran la televisión o juegan con juegos de pantalla**, que ha pasado de 2 a 1,4 horas. Sin embargo, el número de horas que se dedica a estar frente a la pantalla es superior cuanto más bajo es el nivel de estudios de la madre y en los menores que tienen algún miembro de la familia en paro.

Ha mejorado el indicador en relación con el **consumo de productos de elevado contenido calórico**. También se observa una mejora en relación con lo que se denomina ***conductas de riesgo*** (conflictos y peleas con los compañeros y la familia, desobediencia a los padres y profesores, etc.). En el grupo de 2-14 años, la prevalencia de **exceso de peso**[19, 20] ha pasado del 36,5% al 34,1% entre 2006 y el período 2010-2012, si bien este resultado no es estadísticamente significativo. Tampoco se observan diferencias significativas entre 2006 y el período 2010-2012 en la prevalencia del exceso de peso de los menores según el nivel de estudios de la madre o la situación laboral de la familia.

En cuanto a la **utilización de servicios sanitarios**, destaca la disminución significativa de los menores que se han visitado en odontología o en un especialista. La **calidad de vida relacionada con la salud** ha aumentado significativamente. En la población de 4 a 14 años han mejorado las puntuaciones medias de salud mental. Comparativamente, tienen mejor puntuación los menores que conviven con familias donde no hay ningún miembro en paro y los que tienen madres con estudios secundarios y universitarios.

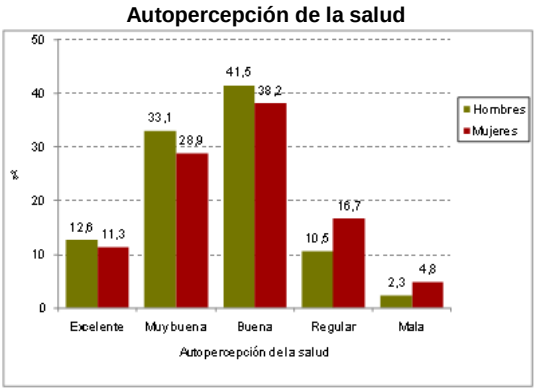
10.2 El género

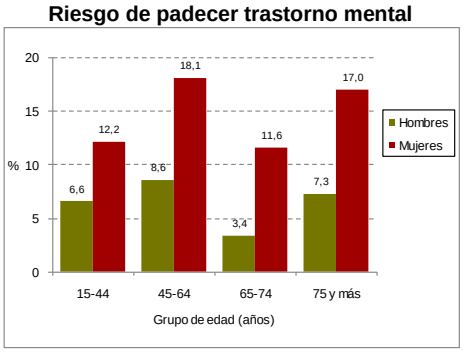
El análisis de los indicadores se ha llevado a cabo por sexo, y se ha observado un patrón bien diferenciado entre hombres y mujeres.

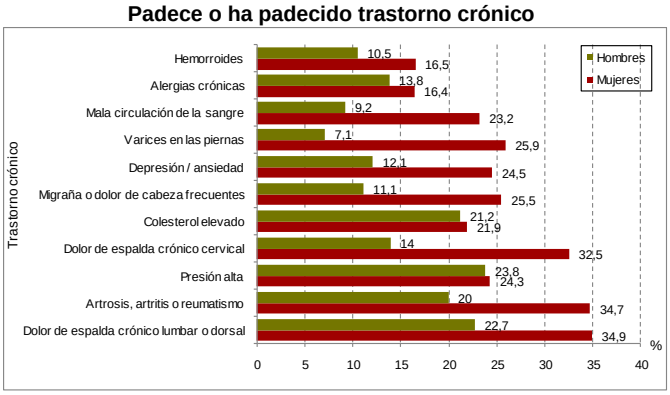
En Cataluña existe el 8,0% de familias monoparentales (5,3% hombres y 10,7% mujeres). Vive sola el 9,4% de la población de 15 años y más (7,3% de los hombres y 11,5% de las mujeres), y entre los mayores de 74 años el porcentaje es del 26,3% (13,0% son hombres y 34,5% son mujeres). En cuanto a los indicadores de salud, excepto en el sedentarismo, las mujeres muestran comportamientos más saludables (menos prevalencia de tabaquismo, consumo de riesgo de alcohol, etc.), Pero tienen una peor percepción del estado de salud, sufren en proporción más enfermedades crónicas, tienen una probabilidad más elevada que los hombres de padecer trastornos mentales y hacen un uso más elevado de los servicios sanitarios y del consumo de medicamentos (gráfico 22).

Gráfico 22. Diferencias entre hombres y mujeres en la autopercepción del estado de salud, el riesgo de padecer un trastorno mental, y padecer o haber padecido algún trastorno crónico

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.







10.3 La clase social y el nivel de estudios

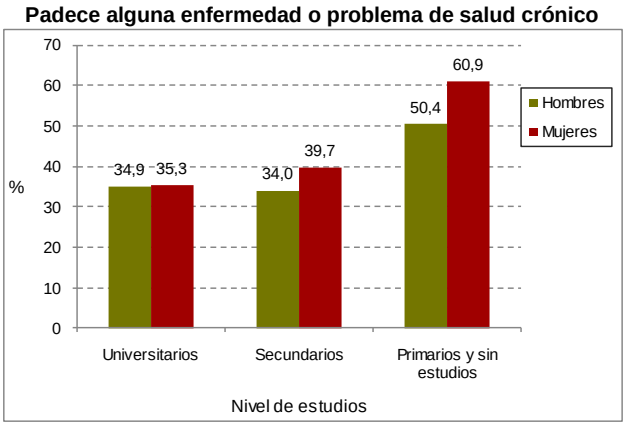
Según la clase social y el nivel de estudios, se observa una gradación en el sentido de que, en general, la población que pertenece a las clases más desfavorecidas (grupos IVb y V) y la que tiene un bajo nivel de estudios presenta una peor percepción del estado de salud y tiene comportamientos no saludables en proporciones más elevadas. Por otra parte, estos grupos

de población son los que con más frecuencia se toman la presión arterial, se revisan el nivel de colesterol en la sangre y se vacunan contra la gripe.

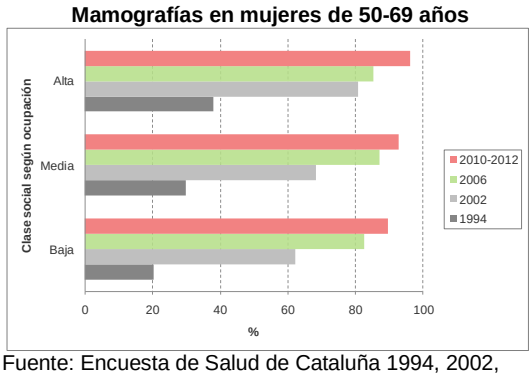
La práctica de la mamografía entre las mujeres de 50 a 69 años no presenta diferencias relevantes entre clases sociales, mientras que las que tienen estudios universitarios las realizan en proporciones ligeramente más elevadas. El porcentaje de mujeres de 25 a 65 años que realiza regularmente una citología vaginal es más frecuente entre las mujeres de las clases más acomodadas y las que tienen estudios universitarios.

La población que pertenece a las clases más desfavorecidas y con un nivel de estudios bajo usa los servicios sanitarios con más frecuencia en comparación con las clases más acomodadas o con estudios universitarios (gráfico 23).

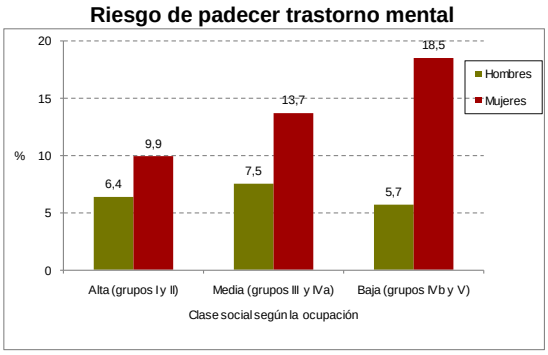
Gráfico 23. Diferencias por nivel de estudios o por clase social de la población que padece alguna enfermedad o problema de salud crónico, la población con riesgo de padecer un trastorno mental y la práctica de la mamografía de las mujeres



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.



Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña 1994, 2002, 2006 y 2010-2012. Departamento de Salud.



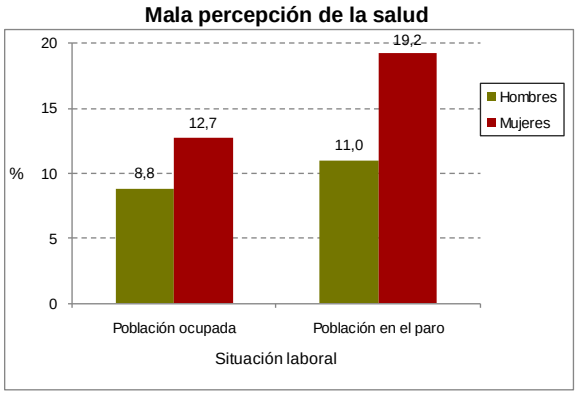
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud.

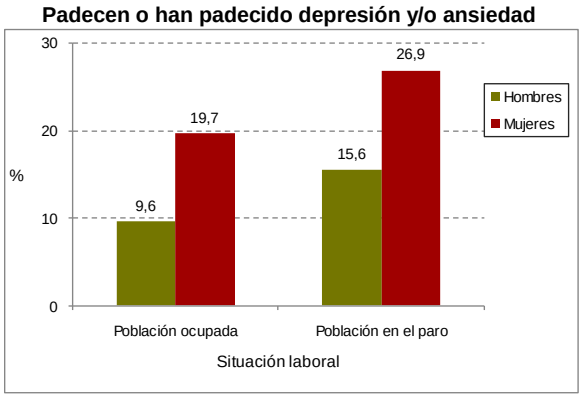
10.4 La situación laboral

La población en situación de paro presenta, en conjunto, peores indicadores de salud que la población que tiene empleo, con porcentajes significativamente más elevados de mala salud percibida y de depresión y/o ansiedad (gráfico 24). Las prácticas preventivas como la medida de la tensión arterial o la del nivel de colesterol son también significativamente menos frecuentes en la población parada que en la que está ocupada. No hay diferencias significativas en cuanto al sedentarismo y al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas entre

la población ocupada y la que está en paro, mientras que el consumo de tabaco es más frecuente entre la población parada. En cuanto a la utilización de servicios sanitarios, no se observan diferencias significativas entre ambas poblaciones en la frecuencia en el consumo de medicamentos, ni en las visitas a un profesional sanitario ni en la utilización de urgencias y la hospitalización.

Gráfico 24. Diferencias según la situación laboral entre hombres y mujeres y respecto a la mala percepción del estado de salud y paceder o haber padecido depresión y/o ansiedad





Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2011-2012. Departamento de Salud.

11. Evolución temporal

Muchos de los fenómenos relacionados con la salud tienen prevalencias diferentes según el sexo y, normalmente, son más prevalentes a medida que aumenta la edad. Es por ello que, para evitar la confusión que se produce con algunos fenómenos que se estudian cuando se hacen comparaciones entre territorios o a lo largo del tiempo, resulta necesario tener en cuenta la estructura demográfica por sexo y edad de la población y estandarizar sus estimaciones. A pesar de los 18 años transcurridos entre 1994 y 2012, el fuerte crecimiento de la población, los cambios en la composición social y el aumento de la esperanza de vida, el porcentaje de población de 65 años y más sobre el total no ha variado sustancialmente (el 16,7% en 1994 y el 17,1% en 2012). La supervivencia más elevada de las mujeres, sin embargo, supone un envejecimiento relativo superior al de los hombres, así, en 2012, el 14,7% de los hombres y el 19,5% de las mujeres tienen 65 años y más. A continuación se presenta la evolución temporal de varios indicadores seleccionados en relación con el estado de salud, los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios (gráfico 25 y anexo 4).

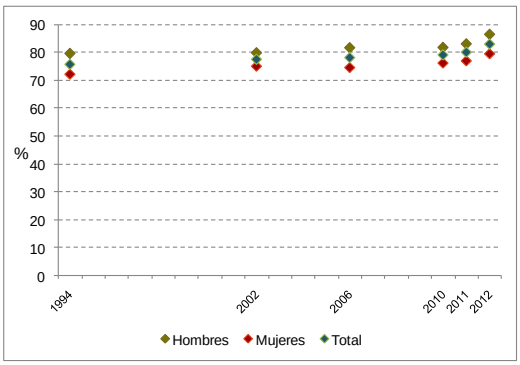
La autopercepción del estado de salud mejora a lo largo del período. La prevalencia de exceso de peso (sobrepeso, obesidad) en la población de 18 a 74 años no presenta cambios significativos. El porcentaje de población de 15 años y más que padece o ha padecido alguna enfermedad o problema de salud crónico ha aumentado respecto a 1994, pero tiende a disminuir desde 2006. Aumenta la prevalencia de la población que padece o ha padecido hipertensión e hipercolesterolemia, y se mantienen las prevalencias de población con limitación grave o discapacidad y de las personas a las que el dolor y el malestar disminuyen la calidad de vida. Disminuye ligeramente la población con riesgo de sufrir un problema de salud mental.

El porcentaje de hombres y de mujeres que fuman (consumo diario + ocasional) ha tendido a aproximarse, pero mientras que el consumo de tabaco de los hombres es inferior en 2012 respecto a 1994, en las mujeres es superior. La prevalencia de la exposición al humo del tabaco ha disminuido significativamente, tanto en casa como en el trabajo. El sedentarismo en la población de 18 a 74 años disminuye en ambos sexos después de un máximo en 2006 y la actividad física saludable se mantiene en torno al 70% en los últimos años. Destaca el importante incremento de las prácticas preventivas entre 1994 y 2006, que continúa hasta el 2012. La medida de la presión arterial y la del nivel de colesterol en sangre en la población adulta así como la práctica de la mamografía y la citología vaginal en los grupos recomendados de las mujeres han aumentado significativamente.

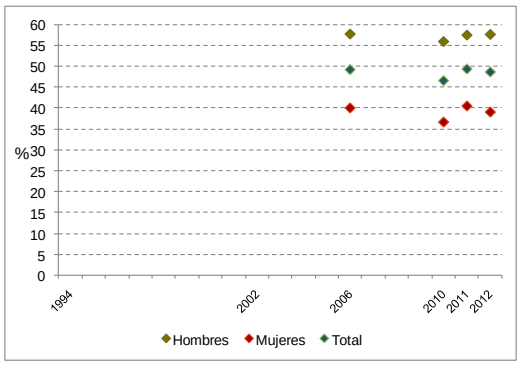
La doble cobertura sanitaria aumenta hasta un máximo en 2010, momento a partir del cual el porcentaje disminuye. Un patrón temporal similar se observa en el consumo de medicamentos y en el porcentaje de hospitalizaciones de los últimos años. Las visitas a un profesional de la salud y a un servicio de urgencias en el último año se mantienen estables. Finalmente, aumenta la satisfacción con los servicios sanitarios públicos utilizados en el último año, que pasan de alrededor del 75% de personas satisfechas en 1994 al 90% en 2012, sin diferencias por sexo.

Gráfico 25. Tendencia de algunos indicadores de la ESCA, por sexo (porcentajes estandarizados por edad). Cataluña, 1994-2012

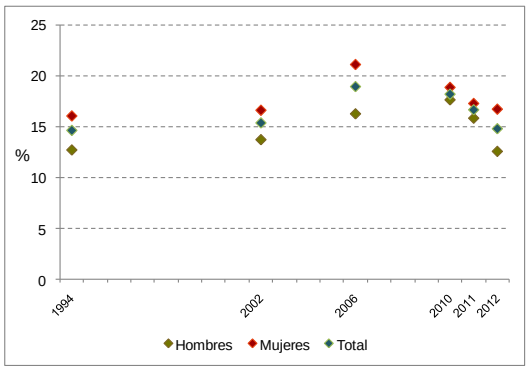
Percepción de buena salud



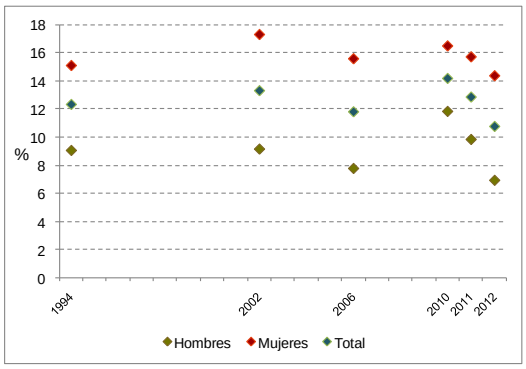
Exceso de peso (18-74 años)



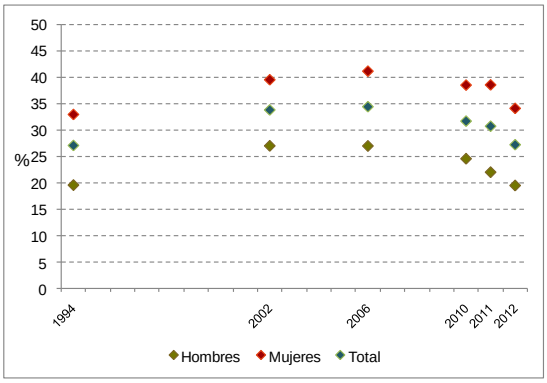
Limitación grave o discapacidad (15 años y más)



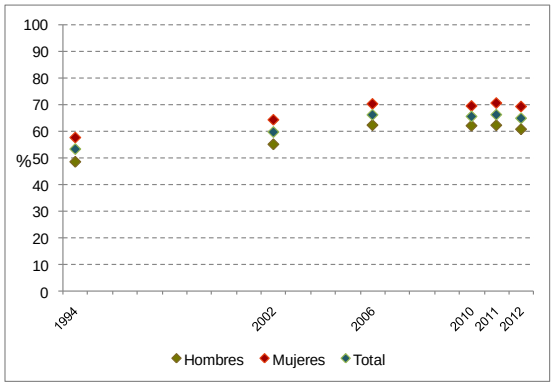
Riesgo de padecer un problema de salud mental (15 años y más)



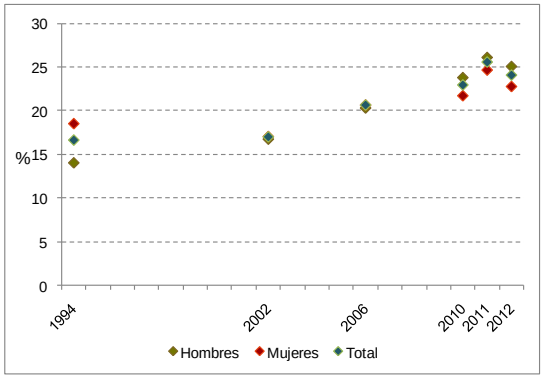
Dolor o malestar a raíz de un problema de salud (15 años y más)



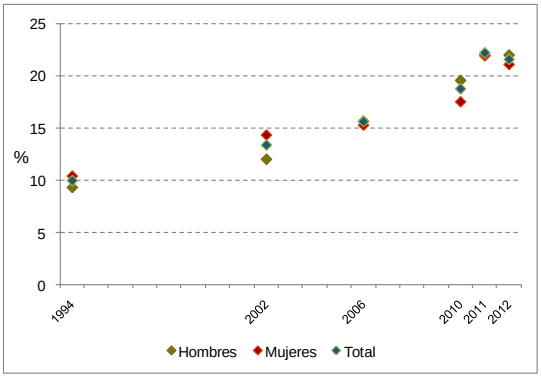
Padecer o haber padecido algún trastorno crónico



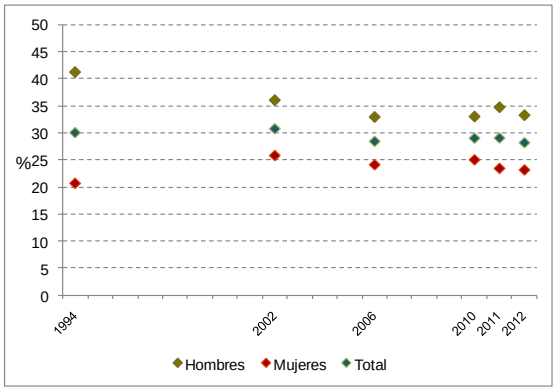
Padecer o haber padecido hipertensión arterial (15 años y más)



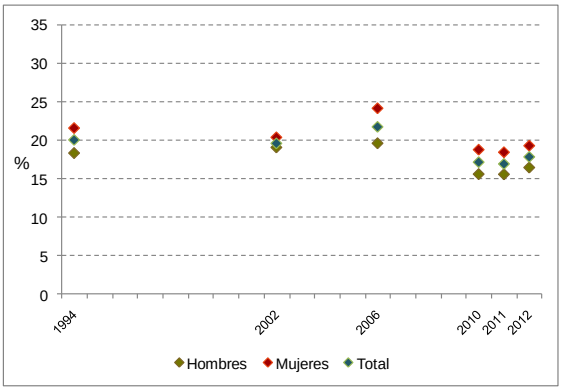
Padecer o haber padecido hipercolesterolemia (15 años y más)



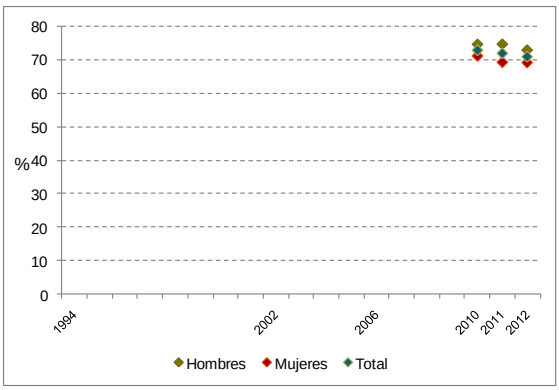
Consumo de tabaco (15 años y más)



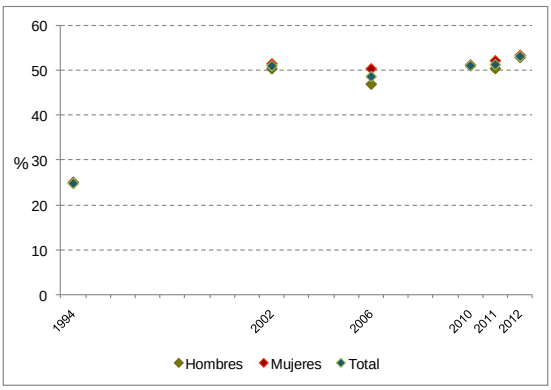
Sedentarismo (18-74 años)



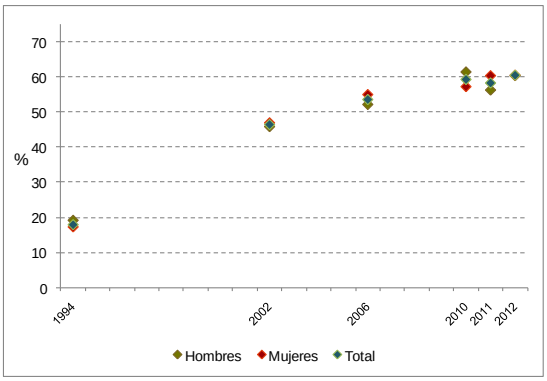
Actividad física saludable (15-69 años)



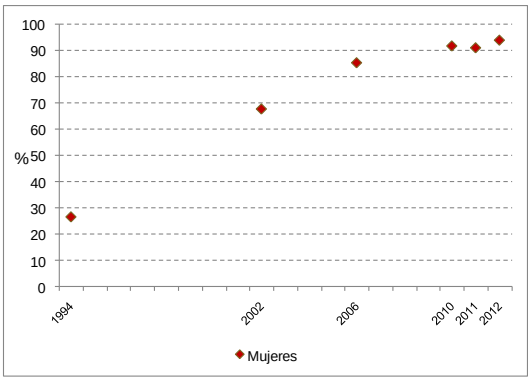
Medida de la presión arterial (15 años y más)



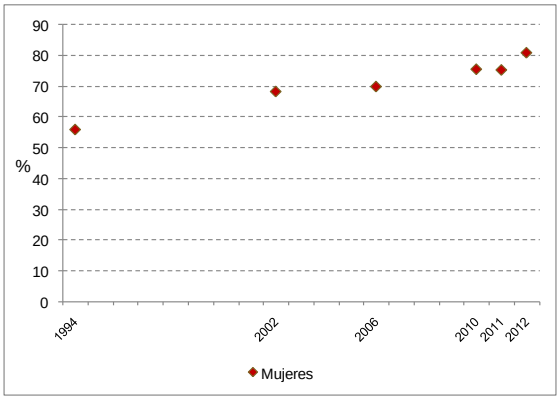
Medida del nivel de colesterol (15 años y más)



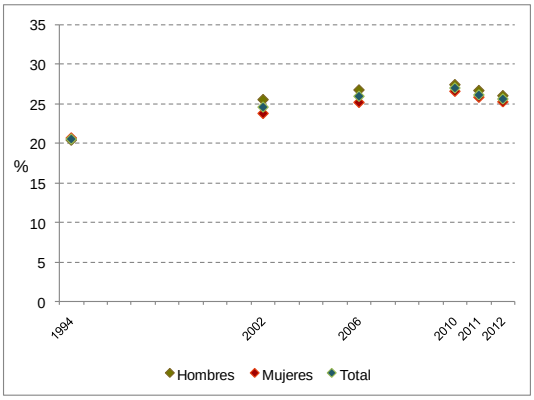
Mamografía periódica* (de 50 a 69 years)



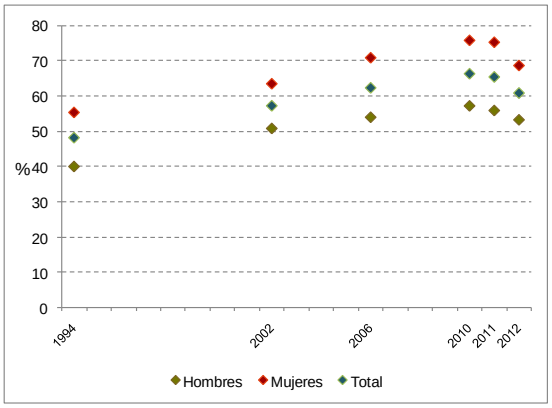
Citología periódica (de 25 a 65 años)



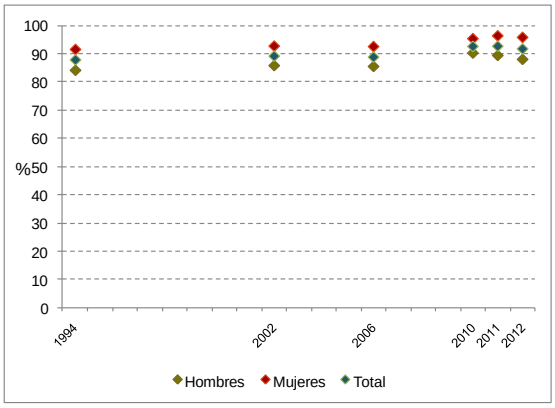
Doble cobertura sanitaria



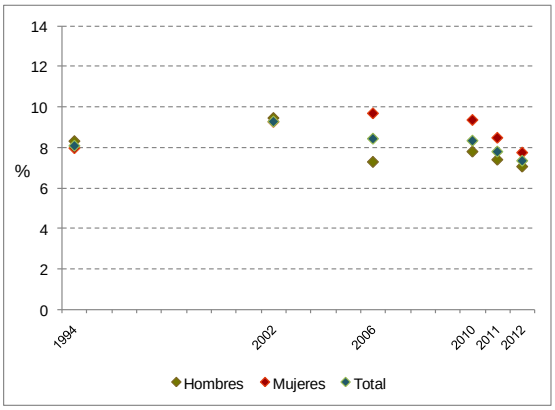
Consumo de medicamentos los últimos 2 días (15 años y más)



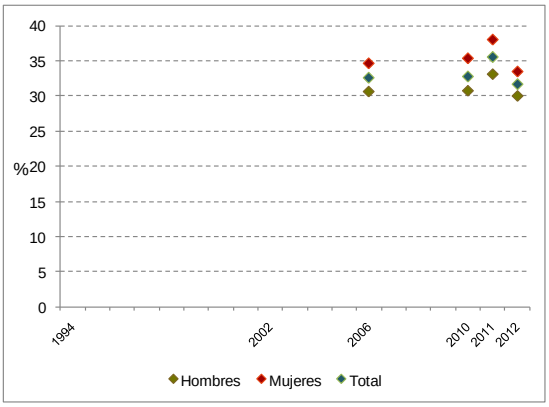
Visita a profesionales de la salud los últimos 12 meses



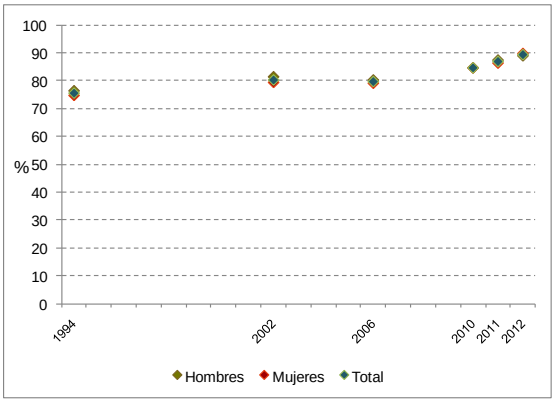
Hospitalizaciones los últimos 12 meses



Visita a urgencias los últimos 12 meses



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

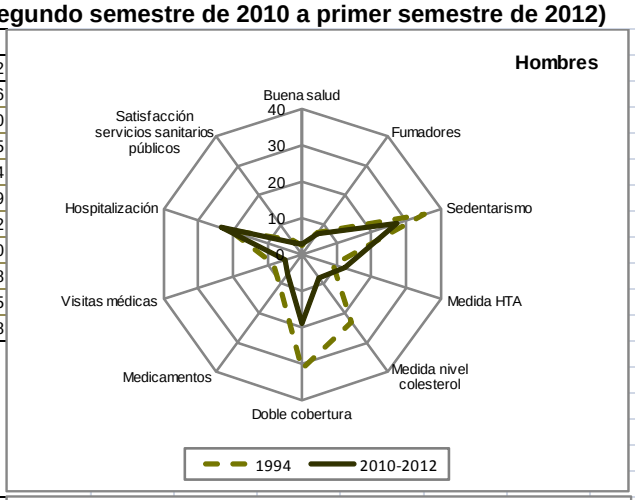


Estandarización por edad según método directo. Población tipo, el 1 de enero de 2012, según el Registro de población del Idescat.
* Proporciones no estandarizadas, específicas del grupo de edad de 50 a 69 años.
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 1994, 2002, 2006, 2010, 2011 y 2012. Departamento de Salud.

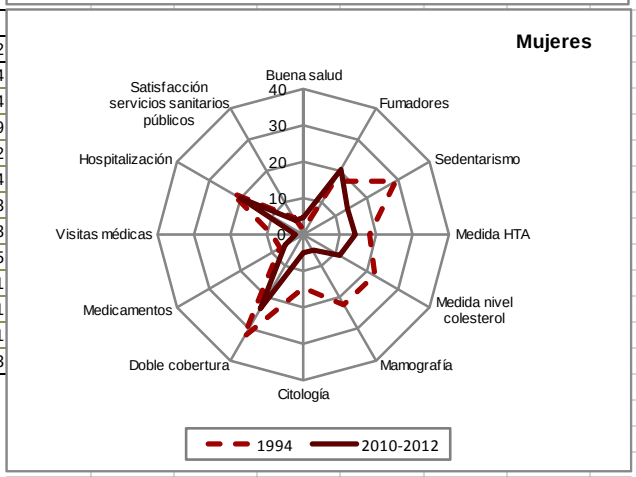
En cuanto a la evolución temporal de las **diferencias territoriales** de los indicadores seleccionados, por regiones sanitarias y sexo, en este período de 18 años del análisis del coeficiente de variación (%) de las tasas estandarizadas por regiones sanitarias muestra que en buena parte de los indicadores se han reducido las diferencias y, por tanto, hay más homogeneidad entre las regiones (gráfico 26).

Gráfico 26. Evolución de las diferencias territoriales (entre regiones sanitarias) de los indicadores seleccionados, por sexo, 1994 y 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012)

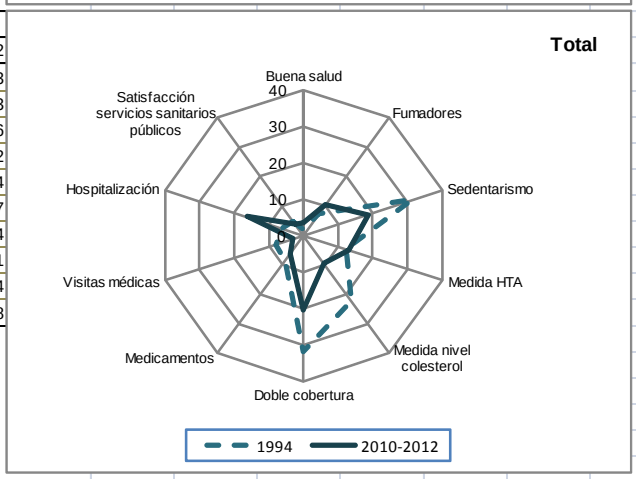
Dimensiones	Variables	Hombres	
		1994	2010-2012
Estado de salud	Buena salud	2,3	2,6
Estilos de vida	Fumadores	7,4	7,0
	Sedentarismo	35,4	27,5
Actividades preventivas	Medida HTA	9,1	12,4
	Medida nivel colester	23,2	7,9
Utilización de servicios sanitarios	Doble cobertura	31,6	19,2
	Medicamentos	10,6	7,0
	Visitas médicas	8,3	4,8
	Hospitalización	21,2	23,5
	Satisfacción servicios	4,6	3,8



Dimensiones	Variables	Mujeres	
		1994	2010-2012
Estado de salud	Buena salud	1,3	4,4
Estilos de vida	Fumadores	16,9	20,4
	Sedentarismo	29,3	13,9
Actividades preventivas	Medida HTA	18,0	14,2
	Medida nivel colester	22,5	11,4
	Mamografía	22,2	5,3
	Citología	14,8	5,3
Utilización de servicios sanitarios	Doble cobertura	32,8	23,5
	Medicamentos	7,7	6,1
	Visitas médicas	8,8	2,1
	Hospitalización	22,6	20,1
	Satisfacción servicios	5,1	4,3



Dimensiones	Variables	Total	
		1994	2010-2012
Estado de salud	Buena salud	1,5	3,3
Estilos de vida	Fumadores	7,4	10,3
	Sedentarismo	31,6	18,6
Actividades preventivas	Medida HTA	12,4	13,2
	Medida nivel colester	22,2	9,4
Utilización de servicios sanitarios	Doble cobertura	31,9	20,7
	Medicamentos	8,5	6,4
	Visitas médicas	8,0	3,1
	Hospitalización	6,0	16,4
	Satisfacción servicios	4,8	3,8



Aumenta la variabilidad relativa entre regiones sanitarias.
Disminuye la variabilidad relativa entre regiones sanitarias.
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 1994 y 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012). Departamento de Salud.

Segunda parte

- **Qué hace el sistema de salud**

12. Qué hace el sistema de salud

El sistema sanitario de Cataluña debe atender las necesidades de salud de más de 7,5 millones de habitantes. Prácticamente la totalidad de la población, el 99,3% en el año 2012, tiene derecho a la asistencia sanitaria pública.

Como en otros países de todo el mundo, el sistema sanitario catalán está sufriendo los efectos de la crisis económica y recibiendo el impacto del aumento constante de la demanda y de los costes originados en buena parte por el envejecimiento de la población, el importante y creciente peso de las patologías crónicas y los progresos tecnológicos con nuevas herramientas diagnósticas y de tratamiento. Estas circunstancias han tensionado el sistema de salud y la situación obliga a introducir cambios que son imprescindibles para garantizar la sostenibilidad de un sistema sanitario público, universal, accesible, equitativo y de calidad y con la capacidad para responder a las nuevas necesidades de salud. El Plan de salud de Cataluña 2011-2015 es la respuesta que vertebra las actuaciones públicas en materia de salud en Cataluña, la hoja de ruta y el compromiso explícito del Gobierno de la Generalitat para conseguir la transformación necesaria del sistema de salud. El Plan se estructura en tres ejes.

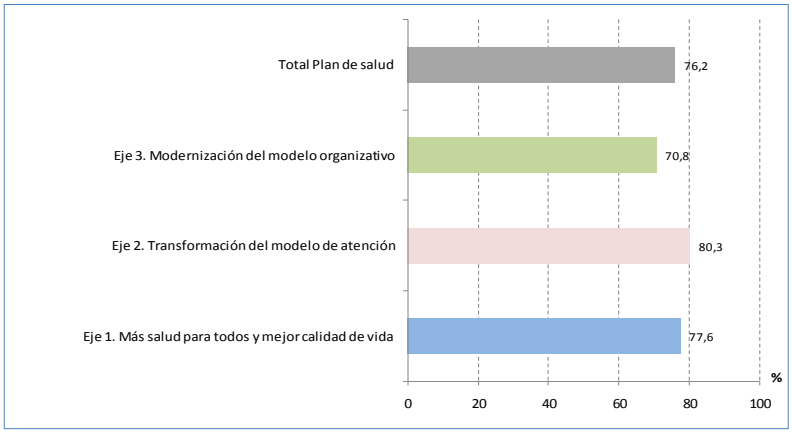
El **primer eje** plantea 27 objetivos de salud para afrontar los problemas de salud prioritarios, e incluye proyectos estratégicos como los planes directores (cardiovascular, cáncer, respiratorio, salud mental, locomotor y sociosanitario) y la seguridad clínica de los pacientes atendidos en los centros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

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

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

Estos ejes se articulan en 9 líneas de actuación y 33 proyectos (anexo 5). El gráfico 27 resume el porcentaje de consecución de las actuaciones previstas para el año 2012, que se sitúa en el 76,2% para el conjunto de las líneas de actuación previstas en el Plan de salud 2011-2015.

Gráfico 27. Porcentaje de logro de las actuaciones previstas para el año 2012



Fuente: Pla de salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud.

12.1 Seguimiento de los objetivos de salud del Plan de salud 2011-2015

El Plan de salud 2011-2015 establece el compromiso de hacer el seguimiento anual de la evolución de los indicadores de evaluación de los 27 objetivos de salud fijados. Es esencial conocer si se avanza en la dirección y con la intensidad de cambio adecuada para alcanzar el nivel comprometido en el horizonte temporal previsto. Hay que valorar la importancia de concretar las aspiraciones en cuanto a resultados de salud en forma de objetivos explícitos y medibles. En primer lugar, porque permite ver si se avanza en la dirección deseada y, en segundo lugar, porque añade más transparencia a la evaluación y a la rendición de cuentas. En el documento ***Marcant fites***[13] se señala el punto de partida de los indicadores para cada objetivo de salud establecidos en el Plan y el nivel a alcanzar, a la vez que introduce elementos de comparación con el Estado español y la Unión Europea. El horizonte temporal varía según la naturaleza del objetivo y se sitúa, en general, en el año 2015 para los objetivos de disminución de riesgo y en 2020 para los que se evalúan en términos de mortalidad y morbilidad.

Se presenta la actualización de los valores de los indicadores fijados para cada objetivo.[a] Se ha valorado si se avanza en la dirección y con la intensidad de cambio deseado a partir de la diferencia entre el valor del indicador observado en 2013 y su valor estimado mediante una tendencia lineal entre el punto de referencia (línea basal del año 2012) y el valor a alcanzar, según la naturaleza del objetivo, en 2015 o en 2020 (gráfico 28 y tabla 6). En este sentido y si se mantiene la tendencia:

[a] El año de referencia de los valores de seguimiento de cada indicador son los últimos disponibles en fecha de mayo de 2013. Así, corresponden a enero de 2013 cuando la fuente de información es el SISAP-ICS; a 2012, para la ESCA, el CMBDHA y algunos indicadores del VINCat; a 2011, para otros indicadores del VINCat y el RMC; y al seguimiento de la cohorte 2000-2004 en la supervivencia del cáncer.

Se alcanzarán:

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

La reducción de las tasas de mortalidad por las enfermedades del aparato circulatorio, mortalidad por cáncer, mortalidad por las enfermedades mentales, mortalidad por las enfermedades isquémicas del corazón, mortalidad por ictus y mortalidad por cáncer de mama (objetivos 2, 3, 6, 7, 8 y 9).

El incremento de la supervivencia por cáncer a los cinco años (objetivo 4).

La disminución de la incidencia de la fractura de cuello de fémur y de la prevalencia del tabaquismo (objetivos 12 y 14).

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

Ya se han logrado:

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

Se debe intensificar el ritmo para alcanzar:

El objetivo de reducción de la proporción de ingresos por ICC (objetivo 22).

La reducción de la mortalidad por las enfermedades respiratorias, el cáncer colorectal y el suicidio (objetivos 5, 10 y 11 respectivamente).

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

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

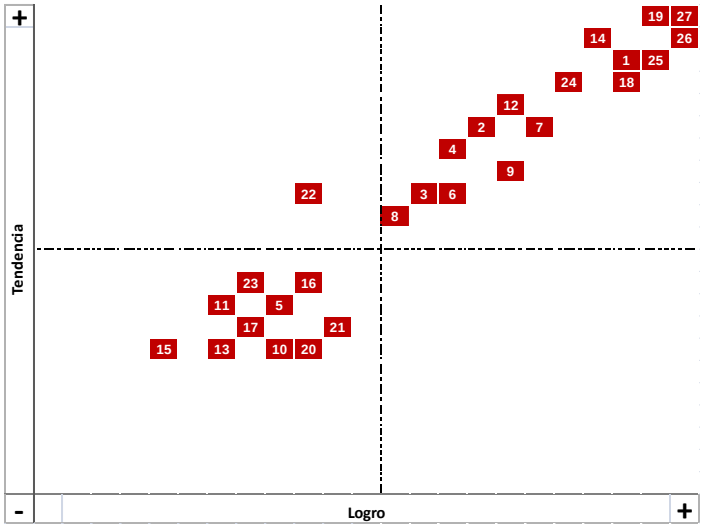
El aumento de la prevalencia de la práctica de actividad física saludable (objetivo 16).

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

La reducción de los reingresos a los 30 días para la diabetes y EPOC (objetivos 20 y 21).

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

Gráfico 28. Seguimiento anual de los objetivos. 2013



Fuente: Servicio del Plan de Salud. Elaboración propia. Departamento de Salud.

Tabla 6. Seguimiento de 2013 de los objetivos del Plan de salud de Cataluña 2011-2015

Núm.	Objetivo *Indicador*		Punto de referencia	2012	Objetivo 2020	Valoración
De aquí al año 2020 hay que...						
1	Aumentar en un 5% la proporción de esperanza de vida vivida en buena salud en hombres y en mujeres *Cociente entre la esperanza de vida con buena salud y la esperanza de vida por sexo (%)*	Hombres	82,3	85,9	86,4	+++
		Mujeres	74,1	76,8	77,8	+++
		Total	78,0	81,1	81,9	+++
2	Reducir en un 20% la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades del aparato circulatorio*	Hombres	202,4	189,6	161,9	+++
		Mujeres	124,4	115,5	99,5	+++
		Total	158,6	147,7	126,8	+++
3	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por cáncer *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de cáncer*	Hombres	275,3	270,1	247,8	+++
		Mujeres	125,6	123,2	113,0	+++
		Total	189,5	186,3	170,6	+++
4	Incrementar en un 15% la tasa de supervivencia por cáncer a los cinco años *Supervivencia relativa por cáncer a los 5 años (%)*	Hombres	46,0	50,3	52,9	+++
		Mujeres	56,4	60,9	64,9	+++
		Total	50,2	*ND*	57,7	*ND*
5	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades del sistema respiratorio*	Hombres	87,6	86,6	78,8	-----
		Mujeres	31,2	32,1	28,1	-----
		Total	53,3	53,5	48,0	-----
6	Reducir en un 10% la tasa de mortalidad por enfermedades mentales *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades mentales*	Hombres	24,7	24,0	22,2	+++
		Mujeres	24,0	23,3	21,6	+++
		Total	24,6	24,0	22,1	+++
7	Reducir la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en un 15% *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades isquémicas del corazón*	Hombres	71,3	63,5	60,6	+++
		Mujeres	26,8	24,2	22,8	+++
		Total	45,8	40,7	38,9	+++
8	Reducir la tasa de mortalidad por ictus en un 15% *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de las enfermedades cerebrovasculares*	Hombres	41,6	40,8	35,3	+
		Mujeres	30,6	29,5	26,0	+
		Total	35,4	34,3	30,1	+
9	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en un 10% *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de tumor maligno de mama*	Hombres	0,3	0,3	0,3	+
		Mujeres	21,4	19,5	19,2	+++
		Total	11,9	10,9	10,7	+++
10	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal en un 5% *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de tumor maligno colorrectal*	Hombres	36,5	36,5	34,7	-----
		Mujeres	17,1	17,3	16,2	-----
		Total	25,3	25,4	24,1	-----
11	Mantener por debajo del nivel actual la tasa de mortalidad por suicidio *Tasa de mortalidad por 100.000 h. estandarizada por edad de suicidios y autolesiones*	Hombres	8,5	8,9	< 8,5	-----
		Mujeres	2,4	2,9	< 2,4	-----
		Total	5,3	5,7	< 5,3	-----
12	Reducir la incidencia de la fractura de cuello de fémur en un 10% en las persones entre 65 años y más *Tasa de ingreso hospitalario por 10.000 h. estandarizada por edad por fractura de cuello de fémur en población de 65 años y más*	Hombres	48,7	43,9	43,9	+++
		Mujeres	83,2	79,8	74,9	+++
		Total	70,5	66,2	63,4	+++
13	Reducir en un 10% las amputaciones en personas con diabetes de 45 a 74 años *Tasa de amputaciones por 10.000 h. en personas en diabetes de 45 a 74 años*	Hombres	39,5	43,3	35,6	-----
		Mujeres	10,8	11,0	9,7	-----
		Total	27,4	29,0	24,7	-----

+++: Tendencia e intensidad del cambio correctas.
+: Tendencia correcta pero intensidad del cambio baja.
---: Tendencia contraria a la deseada.

ND: no está disponible.
NP: no es procedente.

Núm.	Objetivo *Indicador*		Punto de referencia	2012	Objetivo 2015	Valoración
De aquí al año 2015 hay que...						
14	Reducir la prevalencia de tabaquismo por debajo del 28% *Prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15 años y más (%)*	Hombres	35,8	34,2	*NP*	*NP*
		Mujeres	23,4	22,9	*NP*	*NP*
		Total	29,5	28,5	< 28,0	+++
15	Reducir la prevalencia de sedentarismo por debajo del nivel de 2010 *Prevalencia de sedentarismo en población de 18 a 74 años (%)*	Hombres	15,4	16,4	< 15,5	-----
		Mujeres	18,3	19,2	< 18,7	-----
		Total	16,8	17,8	< 17,1	-----
16	Incrementar en un 10% la proporción de personas adultas que siguen las recomendaciones de actividad física saludable por semana *Prevalencia de actividad física saludable (moderada y alta del IPAQ) en población de 15 a 69 años (%)*	Hombres	74,1	72,1	81,5	-----
		Mujeres	69,0	68,9	75,9	-----
		Total	71,6	70,5	78,8	-----
17	Reducir la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en la población por debajo de los niveles de 2010 *Prevalencia de exceso de peso declarado en población de 18 a 74 años (%)*	Hombres	57,4	57,7	< 56,6	-----
		Mujeres	41,5	40,1	< 38,2	+++
		Total	49,5	49,0	< 47,4	-----
18	Incrementar en un 15% la proporción de pacientes hipertensos atendidos en la APS con valores de PA < 140/90 mmHg *Porcentaje de pacientes hipertensos atendidos en la atención primaria con valores de PA < 140/90 mmHg (%)*	Total	63,3	68,3	72,8	+++
19	Incrementar en un 15% la proporción de pacientes de 35 a 74 años atendidos en la APS con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular *Porcentaje de pacientes de 35 a 74 años atendidos en atención primaria con cifras de colesterolemia > 200 mg/dl con valoración del riesgo cardiovascular (%)*	Total	84,0	88,3	96,6	+++
20	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con diabetes *Porcentaje de pacientes con diabetes con reingreso a los 30 días (%)*	Total	5,5	5,9	4,7	-----
21	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) *Porcentaje de pacientes con EPOC con reingreso a los 30 días (%)*	Total	17,1	18,1	14,5	-----
22	Reducir en un 15% la proporción de los reingresos a los 30 días en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) *Porcentaje de pacientes con ICC con reingreso a los 30 días (%)*	Total	15,5	15,4	13,2	+
23	Reducir la tasa media de prevalencia de la infección nosocomial global por debajo del 7% *Prevalencia de infección nosocomial global (%)*	Total	7,0	7,5	< 7,0	-----
24	Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de rodilla por debajo del 3,5% *Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de prótesis de rodilla (%)*	Total	3,0	2,5	< 3,5	+++
25	Reducir la tasa de infección quirúrgica en prótesis de cadera por debajo del 3% *Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de prótesis de cadera (%)*	Total	2,8	2,5	< 3,0	+++
26	Disminuir la tasa de infección quirúrgica en cirugía colorrectal por debajo del 21% *Tasa global de incidencia de infección de localización quirúrgica (ILQ) en cirugía programada de colon y recto (%)*	Total	20,6	19,1	< 21,0	+++
27	Reducir la tasa media de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica por debajo de 12 episodios por 1.000 días de ventilación *Densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica*	Total	5,6	5,0	< 12	+++

+++: Tendencia e intensidad del cambio correctas.
+: Tendencia correcta pero intensidad del cambio baja.
---: Tendencia contraria a la deseada.

ND: no está disponible.
NP: no es procedente.

12.2 El Plan interdepartamental de salud pública

El Plan interdepartamental de salud pública (PINSAP) es la herramienta de gobierno para las acciones de salud pública en el marco de las políticas que desarrollan todos los departamentos del Gobierno de Cataluña. Su finalidad principal es movilizar y responsabilizar a los diversos ámbitos y estructuras de la Administración pública catalana para mejorar la salud de la población mediante la intervención sobre sus principales determinantes, tanto estructurales como individuales. Este enfoque toma entre sus referencias la teoría que afirma que la salud está determinada por una amplia gama de factores sociales, económicos y estilos de vida, además de la herencia y los servicios sanitarios.

Figura 1. Modelo Dahlgren y Whitehead

La formulación del PINSAP es la tarea principal que debe desarrollar la Comisión Interdepartamental de Salud, aprobada por Acuerdo de Gobierno de 20 de noviembre de 2012, y que toma como modelo las directrices de la estrategia Salud a todas las políticas, impulsada por la Organización Mundial de la Salud a partir de 2004.

En este sentido, la línea inicial prioritaria de intervención planteada por el PINSAP tiene como objetivo la mejora de las condiciones de vida y la disminución de las desigualdades en salud, a partir de la intervención sobre una serie de determinantes sociales y económicos escogidos, lo que implica impulsar e implementar actividades intersectoriales con efectos sobre la salud comunitaria e individual.

Esta propuesta de acciones sobre los determinantes de salud priorizados se acompaña del correspondiente sistema de indicadores dirigidos a estudiarlos y evaluarlos. Durante el año 2013, se elaborará y aprobará el PINSAP para el período que llega hasta 2015 y se iniciarán las políticas interdepartamentales que se prioricen.

Tercera parte

- **Por una red asistencial más accesible que optimiza los recursos y mejora los resultados**

13. Por una red asistencial más accesible que optimiza los recursos y mejora los resultados

13.1 El caso del Código infarto

El Código infarto es un protocolo de actuación urgente que comprende la activación de una serie de dispositivos asistenciales que permiten la atención preferente en la fase aguda de la enfermedad cuando un paciente es sospechoso de tener un infarto y es candidato a reperfusión inmediata. En el caso de la atención coordinada en el infarto con elevación del segmento ST, objeto del Código infarto, el tratamiento que preferentemente indican las guías de práctica clínica es la angioplastia primaria.

El Código infarto ha supuesto un cambio en el esquema de la atención altamente especializada del infarto gracias al consenso entre los agentes implicados. Con este protocolo se estructura la atención en una red que integra diferentes niveles asistenciales en que dispositivos y profesionales trabajan conjuntamente y coordinadamente para ofrecer al ciudadano los mejores resultados. Gracias al Código infarto, los servicios y tratamientos se acercan a los ciudadanos y aumenta su accesibilidad al sistema de salud. A partir del funcionamiento en red se consigue hacer llegar a todo el territorio los recursos disponibles.

Los rasgos identificativos del Código infarto radican principalmente en la importancia de los cambios organizativos por encima de los estructurales. Para llevarlos a cabo, ha sido necesario crear una red de recursos físicos y humanos para reorganizar los flujos y las relaciones entre los agentes y establecer las responsabilidades y los compromisos correspondientes. Se han creado tres estructuras organizativas formadas por profesionales asistenciales y de la Administración, que permiten dotar a la red de mecanismos de control y seguimiento, y espacios de debate y consenso entre las partes implicadas, con una marcada participación de los profesionales. Se han aprovechado estos espacios para crear proximidad a las sensibilidades y necesidades de los profesionales de todo el territorio y para encontrar las vías de comunicación más efectivas en este ámbito. Con el objetivo de conocer el estado de salud del ciudadano atendido por el sistema sanitario y mejorar los resultados de la atención, se han realizado encuestas de seguimiento telefónico a través del servicio 061 CatSalud Responde a las personas que han sufrido un infarto y han recibido atención hospitalaria según los datos facilitados por el Registro del Código infarto.

La formalización de este consenso dentro de un marco normativo ha materializado a través de una normativa del CatSalud (Instrucción 04/2009) dirigida a los proveedores y al Sistema de Emergencias Médicas (SEM). Esta normativa regula la sectorización de la atención a los pacientes que son candidatos a una angioplastia primaria según el Código infarto. Los rasgos más relevantes a destacar son:

- Obtención de un acuerdo formal para la creación de un protocolo de actuación ordenada y coordinada entre los diferentes agentes y niveles asistenciales. La acción concertada que

representa la implementación del Código infarto ha contribuido a mejorar la cooperación con las partes implicadas y ha requerido la cooperación y el consenso entre la Administración sanitaria representada por el Departamento de Salud y el CatSalud, los proveedores tanto en el ámbito de atención hospitalaria como primaria, el SEM y las sociedades científicas que representan a los profesionales implicados en la atención de los pacientes.

- Cambio en el centro de decisión, que pasa del profesional especialista en cardiología, u otro profesional médico que haga el primer contacto médico, al profesional médico del SEM, que adquiere un papel central en la toma de decisiones dado que coordina todo el proceso asistencial.
- Sectorización del territorio, que define, de forma unívoca, un destino predeterminado para cada paciente, dependiendo del lugar y el momento en que se produjo el infarto. Esta estructuración permite acortar los tiempos intermedios en los que interviene cada agente asistencial y no se cuestiona la decisión de ninguno de ellos.
- Diseño de un plan funcional por parte de los hospitales de referencia de infarto que establezca claramente los circuitos a seguir para que el paciente al que se ha activado un Código infarto no sea admitido en las urgencias hospitalarias y sea tratado inmediatamente en la sala de hemodinámica en los casos en que el paciente sea atendido en primera instancia por el SEM. En el caso de que el paciente acuda al centro por sus propios medios, es necesario disponer de un circuito de dolor torácico ágil que permita el cribado del paciente, la activación del Código y la inmediata derivación a la unidad de hemodinámica del hospital.
- Obligatoriedad de aceptación del Código infarto por parte del hospital de referencia de infarto.
- Obligatoriedad de devolver al paciente tratado y estabilizado al centro de origen o a la unidad de cuidados intensivos o intermedios más cercana al domicilio, para evitar sobrecarga del hospital de infarto. El responsable de la coordinación de este proceso es el SEM.
- Creación de un registro en línea de variables clínicas y epidemiológicas de todos los pacientes que han sido atendidos a través del Código infarto. Los resultados se comparten regularmente y periódicamente con los proveedores declarantes en el seno de la Comisión de Seguimiento.
- Obligatoriedad de declarar los casos de activación del Código infarto por parte de los 10 hospitales de la red.

El Código infarto es un programa sometido a un proceso de evaluación continua a partir de los datos que ofrece el mismo sistema de información y seguimiento. Los resultados alcanzados muestran en el aspecto cualitativo una mejora en todos los indicadores de resultados del Código en sus más de tres años de puesta en marcha.

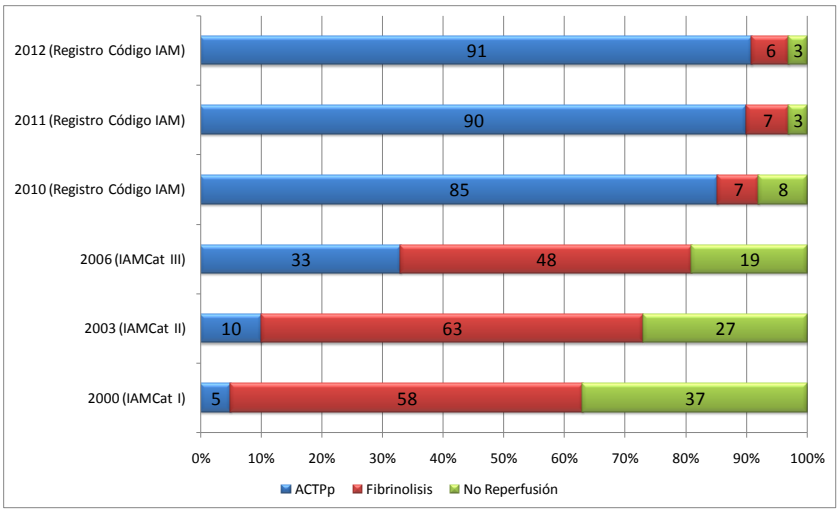
Se incrementa la proporción de pacientes con infarto que reciben algún tipo de reperfusión gracias al establecimiento de la asistencia protocolizada y coordinada del tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST) a partir del Código

infarto. Entre los tratados con reperfusión, la angioplastia primaria destaca como tratamiento mayoritario, de acuerdo con las instrucciones establecidas en la normativa del programa (gráfico 29).

La mejora de los indicadores asistenciales de tiempo del Código infarto desde la puesta en marcha el 1 de junio de 2009 es otro de los resultados destacables. Como fruto del seguimiento de los resultados de los 10 hospitales participantes en la red, se observa una mejora notable en la reducción de los tiempos de reacción en lo que respecta especialmente al sistema sanitario, es decir desde la primera asistencia médica en los años 2010 y 2011. Gracias a esta evaluación ha sido posible optimizar los resultados en todos los tramos de este proceso asistencial, aunque los indicadores son aún variables en relación con la efectividad de los diferentes agentes asistenciales en la rapidez de actuación, y hay una tendencia a la estabilización en cuanto a la administración de los tratamientos (sobre todo en cuanto a la angioplastia primaria en los laboratorios de hemodinámica de los hospitales de Código infarto) (gráficos 30 y 31).

Una vez más, hay que destacar la importancia de la protocolización del proceso asistencial en el IAMEST, que supone una asignación unívoca de los papeles de los agentes asistenciales en cada punto y en cada momento de este proceso. En este sentido, los resultados del Código infarto de los años 2010 y 2011 muestran un incremento del porcentaje de pacientes que son atendidos dentro de los estándares asistenciales recomendados, que establecen que entre la primera asistencia o primer contacto médico y la apertura de la arteria no deben pasar más de 120 minutos. Los indicadores muestran que el SEM y los hospitales de Código infarto son los que ofrecen unos indicadores de tiempo más cortos cuando actúan en primera asistencia. Este hecho provoca que el porcentaje de pacientes que actualmente cumplen este criterio de tiempo sea marcadamente superior respecto al del porcentaje de los pacientes atendidos en primera instancia por los hospitales comarcales o los centros de atención primaria (gráficos 32 y 33).

Gráfico 29. Evolución de la reperfusión en los pacientes con IAMEST. Cataluña, 2000-2012



Fuente: Registro del Código infarto de Cataluña, 2000-2012. Departamento de Salud.

Gráficos 30 y 31. Evolución del tiempo asistencial en el Código infarto. Cataluña, 2010-2011

Gráfico 30. Cataluña, 2010

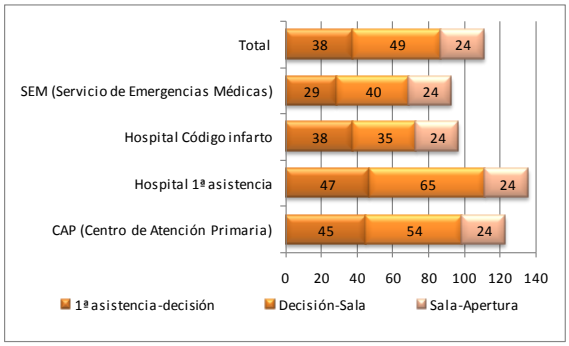
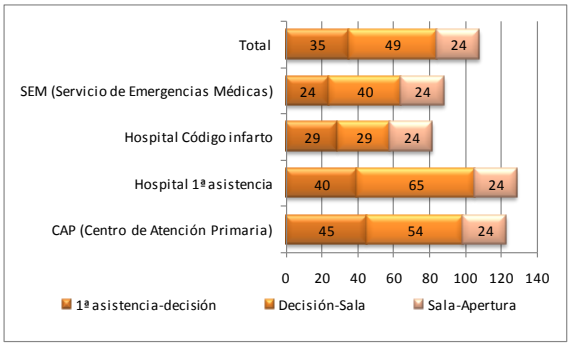


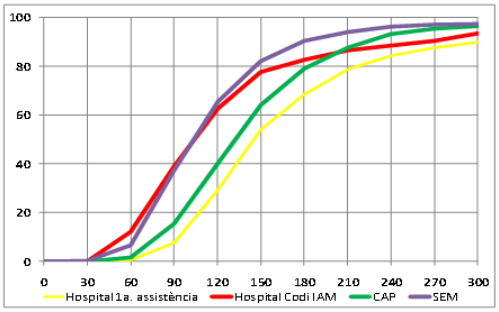
Gráfico 31. Cataluña, 2011



Fuente: Registro del Código infarto de Cataluña, 2010-2011. Departamento de Salud.

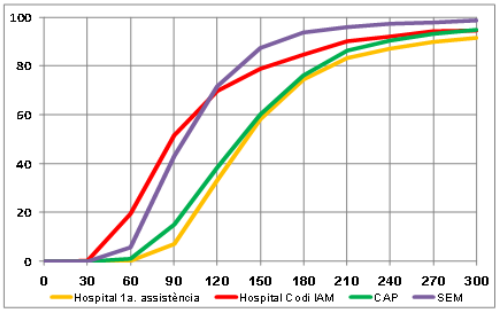
Gráficos 32 y 33. Porcentaje de tiempo acumulado (en minutos) entre la primera asistencia y la abertura de la arteria según el lugar de la primera asistencia en el Código infarto. Cataluña, 2010-2011

Gráfico 32. Cataluña, 2010



Fuente: Registro del Código infarto de Cataluña, 2010. Departamento de Salud.

Gráfico 33. Cataluña, 2011



Fuente: Registro del Código infarto de Cataluña, 2011. Departamento de Salud.

A la luz de estos resultados, se ejemplifica la importancia de la protocolización de los procesos asistenciales que requieren una actuación urgente y efectiva. Este hecho radica principalmente en el peso de los cambios organizativos y el establecimiento de alianzas y acuerdos entre los agentes de salud, como motores impulsores de las metas alcanzadas, por encima de las reformas o inversiones estructurales. Este es uno de los valores añadidos del programa con miras a la extrapolación del modelo a otras situaciones de emergencia que requieran la actuación ordenada, coordinada y estandarizada de los servicios de salud y de sus profesionales para hacerlos accesibles al ciudadano. Parece razonable, pues, que, en términos de eficiencia y ahorro y ante un contexto de restricción de recursos, la organización, la optimización y la racionalización de los recursos existentes puedan ser una solución innovadora, y hasta ahora efectiva, para mejorar los procesos asistenciales y para hacer accesibles a los ciudadanos estos servicios sanitarios.

Anexos

- **Anexo 1. Indicadores medioambientales**
- **Anexo 2. Evolución del presupuesto per cápita anual, 2003-2012. Departamento de Salud, CatSalud e ICS**
- **Anexo 3. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012**
- **Anexo 4. Indicadores de la ESCA, por sexo. Cataluña, 2006 y 2011-2012**
- **Anexo 5. Seguimiento de la ejecución del Plan de salud: porcentaje de logro por líneas de actuación y por proyectos**
- **Anexo 6. Índice de figuras, gráficos y tablas**

Anexo 1. Indicadores medioambientales

Calidad del aire

- La concentración de las partículas en suspensión de diámetro inferior a 10 micras (PM10) muestra una tendencia a la disminución de los niveles en Cataluña. Durante el año 2012 no se ha superado el valor límite anual pero sí que se ha sobrepasado el número de superaciones permitidas del valor límite diario en 9 puntos del territorio. Estos puntos son de las zonas de calidad del aire 1 (Área de Barcelona), 2 (Vallès – Baix Llobregat), 6 (Plana de Vic), 8 (comarcas de Girona) y 15 (Terres de l'Ebre).

- En cuanto al ozono troposférico, a lo largo del 2012 se han registrado 71 horas de superación del umbral de información a la población. Estos valores son ligeramente superiores a la media de los últimos años. Las superaciones se han producido en 13 de los 49 puntos de medición. Las zonas de calidad del aire en que se ha superado el umbral de información a la población son el Área de Barcelona, Camp de Tarragona, Plana de Vic, comarcas de Girona, Alt Llobregat y Prepirineu. Por otra parte, no se ha producido ninguna superación del umbral de alerta durante el año 2012.

- Respecto al dióxido de nitrógeno, durante el año 2012 se han producido superaciones del valor límite anual en las zonas de calidad del aire 1 y 2. En la zona de calidad del aire 1 se ha superado el 33% de los puntos de medición, y en la zona de calidad del aire 2 en el 58% de los puntos de medición. La tendencia en los últimos diez años de las concentraciones medias anuales es estable, con una ligera tendencia a disminuir.

Fuente: Informe sobre la calidad del aire en Cataluña. Año 2012. Dirección General de Calidad Ambiental del Departamento de Territorio y Sostenibilidad.

Aguas de consumo humano

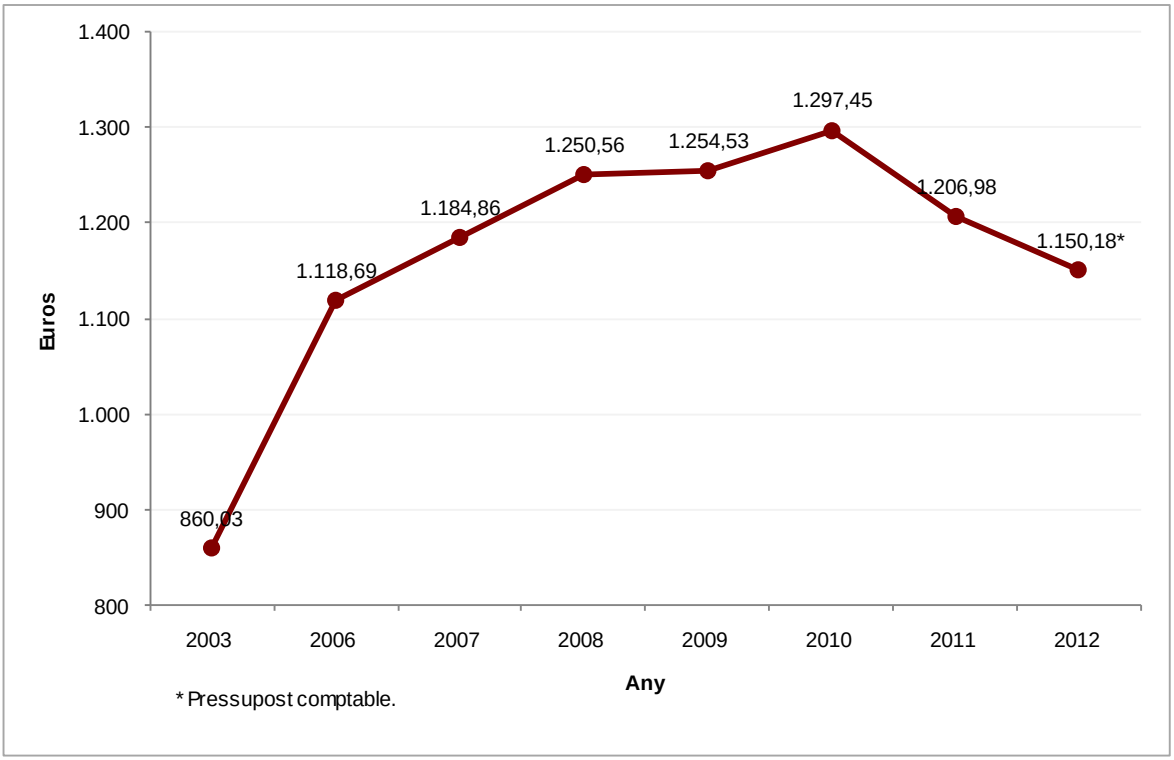
- Los resultados de las analíticas realizadas muestran un grado de cumplimiento normativo elevado de la calidad del agua de consumo humano de las diferentes redes y zonas de abastecimiento de Cataluña.

- En relación con los contaminantes microbiológicos, solo se detectan superaciones de algunos parámetros en situaciones puntuales y principalmente en núcleos de población pequeños.

- En cuanto a los parámetros fisicoquímicos, un 86,07% de las zonas muestreadas cumplen los valores paramétricos establecidos en la normativa vigente para los parámetros determinantes de la aptitud del agua. Los parámetros que han mostrado más superaciones son los nitratos, seguidos del flúor y el arsénico.

Fuente: Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2011. Departamento de Salud.

Anexo 2. Evolución del presupuesto per cápita anual, 2003-2012. Departamento de Salud, CatSalud e ICS



Presupuesto DS/CatSalud/ICS 2012: 8.756.205.900,65€
Población TSI 2011 (corte oficial 2011): 7.612.890 personas

Fuente: Servicio Catalán de la Salud, 2013. Departamento de Salud.

Anexo 3. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012

Hombres							
15 a 44 años		45 a 64 años		65 a 74 años		75 años y más	
Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	15,6%	Presión alta	34,8%	Presión alta	53,4%	Presión alta	55,2%
Alergias crónicas	14,9%	Colesterol elevado	30,8%	Artrosis, artritis o reumatismo	41,7%	Problemas de próstata	54,0%
Migraña o dolor de cabeza frecuentes	10,4%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	28,2%	Colesterol elevado	37,8%	Artrosis, artritis o reumatismo	53,0%
Artrosis, artritis o reumatismo	9,7%	Artrosis, artritis o reumatismo	22,2%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	33,0%	Cataratas	47,2%
Colesterol elevado	9,4%	Dolor de espalda crónico cervical	16,3%	Problemas de próstata	29,2%	Colesterol elevado	42,0%
Dolor de espalda crónico cervical	9,4%	Depresión / ansiedad	15,3%	Cataratas	23,4%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	36,3%
Depresión / ansiedad	8,8%	Hemorroides	15,1%	Dolor de espalda crónico cervical	19,3%	Diabetes	34,3%
Presión alta	7,4%	Mala circulación de la sangre	11,4%	Mala circulación de la sangre	18,7%	Mala circulación de la sangre	31,2%
Asma	6,6%	Alergias crónicas	11,2%	Hemorroides	17,0%	Dolor de espalda crónico cervical	28,1%
Hemorroides	6,3%	Diabetes	10,2%	Alergias crónicas	14,8%	Otras enfermedades del corazón	26,1%
Problemas crónicos de la piel	5,0%	Migraña o dolor de cabeza frecuentes	10,0%	Depresión / ansiedad	14,3%	Incontinencia urinária	21,3%

Mujeres							
15 a 44 años		45 a 64 años		65 a 74 años		75 años y más	
Migraña o dolor de cabeza frecuentes	23,1%	Artrosis, artritis o reumatismo	45,7%	Artrosis, artritis o reumatismo	58,4%	Artrosis, artritis o reumatismo	73,3%
Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	19,6%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	41,5%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	57,5%	Presión alta	68,2%
Anémia	19,2%	Dolor de espalda crónico cervical	41,4%	Presión alta	51,8%	Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal	58,4%
Dolor de espalda crónico cervical	19,1%	Varices en las piernas	35,5%	Dolor de espalda crónico cervical	50,3%	Cataratas	55,0%
Alergias crónicas	16,3%	Depresión / ansiedad	33,8%	Colesterol elevado	47,7%	Mala circulación de la sangre	48,8%
Depresión / ansiedad	13,3%	Migraña o dolor de cabeza frecuentes	31,2%	Varices en las piernas	40,6%	Dolor de espalda crónico cervical	47,2%
Mala circulación de la sangre	13,2%	Colesterol elevado	29,1%	Depresión / ansiedad	34,8%	Varices en las piernas	45,4%
Artrosis, artritis o reumatismo	12,4%	Presión alta	26,5%	Mala circulación de la sangre	32,9%	Incontinencia urinária	39,1%
Varices en las piernas	11,7%	Mala circulación de la sangre	25,1%	Osteoporosis	29,4%	Colesterol elevado	38,8%
Hemorroides	8,3%	Anémia	24,0%	Alergias crónicas	24,2%	Depresión / ansiedad	36,3%
Colesterol elevado	7,4%	Hemorroides	23,5%	Hemorroides	23,7%	Restreñimiento crónico	34,1%

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2012. Departamento de Salud..

Anexo 4. Indicadores de la ESCA, por sexo. Cataluña 2006 y 2011-2012

			ESCA 2006	IC95%	ESCA 2011-2012	IC95%	
Estado de salud	Población con percepción de buena salud (excelente, muy buena o buena) (0+)	H	83,4%	(82,6-84,2)	85,6%	(84,6-86,6)	▲
		M	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)	▲
	Población de 18-74 años con sobrepeso	H	43,9%	(42,7-45,1)	42,8%	(41,1-44,5)	
		M	28,0%	(26,9-29,1)	28,0%	(26,4-29,6)	
		T	36,0%	(35,2-36,8)	35,5%	(34,3-36,7)	
	Población de 18-74 años con obesidad	H	13,0%	(12,2-13,8)	14,8%	(13,6-16,0)	
		M	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)	
	Población de 18-74 años con exceso de peso	H	56,9%	(55,7-58,1)	57,6%	(55,9-59,3)	
		M	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)	
	Población que en el momento de la entrevista tiene riesgo de padecer trastorno mental (Goldberg) (15+)	H	7,6%	(7,0-8,1)	8,4%	(7,5-9,3)	
		M	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)	
	Población que declara padecer o haber padecido algún trastorno crónico de la lista de 28 (15+)	H	71,6%	(70,6-72,6)	71,6%	(70,2-73,0)	
		M	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)	
	Padecer o haber padecido 4 o más trastornos crónicos (15+)	H	24,4%	(23,5-25,3)	32,0%	(30,5-33,5)	
		M	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)	
	Población que ha restringido sus actividades habituales el último año (15+)	H	13,7%	(12,9-14,5)	12,1%	(11,1-13,1)	
		M	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)	▼
	Población con alguna limitación grave o discapacidad que le afecta de manera permanente para sus actividades cotidianas (15+)	H	14,0%	(13,2-14,8)	12,9%	(11,9-13,9)	
		M	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)	▼
	Población que tiene problemas para caminar (EuroQol) (15+)*	H	11,1%	(10,4-11,8)	10,3%	(9,3-11,3)	
		M	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)	▼
	Población que tiene problemas para lavarse o vestirse sola (EuroQol) (15+)*	H	3,7%	(3,3-4,1)	3,5%	(2,9-4,1)	
		M	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)	
	Población que tiene problemas para hacer sus actividades cotidianas (EuroQol) (15+)*	H	8,2%	(7,6-8,8)	7,0%	(6,2-7,8)	
		M	16,8%	(16,0-17,6)	13,6%	(12,5-14,7)	▼
		T	12,6%	(12,1-13,1)	10,4%	(9,7-11,1)	▼
	Población que tiene dolor o malestar (EuroQol) (15+)*	H	24,9%	(23,9-25,9)	19,9%	(18,7-21,1)	▼
		M	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)	▼
	Población que tiene ansiedad o depresión (EuroQol) (15+)*	H	14,1%	(13,3-14,9)	12,1%	(11,1-13,1)	▼
		M	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)	▼
Actividades preventivas	Población que se toma la presión arterial periódicamente (15+)	H	43,4%	(42,3-44,5)	50,0%	(48,4-51,6)	▲
		M	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)	▲
	Población que se revisa el nivel de colesterol en la sangre periódicamente (15+)	H	49,4%	(48,3-50,5)	56,8%	(55,3-58,3)	▲
		M	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)	▲
	Mujeres de 50 a 69 años que se hacen una mamografía periódicamente	H	--	--	--	--	
		M	85,5%	(84,0-87,0)	92,7%	(91,1-94,3)	▲
		T	--	--	--	--	
	Mujeres de 25 a 65 años que se hacen una citología periódicamente	H	--	--	--	--	
		M	69,9%	(68,7-71,1)	78,2%	(76,6-79,8)	▲
		T	--	--	--	--	
	Población que se vacuna contra la gripe de forma regular cuando empieza el otoño (60+)	H	64,7%	(62,6-66,8)	57,1%	(54,1-60,1)	▼
		M	65,6%	(63,7-67,5)	61,1%	(58,3-63,9)	
		T	65,2%	(63,8-66,6)	59,3%	(57,3-61,3)	▼
Estilos de vida	Consumo de tabaco: fumador (diario + ocasional) (15+)	H	34,5%	(33,5-35,5)	34,8%	(33,3-36,3)	
		M	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)	
	Población expuesta al humo del tabaco en el trabajo (15+)	H	7,8%	(7,2-8,4)	5,0%	(4,3-5,7)	▼
		M	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)	▼
	Población expuesta al humo del tabaco en casa (15+)	H	12,7%	(12,0-13,4)	9,2%	(8,3-10,1)	▼
		M	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)	▼
	Consumo de riesgo de alcohol (15+)	H	7,6%	(7,0-8,2)	6,5%	(5,7-7,3)	
		M	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)	
	Población de 18-74 años sedentaria	H	19,2%	(18,3-20,1)	16,1%	(14,9-17,3)	▼
		M	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)	▼
Utilización de servicios sanitarios	Porcentaje de población que ha visitado un médico de medicina general o cabecera / pediatra el último año (0+)	H	71,8%	(70,9-72,7)	74,2%	(73,0-75,4)	▲
		M	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)	▲
	Media de veces que la población ha visitado un médico de cabecera el último año (0+)	H	4,82		3,11		
		M	5,64		3,82		
		T	5,26		3,49		
	Porcentaje de población que ha visitado un médico especialista el último año (0+)	H	54,2%	(53,2-55,2)	61,8%	(60,4-63,2)	▲
		M	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)	▲
	Porcentaje de población que ha visitado a un profesional de la salud el último año (0+)	H	84,8%	(84,1-85,5)	88,4%	(87,5-89,3)	▲
		M	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)	▲
	Porcentaje de población que ha sido hospitalizada el último año (0+)	H	6,7%	(6,2-7,2)	6,9%	(6,2-7,6)	
		M	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)	
	Media de veces que la población ha sido hospitalizada el último año (0+)	H	1,48		1,59		
		M	1,38		1,29		
		T	1,42		1,43		
	Porcentaje de población que ha visitado un servicio de urgencias el último año (0+)	H	30,6%	(29,6-31,6)	31,5%	(30,2-32,8)	
		M	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)	
	Media de veces que la población ha visitado un servicio de urgencias el último año (0+)	H	1,67		1,59		
		M	1,82		1,82		
		T	1,75		1,71		
	Población que ha tomado uno o más medicamentos los dos últimos días (15+)	H	51,2%	(50,1-52,3)	52,9%	(50,8-55,0)	
		M	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)	
	Población con doble cobertura sanitaria (0+)	H	27,2%	(26,3-28,1)	26,5%	(25,3-27,7)	
		M	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)	

Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2006 y 2011-2012. Departamento de Salud.
* El EuroQol: valora el estado de salud en el día de hoy.
▲ ▼ Diferencia significativa entre 2006 y 2011-2012 (aumento).
Diferencia significativa entre 2006 y 2011-2012 (reducción).

Anexo 5. Seguimiento de la ejecución del Plan de salud: porcentaje de logro por líneas de actuación y por proyectos

	Línea de actuación	% de logro
1	Objetivos y programas de salud	77,6%
2	Un sistema más orientado a los enfermos crónicos	88,9%
3	Un sistema integrado más resolutivo desde los primeros niveles y en el territorio	65,6%
4	Un sistema de más calidad y equidad en la alta especialización	87,5%
5	Mayor enfoque hacia los pacientes y las familias	74,8%
6	Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria más enfocado a resultados de salud	86,5%
7	Incorporación sistemática del conocimiento profesional y clínico	50,0%
8	Mejora en el gobierno y en la participación en el sistema	80,7%
9	Información compartida, transparencia y evaluación	62,5%
	Media total del Plan de salud	**76,2%**

Seguimiento de la ejecución del Plan de salud (% de logros por proyectos)		**Año 2012**
Eje 1	**Más salud para todos y mejor calidad de vida**	**77,6%**
LA1	**Objetivos y programas de salud**	**77,6%**
1.1	Desarrollar e implantar los planes directores	100,0%
1.2	Potenciar el Plan interdepartamental de salud pública	50,0%
1.3	Promover seguridad y calidad clínica	60,3%
1.4	Evaluar los objetivos de salud del Plan de salud	100,0%
Eje 2	**Transformación del modelo de atención**	**80,3%**
LA2	**Un sistema más orientado a los enfermos crónicos**	**88,9%**
2.1	Implantar procesos clínicos integrados	85,0%
2.2	Potenciar los programas de protección, promoción y prevención	89,6%
2.3	Autoresponsabilización del paciente y fomento del autocuidado	84,1%
2.4	Desarrollo de alternativas asistenciales en el marco de un sistema integrado	100,0%
2.5	Desarrollar programas territoriales de atención a los pacientes crónicos complejos (PCC)	100,0%
	Implantar programas de uso racional del medicamento	75,0%
LA3	**Un sistema integrado más resolutivo desde primeros niveles y en el territorio**	**65,6%**
3.1	Mejorar la resolución en los ámbitos de relación más frecuente entre AP y AE	69,8%
3.2	Transformar el modelo de atención en las urgencias	79,9%
3.3	Ordenar territorialmente la cartera de servicios según los niveles de complejidad	37,5%
3.4	Integrar la salud pública y comunitaria en el nuevo modelo asistencial	75,2%
LA4	**Un sistema de más calidad y equidad en la alta especialización**	**87,5%**
4.1	Reordenar los procedimientos de alta especialización	87,5%
4.2	Armonizar los tratamientos farmacológicos de alta complejidad	87,5%
Eje 3	**Modernización del modelo organizativo**	**70,8%**
LA5	**Mayor enfoque hacia los pacientes y las familias**	**74,8%**
5.1	Mejorar el conocimiento de los ciudadanos sobre el Sistema integrado de utilización pública y las prestaciones que cubre el CatSalut como aseguradora	62,2%
5.2	Gestionar el riesgo de los asegurados	90,6%
5.3	Garantizar la calidad de la prestación y la satisfacción de los pacientes	69,4%
LA6	**Nuevo modelo de contratación de la atención sanitaria más enfocado a resultados de salud**	**86,5%**
6.1	Implantar el nuevo modelo de asignación territorial en base poblacional y su repercusión a nivel de proveedores	100,0%
6.2	Implantar el nuevo modelo de contratación e incentivos ligado a resultados	75,0%
6.3	Implantar el nuevo modelo de compra de procedimientos de alta especialización	100,0%
6.4	Incorporar la financiación de los medicamentos tomando como base los resultados clínicos	70,8%
LA7	**Incorporación sistemática del conocimiento profesional y clínico**	**50,0%**
7.1	Impulsar la creación de comités clínicos	66,7%
7.2	Elaborar un código de principios de los profesionales de salud en el ejercicio de la función pública en el sistema sanitario de Cataluña	50,0%
7.3	Asegurar la participación efectiva de los profesionales en el CatSalut y el Departamento de Salud	33,3%
LA8	**Mejora en el gobierno y en la participación en el sistema**	**80,7%**
8.1	Revisar el modelo de dirección y de participación del CatSalut	96,3%
8.2	Modelo de relación con la red de proveedores SISCAT	65,0%
LA9	**Información compartida, transparencia y evaluación**	**62,5%**
9.1	Transformar la historia clínica de Cataluña en una red de información y servicios compartidos	66,2%
9.2	Desplegar una red multicanal de comunicación y atención a los ciudadanos	58,8%
9.3	Consolidar el Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña	66,7%
9.4	Potenciar la evaluación clínica sistemática en los ámbitos de las tecnologías, de la calidad y de la investigación	58,3%
Total del Plan de salud		**76,2%**

Fuente: Cuadro de mando del Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Departamento de Salud.

Anexo 6. Índice de figuras, gráficos y tablas

Gráfico 1. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida en buena salud (EVBS) según sexo y edad. Cataluña, 2011 15

Gráfico 2. Autopercepción del estado de salud de la población general, por sexo. Cataluña, 2012 16

Gráfico 3. Dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, 2012 16

Gráfico 4. Población general que padece alguna enfermedad o problema de salud crónicos, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 17

Gráfico 5. Principales trastornos crónicos que padece o ha padecido la población de 15 años y más, por sexo. Cataluña, 2012 18

Gráfico 6. Población de 3 años y más que ha restringido su actividad habitual el último año por algún problema de salud crónico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 18

Gráfico 7. Índice de masa corporal (IMC)* en adultos de 18 a 74 años, por sexo. Cataluña, 2012 19

Gráfico 8. Índice de masa corporal (IMC)* en adultos de 18 a 74 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 19

Gráfico 9. Índice de masa corporal (IMC)* en población de 6 a 12 años, por sexo. Cataluña, 2011-201219

Gráfico 10. Población que padece una limitación grave o discapacidad permanente, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 20

Tabla 1. Población general con limitación grave o discapacidad permanente por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 20

Gráfico 11. Población de 15 años y más que a causa de un problema de salud necesita la ayuda o la compañía de otras personas para hacer las actividades habituales de la vida cotidiana, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 21

Tabla 2. Población de 15 años y más con dependencia, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2012 21

Gráfico 12. Población de 15 años y más con falta de autonomía personal según la actividad para la que necesita ayuda, por sexo. Cataluña, 2012 21

Gráfico 13. Evolución de la incidencia de tuberculosis. Cataluña, 1990-2011 22

Gráfico 14. Brotes epidémicos notificados en Cataluña, 2000-2011 23

Gráfico 15. Tres primeras causas de muerte* según grandes grupos de enfermedades, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2011 25

Gráfico 16. Cinco primeras causas de muerte prematura,* por sexo. Cataluña, 2011 26

Gráfico 17. Hábitos y estilos de vida de la población. Cataluña, 2012 28

Tabla 3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre la población de 15 a 64 años (%). Cataluña, 1997-2011 28

Tabla 4. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en los últimos treinta días entre los estudiantes de educación secundaria de 14 a 18 años (%). Cataluña, 1994-2010 28

Gráfico 18. Actividades preventivas de la población. Cataluña, 2012 29

Gráfico 19. Utilización de servicios sanitarios por la población. Cataluña, 2012 30

Gráfico 20. Consumo de medicamentos los dos días anteriores a la entrevista en población de 15 años y más según el grupo terapéutico, por sexo. Cataluña, 2012 31

Mapa 1. Porcentaje de población con percepción de buena salud, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012 33

Mapa 2. Porcentaje de población de 15 años y más fumadora, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012 33

Mapa 3. Porcentaje de población de 18 a 74 años sedentaria, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012.....34

Mapa 4. Porcentaje de población que ha visitado un profesional de la salud el último año, por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2010-2012.....34

Tabla 5. Cataluña y regiones sanitarias según los indicadores seleccionados, por sexo. Período 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012).....35

Gráfico 21. Hábitos y estilos de vida de la población de 3 a 14 años, por sexo. Cataluña, 2012 37

Gráfico 22. Diferencias entre hombres y mujeres en la autopercepción del estado de salud, el riesgo de padecer un trastorno mental, y padecer o haber padecido algún trastorno crónico.....39

Gráfico 23. Diferencias por nivel de estudios o por clase social de la población que padece alguna enfermedad o problema de salud crónico, la población con riesgo de padecer un trastorno mental y la práctica de la mamografía de las mujeres.....40

Gráfico 24. Diferencias según la situación laboral entre hombres y mujeres y respecto a la mala percepción del estado de salud y paceder o haber padecido depresión y/o ansiedad.....41

Gráfico 25. Tendencia de algunos indicadores de la ESCA, por sexo (porcentajes estandarizados por edad). Cataluña, 1994-2012.....43

Gráfico 26. Evolución de las diferencias territoriales (entre regiones sanitarias) de los indicadores seleccionados, por sexo, 1994 y 2010-2012 (segundo semestre de 2010 a primer semestre de 2012) ..46

Gráfico 27. Porcentaje de logro de las actuaciones previstas para el año 2012.....49

Gráfico 28. Seguimiento anual de los objetivos. 2013.....50

Tabla 6. Seguimiento de 2013 de los objetivos del Plan de salud de Cataluña 2011-2015 51

Figura 1. Modelo Dahlgren y Whitehead.....53

Gráfico 29. Evolución de la reperfusión en los pacientes con IAMEST. Cataluña, 2000-2012.....57

Gráficos 30 y 31. Evolución del tiempo asistencial en el Código infarto. Cataluña, 2010-2011.....58

Gráficos 32 y 33. Porcentaje de tiempo acumulado (en minutos) entre la primera asistencia y la abertura de la arteria según el lugar de la primera asistencia en el Código infarto. Cataluña, 2010-201158

Referencias bibliográficas

[1] World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and 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 en: 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 review 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 en: 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 en: 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 Cataluña. Evolució de la població [página en Internet]. Barcelona: Generalitat de Cataluña. Disponible en: http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=26

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

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

[11] Canal Salud [página en Internet]. Ozó troposfèric. Barcelona: Departament de Salud. Generalitat de Cataluña. Disponible en:

http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalud/menuitem.af261f715269a25d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e848eb393db5f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=e848eb393db5f310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default&newLang=ca_ES

[12] Servei Català de la Salud [página en Internet]. Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA). Barcelona: Generalitat de Cataluña. Disponible en: http://www20.gencat.cat/portal/site/salud/menuitem.6c4bc79d438cb6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=4e5f9230731da310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=4e5f9230731da310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default

[13] Generalitat de Cataluña. Departament de Salud. Marcant fites. Seguiment anual dels objectius de Pla de salud. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salud, 2012. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salud/Home/El%20Departament/Pla_de_Salud/documents/arxius/marcant_fites.pdf

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

[15] Canal Salud [página en Internet]. Projecte essencial. Afegint valor a la pràctica clínica. Barcelona: Departament de Salud. Generalitat de Cataluña. Disponible en: http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalud/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default

[16] Llei 18/2009, del 22 d'octubre, de salud pública. Diari Oficial de la Generalitat de Cataluña (DOGC): núm. 5495, de 30/10/2009, 81070-81116. Disponible en: **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] Organización Mundial de la Salud [página en Internet]. Sobrepeso y obesidad infantiles. Ginebra: OMS. Disponible en: **http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/**

[20] World Health Organization [página en Internet]. Growth reference data for 5-19 years. Ginebra: OMS. Disponible en: **http://www.who.int/growthref/en/**

[21] Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Cataluña (CEEISCAT). SIVES 2012. Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Cataluña. Informe Epidemiològic. Document tècnic 21. Barcelona: Generalitat de Cataluña. Agència de Salud Pública de Cataluña, 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) [página en Internet]. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Disponible en: **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 salud infantil: estudi de l'Encuesta de salud de Cataluña (ESCA). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació en Salud (AQuAS). Servei Català de la Salud. Departament de Salud. Generalitat de Cataluña; 2013.