Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010

Informe de salut a Catalunya

Avaluació dels objectius de salut

1a part

Per accedir a la pàgina web cliqueu a l'adreça següent:
www.gencat.cat/salut/pladesalut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ÍNDEX

I. PRESENTACIÓ **5**

II. INTRODUCCIÓ **9**

III. ASPECTES METODOLÒGICS DE L'ANÀLISI DE SITUACIÓ **12**

IV. RESULTATS **16**

1. LA POBLACIÓ **17**
1.1. Estructura de la població *17*
1.2. Fecunditat, mortalitat i envelliment *18*
1.3. Altres característiques sociodemogràfiques *22*
1.4. Projeccions de població *28*

2. EL MEDI AMBIENT I LA SALUT **30**
2.1. La qualitat de l'aigua *30*
2.2. La qualitat de l'aire *34*
2.3. El clima *36*
2.4. La seguretat alimentària *36*
2.5. Assentaments humans *39*
2.6. Control de plagues *39*
2.7. Productes químics *41*
2.8. Torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi *44*

3. ELS CONDICIONANTS I ELS ESTILS DE VIDA **46**
3.1. L'activitat física *46*
3.2. L'alimentació *50*
3.3. Hores de son *52*
3.4. El pes i la talla *53*
3.5. Embarassos en adolescents *57*
3.6. La salut bucodental *58*
3.7. L'hàbit tabàquic *60*
3.8. El consum d'alcohol *64*
3.9. El consum de drogues il·legals *66*
3.10. Les mesures de seguretat viària *68*
3.11. Les activitats preventives *69*
3.12. La salut laboral *73*

4. L'ESTAT DE SALUT I LA QUALITAT DE VIDA **78**
4.1. La percepció de l'estat de salut *78*
4.2. La qualitat de vida relacionada amb la salut *81*
4.3. Els trastorns crònics *90*
4.4. Les lesions no intencionades i les violències *92*
4.5. Les discapacitats *95*
4.6. La salut mental *98*
4.7. La restricció de l'activitat *99*
4.8. Les limitacions de les activitats habituals de la vida quotidiana en la gent gran *101*
4.9. La dependència en població de 65 anys i més *108*
4.10. El suport social *111*

5. LA UTILITZACIÓ DE SERVEIS I LA QUALITAT **114**
5.1. La cobertura sanitària *114*
5.2. La utilització de serveis *115*
5.3. Els serveis de salut pública *144*
5.4. La prevenció *145*

5.5. El consum de medicaments ... *148*
5.6. Dimensions de la qualitat dels serveis ... *153*
6. La mortalitat i el procés de final de la vida ... **175**
6.1. La mortalitat general i per edat ... *175*
6.2. Les causes de defunció ... *179*
6.3. La mortalitat per territori ... *182*
6.4. Final de la vida ... *194*
7. Els aspectes econòmics de la salut ... **198**
7.1. La despesa sanitària ... *198*
7.2. L'anàlisi del pressupost sanitari per serveis i malalties ... *199*
7.3. Els costos socials de la malaltia ... *204*
8. Les diferències i les desigualtats en salut ... **206**
8.1. El gènere ... *206*
8.2. El territori ... *209*
8.3. La classe social ... *228*
9. L'evolució temporal dels resultats principals ... **242**

V. MONITORATGE DELS OBJECTIUS DE SALUT FIXATS PER A L'ANY 2010 ... **250**

1. La promoció d'hàbits saludables ... **254**
Consum de tabac ... *254*
Activitat física ... *255*
2. Les malalties cardiovasculars ... **256**
3. El càncer ... **258**
4. Les malalties respiratòries ... **261**
5. Les lesions no intencionades ... **262**
6. El suïcidi ... **264**
7. La diabetis *mellitus* ... **265**
8. L'obesitat ... **266**
9. El consum excessiu d'alcohol ... **266**
10. El consum de drogues no institucionalitzades ... **267**
11. La salut bucodental ... **268**
12. Els problemes de salut de l'aparell locomotor ... **269**
13. Els problemes de salut laboral ... **270**
14. Els problemes de salut susceptibles de ser previnguts amb vacunacions ... **270**
15. La infecció pel VIH ... **272**
16. Les malalties de transmissió sexual ... **274**
17. La tuberculosi ... **274**
18. Les infeccions nosocomials ... **276**
19. La millora de la salut maternoinfantil ... **277**
20. L'envelliment saludable ... **279**
21. La salut ambiental ... **280**
22. El medi ambient ... **281**
23. La seguretat alimentària ... **283**
24. Els problemes de salut emergents: les toxiinfeccions alimentàries ... **286**
25. Els problemes de salut emergents: la legionel·losi ... **286**
26. El bon ús dels medicaments ... **287**
27. La donació d'òrgans i trasplantaments ... **287**

VI. ANNEXOS ... **288**

Annex 1. Metodologia ... **289**
1. Les fonts d'informació ... *289*
2. El territori ... *290*
3. La població ... *294*
4. Variables compostes a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya ... *295*

5. La utilització de serveis i la qualitat *309*
6. La mortalitat i el procés de final de la vida *315*
7. Les diferències i les desigualtats en salut *318*
ANNEX 2. TAULES D'EVOLUCIÓ TEMPORAL DELS PRINCIPALS INDICADORS, PER GRUP D'EDAT I SEXE I PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 1994, 2002 I 2006. ..... **321**
ANNEX 3. PARTICIPANTS DELS GRUPS DE TREBALL D'INDICADORS **325**
ANNEX 4. COORDINACIÓ I PARTICIPACIÓ EN L'ELABORACIÓ, APLICACIÓ I AVALUACIÓ DEL PLA DE SALUT **326**
ANNEX 5. LLISTA DE 20 GRANS GRUPS DE CAUSES DE MORT. GRUP DE CAUSES CODIS CIM-10 ..... **327**
ANNEX 6. LLISTA D73 DE CAUSES DE MORT. GRUP DE CAUSES CODIS CIM-10 ..... **328**
ANNEX 7. LLISTAT D'ACRÒNIMS **330**
ANNEX 8. ÍNDEX DE TAULES, FIGURES, MAPES I QUADRES **332**

VII. BIBLIOGRAFIA **348**

PROFESSIONALS I INSTITUCIONS QUE HAN PARTICIPAT EN L'ELABORACIÓ DEL PLA DE SALUT DE CATALUNYA A L'HORITZÓ 2010 ..... **360**

Nota:

La utilització del gènere masculí o femení emprats en aquest document designa tant els homes com les dones i la utilització d'un gènere o altre respon a la terminologia emprada col·loquialment.

I. PRESENTACIÓ

Mai com ara la societat ha viscut immersa en un context de contínues i ràpides transformacions que, en major o menor grau, tenen impacte en la salut i la qualitat de vida de les persones. Per aquest motiu, s'imposa realitzar periòdicament un exercici d'anàlisi de la situació sanitària. El millor coneixement dels problemes de salut i els serveis és la base per a l'elaboració de les polítiques que han de donar resposta, de forma equitativa i sostenible, a les necessitats de la població mitjançant intervencions eficaces que resultin satisfactòries per als professionals i els ciutadans.

La publicació *Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut*, que ara presentem i que constitueix el primer volum del Pla de salut de Catalunya, incorpora una nova mirada. Ens ofereix un millor coneixement de la salut i la utilització dels serveis en relació amb l'edat, el gènere i la classe social de la població. L'anàlisi territorial, a més de l'estudi dels indicadors per al conjunt de Catalunya i per regió sanitària, incorpora els 37 Governs Territorials de Salut (GTS). Per altra banda, s'ha analitzat l'evolució temporal dels indicadors, la qual cosa aporta una visió dels canvis en l'estat de salut, els serveis i la satisfacció dels ciutadans.

Aquest document és el resultat d'un gran esforç d'integració i síntesi de la informació disponible generada per fonts rutinàries i periòdiques. També incorpora, però, la informació procedent d'estudis específics, de l'avaluació dels serveis sanitaris i de les enquestes a la població i als usuaris dels serveis. Així mateix, conté el seguiment dels objectius de salut ja formulats per a l'any 2010 que ens informa sobre l'avenç en la direcció adequada per assolir-los.

Ha estat possible aprofundir en l'anàlisi de la situació gràcies, en bona part, al desenvolupament dels sistemes d'informació, de nous instruments de mesura i d'indicadors. Destacaríem el fet de disposar d'una font d'informació periòdica de la rellevància de l'Enquesta de salut de Catalunya, de la qual ja s'han dut a terme tres edicions. Això ha permès conèixer l'evolució temporal d'indicadors que són importants per a l'avaluació de les polítiques de salut i serveis, cosa que altrament no hauria estat factible.

L'estat de salut de la població catalana reflecteix avui, en certa mesura, bona part dels canvis (sociodemogràfics, epidemiològics, tecnològics, etc.) ocorreguts en la nostra societat.

Alguns, com l'arribada de població immigrant en un període curt de temps, han modificat l'estructura per edat i sexe de la població i les tendències de fecunditat. Altres, com l'envelliment de la població, s'han produït de manera progressiva. Tots aquests canvis han tingut un impacte important en l'àmbit social, econòmic i, de manera especial, en el consum de recursos sanitaris.

A grans trets, la situació de la salut de la població de Catalunya es caracteritza per una esperança de vida que se situa entre les més elevades del món. Quant a les causes de defunció, continua coexistint la mortalitat degenerativa i crònica amb la mortalitat prematura i evitable. La població té, majoritàriament, una bona percepció del seu estat de salut, que creix en comparació amb el de l'any 1994. Tot i que ha augmentat la proporció de població que manifesta tenir bona salut, com que tenim una població més envellida es constata una presència més elevada de trastorns crònics, discapacitats i limitacions per realitzar les activitats de la vida quotidiana.

Els hàbits i estils de vida han millorat en relació amb l'hàbit tabàquic, l'ús d'elements de seguretat en cotxes i motos, i la realització d'activitats preventives (control de la tensió arterial, mesura del nivell de colesterol, realització de mamografies i citologies o vacunació antigripal). Hi ha, però, importants àmbits de millora, especialment aquells en els quals no hem avançat, com són l'activitat física, l'alimentació saludable o el manteniment del pes adequat. En el cas dels joves preocupa la importància de l'hàbit tabàquic i del consum excessiu d'alcohol, així com l'augment dels embarassos en adolescents.

La població, en general, mostra confiança i satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats. Nou de cada deu persones coneixen el seu metge o metgessa de capçalera i vuit de cada deu el recomanarien. Ha augmentat la freqüentació dels serveis i el consum de medicaments. Es constaten aspectes de millora de l'eficiència, com la prescripció de genèrics, la reducció de l'estada mitjana i l'increment de la cirurgia major ambulatòria. Tot i la reducció de les llistes d'espera en determinats procediments garantits, cal continuar treballant per millorar l'accessibilitat als serveis. També s'ha d'avançar en l'organització i coordinació dels serveis i en la informació que es facilita al ciutadà.

S'observa l'existència de diferències i desigualtats en relació amb la salut. Així, les dones i les classes socials més desfavorides presenten un estat de salut i una qualitat de vida pitjors. En general, les dones i les classes benestants tenen comportaments més saludables, i les dones i les classes més desfavorides fan un major ús dels serveis assistencials i un consum més elevat de medicaments.

L'anàlisi territorial ha permès detectar distribucions desiguals de determinats fenòmens, però no s'ha constatat l'existència sistemàtica de patrons geogràfics relacionats amb la salut.

Estem convençuts que el contingut del document serà de gran interès i utilitat per a institucions, polítics, gestors, professionals i ciutadans interessats o amb responsabilitat en l'àmbit de la salut. Finalment, vull agrair l'extraordinari esforç i el treball continuat dels professionals que han participat i aportat la seva expertesa per fer possible aquest document.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

II. INTRODUCCIÓ

El present document, ***Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut*,** que constitueix el primer volum del Pla de salut de Catalunya, es dedica a l'anàlisi de les necessitats i desigualtats de salut de la població i a identificar els problemes de salut prioritaris. Així mateix, també presenta l'avaluació dels objectius de salut i disminució de risc que es van establir l'any 2002 amb vista a l'any 2010.

El document consta de cinc capítols, a més dels annexos i la bibliografia. S'inicia amb la presentació del procés d'elaboració del Pla de salut, que s'ha fet en un context totalment nou quant a l'organització territorial, amb noves regions sanitàries i la creació dels dels trenta-set governs territorials de salut (GTS), i que ha estat altament participatiu. S'hi descriuen els aspectes metodològics més rellevants relacionats amb l'anàlisi duta a terme, les fonts d'informació, els indicadors, els àmbits d'anàlisi i les tècniques tant quantitatives com qualitatives emprades.

A continuació es presenten els resultats de l'anàlisi de situació. L'apartat 1 es dedica a l'anàlisi dels aspectes sociodemogràfics de la població catalana i les transformacions ocorregudes arran de fenòmens com l'envelliment i els processos migratoris, i dibuixa el futur demogràfic. L'apartat següent aborda aspectes lligats al medi ambient i la salut, especialment pel que fa a la qualitat de l'aigua i de l'aire, el clima i la seguretat alimentària.

En l'apartat 3, sobre els condicionants i els estils de vida de la població, es presenta informació obtinguda bàsicament a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006, desagregada per sexe, edat, classe social, nivell d'estudis i territori, i a més s'analitza l'evolució temporal dels indicadors amb els resultats de les anteriors edicions de l'ESCA, de 1994 i 2002.

En l'apartat 4, i també a partir de les dades de l'ESCA, es fa una anàlisi de la qualitat de vida relacionada amb la salut de la població utilitzant diferents instruments metodològics i s'estudia l'evolució temporal del període 1994-2006.

En l'apartat 5, sobre la utilització dels serveis i la qualitat, es descriuen i analitzen aspectes lligats a l'ús dels serveis sanitaris i sociosanitaris per part de la població, els problemes de salut atesos i el consum de medicaments, entre d'altres. També s'hi fa una aproximació a la qualitat dels serveis i la satisfacció dels propis usuaris i ciutadans.

L'apartat 6, sobre la mortalitat, a part de l'anàlisi dels principals indicadors de mortalitat i la seva evolució, incorpora altres aspectes rellevants. D'una banda, s'hi presenten els resultats

de l'estudi del lloc on moren les persones (domicili, hospital), i de l'altra, els resultats d'una recerca qualitativa sobre el procés de final de vida a partir del testimoni de pacients, familiars de pacients i professionals de la salut.

En l'apartat 7, també s'han incorporat a aquesta anàlisi de situació alguns aspectes econòmics relatius a la salut, amb informació sobre la despesa sanitària, els problemes de salut i les prioritats econòmiques, i els costos socials de la malaltia.

L'apartat 8 es dedica a l'anàlisi de les diferències i desigualtats en salut en la població, especialment per raó de gènere, territori i classe social.

Finalment, l'apartat 9 inclou un resum de l'evolució temporal dels principals resultats de l'anàlisi de situació i unes taules, per grup d'edat i sexe i per classe social i sexe, amb les dades estandarditzades de l'evolució 1994-2006 d'alguns indicadors de salut i serveis sanitaris.

En el capítol «Monitoratge dels objectius de salut fixats per a l'any 2010» s'analitza el grau d'assoliment en el moment actual i l'evolució dels objectius de salut i de disminució de risc formulats en aquest horitzó, cosa que permet fer una valoració sobre si es progressa en la direcció adequada.

Al final d'aquest primer document del Pla de salut s'inclouen uns annexos i la bibliografia consultada.

Finalment, cal assenyalar que per tal que aquest document tingui una àmplia difusió, se'n farà una versió en paper i una altra *on line*, de manera que sigui més accessible als usuaris potencials.

III. ASPECTES METODOLÒGICS DE L'ANÀLISI DE SITUACIÓ

L'elaboració del Pla de salut configura un procés cíclic que es desenvolupa en diverses etapes i que es renova periòdicament. El cicle s'inicia amb l'anàlisi de la situació de salut, els seus condicionants i els serveis, la identificació dels problemes prioritaris i la definició dels objectius i les intervencions, i continua amb l'aplicació de les propostes en els diversos àmbits implicats i l'avaluació de l'assoliment dels objectius proposats. Aquesta última etapa és alhora principi i final del nou cicle.

Cal situar aquest procès en un context de canvis en l'organització territorial sanitària amb noves regions sanitàries[1] (Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre, Girona, Catalunya Central, Alt Pirineu i Aran, i Barcelona) i la creació de trenta-set governs territorials de salut (GTS)[2].

El Pla de salut és el resultat d'un exercici descentralitzat en què han participat professionals de diferents àmbits, així com ciutadans, en el qual s'integren elements comuns a les regions sanitàries i les especificitats dels diferents territoris, que han de quedar reflectides en els plans de salut de les regions sanitàries i en els plans estratègics plurianuals dels GTS.

1. Grups de treball d'indicadors

L'anàlisi duta a terme s'ha construït partint del model conceptual que integra la importància de l'entorn socioeconòmic, els determinants de la salut i els serveis sanitaris i sociosanitaris en la salut i la qualitat de vida de la població.

L'anàlisi de situació s'ha iniciat amb la constitució de grups de treball, amb l'objectiu d'establir l'enfocament i els indicadors per a l'anàlisi de situació i l'avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc en l'horitzó 2010. Hi han participat tècnics experts i responsables de les principals fonts d'informació sanitària del Departament de Salut i el Servei Català de la Salut (serveis centrals i regions sanitàries), així com altres departaments i institucions (annex 3).

L'enfocament de l'anàlisi ha comportat l'estudi d'indicadors sobre els condicionants de la salut, els estils de vida, l'estat de salut, la utilització de serveis sanitaris i la satisfacció dels

[1] Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i els sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. DOGC 4397; 2.6.2005.
[2] Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut. DOGC 4594; 16.3.2006.

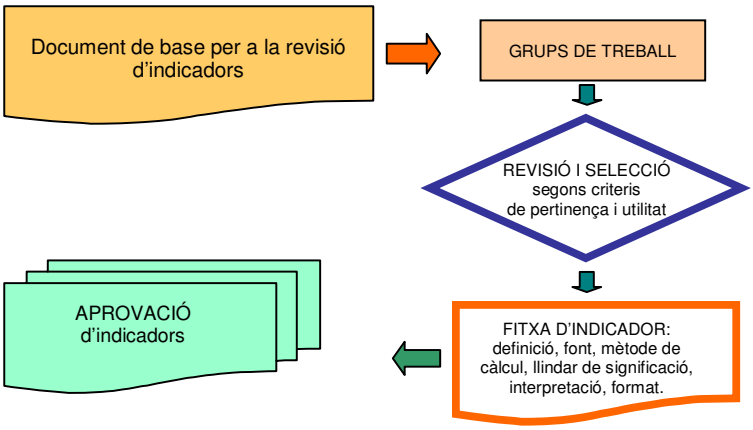
usuaris i, sempre que ha estat possible, l'anàlisi s'ha dut a terme segons les variables d'edat, sexe, classe social, territori i evolució temporal.

Quadre 1. Grups de treball

Grup de treball	Àmbits dels indicadors
Condicionants de salut	**Aigua, aire, clima, seguretat alimentaria, assentaments humans, control de plagues, productes químics, torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi**
Estils de vida	**Activitat física, alimentació, hores de son, pes i talla, embarassos en adolescents, salut bucodental, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, consum de drogues il·legals, mesures de seguretat viària, activitats preventives, salut laboral**
Estat de salut	**Població i projeccions, sociodemografia, problemes de salut generals, freqüents, greus, emergents, crònics, comorbiditat, dependència i salut mental i lligats a serveis, relacionats amb la salut pública i promoció de la salut**
Serveis sanitaris i sociosanitaris	**Efectivitat, accessibilitat, utilització, seguretat, satisfacció, eficiència**

Els grups de treball, segons criteris de pertinença i utilitat, han revisat i seleccionat els indicadors de cada àmbit d'anàlisi, i han consensuat especificitats tècniques com el càlcul, l'ajust, l'estratificació o la desagregació territorial i les observacions pertinents.

Figura 1. Procés per a la definició dels indicadors per a l'anàlisi de situació del Pla de salut



Font: Elaboració del Servei del Pla de salut.

En la definició dels indicadors s'han tingut en compte els estàndards internacionals a fi de poder fer comparacions tant amb altres comunitats autònomes espanyoles com amb altres països del món.

S'ha elaborat un conjunt bàsic d'indicadors per a l'anàlisi territorial del Pla de salut per tal de poder copsar la complexitat de les relacions entre els diferents àmbits territorials, GTS, regions sanitàries i Catalunya. Aquesta anàlisi inclou indicadors comparatius de les dimensions següents: característiques sociodemogràfiques, estils de vida, condicionants mediambientals, estat de salut i serveis sanitaris i sociosanitaris (annex 3).

S'han utilitzat des de fonts d'informació sistemàtiques o periòdiques com registres estadístics i administratius, enquestes de salut i censos i padrons de població fins a estudis específics que han permès aprofondir en temes molt diversos —sociològics, demogràfics i epidemiològics, d'avaluació de serveis sanitaris, d'economia de la salut i de satisfacció dels ciutadans amb els serveis sanitaris utilitzats— (annex 1).

2. Grups focals amb pacients, familiars de pacients i professionals de la salut

L'anàlisi de situació ha incorporat informació elaborada a partir de tècniques qualitatives, amb la posada en marxa de diferents grups focals amb pacients, familiars de pacients i professionals de l'àmbit de la salut.

Aquesta metodologia ha permès explorar els valors, les experiències, les percepcions i les opinions dels participants sobre els serveis i l'atenció rebuda.

Un grup impulsor format per tècnics i professionals de la salut de diversos àmbits han actuat com a referents, especialment en aspectes assistencials i ètics. Han orientat el projecte i, en base als resultats, han formulat propostes de millora.

IV. Resultats

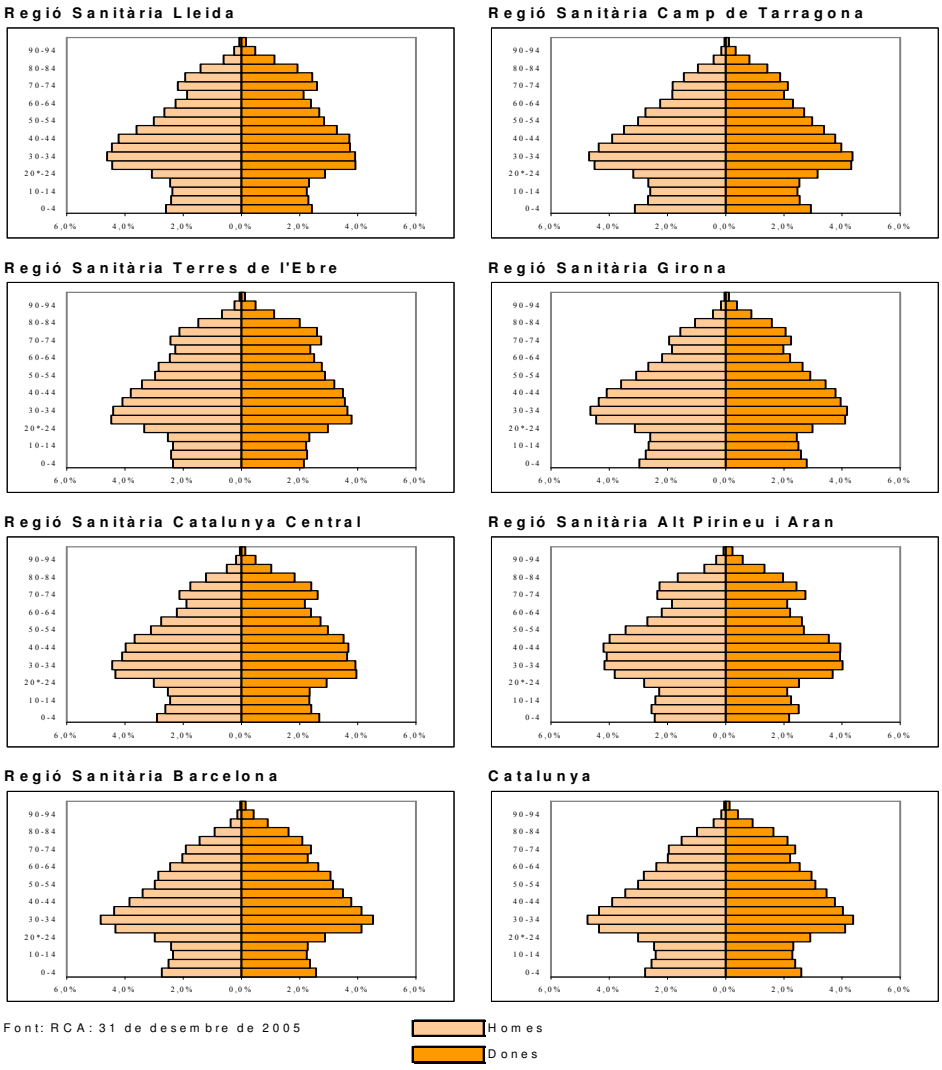
1. La població

1.1. Estructura de la població

1. La població catalana és de 7.134.697 habitants, dels quals 3.543.706 són homes i 3.590.991 dones, segons dades del Padró continu d'habitants de l'1 de gener de 2006, gairebé un milió més d'habitants que a l'any 2000.

2. El 31 de desembre de 2006, 7.324.047 persones residents a Catalunya disposen de targeta sanitària, segons el Registre central d'assegurats (RCA) del Servei Català de la Salut (CatSalut). Per edats, el 15,4% de la població té entre 0 i 14 anys; el 68,0%, entre 15 i 64 anys, i el 16,6%, 65 anys i més (figura 2).

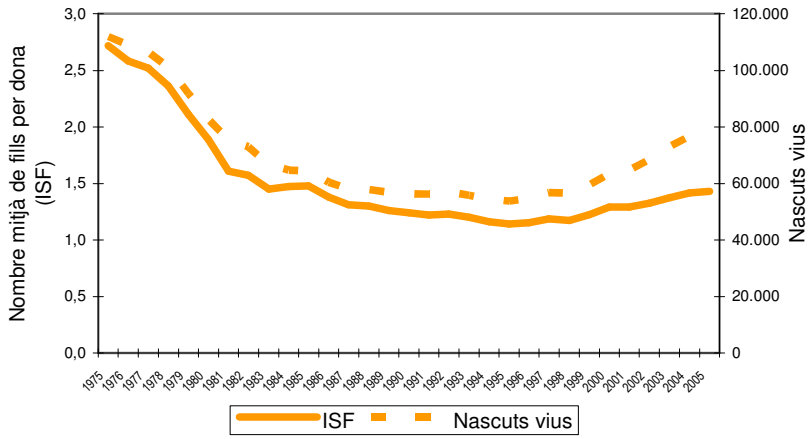
Figura 2. Estructura de la població de Catalunya i de les regions sanitàries. Catalunya, 2006



1.2. Fecunditat, mortalitat i envelliment

3. El 1995, el nombre mitjà de fills per dona a Catalunya (Índex sintètic de fecunditat, ISF) era d'1,14; el 2005, 1,43. L'increment de la fecunditat ha coincidit amb l'augment de dones en edat fèrtil (15-49 anys), que en el decenni 1996-2005 ha incorporat més de 170.000 dones, fins a ser prop d'1,8 milions. Com a conseqüència d'aquests dos factors, el nombre de naixements ha augmentat considerablement: de 53.809 naixements el 1995 a 79.547 naixements el 2005, cosa que representa un augment del 47,8% (figura 3). L'edat mitjana a la maternitat és de 30,9 anys.

Figura 3. Evolució del nombre mitjà de fills per dona de 15 a 49 anys i del nombre de nascuts vius. Catalunya, 1975-2005

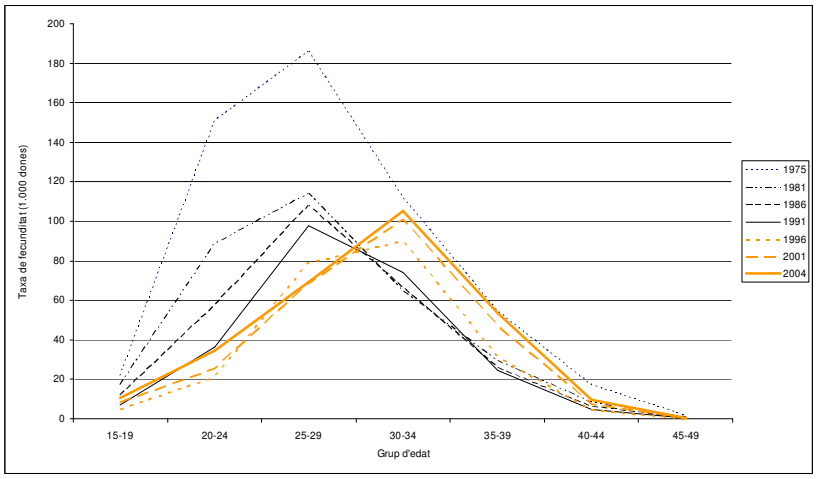


Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de Capellades i Farré (1998) per als anys 1975-1995 i el Centre d'Estudis Demogràfics, amb dades de l'Idescat, per als anys 1996-2005.

4. El nombre de naixements de mares estrangeres ha passat de 5.628 nascuts vius el 2002, que representaven el 8,8% dels naixements de Catalunya, a 16.621 el 2005, que són el 20,8% del total de naixements.

5. La tendència creixent del nombre de naixements sembla mantenir-se amb vista als propers anys per la coincidència de diferents factors. Primer, perquè el volum de població femenina que es troba en les edats modals de fecunditat és molt més elevada ara que fa uns anys; segon, perquè hi ha un cert increment de la taxa de fecunditat en les edats més joves que afavoreix la descendència final de les generacions, i tercer, perquè les famílies que tenen més de dos fills han augmentat en els darrers anys, fins al punt que quasi el 30% del total de naixements és de rang tres i més fills (figura 4).

Figura 4. Evolució de les taxes de fecunditat per edat. Catalunya, 1975-2004



Font: Treviño R. Panoràmica demogràfica recent a Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, 2006.

6. L'any 2005, l'esperança de vida en néixer es troba entre les més altes del món amb 80,6 anys, inferior en els homes (77,3 anys) que en les dones (83,8 anys). Actualment, els progressos en l'esperança de vida es concentren en les edats madures i avançades d'ambdós sexes. No només hi ha més persones de 65 anys i més, sinó que aquest grup d'edat té, any rere any, una supervivència més elevada.

7. El nombre de persones de 65 anys i més a Catalunya s'apropa a l'1,2 milions, dels quals dues terceres parts són dones, i continuarà augmentant. Tanmateix, els canvis recents en l'estructura de la població (arribada d'immigrants estrangers d'edats adultes i increment del nombre de naixements) han alentit el ritme de creixement de l'envelliment relatiu, que continua sent molt elevat (taula 1).

Taula 1. Esperança de vida i evolució de les persones de 65 anys i més. Catalunya, 2005

Edat (anys)	Esperança de vida (anys)		Població			
			Nombre		Percentatge*	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
65-69	17,11	21,21	142.880	159.558	28,2	22,4
70-74	13,52	16,85	140.373	172.701	27,7	24,3
75-79	10,19	12,79	109.019	153.115	21,5	21,5
80-84	7,32	9,18	71.412	118.233	14,1	16,6
85-89	5,11	6,21	29.772	66.856	5,9	9,4
90-94	3,54	4,05	11.100	30.658	2,2	4,3
95 i més	2,40	2,57	3.053	10.124	0,6	1,4
65 i més			**507.609**	**711.245**	**14,3**	**19,5**

* Els percentatges de cada grup d'edat estan calculats sobre el total de població de 65 anys i més. Els percentatges per al grup d'edat de 65 anys i més estan calculats sobre la població total.

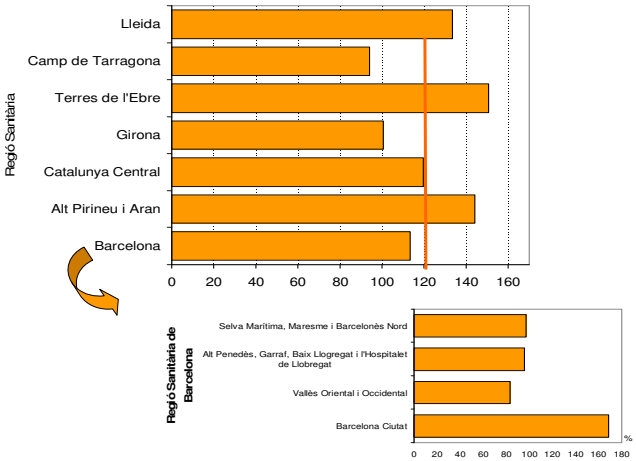
Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de Registre de mortalitat de Catalunya 2005. Departament de Salut i RCA, 2006. Servei Català de la Salut.

8. Si bé l'envelliment de la població es manifesta d'una o altra manera en tot el territori, el seu impacte no és homogeni arreu. L'envelliment relatiu és molt elevat en l'àmbit rural, tot i que el nombre de persones d'edat avançada sigui poc important numèricament. En els àmbits urbans, especialment en aquells nuclis industrials que van rebre la forta onada immigratòria dels anys seixanta i setanta, és on es concentra la major part de les persones de 65 anys i més, tot i que les estructures relatives per edats de la població no mostren un envelliment tan important. Així, si bé la ciutat de Barcelona és la que té un nombre més elevat de gent gran (827.230 persones), són les regions sanitàries de Terres de l'Ebre i l'Alt Pirineu i Aran les que tenen una proporció més elevada de persones de 65 anys i més (20,7%, coincident en ambdues regions sanitàries).

9. Les dones de 65 anys i més són més nombroses que les nenes i noies menors de 15 anys (índex d'envelliment): a Catalunya hi ha 136 dones grans per cada 100 menors de 15 anys. Contràriament, els homes de 65 anys i més són inferiors numèricament als menors de 15 anys: 91 per cada 100.

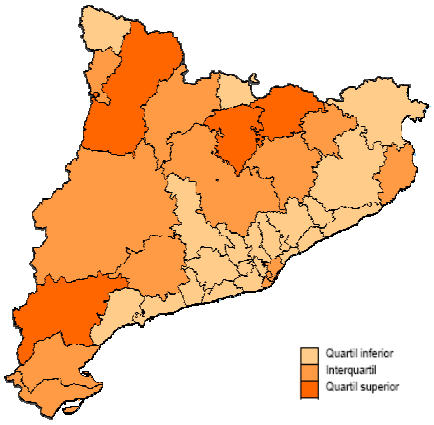
10. Les diferències de l'índex d'envelliment es mantenen per regions sanitàries, però no per GTS, que mostra una àmplia oscil·lació, des de valors superior al 200 al Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Altebrat i Ripollès, fins al mínim del 67,9 al GTS Baix Llobregat Nord i valors propers al 70 als GTS Baix Vallès, Baix Llobregat Litoral i Vallès Occidental Oest (Terrassa) (figura 5 i mapa 1).

Figura 5. Índex d'envelliment per sexe i regió sanitària. Catalunya, 2006



L'índex d'envelliment és la relació entre la població de 65 anys i més i la població de 0-14 anys.
Font: RCA, 2006. Servei Català de la Salut.

Mapa 1. Índex d'envelliment per govern territorial de salut (GTS). Catalunya, 2006



Font: RCA, 2006. Servei Català de la Salut.

11. Finalment, hi ha dos factors que esbiaixen la distribució real de la població en el territori: la població resident no és coincident amb la que hi és present i el turisme es reparteix de forma desigual als municipis. L'Idescat[3] estima la càrrega demogràfica real que suporten alguns municipis al llarg de l'any per facilitar-ne la planificació dels serveis i equipaments. Els municipis que incrementen més la població se situen a la costa i en els casos de Castell-Platja d'Aro, Salou, l'Escala, Torroella de Montgrí, Lloret de Mar i Castelló d'Empúries arriben a duplicar la població empadronada en temps mitjà anual, cosa que representa un augment molt significatiu en els mesos d'estiu.

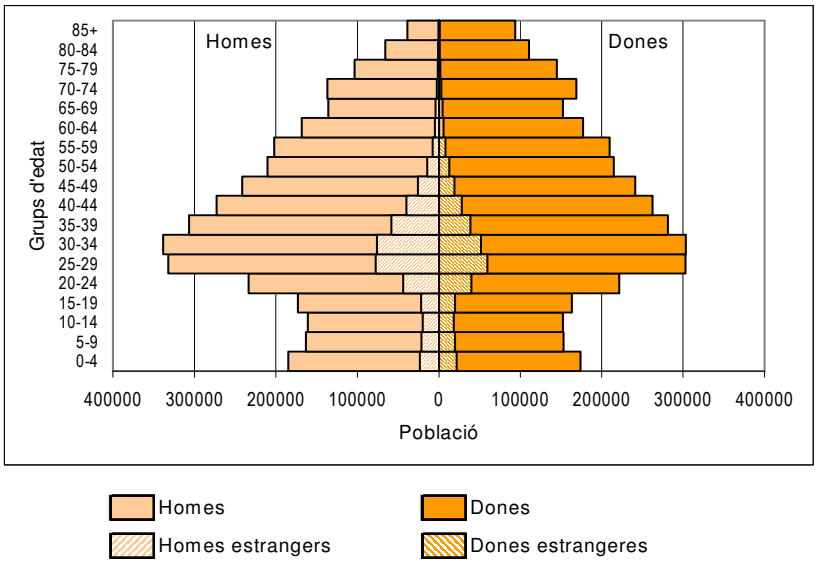
[3] Anuari Estadístic de Catalunya, 2007. Idescat.

1.3. Altres característiques sociodemogràfiques

12. La societat catalana ha estat immersa en una estabilitat demogràfica (entorn dels 6 milions d'habitants) durant molt de temps, caracteritzada per un creixement natural i migratori molt escàs. L'impacte demogràfic i social del recent fenomen migratori ha estat sobtat i profund. L'1 de gener de 2005 hi havia 798.904[4] residents d'origen estranger a Catalunya, xifra que representa l'11,4% de la població (el 21,4% dels estrangers que resideixen a Espanya viuen a Catalunya). L'Idescat[5] estima que prop del 90% del creixement total de la població catalana entre el 2001 i el 2005 és resultat de l'aportació de les immigracions externes. Les principals nacionalitats estrangeres són la marroquina (21,4%), l'equatoriana (11,1%), la colombiana (5,2%), la romanesa (4,9%), l'argentina (4,5%) i la xinesa (3,5%).

13. En relació amb la població autòctona els immigrants presenten una estructura de població per edats molt jove: majoritàriament tenen entre 20 i 40 anys, moment de màxima activitat productiva i reproductiva (figura 6).

Figura 6. Piràmide de població per sexe i edat que identifica els residents estrangers. Catalunya, 2005



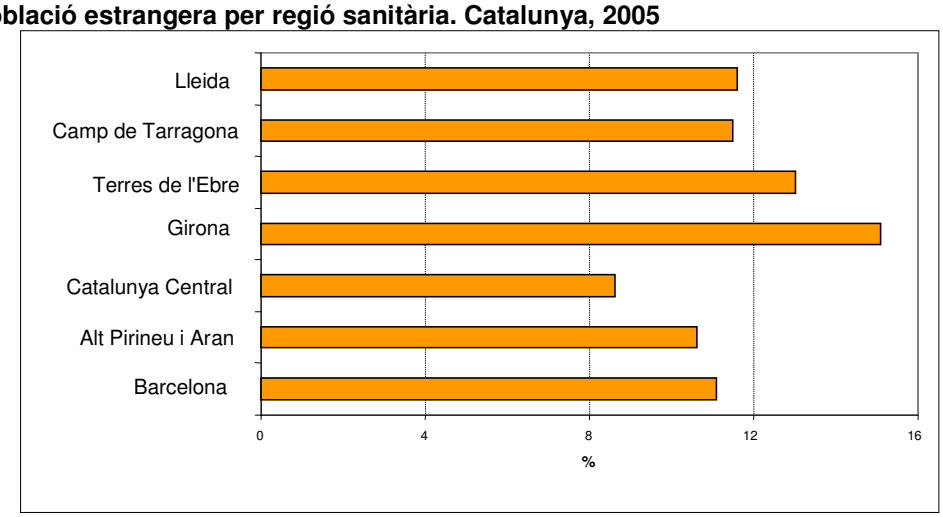
Font: Padró municipal d'habitants d'1 de gener de 2005. Instituto Nacional de Estadística.

[4] Padró municipal d'habitants d'1 de gener de 2005. Instituto Nacional de Estadística.
[5] La població estrangera 2004.Idescat.

14. A més de les diferències de grups etaris, la piràmide de població dels estrangers està menys feminitzada que la dels autòctons. La menor immigració de les dones no és un fet comú en totes les comunitats d'immigrants, sinó que està molt lligada a la nacionalitat d'origen, com a traducció de les estratègies personals i familiars del projecte migratori i del diferent grau de maduresa del procés migratori.

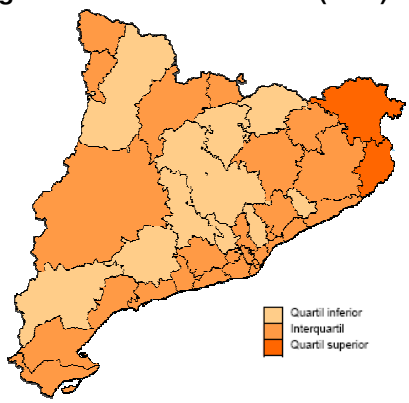
15. La població estrangera es distribueix per tot el territori, tot i que de manera desigual segons les oportunitats econòmiques i socials. La Regió Sanitària Barcelona té el nombre més elevat de població estrangera, però el pes relatiu sobre el total de la població és més alt a la Regió Sanitària Girona. Concretament, el GTS Barcelona, i tots els GTS del Baix Llobregat i Vallès concentren el nombre més elevat de població estrangera. Tanmateix, el percentatge més elevat d'estrangers es troba als GTS Alt Empordà i Baix Empordà (18,9% i 16,9%, respectivament), Alt Maresme-Selva Marítima (15,0%) i Montsià (14,8%). A la ciutat de Barcelona el 15,4% de la població és estrangera, distribuïts molt desigualment per districtes, de d'un màxim del 43,9% a la Ciutat Vella a un mínim de 10,7% a les Corts. La presència relativa més baixa d'estrangers es presenta als GTS Ripollès (5,3%), Berguedà (6,5%) i Vallès Occidental Est (Sabadell) (6,8%) (figura 7 i mapa 2).

Figura 7. Població estrangera per regió sanitària. Catalunya, 2005



Font: Padró municipal d'habitants d'1 de gener de 2005. Instituto Nacional de Estadística.

Mapa 2. Població estrangera per govern territorial de salut (GTS). Catalunya, 2005



Font: Revisió del padró municipal de 2005. Idescat.

16. A Espanya, el percentatge global d'estrangers és del 8,5%, amb una distribució força heterogènia al territori. A set comunitats autònomes el percentatge d'estrangers sobre la població total supera el 10% (Illes Balears, Madrid, Comunitat Valenciana, Múrcia, Catalunya, Canàries i La Rioja), amb un màxim del 17,5% a les Illes Balears. Aquestes comunitats concentren el 88,3% dels estrangers que resideixen a Espanya.

17. Les estructures familiars a Catalunya segueixen un patró mediterrani, a mig camí entre les europees i les de la resta d'Espanya. La grandària de les llars catalanes és superior a l'europea i inferior a l'espanyola.

18. Les famílies nuclears amb fills representen el 50,4% del total de famílies catalanes, de les quals el 18,8% són monoparentals. Els altres tipus d'estructures familiars més habituals són les llars unipersonals: prop del 21% de les famílies estan compostes per una sola persona. Les persones que viuen soles són les que tenen un risc més elevat de pobresa, de problemes relacionats amb la salut i d'absència de suport familiar i social davant les adversitats (taula 2).

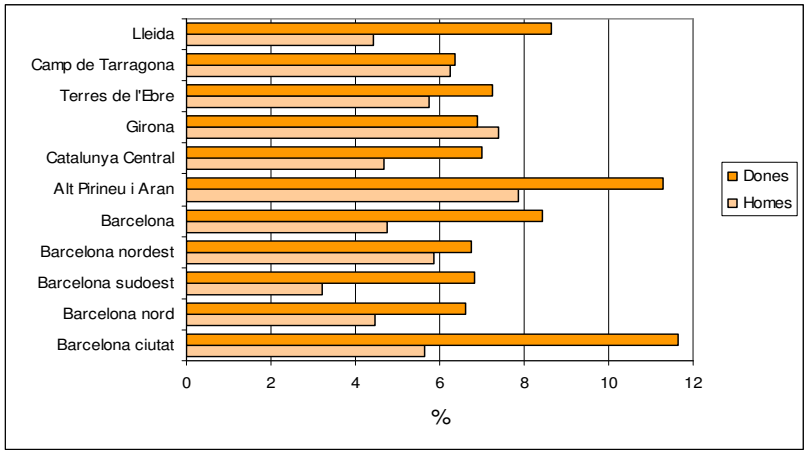
Taula 2. Grandària i estructura de les llars catalanes. Catalunya, 2001

Grandària de les llars			Tipus de les llars		
	Nombre	%		Nombre	%
1 persona	484.624	20,9	Unipersonal	484.624	20,9
2 persones	647.572	28,0	Sense nucli, 2 o més persones	92.378	4,0
3 persones	518.893	22,4	Uninuclears		
4 persones	462.989	20,0	Parella sense fills	519.040	22,4
5 i més pers	201.778	8,7	Parella amb fills	948.348	40,9
Total	**2.315.856**	**100,0**	Mare amb fill	177.068	7,6
			Pare amb fills	42.343	1,8
			Llars plurinuclears	52.055	2,4
			Total	**2.315.856**	**100,0**

Font: Cens de població del 2001. Idescat.

19. La distribució territorial de les llars unipersonals és força heterogènia i està condicionada per l'estructura per sexe i edat de cada territori. Les regions sanitàries de Alt Pirineu i Aran, Girona i Barcelona són les que tenen un percentatge de població més elevat que viu en llars unipersonals. Per sexes, s'observa que a les regions sanitàries de Barcelona, en especial a la ciutat de Barcelona, Alt Pirineu i Aran, Lleida i Catalunya Central el percentatge de dones que viuen soles és més elevat, mentre que a la Regió Sanitària Girona és on proporcionalment hi ha més homes que viuen més sols (figura 8).

Figura 8. Població que viu en llars unipersonals per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2006



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

20. El nivell d'estudis de la població general ha augmentat força, alhora que ha tendit a equiparar homes i dones. Aquesta millora ha suposat una fractura generacional entre els

adults i joves i les persones d'edat més avançada, que no van tenir al seu dia les mateixes oportunitats (taula 3).

Taula 3. Població de 15 anys i més segons nivell d'estudis, per sexe. Catalunya, 2006

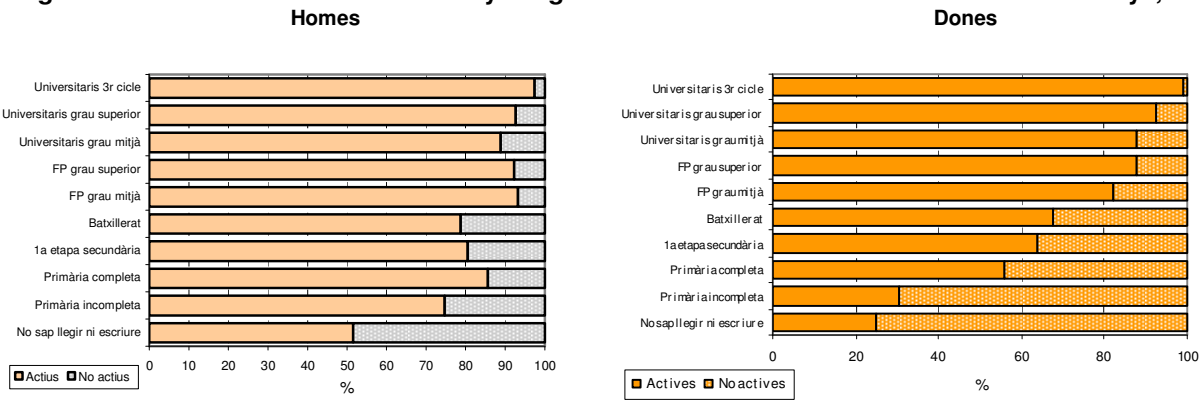
Nivell d'estudis	Homes		Dones	
	Nombre	%	Nombre	%
No sap llegir o escriure	21.125	0,7	59.032	1,9
Primària incompleta	270.452	9,2	454.922	14,9
Primària completa	651.017	22,0	634.329	20,8
Primera etapa de secundària	598.677	20,3	550.122	18,1
Batxillerat	429.970	14,5	416.689	13,7
FP de grau mitjà	232.998	7,9	202.860	6,7
FP de grau superior	268.841	9,1	207.024	6,8
Estudis universitaris	480.895	16,2	520.763	17,1
Altres i NS/NC	1.587	0,1	1.286	0,0
Total		100,0		100,0

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

21. La Regió Sanitària Barcelona en general, i la ciutat de Barcelona en particular, té el percentatge més elevat de població amb estudis superiors. En la distribució territorial per les diferents categories de nivell d'estudis finalitzats hi intervenen tant l'envelliment de la població com la presència de població estrangera. Així, els GTS on la proporció de persones amb baixos nivells d'estudis és més alta són Baix Ebre, Altebrat, Baix Empordà, Alt Penedès i Montsià.

22. El nivell d'estudis i la situació d'activitat presenta una forta associació positiva en les dones: com més elevat és el nivell d'estudis, més ho són també les taxes d'activitat. Les dones més qualificades, a més de tenir unes taxes d'activitat i d'ocupació més elevades, assoleixen més ràpidament uns nivells de paritat amb els homes que les que tenen nivells d'estudis més baixos (figura 9).

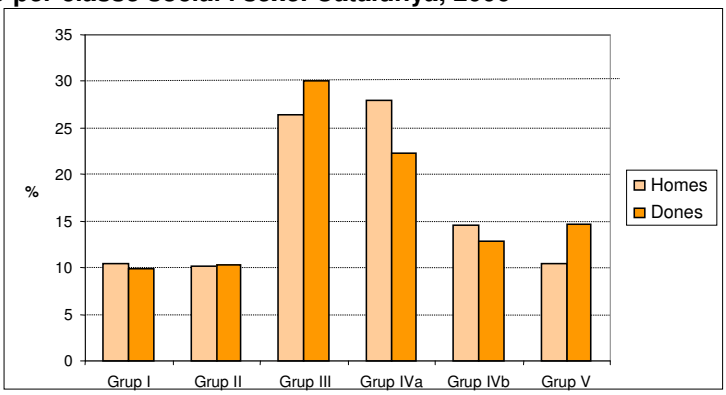
Figura 9. Homes i dones de 16 a 65 anys segons nivell d'estudis i situació laboral. Catalunya, 2006



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

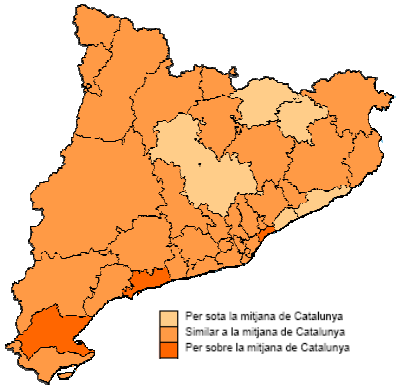
23. La distribució de la població catalana per classe social segons l'ocupació mostra que el 51,4% pertany als grups IVa, IVb i V. El percentatge de dones en els grups III i V és superior al d'homes, influenciat per l'envelliment femení més elevat. Prop del 20% d'homes i dones pertanyen als grups I i II (figura 10).

Figura 10. Població per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

Mapa 3. Població que pertany a la classe més desfavorida (grup V) per govern territorial de salut (GTS). Catalunya, 2006



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

24. Quasi la totalitat de les llars de la població de 15 anys i més tenen dutxa o banyera (99,6%), aigua calenta (99,3%) i rentadora (99,0%). Les condicions de l'habitatge estan relacionades amb la classe social i l'edat: la població d'edat avançada dels grups IV i V és la que té unes condicions més precàries d'habitabilitat, amb proporcions més baixes d'alguns equipaments com l'aire condicionat (24,3), el rentaplats (30,8%) i la calefacció (63,4%).

1.4. Projeccions de població

25. La nova dinàmica demogràfica iniciada al segle XXI i protagonitzada per l'arribada d'un nombre elevat d'immigrants ha fet replantejar les projeccions realitzades fins al moment i n'ha augmentat la incertesa, tant pel que fa a continuïtat com a intensitat. L'arribada de població estrangera, sobretot en el darrer quinquenni, ha incrementat els efectius i ha modificat l'estructura per sexe i edat i les tendències de fecunditat i mortalitat, la qual cosa té un impacte important en el sistema de salut.

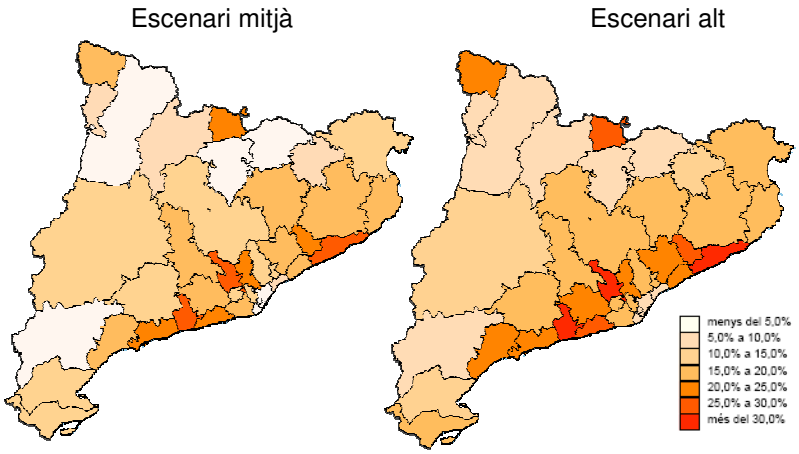
26. L'envelliment continuarà sent un repte que hauran d'afrontar principalment els serveis sanitaris, sociosanitaris i socials, tant pel nombre creixent d'efectius com per a l'atenció a la dependència.

27. Amb independència de l'escenari, sembla que la població catalana continuarà augmentant en els propers anys, a un ritme més elevat en els primers anys fins al 2010 i amb una desacceleració posterior del ritme de creixement. L'escenari mitjà preveu, entre

el 2005 i el 2015, un increment de 857.000 persones amb una estructura de població més envellida, mentre que l'escenari alt proposa un augment de població superior al milió d'habitants amb una estructura per edats més jove.

28. El creixement de població es distribueix per tot el territori, amb uns percentatges més baixos, però positius, als GTS de les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran, Lleida i Terres de l'Ebre, i més elevats entorn de la ciutat de Barcelona: al sud, al litoral fins al GTS Garraf i tots els GTS del Baix Llobregat i del Vallès, i al nord, fins al GTS Alt Maresme-Selva Marítima (mapa 4).

Mapa 4. Projeccions de població per govern territorial de salut (GTS). Increment relatiu segons escenari mitjà i alt. Catalunya, 2005-2010



Font: Blanes A, Menacho T. Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, octubre de 2005.

2. El medi ambient i la salut

2.1. La qualitat de l'aigua

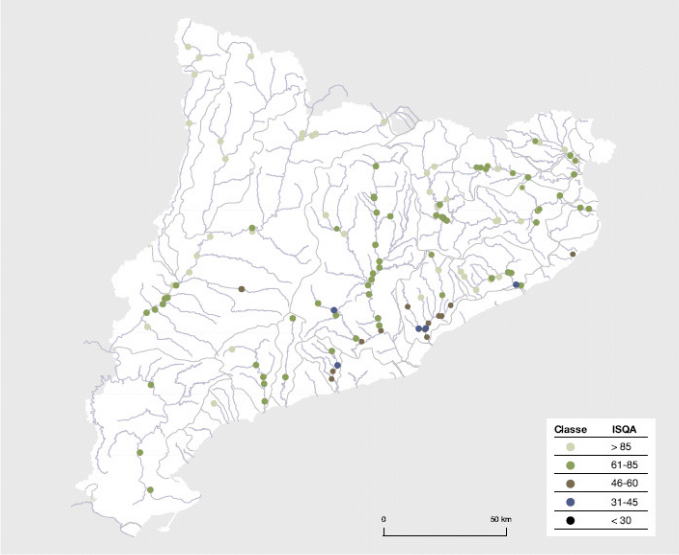
29. Els principals riscos sanitaris associats a la qualitat de l'aigua són la contaminació microbiana i la de tipus químic ocasionada per la presència d'alts nivells de trihalometans (THM), de i nitrats, així com la presència de manera natural en les captacions d'altres elements com els metalls i fluorurs. La contaminació química, excepte casos puntuals, se sol relacionar amb problemes de salut a llarg termini encara escassament estudiats, per acumulació de contaminants en el cos, mentre que la contaminació microbiana provoca sobretot problemes de salut a curt termini.

30. Si bé en aquests darrers anys els ajuntaments i la Generalitat han realitzat un esforç per reduir la presència de contaminants químics a l'aigua, resta encara pendent una tasca molt significativa en els àmbits del control de les activitats que generen contaminació, el tractament de l'aigua contaminada, la consolidació de sistemes de detecció i informació, i, finalment, l'assoliment d'una comunicació efectiva i a temps a la població.

31. L'autocontrol de la qualitat de l'aigua de consum humà és responsabilitat de les entitats gestores de subministrament (EGS) que han de complir amb la normativa vigent quant als paràmetres de qualitat i portar a terme un control de la seva activitat. La disposició d'un pla d'autocontrol per part de les EGS és un dels aspectes nous que regula el Reial decret 140/2003, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen els criteris sanitaris de la qualitat de l'aigua de consum humà. El Departament de Salut realitza una supervisió dels plans d'autocontrol d'aquestes entitats amb l'objectiu de fer un seguiment de la seva implementació i del compliment dels requisits establerts, especialment pel que fa a l'anàlisi, la periodicitat i el registre documental de les analítiques, incidències, anomalies, neteja i manteniment de les instal·lacions.

32. L'índex sintètic de qualitat de l'aigua (ISQA) informa sobre la qualitat de les aigües superficials a partir de l'anàlisi en 398 punts de la xarxa de control i mostra que a les capçaleres dels rius l'aigua superficial té valors mitjans de l'ISQA més bons (mapa 5). Aquest índex ajuda a valrar el tractament necessari per potabilitzar una aigua superficial si s'utilitza com a aigua per al consum humà.

Mapa 5. Qualitat de les aigües superficials. Valors mitjans de l'ISQA 2005 (1). Catalunya, 2006



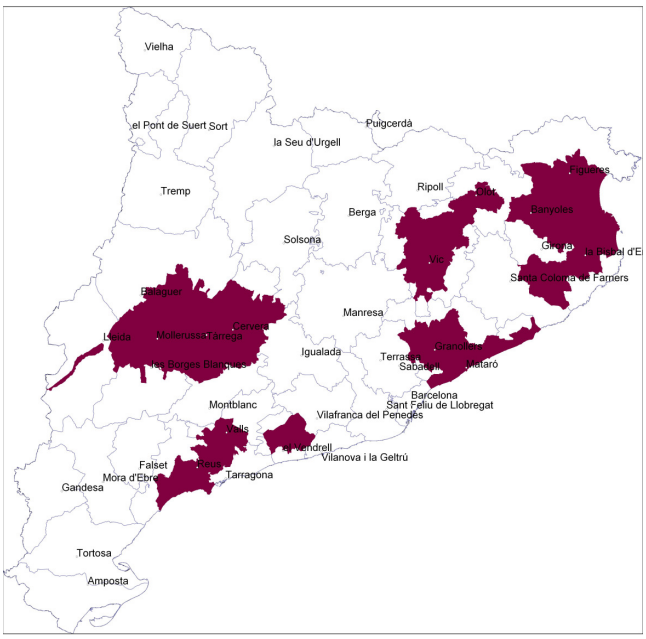
(1) El mapa indica els valors mitjans de l'ISQA assumits, classificats segons els intervals de referència del Pla de sanejament de Catalunya.
L'ISQA és un índex de qualitat de les aigües que es calcula a partir de la temperatura, les partícules en suspensió, l'oxidabilitat, l'oxigen dissolt i la conductivitat.

Font: Departament de Medi Ambient i Habitatge.

33. L'altre contaminant rellevant perjudicial per a la salut són els nitrats. La Generalitat de Catalunya va identificar el 2004[6] nou zones vulnerables a la contaminació de nitrats de fonts agràries, que representen un total de 4.306 km2, que corresponen a 321 municipis (un terç dels municipis de Catalunya) i 1.468.703 habitants. Si bé no tots els municipis inclosos superen el llindar màxim establert de concentració de nitrats en aigua subterrània, en tots ells s'ha considerat pertinent la posada en marxa d'accions preventives (mapa 6).

[6] Decret 476/2004, de 28 de desembre, pel qual es designen noves zones vulnerables en relació amb la contaminació de nitrats procedents de fonts agràries. DOGC 4292; 31.12.2004.

Mapa 6. Zones vulnerables per contaminació de nitrats de fonts agràries. Catalunya, 2004



Font: Agència Catalana de l'Aigua. Departament de Medi Ambient i Habitatge.

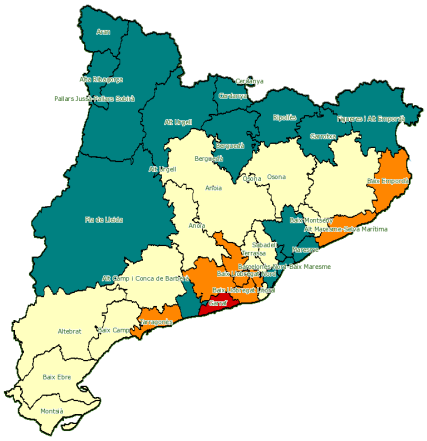
34. El 36,3% de la població catalana declara que beu habitualment aigua de l'aixeta (xarxa pública de distribució), percentatge que supera el 80% a l'Alt Urgell, el Pallars i la Val d'Aran (mapa 7). Quant al consum d'aigua de l'aixeta per cuinar, les diferències entre territoris són més reduïdes, tot i que també les zones properes al litoral en fan un ús més restringit. Hi destaca el Garraf, on només el 64% de la població declara que utilitza habitualment aigua de l'aixeta per cuinar (mapa 8).

Mapa 7. Població de 15 anys i més que declara beure habitualment aigua de l'aixeta. Catalunya, 2006

- Àrees de consum molt baix (<15%)
- Àrees de consum baix (15%-20%)
- Àrees de consum inferior a la mitjana de Catalunya (20%-30%)
- Àrees de consum similar a la mitjana de Catalunya (30%-40%)
- Àrees de consum superior a la mitjana de Catalunya (40%-50%)
- Àrees de consum alt (50%-70%)
- Àrees de consum molt alt (>70%)

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

Mapa 8. Població de 15 anys i més que declara cuinar habitualment amb aigua de l'aixeta. Catalunya, 2006



- Àrees d'ús molt baix (<65%)
- Àrees d'ús per sota la mitjana de Catalunya (aprox. 70%-80%)
- Àrees d'ús similar a la mitjana de Catalunya (aprox. 80%-90%)
- Àrees d'ús generalitzat (>90%)

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

2.2. La qualitat de l'aire

35. Tot i que avui en dia els estudis realitzats sobre els principals contaminants atmosfèrics no possibiliten encara la delimitació de llindars de contaminació per sota dels quals es pugui assegurar que el risc sobre la salut humana és inexistent, cada cop és té més evidència que els elevats nivells de contaminació atmosfèrica representen un risc per a la salut de la població.

36. Els principals contaminants de l'aire a Catalunya són les partícules totals en suspensió, el diòxid de nitrogen, el diòxid de sofre i l'ozó troposfèric, les principals fonts emissores dels quals són el transport, les centrals tèrmiques, les cimenteres, la combustió de carburants i les refineries.

37. Entre els efectes sobre la salut de la contaminació de l'aire, cal subratllar les conseqüències de l'exposició a contaminants en els sistemes respiratori i cardiovascular, que poden ser particularment greus en població vulnerable, sobretot entre la gent gran i els nens.

38. Els territoris més afectats per la concentració de partícules l'any 2006 han estat els de la zona central de Catalunya, que han superat el valor límit anual per a la protecció de la salut humana que fixa la Comissió Europea per a l'any 2010[7]. La contaminació per partícules és especialment elevada a Barcelona i la zona metropolitana. Pel que fa a l'ozó troposfèric, es concentra sobretot en àrees rurals. D'altra banda, les zones que superen amb més freqüència el llindar d'informació a la població[8] són el Camp de Tarragona, tot i que de mitjana no superi l'objectiu per a la protecció de la salut, i la Plana de Vic. Amb referència a la concentració de diòxid de nitrogen, en general s'acompleixen els objectius arreu de Catalunya, excepte a les àrees de Barcelona i del Vallès i Baix Llobregat, essencialment com a conseqüència de les emissions provinents del transport. Pel que fa als nivells de diòxid de sofre, ara com ara no superen els límits fixats en l'àmbit europeu (taula 4).

[7] Directiva 96/62/CE del Consell sobre avaluació i gestió de la qualitat de l'aire ambient, com a directiva marc, i altres que se centren en contaminants concrets, com la Directiva 1999/30/CE, la Directiva 2000/69/CE i la Directiva 2002/3/CE.
[8] 180 micrograms per metre cúbic.

Taula 4. Distribució de la concentració de partícules en suspensió, d'ozó troposfèric i de diòxid de nitrogen. Catalunya, 2006

Nivell de concentració	**Concentració de partícules en suspensió**	**Zones**[9]
Supera el valor límit anual per a la protecció de la salut humana	Per sobre dels 40 micrograms per metre cúbic	Àrea de Barcelona, Vallès-Baix Llobregat, Penedès-Garraf, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Plana de Vic i Terres de Ponent.
Nivell de concentració	**Concentració d'ozó troposfèric**	**Zones**
Supera el valor límit anual per a la protecció de la salut humana	Per sobre dels 120 micrograms per metre cúbic	Penedès-Garraf, Plana de Vic, Comarques de Girona, Empordà, Pirineu Oriental, Prepirineu, Terres de Ponent, Terres de l'Ebre
Nivell de concentració	**Concentració de diòxid de nitrògen**	**Zones**
Excessiu respecte els objectius actuals i de 2010	Per sobre dels 48 micrograms per metre cúbic	Àrea de Barcelona, Vallès-Baix Llobregat

No es disposa de dades de concentració de partícules en suspensió del Pirineu occidental i el Prepirineu, ni de concentració d'ozó troposfèric de l'Alt Llobregat, com tampoc de concentració de diòxid de nitrogen del Pirineu occidental, el Prepirineu i les Terres de l'Ebre, tot i que s'estima que en els tres casos compleixen els objectius.

Font: Elaboració Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Servei de Vigilància i Control de l'Aire del Departament de Medi Ambient i Habitatge de l'any 2006.

39. La Directiva 96/62/CE, de 27 de setembre, sobre avaluació i gestió de la qualitat de l'aire estableix que cal definir plans i programes per restablir els nivells de qualitat de l'aire en aquelles zones on se superin els valors de referència legislatius, amb l'objectiu de preservar la salut de les persones i el medi. Així, el Consell Executiu ha d'aprovar un pla d'actuació que contingui les accions concretes necesàries per restablir la qualitat de l'aire a les àrees on se superin els valors admissibles. El Pla per a la millora de la Qualitat de l'Aire a la regió metropolitana de Barcelona, a més d'incloure mesures de sensibilització, intervé en els àmbits del transport i la mobilitat, la indústria, l'energia i el sector domèstic per restablir la qualitat de l'aire.

[9] Segons la classificació de Zones de qualitat de l'aire que estableix la normativa sobre avaluació i gestió de la qualitat de l'aire ambient. Directiva 96/62/CE i Reial decret 1073/2002, de 18 d'octubre.

2.3. El clima

40. El temps i la variabilitat climàtica poden afectar la salut a través de mecanismes directes, bé per impactes físics que causen estrès fisiològic, com l'increment de la temperatura, o bé per danys físics sobre les persones, com les conseqüències de les tempestes o riuades[10].

41. El canvi climàtic també pot afectar la salut a través de mecanismes indirectes en modificar la contaminació atmosfèrica, tant la d'origen antropogènic com biogènic. Així, per exemple, cal preveure tant un augment de les concentracions d'ozó troposfèric com de les persones que viuen en àrees de risc, fet que incrementarà el nombre de persones que pateixen malalties del sistema respiratori.

42. Si bé no és possible atribuir a escala individual les defuncions provocades per l'onada de calor de l'estiu de 2003 a Catalunya, la xarxa de vigilància epidemiològica va estimar en un 28% l'increment de la mortalitat en relació amb la mitjana del quinquenni anterior, així com un excés de mortalitat al voltant del 20%, que representaria un total de 1.357 defuncions en un mes i mig[11].

2.4. La seguretat alimentària

43. En les darreres dècades han aparegut nous problemes sanitaris relacionats amb la manipulació i el consum dels aliments, fet que ha situat la seguretat alimentària en un lloc central en les prioritats de la població, dels mitjans de comunicació i de les polítiques governamentals. El control veterinari i la vigilància exhaustiva de la producció, la distribució, la comercialització i el consum alimentaris d'acord amb el compliment de les diferents directives europees han fet disminuir la transmissió de malalties per via alimentària i els nivells d'exposició de la població a perills químics en els aliments, la qual cosa farà possible l'assoliment dels objectius definits per a l'any 2010 en el Pla de seguretat alimentària[12].

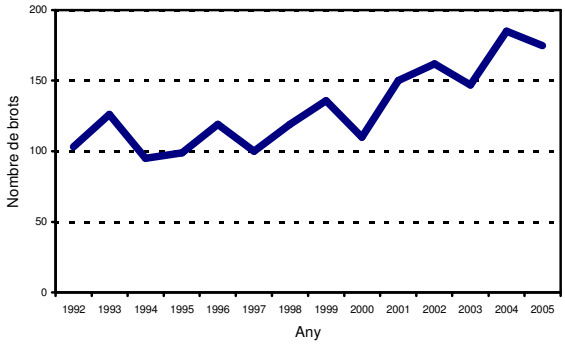
44. El problema principal en matèria d'innocuïtat alimentària té a veure amb els riscos biològics, causants del 95% de les malalties de transmissió alimentària diagnosticades.

[10] Generalitat de Catalunya. Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible. Generalitat de Catalunya.
[11] Direcció General de Salut Pública. Estimació de la mortalitat per l'onada de calor de l'estiu de 2003. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2004;XXV(extr. 2n trimestre):109-11.
[12] Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya, 2007-2010.

Les toxiinfeccions alimentàries representen una part important dels brots de malalties declarats i també del nombre de persones afectades.

45. Prop del 90% dels brots estan causats per microorganismes patògens o les seves toxines. En més del 80% s'ha pogut identificar l'agent causal: Salmonel·la (50,0%), norovirus (24,8%), Clostridium perfringens (4,5%) i Staphylococcus aureus (3,0%) (figura 11).

Figura 11. Evolució del nombre de brots de malalties transmeses pels aliments. Catalunya, 1992-2005



Font: Elaboració de l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària a partir de dades del Butlletí epidemiològic de Catalunya. Departament de Salut.

46. Els factors contribuents més freqüents estan associats a la manipulació higiènica (47%), a les contaminacions encreuades (18%), a la conservació incorrecta (17%), als manipuladors infectats (15%) i a la utilització d'ous no pasteuritzats.

47. Pel que fa a les malalties d'origen alimentari declarades de manera individual, en destaquen les produïdes per Rotavirus (46%), Campylobacter (26%) i Salmonel·la (23%).

48. La informació que es pot obtenir de les dades de malalties de notificació individual permet observar una baixa incidència de les que estan molt directament lligades a la transmissió alimentària, com per exemple la triquinosi, el botulisme, la listeriosi o la hidatidosi, que se situen en menys d'un cas per milió d'habitants.

Els perills químics dels aliments

49. Històricament s'han descrit greus incidents d'intoxicació aguda per productes químics. En el nostre entorn més immediat es poden citar les intoxicacions per β-agonistes utilitzats en l'engreix il·legal de bestiar, que es van produir als anys noranta, i el conegut cas de la síndrome tòxica associada a l'oli de colza desnaturalitzat, a principis dels vuitanta. Aquests episodis, tot i que greus, poden considerar-se com a excepcionals. A Catalunya, tret d'aquests casos específics, no hi ha constància de casos ni de brots d'intoxicacions alimentàries per perills químics, i tampoc no hi ha dades epidemiològiques que permetin establir correlacions directes i sòlides entre els perills químics dels diferents productes de la cadena alimentària i la incidència o prevalença de malalties en la població.

50. La manca de dades epidemiològiques fa que els estudis d'avaluació de riscos químics s'hagin de dur a terme sobre la base de dades procedents de models experimentals als quals s'apliquen marges de seguretat molt amplis. Aquests marges s'utilitzen per establir els límits màxims de residus a la normativa vigent establerta a la Unió Europea i que són de referència obligada (taula 5).

Taula 5. Exposició a contaminants a través de la dieta a Catalunya en comparació amb els nivells de seguretat establerts per l'OMS

Contaminant	Estimació de la ingesta d'un home adult	Nivells de seguretat establerts per l'OMS
Arsènic	4,2 µg/kg/setmana	15 µg/kg/setmana
Cadmi	1,56 µg/kg/setmana	7 µg/kg/setmana
Mercuri total	2,1 µg/kg/setmana	5 µg/kg/setmana
Metilmercuri	0,8 µg/kg/setmana	1,6 µg/kg/setmana
Plom	3,9 µg/kg/setmana	25 µg/kg/setmana
Dioxines i bifenils policlorats (PCB)	3,51 pg/OMS/TEQ/kg/dia	1-4 pg/OMS/TEQ/kg/dia
Hexaclorobenzè	0,0024,µg/kg/setmana	0,16 µg/kg/setmana

Font: Estudi de contaminants en dieta total, 2002. Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Departament de Salut.

51. Des de fa anys la taxa de conformitat dels residus zoosanitaris i fitosanitaris supera el 99%. En els casos en què és possible detectar-los es troben en nivells inferiors als límits màxims acceptats, de manera que no han de suposar cap risc d'intoxicació aguda ni cap altres tipus de risc greu immediat per a les persones.

2.5. Assentaments humans

S'entén com a assentaments correctes els establiments en els quals les condicions generals de salubritat i les condicions dels locals i de les xarxes de distribució d'aigua de consum humà han obtingut una valoració correcta.

52. En el període 2002-2005 ha hagut una millora progressiva de les condicions sanitàries d'aquest tipus d'establiments i assentaments, passant del 64% d'avaluació global correcte el 2002 al 89% el 2005 per al cas dels allotjaments infantils i juvenils, cosa que significa un augment relatiu del 39%. Pel que fa als establiments de càmping i caravàning els percentatges assolits durant els darrers anys són força alts (99%) i es manté aquest valor durant el període analitzat (taula 6).

Taula 6. Avaluació de les condicions higièniques i sanitàries als allotjaments infantils i juvenils (AIJ) i als establiments de càmping i caravàning. Catalunya, 2002-2005

Indicador	Any							
	2002		2003		2004		2005	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Allotjaments infantils i juvenils								
Avaluació global correcta	192	64	225	70	236	81	315	89
Total establiments avaluats	300	100	320	100	290	100	354	100
Establiments de càmping i caravàning								
Avaluació global correcta	267	99	287	99	283	98	356	99
Total establiments avaluats	271	100	289	100	289	100	358	100

Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Anys 2002-2005.

2.6. Control de plagues

Amb l'entrada en vigor del Decret 149/1997[13], pel qual es regula el Registre oficial d'establiments i serveis plaguicides (ROESP), la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut va assumir la gestió del Registre pel que fa als plaguicides d'ús ambiental i a la indústria alimentària.

[13] Decret 149/1997, de 10 de juny, pel qual es regula el Registre oficial d'establiments i serveis plaguicides. DOGC 2418; 23.6.1997.

53. Els plaguicides són productes amb un risc inherent, a causa principalment de la seva finalitat biocida i també de la possible presència d'altres substàncies químiques perilloses en la seva composició.

54. La metodologia de control de plagues es basa en la integració de mesures preventives d'ordenament i sanejament del medi o altres factors associats a l'aparició de les plagues, amb mesures actives de control físic, mecànic i biològic i, en cas necessari, de control químic. També s'avalua la informació que les empreses de control de plagues lliuren a l'usuari (taules 7 i 8).

Taula 7. Mètodes utilitzats en les actuacions de control de plagues avaluades a les empreses inscrites al Registre oficial d'establiments i serveis plaguicides (ROESP). Catalunya, 2003-2006

Mètodes de control revisats a les entitats del ROESP	Any							
	2003		2004		2005		2006	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Passius	54	8,9	82	14,4	117	18,4	89	15,1
Mecànics	38	6,3	50	8,8	60	9,5	38	6,5
Físics	9	1,5	22	3,9	13	2,1	19	3,2
Biològics i bioracionals	67	11,1	46	8,1	68	10,7	45	7,6
Químics (gels i esquers)	196	32,4	186	32,6	204	32,1	231	39,2
Químics (altres)	241	39,8	184	32,3	173	27,2	167	28,3
TOTAL actuacions revisades	605	100	570	100	635	100	589	100

Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Anys 2003-2006.

Taula 8. Mètodes de control utilitzats a les actuacions de control de plagues avaluades a establiments alimentaris i assentaments humans (usuaris dels serveis de control de plagues). Catalunya, 2003-2006

Mètodes de control revisats a locals d'usuaris	Any							
	2003		2004		2005		2006	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Passius	281	53,4	668	35,5	996	39,3	515	36,7
Mecànics	7	1,3	124	6,6	183	7,2	55	3,9
Físics	61	11,6	264	14,0	216	8,5	90	6,4
Biològics i bioracionals	5	1,0	104	5,5	149	5,9	113	8,1
Químics (gels i esquers)	89	16,9	484	25,7	703	27,7	473	33,7
Químics (altres)	83	15,8	236	12,6	289	11,4	157	11,2
TOTAL actuacions revisades	526		1.880		2.536		1.403	

Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Anys 2003-2006.

55. En el període 2003-2006 s'observa una tendència creixent en la utilització dels plaguicides de menor perillositat quant a la tècnica d'aplicació (aplicació de gels i col·locació d'esquers) enfront de la resta de tractaments químics, la majoria dels quals són tractaments generalitzats. Aquests suposen un major risc d'exposició per a les persones per la importància dels mètodes passius, com ara la col·locació de teles mosquiteres o la neteja, un mètode de control.

2.7. Productes químics

En les darreres dècades hi ha hagut un creixement important en la introducció de productes químics a pràcticament tots els àmbits de mercat. Actualment, hi ha unes 100.000 substàncies químiques. La prevenció i el control dels riscos associats a l'exposició d'aquests productes, tant a curt com a llarg termini, és un objectiu important de la salut ambiental.

La normativa que regula les substàncies i preparats químics perillosos es basa en la normativa europea sobre aquesta matèria. Així, el RD 363/1995[14], pel qual s'aprova el Reglament sobre la notificació de substàncies noves i classificació, envasament i etiquetatge

[14] RD 363/1995, de 10 de març, pel qual s'aprova el Reglament sobre la notificació de substàncies noves i classificació, envasament i etiquetatge de substàncies perilloses. BOE 133; 5.6.1995.

de substàncies perilloses; el RD 255/2003[15], pel qual s'aprova el Reglament sobre classificació, envasament i etiquetatge de preparats perillosos; i el RD 1406/1989[16], pel qual s'imposa limitacions a la comercialització i a l'ús de certes substàncies i preparats perillosos, constitueixen la normativa bàsica elaborada amb l'objectiu d'incrementar els nivells de protecció de la salut de les persones i de l'exposició a productes químics perillosos del medi ambient. Els seus aspectes fonamentals són la classificació de la perillositat dels productes químics; els sistemes d'informació d'aquesta perillositat als seus usuaris, establerts bàsicament a les seves etiquetes i fitxes de dades de seguretat (FDS); el seu correcte envasament, i les limitacions a la comercialització i l'ús de certes substàncies i preparats.

El control sanitari d'aquests aspectes se centra en la inspecció, la vigilància i el control de la comercialització dels productes químics amb l'objectiu de comprovar-ne l'adequació a la normativa que els regula. Aquest control es gestiona de forma coordinada amb el Ministeri de Sanitat i Consum (MSC) i les comunitats autònomes (CA) a través de la Xarxa Nacional d'Inspecció, Vigilància i Control dels Productes Químics, i més concretament pel Sistema d'Intercanvi Ràpid d'Informació de Productes Químics (SIRIPQ).

56. En el període 2002-2006, el percentatge més elevat d'alertes correspon a les activades des d'altres CA i que arriben a Catalunya, on radica el fabricant o primer comercializador, la qual cosa s'explica pel fet que és aquí on es troba una part important de la indústria química estatal (taula 9).

Taula 9. Alertes de productes químics gestionades a Catalunya. Catalunya, 2002-2006

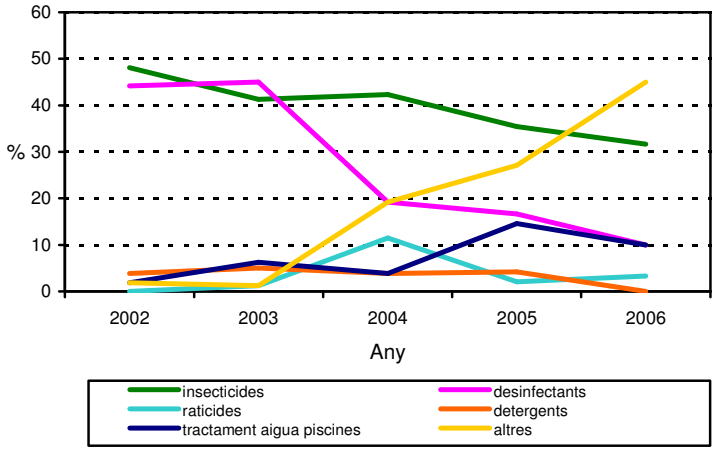
Nº d'irregularitats detectades	Any									
	2002		2003		2004		2005		2006	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Activades des d'altres CA i traslladades a Catalunya	24	40,7	60	69,0	6	17,1	19	27,1	17	19,1
Activades a Catalunya i traslladades a altres CA	28	47,5	15	17,2	18	51,4	23	32,9	29	32,6
Activades i gestionades a Catalunya	-	-	2	2,3	2	5,7	13	18,6	21	23,6
Comercialització de substancies no autoritzades	2	3,4	1	1,2	3	8,5	2	2,9	5	5,6

Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

[15] RD 255/2003, de 28 de febrer, pel qual s'aprova el Reglament sobre classificació, envasament i etiquetat ge de preparats perillosos. BOE 54; 4.3.2003.
[16] RD 1406/1989, de 10 de novembre, pel qual s'imposa limitacions a la comercialització i a l'ús de certes substàncies i preparats perillosos. BOE 297; 12.12.1989.

57. El nombre de biocides (insecticides, desinfectants i raticides) implicats en les alertes és superior a les alertes generades per altres productes químics (detergents, ambientadors, pigments, pintures, diluents...), probablement a causa dels requeriments específics d'inscripció obligatòria en el Registre oficial de biocides de l'MSC. Igualment s'observa que en el període 2002-2006 s'incrementa el nombre d'alertes per altres productes químics perillosos, que passa de l'1,9% el 2002 al 45% el 2006. En canvi, han baixat les generades pels biocides, que ha passat d'una proporció de més del 40% el 2002 a percentatges d'entre el 2% (raticides) i el 19% (insecticides) el 2006, segons el producte (figura 12).

Figura 12. Alertes de productes químics gestionades a Catalunya. Catalunya, 2002-2006



Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

58. Quant a les irregularitats detectades, les d'etiquetatge són les més freqüents i l'any 2006 representen el 32,6%. Els incompliments del registre de biocides es troben entre els tres primers, tot i que també van disminuint en els últims anys en consolidar-se la inscripció al registre d'aquests productes; tanmateix, representen el 19,1% del total d'irregularitats detectades el 2006. D'altra banda, segueixen les irregularitats en els sistemes d'informació de la perillositat dels productes, detectades tant a les etiquetes com a les FDS (taula 10).

Taula 10. Irregularitats detectades en les alertes de productes químics gestionades a Catalunya. Catalunya, 2002-2006

Nre. d'irregularitats detectades	Any									
	2002		2003		2004		2005		2006	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Incompliment de registre biocides	24	40,7	60	69,0	6	17,1	19	27,1	17	19,1
Irregularitats en l'etiquetatge	28	47,5	15	17,2	18	51,4	23	32,9	29	32,6
Irregularitats a la FDS	-	-	2	2,3	2	5,7	13	18,6	21	23,6
Comercialització de substancies no autoritzades	2	3,4	1	1,2	3	8,5	2	2,9	5	5,6
Nre. de registre biocides caducat	-	-	-	-	2	5,7	3	4,3	5	5,6
Carència d'homologació prod. piscines	-	-	2	2,3	-	-	5	7,1	2	2,3
Altres irregularitats detectades	5	8,5	7	8,1	4	11,4	5	7,1	10	11,3
TOTAL nombre d'irregularitats detectades	59	100	87	100	35	100	70	100	89	100

Font: Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

2.8. Torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi

El Departament de Salut du a terme, amb una periodicitat anyal, el Programa de vigilància i control de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius. Des de l'any 2003 fins a l'any 2005 s'han dut a terme un mínim de dues inspeccions a l'any. A partir de l'any 2005, la inspecció de torres de refrigeració i condensadors evaporatius es marca amb la següent periodicitat mínima:

1. Una vegada a l'any en instal·lacions ubicades en zones rurals o zones poc urbanitzades.
2. Dues vegades a l'any en cas de torres de refrigeració o condensadors evaporatius que afectin àrees urbanes o urbanitzades, o per a aquelles instal·lacions que per les seves característiques es consideri necessari fer-ne un major seguiment.

Dins d'aquest programa d'inspeccions es desenvolupen les activitats següents:

- La inspecció de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions.
- El control del material documental referit a l'autocontrol.

- El seguiment de la correcció de les deficiències observades en anteriors campanyes.
- El manteniment i l'actualització del cens d'establiments en funcionament.
- Actuacions sancionadores o cautelars que se'n puguin derivar.

Durant la inspecció es revisa el grau de compliment de la normativa vigent, així com tots aquells aspectes que puguin tenir una incidència en la dispersió de la Legionel·la. Amb aquesta finalitat s'emplena el protocol d'inspecció. Tota la informació obtinguda en les inspeccions s'informatitza per tal de poder avaluar la situació i modificar les actuacions segons els resultats obtinguts. El cens d'aquest tipus d'instal·lacions correspon als ajuntaments.

59. L'any 2006, incloent-hi la ciutat de Barcelona, a Catalunya havia 3.825 torres de refrigeració censades, de les quals s'han inspeccionar 3.136, cosa que significa una cobertura del 82%. Durant el període 2003-2006, la cobertura del Programa d'inspecció de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi a Catalunya, sense incloure la ciutat de Barcelona, ha passat del 71,5% al 82,0% (taula 11).

Taula 11. Cobertura del Programa d'inspecció de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi. Catalunya*, 2003-2006

	Any				Variació
	2003	2004	2005	2006	2003-2006
Total existent* (nre.)	2.375	2.946	2.993	3.053	↑28,5%
Total inspeccionades* (nre.)	1.669	2.608	2.663	2.710	↑62,4%
Cobertura (%)	71,5	88,5	89,0	88,7	↑24,1%

Font. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.
Nota: els ajuntaments són els responsables de les torres de refrigeració.
*Excepte Barcelona ciutat.

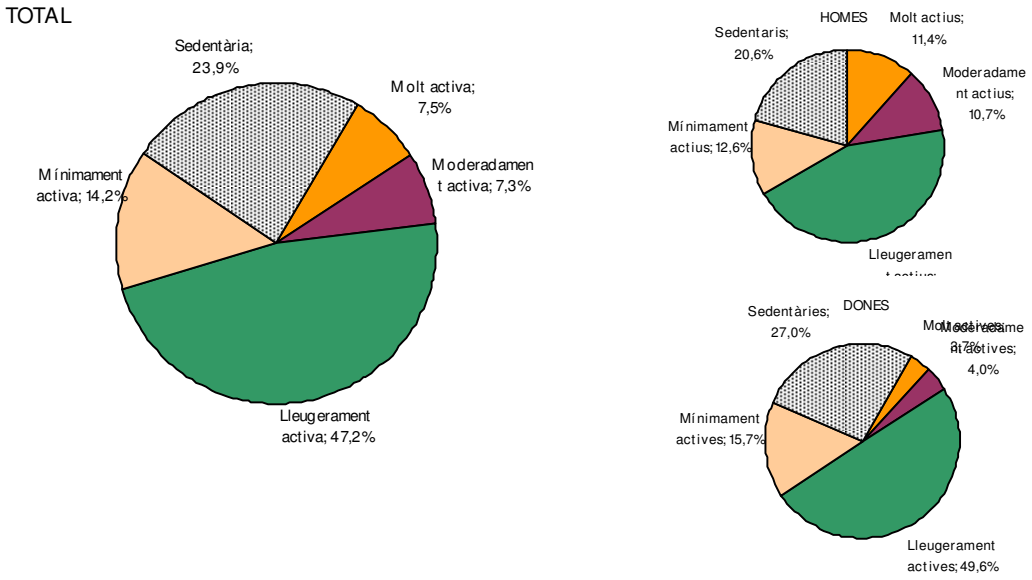
3. Els condicionants i els estils de vida

A Catalunya, igual que a la resta de països occidentals desenvolupats, bona part dels problemes de salut que afecten la població són el resultat d'interaccions complexes entre els factors individuals i l'entorn. Les característiques individuals (edat, sexe, ètnia, predisposició genètica), juntament amb els determinants socials i econòmics (nivell d'estudis, condicions de treball, ingressos, habitatge), mediambientals i polítics, així com els comportaments individuals, determinen diferències en l'exposició, la vulnerabilitat i la protecció dels individus enfront dels riscos per a la salut.

3.1. L'activitat física

60. En relació amb l'activitat física global, considerant com a tal la realitzada al llarg de tot un dia no festiu i tenint en compte tant l'activitat habitual (laboral, domèstica, escolar, etc.) com la de lleure, el 23,9% de la població de 15 anys i més es declara sedentària i el 7,5% molt activa. Les dones presenten un nivell d'intensitat d'activitat física inferior respecte als homes: la proporció de dones sedentàries (27,0%) és superior a la dels homes (20,6%) (figura 13).

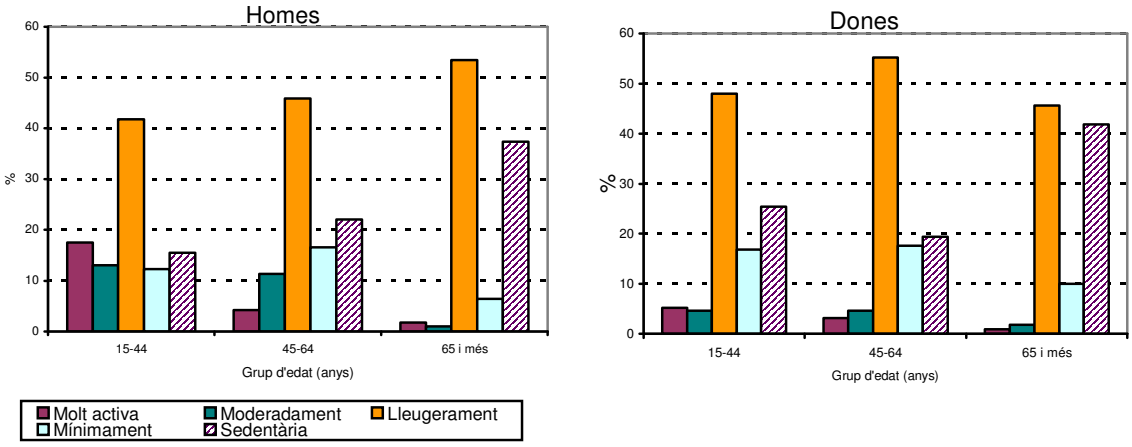
Figura 13. Població de 15 anys i més segons activitat física, per sexe. Catalunya, 2006



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

61. A mesura que els grups són de més edat, s'observa una proporció més elevada de persones que es declaren sedentàries, tant en homes com en dones (figura 14).

Figura 14. Població de 15 anys i més segons activitat física, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



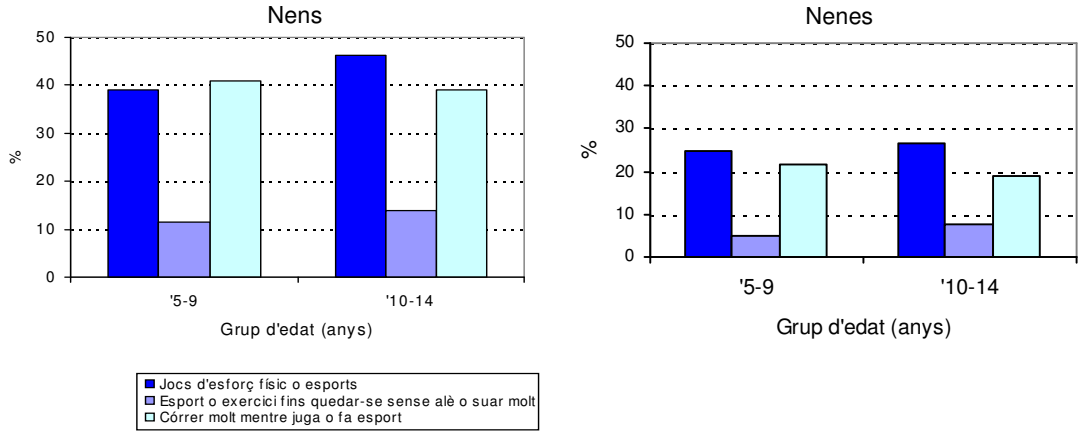
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

62. Entre els adults, l'activitat física decreix en les classes socials formades pels grups IV i V i en la població que té un menor nivell d'estudis.

63. Les regions sanitàries Girona i Alt Pirineu i Aran tenen un percentatge de població sedentària inferior a la mitjana catalana. Pel que fa als GTS, Alt Urgell, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Val d'Aran, Baix Penedès, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà, Alt Empordà, Ripollès i Osona presenten uns percentatges (estandarditzats per edat) de població adulta que es declara sedentària per sota de la mitjana de Catalunya. Els GTS Anoia, Berguedà i Alt Penedès se situen per sobre de la mitjana de Catalunya.

64. Entre la població de 6 a 14 anys, el 44,4% declara haver fet alguna activitat esportiva tots els dies o gairebé cada dia en el darrer mes. La proporció és més elevada entre els nens (53,7%) que entre les nenes (34,4%) (figura 15).

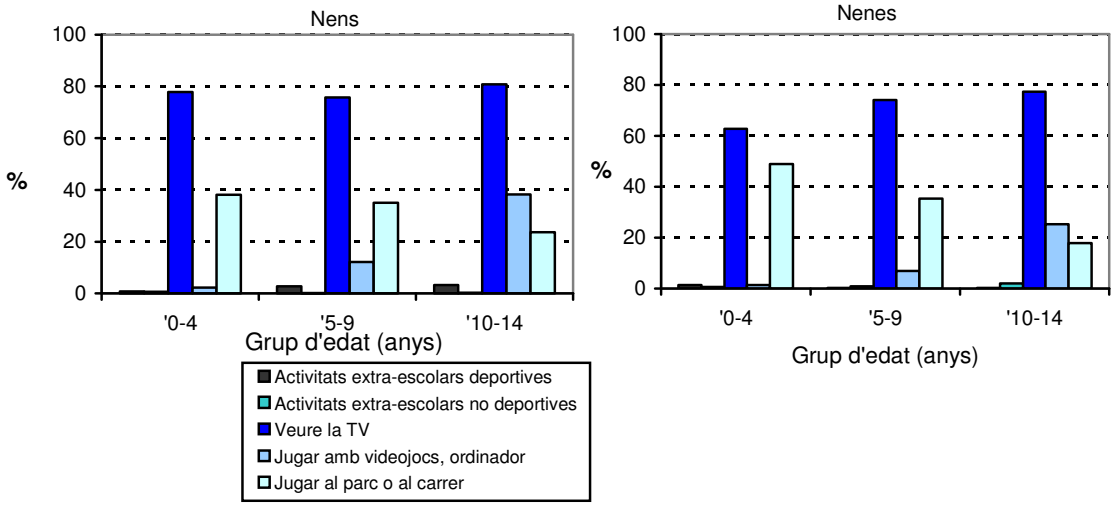
Figura 15. Població de 6 a 14 anys segons activitat física que realitza, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

65. Veure la televisió és la principal activitat de lleure fora de l'horari escolar en la població de 3-14 anys, en els diferents trams d'edat estudiats, tant pel que fa als nens com les nenes. En segon lloc, l'activitat que es declara que es fa amb una freqüència més elevada és jugar amb videojocs i jocs d'ordinador, especialment entre els 10 i 14 anys. Jugar al parc i al carrer és una activitat que decreix amb l'edat (figura 16).

Figura 16. Població de 3 a 14 anys segons activitats en temps de lleure que realitza, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

66. El 74,0% de la població de 3 a 14 anys declara que veu diàriament la televisió, amb una mitjana d'una hora i mitja al dia. El 16,7% dels nens i nenes d'aquesta edat juguen diàriament amb jocs de pantalla (videojocs i ordinador) amb una mitjana d'una hora al dia. Els nens i nenes de 10 a 14 anys són els que en una proporció més elevada veuen diàriament la televisió i juguen amb jocs de pantalla, especialment els nens (taules 12 i 13).

Taula 12. Població de 3 a 14 anys segons els dies a la setmana que destina a veure la televisió, per grup d'edat i per sexe. Catalunya, 2006

Dies a la setmana que veu TV	Grup d'edat (anys)			Sexe		Total (%)
	Fins a 4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	Nens (%)	Nenes (%)	
Cap dia	8,8	3,5	2,3	2,7	5,2	3,9
1	1,4	2,2	2,7	2,2	2,4	2,3
2	8,5	4,5	4,6	5,2	5,2	5,2
3	3,8	6,2	3,0	4,5	4,5	4,5
4	1,8	3,1	2,3	2,2	2,9	2,5
5	5,1	5,7	5,9	5,2	6,2	5,7
6	1,6	1,7	2,2	2,0	1,8	1,9
7	69,0	73,1	77,0	76,1	71,8	74,0

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

Taula 13. Població de 3 a 14 anys segons els dies a la setmana que destina a jugar amb pantalles (videojocs i ordinador), per grup d'edat i per sexe. Catalunya, 2006

Dies a la setmana que juga amb pantalles	Grup d'edat (anys)			Sexe		Total (%)
	Fins a 4 (%)	5-9 (%)	10-14 (%)	Nens (%)	Nenes (%)	
Cap dia	85,5	43,6	22,5	32,3	52,6	42,1
1	5,0	13,4	7,8	8,2	11,4	9,7
2	3,4	20,2	18,7	20,3	12,9	16,7
3	2,7	7,7	9,9	9,5	5,9	7,7
4	0,9	2,4	4,5	4,2	1,8	3,0
5	0,6	3,1	4,8	4,7	1,9	3,4
6	0,3	0,1	1,2	0,4	0,8	0,6
7	1,6	9,5	30,6	20,4	12,7	16,7

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

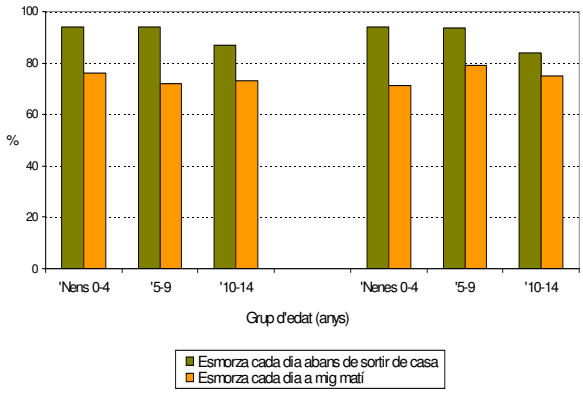
3.2. L'alimentació

67. Fins a l'actualitat s'han dut a terme dos estudis sobre l'estat nutricional de la població catalana[17,18] que han permès conèixer l'evolució de les tendències de consum d'aliments i nutrients a Catalunya. Entre els aspectes positius es troben l'increment del consum d'oli d'oliva, de derivats làctics (sobretot baixos en greix), de fruita seca i de sucs de fruita, i la reducció del consum de carns. Els aspectes negatius són la reducció del consum de fruita fresca, hortalisses i peix, i l'increment del consum de brioxeria.

68. El repartiment de macronutrients (proteïnes, greixos i carbohidrats) és similar en ambdós sexes, tot i que la ingesta calòrica total presenta una marcada diferència en el valor mitjà (2.162 kcal/dia/homes – 1.675 kcal/dia/dones). Destaca el consum més elevat de cereals, càrnics i derivats en els homes, hàbit que implica una ingesta mitjana diària de colesterol superior en els homes que en les dones.

69. L'aprenentatge dels hàbits dietètics en els primers anys és fonamental, atès que condiciona les pautes d'alimentació a l'edat adulta. Entre la població infantil, l'hàbit d'esmorzar cada dia abans de sortir de casa i a mig matí és freqüent (90,5%), però decreix a mesura que augmenta el grup d'edat i en les classes socials més desfavorides (grups IV i V) (figures 17 i 18).

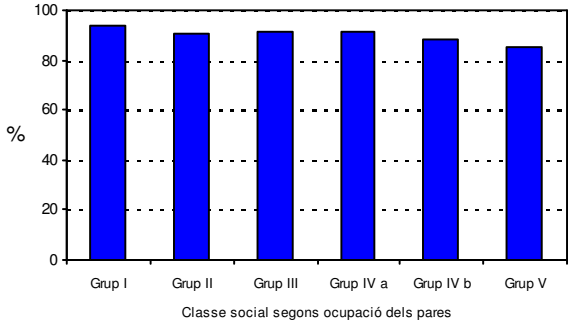
Figura 17. Població de 3 a 14 anys segons hàbits en l'esmorzar, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

[17] Serra Majem l; Ribas L, García Closas R, Ramon JM, Salvador G, Farran A, et al. LLibre Blanc: avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-93. Barcelona: Departament de Saniat i Seguretat Social, 1996.
[18] L'estat nutricional de la població catalana 2002-2003 (ENCAT).
http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/aliments/index.html

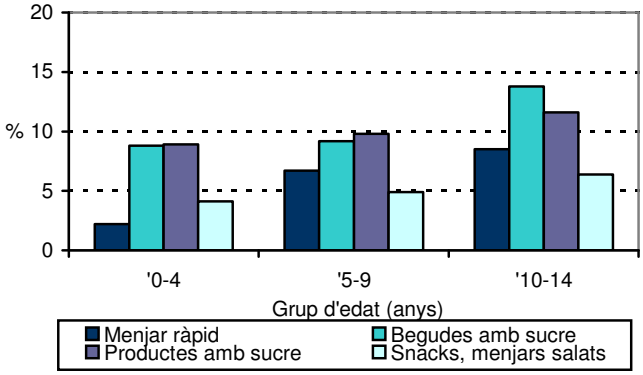
Figura 18. Població de 3 a 14 anys que esmorza cada dia abans de sortir de casa, per classe social. Catalunya, 2006



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

70. Amb l'edat canvien altres hàbits alimentaris. Així s'observa que en els grups de més edat augmenta el consum diari de menjar ràpid, de productes amb sucre, de begudes amb sucre i de *snacks* i menjars salats (figura 19).

Figura 19. Població de 3 a 14 anys segons productes que mengen cada dia i més d'una vegada al dia, per grup d'edat. Catalunya, 2006



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

Segons l'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya[19], el 59,9% dels alumnes enquestats declara que esmorza diàriament abans de sortir de casa i el 3,1% no esmorza mai, ni abans de sortir de casa ni durant el matí. Reconeixen no consumir mai: verdures cuites (el 21,6%), llegums (el 16,4%), peix (el 15,2%), amanides o verdures crues (el 13,4%) i fruita (el 8,5%). Consumeixen

[19] Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya. Curs escolar 2005-2006. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (en premsa).

diàriament: postres làctis (21,5%), sucs de fruita embotellats (21,2%), refrescos o brioxeria (16,8%) i hamburgueses o salsitxes (15,0%).

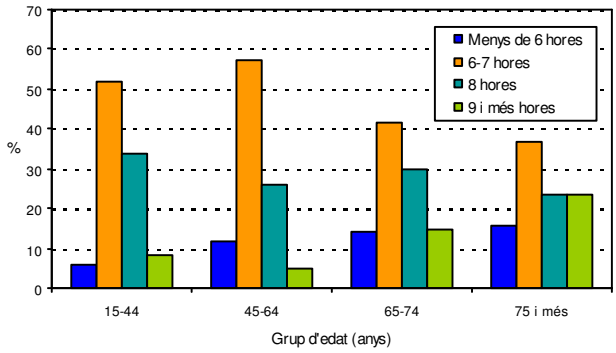
71. En el nadons, la prevalença de lactància materna (inclou exclusiva i mixta) al centre maternal on s'ha produït el part es manté estable al voltant del 81% des de 1999, encara que l'any 2005 s'incrementa fins al 82,2%. L'any 2005, la prevalença de la lactància materna als 3 mesos de vida del nadó se situa en el 61,9% (55,6% l'any 1999 i 39,2% el 1989), i als 12 mesos en l'11,5%[20].

3.3. Hores de son

72. Més de la meitat de la població de 15 anys i més (51,0%) declara dormir una mitjana de 6-7 hores diàries. Les dones dormen menys que els homes, així el 52,6% dels homes i 49,5% de les dones dorm entre 6-7 hores diàries. El 60,4% de la població de 0-14 anys dorm entre 9 i 10 hores.

73. Entre la població adulta, la majoria de persones dorm entre 6-7 hores diàries en tots els grups d'edat, sent el grup més heterogeni el de 75 anys i més, en què hi ha el percentatge més elevat tant de persones que dormen menys de 6 hores al dia (15,6%) com les que en dormen 9 o més (23,5%) (figura 20). Entre la població de 0-14 anys, els més petits dormen més hores al dia que els més grans.

Figura 20. Mitjana d'hores diàries que declara haver dormit la població de 15 anys i més en la darrera setmana per grup d'edat. Catalunya, 2006



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

[20] Jané M, Prats R, Plasència A. Indicadors de salut maternoinfantil 2003-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; (en premsa) / Vidal MJ, Jané M, Prats R, Cabezas C, Plasència A. Factores relacionados con la lactancia materna en Catalunya. XII Congrés SESPAS; 2007 20-22 de juny; Barcelona.

3.4. El pes i la talla

74. Segons l'Examen de salut de Catalunya, realitzat coordinadament amb l'ESCA 2006, a partir de la mesura del pes i la talla de la població de 18 a 74 anys, s'observa que la mitjana del pes és de 72,3 Kg. (79,6 kg per als homes i 64,8 kg per a les dones). Pel que fa a la talla, l'alçada mitjana en aquesta població és de 166,7 cm (173,2 cm per als homes i 159,9 cm per a les dones).

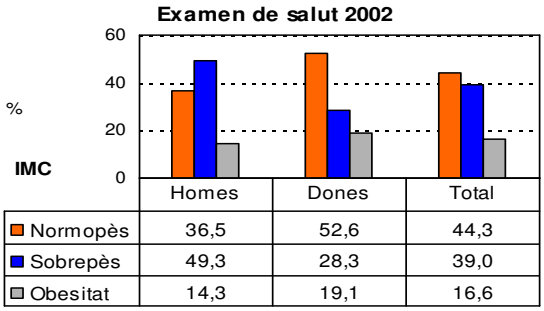
75. L'índex de massa corporal (IMC), calculat com el pes corporal en Kg. dividit per l'alçada en metres quadrats (Kg./m2), permet categoritzar la població segons la relació entre el pes i la talla[21].

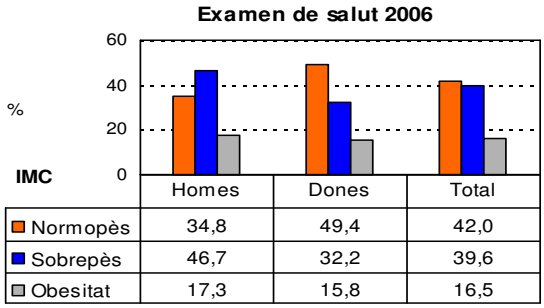
76. S'observa que en la població de 18 a 74 anys l'1,9% té infrapès (1,2% d'homes i 2,6% de dones); el 42,0% un pes normal (34,8% d'homes i 49,4% de dones); el 39,6%, sobrepès (46,7% d'homes i 32,2% de dones), i el 16,5%, obesitat (17,3% d'homes i 15,8% de dones). El percentatge de persones amb sobrepès i amb obesitat és superior en els homes, mentre que en les dones és més elevada la proporció de persones amb un pes normal.

77. Comparant les dades de l'Examen de salut de Catalunya 2002 i el de 2006, s'observa un lleu increment de la prevalença de sobrepès amb un manteniment de la d'obesitat. Per sexe, el patró s'ha invertit de manera que el 2006 el percentatge de dones amb sobrepès és superior al de 2002 però el d'homes és inferior; i ha disminuït el percentatge de dones amb obesitat mentre que ha augmentat el d'homes obesos (figura 21).

[21] Fórmula IMC= pes en Kg / (alçada, en m)^2
Classificació segons IMC: Infrapes: IMC<18,5
Pes normal: IMC>=18,5 a <25
Sobrepès: IMC>=25 a <30
Obesitat: IMC>=30

Figura 21. Població de 18 a 74 anys segons índex de massa corporal (IMC), per sexe. Catalunya, 2002 i 2006

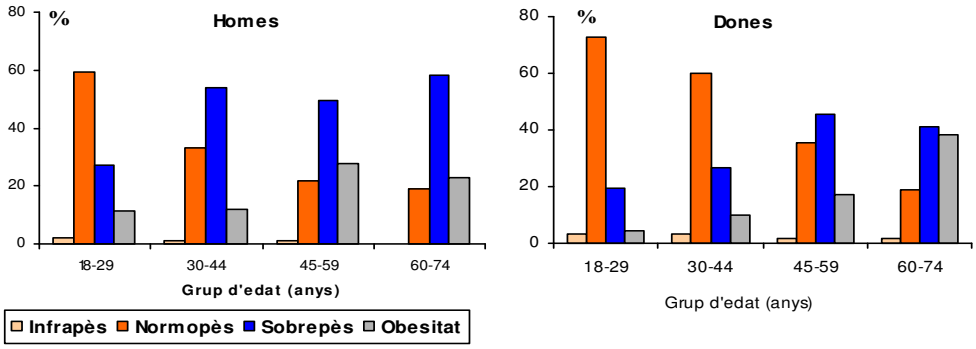




Font: Examen de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.

78. L'IMC varia segons l'edat seguint patrons diferents per a cada sexe. En tots els grups d'edat el percentatge de dones amb un pes normal és superior al dels homes. D'una banda, entre les dones destaca que el nombre relatiu amb sobrepès i obesitat augmenta amb l'edat. D'altra banda, l'infrapès és més freqüent en la població femenina i entre els més joves. Entre els homes, el que més destaca és l'elevat percentatge de sobrepès (figura 22).

Figura 22. Població de 18 a 74 anys segons índex de massa corporal (IMC), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

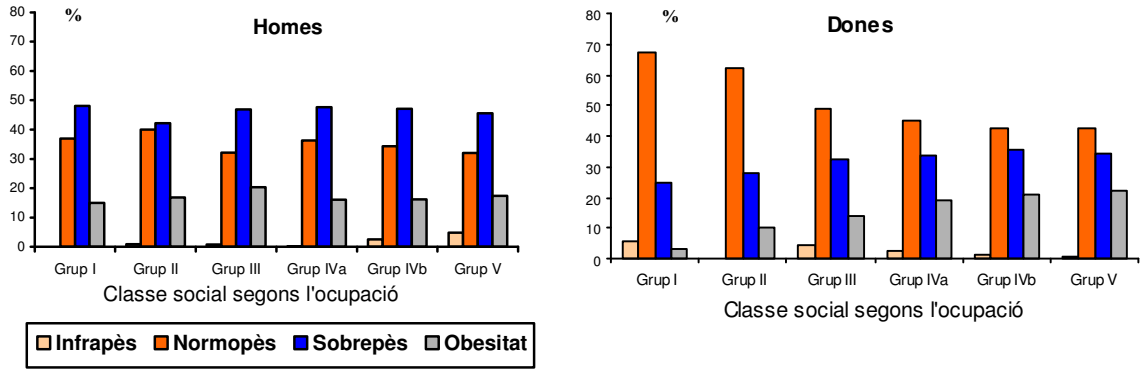


Font: Examen de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

79. En qualsevol classe social els homes tenen una proporció més alta de sobrepès que les dones. Entre la població femenina, el percentatge de població amb sobrepès i obesitat és més elevat en les classes socials més desfavorides (grups IV i V) (figura 23). Segons el nivell d'estudis, la població d'ambdós sexes amb estudis universitaris presenta una

major proporció de normopès. La major proporció d'obesitat es presenta, tant en homes com en dones, entre la població que té estudis primaris.

Figura 23. Població de 18 a 74 anys segons índex de massa corporal (IMC), per classe social i sexe. Catalunya, 2006



Font: Examen de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

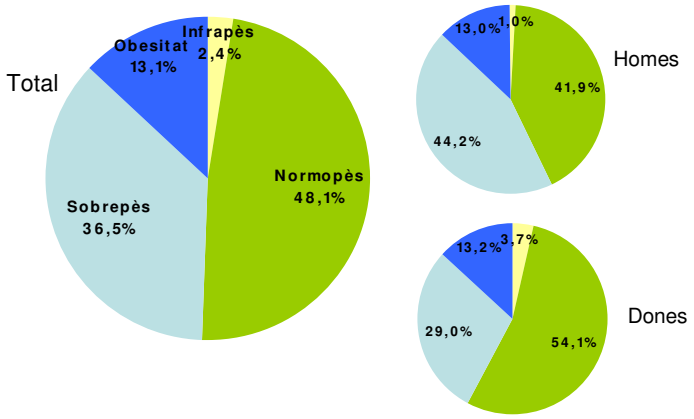
80. Respecte a l'obesitat en la població infantil, existeix un debat a l'hora d'establir punts de tall per a l'IMC que defineixin l'obesitat en l'edat infantil i juvenil. S'han plantejat mètodes diferents, però hi ha un consens raonable[22] a definir l'obesitat en el percentil 95 i el sobrepès en el percentil 85. L'obesitat infantil constitueix un potent predictor de l'obesitat en l'edat adulta i, considerant la morbiditat i mortalitat a llarg termini, hi ha evidència d'associació entre obesitat en l'adolescència i increment de riscos per a la salut en l'edat adulta. Tanmateix, el nombre de persones de 6 a 17 anys que han participat en l'Examen de salut de Catalunya 2006 no permet presentar els resultats mesurats.

81. L'ESCA 2006 recull el pes i la talla declarats per la població. L'estimació de l'IMC a partir del pes i la talla declarats per la població a l'ESCA i la seva comparació amb els valors mesurats en l'Examen de salut 2006, mostra una prevalença inferior tant de sobrepès com d'obesitat en la població de 18 a 74 anys amb una distribució per sexes similar (figura 24). Si bé aquests resultats presenten una bona correlació amb les mesures individuals, s'identifica un biaix de sobreestimació de la talla i de subestimació del pes. A partir del pes i la talla declarada de la població de 18 anys i més s'observa que el 48,1% de la població té un pes normal (54,1% les dones i 41,9% els homes) i que el 2,4% té

[22] National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion. CDC Training Module: Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage; 2003. [9-9-0004]. www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/text/intro.htm

infrapès. Per l'altra banda, el 36,5% de la població de 18 anys i més té sobrepès, força mçes elevat en els homes (44,2%) que en les dones (29,0%) i que el 13,1% té obesitat, amb percentatges similars en ambdós sexes.

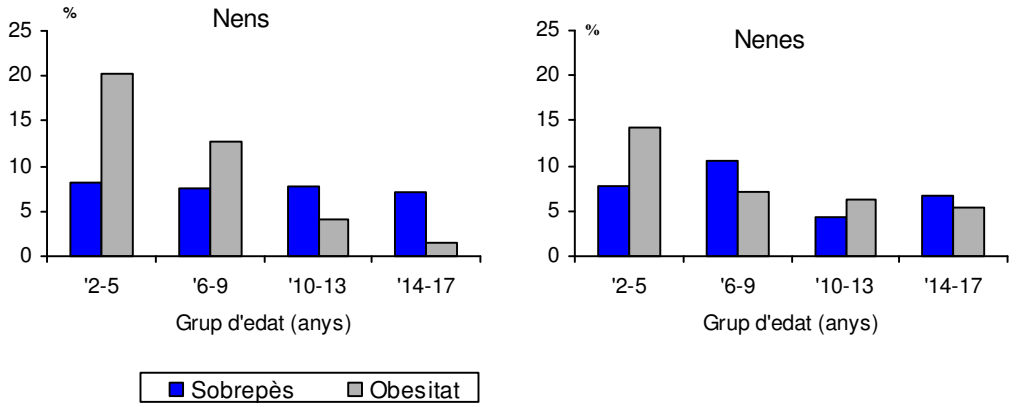
Figura 24. Població de 18 anys i més segons índex de massa corporal (IMC), per sexe. Catalunya, 2006



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

82. A partir de la declaració del pes i la talla de la població de 2 a 17 anys, s'estima que el 7,4% té sobrepès (7,5% dels nens i 7,3% de les nenes) i el 9,3% pateix obesitat (10,1% dels nens i 8,6% de les nenes). L'obesitat i el sobrepès són més freqüents entre els nens i en els grups d'edat més joves (figura 25).

Figura 25. Població de 2 a 17 anys segons índex de massa corporal (IMC), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

83. En la població espanyola de 2 a 24 anys, la prevalença d'obesitat és del 13,9% i la de sobrepès del 12,4%. Tant l'obesitat com el sobrepès son superiors entre la població masculina[23].

84. Segons les dades de la Encuesta Nacional de Salud 2006, pel grup d'edat de 2 a 17 anys, la prevalença de sobrepès és del 18,5% (19,7% per a les nenes i 17,2% per als nens) i la prevalença d'obesitat és del 9,1% (9,4% per a les nenes i 8,9% per als nens).

85. En el països de la Unió Europea, la prevalença de sobrepès en nens i nenes d'aproximadament 10 anys és inferior a l'observada a Espanya, que només és superada per Grècia, Malta i Itàlia[24]. A més, diversos estudis han confirmat la tendència a l'augment d'aquesta prevalença[25].

3.5. Embarassos en adolescents

86. El nombre d'embarassos en dones de 14 a 17 anys l'any 1989 va ser de 755 i l'any 2005 de 1.314. En aquests darrers anys, la taxa dels embarassos en dones de 14 a 17 anys a Catalunya s'està incrementant de forma sostinguda i el 2005 se situa en 10,9 per 1.000 dones joves d'aquesta edat[26].

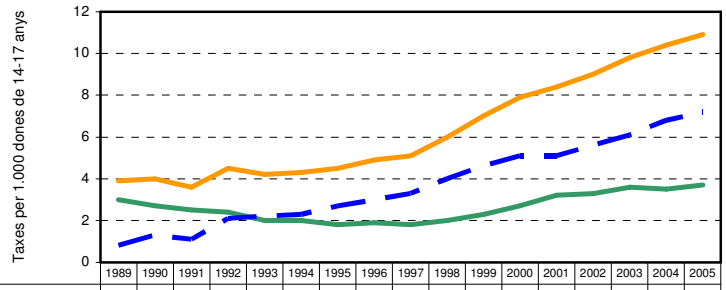
    Pel que fa als naixements, el 2005 es compten 6 per cada 1.000 dones autòctones i 40 per cada 1.000 dones estrangeres, en el grup de 15 a 19 anys.

    Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) en dones de 14 a 17 anys s'han incrementat en el període 1989-2005 (0,8 IVE per 1.000 dones d'aquest grup d'edat l'any 1989 a 7,2 IVE per 1.000 dones l'any 2005) (figura 26). El 2005, en la població de 15 a 19 anys, la taxa d'IVE és de 10,9 per 1.000 dones autòctones i de 26,4 per 1.000 dones estrangeres. D'altra banda, en el conjunt de dones en edat fèrtil (15-49 anys), la taxa d'IVE és de 7,9 per 1.000 dones autòctones i de 25,3 per 1.000 dones estrangeres.

---

[23] Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid., pp 81-108. Barcelona: Masson, S.A, 2001.
Serra L, Aranceta J, Perez C, Moreno B, Tojo R, Delgado A Grupo colaborativo AEP-SENC-SEEDO. Curvas de referencia para la tipificación ponderal. Madrid: IM&C; 2002, p.9-69
[24] Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: Internacional survey. BMJ 2000; 320:1-6.
[25] Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94. BMJ 2001; 322:24-6.
[26] Registre de naixements. Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Figura 26. Evolució dels embarassos, interrupcions voluntàries de l'embaràs i nascuts vius en dones de 14 a 17 anys. Catalunya, 1989-2005



	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nascuts vius	3	2,7	2,5	2,4	2	2	1,8	1,9	1,8	2	2,3	2,7	3,2	3,3	3,6	3,5	3,7
Interrupcions voluntàries de l'embaràs	0,8	1,3	1,1	2,1	2,2	2,3	2,7	3	3,3	4	4,6	5,1	5,1	5,6	6,1	6,8	7,2
Embarassos	3,9	4	3,6	4,5	4,2	4,3	4,5	4,9	5,1	6	7	7,9	8,4	9	9,8	10,4	10,9

Font: Registre de naixements, Programa de Salut Maternoinfantil, Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut i Registre d'IVE, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

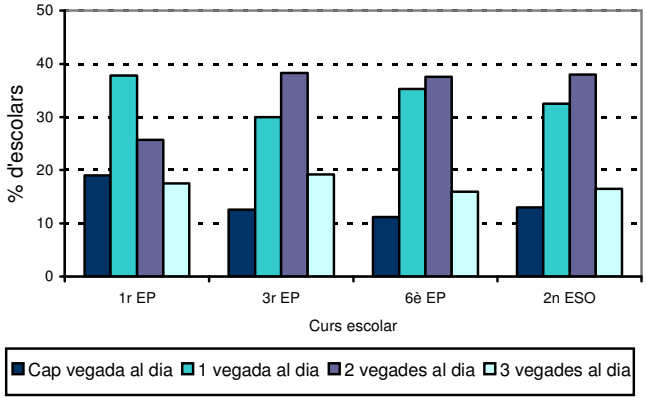
3.6. La salut bucodental

87. La promoció de la higiene oral és indispensable per millorar els nivells de salut oral. El raspallat dental és la base de la prevenció de la caries dental i de les malalties periodontals (gingivitis i periodontitis).

88. L'Enquesta de Salut Bucodental de Catalunya 2006[27] dóna dades referents als escolars que cursen 1r, 3r i 6è d'Educació Primària (EP), així com 2n d'Educació Secundària Obligatòria (ESO). La proporció d'escolars que es raspalla un mínim de dues vegades al dia amb pasta dental fluorada (recomanació oficial de la Federació Dental Internacional) és del 43,2% entre els escolars de 1r, del 57,5% a 3r, del 53,5% a 6è i del 54,5% entre els escolars de 2n d'ESO. Això significa que, aproximadament, només la meitat dels escolars catalans compleixen amb la pauta de raspallada dental recomanada (figura 27).

[27] Enquesta de Salut Bucodental de Catalunya 2006.

Figura 27. Escolars catalans segons freqüència de raspallades dentals diàries i curs. Catalunya, 2006

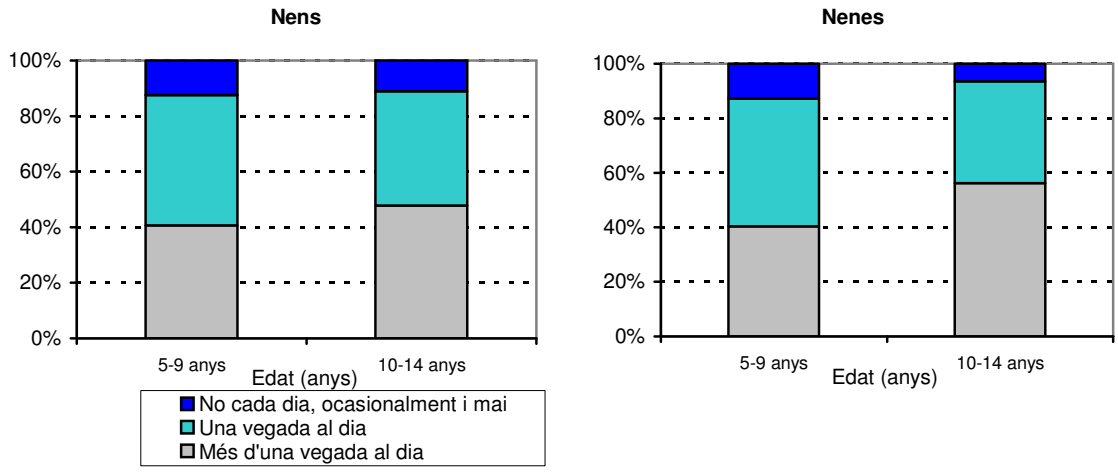


Font: Enquesta de Salut Bucodental de Catalunya 2006. Departament de Salut.

89. L'ESCA 2006 també interroga a la població menor de 15 anys sobre la freqüència de raspallada habitual de les dents. A Catalunya, el 40,6% dels menors de 5 a 14 anys es raspalla les dents amb pasta dental fluorada més d'una vegada al dia, el 42,8% una vegada al dia i el 16,6% no tots els dies, ocasionalment o mai.

90. La proporció de població infantil que es raspalla les dents habitualment més d'una vegada al dia és superior en el grup de més edat (10-14 anys) d'ambdós sexes, i especialment entre les nenes (figura 28).

Figura 28. Població de 5 a 14 anys segons freqüència de raspallades dentals diàries, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

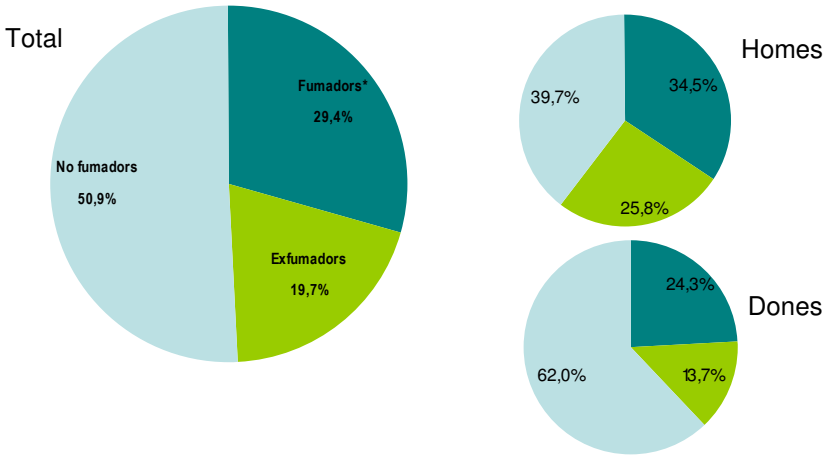
91. L'anàlisi de la freqüència de raspallada habitual de les dents en la població infantil per classe social no mostra grans diferències però en el grup V es donen uns nivells de raspallada dental lleugerament inferiors.

3.7. L'hàbit tabàquic

92. Als països desenvolupats, el consum de tabac constitueix la primera causa prevenible de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures. El tabaquisme és un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques i d'un nombre important de neoplàsies.

93. A Catalunya, l'any 2006, tres de cada deu persones de 15 anys i més són fumadores. La prevalença de l'hàbit tabàquic entre la població de 15 anys i més és del 29,4% i és més elevada entre els homes (34,5%) que entre les dones (24,4%). Una cinquena part de la població (19,7%) ha abandonat l'hàbit tabàquic i la meitat (50,9%) no ha fumat mai (figura 29).

Figura 29. Població de 15 anys i més segons consum de tabac, per sexe. Catalunya, 2006



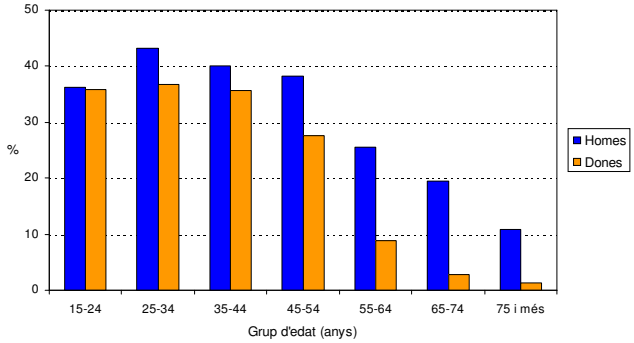
*Fumador: Fumador diari més fumador ocasional.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

94. Pel que fa a determinats col·lectius exemplars, el consum de tabac dels metges i les metgesses a Catalunya és del 20,4% i 18,4%, respectivament[28].

95. A Catalunya, l'any 2006, la prevalença més elevada de consum de tabac s'observa entre els 25 i els 44 anys, mentre que se'n constata una disminució a partir dels 55 anys en ambdós sexes. Entre els 15 i els 24 anys la proporció de fumadors és similar en ambdós sexes (al voltant del 36%) (figura 30).

    L'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya[19] mostra que el 57,0% dels alumnes enquestats responen que han fumat alguna vegada (53,4% dels nois i 60,5% de les noies), i ho va fer per primera vegada entre els dotze i els catorze anys. Es declaren fumadors el 32,6% dels alumnes enquestats (28,4% dels nois i 36,7% de les noies). Entre els alumnes que referien tenir pares fumadors, s'observa un percentatge més alt d'alumnes fumadors. El 85,0% dels alumnes afirma que fumar pot provocar la mort o malalties greus.

Figura 30. Població fumadora* de 15 anys i més per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



*Fumador: Fumador diari més fumador ocasional.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

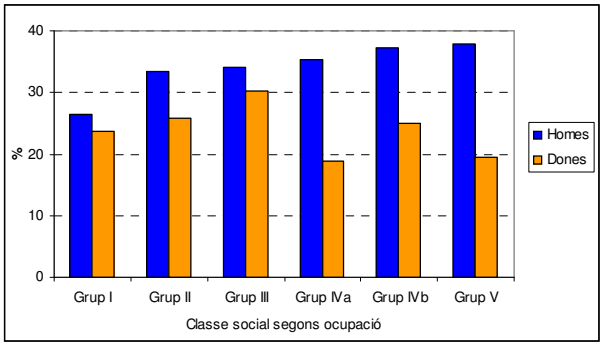
96. El 37,6% de mares residents a Catalunya fuma a l'inici de l'embaràs[29].

97. La prevalença de tabaquisme en els homes és més freqüent en les classes més desfavorides (grups IV i V), mentre que en les dones el patró està poc definit. Les diferències per sexe en la prevalença de fumadors són menors en les classes socials més benestants (grups I i II) i més accentuades entre els grups IV i V.

[28] Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Col·lecció Informes i Estudis. Salut, gènere i exercici professional. Fundació Galatea 2007.
[29] Jané M, Tomás Z, Martínez C, Prats B, Vidal JM, Prats R, Cabezas C, Plasència A. Aspectos asociados al mantenimiento del tabaquismo en el postparto en Catalunya. Gac Sanit. 2007; 21: 26.

98. Entre la població amb estudis primaris els homes fumen més que les dones, les quals declaren en percentatges més elevats no haver fumat mai. Tanmateix, la relació s'inverteix entre la població amb estudis universitaris, en la qual les dones fumen en una proporció lleugerament superior als homes (figura 31).

Figura 31. Població fumadora* de 15 anys i més per classe social i sexe. Catalunya, 2006

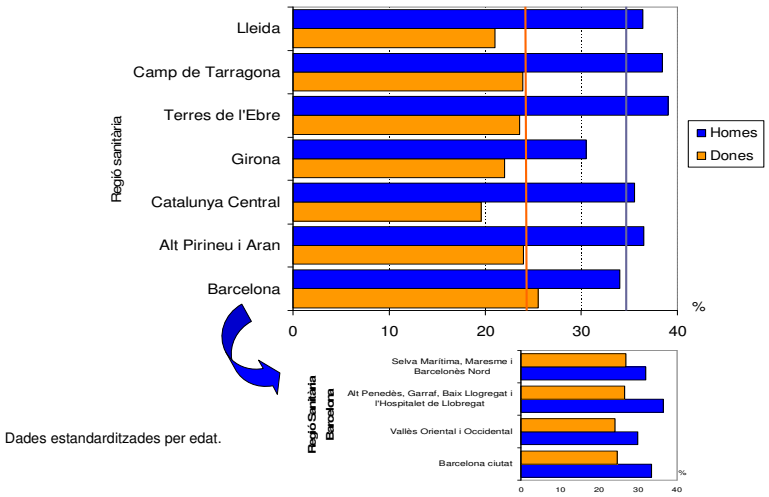


*Fumador: Fumador diari més fumador ocasional.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

99. La població estrangera presenta una prevalença de tabaquisme més baixa que la població autòctona.

100. Per regió sanitària, el percentatge d'homes fumadors més elevat es dóna a Terres de l'Ebre (39,0%). Així mateix, les regions Camp de Tarragona, Alt Pirineu i Aran, Lleida i Catalunya Central també presenten percentatges per sobre de la mitjana catalana. A la regió de Girona és on s'observa la prevalença de tabaquisme més baixa entre els homes (30,5%). A la ciutat de Barcelona, fumen el 33,4% dels homes i el 24,6% de les dones, índexs similars a les mitjanes de Catalunya. Entre les dones, el major percentatge de fumadores es presenta a la Regió Sanitària de Barcelona (25,5%), l'únic territori regional per sobre de la mitjana de Catalunya. El menor percentatge s'observa a Catalunya Central (19,6%) (figura 32).

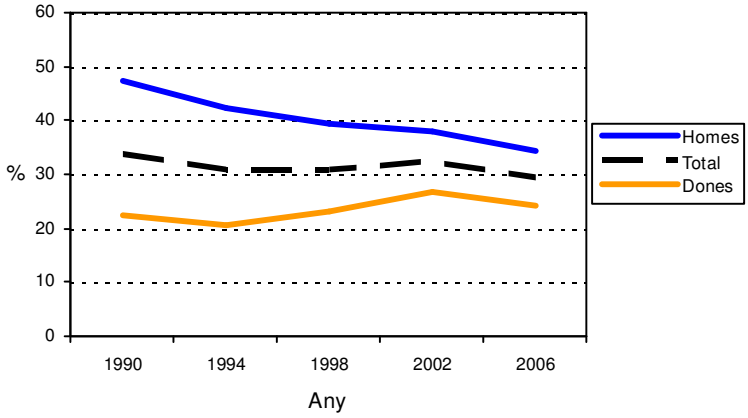
Figura 32. Població fumadora* de 15 anys i més per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2006



*Fumador: Fumador diari més fumador ocasional.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

101. En el període 1990-2006, la proporció de fumadors ha disminuït, i ho ha fet gràcies a l'abandonament de l'hàbit tabàquic entre els homes. Entre el 2002 i el 2006, per primera vegada des de 1990, la proporció de dones fumadores ha disminuït (figura 33). S'han reduït les diferències de la prevalença de fumadors per classe social, i el consum de tabac en homes és més alt en els grups IVb i V i en dones del grup III.

Figura 33. Evolució de la prevalença de tabaquisme en població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya 1990*, 1994, 1998*, 2002** i 2006****



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1990, 1998. ** Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002 i 2006.

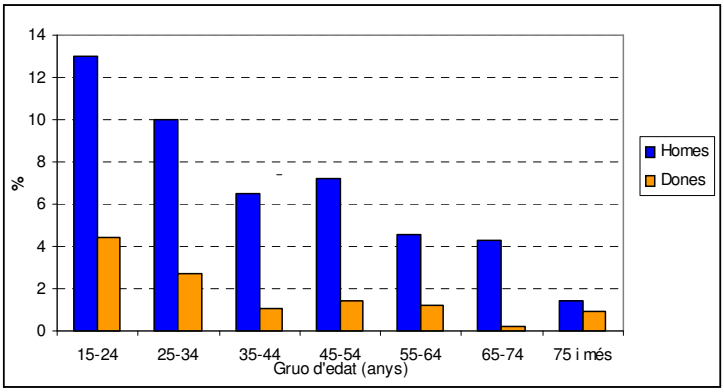
3.8. El consum d'alcohol

El consum de risc d'alcohol es defineix com un patró de consum que si es manté pot ocasionar danys per a la salut física o mental de l'individu sense que aquest declari tenir problemes mèdics o psiquiàtrics en l'actualitat[30]. Cal remarcar que el consum de risc de begudes alcohòliques inclou dos patrons de comportament no excloents: la ingesta intensiva i puntual, que es produeix principalment els caps de setmana, i la ingesta elevada de forma regular i diària.

102. Segons l'ESCA, el 4,7% de la població de 15 anys i més presenta un consum de risc de begudes alcohòliques. Aquesta prevalença és més elevada entre els homes (7,6%) que entre les dones (1,8%). D'altra banda, la proporció de població no bevedora (abstèmia) es més elevada entre les dones (36,5%) que entre els homes (18,0%).

103. Tant en homes com en dones, la freqüència més elevada de consum de risc d'alcohol s'observa en els grups d'edat més joves. La prevalença de bevedors de risc d'alcohol disminueix a mesura que els grups són de més edat. Aquesta davallada és més accentuada entre els homes que entre les dones, les quals presenten prevalences similars de consum de risc per grup d'edat a partir dels 35 anys (figura 34).

Figura 34. Població de 15 anys i més segons consum de risc d'alcohol, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



Criteri de consum de risc
Homes: Superior o igual a 28 unitats de beguda estàndard/setmana o 5 consumicions seguides almenys un cop al mes.
Dones: Superior o igual a 17 unitats de beguda estàndard/setmana o 5 consumicions seguides almenys un cop al mes.

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

[30] Els criteris de l'OMS per consum de risc d'alcohol en cas dels homes és ≥28 unitats de beguda estàndard (UBE)/setmana i en el de les dones ≥17 UBE/setmana. Una UBE equival a 10 grams d'alcohol . A més, es considera consum de risc consumir 5 o més UBE en una única ocasió de consum, almenys una vegada al mes.

Segons l'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya[19], el 82,7% dels alumnes enquestats responen que han pres alguna beguda alcohòlica alguna vegada a la seva vida (almenys mig got) i ho ha fet per primera vegada a partir dels dotze anys. El 46,8% dels alumnes ha pres begudes alcohòliques durant el darrer mes, el 43,9% ha pres en alguna ocasió quatre o més begudes amb alcohol i el 14,9% s'ha emborratxat més de dues vegades a la seva vida. L'1,4% dels alumnes manifesta que pren alguna beguda alcohòlica els dies de classe, però la majoria (37,9%) beu durant el cap de setmana.

104. El consum de risc d'alcohol per classe social mostra un patró diferent per als homes que per a les dones. Les dones de les classes socials formades pels més afavorides (grups I i II) fan un consum de risc més elevat, mentre que els homes no presenten una tendència clara segons la classe social.

105. L'anàlisi del consum de risc d'alcohol segons el nivell d'estudis mostra que els homes amb estudis secundaris presenten una proporció més elevada de bevedors de risc d'alcohol, mentre que en les dones la proporció més alta de bevedores de risc s'observa entre les que tenen estudis universitaris.

106. Les dades sobre consum de risc d'alcohol de l'*Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006*[31] mostren que a Catalunya la proporció de població bevedora de risc d'alcohol en el període 1999-2005 ha passat del 6,4% (8,7% en homes i 4,0% en dones) al 8,5% (10,3% en homes i 6,7% en dones). En la població de 15 a 29 anys, el percentatge ha passat del 7,5% (9,0% en homes i 5,8% en dones) al 12,6% (12,9% en homes i 13,3% en dones) en el mateix període.

    En el marc de l'avaluació del programa Beveu menys[32,33], l'any 2003 es va detectar un 18,3% de bevedors de risc d'alchol entre la població atesa a l'atenció primària de salut (23,9% en homes i 15,3% en dones).

---

[31] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*

[32] Segura L, Gual A, Montserrat O, Bueno A, Colom J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. Atención Primaria 2006; 37(9):484-90.

[33] Gual A, Segura L, Montserrat O, Colom J. Catalonia. En Heather N (Ed). *Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Interventions in Primary Health Care.* Geneva: WHO; 2006. p. 51-62. ISBN 92 4

3.9. El consum de drogues il·legals

107. L'ESCA 2006 ha explorat el consum de derivats del cànnabis i de cocaïna en la població. Entre les persones de 15 anys i més, el 21,9% declara haver consumit derivats del cànnabis alguna vegada a la vida i el 8,8% en els dotze mesos previs a l'entrevista. Pel que fa al consum de cocaïna, el 5,5% dels entrevistats declara haver-ne consumit alguna vegada a la vida i l'1,8% en els dotze mesos previs.

108. Entre la població de 15 anys i més que declara haver consumit aquestes substàncies alguna vegada, la prevalença és més elevada entre els homes que entre les dones, pràcticament el doble. Tant en homes com en dones, el consum és més elevat en els grups d'edat més joves, disminueix a mesura que l'edat s'incrementa i és sempre superior en el cas dels derivats del cànnabis que per a la cocaïna. Entre les dones, el consum de cànnabis i cocaïna és inferior en els grups socials IV i V, però entre els homes no s'observen diferències.

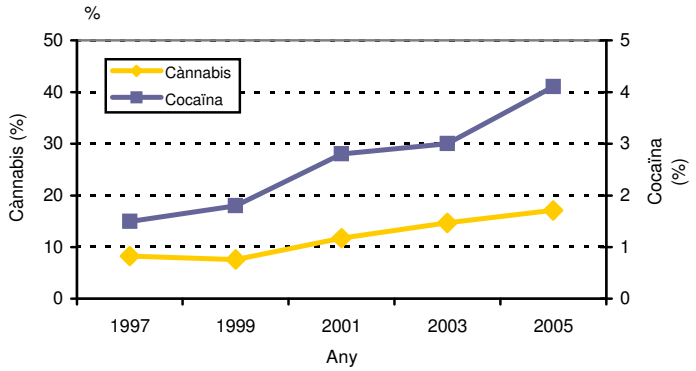
109. Segons l'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya[19], declara haver consumit cànnabis el 37,7%, tranqui·litzants i/o sedants el 13,1%, cocaïna el 3,2% i estimulants tipus amfetamines, LSD, drogues sintètiques i altres el 2,0%. El 15,0% declara consumir cànnabis com a mínim una vegada a la setmana. L'edat més freqüent d'inici de consum es situa entre els dotze i els quinze anys. En general, els alumnes percebeixen un risc inferior respecte al fet de consumir tabac, alcohol, cànnabis o tranqui·litzants que el fet de consumir substàncies com l'heroïna, la cocaïna, les amfetaminies i l'èxtasi, percebudes com a més perilloses.

110. Dades de l'*Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006*[34] mostren que a Catalunya la proporció de població de 15 a 64 anys que declara haver consumit cànnabis o cocaïna els dotze mesos previs a l'entrevista ha augmentat en el període 1997-2005 (figura 35).

159451 9. Disponible a:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf

[34] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.

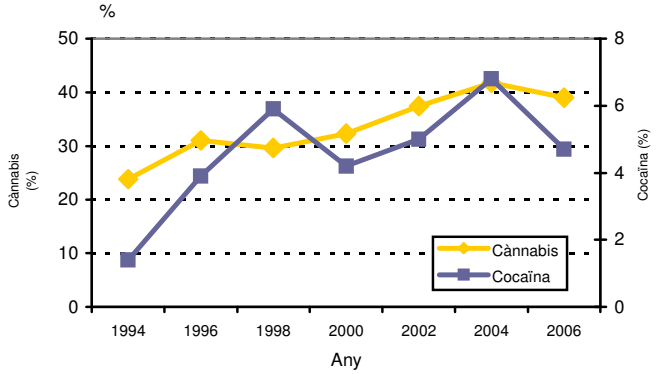
Figura 35. Població de 15 a 64 anys que declara haver consumit cànnabis o cocaïna en els dotze mesos previs a l'entrevista. Catalunya, 1997-2005



Font: Subdirecció General de Drogodependències a partir de les dades de l'Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006, de l'Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

La figura 36 mostra l'evolució del consum d'aquestes substàncies en la població de 14 a 18 anys segons l'*Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007*[35].

Figura 36. Població de 14 a 18 anys que declara haver consumit cànnabis o cocaïna en els dotze mesos previs a l'entrevista. Catalunya, 1994-2006



Font: Subdirecció General de Drogodependències a partir de les dades de l'Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007, de l'Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

[35] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.*

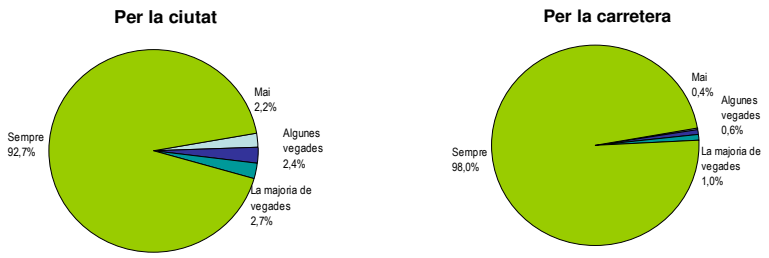
D'altra banda, el consum d'heroïna ha experimentat un descens entre 1991 i 2006 però, tot i que la prevalença de consumidors és baixa, l'ús de la injecció intravenosa com a via principal d'administració continua sent un problema molt important de salut pública[36].

3.10. Les mesures de seguretat viària

111. L'ESCA 2006 explora, en la població usuària de vehicles a motor, la utilització de dispositius de retenció com ara el cinturó de seguretat en usuaris de cotxes, el casc en usuaris de motos i els dispositius de retenció o elements de subjecció més adequats en funció del pes i talla per part dels menors de 15 anys.

112. Tot i l'elevada utilització de dispositius que redueixen el risc i la gravetat d'una lesió en cas de col·lisió, els ocupants d'automòbils que viatgen sense cinturó de seguretat és del 7,3% per la ciutat i del 2,0% per la carretera. Els menors de 15 anys que viatgen en automòbil sense un dispositiu de retenció apropiat per a la seva talla és de l'11,2% per la ciutat i del 7,8% per la carretera. Alguns usuaris de motocicleta efectuen desplaçaments sense casc (3,4% per la ciutat i 1,9% per la carretera) (figures 37 i 38).

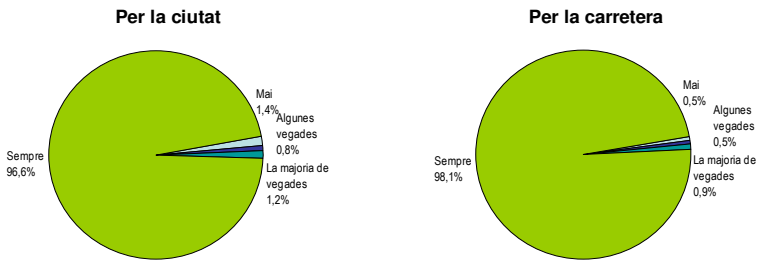
Figura 37. Població de 15 anys i més segons utilització del cinturó de seguretat entre els usuaris de cotxes (asseguts als seients davanters) i lloc on circulen. Catalunya, 2006



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

[36] Sistema d'informació de Drogodependències, 2006. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

Figura 38. Població de 15 anys i més segons utilització del casc entre els usuaris de motos i lloc on circulen. Catalunya, 2006



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

L'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya[19] mostra que el 81,6% dels alumnes enquestats declara posar-se sempre el casc quan viatja en moto (com a conductor o passatger). El percentatge que utilitza sempre el cinturó de seguretat quan viatja en l'automòbil és inferior, el 74,4% dels alumnes enquestats. El 41,2% dels alumnes declara conduir algun tipus de vehicle a motor i el 3,7% d'aquests diu que ha conduit sovint sota els efectes de l'alcohol o altres substàncies psicoactives. El 2,9% afirma haver viatjat en algun vehicle a motor en què el conductor estava sota els efectes de l'alcohol.

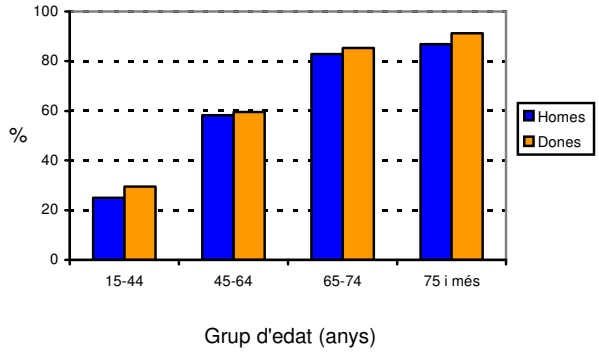
3.11. Les activitats preventives

113. Prop de la meitat de la població de 15 anys i més declara que es pren periòdicament la pressió arterial: el 43,4% dels homes i el 49,8% de les dones. Aquesta pràctica augmenta a mesura que els grups són de més edat, especialment en la població de 65 anys i més (86,7%) (figura 39).

114. El 42,0% dels metges i el 32,3% de les metgesses declara que es mesura la pressió arterial[37].

[37] Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Col·lecció Informes i Estudis. Salut, gènere i exercici professional. Fundació Galatea 2007.

Figura 39. Població de 15 anys i més que es mesura periòdicament la pressió arterial per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



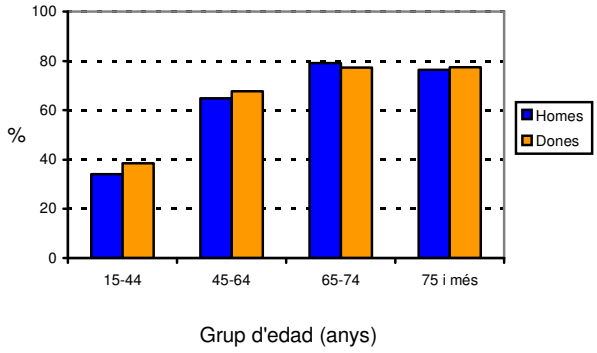
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

115. En el període 1994-2006, la proporció de persones de 15 anys i més que es pren la pressió arterial quasi s'ha doblat i han desaparegut les diferències per classe social en aquesta pràctica. No s'observen diferències territorials entre els que declaren que es prenen la pressió arterial periòdicament.

116. El 52,0% de la població de 15 anys i més declara que es mesura el nivell de colesterol (49,4% dels homes i 54,6% de les dones). Aquesta pràctica és més freqüent a mesura que els grups són de més edat (figura 40).

117. El 58,5% dels metges i 57,1% de les metgesses declara que es mesura el nivell de colesterol[30].

Figura 40. Població de 15 anys i més que declara controlar-se periòdicament els nivells de colesterol per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

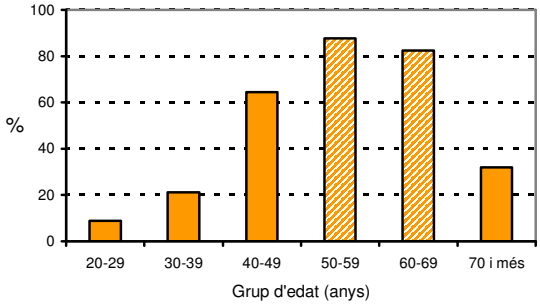


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

118. Per classe social, la proporció de població que declara que es mesura periòdicament els nivells de colesterol és semblant.

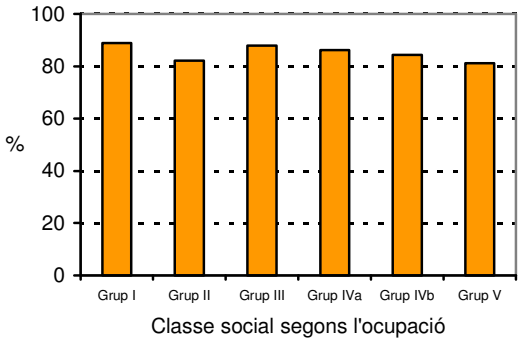
119. Els 85,5% de les dones de 50 a 69 anys (grup diana recomanat) declara que es fa periòdicament una mamografia. La pràctica de la mamografia periòdica ha augmentat en el període 1994-2006, passant del 26,6% al 85,5%. En el mateix període s'han reduit les diferències per regió sanitària en la realització d'aquesta pràctica preventiva. El 2006, no hi ha diferències significatives per classe social en la pràctica de mamografies periòdiques (figures 41, 42 i 43).

Figura 41. Dones de 20 anys i més que declaren fer-se periòdicament una mamografia per grup d'edat. Catalunya, 2006



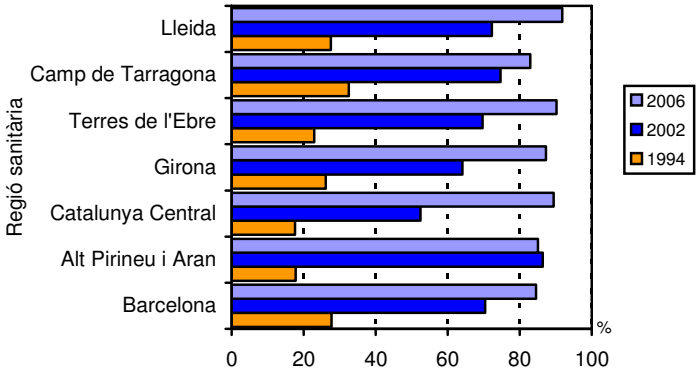
Les dones de 50 a 69 formen el grup diana del Programa de cribratge del càncer de mama
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

Figura 42. Dones de 50 a 69 anys que declaren fer-se periòdicament una mamografia, per classe social. Catalunya, 2006



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

Figura 43. Evolució de la proporció de dones de 50 a 69 anys que es fan periòdicament una mamografia, per regió sanitària. Catalunya, 1994-2006



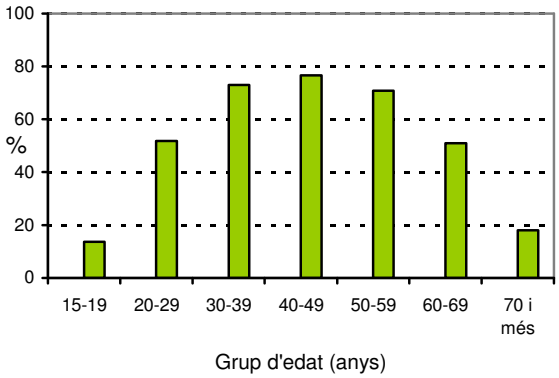
Dades estandarditzades per edat.

Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

120. El 56,8% de les metgesses de 30-55 anys es fan una mamografia periòdica. Entre les més grans de 50 anys ho fa el 88,0%[38].

121. El 55,4% de les dones de 15 anys i més manifesta fer-se regularment una citologia cervical. El grup d'edat que ho declara amb proporcions més altes són el de 40 a 49 anys (76,7%) seguit del de 30 a 39 (73,0%) i del de 50 a 59 (70,8%) (figura 44).

Figura 44. Dones de 15 anys i més que declaren fer-se periòdicament una citologia cervical per grup d'edat. Catalunya, 2006

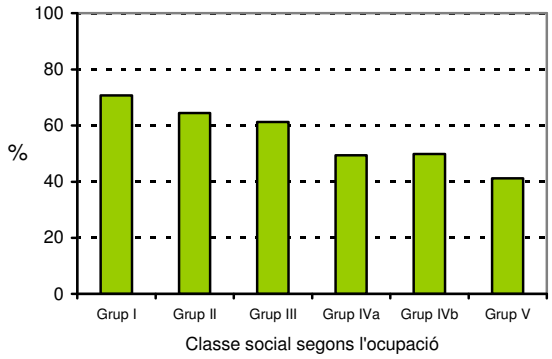


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

122. La realització d'aquesta pràctica decreix des d'un màxim del 70,7% entre les dones del grup I fins a un mínim del 41,2% entre les del grup V (figura 45).

[38] Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Col·lecció Informes i Estudis. Salut, gènere i exercici professional. Fundació Galatea 2007.

Figura 45. Dones de 15 anys i més que declaren fer-se periòdicament una citologia cervical per classe social. Catalunya, 2006



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

123. En el període 1994-2006, la pràctica de la citologia cervical periòdica també ha augmentat significativament.

124. El 76,0% de les metgesses de 30-55 anys de Catalunya es fa una citologia cervical periòdicament[39].

125. El 24,8% de la població de 15 anys i més manifesta haver-se vacunat de la grip, cosa que fa el 71,7% de la població de 65 anys i més. El grup que ho declara amb una freqüència més alta és el dels majors de 74 anys (76,4%), seguit del de 65 a 74 anys (67,6%). Per classe social, la proporció de població de 15 anys i més que declara vacunar-se de la grip augmenta en els grups IV i V.

126. El 45,7% dels metges i el 40,9% de les metgesses declaren que es posen la vacuna de la grip cada tardor[32].

3.12. La salut laboral

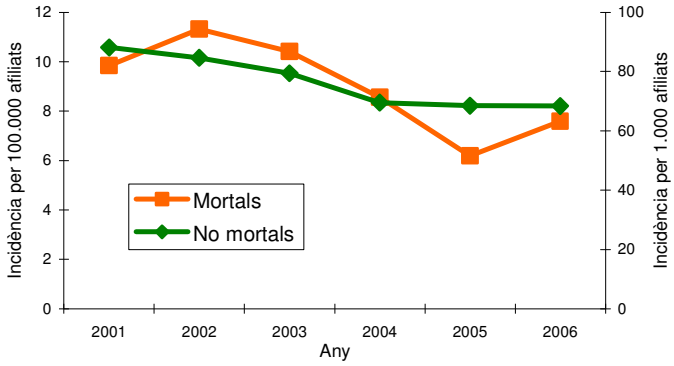
L'exposició dels treballadors a múltiples riscos i condicions ambientals a les què es troben sotmesos en el seu àmbit laboral pot arribar a traduïr-se en pèrdua de salut, sigui en forma d'accident de treball, malaltia professional o malaltia relacionada amb el treball.

127. Les taxes d'incidència d'accidents de treball mortals i no mortals han disminuït un 22,3% en el període 2001-2006, amb un descens més important en el cas dels mortals

[39] Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Col·lecció Informes i Estudis. Salut, gènere i exercici professional. Fundació Galatea 2007.

(32,7% entre 2002 i 2006) (figura 46). L'anàlisi de les lesions per accident de treball segons el lloc de l'accident mostra que la majoria de lesions mortals succeeixen en el trajecte al centre de treball, *in itinere*, mentre que les no mortals es donen principalment durant la jornada laboral (figures 47 i 48).

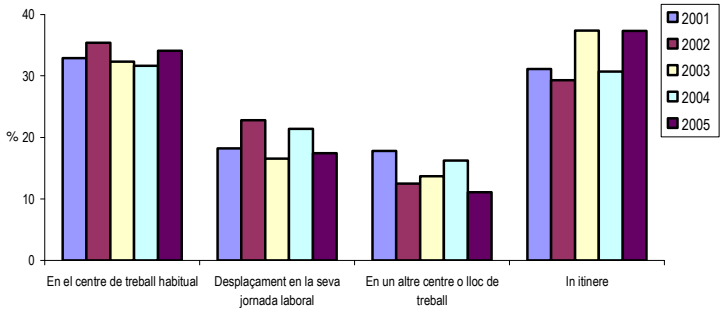
Figura 46. Incidència d'accidents de treball mortals* i no mortals. Catalunya, 2001-2006**



*Incidència d'accidents mortals per 100.000 afiliats al Règim General de la Seguretat Social (RGSS).
**Incidència d'accidents no mortals per 1.000 afiliats al Règim General de la Seguretat Social (RGSS).

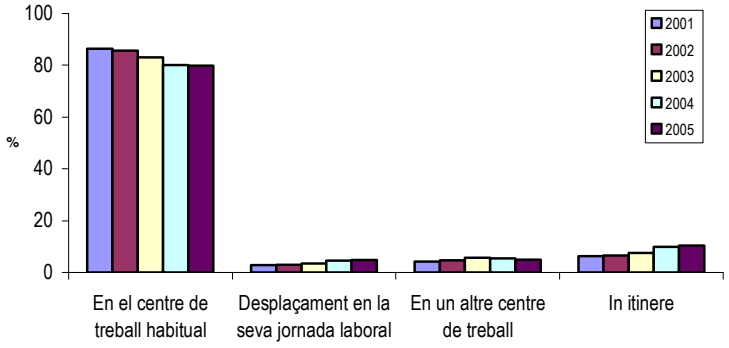
Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

Figura 47. Les lesions mortals per accident de treball segons el lloc de l'accident. Catalunya, 2001-2005



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

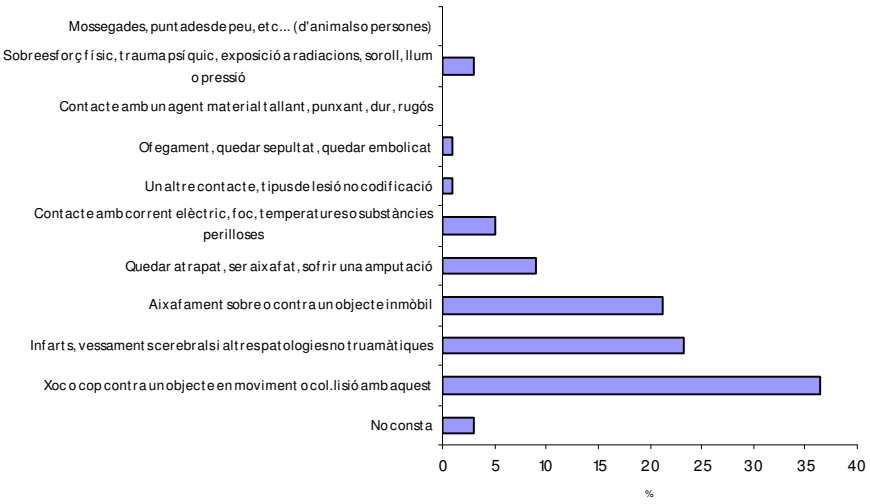
Figura 48. Lesions no mortals per accident de treball segons lloc de l'accident. Catalunya, 2001-2005



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

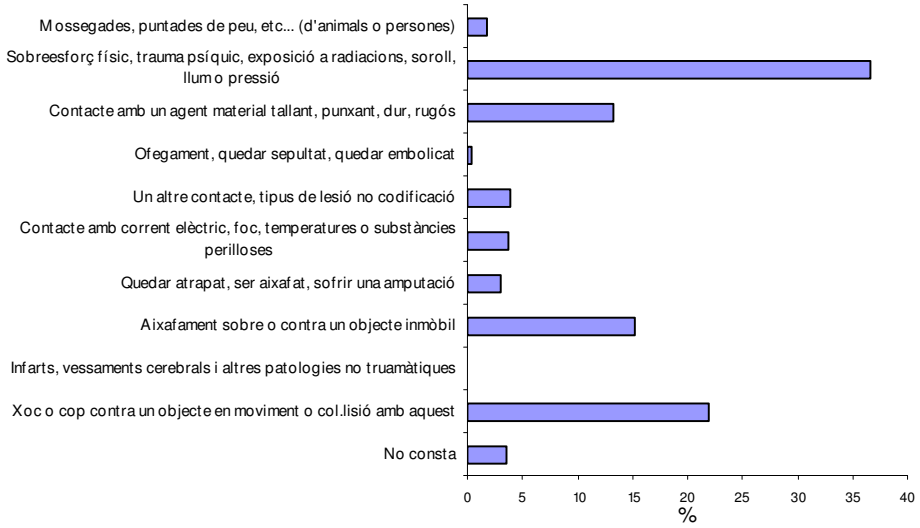
128. Pel que fa als mecanismes de producció de les lesions per accident de treball, destaquen els xocs i cops contra objectes en moviment; els aixafaments i els mecanismes no traumàtics (infarts); les lesions mortals; els sobreesforços físics; i l'exposició a radiacions, llum, soroll o pressió a les lesions no mortals (figures 49 i 50).

Figura 49. Lesions mortals per accident de treball segons mecanisme de producció de la lesió. Catalunya, 2006



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

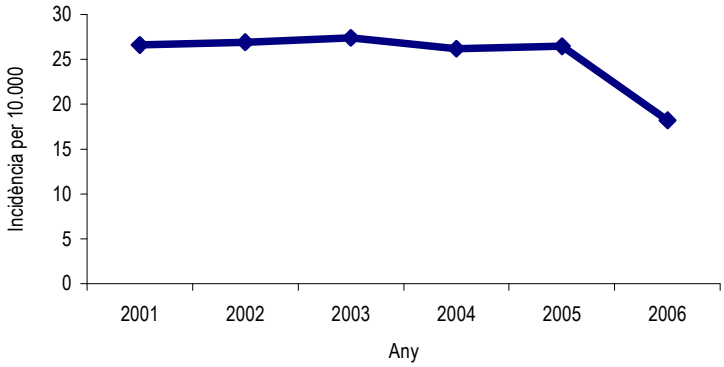
Figura 50. Lesions no mortals per accident de treball segons mecanisme de producció de la lesió. Catalunya, 2006



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

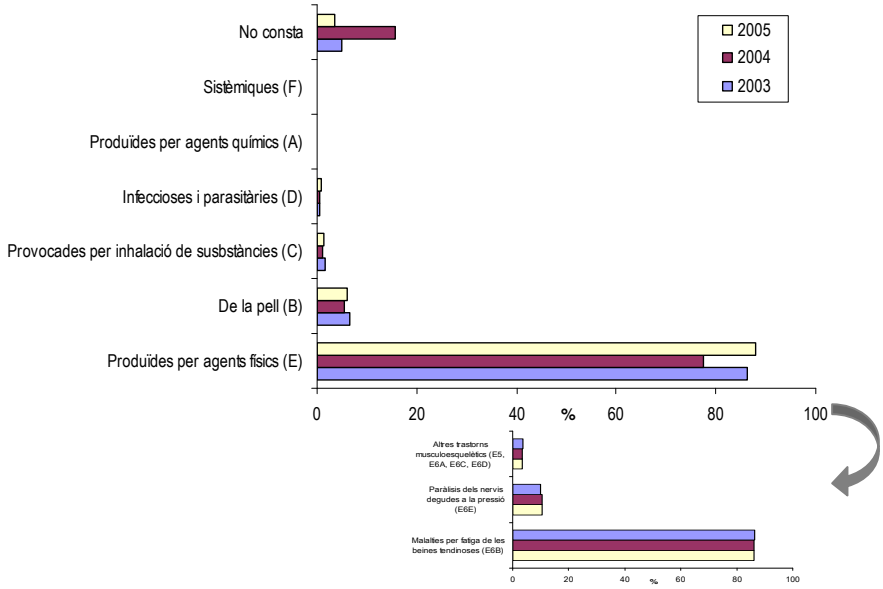
129. La incidència de malalties professionals amb baixa ha experimentat un descens important, especialment entre els anys 2005 i 2006 (figura 51). Aquest descens podria explicar-se, en part, pel canvi en el sistema de notificació, però també per una subdeclaració de casos que serien atesos a la xarxa sanitària general. En un 85% dels casos es tracta de malalties produïdes per agents físics, bàsicament per fatiga de les beines tendinoses (figura 52).

Figura 51. Incidència de malalties professionals amb baixa. Catalunya, 2001-2006



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

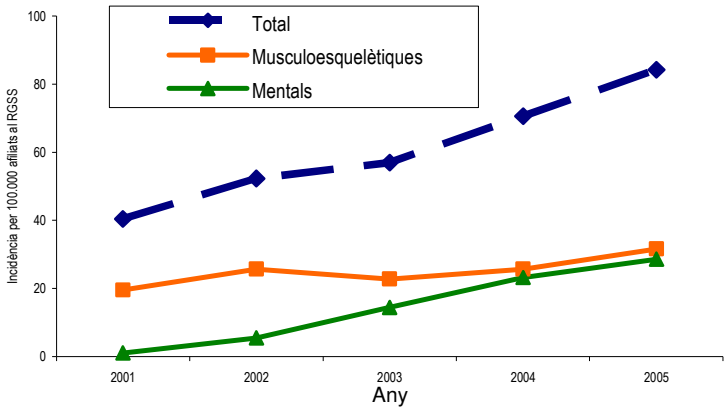
Figura 52. Malalties professionals amb baixa segons agent causal. Catalunya, 2003-2005



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2005.

130. La incidència de patologies relacionades amb el treball s'ha doblat en els últims cinc anys, principalment els trastorns de tipus musculoesquelètic i els mentals (figura 53).

Figura 53. Incidència de malalties relacionades amb el treball. Catalunya, 2001-2005



Font: Informe de situació de la salut laboral a Catalunya 2001-2006.

4. L'estat de salut i la qualitat de vida

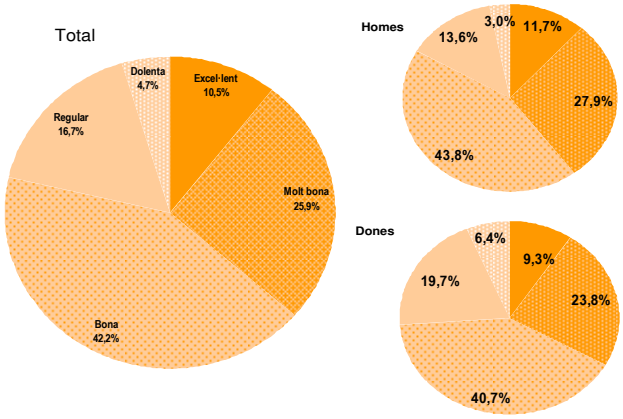
La qualitat de vida és un concepte molt ampli en el qual la salut física i psicològica té un pes molt important, però que també incorpora altres conceptes com l'autonomia o les relacions socials amb l'entorn.

4.1. La percepció de l'estat de salut

131. La percepció que les persones tenen de la pròpia salut expressa la sensació de benestar individual. Està àmpliament acceptat que l'autovaloració de l'estat de salut és un bon indicador de l'estat de salut i que una mala valoració és un bon predictor de mortalitat i morbiditat.[40,41,42,43]

132. L'autovaloració de l'estat de salut està fortament relacionat amb l'edat, el sexe, la classe social o el nivell d'estudis. El 78,6% de la població general fa una valoració positiva de la seva salut (excel·lent, molt bona i bona), percentatge que és superior en homes (83,4%) que en dones (73,8%). El 3,0% dels homes i el 6,4% de les dones declaren que el seu estat de salut és dolent (figura 54). La població estrangera declara un millor estat de salut que l'autòctona.

Figura 54. Autovaloració de l'estat de salut de la població general, per sexe. Catalunya, 2006



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

[40] Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med 1989;29: 761-768.
[41] Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health 1982; 72:800-808.
[42] Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. Am J Epidemiol 1999; 149:228-235.
[43] Sèculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà J, Ruè M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit 2001;15(3):217-223.

133. A excepció dels menors de 15 anys, en què l'estat de salut no presenta diferències per sexe, l'estat de salut regular o dolent és, a totes les edats, superior en les dones. La salut percebuda empitjora amb l'edat (taula 14).

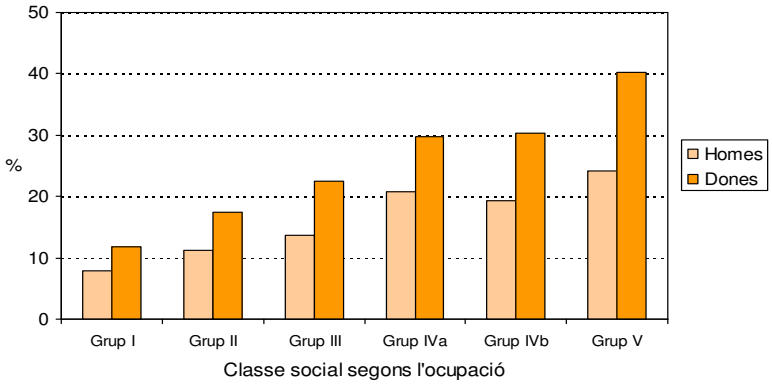
Taula 14. Autovaloració de l'estat de salut com a excel·lent, molt bo i bo, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2006

Grup d'edat (anys)	Homes (%)	Dones (%)	Total (%)
0-14	96,3	98,0	97,1
15-44	92,2	87,3	89,9
45-64	74,8	63,5	69,1
65-74	60,1	43,7	51,3
75 i més	45,6	33,6	38,0
Total	**83,4**	**73,8**	**78,6**

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

134. La classe social mostra una relació clara amb l'autovaloració de l'estat de salut. El 7,8% dels homes i l'11,8% de les dones del grup I declaren patir mala salut enfront el 24,2% i el 40,2% d'homes i dones, respectivament, del grup V (figura 55).

Figura 55. Autovaloració de l'estat de salut com a dolent o regular, per classe social i sexe. Catalunya, 2006

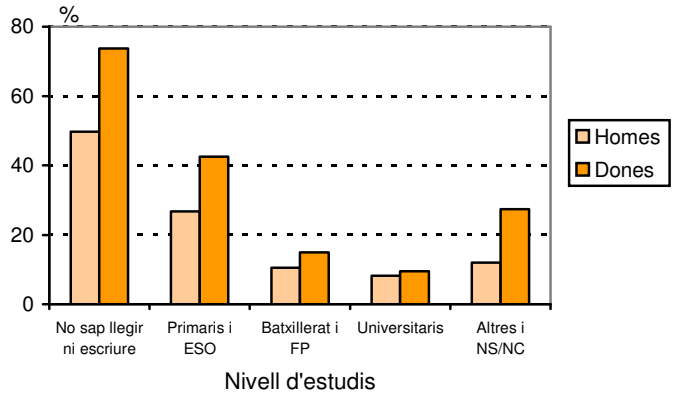


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

135. Pel que fa al nivell d'estudis, com més baix és el nivell d'estudis pitjor és l'estat de salut percebut de la població, especialment en les dones. L'anàlisi pel nivell d'estudis

de la població de 15 anys i més mostra que la percepció de l'estat de salut és similar entre homes i dones amb estudis universitaris (figura 56).

Figura 56. Autovaloració de l'estat de salut com a dolent o regular per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006

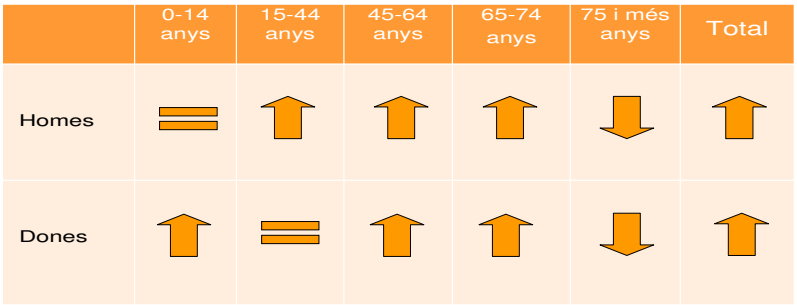


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

136. La percepció de l'estat de salut és similar arreu del territori quan s'elimina l'efecte de l'edat. El percentatge d'homes que declaren tenir un bon estat de salut no mostra diferències significatives en cap regió sanitària respecte a Catalunya. Els homes dels GTS Ripollès i Berguedà tenen un percentatge significativament inferior a Catalunya, mentre que el GTS Osona presenta un percentatge superior. Quan a les dones, la percepció de l'estat de salut és una mica menys homogènia. A les regions sanitàries Camp de Tarragona i Girona el percentatge de dones amb bona salut és superior a la mitjana catalana i, per GTS, l'Alta Ribagorça presenta un percentatge de dones amb bona salut inferior, mentre que als GTS Baix Camp, Baix Penedès, Garrotxa i Osona el percentatge de dones que declaren bona salut és superior. Les diferències territorials en l'estat de salut de la gent gran són pràcticament inexistents.

137. Entre els anys 1994-2006, la proporció de la població que valora la seva salut com a bona ha augmentat lleugerament, tant en homes com en dones. Per edats, s'observa que només el grup de més edat (75 anys i més) declara el 2006 en una proporció inferior a l'any 1994 que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona. A la resta de grups, aquesta valoració augmenta, a excepció dels nens de 0 a 14 anys i de les dones de 15 a 44 anys, en què es manté sense diferències significatives (figura 57).

Figura 57. Estat de salut percebut com a excel·lent, molt bona i bona per edat i sexe. Catalunya, 1994 i 2006



Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994 i 2006. Departament de Salut.

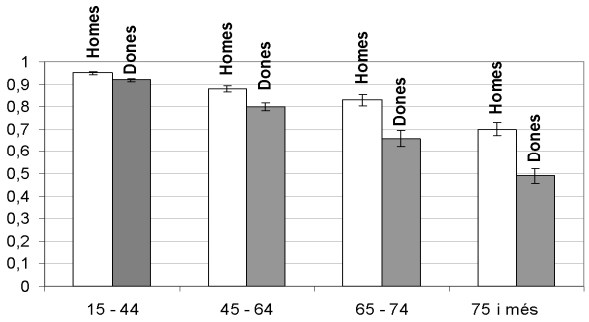
4.2. La qualitat de vida relacionada amb la salut

138. L'ESCA 2006 inclou tres instruments de mesura de la qualitat de via relacionada amb la salut percebuda: l'EuroQol-5Dimensions[44], l'SF-12[45] i el kidscreen[46,47], que abasten aspectes físics, psicològics i socials de la salut des de perspectives diferents i complementàries.

139. L'EuroQol-5Dimensions (EQ-5D) mesura problemes o limitacions de la salut a partir de cinc dimensions, la mobilitat, la cura personal, les activitats quotidianes, el dolor o malestar i l'ansietat o depressió. Els resultats se sintetitzen en un valor que oscil·la entre l'1, com a millor estat de salut imaginable, i el 0, la mort, tot i que és possible obtenir valors negatius que es corresponen amb aquells estats de salut que són valorats com a pitjors que la mort. L'EQ-5D mostra diferències importants entre els grups d'edat i gènere. Les dones sempre presenten una salut pitjor que els homes, amb diferències petites respecte als homes més joves, que s'incrementen segons augmenta l'edat. La puntuació mitjana és, per a homes i dones respectivament, de 0,95 i 0,92 en el grup de 15 a 44 anys; 0,88 i 0,80, en el grup de 45 a 64; 0,83 i 0,66 en el grup de 65 a 74; i 0,70 i 0,49 en el grup de 75 anys i més. La diferència de les puntuacions per sexe només són significatives (superior a la mínima diferència clínicament important, MDCI) entre la població de 75 anys i més (figura 58).

[44] The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.
[45] Ware JE, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. Med Care 1996; 34(3):220-233.
[46] Herdman M, Rajmil L and the KIDSCREEN and DISABKIDS groups. Using the Delphi method to determine expert consensus in the construction of a new European health-related quality of life questionnaire (HRQoL) for children and adolescents. Quality of Life Research 2001;10:284.
[47] ©The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000- 00751 KIDSCREEN-10 Index, Parent Version

Figura 58. Població de 15 anys i més segons l'índex EQ-5D per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

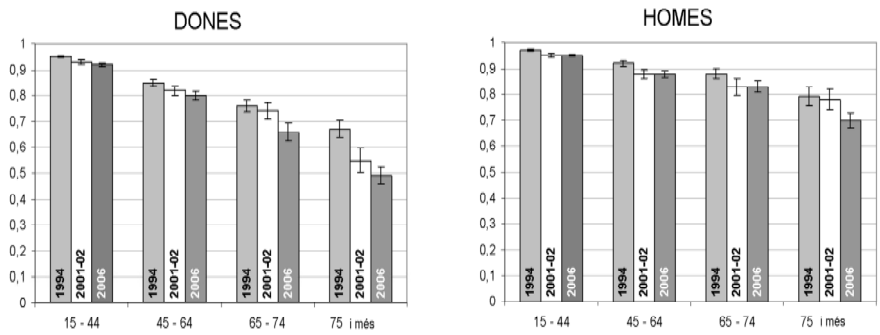


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

140. Si bé s'observa que les diferents classes socials presenten desviacions estadísticament significatives respecte a la mitjana de Catalunya, només són significatives entre les classes socials dels extrems: 0,10 per al grups I-II agrupat i 0,85 per al grup V. Respecte a les diferències territorials, a excepció del territori Barcelona Est, cap regió sanitària presenta valors que superin la diferència significativa respecte a la mitjana catalana.

141. L'evolució des de 1994 de l'índex EQ-5D per sexe a Catalunya mostra una tendència cap a l'empitjorament, sobretot en les dones, mentre que en els homes aquest decrement només s'identifica entre 1994 i 2002. Aquesta tendència a l'empitjorament s'observa en tots els grups d'edat, tot i que només en el grup d'edat de 75 anys i més les diferències de puntuació entre el 1994 i el 2006 són significatives, tant en homes com en dones (figura 59).

Figura 59. Evolució de l'índex EQ-5D en la població de 15 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994-2006



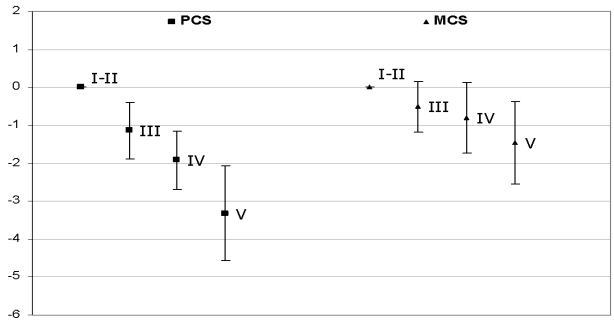
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

142. L'evolució de les cinc dimensions entre el 1994 i el 2006 mostra, entre la població adulta, una tendència a l'empitjorament degut a l'augment de la declaració de problemes. Aquests augments en la declaració de problemes de salut són més importants en els grups d'edat més avançada i són més generalitzats en les dones, les quals empitjoren en tots les dimensions de l'EQ-5D, mentre que en els homes aquests increments es limiten a la dimensió de mobilitat i de dolor o malestar.

143. L'SF-12 proporciona puntuacions de mesures d'un sumari de salut física i de salut mental, així com de les vuit dimensions següents: funció física, rol físic, dolor corporal, salut general, vitalitat, funció social, rol emocional i salut mental. Les puntuacions de l'SF-12 indiquen un nivell de qualitat de vida relacionat amb la salut de la població catalana lleugerament millor que el de la població general americana en bona part de dimensions, amb una diferència especialment marcada aquesta en vitalitat i salut mental. En canvi, la dimensió de salut general presenta puntuacions inferiors en la població catalana, amb una diferència qualificada de moderada. Les dones presenten pitjors resultats que els homes en totes les dimensions de l'SF-12. El perfil de salut de l'SF-12 per grups d'edat mostra grans diferències, limitades, però, a les dimensions físiques. Les diferències per grup d'edat observades en les dimensions mentals són més petites.

144. Per classe social, les desigualtats en qualitat de vida relacionades amb la salut són més elevades en les dimensions físiques que en les mentals, tot i que en ambdues dimensions els grups IV i V tenen puntuacions més baixes que el grup I-II (figura 60).

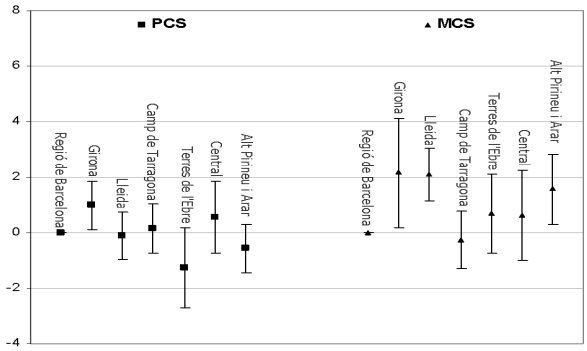
Figura 60. Població de 15 anys i més segons desviacions en els sumaris físic (PCS) i mental (MCS) de l'SF-12* per classe social. Catalunya, 2006.



* Diferències respecte a la mitjana ajustades per edat, sexe, estat civil, cobertura sanitària i regió sanitària de residència.
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

145. La dispersió de les puntuacions de l'SF-12 és més alta per classe social que per territori, on el rang, tant del sumari físic com del mental, és petit. El patró geogràfic és més heterogeni en el sumari de salut mental que en el de salut física, tot i que el rang en ambdós casos és relativament petit (figura 61).

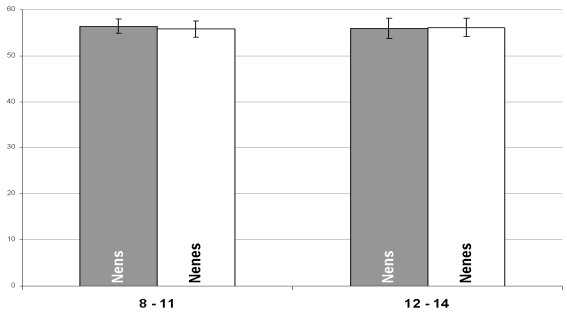
Figura 61. Població de 15 anys i més segons desviacions en els sumaris físic (PCS) i mental (MCS) de l'SF-12* per regió sanitària. Catalunya, 2006.



* Diferències respecte a la mitjana ajustades per edat, sexe, estat civil, cobertura sanitària i classe social.
Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

146. La qualitat de vida relacionada amb salut de la població infantil és recollida a l'ESCA 2006 a partir del qüestionari Kidscreen. Els resultats mostren que a Catalunya la qualitat de vida relacionada amb salut dels menors és moderadament més elevada que la mitjana europea. La grandària de la mostra de menors (2.200 enquestats) no permet concloure si existeixen diferències per grups d'edat dels menors (de 8 a 11 anys o de 12 a 14 anys), ni tampoc segons el nivell d'estudis de la mare, la classe social familiar o la regió sanitària de residència (figura 62).

Figura 62. Població de 8 a 14 anys segons l'índex de salut Kidscreen per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

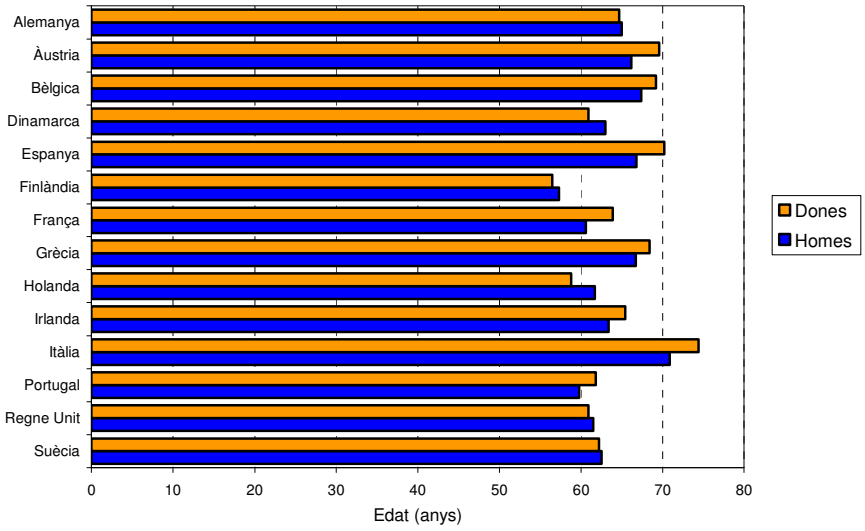
147. En relació amb els estàndards de referència, tant l'SF-12, que compara amb la població d'Estats Units, com el Kidscreen-10, que compara amb la d'Europa, mostren puntuacions més elevades cosa que suposa que la qualitat de vida relacionada amb la salut tant de la població adulta com de la infantil a Catalunya són millors que les respectives referències. Entre els adults, les dones presenten pitjors resultats que els homes en qualsevol de les mesures analitzades. Tanmateix, entre la població infantil no es detecten diferències entre nens i nenes. Les diferències quant a qualitat de vida relacionada amb salut per classe social són moderades i inexistents entre els menors, i en relació amb el territori destaca l'homogeneïtat de les puntuacions.

148. L'esperança de vida en bona salut (EVBS), l'esperança de vida lliure de discapacitat (EVLD) i l'esperança de vida ajustada[48,49] per qualitat informen de la duració de la vida i de la qualitat, més o menys subjectiva, d'aquesta, alhora que permeten avaluar si l'esperança de vida guanyada és en bona salut o lliure de discapacitat, atès que el moment d'aparició de la malaltia es retarda, o si augmenten els anys de vida en mala salut o amb discapacitat, perquè les persones viuen amb malalties cròniques i discapacitats durant més temps.

149. Dins del context europeu, a Espanya tant els homes com les dones se situen entre els ciutadans amb més anys d'esperança de vida lliure de discapacitat, que a més han augmentat de manera gradual des del 1995, primer any amb dades disponibles (figura 63).

[48] Gutiérrez Fisac JL, Regidor E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. Med Clin (Barc) 1991;96:453-5.
[49] Gispert R, Puig X, Torné MM, Puigdefàbregas A. Esperança de vida en bona salut. Catalunya, 1986-1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2001;XXII(11):143-8.

Figura 63. Esperança de vida lliure de discapacitat dels països de la Unió Europea per sexe, 2003



Font: La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural. Ministerio de Sanidad y Consumo.

150. A Catalunya, el 2005, l'esperança de vida en néixer és de 77,28 anys per als homes i de 83,79 anys per a les dones. L'esperança de vida lliure de discapacitat és de 65,89 i 65,75 anys —homes i dones respectivament—, ambdues més altes que l'esperança de vida en bona salut, que és de 63,03 anys per als homes i de 60,64 anys per a les dones. Les dones tenen una perspectiva de vida més perllongada que els homes. Tanmateix, tant l'esperança de vida en bona salut com la lliure de discapacitat són més elevades en els homes que en les dones. Així, doncs, les dones viuen més anys que els homes, però els homes en viuen proporcionalment més en bona salut i lliures de discapacitat.

151. A mesura que augmenta l'edat disminueix tant l'EV com l'EVBS i l'EVLD, però a diferent ritme, menys accelerat en l'esperança de vida. Els anys de diferència entre ambdós indicadors disminueixen en augmentar l'edat. Així, les diferències entre l'EV i l'EVBS passen en els homes de 14,3 anys en néixer a 8,0 anys als 65 anys, i en les dones de 23,3 anys a 13,1 anys, respectivament. Quant a la diferència absoluta entre l'EV i l'EVLD, és d'11,4 anys en néixer a 7,6 anys als 65 anys en els homes i de 18,1 a 13,2 anys, per a les mateixes edats, en les dones. El percentatge d'anys que els individus poden esperar viure en bona salut o lliures de discapacitat també disminueix amb l'edat, fins al punt que la població que compleix els 65 anys pot esperar viure el

53,1% del temps que li resta en bona salut en el cas dels homes i el 38,5% en les dones (taula 15).

Taula 15. Esperança de vida (EV), esperança de vida en bona salut (EVBS) i esperança de vida lliure de discapacitat (EVLD) en anys, per sexe i edat. Catalunya, 2005.

Edat	Homes			Dones		
	EV	EVBS	EVLD	EV	EVBS	EVLD
0 anys	77,28	63,03	65,89	83,79	60,64	65,75
25 anys	53,04	39,57	42,54	59,33	36,91	41,73
45 anys	34,00	22,05	24,51	39,8	20,11	23,16
65 anys	17,14	9,11	9,59	21,33	8,21	8,16
85 anys	5,18	2,15	1,07	6,39	2,07	0,70

Font: Elaboració del Servei d'Informació i Estudis a partir del Registre de mortalitat de Catalunya i l'Enquesta de salut de Catalunya. Departament de Salut.

152. Per sexe, l'esperança de vida en totes les edats és superior en les dones que en els homes, mentre que l'EVLD i especialment l'EVBS són inferiors en les dones en tots els grups d'edat. Les diferències absolutes entre homes i dones són més elevades en les edats més joves, encara que les diferències relatives entre sexes s'incrementen amb l'edat (taula 16).

Taula 16. Diferències entre dones i homes en l'esperança de vida (EV), l'esperança de vida en bona salut (EVBS) i l'esperança de vida lliure de discapacitat (EVLD) en anys per edat. Catalunya, 2005

Edat	Diferències absolutes			Diferències relatives		
	EV	EVBS	EVLD	EV	EVBS	EVLD
0 anys	6,60	-2,39	-0,14	8,42	-3,79	-0,21
25 anys	6,29	-2,66	-0,78	11,86	-6,72	-1,83
45 anys	5,80	-1,94	-1,35	17,06	-8,80	-5,51
65 anys	4,19	-0,90	-1,43	24,45	-9,88	-14,91
85 anys	1,21	-0,08	-0,37	23,36	-3,72	-34,58

Font: Elaboració del Servei d'Informació i Estudis a partir del Registre de mortalitat de Catalunya i l'Enquesta de salut de Catalunya. Departament de Salut.

153. L'evolució des del 1987 mostra que el creixement relatiu de l'esperança de vida en bona salut ha estat superior al de l'esperança de vida (del 13% i del 4% respectivament), increments relatius coincidents en homes i dones. Als 65 anys, homes i dones han augmentat l'esperança de vida entorn el 10%, però l'augment de

l'esperança de vida amb bona salut ha estat força elevat en els homes, del 25,0%, i molt baix en les dones, de només el 2,4% (taula 17).

Taula 17. Evolució de l'esperança de vida (EV) i de l'esperança de vida en bona salut (EVBS), per sexe. Catalunya, 1987-2005

Anys	Homes			Dones		
	EV	EVBS	%BS	EV	EVBS	%BS
1987	74,2	55,8	75,2	80,6	53,5	66,3
1996	74,4	58,3	78,4	81,8	58,4	71,5
1995	74,8	58,9	78,7	82,3	58,5	71,1
1997	75,9	58,3	76,8	82,6	56,7	68,7
2002	76,5	60,9	79,7	83,2	60,7	72,9
2005	77,3	63,0	81,5	83,8	60,6	72,3

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de BEC: Esperança de vida en bona salut. Catalunya 1986-1997, i Departament de Sanitat i Seguretat Social: Pla de salut de Catalunya 2002-2005.

154. L'esperança de vida ajustada per qualitat (EVAQ), a diferència de les esperances de vida en bona salut o lliure de discapacitat, es construeix mitjançant la ponderació de l'estat de salut obtingut a partir de l'índex de qualitat de vida l'EQ-5D, que incorpora les dimensions de mobilitat, autocura, activitats quotidianes, dolor i ansietat o depressió.

155. L'any 2006, en la població de 15 anys, l'EVAQ és de 57,25 anys per als homes i de 56,07 per a les dones. Les diferències entre sexes per edats es mantenen quant als valors absoluts, però creixen amb l'edat en termes relatius. Les dones viuen un percentatge més elevat de la seva vida amb mala qualitat de vida: als 15 anys el 18,8% dels anys de vida de les dones no són amb qualitat de vida enfront el 8,7% dels anys de vida dels homes. Aquests percentatges són del 16,9% i del 39,2% als 65 anys, en homes i dones respectivament (taula 18).

Taula 18. Esperança de vida ajustada per qualitat de la població de 15 anys i més per edat i sexe. Catalunya, 2006

Edat	EVAQ (anys)		EVAQ /EV (%)	
	Homes	Dones	Homes	Dones
15 anys	57,25	56,07	91,3	81,2
25 anys	47,87	46,55	90,3	78,6
35 anys	38,53	37,27	88,8	75,5
45 anys	29,57	28,43	87,0	71,6
55 anys	21,35	20,18	84,9	66,6
65 anys	14,21	12,90	83,1	60,8
75 anys	8,01	6,78	78,6	53,0

Font: Elaboració Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya i l'Enquesta de salut de Catalunya. Departament de Salut.

156. Les dimensions de salut que resten qualitat als anys de vida són semblants entre homes i dones, però força diferents en relació amb l'edat. El dolor o malestar és la dimensió més freqüent en el conjunt de la població adulta, mentre que entre els joves també és freqüent l'ansietat o depressió, i entre la gent més gran són comuns els problemes de mobilitat.

157. De la comparació del capital de salut amb Canàries, comunitat autònoma de la qual es disposa d'EVAQ calculats amb la mateixa metodologia, es desprèn que Catalunya té més capital salut que Canàries, amb una diferència més gran en els homes que en les dones, com també en la gent jove respecte a la població d'edat avançada.

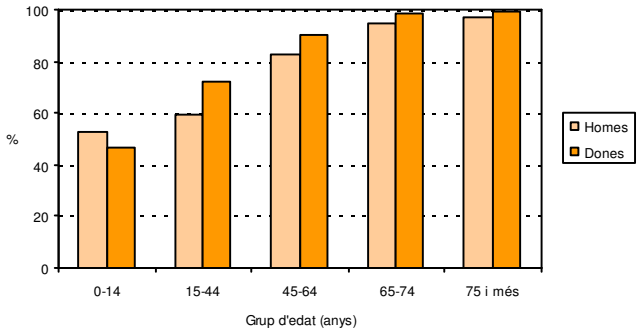
158. L'evolució de l'EVAQ, en el període 1994-2006 a Catalunya, mostra uns valors absoluts molt estables per a les diferents edats en els homes, però un empitjorament de la qualitat de vida en les dones, especialment en les edats adultes més joves. Les modificacions provenen de les dimensions que resten qualitat de vida a la població, on s'observa un increment de la declaració de patir algun problema moderat o greu en totes les dimensions i bona part de les edats, especialment en les edats més avançades.

4.3. Els trastorns crònics

159. L'ESCA explora l'existència de trastorns crònics a partir d'una llista de 27 problemes de salut seleccionats per l'alta prevalença i pel consum de recursos sanitaris que generen (annex 1).

160. El 77,4% de la població de 15 anys i més declara patir un o més trastorns crònics de salut d'aquesta llista. La declaració de trastorns crònics augmenta a mesura que els grups són de més edat i és més freqüent entre les dones (83,0%) que entre els homes (71,6%). Quant a la població menor de 15 anys, el 49,6% declara patir o haver patit trastorns crònics, més freqüents entre els nens que entre les nenes (figura 64). El percentatge de trastorns crònics entre els estrangers és més baix que en la població autòctona.

Figura 64. Població general que declara partir trastorns crònics per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

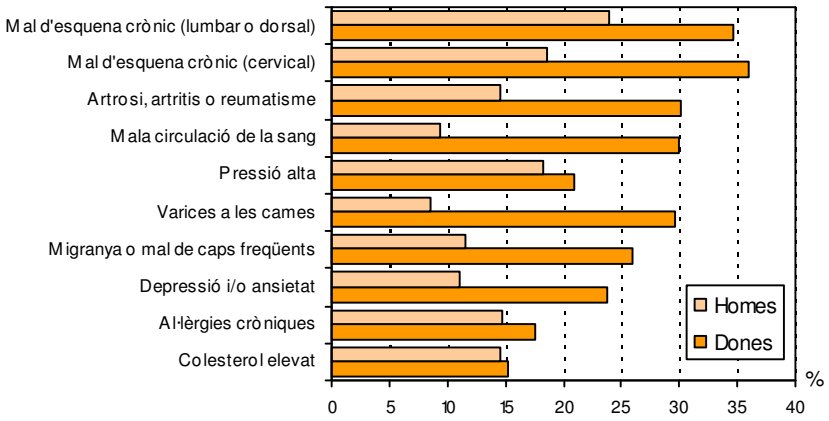


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

161. Els trastorns crònics augmenten a mesura que les classes socials són més desfavorides (74,3% en el grup I i 82,5% en el grup V). Quant al nivell d'estudis, els que tenen un nivell d'estudis primaris (complets o incomplets) o no saben llegir ni escriure declaren en proporcions més altes patir trastorns crònics.

162. Els trastorns crònics declarats amb major freqüència per la població de 15 anys i més són les malalties dels ossos i les articulacions (mal d'esquena lumbar i cervical, artrosi o reumatisme) i les malalties de l'aparell circulatori (mala circulació de la sang, hipertensió o varices) (figura 65).

Figura 65. Deu trastorns crònics declarats amb major freqüència per la població de 15 anys i més per sexe. Catalunya, 2006

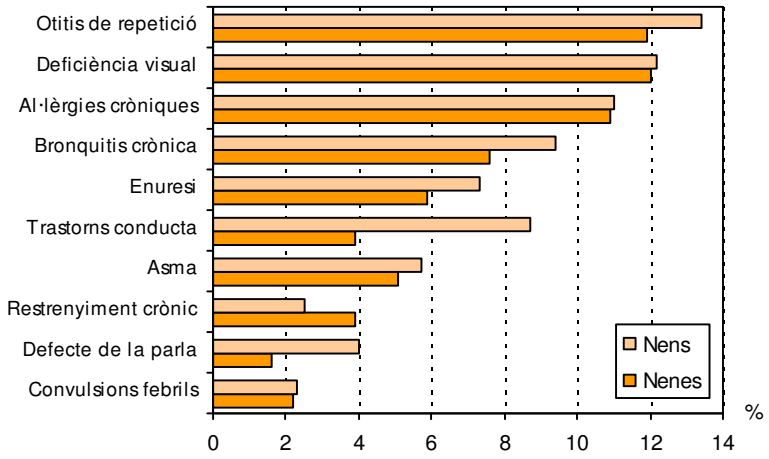


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

163. El 65,8% de la població de 15 anys i més declara patir algun dels deu trastorns crònics més prevalents (59,6% dels homes i 71,8% de les dones).

164. Entre la població infantil, els trastorns crònics declarats amb més freqüència són les otitis de repetició, les deficiències visuals, les al·lèrgies cròniques, la bronquitis crònica, l'enuresi i els trastorns de la conducta (figura 66).

Figura 66. Deu trastorns crònics declarats amb major freqüència per la població de 0-14 anys per sexe. Catalunya, 2006

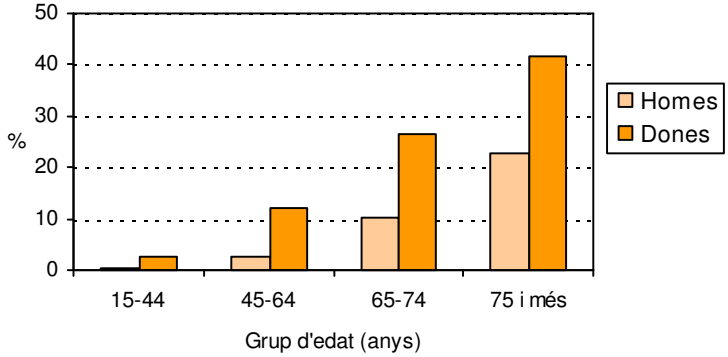


Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Departament de Salut.

165. La incontinència urinària és un problema de salut declarat pel 7,9% de la població de 15 anys i més. La prevalença és força més elevada entre les dones (12,2%) que entre

els homes (3,6%), i és més freqüent a mesura que augmenta l'edat, en ambdós sexes. Entre els 65 i 74 anys, el 10,2% dels homes i el 26,6% de les dones declaren patir incontinència urinària, percentatge que augmenta entre la població de 75 anys i més, en què el 22,7% i el 41,8%, respectivament, declaren tenir-ne (figura 67).

Figura 67. Població de 15 anys i més que declara patir incontinència urinària per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

166. En el període 1994-2006, la proporció de persones d'ambdós sexes de 15 anys i més que declaren patir trastorns crònics augmenta. L'increment és lleugerament inferior en les dones, tot i que en tots els grups d'edat declaren patir més trastorns crònics que els homes. Els trastorns que han experimentat un creixement més important en aquest període han estat la depressió i/o ansietat, el colesterol elevat, la pressió alta entre els homes, i les varices entre les dones.

167. També s'observa una reducció de les diferències per classe social, atès que entre els grups I i II l'increment de persones que declaren patir algun trastorn crònic ha estat més elevat.

168. Les diferències territorials per regions sanitàries de la prevalença de trastorns crònics declarats de la població adulta, a partir de les proporcions estandarditzades, és pràcticament inexistent, i entre la població de 65 anys i més no se n'observen ni per regió sanitària o GTS en cap dels dos sexes.

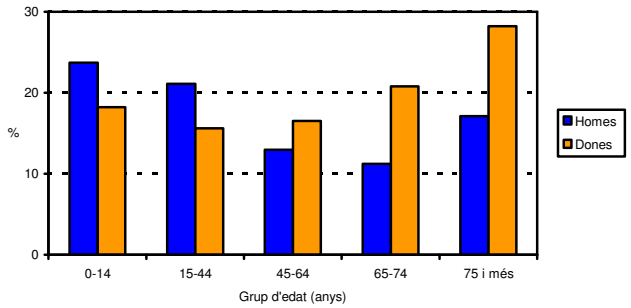
4.4. Les lesions no intencionades i les violències

169. El 18,2% de la població general manifesta haver sofert un o més accidents en el transcurs del darrer any, amb percentatges similars per sexes (el 18,6% dels homes i

el 17,9% de les dones). L'ESCA només té en compte aquells accidents que han donat lloc a una lesió o dany corporal d'origen no intencional, que hagi requerit algun tipus d'assistència sanitària o que hagi suposat restricció de les activitats habituals.

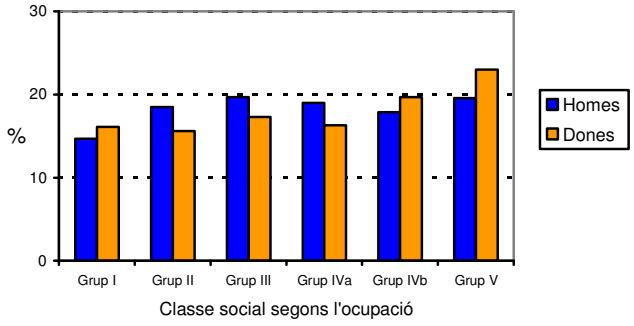
170. Pel que fa a la prevalença d'accidentalitat per grup d'edat, sexe i classe social, s'observa que és més elevada en els homes dels grups d'edat més joves, en les dones d'edats avançades i en les dones de les classes socials més desfavorides (grups IV i V) (figures 68 i 69).

Figura 68. Població general que declara haver patit algun accident en el darrer any, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

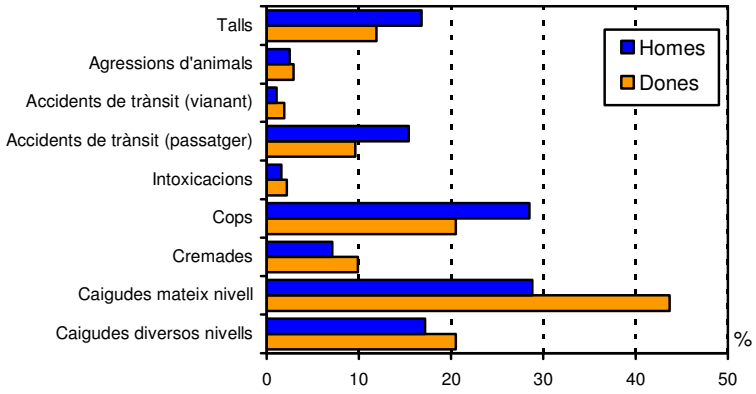
Figura 69. Població general que declara haver patit algun accident en el darrer any, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

171. Els principals tipus d'accidents que declara haver sofert la població són les caigudes des d'un mateix nivell, seguits dels cops, els talls i les caigudes des d'un nivell més alt (figura 70).

Figura 70. Població general que declara haver patit algun accident en el darrer any segons tipus d'accident, per sexe. Catalunya, 2006



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

172. Els llocs on més freqüentment es produeixen els accidents són dins de casa, especialment en el cas de les dones; a la feina, en els homes; i a la via pública, tant en homes com en dones.

173. El percentatge de persones que han sofert algun accident durant els darrers 15 dies és del 2,9% de la població total.

174. En el període 1994-2006, la població que manifesta haver sofert algun accident durant els darrers 15 dies que hagi requerit assistència sanitària o hagi suposat una restricció de l'activitat habitual ha augmentat en tots els grups d'edat, amb increments més rellevants en les persones de 65 anys i més. Per classe social no s'observa cap tendència definida.

L'Informe mundial sobre la violència i la salut de l'OMS presenta la violència com a problema de salut pública i analitza els tipus de violència, la magnitud, les causes i la prevenció. Dones, menors i gent gran són col·lectius especialment vulnerables en la violència[50].

175. A Catalunya, segons l'Institut Català de les Dones, l'any 2006 es van produir 20.239 denúncies per violència vers les dones i 12 dones van morir per aquesta causa a

[50] Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm).

Catalunya[51]. En el conjunt de l'Estat espanyol van morir 68 dones, de les quals el 30% són estrangeres[52].

176. Dades del Sistema de Protecció de la Infància i Adolescència (SPIA), registre del Departament d'Acció Social i Ciutadania, mostren que l'any 2006 van ser atesos 7.052 infants i adolescents menors de 18 anys, amb mesura de protecció, pels equips assistencials de la Direcció General Atenció a la Infància i Adolescència (DGAIA), tant en centres d'acolliment o dins l'habitatge de la pròpia família, el que representa el 5,5 per mil de la població de Catalunya d'aquest grup d'edat.

177. Pel que fa als maltractaments vers la gent gran, s'estima una prevalença del 6%, sent la negligència, l'autonegligència i l'abús psicològic els tipus més freqüents. La Xarxa Internacional per a la Prevenció dels Maltractaments a les Persones Grans (INPEA) estima en un 5% les situacions de maltractaments domèstics i en un 10% els maltractaments en institucions[53].

4.5. Les discapacitats

178. El 15,9% de la població general declara patir algun tipus de discapacitat greu (el 3,7% de la població de 0-14 anys i el 17,9% de la població de 15 anys i més). La freqüència de discapacitat és més alta en les dones que en els homes i augmenta amb l'edat, a excepció dels adults joves, en què els percentatges d'ambdós sexes són similars, i en la població de 0-14 anys, que és superior entre els nens. Entre la població de 75 anys i més, el 68,0% declara patir-ne (el 58,8% dels homes i el 73,4% de les dones) (taula 19).

[51] Institut Català de les Dones (http://www.gencat.net/icdona/estadis3.htm).
[52] Instituto de la Mujer (http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia).
[53] Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans. Fundació Viure i Conviure de la Caixa de Catalunya, 2007. Amb la col·laboració del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya i Creu Roja de Catalunya.

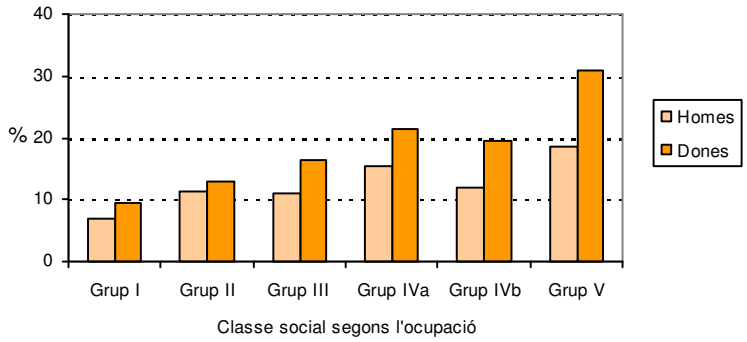
Taula 19. Població general que declara patir alguna discapacitat greu, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
0-14	5,1	2,3	3,7
15-44	5,4	5,1	5,3
45-64	14,7	20,8	17,8
65-74	30,2	46,8	39,1
75 anys i més	58,8	73,4	68,0
65 anys i més	43,1	61,2	53,6
15 anys i més	14,0	21,7	17,9
Total	12,7	19,0	15,9

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

La freqüència de discapacitats greus és més elevada en les classes socials més desfavorides (grups IV i V) que en les més benestants (grups I i II): 19,2% i 9,9%, respectivament (figura 71).

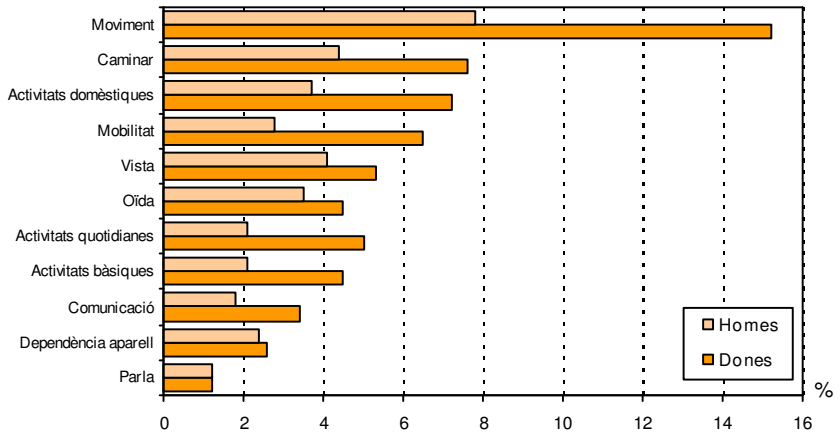
Figura 71. Població general que declara patir alguna discapacitat greu, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

179. Les discapacitats més freqüents entre la població de 15 anys i més són les relacionades amb el moviment, seguides dels problemes per caminar i de les dificultats greus per fer les activitats de la cura de la llar i altres activitats quotidianes (figura 72).

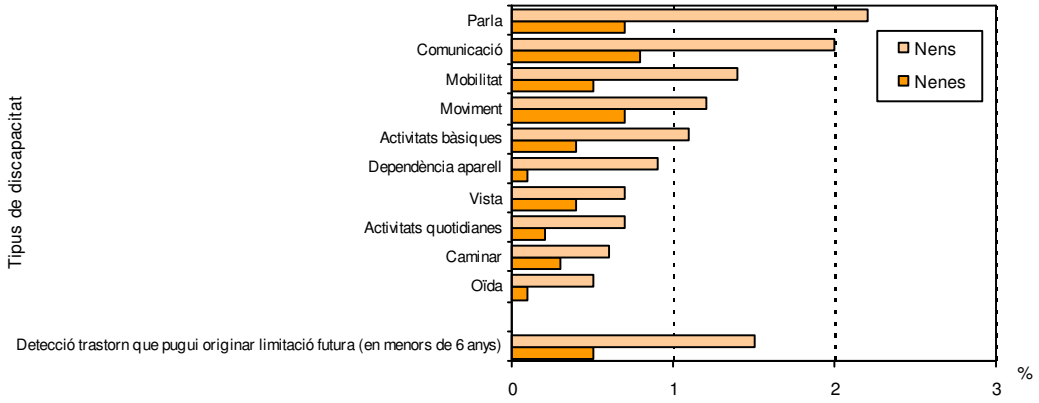
Figura 72. Població de 15 anys i més que declara patir alguna discapacitat greu, per tipus de discapacitat i sexe. Catalunya, 2006



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

180. La freqüència de discapacitats entre la població infantil és del 3,7%, i reiterant l'observat amb els trastorns crònics, les proporcions són superiors entre els nens (5,1%) que entre les nenes (2,3%). Les discapacitats més freqüents són les relacionades amb la parla i la comunicació, especialment entre els nens (figura 73).

Figura 73. Població menor de 15 anys que declara patir alguna discapacitat greu, per tipus de discapacitat i sexe. Catalunya, 2006



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

181. La població que declara tenir alguna discapacitat augmenta en tots els grups d'edat al llarg del període 1994-2006 amb una intensitat similar en ambdós sexes, per la qual cosa es mantenen estables les diferències absolutes i relatives entre homes i dones. Les diferències per classe social tendeixen a augmentar lleugerament, perquè entre

les classes socials més benestants (grups I i II) l'increment de persones que tenen discapacitats és inferior que entre les classes més desfavorides (grups IV i V). Així, el 1994 la freqüència de discapacitat era de 8,5% en la classe alta (grups I i II) i 14,2% en la classe baixa (grups IV i V), mentre que el 2006, aquests percentatges són del 9,9% i del 19,2%, respectivament.

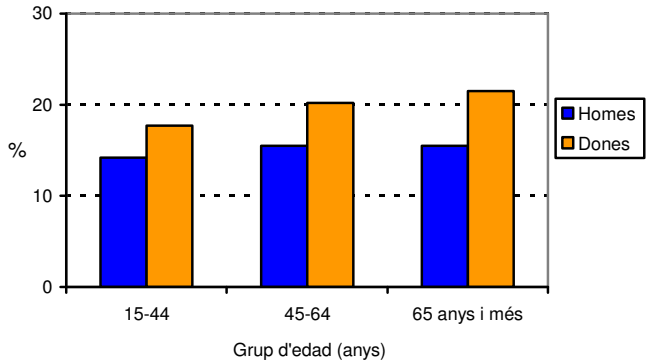
4.6. La salut mental

Per tal de conèixer la prevalença de problemes de salut mental en la població general, l'ESCA 2006 ha inclòs el GHQ-12 en les entrevistes fetes a les persones que podien respondre per elles mateixes. Aquest qüestionari aporta informació que permet conèixer la prevalença de trastorns mentals en la població, mesurada com la probabilitat de partir un trastorn mental en el moment de l'entrevista.

182. A Catalunya, l'any 2006, la prevalença de trastorns mentals és del 17,1% en la població de 15 i més anys, superior en les dones (19,2%) que en els homes (14,8%).

183. Per grup d'edat i sexe, la probabilitat de patir trastorns mentals és més elevada en les dones de tots els grups d'edat i en ambdós sexes a partir dels 45 anys i més (figura 74). Segons la classe social, s'observa una major prevalença de la probabilitat de patir trastorns mentals en les dones dels grups IV i V.

Figura 74. Probabilitat de la població de 15 anys i més de patir problemes de salut mental, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



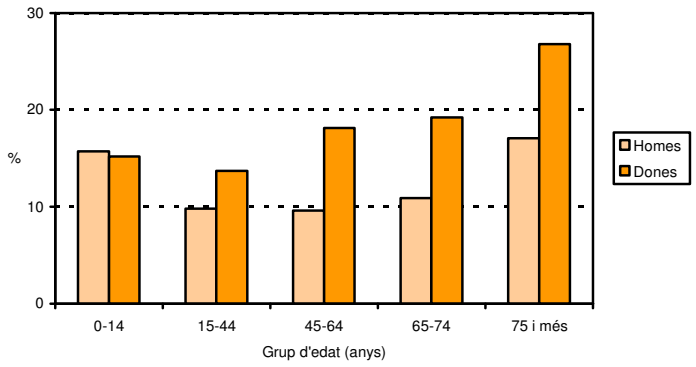
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

184. Al llarg del període 1994-2006, la proporció de persones de 15 anys i més amb probabilitat de patir trastorns mentals, per als dos sexes i per a tots els grups d'edat, és similar.

4.7. La restricció de l'activitat

185. El 14,0% de la població general catalana (el 16,8% de les dones i l'11,2% dels homes) declara haver restringit o disminuït les activitats habituals durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista per raons de salut. El percentatge de població que ha de restringir les activitats habituals augmenta amb l'edat i és superior en les dones que en els homes, a excepció dels menors de 15 anys, en què la freqüència és similar en ambdós sexes. Fins i tot , el 9,5% de la població ha hagut de quedar-se algun dia al llit, com a mínim un matí o una tarda, per raons de salut en els darrers 15 dies, també en una proporció més elevada entre les dones (11,5%) que entre els homes (7,4%) (figura 75).

Figura 75. Població general que declara haver restringit o disminuït les seves activitats habituals durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista per raons de salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

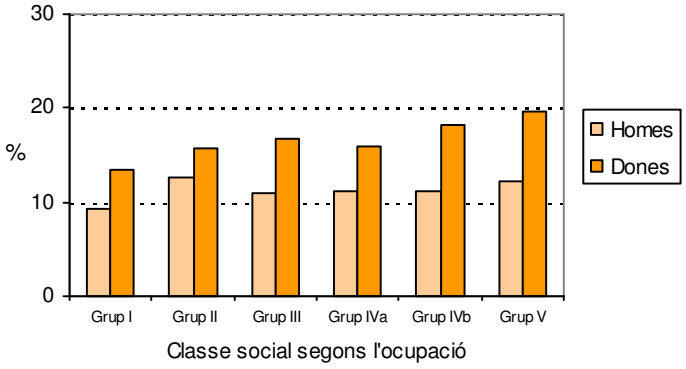


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

186. Per classe social, la freqüència de població que ha patit restricció de l'activitat és més elevada entre el grup V, el més desfavorit des del punt de vista socioeconòmic. Les dones, amb independència de la classe social a què pertanyen, han de restringir més les activitats habituals per raons de salut que els homes, tot i que els grups I i II mostren una diferència més petita segons el sexe. Entre les persones que han hagut

d'allitar-se per motius de salut no s'observen diferències rellevants entre classes socials (figura 76).

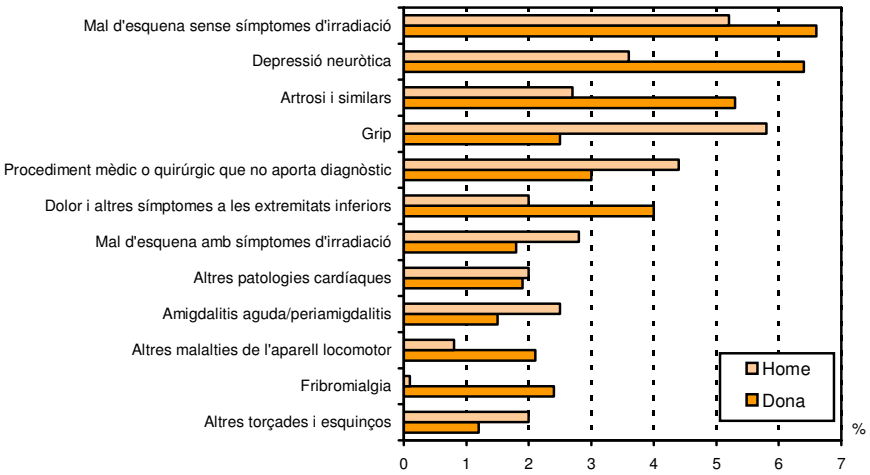
Figura 76. Població general que declara haver restringit o disminuït les seves activitats habituals durant les dues setmanes anteriors a l'entrevista per raons de salut, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

187. Els principals trastorns que ocasionen la restricció de l'activitat de la població són el mal d'esquena sense símptomes d'irradiació (6,0%), la depressió neuròtica (5,3%) i l'artrosi i similars (4,3%) (figura 77).

Figura 77. Població general que declara haver patit restricció de l'activitat segons el motiu principal, per sexe. Catalunya, 2006



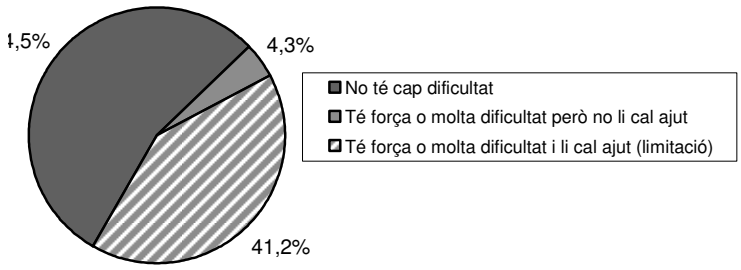
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

4.8. Les limitacions de les activitats habituals de la vida quotidiana en la gent gran

L'ESCA 2006 aprofunditza en el nivell d'autonomia i les necessitats de suport de les persones de 65 anys i més amb una pregunta que interroga sobre el grau de dificultat per fer 19 activitats habituals de la vida quotidiana. Les persones valoren la dificultat que tenen per efectuar cada una de les activitats (cap dificultat, poca dificultat, força dificultat i no pot fer-ho) i si reben algun ajut per dur-les a terme (no li cal ajut, l'ajuda algú i no l'ajuda ningú). Es considera limitació en una activitat la situació en què la persona valora que té "força o molta dificultat" per fer-la i, alhora, amb relació a l'ajut que pot rebre en aquesta activitat, no respon l'opció "no li cal ajut".

188. El 54,5% de la població de 65 anys i més declara no tenir cap dificultat per realitzar les activitats habituals de la vida quotidiana, el 41,2% reconeix tenir força o molta dificultat per realitzar almenys una activitat habitual de la vida quotidiana i, a més, necessita ajut per poder fer-la —per tant, que té una limitació per a la realització d'aquesta activitat—, mentre que el 4,3% de la població de 65 anys i més, malgrat tenir alguna dificultat per fer almenys una activitat habitual de la vida quotidiana, declara que no necessita cap ajut (figura 78).

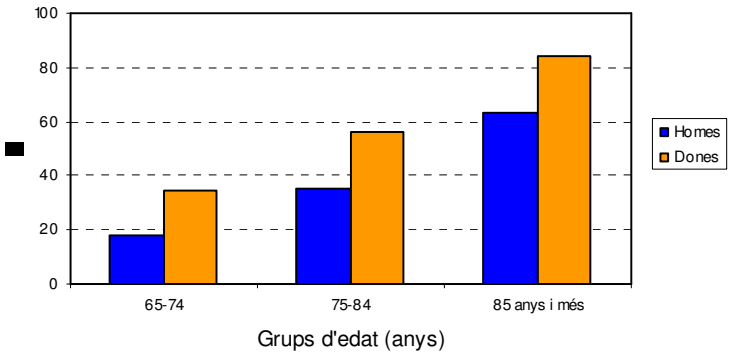
Figura 78. Població de 65 anys i més segons relació amb les activitats habituals de la vida quotidiana. Catalunya, 2006



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

189. La proporció de persones amb limitació per a la realització d'alguna de les activitats de la vida quotidiana és superior en les dones (50,6%) que en els homes (28,1%) en tots els grups d'edat. Les limitacions són més freqüents a mesura que la població envelleix, tot mantenint-se el diferencial per sexe (figura 79).

Figura 79. Població de 65 anys i més que presenta una o més limitacions per a la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

190. Les activitats de la vida quotidiana es classifiquen en dos grups: les activitats de la cura personal i les activitats sobre assumptes propis. Les activitats referents a la cura personal són activitats bàsiques associades al moviment i a l'autocura. Les activitats relacionades amb els assumptes personals són activitats més complexes que requereixen nivells d'autonomia superiors i capacitats relacionals i d'interacció amb l'entorn. El quadre 2 mostra la població de 65 anys i més que reconeix tenir força o molta dificultat per realitzar almenys una activitat habitual de la vida quotidiana i necessitar ajut per poder fer-la (tenir limitació) per a cadascuna de les activitats, així com el percentatge de persones que declara que ningú l'ajuda.

Quadre 2. Població de 65 anys i més que declara tenir limitació per fer les activitats de la vida quotidiana, per sexe. Catalunya, 2006

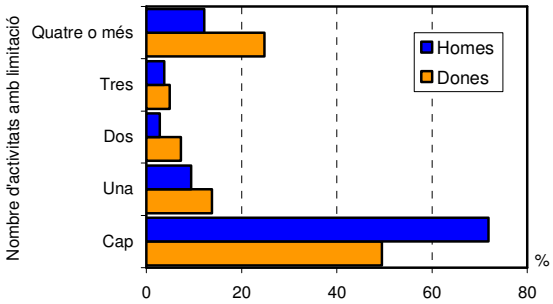
	Total població 65 anys i més		Homes de 65 anys i més		Dones de 65 anys i més	
	% Força limitats o no poden fer-ho/necessiten ajuda	% Ningú l'ajuda	% Força limitats o no poden fer-ho/necessiten ajuda	% Ningú l'ajuda	% Força limitats o no poden fer-ho/necessiten ajuda	% Ningú l'ajuda
Activitats de cura personal						
Menjar sol	4,0	0,5	3,1	0,2	4,7	0,6
Entrar o sortir llit	7,8	1,4	5,1	0,5	9,7	2,0
Anar al lavabo	6,3	0,7	4,3	0,3	7,7	1,0
Vestir-se i desvestir-se	9,3	1,0	6,6	0,5	11,3	1,3
Banyar-se o dutxar-se	12,7	0,9	7,6	0,3	16,4	1,4
Afaitar-se (només homes)	5,0	0,5	5,0	0,5	-	-
Pentinar-se (només dones)	8,0	1,1	-	-	8,0	1,1
Tallar-se les ungles del peu	30,2	1,9	19,6	0,4	37,8	3,0
Pujar i baixar escales	23,2	6,3	13,2	2,6	30,3	8,9
Caminar	14,7	3,0	8,7	1,5	19,0	4,1
Asseure's i aixecar-se cadira	8,8	1,8	5,5	0,8	11,1	2,5
Assumptes propis						
Cuinar el menjar/compra personal	13,7	0,8	11,7	0,4	15,2	1,1
Anar al mercat	21,2	1,5	14,0	0,8	26,4	2,1
Fer les feines de casa	19,6	1,7	13,8	0,7	23,8	2,4
Utilitzar el telèfon	8,2	0,5	6,1	0,1	9,7	0,8
Administrar els diners	10,5	0,5	7,2	0,3	12,9	0,6
Reconèixer persones, objectes i orientar-se	7,5	0,8	5,0	0,6	9,3	1,0
Aprendre i retenir informació	10,7	1,8	7,7	1,1	12,9	2,3
Sortir al carrer i caminar	14,6	1,7	8,7	1,1	18,8	2,1

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

191. Les activitats de la cura personal que la població de 65 anys i més assenyala més freqüentment com a difícils de realitzar (força o molta dificultat i necessitat d'ajuda) són les relacionades amb la higiene (tallar-se les ungles dels peus i banyar-se o dutxar-se) i pujar i baixar escales. Entre els assumptes propis, anar al mercat i fer les feines de la llar són les tasques que suposen més dificultat. En totes les activitats existeix menys proporció d'homes amb limitació que de dones.

192. Quant al nombre mitjà d'activitats amb limitació, vuit de cada deu homes de 65 anys i més declaren cap o una limitació i un de cada deu quatre limitacions o més. En el cas de les dones, sis de cada deu dones d'aquest grup d'edat declaren cap o una limitació, mentre que dues i mitja de cada deu en declaren quatre o més (figura 80).

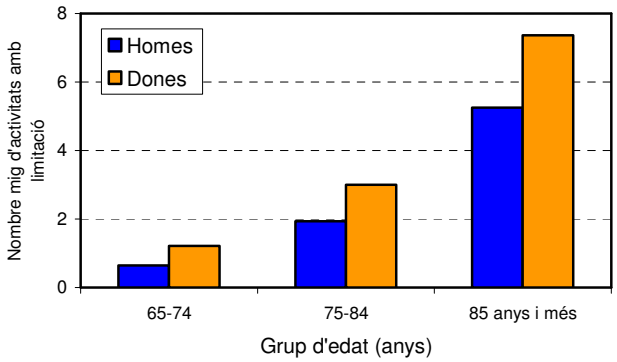
Figura 80. Distribució de la població de 65 anys i més segons el nombre d'activitats amb limitació per sexe. Catalunya, 2006



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

193. A més de la diferència per sexe, també s'observa un gradient per edat: les dones i la població més envellida són les que presenten una mitjana més elevada de limitacions. Així, en el grup de 65 a 74 anys el nombre mitjà de limitacions per a les dinou activitats estudiades és de 0,6 per als homes i del doble (1,2) per les dones. En el grup de 85 anys i més el nombre de limitacions mitjà és de 5,3 per als homes i de 7,4 per a les dones (figura 81).

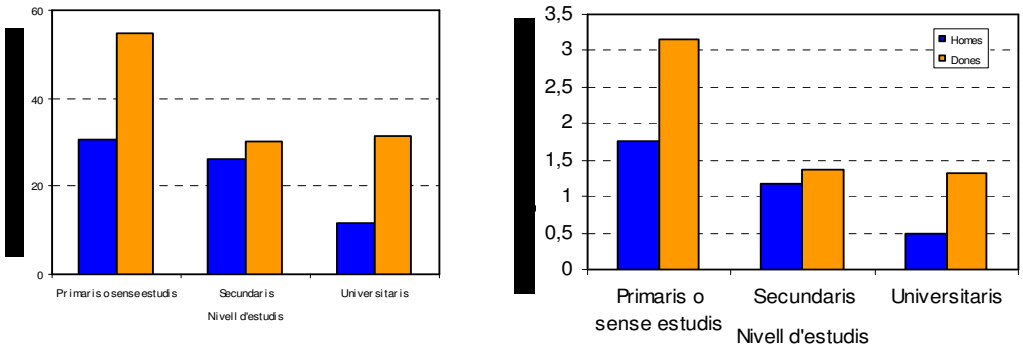
Figura 81. Població de 65 anys i més segons el nombre mitjà d'activitats amb limitació, per sexe i edat. Catalunya, 2006



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

194. En relació amb el nivell d'estudis, és la població amb nivells d'estudis primaris o sense estudis la que presenta en major proporció persones amb limitació i un nombre mitjà més elevat de limitacions; a més, la relació positiva entre edat i nivell d'estudis actua com a factor intensificador d'aquest gradient (figura 82).

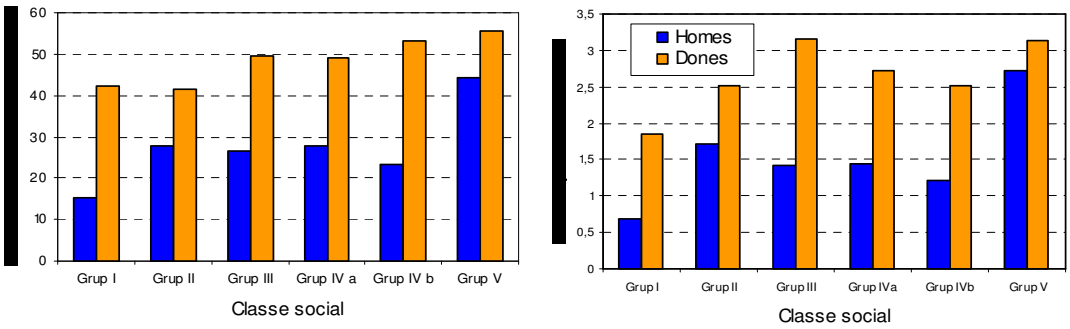
Figura 82. Població de 65 anys i més que presenta una o més limitacions per a la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana i nombre mitjà d'activitats amb limitació, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006



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

195. La vinculació entre limitacions en les activitats habituals de la vida quotidiana i la classe social no és tan clara com amb el nivell d'estudis. En el cas dels homes, s'observa diferències en els extrems, és a dir, el grup I i V tenen, respectivament, menys i més proporció de persones amb alguna limitació i, alhora, un nombre mitjà de limitacions diferent dels altres grups. La resta de classes socials no presenten diferències significatives entre elles. En el cas de les dones, la proporció de persones amb alguna limitació té una vinculació més clara amb la classe social, de manera que com més benestant és la classe, menys limitacions es pateixen (figura 83).

Figura 83. Població de 65 anys i més que presenta una o més limitacions per a la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana i nombre mitjà d'activitats amb limitació, per sexe i classe social. Catalunya, 2006

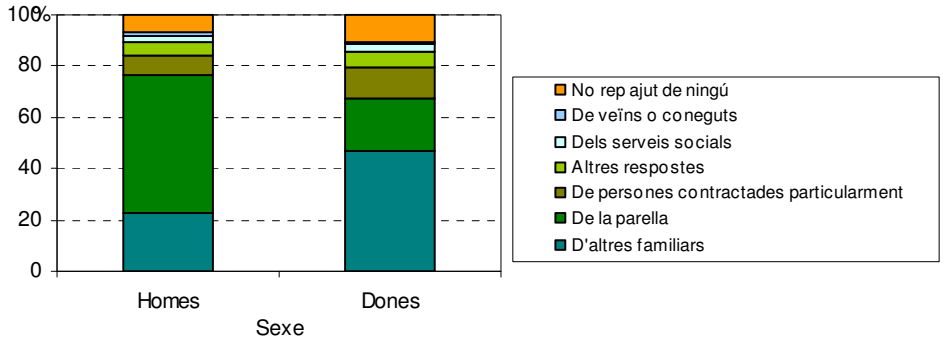


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

196. El 9,3% de les persones de 65 anys i més que declaren patir alguna limitació i necessitar ajut no en reben cap. Els percentatges per sexe són 6,9% per als homes i 10,2% per a les dones. Les activitats de pujar i baixar escales (6,3%) i de caminar (3,0%) són les que presenten una proporció més elevada de persones de 65 anys i més que tenen aquesta limitació i no reben ajuda.

197. El cuidador principal dels homes amb limitació és la parella, seguida d'altres familiars. Per a les dones, l'ordre s'inverteix, amb els altres familiars com a suport principal. El suport de terceres persones contractades particularment és més freqüent en dones que en homes (figura 84).

Figura 84. Població de 65 anys i més amb limitació segons el principal cuidador, per sexe. Catalunya, 2006

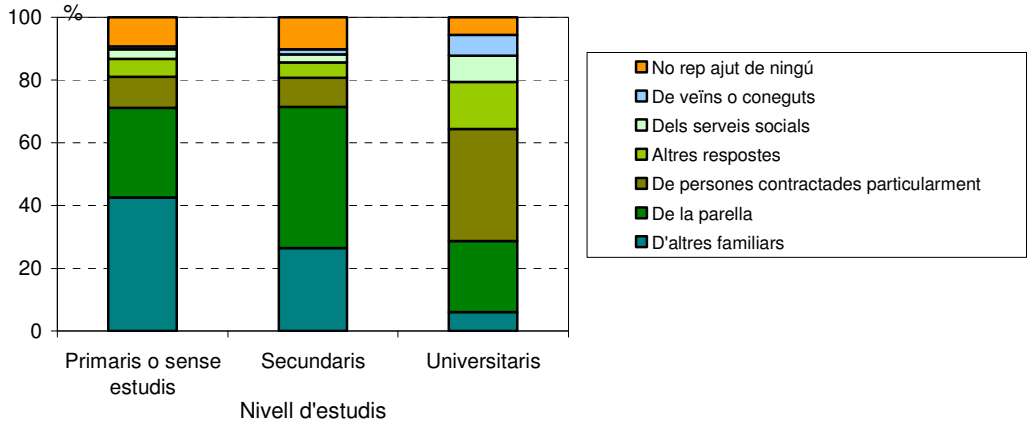


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

198. La població de 65 anys i més amb estudis universitaris és la que disposa en major proporció de persones contractades particularment com a principal cuidador.

199. La població amb estudis primaris, que és majoritària entre la població de 65 anys i més, assenyala com a cuidador principal els altres familiars, mentre que per a la població amb estudis secundaris ho és la parella (figura 85).

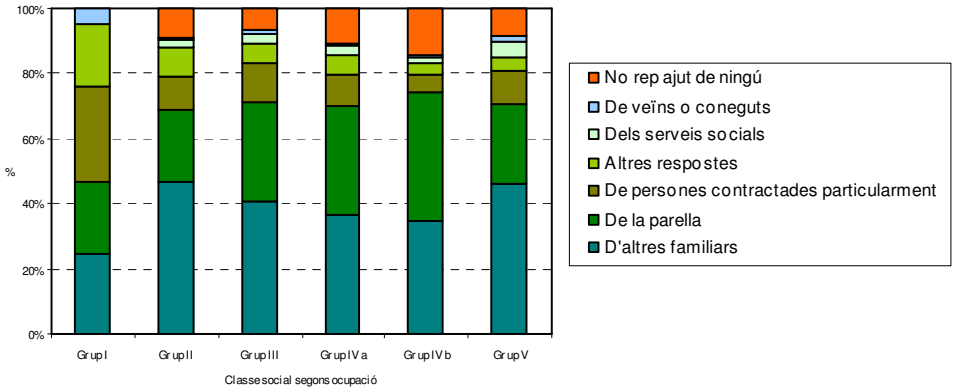
Figura 85. Població de 65 anys i més amb limitació segons el principal cuidador, per nivell d'estudis. Catalunya, 2006



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

200. Per classe social, s'observa que, si bé el suport familiar és majoritari en totes les classes, el pes d'altres tipus de suport, sobretot el contractat a tercers, és superior en el grup I, amb una diferència significativa respecte als grups III, IV i V. En el grup V, el suport d'altres familiars (45,8%) és superior, en comparació amb els altres grups, en detriment del suport de la parella (24,9%), fet coherent amb la feminització d'aquesta classe social. Finalment, el grup de persones que no reben ajut de ningú no té cap rellevància en el grup I (figura 86).

Figura 86. Població de 65 anys i més amb limitació segons el cuidador principal, per classe social. Catalunya, 2006



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

4.9. La dependència en població de 65 anys i més

Les persones d'edat avançada són cada vegada més nombroses i ha augmentat el nombre de persones grans que pateix algun trastorn crònic o discapacitat, que en molts casos els fan dependents. Amb la finalitat d'atendre les persones en situació de dependència s'ha redactat la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, d'11 de desembre de 2006.

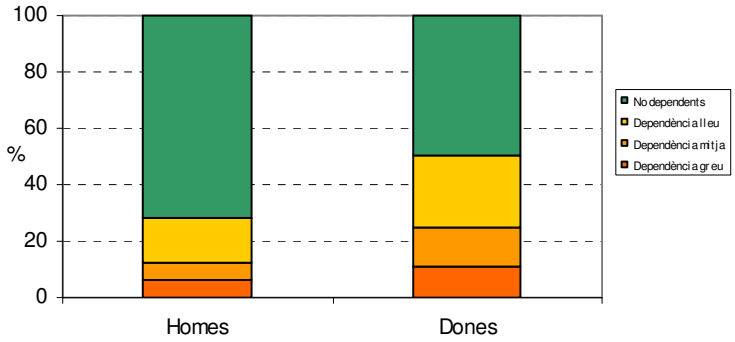
201. El disseny de l'ESCA 2006 permet estudiar la dependència en la població de 65 anys i més. De les 19 activitats bàsiques de la vida quotidiana detallades a l'apartat anterior es considera:

- Cap dependència: no tenir cap activitat amb limitació.
- Dependència lleu: tenir d'1 a 3 activitats amb limitació.
- Dependència mitja: tenir de 4 a 9 activitats amb limitació.
- Dependència greu: tenir 10 o més activitats amb limitació.

Així, quatre de cada deu persones de 65 anys i més declaren trobar-se, en més o menys mesura, en situació de dependència per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària (41,2%). Les persones amb dependència greu representen el 9,2% del total de la població de 65 anys i més (el 6,5% dels homes i l'11,2% de les dones) (figura 87).

202. La dependència en la gent gran afecta més a les dones que als homes, tant en termes relatius com absoluts. Del total de persones grans que es troben en situació de dependència greu el 70,9% són dones i el 29,1% homes.

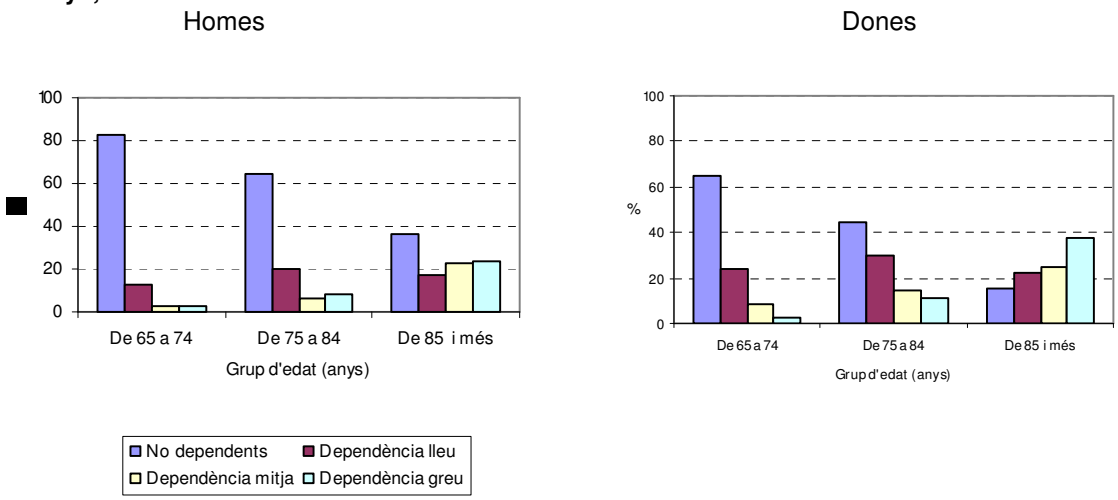
Figura 87. Població de 65 anys i més segons grau de dependència, per sexe. Catalunya, 2006



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

203. La proporció de persones en situació de dependència és més elevada en els grups d'edat més vells, sobretot a partir dels 85 anys. Tanmateix no afecta amb la mateixa intensitat a homes i dones: mentre que gairebé quatre de cada deu homes de 85 anys i més (36,4%) declaren no patir cap tipus de dependència, en el cas de les dones aquesta proporció correspon a les que es troben amb dependència greu (37,8%) (figura 88).

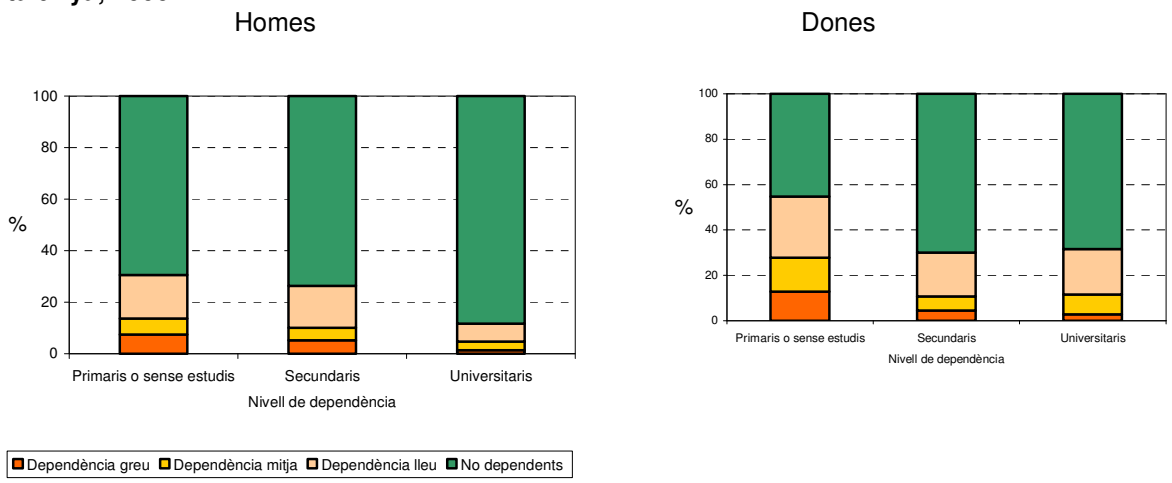
Figura 88. Població de 65 anys i més segons grau de dependència, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

204. La proporció de gent gran amb estudis primaris o sense estudis que es declara en situació de dependència greu és el 10,8% i és del 4,8% i de l'1,9% en les persones amb estudis secundaris i universitaris, respectivament (figura 89).

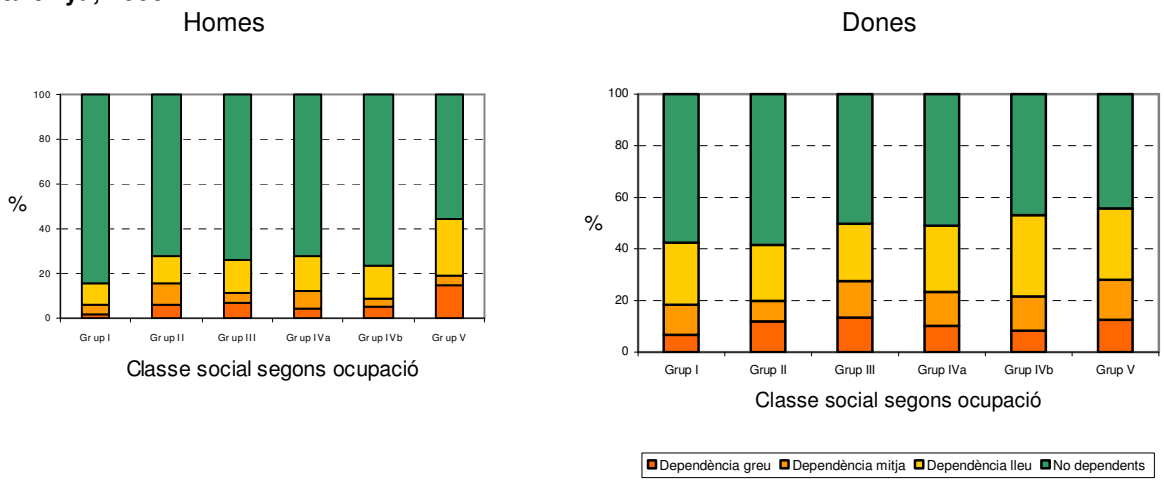
Figura 89. Població de 65 anys i més segons grau de dependència, per nivell d'estudis i sexe. Catalunya, 2006



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

205. També s'observa un gradient entre classe social i dependència. Tot i que la distància més important es detecta entre la classe més desfavorida (grup V) i la resta de classes, també s'observen diferències entre les classes mitjanes (grups III i IVa) i les més benestants (grups I i II). Entre les dones, el gradient per classe social és progressiu i s'observen menys diferències que entre els homes. Les dones parteixen de nivells de prevalença i intensitat de dependència més alts que els homes. En els homes, la diferència més important es registra entre la població més desfavorida (grup V) i la resta de grups socials (figura 90).

Figura 90. Població de 65 anys i més segons grau de dependència, per classe social i sexe. Catalunya, 2006

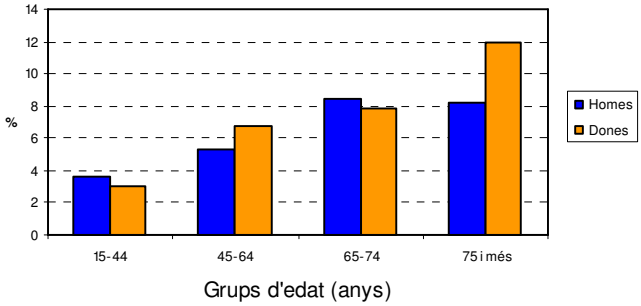


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

4.10. El suport social

206. El 84,9% de la població de 15 anys i més manifesta que té la possibilitat de parlar amb algú de temes personals sempre que ho desitja, mentre que el 5,2% es declara insatisfeta en aquest aspecte, sense diferències per sexes (85,1% en homes i 84,8% en dones). El suport social, sigui confidencial o afectiu, disminueix a mesura que les edats són més avançades. Així, en les dones de 75 anys i més es duplica la proporció d'insatisfacció en el suport social respecte a les de 45 a 64 anys; entre els homes, la tendència és la mateixa però s'observen menys diferències per edad (figura 91).

Figura 91. Població de 15 anys i més que té menys possibilitats del que desitjaria de parlar amb algú de temes personals, per edad i sexe. Catalunya, 2006



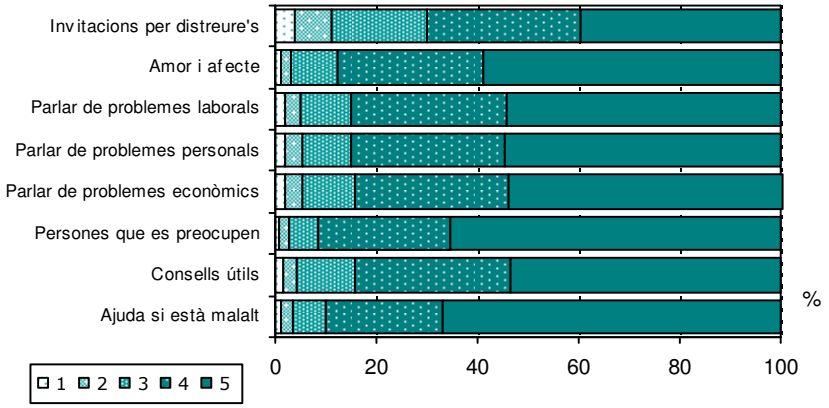
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

207. En totes les edats s'observen millors resultats en el suport afectiu que en el suport confidencial. Així, mentre que la mitjana de suport confidencial, en població de 15 anys i més, és de 81,1 (sobre l'escala Duke d'1 a 100), la mitjana de suport afectiu és de 87,4. El suport confidencial també disminueix més amb l'edat i registra més variabilitat en edats més avançades que l'afectiu, que és més constant.

208. Les persones que pertanyen a grups socials més desfavorits o que tenen un nivell d'estudis més baix es mostren en major proporció insatisfets respecte a l'oportunitat de comunicar els seus problemes personals en comparació amb la resta de grups. El suport social és més elevat entre la població amb estudis universitaris (89,1%) que entre la que no té estudis o té la primària (86,5%), així com entre la població pertanyent al grup I (89,7%) que entre la població del grup V (84,2%).

209. La població de 65 anys i més declara desitjar més invitacions per distrure's i consells útils dels que rep, però més de la meitat se senten satisfets perquè reben tant suport com desitjen de persones que es preocupen per ells, els ajuden si estan malalts i amb qui poden parlar dels problemes que els neguitegen (figura 92).

Figura 92. Població de 65 anys i més segons la vida social i el suport afectiu que reben*. Catalunya, 2006



* Gradació que va d'1 (no rep suport afectiu d'altres persones tant com desitja) fins a 5 (rep tant suport afectiu d'altres persones tant com desitja)

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

5. La utilització de serveis i la qualitat

El sistema de salut ha de donar resposta a les necessitats de salut de la població en el nivell assistencial adequat d'acord amb la gravetat i la complexitat dels problemes de salut.

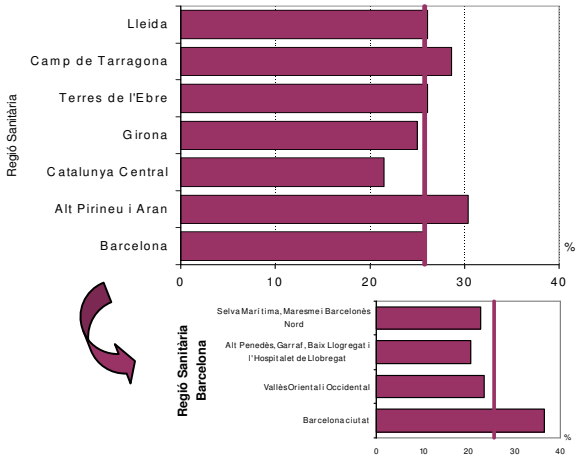
En el context del Pla de salut, l'anàlisi de la utilització i la qualitat dels serveis s'orienta a conèixer les necessitats expressades per la població mitjançant l'ús dels diferents serveis a l'abast, el perfil de la població que els utilitza i la qualitat d'aquests serveis. Aquesta informació hauria de permetre fer una valoració de l'adequació de la utilització a les necessitats de salut identificades en la població. Amb aquesta finalitat s'han identificat una sèrie d'indicadors relacionat amb la cobertura sanitària, l'ús i la qualitat dels serveis per respondre a qüestions del tipus:

- Qui fa ús dels serveis segons edat, classe social i territori.
- Quins serveis utilitza la població (atenció primària, hospitalària, salut mental, sociosanitaris).
- Per a quins problemes de salut s'utilitzen els serveis i el nivell d'adequació.
- Valoració dels serveis des del punt de vista de les dimensions de la qualitat estudiades.
- Satisfacció amb els serveis sanitaris.

5.1. La cobertura sanitària

210. Segons l'ESCA 2006, el 99,4% de la població declara tenir dret a l'assistència sanitària pública i el 26,2% disposar de doble cobertura (DC) sanitària, és a dir, que té dret a l'assistència sanitària pública i al mateix temps disposa d'una mútua sanitària privada concertada individualment o pagada per l'empresa. L'any 1994, la població amb DC era del 20,9% i l'any 2002 del 24,7%. La població que disposa de doble cobertura és jove, es composa predominantment per homes, té estudis mitjans o superiors i pertany a classes socials formades pels grups I i II. Les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Catalunya Central són les que tenen una proporció significativa de doble cobertura sanitària per sobre o per sota de la mitjana de Catalunya. Especialment, la ciutat de Barcelona presenta una proporció de població que declara tenir DC molt per sobre de la mitjana de Catalunya (36%) (figura 93).

Figura 93. Població de 15 anys i més que declara tenir doble cobertura sanitària, per regió sanitària. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.

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

5.2. La utilització de serveis

211. En la població general, nou de cada deu persones declaren haver estat visitades per algun professional sanitari en el darrer any (88,6%), concretament el 87,5% dels adults i el 95,4% de la població infantil.

212. Els metges de medicina general o de capçalera i els pediatres són els més freqüentats per la població adulta i infantil, respectivament. Les dones declaren haver visitat en una major proporció els diferents professionals sanitaris. Les persones de 65 anys i més són les que manifesten en un percentatge més elevat haver estat visitades en el darrer any (92,1% dels homes i 95,1% de les dones). En la població infantil, els professionals més visitats són el pediatre i el dentista. No s'observen diferències per sexe, excepte en les visites al psiquiatra i al psicòleg, en què hi ha una proporció més elevada de nens que de nenes (taules 20 i 21).

Taula 20. Població de 15 anys i més que declara haver visitat un professional sanitari en el darrer any segons tipus de professional, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

Professional sanitari	Grup d'edat (anys)							
	15-44		45-64		> 64		Total	
	Homes (%)	Dones (%)	Homes (%)	Dones (%)	Homes (%)	Dones (%)	Homes (%)	Dones (%)
Metge capçalera	62,1	69,6	71,1	78,7	85,7	87,2	66,4	76,0
Infermera	11,2	15,5	17,2	19,4	30,0	29,3	15,9	19,6
Dentista	32,4	39,9	32,7	41,4	26,4	29,5	31,5	38,1
Oftalmòleg	17,8	21,1	27,5	35,6	37,5	45,0	23,6	30,3
Ginecòleg	-	52,0		53,8		19,6		45,4
Psiquiatre	3,7	5,1	4,3	8,0	3,3	5,8	3,8	6,0
Psicòleg	3,4	5,8	2,2	5,8	1,9	3,9	2,8	5,4

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

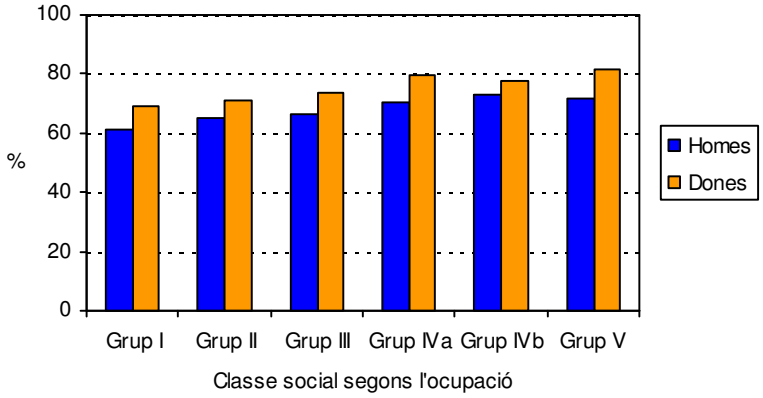
Taula 21. Població de 14 anys i menys que declara haver visitat un professional sanitari en el darrer any segons tipus de professional, per sexe. Catalunya, 2006

Professional sanitari	0-14		
	Nens (%)	Nenes (%)	Total (%)
Pediatra	85,3	84,4	84,9
Metge capçalera	41,4	40,5	40,9
Infermera	15,0	14,5	14,7
Dentista	43,3	43,0	43,2
Oftalmòleg	26,5	24,3	25,4
Psiquiatre	3,6	1,3	2,5
Psicòleg	8,0	4,7	6,4

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

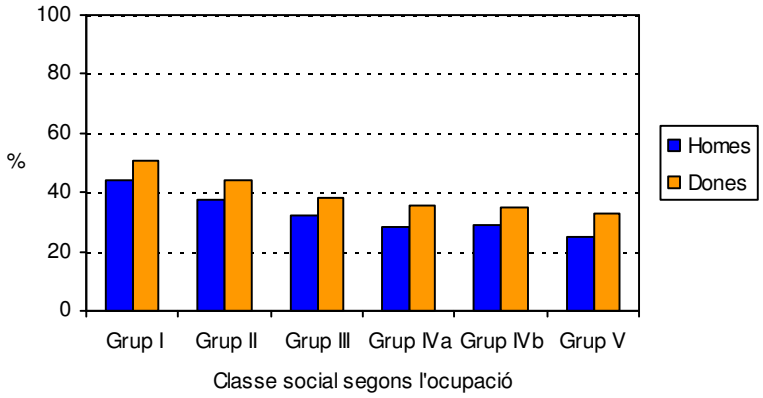
213. Les classes socials formades pels grups I i II visiten en major proporció el dentista i altres especialistes, mentre que la població dels grups IV i V acudeix més al metge de medicina general (figures 94 i 95).

Figura 94. Població de 15 anys i més que declara haver visitat el metge de capçalera en el darrer any, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

Figura 95. Població de 15 anys i més que declara haver visitat el dentista en el darrer any, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



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

214. En el període 1994-2006 s'incrementen les diferències per classe social en relació amb la utilització de serveis, atès que augmenten les visites a qualsevol tipus de professional de la salut per part de la població d'ambdós sexes dels grups I I II en relació amb els grups IV i V.

215. Si es consideren les visites a qualsevol professional de la salut, la proporció de persones que declaren haver estat visitades durant el darrer any es manté estable. D'altra banda, en relació amb les visites efectuades en els darrers 15 dies anteriors a l'entrevista, l'anàlisi segons cobertura sanitària mostra que la població amb doble cobertura visita més qualsevol tipus de professional sanitari que no sigui el metge de

capçalera, mentre que la població amb cobertura sanitària pública visita més el metge de capçalera.

Taula 22. Població que ha visitat un professional de la salut en el darrer any i els darrers 15 dies segons modalitat de cobertura sanitària i tipus de professional. Catalunya, 1994, 2002 i 2006

	ESCA 94 %*	ESCA 02 %*	ESCA 06 %*
Població que ha visitat un professional de la salut en els últims 12 mesos			
Modalitat de serveis sanitaris utilitzats més freqüentment en el últims 12 mesos:			
Serveis sanitaris públics (l'any 2006 inclou SS i Mútues Obligatòries)	65,3	73,2	75,5
Mútua voluntària (assegurances privades individuals i d'empresa)	10,5	11,0	11,8
Metges particulars	11,3	1,7	1,5
No ha utilitzat cap	12,2	11,3	11,2
NC	0,7	2,8	0
Població total que ha visitat un professional de la salut	87,8	89,0	88,6
Població de 15 anys i més que ha visitat el metge general	67,9	72,8	72,2
Població de 0-14 anys que ha visitat el metge general	30,1	33,9	40,9
Població de 0-14 anys que ha visitat el pediatra	59,6	78,7	84,9
Població total que ha visitat un professional d'infermeria	8,9	10,7	17,3
Dones de 15 anys i més que ha visitat el ginecòleg	*No disponible*	39,6	45,4
Població de 15 anys i més que ha visitat un metge general segons modalitat d'assegurament:			
Cobertura sanitària pública	68,1	75,1	72,3
Doble cobertura sanitària	58,7	66,6	67,7
Població de 15 anys i més que ha visitat un professional de la salut (exclòs el metge general i pediatre) segons modalitat d'assegurament:			
Cobertura sanitària pública	71,1	70,9	74,9
Doble cobertura sanitària	79,8	78,4	80,8
Sense considerar modalitat d'assegurament	71,3	72,7	74,9
Població que ha visitat un professional de la salut en els últims 15 dies			
Població de 15 anys i més que ha visitat un professional de la salut	21,8	19,1	23,2
Població de 15 anys i més que ha visitat un metge general	45,5	53,2	55,7
Població de 15 anys i més que ha visitat un professional de la salut (exclòs el metge general i pediatre)	54,5	46,7	44,3

*Percentatges directes, sense estandarditzar.

Font: Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006. Departament de Salut.

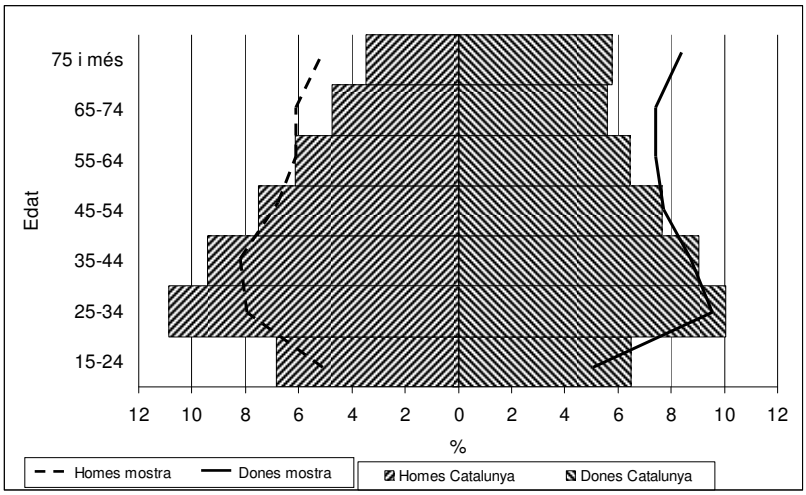
L'atenció primària

216. Segons dades del Servei Català de la Salut, l'any 2005, el 76,2% de la població adulta i el 74,5% de la infantil assignada utilitza els serveis d'atenció primària de cobertura pública. El nombre de visites al metge de família en la població de 15 anys i més és de

4,4 visites/any; el de la població infantil al pediatre, 4,9 visites/any; i el de la població adulta i infantil al professional d'infermeria, 2,2 visites/any.

217. Quant al perfil de la població usuària dels serveis d'atenció primària de 15 anys i més, es caracteritza per presentar un major envelliment i amb una proporció més elevada de dones que la població general. Un alt percentatge de població jove, especialment homes, no ha tingut cap contacte amb l'atenció primària durant el darrer any (figura 96).

Figura 96. Estructura de la població de Catalunya* i de la població atesa a les àrees bàsiques de salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2004.**



Font: Departament de Salut. Avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària de salut a Catalunya 1995-2004. Barcelona, 2006
* Estimacions postcensals de població de l'IDESCAT. ** Mostra de la població atesa de 15 anys i més atesa al llarg de l'any 2004.

L'atenció domiciliària

218. L'atenció domiciliària a les persones que no poden desplaçar-se als centres d'atenció primària s'operativitza a través del programa d'atenció domiciliaria (ATDOM), que atén al voltant del 6% de la població de 65 anys i més i a l'11% de la població de 75 anys i més (taula 23).

Taula 23. Atenció domiciliària (ATDOM) segons indicadors seleccionats. Catalunya, 2003-2005

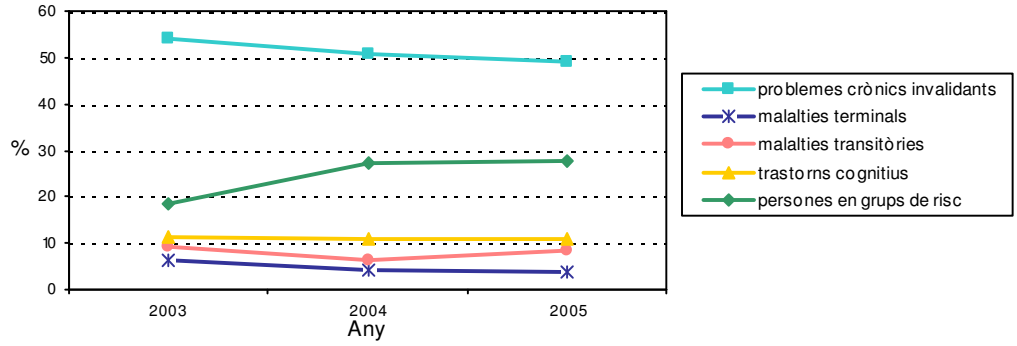
Indicadors	2003		2004		2005	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Població ≥ 65 anys assignada a l'EAP atesa en el Programa ATDOM	51.529	5,7	56.263	5,4	52.097	5,9
Població ≥ 75 anys assignada a l'EAP atesa en el programa ATDOM	44.629	10,7	48.768	10,5	47.486	10,6
Implantació d'un protocol de cures pal·liatives per a l'atenció a malalts terminals (% EAP)	-		55,9		-	

Font: Avaluació dels contractes per a la compra de serveis, 2003-2005. Servei Català de la Salut.

Nota: Entre 2004 i 2005 hi ha menys població assignada de referència per què disminueixen el nombre d'equips d'atenció primària amb informació.

219. L'anàlisi de les poblacions diana ateses al programa ATDOM presenta una disminució sostinguda entre el 2003 i el 2005 de les persones ateses amb malalties terminals, probablement perquè aquests pacients són atesos per altres recursos. L'atenció a persones amb trastorns cognitius es manté estable i disminueix lleugerament l'atenció a les persones amb problemes crònics invalidants, mentre que les persones en grups de risc (fràgils, dèficit autonomia, viuen sols, etc.) són les que experimenten un augment important al llarg del període analitzat (figura 97).

Figura 97. Població atesa en el Programa ATDOM* segons grups diana. Catalunya, 2003-2006



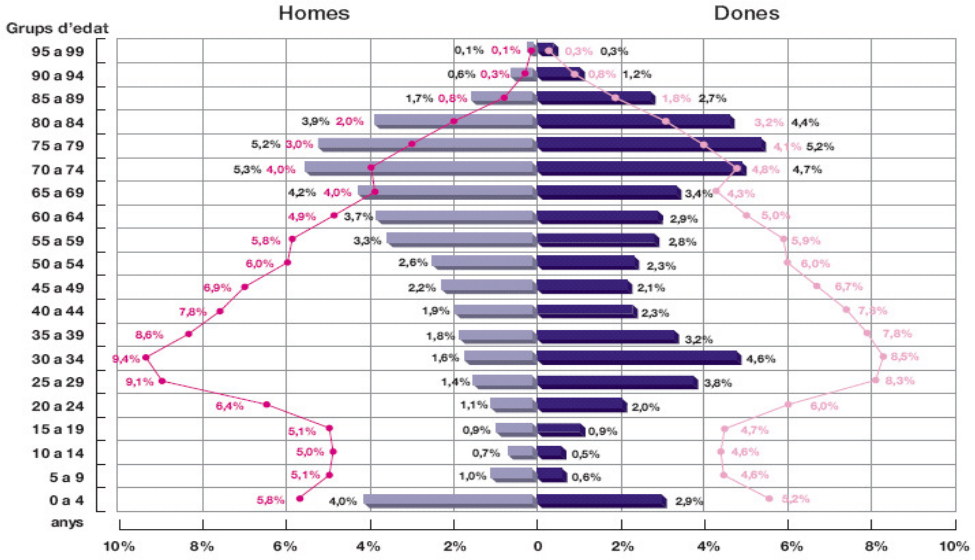
Font: Servei Català de la Salut. Divisió d'Avaluació de Serveis. Període 2003-2006.
*ATDOM: Programa d'Atenció Domiciliària.

L'atenció hospitalària d'aguts

220. El total de contactes[54] (hospitalització convencional més cirurgia major ambulatòria, CMA) als hospitals d'aguts declarats pels centres hospitalaris al registre del CMBD AH durant l'any 2005 ha estat de 895.927, dels que 25.825 (2,9%) corresponen a població de fora de Catalunya o bé amb residència desconeguda. El relació amb l'any 2004, hi ha hagut un increment del 2%, bàsicament a costa de la CMA.

221. L'any 2005, la taxa bruta d'hospitalització dels residents a Catalunya és de 124,4 per 1.000 habitants, superior en les dones (127,8 per 1.000 h.) que en els homes (113,7 per 1.000 h.). Els nens de 0 a 14 anys presenten un percentatge de contactes d'hospitalització superior al de les nenes de la mateixa edat. Les dones en edat fèrtil ingressen en major proporció que els homes i presenten taxes molt elevades, principalment per causes obstètriques; en el grup de 45 a 74 anys el percentatge de contactes és superior en homes que en dones, i en el grup de 75 anys i més la proporció és similar en ambdós sexes (figura 98).

Figura 98. Contactes d'hospitalització* dels residents a Catalunya i població de Catalunya segons el Registre central d'assegurats (RCA), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2005.



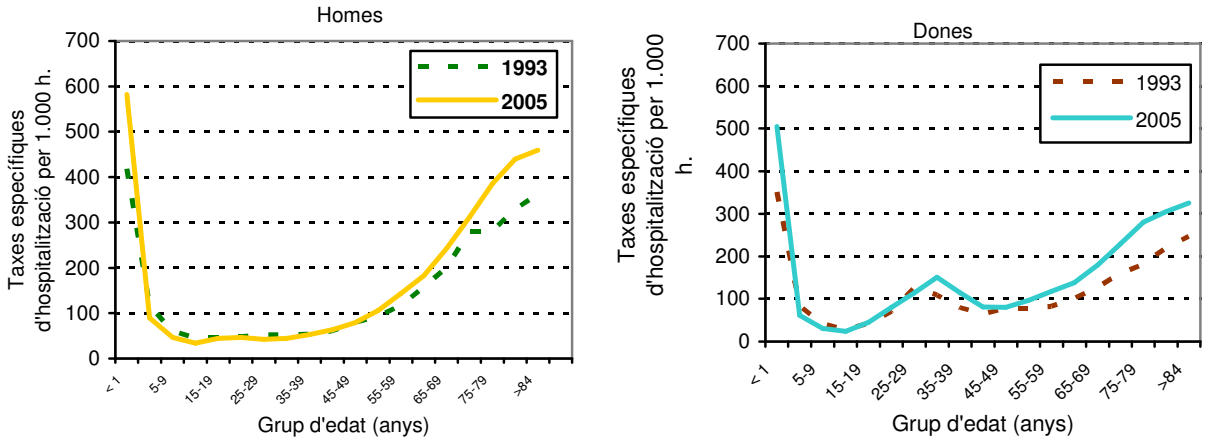
* Inclou el total d'activitat d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatòria, finançada i no finançada pel CatSalut, realitzada exclusivament en hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP).

Font: Registre Central d'Assegurats, tall a 01/01/2005. Departament de Salut. / CMBD AH, 2005. Departament de Salut.

[54] Contacte: cada vegada que un malalt accedeix a un hospital d'aguts per rebre qualsevol tipus d'assistència. Substitueix la denominació d'alta. No s'inclouen les consultes ambulatòries i les urgències.

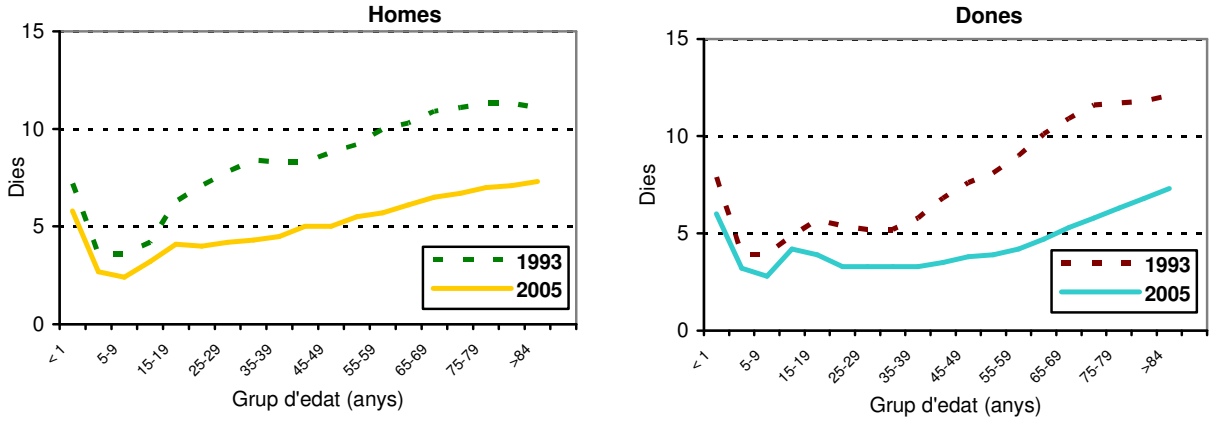
222. L'any 2005, si s'exclouen els contactes d'hospitalització per complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi, l'hospitalització en els homes és més elevada que en les dones. Entre 1993 i 2005, les taxes d'hospitalització han augmentat i són més altes entre els menors d'un any i els majors de 75 anys. S'hi observa un descens a partir dels 84 anys (figura 99). Entre el 1993 i el 2005 es constata una important disminució de l'estada mitjana en tots els grups d'edat (figura 100).

Figura 99. Contactes d'hospitalització de la població resident a Catalunya, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1993 i 2005



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005. Elaboració del Servei del Pla de Salut.

Figura 100. Estada mitjana (dies) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1993 i 2005

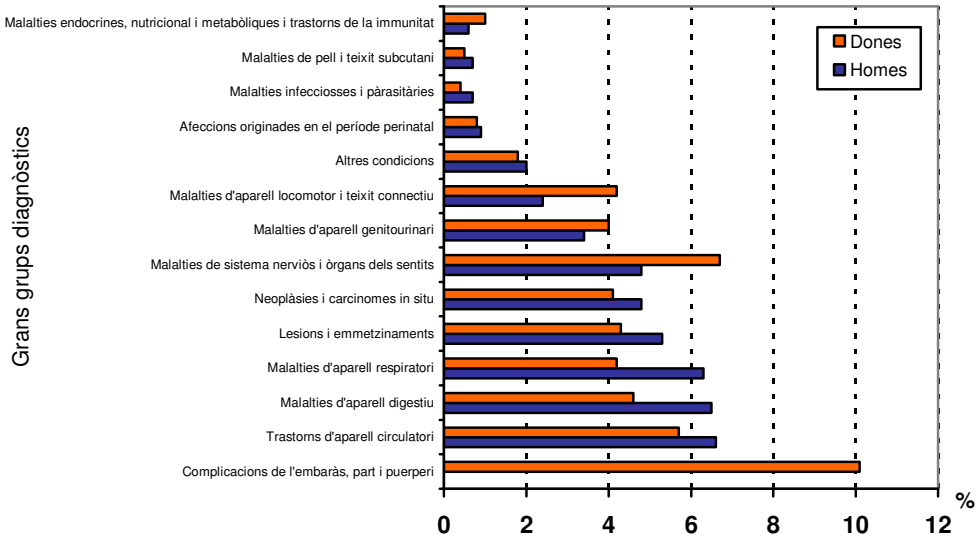


Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005.

223. Les dones presenten taxes d'hospitalització més altes que els homes en totes les regions sanitàries, si es tenen en compte totes les causes d'hospitalització. La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran és la que presenta els valors més alts tant en homes com en dones.

224. Les malalties de l'aparell circulatori, digestiu i respiratori són les tres primeres causes d'hospitalització en els homes, mentre que en les dones, si s'exceptuen les hospitalitzacions per raons obstètriques —la primera causa—, ho són les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits, seguides de les malalties de l'aparell circulatori i digestiu (figura 101).

Figura 101. Contactes d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatòria (CMA) en població resident a Catalunya segons grans grups diagnòstics*, per sexe. Catalunya, 2005

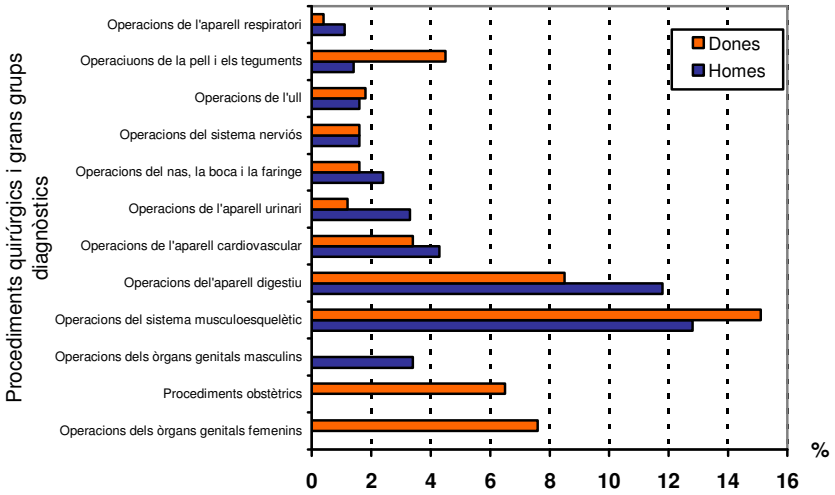


Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005.

* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

225. Els procediments quirúrgics més freqüents són les operacions del sistema musculoesquelètic (12,8% en homes i 15,1% en dones) i de l'aparell digestiu (11,8% i 8,5% per homes i dones respectivament) (figura 102).

Figura 102. Contactes d'hospitalització convencional segons grans grups de prcediments quirúrgics* en població resident a Catalunya, per sexe. Catalunya, 2005



* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005.

226. Entre les procediments quirúrgics per CMA, les operacions de l'ull són la primera causa tant en homes (18,6%) com en dones (24,6%), de les quals quasi el 60% corresponen a operacions de cristal·lí.

227. El part normal ha sofert un descens del 14% mesurat en nombre absolut d'altes. Tanmateix, les altes per complicacions relacionades amb l'embaràs, el part i/o el puerperi han passat de 23.134 el 1993 a 71.952 el 2005, la qual cosa significa un augment del 211% (taula 24 i figura 103).

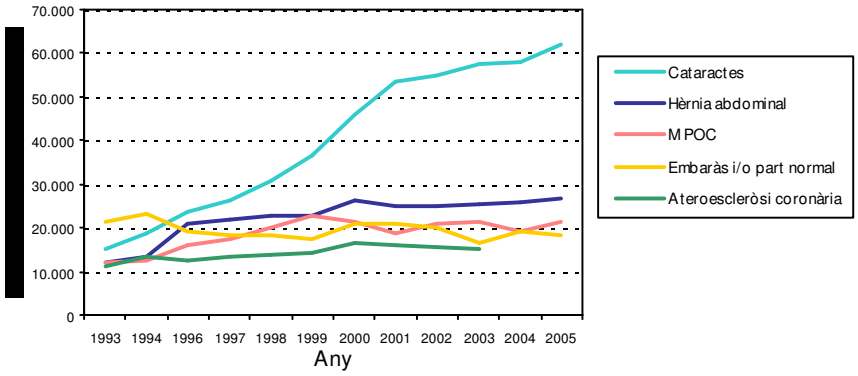
Taula 24. Hospitalització convencional i cirurgia major ambulatòria dels diagnòstics* més freqüents en població resident a Catalunya. Catalunya, 1993 i 2005

	1993		2005		Variació	
	Nombre	% sobre total de diagnòstics amb informació	Nombre	% sobre total de diagnòstics amb informació	Nombre	%
Cataractes	15.213	2,6	61.897	6,9	↑307	↑165,3
Hèrnia abdominal	11.978	2,1	26.915	3,0	↑125	↑42,8
MPOC i bronquiectàsi	11.849	1,9	21.480	2,4	↑81,2	↑26,3
Embaràs i/o part normal	21.550	3,7	18.491	2,1	↓14,1	↓43,2
Complicacions relacionades amb l'embaràs, part o puerperi	23.134	4.0	71.952	8,0	↑211,0	↑100,0
Ateroesclerosi coronària	11.192	2,1	15.094	1,8	↑35	--

* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 1993-2005.

Figura 103. Evolució del nombre de contactes d'hospitalització i cirurgia major ambulatòria de les cinc primeres causes més freqüents d'hospitalització per categories diagnòstiques*. Catalunya, 1993-2005



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 1993-2005.

* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

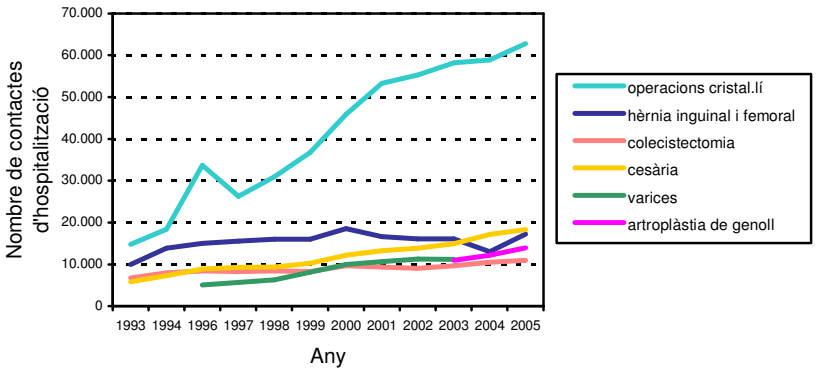
228. En relació amb els procediments quirúrgics, els increments més importants observats durant el període 1993-2005 corresponen a les intervencions de cristal·lí i les operacions de cesària (taula 25 i figura 104).

Taula 25. Hospitalització convencional i cirurgia major ambulatòria dels procediments quirúrgics* més freqüents en població resident a Catalunya. Catalunya 1993 i 2005

Grup de procediment	1993		2005		Variació	
	Nombre d'altes	% sobre total de diagnòstics amb informació	Nombre d'altes	% sobre total de diagnòstics amb informació	Nombre d'altes	%
Operacions de cristal·lí	14.848	2,5	62.788	14,3	↑322,8	↑472,0
Reparació hèrnia inguinal i femoral	9.962	1,7	17.285	2,4	↑73,5	↑129,4
Colecistectomia i exploració vies biliars	6.797	1,1	10.911	2,4	↑60,5	↑118,1
Operació de cesària	5.911	1,0	18.306	4,1	↑209,6	↑310.0
Varices	5.055	0,8	11.164$	2,7	↑120,8	↑237,5
Artroplàstia de genoll	10.913	2,6	13.927	3,1	↑27,6	↑19,2

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 1993 i 2005.
* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

Figura 104. Evolució del nombre de contactes d'hospitalització i cirurgia major ambulatòria de les cinc primeres causes més freqüents d'hospitalització per categories diagnòstiques de procediments*. Catalunya 1993-2005.



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 1993-2005.
* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).

229. Durant el període 2003-2005 s'han incrementat el 7,5% els parts amb cesària a Catalunya, amb un augment del 6,3% als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) i del 9,8% als hospitals privats.

L'atenció a la salut mental

La salut mental atesa a l'atenció primària

230. L'atenció primària de salut (APS) atén bona part de la morbiditat relacionada amb problemes de salut mental. La prevalença (últims 12 mesos) dels trastorns mentals entre els usuaris atesos a l'APS és, a Catalunya, del 31,2%[55]. La comorbiditat (altres problemes de salut que presenten els pacients i no són de salut mental) és del 15,3%.

231. Els principals trastorns detectats són el trastorn d'ansietat (16,6%), els trastorns de l'estat d'ànim (13,4%), l'episodi depressiu major (9,6%), el trastorn d'angoixa sense agorafòbia (7,0%) i la fòbia específica (6,7%).

232. El 15,7% de les persones amb qualsevol tipus de trastorn mental han consultat durant el darrer any exclusivament el metge de capçalera, el 27,8% han consultat també els serveis de salut mental, el 41,6% han anat a urgències i l'11,5% han estat hospitalitzades l'últim any per qualsevol altre motiu.

233. Dels pacients que no tenen trastorns mentals, el 8,9% reben fàrmacs antidepressius i el 17,4% ansiolítics. Tanmateix, no tenen prescrita medicació el 28,7% dels pacients que pateixen més d'un trastorn mental, el 43,1% dels que tenen ansietat patològica i el 27,2% dels que pateixen trastorn de l'estat d'ànim.

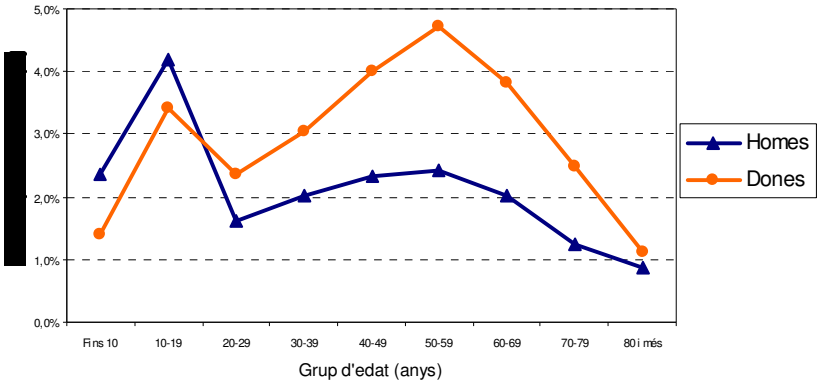
234. Pel que fa al diagnòstic i tractament del trastorn depressiu major, la capacitat de diagnòstic a l'APS és del 15% dels casos. Aproximadament, el 55% dels pacients reben un tractament concordant amb les recomanacions de les guies de pràctica clínica.

Els problemes de salut atesos als centres de Salut Mental (CSM)

235. L'any 2006 s'han atès als centres de salut mental 196.700 pacients, dels quals al voltant del 80% han estat atesos als centres d'adults i el 20% als centres infantojuvenils. Això ha significat una taxa poblacional del 3,2 per 100 h. en nens i joves de 0 a 19 anys i del 2,3 per 100 h. en nenes i joves de la mateixa edat. En la població adulta les taxes poblacionals han estat del 2,0 per 100 h. en homes i del 3,2 per 100 h. en dones (figura 105).

[55] Diagnòstic i avaluació de salut mental en atenció primària (DASMAP), 2006.

Figura 105. Població atesa als centres de salut mental, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006. Elaboració del Pla director de salut mental.
NOTA: Només hi ha informació del 87% dels CSM de Catalunya.

236. En el període 2004-2006, s'ha produït un increment del 17,5% de pacients atesos als centres de salut mental en conjunt. Aquesta variació ha estat del 21,4% en els centres de salut mental infantojuvenils (CSMIJ) i del 16,7% als centres de salut mental d'adults (CSMA). En general, l'augment ha estat superior en homes que en dones (taula 26).

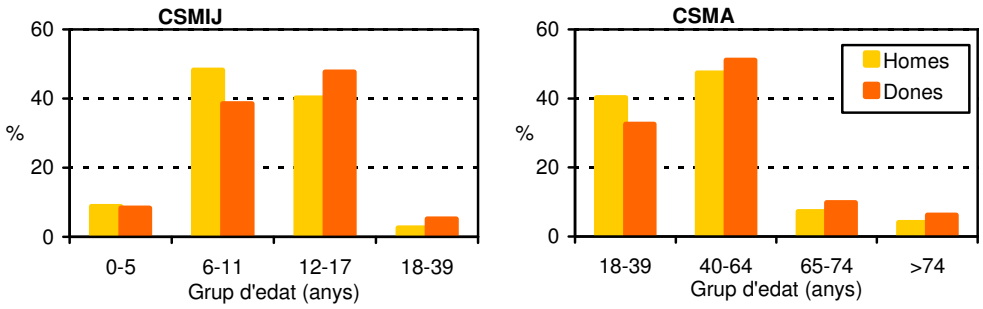
Taula 26. Pacients atesos als centres de salut mental segons tipologia de centre, per sexe. Catalunya, 2004-2006

Any	Centres de salut mental infantojuvenil			Centres de salut mental d'adults			Total
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	
2004	18.568	12.779	31.347	48.337	84.251	132.588	170.470
2005	19.818	13.281	33.099	53.330	92.916	146.246	184.716
2006	22.919	15.147	38.066	56.685	97.993	154.678	196.700
Variació període (%)	↑23,4	↑18,5	↑21,4	↑17,0	↑16,3	↑16,7	↑17,5

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2004-2006.

237. L'any 2006, el 60% dels pacients atesos en els CSMIJ són homes, mentre que el 63,3% dels atesos als CSMA són dones. Globalment, les dones presenten percentatges més alts que els homes de consulta als centres de salut mental. En relació amb l'edat, els percentatges més baixos apareixen a partir dels 65 anys (figura 106).

Figura 106. Pacients atesos als centres de salut mental segons tipologia de centre, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.

238. En relació amb el territori i pel que fa als centres infantojuvenils, les dades corresponents a l'any 2006 mostren poca variabilitat entre regions sanitàries quan es consideren les visites totals generades pels pacients atesos (primeres i successives), a diferència de les dades de les visites successives generades a partir d'una primera visita, en què la regió Terres de l'Ebre presenta el valor més baix amb l'1,1 mentre que el valor més alt correspon a la RS Girona amb 7,7 (visites successives/any) (taula 27).

239. Als CSMA hi ha poca variabilitat entre regions sanitàries quan es considera la ràtio visites successives/primeres visites, mentre que hi ha una major variabilitat en les visites totals generades pels pacients. Les regions sanitàries Terres de l'Ebre i Girona presenten el valor més baix i més alt d'aquest indicador (0,9 i 3,0 respectivament).

Taula 27. Pacients atesos i visites generades als centres de salut mental infantojuvenils segons tipus de visita i regió sanitària. Catalunya, 2006

Regió Sanitària	Pacients atesos	Primeres visites	Visites successives	Ratio visites totals/ pacients	Ratio visites successives/ primeres visites
Lleida	1.903	752	4.645	2,2	6,2
Camp de Tarragona	3.588	1.674	1.956	2,7	1,2
Terres de l'Ebre	1.196	508	562	3,1	1,1
Girona	1.965	668	5.148	3,0	7,7
Catalunya Central	2.939	735	4.929	2,7	6,7
Alt Pirineu i Aran	463	212	529	3,5	2,5
Barcelona	26.032	11.560	71.740	3,1	6,2
Altres residències fora de Catalunya	599	224	808	2,3	3,6
Total	38.685	16.333	90.317	3,0	5,5

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.

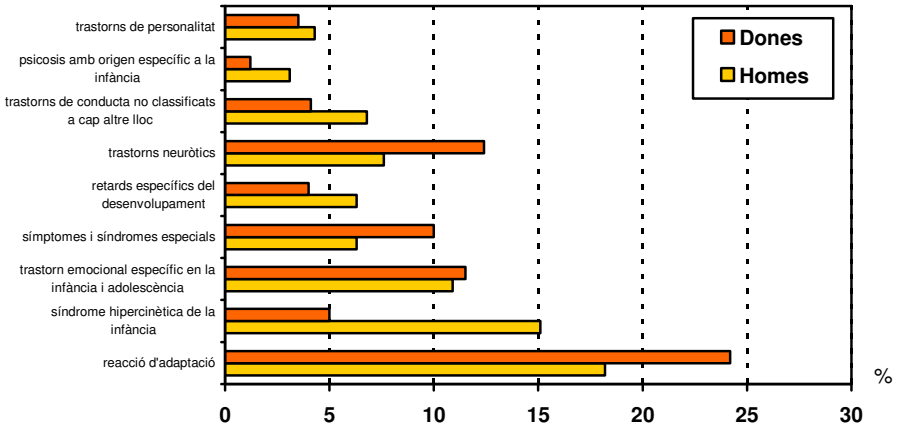
Taula 28. Pacients atesos i visites generades als centres de salut mental d'adults segons tipus de visita i regió sanitària. Catalunya, 2006

Regió Sanitària	Pacients atesos	Primeres visites	Visites successives	Ratio visites totals/ pacients	Ratio visites successives/ primeres visites
Lleida	6.637	2.358	12.196	2,8	5,2
Camp de Tarragona	14.178	5.613	33.296	1,0	5,9
Terres de l'Ebre	4.378	1.671	12.046	0,9	7,2
Girona	11.846	3.797	32.225	3,0	8,5
Catalunya Central	10.001	2.746	24.283	1,9	8,8
Alt Pirineu i Aran	1.447	569	4.474	2,7	7,9
Barcelona	106.407	36.228	294.796	3,2	8,1
Altres residències fora de Catalunya	3.121	790	6.280	1,7	8,0
Total	158.015	53.772	419.596	2,8	7,8

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.
Nota: No hi ha informació del sexe i/o edat en el 100% dels pacients.

240. En la població atesa als CSMIJ, els trastorns més freqüents en els nois són la reacció d'adaptació (18,2%), la síndrome hipercinètica de la infància (15,1%) i el trastorn emocional específic de la infància i l'adolescència (10,9%). En les noies ho són la reacció d'adaptació (24,2%), els trastorns neuròtics (12,5%) i el trastorn emocional específic de la infància i l'adolescència (11,5%) (figura 107).

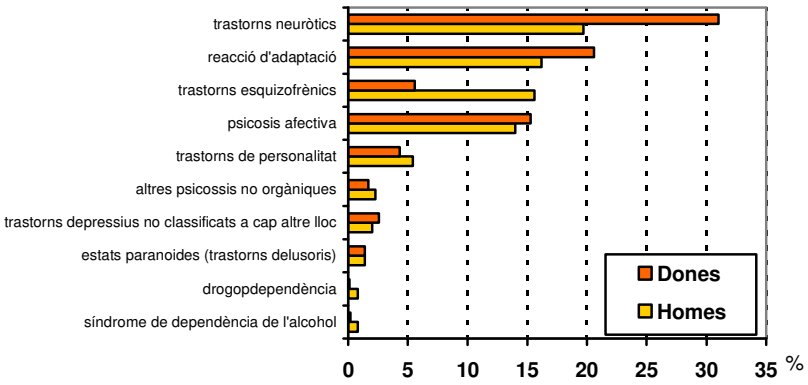
Figura 107. Morbiditat atesa als centres de salut mental infantojuvenils (CSMIJ), per sexe. Catalunya, 2006**



Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.
Elaboració del Servei del Pla de Salut.
* No hi estan inclosos els pacients amb sexe i/o edat desconeguts o erronis.
** Segons la classificació internacional de malalties: 9a revisió: modificació clínica (CIM-9-MC).
Nota: La suma dels diagnòstics enumerats a la taula no coincideix amb el total a causa de la miscel·lània d'altres diagnòstics, que per la seva quantitat no són rellevants. També s'hi han inclòs els diagnòstics no informats o erronis.

241. En la població atesa als CSMA, els trastorns més freqüents en els homes són els trastorns neuròtics (19,7%), la reacció d'adaptació (16,0%), els trastorns esquizofrènics (15,6%) i la psicosis afectiva (14,0%). En les dones, ho són els trastorns neuròtics (31,0%), la reacció d'adaptació (20,0%) i la psicosis afectiva (15,3%) (figura 108).

Figura 108. Morbiditat atesa als centres de salut mental d'adults (CSMA), per sexe. Catalunya, 2006**

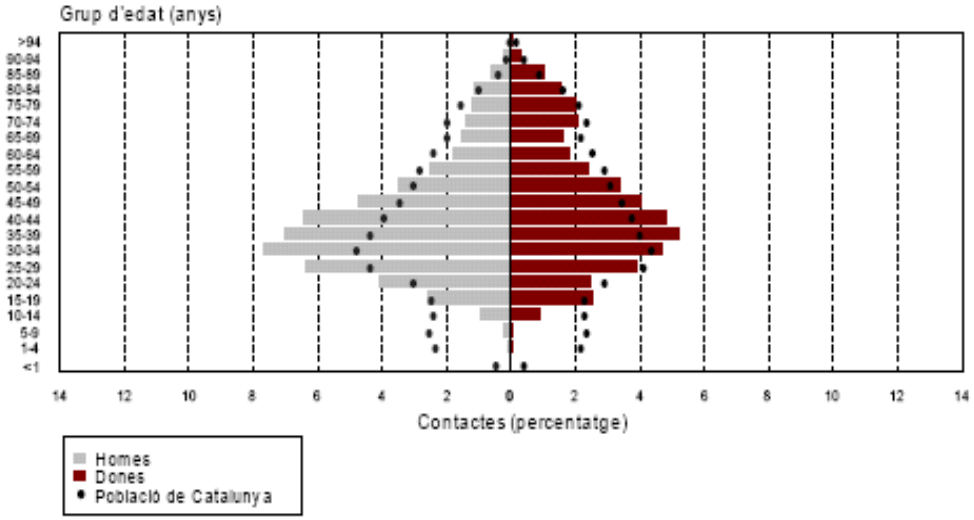


Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.
* No hi estan inclosos els pacients amb sexe i/o edat desconeguts o erronis.
** Segons la classificació internacional de malalties: 9a revisió: modificació clínica (CIM-9-MC).
Nota: La suma dels diagnòstics enumerats a la taula no coincideix amb el total a causa de la miscel·lània d'altres diagnòstics, que per la seva quantitat no són rellevants. També s'hi han inclòs els diagnòstics no informats o erronis.

Les hospitalitzacions psiquiàtriques

242. L'any 2006, les taxes d'hospitalització psiquiàtrica han estat de 32 per 10.000 h. en els homes i de 28 per 10.000 h. en les dones, si bé en el grup d'edat de 20 a 39 anys la taxa és quasi el doble en els homes que en les dones, especialment entre els més joves (figura 109).

Figura 109. Contactes d'hospitalització psiquiàtrica de la població resident a Catalunya, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2005



Font: Població de Catalunya. Registre central d'assegurats (RCA). Servei Català de la Salut (31/12/2005).

243. L'any 2006, a Catalunya hi ha hagut 10.784 altes d'aguts i 2.137 de subaguts en els hospitals psiquiàtrics monogràfics, la qual cosa significa una relació de gairebé el 85% i 15%, respectivament. Les altes psiquiàtriques als hospitals generals han estat de 9.498, xifra que representa el 42% del total d'altes psiquiàtriques (taula 29).

244. Durant el període 2004-2006, les hospitalitzacions psiquiàtriques de subaguts són les que més han augmentat (27,6%), mentre que les hospitalitzacions d'aguts en hospitals generals amb servei de psiquiatria han experimentat un descens de l'1,6%.

Taula 29. Altes psiquiàtriques segons tipologia de centre. Catalunya, 2004-2006

Any	Hospitals psiquiàtrics		Hospitals generals	
	Aguts	Subaguts	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
2004	9.414	1.675	7.210	2.352
2005	10.421	2.023	6.996	2.344
2006	10.784	2.137	7.093	2.405
Variació (%)	↑14,6	↑27,6	↓1,6	↑2,3

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2004-2006.

245. L'any 2006, els trastorns esquizofrènics han estat la patologia atesa més freqüent en els llits d'aguts dels hospitals monogràfics, atès que han representat gairebé una

tercera part del total de patologies ateses en aquests centres (28,3%). Els trastorns episòdics de l'estat d'ànim també hi ha tingut un pes important (20,7%) (taula 30).

246. Als hospitals monogràfics de subaguts, els trastorns esquizofrènics, que representen quasi el 50% del total de diagnòstics, afecten més els homes joves. En segon lloc, i molt per darrere dels trastorns esquizofrènics, estan els trastorns episòdics d'estat d'ànim amb el 13,9% l'any 2006 (taula 30).

247. També l'any 2006, als hospitals generals amb servei de psiquiatria, la morbiditat atesa amb més freqüència es reparteix entre els trastorns esquizofrènics, els trastorns episòdics de l'estat d'ànim i la síndrome de dependència de l'alcohol, cadascun dels quals se situa al voltant del 15%. Als hospitals generals sense servei de psiquiatria, els trastorns neuròtics són la patologia mental més declarada amb el 16,1% (taula 30).

Taula 30. Hospitalització psiquiàtrica segons tipologia de centre i diagnòstic. Catalunya, 2006

Diagnòstics més freqüents	Hospitals psiquiàtrics		Hospitals generals	
	Aguts	Subaguts	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
Trastorns esquizofrènics (%)	28,3	49,7	13,6	2,1
Trastorns episòdics d'estat d'ànim (%)	20,7	13,9	15,0	5,8
Síndrome de dependència de l'alcohol (%)	4,9	1,2	14,0	4,4
Altres psicosis no orgàniques (%)	7,7	5,7	5,7	2,5
Trastorns de personalitat (%)	8,5	8,0	3,8	2,6
Trastorns neuròtics (%)	4,3	--	5,9	16,1

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD SM), 2006.

248. Entre la població masculina major de 18 anys destaquen els trastorns esquizofrènics, els trastorns neuròtics, la reacció d'adaptació i els trastorns relacionats amb el consum substàncies; i entre la femenina, els trastorns neuròtics, la reacció d'adaptació i els trastorns episòdics d'estat d'ànim.

Atenció a les drogodependències

Tractament ambulatori als centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències de la Generalitat de Catalunya (XAD)

249. L'any 2006, un total de 13.993 persones han iniciat tractament ambulatori en algun dels centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD) per abús o dependència de les drogues. L'alcohol, la cocaïna i l'heroïna són les substàncies que presenten un major nombre d'inicis de tractaments a la XAD (taula 31).

Taula 31. Inicis de tractament segons tipus de droga principal que motiva el tractament, per sexe. Catalunya, 2006

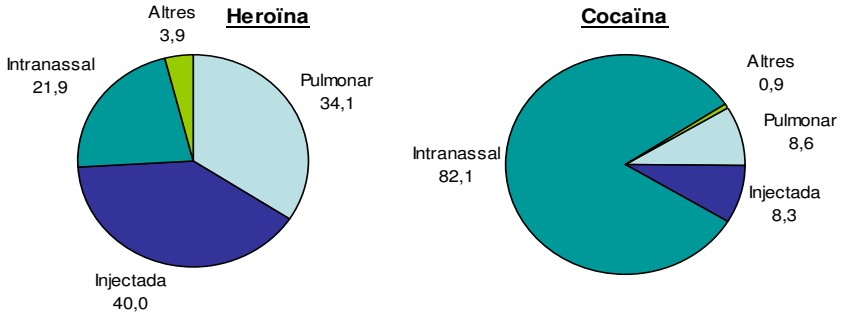
Sexe		Droga principal						
		Heroïna	Cocaïna	Cannabis	Tabac	Alcohol	Resta*	Total
Homes	Nre.	1.570	3.097	527	455	4.843	485	10.977
	%	85,5	82,9	80,0	52,2	79,0	70,3	78,4
Dones	Nre.	334	641	132	417	1.287	205	3.016
	%	17,5	17,1	20,0	47,8	21,0	29,7	21,6
Total	Nre.	1.904	3.738	659	872	6.130	690	13.993
	%	13,6	26,7	4,7	6,2	43,8	4,9	100,0

Font: Departament de Salut. Notificacions individualitzades trameses pels centres d'atenció i seguiment.
* La classe «resta de drogues» agrupa les següents: opiacis diferents de l'heroïna, estimulants diferents de la cocaïna, hipnòtics i sedants, al·lucinògens, inhalables i altres substàncies psicoactives.

250. La demanda de tractament especialitzat per abús o dependència de la cocaïna ha experimentat un creixement molt important, especialment a partir de la segona meitat de la dècada de 1990. En canvi, el nombre de persones que inicien un tractament per heroïna tendeix a baixar, en part per la disminució en la incidència de nous casos de consumidors, però també a causa de l'elevat nombre de persones dependents de l'heroïna que ja estan en tractament amb un alt grau d'adherència a programes com els de tractament amb metadona, que a finals de 2006 atenien un total de 7.768 usuaris.

251. L'any 1991, el 78,6% de les persones que iniciaven tractament per abús o dependència de l'heroïna utilitzaven la via parenteral com a principal via d'administració de la droga. Aquesta proporció ha anat disminuint i se situa en el 40% el 2006, tot i que continua sent molt important (figura 110).

Figura 110. Via principal d'administració de la droga principal en els inicis de tractament segons tipus de droga principal (heroïna o cocaïna). Catalunya, 2006



Font: Departament de Salut. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya, 1987-2006.

L'atenció sociosanitària

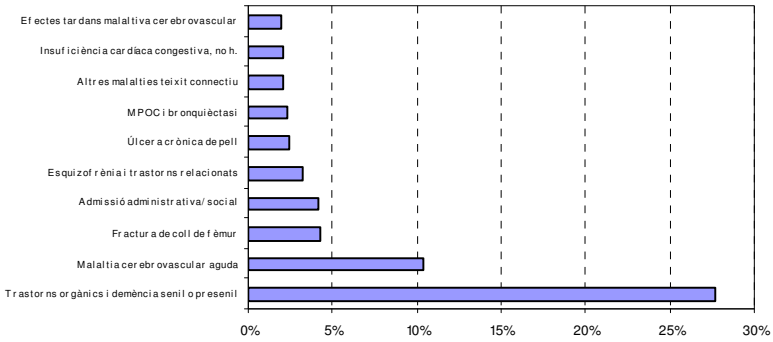
Els recursos d'internament sociosanitaris

252. El grup poblacional format per la gent gran és un dels que més utilitza els recursos sanitaris, tant a l'atenció primària com a l'hospitalària, com es pot comprovar a les dades d'activitat d'aquests nivells assistencials. Així, l'any 2006, el 36% dels contactes en els hospitals d'aguts han estat de persones més grans de 64 anys.

253. En el període 2003-2006, el nombre de places de llarga estada ha experimentat un augment de 347 llits, passant de 5.469 a 5.816, la qual cosa significa un increment del 6,3%. El percentatge de pacients atesos en llarga estada s'ha reduït un 12,9% i el dels pacients donats d'alta ha sofert un descens del 32,3%. Aquest decrement d'activitat es podria atribuir a una infranotificació de casos deguda al procés d'adaptació informàtica a un nou sistema de registre, implementat durant l'any 2005. L'estada mitjana a les unitats de llarga estada ha passat de 156 dies el 2003 a 191 dies el 2006 (taula 32).

254. L'any 2006, als centres de llarga estada s'han atès 12.189 pacients amb una mitjana d'edat de 79 anys. Les principals causes d'ingrés d'aquests pacients han estat el diagnòstic de trastorn orgànic i demència senil (27,7%), malaltia cerebrovascular aguda (10,4%) i fractura de coll de fèmur (4,3%) (taula 32 i figura 111).

Figura 111. Contactes d'hospitalització en unitats de llarga estada segons el diagnòstic principal*. Catalunya, 2006

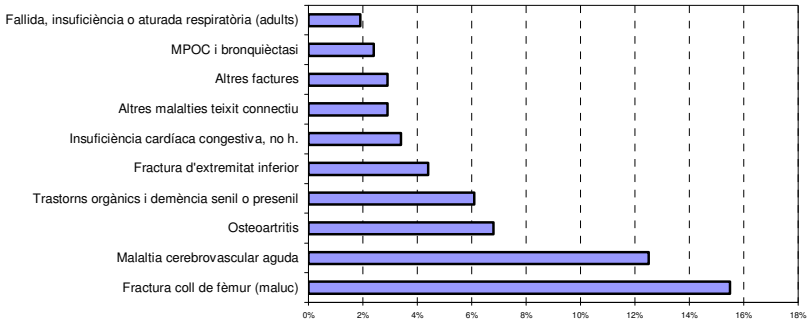


* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

255. A Catalunya, en el període 2003-2006, el nombre de llits de les unitats de convalescència ha passat de 1.721 a 2.329, cosa que significa un increment del 35,3%. La proporció de pacients atesos a les unitats de convalescència ha augmentat un 29,6% durant el mateix període i la proporció de pacients donats d'alta un 15,6%. En aquest recurs, l'estada mitjana ha passat de 38 dies l'any 2003 a 47 el 2006. Durant l'any 2006 s'han atès 16.701 pacients amb una edat mitjana de 78,5 anys (taula 32).

256. La primera causa d'ingrés el 2006 a les unitats de convalescència ha estat la fractura de maluc (15,5%), seguida de la malaltia cerebrovascular aguda (12,5%), l'osteoartritis (6,8%) i els trastorns orgànics i demència senil (6,1%) (figura 112).

Figura 112. Contactes d'hospitalització en unitats de convalescència segons el diagnòstic principal*. Catalunya, 2006

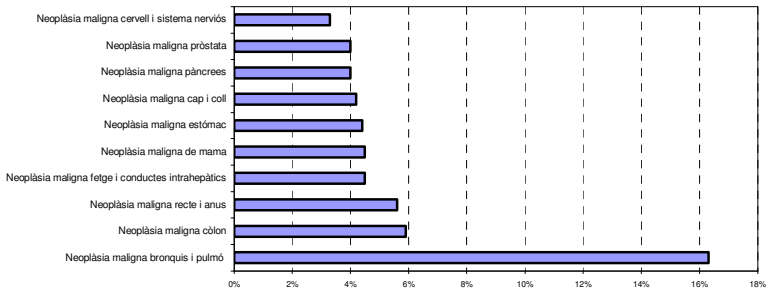


* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

257. L'any 2006, les unitats de cures pal·liatives han atès 4.347 malalts, amb una mitjana d'edat de 74,4 anys. El percentatge de pacients atesos a les unitats de cures pal·liatives, on només s'enregistren les altes, ja que l'estada mitjana és relativament curta (21 dies, a Catalunya), s'ha reduït un 16,6% (2003-2006). Pel que fa a la proporció de pacients donats d'alta, ha disminuït un 13,1% (taula 32).

258. A les unitats de cures pal·liatives, el primer diagnòstic atès l'any 2006 ha estat la neoplàsia maligna de bronquis i de pulmó (16,3%), seguida de la neoplàsia maligna de còlon i la neoplàsia maligna de recte i anus (5,9% i 5,6%, respectivament) (figura 113).

Figura 113. Contactes d'hospitalització en unitats de cures pal·liatives* segons el diagnòstic principal. Catalunya, 2006**



* Inclou l'activitat assistencial informada pels centres com a convalescència, mitja estada psicogeriàtrica i mitja estada polivalent.
** Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

Taula 32. Activitat assistencial als recursos d'internament sociosanitari segons tipus de recurs. Catalunya, 2003-2006

Tipus de recurs	Pacients atesos[1]					Pacients donats d'alta				
	2003	2004	2005	2006	Variació període (%)	2003	2004	2005	2006	Variació període (%)
Llarga estada*	13.993	12.459	11.197	12.189	↓12,9	9.030	7.960	5.774	6.112	↓32,3
Convalescència	12.885	13.822	14.986	16.701	↑29,6	11.530	12.717	11.914	13.336	↑15,6
Cures Pal·liatives	5.208	5.483	4.206	4.347	↓16,6	4.998	5.483	4.206	4.347	↓13,1*
Mitjana estada polivalent	2.055	2.721	--	--		2.261	2.230			

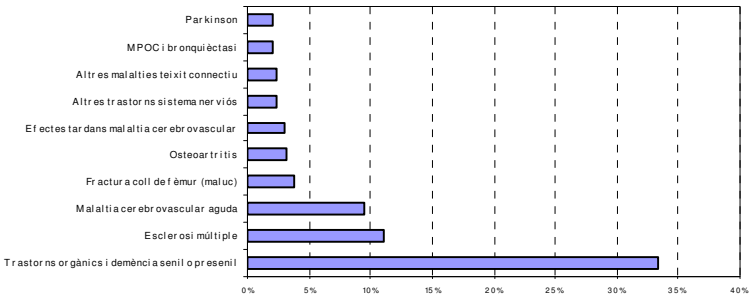
* Inclou pacients en unitats de llarga estada amb diagnòstic de sida.
[1] Nombre de pacients atesos tant si han estat donats d'alta com si encara estan ingressats.
Font: Servei Català de la Salut. Memòries d'activitat 2003, 2004, 2005 i 2006.

Els recursos alternatius a l'internament sociosanitari

259. L'any 2006 s'han atès 5.592 pacients en hospitals de dia, amb una mitjana d'edat de 73,8 anys i una estada mitjana de 187 dies. Respecte a l'any anterior, els pacients atesos en un hospital de dia ha augmentat un 8,8% i els pacients donats d'alta un 7,3% (taula 33).

260. L'any 2006, el primer diagnòstic atès als hospitals de dia ha estat el trastorn orgànic i la demència senil o presenil (33,4%), seguit de l'esclerosi múltiple (11,0%) i de la malaltia cerebrovascular aguda (9,5%) (figura 114).

Figura 114. Morbiditat atesa en hospitals de dia segons el diagnòstic* principal. Catalunya, 2006

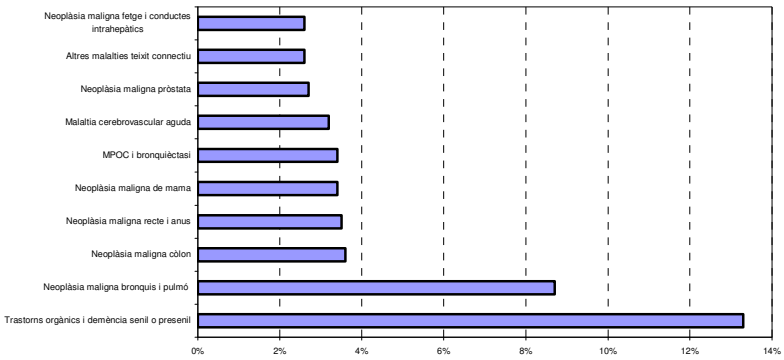


* Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

261. Els anys 2005-2006, el nombre de pacients atesos en el Programa d'atenció domiciliària equip de suport (PADES) han disminuït un 13,6% i el de pacients donats d'alta un 16,2% (taula 33).

262. El 2006, els trastorns orgànics i la demència senil o presenil han significat el 13,3,% dels 13.311 malalts atesos als PADES, seguits de la neoplàsia maligna de bronquis i de pulmó amb el 8,7% i de la neoplàsia maligna de còlon amb el 3,6% (figura 115).

Figura 115. Morbiditat atesa pels equips PADES* segons el diagnòstic principal. Catalunya, 2006**

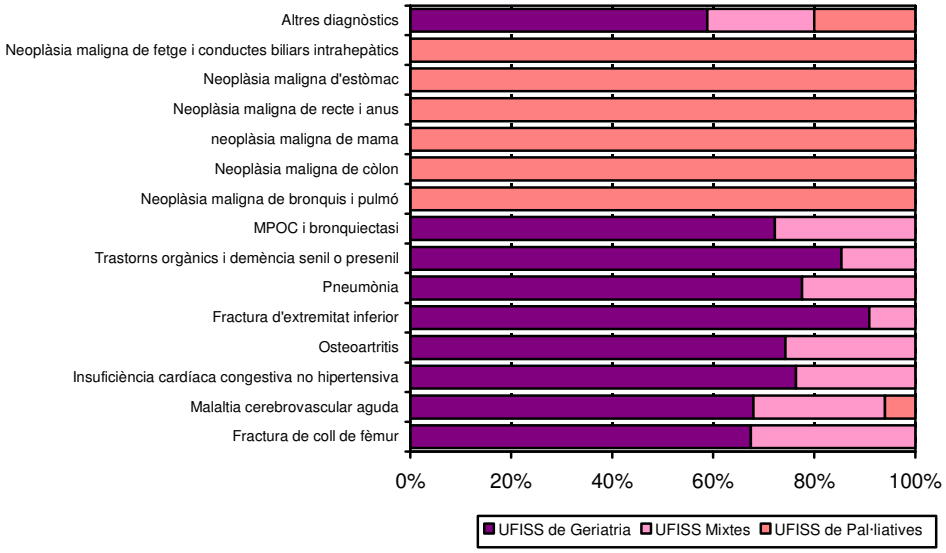


* Programa d'atenció domiciliària equip de suport.
** Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

263. Durant el període 2003-2006, s'ha consolidat el desplegament de recursos de les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS) fins a arribar a 73 unitats el 2006. Tot i que hi ha diferents tipus d'UFISS, d'acord amb el tipus de pacients que atenen, l'activitat que es registra correspon a geriatria, cures pal·liatives i mixtes, i no es disposa d'informació de l'activitat de les que es dediquen a les demències. Durant l'any 2006, el nombre de pacients donats d'alta a les UFISS de geriatria ha estat de 10.301, amb una mitjana d'edat de 79 anys; a les UFISS mixtes, de 3.712, amb una mitjana d'edat de 79,3 anys; i a les UFISS de cures pal·liatives, de 2.992, amb una mitjana d'edat de 71,3 anys (taula 33).

264. La morbiditat atesa a les UFISS depèn de la tipologia de centre. Les neoplàsies són la patologia principal que s'atén a les UFISS de pal·liatives, mentre que la fractura d'extremitat inferior i els trastorns orgànics i la demència senil o presenil són els més freqüents a les UFISS de geriatria (figura 116).

Figura 116. Morbiditat atesa a les UFISS[1] segons el diagnòstic[2] principal i tipologia d'UFISS. Catalunya, 2006



[1] Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries.
[2] Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR).
Font: Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006.

Taula 33. Activitat assistencial als recursos alternatius a l'internament sociosanitari segons tipus de recurs. Catalunya, 2003-2006

Tipus de recurs	Pacients atesos [1]					Pacients donats d'alta				
	2003	2004	2005	2006	Variació període (%)	2003	2004	2005	2006	Variació període (%)
Hospital de dia*	6.656	4.643	5.269	5.735	↓13,9	3.531	3.023	3.425	3.678	↑4,1
PADES**	15.597	15.127	12.354	13.476	↓13,6	12.473	11.963	9.722	10.458	↓16,2
ETODA***	--	--	201	217		--	--	141	138	
UFISS#	28.510	26.181	--	--		23.895	19.034	15.002	16.885	↓29,3

Font: Servei Català de la Salut. Memòries d'activitat 2003, 2004 i 2005 i 2006.
[1] Correspon al nombre d'episodis assistencials, considerant els pacients reingressats com un nou episodi.
* Inclou totes les tipologies d'hospital de dia sociosanitari.
** Programa d'atenció domiciliària equip de suport.
*** Equip de teràpia d'observació directa ambulatòria.
# Unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries.
--: Sense informació.

265. El 2006 hi ha 68 equips d'avaluació integral ambulatòria (EAIA), cosa que representa un augment en relació amb l'any 2003.

L'atenció a les urgències

266. Segons dades de l'ESCA 2006, a Catalunya tres de cada deu persones de 15 anys i més (31,5%) declara haver visitat un servei d'urgències l'any anterior a l'entrevista. En els menors de 15 anys aquesta proporció és de quatre de cada deu (39,8%).

Taula 34. Població que declara haver visitat un servei d'urgències el darrer any, per sexe. Catalunya, 2006

	Homes %	Dones %	Total %
Població de 15 anys i més	28,6	34,2	31,5
Població de 0-14 anys	42,2	37,4	39,8
Total	30,6	34,7	32,7

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

Taula 35. Població que declara haver visitat un servei d'urgències el darrer any, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

	Homes %	Dones %	Total %
0-14 anys	42,2	37,4	39,8
15-44 anys	30,4	36,8	33,5
45-64 anys	24,7	28,8	26,8
65-74 anys	27,7	34,3	31,3
75 anys i més	30,4	35,9	33,9
Total	30,6	34,7	32,7

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

267. D'acord amb les dades del Pla Integral d'urgències de Catalunya (PIUC)[56], entre els anys 2003-2004 i 2006-2007 (desembre-març) el nombre de trucades efectuades al servei d'urgències 061 ha augmentat un 9,5% i les visites domiciliàries generades arran de les trucades han experimentat una disminució del 10,2% (taula 36).

[56] La informació que recull el PIUC és de desembre a març.

Taula 36. Activitat del Servei coordinador d'urgències de Catalunya 061. Catalunya, 2003-2007

	Període[1]				Variació (%) 2003-2007
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	
Trucades	537.437	640.409	546.854	588.538	↑9,5
Consultes	228.624	227.502	208.538	163.620	↓28,4
Domicilis	43.709	53.967	39.987	39.255	↓10,2

Font: Servei Català de la Salut. Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), 2003-2007.
[1] Desembre-març dels anys referenciats.

268. Entre els períodes del PIUC 2003-2004 i 2006-2007 (desembre-març), les visites realitzades tant als centres d'atenció primària (CAP) com als centres d'atenció continuada (CAC) han experimentat un augment del 58,2%. Durant el mateix període, les visites efectuades pels equips d'atenció primària (EAP) al domicili dels pacients s'han incrementat un 8% (taula 37).

Taula 37. Activitat als centres d'atenció primària durant els períodes del Pla integral d'urgències de Catalunya. Catalunya, 2003-2007

	Període (1)				Variació- (%) 2003-2007
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	
Visites al centre*	13.823.668	17.791.328	18.145.670	21.870.587	↑58,2
Visites a domicili	277.201	346.379	295.169	299.685	↑8,0

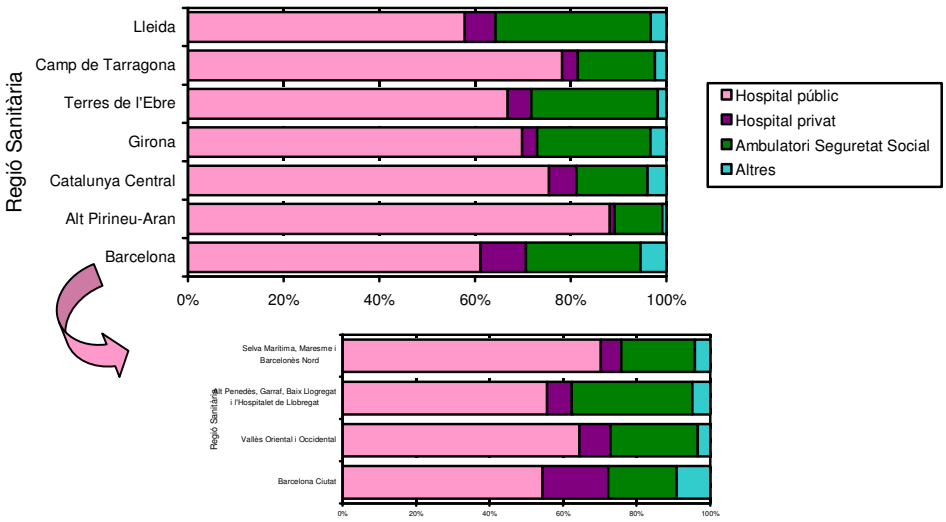
(1) Desembre-març dels anys referenciats.
* Inclou visites urgents al centres d'atenció primària i centres d'atenció continuada.
Font: Servei Català de la Salut. Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC), 2003-2006.

269. Segons dades de l'ESCA 2006, el 75% de la població catalana que ha consultat un servei d'urgències diu que ho ha fet a un hospital.

270. De la població que ha visitat un servei d'urgències, el 62,6% declara haver-ho fet a un hospital públic i el 22,6% a un centre d'atenció primària. La Regió Sanitària Alt Pirineu

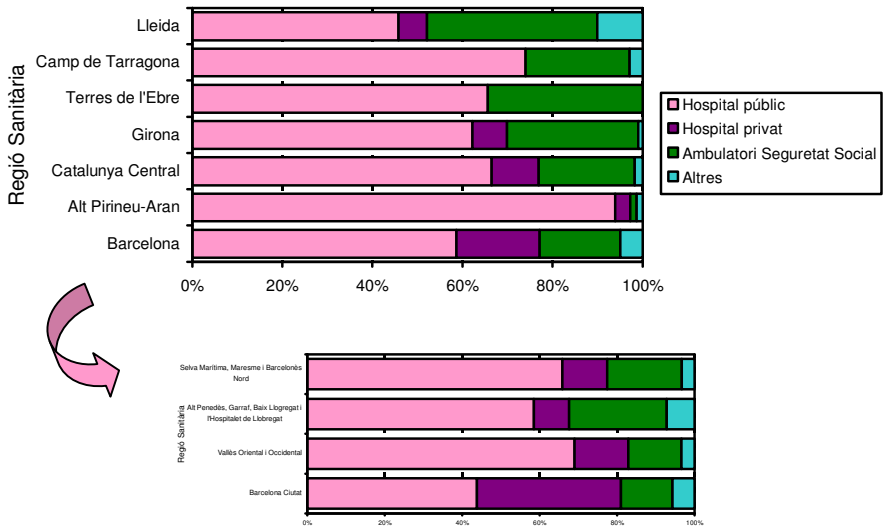
i Aran és la que presenta els valors més alts de visita a un servei d'urgències hospitalari, tant en població infantil com adulta (figures 117 i 118).

Figura 117. Població de 15 anys i més que declara haver consultat un servei d'urgències segons lloc de la visita per regió sanitària. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

Figura 118. Població de 0-14 anys que declara haver consultat un servei d'urgències segons lloc de la visita per regió sanitària. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

271. Les classes socials més desafavorides utilitzen més els serveis d'urgències que les classes més benestants.

Taula 38. Població que declara haver visitat un servei d'urgències el darrer any, per classe social i sexe. Catalunya, 2006

Classe social segons ocupació	Homes %	Dones %	Total %
Grup I	25,3	29,6	27,4
Grup II	28,1	30,7	29,4
Grup III	31,0	34,6	32,9
Grup IVa	30,9	34,0	32,3
Grup IVb	31,6	38,8	35,0
Grup V	35,3	38,2	37,0
Total	30,6	34,7	32,7

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

272. Segons dades del PIUC, el nombre d'urgències ateses als hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) durant el període 2006-2007 ha estat d'1.116.598, de les quals han ingressat el 9,9%.

273. Durant el període 2006-2007 hi ha hagut un increment del 10,1% de les urgències en relació amb el període 2002-2003, mentre que la relació d'urgències ateses amb ingrés s'ha mantingut estable.

5.3. Els serveis de salut pública

Actualment, a Catalunya els serveis de salut pública es troben en un procés de canvi que va començar l'any 2002 amb la creació de l'Agència de Salut Pública de Barcelona[57] i que va continuar amb la creació de l'Agència de Seguretat Alimentària de Catalunya[58] i l'Agència de Protecció de la Salut de Catalunya[59].

Hom espera que la nova extensió dels serveis de salut pública acabi amb l'aprovació de la Llei de Salut Pública i la creació de l'Agència de Salut Pública de Catalunya.

[57] Acord de la Comissió Permanent del Consorci Sanitari de Barcelona, de 26 de juny de 2002, d'aprovació de la constitució de l'organisme autònom anomenat Agència de Salut Pública de Barcelona i els seus estatuts. DOGC 3764; 19.11.2002.
[58] Llei 20/2002, de 5 de juliol, de seguretat alimentària. DOGC 3679; 17.07.2002.
[59] Llei 7/2003, de 25 d'abril, de protecció de la salut. DOGC 3879; 8.05.2003.

5.4. La prevenció

274. Als serveis d'atenció primària, la vacunació de la població infantil és alta malgrat la dificultat addicional que ha comportat la incorporació de població immigrada, la qual ha hagut, en molts casos, de posar-se al dia en relació amb el calendari de vacunacions sistemàtiques.

275. La vacunació antigripal representa una cobertura de dues terceres parts de la població de 60 anys i més; la vacunació antitetànica, d'una tercera part de la població adulta atesa; i la vacunació antipneumocòccica, al voltant del 40% de la població de 65 anys i més.

276. La detecció i control dels factors de risc cardiovascular de la població adulta es desenvolupen en els centres d'atenció primària. En la dècada 1995-2004 s'observa un increment de persones de 15 anys i més amb hipertensió arterial, condició de fumador i consum excessiu d'alcohol; una disminució de la detecció de persones amb hipercolesterolèmia i obesitat; i un manteniment dels diagnòstics de diabetis (taula 39).

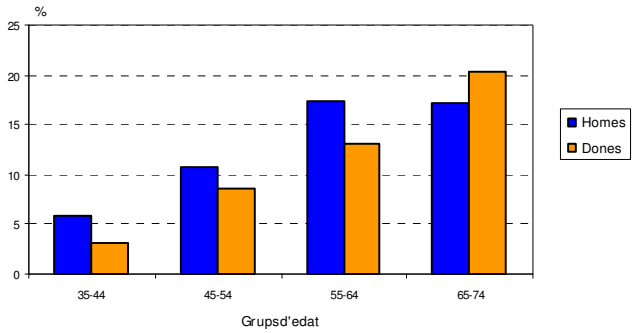
Taula 39. Evolució de les anotacions i diagnòstics en l'HCAP de les variables clíniques relacionats amb factors de risc cardiovasculars de pacients de 15 anys i més atesos a l'atenció primària de salut. Catalunya, 1995, 2000 i 2004

Anotació de:	1995 %	2000 %	2004 %
Variables clíniques			
Tensió arterial	57,8 (± 1,8)	52,9 (± 1,6)	51,6 (± 0,8)
Colesterol	55,0 (± 1,8)	57,3 (± 1,3)	50,2 (± 0,8)
Glucèmia	45,2 (± 1,8)	51,3 (± 1,2)	46,5 (± 0,8)
Hàbit tabàquic	66,5 (± 1,7)	40,0 (± 1,3)	52,9 (± 0,8)
Consum d'alcohol	59,6 (± 1,8)	32,0 (± 1,2)	42,0 (± 0,8)
Pes	40,0 (± 1,8)	35,4 (± 1,2)	41,9 (± 0,8)
Talla	37,1 (± 1,7)	33,8 (± 1,2)	37,1 (± 0,8)
Diagnòstics			
Hipertensió	31,4 (± 2,2)	32,9 (± 1,6)	35,8 (± 1,1)
Hipercolesterolèmia	23,7 (± 2,1)	24,2 (± 1,5)	20,0 (± 0,9)
Diabetis	17,3 (± 2,0)	13,9 (± 1,2)	15,4 (± 0,8)
Tabaquisme	30,5 (± 2,0)	41,7 (± 2,0)	35,9 (± 1,0)
Consum excessiu d'alcohol	5,1 (± 1,0)	6,7 (± 1,1)	6,8 (± 0,6)
Obesitat	15,5 (± 1,3)	13,1 (± 0,9)	9,5 (± 0,5)

Font: Departament de Salut. Avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària de salut ,1995-2004.
Nota: El 2002 van canviar els criteris de diagnòstic de diabetis i hipercolesterolèmia.

277. L'estimació del risc cardiovascular entre la població de 35 a 74 anys atesa als centres d'atenció primària és de l'11,6% (12,2% en homes i 11,0% en dones), i s'incrementa a mesura que els grups són de més edat (figura 119).

Figura 119. Anotació del risc cardiovascular en pacients atesos a l'atenció primària de salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2004



Font: Departament de Salut. Avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària de salut, 1995-2004.

278. La proporció de pacients de 15 anys i més, atesos a l'atenció primària de salut, diagnosticats amb factors de risc cardiovascular que es troben en situació de control ha millorat significativament en el decenni 1995-2004, alhora que han disminuït les diferències segons sexe (taula 40).

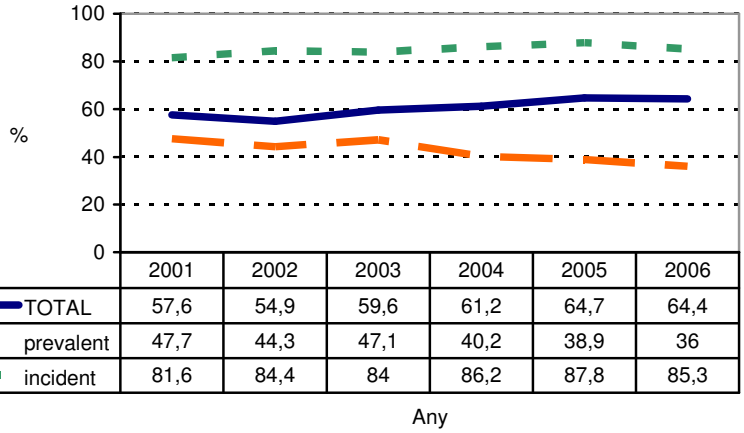
Taula 40. Evolució del control dels factors de risc cardiovascular de pacients de 15 anys i més atesos a l'atenció primària de salut. Catalunya, 1995, 2000 i 2004

Control	1995 (%)			2000 (%)			2004 (%)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Hipertensió arterial									
Control òptim*	23,3	22,1	22,6	32,2	32,4	32,3	40,9	41,4	41,2
Control acceptable**	56,0	51,1	52,8	36,9	44,9	42,9	36,9	37,4	37,2
No control	20,7	26,8	24,6	28,2	22,7	24,8	22,2	21,2	21,6
Hipercolesterolèmia									
< 160 mg/dl d'LDL	---	---	---	22,9	36,6	31,2	61,2	58,2	59,5
Diabetis				Total					
<8% d'HBA_{1C}	---			73,8			75,0	**80,8**	**77,9**

* Control òptim de l'HTA segons els Criteris comuns mínims (CCM): PAS < 140 mm Hg i PAD < 90 mm Hg.
** Control acceptable de l'HTA segons els CCM: PAS < 160 mm Hg i PAD < 95 mm Hg.
Font: Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Servei del Pla de Salut. Avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària de salut, 1995-2004.

279. Quant al Programa poblacional de detecció precoç de càncer de mama a Catalunya, hi ha hagut un important increment de les dones convocades durant el període 2001-2006, que han passat de 157.465 a 331.225, a conseqüència de la finalització del desplegament territorial i a l'extensió del cribratge fins als 69 anys. Durant aquest mateix període, la participació global ha augmentat un 11,8%, en passar del 57,6% l'any 2001 al 64,4% el 2006 (figura 120).

Figura 120. Participació en el programa de detecció precoç del càncer de mama de Catalunya segons tipus de cribratge[60]. Dones de 50 a 69 anys. Catalunya, 2001-2006



	2001	2002	2003	2004	2005	2006
TOTAL	57,6	54,9	59,6	61,2	64,7	64,4
prevalent	47,7	44,3	47,1	40,2	38,9	36
incident	81,6	84,4	84	86,2	87,8	85,3

Font: Institut Català d'Oncologia. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya.

280. La fidelitat al programa (participació de les dones que ja van participar en rondes anteriors) és del 85,3% l'any 2006, mentre la participació de les dones que s'incorporen per primera vegada al programa (dones de 50-51 anys) és del 48,3%.

281. L'any 2006 s'han detectat 763 càncers de mama, la qual cosa significa una taxa global de 3,6 per 1.000 dones cribrades. El 17,8% dels càncers detectats han estat carcinomes in situ (taula 41).

60 Primer cribratge o cribratge de prevalença: dones que es fan la primera mamografía de cribratge al programa (primera vegada que participen), independentment de quina sigui la ronda de cribratge en la qual participen i del nombre de vegades que hagin estat convocades.

Cribratge subsegüent o cribratge d'incidència: totes les mamografies posteriors que una dona es realitza en el programa després de la primera, independentment de quina sigui la ronda de cribratge en la que participa i de les vegades que hagi estat convocada.

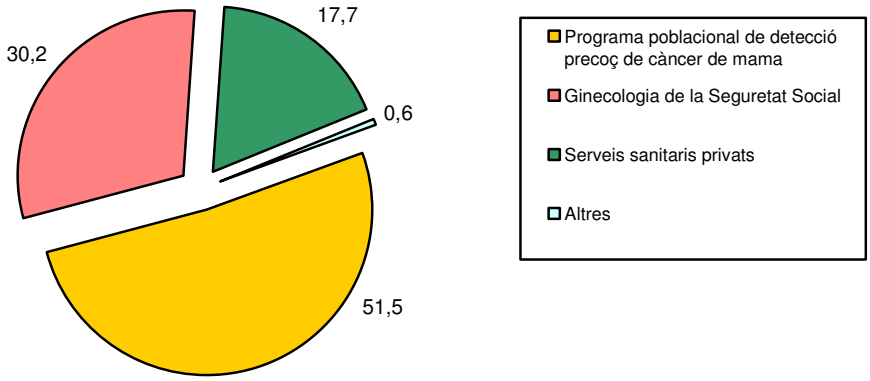
Taula 41. Programa poblacional de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya. Indicadores seleccionats segons tipus de cribratge. Dones de 50 a 69. Catalunya, 2006

	Tipus de cribratge			
	Incidència		Prevalença	
	Nre.	%	Nre.	%
Dones convidades	140.027		191.198	
Dones participants	50.389	36,0	163.030	85,3
Dones reconvocades	4.714	9,4	6.277	3,9
Taxa de detecció de càncer*	228	4,5	535	3,3
Carcinoma in situ	52	22,8	84	15,8
Carcinoma invasiu ≤ 10 mm	54	23,5	167	31,2

Font: Institut Català d'Oncologia. Servei de Prevenció i Control del Càncer. Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya.
* Per 1.000 dones cribrades.

282. Segons dades de l'ESCA 2006, del total de dones que diuen que es fan una mamografia, el 30,2% de les del grup diana del Programa (50-69 anys) declaren que se la van fan a través del ginecòleg de la Seguretat Social i el 17,7% als serveis sanitaris privats (figura 121).

Figura 121. Dones de 50 a 69 anys que declaren fer-se una mamografia preventiva segons el lloc on se la fan. Catalunya, 2006



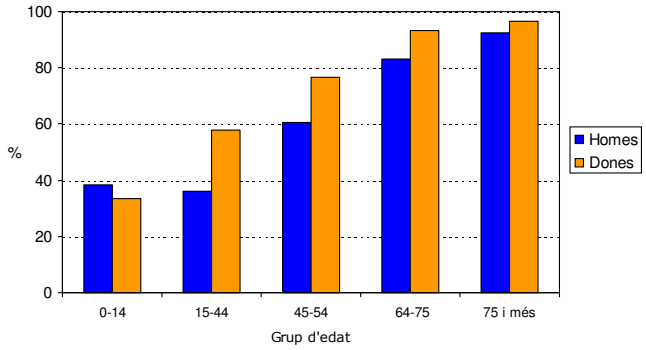
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

5.5. El consum de medicaments

283. Segons dades de l'ESCA2006, el 57,5% de la població declara haver pres algun medicament en els darrers dos dies (49,0% dels homes i 65,8% de les dones). El consum augmenta a mesura que els grups són de més edat i és més elevat en les dones, excepte en el grup de 0-14 anys. Les dones prenen medicaments, per iniciativa

pròpia o aconsellades a la farmàcia, en una major proporció que els homes (figura 122).

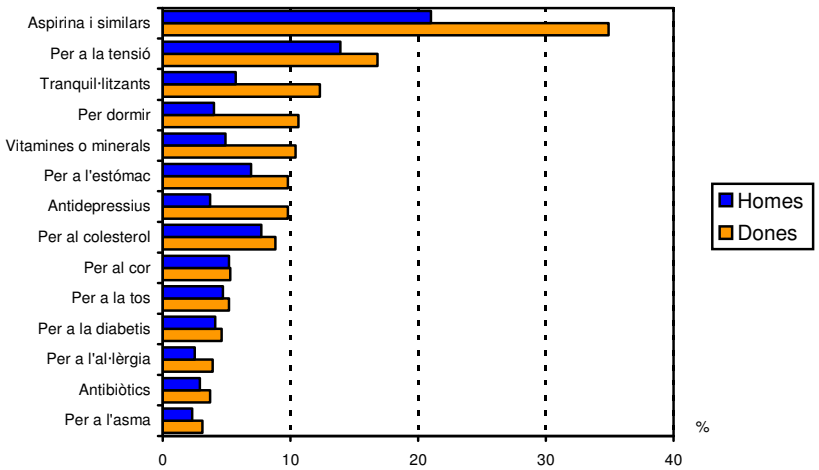
Figura 122. Població general que declara haver pres algun medicament en els darrers dos dies per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



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

284. El analgèsics, tipus aspirina i similars, són els medicaments més consumits per la població, seguits dels antihipertensius i els tranquil·litzants. En tots els casos, les dones consumeixen més medicaments que els homes (figura 123).

Figura 123. Població de 15 anys i més que declara haver pres algun medicament en els darrers dos dies anteriors a l'entrevista, per tipus de medicament i sexe. Catalunya, 2006

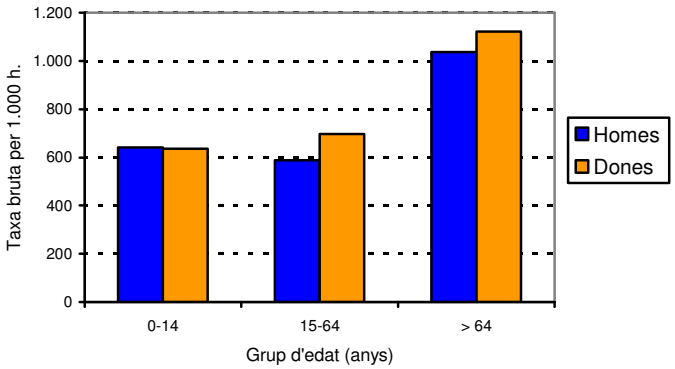


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

285. En el període 1994-2006, el consum de medicaments s'ha incrementat en tots els grups d'edat, en ambdós sexes i en totes les classes socials.

286. L'any 2006[61], prop de cinc milions de persones (4.951.694) han consumit algun medicament amb recepta del Servei Català de la Salut, cosa que representa set de cada deu habitants (figura 124).

Figura 124. Consum de medicaments amb recepta del Servei Català de la Salut, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006



Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de prestació farmacèutica, 2006.
Nota: Taxes brutes per 1.000 h. calculades segons RCA, tall de població del 31 de desembre de 2005.
Mitjana de Catalunya: 618,1/1.000 h. els homes i 769,1/1.000 h. les dones.

287. L'any 2006, les dones han representat el 60% del consum d'envasos i els homes el 40%. L'import mitjà per envàs en el cas dels homes és més car que en les dones: 15,5 i 13,7 euros respectivament. No obstant això, atès que en general les dones consumeixen més envasos que els homes, el resultat final és que l'import per consumidor és superior en les dones que en els homes: 377,5 euros i 339,6 euros, respectivament (taula 42).

[61] Fitxer de facturació de prestació farmacèutica del Servei Català de la Salut

Taula 42. Activitat de farmàcia segons indicadors seleccionats, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2006

Grup d'edat	Sexe	Envasos (%)	Import total (%)	Persones consumidores (%)	Import mitjà per consumidor (€)
0-14	Nens	1,7	1,2	7,2	61,9
	Nenes	1,5	1,0	6,7	50,5
15-64	Homes	16,1	18,2	28,6	228,7
	Dones	22,4	22,0	34,0	232,9
>64	Homes	22,1	23,5	9,7	872,4
	Dones	36,2	34,1	13,7	897,8
Total		100	100	100	360,2

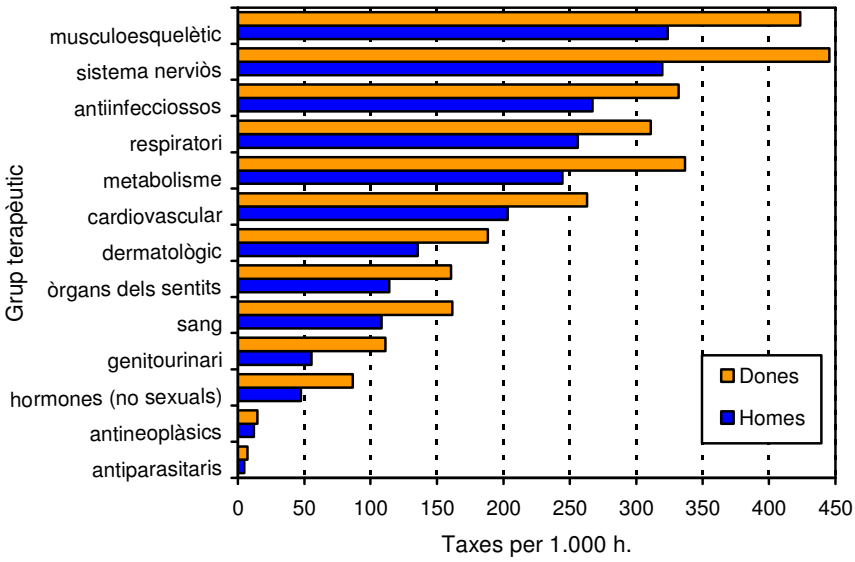
Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de prestació farmacèutica, 2006.

288. L'any 2006, l'import mitjà per consumidor a Catalunya ha estat de 360,2 euros. La RS Girona és la que presenta el valor més baix amb 284,8 euros de mitjana, i la RS Barcelona el valor més alt amb 367,0 euros. D'altra banda, la RS Barcelona és l'única regió amb valors per sota de la mitjana de Catalunya quan es mesuren les taxes brutes de consum de medicaments per 1.000 h.

289. Les dones són més consumidores que els homes en tots els grups terapèutics del primer nivell de la classificació ATC[62]. Els medicaments amb recepta del sistema nerviós són els més consumits per les dones (445,5 per 1.000 h.) i els del sistema musculoesquelètic pels homes (323,7 per 1.000 h.) (figura 125).

[62] Classificació *Anatomical Therapeutic Chemical.*

Figura 125. Consum de medicaments amb recepta del Servei Català de la Salut per grup terapèutic* i sexe. Catalunya, 2006.



* Classificació *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de prestació farmacèutica, 2006.

290. Mesurat en nombre d'envasos, els grups terapèutics més consumits pels homes són els cardiovasculars, que els consumeixen més d'una quarta part dels homes, seguits dels medicaments del sistema nerviós (19,3%), els del tracte alimentari i metabolisme (14,1%) i els del sistema respiratori (5,0%). Les dones consumeixen més medicaments del sistema nerviós (26,0%), cardiovascular (21,7%), tracte alimentari i metabolisme (14,8%) i musculoesquelètic (10,5%).

291. Un cas especial és el dels antineoplàsics, els quals, tant mesurats en nombre d'envasos com en nombre de consumidors, tenen un pes relatiu baix. Tanmateix, quan se n'analitza l'import total, ocupen el quart lloc del total de grups terapèutics, i quan se'n mesura l'import per consumidor, se situen en primer lloc (taula 43).

Taula 43. Activitat de farmàcia per grup terapèutic* i sexe. Indicadors seleccionats. Catalunya, 2006

Grup terapèutic*	Sexe	import per envàs (€)	Import per consumidor (€)
Metabolisme	Homes	11,9	92,3
	Dones	11,1	95,8
Sang	Homes	12,1	101,4
	Dones	9,9	60,3
Cardiovascular	Homes	15,2	260,4
	Dones	13,8	223,2
Dermatològics	Homes	10,9	27,4
	Dones	9,6	23,9
Genitourinari	Homes	24,0	201,3
	Dones	23,5	97,4
Hormones (no sexuals)	Homes	12,8	41,0
	Dones	15,2	61,2
Antiinfecciosos	Homes	11,3	26,2
	Dones	10,8	25,1
Antineoplàsics	Homes	128,9	1.258,0
	Dones	89,5	753,3
Musculoesquelètic	Homes	6,4	21,5
	Dones	11,3	54,8
Sistema nerviós	Homes	38,5	138,3
	Dones	61,5	153,8
Antiparasitaris	Homes	6,6	13,8
	Dones	7,7	20,0
Respiratori	Homes	17,5	87,0
	Dones	14,3	55,4
Òrgans dels sentits	Homes	8,8	39,0
	Dones	7,8	44,3

Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de prestació farmacèutica, 2006.
* Classificació *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

292. L'any 2006, el 50% dels homes usuaris consumidors han pres medicaments del grup musculoesquelètic i del sistema nerviós; el 42,0%, antiinfecciosos; i el 40,3%, del tracte respiratori. Respecte a les dones, el 60,3% han consumit medicaments per al sistema nerviós; el 57,3%, del grup terapèutic musculoesquelètic; i el 45,0%, del metabolisme i antiinfecciosos.

5.6. Dimensions de la qualitat dels serveis

Dels serveis sanitaris i sociosanitaris s'espera que donin resposta a les necessitats de salut de la població, que siguin accessibles i equitatius, que proporcionin intervencions eficaces, que obtinguin bons resultats a un cost raonable i que siguin satisfactoris per als usuaris i els

professionals. S'han seleccionat un conjunt d'indicadors que permeten fer una aproximació a la qualitat dels serveis en relació amb l'accessibilitat, l'eficiència i la satisfacció.

Els atributs de l'atenció primària

293. S'identifiquen com a característiques principals d'una atenció primària de qualitat l'accessibilitat als serveis; la longitudinalitat (l'atenció centrada en la persona al llarg del temps); la globalitat/integralitat de l'atenció, entesa com el ventall de serveis dels quals disposa la població a nivell d'atenció primària; i la coordinació entre nivells assistencials. L'ESCA 2006 ha incorporat un instrument específic que permet una aproximació a aquestes dimensions a partir de l'opinió de la població general en relació amb el seu centre d'atenció primària de referència[63].

294. A Catalunya, nou de cada deu persones identifica el seu metge de capçalera. El 50% de la població declara que almenys fa cinc anys que té el mateix metge de capçalera, el 25% almenys dotze anys i el 10% almenys vint-i-cinc anys. Al voltant del 80% de la població manifesta que l'atén sempre el mateix metge de capçalera o professional d'infermeria i el 73,5% que el seu metge sap quins són els seus problemes de salut més importants.

295. El 66,8% de la població de 15 anys i més declara que parla habitualment amb el seu metge de capçalera després de visitar l'especialista. En els menors de 15 anys, aquest valor és del 45,9%. El 79,2% de la població de 15 anys i més i el 87,6% de la població menor de 15 anys manifesta que recomanarien el seu metge de capçalera a un amic o parent.

296. Pel que fa al coneixement per part de la població de 0-14 anys de la disponibilitat de determinats serveis, les vacunacions i el Programa del nen sa presenten els valors més alts (97,5% i 81,5% respectivament), mentre que serveis com l'assessorament en salut mental o els consells d'informació i promoció de la salut mostren valors més baixos (40,6% i 43,7% respectivament) (taula 44).

[63] Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore MD: Johns Hopkins University; 2002.

Taula 44. Població que declara conèixer la disponibilitat de serveis* seleccionats als centres d'atenció primària de salut. Catalunya, 2006

General	%
Vacunacions	97,5
Salut sexual o mètodes de control de natalitat	51,0
Assessorament per a problemes de salut mental o de conducta	40,6
Cosir un trau que necessita punts	74,3
Promoció i informació sanitària	**%**
Nen sa (com ara alimentació o hores de son necessàries)	81,5
Enfrontar-se a problemes de conducta del nen	57,9
Seguretat (sexe segur, drogues, alcohol i conducció)**	43,7

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.
* Han respost a la pregunta: «sí, sens dubte» + «és probable que sí».
** Només per a > 12 anys.

L'accessibilitat als serveis sanitaris

L'accessibilitat telefònica i altres mitjans de comunicació

297. El 49,1% de la població diu que quan el centre és obert pot parlar per telèfon amb el metge o professional d'infermeria que el coneix millor, mentre que quan el centre és tancat, la proporció de població que afirmen que poden trucar-hi quan estan malaltes és del 73,0% (taula 45).

Taula 45. Població de 15 anys i més que declara que té accessibilitat telefònica* al centre d'atenció primària, per regió sanitària. Catalunya, 2006

Preguntes	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Catalunya
Quan el seu centre és obert el/la poden aconsellar ràpidament per telèfon, si cal?	62,3	45,3	52,6	59,5	69,8	57,4	55,5	57,4
Quan el seu centre és tancat, hi ha cap número de telèfon on pot trucar quan esta malalt/a?	83,2	71,4	80,9	61,2	80,0	82,6	72,9	73,0
Si té cap pregunta, pot parlar-ne per telèfon amb el metge/essa o infermer/a que el/la coneix millor?	60,9	42,7	53,8	50,9	63,7	67,6	46,7	49,1

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.
* Han respost a la pregunta: «sí, sens dubte» + «és probable que sí».

298. Els resultats de l'any 2006 del Pla d'enquestes de satisfacció del Servei Català de la Salut (PLAENSA), que entrevista assegurats de 15 anys o més d'edat atesos en el darrer any, mostren que, en resposta a la pregunta «quan temps triguen en agafar el telèfon?», es declaren satisfetes pel que fa a l'APS el 63,0%.

299. El web del Servei Català de la Salut (www10.gencat.net/catsalut/cat/serveis.htm) fa accessible a la ciutadania de Catalunya la informació sobre els serveis sanitaris i la utilització dels recursos de la xarxa sanitària d'utilització pública:

- Sol·licitud de duplicat de la targeta sanitària individual (TSI).
- Suggeriments i reclamacions.
- Guia de centres.
- Elecció i canvi de metge.
- Conèixer el CAP assignat, adreça i telèfon.
- Programació de visites en la majoria de centres de Catalunya (tots els de l'Institut Català de la Salut — ICS— i alguns que no pertanyen a l'ICS).
- Consulta de la llista d'espera d'intervencions quirúrgiques en temps de garantia i llista d'espera de proves diagnòstiques.
- Informació sobre la donació d'òrgans (cal disposar del carnet de donant).

El Programa de Diagnòstic Ràpid de Càncer a Catalunya

300. L'any 2005 s'implanta a Catalunya el Programa de diagnòstic ràpid de càncer, que inclou el Circuit de diagnòstic ràpid (CDR), amb la finalitat de millorar l'accessibilitat i reduir el temps transcorregut entre la sospita de càncer i el diagnòstic, i entre el diagnòstic i el tractament. Actualment, inclou els tumors més freqüents i que causen més morbimortalitat: colorectal, pulmó i mama (taula 46).

Taula 46. Centres participants en el Programa de diagnòstic ràpid de càncer, per regió sanitària i informació de seguiment. Catalunya 2006

Regió sanitària	Centres amb CDR (nombre)	Centres amb informació (%)
Lleida	2	2 (100)
Camp de Tarragona	4	4 (100)
Terres de l'Ebre	2	2 (100)
Girona	7	1 (14,3)
Catalunya central	4	4 (100)
Barcelona	27	21 (77,8)
Alt Pirineu i Aran	4	3 (75)
Total Catalunya	**50**	**37 (74)**

Font: Servei Català de la Salut. Divisió d'Avaluació de Serveis, 2006.

301. L'any 2005, dels pacients diagnosticats de càncer, al voltant del 48% havien utilitzat el CDR: càncer de còlon (46,0%), càncer de mama (60,2%) i càncer de pulmó (38,4%).

302. També l'any 2005, i dels pacients que han utilitzat el CDR, al voltant del 47% han estat diagnosticats de càncer: càncer de còlon (40,7%), càncer de mama (49,9%) i càncer de pulmó (51,5%), la qual cosa significa que un de cada dos pacients inclosos en el CDR ha estat diagnosticat de càncer.

303. Més del 80% dels pacients inicien el tractament en un temps inferior a 45 dies des de l'entrada en el circuit (per al cas del càncer de pulmó, el 76% dels pacients) (taula 47).

304. La mitjana de temps (dies) entre l'entrada en el circuït i l'inici del tractament es manté al voltant dels 30 dies en el cas del càncer de còlon i mama. En el cas del càncer de pulmó també es manté estable però al voltant de 35 dies.

Taula 47. Indicadors de seguiment del Programa de diagnòstic ràpid de càncer (CDR) segons tipus de càncer. Catalunya, 2006

Indicador	Any 2006		
	Còlon	Mama	Pulmó
Nombre de pacients inclosos en CDR	3.642	3.363	1.581
% pacients amb diagnòstic de càncer inclosos en CDR (sobre el total de pacients amb càncer)	45,9	60,2	38,4
% pacients inclosos en CDR derivats des de l'APS	60,1	60,6	48,3
% pacients inclosos en CDR que compleixen criteris d'inclusió	77,3	70,8	81,1
% pacients inclosos en CDR diagnosticats de càncer (sobre el total de pacients inclosos en CDR)	40,7	49,9	51,5
Mitjana temps entre entrada CDR i inici tractament (dies)	30,4	30,8	35,7
% casos amb interval < 30 dies	59,2	62,7	54,8
% casos amb interval entre 30 i 45 dies	23,1	23,7	21,1
% casos amb interval > 45 dies	17,7	13,6	24,1

Font: Servei Català de la Salut. Divisió d'Avaluació de Serveis, 2006.

Les llistes d'espera quirúrgiques amb temps garantit

305. Entre desembre de 2003 i de 2006, el nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica per al conjunt de procediments garantits ha passat de 66.567 a 52.442, la qual cosa representa un descens del 21,2%. En el mateix període, 7 han estat els procediments quirúrgics garantits que han experimentat un descens, mesurat en nombre de pacients en llista d'espera, que oscil·la entre el 57,8% del quist ossi pilonidal i el 12,7% de la pròtesi de maluc (taula 48).

Taula 48. Pacients en llista d'espera pels procediments quirúrgics garantits. Catalunya, 2003-2006

Procediments	2003*	2004*	2005*	2006*	Variació 2003-2006 (%)
Cataractes	20.316	18.207	16.966	14.085	↓30,7
Varices	4.504	4.346	3.642	3.094	↓31,3
Hèrnies	5.213	5.467	5.958	4.574	↓12,3
Colecistectomia	2.305	3.104	3.209	2.993	↑29,8
Artroscòpia	3.549	3.901	3.855	3.846	↑8,4
Prostatectomia	1.019	1.234	999	1.303	↑27,9
Canal carpià	1.976	2.352	2.346	1.995	↑1,0
Amigdalectomia	1.596	2.205	1.772	1.910	↑19,7
Circumcisió	1.560	1.869	1.969	2.475	↑58,7
Pròtesi de maluc	2.813	2.739	2.774	2.456	↓12,7
Pròtesi de genoll	9.966	9.891	6.768	5.824	↓41,6
Histerectomia	1.066	1.174	1.247	1.163	↑9,1
Galindons	8.695	6.824	6.195	5.884	↓32,3
Quist ossi pilonidal	1.989	1.218	1.000	840	↓57,8
Total	**66.567**	**64.531**	**58.700**	**52.442**	**↓21,2**

Font: Servei Català de la Salut. Registre de llistes d'espera de Catalunya, 2003-2006.
* Desembre de l'any corresponent.

306. El temps mitjà de resolució per al conjunt de procediments garantits ha passat de 5,6 mesos el 2003 a 4 mesos el 2006, cosa que suposa un descens del 28,6%. El quist ossi pilonidal, els galindons i la pròtesi de genoll són els procediments que han experimentat la disminució més important, fet que ha comportat la ràpida reducció de les llistes d'espera (taula 49).

Taula 49. Temps mitjà (en mesos) de resolució pels procediments quirúrgics garantits. Catalunya, 2003-2006

Procediments	2003*	2004*	2005*	2006*	Variació 2003-2006 (%)
Cataractes	4,8	4,4	3,8	3,2	↓33,4
Varices	4,9	4,6	3,7	3,5	↓28,6
Hèrnies	4,2	4,6	4,7	3,0	↓28,6
Colecistectomia	3,3	4,3	4,3	4,0	↑17,5
Artroscòpia	5,1	5,4	5,2	5,0	↓2,0
Prostatectomia	2,9	3,3	2,7	3,6	↑24,1
Canal carpià	3,7	4,1	3,8	3,3	↓10,8
Amigdalectomia	3,8	5,4	3,8	4,4	↑13,6
Circumcisió	3,2	3,8	3,7	4,7	↑46,9
Pròtesi de maluc	5,3	5,0	4,9	4,4	↓17,0
Pròtesi de genoll	16,3	13,8	8,2	7,2	↓55,8
Histerectomia	2,5	2,9	3,1	2,9	↑16,0
Galindons	19,7	13,1	9,4	8,5	↓56,9
Quist ossi pilonidal	7,0	3,9	3,1	2,8	↓60,0
Total	**5,6**	**5,3**	**4,5**	**4,0**	**↓28,6**

Font: Servei Català de la Salut. Registre de llistes d'espera de Catalunya, 2003-2006.

307. Entre desembre de 2003 i desembre de 2006 hi ha hagut un increment de l'activitat per al conjunt dels procediments garantits de l'11%. Tots els procediments han experimentat un augment d'activitat a excepció de la histerectomia, que ha sofert un descens del 6,7%. L'augment d'activitat dels centres ha estat especialment important en el cas dels galindons (57,9%) i la pròtesi de genoll (33,4%) (taula 50).

Taula 50. Activitat dels procediments quirúrgics garantits. Catalunya, 2003-2006

Procediments	2003*	2004*	2005*	2006*	Variació 2003-2006 (%)
Cataractes	49.785	49.699	53.281	53.680	↑7,8
Varices	10.785	11.317	11.824	10.770	↑0,1
Hèrnies	14.939	14.376	15.206	18.240	↑22,1
Colecistectomia	8.341	8.574	8.967	8.992	↑7,8
Artroscòpia	8.433	8.635	8.980	9.229	↑9,4
Prostatectomia	4.271	4.507	4.499	4.294	↑0,5
Canal carpià	6.446	6.905	7.436	7.198	↑11,7
Amigdalectomia	5.093	5.255	5.653	5.226	↑2,6
Circumcisió	5.887	5.881	6.445	6.286	↑6,8
Pròtesi de maluc	6.426	6.517	6.848	6.782	↑5,5
Pròtesi de genoll	7.325	8.580	9.915	9.774	↑33,4
Histerectomia	5.089	4.870	4.852	4.750	↓6,7
Galindons	5.291	6.264	7.926	8.352	↑57,9
Quist ossi pilonidal	3.409	3.795	3.854	3.571	↑4,8
Total	**141.520**	**145.175**	**155.686**	**157.144**	**↑11,0**

Font: Servei Català de la Salut. Registre de llistes d'espera de Catalunya, 2003-2006.

L'eficiència

Es defineix l'eficiència com la utilització òptima dels recursos humans i materials per obtenir els resultats desitjables. És la relació entre el producte obtingut i els recursos emprats en produir-lo. Atès que no existeix cap indicador global de l'eficiència de la despesa sanitària pública a Catalunya, l'anàlisi s'ha centrat en temes concrets per als quals hi ha dades disponibles, com ara:

- Aspectes del sistema finançat públicament.
- La informació que ha estat possible recollir sobre l'eficiència i els costos de les diferents línies de serveis, que s'ha centrat en l'atenció hospitalària i farmacèutica.
- La substitució d'un tipus de servei per un altre de més barat. Quan l'efectivitat dels dos tipus de servei és la mateixa, el servei més barat serà el més eficient. En aquest apartat s'estudia la substitució de la cirurgia major ambulatòria i els medicaments genèrics.
- Reingressos i hospitalitzacions evitables per determinats problemes de salut.

El finançament públic

308. L'any 2005, en el conjunt de contactes d'hospitalització declarats al registre del CMBDAH (inclou mèdics i quirúrgics), els finançats pel Servei Català de la Salut representen el 81,2% (taula 51).

309. Entre els anys 2004 i 2005 augmenta lleugerament el percentatge de contactes d'hospitalització, tant mèdics com quirúrgics, finançats pel Servei Català de la Salut. La CMA presenta un major increment en conjunt (finançats i no finançats pel Servei Català de la Salut) del 12-13% (taula 51).

Taula 51. Contactes d'hospitalització segons tipus i modalitat de finançament. Catalunya, 2004 i 2005

Contactes d'hospitalització	Finançament Servei Català de la Salut			Total		
	2004 (%)*	2005 (%)*	Variació període	2004 (%)*	2005 (%)*	Variació període
Mèdics i quirúrgics	690.681 (78,7)	712.600 (79,6)	↑3,2 (↑1,1)	877.260	895.460	↑2,1
Quirúrgics	329.042 (77,4)	345.513 (78,8)	↑5,0 (↑1,8)	425.249	438.249	↑3,1
CMA**	120.335 (86,7)	135.891 (86,2)	↑12,9 (↓0,6)	138.756	157.589	↑13,6

Font: Servei Català de la Salut. Àrea de Recursos i Registre del CMBD-AH, 2003-2005.
* Percentatges calculats sobre el total de contactes d'hospitalització declarats al registre del CMBD AH.
**Cirurgia major ambulatòria.

Els costos de la contractació/compra de serveis

310. L'any 2006, l'atenció hospitalària ha representat més del 50% del pressupost consolidat del Servei Català de la Salut/ICS (taula 52).

311. Entre els anys 2004 i 2006, el pressupost total consolidat del Servei Català de la Salut/ICS s'ha incrementat en més de 1.275 milions d'euros, cosa que significa un augment del 19,6%. Tot i que la població de l'RCA s'ha incrementat un 3,9%, el resultat final del pressupost per càpita ha experimentat un augment del 15,1%.

Taula 52. Pressupost consolidat del Servei Català de la Salut-Institut Català de la Salut per línies de serveis, Catalunya, 2004-2006

Línies de serveis	2004 milions d'euros (%*)	2005 milions d'euros (%*)	2006 milions d'euros (%*)	Variació del període (%)
Atenció primària	1.371,21 (21,1)	1.522,98** (21,5)	1.280,61 (16,5)	
Atenció hospitalària	3.073,86 (47,3)	3.340,1 (47,1)	3.911,47 (50,3)	↑27,3
Atenció sociosanitària	192,22 (3,0)	221,12 (3,1)	240,52 (3,1)	↑25,1
Salut mental	181,79 (2,8)	207,41 (2,9)	225,58 (2,9)	↑24,1
Farmàcia	1.562,16 (24)	1.670,94 (23,6)	1.671,61 (21,5)	↑7

Font: Servei Català de la Salut. Àrea de Recursos.
* Percentatge que representa sobre el pressupost global del Servei Català de la Salut/ICS.
** El 2006 hi ha un canvi d'imputació pressupostària respecte al 2005. El pressupost de 2005 en AP comprèn a més dels EAP i els consultoris locals, atenció a la insuficiència renal, rehabilitació, altres serveis d'atenció especialitzada, transport sanitari i emergències mèdiques i oxigenoteràpia, no inclosos el 2006.

312. L'any 2006, el cost per unitat de servei que ha representat per al Servei Català de la Salut la compra dels tres principals tipus de visita hospitalària varia entre els 1.765,5 € de l'hospitalització i els 43,9 € de la consulta externa. Tanmateix, cal tenir en compte que les hospitalitzacions fan referència a tot un procés d'intervencions diagnòsticoterapèutiques, mentre que la consulta externa és un acte diagnòstic o terapèutic puntual (taula 53).

313. En el període 2004-2006, el cost per unitat de servei de l'alta i la urgència hospitalària ha augmentat més (7,0% i 8,1% respectivament) que la consulta externa (1,1%) (taula 53).

Taula 53. Cost segons tipus de visita hospitalària de la contractació del Servei Català de la Salut. Catalunya, 2004-2006

Any	Altes			Consultes externes			Urgències		
	Despesa	Nombre*	Cost***	Despesa	Nombre**	Cost***	Despesa	Nombre**	Cost***
2004	1.161#	703.540	1.650,6	392#	9#	43,4	240#	3#	72,8
2005	1.222#	711.739	1.717	431#	10#	43,6	253#	3#	76,6
2006	1.255#	710.845	1.765	450#	10#	43,9	268#	3#	78,7
Variació període (%)	↑8,1	↑1,0	↑7	↑14,7	↑13,4	↑1,1	↑11,7	↑3,3	↑8

Font: Servei Català de la Salut. Anys 2004-2006.
* No s'inclouen les altes per compra addicional ni les altes PIUC.
** Les visites totals acceptades corresponen a les primeres visites realitzades per l'índex de reiteració contractat de visites successives sobre primeres visites.
*** Es refereix al cost per unitat de servei (alta/visita externa/urgència).
# Milions (arrodonit).
Nota: S'inclou contractació ICS i no ICS.

314. El 35% dels diners que reben els hospitals pels serveis prestats té en compte la complexitat dels pacients: grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) (taula 54).

315. L'anàlisi dels GRD per tipus d'hospital (XHUP/no XHUP) posa de manifest una menor complexitat dels pacients ingressats en centres no XHUP (taula 54).

Taula 54. Nombre de contactes més freqüents d'hospitalització convencional i CMA per Grups Relacionats amb el Diagnòstic i tipus d'hospital. Catalunya, 2005

Grup de Diagnòstic	Tipus d'hospital		Total
	XHUP	No XHUP	
039 PQ CRISTAL.LI a/ o s/ VITRECTOMIA	52.937	7.836	60.773
373 PART VAGINAL s/DIAGNOSTICS DE COMPLICACIO	40.294	10.296	50.590
088 MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	20.452	*1.340*	20.452
209 PQ EXT INF per REINSERCIO ARTICUL/MEMB MAJOR	16.688	2.075	18.763
127 INSUFICIENCIA CARDIACA i XOC	15.580	*1.152*	15.580
503 PQ GENOLL s/DIAG INFECC	8.003	7.492	15.495
371 CESARIA s/cc	9.160	5.356	14.516
119 LLIGADURA i ESQUINÇAMENT DE VENES	11.696	2.462	14.158
359 PQ UTER/ANNEXOS, s/NEO MALIGNA s/cc	9.674	3.751	13.425
162 PQ HERNIA INGUINAL/FEMORAL >17a s/cc	10.404	2.670	13.074
225 PQ PEU	8.792	2.902	11.694
089 PNEUMONIA SIMPLE/PLEURITIS >17a a/cc	10.462	*678*	10.462
014 HEMORRAGIA INTRACRAN I TRAST CEREBROVASC a/IAM	8.768	*573*	8.768
096 BRONQUITIS/ASMA >17a a/cc	8.308	*660*	8.308
006 ALLIBERAMENT CANAL CARPIANA	7.221	*1.663*	7.221
158 PQ ANALS i D'ESTOMA s/cc	*6.382*	1.954	1.954
183 ESOFAGITIS/GASTROENTERITIS/MISC DIG >17a s/cc	*6.101*	1.733	1.733
229 PQ MAJOR POLZE/ARTICUL o PROC MA/CANELL s/cc	*5.720*	1.805	1.805
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSC s/EXPL COLEDOC s/cc	*5.471*	1.626	1.626
470 DIAGNOSTIC PRINCIPAL NO AGRUPABLE	*1.650*	4.977	4.977
231 EXCISIO/RETIRADA FIXACIO INT exc MALUC/FEMUR	*4.558*	1.942	1.942
Total 15 GRD més freqüents	238.439	58.877	297.316
Resta de GRD	492.717	85.577	578.294
Total	**731.156**	**144.454**	**875.610**

Font: Servei Català de la Salut. Registre del CMBD-AH. Any 2005.
XHUP: Xarxa hospitalària d'utilització pública.
Nota: els números en cursiva i color no s'inclouen en el còmput del 15 GRD més freqüents.

La despesa farmacèutica

316. Els anys 2004 i 2005, el pressupost en farmàcia ha estat lleugerament superior a la despesa, la qual cosa ha suposat un estalvi de 27.955.353€ i 72.870.000€ respectivament (taules 55 i 56).

317. Tant el pressupost com la despesa de farmàcia per càpita es va situar el 2005 al voltant de 300€. Els increments importants en farmàcia entre 2004 i 2005 han estat en relació amb la medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA)[64], que s'ha situat al voltant del 18% (Taules 55 i 56).

[64] Medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA): medicaments que es dispensen a pacients ambulatoris (no ingressats des dels serveis de farmàcia dels hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública, XHUP).

Taula 55. Pressupost de farmàcia i pressupost per càpita en euros. Catalunya, 2004 i 2005

	2004	2005	Variació període (%)
Receptes mèdiques	1.562.163.573	1.670.942.952	↑7,0
MHDA	331.431.885	390.291.650	↑17,8
Ingressats*	126.917.388	127.805.796	↑0,7
Total	2.020.512.845	2.189.040.398	↑8,3
Pressupost de farmàcia per càpita	**291,72****	**308,08****	**↑5,6**

Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de prestació farmacèutica, 2004 i 2005.
* Es refereix als pacients ingressats en hospitals d'aguts. No tenen pressupost.
** Població de referència: Registre central d'assegurats (RCA): any 2004, tall del 28 de febrer (6.926.191); any 2005, tall del 31 de gener (7.105.324).
MHDA: medicació hospitalària de dispensació ambulatòria.

Taula 56. Despesa total de farmàcia i despesa per càpita en euros. Catalunya, 2004 i 2005

	2004	2005	Variació període (%)
Receptes mèdiques	1.539.224.958	1.601.469.075	↑4,0
Metadona	637.252	650.522	↑2,1
Material incontinència Guttmann	308.715	316.445	↑2,5
MHDA	325.469.179	385.928.559	↑18,6
Ingressats*	126.917.388	127.805.796	↑0,70
Total	**1.992.557.492**	**2.116.170.398**	**↑6,20**
Despesa total de farmàcia per càpita	**287,7****	**297,8****	**↑3,5**

Font: Col·legis oficials de farmacèutics de Catalunya, 2004 i 2005, i Servei Català de la Salut. Central de Balanços, 2004 i 2005.
* Es refereix als pacients ingressats en hospitals d'aguts. No tenen pressupost.
** Població de referència: Registre central d'assegurats (RCA): any 2004, tall del 28 de febrer (6.926.191); any 2005, tall del 31 de gener (7.105.324).
MHDA: medicació hospitalària de dispensació ambulatòria.

318. Mentre que la despesa en receptes mèdiques totals ha augmentat un 4% entre 2004 i 2005, la despesa de farmàcia en receptes mèdiques per càpita ha experimentat un increment de l'1,4% durant el mateix període (taula 57).

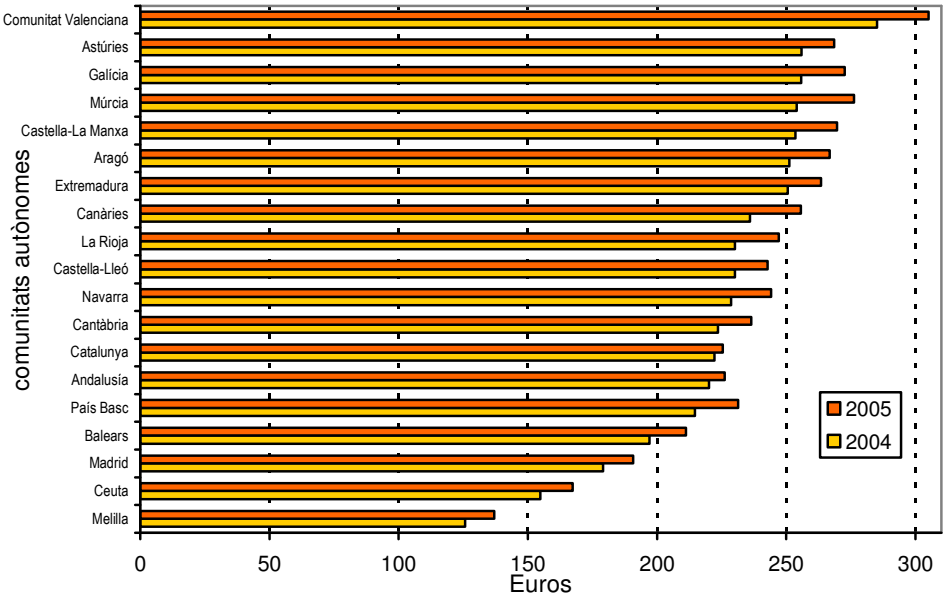
Taula 57. Despesa de farmàcia en receptes mèdiques. Catalunya, 2004 i 2005

	2004	2005	Variació període (%)
Despesa en receptes mèdiques	1.539.224.958	1.601.469.075	↑4,0
Despesa de farmàcia en receptes mèdiques per càpita	222,2*	225,4*	↑1,4

Font: Factures presentades al Servei Català de la Salut pels Col·legis Oficials de farmacèutics de Catalunya, 2004 i 2005 i Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de Prestació Farmacèutica. Anys 2004 i 2005
*Població de referència: Registre Central d'Assegurats (RCA): any 2004 tall a 28 de febrer (6.926.191); any 2005 tall a 31 de gener (7.105.324) .

319. La comparació entre comunitats autònomes de l'Estat espanyol en relació amb la despesa de farmàcia en receptes per càpita corresponent als anys 2004 i 2005 situa Catalunya en una posició intermèdia (225,4€ el 2005). Les comunitats de Melilla (137,0€ el 2005) i Ceuta (167,4€) són les que presenten els valors més baixos, mentre que el valor més alt el presenta la Comunitat Valenciana amb 305,0€ per càpita el 2005. Entre la comunitat que menys gasta en receptes mèdiques per persona i la que més gasta hi ha més del doble de diferència (figura 126).

Figura 126. Despesa, en euros, de farmàcia en receptes per càpita i per comunitats autònomes de l'Estat Espanyol, 2004 i 2005



Font: Ministerio de Sanidad y Consumo i Instituto Nacional de Estadística (dades de les comunitats autònomes). Servei Català de la Salut. DataMart de la prestació farmacèutica.

Nota: Les fonts d'informació de la base poblacional per al càlcul de la despesa en receptes per càpita són diferents segons CA (RCA a Catalunya *vs.* cens o padró a la resta de CA).

320. La despesa de farmàcia per usuari consumidor[65] (persones que com a mínim tenen una recepta prescrita i dispensada durant el període analitzat) s'ha incrementat a Catalunya un 2% entre els anys 2004 i 2005, passant de 320,3€ a 326,8€. La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran presenta el valor més baix (0,8%) i Terres de l'Ebre el més alt (5,1%).

321. En general, per al conjunt de Catalunya, la farmàcia gratuïta representa el 77% de la prescripció farmacèutica i el règim general el 23%, en el que hi ha un copagament del 40% per part dels assegurats. Tanmateix, a les regions sanitàries Lleida, Terres de l'Ebre, Catalunya Central i Alt Pirineu i Aran la farmàcia gratuïta és el 79%. L'increment entre 2004 i 2005 a Catalunya ha estat més del doble a la farmàcia gratuïta (6,5%) que a la cobertura general (2,2%) (taula 58).

Taula 58. Despesa de farmàcia per regió sanitària i nivell de cobertura. Catalunya, 2004 i 2005

Regió Sanitària	2004		2005		Variació del període (%)	
	Import líquid (%)*		Import líquid (%)*			
	Cobertura General	Farmàcia gratuïta	Cobertura General	Farmàcia gratuïta	Cobertura General	Farmàcia gratuïta
Lleida	16.649.346,2 (22)	57.926.581,7 (78)	16.690.506,7 (21)	61.186.179,0 (79)	↑0,3	↑5,6
Camp de Tarragona	25.875.294,9 (25)	79.019.615,2 (75)	27.280.315,3 (24)	85.211.033,89 (76)	↑5,4	↑7,8
Terres de l'Ebre	8.561.280,5 (21)	31.459.639,9 (79)	8.987.948,6 (21)	34.353.880,28 (79)	↑5,0	↑9,2
Girona	32.908.719,8 (26)	92.121.585,6 (74)	34.058.772,4 (26)	97.949.394,6 (74)	↑3,5	↑6,3
Catalunya Central	22.897.000,7 (21)	84.784.034,2 (79)	23.592.361,6 (21)	89.825.776,77 (79)	↑3,0	↑6,0
Alt Pirineu i Aran	3.182.260,6 (22)	11.480.295,0 (78)	3.140.914,5 (21)	11.991.434,78 (79)	↓1,3	↑4,5
Barcelona	252.890.027,2 (24)	791.959.309,1 (76)	257.134.744,2 (23)	843.078.530,56 (77)	↑1,7	↑6,5
Catalunya	362.963.930 (24)	1.148.751.061 (76)	370.885.563 (23)	1.223.596.230 (77)	↑2,2	↑6,5

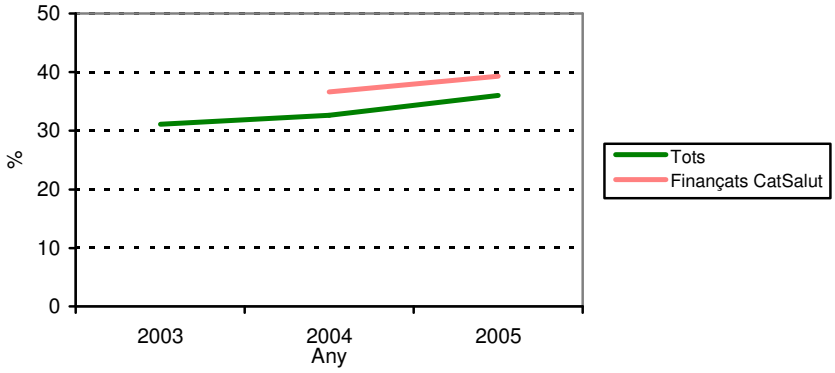
Font: Servei Català de la Salut. Fitxer de facturació de Prestació Farmacèutica, 2004 i 2005.
*Es refereix al percentatge de cada partida respecte l'import líquid total.

Substitució

322. En el període 2003-2005 el percentatge de substitució de la CMA ha augmentat un 19,4%, passant del 31,1% al 36,0% en els procediments quirúrgics finançats pel Servei Català de la Salut (figura 127).

[65] Usuari consumidor (des de la perspectiva de farmàcia): persones que com a mínim tenen una recepta del Servei Català de la Salut prescrita i dispensada durant el període analitzat.

Figura 127. Substitució de la cirurgia major ambulatòria segons finançament. Catalunya, 2003- 2005



Font: Servei Català de la Salut. Àrea de Recursos i Registre del CMBD-AH, 2003-2005.

323. Les intervencions de cristal·lí són els procediments quirúrgics més freqüents en CMA i en representen més d'una tercera part (taula 59).

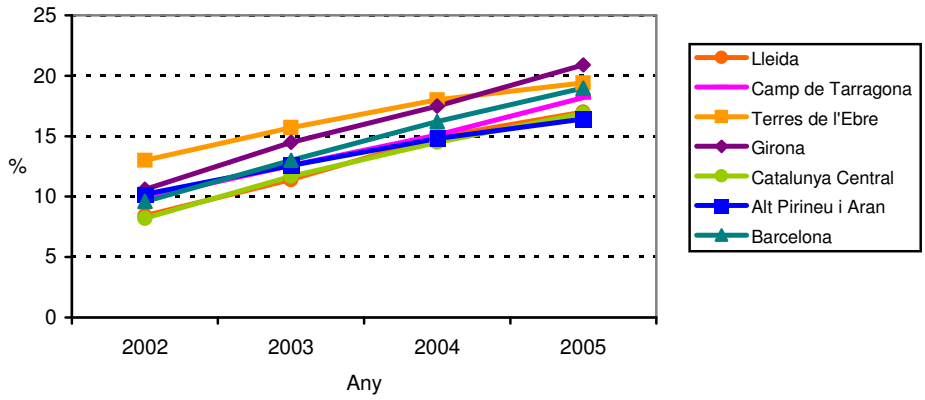
Taula 59. Procediments més freqüents per cirurgia major ambulatòria. Catalunya, 2005

Procediments més freqüents	Nombre de contactes	%
Operacions de cristal·lí	56.092	35,6
Excisió de lesió cutània	8.005	5,1
Descompressió de nervi perifèric	7.759	4,9
Circumcisió	5.575	3,5
Excisió, reparació galindó i altres deformitats dit gros)	5.163	3,3
Reparació d'hèrnia inguinal i femoral	4.587	2,9
Lligadura i esquinçament venes varicoses extremitats inf.	3.825	2,4
Excisió del cartílag semilunar de genoll	3.279	2,1
Dilatació, curetatge o aspiració després de part o avortament	2.917	1,9
Amigdalectomia i/o adenoïdectomia	2.426	1,5
Lumpectomia i quadrantectomia de mama	1.747	1,1
Artroscòpia	1.690	1,1
Miringotomia	1.469	0,9
Procediments d'hemorroides	1.182	0,8
Operacions plàstiques de nas	1.160	0,7
	106.876	67,8
Total Contactes CMA	157.589	100

Font: Servei Català de la Salut. Àrea de Recursos i Registre del CMBD-AH, 2003-2005.

324. La prescripció de medicaments genèrics en el període 2002-2005 a Catalunya ha experimentat un creixement relatiu del 95,8%, passant del 9,6% del total de la prescripció el 2002 al 18,8% el 2005 (figura 128).

Figura 128. Evolució de la prescripció de genèrics per regió sanitària. Catalunya, 2002- 2005



Font: Servei Català de la Salut. DataMart de la prestació farmacèutica, 2002-2005.

Reingressos i hospitalitzacions evitables

325. L'any 2005, el nombre de pacients reingressats a Catalunya per malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) durant els 30 dies posteriors a l'alta és de 2.306, xifra que representa el 8,7% sobre el total d'altes per aquesta causa, amb el doble de casos en homes (10,8%) que en dones (4,9%). Les taules 57 i 58 mostres, respectivament, els reingressos per MPOC i per insuficiència cardíaca durant els 30 dies posteriors a l'alta.

326. Entre 2004 i 2005, el nombre de pacients amb MPOC reingressats a l'hospital durant els 30 dies posteriors a l'alta ha augmentat un 17,7% en els homes i un 3,1% en les dones. En el cas de la insuficiència cardíaca, aquest increment ha estat del 15,2% en homes i del 17,2% en dones (taules 60 i 61).

327. El percentatge de reingressos per MPOC durant els 30 dies posteriors a l'alta respecte el total de pacients ha disminuït lleugerament entre 2004 i 2005 en totes les regions sanitàries, excepte Lleida. Per al cas dels reingressos per insuficiència cardíaca, han augmentat durant el mateix període a totes les regions sanitàries excepte Alt Pirineu i Aran i Girona (taules 60 i 61).

Taula 60. Pacients reingressats durant els 30 dies posteriors a l'alta amb diagnòstic principal de malaltia pulmonar obstructiva crònica per regió sanitària de l'hospital. Catalunya, 2004 i 2005

Regions sanitàries	2004						2005					
	Homes		Dones		Total		Homes		Dones		Total	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Lleida	44	6,6	14	3,9	58	5,6	66	7,5	14	2,8	80	5,8
Camp de Tarragona	106	10,6	27	5,4	133	8,9	102	9,5	23	3,5	125	7,2
Terres de l'Ebre	25	8,9	6	4,8	31	7,6	26	8,3	9	4,8	35	7,0
Girona	107	9,4	38	7,0	145	8,6	140	9,8	39	5,2	179	8,2
Catalunya Central	119	10,6	31	5,2	150	8,7	135	10,0	20	3,9	164	7,8
Alt Pirineu i Aran	21	13,1	2	3,2	23	10,4	21	11,6	3	4,1	24	9,4
Barcelona	1.145	11,2	330	6,1	1.475	9,5	1.354	11,4	345	5,2	1.699	9,2
Total	**1.567**	**10,8**	**448**	**5,9**	**2.015**	**9,1**	**1.844**	**10,8**	**462**	**4,9**	**2.306**	**8,7**

Font: Servei Català de la Salut. Registre del CMBD AH, 2004 i 2005.
Nota: Inclou hospitalització convencional i CMA (cirurgia major ambulatòria). Els percentatges han estat calculats respecte al total d'altes per MPOC.

Taula 61. Reingressos durant els 30 dies posteriors a l'alta amb diagnòstic principal d'insuficiència cardíaca per regió sanitària de l'hospital. Catalunya, 2004 i 2005

Regions sanitàries	2004						2005					
	Homes		Dones		Total		Homes		Dones		Total	
	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%	Nre.	%
Lleida	16	6,8	19	5,8	35	6,2	21	7,9	22	5,6	43	6,5
Camp de Tarragona	24	7,1	33	8,6	57	7,9	37	9,6	30	7,4	67	8,4
Terres de l'Ebre	12	10,4	9	6,4	21	8,2	9	7,6	15	12,1	24	9,9
Girona	37	7,5	48	7,6	85	7,6	41	7,4	45	7,6	86	7,5
Catalunya Central	31	5,9	44	7,2	75	6,6	42	7,7	59	9,2	101	8,6
Alt Pirineu i Aran	8	10,3	5	5,6	13	7,7	4	4,5	4	4,8	8	4,7
Barcelona	371	8,9	489	8,8	860	8,9	421	9,3	583	9,9	1.004	9,7
Total	**499**	**8,4**	**647**	**8,4**	**1.146**	**8,4**	**575**	**8,9**	**758**	**9,3**	**1.333**	**9,1**

Font: Servei Català de la Salut. Registre del CMBD AH, 2004 i 2005.
Nota: Inclou hospitalització convencional i CMA (cirurgia major ambulatòria). Els percentatges han estat calculats respecte al total d'altes per MPOC.

328. L'any 2005, la proporció d'hospitalitzacions evitables per problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatòria[66] ha estat del 18,7% en els homes i el 13,0% en les dones (taula 62).

---

[66] Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. Primary health care and Ambulatory Care Sensitive Conditions in Catalonia (Spain). Rev Clin Esp 2001;201:501-7.

Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. Gac Sanit 2001;15(2):128-41.

Taula 62. Contactes d'hospitalització per problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatòria (ACSC) en relació amb el total de contactes d'hospitalització convencional i CMA, per sexe i regions sanitàries. Catalunya, 2005

Regió Sanitària	ACSC (%)*		
	Homes	Dones	Total
Lleida	16,5	11,1	13,6
Camp de Tarragona	18,1	12,6	15,2
Terres de l'Ebre	17,1	11,0	13,9
Girona	18,6	12,1	15,2
Catalunya Central	21,1	14,8	17,9
Alt Pirineu i Aran	19,7	11,4	15,5
Barcelona	18,7	13,2	15,8
Catalunya	18,7	13,0	15,7

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005.
* *Ambulatory care sensitive conditions.*

329. Per ambdós sexes, la malaltia isquèmica del cor, la insuficiència cardíaca i la MPOC són els problemes de salut que presenten unes taxes brutes més elevades en relació amb les hospitalitzacions evitables (taula 63).

Taula 63. Contactes d'hospitalització per malalties sensibles a l'atenció ambulatòria, per sexe. Catalunya, 2005

Diagnòstics	Sexe		
	Homes	Dones	Total
Diabetes *mellitus*	22,1	21,1	21,6
Edema agut de pulmó inespecificat	4,7	5,5	5,1
Insuficiència cardíaca	201,2	237,6	219,6
Malaltia cerebrovascular	46,5	40,7	43,6
Malaltia hipertensiva	27,1	37,4	32,3
Malaltia isquèmica del cor	446,5	186,6	314,7
MPOC	217,3	206,6	211,8
Pneumònia	10,9	8,4	9,6
Tuberculosi	6,0	3,0	4,5

Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005. Taxes per 100.000 h. / segons el Registre central d'assegurats (RCA).
Elaboració: Servei del Pla de Salut.

330. Les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran i Camp de Tarragona destaquen per sobre o per sota de la mitjana de Catalunya per a alguns problemes considerats com a hospitalitzacions evitables (taula 64).

Taula 64. Contactes d'hospitalització per malalties sensibles a l'atenció ambulatòria, per regions sanitàries. Catalunya, 2005

Diagnòstics	Regió Sanitària							
	Lleida	Camp de Tarragona	Terres d'Ebre	Girona	Catalunya Central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Catalunya
Diabetis *mellitus*	20,7	17,6	13,6	21,0	24,2	12,3	22,3	21,6
Edema agut de pulmó inespecificat	5,3	10,2	14,2	6,1	0,6	9,2	4,5	5,1
Insuficiencia cardíaca	204,7	157,0	158,6	191,8	263,0	283,7	226,2	219,6
Malaltia cerebrovascular	53,2	34,7	54,9	56,5	52,8	41,4	40,8	43,6
Malaltia hipertensiva	32,2	22,7	13,0	20,2	28,8	55,2	35,7	32,3
Malaltia isquèmica del cor	299,9	310,1	348,4	315,8	324,2	325,1	313,8	314,7
MPOC	241,6	189,6	150,1	164,8	242,1	159,5	218,4	211,8
Pneumònia	5,6	19,5	7,9	9,4	10,4	18,4	8,7	9,6
Tuberculosi	4,7	4,0	8,5	3,5	4,6	15,3	4,4	4,5

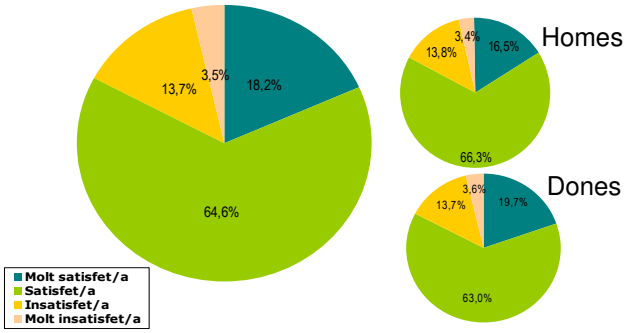
Font: Servei Català de la Salut. Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD AH), 2005. Taxes per 100.000 h. / segons el Registre central d'assegurats (RCA).

Confiança i satisfacció amb els serveis

331. Segons els resultats del Pla d'enquestes de satisfacció del Servei Català de la Salut (PLAENSA 2006), adreçat a persones que han utilitzat els serveis sanitaris públics en el darrer any, la satisfacció global dels enquestats amb els serveis sanitaris és bona, tot i que l'any 2006 és inferior a la de 2003. Cal considerar que la satisfacció és elevada en totes les línies de serveis. Les àrees de millora als serveis sanitaris públics es concentren en aspectes organitzatius i d'adequació de la informació que es dóna en les diferents línies de serveis.

332. Segons l'ESCA 2006, una proporció elevada de la població de 15 anys i més (82,7%) manifesta estar satisfeta en relació amb els serveis sanitaris utilitzats més freqüentment en el darrer any (públics i privats) (figura 129).

Figura 129. Població de 15 anys i més segons satisfacció amb els serveis sanitaris que ha utilitzat més freqüentment el darrer any, per sexe. Catalunya, 2006

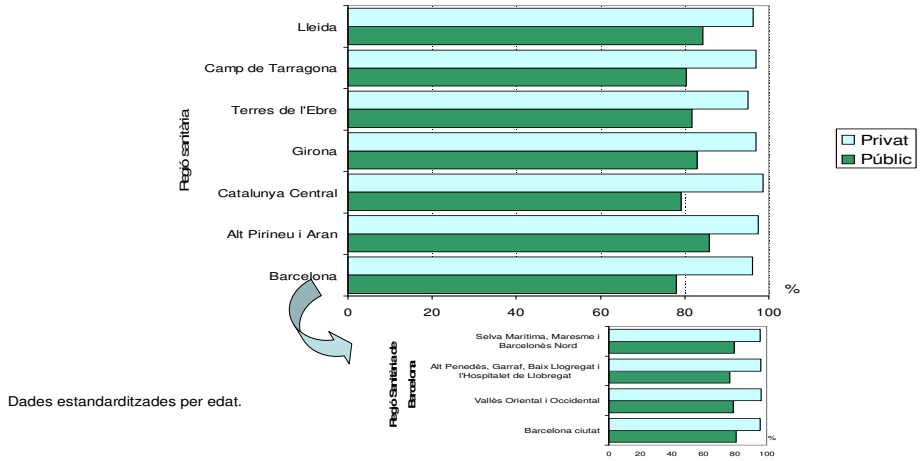


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

333. Si bé no s'observen diferències importants entre homes i dones en el nivell de satisfacció, hi ha diferències entre els grups d'edat, en el sentit d'un augment progressiu de la proporció de població satisfeta amb els serveis assistencials a mesura que els grups són de més edat.

334. Segons la modalitat de serveis sanitaris utilitzats més freqüentment, el percentatge de població de 15 anys i més que declara estar satisfeta o molt satisfeta amb els serveis de la Seguretat Social i les mútues obligatòries és el 79,7%, del 93,6% amb les mútues obligatòries amb prestació sanitària d'una assegurança privada, i del 97,5% amb les assegurances privades i metges particulars (figura 130).

Figura 130. Població de 15 anys i més segons satisfacció (molt satisfet i satisfet) amb els serveis sanitaris utilitzats més freqüentment en el darrer any, per regió sanitària. Catalunya, 2006



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

335. En el període 1994-2006, el percentatge de població de 15 anys i més que es declara molt satisfeta o satisfeta amb els serveis sanitaris utilitzats més freqüentment en el darrer any se situa sempre per damunt del 80%. Aquest percentatge disminueix significativament entre el 1994 i el 2002, i es manté estable entre el 2002 i el 2006. Alhora, entre el 1994 i el 2006, augmenta el percentatge de la població que es declara molt satisfeta així com el de la que manifesta estar molt insatisfeta amb els serveis sanitaris utilitzats.

6. La mortalitat i el procés de final de la vida

6.1. La mortalitat general i per edat

336. L'esperança de vida a Catalunya continua creixent (estable en el darrer any), tot i que més lentament que abans pels alts valors ja assolits. El 2005, l'esperança de vida en néixer és de 77,28 anys per als homes i de 83,79 anys per a les dones. El 66,6% dels homes i el 84,5% de les dones nascuts el 2005 arribaran a complir els 75 anys, sempre que es mantinguin les condicions de mortalitat actuals (taula 65).

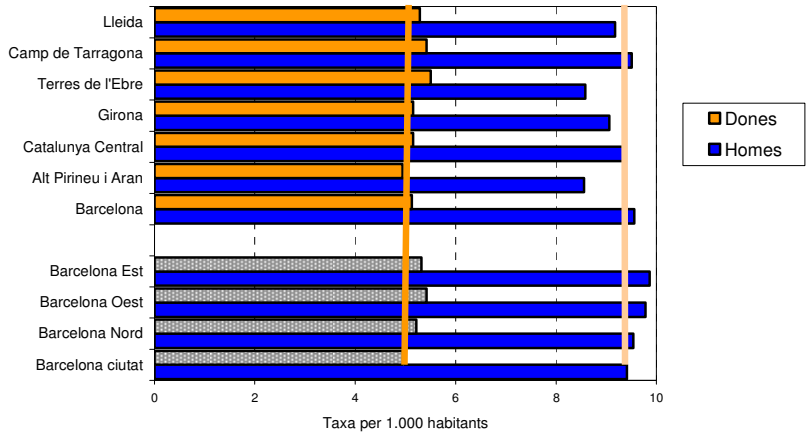
Taula 65. Evolució de l'esperança de vida en néixer, per sexe. Catalunya, 1975-2005

Any	Homes	Dones	Total	Diferència entre sexes
1975	72,80	77,70	74,20	4,90
1980	74,00	79,70	76,90	5,70
1985	74,80	81,20	77,30	6,40
1990	73,80	80,80	77,30	7,00
1995	74,80	82,20	78,40	7,40
1999	75,75	82,57	79,16	6,82
2000	76,49	83,24	79,87	6,75
2001	76,75	83,40	80,09	6,65
2002	76,87	83,44	80,18	6,57
2003	76,86	83,31	80,10	6,45
2004	77,41	84,04	80,75	6,63
2005	77,28	83,79	80,55	6,51

Font: Registre de Mortalitat a Catalunya, diversos anys. Departament de Salut.

337. La incidència comparativa de la mortalitat general, estimada a partir de les taxes estandarditzades, mostra variabilitat territorial segons la regió sanitària de residència inferior a les diferències per sexe. La mortalitat masculina és superior a la Regió Sanitària Barcelona, concretament als territoris Barcelona Est i Barcelona Oest, i és inferior a les regions sanitàries Lleida, Terres de l'Ebre, Girona i Alt Pirineu i Aran. La mortalitat femenina, sempre inferior a la dels homes de la mateixa edat, té incidències més elevades a les regions sanitàries Lleida, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i als territoris Barcelona Est, Oest i Nord, mentre que és més baixa a Alt Pirineu i Aran i a Barcelona ciutat (figura 131).

Figura 131. Mortalitat general per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1999-2004.



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels Padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

338. Bona part de les millores en l'esperança de vida estan relacionades amb la molt baixa mortalitat infantil. La mortalitat infantil ha disminuït fins a situar-se en 2,9 defuncions de menors d'un any per cada mil nascuts vius el 2005.

339. La reducció de la mortalitat prematura i evitable podria allargar encara més l'esperança de vida, tot i que, en comparació amb altres països europeus, la mortalitat prematura és similar en els homes i inferior en les dones[67]. La mortalitat prematura, estimada com els anys potencials de vida perduts (APVP) entre la població d'1 a 70 anys, ha representat la pèrdua de prop d'1,2 milions d'anys de vida al llarg del sexenni 1999-2004, el 71% dels quals corresponen a homes. Les principals causes de mort prematures en els homes són els accidents de trànsit, el tumor maligne de pulmó, les malalties isquèmiques del cor i els suïcidis; i en les dones, el tumor maligne de mama, els accidents de trànsit, la malaltia cerebrovascular i els suïcidis. La pèrdua mitjana d'APVP per cada defunció més elevada està ocasionada pels accidents de trànsit, que representen més de 30 anys de pèrdua mitjana per cada individu mort; per la sida, al voltant de 30 anys; i pels suïcidis, entorn els 25 anys (taula 66).

[67] Dupré D, Niederkaender E, Jougla E, Salem G. La mortalité dans l'UE 1997-1999. Luxemburg: Eurostat, 2004.

Taula 66. Primeres causes específiques de mort prematura* per sexe. Catalunya, 1999-2004

Causa de mort	Homes			Dones		
	APVP	%	Mitjana	APVP	%	Mitjana
Sida	29.767	3,51	28,3	8.710	2,5	32,3
TM pulmó	81.138	9,6	10,3	13.025	3,8	14,0
TM mama	318	0,0	10,2	37.970	11,0	13,7
Isquèmiques del cor	56.813	6,7	10,4	9.610	2,8	8,4
Cerebrovasculars	24.494	2,9	10,8	13.472	3,9	11,3
Cirrosi	37.497	4,4	14,2	12.827	3,7	13,2
Accidents de trànsit	96.347	11,4	34,7	24.726	7,1	32,4
Suïcidis	39.183	4,6	25,9	13.263	3,8	24,8
Totes les causes de mortalitat prematura	848.212	100,0	14,7	346.662	100,00	14,4

* APVP: anys potencials de vida perduts del quinquenni, % sobre el total d'APVP i mitjana d'anys perduts de vida per cada difunt i causa.

Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

340. Moltes de les causes de mort prematura són també sanitàriament evitables, sigui mitjançant prevenció o tractament adequat. Les principals causes de mort evitables són el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó, les cirrosis i altres malalties cròniques de fetge, els accidents de trànsit i les malalties hipertensives i cerebrovasculars.

Taula 67. Mortalitat sanitàriament evitable[68] segons la llista actualitzada de consens, per sexe. Catalunya, 2005

Causes susceptibles d'intervenció	Edat	Homes		Dones	
		Defuncions	Taxes*	Defuncions	Taxes*
Pels serveis d'assistència sanitària					
Tuberculosi	0-74	26	0,82	3	0,10
Malalties vacunables	0-74	8	0,25	3	0,10
SIDA i infecció VIH	Totes	139	4,09	35	1,01
TM de pulmó	0-74	1.751	54,89	247	7,88
TM de pell	0-74	67	2,10	26	0,83
TM mama femenina	0-74	NA	NA	540	17,23
TM de coll d'úter	15-74	NA	NA	55	2,07
TM de cos i part no especificada de l'úter	15-74	NA	NA	80	3,01
TM de testicles	0-74	3	0,09	NA	NA
Malaltia de Hodgkin	0-74	11	0,34	6	0,19
Leucèmia	<15	7	1,38	2	0,42
Malaltia de tiroides	0-74	0	0,00	5	0,16
Diabetis mellitus	0-49	12	0,51	1	0,05
Anèmies carencials	0-74	3	0,09	2	0,06
Malaltia reumàtica crònica del cor	0-74	32	1,00	55	1,76
Hipertensió arterial	0-74	102	3,20	53	1,69
Malaltia isquèmica del cor	35-74	1.161	70,61	340	20,09
Malaltia cerebrovascular	0-74	600	18,81	330	10,53
M. respiratòria aguda, pneumònia i influença	0-74	126	3,95	60	1,91
Asma	5-49	6	0,28	5	0,25
Úlceres pèptiques	0-74	21	0,66	6	0,19
Malalties de l'apèndix	0-74	1	0,03	0	0,00
Hèrnia abdominal	0-74	4	0,13	6	0,19
Malaltia alcohòlica del fetge	15-74	130	4,85	34	1,28
Colelitiasis / Colecistitis	0-74	18	0,56	12	0,38
Hiperplàsia benigna de pròstata	0-74	0	0,00	0	0,00
Mortalitat materna	Totes	NA	NA	3	0,09
Total		4.228	124,49	1.909	54,90
Per les polítiques sanitàries intersectorials					
Anomalies congènites cardiovasculars	0-74	28	0,88	17	0,54
Causes perinatals	Totes	69	2,03	41	1,18
Accidents de vehicles de motor	Totes	402	11,84	122	3,51
Incidents adversos mèdics i quirúrgics	Totes	22	0,65	29	0,83
Suïcidis	Totes	317	9,33	102	2,93
Homicidis	Totes	18	0,53	16	0,46
Resta de causes externes	Totes	828	24,38	640	18,40
Total		2.651	49,58	967	27,81
Totes les causes de mortalitat evitable		**5.912**	**174,07**	**2.876**	**82,71**

* Taxa anual per 100.000 habitants NA: no aplicable
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya, 2005. Departament de Salut.

[68] Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A y el Grupo de Consenso en la Mortalidad Evitable: La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit 2006;20(3):184-93.

6.2. Les causes de defunció

341. Les principals causes de mort en els homes són els tumors i les malalties del sistema circulatori; en les dones la importància relativa d'aquestes causes s'inverteix. La tercera causa de defunció, les malalties del sistema respiratori, és coincident en ambdós sexes. Entre les causes específiques de mort més rellevants hi ha les que pertanyen a les malalties del sistema circulatori, com són les malalties isquèmiques de cor, les cerebrovasculars i la insuficiència cardíaca. Entre els tumors predominen el de pulmó en els homes i el de mama en les dones, a més del tumor de budell gros en tots dos sexes. Altres causes de mort importants són les demències, la bronquitis i asma i la diabetis (taules 68 i 69).

Taula 68. Mortalitat per les principals causes de mort per 20 grans grups, per sexe. Catalunya, 1999-2004

Causa de defunció	Homes			Dones			Total		
	Defun-cions*	Taxes**	%	Defun-cions*	Taxes**	%	Defun-cions*	Taxes**	%
IX. Circulatori	8.307	265,57	28,02	10.016	308,08	36,39	18.323	287,24	32,05
II. Tumors	9.698	310,01	32,71	5.935	182,55	21,56	15.633	245,05	27,34
X. Respiratori	3.543	113,27	11,95	2.394	73,63	8,70	5.937	93,07	10,38
V. Mentals	974	31,12	3,28	1.968	60,54	7,15	2.942	46,11	5,15
XI. Digestiu	1.540	49,23	5,19	1.361	41,87	4,95	2.901	45,48	5,07
XX Externes	1.706	54,52	5,75	857	26,34	3,11	2.563	40,16	4,48
VI. Nerviós	919	29,39	3,10	1.450	44,6	5,27	2.369	37,14	4,14
Resta	2.958	94,57	9,98	3.544	109,00	12,87	6.502	101,92	11,37
Total	29.645	947,67	100,00	27.525	846,62	100,00	57.170	896,17	100,00

* Mitjana anual de les defuncions del període 1999-2004. ** Taxa anual per 100.000 habitants.
Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Taula 69. Mortalitat per les principals causes específiques de mort per 73 grups, per sexe. Catalunya, 1999-2004

Causa de defunció	Homes			Dones			Total		
	Defun-cions*	Taxes**	%	Defun-cions*	Taxes**	%	Defun-cions*	Taxes**	%
43. Isquèmiques de cor	3.103	99,19	10,47	2.355	72,45	8,56	5.458	85,56	9,55
46. Cerebrovasculars	2.139	68,37	7,21	2.943	90,52	10,69	5.082	79,66	8,89
18. TM de pulmó	2.633	84,17	8,88	347	10,67	1,26	2.980	46,71	5,21
44. Insuficiència cardíaca	980	31,33	3,31	1.895	58,30	6,89	2.875	45,08	5,03
38. Demències	834	26,65	2,81	1.835	56,44	6,67	2.669	41,83	4,67
52. Bronquitis i asma	2.028	64,84	6,84	802	24,67	2,91	2.830	44,37	4,95
11. TM de budell gros	844	26,98	2,85	679	20,89	2,47	1.523	23,87	2,66
35. Diabetis	624	19,94	2,10	844	25,96	3,07	1.468	23,01	2,57
24. TM de pròstata (1)	823	26,32	2,78	NA	NA	NA	823	26,32	1,44
20. TM de mama (2)	9	0,29	0,19	991	30,47	21,59	1.000	30,47	1,75
Resta	15.628	498,13	52,56	14.834	303,93	35,90	30.462	477,51	53,28
Total	29.645	947,67	100,00	27.525	846,62	100,00	57.170	896,17	100,00

* Mitjana anual de les defuncions del període 1999-2004. ** Taxa anual per 100.000 habitants. NA: no aplicable.
(1) El total només fa referència als homes i (2) el total només fa referència a les dones
Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

342. La mortalitat general està determinada pel sexe i l'edat, que porta associada no només una probabilitat diferent de morir sinó també una causa de mort preferent. Les causes de mort més importants en els menors d'un any són certes afeccions del període perinatal i les malformacions congènites, que representen el 78,4% de les defuncions. La mortalitat d'1 a 14 és sensiblement més baixa i originada per causes les externes, en especial els accidents de trànsit. Entre els joves de 15 a 34 anys, tant per a homes i dones, les causes externes, especialment els accidents de trànsit i els suïcidis, i els tumors són les causes de mort més importants, seguides de les malalties del sistema nerviós en el grup d'edat 15-24 i les malalties infeccioses (sida) en el grup d'edat 25-34. Entre els adults de 35 a 64 anys es produeix una transició entre el patró de mortalitat dels joves i el de la gent gran: les causes externes van perdent importància i els tumors guanyen pes fins a situar-se com a primera causa de mort, primer en les dones (35-44 anys) i més tard en els homes (45-54 anys). Els principals tumors en aquestes edats són el de mama en les dones i el de pulmó i budell gros en ambdós sexes. Én aquesta franja d'edat, les malalties del sistema circulatori passen a ocupar la tercera posició quant a gran grup de causa de mort i a partir dels 45 anys la segona, amb causes específiques com les isquèmiques del cor i les cerebrovasculars.

Finalment, entre la població de 65 anys i més, es produeix la substitució dels tumors, com a gran grup de causes de mort per les malalties del sistema circulatori; ambdues causes de mort, juntament amb les malalties del sistema respiratori, representen el 71,0% del total de defuncions de la població gran. Les causes de mort específiques en aquestes edats són les malalties isquèmiques del cor; les cerebrovasculars; la bronquitis, emfisema i asma, i les demències (taula 70).

Taula 70. Primeres causes de defunció segons els 20 grans grups de malalties de la CIM-10, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1999-2004

Grup d'edat	Homes		Dones	
	Causa de defunció	Taxa*	Causa de defunció	Taxa*
<1	Certes afeccions del període perinatal	202,42	Certes afeccions del període perinatal	171,34
	Malformacions congènites	90,45	Malformacions congènites	67,50
	Malalties mal definides	17,60	Malalties mal definides	16,10
1-4	Causes externes	5,82	Causes externes	4,91
	Tumors	3,31	Malformacions congènites	3,23
	Malformacions congènites	2,78	Malalties infeccioses	2,38
5-14	Causes externes	6,06	Tumors	3,07
	Tumors	4,49	Causes externes	2,60
	Malalties del sistema nerviós	1,46	Malalties del sistema nerviós	1,24
15-24	Causes externes	64,93	Causes externes	13,77
	Tumors	5,97	Tumors	4,67
	Malalties del sistema nerviós	2,55	Malalties del sistema nerviós	1,84
25-34	Causes externes	51,71	Causes externes	11,54
	Tumors	9,93	Tumors	10,46
	Malalties infeccioses	7,87	Malalties infeccioses	3,56
35-44	Causes externes	48,23	Causes externes	38,64
	Tumors	46,16	Tumors	12,08
	Malalties del sistema circulatori	26,89	Malalties del sistema circulatori	8,50
45-54	Tumors	195,79	Tumors	103,17
	Malalties del sistema circulatori	85,29	Malalties del sistema circulatori	20,94
	Causes externes	45,26	Causes externes	13,66
55-64	Tumors	490,71	Tumors	199,15
	Malalties del sistema circulatori	212,43	Malalties del sistema circulatori	62,52
	Malalties del sistema digestiu	62,24	Malalties del sistema digestiu	23,32
65-74	Tumors	1.055,72	Tumors	421,94
	Malalties del sistema circulatori	644,81	Malalties del sistema circulatori	287,47
	Malalties del sistema respiratori	245,28	Malalties del sistema respiratori	65,35
75-84	Malalties del sistema circulatori	2.014,49	Malalties del sistema circulatori	1.446,20
	Tumors	1.958,46	Tumors	843,67
	Malalties del sistema respiratori	938,79	Malalties del sistema respiratori	327,90
>84	Malalties del sistema circulatori	6.520,70	Malalties del sistema circulatori	6.653,26
	Malalties del sistema respiratori	3.215,65	Malalties del sistema respiratori	1.641,14
	Tumors	3.137,78	Tumors	1.496,03
Total	**Tumors**	**310,01**	**Malalties del sistema circulatori**	**308,08**
	Malalties del sistema circulatori	**265,57**	**Tumors**	**182,55**
	Malalties del sistema respiratori	**113,27**	**Malalties del sistema respiratori**	**73,63**

* Taxa anual per 100.000 habitants.
Font: Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut, elaboració pròpia.

343. Catalunya se situa en la tercera fase de la teoria de la transició epidemiològica, caracteritzada per un patró en què coexisteix la mortalitat crònica i degenerativa, per

un augment continu de l'esperança de vida mitjançant un procés de reducció de determinades causes de mort, amb la mortalitat prematura i evitable[69].

344. Si bé bona part de les causes de defunció mostren una disminució o una desacceleració notable en la seva tendència creixent, algunes malalties infeccioses, el melanoma maligne, el càncer de pulmó en les dones de generacions joves, la diabetis mellitus, la demència senil i l'Alzheimer mostren una tendència desfavorable, sigui perquè presenten una tendència creixent o un canvi de tendència recent o perquè semblen problemes emergents que poden afectar un nombre més elevat de persones en el futur[70].

6.3. La mortalitat per territori

345. El nombre de defuncions i les taxes brutes de defunció de cada regió sanitària i cada GTS estan estretament relacionats amb el volum i estructura per sexe i edat de la població. L'índex de mortalitat comparativa (IME) global mostra un comportament diferencial per sexe al territori. Entre les dones el rang de l'IME per GTS és més elevat que en els homes, coincidint amb una variabilitat territorial més elevada, tant de la mortalitat general com de la prematura. La mortalitat és més elevada per a ambdós sexes als GTS Baix Camp, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Llobregat Litoral, Barcelonès Nord-Baix Maresme i Garraf; i més baixa als GTS Pallars Jussà-Pallars Sobirà i Alt Empordà (taula 71 i mapa 9).

[69] Blanes A. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial [tesi doctoral]. Departament de Geografia, Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.

[70] Puig X, López-Albente G, Gispert R, Freitas A, Puigdefàbregas A. Tendències de la mortalitat a Catalunya, 1978-2002. Models edat/període/cohort. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2005.

Taula 71. Defuncions, taxes (per 1.000 habitants) i índex de mortalitat comparativa (IME), per regió sanitària, GTS i sexe. Catalunya, 1999-2004

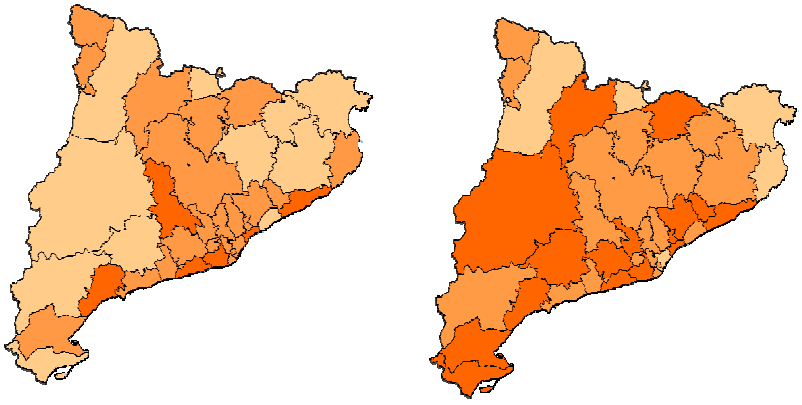
GTS/RS/Catalunya	Homes			Dones			Total		
	Defuncions	Taxa	IME	Defuncions	Taxa	IME	Defuncions	Taxa	IME
Pla de Lleida	10.318	11,38	97,0 *	8.960	9,84	102,3 *	19.278	10,61	100,9
Alt Camp i Conca de Barberà	1.934	11,58	95,5 *	1.833	11,11	106,3 *	3.767	11,35	102,1
Baix Camp	4.265	9,61	108,4 *	3.836	8,51	114,9 *	8.101	9,06	112,3 *
Baix Penedés	1.406	8,08	98,6	1.139	6,75	99,9	2.545	7,42	100,8
Tarragonès	4.620	8,24	99,4	3.799	6,70	98,5	8.419	7,47	99,7
Altebrat	1.723	12,72	83,8 *	1.664	12,67	97,5	3.387	12,70	92,2 *
Baix Ebre	2.413	11,69	96,8	2.166	10,48	107,6 *	4.579	11,08	103,3 *
Montsià	1.850	10,61	90,8 *	1.744	10,13	110,1 *	3.594	10,37	101,4
Alt Maresme-Selva Marítima	4.286	8,58	104,1 *	4.148	8,34	111,8 *	8.434	8,46	108,3 *
Baix Empordà	2.958	9,33	97,7	2.483	7,90	95,3 *	5.441	8,62	97,7
Alt Empordà	3.142	9,78	91,7 *	2.578	8,04	93,3 *	5.720	8,91	94,0 *
Garrotxa	1.573	11,01	88,6 *	1.575	10,77	98,6	3.148	10,89	94,2 *
Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior	6.202	9,00	97,0 *	5.662	8,14	102,0	11.864	8,57	100,1
Ripollès	993	12,94	100,2	955	12,20	109,2 *	1.948	12,56	105,5 *
Anoia	2.669	9,97	105,5 *	2.290	8,54	101,6	4.959	9,25	104,4 *
Bages-Solsonès	5.697	10,89	99,2	5.146	9,60	99,0	10.843	10,24	99,6
Berguedà	1.533	13,79	100,7	1.430	12,46	103,4	2.963	13,11	103,0
Osona	3.538	9,04	94,7 *	3.497	8,85	101,5	7.035	8,94	98,2
Alt Urgell	792	12,79	96,5	690	11,39	109,0 *	1.482	12,10	104,7
Alta Ribagorça	146	12,94	102,7	93	8,79	87,2	239	10,93	99,1
Cerdanya	371	8,52	88,0 *	289	7,17	86,5 *	660	7,87	89,1 *
Pallars Jussà-Pallars Sobirà	795	14,02	84,5 *	683	12,34	89,7 *	1.478	13,19	89,3 *
Val d'Aran	177	7,11	91,9	142	6,05	86,5	319	6,60	91,3
Alt Penedès	2.171	9,66	99,6	1.966	8,84	104,9 *	4.137	9,25	103,3 *
Baix Llobregat Centre-Fontsanta	5.960	7,61	98,8	5.553	6,92	101,7	11.513	7,26	100,1
Baix Llobregat l'Hospitalet-El Prat de Llobregat	7.876	8,67	101,5	6.603	7,04	97,7	14.479	7,84	99,5
Baix Llobregat Litoral	5.689	7,05	107,9 *	4.926	6,11	112,4 *	10.615	6,58	110,4 *
Baix Llobregat Nord	2.579	7,00	101,6	2.369	6,69	110,7 *	4.948	6,85	106,5 *
Baix Montseny	655	8,70	99,2	602	8,16	114,8 *	1.257	8,43	107,8 *
Baix Vallès	1.777	6,71	102,8	1.568	6,01	109,4 *	3.345	6,36	106,3 *
Barcelona	48.296	11,18	100,0	50.149	10,29	94,6 *	98.445	10,71	95,8 *
Barcelonès Nord-Baix Maresme	10.116	8,30	108,8 *	8.544	6,90	102,2 *	18.660	7,59	105,4 *
Garraf	3.183	9,19	113,8 *	2.725	7,64	112,5 *	5.908	8,40	113,6 *
Maresme	4.565	7,45	96,6 *	4.384	7,04	99,0	8.949	7,25	97,6 *
Vallès Occidental Est (Sabadell)	9.560	7,67	100,8	8.217	6,45	98,6	17.777	7,05	99,8
Valles Occidental Oest (Terrassa)	7.317	7,65	100,2	6.502	6,67	100,1	13.819	7,16	100,2
Vallès Oriental Central (Granollers)	4.722	7,44	99,6	4.241	6,71	104,8 *	8.963	7,08	102,6 *
Lleida	10.318	11,38	97,0 *	8.960	9,84	102,3 *	19.278	10,61	100,9
Camp de Tarragona	12.635	9,19	101,0	10.986	7,97	104,8 *	23.621	8,58	103,8 *
Terres de l'Ebre	5.576	11,46	91,3 *	5.195	10,78	106,4 *	10.771	11,12	100,0
Girona	16.292	9,43	96,1 *	14.440	8,34	99,9	30.732	8,88	98,9
Catalunya Central	13.427	10,39	99,3	12.356	9,41	100,7	25.783	9,89	100,5
Alt Pirineu i Aran	2.281	11,50	90,6 *	1.897	9,97	94,9 *	4.178	10,75	94,9 *
Barcelona	117.338	8,97	101,5 *	111.317	8,10	99,1 *	228.655	8,52	99,7
Barcelona Est	17.553	8,16	104,4 *	15.896	7,28	103,0 *	33.449	7,72	103,6 *
Barcelona Oest	27.458	7,99	103,3 *	24.142	6,94	104,8 *	51.600	7,46	104,2 *
Barcelona Nord	24.031	7,56	100,5	21.130	6,57	101,4 *	45.161	7,06	101,1 *
Barcelona ciutat	48.296	11,18	100,0	50.149	10,29	94,6 *	98.445	10,71	95,8 *
Catalunya	177.867	9,32	100,0	165.151	8,36	100,0	342.018	8,83	100,0

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels Padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

* Dades significatives amb una confiança del 95%.

Mapa 9. Índex de mortalitat comparativa (IME) per GTS i sexe. Catalunya, 1999-2004

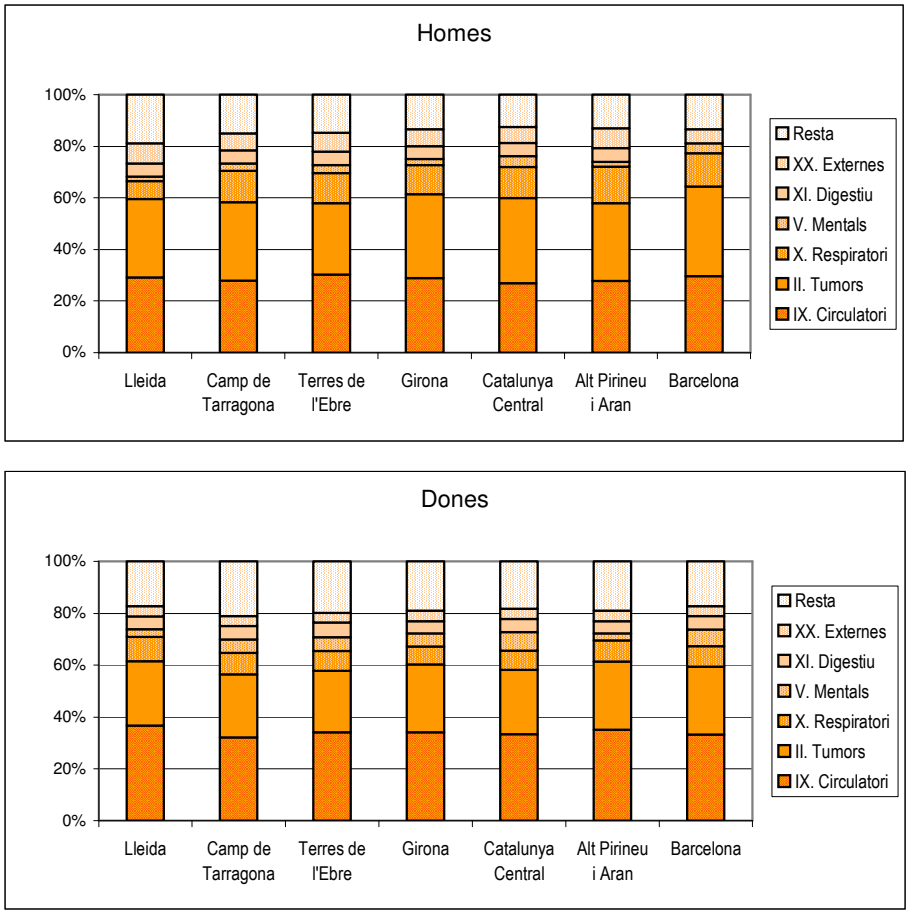
Homes **Dones**



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels Padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

346. La distribució relativa de les defuncions per causa de mort en les regions sanitàries és força similar al patró de Catalunya. La variabilitat territorial de les causes de mort per regions sanitàries no mostra diferències entre sexe, però sí que ho fa en el detall per causes de defunció. Així, les causes externes i els tumors en els homes i les malalties del sistema genitourinari i del sistema digestiu en les dones presenten un comportament relativament heterogeni. El pes relatiu de la Regió Sanitària Barcelona a Catalunya determina la distribució relativa de les causes de mort en altres regions sanitàries, que per contrarestar se situen en posicions oposades (figura 132).

Figura 132. Mortalitat proporcional estandarditzada segons els 20 grans grups de malalties de la CIM-10, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1999-2004



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

347. De la comparació de la mortalitat segons causes de defunció per GTS destaca que els trastorns mentals i del comportament són la causa de mort amb una variabilitat territorial més elevada. Altres causes de mort amb diferències dels valors de mortalitat per GTS són les malalties del sistema nerviós, les malalties del sistema respiratori, les malalties del sistema circulatori, els tumors, certes afeccions infeccioses i parasitàries i les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques. Per causes de defunció específiques, ambdós sexes coincideixen en, relativament, fortes diferències en les demències, la insuficiència cardíaca i l'arteriosclerosi. Per als homes, els tumors malignes de pulmó, els accidents de trànsit i la bronquitis, emfisema i asma són les

causes de defunció amb més variabilitat per GTS, mentre que per a les dones ho són l'Alzheimer, les malalties isquèmiques del cor, els accidents de trànsit i les caigudes (taules 72 i 73).

348. Tant important com la variabilitat territorial és el biaix entre sexes d'aquesta. Si bé la variabilitat de la mortalitat global és superior en les dones, quan s'estratifica per causes de defunció és similar entre ambdós sexes. Això, però, no succeeix per a causes concretes. La variabilitat de la mortalitat masculina és superior a la femenina en tumors (quasi tres vegades més), certes afeccions originades en el període perinatal, certes afeccions infeccioses i parasitàries i les causes externes de morbiditat i mortalitat. Per contra, la variabilitat femenina és superior a la masculina en malalties del sistema genitourinari, malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu, malformacions congènites i malalties del sistema digestiu (taules 72 i 73).

Taula 72. Diferències de mortalitat per 20 causes de mort, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1999-2004

Homes		Dones	
Superior	Inferior	Superior	Inferior
I. Certes afeccions infeccioses i parasitàries			
Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona ciutat*	Lleida Girona Catalunya Central Alt Pirineu i Aran *Barcelona Nord*	*Barcelona ciutat*	Girona Alt Pirineu i Aran *Barcelona Nord*
II. Tumors			
Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona Oest* *Barcelona Nord* *Barcelona ciutat*	Lleida Camp de Tarragona Terres de l'Ebre Girona Alt Pirineu i Aran	*Barcelona ciutat*	*Barcelona Nord*
III. Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics i certs trastorns que afecten el mecanisme de la immunitat			
Alt Pirineu i Aran	Barcelona *Barcelona ciutat*		Alt Pirineu i Aran *Barcelona ciutat*
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques			
	Barcelona Nord	Camp de Tarragona Terres de l'Ebre *Barcelona Oest*	*Barcelona ciutat*
V. Trastorns mentals			
Catalunya Central Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona Oest* *Barcelona Nord*	Lleida Camp de Tarragona Terres de l'Ebre Girona Alt Pirineu i Aran *Barcelona ciutat*	Catalunya Central Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona Oest* *Barcelona Nord*	Lleida Camp de Tarragona Terres de l'Ebre Girona Alt Pirineu i Aran *Barcelona ciutat*
VI. Malalties del sistema nerviós			
Camp de Tarragona *Barcelona Nord*	Lleida Terres de l'Ebre Alt Pirineu i Aran	Camp de Tarragona Girona *Barcelona Est*	Lleida Terres de l'Ebre Alt Pirineu i Aran *Barcelona ciutat*
IX. Malalties del sistema circulatori			
Barcelona Oest	Catalunya Central Alt Pirineu i Aran *Barcelona Nord*	Lleida Terres de l'Ebre *Barcelona Oest*	Barcelona *Barcelona ciutat*
X. Malalties del sistema respiratori			
Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona Nord*	Terres de l'Ebre Girona	Lleida Camp de Tarragona *Barcelona Est*	Girona Catalunya Central *Barcelona Oest*
XI. Malalties del sistema digestiu			
Barcelona Est	Girona	Terres de l'Ebre *Barcelona Nord*	Girona Alt Pirineu i Aran *Barcelona ciutat*
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani			
	Catalunya Central	Terres de l'Ebre	*Barcelona ciutat*
XIII. Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu			
Girona Catalunya Central *Barcelona Oest*	Barcelona *Barcelona ciutat*	Camp de Tarragona Girona Catalunya Central Alt Pirineu i Aran *Barcelona Nord*	Barcelona *Barcelona ciutat*
XIV. Malalties del sistema genitourinari			
Camp de Tarragona *Barcelona Nord*	*Barcelona ciutat*	Lleida Camp de Tarragona Terres de l'Ebre *Barcelona Nord*	Barcelona *Barcelona ciutat*
XVI. Certes afeccions originades en el període perinatal			
Camp de Tarragona			
XVIII. Símptomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori no classificades enlloc més			
Camp de Tarragona Terres de l'Ebre	Barcelona *Barcelona Oest* *Barcelona Nord* *Barcelona ciutat*	Camp de Tarragona Terres de l'Ebre Girona Catalunya Central Alt Pirineu i Aran	Lleida Barcelona *Barcelona Nord* *Barcelona ciutat*
XX. Causes externes de morbiditat i mortalitat			
Lleida Camp de Tarragona Terres de l'Ebre Girona Catalunya Central Alt Pirineu i Aran	Barcelona *Barcelona Est* *Barcelona Nord* *Barcelona ciutat*	*Barcelona ciutat*	*Barcelona Est*

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

Taula 73. Diferències de mortalitat per 20 causes de mort, per GTS i sexe. Catalunya 1999-2004

Homes		A	
Superior	Inferior	Superior	Inferior
I. Certes afeccions infeccioses i parasitàries			
Barcelona Barcelonès Nord-Baix Maresme	Pla de Lleida Baix Empordà Garrotxa Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Ripollès Osona Cerdanya Alt Penedès Baix Montseny Granollers Sabadell Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Alt Maresme-Selva Marítima Barcelona	Baix Empordà Garrotxa Osona Alt Penedès Baix Vallès Vallès Occidental Oest (Terrassa)
II. Tumors			
Anoia Baix Llobregat-el Prat de Llobregat Baix Llobregat Litoral Barcelona Barcelonès Nord-Baix Maresme Garraf Vallès Occidental Est (Sabadell)	Pla de Lleida Alt Camp i Conca de Barberà Altebrat Baix Ebre Montsià Alt Empordà Garrotxa Osona Pallars Jussà-Pallars Sobirà Alt Penedès	Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Barcelona	Altebrat Bages-Solsonès Baix Llobregat Centre-Fontsanta Vallès Occidental Est (Sabadell)
III. Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics i certs trastorns que afecten el mecanisme de la immunitat			
Pallars Jussà-Pallars Sobirà	Baix Llobregat-el Prat de Llobregat Barcelona Maresme	Alt Maresme-Selva Marítima	Baix Empordà Baix Llobregat Nord Barcelona
IV. Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques			
Baix Llobregat Nord Garraf	Baix Camp Alt Empordà Ripollès Osona Pallars Jussà-Pallars Sobirà Vallès Occidental Est (Sabadell)	Baix Camp Baix Ebre Baix Llobregat Centre-Fontsanta Baix Llobregat Nord Garraf Baix Vallès Vallès Oriental Central (Granollers)	Alt Empordà Ripollès Osona Barcelona Vallès Occidental Est (Sabadell)
V. Trastorns mentals			
Alt Maresme-Selva Marítima Bages-Solsonès Berguedà Baix Llobregat Centre-Fontsanta Baix Llobregat Litoral Baix Llobregat Nord Barcelonès Nord-Baix Maresme Baix Vallès Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Pla de Lleida Alt Camp i Conca de Barberà Tarragonès Altebrat Montsià Alt Empordà Garrotxa Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Alt Urgell Cerdanya Pallars Jussà-Pallars Sobirà Barcelona	Alt Maresme-Selva Marítima Bages-Solsonès Berguedà Osona Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat Baix Llobregat Litoral Baix Llobregat Nord Baix Montseny Baix Vallès Vallès Occidental Est (Sabadell) Vallès Occidental Oest (Terrassa) Vallès Oriental Central (Granollers)	Pla de Lleida Baix Camp Tarragonès Altebrat Montsià Alt Empordà Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Ripollès Alt Urgell Cerdanya Pallars Jussà-Pallars Sobirà Val d'Aran Alta Ribagorça Barcelona
VI. Malalties del sistema nerviós			
Baix Camp Baix Empordà Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Pla de Lleida Altebrat Montsià Alt Empordà Alt Urgell Pallars Jussà-Pallars Sobirà Anoia Baix Llobregat Nord Baix Montseny	Baix Camp Alt Maresme-Selva Marítima Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Baix Llobregat Litoral Baix Llobregat Nord Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Pla de Lleida Tarragonès Altebrat Alt Empordà Bages-Solsonès Pallars Jussà-Pallars Sobirà Val d'Aran Alta Ribagorça Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat Baix Montseny Barcelona
IX. Malalties del sistema circulatori			
Alt Maresme-Selva Marítima Baix Llobregat Litoral Baix Llobregat Nord Garraf	Baix Penedès Altebrat Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Osona Alt Urgell Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Pla de Lleida Baix Camp Baix Ebre Montsià Alt Maresme-Selva Marítima Ripollès Alt Penedès Baix Llobregat Centre-Fontsanta Baix Llobregat Litoral Baix Llobregat Nord Baix Montseny Baix Vallès Garraf	Barcelona Vallès Occidental Oest (Terrassa)

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

Taula 73. Diferències de mortalitat per 20 causes de mort, per GTS i sexe. Catalunya, 1999-2004 (*continuació*)

Homes		Dones	
Superior	**Inferior**	**Superior**	**Inferior**
X. Malalties del sistema respiratori			
Baix Camp Berguedà Baix Llogrebat Litoral Barcelonès Nord-Baix Maresme Baix Vallès Vallès Occidental Est (Sabadell)	Alt Camp i Conca de Barberà Montsià Baix Empordà Alt Empordà Garrotxa Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Bages-Solsonès Baix Llobregat Centre-Fontsanta	Pla de Lleida Baix Camp Alt Maresme-Selva Marítima Baix Llobregat Litoral Barcelonès Nord-Baix Maresme Baix Vallès	Alt Empordà Garrotxa Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Bages-Solsonès Cerdanya Baix Llobregat Centre-Fontsanta Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat Vallès Oriental Central (Granollers)
XI. Malalties del sistema digestiu			
Baix Camp Barcelonès Nord-Baix Maresme Garraf	Tarragonès Baix Empordà	Baix Camp Barcelonès Nord-Baix Maresme Garraf Vallès Occidental Est (Sabadell) Vallès Oriental Central (Granollers)	Baix Empordà Garrotxa Pallars Jussà-Pallars Sobirà Barcelona
XII. Malalties de la pell i del teixit subcutani			
	Bages-Solsonès Osona Vallès Occidental Oest (Terrassa)	Montsià	Baix Emprodà Barcelona
XIII. Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu			
Alt Camp i Conca de Barberà Ripollès Osona Alt Penedès Baix Llobregat Centre-Fontsanta	Barcelona	Alt camp i Conca de Barberà Tarragonès Garrotxa Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Bages-Solsonès Osona Alt Urgell Pallars Jussà-Pallars Sobirà Alt Penedès Baix Vallès Vallès Oriental Central (Granollers)	Barcelona
XIV. Malalties del sistema genitourinari			
Baix Camp	Berguedà Barcelona	Pla de Lleida Baix Camp Altebrat Garrotxa Alt Penedès Baix Montseny Baix Vallès Vallès Oriental Central (Granollers)	Pallars Jussà-Pallars Sobirà Barcelona
XVI. Certes afeccions originades en el període perinatal			
Tarragonès	Alt Penedès Baix Llobregat Nord Garraf Baix Vallès	Alt Empordà	Vallès Oriental Central (Granollers)
XVII. Malformacions congènites, deformitats i anomalies cromosòmiques			
	Alt Empordà		Alr Camp i Conca de Barberà Garraf
XVIII. Símptomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori no classificades enlloc més			
Baix Camp Baix Penedès Tarragonès Altebrat Montsià	Ripollès Baix Llobregat Nord Barcelona Maresme Vallès Occidental Est (Sabadell)	Alt Camp i Conca de Barberà Baix Camp Baix Penedès Tarragonès Altebrat Baix Ebre Montsià Alt Maresme-Selva Marítima Baix Empordà Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Berguedà Cerdanya Baix Llobregat Centre-Fontsanta Garraf	Pla de Lleida Alt Penedès Barcelona Vallès Occidental Est (Sabadell) Vallès Occidental Oest (Terrassa)
XX. Causes externes de morbiditat i mortalitat			
Pla de Lleida Alt Camp i Conca de Barberà Baix Camp Baix Ebre Baix Empordà Alt Empordà Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior Anoia Berguedà Alt Penedès	Baix Llobregat Centre-Fontsanta Barcelona Barcelonès Nord-Baix Maresme Maresme Baix Vallès	Baix Camp Ripollès Barcelona	Tarragonès Barcelonès Nord-Baix Maresme Val d'Aran Alta Ribagorça Maresme Baix Vallès Vallès Oriental Central (Granollers)

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

349. Si la perspectiva comparativa és el territori i no les causes de defunció, es desprèn que els territoris de Barcelona Est i Oest i les regions sanitàries Catalunya Central i Lleida són les que segueixen un patró més similar al del conjunt de Catalunya, mentre que als territoris de Barcelona Nord i Barcelona ciutat són molt nombroses les causes de mort amb diferències significatives respecte a la mitjana catalana, especialment en les dones. Les regions sanitàries que tenen una mortalitat relativament més baixa són les de Lleida, Girona, Alt Pirineu i Aran i Barcelona, pel pes de Barcelona ciutat; i una mortalitat més alta, la Regió Sanitària Camp de Tarragona i els territoris de Barcelona Est i Barcelona Oest.

350. En relació amb el sexe, els GTS de la Val d'Aran i l'Alta Ribagorça segueixen un model de mortalitat per causes per als homes similar al de Catalunya, mentre que l'Anoia el reprodueix en les dones. Els GTS Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Llobregat Litoral i Baix Camp semblen tenir una situació de mortalitat desfavorable, atès que les causes de mort amb una mortalitat significativament superior a la catalana són molt nombroses i no queden contrarestades per altres causes de defunció amb nivell inferiors als del conjunt de Catalunya. Els GTS que tenen valors comparativament favorables de mortalitat són tots els que conformen la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, Alt Empordà, Garrotxa i Barcelona (taules 74 i 75).

Taula 74. Diferències de mortalitat per territori segons 20 grans grups de causes de mort*, per regió sanitària, GTS i sexe. Catalunya, 1999-2004

Governs territorials de salut i regions sanitàries	Homes		Dones	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Pla de Lleida	20	1, 2, 5, 6	9, 10, 14	5, 6, 18
Alt Camp i Conca de Barberà	13, 20	2, 5, 10	13, 18	17
Baix Camp	6, 10, 11, 14, 18, 20	4	4, 6, 9, 10, 11, 14, 18, 20	5
Baix Penedès	18	9	18	
Tarragonès	16, 18	5, 11	13, 18	5, 6, 20
Altebrat	18	2, 5, 6, 9	14, 18	2, 5, 6
Baix Ebre	20	2	4, 9, 18	
Montsià	18	2, 5, 6, 10	9, 12, 18	5
Alt Maresme-Selva Marítima	5, 9		1, 3, 5, 6, 9, 10, 18	
Baix Empordà	6, 20	1, 10, 11	18	1, 3, 11, 12
Alt Empordà	20	2, 4, 5, 6, 10, 17	16	4, 5, 6, 10
Garrotxa		1, 2, 5, 10	13, 14	1, 10, 11
Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior	20	1, 5, 9, 10	2, 6, 13, 18	5, 10
Ripollès	13	1, 4, 18	9, 20	4, 5
Anoia	2, 20	6		
Bages-Solsonès	5	10, 12	5, 13	2, 6, 10
Berguedà	5, 10, 20	14	5, 18	
Osona	13	1, 2, 4, 9, 12	5, 13	1, 4
Alt Urgell		5, 6, 9	13	5
Alta Ribagorça				5, 6, 20
Cerdanya		1, 5	18	5, 10
Pallars Jussà-Pallars Sobirà	3	2, 4, 5, 6	3	5, 6, 11, 14
Val d'Aran				5, 6, 20
Alt Penedès	13, 20	1, 2, 16	9, 13, 14	1, 18
Baix Llobregat Centre-Fontsanta	5, 13	10, 20	4, 9, 18	2, 10
Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat	2	3	5	6, 10
Baix Llobregat Litoral	2, 5, 9, 10		5, 6, 9, 10	
Baix Llobregat Nord	4, 5, 9	6, 16, 18	4, 5, 6, 9	3
Baix Montseny		1, 6	5, 9, 14	6
Baix Vallès	5, 10	16, 20	5, 11	1, 20
Barcelona	1, 2	3, 5, 13, 14, 18, 20	1, 2, 20	3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 18
Barcelonès Nord-Baix Maresme	1, 2, 5, 10, 11	20	10, 11	20
Garraf	2, 4, 9, 11	16	4, 9, 11, 18	17
Maresme		3, 18, 20	4, 5, 9, 10, 13, 14	20
Vallès Occidental Est (Sabadell)	2, 10	1, 4, 18	5, 6	2, 4, 18
Vallès Occidental Oest (Terrassa)	5, 6	1, 9, 12		1, 9, 18
Vallès Oriental Central (Granollers)		1	4, 5, 11, 13, 14	10, 16, 20
Lleida	20	1, 2, 5, 6	9, 10, 14	5, 6, 18
Camp de Tarragona	6, 14, 16, 18, 20	2, 5	4, 6, 10, 13, 14, 18	5
Terres de l'Ebre	18, 20	2, 5, 6, 10	4, 9, 11, 12	5, 6
Girona	13, 20	1, 2, 5, 10, 11	3, 13, 18	1, 5, 10, 11
Catalunya Central	5, 13, 20	1, 9, 12	5, 13, 18	10
Alt Pirineu i Aran	3, 20	1, 2, 5, 6, 9	13, 18	1, 3, 5, 6, 11
Barcelona	1, 2, 5, 10	3, 13, 18, 20	5	9, 13, 14, 18
Barcelona Est	1, 2, 5, 10, 11	20	6, 10	20
Barcelona Oest	2, 5, 9, 13	18	4, 9	10
Barcelona Nord	2, 5, 6, 10, 14	1, 4, 9, 18, 20	9, 11, 13, 14	1, 2, 17, 18
Barcelona ciutat	1, 2	3, 5, 13, 14, 18, 20	1, 2, 9, 20	3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 14, 18

*Vegeu annex 5.

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

Taula 75. Diferències de mortalitat per territori segons 73 grans grups de causes de mort*, per regió sanitària, GTS i sexe. Catalunya, 1999-2004

Governs territorials de salut i regions sanitàries	Homes		Dones	
	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Pla de Lleida	24. 44, 46, 50, 51, 66	3, 5, 9, 17, 18, 25, 29, 31, 37, 38, 39, 40, 48, 53, 55, 67, 69	1, 16, 43, 44, 45, 46, 49 50, 51, 52, 59, 66	29, 37, 38, 39, 40, 55, 65, 69, 73
Alt Camp i Conca de Barberà	46, 58, 66, 70	6, 12, 18, 38, 39, 47, 48, 53, 54	46, 52, 58, 65, 66	18, 47, 53, 63, 69
Baix Camp	7, 25, 40, 52, 56, 60, 65, 66	13, 27, 36, 38	15, 31, 35, 39, 40, 53 56, 59, 65, 66, 69	5, 10, 13, 18, 38, 41
Baix Penedès	65, 73	29, 43, 47	42, 65	10, 12, 21, 28, 39, 43, 48, 49
Tarragonès	51, 62, 65, 66	12, 13, 18, 32, 38, 41, 42, 55, 67, 72	51, 58, 65	15, 21, 28, 37, 38, 39, 67, 69
Altebrat	65, 73	8, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 25 27, 28, 38, 39, 43, 54, 71	56, 65	5, 8, 10, 13, 18, 25, 36 37, 39, 43, 45, 47, 71
Baix Ebre	46, 66	10, 13, 18, 31, 47, 67	14, 44, 46, 65	12, 13, 43, 47, 68
Montsià	47, 65, 66	8, 10, 15, 18, 29, 31, 36 38, 40, 43, 45, 52, 53, 67	44, 46, 47, 51, 57, 65	12, 41
Alt Maresme-Selva Marítima	4, 17, 38, 43, 45	2, 3, 5, 12, 16, 44	4, 5, 34, 38, 39, 43, 46, 47, 65	44
Baix Empordà	24, 39, 44, 70, 73	5, 6, 7, 10, 13, 14, 42, 46 49, 51, 53, 54, 55, 56	44, 47, 65, 70	4, 10, 21, 34, 37, 51, 53 54, 55, 57, 68, 69
Alt Empordà	43, 44, 49, 70, 73	10, 18, 25, 30, 35, 37, 38 40, 46, 48, 53, 63, 67, 69	44, 62	5, 8, 14, 28, 30, 35, 36 37, 38, 40, 47, 53, 69
Garrotxa	44	4, 10, 13, 18, 19, 28 30, 33, 58, 52, 53, 69	10, 44, 58, 59	26, 27, 28, 36, 42, 53, 56
Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior	24, 66, 73	2, 5, 6, 13, 18, 38, 42, 52, 67, 68, 72	10, 39, 47, 58, 65, 66	5, 6, 18, 37, 38, 42, 53, 55
Ripollès	12, 58	4, 5, 35, 42, 53, 65, 71	12, 27, 39, 43, 51, 73	23, 37, 69
Anoia	10, 30, 45, 66	39, 41, 56, 70		5, 9, 42, 49
Bages-Solsonès	10, 25, 38, 47	1, 4, 44, 52, 57, 72	38, 47, 48, 58	9, 27, 32, 39, 43, 44, 51, 53, 69
Berguedà	10, 38, 52, 66, 71, 73	5, 14, 18, 19, 37, 41, 44, 54, 59, 67	38, 52, 65	13, 22, 43, 53
Osona	12, 52, 58	2, 3, 5, 6, 16, 17, 18, 35, 43, 47, 57	38, 52, 56, 58	5, 18, 35, 43, 47, 55, 69
Alt Urgell	49, 52	9, 38, 40, 42, 43, 69	10, 52, 58	15, 38, 53
Alta Ribagorça		18		20, 38, 39, 43
Cerdanya	66	18, 38, 45, 56	65	13, 23, 38, 43, 52, 56
Pallars Jussà-Pallars Sobirà	34, 51	6, 12, 13, 15, 18, 33, 36 37, 38, 39, 42, 43, 48, 69	46, 51,58	13, 23, 37, 38, 39, 41, 42 43, 47, 55, 56, 59
Val d'Aran				35, 38, 39, 45
Alt Penedès	47, 58, 66	4, 5, 14, 42, 49, 53, 62	28, 43, 47, 58	4, 37, 39, 44, 53, 65
Baix Llobregat Centre-Fontsanta	38, 58	11, 47, 51, 66, 70, 73	35, 42, 44, 45, 65	15, 22, 47, 51, 66, 67
Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat	6, 8, 18, 31, 44, 67	16, 34, 43, 47, 50, 51, 66	38, 69	18, 47, 50, 51, 52, 54, 66
Baix Llobregat Litoral	18, 38, 44, 52, 53	47, 49, 66	22, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 52, 53, 73	6, 25, 27, 47, 51, 66
Baix Llobregat Nord	35, 44, 46, 52	4, 40, 41, 51, 53, 62, 65, 71	35, 38, 39, 42, 44, 46	13, 34, 51, 68
Baix Montseny	66	4, 6, 15, 39, 40, 47	38, 59	18, 39
Baix Vallès	38, 53	44, 62, 73	38, 53, 58, 59	6, 16, 29, 49, 69
Barcelona	3, 5, 6, 11, 13, 15, 18, 29, 31 37, 40, 42, 43, 51, 53, 67, 69	7, 10, 24, 34, 38, 44, 46, 52 58, 59, 65, 66, 70, 71, 73	3, 5, 6, 11, 13, 15, 18, 20 21, 37, 47, 53, 55, 67, 69	14, 34, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46 48, 50, 52, 56, 57, 58, 65, 66, 70
Barcelonès Nord-Baix Maresme	5, 6, 13, 18, 31, 37, 39, 45 47, 48, 51, 52, 53, 55, 56	20, 24, 60, 66	19, 37, 42, 52, 53	17, 23, 44, 66, 69, 72
Garraf	35, 42, 43, 46	62	35, 42, 43, 44, 56, 65	15, 47, 63
Maresme	13, 53	1, 11, 34, 37, 44, 46, 47 51, 65, 66, 67, 72, 73	5, 39	6, 7, 44, 47, 49, 50, 51, 71
Vallès Occidental Est (Sabadell)	18, 51, 52	3, 6, 12, 35, 36, 37, 44, 65, 70	38, 43, 48, 56, 68, 73	6, 30, 35, 44, 49, 54, 65, 69
Vallès Occidental Oest (Terrassa)	13, 38, 39, 52	1, 5, 6, 30, 31, 44, 56, 57, 70, 73	38, 38, 48, 69	1, 3, 6, 22, 33, 44, 45, 47, 49, 65, 67
Vallès Oriental Central (Granollers)	33, 38, 66	53, 70	15, 35, 37, 38, 44, 45, 58, 59	6, 53, 62, 67, 68
Lleida	24, 44, 46, 50, 51, 66	3, 5, 9, 17, 18, 25, 29, 31, 37, 38 39, 40, 48, 53, 55, 67, 69	1, 16, 43, 44, 45, 46, 49 50, 51, 52, 59, 66	29, 37, 38, 39, 40, 55, 65, 69, 73
Camp de Tarragona	7, 40, 51, 62, 65, 66, 70	12, 13, 18, 19, 32, 38, 41, 47, 55, 67	35, 40, 49, 51, 58, 59, 65, 66	13, 18, 28, 37, 38, 43, 47, 67
Terres de l'Ebre	46, 65, 66, 70	3, 8, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 29 31, 38, 40, 43, 52, 53, 60, 67	14, 35, 44, 46, 51, 56, 57, 59, 65	9, 12, 13, 26, 37, 39, 43, 48
Girona	16, 24, 44, 58, 66, 70, 73	2, 3, 5, 6, 13, 18, 25, 37, 38, 42 46, 51, 52, 53, 55, 67, 69	39, 44, 58, 65, 66, 70	5, 17, 36, 37, 38, 42, 53, 55, 56, 69
Catalunya Central	10, 12, 26, 38, 45, 58, 66, 71	5, 6, 8, 18, 43, 44, 49, 51, 56, 57, 69	38, 48, 58, 65, 66	5, 9, 13, 15, 18, 43, 49, 51, 53, 55, 69
Alt Pirineu i Aran	34, 49, 66	5, 6, 9, 18, 19, 29, 38 39, 40, 42, 43, 48, 67	10, 46, 58, 65	5, 13, 23, 27, 34, 37, 38 39, 43, 47, 53, 54, 56
Barcelona	3, 5, 6, 13, 18, 31, 37, 38 42, 43, 53, 55, 67, 69	24, 34, 44, 50, 58, 65, 66, 70, 73	5, 13, 18, 37, 38, 42, 53, 55, 69	16, 44, 46, 49, 50, 51 52, 58, 59, 65, 66, 70
Barcelona Est	4, 5, 13, 18, 37, 38, 45 48, 52, 53, 55, 56	11, 16, 24, 44, 50, 66, 73	5, 13, 37, 38, 39, 42, 52, 53	19, 44, 49, 50, 66, 69, 72
Barcelona Oest	8, 18, 38, 44, 46, 52, 58, 67	47, 49, 51, 65, 66	19, 35, 38, 42, 43, 44	15, 16, 18, 47, 49, 51, 66, 70
Barcelona Nord	9, 10, 18, 32, 38, 52, 59	3, 6, 15, 36, 43, 44, 65, 70, 73	38, 39, 42, 48, 56, 58, 59	1, 3, 6, 20, 44, 49, 65, 67, 70
Barcelona ciutat	3, 5, 6, 11, 13, 15, 18, 29, 31 37, 40, 42, 43, 51, 53, 67	7, 10, 24, 38, 44, 46, 50, 52 58, 59, 65, 66, 70, 71, 73	3, 5, 6, 11, 13, 15, 18, 20 21, 37, 47, 53, 55, 67	14, 34, 35, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46 48, 50, 52, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 70

*Vegeu annex 6.

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

351. De l'anàlisi geogràfica de la mortalitat prematura, el més destacat és l'heterogeneïtat territorial més elevada dels APVP de les dones en relació amb la mortalitat prematura dels homes i la forta variabilitat dels GTS en comparació amb les regions sanitàries. Les regions sanitàries, i concretament els GTS, amb la taxa d'APVP més elevada són Lleida per a homes i dones (Pla de Lleida), Camp de Tarragona (Baix Camp) per als homes i Terres de l'Ebre (Baix Ebre i Montsià) per a les dones; mentre que els que tenen una mortalitat prematura més baixa són Alt Pirineu i Aran (Val d'Aran i Cerdanya) i Catalunya Central (Osona) per als homes, i Barcelona, Vallès Occidental Est (Sabadell) i Vallès Oriental Central, per a les dones (taula 76).

Taula 76. Anys potencials de vida perduts (APVP) d'1 a 70, per regió sanitària i sexe. Catalunya, 1999-2004.

Regions sanitàries	Homes			Dones			Total		
	APVP	Taxa*	Mitjana d'anys	APVP	Taxa*	Mitjana d'anys	APVP	Taxa*	Mitjana d'anys
Lleida	43.296	544,7	15,5	17.092	229,0	14,8	60.388	395,5	15,3
Camp de Tarragona	65.820	534,7	15,6	25.264	213,4	15,1	91.085	377,2	15,5
Terres de l'Ebre	20.250	488,3	15,0	9.100	232,8	14,1	29.350	364,3	14,7
Girona	75.056	491,0	15,3	31.582	215,9	15,5	106.638	356,5	15,3
Catalunya Central	54.460	481,6	14,6	22.806	210,2	14,6	77.265	348,7	14,6
Alt Pirineu i Aran	8.002	474,9	14,7	3.256	210,3	14,7	11.258	348,2	14,7
Barcelona	581.328	494,5	14,5	237.560	203,2	14,1	818.888	349,2	14,4
Barcelona Est	98.255	500,6	14,9	37.759	198,7	14,8	136.014	352,1	14,9
Barcelona Oest	153.692	489,7	14,8	58.207	190,8	14,1	211.900	342,4	14,6
Barcelona Nord	130.286	449,0	15,3	50.342	178,2	15,0	180.628	315,5	15,2
Barcelona Ciutat	199.094	530,5	13,6	91.252	232,9	13,5	290.346	378,5	13,5

*Taxa per 10.000 habitants.

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

352. Analitzada territorialment, la mortalitat evitable (MIPSE) segueix el mateix model que la del conjunt de Catalunya. Els territoris on el pes relatiu de la MIPSE en relació amb la mortalitat total és superior són les regions sanitàries Camp de Tarragona i Barcelona en ambdós sexes, i en especial els GTS Baix Vallès, Baix Llobregat Nord i Barcelonès Nord-Baix Maresme entre els homes i els GTS Baix Penedès, Alt Empordà, Vallès Occidental Est (Terrassa) i Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat per a

les dones. La proporció de les defuncions evitables sobre les totals és inferior a les regions sanitàries Terres de l'Ebre (homes i dones), Alt Pirineu i Aran (homes) i Catalunya Central (dones), i més concretament als GTS Altebrat, Garrotxa i Berguedà, per a ambdós sexes, Alt Urgell i Pallars Jussà-Pallars Sobirà per als homes, i Alta Ribagorça per a les dones (taula 77).

Taula 77. Mortalitat evitable, per sexe i regions sanitàries. Catalunya, 1999-2004.

Regions sanitàries	Homes		Dones		Total	
	Defuncions	%*	Defuncions	%*	Defuncions	%*
Lleida	804	7,8	257	2,9	1.061	5,5
Camp de Tarragona	1.088	8,6	334	3,0	1.422	6,0
Terres de l'Ebre	379	6,8	126	2,4	506	4,7
Girona	1.212	7,4	429	3,0	1.642	5,3
Catalunya Central	949	7,1	309	2,5	1.258	4,9
Alt Pirineu i Aran	138	6,1	51	2,7	189	4,5
Barcelona	9.653	8,2	3.229	2,9	12.885	5,6
Barcelona Est	1.654	9,4	488	3,1	2.143	6,4
Barcelona Oest	2.493	9,1	722	3,0	3.215	6,2
Barcelona Nord	2.208	9,2	675	3,2	2.883	6,4
Barcelona Ciutat	3.298	6,8	1.344	2,7	4.644	4,7

* Defuncions MIPSE sobre el total de defuncions.

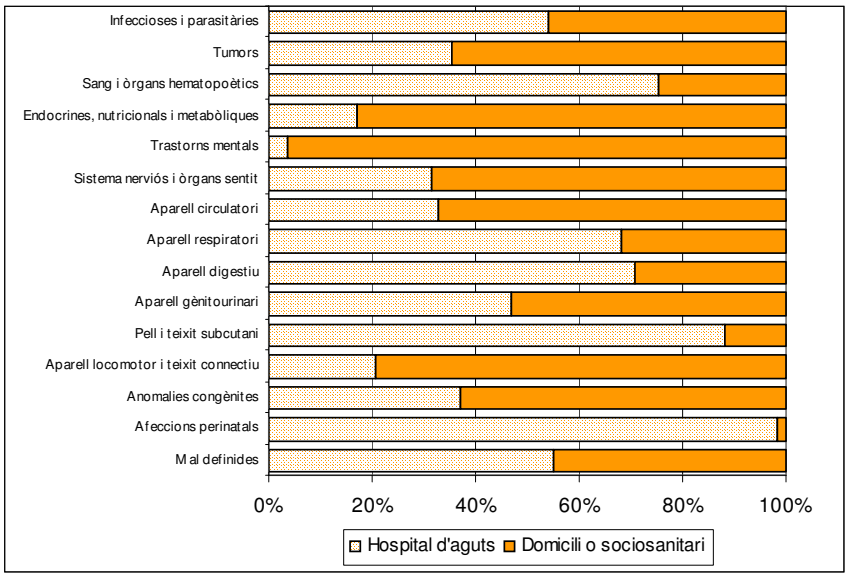
Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

6.4. Final de la vida

353. La societat cada vegada es preocupa més per l'alleujament del dolor i del patiment dels pacients i familiars al final de la vida i per preservar el dret a una mort digna. En general, el procés de final de vida té lloc al domicili del pacient o en un centre assistencial, i en tots dos casos els professionals de la salut hi estan fortament implicats.

354. Segons dades del període 2000-2004, el 49,1% de les defuncions succeeixen a casa, l'11,8% en un centre sociosanitari i el 39,1% restant en hospitals d'aguts, amb una oscil·lació important d'aquests percentatges segon la causa de defunció (figura 133).

Figura 133. On moren les persones segons causes de defunció. Catalunya, 2000-2004



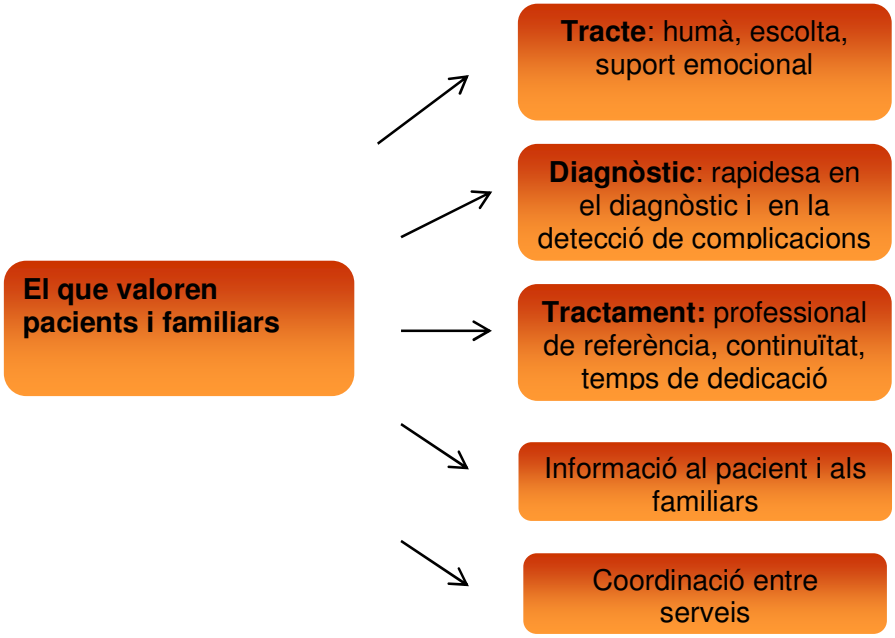
Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de mortalitat de Catalunya, Departament de Salut, i del CMBD, Servei Català de la Salut.

355. A partir de grups focals, s'ha fet una aproximació a l'experiència de familiars de pacients que han viscut el procés de final de vida d'un familiar pròxim, així com la de professionals de la salut que tenen cura de malalts amb processos terminals[71].

356. A partir de l'anàlisi del contingut i del discurs ha estat possible identificar els recursos que pacients i familiars mobilitzen per afrontar la malaltia i el procés de final de vida, les necessitats i els aspectes que més valoren per tal que el procés es desenvolupi de la forma més adequada possible (figura 134).

[71] Departament de Salut. La millora de l'atenció al final de la vida. La perspectiva dels familiars de pacients i dels professionals de la salut. Barcelona: Departament de Salut; 2008.

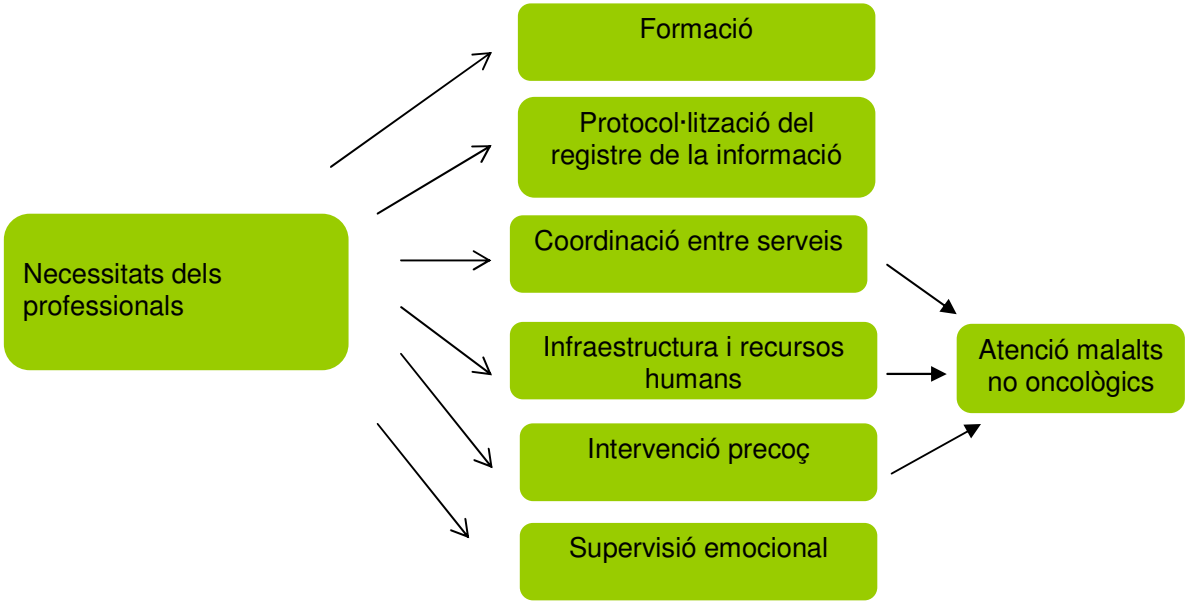
Figura 134. Aspectes que valoren pacients i familiars durant el procés d'atenció al final de la vida



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut.

357. Entre els professionals s'evidencien necessitats per al millor desenvolupament de la tasca assistencial als pacients al final de la vida, com ara disposar de més temps, tenir formació, poder treballar en equip, millorar coordinació i rebre supervisió emocional per la càrrega emocional (figura 135).

Figura 135. Necessitats dels professionals per a l'atenció als pacients al final de la vida



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut.

7. Els aspectes econòmics de la salut

7.1. La despesa sanitària

358. L'assignació de recursos econòmics al sistema sanitari, expressada com la despesa sanitària sobre el producte interior brut (PIB), permet la comparació entre els diferents països i especialment entre aquells que tenen polítiques sanitàries comunes i un nivell de recursos semblants (taula 78).

Taula 78. Despesa sanitària en relació al producte interior brut (PIB). Països de l'OCDE, 2004 i 2005.

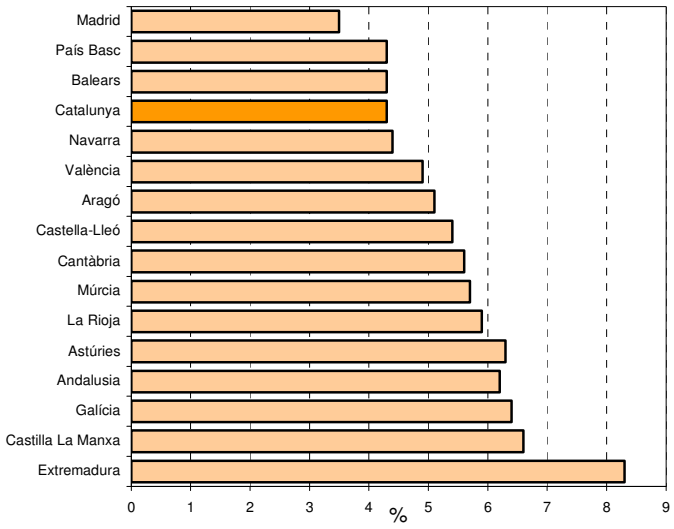
Països	Despesa sanitària total/PIB (%)		Despesa sanitària pública/PIB (%)	
	2004	2005	2004	2005
Austràlia	9,5	9,6	6,4	6,4
Àustria	10,3	10,2	7,8	7,7
Bélgica	10,2	10,3	7,5	7,4
Canadà	9,8	9,8	6,8	6,9
República Txeca	7,3	7,2	6,5	6,4
Dinamarca	9,2	9,1	7,8	7,7
Finlandia	7,4	7,5	5,7	5,9
França	11,0	11,1	8,7	8,9
Alemanya	10,6	10,7	8,1	8,2
Grècia	9,6	10,1	4,3	4,3
Hongria	8,1	8,0	5,7	6,4
Islandia	10,0	9,5	8,3	7,9
Irlanda	7,5	7,5	5,8	5,8
Italia	8,7	8,9	6,6	6,8
Japó	8,0	8,0	6,6	6,6
Corea	5,5	6,0	2,9	3,2
Luxemburg	8,3	8,0	7,5	7,5
Mèxic	6,5	6,4	3,0	2,9
Països Baixos	9,2	9,2	5,7	5,7
Nova Zelanda	8,6	9,0	6,7	7,0
Noruega	9,7	9,1	8,1	7,6
Polònia	6,2	6,2	4,3	4,3
Portugal	9,8	10,2	7,0	7,4
República Eslovaca	7,2	7,1	5,3	5,3
Espanya	**8,1**	**8,2**	**5,7**	**5,9**
Suecia	9,1	9,1	7,7	7,7
Suïssa	11,5	11,6	6,8	6,9
Turquia	7,7	7,6	5,6	5,4
Regne Unit	8,1	8,3	6,9	7,2
Estats Units	15,2	15,3	6,8	6,9
OCDE	**8,9**	**9,0**	**6,4**	**6,5**
UE-15	**9,1**	**9,2**	**6,9**	**6,9**

Estimació del 2005 a partir de les dades del 2004.
Font: ECO-SALUD OCDE 2006, juliol de 2007.

359. Si s'observa la despesa sanitària total sobre el PIB als països de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE), es pot apreciar com Espanya se situa per sota de la mitjana dels països de l'entorn immediat. Concretament, pel que fa a la despesa sanitària total, es troba 1 punt per sota de la mitjana dels països de la UE-15 (8,2% enfront del 9,2%); i 1 punt per sota de la mitjana d'aquests mateixos països pel que fa a despesa sanitària pública (5,9% enfront del 6,9%).

360. Les comunitats autònomes amb renda elevada tenen una despesa de salut sobre el PIB inferior a la mitjana. Catalunya se situa en el quart lloc per la cua, amb el 4,3% del PIB destinat a pressupost sanitari, per sota del 5,5% de mitjana (figura 136).

Figura 136. Pressupost de salut sobre el PIB de les comunitats autònomes, 2006



Font: Ministeri de Sanitat i Consum: "Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2003-2006)". Institut Nacional d'Estadística (INE): "Contabilidad Regional de España".

7.2. L'anàlisi del pressupost sanitari per serveis i malalties

361. El pressupost consolidat Servei Català de la Salut/ICS corresponent a l'any 2006 va ser de 7.777, 75 milions d'euros. Aquest pressupost es divideix en tres apartats segons si les partides són assistencials o no i, entre les assistencials, si són assignables o no (taula 79).

Taula 79. Pressupost consolidat Servei Català de la Salut/ICS 2006 per línies de serveis

Partides assignables	Milers d'euros
Equips d'Atenció Primària	1.163.932
Farmacia	1.671.609
Atenció hospitalària	3.136.684
Atenció Insuficiència Renal	78.780
MHDA	451.757
Sociosanitari	240.524
Salut Mental	225.580
Total	6.968.866
Partides no assignables	**Milers d'euros**
Prestacions Complementàries	43.815
Oxigenoteràpia	26.828
Rehabilitació	29.683
Altres serveis d'Atenció Especialitzada	68.135
Transport sanitari i emergències Mèdiques	297.400
Total	465.861
Partides no assistencials	**Milers d'euros**
Recerca biomèdica	2.019
Administració	111.331
Inversions	229.671
Total	343.021
Total	**7.777.748**

Font: Servei Català de la Salut.

362. La distribució del pressupost segons la classificació internacional de malalties 9a. revisió (CIM-9) assenyala que el pressupost sanitari català es concentra en els grups malalties del sistema circulatori, trastorns mentals, neoplàsies, malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits, i malalties de l'aparell respiratori, que expliquen en conjunt un 53,1% del total (taula 80).

Taula 80. Pressupost consolidat Servei Català de la Salut/ICS 2006 distribuït segons la CIM-9

Classificació segons la CIM-9		Milers €	%
VII	Malalties del sistema circulatori	968.556	15,06
V	Trastorns mentals	682.281	10,61
II	Neoplàsies	641.276	9,97
VI	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	569.118	8,85
VIII	Malalties del sistema respiratori	552.329	8,59
X	Malalties del sistema genitourinari	439.442	6,83
XVII	Lesions i emmetzinaments	439.208	6,83
IX	Malalties del sistema digestiu	413.453	6,43
XIII	Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu	354.785	5,51
III	Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	306.575	4,77
I	Malalties infeccioses i parasitàries	257.613	4,00
XVI	Signes, símptomes i estats morbosos mal definits	250.779	3,90
XI	Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	221.883	3,45
IV	Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	139.136	2,16
XII	Malalties de la pell i del teixit subcutani	105.932	1,65
XV	Afeccions perinatals	69.935	1,09
XIV	Anomalies congènites	21.109	0,33
	Total	**6.433.412**	**100,00**

Font: Departament de Salut. Estudis d'Economia de la salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona, 2006.

363. Aquesta distribució és coherent amb els problemes de salut més freqüents que afecten la població catalana, els quals, d'acord amb la informació disponible sobre mortalitat i morbiditat, se centren en les malalties cardiovasculars, els tumors, la salut mental, les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits i les malalties respiratòries.

364. Comparant la distribució de la despesa sanitària segons grups diagnòstics en alguns dels països desenvolupats s'observen certes similituds. Les malalties del sistema circulatori ocupen el primer lloc a Catalunya, França i el Canadà, i el segon al Regne Unit. Els trastorns mentals se situen en la primera posició al Regne Unit i en segon lloc a Catalunya, França i el Canadà. El tumors ocupen el tercer lloc a Catalunya i Regne Unit. Pel que fa a les malalties del sistema nerviós i les del sistema respiratori —que

ocupen el quart lloc a Catalunya—, se situen en posició desigual als altres països (taula 81).

Taula 81. Percentatge de despesa atribuïda a cada grup diagnòstic per països, entorn de l'any 2000.

	Catalunya (2006)	Regne Unit (2004-2005)	França (2002)	Canadà (1998)
Malalties del sistema circulatori	15	11	13	15
Trastorns mentals	11	14	11	10
Neoplàsies	10	7	8	5
Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits*	9	3	4	6
Malalties del sistema respiratori	9	6	8	8

* Regne Unit i França desglossen a part els òrgans dels sentits.
Font: NHS i Departament de Salut, 2006.

365. L'assignació pressupostària a cada línia de servei depèn de l'ús que en fan les diferents categories diagnòstiques (taula 82). D'una banda, les categories complicacions de l'embaràs, part i puerperi, anomalies congènites i afeccions perinatals es concentren en l'atenció especialitzada, superant el 80%, i, d'altra banda, no arriben al 20% en atenció especialitzada les malalties infeccioses i parasitàries, que es tracten principalment amb atenció farmacològica, i les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, que s'atenen des de l'atenció primària. Quan a l'atenció primària, el pes que té aquesta línia de serveis en cada malaltia és molt desigual, amb uns extrems que se situen entre un mínim del 0,4% de les afeccions perinatals i un màxim del 47% de les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques. I pel que fa a l'atenció farmacològica, el ventall oscil·la de l'1,0% de les afeccions perinatals fins al 65,9% de les malalties infeccioses i parasitàries (taula 83 i figura 137).

Taula 82. Assignacions realitzades en la distribució del pressupost consolidat del Servei Català de la Salut/ICS. Catalunya, 2006

Atenció especialitzada	Atenció primària	Atenció farmacològica
+ Atenció Insuf. Renal	+ Equips d'Atenció Primària	+ Farmàcia
+ At. Hospitalària	+ Transport sanitari i em. Med	+ MHDA
+ Vida als anys	+ 31,4 % Salut Mental	
+ 68,6 % Salut Mental	+ Prestacions complementàries	
+ Oxigenoteràpia		
+ Rehabilitació		
+ Altres serveis AE		

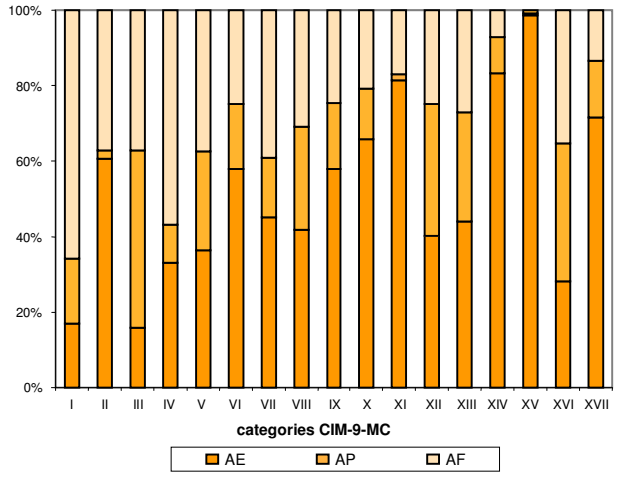
Font: Estudis d'Economia de la salut. Departament de Salut.

Taula 83. Pes relatiu de cada línia de servei en l'atenció a les malalties. Catalunya, 2006

Classificació segons la CIM-9	AE	AP	AF	Total
	% sobre la categoría			
I Malalties infeccioses i parasitàries	17,0	17,1	65,9	100,0
II Neoplàsies	60,5	2,4	37,1	100,0
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques	15,7	47,0	37,3	100,0
IV Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	33,0	10,1	56,9	100,0
V Trastorns mentals	36,3	26,2	37,5	100,0
VI Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits	58,0	17,1	24,9	100,0
VII Malalties del sistema circulatori	45,0	16,1	39,0	100,0
VIII Malalties del sistema respiratori	41,8	27,2	30,9	100,0
IX Malalties del sistema digestiu	58,0	17,4	24,5	100,0
X Malalties del sistema genitourinari	65,8	13,4	20,8	100,0
XI Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	81,3	1,8	16,9	100,0
XII Malalties de la pell i del teixit subcutani	40,1	35,0	24,9	100,0
XIII Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu	44,0	28,9	27,1	100,0
XIV Anomalies congènites	83,4	9,5	7,1	100,0
XV Afeccions perinatals	98,6	0,4	1,0	100,0
XVI Signes, símptomes i estats morbosos mal definits	28,1	36,6	35,2	100,0
XVII Lesions i emmetzinaments	71,5	15,3	13,3	100,0
Total	**49,0**	**19,2**	**31,8**	**100,0**

AE: atenció especialitzada; AP: atenció primària i AF: atenció farmacològica.
Font: Estudis d'Economia de la salut. Departament de Salut.

Figura 137. Distribució percentual per categories CIM-9. Catalunya, 2006



AE: atenció especialitzada; AP: atenció primària i AF: atenció farmacològica.
Font: Estudis d'Economia de la salut. Departament de Salut.

7.3. Els costos socials de la malaltia

366. L''aproximació als costos socials de la malaltia ha estat possible mitjançant un estudi específic que ha permès estimar l'impacte no sanitari que les malalties i els accidents han ocasionat en l'economia catalana l'any 2004[72]. Aquest estudi centra l'anàlisi en les partides per a les quals es disposa d'informació fiable per poder realitzar una aproximació ajustada de l'impacte econòmic més enllà de la despesa sanitària. És a dir, mesura la pèrdua de producció o costos indirectes associats a la mortalitat prematura i a la morbiditat (incapacitat permanent i incapacitat temporal).

367. El principal resultat obtingut és un cost no sanitari equivalent a 7.433 milions d'euros l'any 2004, dels quals 1.682 milions d'euros corresponen a la producció perduda com a conseqüència de la mortalitat prematura; 3.467 milions a la producció perduda per discapacitats permanents, i 2.283 milions a la producció perduda per discapacitats temporals. Aquest estimació de producció perduda representa el 4,7% del PIB de Catalunya de 2004 i és superior al pressupost sanitari públic de Catalunya del mateix any, que va ser de 6.502 milions d'euros.

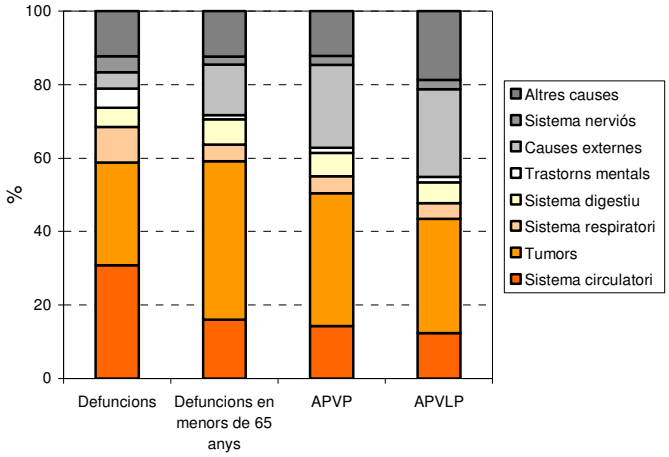
[72] Oliva J. Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades en Cataluña en el año 2004. FEDEA.

368. En el cas dels costos associats a la mortalitat prematura, es disposa de suficient informació per estimar la distribució del cost entre els diferents grups de malalties. Per contra, en el cas de la incapacitat permanent i la incapacitat temporal, la informació existent no ha permès estudiar la distribució entre grups de malalties amb dades de l'any 2004.

369. Les morts prematures es concentren en dos grups de malalties, els tumors i les malalties cardiovasculars, des de la perspectiva de l'impacte econòmic no sanitari, i hi ha un tercer grup al qual cal prestar gran atenció, el de les causes externes de mortalitat. Així, encara que aquestes representen únicament un 4,5% de les morts, la xifra augmenta al 13,8% quan es consideren morts prematures, al 22,5% en tenir en compte els anys potencials de vida perduts, i al 23,9% pel que fa als anys potencials de vida laboral perduda. L'impacte econòmic més elevat de les pèrdues de producció es deu als tumors, seguits de prop de les causes externes de mortalitat i, a major distància, de les malalties cardiovasculars (figura 138).

370. La literatura internacional assenyala el fort impacte que representen les malalties del sistema osteomuscular i del teixit conjuntiu en la discapacitat permanent i temporal, fet no analitzable per a Catalunya amb la informació disponible.

Figura 138. Indicadors derivats de les defuncions segons la causa de la mort. Catalunya, 2004



Vegeu Annex 5.
Font: Elaboració Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, Departament de Salut i Registre d'incapacitats laborals permanents i transitòries de l'Institut Nacional de la Seguretat Social.

8. Les diferències i les desigualtats en salut

En una societat existeix desigualtat en salut quan no totes les persones que la integren tenen les mateixes oportunitats d'assolir el màxim estat de salut o benestar possible. En aquest sentit, no es consideren desigualtats en salut les diferències biològiques entre les persones o les derivades de diferents comportaments o estils de vida, sempre que aquests responguin a decisions lliures. En canvi, es consideren desigualtats aquelles diferències en salut provocades per condicions de vida o comportaments perjudicials per a la salut, en un context de llibertat individual restringida, o per diferències en l'accés o la qualitat dels recursos sanitaris i altres serveis públics.

Els perfils sociodemogràfics, l'estructura econòmica i del mercat laboral, el rol de les famílies i, finalment, les polítiques condicionen la distribució dels recursos, les capacitats i les condicions de vida entre les persones, i conseqüentment l'estratificació social.

Els eixos principals de desigualtat derivats de les diferències entre grups són el gènere, l'edat, la classe social i el territori. La vulnerabilitat de les persones creix a mesura que es situen en una situació desfavorable sobre un nombre més elevat d'eixos de desigualtat.

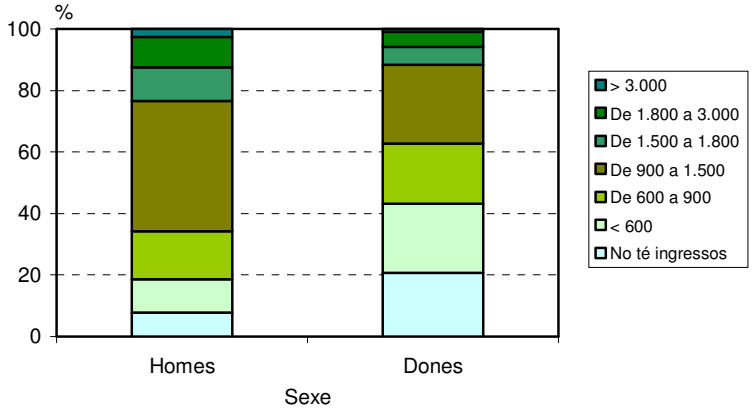
Els apartats següents recullen i analitzen les diferències i les desigualtats socials i en salut de la població catalana, que en els diferents capítols de l'anàlisi de situació del Pla de salut s'han treballat de forma transversal.

8.1. El gènere

371. Homes i dones presenten diferències de salut lligades a factors socials i de l'entorn, condicionant, no només el seu estat de salut real, sinó també la forma de percebre'l i avaluar-lo.

372. En general, les dones presenten més envelliment absolut i relatiu i un risc de pobresa superior als homes com a conseqüència dels menors nivells d'ingressos i la major precarietat en l'accés al mercat laboral. A més, la població femenina presenta més heterogeneïtat interna que la masculina tant pel que fa a renda com a condicions laborals (figura 139).

Figura 139. Nivell d'ingressos nets mensuals, en euros, per sexe. Catalunya, 2006



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

373. Pel que fa a la distribució per classe social, les dones es concentren en major proporció que els homes en els grups III, IVb i V, mentre que els homes predominen més en el grup IVa. Les classes més afavorides (grups I i II) presenten percentatges similars d'homes i de dones.

374. Les responsabilitats familiars, com ara tenir cura dels fills, de les persones grans i de les persones problemes de dependència, així com les conseqüències de conciliar la vida familiar i laboral, no afecten de la mateixa manera els dos sexes, i sobretot recauen en les dones, que disposen de menys temps per al descans i l'oci que els homes.

375. En relació amb els estils de vida, els homes acostumen a realitzar qualsevol activitat física amb més freqüència i intensitat que les dones. Tanmateix, declaren en major proporció ser fumadors (tot i que entre els joves d'ambdós sexes s'equiparen els nivells) i conductes de risc respecte al consum d'alcohol.

376. Quant a les activitats preventives, com ara la mesura de la pressió arterial o colesterol, la proporció de dones que les realitzen és superior a la dels homes.

377. Les dones tenen l'esperança de vida més elevada, però tant l'esperança de vida en bona salut com l'esperança de vida lliure de discapacitat és superior en els homes. Les dones presenten més prevalença de trastorns crònics, discapacitats, més probabilitat de patir mala salut mental i més limitacions per la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana a totes les edats (excepte en la població de 0-

14 anys). L'autovaloració de l'estat de salut és pitjor entre les dones que entre els homes.

378. Respecte a mortalitat, els homes presenten més mortalitat prematura a totes les edats, en bona part per raons associades a rols de gènere (accidents de trànsit, accidents laborals, TM pulmó i malalties isquèmiques del cor).

379. En els darrers anys s'ha posat de manifest que les dones pateixen en major proporció que els homes alguns dels principals problemes emergents de salut, com són l'anorèxia i la bulímia, l'estrès per haver de compatibilitzar la vida laboral i familiar o les demències.

380. Quant a la cobertura sanitària, els homes disposen en major proporció de doble cobertura sanitària, mentre que les dones grans són les que en tenen menys.

381. En la utilització dels serveis sanitaris, les dones fan més visites a l'atenció primària, als especialistes i als centres de salut mental i consumeixen més medicaments, mentre que els homes ingressen en major proporció als hospitals, excloent-ne els ingressos relacionats amb l'embaràs i el part. Els serveis sociosanitaris són utilitzats majoritàriament per dones, excepte les unitats de cures pal·liatives, on els episodis d'homes superen als de dones, i els equips PADES, amb un ús pràcticament paritari.

382. Entre els anys 1994 i 2006, amb independència del signe de l'evolució general dels resultats en salut per a cada un dels sexes, s'observa una tendència similar en l'evolució mitjana dels homes i les dones, cosa que implica un manteniment de les desigualtats preexistents en salut. Tanmateix, respecte als estils i les condicions de vida, és fa palesa una certa convergència en determinats aspectes, sobretot en la població jove.

Taula 84. Principals diferències entre ambdós sexes en relació amb determinants de la salut, estils de vida, estat de salut i utilització dels serveis. Catalunya, 2006

Dimensió	Homes	Dones
Condicionants socioeconòmics de la salut	- Nivells d'estudis més elevats, excepte en població jove - El nivell d'estudis determina en menor mesura la incorporació en el mercat laboral - La immigració és més masculina que femenina, sobretot la procedent de països africans - Es concentren en major proporció en la categoria de treballadors manuals qualificats (IVa)	- Més envelliment i sobreenvelliment - Més risc de pobresa a totes les edats, especialment en edats més avançades i en dones que viuen soles - Nivells d'estudis més elevats en població jove - Més precarietat laboral (més atur, més temporalitat, pitjors salaris i més dificultats de promoció) - Més heterogeneïtat interna en nivell d'estudis, condicions laborals i de renda - Més responsabilitats familiars: domèstiques, de l'educació dels fills, de cura de la gent gran i de persones dependents - Es concentren en major proporció en els quadres de comandament intermedis i administratius (grup III), així com en les classes socials més desfavorides (grups IVb i V)
Estils de vida	- Realitzen més activitat física a totes les edats - Més prevalença de sobrepès i d'obesitat - Més proporció de fumadors habituals - Més prevalença de consum de risc d'alcohol i d'altres drogues - La conducció de risc és més habitual en homes que en dones	- Més risc d'infrapès - Les dones joves convergeixen en consum de tabac amb els homes de la seva mateixa edat - Realitzen més pràctiques preventives
Estat de salut	- Pateixen més malalties greus o fatals i tenen una esperança de vida menor - Causes de mortalitat més relacionades amb estils de vida - Més mortalitat prematura i evitable - Valoren més positivament la seva salut - Més proporció d'accidentalitat general en edats joves. A totes les edats, presenten més accidentalitat laboral i relativa a accidents de trànsit	- Esperança de vida més elevada - Pitjor percepció de la salut i de la qualitat de vida - Pateixen en major proporció problemes crònics i discapacitats - Risc superior de mala salut mental - Pitjors resultats en qualitat de vida relacionada amb la salut, amb un augment de les diferències entre homes i dones en els grups de més edat - Problemes de salut i socials emergents, com ara trastorns de l'alimentació, violència de gènere, embarassos no desitjats, estrès arran de la conciliació laboral i familiar o l'Alzheimer, afecten amb més intensitat les dones que els homes - Restringeixen l'activitat habitual més freqüentment per raons de salut - Més proporció d'accidentalitat general entre les dones grans en relació amb els homes del mateix grup d'edat
Utilització dels serveis sanitaris	- Més doble cobertura sanitària - Taxes d'hospitalització superiors, si s'exclouen les hospitalitzacions relacionades amb l'embaràs i el part - Ús més elevat dels serveis d'hospitalització psiquiàtrica	- Les dones grans tenen percentatges més baixos de doble cobertura - Més proporció de dones realitza visites a professionals sanitaris - Ús més generalitzat de l'atenció primària, dels serveis ambulatoris de salut mental i dels serveis sociosanitaris - Més consum de medicaments

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya i de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006 i del CMBD AH 2005. Departament de Salut.

8.2. El territori

El territori és l'àmbit on es concreten els diferents aspectes relatius a l'entorn quotidià de les persones, com són les condicions de vida, les oportunitats socials o el tipus d'assistència social i sanitària a què tenen accés. Per aquest motiu, l'anàlisi de les desigualtats territorials, tant en termes socials com de salut, és un dels eixos bàsics de la planificació sanitària.

A Catalunya, a partir dels anys setanta del darrer segle i sobretot en el segle actual, s'observa la consolidació d'un nou model territorial que ha tendit a homogeneïtzar les característiques sociodemogràfiques i els patrons de condicions i estils de vida i d'ús dels serveis entre els diferents territoris, alhora que creix la seva heterogeneïtat interna[73]. Aquesta evolució posa de manifest la necessitat de l'anàlisi local com a complementari a l'anàlisi de diferències entre territoris més grans.

A fi de copsar la complexitat de les relacions entre els diferents àmbits territorials i la seva vinculació amb els resultats en salut, el Pla de salut planteja una anàlisi a diferents nivells territorials referent als principals determinants de la salut i indicadors d'utilització dels serveis sanitaris (conjunt bàsic de 60 indicadors per a l'anàlisi territorial del Pla de salut)[74] . Els nivells territorials considerats[75] són el nacional (Catalunya), les regions sanitàries (RS) i els governs territorials de salut (GTS). Les dimensions en què es classifiquen els indicadors són: la situació sociodemogràfica dels territoris, els estils de vida, l'estat de salut i, finalment, la utilització dels serveis (taules 82 i 83).

Les conclusions de l'estudi de desigualtats territorials es refereixen exclusivament als àmbits territorials (regions sanitàries i governs territorials de salut) i a les variables analitzades. Per tant, no permeten extrapolar l'existència o la inexistència de desigualtats en àmbits territorials més locals o en altres aspectes socials o relatius a la salut no observats en l'estudi, que caldria abordar mitjançant la realització de treballs específics.

Els principals resultats de l'anàlisi territorial són els següents:

383. **La situació sociodemogràfica**. L'àmbit rural presenta més envelliment i sobreenvelliment poblacional, però el major nombre de persones d'edat avançada es concentra en àrees urbanes. Igualment, l'arribada de població estrangera s'ha distribuït de forma desigual en el territori català, tant en termes nominals com d'acord amb criteris de sexe, nacionalitat d'origen o tipus de projecte migratori. Així doncs, mentre que en nombres absoluts l'efecte de la immigració es concentra sobretot a

[73] Alabart A, i Vilà G. Territori i estructura social a Catalunya. A: Montagut T, coordinadora. Societat catalana 2007. Barcelona: Associació Catalana de Sociologia. Institut d'Estudis Catalans; 2007. p. 177-201.
[74] Disseny dels indicadors basat, d'una banda, en els projectes *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 1999-2004* i *Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris* (Servei del Pla de Salut. Departament de Salut); i, de l'altra, en el projecte *Desigualtats en l'acompliment dels serveis sanitaris a Catalunya* (Departament de Salut, Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona).
[75] La divisió territorial emprada correspon a la que es proposa en el document *Projecte de mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública* (Unitat del Mapa Sanitari Sociosanitari i de Salut Pública. Departament de Salut).

Barcelona i els voltants, en termes relatius la proporció d'immigrants sobre població total és més elevada a les regions sanitàries Girona o Terres de l'Ebre.

384. Els territoris amb un percentatge més elevat de persones grans que viuen soles són normalment zones amb una escassa presència de gent jove o a les grans ciutats. Les regions sanitàries Alt Pirineu i Aran (21,3%), Lleida (20,6%) i Barcelona (20,1%) són les que presenten en major proporció d'aquest fenomen.

385. En relació amb el nivell d'estudis, si bé en les darreres dècades s'ha produït una convergència territorial important, l'àmbit rural encara registra nivells inferiors a l'urbà, sobretot pel pes que tenen les persones d'edat avançada. Alhora, s'observa com els territoris amb una major proporció de població amb baix nivell d'estudis també concentren més població de classes socials més desafavorides. Però, paradoxalment no són els territoris amb més població amb alts nivells d'estudis els que presenten un menor pes de les classes més desfavorides, atès que en aquests territoris sol haver-hi més heterogeneïtat social.

386. **Els estils de vida**[76]. Tot i que no existeixen patrons geogràfics ben definits respecte als estils de vida, sí que s'observen generalment millors resultats en els territoris del nord de Catalunya. S'observa també que els territoris amb estils de vida més saludables presenten generalment resultats superiors a la mitjana de Catalunya en alguna de les característiques següents: nivell d'envelliment, feminització, nivell d'estudis elevats o proporció de classes socials benestants i mitjanes.

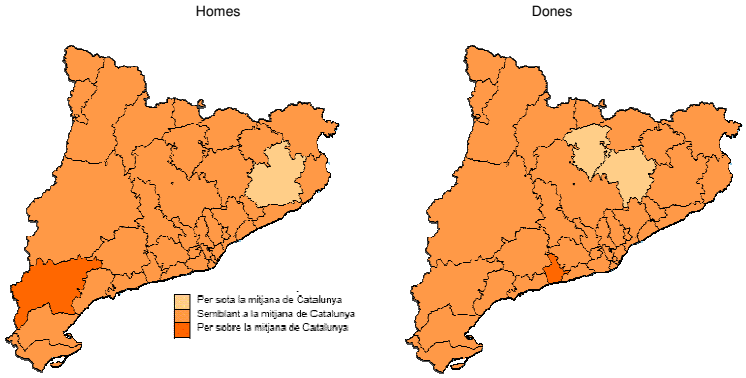
387. En referència als principals indicadors d'estils de vida —sedentarisme, tabaquisme i consum de risc d'alcohol—, els GTS que presenten generalment resultats per sobre de la mitjana de Catalunya són Osona, Alt Empordà, Alt Maresme- Selva Marítima i Maresme. Els GTS amb resultats per sota de la mitjana de Catalunya en aquests indicadors són Alt Penedès, Baix Camp, Altebrat, Tarragonès, tots els GTS del Baix Llobregat (sobretot el Litoral), Baix Empordà i Anoia. El GTS Barcelona presenta valors similars a la mitjana catalana en tabaquisme i consum de risc d'alcohol, però més desfavorables en sedentarisme.

[76] Les dades relatives a estils de vida utilitzades per a l'anàlisi excepte les referents a cobertura en mamografies periòdiques, han estat estandarditzades per edat a fi d'evitar que les diferents estructures etàries dels territoris esdevinguin un factor de confusió.

388. En consum de tabac, Osona i Berguedà mostren prevalences especialment reduïdes, concretament per la baixa proporció de consum femení, tot i que el percentatge d'homes fumadors també se situa per sota la mitjana catalana. A l'altre extrem, els territoris amb una major proporció de població fumadora són, d'una banda, els GTS Baix Camp i Altebrat, sobretot per l'alt percentatge de consum masculí, i, de l'altra, tots els GTS del Baix Llobregat, Penedès i Tarragonès, amb proporcions particularment elevades entre dones de les zones del Penedès i el Garraf.

389. En consum de risc d'alcohol, el patró nord-sud no es compleix. Són les regions sanitàries Girona i Alt Pirineu i Aran les que presenten resultats per sobre de la mitjana de Catalunya, i particularment els GTS Baix Empordà, Gironès, Pla de l'Estany i Selva Interior, Alta Ribagorça i Cerdanya els que registren una major proporció de població amb consum de risc. El consum de risc d'alcohol s'ha relacionat amb rols de gènere, fet que explica el consum més reduïts en territoris amb més feminització, com les regions sanitàries Catalunya Central o Terres de l'Ebre. També s'observa una possible relació entre consum d'alcohol i aïllament geogràfic.

Mapa 10. Població de 15 anys i més que declara ser fumadora, per sexe. Catalunya 2006



Dades estandarditzades per edat.

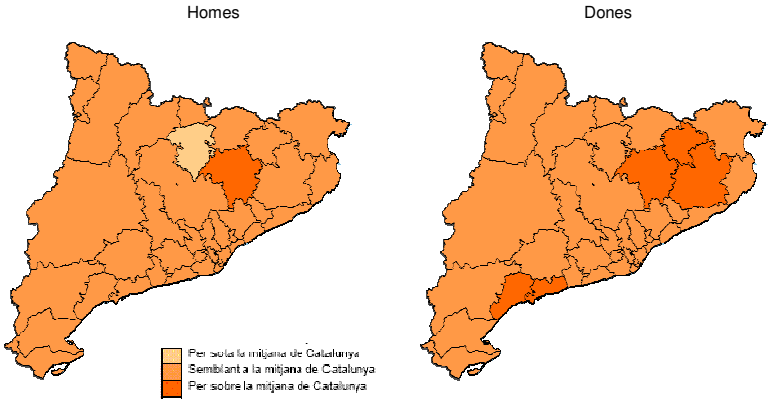
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

390. No s'observen diferències territorials significatives en relació amb la realització de pràctiques preventives periòdiques, tot i que apareixen resultats per sota la mitjana catalana en mesura de la pressió arterial als GTS Berguedà, Baix Llobregat Centre-Fontsanta i Baix Llobregat Litoral, i en control del colesterol a la Regió Sanitària Lleida. Pel que fa a la realització de la mamografia amb caràcter preventiu, les diferències territorials no són significatives, mentre que pel que fa a la citologia s'observa més

variabilitat. Les diferències entre territoris en la proporció de dones que declara fer la citologia periòdica s'expliquen en part per les desiguals estructures etàries dels territoris. Així, als territoris amb més proporció més gran de dones joves generalment es registra un nivell més alt de declaració. Però paradoxalment, alguns GTS com Baix Vallès, Vallès Oriental Central, Tarragonès, Baix Camp, Alt Penedès o Osona, tots ells amb nivells d'envelliment similars o inferiors a la mitjana de Catalunya, registren nivells de declaració també inferiors a la mitjana en realització de la citologia, mentre que altres GTS amb més envelliment, com ara Garrotxa o Barcelona, presenten índexs més elevats de declaració.

391. **L'estat de salut**[77]: En relació amb la percepció de l'estat de salut, un cop controlat l'efecte de l'edat, els territoris del centre i nord centre (Bages-Solsonès, Berguedà, Ripollès i Cerdanya) i, d'altra banda, els GTS del voltant de Barcelona —exceptuant-ne la ciutat— i sobretot els costaners (Barcelonès Nord i Baix Maresme, Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord i Baix Penedès) presenten valors inferiors a la mitjana de Catalunya. A les regions sanitàries Girona (excepte Baix Empordà i Ripollès) i Alt Pirineu i Aran i en els GTS Osona i Tarragonès la proporció de persones que declaren bona salut és superior a la mitjana (mapa 11).

Mapa 11. Població de 15 anys i més que declara tenir una salut excel·lent, molt bona o bona, per sexe. Catalunya 2006



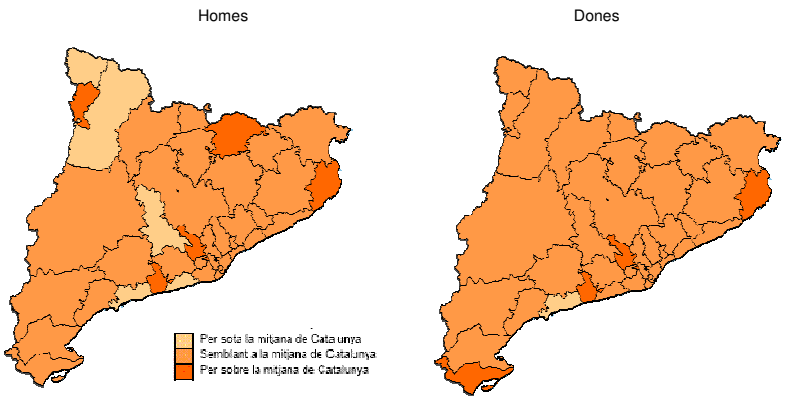
Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

[77] Les dades relatives a estat de salut, trastorns crònics i salut mental utilitzades per a l'anàlisi han estat estandarditzades per edat a fi d'evitar que les diferents estructures etàries dels territoris esdevinguin un factor de confusió, excepte en el cas en que l'indicador no ho requeria.

392. S'observa una prevalença inferior a la mitjana catalana de trastorns crònics a les regions sanitàries Camp de Tarragona i l'Alt Pirineu i Aran, explicades sobretot per la menor prevalença de trastorns crònics en els homes d'aquests territoris, tot i que concretament a la Regió Sanitària Camp de Tarragona les dones també presenten prevalences per sota de la mitjana catalana. La variabilitat territorial, tant en l'àmbit de les RS com dels GTS, és superior en el grup dels homes que entre dones. A escala dels GTS, són Baix Penedès, Baix Empordà i Baix Llobregat Nord, tant per a homes com per a dones, els que presenten percentatges de trastorns crònics superiors. Als GTS Ripollès i Alta Ribagorça només els homes superen la mitjana catalana, i a Montsià, les dones. Al GTS Tarragona, homes i dones declaren en menor mesura patir trastorns crònics, mentre que a Anoia, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Val d'Aran i Barcelonès Nord-Baix Maresme només ho fan els homes. Entre la gent gran —65 anys i més— no s'observen diferències territorials significatives (mapa 12).

393. En risc de mala salut mental, els territoris de l'interior de la Regió Sanitària Girona, que corresponen als GTS Garrotxa, Gironès, Pla de l'estany i Selva Interior i Ripollès, presenten riscos per sota de la mitjana de Catalunya. També els GTS Osona, Berguedà i Pla de Lleida registren resultats per sota de la mitjana de Catalunya. En canvi, la zona centre de Catalunya —exceptuant Berguedà i Osona— i sobretot el GTS Bages-Solsonès, però també Barcelona i voltants i Baix Penedès, presenten pitjors resultats.

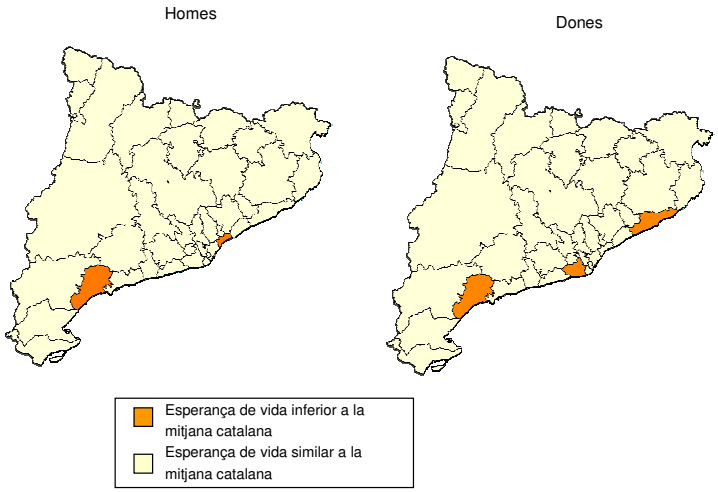
Mapa 12. Població de 15 anys i més que declara patir trastorns crònics, per sexe. Catalunya 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

394. Tot i les diferències observades en relació a les condicions de vida o l'estat de salut, gairebé no es detecten patrons territorials diferenciats en relació amb l'esperança de vida de la població en els nivells territorials analitzats, tanmateix, alguns territoris de la costa presenten una esperança de vida més baixa. Si bé al considerar la diferència en esperança de vida entre els dos sexes és de 6,7 anys, i és més elevada en les dones, al considerar la diferència entre els territoris amb valors més alts i els de valors més baixos és de només dos anys i mig, tant per als homes com per a les dones (mapa 13).

Mapa 13. Esperança de vida en néixer per sexe. Catalunya 1999-2004



Comparació de mitjanes amb significació estadística del 95%.

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les defuncions del Registre de mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Salut, i dels padrons municipals d'habitants de l'Idescat.

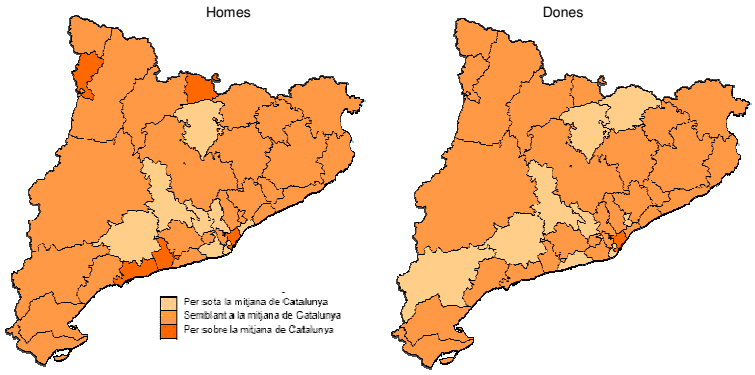
395. En l'anàlisi territorial de la mortalitat i les causes de defunció no es detecten patrons territorials clars, però sí on sistemàticament els valors són superiors a la mitjana de Catalunya. Aquests són: Alt Maresme, per malalties circulatòries i respiratòries, Baix Llobregat Litoral, per malalties circulatòries, respiratòries i càncer, sobretot de pulmó, i Garraf, per malalties circulatòries i per càncer. Els territoris que presenten en general una mortalitat inferior a la mitjana de Catalunya són: Pallars Jussà-Pallars Sobirà, excepte per mortalitat per malalties cerebrovascular, Altebrat, Alt Empordà, Garrotxa, Osona i Barcelona.

396. S'observen valors més elevats de mortalitat per suïcidi a la Regió Sanitària Catalunya Central i, en especial, al GTS Berguedà.

397. La primera causa de mortalitat prematura són els accidents de trànsit. Es detecten diferències territorials molt importants entre la Regió Sanitària Barcelona i la resta de Catalunya, amb una mortalitat molt inferior en aquesta regió, la qual cosa comporta, per compensació, que la mortalitat per aquesta causa sigui comparativament molt elevada a les regions sanitàries Lleida, Alt Pirineu i Aran i Terres de l'Ebre.

398. **La utilització dels serveis**. Declaren nivells de doble cobertura per sobre la mitjana de Catalunya els GTS Baix Penedès, Tarragonès, Barcelona i Alta Ribagorça, tot i que per a la població femenina l'efecte de la doble cobertura es concentra molt a la ciutat de Barcelona. Es declaren per sota de la mitjana de Catalunya de doble cobertura a la Regió Sanitària Catalunya Central i en alguns GTS de la Regió Sanitària Barcelona com és el cas de Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat, Barcelonès Nord i Baix Maresme, Baix Vallès i Vallès Oriental Central. Alt Camp i Altebrat també declaren valors per sota de la mitjana (mapa 14).

Mapa 14. Població de 15 anys i més que declara disposar de doble cobertura sanitària, per sexe. Catalunya 2006

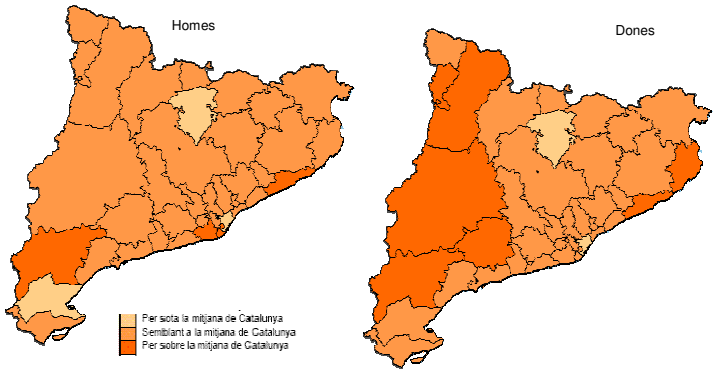


Comparació de mitjanes amb significació estadística del 95%.

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

399. En visites al metge de capçalera, mentre que als GTS Cerdanya, Berguedà, Baix Ebre o Barcelona la proporció de persones que declaren haver visitat el metge de capçalera en el darrer any es troba per sota la mitjana de Catalunya, altres GTS com Altebrat, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Empordà o Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat presenten percentatges al voltant del 80% (mapa 15).

Mapa 15. Població de 15 anys i més que declara haver visitat el metge de capçalera en el darrer any per sexe. Catalunya 2006



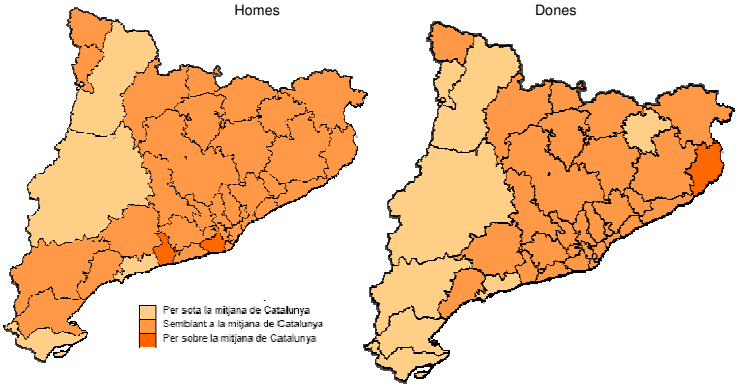
Dades estandarditzades per edat. Comparació de mitjanes amb significació estadística del 95%

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

400. En referència a l'hospitalització, a escala de regió sanitària destaca la taxa d'hospitalització de la població de 15 anys i més de la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, que, tot i estandarditzada per edat, és significativament superior a la mitjana catalana. Quant als GTS, els que mostren taxes d'hopitalització per sobre de la mitjana catalana són Alt Urgell, Cerdanya, Val d'Aran, Alt Camp i Conca de Barberà, Ripollès, Baix Montseny, Barcelonès Nord i Baix Maresme, Baix Vallès i Vallès Occidental Oest. Presenten taxes per sota de la mitjana de Catalunya Pla de Lleida, Baix Ebre, Gironès, Pla de l'Estany i Selva Interior, Osona, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat Nord i Barcelona.

401. En visites a urgències, la zona oest de Catalunya és la que presenta una menor proporció d'aquest tipus de visites, exceptuant el GTS Val d'Aran. També al GTS Garrotxa la proporció de visites declarades és inferior a la mitjana. Els GTS amb un major nombre de persones que han declarat haver visitat urgències en el darrer any són Baix Empordà, Alt Maresme-Selva Marítima, Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat i Baix Llobregat Litoral (mapa 16).

Mapa 16. Població de 15 anys i més que declara haver anat a urgències per motius de salut en el darrer any, per sexe. Catalunya 2006



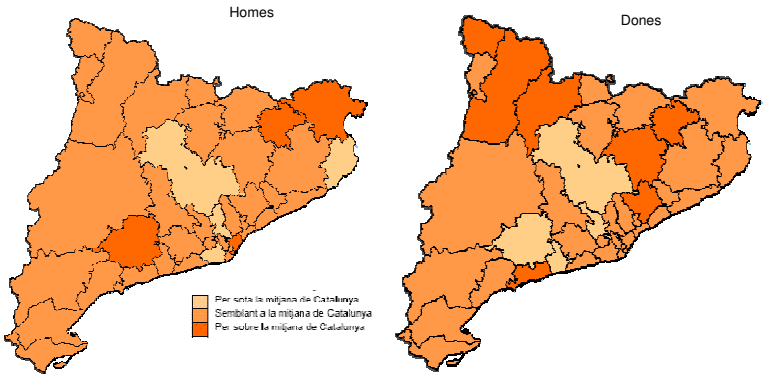
Dades estandarditzades per edat. Comparació de mitjanes amb significació estadística del 95%

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

402. I, finalment, en referència a la satisfacció amb els serveis sanitaris públics utilitzats, en termes generals els territoris del nord de Catalunya i els GTS Barcelona i Tarragonès presenten una proporció més gran de persones satisfetes, mentre que els GTS Baix Empordà, Bages-Solsonès, Anoia, tots els del Baix Llobregat i Baix Penedès mostren un nivell de satisfacció més baix (mapa 17).

403. En resum, arran de l'observació dels resultats territorials en alguns indicadors bàsics d'utilització dels serveis, es constata que, si bé el percentatge de persones que accedeixen als serveis de salut és força homogeni —entre els nivells territorials considerats—, hi ha diferents patrons territorials segons el tipus de serveis utilitzats. La variabilitat territorial és molt reduïda en referència a la proporció de persones que han visitat algun professional sanitari en el darrer any, mentre que les diferències territorials són superiors en visites al metge de capçalera, visites a urgències i consum de medicaments. Pel que fa a les visites al professional d'infermeria, es detecta força variabilitat territorial. Respecte a l'hospitalització, s'observen menys diferències que a l'atenció primària.

Mapa 17. Població de 15 anys que es declara satisfeta o molt satisfeta amb els serveis sanitaris (públics) utilitzats, per sexe. Catalunya 2006



Dades estandarditzades per edat. Comparació de mitjanes amb significació estadística del 95%

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

404. Si comparem els resultats obtinguts en utilització de serveis amb les diferències en salut observades, no es revela l'existència de patrons geogràfics generals fàcilment interpretables —als nivells territorials analitzats— segons els quals determinades parts del territori presenten sistemàticament millors o pitjors resultats en totes les dimensions estudiades o que demostrin l'existència de desigualtats entre territoris determinades per la variabilitat territorial en els patrons d'utilització dels serveis sanitaris. El que no implica que concretament, per a cada una de les dimensions estudiades, no s'observin territoris més o menys afavorits i, en conseqüència, diferències territorials sobre les quals cal aprofundir.

405. La realitat anterior concorda amb la consolidació d'un model territorial que tendeix a homogeneïtzar les condicions mitjanes de vida de la població dels territoris però que, en canvi, incrementa la diversitat intraterritorial. És a dir, en un mateix territori conviuen persones amb condicions de vida molt diferents i, per tant, amb oportunitats desiguals d'assolir un bon estat de salut. Per aquest motiu, l'anàlisi de la realitat dels àmbits territorials micro (poble o barri), que es troba molt lligat a l'estudi de les desigualtats socials, pren importància com a factor explicatiu de les desigualtats en salut.

Taula 85. Diferències territorials[78] dels principals indicadors per regions sanitàries. Catalunya, 2006

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Regions sanitàries							Regió Sanitària Barcelona (3)(4)			
				Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Catalunya central	Alt Pirineu i Aran	Barcelona	Barcelona Est (Alt Maresme, Selva Marítima...)	Barcelona Oest (Alt Penedès, Baix Llobregat...)	Barcelona Nord (Baix Montseny, Vallès)	Barcelona Ciutat
Situació sociodemogràfica														
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	19,2%	15,4%	20,7%	16,3%	18,4%	20,7%	16,7%	15,1%	14,9%	13,9%	20,8%
2	Índex d'envelliment	No	**112,9**	133,5	94,1	150,7	100,4	119,7	144,1	113,2	96,9	95,9	83,0	168,7
3	Índex de sobreenvelliment	No	**12,4%**	14,0%	12,3%	13,0%	12,4%	12,9%	15,9%	12,2%	11,5%	10,6%	11,4%	13,7%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	10,7	12,4	9,2	11,5	11,8	10,1	11,4				
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	44,8	48,4	39,7	45,8	48,4	41,5	44,1				
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	11,7%	11,5%	13,0%	15,1%	8,6%	10,6%	11,1%				
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	42,1%	32,0%	51,0%	41,0%	40,3%	37,5%	32,6%	40,0%	34,4%	35,8%	25,7%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	14,5%	15,4%	10,1%	13,8%	12,1%	15,0%	18,1%	13,6%	13,9%	13,9%	26,2%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	13,4%	15,4%	15,8%	10,5%	12,5%	11,2%	12,8%	13,3%	12,7%	12,1%	13,3%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	7,5%	7,5%	7,4%	8,4%	6,8%	10,8%	7,7%	7,4%	5,9%	6,6%	10,0%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	20,6%	14,9%	17,9%	17,2%	16,2%	21,3%	20,1%	17,5%	15,6%	19,9%	23,4%
Estils de vida														
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	29,0%	31,2%	31,4%	26,2%	27,7%	30,4%	29,7%	30,0%	32,2%	29,8%	27,5%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	4,5%	5,1%	5,1%	6,1%	3,7%	6,2%	4,3%	3,1%	4,7%	4,5%	4,5%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	21,7%	25,5%	22,5%	18,9%	22,7%	17,5%	24,7%	23,2%	23,6%	23,5%	26,9%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	49,4%	45,1%	51,1%	47,4%	49,3%	46,5%	46,3%	45,8%	45,0%	42,7%	50,0%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	44,2%	49,0%	51,7%	50,9%	52,2%	49,9%	53,1%	50,8%	53,2%	50,3%	56,1%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	91,8%	82,9%	90,2%	87,3%	89,4%	85,1%	84,6%	79,1%	84,1%	85,7%	86,7%
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	48,7%	53,6%	49,2%	63,6%	45,9%	56,0%	59,6%	60,5%	61,6%	58,9%	58,4%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	75,0%	73,6%	73,6%	72,8%	70,8%	69,9%	71,2%	73,3%	70,3%	72,2%	70,5%
Estat de salut														
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	79,8	79,5	80,1	80,1	80,2	80,7	80,2				
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	77,6%	79,6%	77,1%	77,3%	76,1%	77,2%	74,6%	73,9%	74,7%	76,3%	73,8%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	74,9%	73,1%	80,1%	79,4%	77,4%	74,2%	77,7%	75,3%	78,3%	74,2%	80,9%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	15,4%	17,7%	17,9%	24,4%	17,0%	13,7%	17,2%	16,5%	15,6%	15,5%	20,0%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	15,41%	17,59%	16,25%	15,15%	16,75%	16,06%	17,34%	16,87%	16,35%	16,53%	18,88%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	100,9	103,8	100,0	98,9	100,5	94,9	99,7	103,6	104,2	101,1	95,8
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	108,8	99,9	103,9	100,9	97,9	95,8	99,3	100,5	108,1	99,4	94,8
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	105,0	95,5	88,0	102,9	91,2	84,2	101,5	100,2	107,9	99,7	99,7
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	115,0	103,9	118,7	96,8	102,4	109,3	97,4	98,7	103,5	102,2	92,4
29	IME Càncer	EI	**100,0**	96,2	98,1	87,7	99,9	100,1	93,8	101,2	103,0	101,2	100,6	100,7
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	86,6	91,5	74,3	95,3	91,0	71,1	105,1	111,2	104,4	108,1	101,8
31	IME TM mama	EI	**100,0**	91,5	97,4	100,5	101,3	95,4	93,1	101,3	96,8	96,4	91,6	110,3
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	112,3	106,9	97,8	90,5	97,0	110,5	99,8	110,6	97,8	103,1	96,1
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	113,2	109,6	91,5	102,2	120,9	109,4	95,9	87,3	102,9	99,1	93,0
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	206,6	146,3	160,2	127,6	128,6	161,7	78,5	78,0	80,1	99,6	63,2
Utilització dels serveis sanitaris														
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	26,1%	26,1%	25,8%	23,8%	20,0%	30,4%	27,3%	23,2%	21,0%	24,1%	36,2%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	89,0%	87,2%	83,8%	89,0%	84,5%	89,1%	87,6%	88,5%	90,0%	85,8%	86,6%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	22,7%	16,1%	15,4%	22,7%	16,6%	17,1%	25,1%	24,8%	26,8%	22,7%	25,8
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	76,4%	72,4%	70,0%	72,9%	70,3%	73,2%	72,1%	75,7%	76,1%	70,8%	68,3%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	30,8%	22,9%	18,7%	17,7%	15,6%	15,4%	16,5%	19,1%	18,7%	14,8%	14,9%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	42,0%	42,9%	34,5%	50,9%	36,1%	46,2%	46,5%	45,8%	45,8%	45,5%	48,0%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	4,2	4,9	6,2	3,8	4,2	5,5	4,3	4,4	4,3	4,3	4,2
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	85,4%	79,5%	83,1%	95,1%	90,5%	89,3%	92,7%	93,3%	95,6%	92,3%	90,4%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	**57,4%**	62,3%	45,3%	52,6%	59,5%	69,8%	63,3%	55,5%	55,5%	52,6%	58,5%	59,3%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	86,7%	74,8%	78,0%	71,1%	81,4%	82,3%	78,0%	77,7%	75,8%	79,2%	79,0%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	7,5%	5,9%	5,5%	14,5%	8,6%	5,3%	9,6%	7,9%	9,3%	7,7%	12,1%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	59,0%	57,9%	60,0%	57,5%	57,2%	57,9%	62,8%	59,7%	63,1%	59,0%	66,8%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	93,9	101,5	98,7	99,3	101,4	114,2	97,4	114,7	102,4	110,5	79,2
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	No	**66,0**	79,3	86,5	73,4	58,4	64,8	73,6	59,3	61,8	63,6	62,3	50,7
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	9,8%	8,4%	7,7%	10,3%	8,5%	8,7%	9,0%	9,9%	7,4%	7,8%	10,8%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	2,8	2,4	1,8	3,0	3,0	2,0	3,1	3,1	3,0	2,9	3,3
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	7,1	6,7	12,3	9,5	15,5	15,1	7,4	9,2	10,2	7,3	5,5
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	8,1	13,0	13,2	17,3	25,2	15,9	13,0	13,0	10,3	21,0	10,5
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	0,4	15,5	14,8	15,9	0,9	0,4	13,2	20,0	11,2	15,5	10,8
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	22,6	10,1	15,6	6,5	11,6	6,0	7,0	7,9	8,3	9,0	5,0
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	43,1%	47,5%	69,4%	(a)	58,8%	(a)	61,3%				
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	42,0%	77,9%	52,8%	(a)	64,6%	(a)	62,1%				
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	47,6%	80,4%	56,3%	(a)	47,1%	(a)	50,1%				
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	24,5%	25,9%	25,2%	31,1%	28,4%	27,8%	33,2%	33,4%	34,6%	32,9%	32,2%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	**63,1%**	58,0%	77,9%	67,1%	69,6%	75,7%	87,6%	59,8%	70,0%	54,9%	64,0%	55,8%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	83,5%	80,2%	82,0%	82,7%	79,2%	86,0%	78,9%	79,6%	76,3%	78,5%	81,0%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandarditza
(3) S'ha desglossat la Regió Sanitària Barcelona en quatre subterritoris pels indicadors de que es disposa de dades.
(4) Per les dades de font CMBD referents al desglós de la Regió Sanitària de Barcelona s'ha realitzat una aproximació a partir dels resultats a nivell de GTS.

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

[78] L'anàlisi de les diferències territorials inclou una significació estadística del 95%, tot i que només en referència als indicadors que s'extreuen de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006.

Taula 86. Diferències territorials dels principals indicadors per regions sanitàries i governs territorials de salut. Catalunya, 2006

Regió Sanitària Lleida

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Lleida
Situació sociodemogràfica				
1	% població de 65 anys i més	No	16,9%	19,2%
2	Índex d'envelliment	No	112,9	133,5
3	Índex de sobreenvelliment	No	12,4%	14,0%
4	Taxa de natalitat	No	11,4	10,7
5	Taxa de fecunditat	No	44,8	44,8
6	% de població estrangera	No	11,4%	11,7%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	34,8%	42,1%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	16,7%	14,5%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	12,9%	13,4%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	7,7%	7,5%
11	% gent gran que viu sola	No	19,2%	20,6%
Estils de vida				
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	29,4%	29,0%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	4,5%	4,5%
14	% població que es declara sedentària	ED	23,8%	21,7%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	46,8%	49,4%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	52,0%	44,2%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	85,5%	91,8%
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	57,9%	48,7%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	71,8%	75,0%
Estat de salut				
20	Esperança de vida en néixer	No	80,1	79,8
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	75,6%	77,6%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	77,4%	74,9%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	17,8%	15,4%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	16,99%	15,41%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	100,0	100,9
26	IME malalties sistema circulatori	EI	100,0	108,8
27	IME isquèmiques del cor	EI	100,0	105,0
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	100,0	115,0
29	IME Càncer	EI	100,0	96,2
30	IME TM pulmó	EI	100,0	86,6
31	IME TM mama	EI	100,0	91,5
32	IME malalties aparell respiratori	EI	100,0	112,3
33	IME suïcidi	EI	100,0	113,2
34	IME accidents de trànsit	EI	100,0	206,6
Utilització dels serveis sanitaris				
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	26,2%	26,1%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	87,5%	89,0%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	23,2%	22,7%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	72,2%	76,4%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	17,8%	30,8%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	45,4%	42,0%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	4,3	4,2
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	91,1%	85,4%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	57,4%	62,3%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	77,8%	86,7%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	9,5%	7,5%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	61,3%	59,0%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	99,7	93,9
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	66,0	79,3
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	9,1%	9,8%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	3,0	2,8
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	8,3	7,1
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	14,0	8,1
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	11,9	0,4
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	8,5	22,6
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	59,1%	43,1%
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	62,7%	42,0%
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	54,7%	47,6%
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	31,5%	24,5%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	63,1%	58,0%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	79,7%	83,5%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandarditza

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Camp de Tarragona

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Camp de Tarragona	Alt Camp i Conca de Barberà	Baix Camp	Baix Penedès	Tarragonès
Situació sociodemogràfica								
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	**15,4%**	19,2%	14,8%	15,4%	14,3%
2	Índex d'envelliment	No	**112,9**	**94,1**	124,6	89,2	88,2	87,9
3	Índex de sobreenvelliment	No	**12,4%**	**12,3%**	14,4%	12,7%	10,3%	11,5%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	**12,4**	9,6	12,7	12,3	13,2
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	**48,4**	40,7	49,0	49,1	50,0
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	**11,5%**	8,1%	12,4%	11,7%	11,9%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	**32,0%**	40,9%	37,1%	32,6%	23,9%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	**15,4%**	15,0%	13,1%	10,2%	19,4%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	**15,4%**	11,9%	15,5%	9,5%	18,4%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	**7,5%**	6,1%	8,0%	4,0%	8,4%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	**14,9%**	13,3%	24,1%	9,3%	9,2%
Estils de vida								
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	**31,2%**	27,2%	32,2%	34,0%	30,9%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	**5,1%**	5,3%	5,8%	2,1%	5,3%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	**25,5%**	22,8%	27,7%	18,3%	27,6%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	**45,1%**	44,9%	45,8%	45,5%	44,0%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	**49,0%**	46,2%	47,7%	57,4%	48,0%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	**82,9%**	(a)	74,1%	(a)	88,1%
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	**53,6%**	46,3%	51,4%	67,7%	52,9%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	**73,6%**	60,5%	73,5%	86,4%	73,9%
Estat de salut								
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	**79,5**	79,7	78,7	79,9	79,9
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	**79,6%**	73,7%	81,1%	74,4%	82,4%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	**73,1%**	72,5%	77,5%	85,4%	65,9%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	**17,7%**	18,8%	18,8%	20,4%	15,9%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	**17,59%**	16,46%	19,60%	21,25%	15,19%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	**103,8**	102,1	112,3	100,8	99,7
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	**99,9**	101,9	106,1	96,2	97,2
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	**95,5**	93,5	100,9	82,0	100,3
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	**103,9**	126,3	104,0	103,5	94,5
29	IME Càncer	EI	**100,0**	**98,1**	95,6	100,2	100,9	98,4
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	**91,5**	69,6	96,1	113,2	92,0
31	IME TM mama	EI	**100,0**	**97,4**	108,1	94,6	92,5	94,5
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	**106,9**	99,0	118,9	90,8	106,6
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	**109,6**	(a)	111,1	(a)	110,9
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	**146,3**	177,6	179,1	108,6	118,6
Utilització dels serveis sanitaris								
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	**26,1%**	16,0%	25,7%	33,1%	34,0%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	**87,2%**	86,4%	88,8%	90,7%	84,8%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	**16,1%**	18,8%	20,4%	21,0%	10,5%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	**72,4%**	76,0%	72,4%	73,8%	70,2%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	**22,9%**	23,2%	28,3%	26,8%	18,1%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	**42,9%**	35,5%	40,5%	43,1%	47,5%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	**4,9**	4,2	4,2	(b)	4,8
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	**79,5%**	91,9%	88,1%	92,0%	64,8%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	**57,4%**	**45,3%**	52,0%	46,2%	37,0%	43,8%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	**74,8%**	79,4%	72,3%	68,7%	78,5%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	**5,9%**	6,1%	7,1%	9,8%	4,0%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	**57,9%**	60,2%	61,1%	62,3%	53,1%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	**101,5**	115,6	96,7	97,6	100,4
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	**66,0**	**86,5**	112,3	87,2	69,7	79,2
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	**8,4%**	11,2%	11,8%	10,6%	4,3%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	**2,4**	2,2	2,2	2,2	2,5
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	**6,7**	9,3	4,4	14,2	5,3
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	**13,0**	21,1	17,9	12,0	5,7
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	**15,5**	25,4	21,9	10,6	8,5
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	**10,1**	18,9	10,4	7,0	7,8
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	**47,5%**	-	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	**77,9%**	-	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	**80,4%**	-	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	**25,9%**	29,5%	30,1%	37,2%	17,8%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix periode	No	**63,1%**	**77,9%**	77,6%	76,5%	77,2%	79,0%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	**80,2%**	80,9%	79,1%	65,8%	85,7%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandardit za

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Terres de l'Ebre

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Terres de l'Ebre	Altebrat	Baix Ebre	Montsià
Situació sociodemogràfica							
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	**20,7%**	25,6%	20,1%	19,1%
2	Índex d'envelliment	No	**112,9**	**150,7**	205,2	145,9	132,5
3	Índex de sobreenvelliment	No	**12,4%**	**13,0%**	14,6%	12,8%	12,5%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	**9,2**	6,2	9,4	10,9
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	**39,7**	29,6	40,3	44,7
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	**13,0%**	8,4%	13,5%	14,8%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	**51,0%**	55,1%	53,7%	46,4%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	**10,1%**	8,9%	8,9%	12,5%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	**15,8%**	16,4%	17,4%	12,6%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	**7,4%**	7,5%	9,2%	5,7%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	**17,9%**	15,2%	24,6%	12,0%
Estils de vida							
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	**31,4%**	35,0%	31,0%	28,7%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	**5,1%**	6,8%	4,0%	5,5%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	**22,5%**	22,0%	24,5%	20,0%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	**51,1%**	57,7%	48,2%	50,8%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	**51,7%**	57,0%	48,2%	52,2%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	**90,2%**	(a)	(a)	(a)
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	**49,2%**	44,7%	50,2%	51,9%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	**73,6%**	67,8%	71,6%	82,9%
Estat de salut							
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	**80,1**	81,0	79,6	80,2
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	**77,1%**	75,8%	74,8%	79,5%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	**80,1%**	77,4%	77,7%	84,0%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	**17,9%**	18,0%	17,0%	18,2%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	**16,25%**	17,76%	16,28%	15,51%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	**100,0**	92,2	103,3	101,4
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	**103,9**	89,2	107,3	108,6
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	**88,0**	73,5	90,5	91,5
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	**118,7**	98,8	133,2	115,5
29	IME Càncer	EI	**100,0**	**87,7**	76,5	92,9	89,6
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	**74,3**	53,6	79,8	83,6
31	IME TM mama	EI	**100,0**	**100,5**	83,9	114,9	104,7
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	**97,8**	100,0	98,0	93,3
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	**91,5**	(a)	105,1	(a)
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	**160,2**	114,6	183,0	177,5
Utilització dels serveis sanitaris							
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	**25,8%**	19,9%	24,7%	29,5%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	**83,8%**	91,5%	75,7%	89,0%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	**15,4%**	13,4%	15,3%	16,8%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	**70,0%**	81,6%	63,7%	71,8%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	**18,7%**	20,6%	12,2%	23,0%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	**34,5%**	27,7%	31,3%	42,1%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	**6,2**	6,7	6,4	6,0
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	**83,1%**	81,5%	79,0%	89,9%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	**57,4%**	**52,6%**	64,9%	46,7%	53,0%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	**78,0%**	90,0%	69,1%	79,8%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	**5,5%**	2,9%	5,5%	6,5%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	**60,0%**	61,9%	59,3%	59,8%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	**98,7**	107,4	92,6	98,6
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	**66,0**	**73,4**	74,6	72,3	66,6
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	**7,7%**	6,0%	8,6%	8,1%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	**1,8**	2,9	1,7	1,7
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	**12,3**	7,2	17,6	8,9
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	**13,2**	11,3	16,9	11,0
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	**14,8**	4,8	20,9	15,0
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	**15,6**	14,3	16,4	13,3
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	**69,4%**	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	**52,8%**	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	**56,3%**	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	**25,2%**	23,4%	28,3%	23,7%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	**63,1%**	**67,1%**	85,8%	60,6%	68,5%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	**82,0%**	87,1%	79,2%	81,3%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandardita

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Girona

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Girona	Alt Maresme-Selva Marítima	Baix Empordà	Alt Empordà	Garrotxa	Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior	Ripollès
Situació sociodemogràfica										
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	**16,3%**	15,2%	16,5%	16,5%	21,1%	15,3%	24,1%
2	Índex d'envelliment	No	**112,9**	**100,4**	90,2	104,1	99,0	144,3	91,6	204,2
3	Índex de sobreenvelliment	No	**12,4%**	**12,4%**	12,6%	12,1%	13,0%	13,0%	12,5%	12,6%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	**11,5**	11,8	10,6	11,6	9,6	12,7	8,3
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	**45,8**	45,7	42,6	46,5	41,8	49,5	37,7
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	**15,1%**	15,0%	16,9%	18,9%	10,7%	12,7%	5,3%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	**41,0%**	42,5%	52,8%	34,2%	33,8%	40,6%	43,0%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	**13,8%**	15,4%	12,4%	9,2%	15,5%	16,8%	9,7%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	**10,5%**	8,9%	13,3%	9,6%	7,1%	10,0%	9,1%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	**8,4%**	8,4%	6,3%	8,1%	8,2%	10,2%	8,1%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	**17,2%**	21,9%	9,7%	15,1%	24,2%	21,4%	15,8%
Estils de vida										
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	**26,2%**	31,0%	33,0%	23,1%	25,7%	22,2%	28,7%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	**6,1%**	2,4%	8,3%	4,5%	4,8%	7,1%	5,3%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	**18,9%**	17,1%	16,1%	13,5%	26,9%	23,6%	16,5%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	**47,4%**	45,9%	48,2%	45,0%	44,1%	49,9%	45,9%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	**50,9%**	54,2%	52,8%	46,0%	53,2%	50,2%	52,4%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	**87,3%**	81,4%	(a)	86,8%	(a)	92,6%	(a)
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	**63,6%**	61,8%	58,3%	56,6%	59,5%	69,4%	51,0%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	**72,8%**	77,3%	78,2%	69,3%	69,4%	67,9%	73,8%
Estat de salut										
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	**80,1**	79,3	80,2	80,4	80,8	80,0	79,6
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	**77,3%**	76,2%	74,1%	76,7%	76,3%	80,1%	72,7%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	**79,4%**	75,6%	87,3%	74,5%	73,7%	79,9%	82,9%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	**24,4%**	20,4%	21,7%	16,6%	16,2%	30,7%	24,3%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	**15,15%**	17,05%	18,80%	16,11%	13,28%	13,31%	14,23%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	**98,9**	108,3	97,7	94,0	94,2	100,1	105,5
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	**100,9**	107,9	99,8	101,5	102,2	97,4	110,4
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	**102,9**	113,4	98,1	111,2	89,6	97,7	116,5
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	**96,8**	112,3	89,8	88,7	105,5	97,4	107,2
29	IME Càncer	EI	**100,0**	**99,9**	102,2	100,8	93,0	88,1	103,3	109,0
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	**95,3**	102,9	113,4	91,9	81,1	91,8	82,1
31	IME TM mama	EI	**100,0**	**101,3**	96,5	91,9	104,4	89,7	107,8	114,0
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	**90,5**	108,7	86,6	86,6	80,1	92,0	104,4
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	**102,2**	105,5	97,3	119,7	(a)	95,4	(a)
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	**127,6**	88,3	129,4	129,7	108,4	138,6	(a)
Utilització dels serveis sanitaris										
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	**23,8%**	29,2%	24,5%	20,8%	26,9%	27,3%	19,6%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	**89,0%**	90,9%	90,0%	84,7%	88,6%	90,6%	85,5%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	**22,7%**	26,7%	23,7%	25,0%	17,9%	22,7%	17,3%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	**72,9%**	81,8%	78,8%	70,3%	70,8%	69,8%	73,2%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	**17,7%**	17,0%	25,6%	13,7%	17,0%	16,9%	14,2%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	**50,9%**	45,5%	48,1%	43,4%	43,9%	57,8%	34,5%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	**3,8**	4,2	3,6	3,9	3,6	3,9	4,4
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	**95,1%**	93,5%	97,2%	94,9%	87,5%	96,1%	97,2%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	**57,4%**	**59,5%**	50,8%	55,1%	56,7%	57,1%	64,5%	67,8%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	**71,1%**	74,8%	75,5%	71,6%	85,2%	65,8%	78,0%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	**14,5%**	9,3%	13,1%	6,5%	11,4%	20,0%	5,7%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	**57,5%**	61,8%	64,3%	57,3%	57,3%	52,6%	63,0%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	**99,3**	108,6	101,8	102,6	99,1	93,0	125,2
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	**66,0**	**58,4**	64,5	65,5	56,8	52,9	56,8	79,5
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	**10,3%**	8,4%	10,0%	7,8%	6,1%	12,7%	9,6%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	**3,0**	2,9	3,0	2,5	2,1	3,5	3,1
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	**9,5**	8,8	6,6	10,4	8,7	8,9	15,1
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	**17,3**	10,5	9,6	30,0	19,9	15,5	27,5
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	**15,9**	25,6	26,3	29,2	23,5	2,9	0,5
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	**6,5**	8,3	7,0	13,9	2,9	1,2	17,8
55	% de casos de càncer de colon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	**(a)**	-	-	-	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	**(a)**	-	-	-	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	**(a)**	-	-	-	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	**31,1%**	37,4%	39,1%	29,0%	24,3%	27,3%	29,1%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	**63,1%**	**69,6%**	64,4%	48,9%	69,4%	91,3%	77,7%	73,9%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	**82,7%**	81,5%	75,8%	85,6%	90,3%	84,7%	85,9%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandardiza

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padrò 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Catalunya Central

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	Catalunya Central	Anoia	Bages-Solsonès	Berguedà	Osona
Situació sociodemogràfica								
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	**18,4%**	16,4%	19,4%	24,3%	17,0%
2	Índex d'envelliment	No	**112,9**	**119,7**	100,1	131,3	197,7	104,1
3	Índex de sobreenvelliment	No	**12,4%**	**12,9%**	13,2%	13,0%	13,9%	12,2%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	**11,8**	12,6	11,5	8,0	12,6
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	**48,4**	50,9	47,5	35,4	51,0
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	**8,6%**	7,0%	7,4%	6,5%	11,5%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	**40,3%**	34,5%	41,5%	42,6%	42,0%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	**12,1%**	10,6%	15,1%	7,0%	10,4%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	**12,5%**	15,2%	9,3%	14,6%	14,5%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	**6,8%**	6,6%	6,5%	9,3%	6,9%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	**16,2%**	22,3%	10,1%	22,4%	19,3%
Estils de vida								
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	**27,7%**	29,3%	31,1%	22,7%	23,2%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	**3,7%**	4,7%	4,2%	3,5%	2,1%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	**22,7%**	31,1%	23,1%	32,2%	14,5%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	**49,3%**	57,6%	44,4%	40,5%	53,3%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	**52,2%**	56,2%	50,4%	46,5%	54,2%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	**89,4%**	(a)	96,1%	(a)	78,6%
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	**45,9%**	49,9%	49,0%	50,0%	37,4%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	**70,8%**	61,4%	72,8%	76,6%	71,3%
Estat de salut								
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	**80,2**	79,6	80,3	80,3	80,6
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	**76,1%**	74,9%	71,3%	71,3%	85,2%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	**77,4%**	72,2%	81,9%	81,5%	74,5%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	**17,0%**	19,3%	18,5%	14,3%	13,7%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	**16,75%**	16,33%	21,77%	13,70%	11,14%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	**100,5**	104,4	99,6	103,0	98,2
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	**97,9**	104,0	98,7	94,7	94,1
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	**91,2**	101,9	92,6	87,6	83,4
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	**102,4**	104,7	105,6	104,9	95,0
29	IME Càncer	EI	**100,0**	**100,1**	111,3	99,6	98,9	94,1
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	**91,0**	99,6	95,7	73,8	84,5
31	IME TM mama	EI	**100,0**	**95,4**	101,1	92,5	106,1	92,6
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	**97,0**	97,9	87,2	110,2	105,9
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	**120,9**	120,4	107,9	196,4	114,7
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	**128,6**	141,5	127,9	144,2	115,7
Utilització dels serveis sanitaris								
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	**20,0%**	11,6%	23,6%	15,5%	28,1%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	**84,5%**	86,8%	84,3%	60,5%	89,9%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	**16,6%**	13,4%	21,3%	9,6%	14,2%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	**70,3%**	72,3%	70,2%	52,8%	74,1%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'Infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	**15,6%**	13,4%	16,3%	16,4%	15,8%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	**36,1%**	33,7%	34,8%	24,3%	42,9%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	**4,2**	3,9	4,2	5,0	4,3
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	**90,5%**	86,2%	90,8%	90,9%	92,8%
43	% població que declara que l'aconsellen per teléfon	No	**57,4%**	**69,8%**	73,6%	58,0%	68,7%	82,7%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	**81,4%**	83,8%	73,5%	87,3%	88,2%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	**8,6%**	3,4%	12,6%	5,4%	7,5%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	**57,2%**	52,1%	60,8%	61,0%	54,8%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	**101,4**	105,9	106,6	106,1	88,9
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	**66,0**	**64,8**	82,7	65,0	65,3	50,4
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	**8,5%**	6,3%	9,1%	7,8%	9,5%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	**3,0**	3,3	3,0	3,7	2,5
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	**15,5**	4,6	13,1	19,9	24,6
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	**25,2**	27,7	25,4	26,5	22,7
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	**0,9**	2,9	0,5	0,6	0,3
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	**11,6**	7,6	12,1	12,1	13,5
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	**58,8%**	-	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	**64,6%**	-	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	**47,1%**	-	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	**28,4%**	28,2%	29,3%	31,6%	26,3%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	**63,1%**	**75,7%**	72,9%	73,5%	84,3%	78,2%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	**79,2%**	84,0%	68,1%	85,9%	89,1%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandardितza

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	ALT PIRINEU I ARAN	Alt Urgell	Cerdanya	Pallars Jussà-Pallars Sobirà	Val d'Aran	Alta Ribagorça
Situació sociodemogràfica									
1	% població de 65 anys i més	No	16,9%	20,7%	21,9%	16,0%	26,5%	12,9%	20,4%
2	Índex d'envelliment	No	112,9	144,1	159,4	95,9	207,1	80,2	162,3
3	Índex de sobreenvelliment	No	12,4%	15,9%	15,4%	15,4%	17,1%	14,5%	14,6%
4	Taxa de natalitat	No	11,4	10,1	8,4	12,4	8,4	12,2	13,7
5	Taxa de fecunditat	No	44,8	41,5	34,2	49,1	38,5	44,1	56,6
6	% de població estrangera	No	11,4%	10,6%	9,8%	13,6%	7,4%	13,4%	11,2%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	34,8%	37,5%	40,2%	39,8%	37,2%	30,7%	30,1%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	16,7%	15,0%	14,6%	15,0%	14,9%	15,6%	16,9%
9	% població que pertany a la classe social més desfavorida	No	12,9%	11,2%	11,2%	10,8%	10,0%	10,6%	20,0%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	7,7%	10,8%	12,0%	7,5%	13,3%	9,9%	7,9%
11	% gent gran que viu sola	No	19,2%	21,3%	22,4%	28,2%	18,9%	16,8%	(a)
Estils de vida									
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	29,4%	30,4%	30,7%	28,7%	31,0%	31,5%	33,7%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	4,5%	6,2%	4,7%	7,1%	5,9%	4,9%	13,2%
14	% població que es declara sedentària	ED	23,8%	17,5%	17,2%	18,0%	18,6%	11,9%	21,4%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	46,8%	46,5%	49,3%	36,8%	45,8%	56,1%	47,2%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	52,0%	49,9%	52,8%	45,5%	43,5%	58,2%	56,1%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	85,5%	85,1%	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	57,9%	56,0%	57,1%	52,3%	56,3%	58,8%	55,8%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	71,8%	69,9%	70,8%	63,1%	72,0%	68,0%	75,4%
Estat de salut									
20	Esperança de vida en néixer	No	80,1	80,7	79,3	81,3	81,1	81,0	78,7
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	75,6%	77,2%	76,9%	73,7%	81,2%	81,1%	65,9%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	77,4%	74,2%	76,1%	78,0%	68,1%	71,0%	87,6%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	17,8%	13,7%	14,0%	13,7%	13,6%	9,6%	17,7%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	16,99%	16,06%	15,22%	16,14%	16,06%	17,86%	14,90%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	100,0	94,9	104,7	89,1	89,3	91,3	99,1
26	IME malalties sistema circulatori	EI	100,0	95,8	98,7	88,5	96,1	89,2	108,1
27	IME isquèmiques del cor	EI	100,0	84,2	86,6	76,4	80,8	110,1	(a)
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	100,0	109,3	106,3	79,6	124,2	(a)	162,1
29	IME Càncer	EI	100,0	93,8	105,7	86,7	84,7	94,8	104,4
30	IME TM pulmó	EI	100,0	71,1	95,8	(a)	52,8	(a)	(a)
31	IME TM mama	EI	100,0	93,1	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
32	IME malalties aparell respiratori	EI	100,0	110,5	124,4	86,5	104,9	136,4	(a)
33	IME suïcidi	EI	100,0	109,4	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
34	IME accidents de trànsit	EI	100,0	161,7	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
Utilització dels serveis sanitaris									
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	26,2%	30,4%	28,8%	30,4%	27,8%	32,1%	40,0%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	87,5%	89,1%	90,8%	88,5%	88,1%	86,9%	91,4%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	23,2%	17,1%	16,1%	21,1%	14,8%	11,9%	29,4%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	72,2%	73,2%	76,0%	65,2%	76,2%	70,7%	80,4%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	17,8%	15,4%	20,5%	7,4%	15,8%	7,5%	34,6%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	45,4%	46,2%	50,0%	41,3%	45,3%	45,1%	50,7%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	4,3	5,5	4,9	4,7	6,5	(b)	7,0
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	91,1%	89,3%	84,3%	94,6%	89,5%	94,1%	84,4%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	57,4%	63,3%	65,9%	54,7%	70,7%	55,6%	65,2%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	77,8%	82,3%	85,2%	73,6%	88,4%	79,7%	76,0%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	9,5%	5,3%	3,2%	8,4%	6,2%	2,8%	6,5%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	61,3%	57,9%	58,4%	62,3%	57,5%	52,9%	51,0%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	99,7	114,2	112,8	128,7	107,8	113,4	97,1
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	66,0	73,6	77,7	90,8	48,4	71,7	98,6
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	9,1%	8,7%	10,0%	9,8%	8,5%	4,7%	8,2%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	3,0	2,0	2,3	2,0	2,0	1,9	1,4
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	8,3	15,1	14,2	31,8	13,6	0,0	0,6
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	14,0	15,9	9,4	58,7	7,3	0,0	6,7
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	No	11,9	0,4	0,4	0,0	0,4	0,0	2,7
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	8,5	6,0	1,3	21,1	5,4	0,0	2,7
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	59,1%	(a)	-	-	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	62,7%	(a)	-	-	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	54,7%	(a)	-	-	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	31,5%	27,8%	26,1%	34,7%	20,9%	36,0%	24,4%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	63,1%	87,6%	90,1%	95,8%	70,4%	93,2%	81,3%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	79,7%	86,0%	90,2%	78,7%	88,9%	82,7%	83,5%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, excepte en el cas dels IME, l'esperança de vida i els casos en que s'explicita en el títol de l'indicador un altre grup d'edat.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandarditza

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padiró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

Regió Sanitària Barcelona

Codi	Indicador (1)	(2)	Catalunya	RS BARCELONA	Alt Penedès	Baix Llobregat centre-Fontsanta	Baix Llobregat - Hospitalet-El Prat	Baix Llobregat Litoral	Baix Llobregat Nord	Baix Montseny	Barcelona	Barcelonès Nord-Baix Maresme	Garraf	Vallès Oriental central	Maresme	Baix Vallès	Vallès Occidental Est	Vallès Occidental Oest
Situació sociodemogràfica																		
1	% població de 65 anys i més	No	**16,9%**	**16,7%**	16,4%	14,9%	17,2%	13,0%	12,5%	15,2%	20,8%	15,0%	15,0%	13,8%	14,5%	12,5%	14,5%	13,7%
2	Index d'envelliment	No	**112,9**	**113,2**	102,0	97,8	133,4	76,5	67,9	89,6	168,7	102,4	90,3	81,3	86,6	76,2	90,5	77,0
3	Index de sobreenvelliment	No	**12,4%**	**12,2%**	12,9%	11,1%	9,8%	10,3%	11,3%	10,3%	13,7%	10,4%	10,6%	11,8%	12,5%	10,2%	10,9%	12,1%
4	Taxa de natalitat	No	**11,4**	**11,4**	12,9	12,0	9,9	12,9	15,7	13,0	9,3	11,6	12,0	12,8	12,4	12,3	12,3	14,1
5	Taxa de fecunditat	No	**44,8**	**44,1**	51,4	46,0	39,1	47,3	58,6	51,4	37,4	45,3	46,0	48,2	47,5	45,7	46,4	52,8
6	% de població estrangera	No	**11,4%**	**11,1%**	10,2%	8,8%	14,4%	8,8%	8,1%	8,2%	13,8%	10,7%	12,2%	8,8%	10,3%	9,0%	6,8%	9,9%
7	% població que té com a molt estudis primaris	No	**34,8%**	**32,6%**	47,8%	31,6%	39,4%	30,5%	36,9%	34,1%	25,7%	40,1%	26,0%	32,6%	37,3%	39,0%	35,9%	37,0%
8	% població amb nivell d'estudis universitaris	No	**16,7%**	**18,1%**	14,1%	14,3%	11,9%	15,1%	12,3%	19,1%	26,2%	9,7%	17,1%	14,6%	19,5%	9,8%	13,3%	14,9%
9	% població que pertany a les classe social més desfavorida	No	**12,9%**	**12,8%**	11,6%	10,3%	16,7%	12,7%	12,2%	10,5%	13,3%	17,2%	9,6%	11,7%	9,2%	9,4%	13,7%	11,1%
10	% població que viu en llars unipersonals	No	**7,7%**	**7,7%**	6,2%	4,9%	5,2%	6,4%	4,9%	13,6%	10,0%	7,0%	9,3%	6,4%	6,9%	3,5%	7,2%	6,2%
11	% gent gran que viu sola	No	**19,2%**	**20,1%**	23,3%	11,1%	14,1%	18,8%	12,6%	(a)	23,4%	15,4%	21,1%	20,4%	16,4%	11,4%	22,1%	19,5%
Estils de vida																		
12	% població que es declara consumidora habitual de tabac	ED	**29,4%**	**29,7%**	33,0%	30,8%	32,7%	31,2%	31,3%	(a)	28,9%	32,1%	31,1%	29,9%	25,0%	30,0%	28,7%	26,8%
13	% població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ED	**4,5%**	**4,3%**	5,3%	4,9%	2,9%	6,8%	2,2%	(a)	4,7%	2,8%	4,5%	4,2%	4,0%	2,8%	4,1%	5,3%
14	% població que es declara sedentària	ED	**23,8%**	**24,7%**	34,1%	23,8%	24,9%	23,7%	20,7%	(a)	26,0%	25,3%	21,7%	26,7%	22,6%	26,4%	24,5%	21,9%
15	% població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ED	**46,8%**	**46,3%**	46,9%	41,0%	50,5%	40,6%	51,2%	(a)	47,2%	46,5%	52,8%	46,7%	47,0%	50,8%	44,3%	43,4%
16	% població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ED	**52,0%**	**53,1%**	48,6%	51,7%	54,1%	49,3%	64,9%	(a)	54,1%	50,1%	58,0%	53,7%	54,0%	53,7%	50,6%	51,1%
17	% dones que declaren realitzar mamografies periòdiques (de 50 a 69 anys)	No	**85,5%**	**84,6%**	(a)	87,5%	82,8%	82,8%	88,4%	(a)	86,7%	78,5%	88,1%	68,9%	78,9%	(a)	91,2%	92,7%
18	% dones que declara realitzar citologies periòdiques (a partir de 20 anys)	No	**57,9%**	**59,6%**	48,6%	61,8%	54,8%	66,9%	70,6%	(a)	58,4%	63,3%	66,7%	52,9%	57,3%	53,8%	58,0%	64,2%
19	% població gran amb vacunació antigripal	No	**71,8%**	**71,2%**	54,6%	65,5%	78,0%	71,3%	74,8%	(a)	70,5%	78,0%	63,7%	69,0%	66,4%	93,8%	71,6%	73,1%
Estat de salut																		
20	Esperança de vida en néixer	No	**80,1**	**80,2**	79,8	80,3	80,2	79,2	79,6	79,5	80,4	79,5	79,0	80,1	80,5	79,7	80,3	80,2
21	% població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ED	**75,6%**	**74,6%**	75,8%	75,4%	70,1%	71,9%	73,8%	71,3%	76,0%	71,1%	79,7%	76,7%	74,6%	72,7%	73,3%	76,5%
22	% de població que declara patir trastorns crònics	ED	**77,4%**	**77,7%**	76,7%	80,8%	78,9%	76,5%	88,2%	80,6%	79,4%	76,0%	70,6%	72,4%	75,7%	74,1%	77,2%	75,5%
23	% de població que declara patir alguna discapacitat	ED	**17,8%**	**17,2%**	15,1%	15,3%	16,8%	16,5%	21,8%	(a)	17,3%	16,4%	19,9%	15,8%	18,8%	12,8%	17,1%	17,3%
24	% població en risc de mala salut mental	ED	**16,99%**	**17,34%**	14,37%	16,84%	15,71%	18,57%	15,73%	15,23%	18,61%	17,53%	14,20%	14,95%	15,64%	14,82%	17,72%	17,06%
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	EI	**100,0**	**99,7**	103,3	100,1	99,5	110,4	106,5	107,8	95,8	105,4	113,6	102,6	97,6	106,3	99,8	100,2
26	IME malalties sistema circulatori	EI	**100,0**	**99,3**	107,8	106,5	98,3	114,4	114,2	111,8	94,8	101,3	122,7	102,6	95,4	103,6	99,3	95,6
27	IME isquèmiques del cor	EI	**100,0**	**101,5**	126,7	98,6	93,2	114,3	107,5	109,0	99,7	97,4	144,3	95,1	101,3	96,7	101,2	100,4
28	IME malalties cerebrovasculars	EI	**100,0**	**97,4**	98,4	103,8	98,5	99,0	122,2	113,6	92,4	98,3	111,7	99,4	91,2	115,3	103,7	97,5
29	IME Càncer	EI	**100,0**	**101,2**	97,2	97,1	102,8	103,6	99,2	99,2	100,7	104,8	106,0	101,8	101,2	102,0	102,0	101,3
30	IME TM pulmó	EI	**100,0**	**105,1**	92,6	101,3	104,2	111,2	99,6	97,6	101,8	118,8	110,7	98,7	101,2	108,9	114,0	106,9
31	IME TM mama	EI	**100,0**	**101,3**	109,3	88,8	102,3	96,7	91,0	(a)	110,3	94,3	91,7	93,1	100,0	113,2	90,4	88,3
32	IME malalties aparell respiratori	EI	**100,0**	**99,8**	95,2	90,7	88,2	117,3	101,6	107,9	96,1	117,7	104,6	92,4	98,3	120,5	106,1	101,8
33	IME suïcidi	EI	**100,0**	**95,9**	134,1	105,0	96,5	106,9	71,3	(a)	93,0	90,3	117,0	92,8	77,2	93,1	98,2	107,0
34	IME accidents de trànsit	EI	**100,0**	**78,5**	164,2	71,7	66,2	76,7	88,8	211,1	63,2	74,6	81,0	118,5	79,2	98,4	89,1	92,9
Utilització dels serveis sanitaris																		
35	% població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ED	**26,2%**	**27,3%**	23,0%	24,3%	13,5%	22,5%	18,7%	(a)	36,2%	16,8%	24,7%	28,8%	27,5%	16,8%	26,7%	17,4%
36	% població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	No	**87,5%**	**87,6%**	91,0%	89,5%	89,5%	90,8%	92,5%	(a)	86,6%	88,7%	87,3%	80,8%	86,4%	80,7%	86,3%	89,6%
37	% població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	No	**23,2%**	**25,1%**	20,5%	26,1%	30,3%	30,2%	23,5%	(a)	25,8%	23,5%	19,4%	17,7%	25,0%	14,7%	23,4%	27,1%
38	% població que declara haver visitat el seu metge de capçalera en el darrer any	No	**72,2%**	**72,1%**	75,9%	75,9%	77,6%	76,1%	76,7%	(a)	68,3%	76,1%	73,0%	67,7%	70,9%	63,2%	72,2%	73,3%
39	% població que declara haver visitat el seu professional d'infermeria en el darrer any	No	**17,8%**	**16,5%**	19,4%	20,0%	16,5%	22,5%	19,4%	(a)	14,9%	25,5%	12,6%	10,3%	7,8%	6,4%	16,7%	17,3%
40	% de dones que declara haver visitat el seu ginecòleg en el darrer any	No	**45,4%**	**46,5%**	40,7%	45,3%	38,3%	53,3%	51,5%	(a)	48,0%	48,0%	46,8%	46,2%	44,3%	37,0%	45,4%	47,4%
41	Freqüentació de visites per habitant (i any) a l'atenció primària al metge de família	No	**4,3**	**4,3**	4,4	4,1	4,3	4,6	4,6	3,6	4,2	4,7	4,1	4,1	4,0	4,4	4,3	4,3
42	% població que identifica el seu metge de capçalera	No	**91,1%**	**92,7%**	94,5%	97,9%	95,9%	92,6%	97,5%	(a)	90,4%	92,0%	95,2%	92,5%	95,5%	95,6%	90,2%	94,1%
43	% població que declara que l'aconsellen per telèfon	No	**57,4%**	**55,5%**	58,0%	49,4%	58,8%	46,2%	40,1%	(a)	59,6%	52,7%	64,3%	74,6%	64,4%	51,1%	63,8%	45,5%
44	% població que declara que l'atén sempre el mateix personal	No	**77,8%**	**78,0%**	90,7%	75,6%	78,2%	70,3%	68,5%	(a)	79,5%	76,3%	82,0%	89,6%	79,3%	78,6%	76,6%	76,2%
45	% població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut en els darrers 15 dies	No	**9,5%**	**9,6%**	5,5%	10,3%	9,8%	8,0%	11,7%	(a)	12,1%	7,3%	8,6%	5,8%	10,5%	0,9%	8,6%	10,1%
46	% població que declara haver pres medicaments en els dos darrers dies	No	**61,3%**	**62,8%**	63,5%	63,0%	66,4%	57,5%	66,8%	(a)	66,8%	58,4%	63,2%	62,8%	61,2%	56,7%	59,3%	55,2%
47	Taxa d'hospitalització d'aguts població total per 1.000 habitants	ED	**99,7**	**97,4**	105,6	92,8	107,8	98,7	86,3	116,2	78,3	117,3	108,9	100,9	101,5	117,7	104,8	117,4
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica per 1.000 habitants	ED	**66,0**	**59,3**	61,1	62,7	67,3	56,1	57,4	63,0	48,2	49,3	64,4	53,5	62,7	51,8	58,9	69,5
49	% població que declara haver estat hospitalitzada en el darrer any	No	**9,1%**	**9,0%**	10,8%	5,7%	8,9%	7,4%	5,0%	(a)	10,8%	11,8%	7,8%	7,5%	7,3%	8,5%	7,1%	9,2%
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts per 1.000 habitants	No	**3,0**	**3,1**	3,0	2,6	3,0	3,2	3,6	3,3	3,3	3,3	2,5	2,7	2,8	2,9	2,7	3,4
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	No	**8,3**	**7,4**	32,5	6,6	5,2	13,7	4,5	14,5	5,5	5,6	14,7	5,5	16,6	6,3	7,7	7,7
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	No	**14,0**	**13,0**	14,1	9,1	9,2	4,6	13,5	18,9	10,5	12,2	21,4	23,0	16,0	9,3	25,8	16,5
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFISS en població de 65 anys i més	No	**11,9**	**13,2**	24,5	7,4	6,9	7,9	8,4	1,6	10,8	17,5	31,3	14,9	21,7	2,1	12,7	23,9
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	No	**8,5**	**7,0**	6,5	7,4	8,4	3,5	14,8	8,9	5,0	7,6	14,6	11,8	8,4	24,6	4,7	9,3
55	% de casos de càncer de còlon-recte amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**59,1%**	**61,3%**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
56	% de casos de càncer de mama amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el tractament inferior a 30 dies	No	**62,7%**	**62,1%**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
57	% de casos de càncer de pulmó amb interval de temps entre l'entrada en el Programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic inferior a 15 dies	No	**54,7%**	**50,1%**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
58	% població que declara haver visitat urgències en el darrer any	No	**31,5%**	**33,2%**	33,1%	29,8%	37,4%	39,1%	31,1%	(a)	32,2%	35,4%	32,7%	27,7%	28,8%	31,4%	32,8%	36,8%
59	% població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social en el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	No	**63,1%**	**59,8%**	78,6%	49,0%	55,9%	43,9%	53,2%	(a)	55,8%	71,5%	77,8%	65,8%	73,5%	68,3%	59,5%	64,6%
60	% de població satisfeta amb els els serveis sanitaris utilitzats (públics)	No	**79,7%**	**78,9%**	79,5%	77,5%	78,9%	72,3%	71,5%	(a)	81,0%	77,1%	78,6%	82,4%	82,3%	78,3%	77,7%	77,1%

(a) Valor no fiable per grandària de mostra insuficient.
(1) Els indicadors fan referència a població de 15 anys i més, en cas que no s'indiqui el contrari.
(2) Estandardització per edat. ED: Estandardització directa; EI: Estandardització indirecta; No: No estandardितza

Significació estadística al 95% respecte la mitjana de Catalunya (exclusivament dels indicadors procedents de l'Enquesta de Salut de Catalunya i de l'Anàlisi de mortalitat 1999-2004):
Valor significativament superior respecte a la mitjana de Catalunya
Valor significativament inferior respecte a la mitjana de Catalunya.

Font: Indicadors 1 a 3: RCA 2006.
Indicadors 4 i 5: Registre de naixements de Catalunya 2005. Idescat.
Indicador 6: Padró 2005.
Indicadors 7 a 24; 35 a 40; 42 a 46, 49, i 58 a 60: Enquesta de salut de Catalunya 2006.
Indicadors 24 a 34: Anàlisi de la mortalitat 1999-2004. Pla de Salut.
Indicadors 41, 47, 48 i 50 a 54: CMBD 2005.
Indicadors 55, 56 i 57: informes de seguiment del Circuit de diagnòstic ràpid del càncer 2006.

8.3. La classe social[79]

Les desigualtats socials s'assenyalen entre els determinants de les desigualtats en salut. Recentment han proliferat en el nostre entorn estudis per conèixer la relació entre les desigualtats socials i les desigualtat en salut existents, així com programes amb la finalitat de reduir-les[80].

La classe social i el nivell de renda són factors d'ordenació territorial que afavoreixen la segregació social, els riscos d'exclusió i la concentració de necessitats socials i sanitàries en determinades espais.

L'anàlisi de les desigualtats socials que es proposa en l'anàlisi de situació del Pla de salut consta de dues parts. La primera part analitza les diferències entre classes socials quant als determinants de la salut, l'estat de salut i la utilització dels serveis. En aquesta part, a fi d'eliminar l'efecte que tenen sobre els resultats les diferents estructures etàries dels grups que composen les classes socials, s'ha decidit estandarditzar per edat la població pertanyent a cada un dels grups[81].

La segona part, partint de l'anàlisi de situació realitzat pel Programa salut als barris, relaciona els col·lectius vulnerables a situacions de risc social i/o per a la seva salut i les conseqüències potencials per a la salut que se'n poden derivar.

406. Els diferents grups socials presenten perfils per sexe i edat, amb les implicacions següents: les classes socials desafavorides presenten més feminització i més envelliment (figura 140).

---

[79] Classe social a partir de l'ocupació:

Grup I Directius de l'Administració Pública i d'empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de 2n i 3r cicle universitari.

Grup II Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de 1r cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.

Grup III IIIa. Personal de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat.
IIIb. Treballadors a compte propi.
IIIc. Supervisors de treballadors manuals.

Grup IVa Treballadors manuals qualificats.

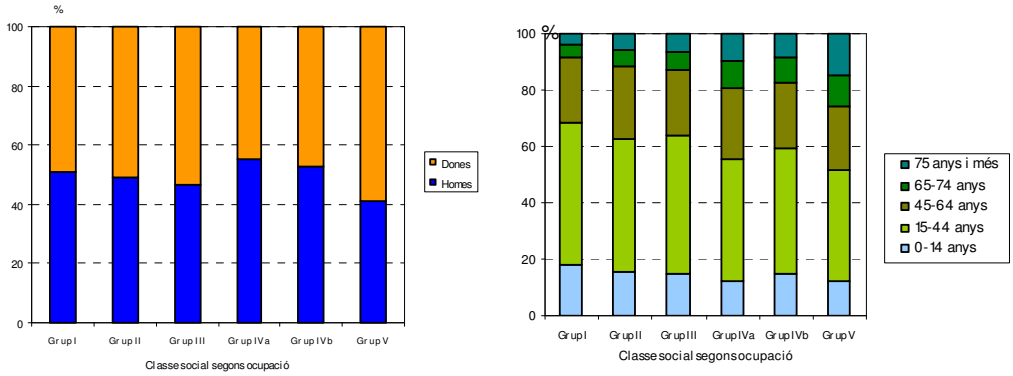
Grup IVb Treballadors manuals semiqualificats.

Grup V Treballadors manuals no qualificats.

[80] Les principals iniciatives dels països de la Unió Europea es recullen en el document *Taking Action on Health Equity*, en el context del projecte europeu «Strategies for Action to Tackle Health Inequalities».

[81] Aquesta decisió explica les diferències entre els resultats per classe social obtinguts en aquest capítol i els que s'observen en altres parts del document on s'ha considerat necessari incloure l'efecte de l'edat en l'anàlisi.

Figura 140. Composició de les classes socials per sexe i edat. Catalunya, 2006



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

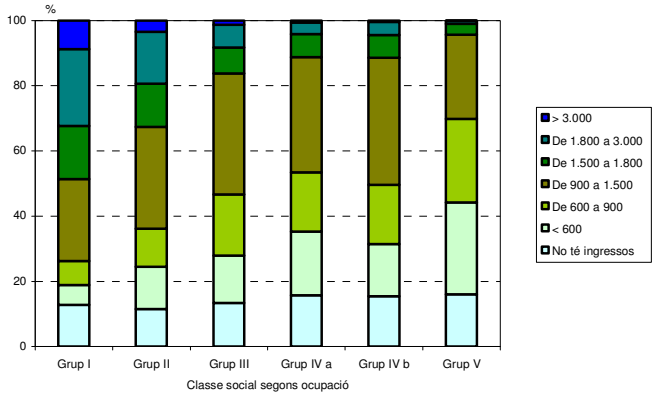
407. Es concentra una proporció superior d'homes en el grup IVa, mentre que les dones predominen en el grup III.

408. Existeix un gradient clar entre classe social i nivell d'ingressos, més acusat per a les dones que per als homes.

409. Hi ha una relació clara entre classe social i nivell d'estudis, ja que les classes socials benestants són les que tenen nivells d'estudis més elevats.

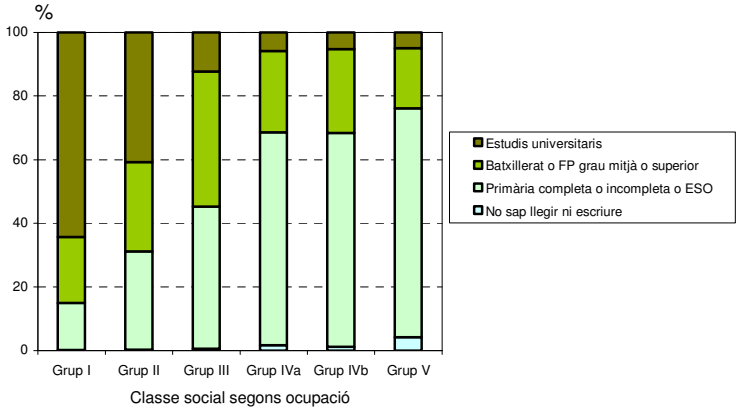
410. Entre 1994 i 2006 s'observa un decreixement del pes relatiu de la població que pertany al grup IVa i un increment del pes relatiu de les persones del grup III, IVb i V. Aquesta tendència, que afecta més les dones que els homes, concorda amb l'increment progressiu del pes del sector de serveis en el model econòmic català.

Figura 141. Nivell d'ingressos per classe social, en euros. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

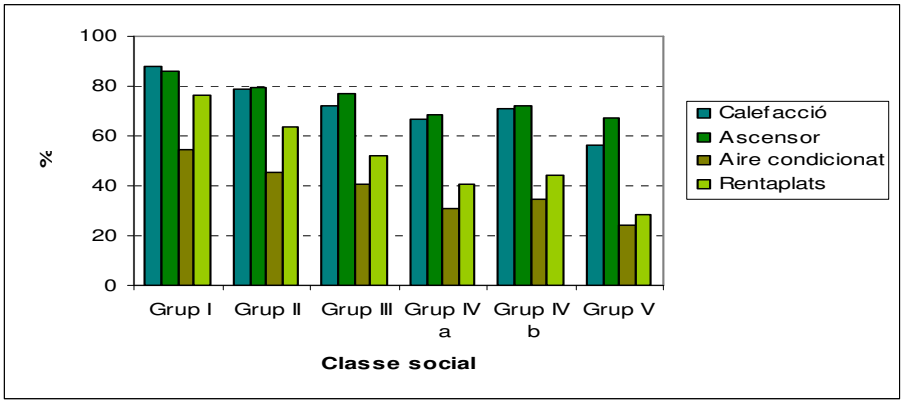
Figura 142. Nivell d'estudis per classe social. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

411. Respecte a les condicions dels habitatges, si bé no s'observen diferències entre classes socials pel que fa a la presència d'equipaments i serveis bàsics a la llar, com l'aigua calenta o la dutxa o banyera, en altres com la calefacció, l'ascensor (si s'escau), l'aire condicionat o el rentaplats són les classes socials més desafavorides i les persones d'edats més avançades les que viuen en major proporció en llars que no disposen d'aquests béns.

Figura 143. Equipament de les llars per classe social. Població de 15 anys i més. Catalunya, 2006

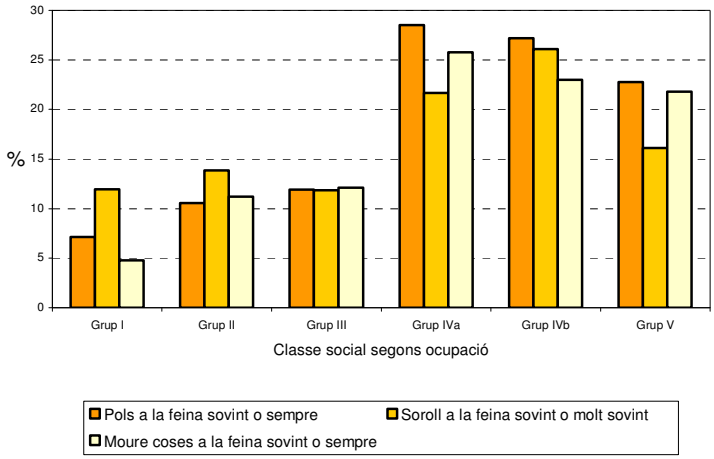


Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

412. Respecte a les condicions de treball, les classes socials més benestants generalment treballen en entorns més saludables i realitzen feines més variades i de menys duresa física. A més, efectuen tasques que els permeten mantenir un major control del seu ritme de treball en una proporció més gran que les classes socials més desafavorides.

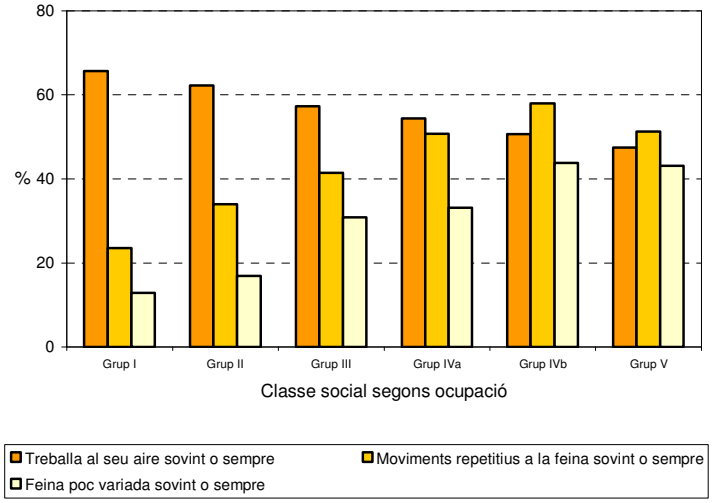
413. Alhora, la sobrecàrrega que suposa la conciliació de la vida familiar i laboral, que inclou l'atenció de persones en situació de dependència, no té el mateix efecte sobre les diferents classes socials. Les classes socials més desafavorides i, en menor proporció, les classes mitjanes són les més afectades, ja que disposen de menys recursos per contractar serveis de suport en el mercat laboral en comparació amb les classes més benestants. Aquest fet, que afecta sobretot les dones, es tradueix en el fet que les classes altes i mitjanes realitzen generalment més hores de treball remunerat que les classes més desfavorides, que fan més hores de treball domèstic.

Figura 144. Condicions físiques de treball per classe social. Catalunya, 2006



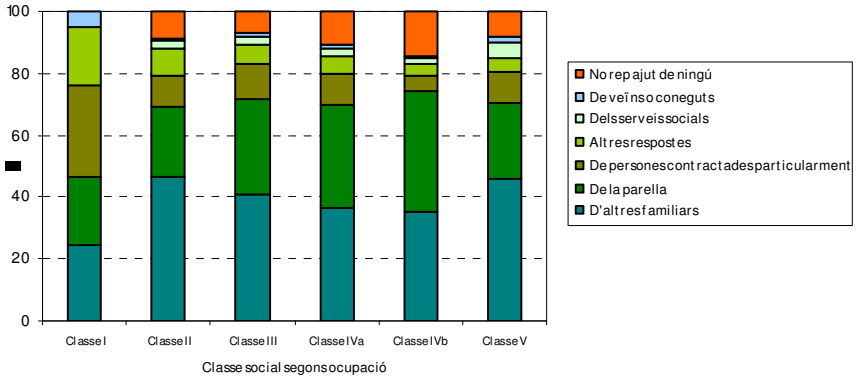
Dades calculades sobre població ocupada i estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

Figura 145. Monotonia en el treball i control del ritme per classe social. Catalunya, 2006



Dades calculades sobre població ocupada i estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

Figura 146. Distribució de les persones de 65 anys i més amb limitació segons el principal cuidador, per classe social. Catalunya, 2006



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

414. Es constaten diferències en recursos i capacitats entre persones que pertanyen a diferents classes socials.

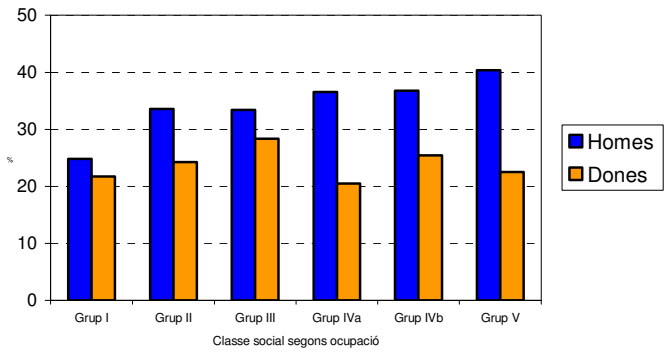
415. Segons la classe social, les persones presenten generalment diferències en comportaments i estils de vida, tot i que aquestes diferències varien segons el sexe, l'edat o altres factors individuals.

416. La prevalença de tabaquisme en el homes augmenta a mesura que les classes socials són més desafavorides, mentre que les dones no presenten un patró tan ben definit. Les classes mitjanes són les que acumulen una major proporció de dones fumadores. Les diferència entre sexes en prevalença de consum de tabac és inferior en les classes socials més benestants i més accentuada a les classes socials desfavorides.

417. El consum de risc d'alcohol per classe social presenta patrons diferenciats per sexe. El consum de risc és més elevat entre les dones de les classes més benestants, mentre que entre els homes no s'observa un patró ben definit.

418. En sedentarisme no s'observen patrons clars per classe social, tot i que, entre els adults, l'activitat física tendeix a decréixer a mesura que les classes socials són més desfavorides.

Figura 147. Població de 15 anys i més que es declara fumadora habitual, per classe social i sexe. Catalunya 2006

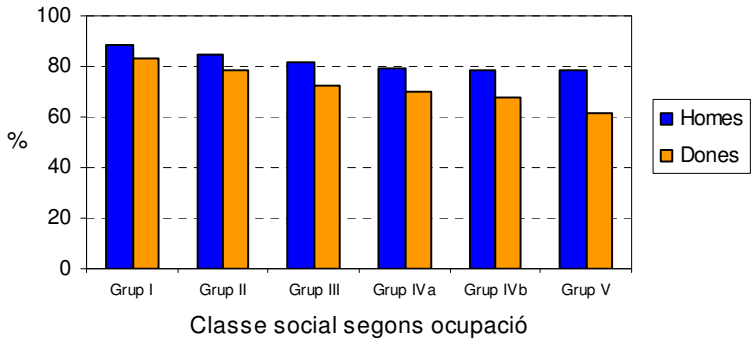


Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

419. Quant a l'autovaloració de l'estat de salut, cada grup social presenta de mitjana un millor resultat que el grup més desfavorit immediatament posterior. Aquest gradient persisteix tot i haver aïllat l'efecte de les diferents estructures etàries dels grups socials. La influència de la classe social en la percepció de la salut és el doble en les dones que en els homes.

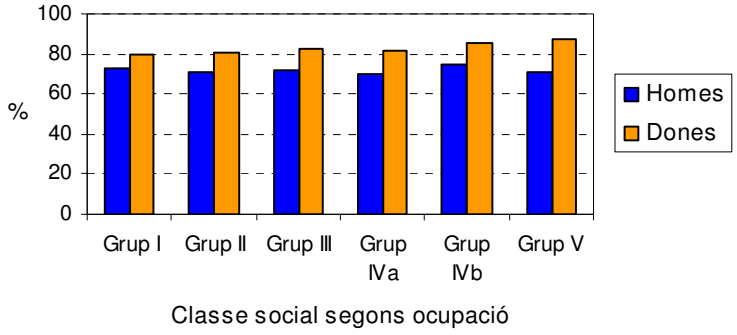
420. La prevalença de trastorns crònics també difereix entre classes socials a favor de les classes socials més afavorides, però solament en el cas de les dones.

Figura 148. Població que declara un estat de salut excel·lent, molt bo o bo per classe social i sexe. Catalunya 2006.



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

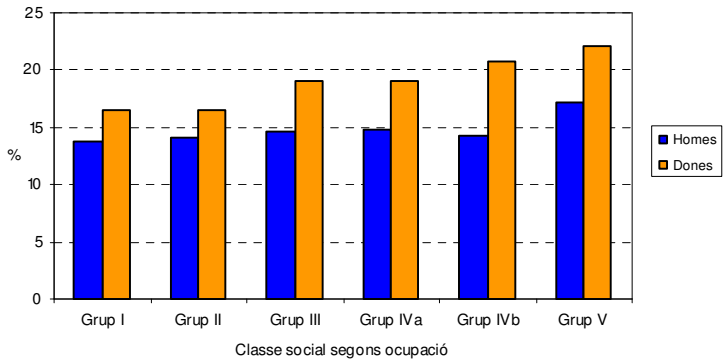
Figura 149. Població que declara patir algun trastorn crònic, per classe social i sexe. Catalunya, 2006



Dades estandarditzades per edat.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

421. El risc de mala salut mental també presenta relació amb la classe social, tot i que en el cas dels homes tan sols s'observen pitjors resultats en la població de la classe més desafavorida (grup V), mentre que les classes mitjanes presenten resultats similars a les classes més benestants. En canvi, entre les dones s'observen diferències de risc entre les classes socials més afavorides i les classes mitjanes, que alhora presenten un risc inferior al de la classe més desafavorida.

Figura 150. Risc de mala salut mental per classe social i sexe. Catalunya, 2006

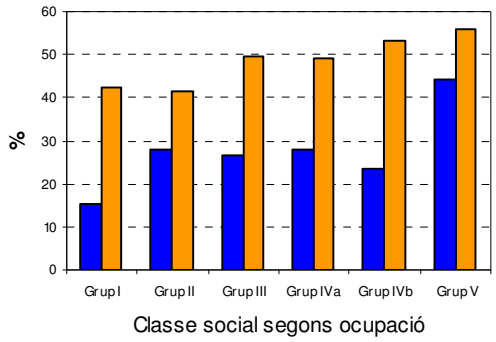


Dades estandarditzades per edat. Població de referència: padró 2005.
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

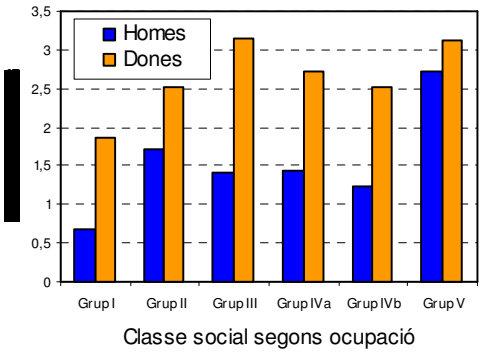
422. Entre les persones de 65 anys i més s'observen més casos de limitacions per a la realització de les activitats de la vida diària entre les classes socials més desafavorides. Tanmateix, en el cas de les dones també hi ha un nombre mitjà important de limitacions entre les que pertanyen a la classe mitjana (grup III), amb una diferència significativa en aquest grup entre homes i dones. Són les classes desfavorides i particularment les dones les que reben menys ajuda. En totes les classes socials són la parella —predominantment en els homes— i altres familiars —sobretot en les dones— el suport principal de la persona amb limitacions. Tanmateix, la proporció de persones que reben ajuda de persones contractades particularment creix a mesura que les persones pertanyen a classes socials més afavorides.

Figura 151. Població de 65 anys i més que presenta una o més limitacions per a la realització de les activitats habituals de la vida quotidiana i nombre mitjà d'activitats amb limitació per sexe i classe social. Catalunya, 2006

Proporció de població amb alguna limitació



Nombre mitjà de limitacions



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

423. En resum, existeix un gradient entre classe social i estat de salut, en el sentit que les classes socials més desafavorides presenten pitjors resultats en ambdós sexes. Entre les dones, les desigualtats en salut entre classes són més elevades que entre els homes i, a més de les desigualtats entre extrems, també es constaten diferències entre les classes més benestants i les mitjanes.

424. La doble cobertura sanitària es troba molt relacionada amb classe social. S'observa que la proporció de doble cobertura en homes és més del doble en les classes

benestants respecte les més desfavorides, mentre que aquesta mateixa relació entre les dones és de més del triple.

425. Tot i que les classes socials més benestants (grup I i II) declaren haver visitat algun professional sanitari en una proporció superior a la resta de classes, el percentatge de població que declara haver visitat el metge de capçalera en el darrer any és més elevat entre les classes socials desafavorides d'ambdós sexes; les dones són les que presenten un grau més alt de variació entre classes socials. En atenció especialitzada, s'observen diferències molt importants entre classes pel que fa a la proporció de població que declara haver visitat al dentista, d'ambdós sexes, i a la proporció de dones que declaren haver visitat el ginecòleg. Presenten valors més elevats es classes socials benestants. Les diferències entre classes en visites a aquests dos tipus d'especialista són més elevades que les diferències en visites al metge de capçalera.

426. Les visites a urgències també presenten un gradient de classe social segons el qual les classes més desafavorides declaren en major proporció haver utilitzat els serveis d'urgències en el darrer any. Les diferències entre classes són més importants entre les dones que entre els homes. En relació amb la població hospitalitzada en el darrer any, tot i que les persones de les classes més desafavorides declaren en una proporció més elevada haver estat hospitalitzades, no es detecten diferències significatives entre classes.

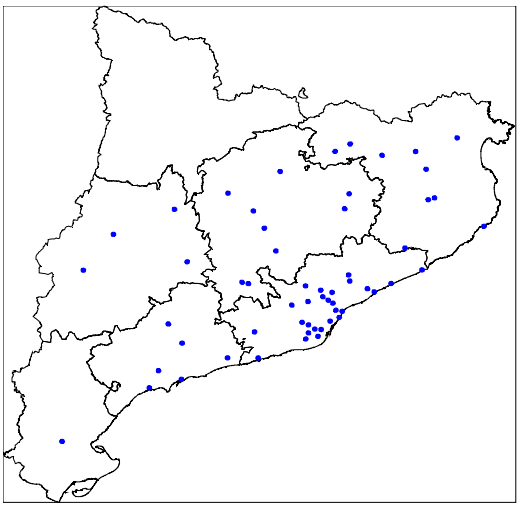
427. En consum de medicaments, s'observa en general poca variabilitat entre classes socials, tot i que un cop s'analitza els homes i les dones per separat es constata que els gradients de consum per classe social es troben pràcticament invertits per sexe. Així, entre els homes s'observa com són les classes més benestants les que declaren en major proporció haver pres medicació en els darrers dos dies, tot i que les diferències són poc importants, mentre que en el cas de les dones, la proporció que manifesta haver consumit algun tipus de medicament en aquest mateix període és més elevada en els grups més desfavorits. El gradient femení pràcticament duplica el masculí.

428. Amb la voluntat d'abordar les desigualtats de caràcter intraterritorial, l'anterior legislatura va aprovar la Llei de barris, amb què el Govern pretén la rehabilitació integral dels barris que presenten problemàtiques específiques per evitar-ne la

degradació i millorar les condicions de vida dels seus habitants. El Departament de Política Territorial i Obres Públiques és l'impulsor de la millora de les condicions de vida dels ciutadans a través d'intervencions urbanístiques, que es complementen amb d'altres actuacions de caràcter econòmic i social desenvolupades per programes específics dels departaments de Medi Ambient i Habitatge, Salut, Treball i Acció Social i Ciutadania.

429. El Programa de salut als barris del Departament de Salut intervé en quasi 70 barris de diferents ciutats catalanes subvencionats arran de la Llei de barris. En els 46 barris de les tres primeres convocatòries (dels anys 2004, 2005 i 2006) hi resideixen 485.000 persones que es beneficiaran directament de les intervencions, però la població inclosa a les àrees bàsiques de salut on es localitzen els barris elegits i que també rebran atenció indirectament arran de les actuacions és d'una mica més d'1,3 milions de persones (mapa 18).

Mapa 18. Municipis beneficiaris de les quatre convocatòries de la Llei de barris (2004-2007)



Font: Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Departament de Salut.

430. Els barris beneficiats es distribueixen per tot el territori. Dels trenta-set governs territorials de salut que conformen la divisió territorial sanitària descentralitzada de Catalunya, fins al moment només vuit no tenen cap barri dins del Programa: són els GTS Montsià, Alt Urgell, Alta Ribagorça, Cerdanya, Pallars Jussà-Pallars Sobirà, Val d'Aran, Baix Montseny i Baix Vallès.

431. El programa ha identificat en aquests territoris quatre col·lectius diana: infants, adolescents i joves; gent gran; dones; i nouvinguts. L'objectiu és determinar els estats i processos de risc a partir dels quals es concreten problemes de salut i que es troben a la base de les desigualtats en salut. Els problemes identificats per als grups diana, si bé no difereixen dels principals problemes de salut de la població general, es consideren crítics per a aquests grups, ja que solen presentar més prevalença, més comorbiditat o coincidència de problemes de salut i problemes socials o més precocitat (taula 84).

432. Com a resultat de l'anàlisi, s'observa la importància de les condicions de vida, i concretament de les condicions a la llar i dels ingressos com a factors generadors de vulnerabilitat en salut.

433. El principals problemes de salut identificats són:

   a. Problemes de salut mental, com l'estrès, l'ansietat, la neurosi o la depressió. En el cas dels nouvinguts s'hi afegeix la síndrome d'Ulisses (dol migratori), agreujada en els casos d'aïllament social.

   b. Obesitat, diabetis gestacional, desnutrició o anèmies produïdes per una alimentació inadequada.

   c. Malalties infeccioses (tuberculosi, respiratòries) afavorides per les precàries condicions d'habitabilitat.

   d. Abordatge inadequat dels problemes de salut a conseqüència d'una manca de continuïtat assistencial i descoordinació dels serveis sanitaris i socials. Dificultats per aconseguir el compliment dels tractaments terapèutics i mantenir nivells de prevenció sanitària suficients. Excés de medicació. Barreres de comunicació que afecten sobretot a la població nouvinguda, que alhora sol presentar un dèficit de coneixement del sistema.

   e. Accidentalitat elevada, tant a la feina, que sol afectar en major mesura la població nouvinguda, com a l'àmbit domèstic, on els menors i la gent gran (caigudes) són els que presenten més risc, sobretot per les deficitàries condicions de l'entorn.

434. Cada col·lectiu presenta les seves peculiaritats:

a. Infants, adolescents i joves: Les escoles han d'afrontar més problemes d'aprenentatge i hiperactivitat. Els joves i infants viuen en major proporció en entorns familiars desestructurats que dificulten un desenvolupament emocional saludable. Les conductes de risc són més prevalents i apareixen en edats molts precoces (embarassos, interrupcions voluntàries de l'embaràs, consum de drogues...). En aquests col·lectius sorgeixen també problemes d'adaptació social i violències.

b. Gent gran: Hi ha una elevada prevalença de trastorns crònics, essencialment osteomusculars, amb les limitacions conseqüents per a la realització de les activitats habituals de la vida diària. També s'observa un percentatge superior de població amb patologies complexes i comorbiditat. A això s'afegeix una manca més gran de familiars de referència que puguin fer-se càrrec de la persona amb limitació.

c. Dones: La dependència econòmica i social unida a les càrregues familiars les converteixen en un col·lectiu molt vulnerable, especialment davant problemes greus com la violència de gènere. Els problemes de salut mental són més prevalents en aquest col·lectiu.

d. Nouvinguts: Les diferències lingüístiques i culturals poden esdevenir un entrebanc per al manteniment de la salut atès que dificulten l'assoliment d'una comunicació efectiva entre els professionals sanitaris i el pacient. Altres problemes identificats són el policonsum de drogues, els problemes de salut bucodental i els trastorns mentals.

Taula 87. Anàlisi de situació del Programa de salut als barris. Elements comuns de les situacions de risc i problemes de salut segons grups vulnerables

	Situacions de risc	Problemes de salut
Infants, adolescents i joves	- Entorns familiars poc estructurats i soledat - Desvaloració i incompliment dels drets dels infants - Convivència amb situacions de violència a casa, al carrer o a l'escola - Fracàs escolar - Dificultats per a la transició al món de l'adult - Prevalença de conductes de risc cada cop més precoces, fomentades pels canvis en el rol social dels joves i hàbits de vida poc saludables - Accions d'informació i prevenció no coordinades entre institucions i poc adaptades a les necessitats - Manca d'adequació dels espais de suport i dels professionals a les problemàtiques dels nens i joves	- Hiperactivitat i problemes d'aprenentatge - Desadaptació social i violència - Trastorns mentals i trastorns de l'alimentació - Obesitat i risc cardiovascular en edats adultes - Embarassos i IVE, malalties de transmissió sexual, dependència de tòxics i conseqüències per a la salut mental
Gent gran	- Soledat: dependència de la parella i pèrdua de la xarxa social - Habitatges poc adaptats a persones amb algun tipus de limitació - Baixa autocura per una concepció distesa de la salut - Resignació a l'envelliment i poca activitat - Descoordinació dels serveis socials i sanitaris i discontinuïtat assistencial - Falta de compliment terapèutic - Sobrecàrrega de les persones cuidadores i problemes econòmics relacionats - Sobremedicació o medicació inadequada - Sobreenvelliment de la població	- Aïllament social i vulnerabilitat - Elevada prevalença de malalties infeccioses, respiratòries, osteomusculars i mentals (depressió) - Problemes de mobilitat, risc de caigudes i accidents a la llar - Complicacions de malalties cròniques - Fragilitat física i mental en situació d'estrès - Patologies complexes i comorbiditat
Dones	- Dependència econòmica i emocional de la parella - Condicions laborals precàries: precarietat en la contractació i salaris baixos - Excés de medicalització - Desconeixement i infrautilització dels recursos de suport a la dona - Manca d'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva - Manca d'autocura: higiene, alimentació, prevenció... - Violència de la parella - Desestructuració familiar	- Aïllament social i vulnerabilitat - Somatització del malestar - Agreujament de trastorns crònics - Problemes mentals: depressió, ansietat, malestar, fatiga - Fractures i traumatismes ocasionats per la violència familiar
Nouvinguts	- Aïllament social, poca autonomia econòmica i dificultats comunicatives - Condicions laborals precàries i poca seguretat - Condicions d'habitabilitat precàries, sobreocupació - Percepcions diferents de la salut, el benestar i les necessitats relacionades - Dificultats d'establir una comunicació fluïda en l'àmbit de la salut sobre temes de sexualitat, ús de mètodes anticonceptius i riscos per a la salut. Ús insuficient de mètodes anticonceptius - Hàbits d'alimentació no saludables en grups concrets, agreujats per situacions de pobresa - Manca de supervisió dels infants i dificultats per deixar-los a cura d'algú altre. Dificultats per conciliar la vida laboral i familiar - Invisiblilitat: xinesos, gitanos, romanesos... - Augment de la prostitució - Desvaloració en algunes cultures dels drets dels infants i les dones - Necessitats associades al reagrupament familiar	- Prevalença més elevada de malalties i accidents professionals - Malalties infeccioses relacionades amb les condicions de vida, principalment la tuberculosi - Problemes mentals: depressió, ansietat, malestar, fatiga i derivats del dol migratori - Desconeixement d'alguns problemes de salut que pateixen i que possiblement ja patien al país d'origen - Prevalença més elevada d'accidents domèstics i infantils - Manca de coneixement del funcionament del sistema - Problemes a l'hora d'entendre consells de salut i d'incorporar les pautes - Baixa o inadequada freqüentació dels serveis sanitaris i sociosanitaris - Problemes relacionats amb la mala alimentació: obesitat, diabetis gestacional, desnutrició, anèmies... - Problemes de salut sexual: ITS, embarassos no desitjats... - Ablació, no-vacunació, desnutrició, manca d'hàbits d'higiene, càstigs físics i psíquics - Problemes bucodentals en gent gran i adulta - Dependència de tòxics

9. L'evolució temporal dels resultats principals

La població	
• La població catalana a 1 de gener de 2006 és de 7.134.697 habitants, dels quals 3.543.706 són homes i 3.590.991 dones, segons dades del Padró continu d'habitants.	▲
• El 31 de desembre de 2006, segons el Registre Central d'Assegurats (RCA) del CatSalut, 7.324.047 persones residents a Catalunya disposen de targeta sanitària, el que suposa gairebé un milió més que l'any 2000.	▲
• Amb independència de l'escenari, sembla ser que la població catalana continuarà augmentant en els propers anys, a un ritme més elevat fins al 2010 per, més endavant, desaccelerar el ritme de creixement. L'envelliment, en termes absoluts, serà cada vegada més elevat.	▲
• En el període 1995-2005, l'índex sintètic de fecunditat[82] (ISF) ha passat d'1,14 a 1,42 i el nombre de naixements de 53.809 a 79.547, el que suposa un increment del 47,8%.	▲
• El nombre de naixements de mares estrangeres ha passat de 5.628 nascuts vius el 2002, que representaven el 8,8% dels naixements de Catalunya, a 16.621, el 2005, que són el 20,8% del total de naixements.	▲
• L'esperança de vida a Catalunya continua creixent (estable en el darrer any), tot i que més lentament que abans pels alts valors ja assolits.	▲
• El nombre de persones de 65 anys i més supera l'1,2 milions (RCA), dues terceres parts són dones. Els canvis recents en l'estructura de la població (immigració i increment del nombre de naixements) han ralentitzat el ritme de creixement de l'envelliment relatiu, que continua sent molt elevat.	▲
• Les famílies monoparentals i les llars unipersonals han augmentat i representen, el 2006, el 18,8% i el 21%, respectivament.	▲
• El nivell d'estudis de la població general ha augmentat, alhora que ha tendit a equiparar homes i dones.	▲
Els condicionants de la salut i els estils de vida	
• En relació amb l'activitat física, en el període 1994-2006 ha augmentat la proporció de població de 15 anys i més que es declara sedentària.	▲
• Els indicadors relacionats amb els escolars de 6 anys lliures de càries mostra una inversió en la tendència de millora progressiva de les darreres dues dècades, atès que ha disminuït el percentatge d'escolars sense patologia. En els escolars de 12 anys, s'observa una tendència a l'estancament.	▼

[82] Index sintètic de fecunditat (ISF) expresa el nombre de fillsl per dona. El nombre promig de fills per dona per garantir el reemplaçament generacional se situa en 2,1 fills per dona.

• Entre 2002 i 2006, s'observa un lleu increment de la prevalença de sobrepès amb un manteniment de l'obesitat. Per sexe, el patró s'ha invertit de manera que el 2006 el percentatge de dones amb sobrepès és superior al de 2002 però el d'homes és inferior; i ha disminuït el percentatge de dones amb obesitat mentre que ha augmentat el d'homes obesos.	▲
• En el període 1990-2006, la proporció de fumadors ha disminuït, i ho ha fet gràcies a l'abandonament de l'hàbit tabàquic entre els homes.	▼
• Entre el 2002 i el 2006, per primera vegada des de 1990, la proporció de dones fumadores ha disminuït.	▼
• La proporció de població bevedora de risc d'alcohol[83] en el període 1999-2005 ha augmentat en ambdós sexes.	▲
• La proporció de població de 15 a 64 anys que declara haver consumit[84] cànnabis o cocaïna els dotze mesos previs a l'entrevista ha augmentat en el període 1997-2005. La proporció de població de 14 a 18 anys que declara haver consumit[85] alguna d'aquestes substàncies en el darrer any també ha anat augmentant en el període 1994-2006.	▲
• En el període 1994-2006, la proporció de persones de 15 anys i més que es pren la pressió arterial i es mesura el colesterol ha augmentat.	▲
• Durant el període 1994-2006 la proporció de dones de 50 a 69 anys (grup diana) que declara que es fa periòdicament una mamografia ha augmentat.	▲
• En el mateix període, han desaparegut les diferències per regió sanitària i classe social en la pràctica de la mamografia en les dones del grup diana.	▼
• En el període 1994-2006, la pràctica de la citologia cervical periòdica també ha augmentat significativament.	▲
• La vacunació de la grip de la població de 60 i més ha augmentat en el periode 1994-2006.	▲
• La prevalença de lactància materna (exclusiva i mixta) als tres mesos de vida s'ha incrementat en el període 1989-2005[86].	▲
• En període 1989-2005, la taxa dels embarassos en dones de 14 a 17 anys a	▲

[83] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.
[84] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.
[85] Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007. *Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.
[86] Jané M, Prats R, Plasència A. Indicadors de Salut Maternoinfantil 2003-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2007 (en premsa)/ Vidal MJ, Jané M, Prats R, Cabezas C, Plasència A. Factores relacionados con la lactancia materna en Catalunya. XII Congreso SESPAS, Barcelona, junio, 2007

Catalunya s'està incrementant de forma sostinguda[87].	
• Les taxes d'incidència d'accidents de treball mortals i no mortals han disminuït un 22,3% en el període 2001-2006, amb un descens més important en el cas dels mortals (32,7% entre 2002 i 2006).	▼
L'estat de salut i la qualitat de vida	
• Entre els anys 1994-2006, la proporció de la població que valora la seva salut com a bona ha augmentat lleugerament, tant en homes com en dones.	▲
• L'esperança de vida en bona salut s'ha incrementat en el període 1987-2005 per ambdós sexes, si bé l'increment és més elevat en els homes que en les dones.	▲
• L'esperança de vida ajustada per qualitat (EVAQ), indicador de mesura de la qualitat de vida relacionada amb la salut, mostra una tendència cap a l'empitjorament en el període 1994-2006, sobretot en les dones i especialment en les edats adultes més joves.	▼
• En el període 1994-2006, tot i la millora de la percepció de l'estat de salut, la proporció de persones d'ambdós sexes de 15 anys i més que declaren patir trastorns crònics augmenta, especialment a conseqüència de la depressió i/o ansietat, el colesterol elevat, la hipertensió arterial (en els homes) i les varices (en les dones). En tots els grups d'edat i en els tres moments d'observació les dones declaren patir més trastorns crònics que els homes.	▲
• En el període 1994-2006, la població que manifesta haver sofert algun accident durant els darrers 15 dies que hagi requerit assistència sanitària o hagi suposat una restricció de l'activitat ha augmentat en tots els grups d'edat, amb augments més rellevants en les persones de 65 anys i més.	▲
• La població que declara tenir alguna discapacitat greu augmenta en tots els grups d'edat al llarg del període 1994-2006 amb una intensitat similar en ambdós sexes.	▲
• A Catalunya, en el període 1994-2006 la prevalença de trastorns mentals en la població de 15 anys i més, mesurada com a probabilitat de ser cas en el moment de l'entrevista, es manté estable, per a ambdós sexes i per a tots els grups d'edat.	=
La utilització de serveis i la qualitat	
• S'ha incrementat la població amb targeta sanitària individual (TSI).	▲
• La proporció de població que declara tenir doble cobertura sanitària ha augmentat en el període 1994-2006.	▲
• La proporció de persones que declaren estar satisfetes amb els serveis sanitaris que ha utilitzat és molt alt i es manté estable.	=
• No s'observen diferències al llarg del període 1994-2006 de la proporció de persones que declaren haver estat visitades durant el darrer any per qualsevol tipus de	=

[87] Registre de naixements. Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.

professional de la salut.	
• Hi ha hagut un lleuger increment en les taxes d'hospitalització convencional.	▲
• Entre els anys 2003 i 2005 el percentatge de substitució de la Cirurgia Major Ambulatòria (CMA) ha augmentat.	▲
• El nombre de pacients atesos ha augmentat tant en els Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) com en els Centres de Salut Mental Infantojuvenils (CSMIJ).	▲
• En la dècada 1996-2006, el nombre de persones que inicien tractament a la XAD per abús o dependència de la cocaïna o l'alcohol ha experimentat un fort creixement. • En canvi, el nombre de persones que inicien un tractament per heroïna tendeix a disminuir.	▲ ▼
• Entre 2003 i 2006, el nombre de places de llarga estada en els centres sociosanitaris ha augmentat. També en el mateix període s'ha incrementat el nombre de llits de les unitats de convalescència.	▲
• Durant 2006-2007 (desembre-març), i en relació amb el període 2002-2003, hi ha hagut un increment de les urgències.	▲
• La proporció de pacients diagnosticats amb factors de risc cardiovascular, com ara la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia, en situació de control ha millorat significativament en el decenni 1995-2004, alhora que disminueixen les diferències en el control segons sexe.	▲
• En el període 1994-2006, el consum de medicaments s'ha incrementat en tots els grups d'edat, en ambdós sexes i en totes les classes socials.	▲
• Entre desembre del 2003 i del 2006, el nombre de pacients en llista d'espera quirúrgica per al conjunt de procediments garantits ha disminuït.	▼
• Entre els anys 2004 i 2006, el pressupost total consolidat del CatSalut/ICS s'ha incrementat.	▲
• Tot i que la població de l'RCA s'ha incrementat, el resultat final del pressupost per càpita ha experimentat un augment.	▲
• En el període 2002-2005, la prescripció de medicaments genèrics ha experimentat un creixement.	▲
La mortalitat	
• La mortalitat infantil ha disminuït fins a situar-se en 2,9 defuncions de menors d'un any per cada mil nascuts vius el 2005.	▼
• Les principals causes de mortalitat prematura en els homes són els accidents de trànsit, el tumor maligne de pulmó i les malalties isquèmiques del cor. En les dones ho són el tumor maligne de mama, els accidents de trànsit i la malaltia cerebrovascular. A excepció del tumor maligne de pulmó, la mortalitat prematura per aquestes causes disminueix en els darrers anys.	▼

Taules d'evolució temporal d'indicadors* de salut i serveis sanitaris de l'ESCA, per grup d'edat i sexe i per classe social i sexe. Catalunya, 1994, 2002 i 2006

Estils de vida i activitats preventives, per grup d'edat i sexe

Proporcions estandarditzades

Fumador (diari i ocasional)	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
15-44 anys	50,4	44,1	40,4	37,3	41,2	36,2	43,5	42,7	38,4
45-64 anys	43,3	37,2	32,6	8,0	15,8	18,9	24,4	26,3	25,7
65 anys i més	24,7	16,8	15,8	1,5	3,1	2,0	11,0	8,9	7,9
15-24 anys	39,4	37,5	36,4	35,0	42,5	35,8	37,2	40,0	36,1
25-44 anys	58,0	47,9	41,8	38,7	40,5	36,3	47,7	44,2	39,1
Total (15 anys i més)	43,4	36,9	33,5	22,3	26,8	24,8	31,9	31,6	28,9

Mesura pressió arterial	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
15-44 anys	16,5	33,2	25,0	21,3	34,2	29,4	19,0	33,6	27,1
45-64 anys	30,7	60,7	58,2	26,7	59,5	59,5	28,5	60,1	58,8
65 anys i més	36,1	78,5	84,6	30,1	82,5	88,3	32,6	80,8	86,7
Total (15 anys i més)	24,2	49,6	45,7	24,5	50,6	49,2	24,3	50,1	47,5

Mamografies periòdiques	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
15-49 anys				29,4	27,0	28,2			
50-69 anys				26,8	69,2	85,5			
70 anys i més				4,9	23,1	31,9			
Total (15 anys i més)				24,6	36,8	43,0			

Estils de vida i activitats preventives, per classe social i sexe

Fumador (diari i ocasional)	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	40,0	31,1	28,5	22,5	26,5	22,7	31,6	29,1	25,5
Classe mitjana (grup III)	42,4	34,6	32,7	25,0	27,7	28,4	34,8	31,0	30,3
Classe baixa (grups IV i V)	45,2	40,3	35,8	21,4	27,4	23,7	31,9	33,4	29,8
Total	43,4	36,9	33,5	22,3	26,8	24,8	31,9	31,6	28,9

Mesura pressió arterial	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	26,9	48,7	46,2	28,9	47,0	45,1	27,9	48,0	45,8
Classe mitjana (grup III)	25,0	46,7	43,7	29,8	49,1	48,3	27,5	47,9	46,2
Classe baixa (grups IV i V)	23,1	51,1	46,5	22,6	51,2	51,1	22,6	51,2	48,7
Total	24,2	49,6	45,7	24,5	50,6	49,2	24,3	50,1	47,5

Mamografies periòdiques	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)				30,3	42,3	46,9			
Classe mitjana (grup III)				31,1	42,8	44,7			
Classe baixa (grups IV i V)				22,1	32,9	40,2			
Total				24,6	36,8	43,0			

Dades estandarditzades per edat pel mètode directe amb la població de Catalunya a 31 de desembre de 2005.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Estat de salut, per grup d'edat i sexe

Proporcions estandarditzades

Bon estat de salut	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	95,9	94,6	96,3	95,9	98,0	98,0	95,9	96,3	97,1
15-44 anys	89,4	91,6	92,2	85,6	86,8	87,3	87,4	89,2	89,9
45-64 anys	69,9	70,1	74,8	55,5	64,8	63,5	62,2	67,4	69,1
65 anys i més	55,6	54,5	53,6	42,2	41,8	38,2	47,6	47,1	44,6
Total	80,0	80,7	82,2	72,6	75,6	74,9	75,9	78,0	78,4

Discapacitats	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	2,6	3,7	5,1	1,6	2,2	2,3	2,1	3,0	3,7
15-44 anys	3,1	5,0	5,4	2,8	5,9	5,1	2,9	5,4	5,3
45-64 anys	12,4	15,0	14,7	16,3	16,3	20,8	14,5	15,6	17,8
65 anys i més	32,6	34,7	43,1	46,2	44,0	61,2	40,7	40,1	53,6
Total	10,2	12,2	13,9	13,1	14,2	17,9	11,9	13,3	16,2

Accidents darrer any	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	19,3	30,9	23,7	13,7	24,6	18,2	16,7	27,8	21,0
15-44 anys	20,5	31,5	21,2	11,0	22,5	15,6	15,5	27,1	18,5
45-64 anys	9,8	16,2	13,1	11,0	23,4	16,5	10,4	19,9	14,8
65 anys i més	6,7	19,1	13,8	17,2	27,7	24,8	13,0	24,0	20,2
Total	15,5	25,7	18,4	12,4	23,9	17,7	14,0	25,0	18,3

Trastorns crònics	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
15-44 anys	39,2	51,4	59,3	48,8	63,1	72,2	44,2	57,2	65,5
45-64 anys	67,3	78,6	82,7	82,5	88,1	90,3	75,4	83,4	86,6
65 anys i més	87,5	91,9	95,8	93,1	96,7	98,7	90,8	94,7	97,5
Total (15 anys i més)	56,3	66,8	72,9	66,7	76,5	82,4	61,9	71,7	77,5

Estat de salut, per classe social i sexe

Bon estat de salut	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Classe alta (grups I i II)	86,2	88,5	88,9	80,3	80,9	82,9	83,3	84,9	85,7
Classe mitjana (grup III)	82,7	83,6	84,4	80,5	79,0	76,0	81,8	81,2	79,7
Classe baixa (grups IV i V)	76,9	77,0	79,0	68,5	72,1	71,5	72,1	74,5	75,2
Total	80,0	80,7	82,2	72,6	75,6	74,9	75,9	78,0	78,4

Discapacitats	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Classe alta (grups I i II)	7,9	10,4	11,7	11,5	13,1	14,6	9,8	11,6	13,3
Classe mitjana (grup III)	8,3	11,9	13,0	9,3	12,2	18,1	8,5	12,1	15,9
Classe baixa (grups IV i V)	11,5	13,3	15,2	14,3	15,7	19,1	13,3	14,6	17,5
Total	10,2	12,2	13,9	13,1	14,2	17,9	11,9	13,3	16,2

Accidents darrer any	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Classe alta (grups I i II)	12,7	28,1	16,1	11,8	26,8	16,5	12,2	27,3	16,4
Classe mitjana (grup III)	14,8	23,8	19,0	9,4	19,2	17,6	11,6	21,4	18,4
Classe baixa (grups IV i V)	16,8	25,6	18,8	13,7	25,3	18,5	15,5	25,8	19,0
Total	15,5	25,7	18,4	12,4	23,9	17,7	14,0	25,0	18,3

Trastorns crònics	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Classe alta (grups I i II)	52,3	64,1	73,4	62,8	77,5	80,5	57,4	70,7	77,0
Classe mitjana (grup III)	55,3	67,4	72,2	60,7	73,8	82,8	58,2	70,7	78,0
Classe baixa (grups IV i V)	58,2	68,4	73,0	69,8	77,8	82,8	64,5	73,1	77,5
Total	56,3	66,8	72,9	66,7	76,5	82,4	61,9	71,7	77,5

Dades estandarditzades per edat pel mètode directe amb la població de Catalunya a 31 de desembre de 2005.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Utilització dels serveis sanitaris, per grup d'edat i sexe

Proporcions estandarditzades

Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	91,5	95,0	95,7	93,3	94,9	95,2	92,3	95,0	95,4
15-44 anys	78,8	80,9	79,6	90,0	90,8	89,7	84,6	85,8	84,5
45-64 anys	81,7	82,5	83,8	91,2	92,6	93,3	86,7	87,6	88,6
65 anys i més	93,2	94,1	92,9	93,4	94,7	95,1	93,4	94,5	94,2
Total	83,7	85,5	85,1	91,3	92,5	92,2	87,7	89,0	88,6

Visites a un professional de la salut els darrers 15 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	21,3	22,7	23,8	23,0	18,2	23,1	22,1	20,5	23,5
15-44 anys	13,6	10,7	14,7	20,0	19,1	23,9	16,9	14,8	19,1
45-64 anys	21,6	18,4	20,2	27,1	24,7	30,2	24,6	21,6	25,3
65 anys i més	27,3	24,3	30,9	31,9	27,3	32,4	30,1	26,0	31,8
Total	18,9	16,5	20,0	24,1	21,6	26,7	21,7	19,1	23,3

Ús de medicaments els darrers 2 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	23,6	30,5	36,8	24,8	26,6	32,1	24,2	28,6	34,5
15-44 anys	26,0	32,6	36,2	41,4	43,9	57,8	34,0	38,2	46,5
45-64 anys	43,5	49,1	60,7	61,4	59,7	76,6	53,1	54,5	68,8
65 anys i més	67,6	71,3	87,2	81,0	79,4	95,1	75,6	76,0	91,8
Total	36,8	42,7	50,6	50,5	51,2	64,9	44,2	47,1	57,7

Hospitalitzacions els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	8,4	6,0	4,2	3,5	3,7	3,6	6,1	4,9	3,9
15-44 anys	5,5	6,6	3,9	8,6	8,3	10,0	7,1	7,4	6,9
45-64 anys	8,3	9,5	7,8	7,6	10,4	7,9	7,9	10,0	7,8
65 anys i més	14,6	19,1	17,3	10,8	14,1	17,0	12,4	16,2	17,1
Total	8,1	9,3	7,1	8,0	9,1	9,8	8,1	9,1	8,4

Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
15-44 anys	88,5	82,9	81,5	86,4	81,1	80,7	87,3	81,9	81,1
45-64 anys	87,4	83,1	81,8	87,1	81,8	82,4	87,2	82,4	82,1
65 anys i més	94,9	90,2	88,6	93,1	87,8	87,7	93,8	88,8	88,1
Total	89,4	84,4	83,0	87,9	82,6	82,6	88,6	83,4	82,8

Utilització dels serveis sanitaris, per classe social i sexe

Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	81,9	84,4	87,7	91,3	92,4	94,4	86,5	88,4	91,1
Classe mitjana (grup III)	83,9	85,3	83,8	92,0	91,0	91,3	88,3	88,3	87,9
Classe baixa (grups IV i V)	84,5	85,6	84,6	91,0	92,9	91,8	87,9	89,2	87,9
Total	83,7	85,5	85,1	91,3	92,5	92,2	87,7	89,0	88,6

Visites a un professional de la salut els darrers 15 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	16,5	17,8	19,9	22,8	21,4	25,9	19,7	19,6	23,0
Classe mitjana (grup III)	18,4	15,3	19,7	20,4	21,5	26,2	19,6	18,5	23,2
Classe baixa (grups IV i V)	20,0	17,0	20,2	25,2	22,4	26,9	22,8	19,7	23,4
Total	18,9	16,5	20,0	24,1	21,6	26,7	21,7	19,1	23,3

Ús de medicaments els darrers 2 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	39,2	43,0	50,5	48,3	49,6	62,2	43,7	46,2	56,5
Classe mitjana (grup III)	36,8	41,3	51,6	47,4	46,2	67,1	42,0	43,9	60,0
Classe baixa (grups IV i V)	35,8	42,9	50,3	52,0	53,8	64,5	44,6	48,4	56,9
Total	36,8	42,7	50,6	50,5	51,2	64,9	44,2	47,1	57,7

Hospitalitzacions els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	6,5	8,9	5,8	8,4	10,1	10,1	7,5	9,5	8,0
Classe mitjana (grup III)	7,2	8,2	7,2	7,1	7,8	9,7	7,5	8,0	8,6
Classe baixa (grups IV i V)	9,0	10,1	7,6	8,0	9,0	9,8	8,4	9,4	8,5
Total	8,1	9,3	7,1	8,0	9,1	9,8	8,1	9,1	8,4

Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Classe alta (grups I i II)	93,7	88,5	89,1	94,6	84,1	87,5	94,2	86,5	88,2
Classe mitjana (grup III)	90,0	83,6	83,1	90,3	85,2	82,8	90,0	84,5	83,0
Classe baixa (grups IV i V)	87,6	83,4	80,6	85,1	81,0	80,4	86,2	82,1	80,5
Total	89,4	84,4	83,0	87,9	82,6	82,6	88,6	83,4	82,8

Dades estandarditzades per edat pel mètode directe amb la població de Catalunya a 31 de desembre de 2005.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Població de Catalunya, 1994 i 2006		
Sexe i grup d'edat	**Any**	
	1994	**2006**
Homes		
0-14	497.026	525.760
15-64	2.094.918	2.525.384
65 i més	382.792	492.562
Total homes	2.974.736	3.543.706
Dones		
0-14	465.700	494.991
15-64	2.091.104	2.413.043
65 i més	556.270	682.957
Total dones	3.113.074	3.590.991
TOTAL		
0-14	962.726	1.020.751
15-64	4.186.022	4.938.427
65 i més	939.062	1.175.519
Total Catalunya	6.087.810	7.134.697

Font: Població de 1994. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut.
Població de 2006. Idescat.

V. Monitoratge dels objectius de salut fixats per a l'any 2010

S'ha avaluat la situació de la majoria dels objectius generals de salut i de disminució de risc formulats al Pla de salut de Catalunya 2002-2005 a l'horitzó 2010 i es presenten les tendències temporals dels indicadors que avaluen aquests objectius.

S'ha pres com a referència el punt de partida de l'any 2000 o 2002 —per aquells indicadors quina informació s'obté a partir de les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya— i un punt corresponent a l'última dada disponible que varia entre el 2004 i el 2006 segons la disponibilitat de les dades per construir l'indicador.

Es contrasten les tendències amb el valor de l'indicador fixat en l'horitzó del 2010, la qual cosa permet valorar el grau d'assoliment de l'objectiu.

Així mateix, els indicadors que avaluen els objectius de mortalitat tenen en compte la tendència temporal documentada en els anteriors Plans de salut 1993-1995, 1996-1998, 1999-2001 i 2002-2005.

Les fonts d'informació utilitzades per fer el seguiment i la valoració dels objectius de salut i de disminució del risc són tant fonts estadístiques sistemàtiques com estudis específics (quadre 3).

Quadre 3. Fonts d'informació utilitzades en el monitoratge dels objectius de salut i de disminució en l'horitzó 2010

- Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 1994, 2002 i 2006
- Examen de salut de Catalunya, 2002 i 2006
- Enquesta de tabac de Catalunya, 1990 i 1998
- Registre de Càncer de Girona, 1994-2002
- Registre de Mortalitat de Catalunya, 1983-2005
- Registre del CMBD-AH, 2000 i 2005
- Sistema d'informació sobre drogodependències, 2000, 2001 i 2005
- Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2004.
- Registre de transplantaments renals a Catalunya, 2000 i 2005
- Adaptació a Catalunya de l'Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España del Plan Nacional sobre Drogas, 2001, 2003 i 2005
- Enquesta epidemiològica de prevalença de càries dental en els escolars de Catalunya, 1997 i 2006
- Registre d'accidents amb baixa i accidents sense baixa, 2001 i 2004
- Registre de Malalties de Declaració Obligatòria, 2000, 2001 i 2004
- Registre de casos de sida, 2000 i 2004
- Sistema de declaració voluntària de nous diagnòstics de VIH, 2000 i 2004
- Estudis conductuals transversals realitzats en usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) i en homes que tenen relacions sexuals amb homes, 2000 i 2004
- Registre de malalties de transmissió sexual, 2000 i 2004
- Registre de tuberculosi, 2000, 2002 i 2005
- Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales. Informe de Catalunya, 2000 i 2005
- Estudi de la prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals de l'ICS, 2000 i 2005
- Registre de naixements, 2000 i 2004
- Programa de vigilància de la seguretat dels aliments a Catalunya, 2000 i 2004
- Pla d'investigació de residus en aliments, 2000 i 2004
- Sistema de notificació microbiològica de Catalunya, 2001 i 2004
- Registre d'Interrupcions voluntàries de l'embaràs, 2000 i 2004
- Registre oficial d'establiments i serveis plaguicides, 2000 i 2004

Els objectius de salut i de disminució de risc es classifiquen en quatre categories segons la valoració del grau d'assoliment que se'n fa (quadre 4). No tots els objectius han pogut avaluar-se igual i cal tenir en compte que:

- Quan un objectiu marca els nivells que cal assolir per a diferents malalties, els resultats es mostren tenint en compte cada indicador com si fos un objectiu diferent.

- Quan els objectius no es poden avaluar de manera global, no apareixen les taules corresponents. És el cas dels objectius d'alimentació i nutrició de Catalunya o els de prevalença de tabaquisme en col·lectius exemplars.
- Quan els indicadors no es poden estimar perquè no es disposa de la informació bàsica, es marca a les taules com a no disponible o sense informació amb les sigles ND.
- Quan els objectius no es poden avaluar ja sigui perquè no es disposa dels indicadors (ND) o perquè els instruments de mesura no són comparatius, s'inclouen a les taules les sigles NV com a no valorables.

Quadre 4. Criteris de classificació per a la valoració de la tendència per a l'assoliment dels objectius de salut i disminució de risc per a l'any 2010

1. Objectiu assolible si es manté la tendència favorable actual.
2. Objectiu per a l'assoliment del qual caldrà intensificar els esforços: la tendència és estable, o bé s'està en la tendència desitjada a un nivell de com a mínim el 50% del canvi esperat.
3. Objectiu difícilment assolible si es manté la tendència actual, ja que aquesta és desfavorable o favorable però inferior al 50% del canvi esperat.
4. Per a algunes situacions específiques s'ha introduït una quarta categoria: objectiu no avaluable, bé perquè hi ha canvis en l'instrument de mesura entre dos moments d'observació que no permeten la comparació o bé perquè no hi ha dades disponibles a meitat del període o no es disposa de la informació desagregada per a la categoria requerida.

A les taules, la valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 es categoritza en:

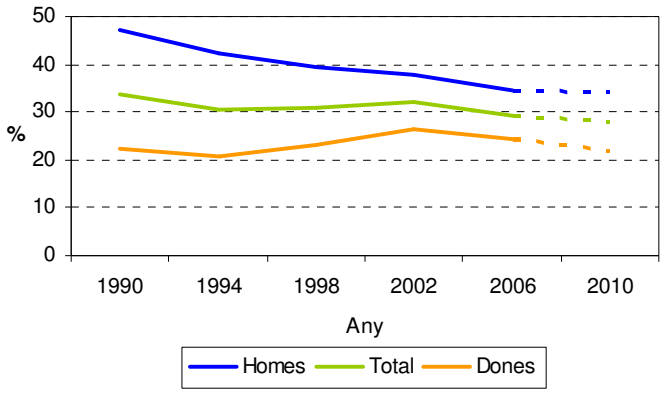
- Objectiu assolible, amb el símbol ++
- Objectiu assolible amb esforços, amb el símbol +/-
- Objectiu difícilment assolible, amb el símbol --

1. La promoció d'hàbits saludables

Consum de tabac

435. Els objectius relacionats amb el consum de tabac presenten globalment una evolució positiva que permet esperar-ne, si es manté la tendència actual, l'assoliment en l'horitzó 2010. El fet més rellevant és la consecució de l'objectiu en relació amb l'abandonament de l'hàbit tabàquic, que ja s'ha assolit amb escreix. L'objectiu lligat a la reducció del tabaquisme en la població de 15 anys i més es troba pròxim a l'assoliment, si bé l'anàlisi per grups d'edat mostra que en el grup de 15 a 24 anys, tot i la important reducció observada, encara s'és a mig camí de l'horitzó fixat per a l'any 2010. Pel que fa al comportament envers el tabaquisme per sexes, després d'un llarg període d'increment de l'hàbit tabàquic entre les dones, el descens observat permet preveure, si és mante la tendència, l'assoliment de l'objectiu fixat.

Figura 152. Evolució de la prevalença del tabaquisme (fumadors diaris i ocasionals) en la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 1990-2006*



* Font: Enquesta de tabac de Catalunya, 1990 i 1998; i Enquesta de salut de Catalunya 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Taula 88. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el consum de tabac

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2002**	**2006**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%. *Prevalença de tabaquisme a la població de 15 anys i més (%)*	32,1	29,4	28,0	++
2. Reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%. *Prevalença de tabaquisme a la població de 15 a 24 anys (%)*	40,0	36,1	32,0	++
3. Reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 i més anys fins al 22%. *Prevalença de tabaquisme en dones de 15 anys i més (%)*	26,6	24,3	22,0	++
4. Reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 i més anys fins al 34%. *Prevalença de tabaquisme en homes de 15 anys i més (%)*	38,0	34,5	34,0	++
5. Assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 i més anys del 35%. *Proporció d'abandonament a la població de 15 anys i més (%)*	30,4	42,0	35,0	++

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Activitat física

436. En relació amb l'activitat física, i per tal de realitzar una valoració del grau d'assoliment dels objectius el més acurada possible, cal tenir en compte que entre l'Enquesta de salut de Catalunya de 2006 i la de 2002 es va introduir un canvi en l'instrument de mesura, que ha deixat de categoritzar l'activitat física lleugera, per la qual cosa la distribució dels diferents perfils de població segons la pràctica de l'activitat física varia entre les dues enquestes. L'ESCA 2006 té en compte només les persones que fan activitat física 10 minuts o més, per la qual cosa no s'ha pogut valorar el grau d'assoliment per a l'any 2010 de l'objectiu referit a les persones que fan exercici durant el temps de lleure, ni tampoc el referit a les persones que caminen més de 30 minuts diaris. Els objectius que s'han pogut avaluar mostren una tendència desfavorable.

Taula 89. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb l'activitat física

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2002**	**2006**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries fins per sota del 16%.* *Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que són absolutament sedentàries (%)*	18,1	21,7	< 16	--
2. Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure fins per sobre del 55%.** *Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure (%)*	50,6	ND	> 55	NV
3. Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris fins per sobre del 75%.** *Prevalença de persones entre 18 i 74 anys caminen més de 30 minuts diaris (%)*	62,8	ND	> 75	NV
4. Augmentar la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada 5 o més cops per setmana o una quantitat equivalent per sobre del 14%.* *Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitat físiques de lleure d'intensitat moderada cinc cops o més per setmana o una quantitat equivalent (%)*	13,0	11,3	> 14	--

Font: *Enquesta de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut. **Examen de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut.
NV: No valorable ND: No disponible

2. Les malalties cardiovasculars

437. En conjunt, la mortalitat per malalties cardiovasculars ha experimentat un descens important en els darrers anys. Així, els objectius fixats per a la reducció de la mortalitat per malaltia coronària, per accident vascular cerebral i per insuficiència renal crònica han estat pràcticament assolits. El descens experimentat entre els anys 2000 i el 2004 ha estat del 5,7% en la insuficiència renal crònica i del 19,1% en l'accident vascular cerebral.

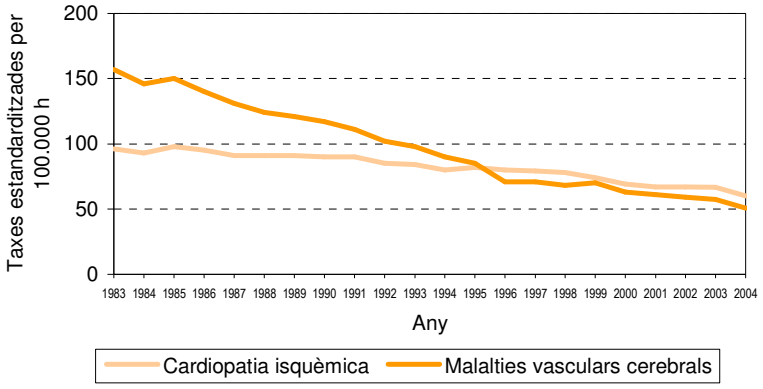
438. Quant als objectius de disminució de risc, el control de la hipertensió i de la hipercolesterolèmia en persones que presenten aquests diagnòstics només s'assoliran si es fan esforços importants, ja que, malgrat l'augment de la proporció de persones controlades entre el 2002 i el 2006, la xifra és encara lluny de l'objectiu plantejat.

Taula 90. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les malalties cardiovasculars

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la mortalitat per malaltia coronària en un 15%.* *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per malaltia coronària estandarditzada per edat.*	69,4	60,0	59,0	++
2. Reduir la mortalitat per accident vascular cerebral en un 15%.* *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per malaltia coronària estandarditzada per edat.*	62,7	50,7	53,3	++
3. Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica en els menors de 75 anys en un 5%.* *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per insuficiència renal estandarditzada per edat.*	1,9	1,8	1,8	++
4. Incrementar en un 50% la proporció de persones hipertenses que estan ben controlades (<140/90 mmHg).** *Proporció de persones hipertenses controlades a la població (%)*	29,7	36,0	44,7	+/-
5. Incrementar en un 50% la proporció de persones amb hipercolesterolèmia ben controlades (colesterol-LDL <160mg/dl). ** *Proporció de persones amb hipercolesterolèmia controlades a la població (%)*	57,1	67,9	85,6	+/-

Font: * Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
** Examen de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.
Nota: Control de la hipercolesterolèmia: colesterol LDL< 160 mg/dl.

Figura 153. Evolució de la mortalitat per cardiopatia isquèmica i malalties vasculars cerebrals. Catalunya, 1983-2004



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de l'Anàlisi de la mortalitat, 1983-2004. Departament de Salut.

3. El càncer

439. Amb caràcter general, la incidència de càncer presenta una tendència a l'alça, mentre que la mortalitat global per aquesta causa en general, i també per alguns càncers específics, presenta una tendència a la baixa augmentant la supervivència. En el període 1995-2007, la mortalitat per càncer ha disminuït entorn a l'1% anual (1,04% en homes i 1,44% en dones). Per tant, la situació actual es caracteritza per una prevalença creixent adquirint la malaltia, en molts casos, caràcter de cronicitat.

440. Pel que fa a l'objectiu de reducció de la mortalitat per càncer en població de menys de 65 anys, tot i el descens observat l'any 2004, la tendència apunta al fet que difícilment s'assolirà la xifra de reducció proposada.

441. Sobre la incidència del càncer colorectal, s'observa una estabilització de la incidència en les dones, però un augment en els homes. Aquestes tendències són paral·leles al discret augment de la mortalitat en els homes, menor que el de la incidència, i l'estabilització en les dones.

442. Quant a l'increment de la incidència del càncer de mama, cal considerar que la implantació del Programa de cribratge de càncer de mama i la seva extensió fins als 69 anys pot explicar una part d'aquest augment. Alhora, la detecció més precoç, gràcies al cribratge i les millores en l'atenció, han contribuït a la reducció de la mortalitat i l'augment de la supervivència, que se situa ja per sota dels objectius fixats per a l'any 2010.

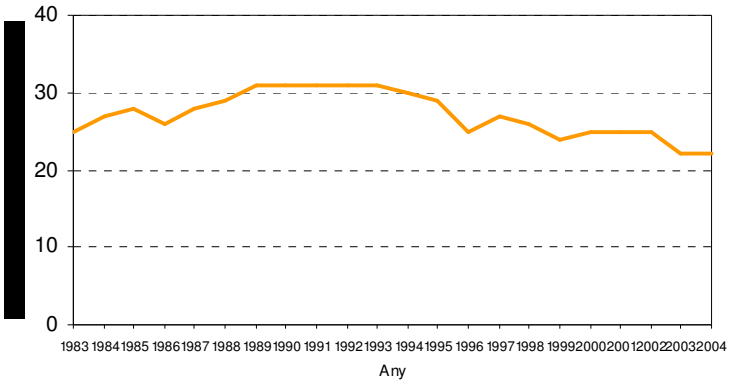
443. Una situació especial és el càncer de pulmó i els tumors relacionats amb el tabac. S'observa una disminució de la mortalitat en els homes, que és paral·lela a la significativa reducció de la incidència observada en el Registre de càncer de Girona. En les dones s'observa un augment de la mortalitat per aquest tumor.

444. Quan a la mortalitat per càncer de coll d'úter i endometri es preveu l'assoliment de l'objectiu fixat. Caldrà, però, intensificar esforços pel que fa al càncer de pròstata per tal d'assolir l'objectiu de reducció del 10% de mortalitat previst per a l'any 2010.

445. Les tendències en la incidència dels principals tumors mostren que en els homes hi ha un ascens del càncer de pròstata (8% anual) i colorectal (3%) mentre que el càncer d'estómac mostra un descens al llarg del període 1994-2002. La resta de tumors mostren un increment molt discret o estabilització de la tendència. En les dones també

s'observa un increment significatiu de l'1% anual global. Per tumors, destaca el càncer de mama amb un increment anual al voltant del 2%, el melanoma (4%) i el càncer colorectal (1%). Per a la resta de tumors, s'observa estabilitat o increments molt lleugers. Els tumors relacionats amb el tabac creixen més que el conjunt de tumors, amb un increment mig anual del 3% en els homes. En les dones, aquests tumors mostren un important increment d'un 4% anual en el total d'edats.

Figura 154. Evolució de la mortalitat per càncer de mama. Catalunya, 1983-2004



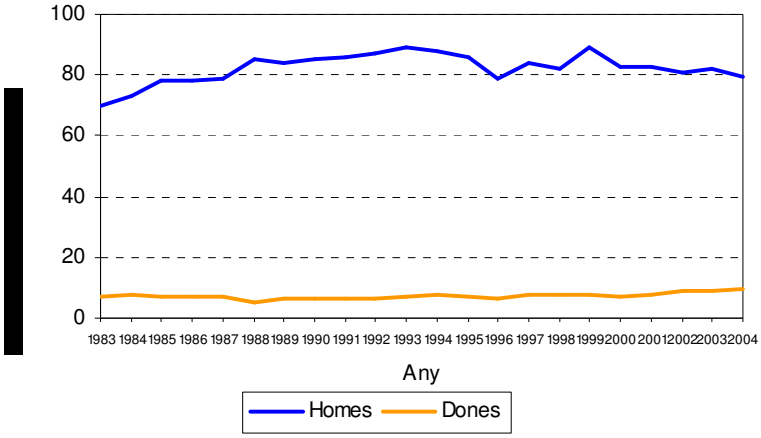
Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de l'Anàlisi de la mortalitat, 1983-2004. Departament de Salut.

Taula 91. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el càncer

OBJECTIU ***INDICADOR***			**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la incidència per càncer en els tumors relacionats amb el tabac* un 5%. [1] *Taxa d'incidència per 100.000 h. de càncer en els tumors relacionats amb el tabac.*	Homes Dones		129,0 20,3	110,4[3] 19,8[3]	122,5 19,3	++ ++
2. Aconseguir estabilitzar la tendència de la incidència de càncer de mama i colorectal.[1] *Taxa d'incidència per 100.000 h. de càncer de mama i colorectal.*	Colorectal	Homes Dones	42,0 26,4	47,4[3] 26,2[3]	42,0 26,4	-- ++
	Mama		69,5	72,9[3]	69,5	--
3. Reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.[2] *Taxa de mortalitat per 100.000 h. de càncer en persones de menys de 65 anys.*			74,5	73,5	63,3	--
4. Mantenir la reducció de la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes, i del càncer de pròstata en un 10%.[2] *Taxa de mortalitat per 100.000 h. de càncers relacionats amb el tabac i càncer de pròstata en homes.*	Relacionats amb el tabac		131,9	126,4	118,7	+/-
	Pròstata		26,1	25,5	23,5	+/-
5. Reduir la mortalitat per càncer de mama, coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones en un 10%.[2] *Taxa de mortalitat per 100.000 h. de càncer de mama, coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones.*	Mama		24,9	22,2	22,4	++
	Coll d'úter		2,5	1,9	2,2	++
	Colorectal	Homes Dones	36,1 18,6	37,1 19,1	32,5 16,7	-- --
6. Mantenir la reducció sostinguda en la mortalitat per càncer d'estómac i endometri.[2] *Taxa de mortalitat per 100.000 h. de càncer d'estómac i endometri.*	Estómac		12,1	11,0	12,0	++
	Endometri		4,6	3,8	4,5	++
7. Incrementar la supervivència global per càncer als 5 anys en un 15% principalment a expenses dels tumors de mama, colorectal i pròstata.[1] *Supervivència relativa global per càncer als 5 anys (%).*	Homes Dones		42[4] 56[4]	47[5] 60[5]	48% 64%	++ ++
8. Desenvolupar i aplicar els protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada del càncer en tots els hospitals de Catalunya.[1] *Nombre i taxa d'aplicació dels protocols desenvolupats.*			ND	ND		NV

Font: * Tumors relacionats amb el tabac: cavitat oral, faringe, laringe, esòfag, pàncrees, pulmó, bufeta urinària i ronyó.
[1]Registre de càncer de Girona. Taxes estandarditzades a la població mundial.
[2] Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
[3] Fa referència a l'any 2002; [4]període 1994-2000; [5] període 1994-2002.
ND: No disponible NV: No valorable.

Figura 155. Evolució de la mortalitat per càncer de pulmó, per sexe. Catalunya, 1983-2004



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de l'Anàlisi de la mortalitat, 1983-2004. Departament de Salut.

4. Les malalties respiratòries

446. Les taxes de mortalitat per malalties respiratòries observades l'any 2004 són ja més baixes que les que preveu l'objectiu marcat per a 2010. La mortalitat per grip, la malaltia infecciosa aguda i la pneumònia en les persones de 60 anys i més s'han reduït el 27,6% entre els anys 2000 i 2004, així com la mortalitat per MPOC en la població de 40 anys i més (14,6% de reducció).

Taula 92. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les malalties respiratòries

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població de 60 anys i més. *Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en població de 60 anys i més.*	57,4	41,5	51,7	++
2. Reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%. *Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per MPOC en població de més de 40 anys.*	204,5	174,6	184,0	++

Font: Elaboració del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.

5. Les lesions no intencionades

447. La mortalitat per lesions per causes accidentals en poblacions de 0-14 i 65 anys i més ha experimentat un petit augment entre els anys 2000 i 2004, la qual cosa no farà assolible aquest objectiu si es manté aquesta tendència, mentre que en el grup d'edat de 15 a 64 anys sí que s'ha aconseguit ja l'objectiu fixat per a l'any 2010.

448. La mortalitat per accidents de trànsit ha disminuït en tots el grups d'edat i en ambdós sexes. Si es manté la tendència actual, es pot preveure la consecució dels objectius fixats per a l'any 2010, tot i que l'objectiu de reducció de la mortalitat per accidents de trànsit associats a l'alcoholèmia, encara que avaluat a partir dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals i malgrat la reducció observada, es troba lluny de l'objectiu fixat. Finalment, l'objectiu sobre la prevalença de lesionats greus per accidents de trànsit està quasi bé assolit.

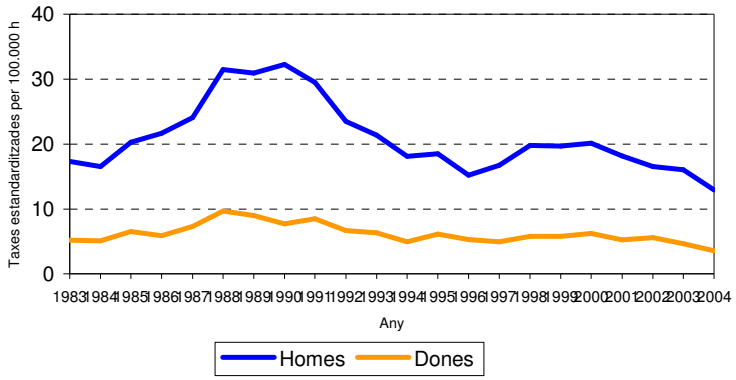
449. L'objectiu de reducció de la mortalitat per caigudes accidentals en població de 65 anys i més ha estat assolit; en canvi, no ho han estat els objectius d'incidència de caigudes i de fractures de coll de fèmur en aquest grup d'edat. La incidència ha experimentat un augment en les persones de 65 anys i més entre els anys 2002 i 2006, mentre que la mortalitat presenta una reducció del 25,5% (anys 2000 i 2004). Quant a la incidència de fractures de coll de fèmur en el grup d'edat de 65 a 84 anys, ha experimentat un petit augment (4,2% entre els anys 2000 i 2005).

Taula 93. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les lesions no intencionades

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir en un 20% la mortalitat per lesions per causes accidentals en els tres principals grups de població.* *Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per lesions accidentals en els tres grups de població.*	0-14	5,2	5,3	4,2	--
	15-64	28,2	19,0	22,6	++
	65 i més	68,4	71,4	54,7	--
2. Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població.* *Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població.*	0-14	2,7	1,9	1,4	++
	15-64	15,2	9,5	7,6	++
	65 i més	15,7	10,3	7,9	++
3. Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor en els homes i dones de 15 a 24 anys.* *Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per accidents de trànsit de vehicles a motor en homes i dones de 15 a 24 anys.*	Homes	38,7	22,9	19,4	++
	Dones	11,2	5,9	5,6	++
	Total	25,3	14,6	12,7	++
4. Reduir en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor associats a graus excessius d'alcoholèmia dels conductors.** *Evolució dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals (% positius)*		40,9	37,1	20,5	--
5.Reduir en un 25% la prevalença de lesionats greus per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població.*** *Evolució anual de les taxes d'hospitalització per 10.000 h. per accidents de trànsit de vehicles a motor segons les altes amb estades superiors a 14 dies per grans grups de població.*	0-14	0,6	0,3	0,5	++
	15-64	2,6	2,0	2,0	++
	65 i més	2,3	2,1	1,7	+/-
6. Reduir en un 20% la mortalitat per caigudes accidentals en els majors de 64 anys.* *Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per caigudes accidentals en la població més gran de 64 anys.*		15,2	11,3	12,2	++
7. Reduir en un 10% la incidència de caigudes accidentals que originen lesions i que han estat ateses pels recursos sanitaris en els majors de 64 anys.**** *Evolució del percentatge de població més gran de 64 anys que ha caigut i ha requerit atenció sanitària (%)*		17,9	20,9	16,1	--
8. Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys.**** *Evolució anual de la taxa d'ingrés hospitalari per 10.000h. per fractura de coll de fèmur (maluc) en la població entre 65 i 84 anys.*		42,2	44,0	33,8	--

Font: * Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
** Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2000 i 2004. Servei Català de Trànsit.
*** Registre del CMBD AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut.
**** Enquesta de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.
Nota: Hospitalitzacions: taxes específiques/10.000 h referides a l'any 2005 (any 2000: població de referència és el padró 2005; població de referència RCA a 31-12-2005). Lesionats greus: > 14 dies d'hospitalització.

Figura 156. Evolució de la mortalitat per accidents de vehicles a motor, per sexe. Catalunya, 1983-2004



Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de l'Anàlisi de la mortalitat, 1983-2004. Departament de Salut.

6. El suïcidi

450. La taxa de mortalitat per suïcidi s'ha reduït en el període 2000-2004 i els objectius fixats per a l'any 2010 seran assolibles si segueix aquesta tendència. En relació amb la repetició de les temptatives de suïcidi, actualment no es disposa d'informació que en permeti la valoració.

Taula 94. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el suïcidi

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en un 10%. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per suïcidi.*	6,7	6,3	6,0	++
2. Reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en la població menor de 25 anys, almenys en un 10%. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per suïcidi en la població menor de 25 anys.*	2,2	2,0	2,0	++
3. Reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en la població de 65 i més anys, almenys en un 10%. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per suïcidi en la població de 65 i més anys.*	14,6	13,7	13,1	++
4. Disminuir la repetició de les temptatives de suïcidi en un 15%. *Repetició de les temptatives de suïcidi.*	ND	ND		NV

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
NV: No valorable ND: No disponible

7. La diabetis *mellitus*

451. La letalitat per malaltia isquèmica del cor en pacients amb diabetis menors de 75 anys ha augmentat entre el 2000 i el 2005.

452. L'objectiu relacionat amb retardar la mitjana d'edat dels nous casos que entren en tractament renal substitutiu per insuficiència renal crònica en persones amb diabetis serà assolible amb la tendència actual pel que fa la diabetis tipus 1, però no per a la diabetis tipus 2.

453. L'objectiu d'incrementar la proporció de persones adultes que saben que són diabètiques no es pot avaluar amb la informació disponible. Cal un estudi específic com el de l'any 1996, en el qual la pràctica d'un test de tolerància a la glucosa va permetre detectar les persones que desconeixien que eren diabètiques. Un aspecte diferent és l'evolució de la prevalença de diabetis declarada, que ha passat del 4,7% (4,4% en homes i 5,1% en dones) al 5,9% (5,4% en homes i 6,3% en dones) en persones de 15 anys i més, segons dades de les enquestes de salut de Catalunya 1994 i 2006, respectivament.

Taula 95. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la diabetis *mellitus*

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
1. Disminuir en un 15% la letalitat per malaltia isquèmica del cor en les persones amb diabetis menors de 75 anys.* *Proporció de defuncions entre les persones amb diabetis menors de 75 anys que ingressen per infart agut de miocardi (IAM) (%).*		4,7	6,4	4,0	--
2. Retardar la mitjana d'edat dels nous casos que presenten insuficiència renal crònica en persones amb diabetis, tant tipus 1 (retardar 5 anys) com tipus 2 (retardar 3 anys).** *Mitjana d'edat de les persones amb diabetis que inicien tractament renal substitutiu (anys).*	Tipus 1 Tipus 2	49,7 68,0	52,2 68,5	54,7 71,0	++ --
3. Reduir en un 50% les amputacions en persones amb diabetis d'entre 45 i 74 anys.* *Taxa d'amputacions per 10.000 h. entre les persones amb diabetis de 45 a 74 anys ingressades per realitzar amputació.*		33,3	31,2	16,7	--
4. Augmentar la proporció de persones adultes diabètiques que coneixen que ho son en un 20%. *Proporció de persones adultes que saben que són diabètiques (%).*		ND	ND		NV

Font: * Registre del CMBD AH. Servei Català de la Salut.
** Organització Catalana de Trasplantaments. Servei Català de la Salut.
Nota: Letalitat: referida a la mortalitat hospitalària.
Amputacions: taxes referides als anys 2002 i 2005, fent servir com a denominador l'estimació poblacional de les persones que a l'Enquesta de salut de Catalunya manifesten ser diabètiques.
NV: No valorable ND: No disponible

8. L'obesitat

454. Tot i que la mitjana de l'índex de massa corporal (IMC) de la població és encara superior als valors desitjables, el fet d'estabilitzar la tendència observada en aquests darrers anys es pot considerar com un resultat positiu. Això mateix es reflecteix en els resultats de l'objectiu en relació amb la prevalença d'obesitat en la població adulta, que mostra una tendència favorable. En el cas de l'obesitat infantil i juvenil, no hi ha dades disponibles que permetin fer una valoració de l'objectiu.

Taula 96. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb l'obesitat

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2002**	**2006**	**2010**	**Valoració**
1. Disminuir la mitjana poblacional de l'IMC per sota de 25 kg/m^2.* *Mitjana poblacional d'IMC (kg/m^2).*	26,1	26,0	<25	--
2. Aconseguir que la prevalença d'obesitat (IMC ≥ 30 kg/m^2) en la població adulta de 18 a 74 anys no augmenti en relació amb la de l'any 2002.* *Prevalença d'obesitat en la població de 18 a 74 anys (%).*	16,6	16,5	16,0	+/-
3. Caldrà que la prevalença d'obesitat en la població infantil i juvenil no augmenti i sigui < 10%.** *Prevalença d'obesitat en la població infantil i juvenil (6 a 17 anys) (%).*	9,8	ND	<10	NV

Font: *Examen de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut.
** Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid, 81-108. Barcelona: Masson, S.A, 2001.
NV: No valorable ND: No disponible

9. El consum excessiu d'alcohol

455. La mortalitat per accidents de trànsit associats a graus excessius d'alcoholèmia ha disminuït entre els anys 2000 i 2004, encara que avaluat a partir dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals, tal com s'ha apuntat en l'apartat de lesions, probablement com a conseqüència de múltiples intervencions de caràcter intersectorial, més concretament les jurídiques i policials.

456. Els objectius fixats per a l'any 2010 relacionats amb la prevalença de consum excessiu d'alcohol, especialment en població jove de 15 a 29 anys, no seran assolibles si es manté la tendència actual, ja que la prevalença del consum està augmentant. Els objectius relacionats amb la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties

hepàtiques produïdes per l'alcohol tampoc s'aconseguiran, si es manté la tendència actual.

Taula 97. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el consum excessiu d'alcohol

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la mortalitat per accidents de trànsit associats a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en un 50%. (1) *Evolució dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals (% positius).*		40,9	37,1	20,5	--
2. Reduir la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en un 10%. (2) *Nombre de contactes d'hospitalització per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol.*		1.685	1.929	1.516	--
3. Reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en un 10% en la població major de 15 anys. (3) *Prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en la població major de 15 anys (%).*	Homes Dones Total	8,9 7,1 8,0	10,3 6,7 8,5	8,0 6,4 7,2	-- +/- --
4. Reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en un 10%. (3) *Prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys (%).*		10,4	12,6	9,4	--

Font: (1) Anuari estadístic d'accidents de trànsit a Catalunya, 2000 i 2004. Servei català del Trànsit.
(2) Registre del CMBD AH. Servei Català de la Salut.
(3) Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2001 y 2003. Plan Nacional sobre Drogas.

10. El consum de drogues no institucionalitzades

457. Quant als objectius sobre el consum de drogues no institucionalitzades, els relacionats amb la mortalitat per reacció adversa a drogues seran assolibles l'any 2010 si es manté la tendència actual, i així mateix, tal com queda recollit en l'apartat d'infecció pel VIH, també els relacionats amb la reducció de la prevalença de la infecció en els consumidors d'opiacis i cocaïna. En canvi, els objectius per a 2010 relacionats amb la prevalença de consum de droga, que ha augmentat entre els anys 2001 i 2003, especialment en el grup de població més jove (15 a 29 anys), no seran assolibles, si es manté aquesta tendència.

Taula 98. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el consum de drogues no institucionalitzades

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
1. Reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en un 30%. (1) *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per reacció adversa a drogues.*	2,9	1,7	2,0	++
2. Reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%. (2) *Prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD (%).*	21,2	15,2	14,8	++
3. Reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD en un 15%. (2) *Prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD (%).*	8,6	4,8	7,3	++
4. Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys. (3) *Prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys (%).*	8,7	11,4	7,0	--
5. Reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys. (3) *Prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys (%).*	19,7	26,9	15,8	--

Font: (1) Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
(2) Sistema d'informació sobre drogodependències, 2000 i 2005. Departament de Salut.
(3) Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2001 i 2003. Plan Nacional sobre Drogas.
Nota: Prevalença d'infecció pel VIH entre consumidors de drogues fa referència a les persones ateses als centres de la XAD per inici de tractament.

11. La salut bucodental

458. Els indicadors relacionats amb els escolars de 6 anys lliures de càries mostra una inversió en la tendència de millora progressiva de les darreres dues dècades, atès que ha disminuït el percentatge d'escolars sense patologia. En els escolars de 12 anys, la tendència al canvi no és encara evident, ja que tot i la millora del percentatge, tendeix a estancar-se, amb la qual cosa aquests objectius semblen difícils d'assolir, tant per les xifres actuals com pel trencament de les tendències observades en els últims anys.

459. L'objectiu relacionat amb la quantitat total de patologia acumulada mostra una continua disminució, la qual cosa fa que els objectius fixats per a l'any 2010 siguin assolibles.

460. L'objectiu relacionat amb la restauració de les lesions de càries continua amb la tendència positiva, ja evidenciada en els darrers anys, tot i que el seu lent creixement

farà difícil aconseguir la meta establerta per a l'any 2010, tret que l'activitat restauradora s'universalitzi com a prestació del sistema nacional de salut.

Taula 99. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la salut bucodental

OBJECTIU ***INDICADOR***	**1997**	**2006**	**2010**	**Valoració**
64. D'aquí a l'any 2010 cal que almenys el 80% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries. *Prevalença d'escolars de 6 anys lliures de càries (%).*	70,2	63,3	≥ 80	--
65. D'aquí a l'any 2010 cal que almenys el 60% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries. *Prevalença d'escolar de 12 anys lliures de càries (%).*	53,4	54,2	≥ 60	+/-
66. D'aquí a l'any 2010 cal que l'índex CAOD* es mantingui per sota d'1 a l'edat de 12 anys. *Índex CAOD en escolars de 12 anys (%).*	0,9	0,7	< 1	++
67. D'aquí a l'any 2010 cal que l'índex de restauració als 12 anys es situï per sobre del 65%. *Índex de restauració en escolars de 12 anys (%).*	44,6	52,5	> 65	+/-

Font: Enquesta epidemiològica de prevalença de càries dental en els escolars de Catalunya, 1997 i 2006. Departament de Salut.
* Índex CAOD: mitjana que es construeix a partir de la suma de dents cariades, absents i obturades a causa de la càries.

12. Els problemes de salut de l'aparell locomotor

461. La morbiditat per fractura de coll de fèmur, mesurada com a contactes hospitalaris, ha augmentat lleugerament entre els anys 2000 i 2005 en el grup de població de 65 a 84 anys, especialment en els homes, la qual cosa no farà assolible l'objectiu al 2010 en cas que es mantingui la tendència.

Taula 100. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb els problemes de salut de l'aparell locomotor

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
68. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys. *Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. per fractura de coll de fèmur en persones de 65 a 84 anys.*	Homes	22,9	27,0	18,3	--
	Dones	57,0	57,1	45,5	--
	Total	42,2	44,0	33,8	--

Font: Registre del CMBD-AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut. Taxes estandarditzades per edat.

13. Els problemes de salut laboral

462. Entre els anys 2001 i 2006 s'ha reduït la sinistralitat laboral tant pel que fa la morbiditat com la mortalitat, però especialment la morbiditat, que ha disminuït un 24%. Diversos aspectes de caràcter legal, relacionats amb la introducció de mesures per millorar la seguretat en l'àmbit laboral i la sensibilització dels treballadors, han contribuït, entre d'altres, a l'assoliment d'aquests nivells. Si es manté aquesta tendència, s'assoliran els objectius definits per a l'any 2010.

Taula 101. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la salut laboral

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2001**	**2006**	**2010**	**Valoració**
69. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 10%. *Morbiditat, per 1.000 treballadors afiliats a la Seguretat Social, per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball.*	82,5	62,8	74,3	++
70. D'aquí a l'any 2010 cal que la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball s'hagi reduït en un 10%. *Taxa de mortalitat, per 100.000 treballadors afiliats a la Seguretat Social, per accidents de treball en el lloc de treball.*	6,8	5,9	6,1	++

Font: Registre d'accidents amb baixa i accidents sense baixa, 2001 i 2006. Departament de Treball.

14. Els problemes de salut susceptibles de ser previnguts amb vacunacions

463. Quant a les malalties vacunables que tanta morbimortalitat van produir en el passat, les dades indiquen que en la població autòctona hi ha una marcada reducció de la incidència.

464. La vacunació generalitzada de la població infantil, tant per la incorporació de noves vacunes en el calendari vacunal com per la vigilància de totes elles, ja que totes les malalties vacunables són objecte de notificació obligatòria per part dels professionals sanitaris, han permès poder plantejar-ne l'eliminació d'algunes, com les del xarampió o la rubèola.

465. Pel que fa a altres malalties vacunables com la tos ferina, el tètanus, la malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* tipus b o les hepatitis, la tendència de totes elles

al llarg dels anys és de disminució de la incidència. Caldrà seguir-ne de prop el comportament per comprovar si finalment assoleixen o no els objectius formulats per a cadascuna en el Pla de salut. La no consecució dels objectius estaria relacionada amb l'existència de bosses de població susceptibles, degudes a factors com la immigració o l'existència de detractors vacunals, entre d'altres.

466. L'augment de la incidència de la pneumònia pneumocòccica que s'ha produït en els nens menors de 2 anys pot explicar-se, en part, per l'existència de serotips circulants que no estan inclosos en la vacuna actual.

467. Tanmateix, cal interpretar les dades amb cautela perquè el sistema de registre i de declaració no és universal ni suficientment exhaustiu i, en conseqüència, hi ha una infradeclaració.

Taula 102. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb els problemes de salut susceptibles de ser previnguts amb vacunacions

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
71. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus neonatal, de la poliomielitis salvatge i del xarampió autòcton. *Nombre de casos de diftèria, tètanus neonatal, poliomielitis salvatge i xarampió autòcton.*	0	0	0	++
	0	0	0	++
	0	0	0	++
	1	12 importats 0 autòctons	0	++
72. D'aquí a l'any 2005 cal eliminar la rubèola postnatal autòctona i la poliomielitis vacunal en la població autòctona.	2	5	0	+/-
Nombre de casos de rubèola postnatal autòctona i la poliomielitis vacunal en la població autòctona.	0	0	0	++
73. D'aquí a l'any 2010 cal eliminar els casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys en la població autòctona. *Nombre de casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys en la població autòctona.*	46	10	0	+/-
74. D'aquí a l'any 2010 cal reduir de manera important en la població autòctona el nombre anual de casos de tètanus (<2), tos ferina (<50) i parotiditis (<50). *Nombre anual de casos de tètanus, tos ferina i parotiditis en la població autòctona.*	5	6	< 2	--
	193	206	< 50	--
	115	104	< 50	+/-
75. D'aquí a l'any 2010 cal eliminar la malaltia invasora per Haemophilus influenzae tipus B en els menors de 19 anys en la població autòctona. *Nombre de casos de malaltia invasora per Haemophilus influenzae tipus B en els menors de 19 anys en la població autòctona.*	2	4	0	--
76. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per sota de 0,5 per 100.000. *Taxa de morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per 100.000 h.*	1,2	2,1	<0,5	--
77. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de HBsAg+ en la població autòctona de 15 i més anys per sota del 0,5%.	ND	ND	<0,5	NV

Prevalença de HBsAg+ en la població autòctona de 15 i més anys (%).				
78. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en la població autòctona la prevalença de l'antecedent d'infecció per virus de la hepatitis B (antiHBc+) en el grup d'edat de 15 a 24 anys, per sota del 0,5%. *Prevalença d'antecedents d'infecció* per virus de la hepatitis B (antiHBc+) en el grup d'edat de 15 a 24 anys *(%).*	ND	ND	ND	NV
79. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència d'hepatitis A en la població autòctona per sota d'1 per 100.000. *Taxa d'incidència d'hepatitis A en la població autòctona per 100.000h.*	2,8	3,3	<1	--
80. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de varicel·la per sota de 100 per 100.000 habitants.* *Taxa d'incidència de la varicel·la per 100.000 h.*	553	498	<100	+/-
81. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de pneumònia pneumocòccica bacterièmica en els nens < 2 anys per sota de 2 per 100.000. *Taxa d'incidència de pneumònia pneumocòccica bacterièmica en els nens < 2 anys per 100.000h.*	11,2**	13,9***	<2	--
82. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de meningitis pneumocòccica en els nens < 2 anys per sota d'1 per 100.000. *Taxa d'incidència de meningitis pneumocòccica en els nens < 2 anys per 100.000 h.*	6,4**	3,2***	<1	++
83. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de malaltia pneumocòccica invasora en les persones de ≥ 65 anys en un 40% per sota de 16,7 per 100.000. *Taxa d'incidència de malaltia pneumocòccica invasora en les persones de ≥ 65 anys per 100.000h.*	17,7**	15,8***	<16,7	++
85. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població > de 10 anys) per sota del 15% del total de casos declarats *Proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població > 10 anys) respecte al total de casos declarats (%).*	23,3	28,0	<15	--

Font: Sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO). Departament de Salut.
*Taxes calculades segons el Padró Municipal d'Habitants de 1996.
** Dades de l'any 2001 i taxes calculades amb el Cens del 2001.
*** Taxes calculades amb el cens del 2001.
Font objectius 81, 82 i 83: Sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Departament de Salut.
NV: No valorable ND: No disponible

15. La infecció pel VIH

468. En conjunt, tant pel que fa a la infecció pel VIH com pels nous casos de malaltia, els objectius per a l'any 2010 seran assolibles si es manté la tendència actual. Les millores diagnòstiques i terapèutiques, així com la disponibilitat d'informació cada vegada més vàlida i exhaustiva, el control i la vigilància epidemiològica són, entre d'altres, algunes de les raons d'aquesta tendència positiva. Tanmateix, cal tenir en compte que alguns indicadors marquen una tendència negativa. Així, els nous casos

de sida en els homes homosexuals i en els homes i dones heterosexuals han augmentat.

469. Quant a la transmissió vertical de la malaltia, tot i que les dades apunten cap a una inversió de la tendència amb un increment dels casos, atès que aquesta informació obtinguda no és inferible al conjunt de Catalunya, no és possible valorar l'assoliment de l'objectiu l'any 2010

Taula 103. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la infecció pel VIH

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
86. D'aquí a l'any 2010 cal disminuir els nous casos de sida a Catalunya, en un 30% en els usuaris de drogues injectades, en un 20% en els homes que tenen relacions sexuals amb homes i en un 15% en els homes i dones que mantenen relacions heterosexuals.* *Nous casos de sida en UDVP, en HSH i en homes i dones que mantenen relacions heterosexuals, taxes* per 100.000 h.	UDVP	47,6	37,3	33,3	++
	HSH	15,1	23,1	12,1	--
	Heterosexuals	25,1	35,4	19,3	--
87. D'aquí al 2010 cal mantenir el temps de supervivència dels infectats pel VIH i augmentar en un 5% la supervivència al 18 mesos en els casos de sida. *Temps de supervivència dels infectats pel VIH i dels casos de sida als 18 mesos (%).*	VIH	99,9	100	99,9	++
	Sida	78,9	92,7	82,9	++
88. D'aquí al 2010 cal mantenir els anys potencials de vida perduts per sida per sota dels nivells del 2001 entre la població de 13 a 65 anys. *Anys potencials de vida perduts per sida entre la població de 13 a 65 anys (anys)*		3,9	3,4	<3,9	++
89. D'aquí al 2010 cal disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH per via parenteral i sexual. *Proporció de persones que fan pràctiques de risc en les poblacions de risc (%).*		31 han acceptat i 33 han passat xeringues usades	15,6 han acceptat i 13,0 han passat xeringues usades	<31 <33	++
		71 HSH utilitzen preservatiu sempre en la penetració anal amb parella ocasional	65,6 HSH utilitzen preservatiu sempre en la penetració anal amb parella ocasional	>71	--
90. D'aquí al 2010 cal que la transmissió vertical de l'VIH es mantingui per sota del 2,5%.** *Taxa de transmissió vertical del VIH (%)*		1,8	3,8	<2,5	NV
91. D'aquí al 2010 cal que, com a resultat de la disminució de la incidència, i l'increment de la supervivència, la prevalença d'infeccions pel VIH a les poblacions sentinella representatives de la població general, es mantingui estable. *Prevalença d'infeccions pel VIH a les poblacions sentinella (%).*	Nadons IVE Laboral Donacions	0,20 0,15 0,04 0,0081	0,19 0,11 0,00 0,0051	<0,20 <0,15 <0,04 <0,0081	++

Font: Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS i sida a Catalunya (CEEISCAT), 2006. Departament de Salut.
* UDVP: usuari de drogues per via parenteral i HSH (homes que practiquen sexe amb altres homes).
**Dades procedents de l'estudi clínicoepidemiològic de les parelles mares-fills exposades a l'VIH i/o als fàrmacs ATR (NENEXP), no generalitzables a la resta de Catalunya.
NV: No valorable

16. Les malalties de transmissió sexual

470. Les dades d'incidència de sífilis, gonocòccia i Chlamydia trachomatis augmenten i, de mantenir-se aquesta tendència, no serà possible l'assoliment d'aquests objectius fixats per a l'any 2010.

Taula 104. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les malalties de transmissió sexual

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2006**	**2010**	**Valoració**
92. D'aquí a l'any 2010 cal reduir un 10% la incidència de sífilis. *Incidència de la sífilis per 100.000 h.*	1,5	5,2	1,4	--
93. D'aquí a l'any 2010 cal reduir un 10% la incidència de gonocòccia. *Incidència de gonocòccia per 100.000 h.*	3,5	5,8	3,2	--
94. D'aquí a l'any 2010 cal reduir un 10% la incidència d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis*. *Incidència d'infecció genital per Chlamydia trachomatis per 100.000 h.*	3,3	5,1	3,0	--
95. D'aquí a l'any 2010 cal eliminar l'oftàlmia neonatorum. *Incidència d'oftàlmia neonatorum per 100.000 nascuts vius.*	23,6	30,2	0	--
96. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir l'eliminació de la sífilis congènita. *Incidència de sífilis congènita per 100.000 nascuts vius*	0	0*	0	NV
97. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 15%. *Incidència d'altres malalties de transmissió sexual per 100.000h.*	60,5	67,8	51,4	--

Font: Direcció General de Salut Pública, 2000. Departament de Salut.
Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS i sida a Catalunya (CEEISCAT), 2006. Departament de Salut.
* 3 casos sospitosos declarats, pendents de confirmació microbiològica.
NV: No valorable.

17. La tuberculosi

471. La tendència en les taxes de mortalitat per tuberculosi apunta cap a la consecució de la fita proposada per a l'any 2010, sempre que la tendència no variï. No passa el mateix amb la incidència, en què la davallada experimentada entre els anys 2000 i 2004 s'ha estancat i el 2005 s'aprecia un canvi en la tendència, que si continua farà que sigui impossible assolir l'objectiu establert per a l'any 2010.

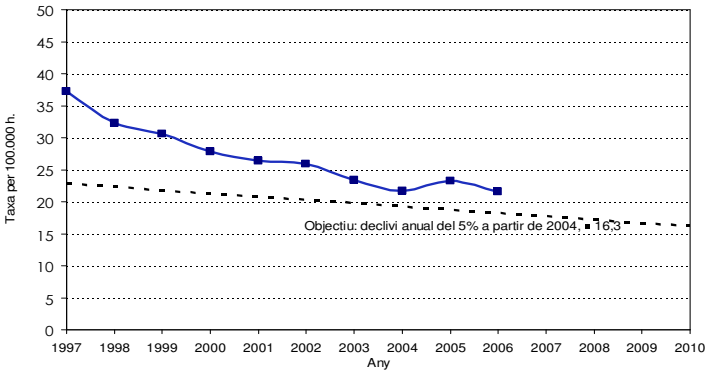
Taula 105. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la tuberculosi

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2006**	**2010**	**Valoració**
98. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la mortalitat per tuberculosi per sota d'un cas per 100.000 habitants.* *Taxa de mortalitat per 100.000 h. per tuberculosi.*	0,5	0,2	<1	++
99. D'aquí a l'any 2010 cal reduir les taxes d'incidència de tuberculosi en la població general en un 25%, per tal d'assolir una taxa inferior a 21 casos per 100.000 habitants. *Taxa d'incidència per 100.000 h. de tuberculosi en la població general.*	27,6	21,6	<21,0	+/-
100. D'aquí a l'any 2010 cal reduir les taxes d'incidència de tuberculosi pulmonar bacil·lífera a la població general en un 40% per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants. *Taxa de mortalitat per 100.000 h. de tuberculosi pulmonar bacil·lífera en la població general.*	13,7	8,1	≤8,0	+/-
101. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 25% l'aïllament de bacils farmacoresistents. *Proporció de bacils farmacoresistents aïllats (%).*	ND	ND		NV

Font: * Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
Sistema de Vigilància Epidemiològica, 2006 Departament de Salut.
NV: No valorable ND: No disponible

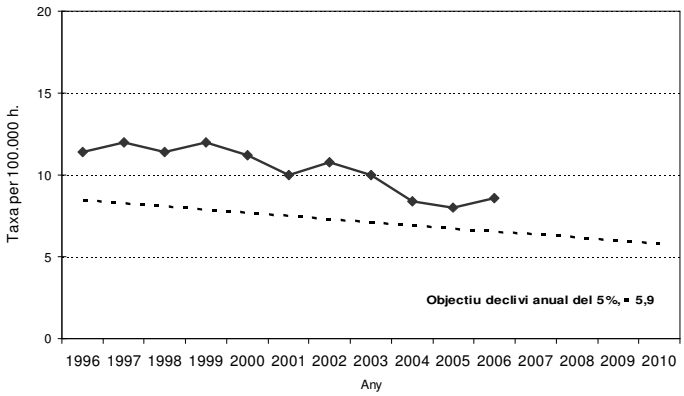
L'objectiu establert per a l'any 2010 d'aïllament de bacils farmacoresistents en un 25% es considera poc pertinent pel que fa a la seva formulació. Atès que entre els indicadors lligats a l'estratègia per al 2010 proposats en el capítol de tuberculosi del volum II ja s'inclou la realització d'antibiograma en el cas de tuberculosi amb cultiu positiu, en conseqüència queda anul·lat.

Figura 157. Evolució de la tuberculosi. Catalunya, 1997-2006



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

Figura 158. Evolució de la tuberculosi pulmonar bacil·lífera. Catalunya, 1996-2006



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

472. Les regularitzacions massives d'immigrants, en augmentar els denominadors però no els numeradors que ja estaven comptabilitzats posa de relleu la importància dels estudis de contactes en el control de la malaltia.

473. La incidència de la tuberculosi ha estat controlada gràcies a la introducció dels nous fàrmacs, però el volum de persones que han arribat al nostre país en poc temps i les seves condicions de vida faciliten la transmissió de la malaltia.

18. Les infeccions nosocomials

474. La prevalença global de pacients amb infecció nosocomial serà un objectiu assolible per a l'any 2010, si es manté la tendència actual. La incidència la infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, en cirurgia programada de còlon i en les cesàries tenen la mateixa valoració positiva. El nou sistema de vigilància implantat a Catalunya (VINCAT), que incorpora aspectes relacionats amb l'exhaustivitat, la representativitat i la qualitat de la informació, i que començarà a proporcionar resultats a partir de l'any 2008, farà possible l'avaluació d'aquests objectius de salut per a l'any 2010 amb la precisió requerida.

Taula 106. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb les infeccions nosocomials

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
102. D'aquí a l'any 2010 cal que la prevalença global de pacients amb infecció nosocomial sigui inferior al 7%. *Prevalença d'infecció nosocomial (%).*		7,0	6,8	<7,0	++
103. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència d'infecció quirúrgica en pròtesis de maluc i genoll sigui inferior a l'1,5%. *Incidència d'infecció quirúrgica en intervencions de pròtesi de maluc i genoll (%).*	Maluc	1,6#	2,0	<1,5	+/-
	Genoll		1,2		++
104. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència d'infecció quirúrgica en cirurgia programada de còlon sigui inferior al 15%. *Incidència d'infecció quirúrgica en cirurgia programada de còlon (%).*		16,3	15,9	<15	++
105. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència d'infecció quirúrgica en cesàries sigui inferior al 3%. *Incidència d'infecció quirúrgica en cesària (%).*		1,1	2,6	<3	++
106. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica en les Unitats de Cures Intensives sigui inferior al 15 per mil dies de ventilació mecànica. *Incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica en les unitat de cures intensives, per 1.000 dies de ventilació mecànica.*		21,5 (1)	12,9 (3)	<15	NV
107. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència de bacterièmies primàries i associades a catèter vascular central en les Unitats de Cures Intensives sigui inferior al 5 per mil dies de catèter vascular central. *Incidència de bacterièmies associades a catèter vascular central en les unitats de cures intensives, per 1.000 dies de catèter vascular central.*		8,8 (2)	3,9 (3)	<5	NV
108. D'aquí a l'any 2010 cal que la incidència de pacients amb infecció per Staphylococcus aureus amb resistència a la meticil·lina entre els pacients ingressats sigui inferior al 4 per 1.000. *Incidència de pacients amb infecció per Staphylococcus aureus amb resistència a la meticil·lina, per 1.000 h.*		2,8	5,3	<4	NV

Font: Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales (EPINE). Informe de Catalunya. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
(1) Fa referència a totes les infecciones respiratòries. (2) Fa referència a tots els serveis de l'hospital.
(3) Només hospitals de l'ICS, dades de vigilància d'infeccions nosocomials als hospitals de l'ICS (VINICS).
Pròtesi articular.
NV: No valorable

19. La millora de la salut maternoinfantil

475. La mortalitat materna, així com els indicadors de mortalitat de salut infantil i perinatal, continuen presentant valors molt baixos, però altres indicadors de morbiditat com la prematuritat i el baix pes en néixer no s'assoliran el 2010 si segueixen les tendències

actuals. La introducció de noves tècniques de reproducció assistida i l'augment de l'edat mitjana de la dona en tenir el primer fill són alguns dels elements que cal considerar en l'anàlisi d'aquests indicadors i, per tant, en el seu canvi de tendència.

Taula 107. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la millora de la salut maternoinfantil

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
109. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la mortalitat materna per sota de 7 per cada 100.000 nascuts vius. *Taxa de mortalitat materna per 100.000 nascuts vius.*	0,0	3,7	<7	++
110. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la mortalitat perinatal per sota de 6 per 1.000 nascuts vius i morts. *Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 nascuts vius i morts.*	4,6	4,3	<6	++
111. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat infantil per sota de 4 per 1.000 nascuts vius. *Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius.*	3,4	2,7	<4	++
112. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la prevalença de baix pes en néixer per sota de 7 per 100 nascuts vius. *Prevalença de baix pes en néixer (<2.500 g.) per 100 nascuts vius.*	7,6	7,4	<7	--
113. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la prevalença de molt baix pes en néixer per sota d'1per 100 nascuts vius. *Prevalença de molt baix pes en néixer (<1.500 g.) per 100 nascuts vius.*	0,7	0,7	<1	++
114. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la prevalença de nadons preterme per sota de 7 per 100 nascuts vius. *Prevalença de nadons preterme (<37 setmanes de gestació) per 100 nascuts vius.*	7,6	7,5	<7	--
115. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de nadons de < 33 setmanes de gestació per sota d'1 per 100 nascuts vius. *Prevalença de nadons de <33 setmanes de gestació per 100 nascuts vius.*	1,1	1,2	<1	--
116. D'aquí a l'any 2010 cal disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 7 per 1.000. *Índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per 1.000 dones.*	7,9	10,9	<7	--

Font: Direcció General de Salut Pública, 2000 i 2005. Departament de Salut.

476. Així mateix, els embarassos en dones adolescents presenten una tendència a l'alça que, si es manté, farà inassolible la fita de l'any 2010.

20. L'envelliment saludable

477. Els objectius relacionats amb la mortalitat de la població de 65 anys i més, la millora de la qual s'ha definit en els objectius per a l'horitzó de 2010, seran assolibles si es manté la tendència actual. Tanmateix, altres objectius relacionats amb la morbiditat no es podran aconseguir amb la tendència actual. Alguns dels objectius no ha estat possible valorar-los per l'absència de la informació necessària i altres per la manca de suficients efectius en el grup d'anàlisi.

Taula 108. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb l'envelliment saludable

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
117. D'aquí a l'any 2010 s'haurà d'incrementar, almenys en un 10%, l'esperança de vida lliure d'incapacitat dels homes i les dones a l'edat de 65 anys.* *Esperança de vida lliure d'incapacitat dels homes i les dones de 65 anys (anys)*	Homes Dones	10,8 11,1	9,6[1] 8,2[1]	11,8 12,3	-- --
118. D'aquí a l'any 2010 s'haurà de reduir en un 20% la taxa de mortalitat per caigudes accidentals en les persones de 65 anys i més.** *Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000 h. per caigudes accidentals en la població més gran de 64 anys.*		15,2	11,3	12,2	++
119. D'aquí a l'any 2010 s'haurà de reduir en un 10% la taxa de mortalitat per reaccions adverses als medicaments en les persones de 65 anys i més.** *Taxa de mortalitat per 100.000h. per reaccions adverses als medicaments en les persones de 65 anys i més*$.	Homes Dones Total	0,3 0,3 0,3	0,5 0,4 0,4		NV
120. D'aquí a l'any 2010 s'haurà de reduir la mortalitat per tètanus en les persones de 65 anys i més per sota de tres casos anuals.** *Defuncions anuals per tètanus en les persones de 65 anys i més.*		3	0	< 3	++
123. D'aquí a l'any 2010 s'haurà de reduir en un 20% la incidència de fractures de fèmur en les persones de 65 anys i més***. *Taxa d'incidència per 10.000 h. de fractures de fèmur en les persones d'entre 65 i 84 anys.*	Homes Dones Total	22,9 57,0 42,2	27,0 57,1 44,0	 33,8	--
124. D'aquí a l'any 2010 s'haurà de reduir en un 10% la prevalença de desnutrició en les persones de 65 anys més. *Taxa de prevalença per 100.000 h. de desnutrició en persones de 65 anys i més.*		ND	ND	ND	NV

Font: * Registre de Mortalitat de Catalunya 2005 i Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.
** Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
Sistema de vigilància epidemiològica, 2005. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.
1 Esperança de vida lliure d'incapacitat en el 2005.
*** Registre del CMBD AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut. Taxes específiques per 100.000 h.
$ Es refereix a totes les edats.
NV: No valorable ND: No disponible

21. La salut ambiental

478. En relació amb els objectius relacionats amb la salut ambiental, el nombre de brots declarats de diferents patologies ambientals no només no s'ha reduït, sinó que s'ha invertit la tendència, cosa que farà difícilment assolibles les fites establertes per a l'any 2010. Aspectes com una major sensibilització dels professionals que han de declarar aquestes malalties i un major control i vigilància epidemiològica, així com una millora del registre, podrien explicar en part aquests resultats.

479. Quant als brots ocasionats per la legionel·la, un factor positiu és la reducció de la grandària dels brots i, per tant, l'assoliment el 2010 d'aquest objectiu si es manté la tendència actual.

Taula 109. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la salut ambiental

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
125. D'aquí a l'any 2010 cal que la morbiditat declarada per febre tifoidea sigui inferior a 0,5 casos per 100.000 habitants i per any. *Taxa de morbiditat per 100.000 h. per febre tifoidea*	0,5	0,3	<0,5	**++**
126. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 30% els brots d'origen hídric declarats en instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves. *Nombre de brots d'origen hídric en instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves.*	1	6	<1	**--**
127. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de legionel·losi en un 30%. *Taxa d'incidència per 100.0000 h. per legionel·losi.*	3,5	4,8	2,5	**--**
128. D'aquí a l'any 2010 cal reduir el tamany dels brots per legionel·losi en un 50%. *Nombre de persones afectades en els brots de legionel·losi (mitjana d'afectats).*	13	5	7	**++**
129. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 30% els brots declarats per intoxicacions causades per l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental en locals tancats. *Nombre de brots per intoxicacions causada per l'aplicació de plaguicides en locals tancats.*	2	2	1	**--**

Font: Servei de Vigilància epidemiològica, 2000 i 2004. Departament de Salut.

22. El medi ambient

La diversitat d'objectius relacionats amb el medi ambient fan referència, per una banda, al control sanitari dels diferents establiments de caràcter públic que, des del Departament de salut, es duu a terme per tal d'assegurar les seves condicions higienicosanitàries i evitar brots i problemes de salut que puguin afectar als usuaris d'aquests establiments; i, per altra banda, la vigilància sanitària d'aquells aspectes del medi que puguin tenir alguna repercussió sobre la salut de la població.

En relació amb el grau d'assoliment dels objectius de salut en l'horitzó de l'any 2010:

480. Pel que fa les aigües de consum, tant l'establiment de sistemes de autocontrol de qualitat per part de les empreses gestores del seu subministrament, com el seu contingut de nitrats seran objectius assolibles de mantenir-se la tendència actual. Així mateix, el control sanitari de la reutilització d'aigües residuals depurades.

481. La cobertura del control higienicosanitari dels càmpings també podria assolir-se el 2010, si bé serà difícil arribar al 100% , encara que els percentatges són ja elevats. Les cases de colònies sembla que estan en una posició estancada al voltant del 90%, i els centres de tatuatge i pírcing en una situació més llunyana, especialment el control de les piscines d'ús públic.

482. La gestió de residus sanitaris està regulada pel Decret d'àmbit autonòmic 27/1999, de 19 de febrer, de la gestó de residuos sanitaris pel que fa els biocontaminants i citotòxics, no així la de productes químics considerats perillosos que es regula per normativa d'àmbit superior. Així, la implantació de la gestió intracentre al sector sanitari dels residus dels dos primers productes serà assolible en el 2010 al 100% dels centres, mentre que pel que fa els químics la cobertura serà inferior.

483. La cobertura del programa de control de les instal·lacions d'alt risc de legionel·losi inclourà en el cens quasi el 100% d'aquestes instal·lacions, no així assegurar la seva revisió periòdica per part d'empreses degudament autoritzades per la Direcció General de Salut Pública.

Taula 110. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el medi ambient

OBJECTIU *INDICADOR*	2000	2006	2010	Valoració
Aigües de consum públic				
130. D'aquí a l'any 2010 cal que el 100% de les entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya estableixin sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren. *Entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya que estableixen sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren (%).*	89,0	96,5	100	++
131. D'aquí a l'any 2010 cal que el 100% de les xarxes de distribució d'aigua de consum públic subministrin aigua amb continguts de nitrats d'acord amb el valor paramètric de la normativa vigent. *Xarxes de distribució d'aigua de consum públic que subministren aigua amb continguts de nitrats d'acord amb el valor paramètric de la normativa vigent (%).*	92,9	96,6	100	++
Cases de colònies				
132. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir el control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves. *Control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves (%)*	90,0	91,0	100	++
Càmpings				
133. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir el control de les condicions higienicosanitàries dels càmpings de Catalunya. *Control de les condicions higienicosanitàries dels càmpings de Catalunya (%).*	92,0	97,5	100	++
Centres de tatuatge i piercing				
134. D'aquí a l'any 2010 cal que els ajuntaments controlin les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i pírcing de Catalunya. *Ajuntaments que controlen les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i pírcing de Catalunya (%).*	0,0*	50,0**	100	+/-
135. D'aquí a l'any 2010 cal controlar que el personal que treballa en centres de tatuatge i pírcing disposi de la formació necessària, d'acord amb normativa d'aplicació. *Control del personal que treballa en centres de tatuatge i pírcing en el sentit que disposi de la formació necessària, d'acord amb la normativa d'aplicació (%).*	0,0*	70,0**	100	++
Plaguicides				
136. D'aquí a l'any 2010 cal que el 100% de les empreses que utilitzin biocides estiguin registrades en el Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable a cada moment. (1) *Empreses que utilitzen biocides registrades al Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable a cada moment (%).*	92,4	100	100	++
Residus Sanitaris				
137. D'aquí a l'any 2010 cal que el 100% del sector sanitari tingui implantada la gestió intracentre de residus químics, biocontaminants i citotòxics. (2) *Proporció de centres sanitaris que tenen implantada la gestió de residus químics, biocontaminants i citotòxics (%).*	70,0	85,0**	100	++
Legionel·la				
138. D'aquí a l'any 2010 cal que el 99% de les instal·lacions d'alt risc estiguin censades i disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció. *Proporció d'instal·lacions amb programa de manteniment, neteja i desinfecció (%).*	0,0	82,0	99,0	++
139. D'aquí a l'any 2010 cal que el 99% de les instal·lacions d'alt risc passin una revisió periòdica a càrrec d'empreses de revisió degudament autoritzades per la Direcció General de Salut Pública. *Instal·lacions d'alt risc passin una revisió periòdica a càrrec d'empreses de*	0,0	30,0	99,0	+/-

revisió degudament autoritzades per la Direcció General de Salut Pública (%).				
Platges				
140. D'aquí a l'any 2010 el 99% de les platges compliran la normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany. (3) *Percentatge de platges que són classificades com qualitat "molt bona" en compliment de la normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany.*	90,0	95,3	99,0	++
Piscines				
141. D'aquí a l'any 2010 es programaran i executaran les inspeccions necessàries per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya. *Inspeccions programades i executades per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya (%).*	0,0	0,0	100	--
Reutilització d'aigües residuals				
142. D'aquí a l'any 2010 cal que el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades s'hagin sotmès a una avaluació del risc sanitari i portin a terme una gestió del risc adient. *Reutilitzacions d'aigües residuals depurades sotmeses a una avaluació del risc sanitari i amb una gestió adient del risc (%).*	ND	100	100	++

Font: Subdirecció General de Protecció de la Salut. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut.
(1) Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides, 2000 i 2006.
(2) Registre de centres generadors de residus sanitaris, 2000 i 2005.
(3) Agència Catalana de l'Aigua. Departament de Medi Ambient i Habitatge: l'any 2003 s'han analitzat 210 platges, l'any 2006 211 platges.
Qualitat "molt bona" vol dir que s'han de complir tots els següents requisits:
a) almenys el 95% dels mostrejos no sobrepassen els valors imperatius de Coliforms totals i Coliforms fecals
b) almenys el 80% dels mostrejos no sobrepassen els valors guia de Coliforms totals i Coliforms fecals
c) almenys el 90% dels mostrejos no sobrepassen els valors guia d'Estreptococs fecals
Nota: a la temporada de bany 2008 es començarà a aplicar la nova Directiva d'aigües de bany 2006/7 CE.
* Decret de regulació del seu control (de 2001).
**Any 2005.
ND: No disponible

23. La seguretat alimentària

484. El control veterinari i la vigilància exhaustiva en relació amb la producció, la distribució, la comercialització i el consum alimentaris, d'acord amb el compliment de les diferents directives europees en aquesta matèria, han fet disminuir la transmissió de malalties per via alimentària, la qual cosa farà possible l'assoliment dels objectius definits per a l'any 2010.

485. Tanmateix, el nombre de brots d'origen alimentari no només no s'ha reduït, sinó que hi ha hagut un canvi important, amb l'inici d'una tendència a l'alça. Segurament aspectes com l'exposició cada vegada més massiva de la població i una major sensibilització en la declaració són elements que cal considerar en la interpretació d'aquestes dades.

Taula 111. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la salut alimentària

OBJECTIU ***INDICADOR***		**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
Salut alimentària					
143. D'aquí a l'any 2010 cal evitar l'augment del nombre total de brots de toxiinfeccions alimentàries. *Nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries.*		110	185	110	--
144. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir l'eliminació de cap transmissió de la triquina a l'ésser humà pel consum de carn distribuïda per establiments autoritzats sanitàriament. *Nombre de casos de triquinosi per consum de carn distribuïda en establiments autoritzats, per 100.000 h.*		0	0	0	++
145. D'aquí a l'any 2010 cal que no es produeixi cap cas de transmissió de la triquina a l'ésser humà per consum de carn de caça no controlada sanitàriament. *Nombre de casos de triquinosi per consum de caça no controlada sanitàriament, per 100.000 h.*		0	0	0	++
146. D'aquí a l'any 2010 cal que la morbiditat declarada per brucel·losi sigui inferior a 1 cas per 100.000 habitants. *Taxa dincidència per brucel·losi, per 100.000h.*		1,9$	0,8$	<1	++
147. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la situació d'absència de casos d'intoxicació aguda pel consum d'aliments contaminats per l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zoosanitaris. *Incidència d'intoxicació aguda derivada del consum d'aliments contaminants amb productes fitosanitaris i zoosanitaris (casos).*		0	0	0	++
Triquina					
148. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir el control de tots els porcins i equins sacrificats a Catalunya per a la investigació de triquina, tal i com estableix la normativa vigent. *Nombre de porcins i equins analitzats.*	Porcí	12.645.771* (1)	15.310.203** (1)	100%	++
	Equí	9.935* (1)	7.575** (1)	100%	++
149. D'aquí a l'any 2010 cal que totes les espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina comercialitzades per establiments ubicats a Catalunya hagin estat sotmeses a una investigació de triquina abans de la seva comercialització. *Casos positius per 100.000 animals analitzats.*		8,3*	7,2**		++
150. D'aquí a l'any 2010 cal que tota la població potencialment consumidora d'espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina coneguin els riscos per a la salut derivats d'aquest tipus de consum sense l'anàlisi prèvia de		ND	100	100	++

la triquina. *Realització d'activitats educatives (%).*					
Brucel·la					
151. D'aquí a l'any 2010 cal que tota la població amb risc de contraure la brucel·losi (ramaders, treballadors d'escorxadors) estigui informada i conegui les mesures per prevenir la malaltia. *Realització d'activitats (%).*		ND	100	100	++
Residus de la producció primària					
152. D'aquí a l'any 2010 cal que totes les carns i productes d'origen animal produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de medicaments veterinaris il·legals o per sota dels límits màxims establerts per la normativa vigent. *Nombre de casos positius en els programes de mostreig (%).*		16,0*	0,9	0	++
153. D'aquí a l'any 2010 cal que els productors d'animals destinats a l'alimentació humana estiguin informats dels riscos derivats de la utilització fraudulenta i incorrecta dels productes zoosanitaris i fitosanitaris. *Realització d'activitats d'informació.*			(2)		++
154. D'aquí a l'any 2010 cal que tots els aliments produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de productes fitosanitaris, il·legals o per sota dels límits màxims de residus establerts per la normativa vigent. *Nombre de casos positius en els programes de mostreig (%).*	Plagui-cides	1,5*	1,0**	0	++
Tòxics ambientals persistents					
155. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir el control del contingut en metalls pesats, hidrocarburs aromàtics policíclics, dioxines i, en general, tòxics ambientals persistents en els aliments produïts a Catalunya. *Manteniment del programa de seguiment de la presència d'aquests producte als aliments. (%)*		ND	ND	100	NV
156. D'aquí a l'any 2010 cal disminuir l'exposició humana a les dioxines, furans i als PCB. *Canvis en els nivells detectats en el programa de seguiment.*			No es disposa de suficients dades per detectar possibles canvis		NV

Font: Subdirecció General de Protecció de la Salut, 2000 i 2004. Departament de Salut.
$ Servei de Vigilància epidemiològica, 2004. Departament de Salut.
* Dades 2002.
** Dades 2005.
(1) Nombre d'inspeccions realitzades amb cap cas (+).
(2) Es constitueix junt amb el sector productor i altres departaments, la Comissió de Seguiment de la Carn de Vedella per, entre d'altres aspectes, fomentar la lluita contra l'ús i la presència de substàncies utilitzades en l'engreix animal.
ND: No disponible NV: No valorable.

24. Els problemes de salut emergents: les toxiinfeccions alimentàries

486. Si es manté la tendència actual, els objectius de salut per a l'any 2010 en relació amb les toxiinfeccions alimentàries no seran assolibles.

Taula 112. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb els problemes de salut emergents (les toxiinfeccions alimentàries)

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
Toxiinfeccions alimentàries				
157. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir el nombre de brots notificats de toxiinfeccions alimentàries. *Nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries.*	110	185	110	--
158. D'aquí a l'any 2010 cal disminuir en un 25% el nombre de brots de toxiinfecció alimentària per Salmonel·la produïts en l'àmbit de l'hostaleria i les cases de colònies. *Nombre de brots per Salmonel·la produïts en l'àmbit de l'hostaleria i les cases de colònies.*	17	86	13	--

Font: Sistema de Vigilància Epidemiològica, 2000 i 2004. Departament de Salut.

25. Els problemes de salut emergents: la legionel·losi

487. El nombre de brots per legionel·losi ha augmentat considerablement durant el període de temps analitzat, i si es manté aquesta tendència no s'assoliran els objectius de salut fixats per a l'any 2010. Tot i això, hi ha hagut una reducció substancial quant a la magnitud dels brots i la letalitat dels afectats.

Taula 113. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb els problemes de salut emergents (la legionel·losi)

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
26. Legionel·losi				
159. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència de legionel·losi en un 30%. *Taxa d'incidència per 100.000 h. de legionel·losi*	3,5	4,8	2,5	--
160. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mida dels brots en un 50%. *Mitjana de casos afectats per cada brots de legionel·losi.*	13	5	7	++
161. D'aquí a l'any 2010 cal que la letalitat de la Legionella sigui inferior al 10%. *Taxa de letalitat de la Legionella (%).*	13,4	7,0	10	++

Font: Sistema de Vigilància Epidemiològica, 2000 i 2004. Departament de Salut.

26. El bon ús dels medicaments

488. Tot i la dificultat per estimar la morbiditat derivada directament de la utilització de medicaments, sembla que aquest objectiu serà assolible el 2010 si es manté la tendència actual.

Taula 114. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb el bon ús dels medicaments

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
163. D'aquí a l'any 2010 cal invertir la tendència creixent de la morbiditat derivada directament de la utilització de medicaments. (1) *Taxa d'hospitalització per 10.000 h. per emmetzinament per medicaments i substàncies biològiques.*	3,6	3,4	<3,6	++

Font: CMBD-AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut.
(1) L'any 2000 la població de referència és el padró municipal d'habitants, l'any 2005 ho és el Registre Central d'Assegurats (RCA) a 31 de desembre de 2005.

27. La donació d'òrgans i trasplantaments

489. Les dades de trasplantament renal indiquen que, si no canvia la tendència actual, l'objectiu fixat per a l'any 2010 serà assolible, ja que les dades de 2005 estimen una taxa de trasplantament de ronyó superior a l'objectiu fixat.

490. En el cas del trasplantament hepàtic, caldrà augmentar lleugerament la tendència de creixement observada per poder assolir l'objectiu fixat.

Taula 115. Valoració del grau d'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 en relació amb la donació d'òrgans i trasplantaments

OBJECTIU ***INDICADOR***	**2000**	**2005**	**2010**	**Valoració**
164. D'aquí a l'any 2010 cal assolir una taxa de transplantament de ronyó superior o igual a 60 per milió d'habitants. *Taxa de trasplantaments de ronyó per milió d'habitants.*	55,0	69,9	≥60	++
165. D'aquí a l'any 2010 cal assolir una taxa de transplantament de fetge superior o igual a 35 per milió d'habitants. *Taxa de trasplantaments de fetge per milió d'habitants.*	30,3	32,4	≥35	+/-

Font: Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT). Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

VI. Annexos

Annex 1. Metodologia

1. Les fonts d'informació

Fonts estadístiques sistemàtiques
- Estimacions postcensals de població, de l'Idescat - Estadística de naixements i matrimonis, de l'Idescat - Cens de població de 2001, de l'Idescat - Padró continu de població, de l'Idescat - Padrón continuo de población, del Instituto Nacional de Estadística - Registre Central d'Assegurats, del Servei Català de la Salut. Departament de Salut - Estadística d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, de la DG de Recursos Sanitaris. Departament de Salut - Estadística de reproducció humana assistida, de la DG de Recursos Sanitaris. Departament de Salut - Estadística de mortalitat, de la DG de Recursos Sanitaris. Departament de Salut - Estadística d'establiments hospitalaris (activitat assistencial), de la DG de Recursos Sanitaris. Departament de Salut - Estadística del conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària, del Servei Català de la Salut. Departament de Salut - Estadística de farmàcia, de la DG de Recursos Sanitaris. Departament de Salut - Estadística de la despesa sanitària pública , del Servei Català de la Salut. Departament de Salut - Estadística de malalties de declaració obligatòries, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut - Estadística dels centres integrats a la xarxa d'atenció a les drogodependències, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut - Estadística dels programes de vacunació, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut - Estadística de malalts renals, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut - Registre de diabetis tipus I, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut - Estadística de trasplantaments, de l'OCATT. Departament de Salut - Estadística del control sanitari d'aigües, de la DG de Salut Pública. Departament de Salut
Fonts estadístiques periòdiques i estudis específics
- Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de 1994, 2002, 2006, del Departament de Salut - Examen de salut coordinat amb l ESCA 2002 i 2006, del Departament de Salut - Panoràmica demogràfica recent a Catalunya, del Centre d'Estudis Demogràfics - Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, del Centre d'Estudis Demogràfics - Avaluació d'activitats preventives a l'atenció primària de 1995,2000 i 2005. Departament de Salut - Enquesta de salut a població institucionalitzada (ESPI) de 2006. Departament de Salut - Estudi avaluació detecció de la depressió en població atesa a l'atenció primària. . Departament de Salut - Estudi sobre forma física en els joves. Departament de Salut - Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Servei Català de la Salut (PLAENSA) . Departament de Salut - Enquesta de població activa, del Instituto Nacional de Estadística - Estudi específic de la mortalitat del sexenni 1999-2004 per a regions sanitàries i governs territorials de salut, del Servei del Pla de salut. Departament de Salut

2. El territori

L'organització territorial sanitària vigent es basa en la Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya[88] que estructura jeràrquicament el territori a partir de les àrees bàsiques de salut (ABS), definides d'acord amb factors geogràfics, demogràfics, socials i epidemiològics homogenis. Les ABS, molt consolidades, són unitats funcionals per a l'organització de l'atenció primària; tanmateix, no resulten adequades com a unitats de referència per a l'anàlisi de l'estat de salut, atesa la minsa grandària poblacional que tenen i l'escassetat d'indicadors pertinents a aquest nivell.

Les unitats territorials que s'utilitzen en aquest Pla de salut són:

- els governs territorials de salut (GTS)[89], formats per diverses àrees bàsiques de salut, que possibiliten un coneixement detallat del territori però limitat quant a exhaustivitat, bé per la manca de disponibilitat d'informació o bé per la reducció de la significació dels indicadors a mesura que es concreta l'objecte d'estudi;
- les regions sanitàries[90], que són àrees més grans que els GTS i que permeten comparacions aprehensibles en bona part dels indicadors estratificats en sexe, grup d'edat, nivell d'estudis o classe social. La Regió Sanitària Barcelona, per la seva gran extensió i l'elevat nombre d'habitants que té, s'ha subdividit en quatre territoris, i
- Catalunya, que permet establir indicadors de comparació amb altres territoris (comunitats autònomes, estats...) i constituir dades de referència per a les comparacions interterritorials, tant de regions sanitàries com de GTS.

Així, doncs, en l'anàlisi tant de l'estat actual com de l'evolució en els darrers anys de la salut a Catalunya es combinen aquests tres nivells territorials, complementaris i interdepenents, segons la seva idoneïtat.

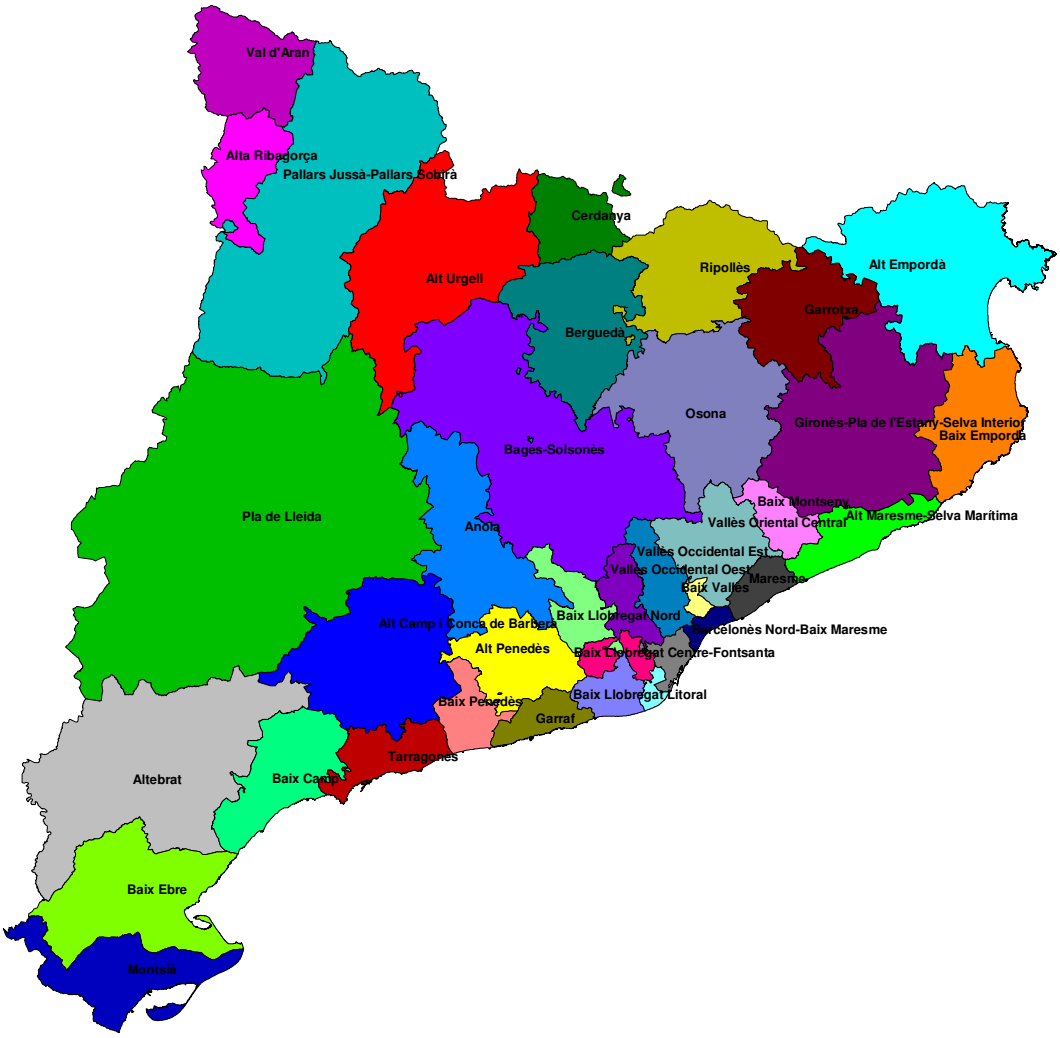
[88] Llei 15/1990, 9 de juliol, d'ordenació sanitària a Catalunya. DOGC 1324; 30.07.1990.
[89] Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut. DOGC 4594; 16.03.2006.
[90] Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i els sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. DOGC 4397; 02.06.2005.

Quadre 5. Territoris de referència per a l'estat actual i l'evolució de la salut a Catalunya

Governs territorials de salut
○ Pla de Lleida ○ Alt Camp i Conca de Barberà ○ Baix Camp ○ Baix Penedès ○ Tarragonès ○ Altebrat ○ Baix Ebre ○ Montsià ○ Alt Maresme-Selva Marítima ○ Baix Empordà ○ Alt Empordà ○ Garrotxa ○ Gironès-Pla de l'Estany-Selva Interior ○ Ripollès ○ Anoia ○ Bages-Solsonès ○ Berguedà ○ Osona ○ Alt Urgell ○ Alta Ribagorça ○ Cerdanya ○ PallarsJussà-Pallars Sobirà ○ Val d'Aran ○ Alt Penedès ○ Baix Llobregat Centre-Fontsanta ○ Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat ○ Baix Llobregat Litoral ○ Baix Llobregat Nord ○ Baix Montseny ○ Baix Vallès ○ Barcelona ○ Barcelonès Nord-Baix Maresme ○ Garraf ○ Maresme ○ Vallès Occidental Est (Sabadell) ○ Vallès Occidental Oest (Terrassa) ○ Vallès Oriental Central
Regions sanitàries
○ Lleida ○ Camp de Tarragona ○ Terres de l'Ebre ○ Girona ○ Catalunya Central ○ Alt Pirineu i Aran ○ Barcelona
Altres territoris relatius a la Regió Sanitària de Barcelona
○ Barcelona Est: Alt Maresme-Selva Marítima (excepte municipis de Blanes, Lloret de Mar i Tossa de Mar), Barcelonès Nord i Baix Maresme i Baix Maresme. ○ Barcelona Oest: Alt Penedès, Baix Llobregat Centre-Fontsanta, Baix Llobregat l'Hospitalet-el Prat de Llobregat, Baix Llobregat Litoral, Baix Llobregat Nord i Garraf. ○ Barcelona Nord: Baix Montseny, Baix Vallès, Vallès Occidental Est (Sabadell), Vallès Occidental Oest (Terrassa) i Vallès Oriental Central. ○ Barcelona ciutat: municipi de Barcelona

Regions Sanitaries

Governs Territorials de Salut



3. La població

Les fonts d'informació utilitzades per a l'estudi de la població han estat molt variades, prenent en cada cas aquella que oferia una informació més actualitzada, detallada o específica.

El darrer cens de població és el de 2001 i, a més de les variables padronals com l'edat, el sexe, el lloc de residència, el lloc de naixement i la nacionalitat, recull altres variables demogràfiques com l'any d'arribada al municipi, la residència deu anys enrere, el nivell d'estudis, l'estat civil o l'estructura de les llars i famílies. Com a actualització de les dades censals s'han utilitzat les dades disponibles del Padró continu i del Registre de la població de l'Idescat.

Una tercera font consultada ha estat el Registre central d'assegurats (RCA) del Departament de Salut, que té caràcter administratiu. L'RCA assegura una millor localització de la població en la residència habitual, esbiaixada en censos i padrons, encara que tendeix a sobrevalorar el nombre de residents. Aquest mateix registre s'utilitza en les projeccions de població que, per a la Unitat del Mapa sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública, ha elaborat el Centre d'Estudis Demogràfics[91] (CED) i que són l'essència de la part final d'aquest capítol. Per crear sinèrgies, atenent a criteris de coordinació, s'ha acordat amb aquesta unitat l'ús de l'estudi *Panoràmica demogràfica recent a Catalunya*[92], també elaborat pel CED.

Les dades sobre les característiques sociodemogràfiques per regions sanitàries i GTS procedeixen de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), construïda a partir dels resultats de 18.126 entrevistes realitzades a una mostra aleatòria simple del Registre de població de Catalunya de l'Idescat a 1 de gener de 2005.

Finalment, altres fonts estadístiques utilitzades han estat la base de dades de l'Institut Nacional d'Estadística (www.ine.es) sobre població empadronada de l'1 de gener de 2005, per obtenir informació sobre els immigrants, concretament sobre la població estrangera, així com en les comparacions de Catalunya amb altres comunitats autònomes; l'Enquesta de

[91] Blanes A, Menacho T. Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2005.
[92] Treviño R. Panoràmica demogràfica recent a Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2006.

població activa (EPA), per complementar la informació del cens i de l'ESCA sobre la relació de la població amb l'activitat econòmica; i la pàgina web d'Eurostat en les comparacions internacionals, per assegurar criteris comuns en l'estimació dels indicadors.

Població estrangera o població immigrada

En relació amb la font utilitzada, l'aproximació a la població estrangera o població immigrada a Catalunya és diferent.

El Padró continu de població i el Registre Central d'Assegurats (RCA) inscriuen els ciutadans sense ser necessari que disposin de residència legal, tot assenyalant el país de naixement, independentment de la nacionalitat (com a concepte jurídic).

L'Enquesta de salut de Catalunya 2006 dóna informació d'immigrants. Es pregunta a les persones entrevistades el país de naixement i, a les persones nascudes fora d'Espanya, a l'estranger, que especifiquin el país on van néixer i l'any d'arribada a Espanya.

4. Variables compostes a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya

Bona part del capítol sobre condicions i estils de vida s'ha dut a terme a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya, que permet la determinació de diferents índex a partir de preguntes o instruments específics. Les principals variables compostes elaborades a partir de l'ESCA són:

Classe social segons l'ocupació

La determinació de la classe social s'ha fet seguint la proposta del grup de treball de la Societat Espanyola d'Epidemiologia que codifica l'ocupació segons la Classificació Catalana d'Ocupacions de l'any 1994[93] i que es basa en la classificació de Domingo i Marcos (1989)[94].

[93] Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria 2000;25(5):350-63.
[94] Domingo A, i Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. Gac Sanit 1989;3:320-6.

Per incloure cada persona entrevistada en una de les següents categories s'ha tingut en compte la pregunta sobre l'ocupació actual o anterior de cada enquestat, que s'ha complementat amb la informació sobre l'activitat de l'empresa i la situació laboral. El procediment d'assignació de la classe social de la persona entrevistada s'ha fet com en les edicions anteriors de l'ESCA, és a dir, s'ha adjudicat la classe social de la persona de referència de la llar.

Quadre 6. Determinació de la classe social a partir de l'ocupació

Categories	Definició
Grup I	Directius de l'Administració Pública i dempreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de 2n i 3r cicle universitari.
Grup II	Directius d'empreses amb menys de 10 assalariats. Professions associades a una titulació de 1r cicle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
Grup III	IIIa. Personal de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat. IIIb. Treballadors a compte propi. IIIc. Supervisors de treballadors manuals.
Grup IVa	Treballadors manuals qualificats.
Grup IVb	Treballadors manuals semiqualificats.
Grup V	Treballadors manuals no qualificats.

Activitat física

L'estimació del nivell d'activitat física dels enquestats s'ha basat en la metodologia emprada en les anteriors ESCA[95]. Les persones es classifiquen segons el tipus d'activitat que fan habitualment a la feina o a la llar, segons la intensitat i les vegades per setmana que duen a terme activitats de lleure, i segons els dies que han caminat durant la darrera setmana i els minuts que han caminat cada dia que ho han fet. Així, en funció de les respostes, s'estableixen aquestes cinc categories:

[95] Welsh Heart Health Survey, 1985. Health Promotion Authority for Wales. Heartbeat Wales Technical Report number 3, 4, 5.

Quadre 7. Determinació de l'activitat física

Categories	Definició
Sedentaris	Està assegut la major part de la jornada. No realitza cap dia cap activitat física o esportiva moderada o vigorosa en el temps de lleure durant la darrera setmana. Realitza un dia de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleur,e i camina (almenys 20 minuts) menys de dos dies durant la setmana.
Mínimament actius	Està dret la major part de la jornada sense desplaçar-se. Realitza almenys un dia de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure, i camina (almenys 20 minuts) dos o més dies durant la darrera setmana.
Lleugerament actius	La seva activitat no requereix un esforç físic important però es desplaça a peu freqüentment. Realitza dos o més dies de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.
Moderadament actius	Fa una activitat que requereix un esforç físic important. Fa una activitat que requereix un esforç físic important i realitza menys de dos dies de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure. Realitza almenys un dia de la darrera setmana una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure i dos dies o més de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.
Molt actius	Fa una activitat que requereix un esforç físic important i realitza dos dies o més de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure. Realitza tres dies o més de la darrera setmana una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure. Realitza dos o més dies de la darrera setmana una activitat física o esportiva vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure i almenys un dia de la darrera setmana una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.

Índex de massa corporal (IMC)

A partir de les variables pes i talla s'estima l'índex de massa corporal (IMC) calculat com el pes en quilos dividit per l'alçada en metres quadrats (Kg./m^2). La finalitat és categoritzar la població segons la normal relació entre el seu pes i la seva talla, l'excés de pes (sobrepès i obesitat) o el baix pes (infrapès), cosa que permet també relacionar l'IMC segons variables sociodemogràfiques (sexe, edat, classe social, etc.).

Quadre 8. Determinació de l'índex de massa corporal (IMC) i categories de la població de 18 anys i més

Fórmula IMC= pes en Kg / (alçada en m)^2

Classificació segons IMC:
- Infrapès: IMC<18,5
- Pes normal: IMC>=18,5 a <25
- Sobrepès: IMC>=25 a <30
- Obesitat: IMC>=30

A l'hora d'establir punts de tall per a l'IMC que defineixin l'obesitat en l'edat infantil i juvenil, existeix consens en definir l'obesitat amb el percentil 95 i el sobrepès amb el percentil 85[96].

Quadre 9. Determinació de l'índex de massa corporal (IMC) i categories de la població de 2 a 18 anys

IMC en nois		
Edat (anys)	SOBREPES	OBESITAT
	Percentil 85	*Percentil 95*
2 (2 anys complerts)	>=18,06559	>=19,22225
2,5 (2 anys i 6 mesos)	>=18,12745	>=19,31281
3,0	>=18,19322	19,41
3,5	>=18,26598	19,51
4,0	>=18,35232	19,63
4,5	>=18,46274	19,78
5,0	18,61	19,98
5,5	18,79	20,22
6,0	19,02	20,51
6,5	19,29	20,85
7,0	19,58	21,23
7,5	19,91	21,64
8,0	20,26	22,08
8,5	20,62	22,55
9,0	21,00	23,02
9,5	21,38	23,51
10,0	21,77	24,01
10,5	22,17	24,51
11,0	22,57	25,02
11,5	22,98	25,53
12,0	23,38	26,04
12,5	23,77	26,52
13,0	24,15	26,97
13,5	24,50	27,38
14,0	24,82	27,75
14,5	25,10	28,06
15,0	25,34	28,31
15,5	25,55	28,49
16,0	25,71	28,62
16,5	25,83	28,70
17,0	25,92	28,73
17,5	26,00	28,74
18,0	26,06	28,74

IMC en noies		
Edat (anys)	SOBREPES	OBESITAT
	Percentil 85	*Percentil 95*
2 (2 anys complerts)	>=17,89231	>=18,97494
2,5 (2 anys i 6 mesos)	>=18,07973	>=19,21376
3,0	18,26	19,45
3,5	18,44	19,69
4,0	18,61	19,92
4,5	18,77	20,14
5,0	18,91	20,35
5,5	19,06	20,55
6,0	19,20	20,75
6,5	19,34	20,96
7,0	19,50	21,18
7,5	19,68	21,42
8,0	19,88	21,68
8,5	20,10	21,95
9,0	20,34	22,25
9,5	20,61	22,58
10,0	20,90	22,92
10,5	21,21	23,27
11,0	21,52	23,62
11,5	21,83	23,96
12,0	22,14	24,28
12,5	22,43	24,59
13,0	22,72	24,89
13,5	22,98	25,16
14,0	23,21	25,39
14,5	23,42	25,60
15,0	23,60	25,79
15,5	23,77	25,97
16,0	23,91	26,13
16,5	24,05	26,30
17,0	24,18	26,45
17,5	24,29	26,59
18,0	24,37	26,71

[96] National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion. CDC Training Module: Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage; 2003. [9-9-0004]. www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/text/intro.htm

Consum de tabac

Per al càlcul del consum de tabac, s'ha tingut en compte la situació de l'enquestat respecte al tabac en el moment de l'entrevista, i, quan la resposta ha estat que en aquell moment no fumava, també s'ha interrogat sobre la condició de fumador anterior al moment de l'entrevista.

Quadre 10. Determinació de l'hàbit tabàquic

Categories	Definició
No fumador	Persona que mai ha fumat
Altres no fumadors	Persones no fumadores que al llarg de la seva vida han fumat menys de 100 cigarretes o bé que han fumat però durant menys de sis mesos de forma regular
Exfumador	Persona que no fuma actualment però que ha fumat al llarg de la seva vida més de 100 cigarretes i durant més de sis mesos de forma regular
Fumador diari	Persona que fuma actualment de forma diària
Fumador ocasional	Persona que fuma actualment però no de forma diària

Aquestes cinc categories de consum de tabac s'agrupen en tres, on la categoria de "No fumador" inclou els no fumadors i els altres no fumadors; la categoria "Fumador" inclou els fumadors diaris i els ocasionals; i la categoria "Exfumador" es manté igual.

Consum d'alcohol

El consum d'alcohol s'ha categoritzat per unitat d'alcohol diària, estimada a partir de l'estandardització del tipus de beguda alcohòlica consumida (UBE) i del patró de consum al llarg de la setmana, diferenciant si la ingesta es realitza durant els dies feiners o es concentra en els caps de setmana.

Quadre 11. Quantificació del consum d'alcohol

Unitats: 1 unitat de beguda estàndard (UBE) = 10 g alcohol pur	
1 consumició de cervesa (got, gerra, ampolla o llauna)	1 UBE
1 consumició de vi, cava o similars (got o copa)	1 UBE
1 consumició de cigalons, vermut, xupitos, licors fruita (gotet o copa)	1 UBE
1 consumició de whisky, conyac, rom, aiguardents, combinats i similars (copes o gots)	2 UBE
Consum setmanal en dies feiners (dilluns a dijous)	
1. Cap dia feiner	x 0,00
2. Menys d'un dia feiner per mes	x 0,25
3. 1-3 dies feiners per mes	x 0,50
4. 1 dia feiner per setmana	x 1,00
5. 2 dies feiners per setmana	x 2,00
6. 3 dies feiners per setmana	x 3,00
7. tots els dies feiners	x 4,00
Consum setmanal en cap de setmana (divendres a diumenge)	
1. Mai	x 0,00
2. Menys d'1 cap de setmana al mes	x 0,125
3. 1 cap de setmana al mes	x 0,25
4. 2 caps de setmana al mes	x 0,50
5. 3 caps de setmana al mes	x 0,75
6. Tots els caps de setmana	x 1,00

A partir d'aquestes unitats, el consum d'alcohol s'agrupa en tres categories:

Quadre 12. Determinació del consum d'alcohol

Categories	Definició
No bevedor	No ha consumit alcohol en els darrers 12 mesos
Bevedor moderat	Menys de 28 unitats/setmana els homes i de 17 unitats/setmana les dones
Bevedor de risc	Igual o més de 28 unitats/setmana els homes i de 17 unitats/setmana les dones, o 5 consumicions seguides almenys un cop al mes

Qualitat de vida (Índex de qualitat de vida EuroQol©)

En el qüestionari de l'ESCA 2006 s'ha inclòs l'EuroQol©[97], un instrument de mesura de la qualitat de vida desenvolupat en el context europeu en els darrers cinc anys. Consta de dues parts. Hi ha una primera part descriptiva, en què el propi individu valora el seu estat de salut, amb tres nivells diferents de gravetat (1, sense problemes; 2, alguns problemes; 3, molts

[97] The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.

problemes), entorn a cinc dimensions: mobilitat, autocura, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió. La segona part se centra en una escala analògica visual, on la persona puntua el seu estat de salut el dia de l'entrevista mitjançant un termòmetre que oscil·la entre 0, pitjor estat de salut imaginable, i 100, millor estat de salut imaginable. Les preferències per a cada estat de salut han estat estimades en població general i en grups de pacients a Catalunya[98] utilitzant el mètode d'equivalència temporal o *time trade-off* per valorar diversos dels estats de salut generats[99]. L'índex EuroQol-5Dimensions (EQ-5D) resumeix en una única puntuació el valor que la societat assigna a l'estat de salut definit per limitacions o problemes en les cinc dimensions que mesura. La mínima diferència clínicament important (MDCI) ha estat definida per aquest índex en 0,07, de manera que tota diferència de puntuació entre dos grups de població que la superi és considera significativa estadísticament.

La continuïtat d'aquest instrument de mesura de la qualitat de vida, que ja es va utilitzar en les enquestes de salut de 1994 i de 2002, permet fer una anàlisi evolutiva, mentre que el fet que en aquesta edició hi hagin participat 18.126 augmenta la consistència dels resultats.

Qualitat de vida (Qüestionari de salut SF-12)

L'SF-12 és el qüestionari de salut genèric més utilitzat al món i, a més, permet mesurar i monitorar la necessitat d'atenció sanitària. L'SF-12 és una versió reduïda de l'SF-36, qüestionari desenvolupat a principis dels anys noranta als Estats Units per a l'ús en l'Estudi dels resultats mèdics (Medical Outcomes Study, MOS)[100]. Aquest instrument ha resultat ser útil per avaluar la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) en la població general i en subgrups específics, comparar la càrrega de diverses malalties, detectar els beneficis en la salut produïts per un ampli ventall de tractaments diferents i valorar l'estat de salut de pacients individuals.

L'SF-12 està format per un subconjunt de 12 ítems de l'SF-36 obtinguts a partir de regressió múltiple, incloent-hi un o dos ítems de cadascuna de les 8 escales de l'SF-36. La informació

[98] Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in th Catalan general population: feasibility and construct validity. Quality of Life Research, 1998, Vol 7, 311-322.
[99] Froberg D, Kane R. Methodology for measuring health-state preferences II: scaling Methods. J Clin Epidemiol 1989;42:459-71.
[100] Ware JE, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. Med Care 1996; 34(3):220-233.

d'aquests 12 ítems s'utilitza per construir les mesures de sumari físic i mental de l'SF-12: PCS-12 i MCS-12, respectivament.

Encara que l'SF-12 comporta una pèrdua de la precisió en les puntuacions en comparació amb l'SF-36, per als estudis de grups nombrosos aquestes diferències no són tan importants, atès que els intervals de confiança de les mitjanes dels grups estan molt determinats per la grandària de la mostra. Així, doncs, l'SF-12 ha demostrat ser una alternativa útil a l'SF-36 quan es pretén mesurar la salut física i mental en general i la grandària de mostra és superior als 500 individus.

Qualitat de vida (Qüestionari Kidscreen)

En la població infantil, la mesura de qualitat de vida que ha pres importància progressiva en els darrers anys és el qüestionari Kidscreen[101,102]. Aquest instrument, desenvolupat simultàniament en tretze països d'Europa, inclòs l'Estat espanyol, recull les dimensions de la qualitat de vida que són importants per a la població infantil i d'adolescents com ara el benestar físic i psicològic, l'autopercepció i l'autoestima, la relació amb els pares i els amics, o l'entorn escolar. Hi ha diferents versions, segons si els destinataris són els mateixos nens o els seus pares, així com segons la longitud del qüestionari. L'índex Kidscreen-10, la versió més curta que permet obtenir una mesura resum de qualitat de vida, ha estat inclosa en el qüestionari infantil de l'ESCA 2006, adreçada als pares dels menors de 8 a 14 anys d'edat. Per a l'obtenció de les puntuacions de l'índex Kidscreen-10 s'ha tingut en compte les normes de població europea de 8-18 anys, estandarditzada a una mitjana arbitrària de 50 i una desviació estàndard de 10, fet que permet comparar directament la població catalana amb la població europea. Com més puntuació, millor qualitat de vida.

L'esperança de vida en bona salut, lliure de discapacitat i ajustada per qualitat

Aquests indicadors de qualitat de vida combinen les defuncions provinents del Registre de Mortalitat de Catalunya per sexe i grup d'edat amb informació de l'ESCA, obtenint uns índexs que tenen en compte no només la duració de la vida sinó també la vida viscuda amb qualitat.

[101] Herdman M, Rajmil L, and the KIDSCREEN and DISABKIDS groups. Using the Delphi method to determine expert consensus in the construction of a new European health-related quality of life questionnaire (HRQoL) for children and adolescents. Quality of Life Research 2001;10:284.
[102] ©The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000- 00751 KIDSCREEN-10 Index, Parent Version.

L'esperança de vida amb bona salut s'estima a partir de la pregunta d'autopercepció de l'estat de salut, agrupant les respostes de regular i mala salut. L'esperança de vida lliure de discapacitat s'estima amb la proporció inversa de les persones que a l'ESCA han declarat patir una o més discapacitats. Finalment, l'esperança de vida ajustada per qualitat es construeix mitjançant la ponderació de l'estat de salut obtingut a partir de l'EuroQol.

En tots els casos, l'estimació s'ha obtingut a partir del mètode de Sullivant, que consisteix a sostreure dels supervivents teòrics de la taula de vida la proporció que declara viure amb mala salut, amb discapacitat o amb limitacions en algunes de les cinc dimensions de l'EuroQol i tornar a calcular l'esperança de vida, que finalment es comparada amb l'esperança de vida obtinguda amb la totalitat dels supervivents[103,104,105,106].

Els trastorns crònics

L'ESCA explora la presència de trastorns crònics a partir d'una llista de 27 problemes de salut, seleccionats per la seva alta prevalença en la població o perquè generen un consum de recursos important.

[103] Gutiérrez Fisac JL, Regidor E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. Med Clin (Barc) 1991;96:453-5.
[104] Gispert R, Puig X, Torné MM, Puigdefàbregas A. Esperança de vida en bona salut. Catalunya, 1986-1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 2001;XXII(11):143-8.
[105] Esnaola S, Martín U, Pérez Y, Ruiz R, Aldasoro E, Calvo M. Magnitudes y desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida ajustada por calidad en la comunidad autónoma del País Vasco. Vitoria: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; 2006.
106 Oliva J. Valoración y determinantes del stock de capital salud en Cataluña. 1994-2006. Toledo: Universidad de Castilla la Mancha y Fedea; 2007.

Quadre 13. Llista de trastorns crònics del qüestionari general i del qüestionari de menors de l'Enquesta de salut de Catalunya 2006

Població 15 anys i més	Població de 0 a 14 anys
01. Pressió alta	01. Al·lèrgies cròniques
02. Infart de miocardi	02. Asma
03. Altres malalties del cor	03. Bronquitis crònica
04. Varices a les cames	04. Diabetis
05. Artrosi, artritis o reumatisme	05. Restrenyiment crònic
06. Mal d'esquena crònic cervical	06. Otitis de repetició
07. Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	07. Infeccions urinàries de repetició
08. Al·lèrgies cròniques	08. Retard de creixement
09. Asma	09. Epilèpsia
10. Bronquitis crònica	10. Algun tipus de malformació congènita
11. Diabetis	11. Deficiència visual
12. Úlcera d'estómac o duodè	12. Deficiència auditiva
13. (*Només homes)* Problemes de pròstata	13. Defecte de la parla
14. Colesterol elevat	14. Algun trastorn o retard mental
15. Cataractes	15. Trastorn de conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc.
16. Problemes crònics de pell	16. Tumors malignes, leucèmia, limfoma, etc.
17. Restrenyiment crònic	17. Convulsions febrils
18. Depressió i/o ansietat	18. Enuresi
19. Altres trastorns mentals	
20. Embòlia/atac de feridura	
21. Migranya o mals de cap freqüents	
22. Mala circulació	
23. Morenes/hemorroides	
24. Tumors malignes	
25. Osteoporosi	
26. Anèmia	
27. Problemes de tiroides	

Incontinència urinària

Dins de l'apartat de morbiditat crònica, s'inclouen dues preguntes sobre la incontinència urinària, una de referida a la freqüència en què es tenen les pèrdues d'orina i l'altra amb relació a la quantitat d'orina que se li escapa cada vegada. La puntuació s'obté multiplicant la freqüència per la quantitat. L'índex de gravetat de la incontinència urinària es construeix agrupant les respostes en quatre categories: lleu (puntuació 1 i 2), moderada (3 a 6), greu (8 i 9) i molt greu (12)[107].

[107] Sandvik, H.; Espuna, M.; Hunskaar, S. *Validity of the Incontinence Severity Index: Comparison with PdWeighing Tests*. Department of Public Health and Primary Health Care. University of Bergen, Noruega. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona, Espanya.

Quadre 14. Preguntes de l'ESCA 2006 per a la quantificació de la incontinència urinària

59. Acostuma a tenir pèrdues d'orina? Amb quina freqüència se li escapa l'orina?	Freqüència	60. Quina quantitat d'orina se li escapa cada vegada?	Quantitat
1. Mai (no té incontinència)	0	1. Unes gotes, molt poca quantitat	1
2. Menys d'un cop al mes	1	2. Una quantitat moderada	2
3. Algunes vegades al mes	2	3. Molta quantitat	3
4. Algunes vegades a la setmana	3		
5. Cada dia i/o nit	4		

Quadre 15. Determinació de la gravetat de la incontinència urinària

Freqüència	Quantitat	Freqüència x quantitat	Resultats	Classificació
0 (Mai)	1	0	Mai	Lleu = 1-2 Moderada = 3-6 Greu = 8-9 Molt greu = 12
	2	0	Mai	
	3	0	Mai	
1	1	1	Lleu	
	2	2	Lleu	
	3	3	Moderada	
2	1	2	Lleu	
	2	4	Moderada	
	3	6	Moderada	
3	1	3	Moderada	
	2	6	Moderada	
	3	9	Greu	
4	1	4	Moderada	
	2	8	Greu	
	3	12	Molt greu	

Salut mental (GHQ)

L'ESCA 2006 inclou la versió reduïda i adaptada del qüestionari de salut general de Goldberg (GHQ)[108] per a la detecció de trastorns mentals en la població, mesurada com la probabilitat de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista. Aquest qüestionari no té, però, validesa per a la detecció de simptomatologia crònica. Per a cada una de les 12 preguntes hi ha la possibilitat de 4 respostes, les dues primeres valen 0 punts i les respostes 3 i 4 en valen 1. Les persones que tenen més de 2 punts són a risc de patir una malaltia de

[108] Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med 1970, 24:18-23.

salut mental. Queden eliminades de les estimacions aquelles entrevistes en què, de les 12 preguntes, n'hi ha 5 o més no contestades, atès que fan minvar la fiabilitat del càlcul.

Limitacions en les activitats de la vida quotidiana de la gent gran

Per poder definir el nivell d'autonomia i les necessitats de suport de les persones de 65 anys i més s'ha utilitzat una pregunta que interroga sobre el grau de dificultat per a la realització de 19 activitats de la vida quotidiana. S'han agrupat les diferents limitacions de la vida quotidiana en dues noves variables: la variable de limitacions en la cura personal i la variable de limitacions en els assumptes propis.

Quadre 16. Variables de les limitacions de les activitats de la vida quotidiana a l'Enquesta de salut de Catalunya 2006

Activitats de la cura personal (11)	Activitats d'assumptes propis (8)
• Menjar • Entrar i sortir del llit • Anar al "lavabo" • Vestir-se i desvestir-se • Banyar-se o dutxar-se • Afaitar-se (només en homes) • Pentinar-se (només en dones) • Tallar-se les ungles dels peus • Pujar i baixar escales • Caminar • Asseure's i aixecar-se de la cadira	• Cuinar el seu menjar • Anar al mercat/fer la compra personal • Fer les feines de la casa rutinàries (fer el llit, rentar plats, netejar, fer la bugada, planxar, etc.) • Utilitzar el telèfon • Administrar els diners (donar o rebre el canvi) o fer pagaments • Reconèixer persones, objectes i orientar-se en l'espai (per exemple utilitzar el transport públic) i el temps (per exemple, organitzar les seves activitats) • Aprendre i retenir nova informació i recordar informacions recents (per exemple, converses, cites, etc.) • Sortir al carrer

Les persones enquestades valoren la dificultat que tenen per realitzar cada una de les activitats identificades (cap dificultat, poca dificultat, força dificultat i no pot fer-ho) i si reben alguna ajuda per fer-les (no li cal ajut, l'ajuda algú i no l'ajuda ningú).

Es considera limitació en una activitat aquella situació en què la persona valora que té «força dificultat o no pot fer-ho» i, alhora, en relació amb l'ajut rebut en aquesta activitat, no respon l'opció «no li cal ajut»

Dependència en població de 65 anys i més

La situació de dependència en la població de 65 anys i més ha estat calculada a partir dels resultats obtinguts en l'anàlisi de les limitacions en les activitats de la vida quotidiana. La

definició de limitació és la considerada en l'apartat anterior (es considera limitació en una activitat aquella situació en què la persona valora que té «força dificultat o no pot fer-ho» per realitzar-la i, alhora, en relació amb l'ajut rebut en aquesta activitat, no respon l'opció «no li cal ajut»).

Els nivells de dependència considerats són:

- Dependència lleu: persona que declara tenir entre una i tres activitats de la vida quotidiana amb limitació.
- Dependència mitja: persona que declara tenir entre quatre i nou activitats de la vida quotidiana amb limitació
- Dependència greu: persona que declara tenir deu o més activitats de la vida quotidiana amb limitació.

És considera que una persona és "no dependent" si respon que no té cap limitació.

Suport social

Per mesurar el suport social s'ha inclòs el qüestionari de Duke validat per a l'Estat espanyol (Bellón et al. 1996)[109]. El qüestionari recull dues dimensions de suport social: el suport confidencial, que recull si els entrevistats tenen la possibilitat de rebre informació i consell o disposen de persones amb qui compartir inquietuds (ítems 1, 3, 4, 5, 7), i el suport afectiu, que es pot concretar en el fet de rebre expressions d'amor, simpatia, etc. (ítems 2, 6, 8).

Cada pregunta ofereix cinc categories de resposta, amb puntuacions d'escala de Likert que oscil·len entre «Molt menys del que desitjo» (que puntua 1) i «Tant com desitjo» (que puntua 5). Per obtenir les puntuacions de cada dimensió de suport, se sumen els valors obtinguts a cada un dels ítems i després es transformen a una escala de 0 a 100 (de menys a més suport). Quan quatre o més ítems no són contestats, els casos s'exclouen per falta de valors.

[109] Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996;18:153-62.

Doble cobertura sanitària

Les persones entrevistades són interrogades sobre el dret a l'assistència sanitària que disposen. Se n'exclouen les mútues obligatòries d'accidents de treball, les escolars o les de federacions esportives.

Quadre 17. Pregunta de l'ESCA 2006 per a la determinació de la cobertura sanitària

48. Té dret a l'assistència sanitària mitjançant alguna de les entitats que ara li llegiré?	1. Sí	2. No	9. NS
1. Seguretat Social (té la Targeta Sanitària Individual o TSI)			
2. Mútua d'afiliació obligatòria (MUFACE, ISPAS, PAMEM o similar) amb prestació sanitària de la SS			
3. Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació sanitària d'una assegurança privada			
4. Assegurança sanitària privada, concertada individualment (SANITAS, ASISA, l'Aliança, etc)			
5. Assegurança sanitària privada, pagada per la seva empresa (SANITAS, ASISA, l'Aliança, etc)			
6. *Iguala* amb un metge			
7. No té cap assegurança sanitària, només utilitza metges privats			
8. Una altra situació. *Especifiqueu-la:* _____			

La variable doble cobertura (DC) s'ha calculat a partir de la població que ha declarat tenir dret a l'assistència sanitària pública i al mateix temps estar afiliat a una mútua sanitària privada concertada individualment o pagada per la seva empresa. És a dir, tenir dret a l'opció 1, 2 o 3 i, a més, disposar de l'opció 4 o 5.

Comparacions entre les ESCA 1994, 2002 i 2006

Per poder efectuar comparacions entre les ESCA 1994, 2002 i 2006, les seves mostres s'han aixecat a nivell poblacional amb nous factors de ponderació i elevació, reinvertint les etapes de mostreig, segons la nova divisió territorial per regions sanitàries. Les taxes i proporcions brutes obtingudes s'han complementat amb d'altres d'estandarditzades mitjançant el mètode directe aplicant una població comú per edats i eliminant la influència de l'estructura d'edat en els indicadors de salut i utilització de serveis sanitaris. D'aquesta manera, es poden comparar directament les intensitats dels indicadors d'homes i dones, tant per al conjunt de Catalunya com per a les noves regions sanitàries. Per a la construcció de figures s'han emprat les proporcions estandarditzades, sigui per grup d'edat i sexe o per classe social i sexe, mentre que en el text consten els percentatges ponderats però no estandarditzats.

En la comparació temporal, cal esmentar com una limitació el fet que els treballs de camp s'han portat a terme en períodes diferents. Mentre a l'ESCA 1994, les entrevistes es van realitzar-se duran tot un any, a l'ESCA 2002, van fer-se d'octubre de 2001 a maig de 2002 i a l'ESCA 2006, de desembre de 2005 a juliol 2006. La diferent temporalitat del treball de camp pot repercutir en la mesura dels fenomens que presenten variacions temporals.

5. La utilització de serveis i la qualitat

Fonts d'informació

S'han emprat múltiples fonts d'informació, algunes de més generals i d'altres de molt específiques, que han permès descriure, des d'òptiques diferents, tant l'estat actual com l'evolució recent.

Quadre 18. Fonts d'informació utilitzades, anys d'observació i organisme responsable

Font	Any/període	Organisme
Àrea de recursos	2003-2006	Servei Català de la Salut
Avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària de salut a Catalunya	1995-2004	Departament de Salut
CMBD AH	1993-2005	Servei Català de la Salut
CMBD SM	2004-2006	Servei Català de la Salut
Col·legi oficial de farmacèutics de Catalunya. Central de balanços	2004 i 2005	Servei Català de la Salut
Fitxer de facturació de prestació farmacèutica	2004 i 2005	Servei Català de la Salut
Diagnòstic i Avaluació de Salut Mental en Atenció Primària (DASMAP)	2006	Servei Català de la Salut
Divisió d'Avaluació de Serveis	2003-2006	Servei Català de la Salut
Enquesta de salut de Catalunya	1994, 2002 i 2006	Departament de Salut
Fitxer de facturació de prestació farmacèutica	2006	Servei Català de la Salut
Memòria d'activitats	2003-2006	Servei Català de la Salut
Pla Integral d'Urgències de Catalunya (PIUC)	2003-2007	Servei Català de la Salut
Sistema d'Informació de Drogodependències	1987-2006	Departament de Salut
Registre de llistes d'espera de Catalunya	2003-2006	Servei Català de la Salut
Registre Central d'Assegurats (RCA)	31 de desembre de 2005	Servei Català de la Salut

Per a l'estimació de les taxes poblacionals, sempre que no s'indiqui el contrari, la població utilitzada com a denominador és l'RCA amb el tall corresponent a l'any analitzat aprovat pel Consell de Direcció del Servei Català de la Salut. En les comparacions territorials per regió sanitària, l'estandardització de les taxes o percentatges s'ha realitzat amb el mètode directe, prenent com a població tipus la de Catalunya per edats segons el cens de 1991, a excepció de la informació provinent de l'ESCA en què la població tipus per edat és la del Registre de població de l'Idescat de l'1 de gener de 2005.

Per a l'anàlisi de la morbiditat atesa als serveis sanitaris, s'ha utilitzat bé la Classificació internacional de malalties: 9a revisió, classificació clínica (CIM-9-CM), bé la Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR), en funció de la informació a la qual s'ha tingut accés.

Pel que fa al consum de medicaments, s'ha utilitzat la classificació *Anatomical Therapeutic Chemical*.

La població diana de l'atenció domiciliària a l'atenció primària de salut

Segons els Criteris Comuns Mínims (CCM) per a l'atenció domiciliària en l'atenció primària de salut, la població diana d'atenció domiciliària és la següent:

- Pacients amb patologia crònica: persones afectades per processos crònics neurològics, respiratoris, reumatològics o d'altres.
- Malalts terminals: malalts en fase terminal per neoplàsia, sida o d'altres.
- Pacients que requereixen atenció domiciliària transitòria: persones que necessiten atenció domiciliària transitòria durant més d'un mes.
- Malalts amb demències: persones amb l'estat cognitiu deteriorat de forma permanent.
- Usuaris en grups de risc definits per l'ATDOM: persones que per les seves característiques físiques o les de l'entorn (aïllament, edat, dèficit d'autonomia, etc) no poden desplaçar-se al centre.

Categories de diagnòstics i procediments i codis corresponents de la Classificació Clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR)

En l'anàlisi de l'evolució 1993-2005 dels contactes hospitalaris, cal tenir en compte que ni els codis ni els procediments quirúrgics són exactament els mateixos en els dos anys d'observació. Tant els codis com les categories (diagnòstics i procediments) han variat al llarg del període d'observació (1993-2205) (Quadres 19 i 20).

Quadre 19. Categories de diagnòstics i codis de la Classificació Clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR) 1993 i 2005

Diagnòstics	Codi	
	Any 1993	Any 2005
Cataractes	75	86
Hèrnia abdominal (1)	118	143
MPOC i bronquiectàsi (2)	102	127
Embaràs i/o part normal (3)	150	196
Complicacions relacionades amb l'embaràs, part o puerperi	148 i 149	176-195
Ateroesclerosi coronària (4)	86	101

(1) Hèrnia inguinal fins al 1995.
(2) Només MPOC fins al 1995.
(3) Només part normal fins al 1995.
(4) Cardiopatia isquèmica fins al 1995.

Quadre 20. Categories de procediments i codis de la Classificació Clínica per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR) 1993 i 2005

Procediments	Codi	
	Any 1993	Any 2005
Operacions de cristal·lí	11	86
Reparació hèrnia inguinal i femoral	70	85
Colecistectomia i exploració vies biliars	67	84
Operació de cesària	116	134
Artroplàstia de genoll	152	152
Varices (1)	53	53

(1) Lligadura i esquinçament de venes varicoses d'extremitats inferiors.

Categories de diagnòstics i codis de la Classificació Internacional de malalties, 9a revisió, modificació clínica (CIM-9-MC) per a l'anàlisi de la morbiditat en salut mental

Quadre 21. Categories de diagnòstics i codis de la Classificació Internacional de Malalties, 9a revisió, modificació clínica (CIM-9-MC)

Categories diagnòstiques	Codi
Condicions psicòtiques orgàniques senils i presenils	290
Altres condicions psicòtiques orgàniques (cròniques	294
Trastorns esquizofrènics	295
Psicosis afectives	296
Estats paranoides (trastorns delisoris)	297
Altres psicosis no orgàniques	298
Psicosis amb origen específic a la infància	299
Trastorns neuròtics	300
Trastorns de personalitat	301
Síndrome de dependència de l'alcohol	303
Drogodependència	304
Símptomes i síndromes especials no classificats a cap altre lloc	307
Reacció aguda a estrès	308
Reacció d'adaptació	309
Trastorn depressiu no classificat a cap altre lloc	311
Trastorn de conducta no classificats a cap altre lloc	312
Trastorns emocional específic en la infància i adolescència	313
Síndrome hipercinètica de la infància	314
Retard específic del desenvolupament	315

Medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA)

Quadre 22. Medicaments inclosos al catàleg MHDA

- Antiretrovirals actius contra el VIH
- Eritropoetina
- Esclerosi múltiple (abans interferó beta)
- Factors antihemofílics
- Citostàtics
- Factors estimulants de colònies
- Immunoglobulines humanes inespecífiques
- Hepatitis (abans hepatitis C)
- Immunosupressors selectius
- Malalties rares
- Resta de medicaments d'ús hospitalari
- Medicaments dispensats a pacients hemofílics VIH positius en tractament amb antiretrovirals (excepte els factors antihemofílics i els medicaments d'ús hospitalari)
- Medicaments dispensats a pacients afectats de fibrosi quística (excepte medicaments d'ús hospitalari i productes de nutrició artificial i productes per a la seva administració)
- Medicaments i solucions per a la nutrició parenteral intravenosa
- Productes de nutrició enteral
- Medicaments estrangers d'ús hospitalari
- Medicaments estrangers que no són d'ús hospitalari
- Medicaments amb hormona del creixement

Les dimensions de l'atenció primària de salut (APS)

Per tal de conèixer el grau en que l'atenció primària de salut a Catalunya compleix amb el model de qualitat, és a dir, aquell que dóna resposta a les dimensions de l'APS, l'ESCA 2006 ha inclòs algunes preguntes de l'instrument Primary Care Assesment Tool (PCAT)[110] per usuaris, una versió curta per a adults (població de 15 anys i més PCAT-CE) i una altra per a menors (població de 14 anys i menys PCAT-AE).

Els problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatòria

La llista restrictiva de diagnòstics proposada per Caminal i *col*. valoren l'efectivitat i qualitat de l'atenció primària de salut. Tanmateix, aquests autors també proposen una llista de diagnòstics més extensa per valorar l'atenció primària de salut en la seva globalitat així com la coordinació entre l'atenció primària i l'hospital. D'entre aquesta llista més extensa, hi ha

[110] Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore MD:Johns Hopkins University; 2002.

diagnòstics com l'MPOC/bronquiectasies, asma o anèmia ferropènica, gastroenteritis, malalties de la pell i teixit subcutani, i tuberculosi pulmonar no inclosos al llistat restrictiu.

Per a l'anàlisi de la utilització de serveis sanitaris no s'han utilitzat tots els problemes de salut de la llista restrictiva, atenent a criteris de magnitud dels problemes en el nostre entorn. A més, s'ha inclòs l'anàlisi de l'MPOC inclosa al llistat complet (Quadre 23).

Quadre 23. Llista restrictiva de diagnòstics i codificació corresponent dels problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria

Gran grup diagnòstic	Diagnòstic	Codificació ICD-9-CM*
Malalties infeccioses prevenibles amb vacunacions	Diftèria, tètanus, poliomielitis, febre reumàtica (amb i sense afectació cardíaca) i meningitis bacteriana	032, 037, 320.0, 390, 391
	Sífilis congènita	090
Tuberculosi	Tuberculosi pulmonar i extrapulmonar	011, 012-018
Diabetis mellitus	Diabetis amb estoacidosi, am hiperosmolaritat, amb coma hippglucèmic, amb un altre coma, amb gangrena + trastorns circulatoris perifèrics	250.1, 250,2, 250.3, 251.0, 785.4+250.7
Alteracions del metabolisme hidroelectrolític	Deplecció de volum, hipopotasèmia	276.5 i 276.8
Infeccions otorrinolaringològiques/ infeccions agudes del tracte respiratori superior	Abcés periamigdalí	475
Malaltia cardíaca hipertensiva	HTA esencial, malaltia renal hipertensiva, malaltia cardíaca i renal hipertensiva, hipertensió secundària, infart de miocardi agut, altres formes agudes i subagudes de malaltia cardíaca isquèmica, infart de miocardi antic, angina de pit, altres formes de malaltia cardíaca crònica, hemorràgia subaracnoidea, hemorràgina intracerebral, malaltia cerebrovascular aguda, però mal definida, encefalopatia hipertensiva	401, 403-405, 410-414, 430, 431, 436 i 437.2
Insuficiència cardíaca congestiva	Insuficiència cardíaca, malaltia cardíaca hipertensiva maligne, benigne o inespecificada amb insuficiència cardíaca i edema agut de pulmó inespecificat	428, 402.01, 402.11, 402.91 i 518.4
Pneumònia	Pneumònica deguda a Haemophilus influenzae, pneumònica deguda a estreptococs, pneumònia deguda a altres organismes especificats, bronco-pneumònia per microorganisme inespecificat, penumònia per microorganisme inespecificat	482.2, 482.3, 483, 485, 486
Úlcera sagnant o perforada	Úlcera gàstrica, duodenal o pèptica de lloc inespecificat aguda amb hemorràgia, aguda amb hemorràgia i perforació, crònica o inespecificada amb hemorràgia, crònica o inespecificada amb hemorràgia i perforació	531.0, 531.2, 531.4, 531.6, 532.0, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4 i 533.6
Apendicitis amb complicacions	Apendicitis aguda amb peritonitis generalitzada, apendicitis aguda amb abcès peritoneal	540.0, 540.1
Infeccions del tracte urinari	Pielo-nefritis aguda	590.1
Malaltia inflamatòria pèlvica	Malaltia inflamatòria d'ovari, trompa de Fal·lopi, teixit cel·lular pelvià i peritoneu	614

Font: Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E i Martin M. Primary Health Care and Ambulatory Care Sensitive Conditions in Catalonia (Spain). Rev Clin Esp 2001;201:501-7
Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Hospitalizacions due to ambulatory care sensitive conditions; selection of diagnostic codes for Spain. Gac Sanit 2001;15(2):128-41
*Classificació Internacional de Malalties- 9a revisió – Modificació Clínica
Nota: en negreta els problemes de salut utilitzats en l'anàlisi de la situació de serveis sanitaris a Catalunya.

6. La mortalitat i el procés de final de la vida

Anàlisi de situació de la mortalitat

El Registre de mortalitat de Catalunya (RMC) del Departament de Salut recull totes les defuncions ocorregudes a Catalunya des de l'any 1983. Des de 1999, la causa bàsica de defunció es codificada amb la desena revisió de la Classificació internacional de malalties (CIM-10), seguint les recomanacions de l'OMS. L'anàlisi de l'estat actual s'ha dut a terme per al sexenni 1999-2004, aprofitant el màxim de dades disponibles en el moment de l'anàlisi en què les causes de defunció són classificades segons la CIM-10. Els indicadors de mortalitat s'han fet en dues fases. Els del conjunt de Catalunya han estat elaborats pel RMC, mentre que els indicadors per a les regions sanitàries i per als GTS han estat calculats pel Servei del Pla de Salut, utilitzant les defuncions cedides pel RMC i emprant la mateixa metodologia. L'estimació fragmentada, tot i utilitzar el mateix mètode de càlcul, ha comportat certs biaixos derivats de la necessitat d'utilitzar dues poblacions de referència diferents. El RMC ha fet servir com a denominadors les estimacions de població postcensals elaborades *ad hoc* per l'Idescat. El Servei del Pla de Salut ha emprat les dades padronals d'entre els anys 1999 i 2004 de l'Idescat, atès que estan disponibles a escala municipal i permeten qualsevol agregació territorial. Entre ambdues fonts[111], totes dues oficials, hi ha certes discrepàncies que s'han transmès a les taxes brutes i a les taxes específiques, de manera que les taxes calculades amb les estimacions postcensals són lleugerament més elevades, tot i que les diferències no són significatives, amb un nivell de confiança del 95%.

Els indicadors elaborats i els mètodes de càlcul emprats, tant pel RMC com pel Servei del Pla de Salut (regions sanitàries, quatre territoris de la Regió Sanitària Barcelona i GTS) són els mateixos: els utilitzats en les diferents publicacions de l'RMC.

[111] Institut d'Estadística de Catalunya. Població de Catalunya segons les diferents fonts existents. Barcelona: Àrea de Producció d'Estadístiques Demogràfiques. Subdirecció de Producció Estadística. Generalitat de Catalunya, octubre 2005 (document multicopiat).

Quadre 24. Indicadors de mortalitat utilitzats en l'anàlisi de situació

Indicadors de mortalitat	Territori
Població (estimacions postcensals per a Catalunya i padrons d'habitants per a regió sanitària i GTS) per sexe i grups quinquennals d'edat. Nre. i %	Catalunya Regió sanitària GTS
Defuncions i taxes (1.000 habitants) per sexe i grup d'edat quinquennals	Catalunya Regió sanitària GTS
Defuncions i taxes (100.000 habitants), sexe, grup d'edat per total de defuncions, 20 grans grups de causes de mort i 73 grups de causes de mort específics	Catalunya Regió sanitària GTS
Índex de mortalitat estàndard (IME) amb interval de confiança al 95% per sexe per total de defuncions, 20 grans grups de causes de mort i 73 grups de causes de mort específics	Catalunya Regió sanitària GTS
Defuncions de menors d'un any i probabilitats (1.000 nascuts vius) de mortalitat infantil i neonatal	Catalunya
Taxes (1.000) estandarditzades de mortalitat (mètode directe) per sexe	Regió sanitària
Taxes (1.000) estandarditzades de mortalitat (mètode directe) per causes de defunció per sexe, 1983-2005	Catalunya
Mortalitat proporcional estandarditzada (mètode directe) segons 20 grans grups de causes de mort per sexe	Regió sanitària
Defuncions, taxes (10.000 habitants) i mitjana d'anys perduts per sexe i causes específiques de mort	Catalunya Regió sanitària GTS
Defuncions i taxa (100.000) per sexe i causes específiques de mort	Catalunya Regió sanitària GTS
Esperança de vida en néixer amb interval de confiança al 95% per sexe	Catalunya Regió sanitària GTS

Tots els indicadors territorials calculats van acompanyats de l'interval de confiança, amb una significació del 95%. De la inexistència de diferències significatives no es pot concloure que no hi hagi diferències de mortalitat reals entre els territoris comparats, sinó que amb la metodologia emprada aquesta diferència no és apreciable.

L'estimació de l'IME no permet la comparació directa entre homes i dones d'un mateix GTS, ja que el valor de referència és diferent; en canvi, sí que ho permet la taxa de mortalitat estandarditzada pel mètode directe, que utilitza una única població tipus —la de Catalunya del padró de 1991— per a homes i dones.

Estimació de la mortalitat en el domicili

L'estimació del lloc on moren les persones s'ha dut a terme a partir de les defuncions de l'RMC i de la informació del CMBD, tant dels hospitals d'aguts (CMBD AH) com dels sociosanitaris (CMBD SS), amb dades referents al període 2000-2004. Les defuncions domiciliàries, que a més de la llar particular també inclouen les defuncions notificades pels

equips del PADES, els hospitals de dia i les unitats de demència, s'han contraposat a les que s'esdevenen als hospitals d'aguts, els recursos sociosanitaris d'internament (que inclouen convalescència, pal·liatius i llarga estada) o a cap d'ells, on s'inclouen les causes externes.

Les defuncions s'han estratificat segons la causa de la mort, fent les adaptacions necessàries tenint en compte que les dades procedents del CMBD utilitzen la IX versió de la classificació internacional de malalties: modificació clínica, i que les dades provinents de l'RMC fan servir-ne la X versió. L'excepció són les morts maternals, que s'han comptabilitzat totes com a hospitalàries.

S'ha aplicat un algoritme de càlcul a la resta de defuncions que té en compte les defuncions hospitalàries segons causa de mort estimades a partir del nombre total de contactes i la proporció d'hospitalització i CMA en les quals s'ha produït la mort. Aquest mateix mètode de càlcul ha estat aplicat als recursos sociosanitaris: centres de llarga estada, convalescència i cures pal·liatives. Finalment, de la resta, entre el total de defuncions ocorregudes a Catalunya i les produïdes als centres hospitalaris, s'han obtingut les defuncions que han tingut lloc als domicilis, a les quals s'ha afegit les comptabilitzades als PADES, els hospitals de dia i les unitats de demència.

Grup focal de final de vida

El grup focal s'ha considerat una bona metodologia d'investigació qualitativa per conèixer l'experiència de familiars de pacients i professionals de la salut en relació amb l'atenció al final de vida. El grup focal consisteix en reunir a un grup reduït de persones que comenten i debaten sobre el tema que se'ls proposa, mitjançant una dinàmica portada per un conductor expert. La comunicació, la discussió i la conversa que s'estableix entre les persones que componen el grup serveix per captar i analitzar les formes en què les persones comprenen, opinen, narren i actuen davant d'un determinat fenomen social i/o experiència viscuda.

Tant pel que fa als dos grups de familiars de pacients com pel que fa al de professionals, s'ha construït una mostra de conveniència o mostreig intencional. La tècnica de selecció utilitzada és la que s'anomena «bola de neu», que consisteix a contactar amb els participants mitjançant tercers. La representativitat està determinada per la saturació d'informació del grup. Finalment, hi han participat 20 familiars de pacients i 10 professionals de la salut.

L'anàlisi del contingut i el discurs de les diferents sessions ha permès aproximar-se a la situació dels pacients de final de vida a Catalunya, i identificar factors protectors davant l'experiència de final de vida, factors implicats en una bona assistència i aspectes de millora.

7. Les diferències i les desigualtats en salut

L'apartat de diferències i desigualtats en salut, a manera de síntesi dels apartats anteriors, n'utilitza la metodologia i introdueix com a novetat en l'àmbit de la comparació territorial el quadre de conjunt bàsic de 60 indicadors per a l'anàlisi de la salut per regions sanitàries i GTS. L'estructura territorial i la definició dels indicadors prové del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública[112], del projecte «Avaluació i anàlisi de la qualitat dels serveis sanitaris a Catalunya (Acompliment)»[113] i de l'anàlisi dels resultats de l'ESCA 2006[114].

Quant a la comparació territorial amb les dades provinents de l'ESCA 2006, les dades relatives a estils de vida (excepte les referents a cobertura en mamografies periòdiques) i a l'estat de salut han estat estandarditzades amb la població del padró de 2005 per edat amb l'objectiu d'evitar que les diferents estructures etàries de les regions sanitàries i els GTS fossin un factor de confusió en la interpretació dels resultats. Les dades de mortalitat han estat estandarditzades amb el mètode indirecte prenent com a taxa tipus la del conjunt de Catalunya per a cada sexe i aplicant-les per a cada grup d'edat a la població del territori. En qualsevol de les estandarditzacions s'han estimat els intervals de confiança al 95%, i en els quadres s'han identificat els resultats que són significatius. A partir de la metodologia proposada per Chin Long Chiang[115] també s'ha estimat la significació de l'esperança de vida en néixer per a cada sexe en tots els territoris estudiats.

[112] Unitat del mapa Sanitari sociosanitari i de Salut pública. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut.
[113] Agència de Salut Pública de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut.
[114] Departament de Salut. Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Barcelona: Departament de Salut; [en premsa].
[115] Chin Long Chiang: Life tables and mortality analysis. Ginebra: Organització Mundial de la Salut, 1979.

Quadre 25. Conjunt bàsic d'indicadors per a l'anàlisi de la salut per regió sanitària i GTS

Situació sociodemogràfica		
1	Percentatge de població de 65 anys i més	RCA 2006
2	Índex d'envelliment	RCA 2006
3	Índex de sobreenvelliment	RCA 2006
4	Taxa de natalitat	Registre de naixements 2005
5	Taxa de fecunditat	Registre de naixements 2005
6	Percentatge de població estrangera	Padró d'habitants 2005
7	Percentatge de població que té com a molt estudis primaris	ESCA 2006
8	Percentatge de població amb nivell d'estudis universitaris	ESCA 2006
9	Percentatge de població que pertany a la classe social més desfavorida	ESCA 2006
10	Percentatge de població que viu en llars unipersonals	ESCA 2006
11	Percentatge de població de 65 anys i més que viu sola	ESCA 2006
Estils de vida		
12	Percentatge de població que es declara consumidora habitual de tabac	ESCA 2006
13	Percentatge de població que es declara consumidora de risc d'alcohol	ESCA 2006
14	Percentatge de població que es declara sedentària	ESCA 2006
15	Percentatge de població que declara que es pren la pressió arterial periòdicament	ESCA 2006
16	Percentatge de població que declara que es revisa el nivell de colesterol a la sang	ESCA 2006
17	Percentatge de dones de 50 a 69 anys que declara realitzar mamografies periòdiques	ESCA 2006
18	Percentatge de dones de 20 anys i més que declara realitzar citologies periòdiques	ESCA 2006
19	Percentatge de població de 65 anys i més que declara vacunar-se anualment contra la grip	ESCA 2006
Estat de salut		
20	Esperança de vida en néixer	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
21	Percentatge de població que declara una salut excel·lent, molt bona o bona	ESCA 2006
22	Percentatge de població que declara patir trastorns crònics	ESCA 2006
23	Percentatge de població que declara patir alguna discapacitat	ESCA 2006
24	Percentatge de població en risc de patir mala salut mental	ESCA 2006
25	Índex de mortalitat estàndard (IME)	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
26	IME malalties sistema circulatori	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
27	IME isquèmiques del cor	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
28	IME malalties cerebrovasculars	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
29	IME càncer	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
30	IME tumor maligne pulmó	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
31	IME tumor maligne mama	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
32	IME malalties aparell respiratori	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
33	IME suïcidi	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
34	IME accidents de trànsit	Anàlisi de la mortalitat 1999-2004
Utilització dels serveis sanitaris		
35	Percentatge de població que declara disposar de doble cobertura sanitària	ESCA 2006
36	Percentatge de població que declara haver visitat un professional de la salut el darrer any	ESCA 2006
37	Percentatge de població que declara haver visitat un professional de la salut els darrers 15 dies	ESCA 2006
38	Percentatge de població que declara haver visitat el seu metge de capçalera el darrer any	ESCA 2006
39	Percentatge de població que declara haver visitat un professional d'infermeria el darrer any	ESCA 2006
40	Percentatge de dones de 15 anys i més que declara haver visitat el ginecòleg el darrer any	ESCA 2006
41	Freqüentació de visites, per habitant i any, al metge de família d'atenció primària	CMBD 2005
42	Percentatge de població que identifica el seu metge de capçalera	ESCA 2006
43	Percentatge de població que declara que l'aconsellen per telèfon, a l'atenció primària	ESCA 2006
44	Percentatge de població que declara que l'atén sempre el mateix personal, a l'atenció primària	ESCA 2006
45	Percentatge de població que declara haver fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut els darrers 15 dies	ESCA 2006

46	Percentatge de població que declara haver pres medicaments els darrers dos dies	ESCA 2006
47	Taxa d'hospitalització d'aguts de la població total, per 1.000 habitants	CMBD 2005
48	Taxa d'hospitalització pediàtrica, per 1.000 habitants	CMBD 2005
49	Percentatge de població que declara haver estat hospitalitzada el darrer any	ESCA 2006
50	Taxa d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts i subaguts de la població, per 1.000 habitants	CMBD 2005
51	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de llarga estada en població de 65 anys i més	CMBD 2005
52	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants dels serveis sociosanitaris de mitja estada en població de 65 anys i més	CMBD 2005
53	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis UFFIS en població de 65 anys i més	CMBD 2005
54	Taxa de freqüentació per 1.000 habitants de serveis PADES en població de 65 anys i més	CMBD 2005
55	Percentatge de casos de càncer colorectal amb interval de temps inferior a 30 dies entre l'entrada en el programa de diagnòstic ràpid i el tractament	Informes seguiment CDR càncer
56	Percentatge de casos de càncer de mama amb interval de temps inferior a 30 dies entre l'entrada en el programa de diagnòstic ràpid i el tractament	Informes seguiment CDR càncer
57	Percentatge de casos de càncer de pulmó amb interval de temps inferior a 30 dies entre l'entrada en el programa de diagnòstic ràpid i el diagnòstic	Informes seguiment CDR càncer
58	Percentatge de població que declara haver visitat un servei d'urgències el darrer any	ESCA 2006
59	Percentatge de població que ha anat a urgències d'un hospital públic o de la Seguretat Social el darrer any, entre les persones que han anat a urgències durant aquest mateix període	ESCA 2006
60	Percentatge de població que declara estar satisfeta amb els serveis sanitaris públics utilitzats	ESCA 2006

Annex 2. Taules d'evolució temporal dels principals indicadors, per grup d'edat i sexe i per classe social i sexe. Catalunya, 1994, 2002 i 2006.

Estils de vida i activitats preventives, per grup d'edat i sexe

Fumador (diari i ocasional)	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
15-44 anys	48,9	43,8	40,4	36,0	40,8	36,2	42,2	42,3	38,4
45-64 anys	41,5	36,8	32,6	7,6	15,7	18,9	23,4	26,1	25,7
65 anys i més	22,8	16,4	15,8	1,5	3,1	2,0	10,2	8,7	7,8
15-24 anys	38,7	37,5	36,3	33,9	42,5	35,8	36,3	40,0	36,1
25-44 anys	56,3	47,9	41,7	37,5	40,5	36,3	46,3	44,2	39,2
15-64 anys	46,5	41,8	37,8	25,6	32,5	30,0	35,4	37,2	34
Total (15 anys i més)	**42,3**	**38,0**	**34,5**	**20,7**	**26,5**	**24,3**	**30,6**	**32,1**	**29,3**

Mesura pressió arterial	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
15-44 anys	16,5	33,1	25,0	21,3	34,1	29,4	19,0	33,6	27,1
45-64 anys	30,7	60,7	58,2	26,7	59,3	59,5	28,5	59,9	58,8
65 anys i més	36,1	78,6	84,6	30,1	82,3	88,3	32,5	80,7	86,7
Total (15 anys i més)	**24,0**	**47,9**	**43,4**	**24,7**	**50,7**	**49,8**	**24,4**	**49,3**	**46,6**

Mamografies periòdiques	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
20-29 anys	---	---	---	15,6	10,0	8,9	---	---	---
30-39 anys	---	---	---	29,7	22,0	21,2	---	---	---
40-49 anys	---	---	---	42,7	64,1	64,4	---	---	---
50-59 anys	---	---	---	36,2	75,7	87,7	---	---	---
60-69 anys	---	---	---	17,4	59,6	82,4	---	---	---
70 anys i més	---	---	---	4,9	22,7	31,9	---	---	---
15-49 anys	---	---	---	29,4	26,5	28,2	---	---	---
50-69 anys	---	---	---	26,8	67,9	85,5	---	---	---
Total (15 anys i més)	---	---	---	**24,9**	**40,6**	**43,1**	---	---	---

Estils de vida i activitats preventives, per classe social i sexe

Fumador (diari i ocasional)	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	39,9	28,6	26,5	30,9	32,2	23,7	36,3	30,3	25,1
Grup II	38,8	36,1	33,5	20,5	27,6	25,7	29,1	31,9	29,4
Grup III	41,5	35,2	34,1	31,2	28,5	30,3	36,2	31,7	32
Grrup IVa	44,7	40,9	35,3	18,3	27,4	19,0	31,6	34,3	28,1
Grups IVb	42,1	36,4	37,3	18,1	25,2	24,9	28,0	30,5	31,5
Grup V	44,6	43,4	37,9	15,6	21,2	19,6	24,0	31,8	27
Total (15 anys i més)	**42,3**	**38,0**	**34,5**	**20,7**	**26,5**	**24,3**	**30,6**	**32,1**	**29,3**

Mesura pressió arterial	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	30,4	49,6	41,7	28,7	38,8	38,6	29,7	44,5	40,2
Grup II	25,0	40,3	44,1	28,4	47,0	42,2	26,7	43,6	43,1
Grup III	24,1	45,5	39,6	26,3	47,2	45,5	25,2	46,4	42,9
Grrup IVa	24,5	52,8	45,8	20,8	52,0	54,8	22,6	52,4	49,7
Grups IVb	21,5	48,6	48,1	27,0	51,9	51,3	24,7	50,4	49,6
Grup V	18,4	40,7	40,3	24,3	55,2	62,7	22,6	48,3	53,6
Total (15 anys i més)	**24,0**	**47,9**	**43,4**	**24,7**	**50,7**	**49,8**	**24,4**	**49,3**	**46,6**

Mamografies periòdiques	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	---	---	---	31,2	47,1	46,0	---	---	---
Grup II	---	---	---	31,8	42,5	43,8	---	---	---
Grup III	---	---	---	32,4	46,5	43,2	---	---	---
Grrup IVa	---	---	---	23,5	36,8	42,8	---	---	---
Grups IVb	---	---	---	20,5	39,3	42,9	---	---	---
Grup V	---	---	---	18,4	33,4	41,4	---	---	---
Total (15 anys i més)	---	---	---	**24,9**	**40,6**	**43,1**	---	---	---

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Estat de salut, per grup d'edat i sexe

Bon estat de salut	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	95,8	94,6	96,3	95,9	98,1	97,9	95,8	96,3	97,1
15-44 anys	89,4	91,6	92,2	85,6	86,8	87,4	87,4	89,2	89,9
45-64 anys	70,0	70	74,9	55,2	64,7	63,6	62,1	67,4	69,1
65 anys i més	55,6	54,5	53,6	42,2	41,9	38,2	47,6	47,1	44,6
Total	**80,9**	**81,8**	**83,4**	**71,4**	**74,9**	**73,8**	**75,8**	**78,3**	**78,6**

Discapacitats	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	2,9	3,7	5,1	1,7	2,1	2,3	2,3	2,9	3,7
15-44 anys	3,1	4,5	5,4	2,8	5,3	5,1	2,9	4,9	5,3
45-64 anys	12,4	13,9	14,7	16,3	15,9	20,8	14,5	14,9	17,8
65 anys i més	32,6	33,2	43,1	46,2	43,6	61,2	40,7	39,3	53,6
Total	**9,6**	**10,6**	**14,0**	**14,2**	**14,4**	**21,7**	**12,0**	**12,5**	**17,9**

Accidents darrer any	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
0-14 anys	19,9	30,6	23,7	12,8	24,5	18,2	16,5	27,6	21,0
15-44 anys	20,2	31,4	21,1	10,7	22,4	15,6	15,5	26,9	18,5
45-64 anys	9,6	16,0	13,0	11,0	23,4	16,5	10,3	19,8	14,8
65 anys i més	6,4	18,8	13,8	16,9	27,5	24,8	12,5	23,9	20,2
Total	**15,7**	**26,0**	**18,6**	**12,2**	**24,0**	**17,9**	**13,9**	**25,0**	**18,2**

Trastorns crònics	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
15-44 anys	39,2	47,3	59,3	48,8	60,8	72,2	44,2	54,0	65,5
45-64 anys	67,3	77,3	82,7	82,5	87,1	90,3	75,4	82,3	86,6
65 anys i més	87,5	91,6	95,8	93,1	96,2	98,7	90,8	94,3	97,5
Total (15 anys i més)	**56,0**	**62,9**	**71,6**	**68,2**	**75,5**	**83,0**	**62,6**	**69,4**	**77,4**

Estat de salut, per classe social i sexe

Bon estat de salut	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	91,1	90,9	91,3	89,7	85,9	86,4	90,6	88,6	89,0
Grup II	85,3	88,6	86,0	78,8	84,2	80,9	81,9	86,3	83,3
Grup III	84,1	84,6	84,5	85,5	80,2	74,0	84,8	82,4	78,7
Grrup IVa	79,2	77,7	77,4	71,2	72,8	66,0	75,3	75,2	72,3
Grups IVb	76,9	82,0	77,8	59,4	73,3	64,3	66,9	77,4	71,4
Grup V	68,1	73,1	74,3	54,2	62,1	55,4	58,4	67,3	63,0
Total	**80,9**	**81,8**	**83,4**	**71,4**	**74,9**	**73,8**	**75,8**	**78,3**	**75,6**

Discapacitats	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	5,9	7,9	6,8	4,0	8,6	9,5	5,1	8,2	9,2
Grup II	7,7	9,1	11,2	12,3	10,1	12,8	10,1	9,6	13,3
Grup III	7,4	10,4	10,9	5,3	10,9	16,5	6,4	10,7	15,7
Grrup IVa	10,2	11,5	15,3	13,1	15,0	21,3	11,6	13,2	20
Grups IVb	12,2	9,8	11,9	21,3	16,4	19,6	17,4	13,3	17,7
Grup V	14,8	13,1	18,5	22,4	20,7	31	20,1	17,1	28,8
Total	**9,6**	**10,6**	**14,0**	**14,2**	**14,4**	**21,7**	**12,0**	**12,5**	**17,9**

Accidents darrer any	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	10,3	31,6	14,7	9,9	29,9	16,1	10,1	30,8	15,4
Grup II	14,1	23,7	18,5	11,7	22,1	15,6	12,9	22,9	17,0
Grup III	14,4	24,2	19,7	8,8	19,2	17,3	11,6	21,6	18,4
Grrup IVa	16,0	25,7	19,0	11,8	23,0	16,3	14,0	24,4	17,8
Grups IVb	19,3	24,4	17,9	15,5	30,1	19,7	17,2	27,4	18,7
Grup V	19,1	28,8	19,6	16,2	26,4	23,0	17,1	27,6	21,6
Total	**15,7**	**26,0**	**18,6**	**12,2**	**24,0**	**17,9**	**13,9**	**25,0**	**18,2**

Trastorns crònics	Homes			Dones			Total		
	1994	2002	2006	1994	2002	2006	1994	2002	2006
Grup I	48,9	63,3	70,9	51,1	71,7	77,9	49,7	67,3	74,3
Grup II	53,5	56,7	71,7	64,4	73,9	79,0	59,0	65,3	75,6
Grup III	52,8	63,4	70,0	53,4	71,8	81,9	53,1	67,7	76,5
Grrup IVa	57,9	63,5	71,5	69,0	76,5	82,8	63,2	69,9	76,5
Grups IVb	53,5	65,3	73,9	77,2	76,1	86,2	66,9	71,0	79,7
Grup V	61,6	65,0	73,4	77,5	79,0	88,7	72,5	72,3	82,5
Total (15 anys i més)	**56,0**	**62,9**	**71,6**	**68,2**	**75,5**	**83,0**	**62,6**	**69,4**	**77,4**

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Utilització dels serveis sanitaris, per grup d'edat i sexe

Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	91,5	95,0	95,7	93,3	94,9	95,2	92,3	95,0	95,4
15-44 anys	78,8	80,8	79,6	90,0	90,7	89,7	84,6	85,7	84,4
45-64 anys	81,7	82,8	83,8	91,2	92,7	93,3	86,7	87,8	88,6
65 anys i més	93,2	94,0	92,9	93,4	94,9	95,1	93,3	94,5	94,2
Total	**83,8**	**85,3**	**84,8**	**91,4**	**92,5**	**92,3**	**87,8**	**89,0**	**88,6**

Visites a un professional de la salut els darrers 15 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	21,2	22,8	23,8	23,0	18,1	23,1	22,1	20,5	23,5
15-44 anys	13,6	10,6	14,7	20,0	19,1	23,9	16,9	14,8	19,1
45-64 anys	21,6	18,4	20,2	27,1	24,7	30,2	24,6	21,6	25,3
65 anys i més	27,3	24,3	30,9	31,9	27,3	32,4	30,1	26,0	31,8
Total	**18,9**	**16,2**	**18,8**	**24,4**	**21,8**	**27,5**	**21,8**	**19,1**	**23,2**

Ús de medicaments els darrers 2 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	23,6	34,0	36,8	24,8	31,2	32,1	24,2	32,6	34,5
15-44 anys	26,0	35,7	36,1	41,3	52,3	57,8	34,0	44,0	46,5
45-64 anys	43,5	55,2	60,7	61,4	67,4	76,6	53,1	61,4	68,8
65 anys i més	67,6	80,3	87,2	81,0	85,1	95,1	75,6	83,1	91,8
Total	**35,8**	**46,2**	**49,0**	**51,5**	**58,9**	**65,8**	**44,1**	**52,7**	**57,5**

Hospitalitzacions els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
0-14 anys	8,4	6,0	4,2	3,5	3,6	3,6	6,1	4,8	3,9
15-44 anys	5,5	6,6	3,9	8,6	8,3	10,0	7,1	7,4	6,9
45-64 anys	8,3	9,5	7,8	7,6	10,4	7,9	7,9	9,9	7,8
65 anys i més	14,6	19,0	17,3	10,8	14,2	17,0	12,4	16,2	17,1
Total	**8,0**	**8,9**	**7,1**	**8,1**	**9,2**	**10,9**	**8,0**	**9,1**	**9,1**

Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
15-44 anys	87,8	81,1	81,5	85,7	79,9	80,7	86,6	80,4	81,1
45-64 anys	86,4	82,0	81,8	86,3	81,0	82,4	86,4	81,4	82,1
65 anys i més	94,4	88,9	88,6	93,0	87,4	87,7	93,5	88,1	88,1
Total (15 anys i més)	**88,6**	**82,8**	**82,8**	**87,4**	**81,8**	**82,6**	**87,9**	**82,2**	**82,7**

Utilització dels serveis sanitaris, per classe social i sexe

Visites a un professional de la salut els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Grup I	83,2	86,3	88,5	91,2	94,0	95,0	86,4	89,9	91,7
Grup II	81,4	83,3	86,3	91,4	91,8	93,4	86,7	87,5	89,9
Grup III	83,7	84,9	83,6	92,2	90,5	91,1	88,0	87,8	87,6
Grrup IVa	84,7	85,5	83,8	91,0	93,6	92,4	87,8	89,5	87,7
Grups IVb	84,7	83,7	86,2	92,0	91,6	92,4	88,9	87,9	89,2
Grup V	84,2	86,6	83,0	90,5	91,4	92,2	88,6	89,2	88,4
Total	**83,8**	**85,3**	**84,8**	**91,4**	**92,5**	**92,3**	**87,8**	**89,0**	**88,6**

Visites a un professional de la salut els darrers 15 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Grup I	15,4	20,6	17,2	21,2	19,4	28,3	17,7	20,0	22,6
Grup II	17,4	14,5	17,6	23,1	21,3	24,2	20,4	17,9	21,1
Grup III	18,2	14,9	18,3	19,7	21,3	26,5	19,0	18,2	22,8
Grrup IVa	19,7	17,0	19,9	24,3	21,5	26,0	22,0	19,2	22,6
Grups IVb	20,0	12,5	18,7	26,9	23,4	31,2	23,9	18,3	24,6
Grup V	21,7	19,3	20,2	30,4	22,0	30,3	27,7	20,7	26,2
Total	**18,9**	**16,2**	**18,8**	**24,4**	**21,8**	**27,5**	**21,8**	**19,1**	**23,2**

Ús de medicaments els darrers 2 dies	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Grup I	37,9	48,9	45,1	46,5	54,7	60,2	41,3	51,6	52,5
Grup II	38,2	43,9	49,3	47,2	54,0	58,3	42,9	48,9	53,9
Grup III	35,4	46,5	48,6	41,5	53,4	66,4	38,5	50,1	58,2
Grrup IVa	34,8	46,0	50,2	51,5	60,1	66,3	43,0	52,9	57,4
Grups IVb	34,5	44,1	48,9	56,6	62,0	65,6	47,2	53,5	56,8
Grup V	38,9	49,5	50,8	61,7	65,1	72,9	54,7	57,7	63,8
Total	**35,8**	**46,2**	**49,0**	**51,5**	**58,9**	**65,8**	**43,7**	**52,7**	**57,5**

Hospitalitzacions els darrers 12 mesos	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Grup I	8,9	8,7	4,8	10,6	8,6	10,7	9,5	8,7	7,7
Grup II	5,3	8,9	5,6	7,7	10,3	11	6,5	9,6	8,5
Grup III	6,9	7,8	7	7,5	7,7	10,3	7,2	7,7	8,8
Grrup IVa	8,9	8,8	7,7	7,2	8,5	10,2	8,1	8,7	8,8
Grups IVb	8,6	11,0	7,5	8,7	9,5	9,9	8,7	10,2	8,6
Grup V	10,1	10,8	8,8	10,2	10,2	14,3	10,1	10,5	12,1
Total	**8,0**	**8,9**	**7,1**	**8,1**	**9,2**	**10,9**	**8,0**	**9,1**	**9,1**

Satisfacció amb els serveis sanitaris utilitzats	Homes 1994	Homes 2002	Homes 2006	Dones 1994	Dones 2002	Dones 2006	Total 1994	Total 2002	Total 2006
Grup I	93,8	89,7	90,3	93,1	84,0	89,8	93,5	86,8	90,0
Grup II	92,7	89,2	87,5	93,8	83,7	84,1	93,3	83,5	85,7
Grup III	89,1	82,0	82,8	89,3	84,9	82,5	89,2	83,5	82,6
Grrup IVa	86,0	80,8	81,8	85,4	78,8	80,9	85,7	79,8	81,4
Grups IVb	87,7	84,9	79,2	85,7	80,6	81,1	86,4	82,5	80,1
Grup V	89,9	80,0	79,4	83,4	82,6	81,5	85,1	81,3	80,7
Total (15 anys i més)	**88,6**	**82,8**	**82,8**	**87,4**	**81,8**	**82,6**	**87,9**	**82,2**	**82,7**

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 1994, 2002 i 2006. Departament de Salut.

Evolució d'alguns indicadors de mortalitat a Catalunya

Esperança de vida	Homes		Dones		Total	
	1994	2005	1994	2005	1994	2005
En néixer	74,80	77,28	82,00	83,79	78,42	80,55
15 anys	60,37	62,68	67,59	69,09	64,02	65,91
25 anys	50,86	53,01	57,76	59,23	54,35	56,15
40 anys	37,35	38,62	43,32	44,51	40,42	41,62
65 anys	16,31	17,11	20,25	21,21	18,47	19,31
85 anys	5,38	5,11	6,20	6,21	5,93	5,84

Mortalitat per causes de defunció (1)	Homes					
	1989-1993			1999-2004		
	Defuncions	Taxes	%	Defuncions	Taxes	%
Sistema circulatori	9.022	304,49	33,02	8.307	265,57	28,02
Tumors	8.362	282,21	30,61	9.698	310,01	32,71
Sistema respiratori	2.771	93,51	10,14	3.543	113,27	11,95
Sistema digestiu	1.629	54,97	5,96	1.540	49,23	5,19
Causes externes	1.824	61,57	6,68	1.706	54,52	5,75
Trastorns mentals	466	15,73	1,71	974	31,12	3,28

Mortalitat per causes de defunció (1)	Dones					
	1989-1993			1999-2004		
	Defuncions	Taxes	%	Defuncions	Taxes	%
Sistema circulatori	11.313	365,35	46,43	10.016	308,08	36,39
Tumors	5.318	171,75	21,83	5.935	182,55	21,56
Sistema respiratori	1.646	53,15	6,75	2.394	73,63	8,7
Sistema digestiu	1.257	40,58	5,16	1.361	41,87	4,95
Causes externes	745	24,05	4,97	857	26,34	3,11
Trastorns mentals	875	28,24	3,59	1.968	60,54	7,15

(1) 1989-1993, segons la IX versió de la Classificació Internacional de Malalties i 1999-2004 segons la X versió. Entre els dos moment d'observació l'estructura de població a Catalunya ha envellit. Les dades no estan estandarditzades.
Defuncions mitjanes en un any, taxa per 100.000 habitants i percentatge sobre el total de defuncions.

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Annex 3. Participants dels grups de treball d'indicadors

Grup d'indicadors	Membres del grup d'indicadors
Indicadors dels estils de vida	Carles Ariza Pilar Brugulat Carmen Cabezas Elias Casals Conxa Castell Anna Colet Pilar Duro Cinta Folch Mireia Jané Antoni Malé (†) Vicenç Martínez Antònia Medina Eulàlia Roure Ignasi Ruano Esteve Saltó Gemma Salvador Lídia Segura Jaume Serra Josep Ma. Suelves
Indicadors dels condicionants mediambientals	Glòria Cugat Irene Corbella Catalina Chamorro J. Vicente Fenández Manel Llorens Vicenç Martínez Carmen Medina Enric Rovira Rosa Sala Jordi Sunyer Àngel Teixidó
Indicadors de l'estat de salut	Pilar Brugulat Lourdes Camp Conxa Castell David Elvira M.Teresa Faixedas Genís García Rosa Gispert Josep Jiménez Antònia Medina Cristina Molina Anna Mompart Marta Roqué Xavier Salvador
Indicadors dels serveis sanitaris	Hortènsia Aguado Jordi Alonso Josep M.Argimon Montserrat Artigas Josep Benet Anna Bosch Lluís Bohigas Buenaventura Bolíbar Pilar Brugulat Alfons Cantero Conxa Castell Xavier Castells Ismael Cerdan Montse Clèries Sílvia Cutillas M.Teresa Faixedas Josep Fusté Genís García Anna Garcia-Altés Àlex Guarga Josep Jiménez Pilar Magrinyà Carmen Medina Mercè Mercader Anna Mompart Montserrat Oliveras Antoni Ponsà Neus Rams Elisa Séculi Andreu Segura Corinne Zara

Annex 4. Coordinació i participació en l'elaboració, aplicació i avaluació del Pla de salut

Relacions de coordinació
Departament de Salut: Direcció General de Salut Pública Direcció General de Recursos Sanitaris Unitats de la Direcció General de Planificació i Avaluació: Plans Directors; Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública; Plans Estratègics d'Ordenació Servei Català de la Salut: serveis centrals, regions sanitàries i GTS Institut d'Estudis de la Salut Departaments del Govern de la Generalitat Agència de Salut Pública de Barcelona Programes específics Administració local Institucions sanitàries i sociosanitàries Entitats proveïdores de serveis Societats de professionals i científiques Mitjans de comunicació Associacions de familiars i malalts Grups d'ajuda mútua i voluntariat Recursos formals i informals existents a la comunitat
Participació
Consell Assessor de Planificació Sanitària Grups de treball específic amb unitats i programes del Departament de Salut, altres departaments i altres institucions Servei Català de la Salut: serveis centrals i regions sanitàries Grups de treball amb professionals de la salut i altres sectors Societats científiques i organitzacions de professionals Grups de treball amb pacients i/o familiars Consell de Salut del Departament de Salut Consell de Salut del Servei Català de la Salut Consell de Salut de les regions sanitàries del Servei Català de la Salut Consell de Salut del Servei Aranès de la Salut Consells de salut dels governs territorials de salut (GTS) Web del Departament de Salut

Annex 5. Llista de 20 grans grups de causes de mort. Grup de causes Codis CIM-10

1. I Certes malalties infeccioses i parasitàries A00-B99
2. II Tumors C00-D48
3. III Malalties de la sang i dels òrgans hematopoètics, i certs trastorns que afecten el mecanisme de la immunitat D50-D89
4. IV Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques E00-E90
5. V Trastorns mentals i del comportament F00-F99
6. VI Malalties del sistema nerviós G00-G99
7. VII Malalties de l'ull i dels seus annexes H00-H59
8. VIII Malalties de l'oïda i de l'apòfisi mastoides H60-H95
9. IX Malalties del sistema circulatori I00-I99
10. X Malalties del sistema respiratori J00-J99
11. XI Malalties del sistema digestiu K00-K93
12. XII Malalties de la pell i del teixit subcutani L00-L99
13. XIII Malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu M00-M99
14. XIV Malalties del sistema genitourinari N00-N99
15. XV Embaràs, part i puerperi O00-O99
16. XVI Certes afeccions originades en el període perinatal P00-P96
17. XVII Malformacions congènites, deformitats i anomalies cromosòmiques Q00-Q99
18. XVIII Símptomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori, no classificades enlloc més R00-R99
19. XIX Traumatismes, enverinaments i algunes altres conseqüències de causes externes S00-T98
20. XX Causes externes de morbiditat i mortalitat V01-Y98

Annex 6. Llista D73 de causes de mort. Grup de causes Codis CIM-10

1 Malalties infeccioses intestinals A00-A09
2 Tuberculosi de l'aparell respiratori A15-A16
3 Resta tuberculosis i tuberculosis antigues A17-A19, B90
4 Resta de malalties infeccioses bacterianes A20-A28, A30-A49, A50-A58, A65,A66-A69, A70-A74, A75-A79,B92, B95-B96
5 Hepatitis viral B15-B19
6 Sida B20-B24
7 Resta de malalties infeccioses A60, A90-A99, B00-B09, B25-B34, A80-A89, B91, B97 A59,A63-A64, B35-B49, B50-B64, B65-B83, B85-B89, B94, B99
8 Tumor maligne de cavitat bucal i faringe C00-C14
9 .Tumor maligne d'esòfag C15
10 Tumor maligne d'estómac C16
11 Tumor maligne de budell gros C18
12 Tumor maligne de recte i anus C19-C21
13 Tumor maligne de fetge C22
14 Tumor maligne de bufeta biliar i vies extrahepàtiques C23-C24
15 Tumor maligne de pàncrees C25
16 Resta de tumors malignes digestius C17, C26,C48
17 Tumor maligne de laringe C32
18 Tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó C33-C34
19 Tumor maligne de pell i tumor de teixits tous C43-C47, C49
20 Tumor maligne de mama C50
21 Tumor maligne de coll d'úter C53
22 Resta de tumors malignes d'úter C54-C55
23 Tumor maligne d'ovari C56
24 Tumor maligne de pròstata C61
25 Tumor maligne de bufeta urinària C67
26 Tumor maligne de ronyó i de vies urinàries C64-C66, C68
27 Tumor maligne de l'encèfal C71
28 Leucèmia C91-C95
29 Limfoma C81- C85
30 Resta de tumors malignes de localització especificada C30-C31, C37-C39, C40-C41, C51-C52, C57-C58, C60, C62-C63, C69-C70, C72, C73-C75, C76, C96, C97, C88-C90
31 Tumors malignes secundaris i de localització no especificada C77-C80
32 Tumors benignes D10-D36
33 Tumors in situ, d'evolució incerta i de naturalesa no especificada D00-D09, D37-D48
34 Malalties de la sang i òrgans hematopoètics D50-D89
35 Diabetis E10-E14
36 Resta malalties endocrines, de la nutrició i del metabolisme E00-E07, E15-E90
37 Trastorns mentals F00, F04-F99
38 Demència senil, vascular, i demència no especificada F01-F03
39 Malaltia d'Alzheimer G30
40 Malalties del sistema nerviós, malalties de l'ull i malalties de l'oïda i de l'apòfisi mastoides G00-G26, G31-G44, G45, G47-G99, H00-H95
41 Malalties reumàtiques cròniques del cor I05-I09
42 Malalties hipertensives I10-I15
43 Malalties isquèmiques del cor I20-I25
44 Insuficiència cardíaca I50
45 Resta de malalties del cor I00-I02, I26-I49, I51-I52
46 Malalties cerebrovasculars I60-I69
47 Arteriosclerosi I70
48 Resta de malalties dels vasos sanguinis i de l'aparell circulatori I71-I79, I80-I89, I95-I99

49 Infeccions respiratòries agudes J00-J06, J20-J22
50 Infecció respiratòria per influença J10-J11
51 Pneumònies i broncopneumònies J12-J18
52 Bronquitis, enfisema, asma i MPOC J40-J47
53 Resta malalties respiratòries J60-J99, J30-J39
54 Gastritis, duodenitis i ulcus K25-K29
55 Cirrosi i altres malalties del fetge K70-K77
56 Resta de malalties de l'aparell digestiu K00-K23, K30-K67,K80-K93
57 Malalties de la pell i teixit cel·lular subcutani L00-L99
58 Malalties osteomusculars i del teixit connectiu M00-M99
59 Malalties del ronyó i de les vies urinàries N00-N08, N10-N16, N17-N19, N20-N23, N25-N29, N30-N39, N99
60 Malalties dels genitals masculins, malalties dels genitals femenins i trastorns de la mama N40-N51, N60-N64, N70-N98
61 Complicacions de l'embaràs, part i puerperi O00-O99
62 Complicacions del període perinatal P00-P96
63 Malalties congènites Q00-Q99
64 VIH+ R75
65 Malalties mal definides i no classificables en altres grups R00-R74, R76-R99
66 Accidents de trànsit de vehicles a motor V02-V04 (.1-.9), V09 (.2-.3), V12-V14 (.3-.9), V19 (.4-.6), V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80 (.3-.5), V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87 (.0-.8), V89 (.2) V89 (.9).
67 Enverinaments accidentals X40-X49
68 Accidents i complicacions medico quirúrgiques i farmacològiques Y40-Y69, Y70-Y82 Y83-Y84
69 Caigudes accidentals W00-W19
70 Ofegaments i submersions accidentals W65-W74,
71 Suïcidis i autolesions X60-X84
72 Homicidis X85-Y09
73 Resta de causes externes RESTA V00-V99, W20-W49, W50-W64 W75-W99, X00-X29 X30-X39, X50-X57 X58-X59, Y10-Y34 Y35-Y36, Y85-Y89

Annex 7. Llistat d'acrònims

Abreviació	Significat
ABS	Àrea bàsica de salut
ACSC	*Ambulatory care sensitive conditions*
AIJ	Allotjaments infantils i juvenils
APS	Atenció primària de salut
APVP	Anys potencials de vida perduts
ATC	Classificació *Anatomical Therapeutic Chemical*
ATDOM	Programa d'atenció domiciliària
CAC	Centre d'atenció continuada
CAOD	Dents permanents cariades (C), absents per càries (A) i obturades (O)
CAP	Centre d'atenció primària
CA	Comunitats autònomes
CCHPR	Classificació clínica per a la recerca en polítiques sanitàries
CCM	Criteris comuns mínims
CDR	Circuit de diagnòstic ràpid
CED	Centre d'estudis demogràfics
CEEISCAT	Centre d'estudis epidemiològics sobre el VIH/la sida de Catalunya
CIM	Classificació internacional de malalties
CMA	Cirurgia major ambulatòria
CMBD AH	Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària
CMBD SM	Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental
CMBD SS	Conjunt mínim bàsic de dades sociosanitàries
CSMA	Centre de salut mental d'adults
CSMIJ	Centre de salut mental infantojuvenil
DASMAP	Diagnòstic i avaluació de salut mental en atenció primària
DC	Doble cobertura sanitària
DG	Direcció General
DGAIA	Direcció General Atenció a la Infància i Adolescència
EAIA	Equip d'avaluació integral ambulatòria
EAP	Equip d'atenció primària
EP	Educació primària
EPA	Enquesta de població activa
EPINCAT	Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en Catalunya
EPINE	Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España
EQ-5D	EuroQol - 5 dimensions
ESCA	Enquesta de salut de Catalunya
ESO	Educació Secundària Obligatòria
ETODA	Equip de teràpia d'observació directa ambulatòria
EV	Esperança de vida
EVAQ	Esperança de vida ajustada per qualitat
EVBS	Esperança de vida en bona salut
EVLD	Esperança de vida lliure de discapacitat
FDS	Fitxes de dades de seguretat
GHQ-12	*Goldberg Health Questionnaire - 12 item*
GRD	Grups relacionats pel diagnòstic
GTS	Govern territorial de salut
HTA	Hipertensió arterial
ICS	Institut Català de la Salut
IDESCAT	Institut d'Estadística de Catalunya
IMC	Índex de massa corporal

IME	Índex de mortalitat estàndard
INE	Institut Nacional d'Estadística
INPEA	Xarxa Internacional Prevenció dels Maltractaments a les Persones Grans
INSS	Institut Nacional de la Seguretat Social
IPAQ	*International Physical Activity Questionnaire*
ISQA	Índex sintètic de qualitat de l'aigua
IVE	Interrupció voluntària de l'embaràs
MCS	*Mental components summary*
MDCI	Mínima diferència clínicament important
MDO	Malaltia de declaració obligatòria
MHDA	Medicació hospitalària de dispensació ambulatòria
MIPSE	Mortalitat innecesàriament prematura i sanitàriament evitable
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
MSC	Ministeri de Sanitat i Consum
MTS	Malaltia de transmissió sexual
NHS	National Health Service
OCATT	Organització catalana de trasplantaments
OCDE	Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
OMS	Organització Mundial de la Salut
PAD	Pressió arterial diastòlica
PADES	Programa d'atenció domiciliària equip de suport
PAS	Pressió arterial sistòlica
PCS	*Physical components summary*
PIB	Producte interior brut
PIRAC	Pla d'investigació de residus en aliments a Catalunya
PIUC	Pla integral d'urgències de Catalunya
PLAENSA	Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Servei Català de la Salut
PVSAC	Programa de vigilància de la seguretat dels aliments a Catalunya
QVTS	Qualitat de vida relacionada amb la salut
RCA	Registre central d'assegurats
RD	Reial Decret
RGSS	Règim general de la Seguretat Social
RMC	Registre de Mortalitat de Catalunya
RS	Regió sanitària
SF-12	*Short-Form Health Survey - 12 item*
SIRIPQ	Sistema d'intercanvi ràpid d'informació de productes químics
SPIA	Sistema de Protecció de la Infància i Adolescència
TM	Tumor maligne
TSI	Tarjeta sanitària individual
UDVP	Usuari de drogues per via parenteral
UFISS	Unitat funcional interdisciplinària sociosanitària
VIH	Virus de la immunodeficiència humana
VINICS	Vigilància de la infecció nosocomial als hospitals de l'ICS
XAD	Xarxa d'atenció a les drogodependències
XHUP	Xarxa hospitalària d'utilització pública

Annex 8. Índex de taules, figures, mapes i quadres

QUADRE 1. GRUPS DE TREBALL 14

FIGURA 1. PROCÉS PER A LA DEFINICIÓ DELS INDICADORS PER A L'ANÀLISI DE SITUACIÓ DEL PLA DE SALUT 14

FIGURA 2. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ DE CATALUNYA I DE LES REGIONS SANITÀRIES. CATALUNYA, 2006 17

FIGURA 3. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE MITJÀ DE FILLS PER DONA DE 15 A 49 ANYS I DEL NOMBRE DE NASCUTS VIUS. CATALUNYA, 1975-2005 18

FIGURA 4. EVOLUCIÓ DE LES TAXES DE FECUNDITAT PER EDAT. CATALUNYA, 1975-2004 . 19

TAULA 1. ESPERANÇA DE VIDA I EVOLUCIÓ DE LES PERSONES DE 65 ANYS I MÉS. CATALUNYA, 2005 20

FIGURA 5. ÍNDEX D'ENVELLIMENT PER SEXE I REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 21

MAPA 1. ÍNDEX D'ENVELLIMENT PER GOVERN TERRITORIAL DE SALUT (GTS). CATALUNYA, 2006 21

FIGURA 6. PIRÀMIDE DE POBLACIÓ PER SEXE I EDAT QUE IDENTIFICA ELS RESIDENTS ESTRANGERS. CATALUNYA, 2005 22

FIGURA 7. POBLACIÓ ESTRANGERA PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2005 23

MAPA 2. POBLACIÓ ESTRANGERA PER GOVERN TERRITORIAL DE SALUT (GTS). CATALUNYA, 2005 24

TAULA 2. GRANDÀRIA I ESTRUCTURA DE LES LLARS CATALANES. CATALUNYA, 2001 25

FIGURA 8. POBLACIÓ QUE VIU EN LLARS UNIPERSONALS PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 2006 25

TAULA 3. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS NIVELL D'ESTUDIS, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 26

FIGURA 9. HOMES I DONES DE 16 A 65 ANYS SEGONS NIVELL D'ESTUDIS I SITUACIÓ LABORAL. CATALUNYA, 2006 27

FIGURA 10. POBLACIÓ PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 27

MAPA 3. POBLACIÓ QUE PERTANY A LA CLASSE MÉS DESFAVORIDA (GRUP V) PER GOVERN TERRITORIAL DE SALUT (GTS). CATALUNYA, 2006 28

MAPA 4. PROJECCIONS DE POBLACIÓ PER GOVERN TERRITORIAL DE SALUT (GTS). INCREMENT RELATIU SEGONS ESCENARI MITJÀ I ALT. CATALUNYA, 2005-2010 29

MAPA 5. QUALITAT DE LES AIGÜES SUPERFICIALS. VALORS MITJANS DE L'ISQA 2005 (1). CATALUNYA, 2006 31

MAPA 6. ZONES VULNERABLES PER CONTAMINACIÓ DE NITRATS DE FONTS AGRÀRIES. CATALUNYA, 2004 32

MAPA 7. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA BEURE HABITUALMENT AIGUA DE L'AIXETA. CATALUNYA, 2006 33

MAPA 8. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA CUINAR HABITUALMENT AMB AIGUA DE L'AIXETA. CATALUNYA, 2006 33

TAULA 4. DISTRIBUCIÓ DE LA CONCENTRACIÓ DE PARTÍCULES EN SUSPENSIÓ, D'OZÓ TROPOSFÈRIC I DE DIÒXID DE NITROGEN. CATALUNYA, 2006 35

FIGURA 11. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE BROTS DE MALALTIES TRANSMESES PELS ALIMENTS. CATALUNYA, 1992-2005 37

TAULA 5. EXPOSICIÓ A CONTAMINANTS A TRAVÉS DE LA DIETA A CATALUNYA EN COMPARACIÓ AMB ELS NIVELLS DE SEGURETAT ESTABLERTS PER L'OMS 38

TAULA 6. AVALUACIÓ DE LES CONDICIONS HIGIÈNIQUES I SANITÀRIES ALS ALLOTJAMENTS INFANTILS I JUVENILS (AIJ) I ALS ESTABLIMENTS DE CÀMPING I CARAVÀNING. CATALUNYA, 2002-2005 39

TAULA 7. MÈTODES UTILITZATS EN LES ACTUACIONS DE CONTROL DE PLAGUES AVALUADES A LES EMPRESES INSCRITES AL REGISTRE OFICIAL D'ESTABLIMENTS I SERVEIS PLAGUICIDES (ROESP). CATALUNYA, 2003-2006 40

TAULA 8. MÈTODES DE CONTROL UTILITZATS A LES ACTUACIONS DE CONTROL DE PLAGUES AVALUADES A ESTABLIMENTS ALIMENTARIS I ASSENTAMENTS HUMANS (USUARIS DELS SERVEIS DE CONTROL DE PLAGUES). CATALUNYA, 2003-2006 41

TAULA 9. ALERTES DE PRODUCTES QUÍMICS GESTIONADES A CATALUNYA. CATALUNYA, 2002-2006 42

FIGURA 12. ALERTES DE PRODUCTES QUÍMICS GESTIONADES A CATALUNYA. CATALUNYA, 2002-2006 43

TAULA 10. IRREGULARITATS DETECTADES EN LES ALERTES DE PRODUCTES QUÍMICS GESTIONADES A CATALUNYA. CATALUNYA, 2002-2006 44

TAULA 11. COBERTURA DEL PROGRAMA D'INSPECCIÓ DE LES TORRES DE REFRIGERACIÓ I CONDENSADORS EVAPORATIUS PER A LA PREVENCIÓ DE LA LEGIONEL·LOSI. CATALUNYA*, 2003-2006 45

FIGURA 13. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS ACTIVITAT FÍSICA, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 46

FIGURA 14. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS ACTIVITAT FÍSICA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 47

FIGURA 15. POBLACIÓ DE 6 A 14 ANYS SEGONS ACTIVITAT FÍSICA QUE REALITZA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 48

FIGURA 16. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS SEGONS ACTIVITATS EN TEMPS DE LLEURE QUE REALITZA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 48

TAULA 12. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS SEGONS ELS DIES A LA SETMANA QUE DESTINA A VEURE LA TELEVISIÓ, PER GRUP D'EDAT I PER SEXE. CATALUNYA, 2006 49

TAULA 13. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS SEGONS ELS DIES A LA SETMANA QUE DESTINA A JUGAR AMB PANTALLES (VIDEOJOCS I ORDINADOR), PER GRUP D'EDAT I PER SEXE. CATALUNYA, 2006 49

FIGURA 17. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS SEGONS HÀBITS EN L'ESMORZAR, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 50

FIGURA 18. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS QUE ESMORZA CADA DIA ABANS DE SORTIR DE CASA, PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 51

FIGURA 19. POBLACIÓ DE 3 A 14 ANYS SEGONS PRODUCTES QUE MENGEN CADA DIA I MÉS D'UNA VEGADA AL DIA, PER GRUP D'EDAT. CATALUNYA, 2006 51

FIGURA 20. MITJANA D'HORES DIÀRIES QUE DECLARA HAVER DORMIT LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS EN LA DARRERA SETMANA PER GRUP D'EDAT. CATALUNYA, 2006 52

FIGURA 21. POBLACIÓ DE 18 A 74 ANYS SEGONS ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC), PER SEXE. CATALUNYA, 2002 I 2006 54

FIGURA 22. POBLACIÓ DE 18 A 74 ANYS SEGONS ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC), PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 54

FIGURA 23. POBLACIÓ DE 18 A 74 ANYS SEGONS ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC), PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 55

FIGURA 24. POBLACIÓ DE 18 ANYS I MÉS SEGONS ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC), PER SEXE. CATALUNYA, 2006 56

FIGURA 25. POBLACIÓ DE 2 A 17 ANYS SEGONS ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC), PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 56

FIGURA 26. EVOLUCIÓ DELS EMBARASSOS, INTERRUPCIONS VOLUNTÀRIES DE L'EMBARÀS I NASCUTS VIUS EN DONES DE 14 A 17 ANYS. CATALUNYA, 1989-2005 58

FIGURA 27. ESCOLARS CATALANS SEGONS FREQÜÈNCIA DE RASPALLADES DENTALS DIÀRIES I CURS. CATALUNYA, 2006 59

FIGURA 28. POBLACIÓ DE 5 A 14 ANYS SEGONS FREQÜÈNCIA DE RASPALLADES DENTALS DIÀRIES, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 59

FIGURA 29. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS CONSUM DE TABAC, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 60

FIGURA 30. POBLACIÓ FUMADORA* DE 15 ANYS I MÉS PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 61

FIGURA 31. POBLACIÓ FUMADORA* DE 15 ANYS I MÉS PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 62

FIGURA 32. POBLACIÓ FUMADORA* DE 15 ANYS I MÉS PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 2006 63

FIGURA 33. EVOLUCIÓ DE LA PREVALENÇA DE TABAQUISME EN POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS, PER SEXE. CATALUNYA 1990*, 1994**, 1998*, 2002** I 2006** 63

FIGURA 34. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS CONSUM DE RISC D'ALCOHOL, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 64

FIGURA 35. POBLACIÓ DE 15 A 64 ANYS QUE DECLARA HAVER CONSUMIT CÀNNABIS O COCAÏNA EN ELS DOTZE MESOS PREVIS A L'ENTREVISTA. CATALUNYA, 1997-2005 67

FIGURA 36. POBLACIÓ DE 14 A 18 ANYS QUE DECLARA HAVER CONSUMIT CÀNNABIS O COCAÏNA EN ELS DOTZE MESOS PREVIS A L'ENTREVISTA. CATALUNYA, 1994-2006 67

FIGURA 37. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS UTILITZACIÓ DEL CINTURÓ DE SEGURETAT ENTRE ELS USUARIS DE COTXES (ASSEGUTS ALS SEIENTS DAVANTERS) I LLOC ON CIRCULEN. CATALUNYA, 2006 68

FIGURA 38. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS UTILITZACIÓ DEL CASC ENTRE ELS USUARIS DE MOTOS I LLOC ON CIRCULEN. CATALUNYA, 2006 69

FIGURA 39. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE ES MESURA PERIÒDICAMENT LA PRESSIÓ ARTERIAL PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 70

FIGURA 40. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA CONTROLAR-SE PERIÒDICAMENT ELS NIVELLS DE COLESTEROL PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 70

FIGURA 41. DONES DE 20 ANYS I MÉS QUE DECLAREN FER-SE PERIÒDICAMENT UNA MAMOGRAFIA PER GRUP D'EDAT. CATALUNYA, 2006 71

FIGURA 42. DONES DE 50 A 69 ANYS QUE DECLAREN FER-SE PERIÒDICAMENT UNA MAMOGRAFIA, PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 71

FIGURA 43. EVOLUCIÓ DE LA PROPORCIÓ DE DONES DE 50 A 69 ANYS QUE ES FAN PERIÒDICAMENT UNA MAMOGRAFIA, PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 1994-2006 72

FIGURA 44. DONES DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLAREN FER-SE PERIÒDICAMENT UNA CITOLOGIA CERVICAL PER GRUP D'EDAT. CATALUNYA, 2006 72

FIGURA 45. DONES DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLAREN FER-SE PERIÒDICAMENT UNA CITOLOGIA CERVICAL PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 73

FIGURA 46. INCIDÈNCIA D'ACCIDENTS DE TREBALL MORTALS* I NO MORTALS**. CATALUNYA, 2001-2006 74

FIGURA 47. LES LESIONS MORTALS PER ACCIDENT DE TREBALL SEGONS EL LLOC DE L'ACCIDENT. CATALUNYA, 2001-2005 74

FIGURA 48. LESIONS NO MORTALS PER ACCIDENT DE TREBALL SEGONS LLOC DE L'ACCIDENT. CATALUNYA, 2001-2005 75

FIGURA 49. LESIONS MORTALS PER ACCIDENT DE TREBALL SEGONS MECANISME DE PRODUCCIÓ DE LA LESIÓ. CATALUNYA, 2006 75

FIGURA 50. LESIONS NO MORTALS PER ACCIDENT DE TREBALL SEGONS MECANISME DE PRODUCCIÓ DE LA LESIÓ. CATALUNYA, 2006 76

FIGURA 51. INCIDÈNCIA DE MALALTIES PROFESSIONALS AMB BAIXA. CATALUNYA, 2001-2006 76

FIGURA 52. MALALTIES PROFESSIONALS AMB BAIXA SEGONS AGENT CAUSAL. CATALUNYA, 2003-2005 77

FIGURA 53. INCIDÈNCIA DE MALALTIES RELACIONADES AMB EL TREBALL. CATALUNYA, 2001-2005 77

FIGURA 54. AUTOVALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT DE LA POBLACIÓ GENERAL, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 78

TAULA 14. AUTOVALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT COM A EXCEL·LENT, MOLT BO I BO, PER SEXE I GRUP D'EDAT. CATALUNYA, 2006 79

FIGURA 55. AUTOVALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT COM A DOLENT O REGULAR, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 79

FIGURA 56. AUTOVALORACIÓ DE L'ESTAT DE SALUT COM A DOLENT O REGULAR PER NIVELL D'ESTUDIS I SEXE. CATALUNYA, 2006 80

FIGURA 57. ESTAT DE SALUT PERCEBUT COM A EXCEL·LENT, MOLT BONA I BONA PER EDAT I SEXE. CATALUNYA, 1994 I 2006 81

FIGURA 58. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS L'ÍNDEX EQ-5D PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 82

FIGURA 59. EVOLUCIÓ DE L'ÍNDEX EQ-5D EN LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 1994-2006 82

FIGURA 60. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS DESVIACIONS EN ELS SUMARIS FÍSIC (PCS) I MENTAL (MCS) DE L'SF-12* PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006. 83

FIGURA 61. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS DESVIACIONS EN ELS SUMARIS FÍSIC (PCS) I MENTAL (MCS) DE L'SF-12* PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006. 84

FIGURA 62. POBLACIÓ DE 8 A 14 ANYS SEGONS L'ÍNDEX DE SALUT KIDSCREEN PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 84

FIGURA 63. ESPERANÇA DE VIDA LLIURE DE DISCAPACITAT DELS PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA PER SEXE, 2003 86

TAULA 15. ESPERANÇA DE VIDA (EV), ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT (EVBS) I ESPERANÇA DE VIDA LLIURE DE DISCAPACITAT (EVLD) EN ANYS, PER SEXE I EDAT. CATALUNYA, 2005. 87

TAULA 16. DIFERÈNCIES ENTRE DONES I HOMES EN L'ESPERANÇA DE VIDA (EV), L'ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT (EVBS) I L'ESPERANÇA DE VIDA LLIURE DE DISCAPACITAT (EVLD) EN ANYS PER EDAT. CATALUNYA, 2005 87

TAULA 17. EVOLUCIÓ DE L'ESPERANÇA DE VIDA (EV) I DE L'ESPERANÇA DE VIDA EN BONA SALUT (EVBS), PER SEXE. CATALUNYA, 1987-2005 88

TAULA 18. ESPERANÇA DE VIDA AJUSTADA PER QUALITAT DE LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS PER EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 89

FIGURA 64. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA PARTIR TRASTORNS CRÒNICS PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 90

FIGURA 65. DEU TRASTORNS CRÒNICS DECLARATS AMB MAJOR FREQÜÈNCIA PER LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS PER SEXE. CATALUNYA, 2006 91

FIGURA 66. DEU TRASTORNS CRÒNICS DECLARATS AMB MAJOR FREQÜÈNCIA PER LA POBLACIÓ DE 0-14 ANYS PER SEXE. CATALUNYA, 2006 91

FIGURA 67. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA PATIR INCONTINÈNCIA URINÀRIA PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 92

FIGURA 68. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER PATIT ALGUN ACCIDENT EN EL DARRER ANY, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 93

FIGURA 69. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER PATIT ALGUN ACCIDENT EN EL DARRER ANY, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 93

FIGURA 70. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER PATIT ALGUN ACCIDENT EN EL DARRER ANY SEGONS TIPUS D'ACCIDENT, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 94

TAULA 19. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA PATIR ALGUNA DISCAPACITAT GREU, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 96

FIGURA 71. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA PATIR ALGUNA DISCAPACITAT GREU, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 96

FIGURA 72. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA PATIR ALGUNA DISCAPACITAT GREU, PER TIPUS DE DISCAPACITAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 97

FIGURA 73. POBLACIÓ MENOR DE 15 ANYS QUE DECLARA PATIR ALGUNA DISCAPACITAT GREU, PER TIPUS DE DISCAPACITAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 97

FIGURA 74. PROBABILITAT DE LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS DE PATIR PROBLEMES DE SALUT MENTAL, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 98

FIGURA 75. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER RESTRINGIT O DISMINUÏT LES SEVES ACTIVITATS HABITUALS DURANT LES DUES SETMANES ANTERIORS A L'ENTREVISTA PER RAONS DE SALUT, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 99

FIGURA 76. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER RESTRINGIT O DISMINUÏT LES SEVES ACTIVITATS HABITUALS DURANT LES DUES SETMANES ANTERIORS A L'ENTREVISTA PER RAONS DE SALUT, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 .. 100

FIGURA 77. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER PATIT RESTRICCIÓ DE L'ACTIVITAT SEGONS EL MOTIU PRINCIPAL, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 100

FIGURA 78. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS RELACIÓ AMB LES ACTIVITATS HABITUALS DE LA VIDA QUOTIDIANA. CATALUNYA, 2006 101

FIGURA 79. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS QUE PRESENTA UNA O MÉS LIMITACIONS PER A LA REALITZACIÓ DE LES ACTIVITATS HABITUALS DE LA VIDA QUOTIDIANA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 102

QUADRE 2. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS QUE DECLARA TENIR LIMITACIÓ PER FER LES ACTIVITATS DE LA VIDA QUOTIDIANA, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 103

FIGURA 80. DISTRIBUCIÓ DE LA POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS EL NOMBRE D'ACTIVITATS AMB LIMITACIÓ PER SEXE. CATALUNYA, 2006 104

FIGURA 81. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS EL NOMBRE MITJÀ D'ACTIVITATS AMB LIMITACIÓ, PER SEXE I EDAT. CATALUNYA, 2006 104

FIGURA 82. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS QUE PRESENTA UNA O MÉS LIMITACIONS PER A LA REALITZACIÓ DE LES ACTIVITATS HABITUALS DE LA VIDA QUOTIDIANA I NOMBRE MITJÀ D'ACTIVITATS AMB LIMITACIÓ, PER NIVELL D'ESTUDIS I SEXE. CATALUNYA, 2006 105

FIGURA 83. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS QUE PRESENTA UNA O MÉS LIMITACIONS PER A LA REALITZACIÓ DE LES ACTIVITATS HABITUALS DE LA VIDA QUOTIDIANA I NOMBRE MITJÀ D'ACTIVITATS AMB LIMITACIÓ, PER SEXE I CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 105

FIGURA 84. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS AMB LIMITACIÓ SEGONS EL PRINCIPAL CUIDADOR, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 106

FIGURA 85. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS AMB LIMITACIÓ SEGONS EL PRINCIPAL CUIDADOR, PER NIVELL D'ESTUDIS. CATALUNYA, 2006 107

FIGURA 86. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS AMB LIMITACIÓ SEGONS EL CUIDADOR PRINCIPAL, PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 107

FIGURA 87. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS GRAU DE DEPENDÈNCIA, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 108

FIGURA 88. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS GRAU DE DEPENDÈNCIA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 109

FIGURA 89. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS GRAU DE DEPENDÈNCIA, PER NIVELL D'ESTUDIS I SEXE. CATALUNYA, 2006 110

FIGURA 90. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS GRAU DE DEPENDÈNCIA, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 111

FIGURA 91. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE TÉ MENYS POSSIBILITATS DEL QUE DESITJARIA DE PARLAR AMB ALGÚ DE TEMES PERSONALS, PER EDAD I SEXE. CATALUNYA, 2006 112

FIGURA 92. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS SEGONS LA VIDA SOCIAL I EL SUPORT AFECTIU QUE REBEN*. CATALUNYA, 2006 113

FIGURA 93. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA TENIR DOBLE COBERTURA SANITÀRIA, PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 115

TAULA 20. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER VISITAT UN PROFESSIONAL SANITARI EN EL DARRER ANY SEGONS TIPUS DE PROFESSIONAL, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 116

TAULA 21. POBLACIÓ DE 14 ANYS I MENYS QUE DECLARA HAVER VISITAT UN PROFESSIONAL SANITARI EN EL DARRER ANY SEGONS TIPUS DE PROFESSIONAL, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 116

FIGURA 94. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER VISITAT EL METGE DE CAPÇALERA EN EL DARRER ANY, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 117

FIGURA 95. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER VISITAT EL DENTISTA EN EL DARRER ANY, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 117

TAULA 22. POBLACIÓ QUE HA VISITAT UN PROFESSIONAL DE LA SALUT EN EL DARRER ANY I ELS DARRERS 15 DIES SEGONS MODALITAT DE COBERTURA SANITÀRIA I TIPUS DE PROFESSIONAL. CATALUNYA, 1994, 2002 I 2006 118

FIGURA 96. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓ DE CATALUNYA* I DE LA POBLACIÓ ATESA A LES ÀREES BÀSIQUES DE SALUT, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2004 ..... 119**

TAULA 23. ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (ATDOM) SEGONS INDICADORS SELECCIONATS. CATALUNYA, 2003-2005 120

FIGURA 97. POBLACIÓ ATESA EN EL PROGRAMA ATDOM* SEGONS GRUPS DIANA. CATALUNYA, 2003-2006 120

FIGURA 98. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ* DELS RESIDENTS A CATALUNYA I POBLACIÓ DE CATALUNYA SEGONS EL REGISTRE CENTRAL D'ASSEGURATS (RCA), PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2005 121

FIGURA 99. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ DE LA POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 1993 I 2005 122

FIGURA 100. ESTADA MITJANA (DIES) PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 1993 I 2005 122

FIGURA 101. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL I CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA (CMA) EN POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA SEGONS GRANS GRUPS DIAGNÒSTICS*, PER SEXE. CATALUNYA, 2005 123

FIGURA 102. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL SEGONS GRANS GRUPS DE PRCEDIMENTS QUIRÚRGICS* EN POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA, PER SEXE. CATALUNYA, 2005 124

TAULA 24. HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL I CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA DELS DIAGNÒSTICS* MÉS FREQÜENTS EN POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA. CATALUNYA, 1993 I 2005 125

FIGURA 103. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ I CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA DE LES CINC PRIMERES CAUSES MÉS FREQÜENTS D'HOSPITALITZACIÓ PER CATEGORIES DIAGNÒSTIQUES*. CATALUNYA, 1993-2005 125

TAULA 25. HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL I CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA DELS PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS* MÉS FREQÜENTS EN POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA. CATALUNYA 1993 I 2005 126

FIGURA 104. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE DE CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ I CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA DE LES CINC PRIMERES CAUSES MÉS FREQÜENTS D'HOSPITALITZACIÓ PER CATEGORIES DIAGNÒSTIQUES DE PROCEDIMENTS*. CATALUNYA 1993-2005. 126

FIGURA 105. POBLACIÓ ATESA ALS CENTRES DE SALUT MENTAL, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 128

TAULA 26. PACIENTS ATESOS ALS CENTRES DE SALUT MENTAL SEGONS TIPOLOGIA DE CENTRE, PER SEXE. CATALUNYA, 2004-2006 128

FIGURA 106. PACIENTS ATESOS ALS CENTRES DE SALUT MENTAL SEGONS TIPOLOGIA DE CENTRE, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 129

TAULA 27. PACIENTS ATESOS I VISITES GENERADES ALS CENTRES DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENILS SEGONS TIPUS DE VISITA I REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 129

TAULA 28. PACIENTS ATESOS I VISITES GENERADES ALS CENTRES DE SALUT MENTAL D'ADULTS SEGONS TIPUS DE VISITA I REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 130

FIGURA 107. MORBIDITAT** ATESA ALS CENTRES DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENILS (CSMIJ), PER SEXE. CATALUNYA, 2006..... 130

FIGURA 108. MORBIDITAT** ATESA ALS CENTRES DE SALUT MENTAL D'ADULTS (CSMA), PER SEXE. CATALUNYA, 2006 131

FIGURA 109. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA DE LA POBLACIÓ RESIDENT A CATALUNYA, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2005 132

TAULA 29. ALTES PSIQUIÀTRIQUES SEGONS TIPOLOGIA DE CENTRE. CATALUNYA, 2004-2006 132

TAULA 30. HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA SEGONS TIPOLOGIA DE CENTRE I DIAGNÒSTIC. CATALUNYA, 2006 133

TAULA 31. INICIS DE TRACTAMENT SEGONS TIPUS DE DROGA PRINCIPAL QUE MOTIVA EL TRACTAMENT, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 134

FIGURA 110. VIA PRINCIPAL D'ADMINISTRACIÓ DE LA DROGA PRINCIPAL EN ELS INICIS DE TRACTAMENT SEGONS TIPUS DE DROGA PRINCIPAL (HEROÏNA O COCAÏNA). CATALUNYA, 2006 135

FIGURA 111. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ EN UNITATS DE LLARGA ESTADA SEGONS EL DIAGNÒSTIC PRINCIPAL*. CATALUNYA, 2006..... 136

FIGURA 112. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ EN UNITATS DE CONVALESCÈNCIA SEGONS EL DIAGNÒSTIC PRINCIPAL*. CATALUNYA, 2006..... 137

FIGURA 113. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ EN UNITATS DE CURES PAL·LIATIVES* SEGONS EL DIAGNÒSTIC** PRINCIPAL. CATALUNYA, 2006 137

TAULA 32. ACTIVITAT ASSISTENCIAL ALS RECURSOS D'INTERNAMENT SOCIOSANITARI SEGONS TIPUS DE RECURS. CATALUNYA, 2003-2006 138

FIGURA 114. MORBIDITAT ATESA EN HOSPITALS DE DIA SEGONS EL DIAGNÒSTIC* PRINCIPAL. CATALUNYA, 2006 138

FIGURA 115. MORBIDITAT ATESA PELS EQUIPS PADES* SEGONS EL DIAGNÒSTIC** PRINCIPAL. CATALUNYA, 2006 139

FIGURA 116. MORBIDITAT ATESA A LES UFISS[1] SEGONS EL DIAGNÒSTIC[2] PRINCIPAL I TIPOLOGIA D'UFISS. CATALUNYA, 2006 140

TAULA 33. ACTIVITAT ASSISTENCIAL ALS RECURSOS ALTERNATIUS A L'INTERNAMENT SOCIOSANITARI SEGONS TIPUS DE RECURS. CATALUNYA, 2003-2006 140

TAULA 34. POBLACIÓ QUE DECLARA HAVER VISITAT UN SERVEI D'URGÈNCIES EL DARRER ANY, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 141

TAULA 35. POBLACIÓ QUE DECLARA HAVER VISITAT UN SERVEI D'URGÈNCIES EL DARRER ANY, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 141

TAULA 36. ACTIVITAT DEL SERVEI COORDINADOR D'URGÈNCIES DE CATALUNYA 061. CATALUNYA, 2003-2007 142

TAULA 37. ACTIVITAT ALS CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DURANT ELS PERÍODES DEL PLA INTEGRAL D'URGÈNCIES DE CATALUNYA. CATALUNYA, 2003-2007 142

FIGURA 117. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER CONSULTAT UN SERVEI D'URGÈNCIES SEGONS LLOC DE LA VISITA PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 143

FIGURA 118. POBLACIÓ DE 0-14 ANYS QUE DECLARA HAVER CONSULTAT UN SERVEI D'URGÈNCIES SEGONS LLOC DE LA VISITA PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 143

TAULA 38. POBLACIÓ QUE DECLARA HAVER VISITAT UN SERVEI D'URGÈNCIES EL DARRER ANY, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 144

TAULA 39. EVOLUCIÓ DE LES ANOTACIONS I DIAGNÒSTICS EN L'HCAP DE LES VARIABLES CLÍNIQUES RELACIONATS AMB FACTORS DE RISC CARDIOVASCULARS DE PACIENTS DE 15 ANYS I MÉS ATESOS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT. CATALUNYA, 1995, 2000 I 2004... 145

FIGURA 119. ANOTACIÓ DEL RISC CARDIOVASCULAR EN PACIENTS ATESOS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2004 146

TAULA 40. EVOLUCIÓ DEL CONTROL DELS FACTORS DE RISC CARDIOVASCULAR DE PACIENTS DE 15 ANYS I MÉS ATESOS A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT. CATALUNYA, 1995, 2000 I 2004 146

FIGURA 120. PARTICIPACIÓ EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE MAMA DE CATALUNYA SEGONS TIPUS DE CRIBRATGE. DONES DE 50 A 69 ANYS. CATALUNYA, 2001-2006 147

TAULA 41. PROGRAMA POBLACIONAL DE DETECCIÓ PRECOÇ DE CÀNCER DE MAMA DE CATALUNYA. INDICADORES SELECCIONATS SEGONS TIPUS DE CRIBRATGE. DONES DE 50 A 69. CATALUNYA, 2006 148

FIGURA 121. DONES DE 50 A 69 ANYS QUE DECLAREN FER-SE UNA MAMOGRAFIA PREVENTIVA SEGONS EL LLOC ON SE LA FAN. CATALUNYA, 2006 148

FIGURA 122. POBLACIÓ GENERAL QUE DECLARA HAVER PRES ALGUN MEDICAMENT EN ELS DARRERS DOS DIES PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 149

FIGURA 123. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER PRES ALGUN MEDICAMENT EN ELS DARRERS DOS DIES ANTERIORS A L'ENTREVISTA, PER TIPUS DE MEDICAMENT I SEXE. CATALUNYA, 2006 149

FIGURA 124. CONSUM DE MEDICAMENTS AMB RECEPTA DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 150

TAULA 42. ACTIVITAT DE FARMÀCIA SEGONS INDICADORS SELECCIONATS, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 2006 151

FIGURA 125. CONSUM DE MEDICAMENTS AMB RECEPTA DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT PER GRUP TERAPÈUTIC* I SEXE. CATALUNYA, 2006. 152

TAULA 43. ACTIVITAT DE FARMÀCIA PER GRUP TERAPÈUTIC* I SEXE. INDICADORS SELECCIONATS. CATALUNYA, 2006 153

TAULA 44. POBLACIÓ QUE DECLARA CONÈIXER LA DISPONIBILITAT DE SERVEIS* SELECCIONATS ALS CENTRES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT. CATALUNYA, 2006 155

TAULA 45. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA QUE TÉ ACCESSIBILITAT TELEFÒNICA* AL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA, PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 155

TAULA 46. CENTRES PARTICIPANTS EN EL PROGRAMA DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER, PER REGIÓ SANITÀRIA I INFORMACIÓ DE SEGUIMENT. CATALUNYA 2006 156

TAULA 47. INDICADORS DE SEGUIMENT DEL PROGRAMA DE DIAGNÒSTIC RÀPID DE CÀNCER (CDR) SEGONS TIPUS DE CÀNCER. CATALUNYA, 2006 157

TAULA 48. PACIENTS EN LLISTA D'ESPERA PELS PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS GARANTITS. CATALUNYA, 2003-2006 158

TAULA 49. TEMPS MITJÀ (EN MESOS) DE RESOLUCIÓ PELS PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS GARANTITS. CATALUNYA, 2003-2006 159

TAULA 50. ACTIVITAT DELS PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS GARANTITS. CATALUNYA, 2003-2006 160

TAULA 51. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ SEGONS TIPUS I MODALITAT DE FINANÇAMENT. CATALUNYA, 2004 I 2005 161

TAULA 52. PRESSUPOST CONSOLIDAT DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT-INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT PER LÍNIES DE SERVEIS, CATALUNYA, 2004-2006 162

TAULA 53. COST SEGONS TIPUS DE VISITA HOSPITALÀRIA DE LA CONTRACTACIÓ DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT. CATALUNYA, 2004-2006 163

TAULA 54. NOMBRE DE CONTACTES MÉS FREQÜENTS D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL I CMA PER GRUPS RELACIONATS AMB EL DIAGNÒSTIC I TIPUS D'HOSPITAL. CATALUNYA, 2005 164

TAULA 55. PRESSUPOST DE FARMÀCIA I PRESSUPOST PER CÀPITA EN EUROS. CATALUNYA, 2004 I 2005 165

TAULA 56. DESPESA TOTAL DE FARMÀCIA I DESPESA PER CÀPITA EN EUROS. CATALUNYA, 2004 I 2005 165

TAULA 57. DESPESA DE FARMÀCIA EN RECEPTES MÈDIQUES. CATALUNYA, 2004 I 2005 .. 166

FIGURA 126. DESPESA, EN EUROS, DE FARMÀCIA EN RECEPTES PER CÀPITA I PER COMUNITATS AUTÒNOMES DE L'ESTAT ESPANYOL, 2004 I 2005 166

TAULA 58. DESPESA DE FARMÀCIA PER REGIÓ SANITÀRIA I NIVELL DE COBERTURA. CATALUNYA, 2004 I 2005 167

FIGURA 127. SUBSTITUCIÓ DE LA CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA SEGONS FINANÇAMENT. CATALUNYA, 2003- 2005 168

TAULA 59. PROCEDIMENTS MÉS FREQÜENTS PER CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA. CATALUNYA, 2005 168

FIGURA 128. EVOLUCIÓ DE LA PRESCRIPCIÓ DE GENÈRICS PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2002- 2005 169

TAULA 60. PACIENTS REINGRESSATS DURANT ELS 30 DIES POSTERIORS A L'ALTA AMB DIAGNÒSTIC PRINCIPAL DE MALALTIA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÒNICA PER REGIÓ SANITÀRIA DE L'HOSPITAL. CATALUNYA, 2004 I 2005 170

TAULA 61. REINGRESSOS DURANT ELS 30 DIES POSTERIORS A L'ALTA AMB DIAGNÒSTIC PRINCIPAL D'INSUFICIÈNCIA CARDÍACA PER REGIÓ SANITÀRIA DE L'HOSPITAL. CATALUNYA, 2004 I 2005 170

TAULA 62. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ PER PROBLEMES DE SALUT SENSIBLES A L'ATENCIÓ AMBULATÒRIA (ACSC) EN RELACIÓ AMB EL TOTAL DE CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ CONVENCIONAL I CMA, PER SEXE I REGIONS SANITÀRIES. CATALUNYA, 2005 171

TAULA 63. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ PER MALALTIES SENSIBLES A L'ATENCIÓ AMBULATÒRIA, PER SEXE. CATALUNYA, 2005 171

TAULA 64. CONTACTES D'HOSPITALITZACIÓ PER MALALTIES SENSIBLES A L'ATENCIÓ AMBULATÒRIA, PER REGIONS SANITÀRIES. CATALUNYA, 2005 172

FIGURA 129. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS SATISFACCIÓ AMB ELS SERVEIS SANITARIS QUE HA UTILITZAT MÉS FREQÜENTMENT EL DARRER ANY, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 173

FIGURA 130. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS SEGONS SATISFACCIÓ (MOLT SATISFET I SATISFET) AMB ELS SERVEIS SANITARIS UTILITZATS MÉS FREQÜENTMENT EN EL DARRER ANY, PER REGIÓ SANITÀRIA. CATALUNYA, 2006 173

TAULA 65. EVOLUCIÓ DE L'ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER, PER SEXE. CATALUNYA, 1975-2005 175

FIGURA 131. MORTALITAT GENERAL PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004. 176

TAULA 66. PRIMERES CAUSES ESPECÍFIQUES DE MORT PREMATURA* PER SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 177

TAULA 67. MORTALITAT SANITÀRIAMENT EVITABLE SEGONS LA LLISTA ACTUALITZADA DE CONSENS, PER SEXE. CATALUNYA, 2005 178

TAULA 68. MORTALITAT PER LES PRINCIPALS CAUSES DE MORT PER 20 GRANS GRUPS, PER SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 179

TAULA 69. MORTALITAT PER LES PRINCIPALS CAUSES ESPECÍFIQUES DE MORT PER 73 GRUPS, PER SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 180

TAULA 70. PRIMERES CAUSES DE DEFUNCIÓ SEGONS ELS 20 GRANS GRUPS DE MALALTIES DE LA CIM-10, PER GRUP D'EDAT I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 181

TAULA 71. DEFUNCIONS, TAXES (PER 1.000 HABITANTS) I ÍNDEX DE MORTALITAT COMPARATIVA (IME), PER REGIÓ SANITÀRIA, GTS I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 183

MAPA 9. ÍNDEX DE MORTALITAT COMPARATIVA (IME) PER GTS I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 184

FIGURA 132. MORTALITAT PROPORCIONAL ESTANDARDITZADA SEGONS ELS 20 GRANS GRUPS DE MALALTIES DE LA CIM-10, PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 185

TAULA 72. DIFERÈNCIES DE MORTALITAT PER 20 CAUSES DE MORT, PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 187

TAULA 73. DIFERÈNCIES DE MORTALITAT PER 20 CAUSES DE MORT, PER GTS I SEXE. CATALUNYA 1999-2004 188

TAULA 73. DIFERÈNCIES DE MORTALITAT PER 20 CAUSES DE MORT, PER GTS I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 (*CONTINUACIÓ*) 189

TAULA 74. DIFERÈNCIES DE MORTALITAT PER TERRITORI SEGONS 20 GRANS GRUPS DE CAUSES DE MORT*, PER REGIÓ SANITÀRIA, GTS I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 191

TAULA 75. DIFERÈNCIES DE MORTALITAT PER TERRITORI SEGONS 73 GRANS GRUPS DE CAUSES DE MORT*, PER REGIÓ SANITÀRIA, GTS I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004 192

TAULA 76. ANYS POTENCIALS DE VIDA PERDUTS (APVP) D'1 A 70, PER REGIÓ SANITÀRIA I SEXE. CATALUNYA, 1999-2004. 193

TAULA 77. MORTALITAT EVITABLE, PER SEXE I REGIONS SANITÀRIES. CATALUNYA, 1999-2004. 194

FIGURA 133. ON MOREN LES PERSONES SEGONS CAUSES DE DEFUNCIÓ. CATALUNYA, 2000-2004 195

FIGURA 134. ASPECTES QUE VALOREN PACIENTS I FAMILIARS DURANT EL PROCÉS D'ATENCIÓ AL FINAL DE LA VIDA 196

FIGURA 135. NECESSITATS DELS PROFESSIONALS PER A L'ATENCIÓ ALS PACIENTS AL FINAL DE LA VIDA 197

TAULA 78. DESPESA SANITÀRIA EN RELACIÓ AL PRODUCTE INTERIOR BRUT (PIB). PAÏSOS DE L'OCDE, 2004 I 2005. 198

FIGURA 136. PRESSUPOST DE SALUT SOBRE EL PIB DE LES COMUNITATS AUTÒNOMES, 2006 199

TAULA 79. PRESSUPOST CONSOLIDAT SERVEI CATALÀ DE LA SALUT/ICS 2006 PER LÍNIES DE SERVEIS 200

TAULA 80. PRESSUPOST CONSOLIDAT SERVEI CATALÀ DE LA SALUT/ICS 2006 DISTRIBUÏT SEGONS LA CIM-9 201

TAULA 81. PERCENTATGE DE DESPESA ATRIBUÏDA A CADA GRUP DIAGNÒSTIC PER PAÏSOS, ENTORN DE L'ANY 2000. 202

TAULA 82. ASSIGNACIONS REALITZADES EN LA DISTRIBUCIÓ DEL PRESSUPOST CONSOLIDAT DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT/ICS. CATALUNYA, 2006 203

TAULA 83. PES RELATIU DE CADA LÍNIA DE SERVEI EN L'ATENCIÓ A LES MALALTIES. CATALUNYA, 2006 203

FIGURA 137. DISTRIBUCIÓ PERCENTUAL PER CATEGORIES CIM-9. CATALUNYA, 2006 204

FIGURA 138. INDICADORS DERIVATS DE LES DEFUNCIONS SEGONS LA CAUSA DE LA MORT. CATALUNYA, 2004 205

FIGURA 139. NIVELL D'INGRESSOS NETS MENSUALS, EN EUROS, PER SEXE. CATALUNYA, 2006 207

TAULA 84. PRINCIPALS DIFERÈNCIES ENTRE AMBDÓS SEXES EN RELACIÓ AMB DETERMINANTS DE LA SALUT, ESTILS DE VIDA, ESTAT DE SALUT I UTILITZACIÓ DELS SERVEIS. CATALUNYA, 2006 209

MAPA 10. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA SER FUMADORA, PER SEXE. CATALUNYA 2006 212

MAPA 11. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA TENIR UNA SALUT EXCEL·LENT, MOLT BONA O BONA, PER SEXE. CATALUNYA 2006 213

MAPA 12. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA PATIR TRASTORNS CRÒNICS, PER SEXE. CATALUNYA 2006 214

MAPA 13. ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER PER SEXE. CATALUNYA 1999-2004 215

MAPA 14. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA DISPOSAR DE DOBLE COBERTURA SANITÀRIA, PER SEXE. CATALUNYA 2006 216

MAPA 15. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER VISITAT EL METGE DE CAPÇALERA EN EL DARRER ANY PER SEXE. CATALUNYA 2006 217

MAPA 16. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE DECLARA HAVER ANAT A URGÈNCIES PER MOTIUS DE SALUT EN EL DARRER ANY, PER SEXE. CATALUNYA 2006 218

MAPA 17. POBLACIÓ DE 15 ANYS QUE ES DECLARA SATISFETA O MOLT SATISFETA AMB ELS SERVEIS SANITARIS (PÚBLICS) UTILITZATS, PER SEXE. CATALUNYA 2006..... 219

TAULA 85. DIFERÈNCIES TERRITORIALS DELS PRINCIPALS INDICADORS PER REGIONS SANITÀRIES. CATALUNYA, 2006..... 220

TAULA 86. DIFERÈNCIES TERRITORIALS DELS PRINCIPALS INDICADORS PER REGIONS SANITÀRIES I GOVERNS TERRITORIALS DE SALUT. CATALUNYA, 2006..... 221

FIGURA 140. COMPOSICIÓ DE LES CLASSES SOCIALS PER SEXE I EDAT. CATALUNYA, 2006 229

FIGURA 141. NIVELL D'INGRESSOS PER CLASSE SOCIAL, EN EUROS. CATALUNYA, 2006 . 230

FIGURA 142. NIVELL D'ESTUDIS PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006..... 230

FIGURA 143. EQUIPAMENT DE LES LLARS PER CLASSE SOCIAL. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS. CATALUNYA, 2006 231

FIGURA 144. CONDICIONS FÍSIQUES DE TREBALL PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006 232

FIGURA 145. MONOTONIA EN EL TREBALL I CONTROL DEL RITME PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006..... 232

FIGURA 146. DISTRIBUCIÓ DE LES PERSONES DE 65 ANYS I MÉS AMB LIMITACIÓ SEGONS EL PRINCIPAL CUIDADOR, PER CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006..... 233

FIGURA 147. POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS QUE ES DECLARA FUMADORA HABITUAL, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA 2006 234

FIGURA 148. POBLACIÓ QUE DECLARA UN ESTAT DE SALUT EXCEL·LENT, MOLT BO O BO PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA 2006. 234

FIGURA 149. POBLACIÓ QUE DECLARA PATIR ALGUN TRASTORN CRÒNIC, PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 235

FIGURA 150. RISC DE MALA SALUT MENTAL PER CLASSE SOCIAL I SEXE. CATALUNYA, 2006 235

FIGURA 151. POBLACIÓ DE 65 ANYS I MÉS QUE PRESENTA UNA O MÉS LIMITACIONS PER A LA REALITZACIÓ DE LES ACTIVITATS HABITUALS DE LA VIDA QUOTIDIANA I NOMBRE MITJÀ D'ACTIVITATS AMB LIMITACIÓ PER SEXE I CLASSE SOCIAL. CATALUNYA, 2006..... 236

MAPA 18. MUNICIPIS BENEFICIARIS DE LES QUATRE CONVOCATÒRIES DE LA LLEI DE BARRIS (2004-2007)..... 238

TAULA 87. ANÀLISI DE SITUACIÓ DEL PROGRAMA DE SALUT ALS BARRIS. ELEMENTS COMUNS DE LES SITUACIONS DE RISC I PROBLEMES DE SALUT SEGONS GRUPS VULNERABLES..... 241

QUADRE 3. FONTS D'INFORMACIÓ UTILITZADES EN EL MONITORATGE DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ EN L'HORITZÓ 2010..... 252

QUADRE 4. CRITERIS DE CLASSIFICACIÓ PER A LA VALORACIÓ DE LA TENDÈNCIA PER A L'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 253

FIGURA 152. EVOLUCIÓ DE LA PREVALENÇA DEL TABAQUISME (FUMADORS DIARIS I OCASIONALS) EN LA POBLACIÓ DE 15 ANYS I MÉS, PER SEXE. CATALUNYA, 1990-2006*.. 254

TAULA 88. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL CONSUM DE TABAC 255

TAULA 89. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB L'ACTIVITAT FÍSICA..... 256

TAULA 90. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LES MALALTIES CARDIOVASCULARS..... 257

FIGURA 153. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT PER CARDIOPATIA ISQUÈMICA I MALALTIES VASCULARS CEREBRALS. CATALUNYA, 1983-2004..... 257

FIGURA 154. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT PER CÀNCER DE MAMA. CATALUNYA, 1983-2004 259

TAULA 91. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL CÀNCER 260

FIGURA 155. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT PER CÀNCER DE PULMÓ, PER SEXE. CATALUNYA, 1983-2004..... 261

TAULA 92. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LES MALALTIES RESPIRATÒRIES 261

TAULA 93. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LES LESIONS NO INTENCIONADES 263

FIGURA 156. EVOLUCIÓ DE LA MORTALITAT PER ACCIDENTS DE VEHICLES A MOTOR, PER SEXE. CATALUNYA, 1983-2004..... 264

TAULA 94. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL SUÏCIDI 264

TAULA 95. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA DIABETIS *MELLITUS*..... 265

TAULA 96. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB L'OBESITAT..... 266

TAULA 97. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL CONSUM EXCESSIU D'ALCOHOL 267

TAULA 98. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL CONSUM DE DROGUES NO INSTITUCIONALITZADES 268

TAULA 99. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA SALUT BUCODENTAL..... 269

TAULA 100. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB ELS PROBLEMES DE SALUT DE L'APARELL LOCOMOTOR..... 269

TAULA 101. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA SALUT LABORAL 270

TAULA 102. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB ELS PROBLEMES DE SALUT SUSCEPTIBLES DE SER PREVINGUTS AMB VACUNACIONS 271

TAULA 103. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA INFECCIÓ PEL VIH..... 273

TAULA 104. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LES MALALTIES DE TRANSMISSIÓ SEXUAL 274

TAULA 105. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA TUBERCULOSI 275

FIGURA 157. EVOLUCIÓ DE LA TUBERCULOSI. CATALUNYA, 1997-2006 275

FIGURA 158. EVOLUCIÓ DE LA TUBERCULOSI PULMONAR BACIL·LÍFERA. CATALUNYA, 1996-2006 276

TAULA 106. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LES INFECCIONS NOSOCOMIALS 277

TAULA 107. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA MILLORA DE LA SALUT MATERNOINFANTIL 278

TAULA 108. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB L'ENVELLIMENT SALUDABLE . 279

TAULA 109. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA SALUT AMBIENTAL 280

TAULA 110. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL MEDI AMBIENT 282

TAULA 111. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA SALUT ALIMENTÀRIA 284

TAULA 112. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB ELS PROBLEMES DE SALUT EMERGENTS (LES TOXIINFECCIONS ALIMENTÀRIES) 286

TAULA 113. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB ELS PROBLEMES DE SALUT EMERGENTS (LA LEGIONEL·LOSI) 286

TAULA 114. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB EL BON ÚS DELS MEDICAMENTS 287

TAULA 115. VALORACIÓ DEL GRAU D'ASSOLIMENT DELS OBJECTIUS DE SALUT I DE DISMINUCIÓ DE RISC PER A L'ANY 2010 EN RELACIÓ AMB LA DONACIÓ D'ÒRGANS I TRASPLANTAMENTS 287

QUADRE 5. TERRITORIS DE REFERÈNCIA PER A L'ESTAT ACTUAL I L'EVOLUCIÓ DE LA SALUT A CATALUNYA 291

QUADRE 6. DETERMINACIÓ DE LA CLASSE SOCIAL A PARTIR DE L'OCUPACIÓ 296

QUADRE 7. DETERMINACIÓ DE L'ACTIVITAT FÍSICA 297

QUADRE 8. DETERMINACIÓ DE L'ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC) I CATEGORIES DE LA POBLACIÓ DE 18 ANYS I MÉS 297

QUADRE 9. DETERMINACIÓ DE L'ÍNDEX DE MASSA CORPORAL (IMC) I CATEGORIES DE LA POBLACIÓ DE 2 A 18 ANYS 298

QUADRE 10. DETERMINACIÓ DE L'HÀBIT TABÀQUIC 299

QUADRE 11. QUANTIFICACIÓ DEL CONSUM D'ALCOHOL 300

QUADRE 12. DETERMINACIÓ DEL CONSUM D'ALCOHOL 300

QUADRE 13. LLISTA DE TRASTORNS CRÒNICS DEL QÜESTIONARI GENERAL I DEL QÜESTIONARI DE MENORS DE L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA 2006 304

QUADRE 14. PREGUNTES DE L'ESCA 2006 PER A LA QUANTIFICACIÓ DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA 305

QUADRE 15. DETERMINACIÓ DE LA GRAVETAT DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA 305

QUADRE 16. VARIABLES DE LES LIMITACIONS DE LES ACTIVITATS DE LA VIDA QUOTIDIANA A L'ENQUESTA DE SALUT DE CATALUNYA 2006 306

QUADRE 17. PREGUNTA DE L'ESCA 2006 PER A LA DETERMINACIÓ DE LA COBERTURA SANITÀRIA 308

QUADRE 18. FONTS D'INFORMACIÓ UTILITZADES, ANYS D'OBSERVACIÓ I ORGANISME RESPONSABLE 309

QUADRE 19. CATEGORIES DE DIAGNÒSTICS I CODIS DE LA CLASSIFICACIÓ CLÍNICA PER A LA RECERCA EN POLÍTIQUES SANITÀRIES (CCHPR) 1993 I 2005 311

QUADRE 20. CATEGORIES DE PROCEDIMENTS I CODIS DE LA CLASSIFICACIÓ CLÍNICA PER A LA RECERCA EN POLÍTIQUES SANITÀRIES (CCHPR) 1993 I 2005 311

QUADRE 21. CATEGORIES DE DIAGNÒSTICS I CODIS DE LA CLASSIFICACIÓ INTERNACIONAL DE MALALTIES, 9A REVISIÓ, MODIFICACIÓ CLÍNICA (CIM-9-MC) 312

QUADRE 22. MEDICAMENTS INCLOSOS AL CATÀLEG MHDA 313

QUADRE 23. LLISTA RESTRICTIVA DE DIAGNÒSTICS I CODIFICACIÓ CORRESPONENT DELS PROBLEMES DE SALUT SENSIBLES A L'ATENCIÓ AMBULATORIA 314

QUADRE 24. INDICADORS DE MORTALITAT UTILITZATS EN L'ANÀLISI DE SITUACIÓ 316

QUADRE 25. CONJUNT BÀSIC D'INDICADORS PER A L'ANÀLISI DE LA SALUT PER REGIÓ SANITÀRIA I GTS 319

VII. Bibliografia

Agència Catalana de Seguretat Alimentària. Pla de Seguretat Alimentària de Catalunya, 2007-2010. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

Agència de Salut Pública de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. Avaluació i anàlisi de la qualitat del serveis sanitaris a Catalunya. Projecte Acompliment. Barcelona: en procés d'elaboració.

Alabart A, i Vilà G. Territori i estructura social a Catalunya. A: Montagut T, coordinadora. Societat catalana 2007. Barcelona: Associació Catalana de Sociologia, Institut d'Estudis Catalans; 2007. p. 177-201.

Agrupació de serveis d'aigua de Catalunya. Els serveis d'abastament d'aigua a Catalunya. Caracterització i tendències 1998-2000. Barcelona: Fundació Territori i Paisatge; 2004.

Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in th Catalan general population: feasibility and construct validity. Quality of Life Research 1998;7:311-22.

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996;18:153-62.

Berra S, Elorza JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-SUtton V, Rajmil L. Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya. Informe tècnic Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Annals de Medicina 2004: 87(4).

Blanes A. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial [tesi doctoral]. Barcelona: Departament de Geografia, Universitat Autònoma de Barcelona, 2007.

Blanes A, Menacho T. Projeccions de població per al Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2005.

Blanes A, Spijker J. La darrera fase de la transició epidemiològica a Catalunya. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, 2005.

Borrell C, Benach J, coordinadors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.

Borrell C, Benach J, coordinadors. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.

Brugulat P, Puig X, Mompart A, Medina A, Tresserras R. Necesidad de apoyo para la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores de Cataluña. Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; juny 2007; Barcelona.

Cabré A. La reproducció de les generacions catalanes 1856-1960 [tesi doctoral]. Barcelona: Departament de Geografia de la Universitat Autònoma de Barcelona; 1989.

Cabré A. Immigració i estat de benestar. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2001.

Callahan D: Els fins de la medicina. Barcelona: Fundació Grífols; 2006.

Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. Primary health care and Ambulatory Care Sensitive Conditions in Catalonia (Spain). Rev Clin Esp 2001;201:501-7.

Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions: selection of diagnostic codes for Spain. Gac Sanit 2001;15(2):128-41.

Cañas J, Garriga J, Gili I. Post-Kyoto i les polítiques de la Generalitat de Catalunya Medi ambient 2005;37:55-60.

Chin Long Chiang: Life tables and mortality analysis. Geneva: World Health Organization; 1979.

Chinn S, Rona RJ. Prevalence and trends in overweight and obesity in three cross sectional studies of British children, 1974-94. BMJ 2001;322:24-6.

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. BMJ 2000;320:1-6.

Consorci Sanitari de Barcelona. La doble cobertura sanitària a la ciutat de Barcelona. Una aproximació al coneixement i la caracterització d'aquesta població. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona; 1999. www.csbcn.org/area_inst/dob_cob.htm.

Cochrane A. Efectividad y Eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Centro Cochrane iberoamericano y Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2000.

Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible. Informe sobre l'evolució de l'estat del medi ambient a Catalunya: Aire, aigües continentals i residus. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Consell Assessor per al Desenvolupament Sostenible.

Consorci Sanitari de Barcelona. Programa de detecció precoç del càncer de mama a Barcelona. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona, Generalitat de Catalunya; 2005

Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003;35(8):1381-95.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equito in health. Copenhagen: World Health Organization; 1991.

Decret 476/2004, de 28 de desembre, pel qual es designen noves zones vulnerables en relació amb la contaminació de nitrats procedents de fonts agràries. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 4292; 31.12.2004.

Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i els sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 4397; 2.6.2005.

Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de Governs Territorials de Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 4594; 16.3.2006.

Departament de Benestar i Família. Pla per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya. Barcelona: Departament de Benestar i Família, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Benestar Social: Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Barcelona: Departament de Benestar Social, Generalitat de Catalunya; 2002.

Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació. Innovació Democràtica. Direcció General de Participació Ciutadana 2006; 1.

Departament de Medi Ambient i Habitatge. Balanç de la qualitat de l'aire a Catalunya: any 2005. Barcelona: Departament de Medi Ambient i Habitatge, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Medi Ambient i Habitatge. Quadríptic. Dades del medi ambient a Catalunya, 2006. Barcelona: Departament de Medi Ambient i Habitatge, Generalitat de Catalunya; 2007.

Departament de Salut. Avaluació de les activitats preventives a la població adulta atesa a l'Atenció Primària de Salut, 1995-2004. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Pla Director d'Oncologia. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Pla Director d'immigració en l'àmbit de la salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Pla Director de Malalties de l'Aparell Circulatori. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut: Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut. Estudis d'Economia de la salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut. Estudi de la prevalença de la depressió major i altres trastorns mentals a l'Atenció Primària de Salut. Catalunya 2006 (DASMAP). Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

Departament de Salut. Estudis d'Economia de la salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.

Departament de Salut. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Avantprojecte del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

Departament de Salut. Enquesta bucodental de Catalunya 2006. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

Departament de Salut. Informe de situació de la salut laboral a Catalunya, 2001-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut. La millora de l'atenció al final de la vida. La perspectiva dels familiars de pacients i dels professionals de la salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; (en premsa).

Departament de Salut. Governant la Salut. Departament de Salut 2006; 1.

Departament de Salut. Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya, 2006. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; (en premsa).

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa marc d'atenció a domicili (ATDOM). Quaderns de Pla de salut (4). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1994.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Criteris Comuns Mínims per a l'atenció a problemes de salut (I). Quaderns de Pla de salut (6). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1995.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Criteris Comuns Mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Quaderns de Pla de salut (8). Barcelona: Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 1996.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Classificació Internacional de Malalties 9a. Revisió. Modificació Clínica (CIM-9-MC). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2003

Direcció General de Recursos Sanitaris. La mortalitat a les àrees bàsiques de salut de Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; XVII (3):23-33.

Direcció General de Salut Pública. Estimació de la mortalitat per l'onada de calor de l'estiu de 2003. Butlletí epidemiològic de Catalunya 2004; XXV (extr. 2n trimestre):109-11.

Direcció General Salut Pública. Brots epidèmics declarats a Catalunya l'any 2005. Butlletí epidemiològic de Catalunya 2006 desembre; XXVII (extraordinari):157-74.

Direcció General de Salut Pública: La salut i els serveis sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003:64 pàg.

Domingo A, i Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. Gac Sanit 1989;3:320-6.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly 1966;44:166-206.

Donaldson MS, editor. The National Roundtable on Health Care Quality, Measuring the Quality of Health Care. Institute of Medicine; 1999.

Dupré D, Niederkaender E, Jougla E, Salem G. La mortalité dans l'UE 1997-1999. Luxemburg: Eurostat; 2004.

Duran,X. Salut i medi: de la incertesa al càlcul econòmic. Medi ambient 2001;31:5-14.

ECO-SALUD OCDE 2006. Estadísticas e indicadores para treinta países. CD-ROM, 2006.

Esnaola S, Martín U, Pérez Y, Ruiz R, Aldasoro E, Calvo M. Magnitud y desigualdades socioeconómicas de la esperanza de vida ajustada por calidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria: Dirección General de Planificación y Ordenación Sanitaria, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2006.

Euroqol. The Euroqol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy 1990;16:199-208.

Ferrández-Longás A, Mayayo E, Labarta JI, Bagué L, Puga B, Rueda C et al. Estudio longitudinal de crecimiento y desarrollo. Centro Andrea Prader. Zaragoza 1980-2002. A: ERGON, editors. Patrones de crecimiento y desarrollo en España. Atlas de gráficas y tablas. Madrid: ERGON; 2004. p. 61-115.

Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated unctional capacity in Spanish elderly. Am J Epidemiol 1999;149:228-35.

Froberg D, Kane R. Methodology for measuring health-state preferences II: scaling methods. J Clin Epidemiol 1989;42:459–71.

Fusté J, Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S. Población con cobertura pública o doble cobertura de aseguramiento sanitario. ¿Cuál es la diferencia?. Gac Sanit 2005;19(1)15-21.

García P, González S, Sáez M. Immigració i estat de benestar: els serveis sanitaris a Catalunya. Nota d'economia 2006;36 (3r quadrimestre): 65-72.

Giner S, direcció. La societat catalana. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya; 1998.

Gispert R, Puig X, Torné MM, Puigdefàbregas A. Esperança de vida en bona salut. Catalunya, 1986-1997 Butlletí epidemiològic de Catalunya 2001; XXII(11):143-8.

Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A y el Grupo de Consenso en la Mortalidad Evitable: La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit 2006;20(3):184-93.

Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwart HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med 1970;24:18-23.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Atención Primaria 2000;25(5):350-63.

Gutiérrez Fisac JL, Regidor E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. Med Clin (Barc) 1991;96:453-5.

Herdman M, Rajmil L. and the KIDSCREEN and DISABKIDS groups. Using the Delphi method to determine expert consensus in the construction of a new European health-related quality of life questionnaire (HRQoL) for children and adolescents. Quality of Life Research 2001;10:284.

Hernández M i colaboradors. Curvas y tablas de crecimiento. Madrid: Instituto sobre crecimiento y desarrollo, Fundación F. Orbegozo, Garsi; 1988.

Holland WW. Editors. European Community Atlas of Avoidable Death, second edition. Volume one. Commission of the European Communities Health Services Research Series 6. Oxford:Medical Publications; 1991.

Hourichi S. Epidemiological transition in human history. A: J. Chamie, RL Cliquet, editors. Health and Mortality. Issues of global concern. Proceedings of the symposium on health and mortality; 1997 19-22 novembre; Brussel·les. Centrum voor bevolkingsen Gezinsstudiën, Brussels/UN Department of Economic and Social Affairs, Nova York. p. 54-71.

Idescat. La població estrangera 2004. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya; 2005.

Idescat. Població de Catalunya segons les diferents fonts existents. Barcelona: Àrea de Producció d'Estadístiques Demogràfiques. Subdirecció de Producció Estadística. Generalitat de Catalunya; 2005 (document multicopiat).

Idescat. Estadística de distribució personal de la renda i de risc de pobresa 2004. Ampliació de resultats de l'Enquesta de condicions de vida. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya; 2006.

Idescat. Anuari Estadístic de Catalunya, 2007. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya; 2007.

Institut Català d'Oncologia. Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya. Resultats 2006. Barcelona: Institut Català d'Oncologia; 2007.

Institut Català d'Oncologia. Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya. Resultats de participació 2001-2005. Barcelona: Institut Català d'Oncologia; 2006.

Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya. Models de Descentralitzacio del Govern Públic de Salut. Barcelona: Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Generalitat de Catalunya; 2006.

Institut National de la Santé et de la Recherche Medical. Obesité, dépistage et prévention chez l'enfant. Synthèse et recommandations. París: Editions Inserme, Expertise Collective; 2000.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según Causa de Muerte, 2000. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria; 2003.

Jané M, Tomás Z, Martínez C, Prats B, Vidal JM, Prats R, Cabezas C, Plasència A. Aspectos asociados al mantenimiento del tabaquismo en el posparto en Catalunya. Gac Sanit 2007;21:26.

Jané M, Prats R, Plasència A. Indicadors de Salut Maternoinfantil 2003-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; (en premsa).

Jofre J, Lucena F, Matia L, Ribas F. La qualitat de l'aigua de consum humà a Catalunya. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans. Secció de ciències biològiques; 2003.

Keatherman S, Sutherland K. The quest for quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK. The Nuffield Trust; 2005.

Kidscreen. ©The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000- 00751 KIDSCREEN-10 Index, Parent Version

Kogevinas M, Antó JM, Sunyer J. Riscos ambientals. Medi ambient 2001;31:47-55.

Lindström Karlson, A. Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios. Documento de trabajo 31. Madrid-Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2006.

Llebot JE, editors. Informe sobre el canvi climàtic a Catalunya. Barcelona: Consell Assessor per al Desenvolupament, Generalitat de Catalunya; 2005.

Llebot JE. El futur climàtic a partir de 2012. El cas de Catalunya. Medi ambient 2005;37:46-50.

Mariné A, Vidal C. Influència del medi ambient en les relacions entre alimentació i salut. Medi ambient 2001;31:27-38.

Medina A, Medina C, Brugulat P, Séculi E. La población con cobertura pública y con doble cobertura en Cataluña. Evolución 2002-2006. XII Congreso SESPAS. Efectividad de las intervenciones sobre salud de la población; 2007 20-22 de juny; Barcelona.

Medina C, Magem D. Propuesta de indicadores para el análisis de la eficiencia de los servicios sanitarios desde la perspectiva Plan de salud. XXVII Jornadas de Economía de la Salud; 2007 6-8 de juny; A Coruña.

Ministerio de Sanidad y Consumo: La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural [format electrònic].

Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social (2003-2006). Madrid: Institut Nacional d'Estadística, 2007.

Mompart A. La salut en mapes a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.

Montagut T, coordinadora. Societat catalana 2007. Barcelona: Associació Catalana de Sociologia; 2007.

Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health 1982;72:800-8.

Mota-Moya P. De les topografies mèdiques a la geografia de la salut: la relació institucionalitzada entre la geografia i la medicina. Documents d'Anàlisi Geogràfica 2006;47:117-27.

Muir Gray JA. Atención Sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: MSD; 1997.

National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion. CDC Training Module: Overweight Children and Adolescents: Screen, Assess and Manage; 2003. [9-9-0004]. www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/growthcharts/training/modules/module3/text/intro.htm

Niederlaender E. Les causes de mortalité dans l'UE. Luxemburg: Eurostat; 006.

Nolte E, McKee M. Does health care saves lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust; 2004.

Office for National Statistics. Atkinson review: final report. Measurement of UK Government output and productivity for the National Accounts. New York: Palgrave Macmillan; 2005.

Oliva J. Pérdidas de producción laboral ocasionadas por las enfermedades en Cataluña en el año 2004. Madrid: Instituto Nacional de Estadística i Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); 2007.

Oliva J. El cost social de la malaltia a Catalunya l'any 2004. Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA); 2007.

Omram R. Epidemiologic Transition. A: Theory International Encyclopedia of Population. Nova York: Frec Press; 1983. p. 172-83.

Organización Mundial de la Salud. Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización mundial 2005. Ginebra: OMS; 2006.

Pan American Health Organization. Welsh Heart Health Survey, 1985. Health Promotion Authority for Wales. Heartbeat Wales Technical Report number 3,4,5.

Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C i B Starfield. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. Aten Primaria 2007; 39(8):395-403.

Peñuelas J. Símptomes biològics del canvi climàtic. Medi ambient 2002:32.

Pérez J. La feminització de la vellesa. Revista Catalana de Sociologia 2002;16:27-54.

Puig X, López-Albente G, Gispert R, Freitas A, Puigdefàbregas A. Tendències de la mortalitat a Catalunya, 1978-2002. Models edat/període/cohort. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.

Reilly JJ. Assessment of childhood obesity: national reference data or international approach? Obes.Res. 2002;10:838-40.

Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC. Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. Arch Dis Child 2002;86:392-4.

Rubio Cebrián S. Glosario de planificación y economía sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2000

Sabater A, Ajenjo M. Una aproximació als empadronaments atípics a Catalunya: còmput i distribució territorial d'un fenomen generalitzat. Documents d'Anàlisi Geogràfica 2005;46:63-79.

Salas K, Girbau MR. Determinants ambientals i salut. Medi ambient 2001;31:15-26.

Secretaria per a la Immigració: Pla de ciutadania i immigració 2005-2008. Barcelona: Secretaria per a la Immigració. Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya; 2005.

Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà J, Ruè M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit 2001; 15(3):217-23.

Séculi E, Brugulat P, Medina A, Mompart A, Tresserras R. *La salut de les dones a Catalunya. Què en sabem?* Barcelona: Forum Sanofi Aventis. Generalitat de Catalunya; 2006.

Séculi E, Mompart A, Jiménez J, Brugulat P i Tresserras, R. Control dels factors de risc cardiovasculars a l'atenció primària a Catalunya, 1995-2005. XIV Jornades de la Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears. Els cribratges de les malalties no transmissibles. Fem el que cal?; novembre 2006; Barcelona.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. Soc Sci Med 1989;29:761-768.

Segura A. Participació ciutadana en l'estratègia de desenvolupament de la salut, 2010. La Reforma de la Salut Pública a Catalunya 2005:125-138.

Serra Majem l; Ribas L, García Closas R, Ramon JM, Salvador G, Farran A, et al. Llibre Blanc: avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-93). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1996.

Serra L, Aranceta J, Perez C, Moreno B, Tojo R, Delgado A Grupo colaborativo AEP-SENC-SEEDO. Curvas de referencia para la tipificación ponderal. Madrid: IM&C; 2002. p. 9-69.

Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). A Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editors. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid. Barcelona: Masson, S.A; 2001. p. 81-108

Servei Català de la Salut: Els catalans parlen de la seva salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 1998.

Servei Català de la Salut. Avaluació de serveis sanitaris i sociosanitaris 2003. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2004.

Servei Català de la Salut. Avaluació de serveis sanitaris i sociosanitaris 2004. Barcelona, Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.

Servei Català de la Salut. Avaluació de serveis sanitaris i sociosanitaris 2005. Barcelona, Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2003. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2004.

Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2004. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.

Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2005. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2006. Barcelona: Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya; 2007.

Servei d'Informació i Estudis. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2005. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2006.

Servei d'Informació i Estudis. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2004. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya: 2006.

Servei d'Informació i Estudis. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2005. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya: 2007.

Servei d'Informació i Estudis. Avortament legal a Catalunya, 2005. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2006

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of obesity in children and young people. A: National clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) . 2003. [18-9-2004]. www.significacióac.uk/guidelines/fulltext/69/index.html.

Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, i col·laboradors. Curvas y tablas de crecimiento. Estudio longitudinal y transversal. Fundación F. Orbegozo. A ERGON. Patrones de crecimiento y desarrollo en España. Atlas de gráficas y tablas. Madrid: Ergon; 2004. p. 145-68.

Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore MD:Johns Hopkins University; 2002.

Subirats M. L'evolució de l'estructura social de Catalunya. Barcelona: Fundació Jaume Bofill: Informe per a la Catalunya del 2000. Editorial Mediterrània; 1999.

Sunyer J. Contaminació atmosfèrica i els seus efectes sobre la salut. Medi ambient 2001;31: 39-46.

Treviño R. Panoràmica demogràfica recent a Catalunya en el marc del nou Mapa sanitari i del nou Pla de salut. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics; 2006.

Vallin J. Espérance de vie: quelle quantité pour quelle qualité de vie?. Congrés europeu de demografia; 4-8 de setembre de 1995; Milà.

Van Herten LM, Gunning-Schepers LG. Targets as a tool in health policy. Part I: Lessons learned. Health Policy 2000; 52: 1-11.

Vidal MJ, Jané M, Prats R, Cabezas C, Plasència A. Factores relacionados con la lactancia materna en Catalunya. XI Congresos SESPAS. Efectividad de las intervenciones sobre salud de la población; 2007 20-22 de juny; Barcelona.

Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity. Med Care 1996; 34(3):220-33.

World Health Organization. Effects of air pollution on children's health and development. A review of the evidence. European Centre for Environment and Health Bonn Office. Brussels: WHO; 2005.

Zozoya N, Oliva J, Osuna R. Measuring Changes in health Capital- Madrid: Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Document de treball número 15; 2005.

Professionals i institucions que han participat en l'elaboració del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010

Direcció

Maria Luisa de la Puente, directora general de Planificació i Avaluació
Ricard Tresserras, subdirector general de Planificació Sanitària
Pilar Brugulat, cap del Servei del Pla de Salut

Pla de salut

Elia Benito, Servei del Pla de Salut
Cristina Colls, Servei del Pla de Salut
Vicenç Martínez, Servei del Pla de Salut
Antonia Medina, Servei del Pla de Salut
Carmen Medina, Servei del Pla de Salut
Anna Mompart, Servei del Pla de Salut
M. Antònia Pedro, Subdirecció General de Planificació Sanitària
Elisa Séculi, Fundació Josep Laporte

Regions sanitàries

Marta Miret, Lleida
Gerard Ferrer, Lleida
Pilar Magrinyà. Camp de Tarragona
Enric Rovira, Camp de Tarragona
Jeroni Ferrer, Camp de Tarragona
Ismael Roldan, Terres de l'Ebre
Lluïsa Brull, Terres de l'Ebre
Manel Chanovas, Terres de l'Ebre
M.Teresa Faixedas, Girona
Izabella Rohlfs, Girona
Remei Juncadella, Catalunya Central
Roser Martínez, Catalunya Central
Paulina Viñas, Catalunya Central
Felip Benavent, Alt Pirineu i Aran
Àlex Guarga, Barcelona
Josep Benet, Barcelona
Elvira Torné, Barcelona
Carme Beni, Barcelona

Direcció General de Planificació i Avaluació

Miquel Aguilar, Pla director sociosanitari
Diana Altabella, Direcció General de Planificació i Avaluació
Joan Aloy, Direcció General de Planificació i Avaluació
Estanislao Alonso, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Carles Benet, Secretaria d'Estratègia i Coordinació
Lluís Bohigas, vicepresident del Consell Assessor de Planificació i Avaluació
Josep M Borràs, Pla director d'oncologia
Anna Busqué, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carmen Caja, Pla director sociosanitari

Elena Calvo, Secretaria d'Estratègia i Coordinació
Dolors Costa, Direcció General de Planificació i Avaluació
Josep Alfons Espinàs, Pla director d'oncologia
David Frigola, Direcció General de Planificació i Avaluació
Josep Fusté, Direcció General de Planificació i Avaluació
Miquel Gallofré, Pla director de malalties circulatòries
Genís García, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carla Jané, Pla director de salut mental i addiccions
Esther Jordà, Pla director de salut mental i addiccions
Salvi Juncà, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carme Lacasa, Direcció General de Planificació i Avaluació
Marta Larrosa, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
Tona Lizana, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Rafel Masià, Pla director de malalties circulatòries
Mercè Mercader, Direcció General de Planificació i Avaluació
Cristina Minguell, Pla director sociosanitari
Cristina Molina, Pla director de salut mental i addiccions
Miquel Olivet, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carme Ollé, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Roger Pla, Pla director d'oncologia
Maria Pueyo, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
Josep Ramos, Pla director de salut mental i addiccions
Antoni Salvà, Pla director sociosanitari
Laura Sampietro, Direcció General de Planificació i Avaluació
Xavier Surís, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Departament de Salut i Servei Català de la Salut

Hortensia Aguado, Servei Català de la Salut
Mireia Alberny, Direcció General de Salut Pública
Luz Amado, Servei Català de la Salut
Olinda Ania, Institut d'Estudis de la Salut
Josep M. Argimón, Servei Català de la Salut
Montse Artigas, Servei Català de la Salut
Assumpta Atienza, Direcció de Serveis
Joan Batalla, Direcció General de Salut Pública
Irene Barrabeig, Direcció General de Salut Pública
Maria Assumpció Benito,Direcció General de Recursos Sanitaris
Silvina Berra, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya
Rosa Bosch. Servei Català de la Salut
Josep M. Busquets, Direcció General de Recursos Sanitaris
Montse Bustins, Servei Català de la Salut
Anna Bosch, Servei Català de la Salut
Iria Caamiña, Gabinet de la Consellera de Salut
Carmen Cabezas, Direcció General de Salut Pública
Montserrat Calmet, Direcció General de Salut Pública
Josefina Caminal, Direcció General de Salut Pública
Lourdes Camp, Servei Català de la Salut
Alfons Cantero, Servei Català de la Salut
Glòria Carmona, Direcció General de Salut Pública
Jordi Casabona, CEEISCAT
Carme Casas, Servei Català de la Salut
Elias Casals, Direcció General de Salut Pública
Conxa Castell, Direcció General de Salut Pública

Arantxa Catalán, Institut Català de la Salut
Ismael Cerdà, Servei Català de la Salut
Montse Clèries, Servei Català de la Salut
Pilar Ciruela, Direcció General de Salut Pública
Joan Colom, Subdirecció General de Drogodependències
Jordi Comas, Organització Catalana de Trasplantaments
Irene Corbella, Direcció General de Salut Pública
Ferran Cordón, Servei Català de la Salut
Glòria Cugat, Direcció General de Salut Pública
Sílvia Cutillas, Servei Català de la Salut
Núria de Lara, Direcció General de Salut Pública
Josep Lluís de Peray, Agència de Salut Pública de Catalunya
Pilar Duro, Direcció General de Salut Pública
David Elvira, Gabinet de la Consellera de Salut
Joan Escarrabill, Institut d'Estudis de la Salut
Jordi Espuñes, Direcció General de Salut Pública
Maria Jesús Félix, Organització Catalana de Trasplantaments
José Vicente Fernández, Direcció General de Salut Pública
Jaume Ferrer, Direcció de Serveis
Joan Maria Ferrer, Direcció General de Recursos Sanitaris
Cinta Floch, CEEISCAT
Cristina García, Servei Català de la Salut
Maria José Gaspar, Direcció General de Recursos Sanitaris
Antoni Gilabert, Servei Català de la Salut
Albert Giménez, Programa de Prevenció i Assistència de la sida
Rosa Gispert, Direcció General de Recursos Sanitaris
Carmen Guijarro, Servei Català de la Salut
Mateu Huguet, Institut d'Estudis de la Salut
Mireia Jané, Direcció General de Salut Pública
Josep M. Jansà, Subdirecció General de Vigilància Epidemiològica
Josefina Jardí, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
Josep Jiménez, Servei Català de la Salut
Montserrat Llevallol, Servei Català de la Salut
Xavier Llebaria, Agència de Salut Pública de Catalunya
Manel Llorens, Direcció General de Salut Pública
David Magem, Servei Català de la Salut
Josep Mañach, Servei Català de la Salut
Antoni Malé (†), Direcció General de Recursos Sanitaris
Francisco Martín, Institut d'Estudis de la Salut
Francesc Martínez, Servei Català de la Salut
Rosa Martínez, Servei Català de la Salut
Eduard Mata, Agència Catalana de Seguretat Alimentaria
Rosa Monterde, Direcció General de Salut Pública
Carlos Muñiz, Direcció General de Salut Pública
Montserrat Oliveras, Servei Català de la Salut
Jordi Pere, Direcció de Serveis
Mercè Peris. Institut Català d'Oncologia
Ivan Planas, Gabinet de la Consellera de Salut
Antoni Plasència, Direcció General de Salut Pública
Alba Prat, Servei Català de la Salut
Ramon Prats, Direcció General de Salut Pública
Joan Antoni Ponsà. Servei Català de la Salut
Anna Puigdefàbregas, Direcció General de Recursos Sanitaris

Neus Rams, Direcció General de Recursos Sanitaris
Eulàlia Roure, Direcció General de Salut Pública
Anna Rodés, Direcció General de Salut Pública
Ignasi Ruano, Servei Català de la Salut
Josep Maria Sabaté, Servei Català de la Salut
Rosa Sala, Servei Català de la Salut
Teresa Salas, Servei Català de la Salut
Esteve Saltó, Direcció General de Salut Pública
Gemma Salvador, Direcció General de Salut Pública
Xavier Salvador, Servei Català de la Salut
Emília Sánchez, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya
Alfons Sancho, Servei Català de la Salut
Marga Sanromà, Organització Catalana de Trasplantaments
Andreu Segura, Institut d'Estudis de la Salut
Lídia Segura, Direcció General de Salut Pública
Jaume Serra, Direcció General de Salut Pública
Isabel Sierra, Direcció General de Salut Pública
Josep M. Suelves, Direcció General de Salut Pública
Àngel Teixidó, Direcció General de Salut Pública
Lluís Torralba, Direcció General de Recursos Sanitaris
Lluís Urbiztondo, Direcció General de Salut Pública
Elisabet Vallès, Servei Català de la Salut
Roser Vicente, Servei Català de la Salut
Corinne Zara, Servei Català de la Salut

Altres departaments i institucions

Jordi Alonso, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Vicente Aparicio, IPSOS
Josep M. Aragay, Universitat de Barcelona
Carles Ariza, Agència de Salut Pública de Barcelona
Lucia Baranda, IDIBAP Jordi Gol
Ramon Bayés, Universitat Autònoma de Barcelona
Bonaventura Bolibar, IDIBAP Jordi Gol
Carme Borrell, Agència de Salut Pública de Barcelona
Xavier Busquet, PADES Manresa
Xavier Castells, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona
Montse Espuña, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona
Mireia Farré, Institut d'Estadística de Catalunya
Montse Ferrer, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Anna García-Altés, Agència de Salut Pública de Barcelona
Pilar García, Universitat Pompeu Fabra
Ramon Gisbert, Universitat de Vic
Montse Guillén, Universitat de Barcelona
Teresa Guix, Factoria Web
Eva Gumà, Factoria Web
Josep Inglada, IPSOS
Albert Jovell, Fundació Biblioteca Josep Laporte
Olga López, Factoria Web
Francisco Lupiañez, Universitat Oberta de Catalunya
Marta Martínez, Factoria Web
Eulàlia Masachs, Consultoria
M. Dolors Navarro, Fundació Biblioteca Josep Laporte
Juan Oliva, Universidad de Castilla-La Mancha

Maribel Pasarín, Agència de Salut Pública de Barcelona
Isabel Pitarque, Universitat Pompeu Fabra
Xavier Puig, Universitat Politècnica de Catalunya
Àngels Pujol, Àrea Bàsica de Salut Montnegre
Anna Ripoll, Factoria Web
Ramon Serrano, IPSOS
Lluís Rajmil, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Cristina Ribas, Factoria Web
Maica Rodríguez, Agència de Salut Pública de Barcelona
Marta Roqué, Institut Català de l'Envelliment
Jordi Sunyer, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Assumpta Trias, PADES Granollers
Cristina Vila, Factoria Web