
Assolint fites

Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015



Projecte 1.4. Avaluar els objectius de salut fixats en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Juliol, 2015

Director general de Planificació i Recerca en Salut

Carles Constante i Beitia

Responsable de l'edició

Esteve Saltó i Cerezueta. Subdirector general de Planificació Sanitària

Redacció

Oriol Garcia, Eulàlia Masachs, Antonia Medina, Esteve Saltó, Ricard Tresserras

Alguns drets reservats

© 2015, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Direcció General de Planificació i Recerca en Salut

1a edició:

Barcelona, juliol de 2015

Assessorament lingüístic:

Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL:

http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015/assoliments/

Sumari

Introducció	5
Resum de l'estat actual dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	7
Avaluació dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	9
1. Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones	10
2. Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori.....	12
3. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer.....	14
4. Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer al cap de cinc anys.....	16
5. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries.....	18
6. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals	20
7. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor.....	22
8. Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus	24
9. Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama.....	26
10. Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal.....	28
11. Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi.....	30
12. Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur en les persones entre 65 anys i més	32
13. Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys.....	34
14. Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme	36
15. Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme.....	38
16. Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana.....	40
17. Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població.....	42
18. Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg.....	44
19. Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200mg/dl amb valoració del risc cardiovascular.....	46
20. Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb diabetis.....	48
21. Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)	50
22. Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC).....	52
23. Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global	54
24. Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll.....	56
25. Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc.....	57
26. Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal.....	58
27. Reduir per sota de 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica.....	59
Taula resum de l'estat actual dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015	60
Fonts d'informació i any del punt de partida dels 27 indicadors de salut	62
Metodologia dels indicadors	63
Referències bibliogràfiques	68

Introducció

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 fixa 27 objectius generals de salut i de disminució de risc. Aquests objectius s'han formulat prenent com a marc de referència les directrius del Departament de Salut, les directrius de l'OMS per a la Regió Europea i les recomanacions dels experts nacionals i internacionals^{1,2,3,4}. Cal posar en relleu la importància que té disposar d'objectius de salut explícits i mesurables que concreten tant el valor dels resultats que s'aspira assolir com l'horitzó temporal, cosa que aporta transparència a l'avaluació i a la rendició de comptes. Els objectius ajuden a definir les polítiques i a fer més visibles les prioritats, orienten l'avaluació, desenvolupen la legislació i concreten l'assignació dels recursos i la compra de serveis. Alhora, es formulen en un espai per a la participació dels agents interessats i la creació de consens. També, els objectius fixats en el Pla de salut són especialment útils per a les polítiques que van més enllà dels serveis de salut, especialment aquelles que impliquen sectors que són clau per abordar els determinants socioeconòmics de la salut⁵.

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 incorpora un objectiu de caràcter general com és augmentar la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut. L'esperança de vida en bona salut (EVBS) figura actualment com un dels principals indicadors estructurals europeus⁶. La resta d'objectius estan orientats a reduir la morbimortalitat per als principals problemes de salut que cal afrontar a Catalunya. En aquest sentit, es planteja la reducció de la mortalitat de les malalties més prevalents com ara la de l'aparell circulatori (malalties isquèmiques del cor i malalties cerebrovasculars, en especial), la del càncer, la de les malalties de l'aparell respiratori i els trastorns mentals, així com la disminució de factors de risc com la prevalença del tabaquisme, el sedentarisme, l'excés de pes, la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia, la diabetis o les fractures de coll de fèmur en persones grans. Finalment, altres objectius s'adrecen a millorar els resultats en termes de qualitat de l'atenció rebuda, aquest és el cas de l'objectiu de reducció dels reingressos per determinats problemes de salut crònics (diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica –MPOC– i insuficiència cardíaca congestiva –ICC) o la reducció de la incidència de les infeccions nosocomials.

Aquest document respon al compromís establert en el Projecte 1.4 del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 de dur a terme el seguiment i l'avaluació anuals dels objectius generals de salut. Amb aquesta finalitat s'han definit els indicadors de mesura que han de permetre conèixer si s'avança en la direcció i amb la intensitat volgudes per poder assolir l'objectiu en l'horitzó establert, per la qual cosa s'ha comptat amb experts i referents dels diferents àmbits (Departament de Salut, CatSalut, Agència de Salut Pública de Catalunya, Institut Català d'Oncologia, Institut Català de la Salut, etc.), als quals agraïm la seva col·laboració. Els indicadors es presenten de forma global per al conjunt de Catalunya i, sempre que les fonts d'informació ho permeten, es presenta la seva distribució per sexe i grup d'edat, nivell d'estudis, territori i evolució temporal.

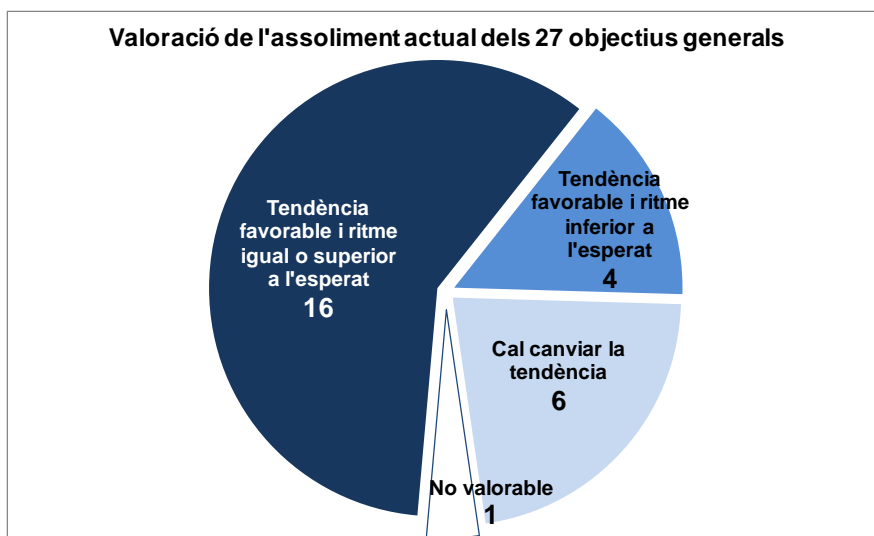
El document presenta l'actualització dels valors dels indicadors dels 27 objectius generals de salut, un per un, i un resum de la valoració de seu assoliment. Cada objectiu recull, en primer

lloc, una taula amb l'enunciat de l'objectiu, l'indicador al qual fa referència, el valor del punt de partida (línia basal), el valor actual i el valor que es vol assolir en l'horitzó 2015 o 2020. En segon lloc, es valora l'assoliment actual de l'objectiu a partir de la diferència entre el resultat observat i el valor esperat, estimat mitjançant una tendència lineal entre el punt de partida (la majoria amb el valor inicial de l'any 2011) i el valor que s'ha d'assolir, segons la naturalesa de l'objectiu, el 2015 o el 2020. També es valora la tendència que presenten els resultats al llarg del període en relació amb la tendència prevista per a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015 o bé l'any 2020. A continuació, s'incorpora informació addicional que permet una interpretació contextualitzada dels valors de l'indicador. A la part final del document, s'inclou un annex metodològic on es referencien les fonts d'informació utilitzades, els mètodes de càlcul, els codis emprats, els anys de referència, així com altres informacions tècniques.

Resum de l'estat actual dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

El Pla de salut de Catalunya 2011-2015 estableix 27 objectius generals de salut i de disminució de risc, 13 previstos en l'horitzó 2020 i 14 en l'horitzó 2015. Per tal de conèixer si s'avança en la direcció desitjada i amb un ritme suficient, el valor observat actualment de cadascun dels 27 indicadors es compara amb el valor estimat que asseguraria un assoliment lineal de l'objectiu en l'horitzó temporal establert. A més, s'observa l'evolució de l'indicador al llarg del període de vigència del Pla.

Actualment, 16 indicadors presenten una tendència favorable i un ritme d'assoliment de l'objectiu molt positiu, en línia o per sobre del valor previst, i 4 indicadors més presenten una tendència favorable a l'assoliment de l'objectiu però amb un ritme inferior a l'esperat. Així, dels 27 objectius establerts, 20 evolucionen favorablement i es preveu que es puguin assolir els indicadors establerts en l'horitzó temporal corresponent. Cal canviar, però, la tendència de 6 objectius per poder-los assolir. Finalment, no es valorable anualment l'objectiu 4 de supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys per la inexistència d'un registre de càncer a Catalunya i perquè la informació de l'indicador s'actualitza quinquennalment.



Indicadors que evolucionen favorablement

- **amb un ritme igual o superior a l'esperat**

- L'objectiu general que proposa augmentar un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut (**objectiu 1**).
- La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties de l'aparell circulatori i mortalitat per càncer (**objectius 2 i 3**).
- La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties respiratòries, mortalitat per malalties isquèmiques del cor i mortalitat per ictus (**objectius 5, 7 i 8**).
- La reducció de la taxa de mortalitat per càncer de mama en dones (**objectiu 9**).
- La reducció de la taxa de mortalitat per càncer colorectal (**objectiu 10**).
- La disminució de la prevalença del tabaquisme (**objectiu 14**).

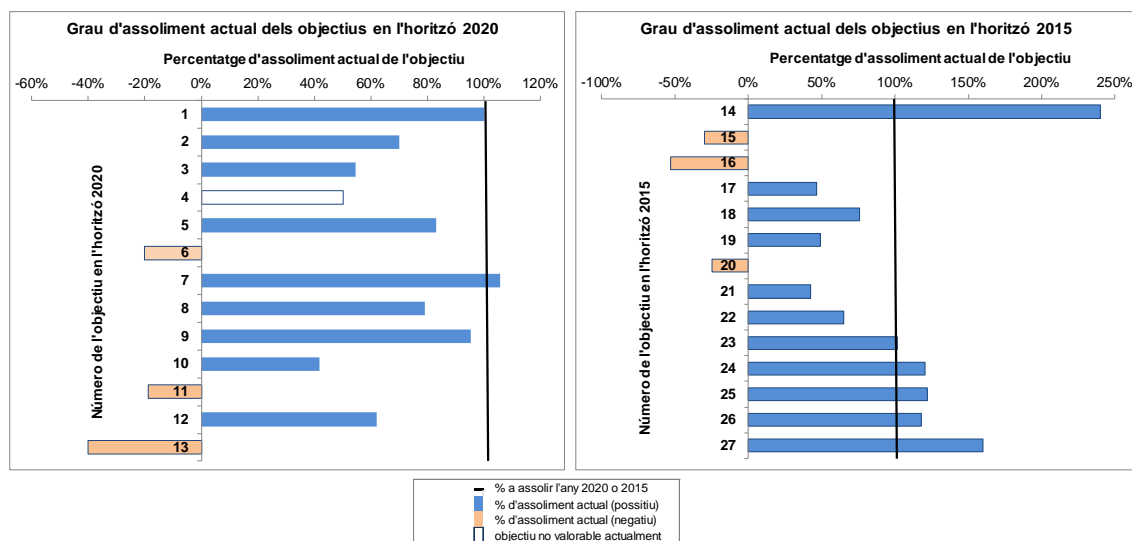
- L'increment de la proporció de pacients hipertensos amb control de la hipertensió (**objectiu 18**).
- La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb ICC (**objectiu 22**).
- La reducció de la taxa mitjana de la infecció nosocomial global (**objectiu 23**).
- Els objectius per reduir les taxes d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, pròtesi de maluc, cirurgia colorectal, i pneumònia associada a ventilació mecànica (**objectius 24 a 27**).
- **amb un ritme inferior a l'esperat**
 - La disminució de la incidència de la fractura de coll de fèmur (**objectiu 12**).
 - La disminució de la prevalença de l'excés de pes (**objectiu 17**).
 - L'increment de la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200mg/dl amb valoració del risc cardiovascular (**objectiu 19**).
 - La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb MPOC (**objectiu 21**).

Cal canviar la tendència

- La reducció de les taxes de mortalitat per les malalties mentals i mortalitat per suïcidi (**objectius 6 i 11**).
- La reducció de les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys (**objectiu 13**).
- La disminució de la prevalença del sedentarisme en la població (**objectiu 15**).
- L'augment de la prevalença de la pràctica d'activitat física saludable (**objectiu 16**).
- La reducció dels reingressos al cap de 30 dies de pacients amb diabetis (**objectiu 20**).

No valorable

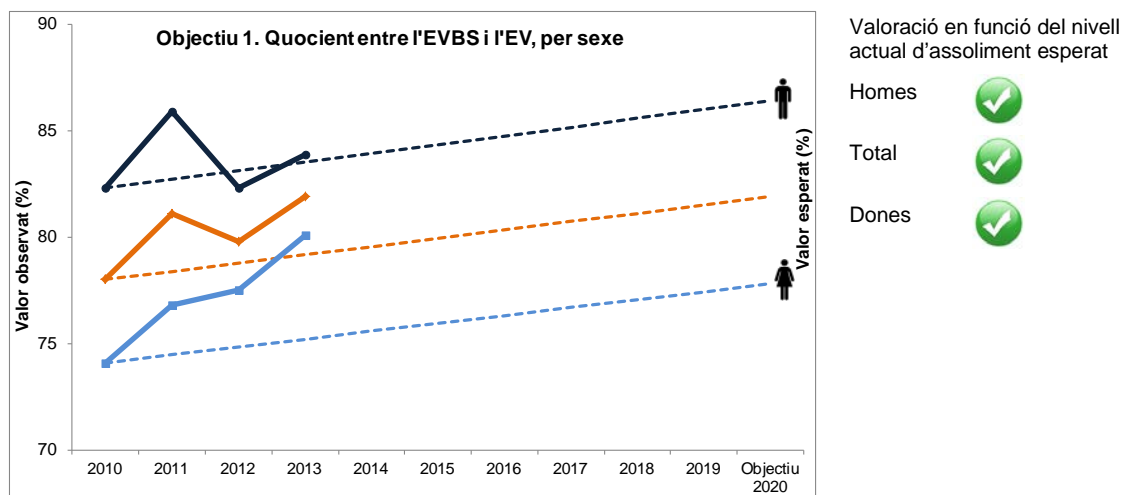
L'objectiu d'incrementar la supervivència per càncer als cinc anys (**objectiu 4**) s'actualitza amb periodicitat quinquennal. El darrer resultat disponible, per homes i per dones, és de 2012 i les dades observades mostren uns valors per sobre dels previstos.



Avaluació dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones <i>Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)</i>	H	82,3	83,9	86,4
		D	74,1	80,1	77,8
		T	78,0	81,9	81,9

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- L'esperança de vida en bona salut (EVBS) indica el nombre d'anys que una persona pot esperar viure amb bona salut. Aquesta informació és rellevant atès que amb l'allargament de l'esperança de vida (EV) que s'ha produït en les darreres dècades, interessa saber si els anys afegits a la vida són viscuts o no en bona salut.
- A Catalunya, l'any 2013, l'EVBS se situa en els 68,14 anys (67,29 i 68,84 anys per homes i dones, respectivament). En termes relatius significa que el 81,91% de l'EV es pot esperar viure en bona salut. L'expectativa de vida es redueix amb l'edat i, de mitjana, les dones viuen més anys que els homes, encara que aquesta diferència s'ha anat reduint al llarg del temps (les dones tenien una EV 7 anys superior a la dels homes l'any 1994 i és menor de 6 anys l'any 2013). El patró dels anys viscuts en bona salut segons l'edat i el sexe mostra que fins a l'any 2011 els homes podien esperar viure més anys en bona salut que les dones en gairebé tots els grups d'edat, però a partir de l'any 2012 aquesta diferència a favor dels homes desapareix i són les dones les que tenen una millor EVBS a qualsevol edat.
- L'evolució entre 1987 i 2013 és positiva, tant en homes com en dones, atès que l'EVBS augmenta a un ritme superior (aproximadament un 20% en homes i un 28% en dones) que l'EV (aproximadament un 8% en homes i un 7% en dones).
- Per CCAA, Catalunya se situa en una posició entre mitjana i elevada pel que fa als valors de l'EV. Entre els països de la UE-15, els valors de l'EV a Catalunya són relativament millors que els de l'EVBS, cosa que comporta que tant homes com dones ocupin la quarta posició respecte al valor del quocient entre l'EVBS i l'EV. L'any 2012, l'esperança de vida en néixer a Catalunya és 2 anys superior a la de la Unió europea (14 països) i gairebé la mateixa que l'espanyola.

^I RMC, 2010 i ESCA, 2011.

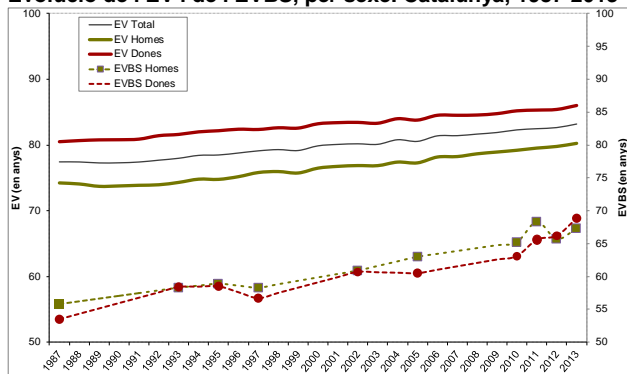
^{II} RMC, 2013 i ESCA, 2014 (l'EVBS es calcula amb les dades més recents de l'ESCA i la mortalitat, que sempre és d'un any anterior).

**Esperança de vida (EV),
esperança de vida en bona salut
(EVBS) i proporció de l'EV que es
pot esperar viure en bona salut,
per sexe i edat.
Catalunya, 2013**

	EV (anys)			EVBS (anys)			EVBS*100/EV (%)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	80,25	86,01	83,19	67,29	68,84	68,14	83,86	80,05	81,91
15	65,56	71,28	68,49	52,95	54,63	53,86	80,77	76,64	78,65
40	41,10	46,57	43,91	29,81	31,64	30,78	72,52	67,93	70,10
65	19,07	23,18	21,27	11,46	13,14	12,39	60,08	56,70	58,26
80	8,72	10,76	9,95	3,96	5,08	4,63	45,40	47,23	46,50

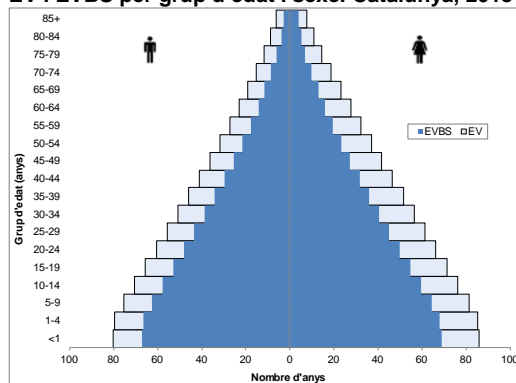
Font: RMC, 2013 i ESCA, 2014. Departament de Salut.

Evolució de l'EV i de l'EVBS, per sexe. Catalunya, 1987-2013



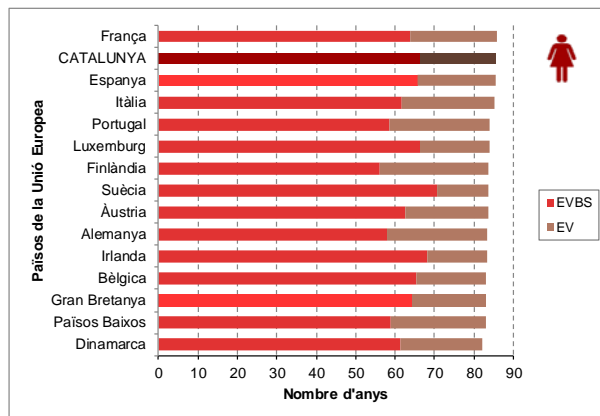
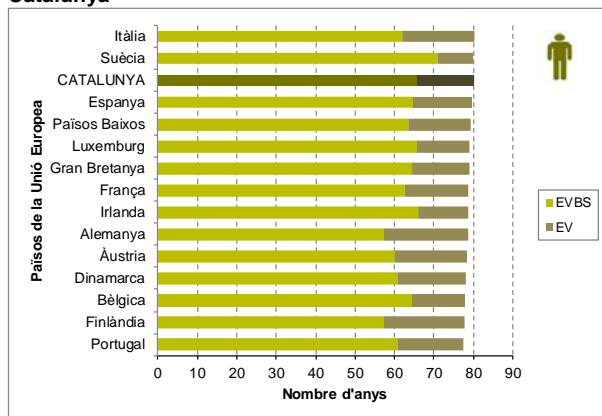
Font: RMC 1987-2013. Departament de Salut.

EV i EVBS per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013



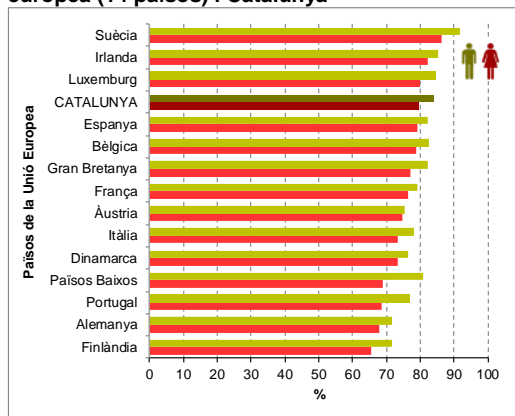
Font: RMC 2013-ESCA 2014. Departament de Salut.

Esperança de vida (EV) i esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe. Països de la Unió europea (14 països) i Catalunya



Font: Eurostat 2012.

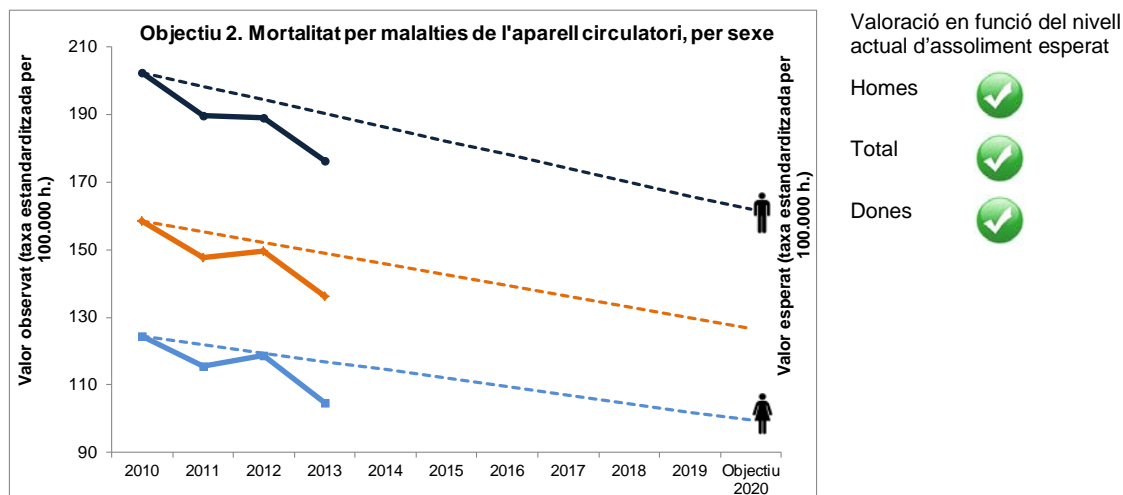
Quocient entre l'esperança de vida en bona salut (EVBS) i l'esperança de vida (EV) per sexe. Països de la Unió europea (14 països) i Catalunya



Font: Eurostat 2012.

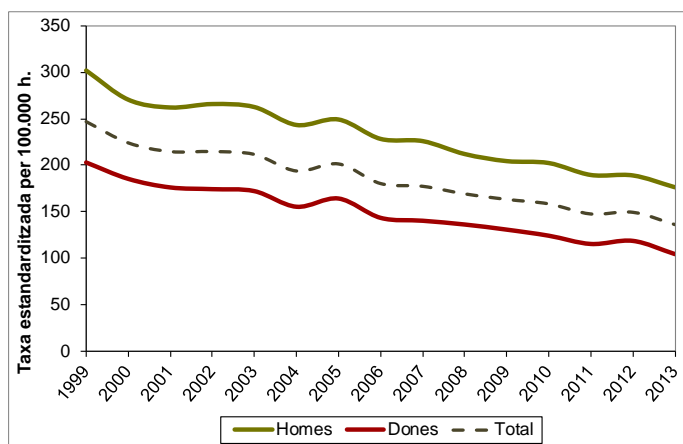
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori</i>	H	202,4	176,4	161,9
		D	124,4	104,6	99,5
		T	158,6	136,3	126,8

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- La mortalitat proporcional de malalties de l'aparell circulatori és la segona causa de mort a Catalunya (28,3%), la segona en els homes (25,7%) i la primera en les dones (31,0%). Entre les malalties cardiovasculars, la mortalitat per cardiopatia isquèmica és més freqüent en els homes i la mortalitat per malalties cerebrovasculars, en les dones.
- La taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori a Catalunya mostra una tendència decreixent ens els darrers decennis, amb ritmes similars en homes i dones. La mortalitat és més elevada en les dones d'edats avançades.
- La mortalitat proporcional de malalties de l'aparell circulatori de Catalunya és inferior a la mitjana d'Espanya, i les dues estan per sota de la mitjana dels països de l'OCDE. La taxa estandarditzada de mortalitat a Espanya per aquesta causa té el segon valor més baix d'Europa, i Catalunya té els valors més baixos entre les comunitats autònomes.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

^I RMC, 2010.

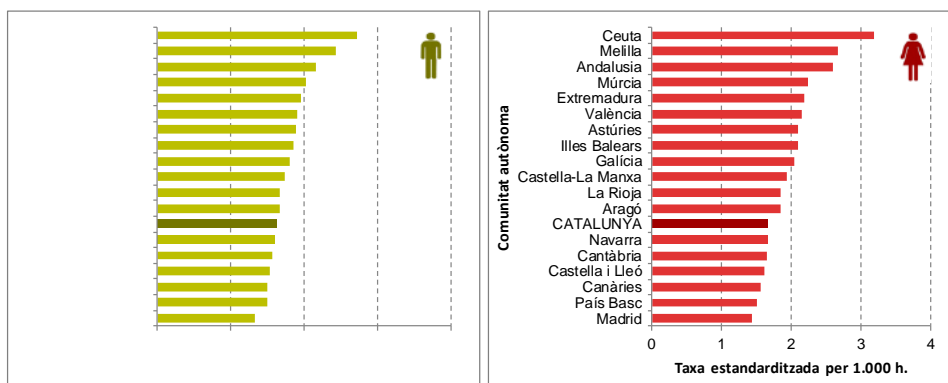
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	1	0	1	2,61	0,00	1,34
1-4	0	1	1	0,00	0,62	0,30
5-14	2	2	4	0,50	0,53	0,51
15-24	10	3	13	2,78	0,88	1,86
25-34	25	10	35	4,92	1,96	3,44
35-44	130	35	165	19,35	5,55	12,66
45-54	344	96	440	63,34	17,85	40,71
55-64	645	169	814	156,85	38,73	96,04
65-74	1.129	485	1.614	377,60	143,04	252,96
75-84	2.606	2.366	4.972	1.304,62	839,85	1.032,67
85 i més	2.947	6.029	8.976	4.675,92	4.409,19	4.493,35
Total	7.839	9.196	17.035	213,70	242,76	228,46

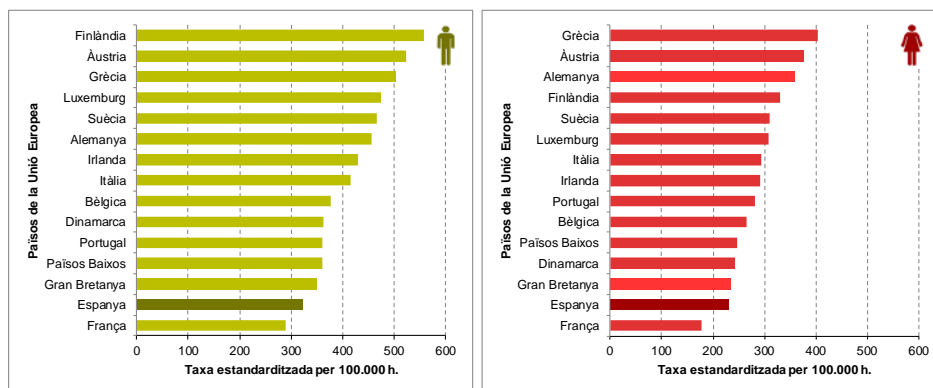
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe i comunitat autònoma, 2013



Font: INE 2013.

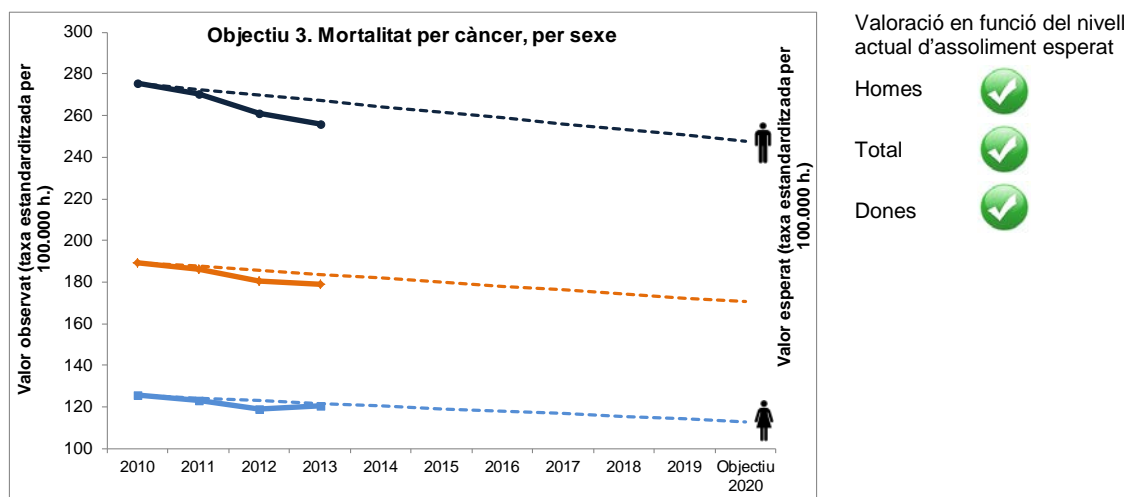
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

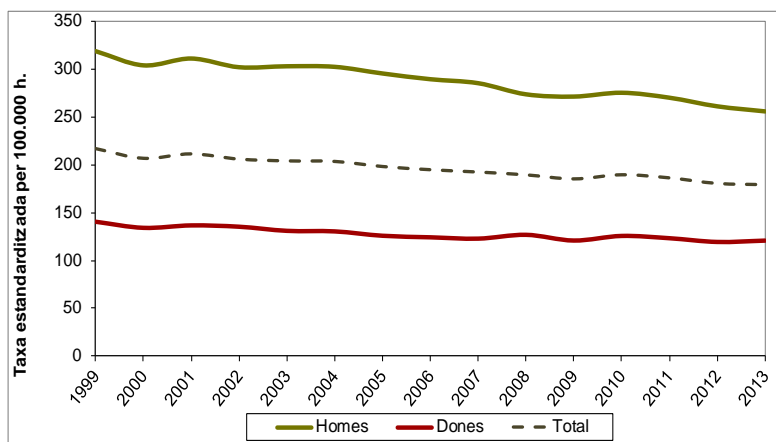
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de càncer</i>	H	275,3	255,8	247,8
		D	125,6	120,7	113,0
		T	189,5	179,2	170,6

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- Els tumors són la primera causa de mortalitat en els homes (34,4% de les defuncions) i la segona en les dones (23,1%). La relació de la majoria de tumors amb l'edat i l'envelliment de la població produeixen un augment del nombre de casos de càncer i de la mortalitat per aquesta malaltia en les edats més avançades.
- Les taxes estandarditzades de mortalitat mostren una tendència decreixent de la mortalitat pel global de tots els càncers en els últims decennis.
- A Catalunya, la mortalitat per càncer representa el 28,8% de totes les defuncions, percentatge similar a la mitjana d'Espanya, i aquesta també es similar a la dels països de l'OCDE pel que fa al homes i la més baixa entre les dones.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

^I RMC, 2010.

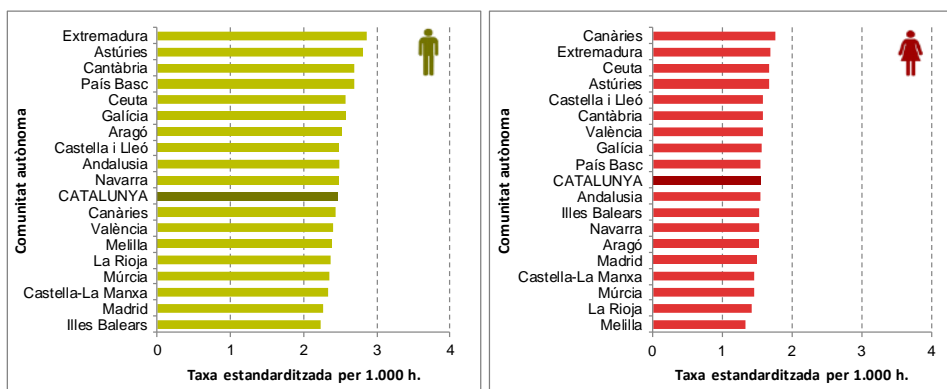
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per càncer per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	2	2	0,00	5,53	2,68
1-4	1	1	2	0,58	0,62	0,60
5-14	9	9	18	2,24	2,38	2,31
15-24	15	7	22	4,17	2,05	3,14
25-34	44	32	76	8,65	6,28	7,46
35-44	161	177	338	23,96	28,04	25,94
45-54	692	506	1.198	127,42	94,08	110,83
55-64	1.706	907	2.613	414,86	207,87	308,30
65-74	2.652	1.240	3.892	886,97	365,72	609,98
75-84	3.344	2.087	5.431	1.674,08	740,81	1.128,01
85 i més	1.865	1.887	3.752	2.959,14	1.380,02	1.878,24
Total	10.489	6.855	17.344	285,94	180,96	232,61

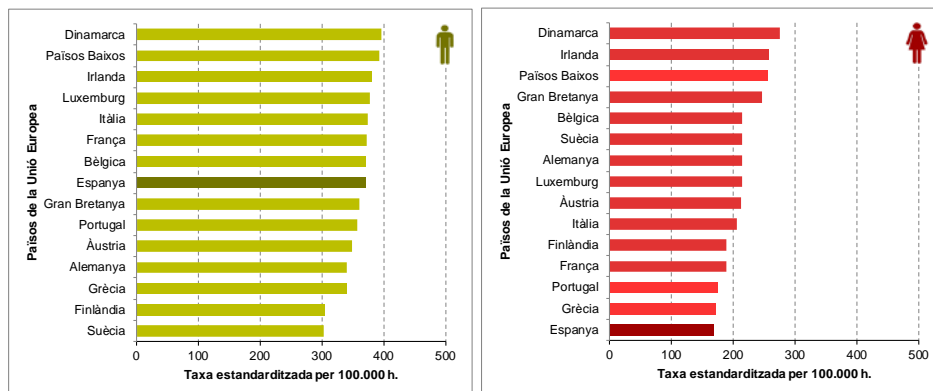
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe i comunitat autònoma, 2013



Font: INE 2013.

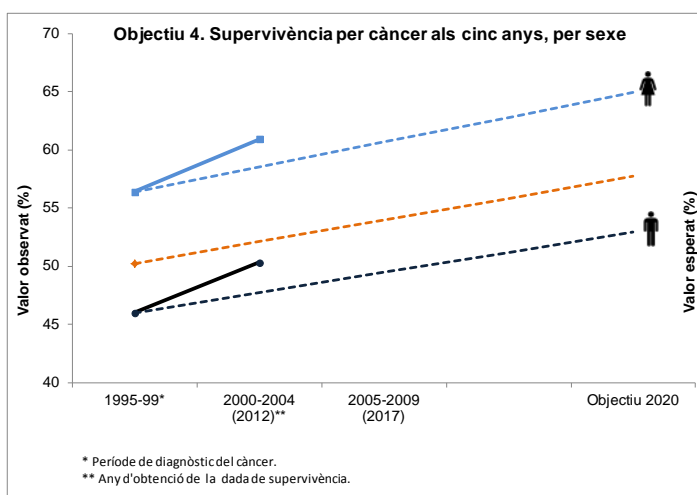
Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer al cap de cinc anys <i>Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys (%)</i>	H	46,0	ND	52,9
		D	56,4	ND	64,9
		T	50,2	ND	57,7

La informació de l'indicador s'actualitza quinquennalment. Segons les dades 2012, la tendència és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Dones: No valorable actualment

Homes: No valorable actualment

- Els registres poblacionals de càncer de Girona i de Tarragona actualitzen la supervivència relativa per càncer cada cinc anys aproximadament, coincidint amb la periodicitat amb què l'Eurocare⁷, el projecte col·laboratiu d'anàlisi de supervivència dels registres de càncer europeus, publica resultats nous.
- Altres països europeus tenen la mateixa manca de dades que Catalunya atès que són pocs els que disposen de registres poblacionals de càncer, tot i l'esforç d'extensió i homogeneïtzació d'Eurocare. En relació amb els 23 països europeus analitzats, amb percentatges de cobertura de registre molt dispers, les dades mostren que la supervivència de càncer al cap de cinc anys és molt similar a la mitjana, tant en homes com en dones, així com en els tipus de càncer més freqüents.

^I Registre de càncer de Tarragona i Girona, 1995-1999.

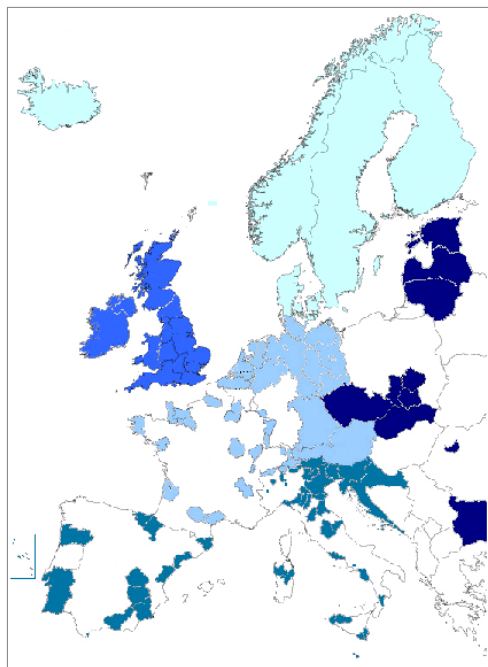
^{II} Registre de càncer de Tarragona i Girona, 2000-2004.

Supervivència relativa per càncer al cap de cinc 5 anys en pacients oncològics de 15 a 99 anys, per sexe i període de diagnòstic del càncer

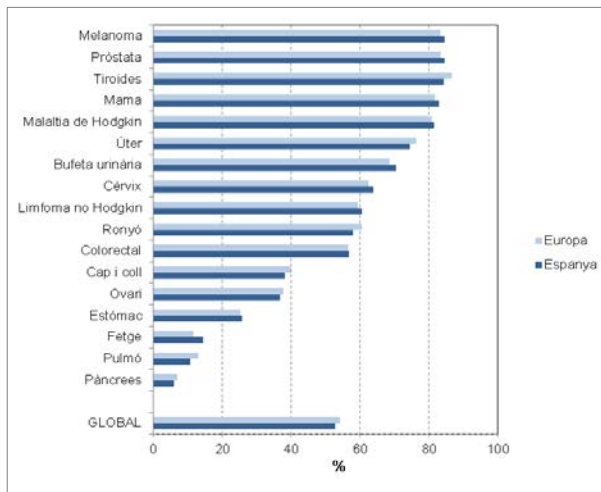
Localització Tumoral	Homes				Dones			
	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Cavitat oral i faringe	23,9	28,9	40,8	37,6	61,6	47,4	46,6	58,9
Esòfag	3,7	6,2	10,7	14,2	-	9,2	20,5	-
Estómac	19,1	23,4	24,7	23,7	22,8	27,3	21,7	33,4
Còlon	41,7	46,1	49,4	55,0	45,7	48,0	48,3	54,9
Recte i anus	43,1	46,4	48,7	57,8	40,1	42,9	45,3	54,4
Fetge	4,7	8,8	9,0	12,1	3,0	6,1	10,1	13,3
Vesícula biliar i vies biliars	10,1	13,1	16,0	19,8	13,1	19,9	11,6	9,0
Pàncrees	1,4	2,0	3,2	6,2	10,3	4,3	3,3	9,1
Laringe	62,4	60,0	65,3	61,2	61,0	86,7	58,8	80,6
Pulmó	10,0	8,9	7,6	9,9	6,0	17,2	11,2	13,9
Melanoma	72,4	62,0	80,3	76,1	74,3	91,3	86,6	89,3
Teixits tous	71,8	37,1	55,5	57,0	47,3	72,3	58,9	65,6
Mama	-	-	-	-	67,5	76,9	80,8	82,8
Coll uterí	-	-	-	-	62,5	68,4	65,7	75,3
Cos uterí	-	-	-	-	70,7	73,6	72,2	75,6
Ovari	-	-	-	-	40,4	38,8	34,3	40,7
Pròstata	38,4	53,6	73,3	83,7	-	-	-	-
Testicle	82,8	86,6	88,3	87,6	-	-	-	-
Ronyó	39,1	42,4	60,8	61,4	49,8	42,8	53,9	62,1
Bufeta urinària	63,5	73,6	69,4	70,9	58,6	61,0	67,0	62,2
Sistema nerviós central	13,2	14,9	16,5	27,6	17,5	18,5	22,7	19,6
Tiroides	69,3	73,8	77,0	80,4	83,6	87,1	91,6	89,4
Limfoma Hodgkin	68,9	81,8	81,1	78,3	47,9	78,0	85,7	81,6
Limfoma no Hodgkin	45,9	46,0	57,9	57,2	41,8	55,0	57,9	62,8
Mieloma múltiple	20,3	24,8	27,3	22,5	29,1	28,5	35,4	28,3
Leucèmia	35,7	36,9	43,5	46,4	36,7	45,0	42,5	57,8
Totes (no pell no melanoma)	34,7	39,9	45,8	50,3	48,7	55,2	56,1	60,9

Font: Registres de Càncer de Girona, Registre de Càncer de Tarragona, Registre de Mortalitat de Catalunya

Cobertura del registre de càncer europeu en població adulta per àrees geogràfiques, 2000-2007



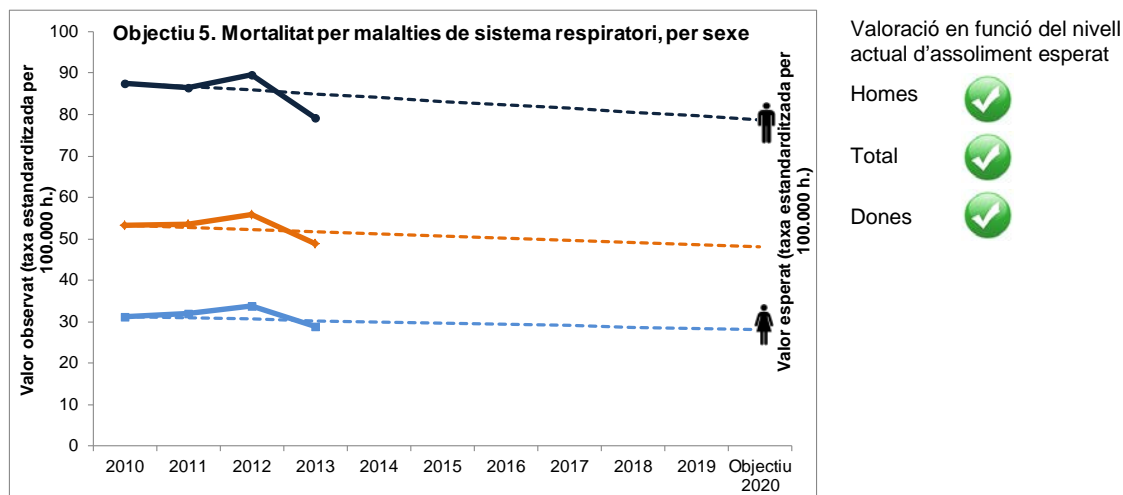
Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys per localització. Espanya i Europa, 2000-2007



Font: Eurocare-5, 2000-2007.

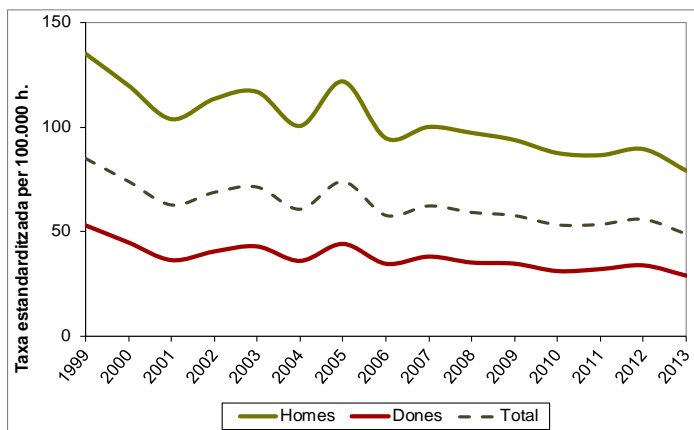
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori</i>	H	87,6	79,2	78,8
		D	31,2	29,0	28,1
		T	53,3	48,9	48,0

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- El 10,1% de les defuncions són causades per malalties de l'aparell respiratori, l'11,7% en els homes i el 8,4% en les dones, cosa que representa la tercera causa de defunció a Catalunya l'any 2013.
- L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat mostren una disminució de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori a la qual poden haver contribuït factors com la disminució del consum de tabac, considerat com el factor de risc evitable més rellevant en relació amb les malalties respiratòries.
- Entre les diferents comunitats autònomes, els homes catalans ocupen una posició central en la mortalitat estandarditzada per malalties respiratòries, mentre que en les dones la mortalitat és inferior a la mitjana.
- A la Unió Europea la mortalitat per malalties respiratòries és també la tercera causa de mort, i es caracteritza per una concentració en edats avançades.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties respiratòries per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

^I RMC, 2010.

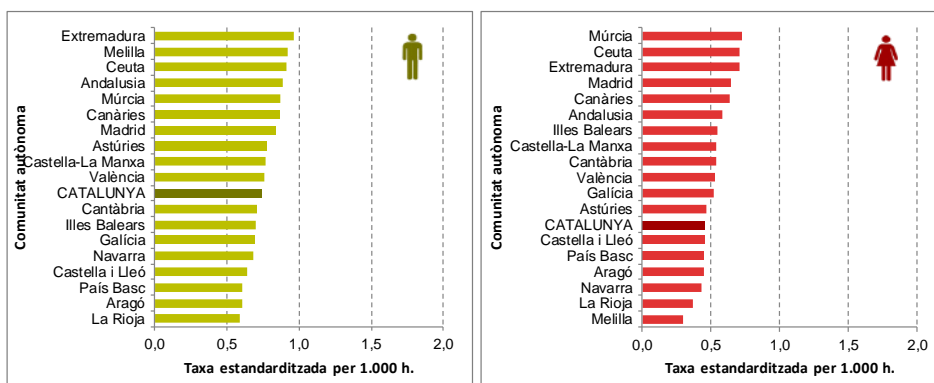
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties respiratòries per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	2	0	2	5,21	0,00	2,68
1-4	1	2	3	0,58	1,24	0,90
5-14	2	1	3	0,50	0,26	0,39
15-24	3	3	6	0,83	0,88	0,86
25-34	10	4	14	1,97	0,78	1,37
35-44	32	15	47	4,76	2,38	3,61
45-54	83	30	113	15,28	5,58	10,45
55-64	133	65	198	32,34	14,90	23,36
65-74	472	154	626	157,86	45,42	98,11
75-84	1.317	628	1.945	659,32	222,92	403,97
85 i més	1.530	1.584	3.114	2.427,61	1.158,43	1.558,86
Total	3.585	2.486	6.071	97,73	65,63	81,42

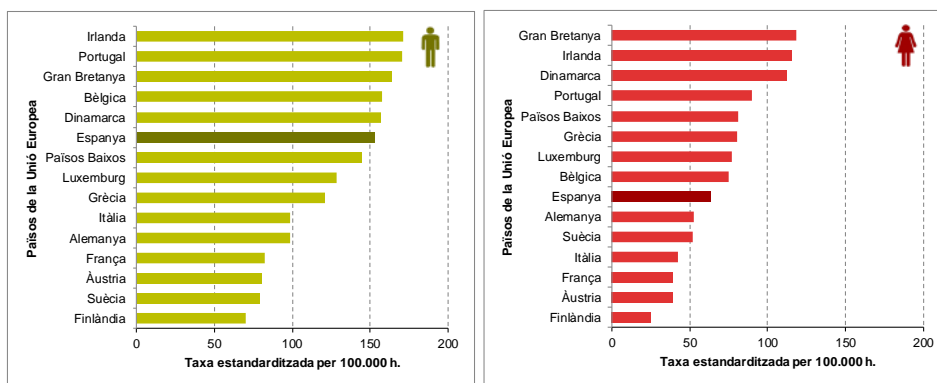
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori per sexe i comunitat autònoma, 2013



Font: INE 2013.

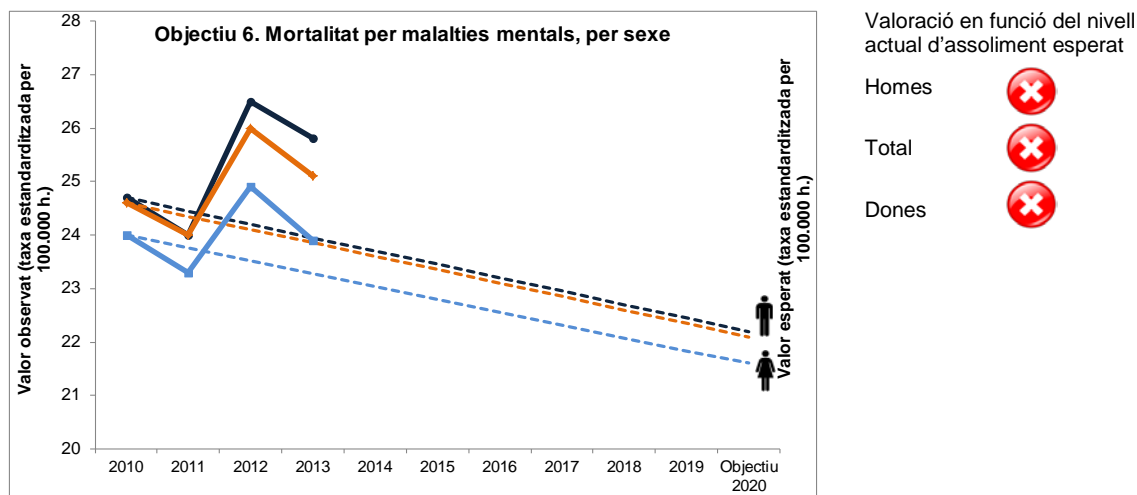
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties de l'aparell respiratori per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

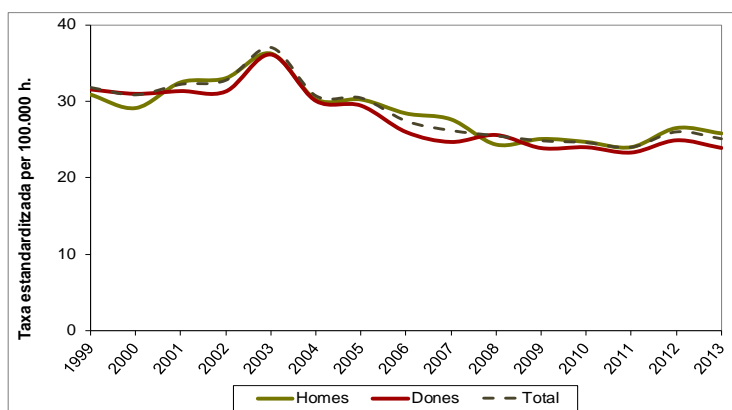
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties mentals</i>	H	24,7	25,8	22,2
		D	24,0	23,9	21,6
		T	24,6	25,1	22,1

El valor de l'indicador no és l'esperat. L'evolució presenta oscil·lacions que fan difícil valorar l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- A Catalunya, l'any 2014, el 15,9% de la població de 15 anys i més té o ha tingut depressió o ansietat, i el 8,5% està en risc de patir un trastorn mental. El percentatge és superior en les dones (21,2% i 10,5%, respectivament) que en els homes (10,4% i 6,5%, respectivament)⁸. El 6,2% de les defuncions són atribuïbles a malalties mentals (4,0% en els homes i 8,5% en les dones), de les quals el 96,8% són per demència. L'Alzheimer és una malaltia del sistema nerviós i dels sentits, no inclosa en el grup dels trastorns mentals.
- L'evolució des de 1999 de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals mostra un increment sostingut fins a un màxim l'any 2003, moment a partir del qual s'inicia una reducció ininterrompuda de la taxa.
- En relació amb la resta de comunitats autònomes, Catalunya té una mortalitat relativament alta per trastorns mentals. La mortalitat a Europa per trastorns mentals presenta nivells molt dispersos, però amb un clar component geogràfic, amb taxes més elevades als països del nord i més baixes als del sud.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties mentals per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

^I RMC, 2010.

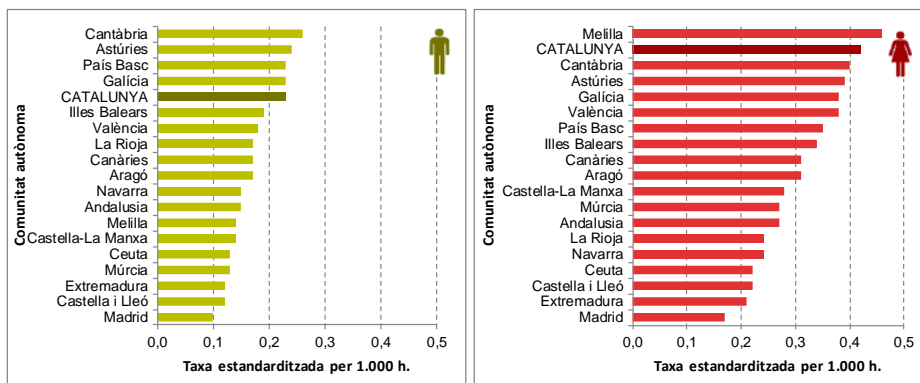
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties mentals per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	0	1	1	0,00	0,29	0,14
25-34	1	1	2	0,20	0,20	0,20
35-44	4	4	8	0,60	0,63	0,61
45-54	10	2	12	1,84	0,37	1,11
55-64	26	13	39	6,32	2,98	4,60
65-74	97	43	140	32,44	12,68	21,94
75-84	391	474	865	195,74	168,25	179,66
85 i més	700	1.975	2.675	1.110,67	1.444,38	1.339,09
Total	1.229	2.513	3.742	33,50	66,34	50,19

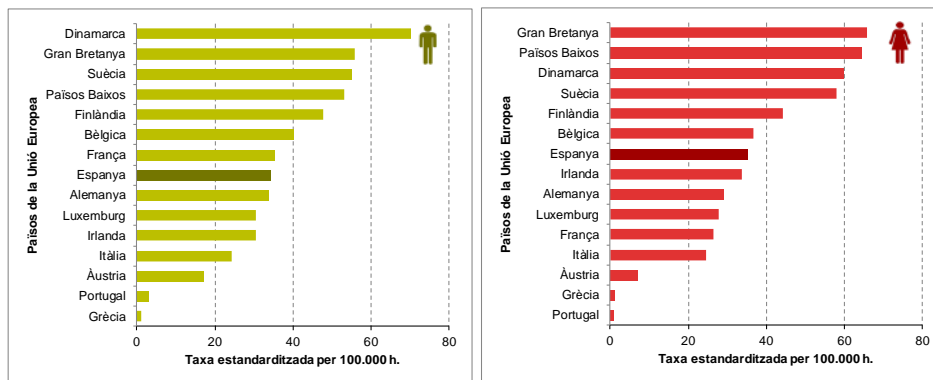
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per trastorns mentals per sexe i comunitat autònoma, 2013



Font: INE 2013.

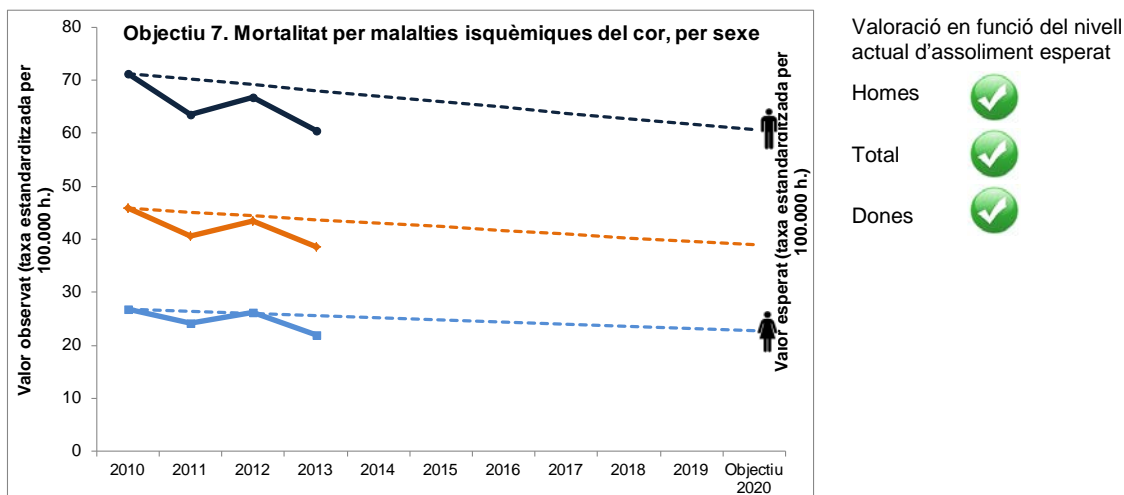
Taxa estandarditzada de mortalitat per trastorns mentals per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

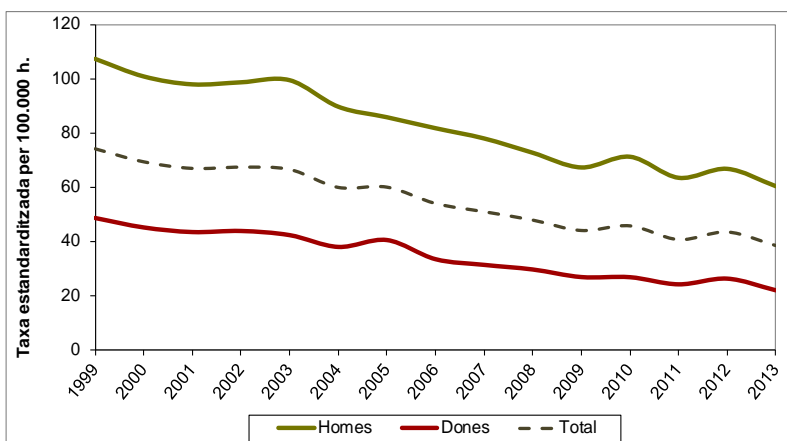
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	H	71,3	60,4	60,6
		D	26,8	22,0	22,8
		T	45,8	38,5	38,9

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- La mortalitat per malalties isquèmiques del cor són el grup més important dins de les defuncions per malalties de l'aparell circulatori, ja que representen el 26,4% d'aquestes defuncions (33,6%, en els homes, i 20,3%, en les dones).
- L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per malalties isquèmiques del cor mostra una tendència decreixent des de l'any 1999, amb una lleugera reducció de la mortalitat diferencial entre homes i dones.
- Pel que fa a la mortalitat per aquesta causa en relació amb la resta de comunitats autònomes, la taxa de Catalunya se situa per sota de la mitjana d'Espanya.
- En comparació amb Europa, Espanya i Catalunya se situen entre els territoris amb una mortalitat més baixa per malalties isquèmiques del cor.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

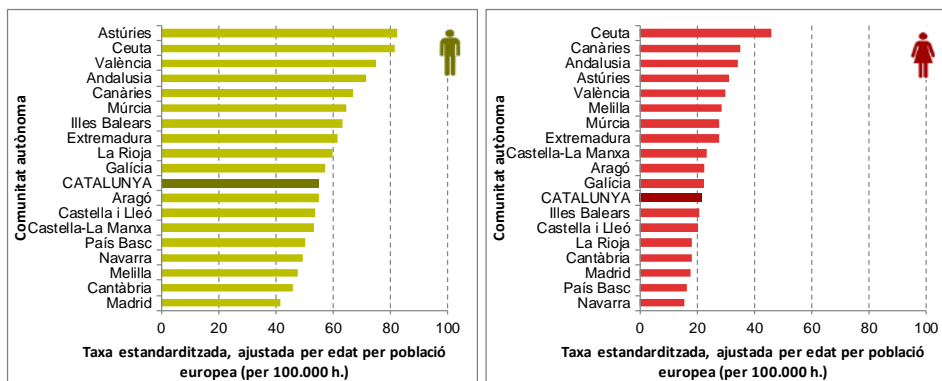
^I RMC, 2010.
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	3	1	4	0,83	0,29	0,57
25-34	4	2	6	0,79	0,39	0,59
35-44	26	9	35	3,87	1,43	2,69
45-54	144	18	162	26,51	3,35	14,99
55-64	274	37	311	66,63	8,48	36,69
65-74	457	127	584	152,85	37,46	91,53
75-84	866	507	1.373	433,54	179,97	285,17
85 i més	857	1.167	2.024	1.359,78	853,46	1.013,21
Total	2.631	1.868	4.499	71,72	49,31	60,34

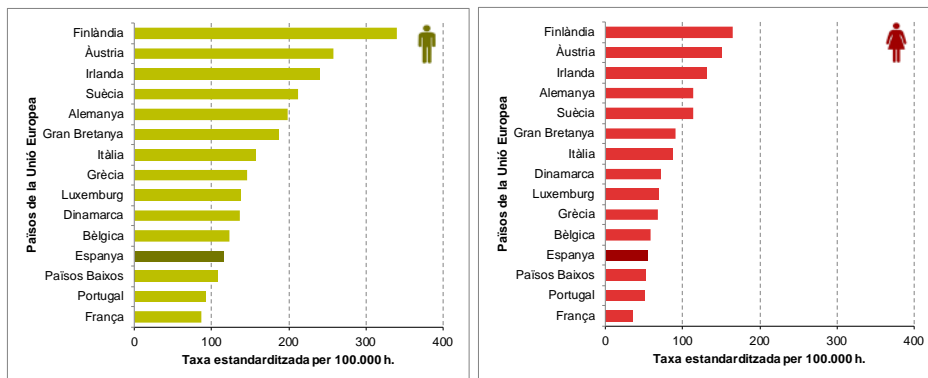
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte, 2012.

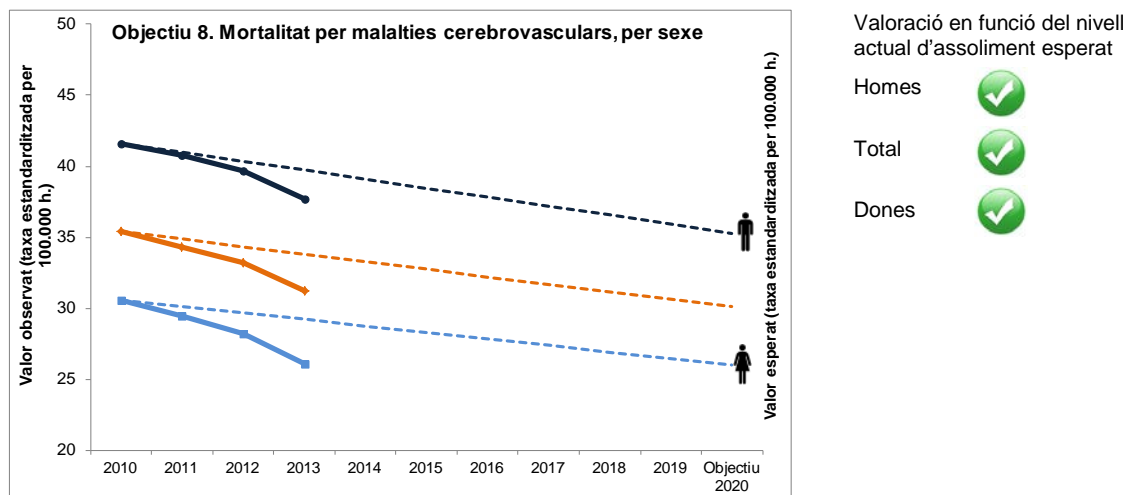
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties isquèmiques del cor per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

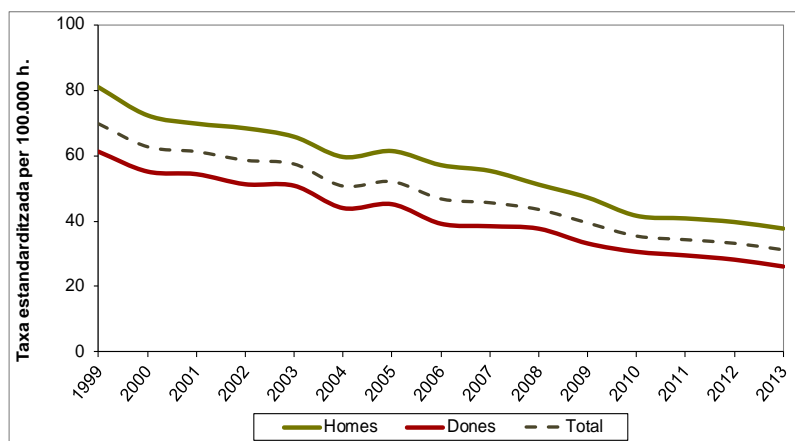
Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculares</i>	H	41,6	37,7	35,3
		D	30,6	26,1	26,0
		T	35,4	31,2	30,1

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.



- La mortalitat per malalties cerebrovasculares és el segon grup més important en nombre de defuncions dins de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, ja que representa el 22,8% d'aquestes defuncions (el 21,5% en els homes i el 23,9% en les dones).
- L'evolució de les taxes estandarditzades de mortalitat per malalties cerebrovasculares mostra una davallada constant en el període 1999-2013, i una reducció entre sexes de les taxes de mortalitat.
- A Catalunya, la mortalitat per malalties cerebrovasculares en relació amb altres comunitats autònomes se situa per sota de la mitjana d'Espanya, tant en homes com en dones. I si bé la mortalitat femenina és superior a la masculina, la posició relativa de les dones per comunitats autònomes és millor que la dels homes. En comparació amb Europa, Espanya se situa entre els territoris amb una mortalitat més baixa per malalties cerebrovasculares.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculares per sexe. Catalunya, 1999-2013



Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

^I RMC, 2010.

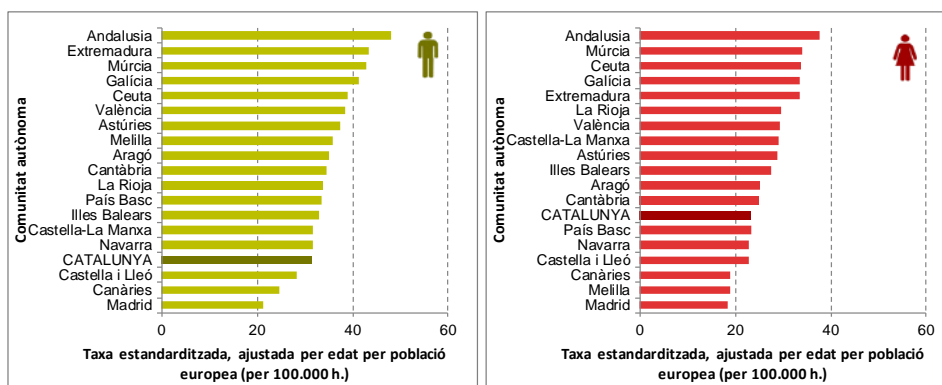
^{II} RMC, 2013.

Defuncions i taxa de mortalitat per malalties cerebrovasculars per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	1	0	1	2,61	0,00	1,34
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	3	0	3	0,83	0,00	0,43
25-34	4	2	6	0,79	0,39	0,59
35-44	24	7	31	3,57	1,11	2,38
45-54	49	34	83	9,02	6,32	7,68
55-64	104	51	155	25,29	11,69	18,29
65-74	219	120	339	73,25	35,39	53,13
75-84	651	620	1.271	325,90	220,08	263,98
85 i més	632	1.368	2.000	1.002,78	1.000,46	1.001,19
Total	1.687	2.202	3.889	45,99	58,13	52,16

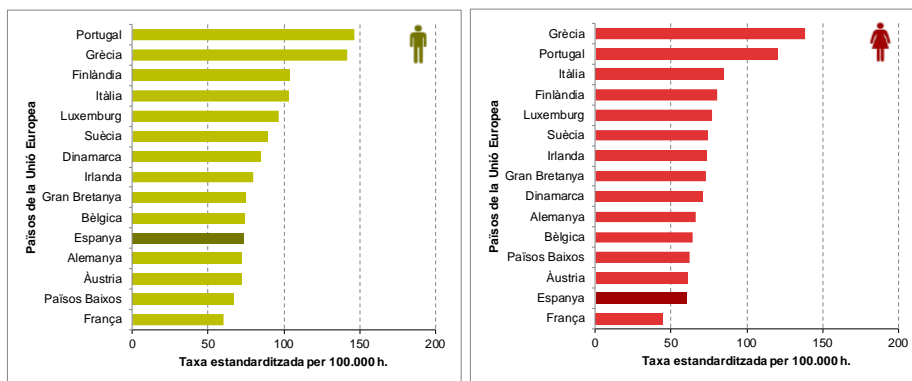
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculars per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte, 2012.

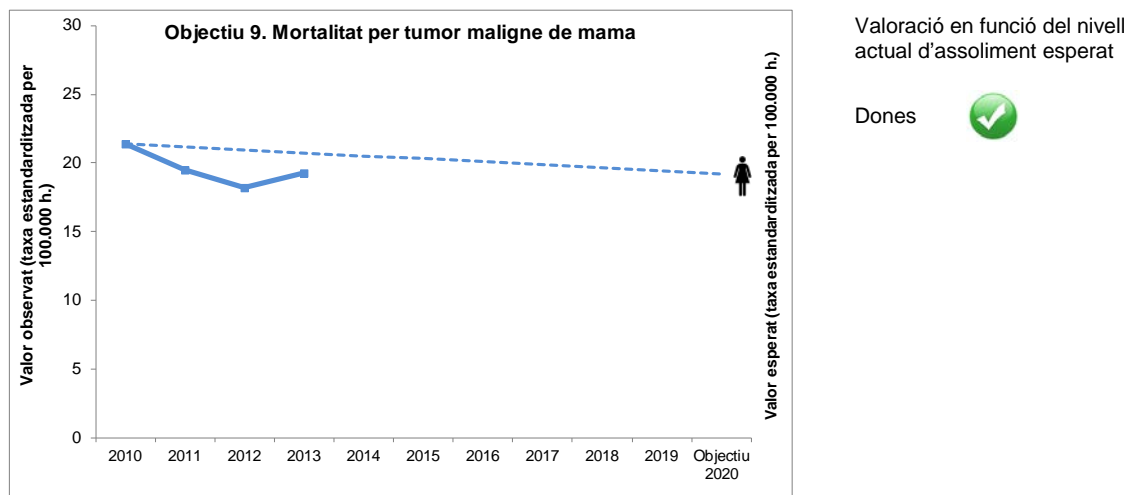
Taxa estandarditzada de mortalitat per malalties cerebrovasculars per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama</i>	H	0,3	0,3	0,3
		D	21,4	19,3	19,2
		T	11,9	10,7	10,7

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.

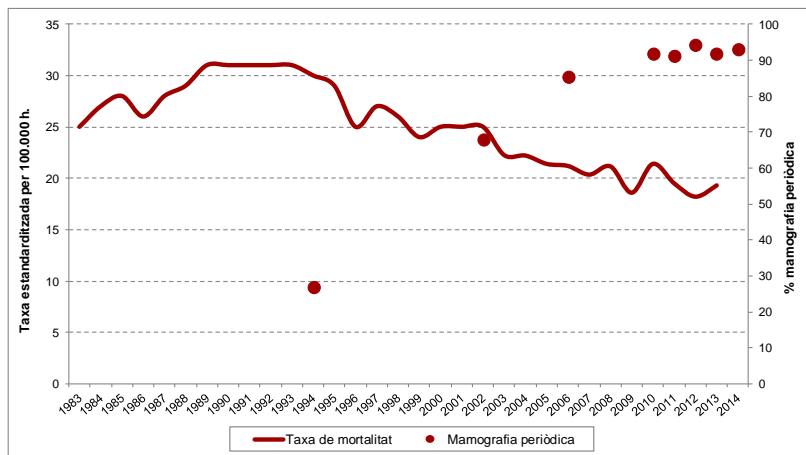


- El càncer de mama és el principal tipus de càncer en dones (1.033 defuncions l'any 2013). El 3,5% de les defuncions en dones són atribuïbles al càncer de mama. Només superen aquest percentatge altres causes de mortalitat com les demències, les malalties cerebrovasculars, les malalties isquèmiques del cor, l'Alzheimer i la insuficiència cardíaca, totes elles concentrades en edats més avançades.
- En els darrers anys, han disminuït de les taxes estandarditzades de mortalitat per aquesta causa. S'estima que continuarà la tendència decreixent de la mortalitat per aquest tumor en els propers anys per la detecció precoç i les millores de tractament.
- El cribratge de càncer de mama ha demostrat que és una mesura efectiva per a la detecció precoç, l'augment de la supervivència i la disminució de la mortalitat. El percentatge de dones de 50 a 69 anys que es realitza una mamografia periòdica ha passat del 26,8% l'any 1994 al 92,9% el 2014.
- La supervivència relativa al cap de cinc anys per càncer de mama a Catalunya per als casos diagnosticats en el període 2000-2004 és del 82,8%⁹.
- L'any 2013 es van convidar 413.976 dones en el Programa de detecció precoç de càncer de mama, de les quals van participar-hi el 65,4% i es van detectar 1.099 càncers.
- La mortalitat per càncer de mama a Catalunya en relació amb altres comunitats autònomes se situa per sota de la mitjana d'Espanya, En comparació amb Europa, Espanya presenta la mortalitat més baixa per càncer de mama.

^I RMC, 2010.

^{II} RMC, 2013.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones. Catalunya, 1999-2013 i Evolució del percentatge de dones de 50-69 anys que es fa una mamografia periòdica. Catalunya, 1994-2014



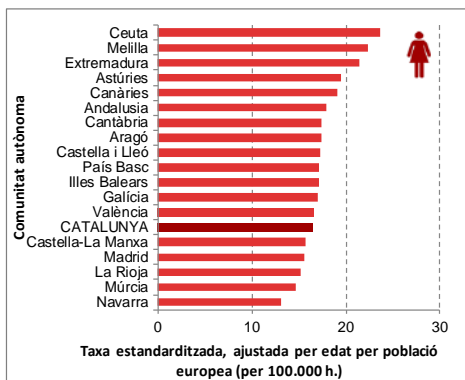
Font: RMC, 1999-2013 i ESCA, 1994-2014

Defuncions i taxa de mortalitat per tumor maligne de mama en dones per grup d'edat. Catalunya, 2013

	Defuncions	Taxes (100.000 hab.)
0	0	0,00
1-4	0	0,00
5-14	0	0,00
15-24	0	0,00
25-34	5	0,98
35-44	61	9,67
45-54	130	24,17
55-64	175	40,11
65-74	177	52,20
75-84	259	91,94
85 i més	226	165,28
Total	1.033	27,27

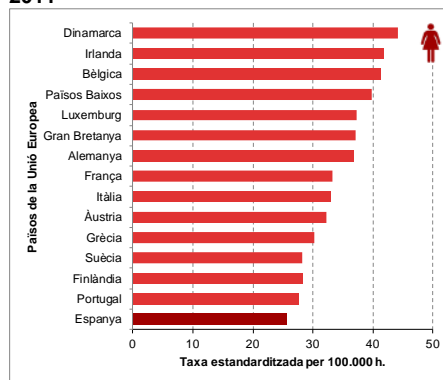
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones per comunitat autònoma, 2012



Font: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte, 2012.

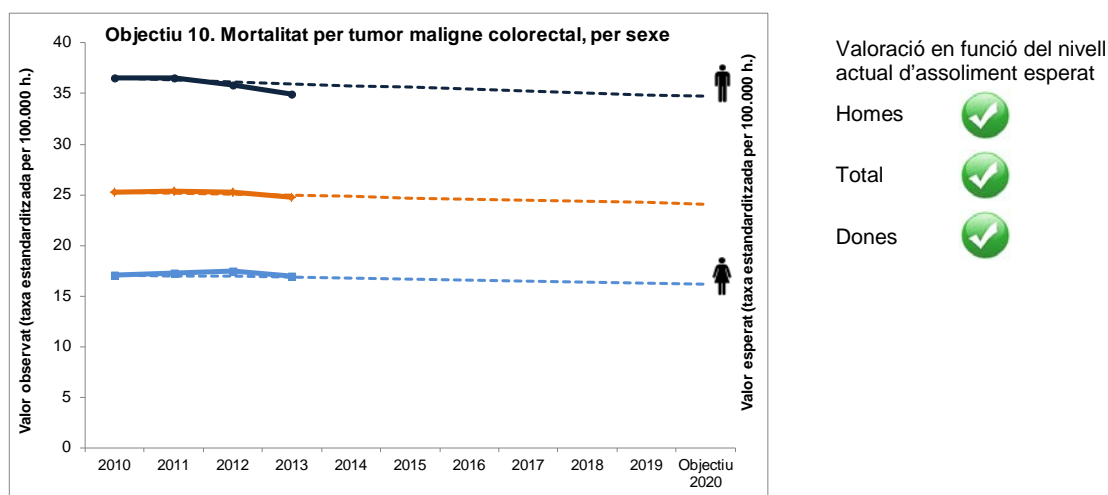
Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer de mama en dones per 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal</i>	H	36,5	34,9	34,7
		D	17,1	17,0	16,2
		T	25,3	24,8	24,1

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.

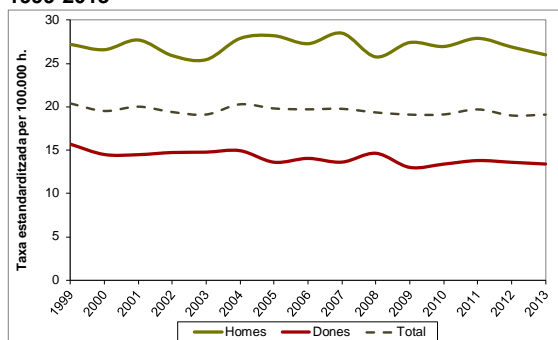


- Entre un 35% i un 40% dels càncers colorectals són de recte i anus i la resta són de còlon.
- La taxa de mortalitat per tumors malignes de budell gros és del 18,9 per 100.000 habitants i la de recte i anus és del 5,9 per 100.000 habitants. La diferència de mortalitat entre aquests dos tipus de càncer està relacionada amb la diferent freqüència de cada localització, ja que la supervivència relativa és similar entre ambdós tipus de tumors.
- En el darrer decenni, s'observa un manteniment de les taxes estandarditzades de mortalitat per tots dos tipus de tumors malignes.
- El Programa de detecció precoç de càncer de còlon i recte, amb la prova de detecció de sang oculta en femta, està en fase d'extensió a tota la població diana de Catalunya (homes i dones de 50-69 anys). L'any 2013 s'hi van convidar 169.269 persones, de les quals hi van participar el 47,8% (80.875 persones), cosa que suposa una cobertura del 28,9% de la població diana. La prova de cribratge va resultar positiva en el 5,4% dels participants (4.186 persones) i es van detectar 166 càncers colorectals i 1.358 persones amb adenomes colorectals d'alt risc. El 73,5% dels càncers invasius es van detectar en estadi precoços (estadi I i II).
- Pel que fa a la mortalitat per càncer colorectal en relació amb la resta de comunitats autònomes, la taxa de Catalunya se situa al voltant de la mitjana d'Espanya entre els homes i per sobre de la mitjana entre les dones.
- En comparació amb Europa, Espanya se situa entre els territoris amb una mortalitat més alta pel que fa als homes i similar a la mitjana en les dones per càncer colorectal.

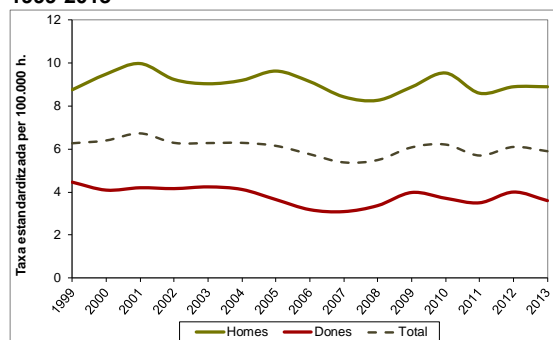
^I RMC, 2010.

^{II} RMC, 2013.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per tumor maligne de budell gros per sexe. Catalunya, 1999-2013



Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per tumor maligne de recte i anus per sexe. Catalunya, 1999-2013



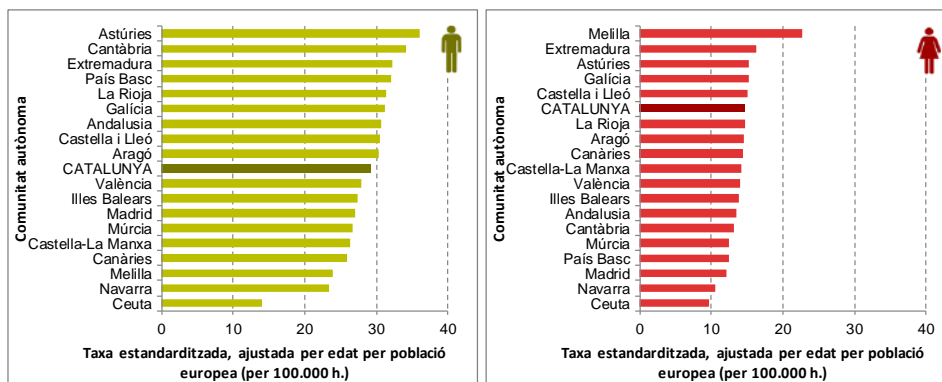
Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

Defuncions i taxa de mortalitat per tumor maligne colorectal per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	1	1	2	0,28	0,29	0,29
25-34	5	3	8	0,98	0,59	0,79
35-44	18	14	32	2,68	2,22	2,46
45-54	70	50	120	12,89	9,30	11,10
55-64	228	129	357	55,44	29,56	42,12
65-74	361	162	523	120,74	47,78	81,97
75-84	476	315	791	238,30	111,81	164,29
85 i més	278	358	636	441,09	261,82	318,38
Total	1.437	1.032	2.469	39,17	27,24	33,11

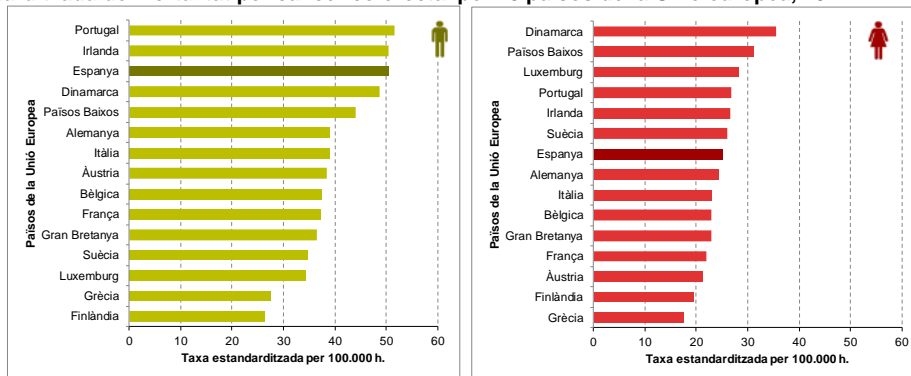
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer colorectal per comunitat autònoma, 2012



Font: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte, 2012.

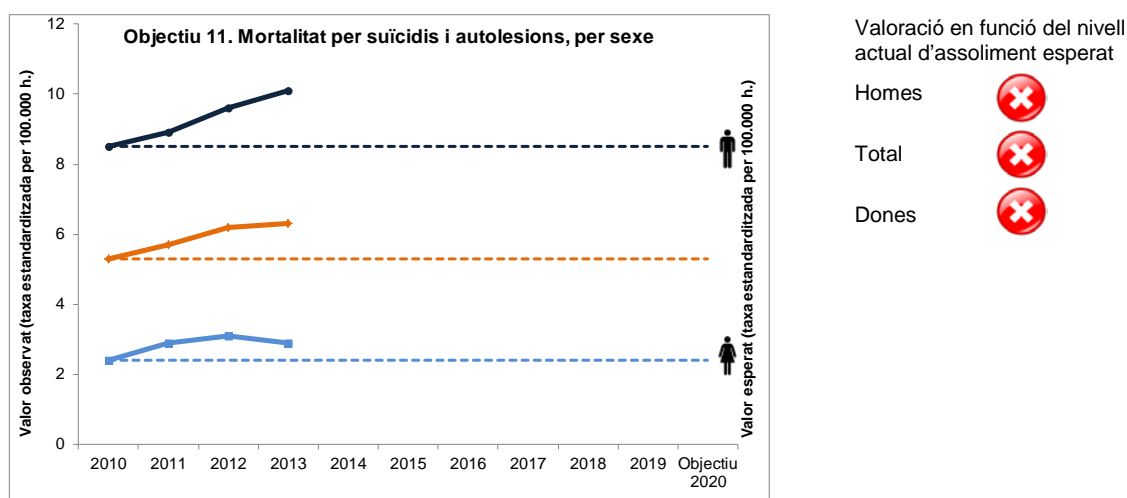
Taxa estandarditzada de mortalitat per càncer colorectal per 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi <i>Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions</i>	H	8,5	10,1	<8,5
		D	2,4	2,9	<2,4
		T	5,3	6,3	<5,3

El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència en el període observat és contrària a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 en els homes i el total. En les dones, la disminució iniciada el darrer any, en cas de mantenir-se, podria conduir a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.

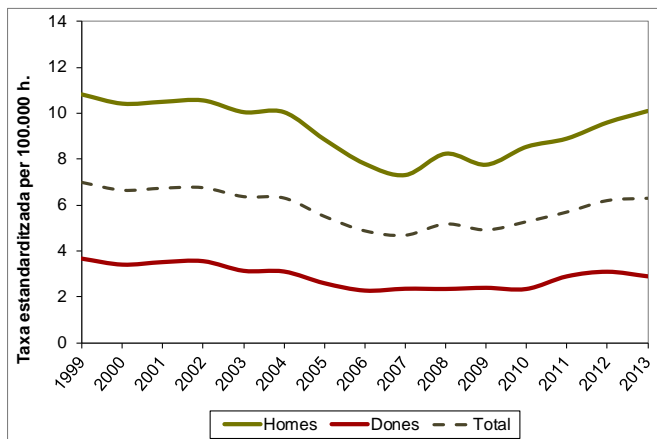


- Les defuncions per suïcidi representen el 0,9% de les defuncions totals de Catalunya, i el 20,6%, dins del gran grup de causes externes (28,2% en els homes i 10,9% en les dones).
- Tres de cada quatre suïcidis són d'homes, el nombre és més alt entre els 45 i 54 anys, i les taxes de mortalitat són més elevades a mesura que els grups tenen més anys. Alguns autors atribueixen l'increment dels suïcidis en la població d'edat avançada a l'afebliment de la integració social, la disminució de poder adquisitiu i la pèrdua del suport familiar¹⁰.
- L'evolució de la taxa estandarditzada de la mortalitat per suïcidi mostra variacions anuals en el període 1999-2013 però cap tendència clara. Alguns estudis mostren un possible increment de la taxa de mortalitat per suïcidis relacionada amb la recessió econòmica.
- La taxa estandarditzada de suïcidis de Catalunya, en els homes, és molt baixa en relació amb altres comunitats autònomes. Pel que fa a les dones, se situa en la mitjana d'Espanya.
- Les taxes de suïcidis a Europa mostren molta variabilitat territorial. De manera general, aquestes són més baixes en els països del sud i més altes en els del nord.

^I RMC, 2010.

^{II} RMC, 2013.

Evolució de la taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidi per sexe. Catalunya, 1999-2013



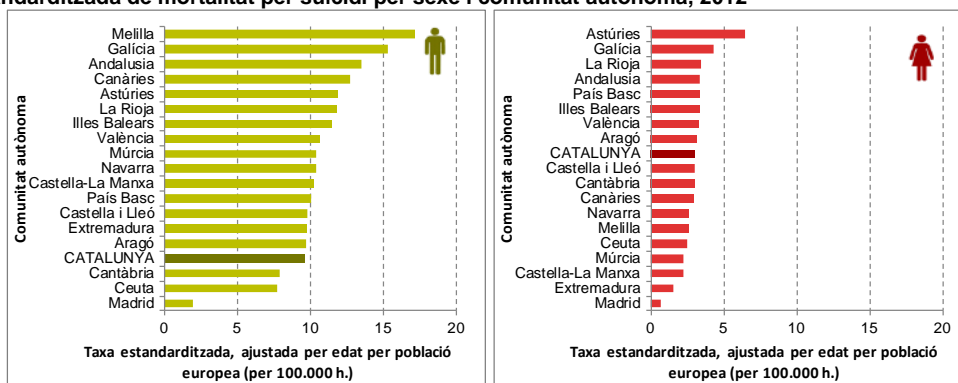
Font: RMC, 1999-2013. Departament de Salut.

Defuncions i taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2013

	Defuncions			Taxes (100.000 hab.)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
1-4	0	0	0	0,00	0,00	0,00
5-14	0	0	0	0,00	0,00	0,00
15-24	11	7	18	3,06	2,05	2,57
25-34	40	13	53	7,87	2,55	5,20
35-44	63	22	85	9,38	3,49	6,52
45-54	105	24	129	19,33	4,46	11,93
55-64	66	18	84	16,05	4,13	9,91
65-74	60	21	81	20,07	6,19	12,69
75-84	42	11	53	21,03	3,90	11,01
85 i més	25	9	34	39,67	6,58	17,02
Total	412	125	537	11,23	3,30	7,20

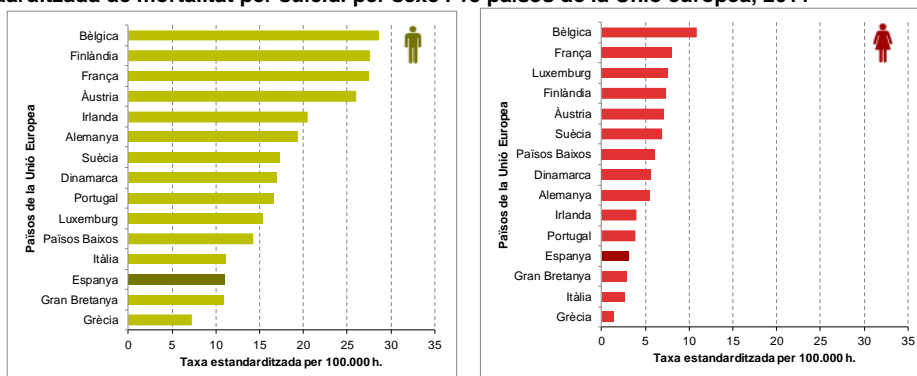
Font: RMC, 2013. Departament de Salut.

Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidi per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte, 2012.

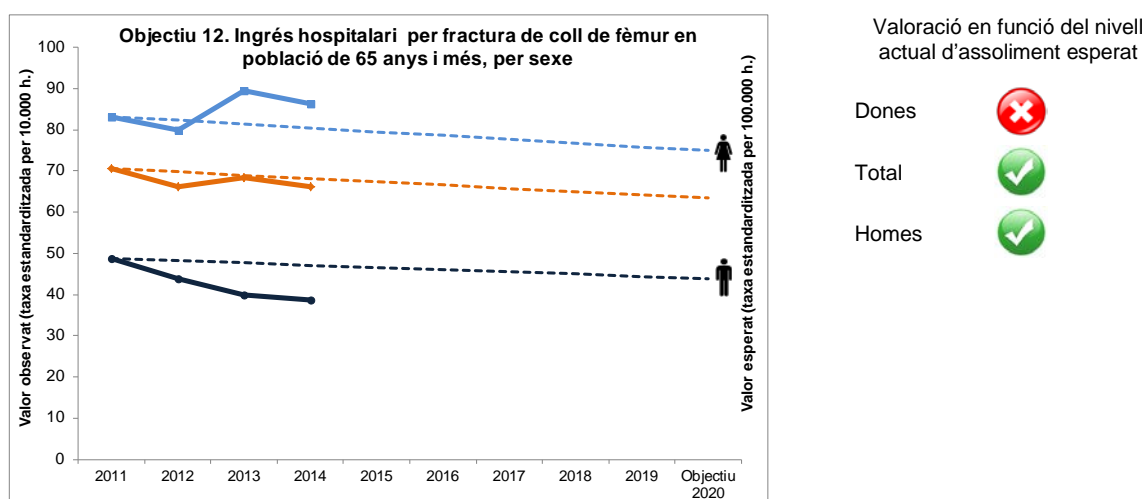
Taxa estandarditzada de mortalitat per suïcidi per sexe i 15 països de la Unió europea, 2011



Font: Eurostat 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur en les persones entre 65 anys i més <i>Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 hab. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més</i>	H	48,7	38,6	43,9
		D	83,2	86,3	74,9
		T	70,5	66,1	63,4

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat, en els homes i el total. En les dones, el valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2020 en els homes i el total. En les dones, en cas de mantenir-se la disminució iniciada el darrer any, es podria assolir l'objectiu 2020.



- A Catalunya, l'any 2014, es van produir 8.839 fractures de coll de fèmur en persones de 65 anys i més. Les fractures de coll de fèmur s'incrementen exponencialment amb l'edat, de manera que pràcticament la taxa es duplica per cada cinc anys més d'edat. A grans trets, un 10% es produeixen en població de 65 a 74 anys; un 40%, en població de 75 a 84 anys i un 50%, en població de 85 anys i més. Tres quartes parts de les hospitalitzacions per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més són de dones i la taxa de les dones duplica la dels homes.
- En els darrers anys s'ha produït un increment en el nombre de fractures de coll de fèmur en un context d'augment del nombre de persones en edat avançada. La taxa estandarditzada es manté estable.
- Hi ha evidència que la mortalitat i la discapacitat secundàries a la fractura de coll de fèmur poden disminuir si la demora per intervenir la fractura és inferior a les 48 hores i si l'abordatge del malalt es fa de forma integrada.
- La taxa d'incidència estandarditzada de les fractures de coll de fèmur a Catalunya en població de 65 anys o més és de les més elevades en comparació amb la resta de comunitats autònomes¹¹.

^I CMBDHA, 2011.

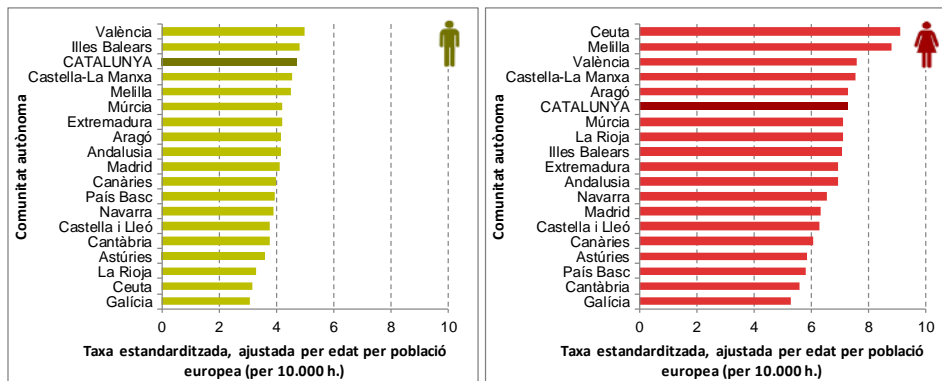
^{II} CMBDHA, 2014.

Nombre de contactes i taxes específiques per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Contactes			Taxa per 10.000 hab.		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
65-69	105	214	319	6,0	10,8	8,5
70-74	185	347	532	14,3	23,0	19,0
75-79	317	783	1.100	28,5	53,5	42,7
80-84	529	1.591	2.120	60,8	118,7	95,9
85-89	620	2.015	2.635	134,8	226,2	195,1
90-94	359	1.313	1.672	227,0	325,4	297,7
95 i més	81	380	461	271,1	338,6	324,4
Total 65 i més	2.196	6.643	8.839	38,6	86,3	66,1

Font: CMBDHA, 2014. Departament de Salut.

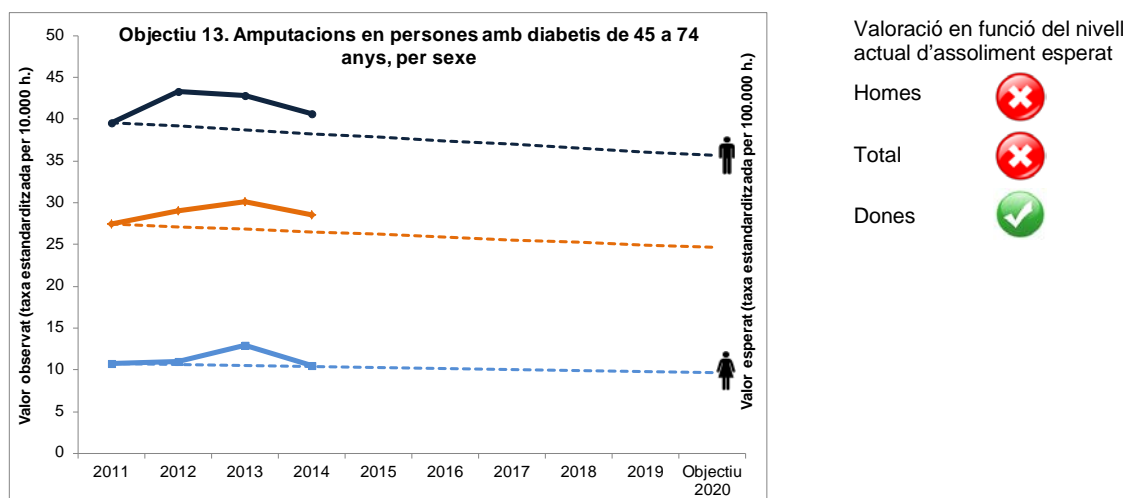
Taxa estandarditzada d'hospitalització per fractura de coll de fèmur, per sexe i comunitat autònoma, 2012



Font: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas – CMBD, 2012.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2020
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys <i>Taxa d'amputacions per 10.000 hab. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys</i>	H	39,6	40,7	35,6
		D	10,8	10,5	9,7
		T	27,4	28,5	24,7

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en la línia a l'esperat, en les dones. En els homes i el total, el valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador apuntada el darrer any, en cas de mantenir-se, permetria l'assoliment de l'objectiu l'any 2020.

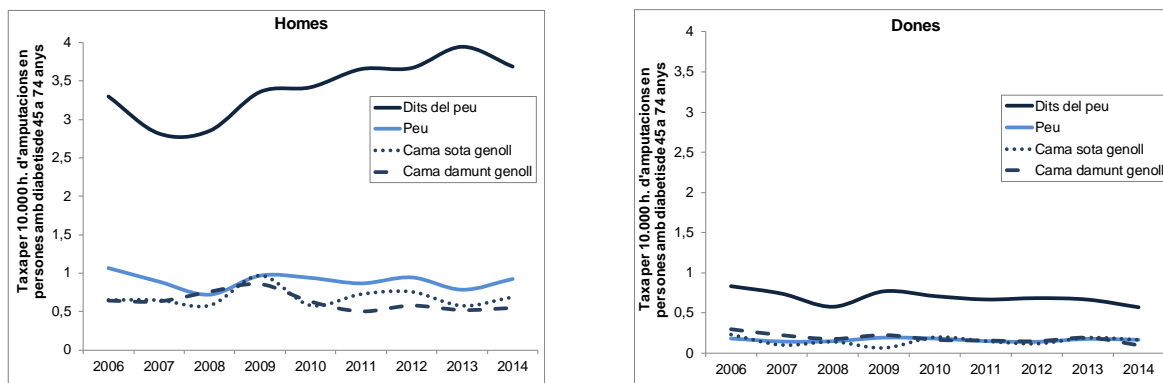


- L'any 2014, a Catalunya, el nombre estimat de persones amb diabetis de 15 anys i més és de més de 474.000, de les quals 264.000 tenen entre 45 i 74 anys. La prevalença poblacional de la diabetis en persones adultes de 15 anys i més és del 7,4% (8,0% en homes i 6,9% en dones). A mesura que els grups tenen més anys, el percentatge de població amb diabetis és més elevat, especialment a partir dels 65 anys, i les diferències de la prevalença entre homes i dones són més grans. En la població de 45 a 74 anys la prevalença de diabetis és del 10,1%, més elevada en els homes (12,4%) que en les dones (7,9%).
- Entre el 10% i el 15% dels pacients amb diabetis desenvolupen una úlcera de peu diabètic. La prevalença de malaltia vascular perifèrica és el doble en persones amb diabetis si es compara amb la població general, cosa que comporta que la diabetis sigui un important factor de risc d'amputació¹².
- A Catalunya, la taxa d'amputacions en els homes és superior a la de les dones, i se n'observa una diferent distalitat, ja que les amputacions en els homes són més freqüents però de menys gravetat. Aquesta diferència en la proporció d'amputacions per sexe és consistent amb altres estudis realitzats a Espanya¹³ i a altres països^{14,15}.
- Catalunya es troba entre els països de la Unió Europea amb una menor hospitalització per complicacions de la diabetis. Destaca, especialment, la baixa hospitalització per amputacions.

^I CMBDHA, 2011.

^{II} CMBDHA, 2014.

Evolució de la taxa d'amputacions en la població amb diabetis de 45 a 74 anys segons distalitat per sexe. Catalunya, 2006-2014



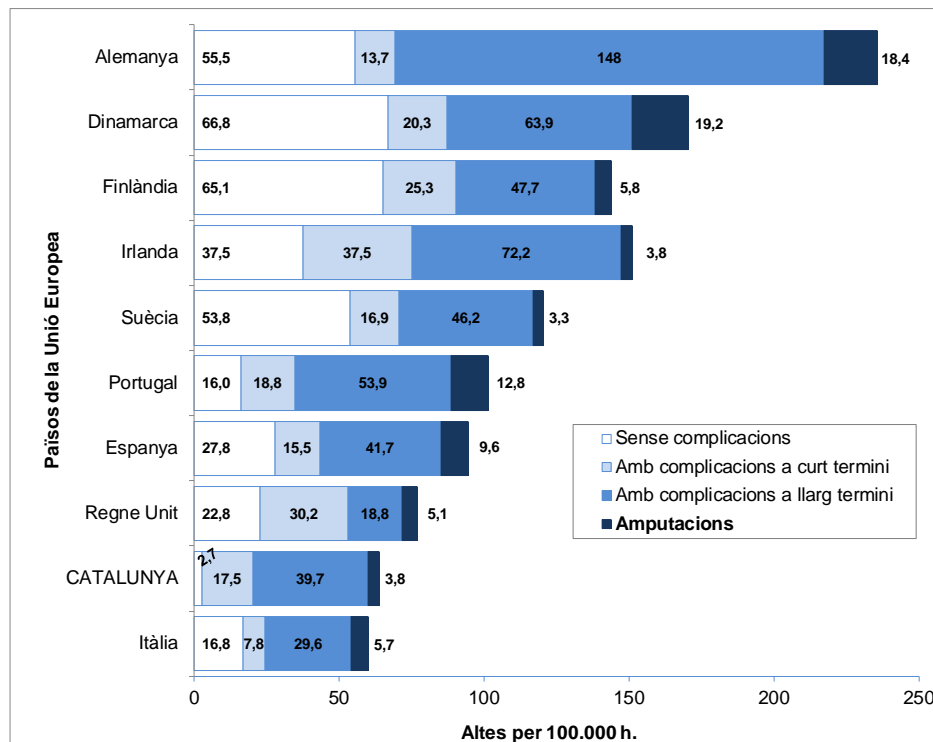
Font: CMBDHA, 2006-2014. Departament de Salut.

Nombre d'amputacions i taxes específiques en població amb diabetis de 45 a 74 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Nombre d'amputacions			Taxa per 10.000 hab.		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
45-49	31	4	35	1,0	0,1	0,6
50-54	63	12	75	2,5	0,5	1,5
55-59	126	28	154	5,7	1,2	3,4
60-64	167	31	198	8,7	1,5	4,9
65-69	158	16	174	9,0	0,8	4,7
70-74	154	31	185	11,9	2,1	6,6
Total 45-74	699	122	821	5,5	0,9	3,1

Font: CMBDHA, 2014. Departament de Salut.

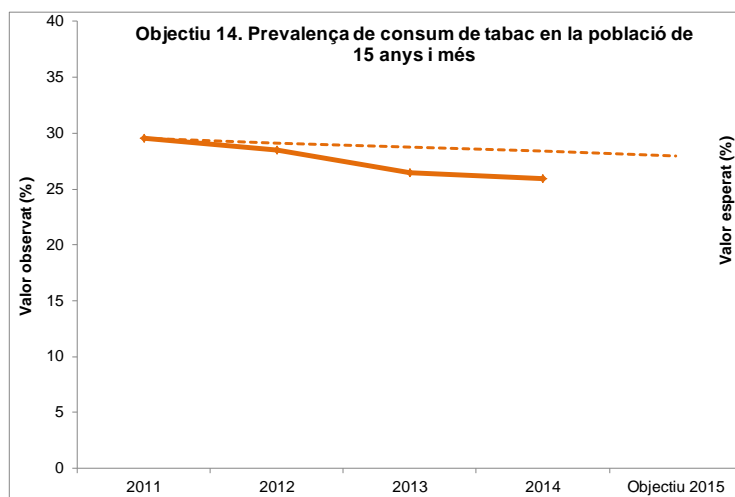
Hospitalitzacions per diabetis en països europeus (per 100.000 h.)



Font: OCDE 2009-2011 i CMBD-HA 2012.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
14	Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme <i>Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)</i>	H	35,8	31,8	---
		D	23,4	20,3	---
		T	29,5	25,9	d28,0

L'indicador mostra un ritme satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total

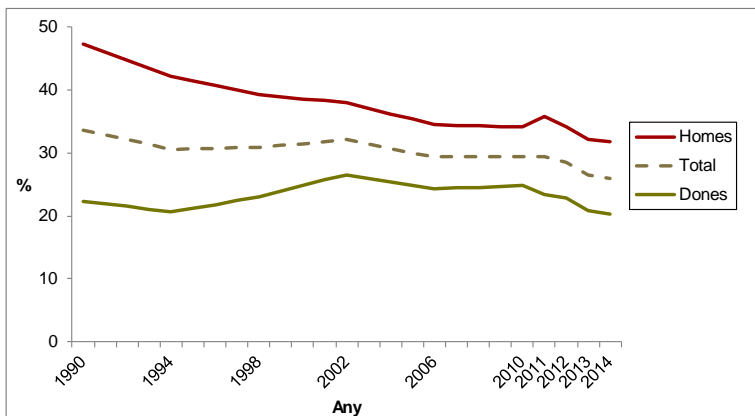


- Als països desenvolupats, el consum de tabac constitueix la primera causa prevenible de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures. El tabaquisme és un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques i d'un nombre important de neoplàsies.
- A Catalunya, l'any 2014, el 25,9% de la població de 15 anys i més és fumadora (diària o ocasional), el 31,8% dels homes i el 20,3% de les dones. El percentatge de població de 15 anys i més que fuma diàriament a Catalunya és del 23,5% (29,0% els homes i 18,2% les dones). Els homes tenen prevalències superiors a les dones en totes les edats.
- En els darrers 20 anys, s'ha reduït el tabaquisme entre els homes i s'ha mantingut estable entre les dones.
- En relació amb altres comunitats autònomes, Catalunya té una prevalença de tabaquisme de les més baixes entre la població femenina de 15 anys i més i per sobre de la mitjana d'Espanya pel que fa als homes.
- En el conjunt de països de la Unió Europea (12 països), l'any 2014, la prevalença de consum diari de tabac dels homes i dones a Espanya se situa bastant per sobre de la mitjana europea.

^I ESCA, 2011.

^{II} ESCA, 2014.

Evolució de la prevalença de consum de tabac (diari i ocasional) en la població de 15 anys i més, per sexe. Catalunya, 1990-2014



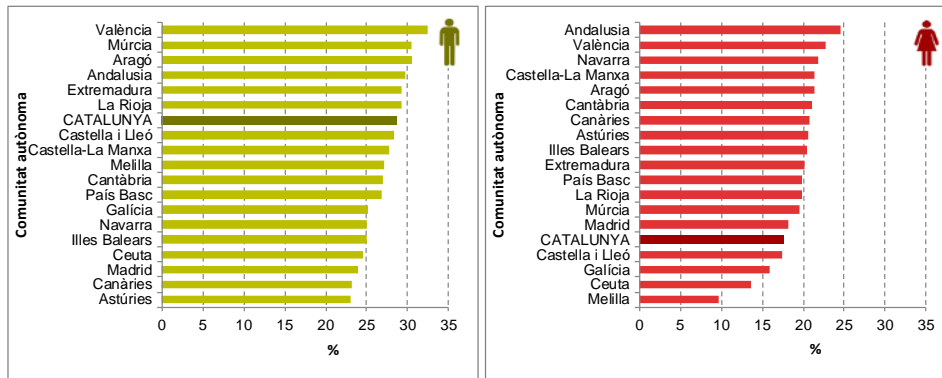
Font: Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1990, 1998. Departament de salut. Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Homes			Dones			Total		
	diari	ocasional	total	diari	ocasional	total	diari	ocasional	total
15-24	23,7	6,8	30,5	17,0	4,5	21,5	20,5	5,7	26,2
25-34	45,7	4,3	50,0	25,0	3,7	28,7	35,5	4,0	39,5
35-44	33,2	1,9	35,2	26,4	1,2	27,6	29,9	1,5	31,4
45-54	35,0	1,9	37,0	22,0	1,8	23,8	28,6	1,8	30,5
55-64	23,1	1,4	24,5	17,9	1,5	19,4	20,4	1,5	21,9
65-74	10,6	1,3	12,0	5,8	1,7	7,6	8,1	1,5	9,6
75 i més	6,9	2,6	9,6	0,6	0,6	1,3	3,2	1,4	4,6
Total	29,0	2,8	31,8	18,2	2,1	20,3	23,5	2,4	25,9

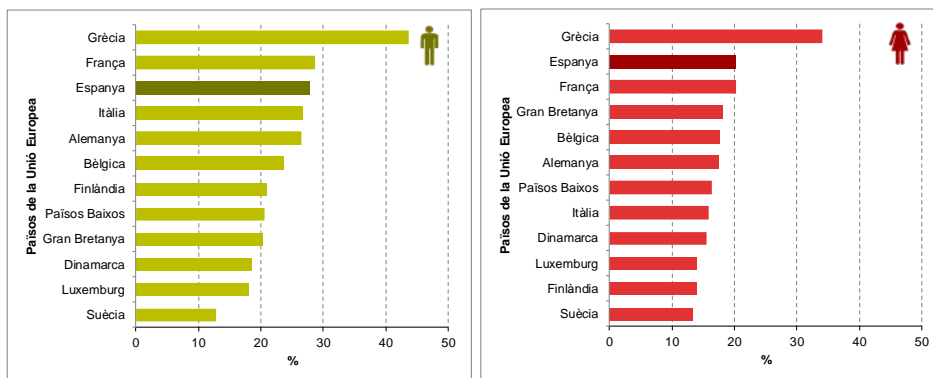
Font: ESCA, 2014. Departament de Salut.

Prevalença de consum diari de tabac en la població de 15 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2011



Font: MSSSI i INE, 2011.

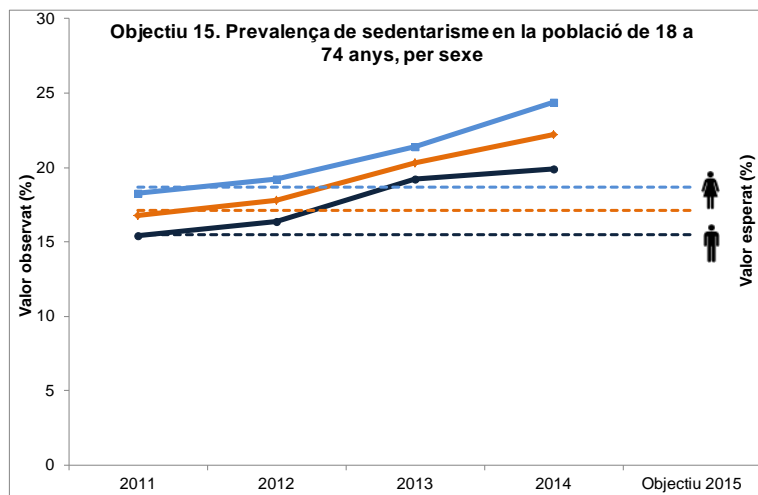
Prevalença de consum diari de tabac en la població de 15 anys i més per sexe i 12 països de la Unió europea



Font: OECD, 2014.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
15	Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme <i>Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)</i>	H	15,4	19,9	<15,5
		D	18,3	24,4	<18,7
		T	16,8	22,2	<17,1

El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és contrària a la prevista i no es preveu l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

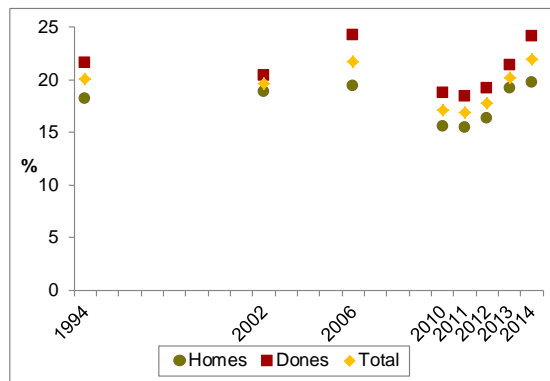
Dones	✗
Total	✗
Homes	✗

- El sedentarisme és un factor de risc important per a una gran part dels problemes de salut crònics, cardiovasculars, diabetis tipus 2, càncer de mama i pulmó entre d'altres. És també la causa a nivell mundial d'un 9% de la mortalitat prematura¹⁶. El seu impacte en la salut està al nivell del consum de tabac i l'obesitat en el món¹⁷. S'estima que a Catalunya més de 3.000 morts anuals es relacionen amb el sedentarisme i la manca d'un nivell d'activitat física adequat. Però la importància en la salut del sedentarisme de la població és degut, sobretot, a l'alta prevalença més que no pas pel risc de mort.
- L'any 2014, a Catalunya, el 22,2% de la població de 18 a 74 anys és sedentària (19,9% els homes i 24,4% les dones). A partir dels 45 anys les diferències entre sexes són poc rellevants.
- L'evolució del sedentarisme en el període 1994-2014 mostra un augment.
- En relació amb altres comunitats autònomes, el percentatge de població de 16 anys i més sedentària a Catalunya se situa en la mitjana d'Espanya pel que fa als homes i per sobre de la mitjana entre les dones.

^I ESCA, 2011.

^{II} ESCA, 2014.

Evolució de la prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 1994-2014



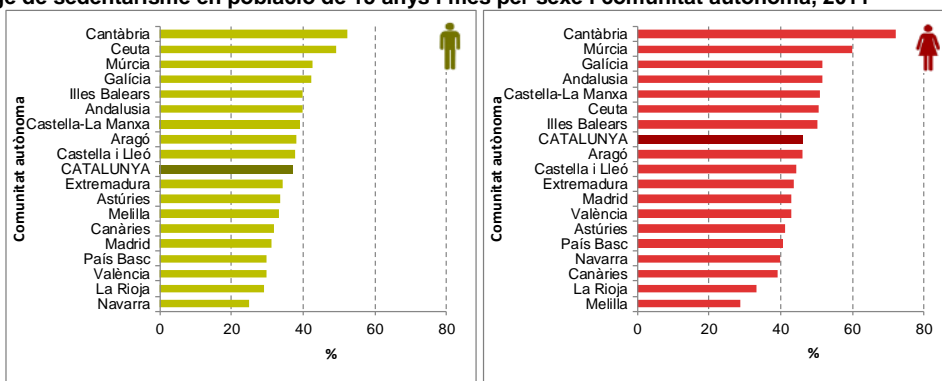
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Prevalença de sedentarisme en la població de 18 a 74 anys (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Homes	Dones	Total
18-44	14,3	22,4	18,3
45-64	23,7	24,1	23,9
65-74	35,0	33,2	34,0
Total (18-74)	19,9	24,4	22,2

Font: ESCA, 2014. Departament de Salut.

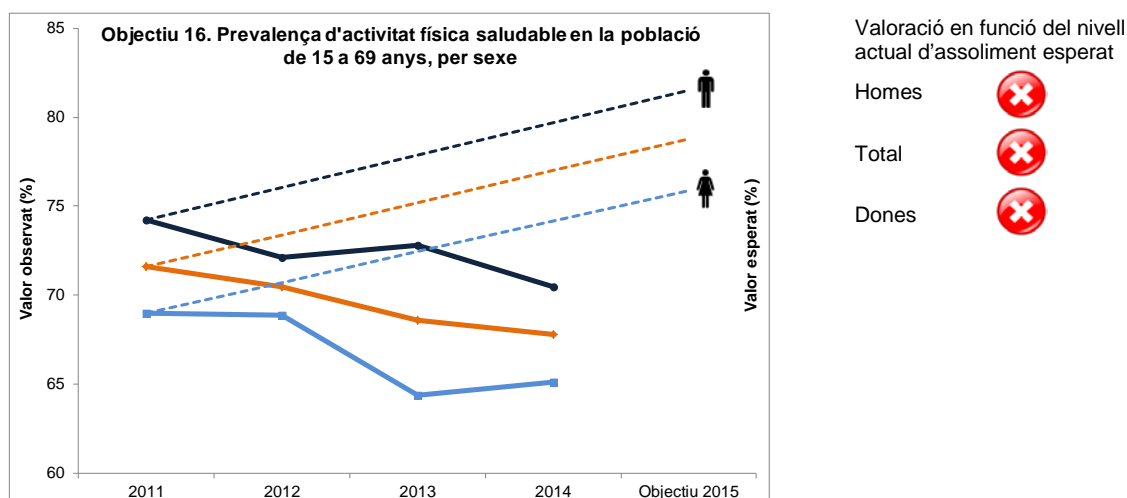
Percentatge de sedentarisme en població de 15 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2011



Font: MSSSI i INE, 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana <i>Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)</i>	H	74,1	70,5	81,5
		D	69,0	65,1	75,9
		T	71,6	67,8	78,8

El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és contrària a la prevista, no es preveu l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

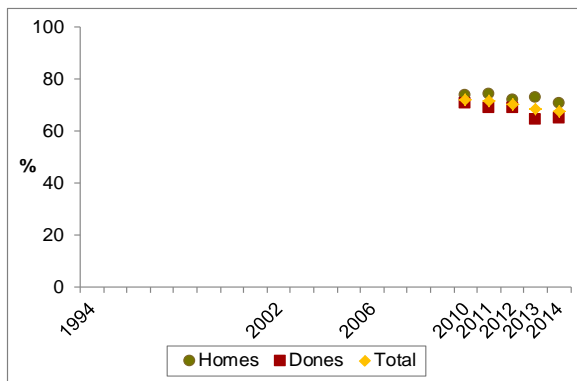


- Nombrosos estudis han mostrat que practicar un mínim de trenta minuts d'activitat física moderada cinc cops per setmana redueix a la meitat el risc de patir malalties cardiovasculars, diabetis tipus 2 i obesitat. Practicar activitat física de manera habitual també disminueix l'estrès, l'ansietat, la depressió i millora la salut mental en general. L'activitat física acumulada al llarg del dia i integrada en la rutina diària és, per tant, una eina de promoció de la salut i prevenció i control de les malalties.
- A Catalunya, el percentatge de població de 15 a 69 anys que realitza una activitat física moderada és del 55,1%. La pràctica d'una activitat física moderada augmenta a mesura que els grups són de més edat i és superior en les dones. El percentatge de població de 15 a 69 anys que realitza una activitat física alta és del 12,7%, percentatge més alt entre els homes i que disminueix a mesura que la població té més edat.
- Des de l'any 2011, l'evolució de la població de 15 a 69 anys que realitza una activitat física saludable (moderada i alta) mostra un descens.
- En relació amb altres comunitats autònomes, la població de 16 anys i més que realitza activitat física moderada o intensa a Catalunya se situa per sota de la mitjana estatal, tant en homes com en dones.

^I ESCA, 2011.

^{II} ESCA, 2014.

Evolució de la prevalença d'activitat física saludable en població de 15 a 69 anys, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 2010-2014



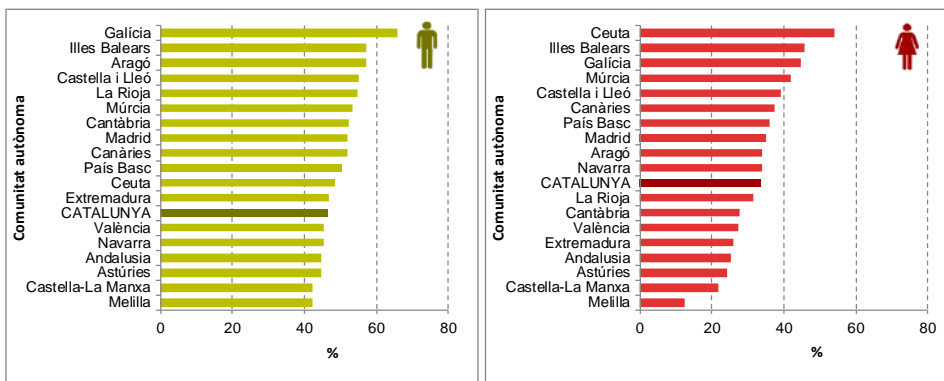
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en la població de 15 a 69 anys (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Saludable			Moderada			Alta		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
15-44	71,5	66,5	69,1	50,0	55,8	52,8	21,5	10,8	16,2
45-69	69,3	63,2	66,2	57,9	58,0	58,0	11,4	5,2	8,2
Total (15-69)	70,5	65,1	67,8	53,3	56,8	55,1	17,2	8,3	12,7

Font: ESCA, 2014. Departament de Salut.

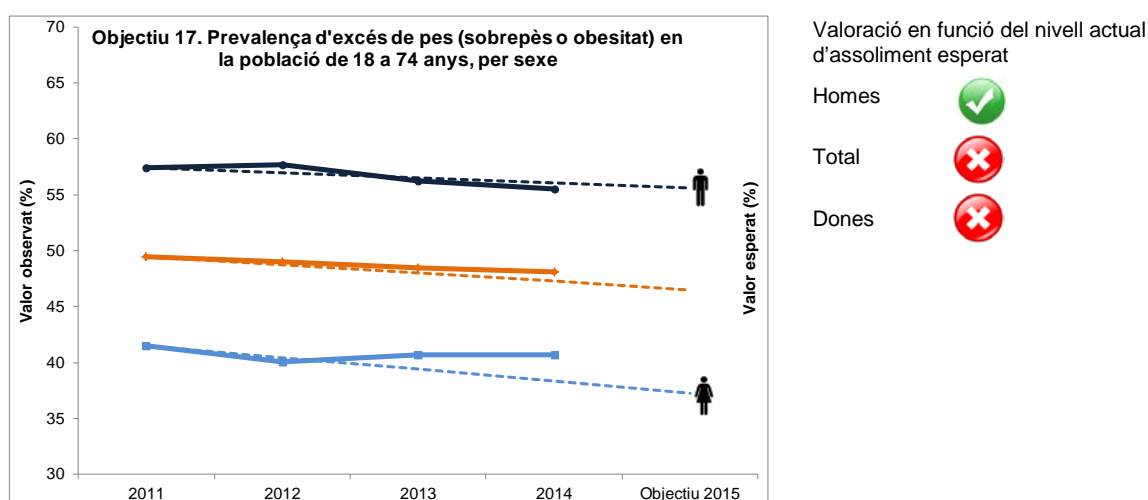
Percentatge d'activitat física moderada o intensa realitzada durant la darrera setmana en població de 15 a 69 anys per sexe i comunitat autònoma, 2011



Font: MSSSI i INE, 2011.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
17	Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població <i>Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)</i>	H	57,4	55,5	<55,6
		D	41,5	40,7	<37,3
		T	49,5	48,1	<46,5

L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori entre el homes, en línia amb el valor esperat, i per sota de l'esperat entre les dones i en el total. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015 entre els homes. En el cas de les dones, en cas de mantenir-se la tendència dels darrers dos anys no s'assoliria l'objectiu l'any 2015.

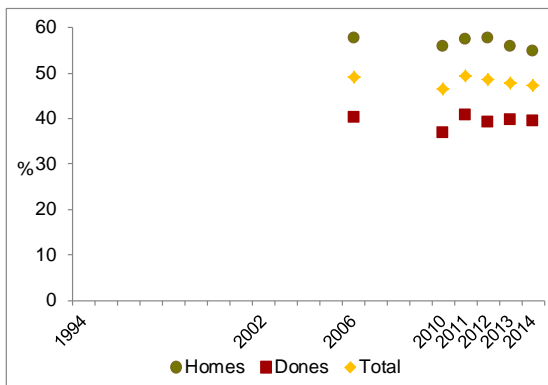


- L'any 2014, les dades de pes i talla declarades a l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) mostren que gairebé la meitat de la població de 18 a 74 anys (48,1%) té excés de pes (sobrepès o obesitat). El 33,1% té sobrepès i el 15,0% obesitat. Mentre que el sobrepès afecta més els homes (40,4%) que les dones (25,7%), els percentatges d'obesitat són molt similars per a tots dos sexes (15,1% en homes i 15,0% en dones). L'excés de pes augmenta a mesura que els grups són de més edat.
- L'excés de pes presenta una prevalença estable entre 2011 i 2014 en la població de 18 a 74 anys, tot i que ha disminuït lleugerament el darrer any.
- En relació amb la mitjana d'Espanya, la prevalença d'excés de pes en població de 18 anys i més a Catalunya l'any 2011 se situa per sota i és de les més baixes, tant en homes com en dones.
- Respecte als països europeus (7 països), Espanya té el percentatge més alt de població de 18 a 74 anys amb excés de pes.

^I ESCA, 2011.

^{II} ESCA, 2014.

Evolució de la prevalença d'excés de pes en població de 18 a 74 anys, per sexe (% estandarditzats). Catalunya, 2006-2014



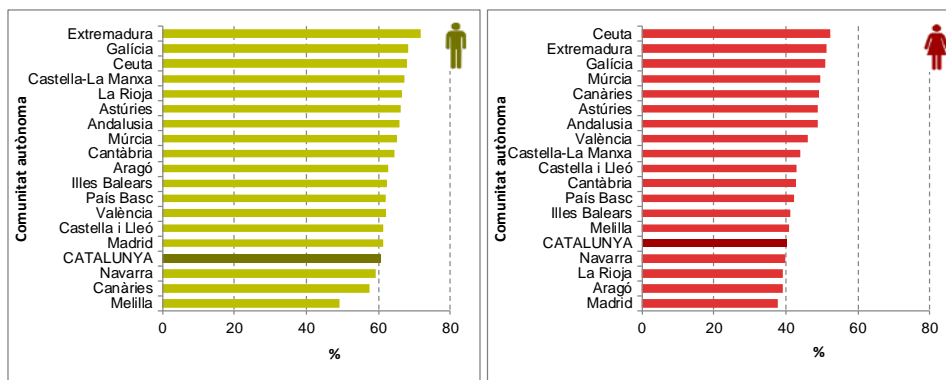
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Prevalença d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat) en la població de 18 a 74 anys (%) per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2014

	Excés de pes			Sobrepès			Obesitat		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
18-44	42,1	27,6	35,0	32,3	19,0	25,8	9,8	8,5	9,2
45-64	69,3	51,8	60,5	50,4	31,6	40,9	18,9	20,2	19,6
65-74	75,1	61,9	68,1	47,4	35,8	41,2	27,7	26,1	26,9
Total (18-74)	55,5	40,7	48,1	40,4	25,7	33,1	15,1	15,0	15,0

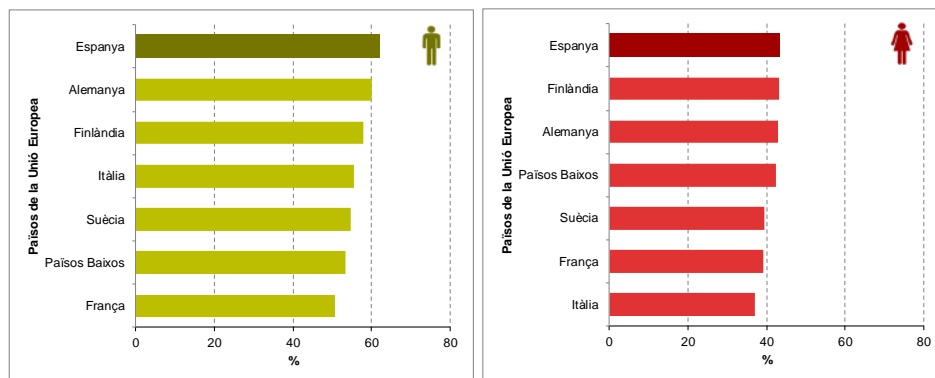
Font: ESCA, 2014. Departament de Salut.

Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en població de 18 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2011



Font: MSSSI i INE, 2011.

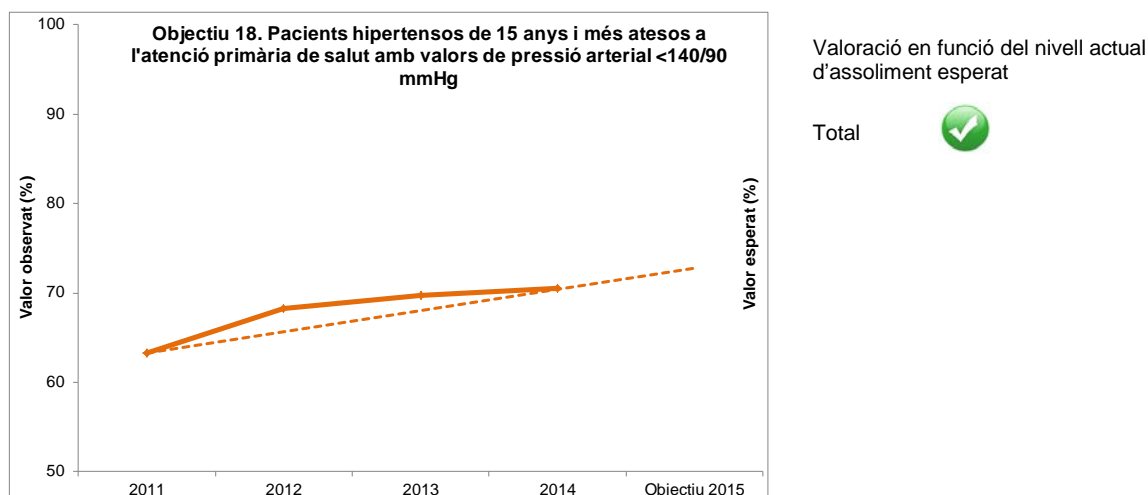
Prevalença de l'excés de pes (sobrepès i obesitat) en la població de 15 anys i més per sexe i 7 països de la Unió europea



Font: OECD, 2014.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg <i>Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA <140/90mmHg (%)</i>	T	63,3	70,5	72,8

L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.

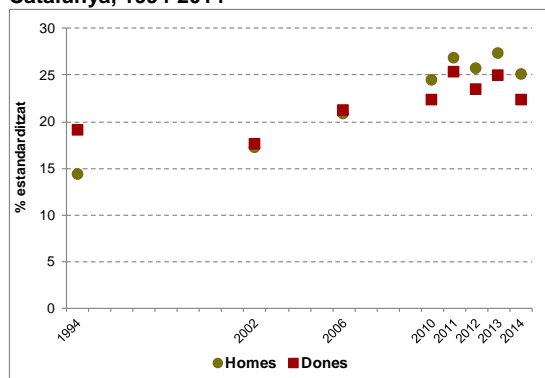


- La hipertensió arterial (HTA) és el segon problema de salut de la població més freqüentment atès a l'atenció primària de salut de l'ICS, amb quasi un milió de persones diagnosticades (44.290 amb una HTA complicada) i una freqüència relativa del 17,7% (el 16,9% en els homes i 18,4% en les dones), segons dades del Sistema d'informació dels serveis d'atenció primària-Institut Català de la Salut (SISAP-ICS) del primer trimestre de 2015¹⁸. En el grup d'adults més joves (15-44 anys) és un problema de salut poc freqüent, especialment en les dones. Entre els 45 i els 74 anys se situa en el primer trastorn de salut més freqüents en homes i el segon més freqüent en dones. A partir dels 75 anys, és el problema de salut més freqüent en població atesa, en ambdós sexes.
- La prevalença poblacional de la HTA en població de 15 anys i més és del 23,6% (23,4% en els homes i 23,8% en les dones).
- El 50,8% de la població de 15 anys i més es mesura la pressió arterial periòdicament (el 48,3% dels homes i el 53,1% de les dones). Aquesta pràctica augmenta a mesura que els grups són de més edat, sobretot a partir dels 75 anys, en què se la mesura el 93,3% de la població.
- El 70,5% de la població de 15 anys i més amb HTA no complicada atesa als centres d'atenció primària de l'ICS té valors de PA per sota de 150/95mmHg, percentatge que ha augmentat en els darrers anys (el gener de 2007 era del 55,7%).
- El 68,9% de pacients de 15 anys i més diagnosticats d'HTA que també tenen diagnòstic d'insuficiència cardíaca, de diabetis *mellitus*, d'esdeveniments cardiovasculars i/o d'insuficiència renal crònica té valors de PA inferiors a 140/90mmHg. Entre aquesta població, el percentatge de pacients amb el nivell per sota d'aquest llindar té un increment relatiu més elevat en els darrers anys (40,5%, el gener del 2007).

^I SISAP-ICS, gener 2011.

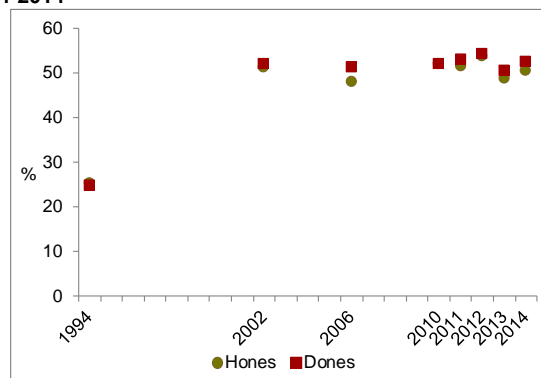
^{II} SISAP-ICS, primer trimestre 2015.

Evolució del percentatge de població de 15 anys i més que pateix o ha patit d'hipertensió arterial per sexe. Catalunya, 1994-2014



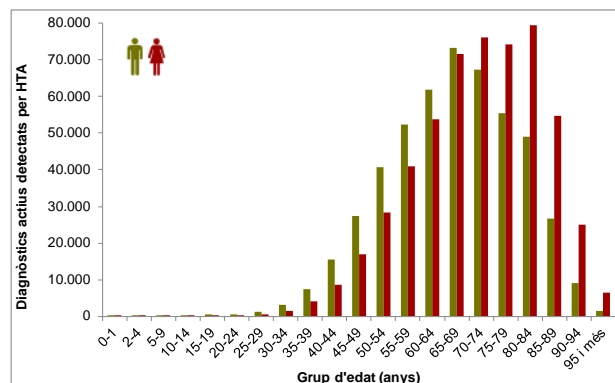
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Evolució del percentatge de població de 15 anys i més que es mesura la pressió arterial periòdicament, per sexe. Catalunya, 1994-2014



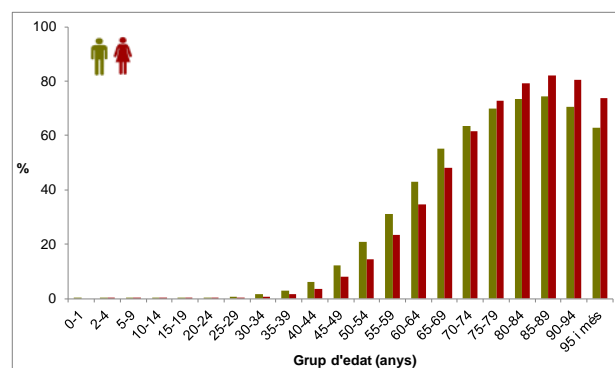
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Nombre de diagnòstics actius detectats per hipertensió arterial (no complicada i complicada) a l'atenció primària de l'ICS per grup d'edat i sexe, primer trimestre 2015



Font: SISAP-ICS, primer trimestre 2015.

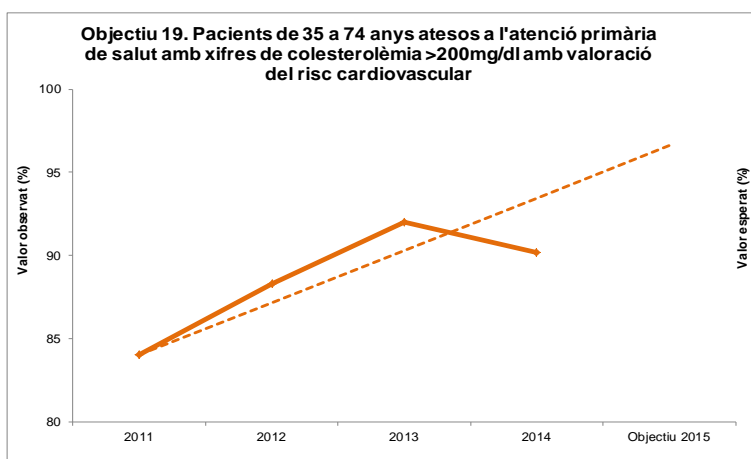
Freqüència d'hipertensió arterial (no complicada i complicada) a l'atenció primària de l'ICS per grup d'edat i sexe, primer trimestre 2015



Font: SISAP-ICS, primer trimestre 2015.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
19	Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200mg/dl amb valoració del risc cardiovascular <i>Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular</i>	T	84,0	90,2	96,6

El valor de l'indicador no és l'esperat. L'evolució és favorable però la tendència de l'indicador iniciada el darrer any és contrària a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- El colesterol elevat és, juntament amb la HTA i l'obesitat, un trastorn de salut i un factor de risc cardiovascular modificable mitjançant els fàrmacs i els canvis en els estils de vida (reducció del consum d'alcohol, del pes i del consum de sal; i l'increment de l'activitat física). La valoració del risc cardiovascular de les persones amb hipercolesterolèmia és fonamental per a la prevenció.
- Les alteracions del metabolisme lipídic són el primer problema de salut de la població en els serveis d'atenció primària de l'ICS, amb quasi un milió de persones diagnosticades i el 18,9% de freqüència relativa (18,1% en els homes i 19,8% en les dones), segons dades del primer trimestre de 2015. Entre els 35 i 74 anys, hi ha 704.709 persones diagnosticades amb hipercolesterolèmia, de les quals a 635.686 se'ls ha mesurat el risc cardiovascular el gener de 2013.
- L'evolució dels darrers anys mostra un increment en el nombre de les persones diagnosticades i de la freqüència de la hipercolesterolèmia, i paral·lelament també augmenta el nombre de pacients atesos diagnosticats amb mesura del RCV. Així, en l'atenció primària de l'ICS, del gener de 2008 fins al gener de 2013, el percentatge de població de 35 a 74 anys amb hipercolesterolèmia i mesura del RCV ha augmentat del 69,3% al 90,2%.
- La prevalença poblacional del colesterol elevat en la població de 35 a 74 anys és del 26,2% (28,9% en els homes i 23,4% en les dones). En aquest tram d'edat, més de 2,6 milions de persones es revisen periòdicament el nivell de colesterol a la sang (65,5% dels homes i 70,0% de les dones).

^I SISAP-ICS, gener 2011.

^{II} SISAP-ICS, gener 2013 i primer trimestre 2015.

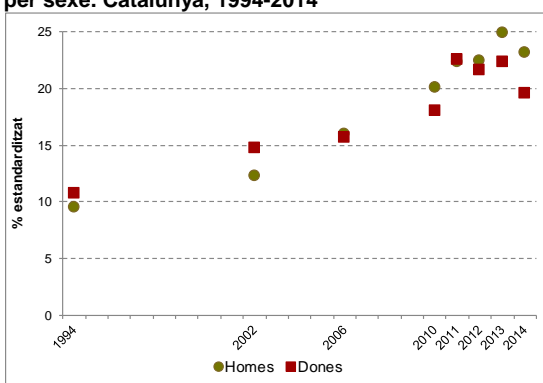
Població de 35 a 74 anys atesa a l'atenció primària de l'ICS amb diagnòstic d'hipercolesterolèmia i mesura del risc cardiovascular. Catalunya, gener de 2013

Nombre de diagnosticats amb hipercolesterolèmia sense esdeveniment CV ^a	704.709
Nombre de diagnosticats amb hipercolesterolèmia sense esdeveniment CV amb mesura del risc cardiovascular ^b	635.686
Percentatge de resolució*	90,2%

*Resolució = [(b/a)*100]

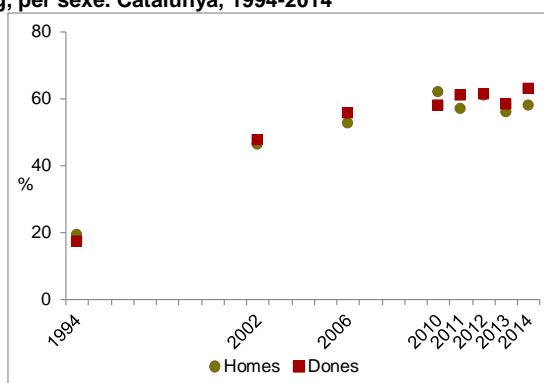
Font: SISAP-ICS, gener 2013.

Evolució del percentatge estandaritzat de població de 15 anys i més que pateix o ha patit de colesterol elevat, per sexe. Catalunya, 1994-2014



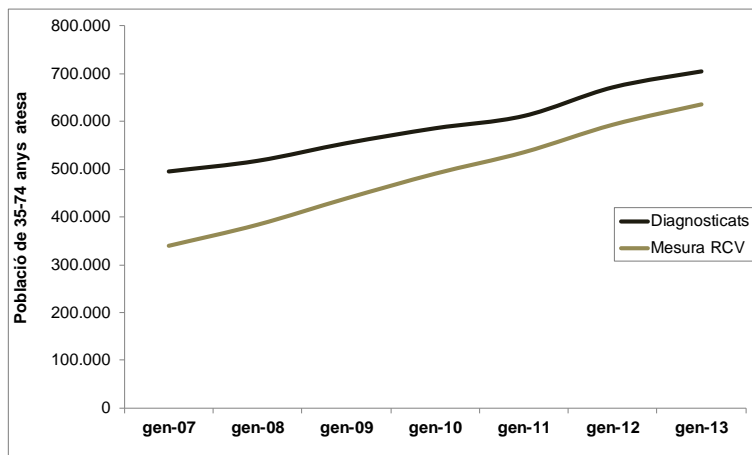
Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

Evolució del percentatge estandaritzat de població de 15 anys i més que es revisa periòdicament el nivell de colesterol a la sang, per sexe. Catalunya, 1994-2014



Font: Enquestes de salut de Catalunya 1994, 2002, 2006, 2010, 2011, 2012, 2013 i 2014. Departament de Salut.

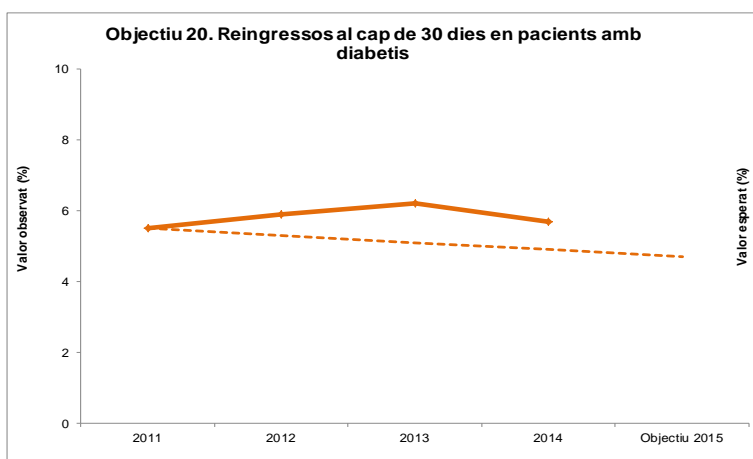
Evolució de la població de 35-74 anys atesa a l'atenció primària de l'ICS amb diagnòstic d'hipercolesterolèmia sense esdeveniment cardiovascular i d'aquests els que tenen mesura de RCV, 2007-2013



Font: SISAP-ICS, 2007-2013

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb diabetis <i>Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés al cap de 30 dies (%)</i>	T	5,5	5,7	4,7

El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador no és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



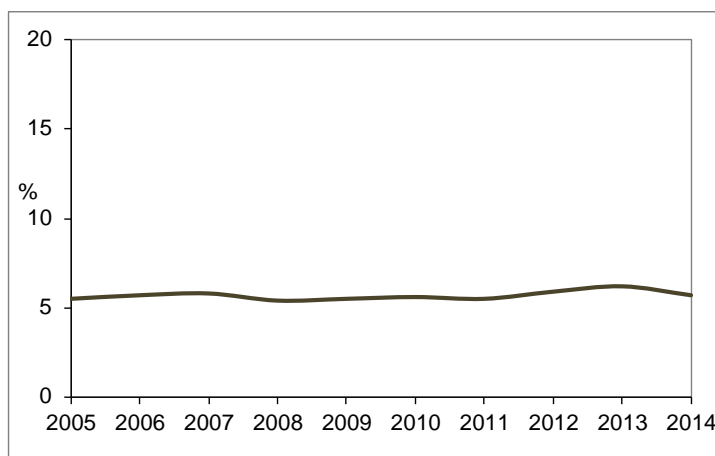
Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- El percentatge de reingressos al cap de 30 dies per complicacions de la diabetis als centres hospitalaris del Servei Català de la Salut s'ha mantingut estable entre el 2005 i el 2014. Com més llarga ha estat la durada del primer ingrés, més alt és el percentatge de reingressos posteriors¹⁹.
- En relació amb la mitjana d'Espanya, els reingressos hospitalaris al cap de 30 dies per diabetis a Catalunya l'any 2012 se situen una mica per sobre, tant en homes com en dones.

Reingressos hospitalaris al cap de 30 dies per diabetis. Catalunya, 2005-2014

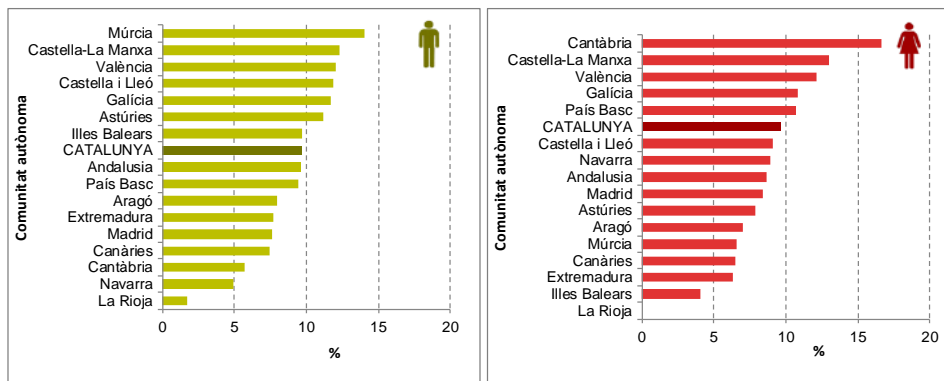


Font: CMBDHA, 2014. MSIQ 2015. Divisió d'Anàlisi de Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

^I CMBDHA, 2010-2011.

^{II} CMBDHA, 2014 (MSIQ, 2015).

Percentatge de reingressos¹ hospitalaris al cap de 30 dies per diabetis en persones de 36 anys i més per sexe i comunitat autònoma, 2012

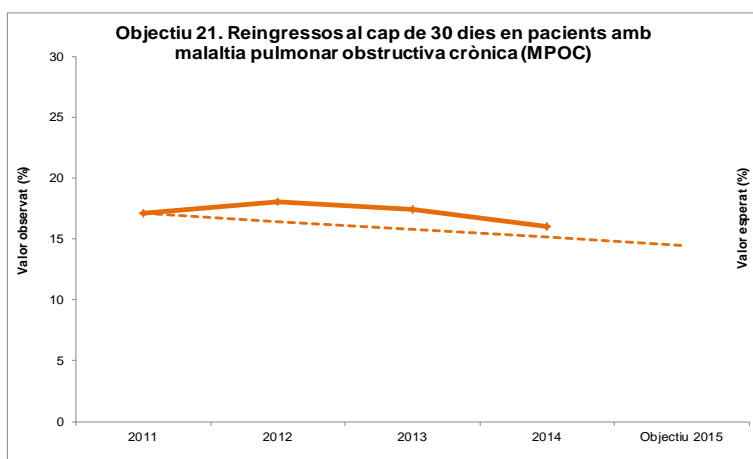


Font: MSSSI i INE, 2012. Proyecto de Implantación y Soporte del Modelo de Indicadores y Ejes de Análisis de los Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización del SNS (2001-2012).

¹ Reingrés: la consideració de reingrés fa referència a l'existència d'un ingrés de tipus urgent en un temps inferior o igual a 30 dies següents a la data d'alta de l'episodi índex, independentment de quin hagi estat el diagnòstic a l'alta.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
21	<p>Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)</p> <p><i>Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés al cap de 30 dies (%)</i></p>	T	17,1	16,0	14,5

El valor de l'indicador no és l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



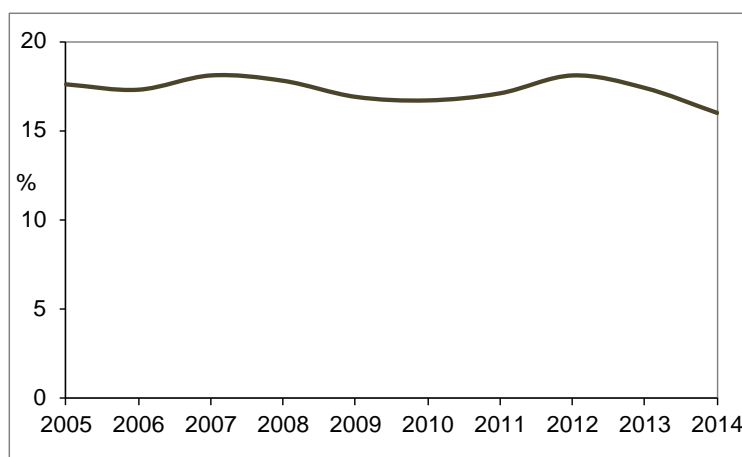
Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- El percentatge de reingressos al cap de 30 dies per MPOC als centres hospitalaris del Servei Català de la Salut ha experimentat una discreta disminució en el període 2005-2014.
- Per comunitats autònomes, Catalunya se situa en una posició similar a la mitjana d'Espanya entre els homes i per damunt de la mitjana entre les dones.

Reingressos hospitalaris al cap de 30 dies per MPOC. Catalunya, 2005-2014

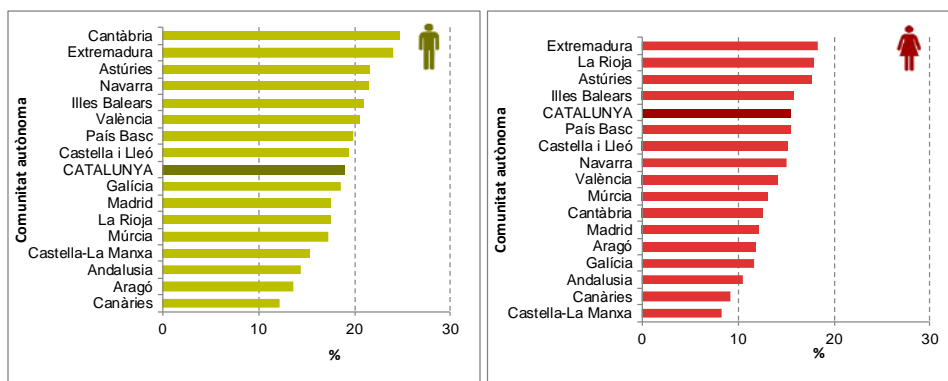


Font: CMBDHA, 2014. MSIQ 2015. Divisió d'Anàlisi de Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

^I CMBDHA, 2010-2011.

^{II} CMBDHA, 2014 (MSIQ, 2015).

Percentatge de reingressos¹ hospitalaris al cap de 30 dies per MPOC per sexe i comunitat autònoma, 2012

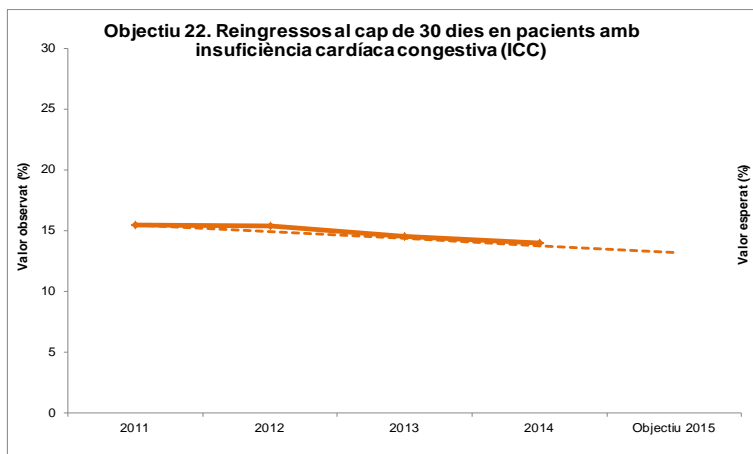


Font: MSSSI i INE, 2012. Proyecto de Implantación y Soporte del Modelo de Indicadores y Ejes de Análisis de los Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización del SNS (2001-2012).

¹ Reingrés: la consideració de reingrés fa referència a l'existència d'un ingrés de tipus urgent en un temps inferior o igual a 30 dies següents a la data d'alta de l'episodi índex, independentment de quin hagi estat el diagnòstic a l'alta.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
22	<p>Reduir en un 15% la proporció dels reingressos al cap de 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC)</p> <p><i>Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés al cap de 30 dies (%)</i></p>	T	15,5	14,0	13,2

L'indicador mostra un ritme d'assoliment satisfactori, en línia amb el valor esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



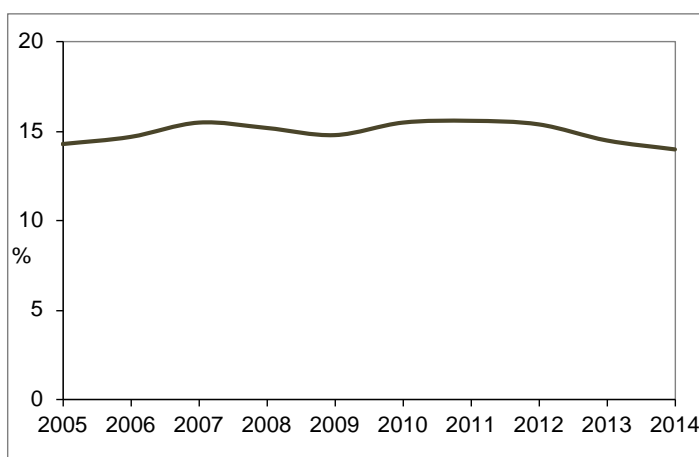
Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- El percentatge de reingressos al cap de 30 dies per ICC s'ha mantingut estable entre el 2005 i el 2014. Els dies d'estada hospitalària del primer ingrés no tenen relació amb el percentatge de reingressos posteriors.
- En relació amb la mitjana d'Espanya, els percentatges de reingressos hospitalaris d'aquesta patologia a Catalunya se situen en una posició superior.

Reingressos hospitalaris al cap de 30 dies per ICC. Catalunya, 2005-2014

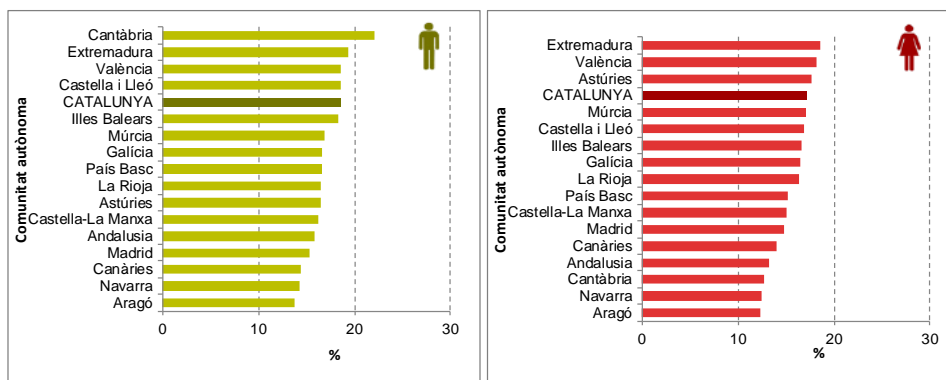


Font: CMBDHA, 2014. MSIQ 2015. Divisió d'Anàlisi de Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

^I CMBDHA, 2010-2011.

^{II} CMBDHA, 2014 (MSIQ, 2015).

Percentatge de reingressos¹ hospitalaris al cap de 30 dies per insuficiència cardíaca i xoc per sexe i comunitat autònoma, 2012

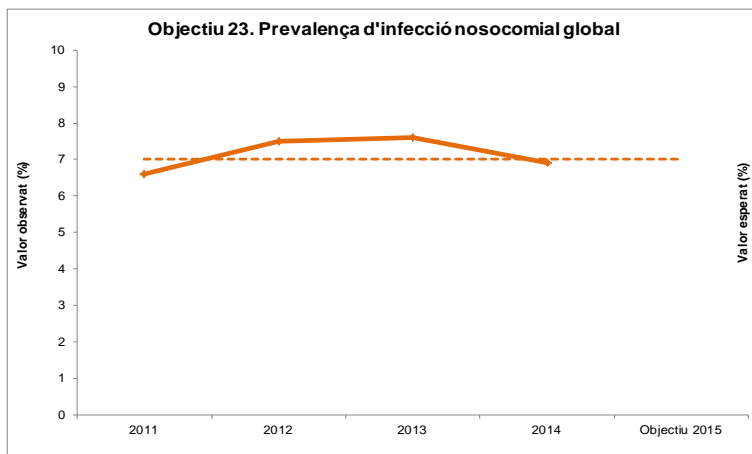


Font: MSSSI i INE, 2012. Proyecto de Implantación y Soporte del Modelo de Indicadores y Ejes de Análisis de los Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización del SNS (2001-2012).

¹ Reingrés: la consideració de reingrés fa referència a l'existència d'un ingrés de tipus urgent en un temps inferior o igual a 30 dies següents a la data d'alta de l'episodi índex, independentment de quin hagi estat el diagnòstic a l'alta.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
23	Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i>	T	6,6	6,9	<7,0

L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, en la línia a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- Les infeccions nosocomials són processos infecciosos que s'adquireixen durant l'estada en un centre hospitalari i que no eren presents ni es trobaven en període d'incubació en el moment de l'admissió del malalt. Aquests esdeveniments adversos són reconeguts com un problema de salut molt important atès que suposen un augment de la morbimortalitat dels pacients hospitalitzats, un increment de l'estada mitjana, una pèrdua de qualitat de vida del malalt (discapacitat funcional, tensió emocional, etc.) i un increment dels costos sanitaris i socials. El grup de població més vulnerable són els malalts d'edat avançada, amb comorbiditat, severitat de la patologia i amb un ús més elevat de procediments diagnòstics i terapèutics²⁰.
- Segons l'informe EPINE 2012, la prevalença de pacients amb infecció nosocomial adquirida durant l'hospitalització als hospitals participants a tot l'Estat espanyol és del 5,6%²¹, la més baixa des que existeix l'EPINE. La prevalença de la infecció nosocomial és més elevada en els hospitals amb més capacitat de llits, fet que es relaciona amb una complexitat més gran dels pacients tractats i amb el nombre i la varietat més elevada de proves diagnòstiques i tractaments. La principal localització de les infeccions nosocomials són les quirúrgiques, seguides per les respiratòries, urinàries i bacterièmies.
- En relació amb la mitjana d'Espanya, la prevalença de les infeccions nosocomials a Catalunya se situa en una posició central.
- Respecte als països europeus, Espanya té un dels percentatges més alts.

^I Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCat), 2011.

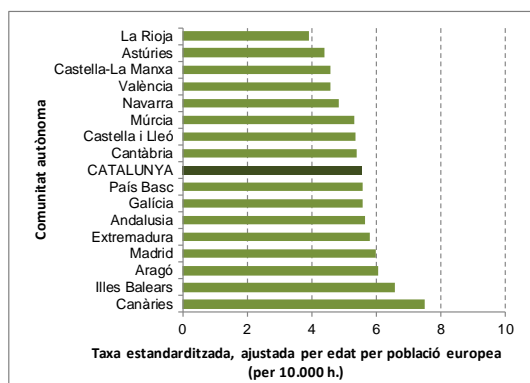
^{II} VINCat, 2014.

Prevalença de la infecció nosocomial global (%) per centres segons grups d'hospitals VINCat, 2014

	Global	Grup 1 (> 500 llits)	Grup 2 (200-500 llits)	Grup 3 (<200 llits)
Nombre de centres	58	9	16	30
Prevalença	6,9	9,4	6,5	4,5
IC95%	6,5 – 7,4	8,4 – 10,3	5,7 – 7,3	3,9 – 5,5
Percentils 10	1,2	5,4	3,2	0,9
25	3,2	7,1	5,4	2,2
50	5,5	8,8	6,3	3,6
75	7,5	10,9	7,9	6,1
90	9,6		9,5	8,4

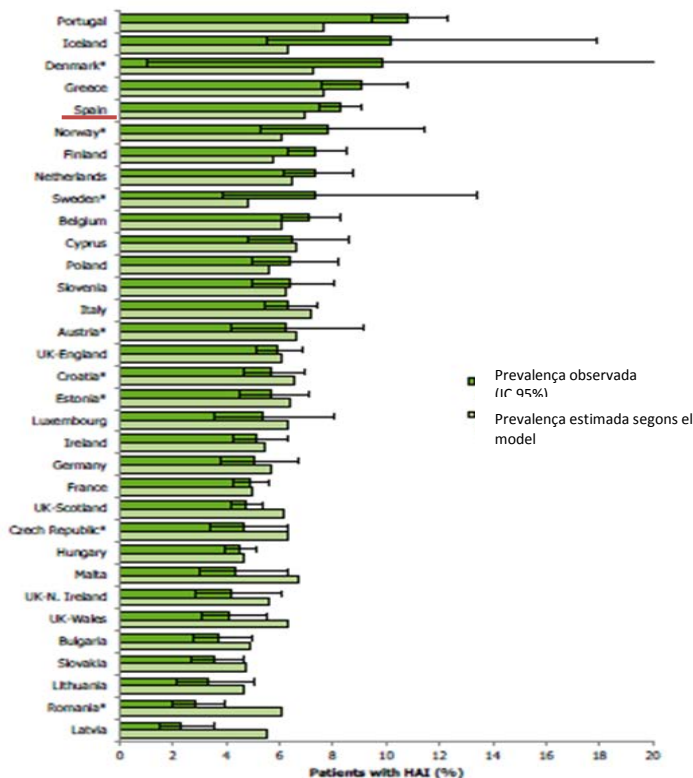
Font: VINCat 2014.

Prevalença de pacients amb infecció nosocomial adquirida durant l'hospitalització, per CCAA. EPINE-EPPS 2012



Font: EPINE-EPPS, 2012.

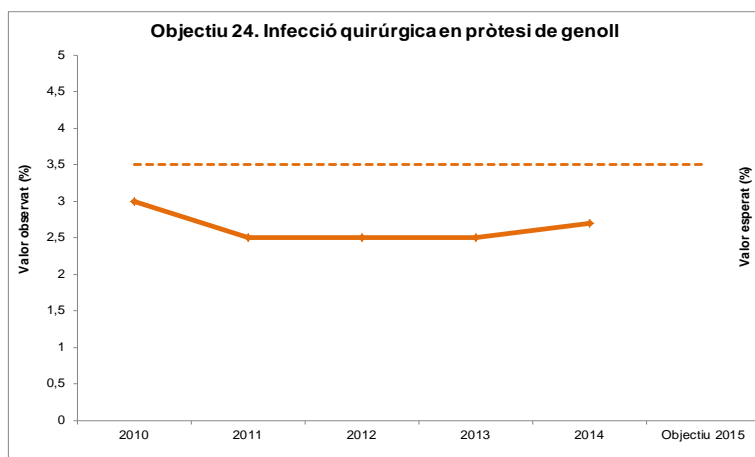
Prevalença observada de pacients amb infeccions nosocomials (HAI) amb un interval de confiança del 95%, i prevalença estimada a partir de les característiques dels pacients i dels hospitals, per país. ECDC PPS 2011–2012



Font: European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013, p. 50

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
24	Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll <i>Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)</i>	H	3,1	---	---
		D	2,9	---	---
		T	3,0	2,7	<3,5

L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- Entre l'1 de gener de 2013 i el 31 de desembre de 2013 els 57 centres participants han realitzat 7.047 procediments quirúrgics de cirurgia protètica de genoll. La taxa d'infecció de localització quirúrgica global ha estat del 2,7%.
- La taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll és molt similar entre els tres grups d'hospitals.

Taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll (%) per centres segons grups d'hospitals VINCAt, 2014

	Global	Grup 1 (> 500 llits)	Grup 2 (200-500 llits)	Grup 3 (<200 llits)
Nombre de centres	57	9	16	32
Taxa (%)	2,7	2,8	2,6	2,8
Percentils				
10	0	0,8	0,7	0,0
25	0,7	1,3	0,8	0,0
50	2,0	3,1	1,6	2,0
75	3,6	3,6	3,6	3,6
90	6,4	4,9	6,6	5,5

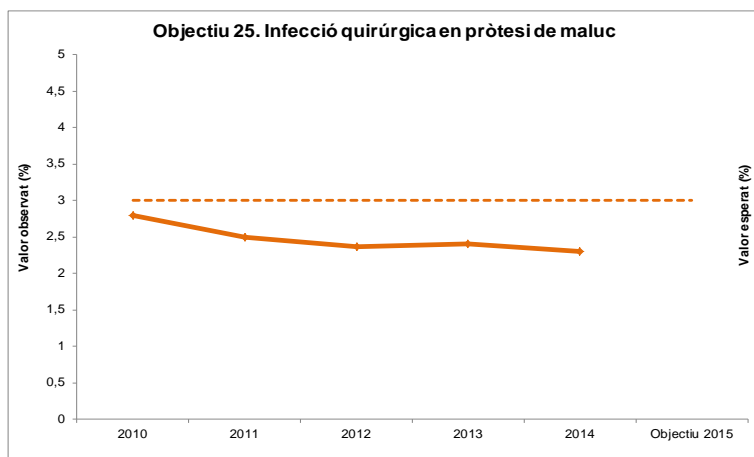
Font: VINCAt 2014.

^I Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCAt), 2011.

^{II} VINCAt, 2014.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
25	Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc <i>Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)</i>	H	3,2	---	---
		D	2,5	---	---
		T	2,8	2,3	<3,0

L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- Entre l'1 de gener de 2013 i el 31 de desembre de 2013 els 59 centres participants han realitzat 3.699 procediments quirúrgics de cirurgia protètica de maluc. La taxa d'infecció de localització quirúrgica global ha estat del 2,3%.
- La taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc se situa per sota del 3% en els tres grups d'hospitals.

Taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc (%) per centres segons grups d'hospitals VINCAt, 2014

	Global	Grup 1 (> 500 llits)	Grup 2 (200-500 llits)	Grup 3 (<200 llits)
Nombre de centres	59	9	16	28
Taxa (%)	2,3	2,8	2,4	1,8
Percentils 10	0,0	1,0	0,5	0,0
25	0,0	1,8	1,1	0,0
50	1,7	2,7	1,9	1,1
75	3,2	4,0	3,1	2,9
90	4,5	4,3	4,3	5,5

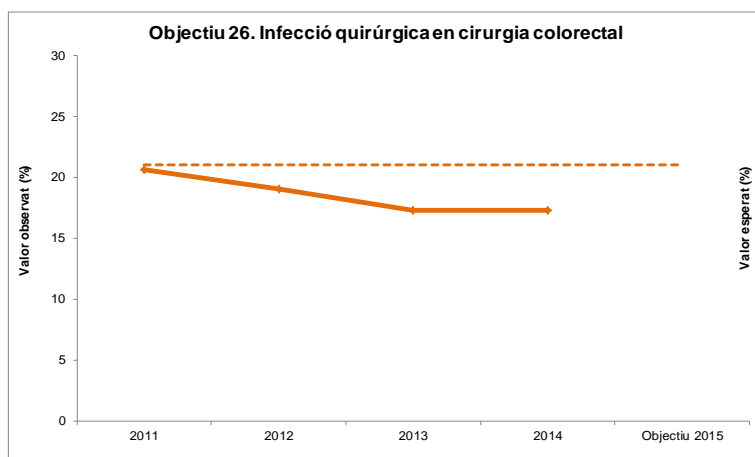
Font: VINCAt 2014.

^I Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCAt), 2011.

^{II} VINCAt, 2014.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
26	Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal <i>Taxa global d'incidència d'intervenció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)</i>	H	23,6	---	---
		D	16,4	---	---
		T	20,6	17,3	<21,0

L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- L'any 2014 s'ha practicat 2.522 cirurgies de còlon en els 53 centres participants i 1.027 cirurgies de recte en els 34 centres participants. Tant la taxa global d'infecció quirúrgica en cirurgia de còlon com la taxa global d'infecció quirúrgica en cirurgia de recte se situen per sota del 21%.

Taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia de còlon (%) per centres segons grups d'hospitals VINCAt, 2014

	Global	Grup 1 (> 500 llits)	Grup 2 (200-500 llits)	Grup 3 (<200 llits)
Nombre de centres	53	9	17	27
Taxa (%)	16,0	16,2	14,3	17,8
Percentils 10	5,2	5,7	4,6	3,2
25	9,3	12,4	9,1	8,5
50	16,7	16,7	14,8	19,2
75	20,7	18,3	17,8	25,0
90	26,5		23,4	37,1

Font: VINCAt 2014.

Taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia de recte (%) per centres segons grups d'hospitals VINCAt, 2014

	Global	Grup 1 (> 500 llits)	Grup 2 (200-500 llits)	Grup 3 (<200 llits)
Nombre de centres	34	9	15	10
Taxa (%)	19,9	22,3	15,0	22,8
Percentils 10	7,1	17,9	3,8	7,7
25	9,5	18,8	8,3	9,6
50	18,2	23,4	15,0	21,4
75	26,2	27,4	18,2	31,0
90	31,1	28,9	26,9	44,4

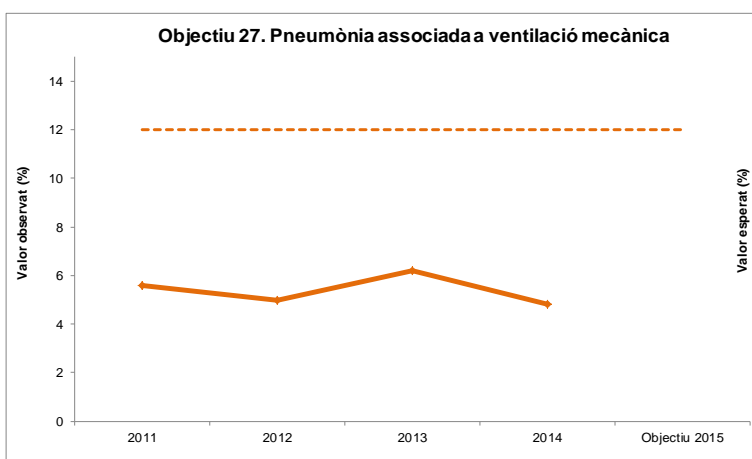
Font: VINCAt 2014.

^I Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCAt), 2011

^{II} VINCAt, 2014.

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida ^I	Situació actual ^{II}	Objectiu 2015
27	<p>Reduir per sota de 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica</p> <p><i>Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica</i></p>	T	5,6	4,8	<12,0

L'indicador mostra un grau satisfactori d'assoliment de l'objectiu, superior a l'esperat. La tendència de l'indicador és favorable a l'assoliment de l'objectiu l'any 2015.



Valoració en funció del nivell actual d'assoliment esperat

Total



- La densitat d'incidència mitjana se situa, l'any 2014, en 4,8 episodis per cada mil dies de ventilació mecànica invasiva. S'han produït 157 episodis de pneumònia en les 31 UCI participants.

^I Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCAt), 2011.

^{II} VINCAt, 2014.

Taula resum de l'estat actual dels 27 objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya 2011-2015

Horitzó 2020

Núm.	Objectiu		Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2020	Valoració
	Indicador					
D'aquí a l'any 2020 cal...						
1	Augmentar en un 5% la proporció d'esperança de vida viscuda en bona salut en homes i en dones <i>Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)</i>	Homes	82,3	83,9	86,4	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	74,1	80,1	77,8	
		Total	78,0	81,9	81,9	
2	Reduir en un 20% la taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori</i>	Homes	202,4	176,4	161,9	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	124,4	104,6	99,5	
		Total	158,6	136,3	126,8	
3	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de càncer</i>	Homes	275,3	255,8	247,8	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	125,6	120,7	113,0	
		Total	189,5	179,2	170,6	
4	Incrementar en un 15% la taxa de supervivència per càncer als cinc anys <i>Supervivència relativa per càncer als 5 anys (%)</i>	Homes	46,0	ND	52,9	No valorable actualment
		Dones	56,4	ND	64,9	
		Total	50,2	ND	57,7	
5	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties respiratòries <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori</i>	Homes	87,6	79,2	78,8	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	31,2	29,0	28,1	
		Total	53,3	48,9	48,0	
6	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per malalties mentals <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties mentals</i>	Homes	24,7	25,8	22,2	Cal canviar la tendència
		Dones	24,0	23,9	21,6	
		Total	24,6	25,1	22,1	
7	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per malalties isquèmiques del cor <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor</i>	Homes	71,3	60,4	60,6	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	26,8	22,0	22,8	
		Total	45,8	38,5	38,9	
8	Reduir en un 15% la taxa de mortalitat per ictus <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars</i>	Homes	41,6	37,7	35,3	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	30,6	26,1	26,0	
		Total	35,4	31,2	30,1	
9	Reduir en un 10% la taxa de mortalitat per càncer de mama <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama</i>	Dones	21,4	19,3	19,2	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
10	Reduir en un 5% la taxa de mortalitat per càncer colorectal <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal</i>	Homes	36,5	34,9	34,7	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	17,1	17,0	16,2	
		Total	25,3	24,8	24,1	
11	Mantenir per sota del nivell actual la taxa de mortalitat per suïcidi <i>Taxa de mortalitat per 100.000 h. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions</i>	Homes	8,5	10,1	< 8,5	Cal canviar la tendència
		Dones	2,4	2,9	< 2,4	
		Total	5,3	6,3	< 5,3	
12	Reduir en un 10% la incidència de la fractura de coll de fèmur en les persones entre 65 anys i més <i>Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 h. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més</i>	Homes	48,7	38,6	43,9	Evoluciona favorablement, i a un ritme inferior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2020
		Dones	83,2	86,3	74,9	
		Total	70,5	66,1	63,4	
13	Reduir en un 10% les amputacions en persones amb diabetis de 45 a 74 anys <i>Taxa d'amputacions per 10.000 h. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys</i>	Homes	39,6	40,7	35,6	Cal canviar la tendència
		Dones	10,8	10,5	9,7	
		Total	27,4	28,5	24,7	

Horitzó 2015

Núm.	Objectiu Indicador		Punt de partida	Situació actual	Objectiu 2015	Valoració
D'aquí a l'any 2015 cal...						
14	Reduir per sota del 28% la prevalença de tabaquisme <i>Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)</i>	Homes	35,8	31,8	NP	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
		Dones	23,4	20,3	NP	
		Total	29,5	25,9	<28,0	
15	Reduir per sota del nivell de 2010 la prevalença de sedentarisme <i>Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	15,4	19,9	<15,5	Cal canviar la tendència
		Dones	18,3	24,4	<18,7	
		Total	16,8	22,2	<17,1	
16	Incrementar en un 10% la proporció de persones adultes que segueixen les recomanacions d'activitat física saludable per setmana <i>Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)</i>	Homes	74,1	70,5	81,5	Cal canviar la tendència
		Dones	69,0	65,1	75,9	
		Total	71,6	67,8	78,8	
17	Reduir per sota dels nivells de 2010 la prevalença d'excés de pes (sobrepès o obesitat) en la població <i>Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)</i>	Homes	57,4	55,5	<55,6	Evoluciona favorablement, i a un ritme inferior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
		Dones	41,5	40,7	<37,3	
		Total	49,5	48,1	<46,5	
18	Incrementar en un 15% la proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA < 140/90 mmHg <i>Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA < 140/90 mmHg (%)</i>	Total	63,3	70,5	72,8	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
19	Incrementar en un 15% la proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular <i>Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia > 200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular (%)</i>	Total	84,0	90,2	96,6	Evoluciona favorablement, i a un ritme inferior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
20	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb diabetis <i>Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	5,5	5,7	4,7	Cal canviar la tendència
21	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) <i>Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	17,1	16,0	14,5	Evoluciona favorablement, i a un ritme inferior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
22	Reduir en un 15% la proporció dels reingressos als 30 dies en pacients amb insuficiència cardíaca congestiva (ICC) <i>Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés als 30 dies (%)</i>	Total	15,5	14,0	13,2	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
23	Reduir per sota del 7% la taxa mitjana de prevalença de la infecció nosocomial global <i>Prevalença d'infecció nosocomial global (%)</i>	Total	6,6	6,9	<7,0	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
24	Reduir per sota del 3,5% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)</i>	Total	3,0	2,7	<3,5	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
25	Reduir per sota del 3% la taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de maluc <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)</i>	Total	2,8	2,3	<3,0	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
26	Disminuir per sota del 21% la taxa d'infecció quirúrgica en cirurgia colorectal <i>Taxa global d'incidència d'infecció de localització quirúrgica (ILQ) en cirurgia programada de còlon i recte (%)</i>	Total	20,6	17,3	<21,0	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015
27	Reduir per sota dels 12 episodis per 1.000 dies de ventilació la taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica <i>Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica</i>	Total	5,6	4,8	<12	Evoluciona favorablement, i a un ritme igual o superior a l'esperat, per a l'assoliment de l'objectiu 2015

Fonts d'informació i any del punt de partida dels 27 indicadors de salut

Núm.	Indicador	Font	Any del punt de partida
1	Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC Enquesta de salut de Catalunya, ESCA	2010 2011
2	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties de l'aparell circulatori	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
3	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de càncer	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
4	Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys (%)	Registre de càncer de Tarragona i Girona	1995-1999
5	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties del sistema respiratori	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
6	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties mentals	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
7	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties isquèmiques del cor	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
8	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de les malalties cerebrovasculars	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
9	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de tumor maligne de mama	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
10	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de tumor maligne colorectal	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
11	Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de suïcidis i autolesions	Registre de mortalitat de Catalunya, RMC	2010
12	Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 hab. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més	Conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts, CMBDHA	2011
13	Taxa d'amputacions per 10.000 hab. en persones amb diabetis de 45 a 74 anys	Conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts, CMBDHA	2011
14	Prevalença de consum de tabac en la població de 15 anys i més (%)	Enquesta de salut de Catalunya, ESCA	2011
15	Prevalença de sedentarisme en població de 18 a 74 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya, ESCA	2011
16	Prevalença d'activitat física saludable (moderada i alta de l'IPAQ) en població de 15 a 69 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya, ESCA	2011
17	Prevalença d'excés de pes declarat en població de 18 a 74 anys (%)	Enquesta de salut de Catalunya, ESCA	2011
18	Percentatge de pacients hipertensos atesos a l'atenció primària amb valors de PA <140/90mmHg (%)	Sistema d'Informació dels serveis d'atenció primària, SISAP-ICS	Gener 2011
19	Percentatge de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'atenció primària amb xifres de colesterolèmia >200 mg/dl amb valoració del risc cardiovascular	Sistema d'Informació dels serveis d'atenció primària, SISAP-ICS	Gener 2011
20	Percentatge de pacients amb diabetis amb reingrés al cap de 30 dies (%)	Conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts, CMBDHA	2010-2011
21	Percentatge de pacients amb MPOC amb reingrés al cap de 30 dies (%)	Conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts, CMBDHA	2010-2011
22	Percentatge de pacients amb ICC amb reingrés al cap de 30 dies (%)	Conjunt mínim bàsic de dades dels hospitals d'aguts, CMBDHA	2010-2011
23	Prevalença d'infecció nosocomial global (%)	VINCat	2011
24	Taxa global d'incidència d'ILQ* en cirurgia programada de pròtesi de genoll (%)	VINCat	2010
25	Taxa global d'incidència d'ILQ* en cirurgia programada de pròtesi de maluc (%)	VINCat	2010
26	Taxa global d'incidència d'ILQ* en cirurgia programada de còlon i recte (%)	VINCat	2011
27	Densitat d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica	VINCat	2011

Metodologia dels indicadors

Objectiu 1

Quocient entre l'esperança de vida amb bona salut i l'esperança de vida per sexe (%)

La metodologia emprada per estimar l'esperança de vida amb bona salut (EVBS) és el mètode de Sullivan,^{22,23} adoptat per la Unió Europea, l'Institut Nacional d'Estadística (INE) i el Registre de mortalitat de Catalunya. Aquest mètode modifica les taules de vida elaborades amb les dades de mortalitat, ja que aplica l'invers de la prevalença de l'autopercepció del bon estat de salut (salut excel·lent, molt bona i bona) al nombre d'anys viscuts en l'interval d'edat i sexe. Els càlculs s'han realitzat a partir de les dades de mortalitat de l'any 2013 i de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) del 2014.

La informació de l'EV de les diferents comunitats autònomes s'ha obtingut de la base de dades de l'INE del 2013^I.

La informació del 2012 dels països de la Unió Europea prové de la base de dades de l'Eurostat^{II}. Atès que l'estimació de l'EV i l'EVBS té una metodologia comuna és possible comparar directament els indicadors de Catalunya amb la dels països europeus.

Objectius 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 i 11

Taxa de mortalitat per 100.000 hab. estandarditzada per edat de diferents causes de defunció

Les dades de mortalitat han estat codificades segons la desena versió de la Classificació Internacional de Malalties (CIM-10):

Codis CIM-10 de les causes de defunció

Causes de defunció	Codis CIM-10
Malalties de l'aparell circulatori	I00 a I99
Càncer	C00 a D48
Malalties del sistema respiratori	J00 a J99
Malalties mentals	F00 a F99
Malalties isquèmiques del cor	I20 a I25
Malalties cerebrovasculars	I60 a I69
Tumor maligne de mama	C50
Tumor maligne colorectal	C18 a C21
Suïcidis i autolesions	X60 a X84_Y870

Les taxes de mortalitat han estat calculades posant en relació el nombre de defuncions per les diferents causes de mort amb els efectius de població corresponent del Registre de població de Catalunya de l'Idescat. Les taxes estandarditzades pel mètode directe han pres com a població tipus la del conjunt de Catalunya segons el cens de població de 1991.

La informació de mortalitat de les diferents comunitats autònomes s'ha obtingut de diferents fonts:

- De la base de dades de l'INE, les defuncions i les taxes brutes i estandarditzades de mortalitat dels grans grups de causes de defunció (malalties de l'aparell circulatori, càncer, malalties de l'aparell respiratori i trastorns mentals), amb referència a l'any 2013. L'INE pren com a població tipus de les taxes estandarditzades la població d'Espanya l'1 de juliol de 1999^{III}.

^I <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1153&dh=1>

^{II} http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

^{III} <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2013/&file=pcaxis>

- De l'Institut de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad^{IV} les taxes estandarditzades de mortalitat per causes específiques (malalties isquèmiques del cor, malalties cerebrovasculars, càncer de mama, càncer colorectal i suïcidi), referides a l'any 2012 i no disponibles en la base de dades de l'INE.

La informació de mortalitat per als països d'Europa s'ha extret de l'Eurostat^V, on hi ha estimades les taxes estandarditzades de mortalitat ajustades per edat, prenent com a població tipus la població europea estàndard^{VI}.

Objectiu 4

Supervivència relativa per càncer al cap de cinc anys

La no existència d'un registre de càncer a Catalunya suposa haver d'estimar aquest indicador a partir de les dades anuals d'incidència i supervivència de càncer dels registres de Girona i Tarragona. L'Institut Català d'Oncologia és qui actualitza l'anàlisi de l'impacte del càncer a Catalunya, amb dades sobre incidència, supervivència, mortalitat, tendències i projeccions per als propers anys.

L'Eurocare²⁴ és un projecte col·laboratiu d'anàlisi de la supervivència dels registres de càncer europeus, i la font del mapa de cobertura dels registres de càncer europeu i de les dades de supervivència del càncer per diferents localitzacions a Espanya i Europa. A més, és l'única font homogènia i sistematitzada d'informació existent en Europa, la qual cosa facilita la interpretació dels resultats i la comparabilitat entre països²⁵.

Davant la dificultat, en molts casos, de determinar si la mort d'un pacient de càncer està directa o indirectament relacionada amb el procés tumoral subjacent, Eurocare ha optat per establir les comparacions en termes de supervivència relativa, que consisteix en dividir la supervivència observada entre la supervivència esperada tenint en compte la mortalitat general de la població. Es tracta, per tant, d'un estimador ajustat per altres possibles causes de mort, el que permet establir comparacions entre regions o entre períodes de temps eliminant l'efecte de l'esmentada mortalitat no relacionada amb el tumor.

Objectiu 12

Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 hab. estandarditzada per edat per fractura de coll de fèmur en població de 65 anys i més

Les dades de fractura de coll de fèmur provenen del conjunt mínim bàsic de dades d'hospitals d'aguts (CMBDHA) seguint els criteris de: contactes d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria (CMA), residents a Catalunya, diagnòstic principal segons els codis CIM9-MC 820.xx i 996.44, i circumstància d'alta diferent a 2 (trasllat a un altre hospital d'aguts). Els denominadors corresponen a la població del Registre central d'assegurats (RCA) del mateix any dels contactes (2014).

Les dades per comunitat autònoma s'han extret del Registre d'altres CMBD del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat^{VII}. Les taxes s'han estandarditzat amb la població europea ajustada per edat.

^{IV} <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/mortalidad-cne.shtml>

^V http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en

^{VI} http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/hlth_cdeath_esms.htm

^{VII} http://www.pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/Informe.aspx?IdNodo=14048&ReportPath=/CMBD/Tasas%20Ajustadas/Tasa%20Ajustada%20CCAA_H

Objectiu 13

Taxa d'amputacions per 10.000 hab. en persones de 45 a 74 anys amb diabetis

Les dades d'amputacions en persones amb diabetis provenen del CMBDHA seguint els criteris de: contactes d'hospitalització convencional i CMA, residents a Catalunya, codi 250.xx en qualsevol diagnòstic, codi 84.1x en qualsevol procediment, pacients amb edat compresa entre 45 i 74 anys i circumstància d'alta diferent de 2 (trasllat a un altre hospital d'aguts). S'exclouen els contactes amb codi d'amputació traumàtica en qualsevol camp de diagnòstic (codis 895x, 896x, 897x). L'estimació del denominador de la taxa específica d'amputacions segons distalitat, la població de 45 a 74 anys amb diabetis, es realitza a partir de la prevalença poblacional de diabetis en la població d'aquest grup d'edat de l'ESCA (2013-2014). Els codis CIM-9.MC de la distalitat de les amputacions són: 8411, dits del peu; 8412, peu; 8415, cama per sota del genoll i 8417, cama per damunt del genoll.

Les hospitalitzacions per diabetis en països europeus i a Catalunya, per 100.000h., provenen de l'OCDE 2009-2011 i CMBD-HA 2012.

Objectius 14, 15, 16 i 17

Prevalença de consum de tabac, de sedentarisme, d'activitat física saludable i d'excés de pes declarat (sobrepès i obesitat)

La font d'informació d'aquests indicadors és l'ESCA.

En les comparacions per comunitats autònomes, les dades provenen del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i l'INE^{VIII, IX}.

Quant a les dades dels països europeus, la font és l'OCDE^X amb dades de diferents anys.

Objectiu 18

Proporció de pacients hipertensos atesos a l'APS amb valors de PA <140/90mmHg

La font d'informació és el Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP-ICS)²⁶. La definició del SISAP-ICS dels valors de referència del control de la hipertensió difereixen dels definits en l'objectiu de disminució de risc, ja que per a la població general el tall del valor de PA és <150/95mmHg i només en els pacients amb HTA complicada (comorbiditat amb insuficiència cardíaca, diabetis *mellitus*, esdeveniments cardiovasculars i/o insuficiència renal crònica) els valors de PA són <140/90mmHg.

El punt de partida presenta el percentatge de pacients de 15 anys i més hipertensos amb valor per sota de <150/95 mmHg, el gener de 2011. El nombre de diagnòstics actius i la freqüència de la hipertensió arterial (no complicada i complicada) en població de 15 anys i més atesa a l'atenció primària de l'ICS està referida al primer trimestre de 2015.

La informació poblacional de la hipertensió arterial en població de 15 anys i més prové de les diferents edicions de l'ESCA. El percentatge de població de 15 anys i més que pateix o ha patit hipertensió arterial i el percentatge de població que es pren la pressió arterial periòdicament durant el període 1994 i 2014 s'han estimat a partir dels percentatges estandarditzats pel mètode directe amb la població tipus l'1 de gener de 2014.

^{VIII} <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

^{IX} http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

^XOECD Health Data: Non-medical determinants of health", OECD Health Statistics (database). DOI: 10.1787/data-00546-en. (Accessed on 30 September 2014).

Objectiu 19

Proporció de pacients de 35 a 74 anys atesos a l'APS amb xifres de colesterolèmia >200mg/dl amb valoració del risc cardiovascular

La font d'informació és el Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària, SISAP-ICS¹⁵.

El punt de partida presenta el percentatge de pacients de 35 a 74 anys sense cap esdeveniment cardiovascular i amb el diagnòstic d'hipercolesterolèmia amb mesura del RCV pel mètode REGICOR o qualsevol altre mètode com a mínim una vegada des del diagnòstic, el gener de 2011.

La informació poblacional de l'hipercolesterolèmia en població de 15 anys i més de les diferents edicions de l'ESCA. El percentatge de població de 15 anys i més que pateix o ha patit de colesterol elevat i el percentatge de població que es revisa periòdicament el nivell de colesterol a la sang durant el període 1994 i 2014 s'han estimat a partir dels percentatges estandarditzats pel mètode directe amb la població tipus l'1 de gener de 2014.

Objectius 20, 21 i 22

Proporció dels reingressos hospitalaris al cap de 30 dies en pacients amb diabetis, MPOC i ICC

El percentatge de pacients amb diabetis (IRRC 12), amb MPOC (IRRC 01) o amb ICC (IRRC 04) amb reingrés hospitalari al cap de 30 dies (%) dels anys 2010-2011 s'ha obtingut del CMBDHA corresponent a contactes categoritzats com a hospitalitzacions convencionals i cirurgia major ambulatoria. S'entén per reingrés tota aquella hospitalització urgent, posterior a una altra, amb la qual estigui relacionada clínicament, i que es produeix en l'interval de 30 dies.²⁷ Les dades obtingudes de l'aplicació MSIQ (mòduls de seguiment d'indicadors de qualitat) ajusten els indicadors per variables sociodemogràfiques, de comorbiditat, clíniques, circumstàncies en l'ingrés i nombre d'ingressos previs.

La informació de reingressos hospitalaris per comunitat autònoma s'ha obtingut de l'aplicació de consulta de la base de dades del CMBD dels centres hospitalaris del Sistema Nacional de Salut de l'INE^{XI}. Les definicions dels indicadors no són exactament les mateixes que les definides en el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Cal destacar que els GRD de referència són: diabetis en població de 36 anys, MPOC, i insuficiència cardíaca i xoc.

Objectius 23, 24, 25, 26 i 27

Prevalença d'infecció nosocomial, taxa d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, de maluc i en cirurgia colorectal i taxa mitjana d'incidència de pneumònia associada a ventilació mecànica

Tota la informació referida a aquests cinc objectius de salut prové de l'Informe 2014 del VINCAt²². El VINCAt és un programa del Servei Català de la Salut que estableix un sistema de vigilància unificat de les infeccions nosocomials als 64 hospitals de Catalunya participants.

L'edició 2014 de l'estudi VINCAt es fa incloent: 9 hospitals del Grup 1 (més de 500 llits), 16 del Grup 2 (entre 500 i 200 llits), 38 del Grup 3 (menys de 200 llits) i 4 del Grup 4 (monogràfics). Per a l'anàlisi de les dades globals, s'exclouen els hospitals amb menys de 20 pacients introduïts en l'estudi de prevalença. La prevalença d'infeccions nosocomials global (P/ING) és la prevalença de pacients amb infecció nosocomial adquirida al centre i detectada durant l'estudi de prevalença, és a dir, que estan en fase de diagnòstic o tractament. S'hi inclouen tots els malalts amb infecció nosocomial adquirida al centre, sigui durant l'ingrés actual o en un ingrés previ. La P/ING es calcula segons la fórmula següent:

$P/ING = \frac{\text{nombre pacients amb IN adquirida durant l'ingrés actual o en un ingrés previ}}{\text{nombre de pacients estudiats}} \times 100$

^{XI}MSSSI i INE, 2012. Proyecto de Implantación y Soporte del Modelo de Indicadores y Ejes de Análisis de los Datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización del SNS (2001-2012).

La informació de prevalença d'infecció nosocomial global (objectiu 23) per comunitats autònomes prové de l'Estudi EPINE-EPPS 2012 en el context del European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use (EPPS)²³.

La informació comparada a nivell europeu de la prevalença d'infecció nosocomial (objectiu 23) prové de l'estudi del període 2011-2012 de l'European Center for Disease Prevention and Control,²⁸ que incorpora una comparació entre estats de la prevalença de pacients amb infecció nosocomial (health-associated infections) a partir dels casos observats amb un IC 95%, i a partir d'una estimació de casos. Aquesta estimació es fa a partir d'un model de regressió logística múltiple que té en compte la mitjana dels factors de risc de cada pacient individual a cada país, així com les característiques hospitalàries del país per als no pacients.

Les dades de l'Informe VINCat 2014 sobre els objectius 24 i 25 fan referència a l'any 2013.

Pel que fa als objectius 24, 25, 26 i 27 no es disposa d'indicadors equiparables a nivell internacional o estatal.

Referències bibliogràfiques

- ¹ Stiglitz JE, Sen A, Fitouse JP. Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Disponible a:
http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf
- ² World Health Organization. Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for all Series, No. 6. World Health Organization, 1999
- ³ Healthy People 2020 (different documents). U.S. Department of Health and Human Services. Disponible a:
<http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx>
- ⁴ Tresserras R, Castell C, Salleras L. Development of a policy for health for all in Catalonia. In Ritsatakis A et al (ed.): Exploring health policy development in Europe. Copenhagen. World Health Organization. 2000
- ⁵ Tresserras R, Brugulat P. Catalonia: Improved intelligence and accountability?. In Wismar M, et al (ed.): Health targets in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. 2008. Disponible a:
http://www.google.es/search?sourceid=navclient&aq=0vL&oq=Health+targets+in+&hl=es&ie=UTF8&rlz=1T4ADBR_esES229ES266&q=health+targets+in+europe+learning+from+experience&gs_upl=0l0l2l1063474l1111111110&aqi=g-vL5
- ⁶ European Commission. DG Health & Consumers. Public Health Indicators. Healthy Life Years (HLY). Disponible a:
http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/hly_en.htm
- ⁷ <http://www.eurocare.it/>
- ⁸ Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2015
- ⁹ Supervivència del càncer a Catalunya. <http://cancer.gencat.cat/ca/professionals/estadistiques/supervivencia/>
- ¹⁰ Barr B, Taylor-Robinson D, Acott.Samuel A, Mckee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ 2012; 345:e5142.
- ¹¹ Álvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. Bone 42 (2008):278-285.
- ¹² Unitat del Peu Diabètic al Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. Disponible a:
<https://icssantboisantvicenc.wordpress.com/2014/05/20/nova-unitat-del-peu-diabetic-tractament-multidisciplinari/>
- ¹³ López de Andrés A, Martínez-Huedo, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Gilde Miguera, Jiménez-García R. Trends in Lower-Extremity Amputations in People with and without diabetes in Spain, 2001-2008. Diabetes Care 2011; 34:1570-1576.
- ¹⁴ Vamos EP, Bottle A, Majeed A, Millett C. Trends in lower extremity amputations in people with and without diabetes in England, 1996-2005. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87:275-285.
- ¹⁵ Van Houtum WH, Rauwerda JA, Ruwaard D, Shaper NC, Bakker K. Reduction in diabetes-related lower-extremity amputations in the Netherlands: 1991-2000. Diabetes Care 2004;27:1042-1046.
- ¹⁶ I-Minn Lee et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet 2012; 380: 219-29
- ¹⁷ WHO Global Health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- ¹⁸ SISAP. Institut Català de la Salut. Gestió de l'Equip d'Atenció Primària. Disponible a: <http://10.80.217.112/cgi-bin/ICSAPPRD/klxweb.cgi>
- ¹⁹ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Quart informe. Àmbit hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Centralresultats_quartinforme_2012.pdf
- ²⁰ Departament de Salut. Programa de Vigilància de les Infeccions Nosocomials als Hospitals de Catalunya (Programa VINCat). Informe 2014 Disponible a:
<http://vincat.gencat.cat/web/contenut/minisite/vincat/documents/informes/Informe2014.pdf>
- ²¹ Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE-EPPS-2012). Disponible a:
http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20%28v1_1%29.pdf
- ²² Sullivan, D. (1971), "A Single Index of Mortality and Morbidity" HSMHA Health Reports, 86, 347-354.
- ²³ European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU). Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide Technical report 2006_3 June 2007. Disponible a:
http://www.eurohex.eu/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf

²⁴ National Cancer Registry Ireland. Disponible a: <http://www.ncri.ie/research/projects/eurocare-%E2%80%93-european-cancer-survival-comparisons>

²⁵ Eurocare 5 Survival Analysis 2000 – 2007. Disponible a: <https://w3.iss.it/site/EU5Results/forms/SA0007.aspx>

²⁶ Departament de Salut. El sistema de salut i la xarxa sanitària pública de Catalunya 2010. Barcelona: Servei Català de la Salut. Departament de Salut, 2011. Disponible a: http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2010/10_catsalut_resum.pdf

²⁷ CatSalut. Indicadors de reingressos relacionats clínicament. Any 2011. Benchmarking de l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya. Divisió de Registres de Demanda i Activitat, maig 2012.

²⁸ European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013. Disponible a: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>