

Avançant en l'elaboració del nou Pla de salut

Procés de consulta a professionals per a la

Jerarquització de les causes necessàries, factors de risc i determinants de salut

Priorització de les intervencions

Desembre de 2025

Direcció General de Planificació en Salut

Continguts

1. Context i marc de referència del procés de consulta
2. Metodologia del procés de consulta
3. L'estat de salut de la població de Catalunya
4. Utilització de serveis
5. Causes, factors i determinants de la salut de la població de Catalunya i intervencions seleccionades per a cada causa, factor o determinant (per ordre alfabètic)
6. Bibliografia

1. Context i marc de referència del procés de consulta

El *Pla de Salut de Catalunya* és l'instrument estratègic que orienta totes les actuacions públiques en matèria de salut a Catalunya (1). Aquest 2025 finalitza el Pla de salut vigent, i estem treballant en l'elaboració del nou.

El nou Pla de salut parteix d'una **visió ampla i integradora de la salut**, entesa com un **estat de benestar bio-psico-social**, no només com absència de malaltia, tenint en compte els seus **determinants socioeconòmics i ambientals, els factors de risc personals, l'atenció i el respecte a l'autonomia de les persones i la cura de l'entorn**.

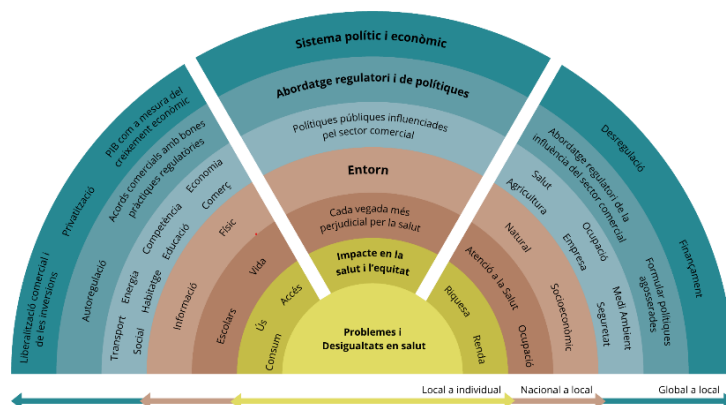
Aquest enfocament parteix del model de **determinants de la salut** descrit per Lalonde el 1974 (2), on destaca que el 80% dels factors que influeixen en l'estat de salut de la població es troben en les condicions de vida de les persones, és a dir fora de les actuacions dels sistemes de salut. I alhora l'amplia a partir de les noves recomanacions i evidències.

Així doncs, el nou Pla de salut adopta una mirada integral i intersectorial sobre la salut, basada en el marc conceptual per a **l'equitat en salut de l'Organització Mundial de la Salut** (3) i en el model dels **determinants comercials de la salut** proposat per Anna B. Gilmore i cols l'any 2023 (4). L'OMS proposa un enfocament integral per reduir desigualtats en salut, i identifica diferents àrees clau dels determinants socials sobre els quals cal actuar de manera coordinada per millorar l'equitat en salut.



Font: OMS. Marc operatiu per al seguiment dels determinants socials de l'equitat en salut. 2024 (3)

Per altra banda, la recerca publicada per Anna B. Gilmore posa de relleu la influència creixent dels **determinants comercials en la salut (DCS)**, i conceptualitza sis nivells que expliquen i condicionen la salut poblacional, les desigualtats i la sostenibilitat planetària.



Font: Defining and conceptualising the commercial determinants of health. Gilmore, Anna B et al. The Lancet, Volume 401, Issue 10383, 1194 – 1213 (4).

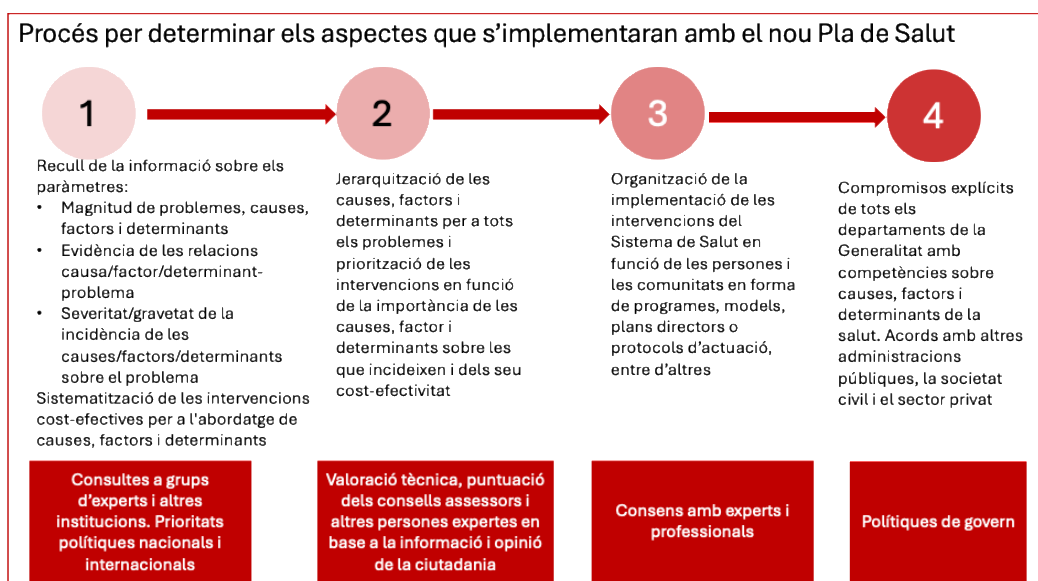
L'evidència ens demostra que la salut no es pot entendre i millorar només des de l'àmbit sanitari. Per aquest motiu, el nou Pla de Salut adopta un **enfocament ecosistèmic** en què les **polítiques de salut amb visió de tot el govern** i la **col·laboració amb altres sectors** esdevenen essencials per avançar en la **millora de la salut**, l'**autonomia**, el **benestar** i la **reducció de les desigualtats**, amb perspectiva de cicle de vida.

Per actuar-hi de manera efectiva cal conèixer quines són les **causes necessàries, els factors de risc, determinants socials, econòmics, comercials i ambientals** que influeixen en la salut de la població. També cal determinar els grups de població als quals afecten segons la seva **edat, gènere, nivell educatiu, nivell socioeconòmic, país d'origen, cultura o lloc de residència**.

Amb aquesta finalitat, el Departament de Salut inicia el procés d'elaboració del nou Pla de Salut de Catalunya amb una consulta àmplia que inclou professionals del sistema sanitari i experts de sectors clau: social, educatiu, medi ambient, territori i recerca. Et convidem a participar-hi i a contribuir amb la teva experiència en aquest procés col·laboratiu.

Aquest document recull la primera fase del treball, que servirà de base per al Pla de Salut. Aquesta fase s'enriquirà amb les aportacions dels professionals, amb sessions de treball amb altres departaments de la Generalitat i amb la participació activa de la ciutadania, per garantir una visió integral i compartida.

La imatge següent sintetitza **el procés per determinar els aspectes que s'implementaran en el nou Pla de Salut**, estructurat en quatre etapes:



Per altra banda, des del Departament de Salut estem elaborant també el nou *Mapa del sistema de salut de Catalunya*, que juntament amb el Pla de salut, és l'altre gran instrument clau de planificació estratègica. Mentre el Pla de salut, com hem vist, és el marc de referència per a totes les polítiques i actuacions públiques de salut pel conjunt del Govern de Catalunya i fixa els objectius i prioritats en salut, el Mapa té una orientació més operativa, estableix els criteris i transformacions del sistema de salut i ordena territorialment els recursos per aconseguir els objectius de salut i la sostenibilitat del sistema públic de salut, amb visió de futur.

És per això que, potser en aquest document hi trobes a faltar alguna part o algun aspecte que s'està treballant en el marc del nou Mapa del sistema de salut i no específicament en el marc del Pla de salut. Tot i així, allò que hi trobis a faltar ens ho pots fer arribar en el qüestionari de participació.

2. Metodologia del procés de consulta

La primera finalitat del Pla de Salut és establir directrius i prioritats que les administracions públiques han de seguir a l'hora de desenvolupar polítiques enfocades a millorar la salut i el benestar de la ciutadania, i mantenir les capacitats, l'autonomia i l'esperança de vida en bona salut.

Per a definir-les la metodologia emprada es fonamenta en la implementació d'actuacions basades en l'evidència científica i en l'avaluació dels resultats en salut obtinguts.

En aquest sentit, la metodologia s'alinea amb les directrius de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) i d'altres organismes internacionals que promouen la Gestió per Resultats orientada al Desenvolupament Sostenible (5), que permet establir una traçabilitat entre els recursos emprats, les accions desenvolupades i els impactes generats.

Aquest marc metodològic garanteix que les decisions de planificació es basin en criteris objectius, mesurables i alineats amb els principis de rendició de comptes, transparència i impacte social positiu.

La prioritització de les intervencions per a la millora de la salut i el benestar de la població es determinarà mitjançant una anàlisi multi-criteri que considera:

- a) Els problemes i les condicions de salut que afecten a la població.
- b) Les causes necessàries, factors de risc, determinants socioeconòmics, comercials i ambientals que hi incideixen.
- c) El nivell d'evidència científica disponible sobre l'efectivitat i el cost-efectivitat de les intervencions proposades (quan se'n disposi).
- d) Les capacitats i operativa de les administracions públiques i del sistema de salut per implementar-les amb equitat territorial i impacte mesurable.

I volem enriquir aquest procés comptant amb la teva participació. Comptant amb l'opinió i valoració dels professionals que participeu en les polítiques, de la seva planificació, del seu disseny, dels seu desplegament i, el que és més rellevant, de l'atenció i cura de la població.

Així doncs et convidem a participar en aquest procés de consulta, que té com a finalitat:

- Establir una jerarquia de les causes necessàries, els factors de risc i els determinants que afecten la salut i el benestar de la població.
- Prioritzar les intervencions més rellevants per millorar la salut i el benestar de la població.

2.1. Jerarquització de les causes necessàries, factors de risc i determinants

Per a la jerarquització de les de les causes necessàries, factors de risc i determinants dels principals problemes de salut us demanen que, a criteri vostre, puntuu diferents ítems del formulari que us adjuntem al document.

Per fer-ho cal tenir en compte:

- a) La **magnitud** de la causa, factor o determinant utilitzant les prevalences o incidències com a principal unitat de mesura.
- b) La **solidesa de l'evidència** de la relació entre el factor/determinant amb diferents problemes de salut, valorada a partir del grau d'evidència (A, B, C i D) dels estudis científics que l'avalen.

- c) La **gravetat/severitat** de la causa, factor o determinant en la mortalitat o discapacitat de la població.

En alguns dels factors o determinants no comptem amb tota aquesta informació, però sí que disposem de l'evidència de l'efecte sobre la salut de la població.

Haureu de seleccionar-ne 10, sobre el conjunt de 45 que formen part d'aquest document:

Del conjunt de les causes/ factors de risc/determinants, seleccioneu-ne 10 que des del vostre punt de vista, haurien de formar part del proper Pla de salut.

2.2. Priorització de les intervencions per a la millora de la salut i el benestar de la població

Finalment us demanem que prioritzeu l'àmbit de les intervencions que considereu més rellevant de cara a la seva implementació en el proper Pla de salut per a cada factor, causa o determinant, tenint en compte:

- El **valor o importància** de les causes, factors i/o determinats.
- L'**evidència de l'efectivitat** i el **cost-efectivitat** de les intervencions si se'n disposa.

Per a cada factor de risc cal triar el nivell d'intervenció que considereu prioritari, escollint entre cinc opcions segons l'àmbit en el qual s'apliquen les intervencions: 1) abordatge de les conductes individuals, 2) salut comunitària, 3) entorns que afavoreixen la salut, 4) abordatge normatiu o regulatori i 5) polítiques comercials que afavoreixen la salut de la població. La pregunta a respondre per a cada factor/ causa/ determinant és la següent:

Quin àmbit d'intervenció creus que ha de ser el prioritari per a abordar cada un dels següents factors de risc, causes o determinants, considerant el seu efecte sobre la salut, el benestar, l'autonomia i l'esperança de vida en bona salut de la població de Catalunya per incloure'l al proper Pla de salut?

Per últim us demanem:

Del conjunt d'intervencions aportades en el document, seleccioneu les 5 que, des del vostre punt de vista, haurien de formar part del proper Pla de salut.

D'entre les intervencions que formen part d'aquest document, s'han seleccionat intervencions liderades pel propi Departament de salut i les que consten en els Plans Departamentals dels altres Departaments de la Generalitat de Catalunya i tenen relació amb els diversos factors de risc. També recomanacions d'organismes internacionals i intervencions prioritzades en plans de salut d'altres països. Ben segur que en falten d'altres i us demanem que si en detecteu de molt rellevants que no estan incloses, ens les feu arribar.

La participació dels professionals és essencial per garantir que el nou Pla de salut sigui efectiu i alineat amb les necessitats reals de la població.

Les aportacions dels professionals seran analitzades per la Direcció General de Planificació en Salut i contribuiran a definir les línies estratègiques del nou Pla de Salut.

Per tal d'estructurar la informació, veureu que als diferents apartats d'aquest document us facilitem informació rellevant que us pot ser d'utilitat i pot facilitar el procés de participació:

- Un resum de **l'estat de salut de la població**.
- Una relació de les **causes/factors de risc i determinats**.
- Una relació d'**intervencions** per a cada causa/factor/determinant.

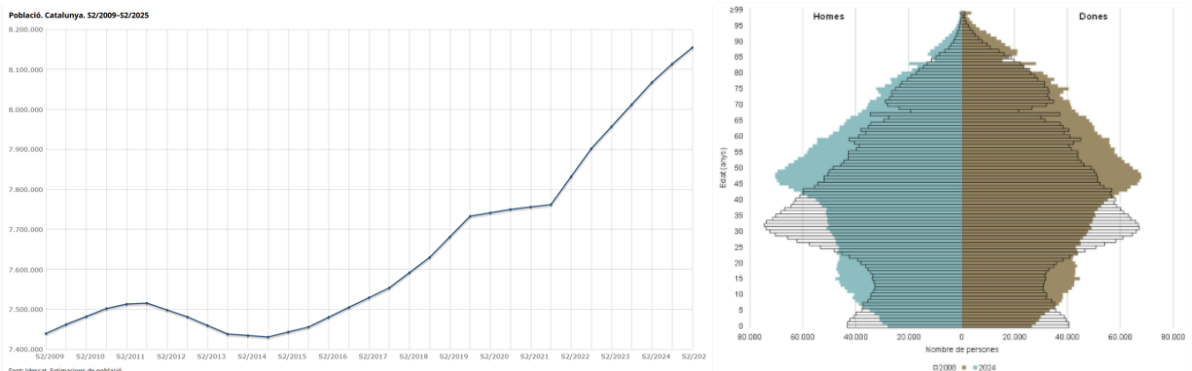
3. L'estat de salut de la població de Catalunya

En aquest apartat fem un breu resum de l'estat de salut de la població de Catalunya. Sobre tot incidim en aquella informació que complementa l'últim Informe de l'Estat de Salut de Catalunya, 2023 on trobaràs informació sobre la salut i el benestar, l'entorn social, l'entorn físic, els comportaments relacionats amb la salut, l'estat de salut, l'ús dels serveis sanitaris i la mortalitat.

Per disposar d'aquesta informació pots accedir-hi a través del següent enllaç: <https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/12663/informe-salut-catalunya-2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Població

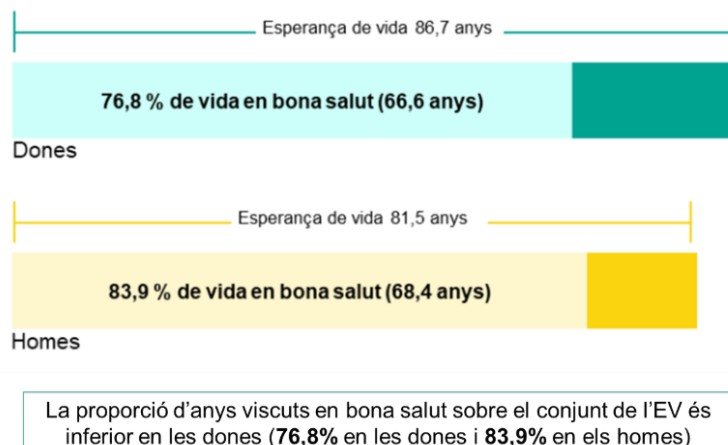
La població de Catalunya ha superat els 8 milions d'habitants (8.113.490 a 1/1/2025, 101.259 persones més que l'1/1/2024, és a dir, un creixement de l'1,3% interanual). La població de més de 65 anys ha augmentat més del 20% des del 2009.



Evolució de la població total de Catalunya i de la piràmide poblacional (Font: Idescat).

Aquest creixement de la població es deu bàsicament al flux migratori perquè el flux natural és negatiu. Actualment la població estrangera a Catalunya és el 18% de la població. La població marroquina és la nacionalitat estrangera més nombrosa al conjunt de Catalunya.

L'esperança de vida (EV) a Catalunya és actualment de 86,7 anys per a les dones i de 81,5 per als homes. Aquesta EV va patir una forta davallada durant la pandèmia però al 2023 ja va recuperar els valors de just d'abans de la COVID-19. Si tenim en compte els anys viscuts en bona salut, són de 66,6 per a les dones i 68,4 per als homes.



Esperança de vida a Catalunya i anys viscuts amb bona salut segons el sexe (Font: Registre de mortalitat 2023 (6))

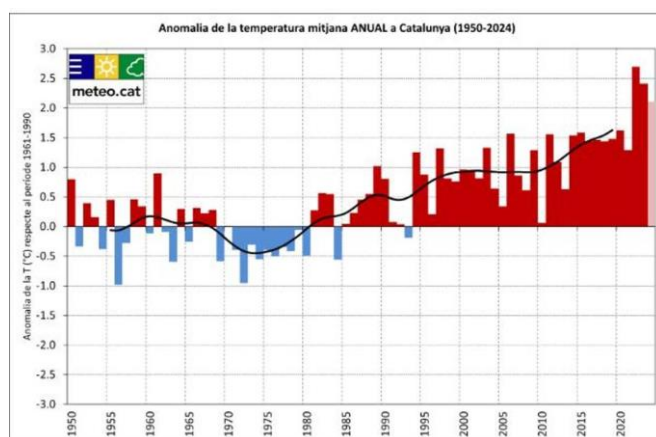
Respecte l'inici del Pla de salut 2021, el percentatge de població en risc de pobresa o d'exclusió social ha baixat lleugerament però ha augmentat molt significativament el percentatge de població que no pot mantenir la llar escalfada (o refredada) adequadament. Ha baixat l'abandonament prematur dels estudis en un 4% i en un 7% el percentatge de població que no està ocupada ni cursa estudis, millorant la taxa d'ocupació del 52,7% al 56,1%. Tot i això, els preus de l'habitatge es van encarir de mitjana un 7,4% l'any 2024 i porten 11 anys consecutius a l'alça.

Les dades sobre concentració de contaminació a l'aire de partícules en suspensió i les d'emissions de gasos amb efecte hivernacles s'han mantingut estables tot i que segueixen estant per sobre dels límits que estableix l'OMS com a no perjudicials (< 15 µg/m³).

Ambit	Indicadors de context	Paràmetres	2020	2021	2022	2023	2024	
Pobresa	1. Població en risc de pobresa o d'exclusió social (%)	Total	26,6	25,9	24,7	24,4	24,0	
		Homes	24,9	24,6	24,0	25,9	23,3	
		Dones	27,8	27,2	25,4	22,8	24,6	
	2. Població que no pot mantenir la llar escalfada adequadament (%)	Total	9,4	15,9	19,2	20,1	17,6	
		Homes	9,3	15,7	17,7	19,0	16,8	
		Dones	9,5	16,1	20,7	21,0	18,4	
	3. Desigualtat de la distribució de la renda (s20/s80) (%)	Total	6,0	5,4	5,1	5,0	4,6	
		Homes	5,9	5,5	5,1	5,1	4,6	
		Dones	6,0	5,4	5,2	4,9	4,7	
Educació	4. Abandonament prematur dels estudis (%)	Total	17,4	14,8	16,9	14,0	13,7	
		Homes	23,2	19,4	19,5	15,8	16,5	
		Dones	11,1	9,9	14,2	12,0	10,6	
5. Població jove que no està ocupada ni cursa estudis ni té formació (%)	Total	18,2	15,1	13,1	14,0	11,9		
	Homes	18,3	15,0	12,1	15,8	11,2		
	Dones	18,0	15,2	14,1	12,0	12,7		
Treball	6. Taxa d'ocupació (%)	Total	52,7	55,0	54,7	55,9	56,1	
		Homes	57,4	58,7	59,4	61,2	61,3	
		Dones	48,3	49,9	50,9	50,8	51,1	
7. Taxa de temporalitat (%)	Total	20,8	22,0	20,05	12,0	13,0		
	8. Brexa salarial entre homes i dones		Total	11,7	11,9	12,6	-	-
	9. Població inactiva per cura de terceres persones (%)	Total	23,2	23,6	26,0	26,3	25,8	
Homes		5,3	7,0	10,1	11,1	9,8		
Dones		34,8	34,7	36,2	36,1	35,8		
Medi ambient	10. Concentració de contaminació a l'aire per partícules en suspensió (partícules < 10 µm) expressada en µg/m ³	Total	21	21	23	20	19	
	11. Emissions de gasos amb efecte d'hivernacle, índex 1990 = 100 (CO ₂ equivalent)*	Total	103,4	104,9	108,9	103	102	

Font: Institut d'Estadística de Catalunya ([Idescat](https://www.idescat.cat)).

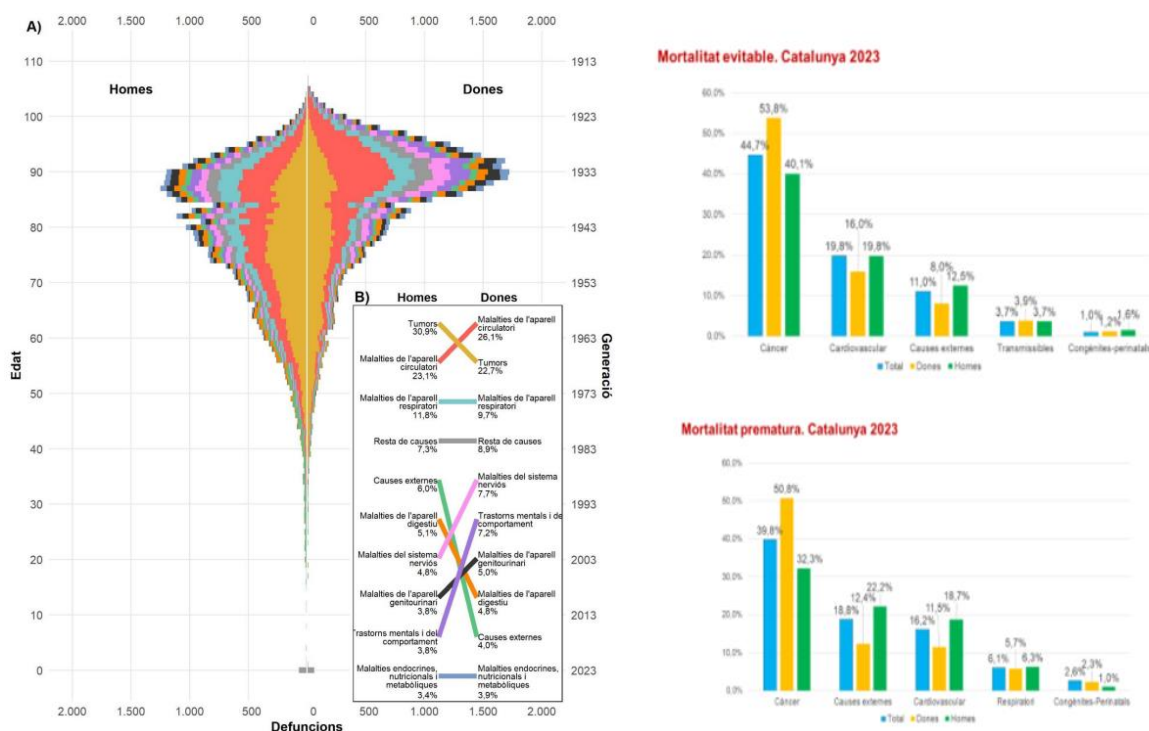
Les dades meteorològiques de Catalunya ens mostren una tendència a l'elevació progressiva de les temperatures mitjanes, il·lustrades a la següent figura.



Font: Meteocat

Mortalitat

Observa la distribució per edat i per sexe de les causes de mortalitat a Catalunya, així com la mortalitat evitable i la mortalitat prematura segons sexe.



Font: Causes de mortalitat total, evitable i prematura a Catalunya 2023. Registre de Mortalitat de Catalunya. DGSP (6)

Les principals causes de mortalitat continuen essent:

- Malalties **cardiovasculares** (26,1% en dones; 23,1% en homes).
- **Tumors** (22,7% en dones; 30,9% en homes).
- En infants, destaquen les **afeccions perinatals** i les **malformacions congènites**.
- En joves, els **suïcidis** i **accidents de trànsit** són les causes predominants, essent les causes externes la primera causa de mort en dones de 15–34 anys i homes de 15–44 anys.

La **mortalitat prematura** (1–70 anys) està dominada pel **càncer**, responsable del 39,8% dels anys potencials de vida perduts (ADPV), amb un valor més alt en les dones (50,8%) que en els homes (32,3%).

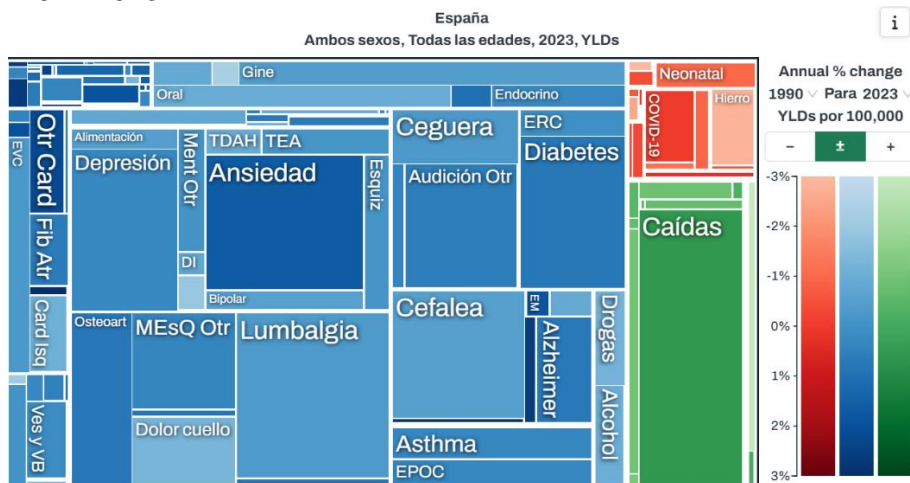
El càncer també és la primera causa de **mortalitat evitable**, amb el **44,7%** de les morts prevenibles o tractables en menors de 75 anys. Li segueixen les **malalties cardiovasculars**, les **causes externes** i les **malalties respiratòries**.

Càrrega de malaltia i discapacitat

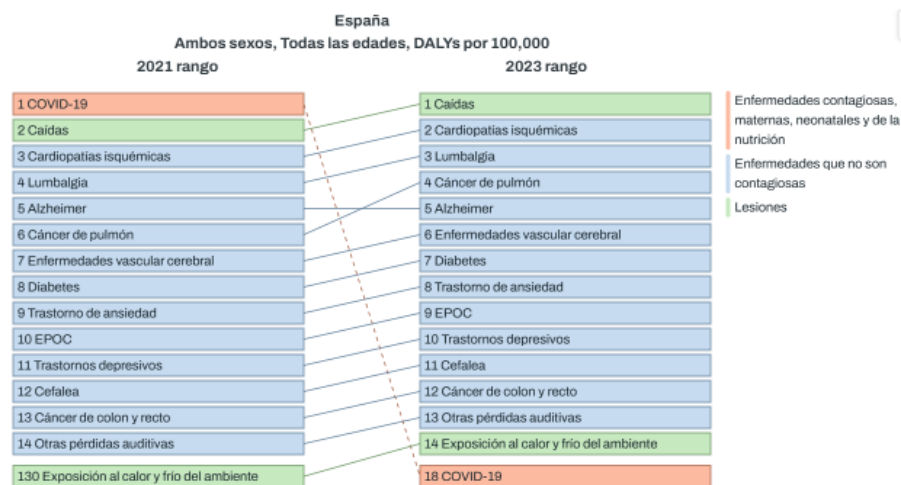
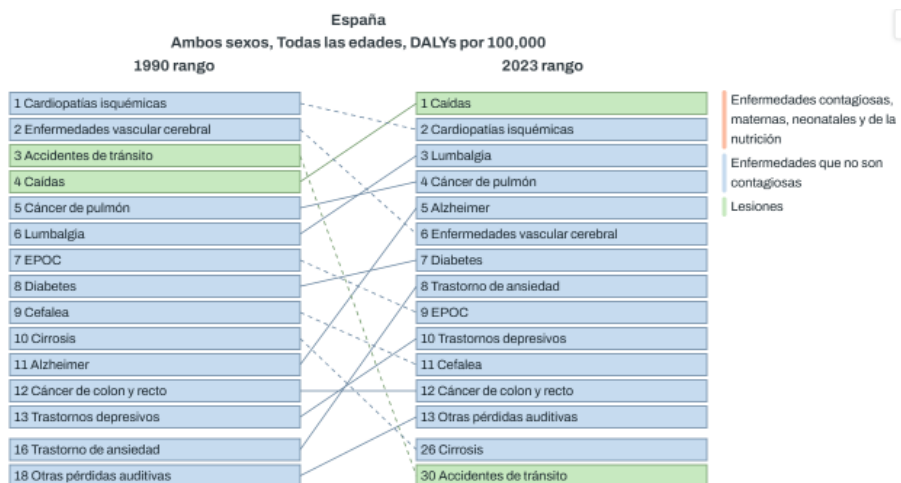
Aquesta informació complementa les estadístiques de mortalitat i posa en relleu la càrrega creixent de **malalties no mortals però altament incapacitants**, especialment en la població gran i en situació de vulnerabilitat.

A nivell de l'Estat Espanyol es mostren les malalties més rellevants per anys viscuts amb discapacitat (AVD o YLD) i anys de vida ajustats per discapacitat (AVAD o DALY), d'acord amb la metodologia del *Global Burden of Disease (2023)* (7) .

A les següent figures es presenten els AVD o YLD, el color s'enfosqueix si la causa ha augmentat i s'aclareix si ha disminuït al llarg del temps i l'evolució dels AVAD a l'Estat Espanyol als períodes: 1990-2023 i 2021-2023.

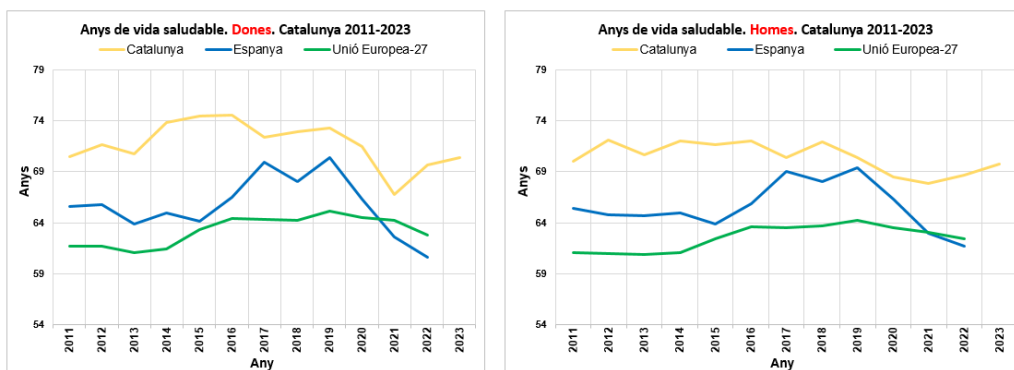


Font: GBD. 2023 (7)



Font: GBD. Anys de vida ajustats per discapacitat a l'Estat Espanyol 2023 (7). Comparativa amb el 1990 i el 2021.

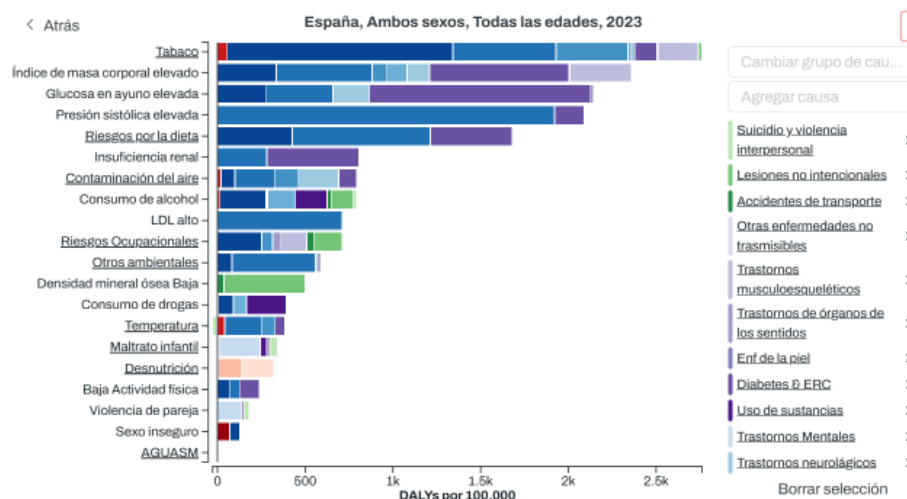
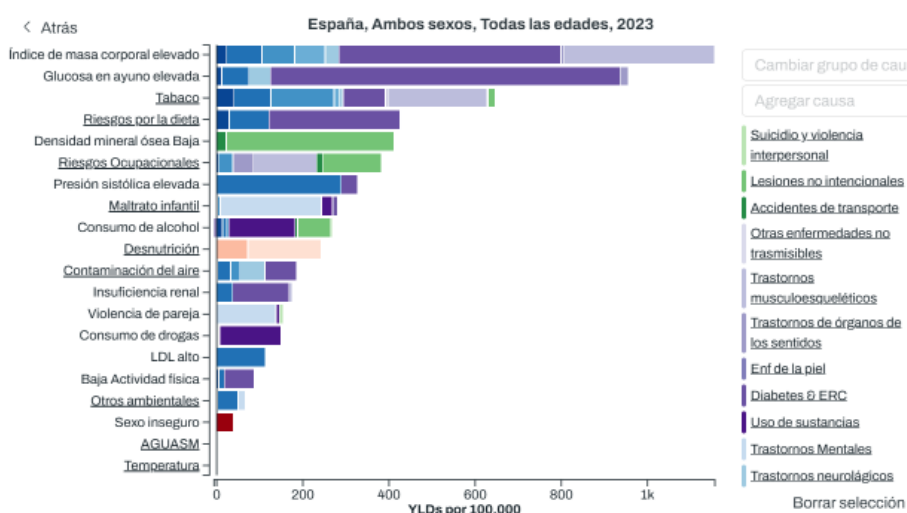
Tot i així, els anys de vida passats amb bona salut a Catalunya són superiors que al conjunt de l'Estat Espanyol i la Unió Europea

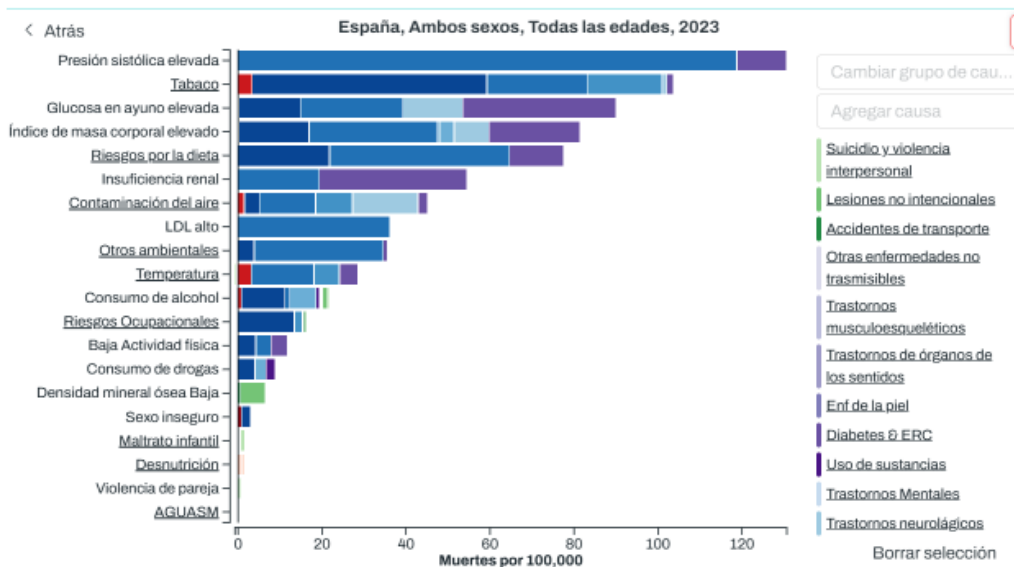


Font: Catalunya i Espanya: Ministeri de Sanitat. Unió Europea: Eurostat

Causas i factors de risc

Els factors de risc i causals fan referència a les causes biomèdiques que faciliten l'aparició de la malaltia. En les següents gràfics i en la taula 1 es quantifica l'efecte de cada factor en la mortalitat, la discapacitat (AVD) i la discapacitat i la mortalitat de manera conjunta (AVAD) segons les dades del Global Burden of Disease (GBD).





Taxes de Mortalitat i Discapacitat per factors de risc. Font: GBD (7)

	AVD	AVAD	MORTALITAT
Baixa activitat física	86,66	240,33	11,80
Riscos per la dieta	425,09	1678,19	77,51
Malnutrició i prematuritat	242,54	320,05	1,65
Contaminació de l'aire	186,75	773,51	45,10
Glucosa en dejú elevada	955,38	2142,21	89,83
Consum d'alcohol	261,28	767,57	20,67
Consum de drogues	146,69	385,35	8,71
LDL alt	113,07	712,34	36,24
Pressió sistòlica elevada	327,59	2091,21	130,67
Riscos ocupacionals	383,02	709,37	16,36
Índex de massa corporal elevat	1156,1	2357,3	81,42
Tabac	627,61	2685,19	100,32
Temperatura planeta	560,89	381,01	28,6
Relacions sexuals sense barrera	39,30	124,30	3,10
Violència masclista	279,49	237,01	1,70
Altres medi ambient	68,78	586,25	35,54
Aigua	2,74	8,24	0,44
Maltractament infantil	279,49	337,01	1,69

Anys Viscuts amb Discapacitat (AVD), Anys de Vida Ajustats per Discapacitat (AVAD) i Mortalitat per 100.000 habitants de les principals factors/ determinants/ causes a l'Estat Espanyol. Font: GBD.2023

Taxes de Mortalitat i Discapacitat per factors de risc. Font: GBD (7)

Desigualtats

Tenint en compte els eixos de desigualtat, a la taula 2 es poden observar alguns gradients de desigualtat en les dimensions de sexe, d'edat, classe social i nivell educatiu.

	Total	Sexe	Edat	Classe Social	Nivell educatiu
Activitat física insuficient	32,9%	D: 41,2% H: 24,9%	15-44: 7,6% 45-64: 16,1% 65-74: 18% 75 i més: 32,4%	Dades no disponibles	
Ansietat	7,5%	D: 10,4% H: 4,4%	15-44: 6,5% 45-64: 8,9% 65-74: 5,3% 75 i més: 9,5%	I: 4,1% III: 9%	U: 3,6% SE: 12,7%
Consum de risc de begudes alcohòliques*	5,4%	D: 3,1% H: 7,7%	15-44: 7,1% 45-64: 5% 65-74: 3,2% 75 i més: 1,6%	I: 5,3% II: 5,3% III: 5,5%	U: 4,5% S: 5,9% SE: 4,4%
Consum de begudes ensucrades envasades (15-64 anys)	16,9%	D: 11,6% H: 22,3%	15-44: 23,4% 45-64: 14,8% 65-74: 9,7% 75 i més: 5,4%	I: 10,9% III: 21,4%	U: 9,9% S: 20% SE: 20%
Hiperlipidèmia (CCR)*	22,9%	D: 23,4% H: 22,4%	15-44: 7% 45-64: 29,3% 65-74: 43,4% 75 i més: 44,5%	I: 20,7% II: 21,7% III: 23,8%	U: 18,8% S: 22,1% SE: 32,4%
Hores de son nocturn inadequades	30,9%	D: 34,4% H: 27,3%	15-44: 23% 45-64: 33,8% 65-74: 35,1% 75 i més: 48,4%	I: 24,6% II: 33,1% III: 33,7%	U: 23,4% S: 30,6% SE: 42,8%
Relacions sexuals sense mètode barrera	35,9% (Catalunya 2022)	D: 37,7% H: 34,2%	Dades no disponibles	Nivell adquisitiu: Baix: 58,7%; Mitjà: 37,6% Alt: 19,2%	Dades no disponibles
Precarietat laboral*	6,3%	D: 7,6% H: 5,1%	15-44: 8% 45-64: 4,1%	I: 3,5% II: 7,3% III: 7,2%	U: 3,6% S: 7,4% SE: 10,3%
Obesitat i sobrepès	52,5%	D: 46,6% H: 58,3%	15-44: 43,3% 45-64: 59,1% 65-74: 64,6% 75 i més: -	I: 43,4% II: 49,8% III: 57,4%	U: 41,5% S: 54,2% SE: 67,2%
Consum de tabac	22,6%	D: 19,8% H: 25,5%	15-44: 23% 45-64: 26,1% 65-74: 15,7% 75 i més: 6,2%	Dades no disponibles	U: 18,9% S: 25,2% SE: 16,9%

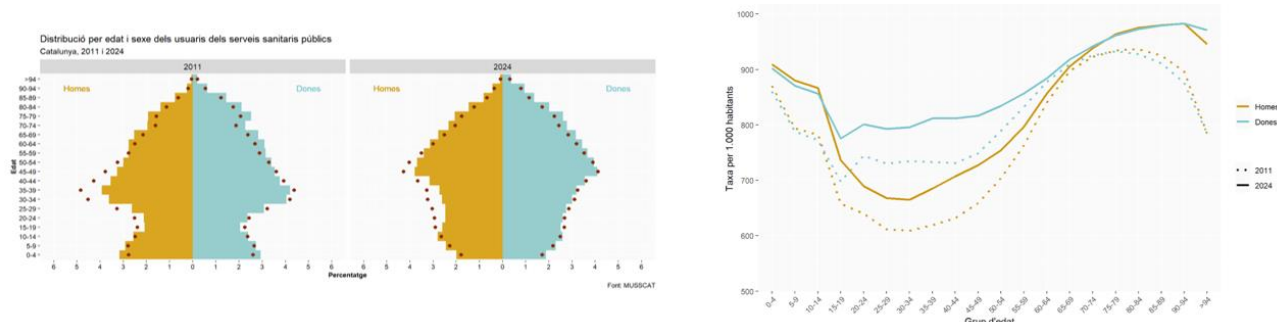
Factors de risc desagregats per sexe, edat, nivell d'estudis i classe social. Font: ESCA 2023* i 2024 i HBSC. H: homes, D: dones / Estudis: U: universitaris, S: estudis secundaris, SE: sense estudis o estudis primaris / Classe social: I: classe social alta, II: classe social mitja i III: classe social baixa (8)

4. Utilització de serveis

La població de Catalunya fa un ús elevat dels serveis sanitaris. Segons dades de l'ESCA 2024 el 95,9% de la població havia visitat un professional sanitari (públic o privat) en els últims 12 mesos (97,1% en la població de classe I i 98,9% de la classe II) i un 55,4% havia pres un medicament prescrit en els darrers 15 dies. Destaquen els percentatges tan elevats, especialment en les persones amb nivell socioeconòmic alt. L'any 2024, 6.849.262 persones van utilitzar els serveis públics de salut.

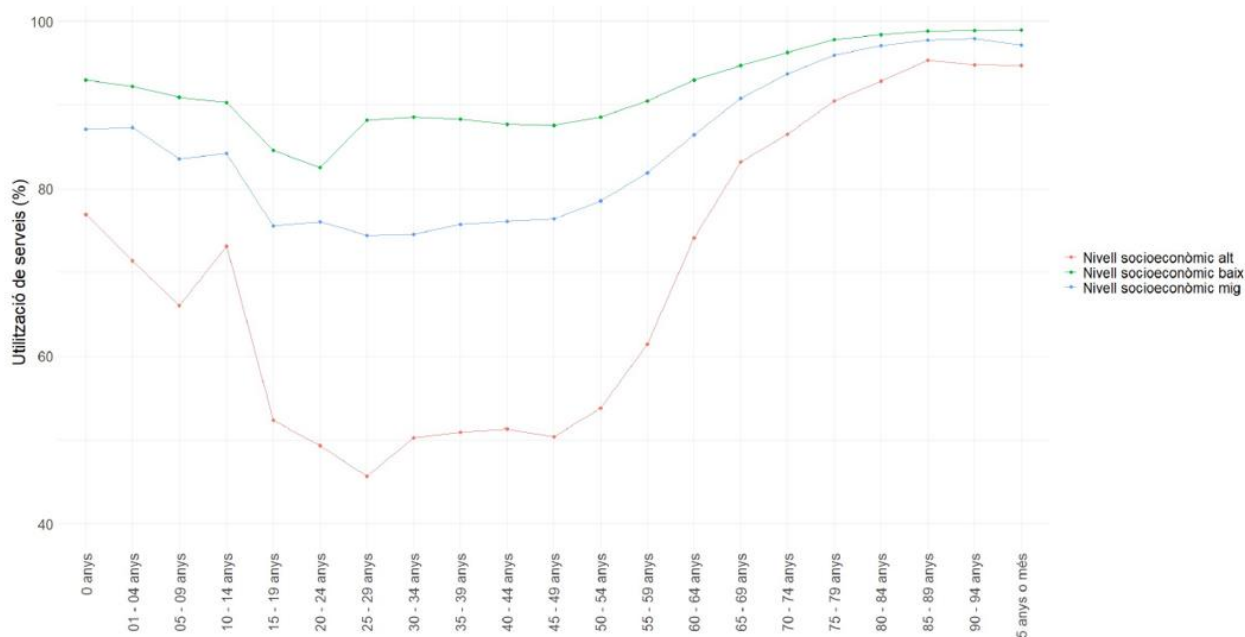
La doble cobertura sanitària segueix un increment constant els darrers anys i ha augmentat un 5% en 5 anys (del 28,8% el 2019 a un 33,9% al 2024). En la classe social més afavorida és del 53,4%, però en la menys afavorida arriba al 18,9%.

La utilització dels serveis públics ha crescut de forma considerable en els darrers anys, especialment en la franja de 5-49 anys i de 75 anys en endavant.



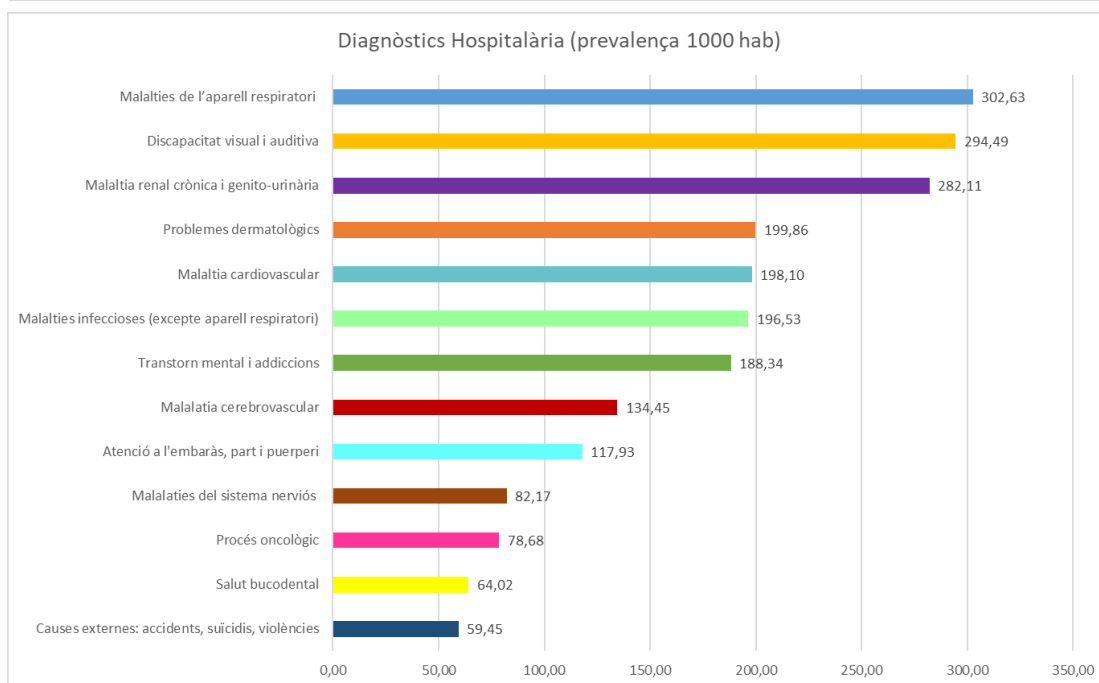
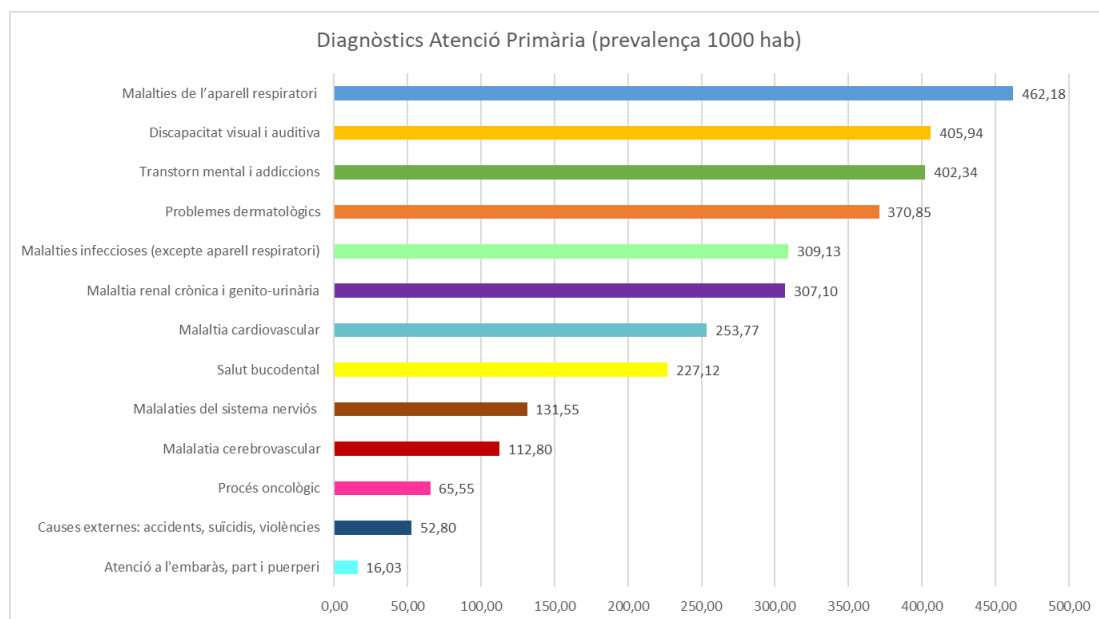
Font: MUSCAT

A partir dels 75 anys, més del 90% de la població utilitza els serveis públics de salut.



Font: Àrea econòmica del CatSalut

Amb les dades que consten al Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) de Catalunya, aportem a la següent figura els principals diagnòstics donats d'alta a l'Atenció Primària (EAP, ASSIR i CUAP) i a l'Atenció Hospitalària (ingressos, CCEE i urgències) segons la seva prevalença per 1000 habitants.



Diagnòstics més prevalents a l'Atenció Primària i Hospitalària a Catalunya. Font: CMBD.

5. Causes, factors i determinants de la salut de la població de Catalunya i intervencions seleccionades per a cada causa, factor o determinant (per ordre alfabètic)

En els següents paràgrafs es presenta per a cada factor de risc 1) la magnitud, que fa referència a la prevalença o a les taxes disponibles, 2) l'evidència del factor de risc en relació amb problemes de salut i 3) la gravetat si està disponible de forma comparada amb els altres factors.

Les causes de les causes no consten en aquesta secció. Per compensar aquesta mancança, a l'apartat d'intervencions s'inclouen propostes que responen als diferents nivells causals (des dels més individuals als més socials i de marc econòmic).

1. Activitat física (AF)

Magnitud

- A Catalunya, un **32,9 % de la població de 15 anys i més** realitza una insuficient AF (Homes (H) 41,2% / Dones (D) 24,9% (Font: Enquesta de Salut de Catalunya- ESCA 2024 (8)).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Realitzar activitat física saludable (més de 4 h a la setmana) redueix el risc de patir un **Infart Agut de Miocardi (IAM)** (OR 0,69, IC 99% 0,53-0,90) (**Grau d'evidència B**) (9).
- Els nivells insuficients d'AF estan relacionats amb el 9% dels casos de **càncer de mama** i el 10 % dels casos de **càncer de còlon** en el conjunt de països de la Unió Europea (**Grau d'evidència A**) (10).
- Una metaanàlisi publicada l'any 2022, conclou que les persones adultes que fan 2,5 h setmanal d'AF moderada tenen menor risc de patir **depressió** en comparació a les que no en fan, amb un RR de 0,75 (IC 95% 0,65-0,87) (**Grau d'evidència A**) (11).
- Una meta-anàlisi de 58 estudis i 257.983 pacients, va identificar que la pràctica d'AF redueix el risc de patir **demència** amb un Risc Relatiu (RR) de 0,80 (95% CI 0,77–0,84), per l'**Alzheimer** el RR era de 0,86 (0,80–0,93) i per la **demència vascular** de 0,79 (0,66–0,95) (**Grau d'evidència A**) (12).
- En gent gran la falta d'activitat física està relacionada amb un increment del risc de **caigudes**, pitjor mobilitat, **discapacitat**, **hospitalització i mort** (OR entre 1,29 i 2,24) ajustada per l'estat de salut i les característiques socials de les persones (**Grau d'evidència B**) (13).

Gravetat/Severitat

- Una baixa o insuficient activitat física explica el **0,6%** de la discapacitat, el **0,81%** dels anys perduts per discapacitat i l'**1,27%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

- 1.1. **Cribatge i intervenció breu sobre activitat física a l'AP. Programa Suma Salut del Departament de Salut** (**Grau d'evidència A**) (14).
- 1.2. **Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil del Departament de Salut**
 - **Efectivitat:** increment de les hores d'esport setmanal de 0,3 a 3,7 i de joc actiu de 0,7 a 0,9 hores/dia (**Grau d'evidència C**) (15).
- 1.3. **Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES).**
- 1.4. **Programa FITJOVE** de promoció d'exercici físic en l'adolescència pagant una quota reduïda (16).
- 1.5. **Inversions en instal·lacions esportives comunitàries.** Anglaterra 2035 (17).

1.6. **Intervencions específiques per persones en exclusió social, discapacitat i infants.**
Austràlia (18).

2. Alimentació

Magnitud (8)

- Un **9,9% dels adults** menja 5 o més peces de **fruita i verdura diària** (D 12,0%/ H 7,7%).
- En població de **3 a 14 anys** un **8,8%** menja 5 o més peces de **fruita i verdura al dia** (D 7,7,0% / H 8,7%).
- En població de **3 a 14 anys** un **32,7%** menja habitualment **productes hipercalòrics** (D 32,3% /H 33,0%).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Una alimentació no saludable incrementa el risc de patir un **IAM** (OR 1,35, IC 99% 1,11-1,64) (**Grau d'evidència B**) (9).
- La **ingesta de carn vermella** té un risc relatiu (RR) en el desenvolupament de **càncer de colon i recte (CCR)** d' 1,17 (IC 95% 1,02–1,33) amb un impacte dosi-depenent (**Grau d'evidència A**) (10). El risc de desenvolupar un **CCR** entre les persones que tenen un consum elevat d'Aliments Ultraprocessats (AUP) (begudes ensucrades, margarines, brioixeria industrial, patates fregides de bossa i aliments precuinats) comparats amb aquells que en mengen menys, en un estudi de seguiment a 28 anys, incrementa en un 29% (HR 1,29 IC 95% 1,08-1,53 (**Grau d'evidència C**) (19).
- Una metaanàlisi indica que els AUP rics en greixos i sucres tenen una associació significativa amb la depressió i l'ansietat (OR 1,15 IC 95% 1,06-1,23) (**Grau d'evidència A**) (20).
- La ingesta d'aliments amb alt contingut en sucre, incrementa el risc **de càries** (**Grau d'evidència D**) (21).

Gravetat/Severitat

- Una alimentació poc saludable explica el **2,92%** de la discapacitat, l'**1,68%** dels anys perduts per discapacitat i el **8,32%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIIONS

2.1. **Programa de Revisió dels menús escolars (PREME) del Departament de Salut**

- **Efectivitat:** Més del 70% d'escoles compleixen amb els cinc indicadors de recomanacions dietètiques del programa (**Grau d'evidència D**) (22).

2.2. **Reial Decret 315/2025 del Ministeri de Drets Socials sobre menjadors escolars saludables** (23).

2.3. **Etiquetatge d'aliments amb advertències tipus "alt en" sucres, greixos saturats i Calories.** Xile.

- **Efectivitat:** La disminució del consum de productes classificats com 'alts en' va ser d'un 18,3%, del 70.8 al 52.5% (**Grau d'evidència D**) (24).

2.4. **Associació d'entitats socials per augmentar el consum de productes amb cereals integrals.** Dinamarca

- **Efectivitat:** Augment significatiu de: a) nombre de productes etiquetats amb el logotip de gra integral, de 190 el 2010 a 1097 el 2019;b) augment significatiu en la ingesta diària mitjana de cereals integrals, de 36 grams per 10 MJ abans que comencés la campanya a 82 grams per 10 (**Grau d'evidència C**) (25).

3. Alfabetització en salut

Magnitud

- La majoria de la població catalana presenta una alfabetització en salut¹ (84,6%), però els grups amb **menys estudis, menys recursos econòmics i problemes físics tenen més risc de tenir una alfabetització en salut inadequada (Grau d'evidència B)** (26).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- A Alemanya (Grau d'evidència C) (27) el percentatge de persones amb Alfabetització en Salut (AS) **problemàtic o insuficient** ("no suficient") **va ser significativament més alt en individus que patien malalties cardiovasculars (MC) en comparació amb aquells que no les patien** (homes 41,8% vs. 33,6%, dones 46,7% vs. 33,4%). Els individus amb alfabetització en salut "no suficient" tenien **més probabilitats de tenir més de 6 consultes al metge de família** (49,3% vs. 28,7%) i **hospitalitzacions** (46,6% vs. 36,0%) en els darrers 12 mesos, i de patir **retards en l'obtenció d'atenció mèdica** a causa de llargues llistes d'espera per a una cita (30,7% vs. 18,5%) en comparació amb els participants amb una alfabetització en salut "suficient".
- A Finlàndia, una **baixa alfabetització en salut es va associar amb un major risc de mort (Grau d'evidència C)** (28). Ajustat per patrons d'estil de vida, la disparitat es va mantenir, HR = 1,49 (1,03–2,17). La supervivència general mitjana va ser 3,6 mesos més llarga per a aquelles persones amb alfabetització sanitària mitjana-alta que per a aquelles amb baixa alfabetització en salut.

INTERVENCIIONS

- 3.1. **Escola de salut catalana** (29).
- 3.2. **Reducció de la bretxa digital i foment de l'alfabetització crítica en salut. Nova Zelanda** (30).
- 3.3. **Alfabetització en salut, salut sexual, exercici per a la salut per a nenes i dones adultes. Austràlia** (18).
- 3.4. **Alfabetització de persones amb baixos nivells digitals per accedir al NHS. Anglaterra** (31).
- 3.5. **Alfabetització en salut mental**
 - **Efectivitat:** La intervenció va ajudar a millorar la salut mental dels participants (OR 0,46; IC 95%: 0,23–0,90) en relació al grup de comparació. A més, la intervenció va ajudar a mantenir la qualitat de vida i el suport social (Grau d'evidència C) (32).

4. Ansietat

Magnitud (8)

- La prevalença **d'ansietat moderada o greu** en > de 14 anys és d'un **7,5%** (D-10,4%/H-4,4%).
- Si observem la prevalença d'ansietat per nivell d'estudis, en la població amb estudis universitaris és de 3,6% i en la que no té estudis o primaris és de 12,7%.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'ansietat pot representar un risc de tenir un **IAM d'1,30** (IC 99% 1,06-1,60) i la depressió un risc d'**1,35** (IC 99% 1,10-1,66) (Grau d'evidència A) (9).

¹ L'alfabetització en salut inclou el coneixement i les capacitats per entendre i utilitzar la informació sobre la salut, expressar opinions i prendre decisions relacionades amb la pròpia salut.

- L'ansietat és un predictor de la **ideació suïcida** amb una OR d'1,49 (IC 95% 1,18-1,88) i dels intents (OR = 1.64, IC 95% 1.47- 1.83), però no de les morts per suïcidi (OR = 1.01, IC 95% 0.87-1.18) (**Grau d'evidència A**) (33).

INTERVENCIIONS

4.1. Programa de benestar emocional i salut comunitària del Departament de Salut

- **Efectivitat:** Millora del benestar emocional i del trastorn d'ansietat en més de 4 punts, del dolor persistent en més de 3 (**Grau d'evidència C**) (34).

4.2. Projecte Henka d'escoles resilients (35).

4.3. Tractament farmacològic personalitzat i retirada quan ja no sigui necessari

- **Efectivitat:** El 22,0% (IC 95%: 19,9-24,0) han abandonat el tractament amb benzodiazepines i el 18,8% (IC95%:16,9-20,8) han disminuït la dosi (**Grau d'evidència C**) (36).

L'ús crònic de benzodiazepines s'associa a elevat risc de dependència i tolerància, efectes negatius sobre el maneig de màquines i la conducció de vehicles, interaccions amb altres psicofàrmacs i augment del risc de caigudes, fractures i increment de la mortalitat total (37).

4.4. Coordinadors i coordinadores de convivència i benestar (COCOBE) dels centres educatius (38).

5. Arts i Salut

Magnitud

- Les arts en totes les seves disciplines esdevenen una font de benestar i salut per a les persones que en gaudeixen (**Grau d'evidència A**) (39).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Existeix evidència global del **paper de les arts en l'assoliment de benestar i salut en la població**. Aquesta evidència es recull entre d'altres en un informe de l'OMS de 136 pàgines dedicat específicament a fer-ne un recull, amb més de 900 estudis, dels quals més de 200 revisions sistemàtiques i metanàlisis (**Grau evidència A**) (39). Destaca com l'art pot influir en:
 - En la **prevenció de malalties**: hi ha resultats que mostren que pot reduir el risc de declivi cognitiu, la fragilitat i d'altres condicions relacionades amb l'edat.
 - En els **determinants socials de la salut**, com per exemple, en la reducció de la soledat no volguda, en l'augment de la cohesió social, creant xarxes de suport, fomentant la inclusió social, entre d'altres.
 - En la **salut mental** s'han observat millores en els símptomes de depressió i ansietat.
 - En **entorns hospitalaris** s'ha associat a la reducció de l'ansietat, el dolor, la pressió arterial, el temps d'estada i l'ús de medicació.
 - En les **cures al final de la vida i dol** poden tenir un paper rellevant en el suport emocional, la comunicació, la reducció del dolor, i la qualitat de vida de les persones en situació de final de vida o dol.

INTERVENCIIONS

5.1. Potenciació de les Arts en Salut com a eina per a millorar el benestar i la salut de les persones

Cost-efectivitat:

- **Beneficis individuals:** s'estimen en **730 £ anuals** per a persones diagnosticades amb càncer de mama i **450 £ anuals** per a persones diagnosticades amb tots els altres càncers (segons la valoració HTA QALY).
- **Beneficis socials:** Suposant que cada any participen en la teràpia d'arts visuals el 10% de les persones amb càncer de mama recentment diagnosticades o totes les altres persones amb càncer recentment diagnosticades, el benefici anual esperat és de **4,5 milions de £** i **16,3 milions de £** per al càncer de mama i tots els altres càncers respectivament (utilitzant la valoració HTA QALY).
- Retorn d'1,2-8 £ per cada £ de despesa (**Grau d'evidència A**) (39).

5.2. Manteniment de la informació i mapatge dels actius d'Art en Salut del territori.

6. Audició i visió disminuïda

Magnitud

- La prevalença de **sordesa** és del **0,87%** (D 0,91% / H 0,82%). **Font:** Departament de Drets Socials.
- La prevalença d'hipoacúsia és del 12% en persones de 55 a 74 anys (Anglaterra) i s'incrementa amb l'edat (40).
- La prevalença de **mala visió** a Catalunya està al voltant del **5%** (41). Són diverses les causes de la disminució de l'agudesesa visual, però una de les més prevalents és la retinopatia diabètica, que desenvoluparan un 40-45% dels pacients durant el curs de la malaltia (42). També cal destacar per la seva gravetat i possible tractament agut l'ictus de la retina.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La pèrdua d'oïda està relacionada amb risc de **demència** que augmenta del 4 al 24% per cada 10 dB de disminució de la capacitat auditiva (**Grau d'evidència B**) (12).
- La retinopatia diabètica està entre les 5 causes més prevalents de ceguesa a món (**Grau d'evidència A**) (42).
- L'ictus retinià és una malaltia greu, amb una prevalença al voltant d'1/100.000 persones que cursa amb pèrdua brusca de la visió.

INTERVENCIONS

6.1. Utilització d'aparells auditius

- **Efectivitat:** l'ús d'audiòfons és un factor protector de **caigudes** amb una OR de 0,35 (IC 95% 0,19-0,67) (**Grau d'evidència C**) (43).

6.2. Cribatge de la retinopatia diabètica mitjançant retinografia i tractament precoç

- **Cost-efectivitat:** alguns estudis suggereixen que és aproximadament 50 vegades més costós tractar a un pacient amb retinopatia que evitar-ne el dany i 20 vegades més econòmic tractar-lo de forma precoç que tardana (42).

6.3. Estendre el protocol d'ictus retinià a tota Catalunya.

7. Apnea obstructiva del son (AOS)

Magnitud

- A Catalunya la prevalença **d'AOS es troba entre el 6 i el 13%**, un 12% en homes i un 5% en dones (44)

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Les persones amb AOS greu van mostrar un risc gairebé cinc vegades més gran de patir un **accident de trànsit** (OR = 4,75, IC del 95%: 1,29-17,42) (Grau d'evidència **D**) (45).

INTERVENCIONS

- 7.1. **Estudiar la introducció de la probabilitat de tenir un l'AOS en les revisions mèdiques del carnet de conduir en conductors professionals** (45).

8. Asbest-Amiant (exposició de risc)

Magnitud

- A Catalunya, la utilització de l'amiant està prohibida des de l'any 2002. La Generalitat ha identificat gairebé **1 milió de tones de fibrociment que encara resten per retirar**. El 2030 més del 85% d'aquests materials hauran superat la seva vida útil i constituiran un problema de salut pública, laboral i mediambiental.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Està demostrat l'efecte cancerigen de l'exposició a l'amiant i l'aparició de mesotelioma i **càncers** de pulmó, laringe i ovari. L'evidència és limitada respecte a la relació causal per al càncer colorectal, de faringe i d'estómac. Representa la major proporció de càncer laboral a Europa (Grau d'evidència **A**) (10).

INTERVENCIONS

- 8.1. **Pla Nacional per a l'erradicació de l'amiant a Catalunya** (46).

9. Assetjament psicològic escolar

Magnitud

- El Departament d'Educació ha registrat **1.333 casos** de possibles situacions d'assetjament escolar **des de l'inici de curs 2025/2026** i que representen un 29,4% de les prop de 5.000 situacions de violència en total que ha detectat el Reva en la infància i l'adolescència. (47).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- El risc de **depressió** en infants i adolescents que han patit assetjament és 2,77 vegades superior que el dels que no l'han patit (OR = 2,77, IC 95% 2,29-3,35) (Grau d'evidència **A**) (48).

INTERVENCIONS

- 9.1. **Programa #aquiproubullying de prevenció de l'AE per a docents d'EP i ESO** (38).

- 9.2. **Programa KiVa contra l'assetjament escolar**. Finlàndia.

- Efectivitat: A Finlàndia, KiVa ha demostrat una reducció significativa dels casos d'assetjament denunciats, ansietat i depressió, així com efectes positius en la motivació i els resultats acadèmics (Grau d'evidència **C**) (49).

10. Begudes alcohòliques (BA)

Magnitud

- Un **5,4 %** de la població > 15 anys presenta un consum de risc de **BA** (D 3,1% / H: 7,7%) (8).

- S'observen diferències per gènere (4,6 punts). No s'observen diferències segons el nivell d'estudis ni per classe social.
- Entre les **gestants**, un **3,1 %** de gestants consumeixen **BA** (FONT: SISAP-2024).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- A nivell europeu, el 10% de tots els casos **de càncer** en homes i el 3% de tots els casos de càncer en dones són atribuïbles al consum d'alcohol amb un impacte dosi-depenent (**Grau d'evidència A**) (10).
- Beure més de 30 consumicions de begudes alcohòliques al mes te un OR d'1.51 (IC 99% 1,18-1,92) de patir qualsevol tipus **d'IAM**, respecte a no consumir begudes alcohòliques (**Grau d'evidència C**) (9)
- El consum d'entre 1 i 14 consumicions a la setmana de BA s'associa amb un major risc (RR=1,16 (IC 95% 0,98-1,37) de desenvolupar **demències** (**Grau d'evidència B**) (12).
- L'associació entre trastorns per consum d'alcohol i **trastorns d'ansietat** té una OR de 2.11 (IC 95% 2,03-2,19) i per a la **depressió major** té una OR de 2.42 (IC 95% 2,22-2,64) (**Grau d'evidència B**) (50).
- Les **ideacions suïcides** al llarg de la vida s'incrementen entre un 2 i un 3,4% en persones que fan un consum d'alcohol de risc. Malgrat sembli un risc petit, entre persones diagnosticades de dependència a l'alcohol, aquest consum contribueix en un 25% de suïcidis (**Grau d'evidència A**) (51)
- El percentatge de **víctimes mortals en sinistres de trànsit** que donen positiu en alcohol, drogues o psicofàrmacs ha experimentat un increment important entre l'any 2019 i l'any 2022, i ha passat d'un 27,9% de positius a un 40,1% (**Grau d'evidència A**) (52).
- L'exposició a l'alcohol tant materna (OR=1,16, IC 95% 1,05-1,27) com paterna (OR=1,44 IC 95% 1,19-1,74) durant **l'embaràs** s'associa amb un major risc de cardiopaties congènites (CC) en la descendència (**Grau d'evidència C**) (53).
- El consum d'alcohol durant l'embaràs també és una causa ben establerta de trastorns de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF) (**Grau d'evidència A**) (54).

Gravetat/Severitat

El consum d'alcohol explica l'**1,8%** de la discapacitat, el **2,64%** dels anys perduts per discapacitat i **2,31%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIIONS

- 10.1. **Cribatge de consum de BA i intervenció breu a l'AP. Programa Suma Salut del Departament de Salut (Grau d'evidència A)** (14).
- 10.2. **Programa Salut i Escola del Departament de Salut** (55)
- 10.3. **Impostos a les begudes alcohòliques (BA)**
 - **Efectivitat:** l'OMS insta a tots els països membres a incrementar els impostos del tabac, les BA i les begudes ensucrades en un 50 % d'aquí a 2035, per tal de prevenir 50 milions de morts prematures en els propers 50 anys (**Grau d'evidència A**) (56).
- 10.4. **Etiquetatge obligatori de les BA advertint dels riscos per la salut (Grau d'evidència A)** (57).

11. Begudes ensucrades (BE)

Magnitud (8)

- Un 16,9% dels adults (D 11,6%/ H 22,3%) i un 5,4% dels infants de 3 a 14 anys consumeix diàriament **begudes ensucrades** (D 4,8%/ H 6,0%).

- S'observen **diferències significatives** tant per sexe, edat (**joves de 15 a 44 anys: 23,4%**) per nivell d'estudis (**universitaris: 9,9% - secundaris, primaris i sense estudis: 20%**), com per classe social (**alta: 10,9%, baixa: 21,4%**).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La ingesta de begudes ensucrades s'associa amb un risc més elevat de **neoplàsies malignes** del colon (OR=1,013, IC 95% 1,001-1,026) (**Grau d'evidència C**) (58)
- En un recent estudi publicat al 2025 amb dades de 184 països, l'any 2020, les BE han causat a nivell mundial 2,2 milions de casos nous de **DM** i 1,2 milions de **MCV**, que representen el 9,8% i el 3,1%, respectivament, de tots els casos incidents (**Grau d'evidència B**) (59).
- Consumir una vegada o més al dia de BE està associat a un increment d'un 26% de problemes de **salut mental** (**Grau d'evidència B**) (60).
- La ingesta d'aliments amb alt contingut en sucre, incrementa el risc de **càries** (**Grau d'evidència D**) (21).

INTERVENCIIONS

11.1. **Impostos a les begudes ensucrades envasades.** El 2017 a Catalunya s'implanta l'impost de begudes ensucrades embotellades (61).

- **Efectivitat:** A Catalunya abans de la introducció de l'Impost un 10% dels infants de 3-14 anys bevien BE cada dia i un 21,0% de la població de 15 anys o més. Dos anys després de l'impost el consum en infants va ser del 5,8 % i en adults (**Grau d'evidència A**) (61).
- **Efectivitat:** L'OMS insta a tots els països membres a incrementar els impostos del tabac, les BA i les begudes ensucrades en un 50 % d'aquí a 2035, per tal de prevenir 50 milions de morts prematures en els propers 50 anys (**Grau d'evidència A**) (56).

11.2. **Etiquetatge de les BE amb advertències tipus "alt en" sucres.** Xile.

- **Efectivitat:** La disminució del consum de productes classificats com 'alts en' va ser d'un 18,3%, del 70.8 al 52.5% (**Grau d'evidència D**) (24).

11.3. **Restricció de la publicitat d'AUP i BEE adreçada a població infantil.** Anglaterra (17).

11.4. **Prohibició de la venda de begudes energètiques amb alt contingut de cafeïna a menors de 16 anys.** Anglaterra (17).

11.5. **Prohibir l'apertura d'establiments de venda d'AUP prop dels centres escolars.** Anglaterra (17).

11.6. **Prohibició d'ofertes de compra'n un i emporta-te'n un de franc en aliments poc saludables.** Anglaterra (17).

12. Caigudes per fragilitat, discapacitat i pèrdua d'autonomia

Magnitud

- La taxa de caigudes en població hospitalitzada és de **1,88 l'any 2023** (Font: AQUAS. Central de Resultats).
- El 17,2% de la població adulta té alguna discapacitat o limitació greu (arriba al 60,2% en els majors de 74 anys) i un 9,6% té manca d'autonomia o dependència que arriba fins el 40,6% en les persones de 74 anys i més (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Les lesions causades per les caigudes poden ser mortals, sent la població més afectada a partir dels 60 anys. Cada any es produeixen a nivell mundial 37,3 milions de caigudes que necessiten atenció sanitària (**Grau d'evidència C**) (62).

- En un estudi realitzat a Finlàndia, el risc de **lesions severes al cap** produïdes per caigudes, en persones de 80 anys o més s'havia incrementat en 3,4 vegades en els darrers 25 anys, un increment que no s'explica només per l'envelliment de la població (Grau d'evidència B) (63).

INTERVENCIONS

- 12.1 **Programes multifactorials (força/equilibri, medicació, visió/audició, calçat) en persones més grans de 65 anys** (Grau d'evidència A) (64, 65).
- 12.2. **Pla d'intervenció comunitari d'envelliment sa i actiu i un pla de prevenció de la fragilitat per prevenir la discapacitat** (66).
- 12.3. **Desplegament del visor WSocial, eina per compartir dades socials i de salut** (66).

13. Contaminació acústica

Magnitud

- El **13,8%** de la població de les grans aglomeracions urbanes està exposada a més 65 decibels de dia l'any 2023. Font: Departament de Territori Habitatge i Transició ecològica 2023.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'Organització Mundial de la Salut (OMS) aconsella que el nivell de soroll mitjà registrat al llarg de 24 h no sobrepassi els 53 decibels, amb valors concrets segons el tipus d'espai, per exemple en els dormitoris ha de ser de 30 decibels per no pertorbar la son (Grau d'evidència C) (67).
- El soroll excessiu pot produir des de molèsties fins al deteriorament del sistema auditiu, alteracions cardiovasculars, deteriorament cognitiu, problemes per dormir, ansietat i pitjors resultats de salut perinatal (Grau d'evidència C) (68).

INTERVENCIONS

- 13.1. **Projecte "Salut als carrers"** (69).
- 13.2. **Llei 16/2002, de 28 de juny, de protecció contra la contaminació acústica** (70).

14. Contaminació atmosfèrica

Magnitud

- A Catalunya, la concentració mitjana per partícules en suspensió (< 10 µm) és de **23 µg/m³** (IDESCAT 2023), per sobre dels límits que estableix l'OMS com a no perjudicials (< 5 µg/m³) (68).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- A les principals ciutats europees, la contaminació atmosfèrica per partícules petites de 2,5 micres causa fins a 202 morts per cada 100.000 habitants i fins a 73 per respirar NO₂ en concentracions elevades (Grau d'evidència C) (71).
- El risc de **càncer de pulmó (CP)**s'incrementa amb la presència de partícules en suspensió de mida petita en l'aire que respirem (PM₁₀ i PM_{2,5} micres), amb una raó de risc/OR d'1,22 (IC 95% 1,03-1,45) i 1,18 (IC 95% 0,96-1,46) respectivament. Un increment de 4000 vehicles/km/dia a 100 m del lloc de residència, s'associa a un increment de l'OR 1,09, IC 0,99-1,21). El mateix estudi mostra que no hi ha associació entre els òxids de nitrogen i el CP (Grau d'evidència B) (72).

- Incrementos en la concentració de PM2.5 i PM10 estan relacionades amb increment d'ingressos hospitalaris per **IAMEST (Grau d'evidència B)** (9).
- Llargues exposicions a partícules contaminants es relacionen amb el desenvolupament de **demències i deteriorament cognitiu**: PM2,5 (OR 1,52, IC 95% 1,39-1,67) i PM 10 (OR 1,04, IC 95% 1,00-1,08) (**Grau d'evidència B**) (73).
- L'exposició a llarg termini a la contaminació atmosfèrica, especialment a les partícules fines (PM2.5) i al diòxid de nitrogen (NO2), s'associa amb un risc més elevat de desenvolupar **depressió** (OR=1,10, IC 95% 1.02-1.18) en dones embarassades. En població infantil s'associa a un increment de brots psicòtics (OR=1.09, IC 95% 1,00-1,10) (**Grau d'evidència B**) (74).

Gravetat/Severitat

- La contaminació de l'aire explica l'**1,29%** de la discapacitat, el **2,69%** dels anys perduts per discapacitat i el **4,84%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

14.1. Ús d'inhaladors amb menor petjada de carboni

Efectivitat: s'estima que aquesta transició contribuirà a **reduir de forma significativa les emissions de gasos d'efecte hivernacle** associades al sector sanitari **Grau d'evidència C** (75).

14.2. Transició cap a energies renovables i aconseguir la neutralitat climàtica de la Generalitat i el seu sector públic el 2030

Efectivitat: aquest canvi es preveu que contribuirà a la reducció global d'emissions (**Grau d'evidència B**) (76).

14.3. Restricció d'ús i entrada de vehicles a motor a entorns urbans, limitació de la contaminació acústica, promoció del transport públic i de la bicicleta

Cost-Efectivitat: a la ciutat de Barcelona, amb els nivells de contaminació de l'any 2023, la mortalitat atribuïble a la contaminació de l'aire a la ciutat s'estima al voltant del 8% de les morts naturals, amb un cost social estimat de 891 milions d'euros (IC 95% =617-1.233), el que correspon al 0,9% del PIB de la ciutat i al voltant de 537 euros per càpita (**Grau d'evidència A**) (77).

14.4. Llei de la producció agrària sostenible (78).

14.5. Usar l'Institut Català de Finances com a palanca de finançament per desenvolupar projectes vinculats a la sostenibilitat, la recerca, i la implantació d'energies verdes i la descarbonització (79).

14.6. Electrificar la flota de vehicles de la Generalitat de Catalunya i instal·lar punts de recàrrega en els edificis públics (79).

14.7. Fiscalitat progressiva i verda (79).

14.8. Adequar cobertes, tancaments i interiors que no siguin eficients climàticament i energèticament (79).

15. Depressió

Magnitud

- La prevalença de **depressió moderada o greu** en > de 14 anys és d'un **5,8%** (amb un fort gradient e gènere: **D-7,5% / H 4,0%**) (8). La prevalença és més elevada en persones > 74 anys i en les classes socials més desfavorides.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Un estudi poblacional realitzat a Suècia amb 41 727 bessons i un seguiment de 18 anys, indica que el risc de patir **demència** s'incrementa (OR= 2,65 , IC 1,17-5,98) en aquelles persones que han patit depressió al llarg de la vida (**Grau d'evidència A**) (12).

INTERVENCIIONS

- 15.1. **Cribratge i avaluació estructurada (PHQ-9, entrevistes breus); cribratge en l'embaràs i el puerperi.**
- 15.2. **Teràpies no farmacològiques: intervencions sobre estil de vida, teràpia cognitivoconductual, seguiment estructurat i model de cures col·laboratives.**
- 15.3. **Prescripció d'Activitat Física (Grau d'evidència D) (80).**
- 15.4. **Tractament farmacològic personalitzat i retirada quan ja no sigui necessari**
Efectivitat: el 22,0% (IC 95%: 19,9-24,0) han abandonat el tractament amb benzodiazepines i el 18,8% (IC95%:16,9-20,8) han disminuït la dosi (**Grau d'evidència C**) (36).

16. Determinants econòmics i comercials

Magnitud:

- S'estima que certes pràctiques comercials estan relacionades amb el 58% de totes les morts i el 78% de les morts per malalties no transmissibles. Per una alimentació poc saludable, s'estimen 11 milions de morts; per contaminació de l'aire per combustibles fòssils més de 10; per consum de tabac 9 i per consum d'alcohol, 3 (4).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La **publicitat**, com a pràctica empresarial cabdal, és una eina molt potent per influenciar el consum d'aliments de tota mena, saludables i insaludables. Estudis com el seleccionat (**Grau d'evidència A**) (81) **associen el màrqueting d'aliments i begudes poc saludables amb una major ingesta dietètica i una major preferència** d'aquests aliments en infants, durant o poc després d'haver estat exposats als anuncis en qüestió. Els resultats de la metaanàlisi van observar:
 - En els infants exposats a màrqueting dietètic poc saludable, la ingesta dietètica d'aquests aliments va augmentar significativament (diferència de mitjanes [DM] = 30,4 kcal, IC 95% de 2,9 a 57,9, i DM = 4,8 g, IC del 95% de 0,8 a 8,8) durant o poc després de l'exposició als anuncis.
 - Els infants exposats a màrqueting dietètic poc saludable tenien un risc més elevat de seleccionar els aliments o begudes anunciats (risc relatiu = 1,1, IC del 95% d'1,0 a 1,2; p = 0,052).

INTERVENCIIONS

- 17.1. **Llei de l'alimentació de Catalunya, que ha de vetllar per la sostenibilitat en la producció, transformació i distribució dels aliments, regular la contractació pública perquè afavoreixi els productes de proximitat (78).**
- 17.2. **Aliances estratègiques amb la indústria alimentària.** Anglaterra
Efectivitat: Danone no introduirà mai productes dirigits a població infantil amb alt contingut en greixos, sucre o sal. La cadena de supermercats Sainsbury promocionarà els punts de venda de fruites i verdures (17).

17. Diabetis mellitus 2 (DM2)

Magnitud

- A Catalunya un **8,5%** de persones tenen DM2 (8).

- A Catalunya un **7,9%** de persones gestants tenen diabetis gestacional (82).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La DM incrementa el risc **d'IAM** amb una OR d'1.36 (IC 99% 1,10-1,68) (**Grau d'evidència C**) (9).
- A l'edat de 70 anys, els pacients diagnosticats de DM tenen un risc superior de patir **demència** respecte als que no la pateixen (HR 2,12, IC 95% 1,50-3,00) (**Grau d'evidència B**) (83).
- La diabetis materna, en especial la pregestacional i la DM2, augmenta significativament el risc de nadons amb pes baix per l'edat gestacional (OR 2,29, IC 95% 1,12-4,67); de mortalitat neonatal (OR 1,53, IC 95% 1,20-1,94), de mort perinatal (OR 1,31, IC 95% 1,07-1,61), així com més risc d'anomalies congènites (OR 1,76, IC 95% 1,11-2,79) (**Grau d'evidència C**) (84).

Gravetat/Severitat

- L'alteració del metabolisme de la glucosa explica el **6,56%** de la discapacitat, el **7,22%** dels anys perduts per discapacitat i el **9,65%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIIONS

18.1. **Cribatge i intervenció sobre estil de vida saludable a l'AP** (**Grau d'evidència A**) (14).

18.2. **Finançament al 100% de la medicació per a la diabetis i per a la pèrdua de pes en persones amb pocs ingressos.** Anglaterra (17).

18. Disruptors endocrins (metalls pesants, plaguicides, fenols, parabens, ftalats)

Magnitud

- Hi ha estudis que calculen que de mitjana ingerim **5 grams de plàstic a la setmana**, l'equivalent a una targeta de crèdit (85).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Els derivats de perfluoroalquil es relacionen amb l'obesitat infantil i adulta, diabetis gestacional, baix pes en néixer, disminució de la qualitat del semen, síndrome de l'ovari poliquístic, endometriosis i càncer de mama. El bisfenol amb la diabetis, la reducció de la qualitat del semen i l'ovari poliquístic. Els ftalats són factors de risc de prematuritat i obesitat infantil. Els pesticides organofosforats redueixen la qualitat del semen i poden produir càncer de pròstata si l'exposició per raons laborals és massa elevada. L'exposició prenatal a bisfenol A, pesticides organofosforats i retardants de flama incrementen el risc d'aparició de trastorns per dèficit d'atenció (**Grau d'evidència D**) (86).

Gravetat/Severitat

- Altres factors ambientals com el plom o el radó expliquen el **0,47%** de la discapacitat, l'**1,98%** dels anys perduts per discapacitat i el **3,81%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIIONS

19.1. **Pla d'ús sostenible dels productes fitosanitaris** (78).

19.2. **Pràctiques agroecològiques, protecció del medi ambient i preservació dels recursos naturals** (76).

19. Diversitat cultural i d'origen

Magnitud

- A Catalunya, l'any 2024 el **18%** de població és d'origen estranger (87).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Els migrants econòmics s'enfronten a un risc significativament més alt **d'ansietat i depressió** en comparació amb les poblacions locals, amb taxes de prevalença més elevades, al voltant del 39% (depressió) i del 27% (ansietat) (**Grau d'evidència A**). (88).

INTERVENCIONS

20.1. Formació dels professionals de la salut en diversitat cultural. Noruega

Efectivitat: L'adaptació dels missatges dels professionals de la salut a la cultura sami ha millorat el seguiment dels controls de l'embaràs entre aquesta població (**Grau d'evidència C**) (89).

20.2. Atenció a joves migrants sols del Departament de Drets Socials (66).

20.3. Programes d'acollida de la població migrant per facilitar-ne la màxima inclusió (66).

20.4. Pacte contra la segregació escolar (38).

20.5. Aules d'acollida a primària i secundària per a l'alumnat nouvingut (38).

20.6. Actuacions contra el racisme en activitats esportives (16).

20. Dolor

Magnitud

- A Catalunya el 30,6% de les persones majors de 15 anys va declarar tenir dolor o malestar. Aquesta prevalença és més alta en les dones (35,4%) que en els homes (25,6%) (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Els problemes osteomusculars són la principal causa de dolor crònic a Catalunya. L'any 2023, un 34,0% de les dones van declarar tenir artrosi, artritis o reumatisme, mentre que aquest percentatge baixava al 19,9 % en els homes. Pel que fa al mal d'esquena crònic lumbar o dorsal, està present en el 27,2% de les dones i en el 20,2% dels homes (91).
- El 92% de persones amb dolor crònic el tenen de tipus no oncològic i el 8% és de tipus oncològic (92). El dolor intens afecta el 13,2% de persones amb lumbàlgia, i un 27,9% de persones amb migranya (93).

INTERVENCIONS

21.1. Abordatge biopsicosocial, multidisciplinar i interdisciplinari de l'atenció a la persona amb dolor crònic (90).

21.2. Potenciació del tractament no farmacològic des d'una perspectiva biopsicosocial, emfasitzant l'exercici físic terapèutic i les intervencions psicoeducatives, i racionalització de l'ús de medicaments (90).

21. Drogues

Magnitud (94)

- El consum de **cocaïna** en els darrers 30 dies (15-64 anys) a l'Estat Espanyol és de l'**1,3%** (D 1% / H 3,5%) - 2022.
- El consum de **cànnabis** en els darrers 30 dies (15 –64 anys) a l'Estat Espanyol és del **8,6%** (D 6,8%/ H 14,4%) - 2022.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'associació entre consum de substàncies il·legals i **trastorns d'ansietat** té una OR de 2,91 (IC 95% 2,58-3,28); amb la **depressió major** l' OR és de 3,80 (IC 95% 3,02-4,78) (**Grau d'evidència A**) (95).
- En el cas del **cànnabis**: l'associació entre el consum de cànnabis i l'**ansietat**, té una OR entre 1,7-2,5 (**Grau d'evidència B**) (96).
- Els resultats d'una metaanàlisi demostren que l'ús del cannabis durant l'**embaràs** s'associa amb un increment d'anèmia (OR 1,36, IC 95% 1,10-1,69), de nadons amb pes baix (OR 1,77, IC 95% 1,04-3,01) i d'ingressos en unitats de cures intensives neonatals (OR 2,02, IC 95% 1,27-3,21 (**Grau d'evidència A**) (97).
El percentatge de dones que consumeixen algun tipus de drogues durant l'embaràs és difícil de registrar, ja que és una de les causes de retirada de la custòdia del nadó.

Gravetat/Severitat

- El consum de drogues explica l'**1,03%** de la discapacitat, el **2,41%** dels anys perduts per discapacitat i el **0,95%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

- 22.1. **Cribratge i intervenció breu sobre el consum de cocaïna i altres drogues a l'AP.**
- 22.2. **Programa Salut i Escola del Departament de Salut (55).**
- 22.3. **Tractament de deshabituació i disminució de danys en persones amb addicció.**
- 22.4. **Impulsar una nova llei d'Addiccions.**

22. Edat dels progenitors en el moment de la gestació

Magnitud

- L'any 2024, un **38,3%** de mares i un **58,3%** de pares tenen 35 anys o més (87).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'edat materna avançada definida com a superior a 34 anys està relacionada amb un risc més elevat d'**anomalies congènites** (OR 1,64; IC 95% 1,40-1,92) respecte a les mares de 25 a 29 anys (**Grau d'evidència A**) (98).
- L'edat paterna avançada mostra una associació significativa amb **trastorns del neurodesenvolupament** dels infants (**Grau d'evidència B**) (99).
- A Catalunya, des de fa 20 anys s'observa un percentatge més elevat de **baix pes i prematuritat** en néixer en les dones més grans de 34 anys respecte a les de 20 a 34. Concretament l'any 2024 la prematuritat en néixer s'incrementa 2,3 punts percentuals en les dones de més edat (**Grau d'evidència C**) (100), que són factors de risc de **trastorns del llenguatge** (**Grau d'evidència A**) (101).

INTERVENCIONS

- 23.1. **Recomanacions sobre edats reproductives saludables des de l'AP.**
- 23.2. **Polítiques d'usos del temps que possibilitin la conciliació laboral i familiar (66).**
- 23.3. **Prestació per fill/a fins als tres anys de l'infant (66).**
- 23.4. **Augmentar el finançament de les escoles bressol i llars d'infants d'iniciativa social, per mantenir la gratuïtat d'I2 i implementar la gratuïtat d'I1 de forma progressiva (66).**
- 23.5. **Justícia redistributiva de tal manera que les persones reproduïdes no s'empobreixin (102).**

23. Espais verds i blaus

Magnitud

- El **94,5%** de la població de Catalunya disposa d'un espai verd o blau a menys de 10 minuts a peu de casa seva, en el que passen **2,6 dies** a la setmana (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Els estudis científics associen l'entorn natural: espais verds (parcs urbans, jardins, boscos...) i espais blaus (rius, llacs, platges...) amb nombrosos beneficis per a la salut física i mental i la millora de la qualitat de vida i el benestar de les persones.
- Els **espais verds** s'associen als resultats següents (**Grau d'evidència A**) (103):
 - **Reducció de la mortalitat per totes les causes en la població general.** Un augment de 0,1 unitats en NDVI ^[1] al voltant de zones residencials s'associa amb una reducció del 4 al 7%.
 - **Reducció de la mortalitat per malalties cardiovasculars població general.** Un augment de 0,1 unitats en l'NDVI s'associa amb una reducció del 2-3%.
 - **Reducció del risc de mortalitat per ictus en gent gran.** Cada augment de 0,1 unitats en l'NDVI correspon a un 23-33% menys de risc de mortalitat per ictus.
 - Un augment de 0,1 unitats en l'NDVI s'associa amb un **pes en néixer més elevat.**
- Els **espais blaus** també s'associen positivament amb resultats beneficiosos per a la salut, incloent la **reducció de les taxes d'obesitat** i la **millora del benestar psicològic** (**Grau d'evidència A**) (103).
- Respecte a l'impacte en la salut mental, un augment d'un 10% en l'accés a espais verds i blaus **es va associar amb una menor probabilitat de desenvolupar trastorns mentals comuns en el temps** (0,93; 0,93–0,93). Cada 360 metres addicionals de distància a l'espai verd i blau més proper s'associava amb una probabilitat més alta de patir trastorns mentals comuns (1,05; 1,04–1,05). A més, es va poder comprovar que els efectes positius de l'exposició a espais verds i blaus sobre la salut mental eren més pronunciats en els quintils amb més privació (Gal·les) (**Grau d'evidència C**) (104).

[1] NDVI: L'índex de vegetació de diferència normalitzada (NDVI) és una mètrica que s'utilitza per avaluar la salut i la densitat de la vegetació.

INTERVENCIIONS

24.1. **Recomanacions sobre els beneficis dels espais verds i blaus sobre la salut** (**Grau d'evidència A**) (104).

24. Habitatge

Magnitud

- A Catalunya, la **manca d'accés a un habitatge digne** s'ha convertit en un dels principals factors de desigualtat per a la majoria de la població, com ara els joves i les llars que hi destinen més del 40 % dels seus ingressos. A més, consignar més del 30 % dels ingressos a l'habitatge, en el cas de rendes mitjanes i baixes, agreuja el risc de privació en altres esferes essencials de la vida, com l'alimentació, la salut, la formació o la cultura, elements importants per a la igualtat d'oportunitats (76).
- **Una de les dades que evidencien aquesta situació és l'increment continuat del nombre de persones sense llar**, segons la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar, el maig de 2024 es van comptabilitzar 1.245 persones dormint als carrers de Barcelona, una xifra que pràcticament s'ha duplicat respecte al primer recompte realitzat per aquesta organització (105).

- D'altra banda, les dades de l'Agència Catalana de l'Habitatge mostren un augment constant de la demanda d'habitatge protegit. L'any 2021 hi havia registrades 84.467 sol·licituds per a tot el territori català, mentre que el 2024 el nombre ha augmentat fins a 105.919 (76), fet que posa de manifest la pressió creixent sobre el parc d'habitatge social i la dificultat d'accés a un habitatge digne.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La **manca d'accés a un habitatge digne** repercuteix en l'estat de salut mental i física de les persones i a la seva qualitat de vida (76).
- Tal com s'observa en un estudi realitzat a San Francisco (**Grau d'evidència C**) (106), les persones sense sostre tenen una **elevada prevalença de trastorns crònics**. En la investigació realitzada:
 - **Més d'una quarta part dels enquestats (27,8%)** van declarar tenir almenys **1 dels 5 problemes de salut crònics avaluats** (malaltia cardíaca o accident cerebrovascular, hipertensió arterial, asma, diabetis o bronquitis crònica/emfisema).
 - **Més d'un terç (34,8%)** van declarar que el seu estat de salut era regular o deficient i segons les proves serològiques, el 8,6% dels enquestats eren VIH positius.
- Pel que fa a l'**habitatge inadequat** pot tenir conseqüències com **malalties respiratòries, cardiovasculars, malestar emocional, infeccions i lesions** (**Grau d'evidència C**) (107).

INTERVENCIIONS

25.1. Models d'habitatge cooperatiu

Efectivitat: efectes positius en la salut física, mental, emocional i comunitària (**Grau d'evidència A**) (108).

25.2. Estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme a Catalunya (66).

25.3. Parc d'habitatge protegit de lloguer mitjançant el finançament de l'Institut Català de Finances (76).

25.4. Llei 24/2015 d'emergència en l'àmbit de l'habitatge i la pobresa energètica (109).

25. Hiperlipidèmia

Magnitud

- A Catalunya, un **22,9 %** de la població té el colesterol elevat (D: 23,4% - H: 22,4%) (8).
- S'observen diferències especialment significatives segons nivell d'estudis (**universitaris: 18,8%, sense estudis i primaris: 32,4%**), menys per classe social (**alta: 20,7%, baixa: 23,8%**).

Relació estadística amb el problema de salut

- Una alteració en el perfil lipídic incrementa el **risc d'IAM** (OR 1,89, IC 99% 1,49-2,40) (**Grau d'evidència A**) (9).
- La hiperlipidèmia és un factor de risc del **CCR** amb un RR d'1,62 (**Grau d'evidència A**) (110).
- Una meta-anàlisi de 27 estudis assenyala, que tant el colesterol total elevat com els nivells baixos d'HDL constitueixen factors de risc significatius per a la **demència** (**Grau d'evidència C**) (12).

Gravetat/Severitat

- Un nivell de colesterol LDL alt explica el **0,78%** de la discapacitat, el **5,67%** dels anys perduts per discapacitat i el **3,89%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

26.1. **Cribratges i intervenció sobre estil de vida saludable a l'AP** (Grau d'evidència A) (14)

26.2. **Control farmacològic personalitzat**

Efectivitat: el 31% de pacients presenta un nivell adequat de colesterol (Grau d'evidència D) (111).

26. Hipertensió arterial

Magnitud

- La prevalença d'HTA és del **27,1%**, sense diferències per sexe (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- El diagnòstic d' HTA incrementa el risc d'**IAM** (OR 2,64, IC 99% 2,26-3,08) (Grau d'evidència C) (9).
- La contribució de la HTA, juntament amb la diabetis i el tabac a patir **demència** en persones de 65 a 74 anys és del 44% (IC 95% 30,9-57,2%) (Grau d'evidència C) (112).

Gravetat/Severitat

- La hipertensió explica el **2,25%** de la discapacitat, el **7,07%** dels anys perduts per discapacitat i el **14,02%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

27.1. **Cribratges i intervenció sobre estil de vida saludable a l'AP** (Grau d'evidència A) (14)

Efectivitat: Un **64,9%** de pacients a l'AP tenen un bon control de la HTA (Grau d'evidència A) (113).

27. Hores de son

Magnitud

- En població infantil de 3 a 14 anys, només el **77,7%** dels infants dormen les hores recomanades (8).
- La prevalença d'**hores de son nocturn inadequades** per població d'entre 15 i 75 anys és del **30,9%** (H: **27,3%** i D: **34,4%**).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- En població infantil australiana, s'ha trobat que els infants entre 4 i 9 anys que dormen menys hores de son de les recomanades tenen un risc significatiu de **sobrepès i obesitat** (Grau d'evidència C) (114).
- En els adolescents, dormir poc s'associa en un 55% a estats depressius i ansiosos i angouxa (Grau d'evidència A) (115).
- Dormir menys de 5 hores diàries o més de 9, enlloc de 7, s'associa a més **obesitat, diabetis, hipertensió, i malalties cardiovasculars**. Concretament s'incrementa en un 12% la mortalitat per totes les causes (Grau d'evidència D) (116).
- La falta de son nocturn (tant durada curta com mala qualitat del son) està present en un 48,6% de persones amb símptomes de **depressió i ansietat**, respecte a un 23,1% en les persones que no tenen aquests trastorns (Grau d'evidència C) (117).

- Una durada del son nocturn superior a 8 h, s'associa amb un increment del 64% del risc de **demència** i aquesta associació és particularment evident en adults de 70 anys o més i consumidors freqüents d'alcohol (**Grau d'evidència C**) (12).

INTERVENCIIONS

- 1.2. **Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil del Departament de Salut**
Efectivitat: Increment de les hores de son nocturn diàries de 9,2 a 9,6 (**Grau d'evidència C**) (15).
- 4.1. **Programa de benestar emocional i salut comunitària del Departament de Salut.**
Efectivitat: Millora de la qualitat de la son en més de 5 punts percentuals (**Grau d'evidència A**) (34).
- 27.1. **Recomanació sobre higiene de la son a l'AP.**
- 27.2. **Teràpia conductual per al tractament de l'insomni**
Efectivitat: El 50% de la població d'estudi remet l'insomni i l'ansietat durant els següents 6 mesos (**Grau d'evidència C**) (36).
- 27.3. **Donar suport i ampliar la Xarxa Catalana pel Dret al Temps** (66).
- 27.4. **Adaptació dels horaris als ritmes circadians** (118).

28. Lactància materna (LM)

Magnitud

- A Catalunya, un **50,8%** de les dones realitzen LM **entre 6 i 9 mesos** (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Realitzar LM té un efecte protector del càncer de mama i ovari estimat en una reducció del risc del 4,3% per cada 12 mesos de lactància materna acumulada (**Grau d'evidència C**) (10).
- L'OMS recomana l'alimentació del nadó amb llet materna exclusivament fins als 6 mesos i mantenir-la dos anys, pels beneficis demostrats en el neurodesenvolupament i en la prevenció de l'obesitat i el sobrepès infantil i pels beneficis en la mare (119).

INTERVENCIIONS

- 28.1. **Sales de lactància als llocs de treball**
Efectivitat: La disponibilitat de sales de lactància s'associa a **una major durada de la lactància exclusiva i total**, així com a una **millor reincorporació laboral** després del part (**Grau d'evidència D**) (120).
- 28.2. **Suport a la lactància des de l'AP**
Efectivitat: Els programes de suport estructurat des de l'AP **augmenten les taxes de lactància exclusiva als 6 mesos** i redueixen el risc d'abandonament precoç (**Grau d'evidència B**) (121).
- 28.3. **Compliment de la legislació vigent sobre baixes per maternitat/paternitat.**
- 28.4. **Accreditació d'hospitals**
 - Efectivitat: els hospitals acreditats amb la Iniciativa Hospital Amics dels Nens/es presenten més iniciació de lactància i més manteniment de lactància exclusiva als 4 i 6 mesos (**Grau d'evidència A**) (122).

29. Malalties transmissibles

S'han triat aquelles que per la seva gravetat i tendència temporal són rellevants en el nostre context.

Per relacions sexuals sense mètode barrera

Magnitud

- A Catalunya, l'any 2022, el **35,9%** dels joves entre 15 i 18 anys no han utilitzat el preservatiu en la darrera relació coital (**D: 37,7% / H: 34,2%**) (123).
- En el període 2010-2023 l'**increment anual del conjunt d'ITS va ser del 33,4%** de mitjana a Catalunya (124).
- La coinfecció pel VIH, per a totes les ITS, se situa en el **5,9% l'any 2023** (124). Aquest percentatge s'incrementa en la sífilis i el limfogranuloma veneri, amb el 14,7% i 19,9%, respectivament i sobretot en els homes que tenen sexe amb altres homes (HSH).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La baixa utilització del **preservatiu** està associada a l'increment de les ITS. Concretament a Catalunya la taxa d'incidència de les ITS s'ha incrementat de manera exponencial en les darreres dècades.
- El **virus del Papil·loma Humà (VPH)** es considera una causa necessària del **càncer de coll d'úter (CCU)** (**Grau d'evidència A**) (125).
- La infecció pel **virus de l'Hepatitis B (VHB)** és la causa més comuna de **carcinoma hepatocel·lular**, representant aproximadament un terç (33%) dels casos d'aquest tipus de càncer. (**Grau d'evidència A**) (126).

Gravetat/Severitat

- El sexe insegur explica el **0,29%** dels anys perduts per discapacitat i el **0,33%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIIONS

10.2. Programa Salut i Escola del Departament de Salut

Efectivitat: Ha demostrat **millorar els coneixements i actituds sobre salut sexual i reduir conductes de risc** en adolescents (55).

29.1. Cribratge d'ITS i recomanacions sobre ús del preservatiu a l'AP

Efectivitat: Aquest abordatge contribueix a **reduir la incidència d'ITS bacterianes i víriques** i facilita la **detecció precoç i el tractament eficaç** dels casos.

29.2. Reforçar el cribratge de VIH davant d'un diagnòstic d'ITS i a l'inrevés (124).

Per baix nivell d'immunització (grip i covid)

Magnitud

- A Catalunya l'any 2024, **1460** persones van ingressar en un hospital amb diagnòstic confirmat de grip i **733** per COVID (127).
- La **cobertura vacunal** de la grip la temporada 24-25 va ser del **38,1%** i la de la COVID del **29,8%** (113).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Catalunya recomana la vacunació de grip i Covid en grups de població concrets establerts en el calendari de vacunacions i immunitzacions (128).

INTERVENCIIONS

29.3. Vacunació contra la grip i la Covid (128).

Efectivitat: La vacunació redueix de manera significativa la **morbidity, hospitalitzacions i mortalitat** associades a aquestes infeccions respiratòries (**Grau d'evidència A**) (129).

Per altres vies de transmissió: virus de l'Hepatitis C (VHC)

Magnitud

A Catalunya s'estima que un **0,36 %** de la població presenta una infecció activa, un 20% de la qual desconeix que està infectada d'hepatitis C (2022) (130).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Aproximadament el 20% dels portadors del VHC desenvoluparan **càncer de fetge** als 75 anys i el 85% de les persones infectades amb el VHC es convertiran en portadores (**Grau d'evidència A**) (131).
- L'efectivitat del tractament antiviral a Catalunya és del **91,5%** (**Grau d'evidència A**) (132).

INTERVENCIONS

29.4. **Cribatge d'VHC i tractament en poblacions de risc a l'AP, institucions penitenciàries i entitats col·laboradores, amb l'objectiu de l'erradicació del VHC al 2030 a Catalunya**

Efectivitat: Forma part del Pla de prevenció i control de l'hepatitis C a Catalunya, amb l'objectiu de la seva erradicació abans de 2030, en línia amb les directrius de l'OMS (**Grau d'evidència A**) (131).

Per bacteris resistents als antibiòtics (ús inadequat d'antibiòtics)

Magnitud

- A l'Estat Espanyol s'estima que, durant el 2023, un total de **24.582** persones van morir i **173.653** van tenir infeccions greus per bacteris resistents als antibiòtics (133).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- En tot el món, segons un informe de l'OMS, s'ha observat una **taxa elevada de resistència als antibiòtics d'ús habitual**. Un exemple seria la taxa de resistència al ciprofloxacino d'entre el 8,4% i el 92,9% de les soques d'*Escherichia coli* i entre el 4,1% i el 79,4% per *Klebsiella pneumoniae* (**Grau d'evidència A**) (134).

INTERVENCIONS

29.5. **Programa d'optimització de l'ús dels antimicrobians (PROA Cat)**

Efectivitat: El PROA Cat ha permès **reduir el consum d'antibiòtics d'ampli espectre, disminuir la pressió selectiva de resistències i millorar la seguretat dels pacients** (**Grau d'evidència A**) (135).

29.6. **Implementar l'estreptotest en AP i Urgències pediàtriques**

Cost-efectivitat: l'especificitat de la prova és del 90-98% en població amb simptomatologia de faringoamigdalitis aguda (**Grau d'evidència A**) (136).

30. Ocupació

Magnitud(87)

L'ocupació de la població de Catalunya es distribueix de la següent forma:

- Taxa d'ocupació Catalunya, ciutadans nacionals: **78,0%** (D 75,2%/H 80,7%).
- Taxa d'ocupació Catalunya, ciutadans UE-27 sense els nacionals: **79,6%** (**D 76,3% / H 83%**).
- Taxa d'ocupació Catalunya, ciutadans de fora de la UE-27: **65,3%** (D55,2%/ H 76,0%).
- La mitjana d'hores habituals de la població ocupada en jornada completa és de **40,2h**.
- Les hores treballades totals de la població ocupada mostren que el **40,4%** dels enquestats treballen **de 40 a 44 hores setmanals**. És a dir, quasi prop de la meitat

treballen 40 o més hores setmanals. El percentatge que en treballa 45 o més hores (8,6%) no és ni dos punts inferior als que en treballen de 35 a menys de 40 (10,4%) (2n trimestre 2025, Idescat).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- **Les llargues jornades laborals (més de 55h) tenen un impacte en la salut de les persones**, es consideren factor de risc per a una àmplia gamma de malalties i criteris de valoració de mortalitat (**Grau d'evidència C**) (137).
- Després d'ajustar-ho per edat, sexe i nivell socioeconòmic, s'ha observat que treballar moltes hores es va associar amb un **major risc de mort cardiovascular** (HR 1,68; IC 95% 1,08-2,61 en l'anàlisi primària i 1,52; 0,90-2,58 en l'anàlisi de replicació), **infeccions** (1,37; 1,13-1,67 i 1,45; 1,13-1,87), **diabetis** (1,18; 1,01-1,38 i 1,41; 0,98-2,02), **lesions** (1,22; 1,00-1,50 i 1,18; 0,98-1,18) i **trastorns musculoesquelètics** (1,15; 1,06-1,26 i 1,13; 1,00-1,27). Treballar moltes hores no es va associar amb la mortalitat per totes les causes (**Grau d'evidència A**) (138).

Gravetat/Severitat

- El risc ocupacional explica el **2,63%** de la discapacitat, el **2,39%** dels anys de perduts per discapacitat i l'**1,76%** de la mortalitat (7).

Precarietat laboral i atur

Magnitud

- Taxa d'atur de llarga durada a Catalunya **2,7%** (D 3%/H 2,5%) (87).
- Probabilitat de perdre la feina **13,3 %** (D 12,7%/ H 13,9%) (8).
- Taxa de risc de pobresa en el treball: **10%** (D 9,5%/ H 10,6%) (87).
 - Percentatge de la població que treballa i que té una renda disponible equivalent per sota del llindar de risc de pobresa, fixat en el 60% de la renda mitjana disponible equivalent a Catalunya (després de transferències socials).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Estar exposat a inseguretat laboral (preocupació per la pèrdua de feina i/o canvis de condicions laborals) augmenta les possibilitats de patir **trastorns depressius** en un 61% i un 77% de patir trastorns **ansiosos** i un 30% les possibilitats de prendre medicaments per al seu tractament. Hi ha un gradient d'associació entre la precarietat laboral i una baixa salut mental, sent més marcada en dones que en homes (**Grau d'evidència D**) (139).

INTERVENCIONS

30.1. **Aplicar l'Estratègia Catalana de Seguretat i Salut Laboral 2021-2026** (109).

30.2. **Desplegar un pla integral de lluita contra l'atur de llarga durada** (109).

31. Pantalles, xarxes socials i jocs (ús excessiu)

Magnitud

- La població infantil entre 3 i 14 anys dedica **47,6 minuts diaris** a jugar amb pantalles (H 54,8 / D 40,0) (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Un estudi de 4 anys de durada en població adolescent, mostra que cada hora que s'incrementa el temps de pantalla s'associa amb un increment de 0,64 unitats de **síntomes depressius** (IC 95% 0,32-0,51) (Grau d'evidència C) (140).
- Utilitzar un ordinador durant 1 o 2 h al dia s'associa a un increment d'ansietat en adolescents (Grau d'evidència C) (140) (OR 1,17, IC 95% 1,01- 1,35) 3 h o més (OR 1,30, IC 95% 1,10 – 1,55).

INTERVENCIIONS

1.2. Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil del Departament de Salut.

Efectivitat: Disminució de les hores diàries de pantalla de 4,7 a 3,4 (Grau d'evidència C) (15).

10.2. Programa Salut i Escola del Departament de Salut (55).

31.1. Recomanacions de la Societat Catalana de Pediatria (141).

31.2. Pla de digitalització responsable per assegurar un ús adient de les pantalles en l'àmbit educatiu (38).

31.3. Regulació de l'ús del mòbil als centres educatius (142).

31.4. Barcelona més enllà de les pantalles. Educació per a infants de 0 a 16 anys (143).

31.5. Jocs formatius seriosos per promocionar la salut

Efectivitat: Reducció dels símptomes de depressió (Grau d'evidència A) (144).

32. Pobresa

Magnitud

- Taxa de risc de pobresa: **17,4%** (87).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La pobresa augmenta significativament el risc de **depressió i ansietat**, i les persones amb ingressos més baixos tenen entre 1,5 i 3 vegades més probabilitats de patir aquests problemes de salut mental en comparació amb els seus homòlegs més rics (Grau d'evidència A) (145).
- A Catalunya els homes amb ingressos baixos tenen de 2 a 4 vegades més probabilitats de tenir malalties **cerebrovasculars i insuficiència cardíaca** que els seus homòlegs amb ingressos alts. Els factors de risc amb desigualtats més grans són la **diabetis**, el **tabaquisme** i l'**obesitat**, amb taxes de prevalença de 2-3 vegades més altes per a les persones amb ingressos molt baixos (enfront dels alts). Les desigualtats varien segons l'edat, assolint el màxim entre els 30-50 anys i disminuint gradualment amb l'edat en el cas del tabaquisme (Grau d'evidència C) (146).
- Les àrees socioeconòmiques més desfavorides presenten una esperança de vida menor (existeix una diferència de 8 anys d'esperança de vida en les dones (de 82,2 a 90,3) i de 10 anys en els homes (de 74,8 a 84,7), segons l'índex socioeconòmic territorial de les quatre capitals catalanes) (6).

Pobresa energètica

Magnitud

- **L'any 2015 un 8,7%** de les famílies a Catalunya (258.000 famílies) declarava que no podia mantenir la llar a una temperatura adequada durant l'hivern, mentre que el **2024** aquest percentatge ha augment fins al **31,8%** (87).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- La pobresa energètica està associada amb l'**increment de la incidència de malalties respiratòries** i amb altres afectacions com l'**artritis i el reumatisme** (Grau d'evidència **A**) (147): Un augment de 0,1 en l'Índex de Pobresa Energètica Multidimensional es va associar amb majors probabilitat d'infecció respiratòria aguda (OR 1,05; IC del 95% 1,04 a 1,07).
- La pobresa energètica **agreuja l'exclusió social** dels qui la pateixen i, per tant, és un factor que **perpetua les desigualtats socials** (Grau d'evidència **D**) (148).
- A Nova Zelanda, la millora de l'aïllament en les cases va comportar un **ambient interior significativament més càlid i sec** i va resultar en una millora de la salut autoavaluada, una reducció de les sibilàncies autodeclarades, una reducció dels dies de baixa escolar i laboral i de les visites a metges de capçalera, així com una tendència a menys ingressos hospitalaris per afeccions respiratòries (Grau d'evidència **A**) (149).

INTERVENCIIONS

32.1. **Ingrés mínim vital** (66).

32.2. **Plans d'inclusió i acompanyament familiar com a estratègia de la lluita contra la pobresa Infantil** (66).

32.3. **Reforç del programa d'acompanyament als joves extutelats** (66).

32.4. **Mesures contra l'abandonament escolar de joves de 15 a 18 anys** (66).

33. Seguretat viària

Magnitud

- A Catalunya, l'any 2024 van haver **52 víctimes mortal** a les 24 h de l'accident i **310 persones ferides** greus en accidents de motocicleta.
Font: Generalitat de Catalunya. Pla de Seguretat viària 2024-2026 (52).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'ús del casc a les motocicletes redueix fins a un 69 % les probabilitats de patir un traumatisme cranioencefàlic i disminueix fins a un 42% la probabilitat de morir en cas d'accident (Grau d'evidència **A**) (150).
- En un **2,3%** dels accidents de trànsit a Espanya durant l'any 2024, no s'ha fet servir el cinturó de seguretat (Observatori Nacional de Seguretat Viària. DGT. 2025) (151).
- En un **3,3%** dels accidents el 2025, els infants ocupants no portaven el sistema de retenció infantil. Font: Observatori Nacional de Seguretat Viària. DGT. 2025 (151).
- L'ús de telèfon mòbil estava present en els **9,9 %** d'accidents de trànsit de 2024. Font: Observatori Nacional de Seguretat Viària. DGT. 2025 (151).
- L'any **2024** es van comptabilitzar a Catalunya un total de **1.242 sinistres**, causats per superar el límit de velocitat a la carretera amb víctimes mortals, ferits greus o lleus, segons el Servei Català de Trànsit (52).

INTERVENCIIONS

33.1. **Cursos de conducció segura i eficient** (52).

33.2. **Mobilitat més segura i sostenible** (52).

33.3. **Radars per pacificar travesseres i entorns periurbans i reduir el risc de sinistralitat** (52).

34. Soledat no volguda

Magnitud

- A Catalunya un **4,6%** de la població té suport social baix sense diferències entre sexes (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Incrementa entre el 29% i el 32% el risc de cardiopatia coronària i IAM (**Grau d'evidència C**) (152).
- La soledat no desitjada moderada o severa, és un predictor robust de símptomes de **depressió** en gent gran (RR 1,99; IC 95% 1,12-3,53) (**Grau d'evidència C**) (153).
- En estudiants universitaris d'Holanda la solitud emocional es va associar amb nivells més alts de depressió ($r = 0,56$), ansietat social ($r = 0,44$) i ansietat general ($r = 0,42$) (**Grau d'evidència C**) (154).
- El risc de **suïcidi** al llarg de la vida es pot incrementar amb OR de 3,45 per als nivells més alts de soledat no volguda al llarg de la vida i als 12 mesos després d'haver fet un intent de suïcidi l' OR s'incrementa fins a 17,4 (**Grau d'evidència B**) (155).
- L'increment del risc de **demència** en persones aïllades socialment es pot expressar amb un increment del RR en 1,18 (IC 95% 1,08–1,30) (**Grau d'evidència A**) (12).
- L'OMS considera la solitud una amenaça urgent per la salut. Les **persones sense connexions socials prou fortes** incrementen el risc de mort prematura un 26%, equivalent a fumar 15 cigarretes diàries. S'associa a un 29% més de risc de malaltia cardíaca i a un 32% més de risc d'ictus i a un augment del risc d'ansietat, depressió i demència i a un menor rendiment escolar i laboral. (**Grau d'evidència A**) (156).

INTERVENCIIONS

34.1. **Cribratge i intervenció (prescripció social basada en la natura)**

Efectivitat: Moderada sobre el sentiment de SNV (**Grau d'evidència A**) (157).

34.2. **Cribratge i intervenció (prescripció social)**

Efectivitat: El 41% de les persones participants se senten més acompanyades, reduint la solitud i l'aïllament (**Grau d'evidència A**) (157).

34.3. **Projecte Radars, Barcelona, Xarxa de barri. Intervenció de voluntaris/es de la plataforma de seguiment telefònic** (158).

34.4. **Atenció entre iguals en gent gran i baixos ingressos a la ciutat de San Francisco**

Efectivitat: Reducció de la depressió del 38% al 16% (**Grau d'evidència D**) (159).

34.5. **Intervencions que combinin les dimensions socials i sanitàries de manera eficient i coordinada.**

35. Sobrepès i obesitat

Magnitud

A Catalunya, un **52,5%** de la població de 18 a 74 anys té obesitat i/o sobrepès (D 46,6%/H 58,3%) (8).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- El 27% de totes les morts per **MCV (global)** són causades per l'obesitat (**Grau d'evidència A**) (9) . El 41% de totes les morts relacionades amb IMC alt són degudes a MCV.

- L'obesitat és un factor de risc **del Càncer de Colon i Recte** amb un RR d' 1,54 (IC 95% 1,01-2,35) (**Grau d'evidència A**) (110).
- L'obesitat està fortament associada amb **l'artrosi de genoll** OR: 2,66 (IC 95% 2,15-3,26), així com el sobrepès (OR: 1,98; IC 95% 1,57-2,20) (**Grau d'evidència C**) (160).
- Les **dones obesas durant l'embaràs**, tenen més probabilitats de tenir nadons amb **defectes del tub neural**, cardiopaties congènites (OR=1.17-1.44), anomalies renals i del tracte urinari (OR=1.24-1.45), altres malformacions fetals (fissures labials OR=1.28), taxes més altes de diabetis gestacional (RR= 3-4 en obesitat i RR=5-16 en obesitat greu), preeclàmpsia (RR=2.68 en obesitat i RR=3.43 en obesitat greu), depressió i ansietat en la mare (OR=1.3-1.42), cesària (OR=2-2.36), naixement prematur (OR=1.33), macrosomia (OR=2.08), mort fetal (RR=1.34-1.97) i mort perinatal (OR=1.31). Els nounats nascuts de mares obesas tenen més probabilitats de requerir suport respiratori en néixer i s'enfronten a un major risc d'encefalopatia hipòxica isquèmica i una puntuació APGAR deficient. Aquests nens també tenen una major probabilitat de desenvolupar obesitat i problemes de salut relacionats més endavant a la vida (**Grau d'evidència A**) (161).

Gravetat/Severitat

- L'índex de massa corporal elevada explica el **7,91%** de la discapacitat, el **7,93%** dels anys de perduts per discapacitat i el **8,47%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

1.2. Programa de prevenció i abordatge de l'obesitat infantil del Departament de Salut

Efectivitat: Increment del consum de racions diàries de fruita (0,4 a 1,3) i hortalisses (0,5 a 1,2); de les racions setmanals de llegums (1,6 a 2,3) i fruits secs (0,5 a 1,7). Disminució del consum setmanal de brioxeria (6,6 a 2,4) i de llaminadures diàries /2,3 a 0,6) (**Grau d'evidència C**) (15).

35.1. Etiquetatge dels Aliments amb advertències tipus "alt en" sucres, greixos saturats i calories. Xile

Efectivitat: La disminució del consum de productes classificats com 'alts en' va ser d'un 18,3%, del 70.8 al 52.5% (**Grau d'evidència D**) (24).

35.2. Impostos a les begudes ensucrades (BE)

Efectivitat: L'OMS insta a tots els països membres a incrementar els impostos del tabac, les BA i les begudes ensucrades en un 50 % d'aquí a 2035, per tal de prevenir 50 milions de morts prematures en els propers 50 anys (**Grau d'evidència A**) (56).

35.3. Programa digital de maneig del pes. Anglaterra. Per adults amb obesitat i diabetis, hipertensió o ambdues

- **Efectivitat**: estalvi de 10.500 milions de lliures per al Servei de Salut d'Anglaterra (**Grau d'evidència C**) (162).

35.4. Etiquetatge intel·ligent dels productes agroalimentaris per obtenir informació veraç sobre els productes (78).

35.5. Gratuïtat del servei menjador escolar a tots els centres (38).

35.6. Pla d'activitat física per a la prevenció i lluita contra el sobrepès i l'obesitat (16).

35.7. Campanyes de sensibilització per combatre les pressions estètiques (163).

36. Suïcidis anteriors (temptatives de suïcidi)

Magnitud

- La taxa mortalitat per suïcidi a Catalunya és de **4,0/100.000 habitants** (D 7,8/H 11,6) (6).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- **Un intent de suïcidi previ** té una OR de 2,07 (IC 95% 1,76-2,43) de consumir un suïcidi. Entre el 20%-80% dels individus amb intents de suïcidi previs, fan reintent de suïcidi, i el 2% el consumeix (**Grau d'evidència A**) (164).
- En els infants i adolescents, els factors predictors de comportament suïcida serien els antecedents d'ideació i problemes com l'ansietat i la depressió (**Grau d'evidència A**) (165).

INTERVENCIONS

36.1. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 (166).

Efectivitat: disminució de la taxa de suïcidi de 9,3/100.000 a 7,8/100.000 (D: 5,1 a 4 i H 13,2 a 11,8 del 2022 al 2024).

37. Tabac

Magnitud

- A Catalunya **el 21,4%** de persones entre 18 i 74 anys fumen (D: 16,8% / H: 26,1%) (8)
- A Catalunya, l'any 2024 fumaven el **16,0 %** de dones en el moment de l'embaràs (100).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- El tabac és responsable d'aproximadament el 82% dels casos de **càncer de pulmó**. També és factor de risc associat a **càncer de llavi, cavitat oral i faringe, esòfag, estómac, còlon, recte, fetge, pàncrees, laringe, coll uterí, ovari** (**Grau d'evidència A**) (10).
- Fumar habitualment està associat a un risc més elevat **d'Infart agut de miocardi (IAM)** (OR 2,95-IC95% 2,77-3,14) comparat amb no haver fumar mai. El risc disminueix a 1,87 (IC 95% 1,55-2,24) després de 3 anys de deixar de fumar (**Grau d'evidència C**) (9).
- El consum de tabac s'associa amb el risc de desenvolupar **demències**, concretament amb un RR 1,3 (1,2-1,4) (**Grau d'evidència A**) (12).

Embaràs

- El consum de tabac durant l'embaràs, actiu o passiu, augmenta significativament el risc **d'anomalies congènites** (OR 1,17, IC 95% 1,03-1,34) i **els resultats perinatals adversos**, baix pes en néixer, entre d'altres (RR 1,16 IC 95% 0,99-1,36) (**Grau d'evidència A**) (167).

Gravetat/Severitat

- El tabac explica el **4,44%** de la discapacitat, el **9,32%** dels anys de perduts per discapacitat i l'**11,14%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

37.1. Cribatge i intervenció breu a l'AP. Programa Suma Salut del Departament de Salut (**Grau d'evidència A**) (14).

37.2. Impostos a les cigarretes, cigarretes electròniques, les bossetes de nicotina, els productes d'herbes per fumar, vaporitzar o inhalar, i els aparells per consumir productes escalfats

Efectivitat: l'OMS insta a tots els països membres a incrementar els impostos del tabac, les BA i les begudes ensucrades en un 50 % d'aquí a 2035, per tal de prevenir 50 milions de morts prematures en els propers 50 anys (**Grau d'evidència A**) (56)

37.3. Ampliar els espais on està prohibit fumar (168).

37.4. Programes escolars de prevenció del tabaquisme a 1r i 2n d'ESO: "Classes sense fum"

Efectivitat: basat en el model Smoke-Free Class Competition, aquest programa ha demostrat una reducció del risc relatiu de començar a fumar (RR = 0,86; IC 95% 0,77–0,99) i una disminució en la freqüència del consum en comparació amb grups no intervinguts (**Grau d'evidència A**) (169).

38. Temperatures (T) extremes

Magnitud

- L'excés de mortalitat per T extremes a Catalunya ha estat de 1772 persones l'any 2022. Font: Instituto de Salud Carlos III. Informe MoMo (170).

Evidència de la relació amb el problema de salut

- L'exposició a T extremes pot augmentar entre el 2 i el 5% el risc de **MCV** (**Grau d'evidència A**) (171).
- Les temperatures superior als 30 °C augmenten significativament la probabilitat de **depressió i d'ansietat**, especialment entre la gent de mitjana edat, la gent gran, les dones i les persones amb un nivell d'educació més baix o que ocupen llocs de treball rurals/agrícoles (**Grau d'evidència C**) (172).
- Múltiples estudis mostren que l'exposició a altes temperatures, especialment durant el primer trimestre de la gestació, incrementa el risc d'**anomalies congènites**, entre les que destacarem de la l'espina bífida (OR = 1.30; IC 95% 0.82-2.05) i la microcefàlia (OR = 1.10; IC 95% 0.77-1.58) (**Grau d'evidència A**) (173).

INTERVENCIIONS

38.1. **Adaptació del sector agrari, pesquer i forestal al canvi climàtic** (78).

38.2. **Pla de política forestal 2025-2040 centrada en l'adaptació al canvi climàtic** (78).

38.3. **Pla estratègic 2030 del Cos d'Agents Rurals per prevenció d'incendis forestals** (76).

38.4. **Plans de protecció civil als municipis de Catalunya** (76).

38.5. **Ampliar els horaris dels refugis climàtics durant l'estiu i caps de setmana.**

39. Violències sexuals (VS) i masclistes (VM) i en població infantil

Magnitud

- A Catalunya, [l'Enquesta sobre les VS del Departament d'Interior, de 2019](#) mostra que el **78,8 %** de les dones han estat víctimes de, com a mínim, un fet de VS alguna vegada a la vida i el **24 %** n'han estat víctimes en els darrers dotze mesos anteriors a l'enquesta. Si s'exclouen comentaris o gestos de caràcter sexual, el 70 % han patit algun fet a la vida i el 17 % en els darrers 12 mesos (174).
- Addicionalment, les dades del Registre de morbiditat i utilització dels serveis sanitaris de Catalunya (MUSSCAT) sobre les VS ateses a persones majors de 16 anys al sistema de salut públic mostren que el 2024: El **41,2 % de les agressions s'han atès a l'hospital**, el **33,9 % a l'atenció primària** i comunitària, el **13 % a consultes externes** d'hospital, el **11,2% al servei d'emergències mèdiques (SEM)** i el **0,6 % a serveis de salut mental i addiccions**.
- El **91,5 % de les agressions són en dones** i el 8,5 % en homes. En les dones, el 21,5% té de 16-19 anys, el 36 % a les de 20-29 anys, el 19,6 % a les de 30-39 anys i el 14,1% de 40-49 anys, entre d'altres.

- L'any 2024, segons les dades del Registre de Maltractament Infantil del Departament de Salut, 848 infants entre 0 i 14 anys van patir maltractament o sospita de maltractament.

Evidència de la relació amb el problema de salut

- Les víctimes de violència sexual tenen més probabilitats de ser diagnosticades de **depressió i trastorns d'ansietat** que les que no les han patit (**Grau d'evidència C**) (175)
- Els infants que han patit maltractament presenten un rendiment cognitiu significativament inferior al dels infants no maltractats (176) (**Grau d'evidència B**).

Gravetat/Severitat

- La violència masclista explica l'**1,07%** de la discapacitat, el **0,6%** dels anys de perduts per discapacitat i el **0,068%** de la mortalitat (7).
- El maltractament infantil explica l'**1,95%** de la discapacitat, l'**1,15%** dels anys de perduts per discapacitat i el **0,19%** de la mortalitat (7).

INTERVENCIONS

- 39.1. **Cribatge de VM a l'AP i derivació** (177).
- 39.2. **Coeducació a tots els nivells de l'educació. Promoure una educació afectivosexual basada en la igualtat entre nois i noies i incorporar la prevenció de les violències masclistes als currículums** (38).
- 39.3. **Dotar tots els municipis de Catalunya de protocols per abordar les VM** (38).
- 39.4. **Formació per a alts càrrecs en la gestió de VM en l'àmbit laboral** (38).
- 39.5. **Model integral d'atenció a la víctima de VM** (38).
- 39.6. **Protocol marc de protecció d'infants i adolescents davant les violències en l'àmbit esportiu** (16).
- 39.7. **Consolidació del model Barnahus** (66).

Sistema de salut

40. Atenció integrada versus atenció fragmentada

- Millora la satisfacció de les persones ateses, la qualitat percebuda i l'accés als serveis (**Grau d'evidència A**) (178).
- Millora la satisfacció dels professionals (179).
- A Catalunya hi ha evidència que l'atenció integrada disminueix la institucionalització i els reingressos (**Grau d'evidència B**) (180) millora la funció física en persones fràgils (**Grau d'evidència B**) (65) i disminueix la morbiditat i mortalitat en insuficiència cardíaca (181). També hi ha evidència de reducció de les desigualtats (182).

Cost-efectivitat: intervenció cost-efectiva amb disminució de costos evidenciada en diversos estudis, tant a mig com a llarg termini, especialment per a malalties cròniques (**Grau d'evidència A**) (178,183).

INTERVENCIONS

- 40.1. **L'OMS recomana una estratègia específica d'atenció integrada amb l'objectiu de disminuir la fragmentació** (184).

41. Atenció no personalitzada versus atenció centrada en la persona

- Els estudis mostren que l'atenció centrada en la persona millora l'experiència i la qualitat percebuda, així com la satisfacció en l'atenció (Grau d'evidència A) (185,186).
- També hi ha millora en indicadors de seguretat del pacient (Grau d'evidència A) (187).

Cost-efectivitat: Hi ha evidència que l'atenció centrada en la persona és cost-efectiva (Grau d'evidència A) (186,188).

INTERVENCIIONS

41.1. **Viratge d'un model centrat en les malalties a un model centrat en les necessitats i els resultats en salut que importen a les persones al llarg de tota la vida** (184)

41.2. **Comissions d'humanització (atenció centrada en la persona) en els centres sanitaris.**

42. Barreres a l'accessibilitat

- Tot i tenir un sistema de salut de cobertura universal, existeixen diferències en l'accés per gènere: les dones ingressen menys als hospitals que els homes, a igual necessitat (189) i tot i que consulten més a l'AP són menys derivades a l'atenció especialitzada hospitalària que els homes (Grau d'evidència B) (190).
- Hi ha una manca d'accés de les dones a la rehabilitació cardíaca tot i la contribució d'aquesta a la reducció de la mortalitat cardiovascular. Les persones amb menys recursos socioeconòmics presenten més factors de risc cardiovascular i tenen menys accés a les prestacions sanitàries i tractaments (191).
- Un 45% de les dones nord-americanes cancel·la o endarrereix les cites mèdiques degut a l'estigma social del sobrepès (192).
- A Catalunya hi ha biaixos d'accés per edat, gènere, nivell socioeconòmic i lloc d'origen. També hi ha biaixos en l'atenció al domicili i en els diferents moments vitals (per exemple, final de vida).

INTERVENCIIONS

42.1. **Intervencions per garantir l'equitat en l'accés al sistema sanitari per a totes les persones, posant èmfasi en corregir el biaix d'accés pel sexe, edat i de nivell socioeconòmic i país d'origen**

Efectivitat: associació positiva entre major oferta de serveis d'AP i menor mortalitat prematura (Grau d'evidència B) (193).

43. Biaix de gènere

- El gènere és un factor de discriminació en la probabilitat de les intervencions i no s'explica per l'edat ni per la gravetat del procés (194). Aquest biaix tant es veu en la probabilitat de tenir una intervenció (per exemple angioplàstia davant d'un IAM o cateterisme), com en les intervencions (per exemple probabilitat d'una artroplàstia).
- L'edat del primer diagnòstic és típicament menor en els homes que en les dones (195). Es prescriuen més fàrmacs simptomàtics en les dones i menys de terapèutics (189).
- La malaltia cardiovascular és la primera causa de mort en les dones però aquestes solen estar infradiagnosticades i infractades. Davant d'un IAM el risc de mort en les dones és molt més elevat que en els homes (fins al doble), en part degut a la menor utilització de l'angioplàstia primària en les dones (196). Com a conseqüència de l'endarreriment en la sospita de MCV i de la menor utilització d'algunes proves complementàries, les dones

amb freqüència reben menys o més tard el tractament necessari en la MCV i tenen més insuficiència cardíaca posterior (196).

- Tot i que les fístules arteriovenoses són millors i més còmodes per a realitzar la diàlisi, es realitzen a un menor número de dones que d'homes i les dones comencen més tard la diàlisi i amb un menor filtrat glomerular que els homes (197). Per altra banda, tres de cada quatre donants de ronyó són dones i dos de cada tres receptors són homes (198).

INTERVENCIIONS

43.1. Sistema d'indicadors específics de bretxa de gènere i incorporar-los als quadres de comandament, per tal de poder avaluar i corregir el biaix de gènere en les intervencions del sistema sanitari.

43.2. Recerca amb perspectiva de gènere i amb perspectiva de determinants socials.

43.3. Guies, protocols i documents de referència que incorporin la perspectiva de gènere.

43.4. Formació i sensibilització d'estudiants en ciències de la salut, professionals i gestors.

43.5. Plans per a la igualtat de les dones en tots els àmbits de l'esport (esportistes, entrenadores, directives, etc.) (16).

44. Iatrogènia (prevenció quaternària)

Magnitud i evidència de la relació amb el problema de salut

- Es pot definir la prevenció quaternària com aquelles mesures adoptades per protegir a les persones d'intervencions mèdiques que probablement causin més dany que benefici. L'estudi APEAS va reportar una prevalença d'esdeveniments adversos d'11,18 per cada 1.000 consultes a l'AP; el 70% eren evitables i les causes principals es van relacionar amb la medicació (48,2%), les cures (25,7%), la comunicació (24,6%) i el diagnòstic (13,1%). La prevalença d'aquests esdeveniments s'ha duplicat des de 2008 a 2019. La medicina mínimament disruptiva prioritza el benestar i minimitza la càrrega de tractament, amb una visió holística del pacient (199).
- Un **8,9 %** de la població de Catalunya té prescrits més de 10 fàrmacs com a tractament crònic (58,5% D/41,5% H) (Datamart, Catsalut. 2024). Els efectes adversos descrits en gent gran, com les caigudes, el deliri i el deteriorament funcional són inherents al tipus de medicament i combinacions utilitzades. La prescripció de la polifarmàcia és un factor de risc atribuïble als efectes adversos associats (200).
- La prevenció quaternària actua en el sobrediagnòstic i el sobretractament:
 - Les derivacions innecessàries augmenten el risc de sobre-test, sobrediagnòstic (SD) i sobretractament (ST).
 - La polimediació augmenta la probabilitat de sobretractament. Un 50% de la població de més de 65 anys del nostre entorn és polimediacada. Diversos estudis situen el ST entre un 10-40% dels pacients oncològics en les últimes setmanes de vida (201).
 - L'ús crònic d'inhibidors de la bomba de protons s'associa a diversos efectes secundaris, ja que alteren l'absorció de minerals i vitamines. Destaca l'augment del risc de fractures i infeccions (202).

Cost-efectivitat

- Es calcula que les pràctiques de diagnòstic o tractament de baix valor (sense evidència que sustenti el seu cost-efectivitat), podrien suposar un 30% de la despesa sanitària (203).

INTERVENCIONS

44.1. Revisions de medicació orientades a objectius a l'AP (inclou residències de gent gran)

Cost-Efectivitat: l'estalvi estimat de retirar la medicació inadequada és de 1.269 euros (IC 95%: 1.400-6.302) (Grau d'evidència A) (204).

44.2. Aplicació dels consells de l'Essencial a tots els àmbits assistencials corresponents (205). La implementació de les recomanacions de l'Essencial del 2009-2013 van aconseguir reduir el consum d'IBP en un 5%, del 28% dels AINEs i també del 28% dels bifosfonats en dones amb baix risc de fractures, calculant-se un estalvi de més de 8 milions d'euros (205).

44.3. Ajudes per disminuir la iatrogènia a les estacions clíniques dels diferents àmbits assistencials. Les guies clíniques i els sistemes de presa de decisions clíniques, així com la formació, permeten reduir les proves d'imatge de baix valor entre un 74-94% (206).

44.4. Identificació i reducció de les pràctiques de poc valor.

45. Pèrdua de la longitudinalitat de l'atenció

- La longitudinalitat fa referència a l'atenció per part del mateix/a professional al llarg del temps i té molta evidència dels seus beneficis:
 - Disminueix les hospitalitzacions (Grau d'evidència A) (207). Aquesta associació és més forta en pacients hiperfreqüentadors (Grau d'evidència A) (208).
 - Disminueix les visites a urgències (Grau d'evidència A) (209).
 - Millora la prescripció de medicaments, els errors i l'acompliment del tractament (Grau d'evidència A) (210).
 - Redueix els temps de diagnòstic, el sobrediagnòstic i el consum de recursos (Grau d'evidència B) (211, 212).
 - Millora la recepció de serveis preventius (213).
 - Millora l'atenció al final de vida, amb menor risc durant els últims 6 mesos de vida de tractament intensiu i ingrés a la UCI, menor percentatge d'ingressos en centres de cures paliatives i menys costos (214).
 - La longitudinalitat redueix la mortalitat total i prematura, molt més del què ho fan la major part de fàrmacs, i tant a l'Atenció Primària com a l'Atenció Hospitalària. Aquesta disminució arriba fins al 25% quan la longitudinalitat amb el/la professional de referència supera els 15 anys (Grau d'evidència A). (214).

Cost-efectivitat: associació entre longitudinalitat i reducció del 14% dels costos (Grau d'evidència A) (207).

INTERVENCIONS

45.1. Implementar sistema d'indicadors específics de longitudinalitat.

45.2. Aplicar incentius per a fomentar la longitudinalitat en l'atenció sanitària.

45.3. Un estudi fet a Catalunya (215) mostra que les organitzacions a l'AP que afavoreixen les consultes immediates, disminueixen la longitudinalitat.

46. Cribratges

- Per a implementar els diferents cribratges cal valorar-ne sempre els beneficis i els riscos, especialment de sobrediagnòstic i sobretractament, així com el cost-efectivitat NNC (número necessari de persones a cribrar per evitar una mort per càncer) i cost-oportunitat (216-218).

Càncer

- Hi ha evidència escassa de disminució de mortalitat per a totes les causes (217) (**Grau d'evidència A**). Altres dades de mortalitat i resultats:
 - **Càncer de mama:** 235 persones cribrades durant 20 anys (edat del cribratge de 50-70 anys i població de risc mig) per a evitar una mort per càncer de mama. De cada 100.000 dones que participen en el cribratge a partir dels 50 anys, la radiació pot causar entre 1-5 morts, de 0-9 evitaran la mort per càncer de mama, entre 11-34 tindran un sobrediagnòstic i unes 15 tindran un càncer no detectat mitjançant el cribratge (càncer d'interval) (218).
 - **Càncer de pròstata:** no hi ha evidència que els resultats dels càncers diagnosticats a partir del cribratge siguin millors que els dels càncers diagnosticats a partir dels símptomes clínics (219). De cada 1.000 homes que participen al cribratge entre 55-70 anys, 1 evita la mort per càncer de pròstata, 3 eviten de tenir metàstasis per càncer de pròstata, 50 tenen disfunció sexual i 15 incontinència d'orina (218, 220).
 - **Càncer de pulmó:** 303 cribratges per a prevenir una mort. De 1.000 persones d'alt risc de càncer que participen 3 vegades en el cribratge, 3,3 evitaran la mort per càncer de pulmó, 4 seran diagnosticats entre les rondes de cribratge (càncers d'interval), 6 seran sotmesos a cirurgies innecessàries i un 23% tindran altres troballes incidentals al TAC que requeriran altres proves addicionals (221).

INTERVENCIONS

- 46.1. La Unió Europea va proposar l'any 2022 (Diari oficial 13/12/2022) ampliar **el límit inferior del cribratge del càncer de mama als 45 anys i el superior als 74** (**Grau d'evidència A**) i entre els **50-74 anys per al cribratge de càncer de còlon** amb prova d'immunoquímica fecal. Així mateix, recomanava estudis d'execució del cribratge del **càncer de pulmó** als diferents països per avaluar-ne la viabilitat i eficàcia (216).
- 46.2. **Estendre a nivell poblacional el cribratge de càncer de cèrvix** (**Grau d'evidència A**) (216).

Neonatal

A Catalunya es cribren 26 malalties minoritàries amb la prova del taló (222). Per a la fenilcetonúria, hipotiroïdisme, galactosèmia, dèficit de biotinidasa i hiperplàsia suprarenal congènita té una sensibilitat propera al 100% i una especificitat superior al 99% per a la majoria dels trastorns metabòlics i endocrinològics. No obstant això, les taxes de falsos positius són elevades i els valors predictius positius (VPP) són baixos i oscil·len entre 0,5% i 6% segons la patologia, la qual cosa implica que per cada cas veritable detectat, hi ha més de 50 resultats falsos positius de mitjana (223).

INTERVENCIONS

- 46.3. **Cribratge neonatal de malalties congènites** (222).

Trastorns del neurodesenvolupament i de l'aprenentatge (TNDiA)

El terme TNDiA agrupa un conjunt de condicions d'origen multifactorial molt prevalents, i que determinen dèficits en el funcionament personal, social i de rendiment escolar. Ens referim als següents trastorns. Trastorns de l'espectre autista, trastorns del llenguatge, trastorns de l'aprenentatge (dislèxia i discàlculia), trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat, trastorn del desenvolupament intel·lectual i trastorn de desenvolupament de la coordinació.

INTERVENCIONS

46.4. **Detecció precoç dels TND i criteris de derivació (222).**

Salut bucodental

La caries es una multifactorial que actualment es defineix com una disbiosi contribuïda per els sucres. A Catalunya, el 28,3% d'infants de 7 anys presenten caries (Font: SISAP).

INTERVENCIONS

46.5. **Cribratges de salut bucodental a l'Atenció Primària (222).**

46.6. **Desplegament de la Llei 12/2020, del 13 d'octubre, de l'atenció pública de la salut bucodental.**

Bibliografia

1. Gobierno de España. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria. [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1990/BOE-A-1990-20304-consolidado.pdf>.
2. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)(1973-1974) - Canada.ca [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/commissions-enquetes/commissions-federales-soins-sante/nouvelle-perspective-sante-canadiens-rapport-lalonde.html>.
3. World Health Organization. World report on social determinants of health equity: executive summary. World report on social determinants of health equity [Internet]. 2025 Apr 6 [cited 2025 Nov 20]; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/381258>.
4. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. Lancet [Internet]. 2023;401(10383):1194–213. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36966782>.
5. OECD. Managing for Sustainable Development Results | OECD [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/managing-for-sustainable-development-results_44a288bc-en.html.
6. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. 2023.
7. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.
8. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya - 2024. Scientia [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 22]; Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/12804>.
9. O'Donnell MJ, Denis X, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): A case-control study. The Lancet [Internet]. 2010 Jul 10 [cited 2025 Nov 20];376(9735):112–23. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S0140673610608343>.
10. Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, et al. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. Cancer Epidemiol [Internet]. 2015;39 Suppl 1:S1-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26164654>.
11. Pearce M, Garcia L, Abbas A, Strain T, Schuch FB, Golubic R, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry [Internet]. 2022 Jun 1 [cited 2025 Nov 20];79(6):550–9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2790780>.
12. Livingston G, Huntley J, Liu KY, Costafreda SG, Selbæk G, Alladi S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. Lancet [Internet]. 2024;404(10452):572–628. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39096926>.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2001;56(3):M146-156. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>.

14. Wang B, Shen Q, Xiao M, Zhu S, Qu J, Peng En, et al. Towards a better understanding of brief lifestyle interventions in noncommunicable diseases: a concept analysis. BMC Public Health 2025 25:1 [Internet]. 2025 Oct 15 [cited 2025 Nov 20];25(1):3497-. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-23744-7>.
15. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Resultats significatius en millora d'estils de vida i reducció de l'IMC en l'experiència de prevenció i atenció a l'obesitat infantil en el barri de La Mina [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/230213-nw-dijous-salut>.
16. Generalitat de Catalunya, Departament d'Esports. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/ESP_PD.pdf.
17. UK GOVERNMENT. Fit for the future: 10 Year Health Plan for England - executive summary (accessible version) - GOV.UK [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/10-year-health-plan-for-england-fit-for-the-future/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england-executive-summary>.
18. Commonwealth of Australia, Department of Health. National Women's Health Strategy 2020-2030. 2018.
19. Arvanitakis M. We Are What We Eat: The Association Between Ultra-Processed Food Consumption, Colon Cancer Risk and All-Cause Mortality. Gastroenterology [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Nov 22];164(4):697–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36502866/>.
20. Ejtahed HS, Mardi P, Hejrani B, Mahdavi FS, Ghoreishi B, Gohari K, et al. Association between junk food consumption and mental health problems in adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2024 24:1 [Internet]. 2024 Jun 12 [cited 2025 Nov 20];24(1):438-. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05889-8>.
21. Chapple ILC, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F, et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. J Clin Periodontol [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2025 Nov 20];44:S39–51. Available from: /doi/pdf/10.1111/jcpe.12685.
22. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Programa de Revisió de Menús Escolars a Catalunya (PReME). [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/alimentacio-saludable/preme/index.html>.
23. Ministerio de Derechos sociales C y A 2030. Real Decreto 315/2025 para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros educativos. 2025.
24. Rebolledo N, Ferrer-Rosende P, Reyes M, Smith Taillie L, Corvalán C. Changes in the critical nutrient content of packaged foods and beverages after the full implementation of the Chilean Food Labelling and Advertising Law: a repeated cross-sectional study. BMC Medicine 2025 23:1 [Internet]. 2025 Jan 27 [cited 2025 Nov 20];23(1):46-. Available from: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-025-03878-6>.

25. The Danish Whole Grain Partnership strengthens health and business [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://foodnationdenmark.com/cases/danish-whole-grain-partnership-strengthens-health-and-business/>
26. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC Public Health 2019 19:1 [Internet]. 2019 Aug 16 [cited 2025 Nov 20];19(1):1122-. Available from: <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7381-1>.
27. Diederichs C, Jordan S, Domanska O, Neuhauser H. Health literacy in men and women with cardiovascular diseases and its association with the use of health care services - Results from the population-based GEDA2014/2015-EHIS survey in Germany. PLoS One [Internet]. 2018;13(12):e0208303. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30521588>.
28. Sandström N, Jekunen A, Johansson M, Andersén H. Association of health literacy with cancer survival: a single-centre prospective cohort study. Acta Oncol (Madr) [Internet]. 2025 Apr 2 [cited 2025 Nov 20];64:499–506. Available from: <https://medicaljournalssweden.se/actaoncologica/article/view/42557/49835>.
29. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. L'Escola de Salut Catalana [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-salut/escola-salut-catalana/funcions/>
30. Health New Zealand. New Zealand Health Plan | Te Pae Waenga 2024-2027. Wellington.
31. Sharma P, Patten CA. A Need for Digitally Inclusive Health Care Service in the United States: Recommendations for Clinicians and Health Care Systems. Permanente Journal [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 20];26(3):149–53. Available from: [/doi/pdf/10.7812/TPP/21.156?download=true](https://doi.org/10.7812/TPP/21.156?download=true).
32. Lapena C, Contiente X, Sánchez Mascuñano A, Mari dell'Olmo M, López MJ. Effectiveness of a community intervention to reduce social isolation among older people in low-income neighbourhoods. Eur J Public Health [Internet]. 2022;32(5):677–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36074028>.
33. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2025 Nov 20];43:30–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735815300714?via%3Dihub>.
34. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Programa de benestar emocional i salut comunitària a l'atenció primària de salut i comunitària. Scientia [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 20]; Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7029>.
35. Fundació Sant Joan de Déu. Creixent en benestar emocional | Henka [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.behenka.org/ca>.
36. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoigoitia Iturbe A, Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, et al. Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. Gac Sanit [Internet]. 2020 [cited 2025 Nov 20];34(6):539–45. Available from:

- https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000600539&lng=es&nrm=iso&tling=es.
37. Vicens C, Sempere E, Bejarano F, Socias I, Mateu C, Fiol F, et al. Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. *British Journal of General Practice* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2025 Nov 20];66(643):e85–91. Available from: <https://bjgp.org/content/66/643/e85>.
 38. Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació i Formació Professional. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/EDF_PD.pdf.
 39. Fancourt D, Finn S. Evidence for role of arts in impacting health (WHO). World Health Organisation Regional Office for Europe. 2019.
 40. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technol Assess (Rockv)* [Internet]. 2007 Nov 7 [cited 2025 Nov 20];11(42). Available from: <http://www.hta.ac.uk>.
 41. Guisasola L, Tresserras-Gaju R, García-Subirats I, Rius A, Brugulat-Guiteras P. Prevalencia y carga de defectos visuales en Cataluña. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011;137:22–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311700240>.
 42. Teo ZL, Tham YC, Yu M, Chee ML, Rim TH, Cheung N, et al. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis. *Ophthalmology* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2025 Nov 20];128(11):1580–91. Available from: <https://www.aaojournal.org/action/showFullText?pii=S0161642021003213>.
 43. Campos L, Prochazka A, Anderson M, Kaizer A, Foster C, Hullar T. Consistent hearing aid use is associated with lower fall prevalence and risk in older adults with hearing loss. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2023;71(10):3163–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37314100>.
 44. Què és l'Apnea del Son? | PortalClínic [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/ca/asistencia/malalties/apnea-del-son>.
 45. Garbarino S, Guglielmi O, Campus C, Mascialino B, Pizzorni D, Nobili L, et al. Screening, diagnosis, and management of obstructive sleep apnea in dangerous-goods truck drivers: to be aware or not? *Sleep Med* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2025 Nov 20];25:98–104. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945716301538?via%3Dihub>.
 46. Generalitat de Catalunya. Pla Nacional per a l'erradicació de l'amiant. 2023.
 47. Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació i Formació Professional. Acompanyament a l'alumnat - Violències [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://projectes.xtec.cat/alumnat/violencies/>
 48. Ye Z, Wu D, He X, Ma Q, Peng J, Mao G, et al. Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023;23(1):215. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36997959>.
 49. Williford A, Boulton A, Noland B, Little TD, Kärnä A, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. *J Abnorm Child Psychol*

- [Internet]. 2012;40(2):289–300. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21822630>.
50. Kivimäki M, Singh-Manoux A, Batty GD, Sabia S, Sommerlad A, Floud S, et al. Association of Alcohol-Induced Loss of Consciousness and Overall Alcohol Consumption With Risk for Dementia. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020;3(9):e2016084. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32902651>.
 51. Xiong Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Dec 3];154:1–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26072219/>
 52. Servei Català de Transit. Pla de seguretat viària 2024-2026. 2024 [cited 2025 Nov 20]; Available from: <https://dsp.interior.gencat.cat/handle/20.500.14007/2690>.
 53. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao L, Wang T, et al. Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Nov 20];27(4):410–21. Available from: <https://dx.doi.org/10.1177/2047487319874530>.
 54. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth P. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet* [Internet]. 1973;1(7815):1267–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4126070>.
 55. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Salut i escola [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/salut-escola/>
 56. The 3 by 35 Initiative [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/3-by-35>.
 57. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European Parliament and the Council. 2021.
 58. Liu C, Zheng S, Gao H, Yuan X, Zhang Z, Xie J, et al. Causal relationship of sugar-sweetened and sweet beverages with colorectal cancer: a Mendelian randomization study. *European Journal of Nutrition* 2022 62:1 [Internet]. 2022 Aug 30 [cited 2025 Nov 20];62(1):379–83. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-022-02993-x>.
 59. Lara-Castor L, O'Hearn M, Cudhea F, Miller V, Shi P, Zhang J, et al. Burdens of type 2 diabetes and cardiovascular disease attributable to sugar-sweetened beverages in 184 countries. *Nat Med* [Internet]. 2025;31(2):552–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39762424>.
 60. Freije SL, Senter CC, Avery AD, Hawes SE, Jones-Smith JC. Association Between Consumption of Sugar-Sweetened Beverages and 100% Fruit Juice With Poor Mental Health Among US Adults in 11 US States and the District of Columbia. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2021;18:E51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34014815>.
 61. Llei 5/2017, del 28 de març, de mesures fiscals, administratives, financeres i del sector públic i de creació i regulació dels impostos sobre grans establiments comercials, sobre estades en establiments turístics, sobre elements radiotòxics, sobre begude... [Internet]. [cited 2025 Nov

- 22]. Available from: <https://cido.diba.cat/legislacio/6935424/llei-52017-del-28-de-marc-de-mesures-fiscals-administratives-financeres-i-del-sector-public-i-de-creacio-i-regulacio-dels-impostos-sobre-grans-establiments-comercials-sobre-estades-en-establiments-turistics-sobre-elements-radiotoxics-sobre-begudes-ensucrades-ensasades-i-sobre-emissions-de-dioxid-de-carboni-departament-de-la-presidencia>.
62. WHO. Caídas WHO. 2021 [cited 2025 Nov 20]. Caídas. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
63. Kannus P, Niemi S, Parkkari J, Palvanen M, Sievänen H. Alarming rise in fall-induced severe head injuries among elderly people. *Injury* [Internet]. 2007;38(1):81–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17083943>.
64. Guirguis-Blake JM, Perdue LA, Coppola EL, Bean SI. Interventions to Prevent Falls in Older Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* [Internet]. 2024;332(1):58–69. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38833257>.
65. Arnal C, Pérez LM, Soto L, Herrero AC, Ars J, Baró S, et al. Impact on physical function of the +AGIL Barcelona program in community-dwelling older adults with cognitive impairment: an interventional cohort study. *BMC Geriatrics* 2023 23:1 [Internet]. 2023 Nov 13 [cited 2025 Nov 20];23(1):736–. Available from: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04292-4>.
66. Generalitat de Catalunya, Departament de Drets Socials i Inclusió. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/DSI_PD.pdf.
67. Jarosińska D, Héroux MÈ, Wilkhu P, Creswick J, Verbeek J, Wothge J, et al. Development of the WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: An Introduction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018, Vol 15, Page 813 [Internet]. 2018 Apr 20 [cited 2025 Nov 20];15(4):813. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/4/813/htm>.
68. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO global air quality guidelines. Particulate matter (PM25 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. 2021;1–360.
69. Palència L, León-Gómez BB, Bartoll X, Carrere J, Díez E, Font-Ribera L, et al. Study Protocol for the Evaluation of the Health Effects of Superblocks in Barcelona: The “Salut Als Carrers” (Health in the Streets) Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol 17, Page 2956 [Internet]. 2020 Apr 24 [cited 2025 Nov 20];17(8):2956. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/8/2956/htm>.
70. BOE-A-2002-14987 Ley 16/2002, de 28 de junio, de Protección contra la Contaminación Acústica. [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-14987>.
71. Khomenko S, Cirach M, Pereira-Barboza E, Mueller N, Barrera-Gómez J, Rojas-Rueda D, et al. Premature mortality due to air pollution in European cities: a health impact assessment. *Lancet Planet Health* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2025 Nov 20];5(3):e121–34. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2542519620302722>.
72. Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: Prospective analyses from the

- European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol* [Internet]. 2013 Aug 1 [cited 2025 Nov 20];14(9):813–22. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S1470204513702791>.
73. Tan J, Li N, Wang X, Chen G, Yan L, Wang L, et al. Associations of particulate matter with dementia and mild cognitive impairment in China: A multicenter cross-sectional study. *Innovation* [Internet]. 2021 Aug 28 [cited 2025 Nov 20];2(3):100147. Available from: <https://www.cell.com/action/showFullText?pii=S2666675821000722>.
74. Newbury JB, Heron J, Kirkbride JB, Fisher HL, Bakolis I, Boyd A, et al. Air and Noise Pollution Exposure in Early Life and Mental Health From Adolescence to Young Adulthood. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024;7(5):e2412169. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38805229>.
75. Fontan Vela M, Tejero Franco H, España MSG. Prescripció sostenible de inhaladores. 2025.
76. Generalitat de Catalunya, Departament de Territori H i TE. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/ESP_PD.pdf.
77. Rico M, Font L, Gómez A, Barcelona A de SP de. Avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona 2023. 2024.
78. Generalitat de Catalunya, Departament d'Agricultura Pesca i Alimentació. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/ARP_PD.pdf.
79. Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Finances. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/ECF_PD.pdf.
80. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Guia per a la prescripció del exercici físic. 2022.
81. Sadeghirad B, Duhaney T, Motaghipisheh S, Campbell NRC, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2025 Dec 3];17(10):945–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427474/>
82. Soldevila B, Alarcón L, Vlachó B, Real J, Hernández M, Cos X, et al. Trends in the prevalence of gestational diabetes in Catalonia from 2010 to 2019. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2024;18(2):169–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38228411>.
83. Barbiellini Amidei C, Fayosse A, Dumurgier J, Machado-Fragua MD, Tabak AG, van Sloten T, et al. Association Between Age at Diabetes Onset and Subsequent Risk of Dementia. *JAMA* [Internet]. 2021;325(16):1640–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33904867>.
84. Clement NS, Abul A, Farrelly R, Murphy HR, Forbes K, Simpson NAB, et al. Pregnancy outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2025 Apr 1 [cited 2025 Nov 20];232(4):354–66. Available from: <https://www.ajog.org/action/showFullText?pii=S0002937824011761>.
85. No Plastic in Nature: A Global Call to Action | World Wildlife Fund [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.worldwildlife.org/our-work/sustainability/plastics/no-plastic-in-nature/>

86. Kahn LG, Philippat C, Nakayama SF, Slama R, Trasande L. Endocrine-disrupting chemicals: implications for human health. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2020;8(8):703–18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32707118>.
87. Idescat. Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. [cited 2025 Nov 23]. Available from: <https://www.idescat.cat/>
88. Hasan SI, Yee A, Rinaldi A, Azham AA, Hairi FM, Nordin ASA. Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Nov 20];16(12):e0260221. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260221>.
89. Norwegian Centre for E-health Research. National Health and Care Coordination Plan - new framework for digital home follow-up | News | Ehealthresearch.no (EN) [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://ehealthresearch.no/en/news/2024/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-nye-rammer-for-digital-hjemmeoppfolging>.
90. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla per a l'abordatge del dolor crònic a Catalunya. Barcelona; 2026.
91. Societat Catalana de Dolor, Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, Font AM, Bernal DS, Gabarró CB, Mach MF. Consens català de dolor crònic no oncològic. 2017.
92. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Model d'atenció al Dolor Crònic a Catalunya. 2010 [cited 2025 Dec 2]; Available from: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/doc33702.html>.
93. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JRGE. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ* [Internet]. 2011 Jun [cited 2025 Dec 2];14(3):367–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21574899/>
94. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Encuesta sobre Alcohol y otras drogas en España. 2024.
95. Lai HMX, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Nov 20];154:1–13. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871615002811?via%3Dihub>.
96. Garey L, Olofsson H, Garza T, Rogers AH, Kauffman BY, Zvolensky MJ. Directional Effects of Anxiety and Depressive Disorders with Substance Use: a Review of Recent Prospective Research. *Curr Addict Rep*. 2020 Sep 1;7(3):344–55.
97. Gunn JKL, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Gibson SJ, Christ C, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2025 Nov 20];6(4):e009986. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e009986>.
98. Ahn D, Kim J, Kang J, Kim YH, Kim K. Congenital anomalies and maternal age: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2022;101(5):484–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35288928>.

99. Saha S, Barnett AG, Foldi C, Burne TH, Eyles DW, Buka SL, et al. Advanced paternal age is associated with impaired neurocognitive outcomes during infancy and childhood. *PLoS Med* [Internet]. 2009;6(3):e40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19278291>.
100. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Indicadors de salut perinatal. [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/monitoratge-perinatal/index.html>.
101. Zimmerman E. Do Infants Born Very Premature and Who Have Very Low Birth Weight Catch Up With Their Full Term Peers in Their Language Abilities by Early School Age? *J Speech Lang Hear Res* [Internet]. 2018;61(1):53–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29255846>.
102. Vanhuysse P, Medgyesi M, Gál RI. Taxing reproduction: the full transfer cost of rearing children in Europe. *R Soc Open Sci* [Internet]. 2023;10(10):230759. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37830014>.
103. Wang X, Feng B, Wang J. Green spaces, blue spaces and human health: an updated umbrella review of epidemiological meta-analyses. *Front Public Health* [Internet]. 2025;13:1505292. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40475205>.
104. Geary RS, Thompson D, Mizen A, Akbari A, Garrett JK, Rowney FM, et al. Ambient greenness, access to local green spaces, and subsequent mental health: a 10-year longitudinal dynamic panel study of 2.3 million adults in Wales. *Lancet Planet Health* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Nov 20];7(10):e809–18. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2542519623002127>.
105. Ajuntament de Barcelona, Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar, Sales Campos A, Porzio L, Alarcón P. Evolució i relació entre sensellarisme i envelliment. 2024.
106. Kushel MB, Perry S, Bangsberg D, Clark R, Moss AR. Emergency Department Use Among the Homeless and Marginally Housed: Results From a Community-Based Study. <https://doi.org/10.2105/AJPH925778> [Internet]. 2011 Oct 10 [cited 2025 Nov 20];92(5):778–84. Available from: [/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.5.778?download=true](https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.778?download=true).
107. Bentley R, Mason K, Jacobs D, Blakely T, Howden-Chapman P, Li A, et al. Housing as a social determinant of health: a contemporary framework. *Lancet Public Health* [Internet]. 2025;10(10):e855–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468266725001422>.
108. Carrere J, Reyes A, Oliveras L, Fernández A, Peralta A, Novoa AM, et al. The effects of cohousing model on people's health and wellbeing: a scoping review. *Public Health Reviews* 2020 41:1 [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2025 Nov 20];41(1):22-. Available from: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-020-00138-1>.
109. Generalitat de Catalunya, Departament d'Empresa i Treball. Pla d'Acció Departamental [Internet]. 2024. Available from: https://govern.cat/govern/docs/EMT_PD.pdf.
110. O'Sullivan DE, Sutherland RL, Town S, Chow K, Fan J, Forbes N, et al. Risk Factors for Early-Onset Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2022;20(6):1229-1240.e5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33524598>.

111. Cosín-Sales J, Campuzano Ruiz R, Díaz Díaz JL, Escobar Cervantes C, Fernández Olmo MR, Gómez-Doblas JJ, et al. Impact of physician's perception about LDL cholesterol control in clinical practice when treating patients in Spain. *Atherosclerosis* [Internet]. 2023;375:38–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37245425>.
112. Smith JR, Pike JR, Gottesman RF, Knopman DS, Lutsey PL, Palta P, et al. Contribution of Modifiable Midlife and Late-Life Vascular Risk Factors to Incident Dementia. *JAMA Neurol* [Internet]. 2025;82(7):644–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/40455489>.
113. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Monitoratge del Pla de Salut de Catalunya. 2023.
114. Magee C, Caputi P, Iverson D. Lack of sleep could increase obesity in children and too much television could be partly to blame. *Acta Paediatr* [Internet]. 2014;103(1):e27-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117519>.
115. Short MA, Booth SA, Omar O, Ostlundh L, Arora T. The relationship between sleep duration and mood in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Nov 20];52:101311. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S108707922030054X?via%3Dihub>.
116. Nagai M, Hoshida S, Kario K. Sleep duration as a risk factor for cardiovascular disease- a review of the recent literature. *Curr Cardiol Rev* [Internet]. 2010;6(1):54–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21286279>.
117. Chapman DP, Presley-Cantrell LR, Liu Y, Perry GS, Wheaton AG, Croft JB. Frequent insufficient sleep and anxiety and depressive disorders among U.S. community dwellers in 20 States, 2010. *Psychiatric Services* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2025 Nov 20];64(4):385–7. Available from: /doi/pdf/10.1176/appi.ps.201200226?download=true.
118. Huang RC. The discoveries of molecular mechanisms for the circadian rhythm: The 2017 Nobel Prize in Physiology or Medicine. *Biomed J* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2025 Nov 20];41(1):5–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29673553/>
119. WHO. Lactancia materna [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.
120. Gobierno de España M de T y ES. Lactancia materna y vuelta al trabajo [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/19-serie-ntp-numeros-646-a-680-ano-2004/ntp-664.-lactancia-materna-y-vuelta-al-trabajo->.
121. Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmied V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2012 Apr [cited 2025 Nov 20];8(2):141–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188596/>
122. Habte MB, Abdulahi M, Plusquin M, Cosemans C. Effectiveness of Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Initiation and Exclusive Breastfeeding Practice: Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* [Internet]. 2025 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];17(14). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40732908/>

123. Estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) [Internet]. [cited 2025 Nov 23]. Available from: <https://www.hbsc.es/informes>.
124. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. Informe anual 2023. [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 20]. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its-hv/Monitoratge.
125. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJLM, Shah K V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol [Internet]. 2002 [cited 2025 Nov 20];55(4):244–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11919208/>
126. Tarocchi M, Polvani S, Marroncini G, Galli A. Molecular mechanism of hepatitis B virus-induced hepatocarcinogenesis. World J Gastroenterol [Internet]. 2014 Sep 7 [cited 2025 Nov 20];20(33):11630–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25206269/>
127. Generalitat de Catalunya D de S. Pla d'informació de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC). Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia/pidirac/index.html>.
128. Generalitat de Catalunya D de S. Calendari de vacunacions i immunitzacions sistemàtiques. Canal Salut [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/v/vacunacions/calendari/>
129. Heidecker B, Libby P, Vassiliou VS, Roubille F, Vardeny O, Hassager C, et al. Vaccination as a new form of cardiovascular prevention: a European Society of Cardiology clinical consensus statement. Eur Heart J [Internet]. 2025 Sep 21 [cited 2025 Nov 20];46(36):3518–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40582710/>
130. ISCIII M de CI y U. Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C en España [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/vigilancia_hepatitisc_2023.
131. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla de prevenció i control de l'Hepatitis C a Catalunya [Internet]. Scientia. Secretaria de Salut Pública; 2018 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4038>.
132. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Informe d'avaluació de resultats del tractament antiviral de l'hepatitis C crònica a l'any 2019, 2020 i 2021 [Internet]. Barcelona; 2022 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <http://catsalut.gencat.cat>.
133. Peñalva G, Cantón R, Pérez-Rodríguez MT, González-López JJ, Rodríguez-Baño J, Barrio-Tofiño E del, et al. Burden of bacterial antimicrobial resistance among hospitalised patients in Spain: findings from three nationwide prospective studies. The Lancet Regional Health - Europe [Internet]. 2025 Apr 1 [cited 2025 Nov 20];51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39958398/>
134. Resistencia a los antimicrobianos [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>.
135. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Programa de Racionalització i Optimització Antibiòtica a Catalunya (PROA Cat) [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/professionals/seguretat-pacients/bones-practiques/us-medicaments/programa-optimitzacio-us-antimicrobians-proa-cat/>

136. Toma de muestras para estreptotest: protocolo, indicaciones clínicas y recomendaciones en atención primaria [Internet]. [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/toma-de-muestras-para-estreptotest-protocolo-indicaciones-clinicas-y-recomendaciones-en-atencion-primaria/>
137. Ervasti J, Pentti J, Nyberg ST, Shipley MJ, Leineweber C, Sørensen JK, et al. Long working hours and risk of 50 health conditions and mortality outcomes: a multicohort study in four European countries. The Lancet regional health Europe [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Nov 20];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34917998/>
138. Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. Scand J Work Environ Health [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 20];47(7):489–508. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34042163/>
139. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santa V, Quinlan M. Gaceta Sanitaria. 2010 [cited 2025 Nov 20]. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. . Available from: <https://gacetasanitaria.org/es-span-class-elsevierstyletextfnrecension-bibliografica-span-articulo-estadisticas-S0213911110002980>.
140. Boers E, Afzali MH, Newton N, Conrod P. Association of Screen Time and Depression in Adolescence. JAMA Pediatr [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2025 Nov 20];173(9):853–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305878/>
141. Societat Catalana de Pediatria. Salut Digital a l'edat pediàtrica. 2024. [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://www.scpediatria.org/?p=page/html/detallnoticia/id/4095-salut-digital-a-l-edat-pediatria>.
142. Generalitat de Catalunya, Departament d'Educació i Formació Professional G de C. La regulació de l'ús dels mòbils als centres educatius Informe del Consell Escolar de Catalunya.
143. Ajuntament Barcelona. Mesura de Govern: Accions 2024-2027 pel benestar digital Eduquem i promovem un ús saludable de les pantalles en la infància i l'adolescència [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://bcnroc.ajuntament.barcelona.cat/jspui/bitstream/11703/134593/5/Mesura-de-Govern-Benestar-Digital-1.pdf>.
144. Abd-Alrazaq A, Al-Jafar E, Alajlani M, Toro C, Alhuwail D, Ahmed A, et al. The Effectiveness of Serious Games for Alleviating Depression: Systematic Review and Meta-analysis. JMIR Serious Games [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Nov 20];10(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35029530/>
145. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. Science [Internet]. 2020 Dec 11 [cited 2025 Nov 20];370(6522). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33303583/>
146. Mullachery PH, Vela E, Cleries M, Comin-Colet J, Nasir K, Diez Roux A V., et al. Inequalities by Income in the Prevalence of Cardiovascular Disease and Its Risk Factors in the Adult Population of Catalonia. J Am Heart Assoc [Internet]. 2022 Sep 6 [cited 2025 Nov 20];11(17). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36000437/>
147. Stevens M, Yang-Huang J, Nieboer D, Zhou S, Osman KA, Raat H, et al. Multidimensional energy poverty and acute respiratory infection in children under 5 years of age: evidence from 22 low-

- income and middle-income countries. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2025 Nov 20];77(11):687–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37620007/>
148. Marmot Review Team, Friends of the Earth. *The Health Impacts of Cold Homes and Fuel Poverty*. 2011 [cited 2025 Nov 20]; Available from: www.foe.co.uk.
149. Howden-Chapman P, Matheson A, Crane J, Viggers H, Cunningham M, Blakely T, et al. Effect of insulating existing houses on health inequality: cluster randomised study in the community. *BMJ* [Internet]. 2007 Mar 3 [cited 2025 Nov 20];334(7591):460–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17324975/>
150. Liu BC, Ivers R, Norton R, Boufous S, Blows S, Lo SK. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2008 Oct 20 [cited 2025 Nov 20];(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15106247/>
151. Ministerio del Interior. DGT. *Observatorio Nacional de Seguridad Vial* [Internet]. 2005 [cited 2025 Nov 20]. Available from: <https://observatoriovial.fonat.gob.sv/>
152. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];102(13):1009–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091846/>
153. Zhang Y, Kuang J, Xin Z, Fang J, Song R, Yang Y, et al. Loneliness, social isolation, depression and anxiety among the elderly in Shanghai: Findings from a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];110. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36863166/>
154. Wolters NE, Mobach L, Wuthrich VM, Vonk P, Van der Heijde CM, Wiers RW, et al. Emotional and social loneliness and their unique links with social isolation, depression and anxiety. *J Affect Disord* [Internet]. 2023 May 15 [cited 2025 Nov 20];329:207–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36842647/>
155. Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2025 Nov 20];197:81–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26971125/>
156. WHO. *Social Isolation and Loneliness among Older People: Advocacy Brief*. 2021.
157. Lavelle Sachs A, Kolster A, Wrigley J, Papon V, Opacin N, Hill N, et al. Connecting through nature: A systematic review of the effectiveness of nature-based social prescribing practices to combat loneliness. *Landsc Urban Plan* [Internet]. 2024 Aug 1 [cited 2025 Nov 20];248:105071. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204624000707>.
158. *Estrategia municipal contra la soledad | Derechos Sociales, Educación y Ciclos de Vida* [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/es/barcelona-contra-la-soledad/estrategia-municipal-contra-la-soledad>.
159. Kotwal AA, Fuller SM, Myers JJ, Hill D, Tha SH, Smith AK, et al. A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study. *J*

- Am Geriatr Soc [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Nov 20];69(12):3365–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34449870/>
160. Palazzo C, Nguyen C, Lefevre-Colau MM, Rannou F, Poiraudeau S. Risk factors and burden of osteoarthritis. *Ann Phys Rehabil Med* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2025 Nov 20];59(3):134–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26904959/>
161. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev* [Internet]. 2015 [cited 2025 Nov 20];16(8):621–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26016557/>
162. Taylor K, Indulkar T, Thompson B, Pinkard C, Barron E, Frost T, et al. Early outcomes of referrals to the English National Health Service Digital Weight Management Programme. *Obesity (Silver Spring)* [Internet]. 2024 Jun 1 [cited 2025 Nov 20];32(6):1083–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38644161/>
163. Generalitat de Catalunya, Departament d'Igualtat i Feminisme. Pla d'acció departamental. 2024.
164. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2025 Nov 20];46(2):225–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26370729/>
165. Núñez C, Gómez Tabares AS, Moreno Méndez JH, Muñoz Arbeláez AC, Cardona Vélez I, Caballo VE, et al. Análisis cuantitativo sobre tendencias de investigación del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia. *Ciencias Psicológicas* [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Nov 20];18(1). Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212024000101210&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
166. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/6319/pla_prevenio_suicidi_catalunya_2021_2025_2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y
167. Salmasi G, Grady R, Jones J, McDonald SD. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2010 [cited 2025 Nov 20];89(4):423–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20085532/>
168. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Anteproyecto de Ley del tabaco [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6742>.
169. Duncan LR, Pearson ES, Maddison R. Smoking prevention in children and adolescents: A systematic review of individualized interventions. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2025 Nov 22];101(3):375–88. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399117305517>.
170. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia I y U, Gobierno de España. Informe MoMo [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_momo_verano2022_cne-isciii.
171. Kazi DS, Katznelson E, Liu CL, Al-Roub NM, Chaudhary RS, Young DE, et al. Climate Change and Cardiovascular Health: A Systematic Review. *JAMA Cardiol* [Internet]. 2024 Aug 14 [cited 2025 Nov 20];9(8):748. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11366109/>

172. Hua Y, Qiu Y, Tan X. The effects of temperature on mental health: evidence from China. *Journal of Population Economics* 2022 36:3 [Internet]. 2022 Dec 31 [cited 2025 Nov 20];36(3):1293–332. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00148-022-00932-y>.
173. Haghighi MM, Wright CY, Ayer J, Urban MF, Pham MD, Boeckmann M, et al. Impacts of High Environmental Temperatures on Congenital Anomalies: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2025 Nov 20];18(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34063033/>
174. Generalitat de Catalunya, Departament d'Interior i Seguretat Pública. Enquesta sobre les violències sexuals a Catalunya 2019 [Internet]. 2019 [cited 2025 Dec 3]. Available from: https://interior.gencat.cat/ca/el_departament/publicacions/seguretat/estudis-i-enquestes/enquesta_de_violencia_masclista/enquesta-sobre-les-violencias-sexuals-a-catalunya-2019/
175. Johansson F, Edlund K, Sundgot-Borgen J, Björklund C, Côté P, Onell C, et al. Sexual harassment, sexual violence and subsequent depression and anxiety symptoms among Swedish university students: a cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Nov 20];59(12):2313–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38926188/>
176. Young-Southward G, Eaton C, O'Connor R, Minnis H. Investigating the causal relationship between maltreatment and cognition in children: A systematic review. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Nov 20];107. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32599461/>
177. Sistema Nacional de Salud CI, Gobierno de España M de S, Observatorio de Salud de las Mujeres. Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el. 2021.
178. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 May 10 [cited 2025 Nov 20];18(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29747651/>
179. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchis L, et al. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2011 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];64(7):564–71. Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-integracion-entre-cardiologia-y-atencion-articulo-S0300893211004040>.
180. Alcoberro L, Moliner P, Vime J, Jiménez-Marrero S, Garay A, Yun S, et al. Breaking the 30-day barrier: Long-term effectiveness of a nurse-led 7-step transitional intervention program in heart failure. *PLoS One* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2025 Nov 20];18(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36749763/>
181. Comín-Colet J, Verdú-Rotellar JM, Vela E, Clèries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Efficacy of an Integrated Hospital-primary Care Program for Heart Failure: A Population-based Analysis of 56 742 Patients. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* [Internet]. 2014 Apr [cited 2025 Nov 20];67(4):283–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24774591/>
182. Capdevila Aguilera C, Vela Vallespín E, Clèries Escayola M, Yun Viladomat S, Fernández Solana C, Alcober Morte L, et al. Population-based evaluation of the impact of socioeconomic status on clinical outcomes in patients with heart failure in integrated care settings. *Revista Española de*

- Cardiologia (English Edition) [Internet]. 2023 Oct [cited 2025 Nov 20];76(10):803–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36963612/>
183. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Nov 20];16(6):492–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30420363/>
184. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. World Health Organisation [Internet]. [cited 2025 Nov 22]; Available from: <https://www.integratedcare4people.org/publications/103/who-global-strategy-on-people-centred-and-integrated-health-services/>
185. Nkhoma KB, Cook A, Giusti A, Farrant L, Petrus R, Petersen I, et al. A systematic review of impact of person-centred interventions for serious physical illness in terms of outcomes and costs. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];12(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35831052/>
186. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2013 Dec [cited 2025 Nov 20];70(6):567–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23894060/>
187. Rossiter C, Levett-Jones T, Pich J. The impact of person-centred care on patient safety: An umbrella review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2025 Nov 20];109:103658. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748920301425>.
188. Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013 Feb [cited 2025 Nov 20];22(3–4):456–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23231540/>
189. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 20]; Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-sesgo-genero-el-esfuerzo-terapeutico-articulo-estadisticas-13062260>.
190. Alonso Gelabert O, Barcena Veciana M, Brumwell Valsells V, Crunas Baqe M, Nicodemo C. Gender bias in the diagnosis of cardiovascular disorders in Catalonia. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Nov 20];132. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37121204/>
191. Gobierno de España M de S. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV) [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf.
192. Bairey Merz CN, Andersen H, Sprague E, Burns A, Keida M, Walsh MN, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women: The Women's Heart Alliance. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2017 Jul 11 [cited 2025 Nov 20];70(2):123–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28648386/>
193. Kontopantelis E, Springate DA, Ashworth M, Webb RT, Buchan IE, Doran T. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial

- whole-population study. *BMJ* [Internet]. 2015 Mar 2 [cited 2025 Nov 20];350. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733592/>
194. Nante N, Messina G, Cecchini M, Bertetto O, Moirano F, McKee M. Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2009 Mar [cited 2025 Nov 20];63(3):203–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19052034/>
195. Westergaard D, Moseley P, Sørup FKH, Baldi P, Brunak S. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nature Communications* 2019 10:1 [Internet]. 2019 Feb 8 [cited 2025 Nov 23];10(1):666-. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41467-019-08475-9>.
196. Sambola A, Elola FJ, Ferreiro JL, Murga N, Rodríguez-Padial L, Fernández C, et al. Impact of sex differences and network systems on the in-hospital mortality of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Revista Española de Cardiología (English Edition)* [Internet]. 2021 Nov [cited 2025 Nov 20];74(11):927–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32888884/>
197. Hecking M, Bieber BA, Ethier J, Kautzky-Willer A, Sunder-Plassmann G, Säemann MD, et al. Sex-specific differences in hemodialysis prevalence and practices and the male-to-female mortality rate: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *PLoS Med* [Internet]. 2014 [cited 2025 Nov 20];11(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25350533/>
198. Sanfey H. Gender-Specific Issues in Organ Transplantation. *Principles of Gender-Specific Medicine* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2025 Nov 20];657–75. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/chapter/edited-volume/abs/pii/B9780123742711000551>.
199. Carrillo I, Mira JJ, Astier-Peña MP, Pérez-Pérez P, Caro-Mendivelso J, Olivera G, et al. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohortes para determinar su frecuencia y gravedad. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2025 Nov 20];52(10):705–11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300718>.
200. Atkin PA, Veitch PC, Veitch EM, Ogle SJ. The epidemiology of serious adverse drug reactions among the elderly. *Drugs Aging* [Internet]. 1999 [cited 2025 Nov 20];14(2):141–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10084366/>
201. Szilcz M, Wastesson JW, Morin L, Calderón-Larrañaga A, Lambe M, Johnell K. Potential overtreatment in end-of-life care in adults 65 years or older dying from cancer: applying quality indicators on nationwide registries. *Acta Oncol* [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 20];61(12):1437–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36495144/>
202. Maideen NMP. Adverse Effects Associated with Long-Term Use of Proton Pump Inhibitors. *Chonnam Med J* [Internet]. 2023 [cited 2025 Nov 20];59(2):115. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37303818/>
203. Grimshaw JM, Patey AM, Kirkham KR, Hall A, Dowling SK, Rodondi N, et al. De-implementing wisely: developing the evidence base to reduce low-value care. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2025 Dec 1];29(5):409–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32029572/>

204. Laberge M, Sirois C, Lunghi C, Gaudreault M, Nakamura Y, Bolduc C, et al. Economic Evaluations of Interventions to Optimize Medication Use in Older Adults with Polypharmacy and Multimorbidity: A Systematic Review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2021 [cited 2025 Nov 20];16:767–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33981140/>
205. Essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Vídeo Salut [Internet]. [cited 2025 Nov 22]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/videosalut/temes/informacio-serveis/essencial-afegint-valor-practica-clinica/>
206. Kjelle E, Andersen ER, Soril LJJ, van Bodegom-Vos L, Hofmann BM. Interventions to reduce low-value imaging - a systematic review of interventions and outcomes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Dec 2];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34537051/>
207. Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, Bruno R, Chung Y, Phillips RL. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Nov 20];16(6):492–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30420363/>
208. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 20];356. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28148478/>
209. Kohnke H, Zielinski A. Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a population-based cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2017 Apr 3 [cited 2025 Nov 20];35(2):113–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28598752/>
210. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [cited 2025 Nov 20];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20226084/>
211. Ridd MJ, Santos Ferreira DL, Montgomery AA, Salisbury C, Hamilton W. Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2025 Nov 20];65(634):e305–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25918335/>
212. Romano MJ, Segal JB, Pollack CE. The Association Between Continuity of Care and the Overuse of Medical Procedures. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2025 Nov 20];175(7):1148–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25984883/>
213. Mingliang Dai P, Chung YK, Morgan Z, Yang Z. Practice continuity of care and quality of preventive services. *The Annals of Family Medicine* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2025 Nov 20];20(Supplement 1):2592. Available from: https://www.annfammed.org/content/20/Supplement_1/2592.
214. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One* [Internet]. 2013 Aug 22 [cited 2025 Nov 20];8(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23990970/>
215. Coma E, Mora N, Peremiquel-Trillas P, Benítez M, Méndez L, Mercadé A, et al. Influence of organization and demographic characteristics of primary care practices on continuity of care:

- analysis of a retrospective cohort from 287 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. BMC Fam Pract [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Dec 2];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33761874/>
216. Cancer screening, diagnosis and care | European Commission Initiative on Breast and Colorectal cancer [Internet]. [cited 2025 Nov 23]. Available from: <https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en>.
217. Bretthauer M, Wieszczy P, Løberg M, Kaminski MF, Werner TF, Helsing LM, et al. Estimated Lifetime Gained With Cancer Screening Tests: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA Intern Med [Internet]. 2023 Nov 6 [cited 2025 Dec 2];183(11):1196–203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37639247/>
218. Prescrire. Mammographies de dépistage après l'âge de 50 ans: un intérêt incertain. Rev Prescrire. 2024;494:44–8.
219. Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vela-Vallespín C, Arana-Ballestar S, Gallego M, Navarro J, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. Aten Primaria [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 Dec 2];56:103128. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656724002701?via%3Dihub>.
220. Dépistage des cancers de la prostate : y participer ou pas. Rev Prescrire. 2025;504:45.
221. Desimpel F, Luyten J, Camberlin C, Primus-de Jong C, Verleye L, Neyt M. Lung cancer screening in a high-risk population. 2024 Apr 18 [cited 2025 Dec 2]; Available from: <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/lung-cancer-screening-in-a-high-risk-population>.
222. Departament de Salut Generalitat de Catalunya. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica Créixer amb Salut.
223. Kwon C, Farrell PM. The Magnitude and Challenge of False-Positive Newborn Screening Test Results. Arch Pediatr Adolesc Med [Internet]. 2000 Jul 1 [cited 2025 Dec 2];154(7):714–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/350230>.