



TEMES D'ACTUALITAT

VUIT ANYS DE POLÍTICA SANITÀRIA A CATALUNYA*

Josep Laporte i Salas
Conseller de Sanitat i Seguretat Social.
Generalitat de Catalunya

INTRODUCCIÓ

Els articles 9 i 17 de l'Estatut d'Autonomia de Catalunya assignen a la Generalitat àmplies competències en matèria de Sanitat. Aquestes competències han pogut ésser exercides progressivament a mesura que han estat transferides als diferents serveis de titularitat de l'Administració central o de la Seguretat Social. En línies generals hi ha hagut tres grans paquets de traspassos: els corresponents a Salut pública (decret 2210/79) en període encara preestatutari, els procedents de la xarxa de la "Administración Institucional de la Sanidad" (AISNA; decret 1949/80) i els del "Instituto Nacional de la Salud" (INSALUD); decret 1517/81).

Quina era la situació de la Sanitat a Catalunya en el moment d'assumir efectivament aquestes competències, què hem fet durant vuit anys i quina és la situació actual? A aquestes preguntes voldria donar resposta en aquest acte, tot insistint fonamentalment en quines han estat les línies d'actuació i deixant per a una altra ocasió la descripció dels importants problemes competencials o econòmico-financers amb què ens hem hagut d'enfrontar.

D'entrada podríem afirmar que ni a Catalunya ni a la resta de l'Estat la Sanitat pública era aleshores un sector ordenat correctament. Tothom estava d'acord en la necessitat de dur a terme una "reforma sanitària", terme que, no obstant aquesta unanimitat, podia ésser interpretat de molt diverses maneres.

Dintre del camp de la salut, hi havia a Catalunya —i afortunadament continua havent-hi— unes circumstàncies favorables importants: per un cantó, una gran tradició

sanitària, un nivell científic-tècnic ben apreciable i una població amb uns nivells socio-econòmics i culturals relativament elevats. Per això no és d'estranyar que el nivell apreciable de salut fos essencialment bo. Els paràmetres sanitari-demogràfics en són un bon indicador. La taxa de mortalitat infantil ha descendit progressivament durant el segle actual i de 150 per mil nascuts vius l'any 1900 havia passat a 70 en iniciar-se la guerra civil, a 15.4 l'any 1975 i a 11.3 el 1979. La darrera dada disponible (1986: 7.75 per mil, fins i tot inferior a la de molts països de l'Europa Occidental) ratifica aquest nivell excel·lent al qual ens referíem.

És evident que, també a casa nostra, la lluita contra les infeccions —causa principal, abans, de la mortalitat infantil— ha aconseguit èxits molt considerables que es reflecteixen així mateix a través dels canvis nosològics: ara les patologies predominants són les pròpies de les anomenades "societats opulentes".

Certament, hi ha encara entre nosaltres situacions anòmales i, tal com succeeix per tot arreu, podem trobar zones on la mortalitat infantil és ben superior a la mitjana o indrets on la freqüència de determinades infeccions supera de molt els límits que, per comparació, podríem considerar acceptables. Es tracta, en tot cas, de bosses més sociològiques que geogràfiques: les condicions socio-econòmiques són tan o més importants que els dispositius assistencials en matèria de salut pública.

Però tant o més que entrar en l'anàlisi de l'estat de salut i la seva evolució ens interessa ara revisar el sistema sanitari públic

(*) Conferència llegida en la Reial Acadèmia de Medicina en la secció del 8 de març del 1988

del país, en els seus aspectes assistencials i també des del punt de vista de les seves actuacions en l'àmbit de la salut pública. I des d'aquest punt de vista sembla indiscutible que fa vuit o deu anys hi havia a Catalunya tres ordres de mancances ben diverses entre elles però totes importants.

En primer lloc, resulta indiscutible que per poder planificar i gestionar la sanitat amb coneixement de causa cal disposar d'un bon sistema d'informació global que permeti disposar dels indicadors sanitaris i de totes les dades necessàries per poder prendre decisions. Aquestes dades bàsiques eren, en bona part, greument defectuoses o pràcticament inexistentes ací abans de les transferències. Fins i tot les dades demogràfiques o les relatives a la morbiditat eren incompletes, tardanes i poc fiables. Encara ara, no fa gaires mesos, en una publicació oficial de l'"Instituto Nacional de Estadística" que recull dades de mortalitat corresponents a 1982 s'afirma, entre moltes d'altres inexactituds, que a la ciutat de Sabadell només s'hi havia enregistrat una defunció en el curs d'aquell any. No cal dir que encara menys fiables, més incompletes i menys posades al dia eren les dades sobre equipaments sanitaris i el seu estat sobre el cost i la despesa sanitària real, sobre personal sanitari, o sobre els diversos índexs econòmics sòcio-sanitaris.

Una altra de les greus mancances de la Sanitat pública a Catalunya —a l'igual que a la resta de l'Estat— era l'escassa importància concedida als aspectes preventius. Fins fa ben poc no hi havia cap mena de política mínimament consistent encaminada a promoure l'educació sanitària de la població, ni s'havia intentat incidir sobre els comportaments poc saludables —prevenció primària— a l'objecte d'eliminar els factors de risc de diverses malalties ni, en conjunt, s'havia prestat gaire atenció a d'altres importants aspectes tant de promoció de la salut com de prevenció de la malaltia. La despesa sanitària era gairebé exclusivament dedicada a l'assistència, tot i que resulti més rendible la inversió en el terreny de la prevenció, bé que els resultats es vegin a més llarg termini. Malauradament, fins fa ben poc han estat mal aprofitats els

resultats de l'anomenada "segona revolució epidemiològica", que ens ha de servir per a combatre la patologia predominant avui dia tot lluitant contra els factors determinants de les malalties cròniques i degeneratives.

En tercer lloc, cal posar en relleu els greus defectes de l'assistència sanitària pública, tant des del punt de vista estructural com del seu funcionament pràctic. Hi havia una absurda manca de coordinació entre les diverses xarxes assistencials que procedien de necessitats i d'iniciatives diferenciades en èpoques ben diverses. Mai no hi havia hagut una planificació global i ordenada dels recursos, altrament ben desiguals. Al costat de la xarxa de la Seguretat Social —sens dubte la més important— existien els sanitaris locals, els equipaments procedents de l'Administració Institucional de la Sanitat i molts d'altres pertanyents a diverses administracions públiques o semi-públiques, a part, naturalment, dels privats d'iniciativa social o mercantil. Però no solament no hi havia hagut una planificació global dels recursos sinó que hi havia també una manifesta ignorància mútua en la seva actuació quotidiana.

Dintre aquest conjunt heterogeni de recursos assistencials mereixen, no cal dir, una especial consideració els pertanyents a l'antic "Seguro Obligatorio de Enfermedad" (S.O.E.), transformat l'any 1978 en "Instituto Nacional de la Salud" (INSA-LUD). Sens dubte, la implantació del S.O.E. en el conjunt de l'Estat tingué, en el seu dia, una gran importància, atès que comportà en pocs anys una ampliació a gran escala dels recursos de personal i de centres assistencials a l'abast d'importants capes de població que fins aleshores n'havien estat mancades. Però no es poden ignorar, al costat dels aspectes positius, els defectes capitals que, ben sovint, van presidir les seves actuacions. La centralització total de la presa de decisions i l'absència prèvia d'una planificació racional en són, sens dubte, dos de molt importants. Pel que fa a Catalunya, cal remarcar que, tal com ha succeït en altres camps, la insuficiència de la inversió sanitària pública (en aquest cas, de la Seguretat Social) ha estat

notòria i a més s'ha produït amb una pèssima distribució territorial. Altrament, al cost dels equipaments pertanyents a la iniciativa pública, n'hi havia un bon nombre que procedien de la iniciativa social —de llarga tradició entre nosaltres— i també d'altres d'iniciativa privada, fet perfectament natural, de manera especial quan la pública havia estat exercida tan amb comptagotes. Això explica, entre altres coses, que per tal de cobrir les necessitats de l'assistència hospitalària la denominada acció concertada hagi estat sempre molt més important —i necessària— entre nosaltres que a la resta de l'Estat.

Altrament, les principals inversions de la Seguretat Social a Catalunya van seguir la tendència, ja passada de moda, de la construcció d'enormes centres hospitalaris la complexa estructura dels quals multiplica els problemes de gestió i de conservació i en deshumanitza l'assistència. A més, les auditories realitzades l'any 81 demostraren el lamentable estat en que es trobaven alguns en el moment de la transferència. Tampoc no fou oportú el disseny —ja en execució en el moment dels traspassos— de les ampliacions d'alguns hospitals (per exemple, Girona i Lleida) que tendien a centralitzar l'assistència a les capitals tot hipotecant el seu apropament a les comarques.

I, tanmateix, cal insistir en la mala concepció, planificació, execució i funcionament de la xarxa d'assistència primària, amb uns equipaments insuficients i en tot cas molt poc idonis, sense estímulo ni control pels professionals, sense prestar cap atenció a les tasques preventives i amb una manca total de coordinació amb els nivells assistencials superiors. L'assistència primària ha estat —i per desgràcia encara ho és en bastants casos— el veritable punt negre del sistema que no solament no complia les seves missions sinó que resultava nefast per al bon funcionament del conjunt de la xarxa. En definitiva, en plena crisi econòmica general, fou transferit a la Generalitat un sistema assistencial fortament deficitari, amb uns rendiments que distaven dels òptims des del punt de vista cost/eficàcia, amb profunds desequilibris territorials i tec-

nològics, sense una adequada integració i coordinació, excessivament burocratitzat i que, moltes vegades, no donava gaires satisfaccions ni a l'usuari ni als professionals que l'integraven.

Voldria intentar descriure seguidament quines han estat les grans línies d'actuació, durant aquest període de vuit anys, tendents a subsanar aquestes deficiències i en últim terme a donar un millor servei i a incrementar encara més el nivell de salut i benestar de la població.

Actuacions en el camp de la informació sanitària

En el camp de la informació no hi ha dubte que s'han produït progressos remarcables aquests darrers anys. Així, en col·laboració amb el Consorci d'Informació i Documentació, s'ha aconseguit disposar de **dades demogràfiques exhaustives** i al dia. El butlletí "Moviment Natural de Població" informa puntualment, de tal manera que ja han estat publicades les dades corresponents a 1985 i 1986 i aviat ho seran les de 1987 que —dit sigui de passada— demostren que segueix descendint la natalitat de manera preocupant.

Tant o més important és la recopilació i l'anàlisi de les dades del registre de mortalitat a Catalunya, fet en col·laboració amb l'"Institut Nacional de Estadística" i l'Ajuntament de Barcelona. Han estat publicats els volums corresponents a 1983, 84 i 85 — està en premsa el de 1986— en els quals es fa una anàlisi detallada de les dades, tant des del punt de vista territorial com de les causes de mort.

Pel que fa a la morbiditat, cal remarcar que l'any 1982 es va establir un nou llistat de **malalties de declaració obligatòria** (MDO), completat després amb la incorporació de la legionel·losi i de la SIDA. Amb això s'ha aconseguit un percentatge de notificació elevat, bé que en molts casos (en especial en les malalties lleus) les dades no són exhaustives, fet que obligarà a reconsiderar el sistema utilitzat, altrament en funcionament en els altres països. Les dades obtingudes són immediatament processa-

des, lliurades als serveis que les utilitzen i publicades de manera regular en el Butlletí Epidemiològic de Catalunya.

Si, tal com assenyalàvem abans, la patologia infecciosa tendeix a ésser en part substituïda per altres tipus d'afeccions, cal intentar recollir dades que ens indiquin la prevalença de totes elles, no solament per a conèixer millor l'estat de salut de la població, sinó també per a adaptar-hi els dispositius assistencials i les mesures preventives oportunes. A assolir aquests objectius tendeix l'**Enquesta Morbiditat Programa Altebrat** (EMPA 83), que ens ha aproximat al coneixement del patró morbós assistit en aquella àrea (Terra Alta, Ribera d'Ebre i Priorat). Amb molta més exhaustivitat s'està desenvolupant actualment (finalitzarà enguany) l'**examen de salut del programa CRONICAT** que abasta cinc comarques de la Catalunya central (Bages, Berguedà, Solsonès, Vallès Occidental i Vallès Oriental). Aquesta important iniciativa — que comporta l'estudi aprofundit d'una mostra representativa de 3.600 persones — està proporcionant una valuosa informació sobre la prevalença, distribució i conseqüències de les malalties cròniques no transmissibles més importants i dels factors de risc que afavoreixen la seva aparició. Finalment, dintre d'aquest capítol de recollida i anàlisi de la informació sanitària, cal esmentar la instauració progressiva de l'obligatorietat de l'**informe d'alta hospitalària** per a tots els hospitals de la XHUP. El tractament informàtic d'aquestes dades i de les procedents dels registres que es van implantant a l'assistència primària permetrà ben aviat disposar de dades exhaustives sobre els processos patològics que són atesos pel sistema sanitari.

El coneixement dels equipaments sanitaris ja va començar a millorar ben considerablement amb l'elaboració del **Mapa Sanitari de Catalunya** realitzada en l'època de la Generalitat preestatutària. Posteriorment, hem dut a terme i publicat el **Desplegament del Mapa Sanitari** (DMS 83) que no solament actualitza l'inventari de recursos sinó que constitueix un model de planificació flexible que planteja uns objectius a assolir en deu anys. El Pla de Reordenació

Hospitalària (PRH) publicat posteriorment com a quart volum del DMS aporta noves informacions en aquest terreny i estableix les bases de l'esmentada reordenació també necessària per imperatius econòmics. En un cinquè volum del DMS, en curs de preparació, es recull l'estructura present i futura de la xarxa d'assistència primària de tot Catalunya.

La progressiva informatització del conjunt de l'administració sanitària ha permès, a més, que actualment hom pugui disposar de **dades actualitzades referents a molts altres temes**, tals com el registre de malalts amb insuficiència renal terminal, el d'afectats de la malaltia de Hansen, el de tumors de l'Hospital de la Verge de la Cinta de Tortosa, la contaminació atmosfèrica, les xarxes de vigilància radiològica o de les zones de bany, el registre de vacunacions, el d'indústries alimentàries, el de productes alimentaris i alimentosos, el de drogaaddictes atesos a la xarxa pública, el de malalts de SIDA, etc. A tot això cal afegir la informació recollida a l'ordinador central de l'ICS sobre l'activitat de la xarxa assistencial del propi Institut.

Naturalment, disposem d'una bona informació sobre els recursos propis, un sistema comptable que s'està millorant amb la col·laboració de la Intervenció General i el Centre Informàtic de la Generalitat i un sistema d'informació sobre el personal, establert d'acord amb la Direcció General de la Funció Pública i el mateix Centre Informàtic, que també s'està perfeccionant.

No hi ha dubte, doncs, que la quantitat i la qualitat de la informació que ara tenim a l'abast és infinitament superior a l'existent fa vuit o deu anys. Els dèficits aleshores existents han estat ara coberts i l'únic que, en tot cas, falta és simplificar i coordinar millor els nombrosos fluxos d'informació que arriben sense parar.

Accions en el camp de la salut pública

Les accions realitzades en aquest camp són en gran part competència de la Direcció General de Salut Pública, que té per objecte la vigilància epidemiològica i el control dels agents que a través de l'aire, l'aigua o els aliments poden ocasionar alte-

racions de la salut.

En aquest sentit, al costat de les tasques de **vigilància epidemiològica** ja comentades (registre de MDO, per exemple), s'actua sobre el **sanejament ambiental** i la higiene alimentària. En el primer cas, a través de les diverses xarxes de vigilància sanitària es du a terme un control constant de les aigües de boca, de l'atmosfera, dels residus, de les zones de bany i de les radiacions ionitzants, en especial en les zones d'influència de les centrals nuclears. Aquesta labor, realitzada en ocasions en col·laboració i coordinació amb altres Departaments (per exemple, amb el d'Indústria i Energia, Governació o Política Territorial i Obres Públiques) o amb les Administracions locals, ha comportat durant els darrers vuit anys la pràctica de 36 mil actuacions diferents que han representat l'obtenció i l'anàlisi de 160 mil mostres. Especialment important, al meu entendre, és la vigilància de la potabilitat de les aigües de beguda, atès que tot i els esforços fets fins ara encara hi ha alguns municipis que no procedeixen a efectuar l'obligada cloració i vigilància bacteriològica, fet que es reflecteix en una anòmala incidència d'afeccions intestinals.

El **control sanitari dels aliments** —font també molt freqüent d'infeccions o toxiinfeccions més o menys greus en el món actual— s'exerceix d'acord amb les directrius de la Llei 15/83 d'Higiene i Control Alimentari. Això comporta, en primer lloc, la gestió del Registre Sanitari d'Indústries i productes alimentosos, que fins aquest moment ha assolit la xifra de 15.000 indústries alimentàries enregistrades i autoritzades; més de 9.000 productes de vigilància sanitària especial i d'altres 15.000 productes anotats i enregistrats.

En segon lloc, s'han endegat fins avui 76 campanyes específiques de control sanitari d'aliments per investigar la qualitat d'aquells que, d'acord amb la informació recollida pel Servei de Vigilància Epidemiològica i pels resultats de campanyes prèvies informatives, eren els que oferien més risc de contaminació. Alhora, en aquests darrers set anys, s'han practicat unes 55.000 inspeccions en establiments i més de 92.000

determinacions analítiques.

Són també importants les proves i els cursats per als manipuladors d'aliments, mesura que s'ha demostrat que és d'una gran eficàcia en la prevenció de les toxiinfeccions alimentàries; fins ara s'ha atorgat 225.976 carnets de manipuladors. Altra ment, atès que els aliments elaborats amb ou o ovoproductes són la primera causa de toxiinfeccions alimentàries, per mitjà de l'Ordre de 9 de febrer de 1987 s'han dictat normes específiques per a la preparació i la conservació de la maionesa d'elaboració pròpia.

Durant els darrers dos anys també s'ha dut a terme, conjuntament amb el Departament d'Agricultura, Ramaderia i Pesca, un pla de **reestructuració dels serveis veterinaris** potenciant l'especialització funcional d'aquest important col·lectiu professional i incrementat en 75 els inspectors adscrits directament per a tasques de control de la carn als escorxadors, per tal d'assolir un grau de control equivalent als actuals competidors de la Comunitat Econòmica Europea.

En aquest capítol, finalment, cal esmentar que estan en marxa els tres nous **laboratoris comarcals** de salut pública ubicats a Tortosa, Manresa i La Seu d'Urgell. Aquestes tres unitats, juntament amb els quatre laboratoris territorials de salut pública que foren traspassats de l'Estat, que s'han remodelat totalment i s'han equipat amb modern instrumental, donen el necessari suport i capacitat analítica a la Direcció General de Salut Pública per poder dur a terme els controls sanitaris que té encomanats.

Les accions fins ara exposades, molt importants des del punt de vista sanitari, són exercides per professionals que no solen ésser metges. Les actuacions de Salut pública que tenen un caire més pròpiament mèdic i que, sens dubte, cal anar integrant amb l'assistència a persones o col·lectius determinats han estat adscrites al Servei de Promoció de la Salut, que forma part ara de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària. De manera progressiva, aquestes actuacions es van incorporant a la xarxa assistencial de l'ICS, d'acord amb el

Decret 84/1985 de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya.

Tal com hem assenyalat abans, entre les grans mancances existents a casa nostra hi havia la de l'**educació sanitària**, una de les activitats fonamentals de la promoció de la salut. En aquest sentit, s'han establert accions d'educació sanitària a l'escola i als mitjans de comunicació de masses. Ara s'està elaborant un programa audiovisual destinat a ésser impartit en els Centres d'Assistència Primària.

El **Programa d'Educació per a la Salut** dirigit als **escolars** d'EGB fou elaborat conjuntament amb el Departament d'Ensenyament que és l'encarregat de la seva progressiva implantació. Aquesta s'inicià amb una experiència pilot efectuada en 50 escoles i s'ha anat estenent progressivament: ara ja s'aplica a 680 escoles i en uns tres o quatre anys cobrirà el 50 per cent de la població escolar. Paral·lelament, l'**educació sanitària comunitària** s'ha dut a terme a través de diverses campanyes realitzades en els mitjans de comunicació de masses. S'han escollit com a prioritaris temes tan importants com Tabac i Salut, Drogodependències, Accidents Infantils, Vacunacions, Informació sobre la SIDA, Donació de Sang o Alimentació i Nutrició. Les avaluacions efectuades fins ara demostren que aquestes campanyes han resultat útils per a sensibilitzar i conscienciar la població bé que, malauradament, no facin canviar de forma permanent les actituds i les conductes. De tota manera, tothom està d'acord que cal prosseguir per aquest camí amb els màxims mitjans possibles ja que només la insistència i la repetició del missatge poden acabar modificant favorablement les conductes perilloses per a la salut, tal com ha estat comprovat en altres latituds.

Un dels principals objectius de la **planificació familiar** en els països desenvolupats és la promoció de la salut de la família i de la comunitat tal com assenyalava el Manual editat pel Departament. En conseqüència, l'ICS - tot i que l'orientació i la planificació familiars no estaven compreses dintre les prestacions de la Seguretat Social- ha establert acords amb diferents Ajuntaments per

anar integrant els Centres municipals existents -degudament acreditats (Ordres del 15 de gener i del 4 de febrer del 1987)- a la xarxa sanitària general. Fins ara s'han integrat ja 19 centres (en molts casos en col·laboració amb els respectius Ajuntaments) i n'existeixen 50 més que s'hi aniran integrant funcionalment.

Dintre l'ampli **programa de protecció materno-infantil** cal prestar una gran atenció a la prevenció de les minusvàlues psíquiques. En aquest sentit, un Comitè d'Experts va recomanar al Departament la implantació del diagnòstic prenatal i el consell reproductiu així com la potenciació del pla de detecció precoç de les metabolopaties. El diagnòstic prenatal -lligat al **consell genètic**- s'inicià el 1980 amb el funcionament d'una Unitat d'Estudi i Consell Reproductiu a l'Hospital Clínic i que d'aleshores ja ha realitzat uns tres mil diagnòstics. Atès que actualment ja no pot atendre totes les consultes sol·licitades (més de mil a l'any) s'ha posat en marxa una segona unitat a la Vall d'Hebron i s'està a punt d'arribar a un acord amb una tercera unitat a l'Hospital de Sant Pau.

Altrament des del 1981 funciona un pla de **cribratge metabòlic neonatal** extès, amb caràcter gratuït, a tot el territori de Catalunya i que permet detectar la fenilcetonúria i l'hipotiroidisme, malalties que si no són diagnosticades precoçment i tractades de manera adequada produeixen greus disminucions psíquiques. La cobertura del Pla ha passat del 58 per cent l'any 1982 al 90 per cent en l'actualitat i això ha permès detectar fins ara 113 casos d'hipotiroidisme (freqüència 1/2.700) i 15 de fenilcetonúria (freqüència 1/21.000). Singles comissions de seguiment s'ocupen de la vigilància dels nadons afectats i del seu tractament. Cal, de tota manera, assegurar una cobertura eficaç encara més extensa i segura atès que, per exemple, la tendència a l'escorçament de les estades hospitalàries de les parteres a només tres dies en molts casos fa que es presentin dificultats per a l'extracció de sang als nadons en no haver passat el temps mínim necessari perquè l'anomalia metabòlica esdevingui detectable.

En aquesta mateixa línia el Departament

edita i reparteix gratuïtament des del 1980 el **Carnet de Salut Infantil** per a l'ús de la família i del personal sanitari que tingui cura del nen. L'any 1986 la Societat Catalana de Pediatria s'ha fet una revisió que n'ha millorat el contingut. Les dades recollides en una enquesta ens indiquen que el 90 per cent de famílies reben realment el document que és utilitzat en un 47 per cent del total de les famílies. A més, a partir de 1983, data de la seva primera edició, s'ofereix als pares dels nous nats la tramesa gratuïta dels **Consells de Puericultura**, redactat també per un grup d'experts de la Societat Catalana de Pediatria per encàrrec del Departament de Sanitat. Fins a finals del 1987 han estat repartits 130 mil exemplars d'aquest llibre.

Un dels programes més importants en el camp de la prevenció de les malalties transmissibles continua essent el de les **vacunacions**. Si deixem a part la ciutat de Barcelona —on l'Ajuntament ja tenia establert un pla de vacunació continuada de la població infantil— en rebre les transferències de promoció de la salut el sistema de les vacunacions en el conjunt de Catalunya deixava molt a desitjar. Per això es formà un Comitè d'Experts que va elaborar un calendari vacunal aprovat el juliol de 1980. Aquest Pla —que inclou també la població adulta— pressuposà, per primera vegada a l'Estat, la utilització de la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) i pretén assolir una cobertura adequada amb l'administració de forma continuada d'una sèrie de vacunes sistemàtiques. L'objectiu del pla era, a curt termini, la desaparició de la diftèria, el tètanus i la poliomièlitis, la reducció al mínim de la tos ferina i la disminució de la incidència del xarampió, la rubèola i la parotiditis. A mig termini, l'objectiu és l'eliminació d'aquestes tres darreres malalties. Per tal d'aconseguir tots aquests objectius s'establí, per primera vegada, la pràctica de la vacunació als centres de la xarxa assistencial, s'iniciaren els diversos registres de vacunacions, s'emprengué el control de la cobertura vacunal a través d'enquestes —en els registres i també seroepidemiològiques—, es va posar en marxa un programa d'informació i educació sani-

tària, i s'edità i distribuï un Manual de Vacunacions i s'efectuà el corresponent desplegament legislatiu (decret 169/80 i diverses ordres).

L'anàlisi de la situació actual permet de concloure que els objectius fixats pel programa han estat assolits. En els darrers quatre anys no hi ha hagut cap cas de diftèria ni de poliomièlitis a Catalunya. Hi ha encara alguns casos de tètanus (un centenar en cinc anys, amb tendència decreixent) que són atribuïbles a l'existència de nuclis importants d'adults que encara no han estat mai vacunats. Altrament la incidència del xarampió, de la rubèola i de la parotiditis s'ha reduït de forma molt important i és d'esperar que segueixi fent-ho atès que, tal com han fet els països escandinaus, a iniciativa del Comitè d'Experts fa uns mesos s'ha decidit procedir a l'administració d'una segona dosi de vacuna triple vírica als nens i nenes d'onze anys. Aquesta estratègia, relativament lenta i cara, sembla la més segura per acabar amb aquestes infeccions. En resum, durant aquests vuit anys han estat subministrades gratuïtament pels nostres serveis més de quatre milions de vacunes i així s'ha aconseguit una cobertura vacunal de la població infantil que és pràcticament total.

Pel que fa a les vacunes no sistemàtiques, cal assenyalar que l'any 1983 es va iniciar l'administració de la vacuna antihepatitis B al personal sanitari amb risc elevat de contreure la malaltia i als nadons de mares Aghbs positives. L'any passat el programa fou ampliat als interns dels establiments penitenciaris i durant l'any en curs abastarà també els col·lectius de drogaaddictes, homosexuals i deficients mentals internats en institucions diverses. Malgrat el cost molt elevat d'aquesta vacuna, fins ara ja han estat vacunades unes vuit mil persones.

Un altre programa prioritari ha estat el d'**exàmens de salut escolar** realitzat des de 1980 d'acord amb les recomanacions d'un Comitè d'Experts, amb l'objectiu de detectar precoçment anomalies o problemes de salut desconeguts. Els exàmens són practicats als escolars de 1er, 5è i 8è d'EGB, fet que ha comportat la revisió anual d'uns 220 mil infants, col·lectiu que representa

més del 80 per cent de la població escolaritzada. L'experiència adquirida ha aconsellat la reducció del nombre de proves inicialment previstes i ara només es considera imprescindible dur a terme la somatometria i l'examen de la boca, els genitals masculins, l'aparell locomotor i l'estat de la visió. També s'ha constatat la freqüent desconnexió entre aquests exàmens i els serveis de la xarxa assistencial i per això s'està elaborant un nou protocol amb l'objectiu de revisar els criteris tècnics a utilitzar i d'integrar —a mig termini— aquest tipus de revisions a la xarxa general d'assistència primària. Els problemes de salut més freqüentment detectats fins ara han estat la càries dental (60-70 per cent), els dèficits visuals (15-25 per cent), les anomalies de l'aparell locomotor (15-25 per cent) i les anomalies gènito-urinàries (10-20 per cent).

Passat el primer any de vida la primera causa de mort fins arribar als 35 anys són els accidents. Els **accidents infantils** ocasionen uns 200 morts anuals a Catalunya i, a més, són causa de nombroses incapacitats. Per això, un cop examinat un informe tècnic elaborat per un Comitè d'Experts es va constituir, l'any 1985, un Consell Assessor sobre Accidents en la Infància, i es va dur a terme una campanya de sensibilització i informació. També ha estat dut a terme un estudi pilot d'accidents infantils, els resultats del qual es troben ara en fase de tractament informàtic. El Consell Assessor es proposa dur a terme d'altres activitats entre les que destaca la labor a realitzar entre els equips pediàtrics dels CAP.

Ja hem dit que la **càries dental** és la malaltia més freqüent a Catalunya. Una enquesta realitzada els anys 1979-80 sobre una mostra de 1.920 escolars demostrà que als 12 anys la prevalença era d'un 63,5 per cent i l'índex CAO (nombre de dents amb càries, absents per càries o obturades) era de 2,66. Aquestes xifres s'havien incrementat, el 1983-84, fins a 79 per cent i 2,98 respectivament. D'acord amb les recomanacions d'un Comitè d'Experts (convertit posteriorment en el Consell Assessor en Salut Dental) es va endegar el programa de prevenció de la càries mitjançant el glo-

peig periòdic de solucions fluorades a les escoles. Aquest programa s'ha anat estenent: mentre el curs 82-83 fou seguit per uns 70 mil nens, el curs actual ja abasta 365 mil escolars amb una cobertura superior al 68 per cent dels alumnes dels sis primers cursos d'EGB. L'avaluació d'aquest programa ha demostrat que gràcies a la seva aplicació s'obté una reducció de la càries superior al 30 per cent, amb una relació cost/benefici de 10.50 ptes. estalviades per cada pesseta gastada en la prevenció. Paral·lelament, dintre aquest mateix capítol, s'han emprès accions d'educació sanitària amb l'edició i distribució de material gràfic i la realització de cursos i seminaris de formació. S'ha iniciat un programa de salut dental per a disminuïts físics i psíquics, i s'està duent a terme un estudi pilot de segellat de fisures per a la prevenció de la càries en escolars. Finalment, com a un pas més en la lluita contra aquesta afecció tan corrent, cal assenyalar que estem a punt d'iniciar una experiència de fluoració de les aigües de consum a Girona i municipis immediats (amb col·laboració amb els respectius Ajuntaments), mètode que, segons demostra una àmplia experiència internacional, és encara més eficient que la pràctica dels glopeigs de colutoris fluorats.

Les mesures preventives segueixen essent importants i necessàries en algunes malalties infeccioses que constitueixen encara greus problemes, de vegades residuals (com la tuberculosi o la lepra) o bé d'una incidència fins i tot creixent com són les **malalties de transmissió sexual** (MTS). En aquest camp cal constatar el gran increment experimentat, especialment per les gonocòcies i les uretritis no gonocòciques, així com l'aparició de la síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA). Sota la direcció d'un Comitè d'Experts es va elaborar i publicar un Manual de Prevenció i Control de les MTS, es va endegar un nou sistema d'informació sanitària i de registre de casos i contactes i es va procedir a la reorganització dels antics dispensaris de Dermatologia i Higiene Social que foren convertits en Centres de Prevenció i Control de les MTS. També s'ha insistit en l'educació sanitària de la població potencial-

ment afectada mitjançant la distribució de material gràfic i de targetes de visita preferent per als contactes que en tot cas reben una assistència gratuïta i anònima. L'evolució de la incidència de les MTS demostra que ens trobem davant d'un problema preocupant: de 6.476 casos declarats l'any 1982 hem anat pujant fins a 13.829 el 1986. Per això caldrà intensificar les activitats d'educació sanitària i obrir més centres assistencials específics tot considerant l'eventual conveniència d'integrar-los a la xarxa assistencial de l'ICS.

Dintre aquest mateix capítol cal considerar el greu problema que representa l'aparició de casos de **SIDA** a Catalunya. Des de l'any 1982 el Departament de Sanitat i Seguretat Social s'ha ocupat d'aquest tema: es va crear una Comissió assessora que va aportar valuosos suggeriments i recomanacions, es va elaborar i distribuir material informatiu entre els professionals i la població general, es va declarar malaltia de declaració obligatòria a partir de gener de 1986 i es va establir l'obligatorietat del cribratge serològic de totes les donacions de sang l'octubre del mateix any. L'increment del nombre de casos i les peticions creixents d'informació justificaren la creació d'un programa específic el febrer de 1987 amb la finalitat de promoure, planificar i coordinar les actuacions en aquest àmbit (decret 68/87). Entre d'altres actuacions en el marc d'aquest programa s'han dut a terme campanyes d'informació —entre elles la instal·lació del telèfon de la SIDA—, s'han establert mesures de vigilància epidemiològica i de control de les donacions de sang, plasma i òrgans, s'han elaborat normes i recomanacions d'assistència i tractament als malalts i als infectats, s'han coordinat els diversos serveis assistencials i preventius i s'ha insistit en proporcionar una informació sanitària que no infravalori ni sobredimensioni el problema. Fins a 31 de desembre de 1987 s'han notificat a Catalunya 288 casos de SIDA (un 46 per cent són drogaaddictes, un 36 per cent barons homosexuals, un 3 per cent drogaaddictes i homosexuals, un 4 per cent hemofílics, un 3,7 per cent heterosexuals, un altre 3,7 per cent fills de pares afectats, un 1 per cent

posttransfusionals i un 2 per cent d'origen desconegut). Dels 288 malalts n'han mort fins ara 136. Tot i que la incidència continua augmentant, la tendència de l'increment és molt més suau del que hom preveia al principi. El problema més important entre nosaltres és el de la transmissió entre drogaaddictes —difícils de convèncer sobre la necessitat de recórrer a mesures preventives— i en el món de la prostitució, atès que en una considerable proporció les professionals són portadores i, a més, drogaaddictes. Sens dubte, les campanyes de prevenció han tingut fins ara molta més eficàcia en els col·lectius homosexuals.

La lluita contra la tuberculosi té una llarga tradició a casa nostra: fa 65 anys la Mancomunitat, sota l'impuls d'eminentis tisiòlegs, creà el Servei d'Assistència Social als tuberculosos, dirigit a combatre el que aleshores era un dels principals problemes sanitaris (la prevalença de la infecció en nens de 7 anys era aleshores del 80 per cent!). Afortunadament ara la situació és ben diferent, però encara no s'ha aconseguit eradicar la infecció i se'n donen casos amb excessiva freqüència atès el nostre nivell. Entre 1982 i 1987 n'han estat declarats en total uns onze mil nous casos (taxa anual aproximada de 30 per cent mil habitants) amb petites oscil·lacions d'un any a l'altre. Amb tot, la prevalença de la infecció té una clara tendència a baixar: les proves de tuberculina realitzades entre escolars de 1er d'EGB (unes 40 mil l'any) han passat d'un percentatge de positivitat de 2,5, fa sis anys, a 1,14 el curs 1986-87. El fet que el nombre de declaracions no reflecteixi aquesta tendència al descens es considera conseqüència d'un augment de la detecció i la declaració de la malaltia i no del nombre real de casos. Per tot això cal encara continuar actuant: l'any 82 es va crear el Programa de Lluita contra la Tuberculosi que, entre d'altres activitats, engloba la formació del personal sanitari amb la tramesa d'un Manual i d'un "Informe", l'educació sanitària de la població amb la distribució general de material gràfic, la reorganització del sistema d'informació que ens permet de disposar al dia de dades com les que hem esmentat, la reestructuració dels Ser-

veis de lluita antituberculosa i la recerca de malalts i d'infectats entre els grups de risc (presons, residències d'avis, personal de guarderies i escoles, etc.). En aquest sentit cal dir que està pendent de publicació una normativa que regularà el control de la tuberculosi entre el personal de tots els centres educatius de Catalunya.

A Catalunya hi ha diagnosticats uns 650 malalts de **lepra** que es concentren a les comarques més meridionals i als voltants de Barcelona. Per tal d'atendre aquest contingent, disminuir el risc de contagis i aconseguir a mig o llarg termini l'eliminació de la malaltia —i seguint les indicacions d'un Comitè d'experts— s'ha establert un registre nominal de malalts i convivents, s'ha creat a Barcelona una segona unitat de control i tractament, s'han unificat els criteris diagnòstics i terapèutics, i s'ha editat i distribuït material d'educació sanitària.

Hem analitzat fins ara les mesures de promoció de la salut i prevenció de la malaltia englobades dintre un ampli programa de protecció materno-infantil o bé encaminades a combatre i prevenir les malalties infeccioses que, de manera residual o bé en formes fins fa poc desconegudes, constitueixen un perill per a la salut pública. Tots els progressos realitzats en aquests camps arreu del món són conseqüència directa de la revolució epidemiològica iniciada fa més d'un segle i que ens ha permès emprendre amb èxits notables la lluita contra les infeccions. Però ara tenim davant nostre un altre tipus de patologia, degenerativa o tumoral que la majoria de vegades és deguda a un conjunt de causes contra les quals també podem lluitar com a conseqüència de l'anomenada segona revolució epidemiològica. En efecte, al costat del coneixement dels factors genètics o hereditaris —que en un futur no gaire llunyà ens ha de fer avançar de la medicina preventiva a la medicina predictiva en descobrir amb certesa quines són les predisposicions de cada individu han estat identificats una sèrie de factors ambientals o conductuals que juguen un paper de primer ordre en la gènesis d'una part important d'aquestes

afeccions pròpies de les anomenades "societats opulentes". Sense pretendre analitzar amb un cert detall les àmplies possibilitats que s'obren davant nostre, passarem ara a descriure les accions empreses en aquesta direcció pel Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Els hàbits alimentaris d'una població constitueixen, entre d'altres, un factor determinant del seu estat de salut. Una enquesta realitzada pel Departament l'any 1986 dins el marc del **Programa sobre Alimentació i Nutrició** ha demostrat que a Catalunya hi ha —com a tants d'altres països de la civilització occidental— una tendència a augmentar el consum de carn, peix, sucre, llet i derivats, mentre disminueix el de pa, pastisseria, cereals i patates. Per això s'ha jutjat convenient intentar, mitjançant programes informatius que són a punt d'iniciar-se, assolir uns objectius que són: 1. augmentar el consum d'aliments rics en glúcids complexos i disminuir el de glúcids simples (sucre i derivats); 2. disminuir el consum d'aliments rics en greix, especialment d'origen animal; 3. incrementar el consum de verdures i fruites; i 4. fomentar la varietat del consum alimentari. Amb aquesta campanya pretenem aconseguir una millora dels hàbits alimentaris dels catalans amb l'objectiu de millorar la salut col·lectiva.

Més pernicios que els desequilibrats hàbits alimentaris és el consum de productes que a un termini més o menys breu són capaços de produir habituació i dependència, és a dir, les **drogues**. No entrarem a considerar a fons aquesta greu qüestió, sobradament coneguda i que per la seva transcendència depassa l'àmbit de la salut pública. Em limitaré a recordar, com a fet més remarcable, l'aprovació pel Parlament de Catalunya de la llei 20/85, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, que, per primera vegada a tot l'Estat, considera que el drogaaddicte és un malalt que cal tractar i estén la seva acció al terreny de les anomenades "drogues integrades" —alcohol i tabac—, que resulten també altament perilloses per a la salut dels consumidors habituals. Com a desplaçament d'aquesta llei

han estat elaborats i aplicats anualment sengles Plans d'actuació, que pretenen coordinar i fomentar les accions dels nombrosos recursos assistencials o preventius que diverses institucions públiques i privades duen a terme a Catalunya. Els progressos realitzats en aquests darrers anys ens permeten disposar d'una xarxa d'equipaments sanitaris i socials composta ara per 27 llits en 5 unitats de desintoxicació que arribaran respectivament a 40 i 8 enguany, 19 centres d'atenció i seguiment i 15 centres de tractament, 11 comunitats terapèutiques amb un total de 200 places, a més de mantenir més de cent malalts en programa de manteniment de metadona. A tot això cal afegir la formació i reciclatge del personal socio-sanitari, la subvenció de nombrosos projectes de recerca i múltiples accions fetes en col·laboració amb diversos Departaments, especialment Ensenyament (educació per a la salut i prevenció als diferents centres), Joventut i Justícia (Protecció de Menors i Serveis Penitenciaris). Així mateix, s'han finançat molts programes municipals de prevenció comunitària i s'han realitzat enquestes i campanyes d'informació per part del propi Departament.

Certament, calen encara molts esforços per donar resposta a un problema tan greu com és l'ús i l'abús de drogues, lícites o il·lícites, que tan perjudicials són per a la salut individual i per a la col·lectiva. Però no hi ha dubte que en els darrers anys la lluita duta a terme a Catalunya ha progressat de manera notable, especialment pel que fa a transmetre a la població els elements de judici necessaris per conèixer les dimensions del problema, tot articulant una xarxa d'assistència socio-sanitària que, d'una manera immediata, serà suficient per donar resposta a la demanda generada per l'expansió fins ara incessant de la drogaaddicció.

Des d'un punt de vista estrictament sanitari no hi ha dubte que les anomenades drogues integrades són encara més preocupants que les il·legals. **L'alcoholisme** és, per desgràcia, ben freqüent entre nosaltres bé que moltes vegades ni els propis alcohòlics són conscients de la seva dependència. Però de fet entre un 20 i un 25 per cent de malalts hospitalitzats presenten al-

teracions degudes al seu hàbit alcohòlic. Per això a més d'haver explicat els perills de l'abús de begudes alcohòliques en campanyes d'educació sanitària, s'han dictat mesures que pretenen limitar la seva publicitat i la seva venda a menors i en determinats llocs. També s'han potenciat unitats de tractament de l'alcoholisme a l'Hospital Clínic i en consultes ambulatories. Sens dubte caldrà prendre mesures més profundes en aquest camp atesos els altíssims costos de l'alcoholisme no solament per la patologia psíquica i somàtica que genera sinó pel gran nombre de morts prematures (unes cinc mil cada any) que provoca.

No cal tampoc, davant d'un públic sanitari, esforçar-se gaire per a remarcar les funestes conseqüències del **tabaquisme**, la primera de les causes evitables de la patologia actual segons l'Organització Mundial de la Salut. Les enquestes que hem fet demostren que a Catalunya fuma aproximadament un 40 per cent de la població compresa entre els 15 i els 65 anys, que aquesta proporció és encara més elevada entre els anomenats col·lectius exemplars i entre els joves, i que en el sexe femení l'hàbit tendeix a incrementar-se. Per això el Departament de Sanitat i Seguretat Social ha dut a terme diverses campanyes d'informació, sensibilització i conscienciació del conjunt de la població en general i específicament dels joves, de les embarassades, dels mestres i dels professionals sanitaris. S'ha procedit també a la formació del personal sanitari i educatiu i s'ha establert una clara normativa sobre la prohibició de l'hàbit de fumar en centres sanitaris, transports col·lectius i oficines administratives. Per tal d'aconseguir resultats semblants als fixats per l'OMS (només un 20 per cent de fumadors l'any 2000) caldran encara molts esforços: per ara no sembla que, en conjunt, l'hàbit de fumar entre nosaltres hagi descendit significativament bé que resulti evident -segons ens demostren les enquestes- que la sensibilització de la població i dels propis fumadors sí que ha augmentat. Cal assenyalar, a més que s'ha establert a l'Hospital Clínic una Unitat de Tractament del Tabaquisme que, actua també com a centre pilot i de formació del personal mè-

dic interessat. Altres diversos hospitals de la xarxa pública han creat unitats per ajudar a la deshabitació del seu propi personal sanitari que ho desitja.

Una de les més freqüents de les anomenades malalties de la civilització és la **hipertensió** que, en ésser sovint asimptomàtica, passa moltes vegades desapercibuda fins que origina una de les seves greus complicacions. El Consell Assessor de la Hipertensió Arterial a Catalunya, creat l'octubre de 1984, ha realitzat un estudi epidemiològic, ha patrocinat diverses activitats de formació i ha elaborat un protocol per l'estudi d'un projecte de l'OMS. L'estudi ha trobat que un 25 per cent de la població presentava una hipertensió definida i un altre 20 per cent estava en el límit alt de la normalitat. L'objectiu fixat pel Consell és el de fomentar les actuacions que condueixen a assolir el control de la HTA a la comunitat dintre el marc de la Reforma de l'Assistència Primària que, com veurem, l'ICS està duent a terme.

De manera paral·lela des del març de 1983 actua el Consell Assessor sobre la **Diabetis** a Catalunya en ésser aquesta metabolopatia una de les afeccions cròniques més exteses i perilloses. Les activitats d'aquest Consell s'encaminen a aconseguir fixar les xifres d'incidència de la diabetis tipus I i de la prevalença de la tipus II; a integrar l'educació diabetològica dins el tractament de la diabetis; a millorar la coordinació entre la xarxa d'atenció primària i l'hospitalària i a incrementar la qualitat assistencial en ambdós nivells. Seguint les recomanacions dels dos Consells Assessors han estat editats i repartits respectivament el Carnet de l'Hipertens i el Carnet del Diabètic amb la pretensió de facilitar el seguiment del malalt per part del personal sanitari i de contribuir al correcte i puntual tractament per part del propi pacient.

També a partir de 1983 el Departament va iniciar un programa de prevenció del **goll endèmic** per mitjà d'un estudi epidemiològic en una mostra aleatòria de 2.886 persones. Aquest estudi demostra que la prevalença del goll segueix essent important en algunes comarques de muntanya i que presenta una forta correlació amb l'ex-

creció urinària de iode. La deficiència en iode ambiental és, doncs, la causa més probable del fenomen. Per això s'ha iniciat una campanya de promoció de l'ús de sal iodada amb la pretensió d'aconseguir una reducció de la prevalença del goll endèmic i fins i tot la seva eradicació de Catalunya en un període no superior a cinc anys.

Per acabar amb la consideració dels estudis i les accions preventives cal recordar breument els **programes CRONICAT i MONICAT** que s'estan duent a terme des de fa uns quants anys a les comarques de la Catalunya central (Bages, Berguedà i Solsonès, el primer i les mateixes comarques i a més el Vallès Occidental i el Vallès Oriental el segon). El Programa de Control i Prevenció de les Malalties Cròniques (CRONICAT), iniciat l'any 1981, és un projecte a llarg termini que té com a objectiu reduir i retardar l'aparició de les malalties cròniques; reduir la invalidesa i la dependència provocades per les més freqüents d'aquestes malalties, i avaluar l'eficàcia de les mesures proposades per assolir aquests fins. Tot això comporta l'establiment d'un sistema d'informació sanitària (part del qual és la realització de l'examen de salut al que abans ja ens hem referit) així com l'aplicació de mesures d'intervenció com poden ésser la formació continuada del personal sanitari, l'educació sanitària de la població, l'actuació sobre el medi ambient, la coordinació dels serveis sanitaris i socials, i l'optimització dels recursos i dels serveis assistencials de l'àrea. Un programa d'aquesta envergadura no pot ésser descrit amb un mínim detall en una exposició com aquesta. Voldria, però, deixar constància de la seva existència tot afirmant que les experiències allí acumulades han de servir d'exemple a tot el sistema sanitari català per tal de poder afrontar amb unes certes garanties d'èxit un dels seus grans reptes: el que representen les malalties cròniques invalidans cada cop més freqüents en una societat, com la nostra, que envelleix cada cop més.

Intimament connectat al CRONICAT està el Programa de Monitorització de Tendències i Determinants de les Malalties Càrdio-vasculars (Projecte MONICA de

l'OMS) que té com a objectiu la mesura de les tendències en la mortalitat càrdio-vascular i en la morbiditat coronària i vascular cerebral tot estimant la seva eventual relació amb els factors de risc i amb l'assistència i els mètodes de tractament. Aquest programa, conegut com MONICA CATALUNYA (MONICAT) constitueix el centre 39 d'una xarxa de 41 centres estesos per tot el món i que treballen sota pautes idèntiques. El mateix equip del programa CRO-NICAT està encarregat de la realització del MONICAT. Com abans hem assenyalat, per tal d'arribar a controlar una població d'aproximadament un milió d'habitants, tal com exigeix el programa, el seu territori d'actuació ha hagut d'ésser ampliat amb la incorporació de les comarques del Vallès Occidental i el Vallès Oriental.

En definitiva, em sembla ben lícit afirmar que en el camp de la salut pública hi ha hagut un canvi radical a Catalunya en el curs dels darrers anys. No tan sols el Departament

ha pogut crear una nova normativa absolutament actualitzada basada en les recomanacions dels experts més qualificats, sinó que, a més, s'han dut a terme progressos importantíssims en camps ben diferents i complementaris: la vigilància epidemiològica de l'entorn ha estat molt potenciada, l'educació sanitària, abans inexistent, és ara un fet a l'escola i a nivell comunitari; funciona un ampli pla de protecció materno-infantil; el pla de vacunacions ha aconseguit resultats molt apreciats; ha estat reorganitzada la lluita contra les infeccions residuals (tuberculosi, lepra) o que rebroten (MTS, SIDA); i s'han emprès un conjunt d'accions encaminades a la prevenció de les malalties ara més freqüents com són la càries dental, la hipertensió, la diabetis o el goll, mesures que han estat complementades per la posada en marxa de programes tan importants com el CRO-NICAT o el MONICAT. El resultat de moltes d'aquestes accions —congruents amb les mesures propugnades per l'OMS— només podrà ésser valorat dintre uns quants anys.

(Continuarà)