

PLA DE SALUT DE CATALUNYA

1999-2001

© Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Primera edició: setembre de 1999
Tiratge: 70.000 exemplars
Dipòsit legal: B-44.317-1999
ISBN: 84-393-4929-7

Compaginació: Víctor Oliva -Joan Comas
Impressió: T.G. Hostench, SA

Índex

Presentació	5
Introducció	7
1. La salut dels catalans a finals del segle XX	9
1. Característiques de la població	11
1.1 Evolució	11
1.2 Estructura	12
1.3 Perspectives de futur	14
2. Estat de salut	17
2.1 Mortalitat	17
2.2 Morbiditat atesa als hospitals d'aguts	29
2.3 Morbiditat atesa als centres de salut mental	35
2.4 Morbiditat atesa als serveis socio-sanitaris	35
2. Intervencions i accions prioritàries del Pla de salut de Catalunya 1999-2001 ...	39
3. Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables	47
4. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut	53
1. Problemes de salut cardiovasculars	54
2. Càncer	58
3. Malalties de l'aparell respiratori	62
4. Hàbit tabàquic	65
5. Lesions produïdes per accidents i violències	72
6. Problemes de salut de l'aparell digestiu	83
7. Consum excessiu d'alcohol	87
8. Consum de drogues no institucionalitzades	90
9. Infecció per l'HIV	94
10. Malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions	99
11. Malalties de transmissió sexual	104
12. Problemes de salut laboral	107
13. Tuberculosi	111
14. Càries dental	115
15. Problemes de salut mental	118
16. Diabetis <i>mellitus</i>	124
17. Problemes de salut de l'aparell locomotor	127
18. Medi ambient i higiene dels aliments	130
19. Problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la menopausa ...	134
20. Infeccions nosocomials	141
21. Dolor i qualitat de vida	145
22. Trastorns cognitius i de la conducta	148
5. Utilització de medicaments	151
6. Accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris i els ciutadans amb el sistema sanitari català	167
7. El Pla de salut de Catalunya més enllà del 2001	173
Formulació de les polítiques sanitàries per al segle XXI en l'entorn internacional ...	174
Informació sanitària per a la planificació i l'avaluació	182
Avaluació de la política de salut i de serveis	187
Annexos	191
Índex de quadres, gràfics i taules	192
Elaboració del Pla de salut de Catalunya 1999-2001	196

Presentació

El Pla de salut de Catalunya ha representat una nova orientació en la tradició de la planificació sanitària durant els darrers deu anys. La definició d'objectius de salut ha estat la referència fonamental per establir les intervencions i accions prioritàries que calia dur a terme per part del sistema sanitari i els altres àmbits i institucions implicats en la salut.

L'elaboració del Pla de salut s'ha caracteritzat pel fet de ser un procés dinàmic i participatiu, que incorpora periòdicament els canvis en l'estat de salut de la població, els avenços en el coneixement i els resultats de l'avaluació. La participació dels professionals de la salut, com a principals agents per fer realitat les propostes del Pla, sempre ha estat present tant en la formulació com en l'aplicació de les intervencions. La incorporació de la visió i el compromís d'altres sectors i institucions no estrictament sanitaris però implicats en la salut de la població és un aspecte en el qual també s'ha anat avançant. D'altra banda, la representació ciutadana està garantida mitjançant els òrgans formals de participació del sistema sanitari.

El procés de planificació, tal com estableix la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, es porta a terme de manera descentralitzada, de forma que el Pla de salut de Catalunya integra tots els elements comuns a les regions sanitàries i les especificitats de cada territori es reflecteixen en els plans de salut de les regions sanitàries.

El Pla de salut de Catalunya 1999-2001 que ara presentem correspon al tercer cicle de planificació, que tanca el període iniciat al començament dels anys noranta amb el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut, que fixava els objectius de salut per a l'any 2000 d'acord amb l'estratègia europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de Salut per a tothom l'any 2000.

Aquest Pla de salut ha de consolidar i donar continuïtat a les accions endegades des del primer Pla (1993-1995) en tot el territori a través de les regions sanitàries, per tal d'assolir al màxim possible els objectius generals de salut i de disminució de risc per a l'any 2000. La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia; l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis; i la satisfacció dels ciutadans continuen sent els eixos al voltant dels quals s'articulen les intervencions i les accions prioritàries del Pla de salut 1999-2001.

El Pla també conté les bases de la planificació més enllà de l'any 2001, en què s'obrirà un nou període de planificació a llarg termini, amb objectius de millora de la nostra realitat i coherents amb les polítiques de salut de l'entorn europeu. Presenta les línies de treball de preparació del nou cicle de planificació, i incorpora la discussió iniciada per l'OMS a Europa al voltant de les polítiques de salut, un cop superada la fita del 2000. Catalunya se sumarà, una vegada més, a la política de Salut per a tothom el segle XXI, recollint i adaptant els vint-i-un objectius i les quatre estratègies proposats per l'OMS.

Les orientacions nacionals i internacionals de la política sanitària seran una referència per al Pla de salut del futur, com també ho serà, sens dubte, l'anàlisi de l'estat de salut de la població catalana i dels factors que la condicionen, per tal de conèixer-ne l'evolució i les tendències i identificar les necessitats sanitàries de la població. La informació és un requisit fonamental de la qualitat del coneixement, raó per la qual els propers tres anys caldrà intensificar la recopilació i el desenvolupament de fonts d'informació, d'estudis de recerca sobre serveis sanitaris i d'avaluació de tecnologies mèdiques que ens permetin millorar l'anàlisi de la nostra realitat amb la qualitat necessària per poder fixar els nous marcs de referència de la política de salut i de serveis el segle vinent.

Una altra referència fonamental per al plantejament de futur ha de ser l'avaluació del període global (1993-2001) del Pla de salut. De fet, l'avaluació és la peça que permet vincular amb coherència un cicle de planificació amb l'altre i, en definitiva, dona vitalitat a la planificació. Els estudis d'avaluació que es desenvoluparan durant aquest període han de permetre conèixer

l'assoliment dels objectius que es van fixar per a l'any 2000 i valorar l'impacte del Pla en la salut, els serveis i la satisfacció dels ciutadans, així com la repercussió organitzativa i econòmica de les accions endegades.

En aquest moment, podem afirmar que la dinàmica regular del Pla de salut, com a marc de referència de la política de salut i de serveis, que es renova periòdicament, és un fet. Aquest marc de referència té una clara vocació de projectar-se en la realitat. La translació dels objectius del Pla de salut als contractes per a la compra de serveis sanitaris i socio-sanitaris, la incorporació dels resultats de l'avaluació i les línies de recerca que ha impulsat el Pla reflecteixen aquesta voluntat d'incidir en la pràctica dels serveis sanitaris. Sens dubte, aquest procés marca una línia a seguir i així caldrà continuar avançant en el repte de traduir la política de salut en els serveis: afegint qualitat a la compra de serveis sanitaris i socio-sanitaris, mitjançant el coneixement de les necessitats, les demandes de la població i l'avaluació de l'adequació de l'atenció i, també, reforçant la implicació de tot el sistema sanitari en el Pla de salut.

Un gran nombre de persones han participat en els treballs d'elaboració dels plans de salut de Catalunya i de les regions sanitàries, des de 1991 fins a l'actualitat. En aquesta ocasió en què, tal com dèiem abans, la fi d'una etapa vinculada a la fita de l'any 2000 coincideix amb la renovació dels plantejaments de cara als propers anys, vull estendre el meu agraïment a tots els professionals i les institucions que han col·laborat al llarg d'aquests anys, tant en els treballs d'elaboració i discussió dels diversos plans de salut com a fer-ne realitat les propostes amb el seu treball diari. La seva col·laboració ha fet possible que avui disposem del Pla de salut consolidat com a instrument de planificació que ha de contribuir, des de la perspectiva de la salut, al desenvolupament i el progrés de la nostra societat.

Eduard Rius i Pey
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

Introducció

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya va marcar el punt de partida d'un nou enfocament de la planificació sanitària en establir el desenvolupament del Pla de salut com l'instrument indicatiu i marc de referència de totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut.

Aquesta nova etapa de planificació s'inicia l'any 1991 amb el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, el qual fixa els objectius generals de salut i de disminució de risc en l'horitzó de l'any 2000. El Pla de salut es desenvolupa en diverses etapes que configuren un procés cíclic i dinàmic que es renova cada tres anys.

En aquests anys d'aplicació del Pla de salut s'han impulsat a aspectes tan rellevants com la incorporació d'activitats preventives en l'atenció primària, el cribratge poblacional de càncer de mama i la utilització de criteris comuns per a la reducció de la variabilitat en la pràctica clínica amb el consens i la participació dels professionals.

D'altra banda, hi ha àmbits en què el treball ha estat desigual i on caldrà fer un important esforç en el futur, com ara la projecció del Pla de salut en els serveis mitjançant el contracte per a la compra de serveis sanitaris, la col·laboració i coordinació intersectorial i la participació dels ciutadans.

El Pla de salut 1999-2001 conté les propostes d'actuació del Pla de salut de Catalunya per al trienni i integra els avantprojectes de plans de salut de les regions sanitàries per al mateix període. El Pla completa el darrer període d'aquesta dècada de planificació i constitueix l'instrument oportú per consolidar les accions endegades a tot el territori per assolir els objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2000. En aquest sentit, el Servei Català de la Salut, el 25 de març de 1998, va acordar donar al Pla de salut 1999-2001 un caràcter de continuïtat i consolidació amb relació a les propostes dels plans de salut anteriors.

Tot i el caràcter de continuïtat d'aquest Pla, s'hi han incorporat noves intervencions adreçades a problemes de salut emergents, com l'anorèxia i la bulímia nervioses, i d'altres, com les nafres per pressió, amb impacte important en la qualitat de vida de les persones. També es proposa iniciar un programa pilot per avaluar l'acceptabilitat del cribratge del càncer colorectal.

L'any 2000 hauran passat deu anys d'aplicació del Pla de salut, la qual cosa permetrà fer una valoració de l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc, conèixer l'evolució dels indicadors de salut i els seus condicionants i l'impacte del Pla en els serveis i l'organització. Així doncs, el pes fonamental de l'avaluació s'ha de situar al final d'aquesta dècada i s'ha d'estendre els tres cicles del Pla de salut.

El Pla de salut de Catalunya més enllà del 2001 incorporarà les noves orientacions de política sanitària definides per l'OMS per a les dues primeres dècades del proper segle, *Salut per a tot-hom el segle XXI*. Es preveu que els reptes principals que haurà d'afrontar la política de salut a Catalunya consistiran, en bona part, a donar resposta als problemes de salut i a les necessitats que es deriven de l'envelliment de la població, als relacionats amb les malalties cròniques, les discapacitats i els factors condicionants de la salut, com ara els estils de vida de la població, l'entorn social i el medi ambient.

Això requerirà un plantejament multisectorial de la política de salut, reforçant la implicació i cooperació de tots els sectors amb responsabilitat en l'àmbit de la salut. El sistema sanitari ha d'assumir una part important del lideratge per tal d'assegurar millors guanys en salut i un major grau de satisfacció de la població, potenciant uns serveis eficients i de qualitat.

També caldrà incorporar la preocupació per l'equitat i per la disminució de les desigualtats en salut, focalitzant les intervencions en els grups de població més vulnerables. No es pot pensar a reduir les desigualtats en salut si no s'actua sobre altres aspectes relacionats amb el benestar, com ara el treball, l'educació i la cultura, entre d'altres.

A Catalunya, com en altres països del nostre entorn, hi ha una gran inquietud en el sentit que la resposta a les necessitats de salut i a les expectatives de la població estiguin en consonància amb la disponibilitat dels recursos. En el futur, el procés d'identificació de problemes i selecció d'intervencions ha d'evolucionar per tal d'aconseguir destacar aquells problemes als quals cal donar una major prioritat.

Per tal que, en les properes dècades, les polítiques de salut i serveis responguin cada vegada més a les necessitats, expectatives i preferències de la població cal la participació dels ciutadans, participació que ha d'incloure les organitzacions ciutadanes implicades en la millora de la salut, però especialment la comunitat educativa, les organitzacions sindicals i empresarials, les societats científiques i els professionals.

El document del Pla de salut 1999-2001 s'estructura en set grans capítols. El primer presenta l'estat de salut actual de la població catalana, a partir de l'anàlisi de l'estructura de la població i de les dades més recents disponibles sobre mortalitat i morbiditat atesa en els serveis sanitaris. El segon capítol conté un resum de les intervencions i accions prioritàries que el Pla proposa per a aquest període. El tercer i el quart capítols fan referència als objectius i a les intervencions amb relació a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i als problemes de salut prioritàris, respectivament. Els relacionats amb la utilització de medicaments s'exposen en el capítol cinquè. El capítol sisè recull les accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris i els ciutadans amb el sistema sanitari català.

Finalment, en el darrer capítol s'exposa l'orientació que haurà de tenir la planificació sanitària a Catalunya els propers anys. També s'inclouen apartats dedicats a eines fonamentals per a la formulació de la política sanitària més enllà del 2001, com ara: les necessitats d'informació per a la planificació i l'avaluació i sobre l'enfocament que cal donar a l'avaluació de la política de salut i de serveis duta a terme els últims deu anys.

1

La salut dels catalans a finals del segle XX

L'anàlisi de la situació en el Pla de salut de Catalunya pretén identificar els problemes de salut més importants i els principals condicionants que hi incideixen. El període transcorregut des del darrer exercici de planificació és massa curt com perquè s'hagin produït variacions importants en els principals indicadors de salut. Per aquest motiu, el propòsit de l'anàlisi de la situació que es presenta és actualitzar les dades més rellevants a partir de les fonts d'informació bàsiques disponibles sobre demografia, mortalitat i morbiditat atesa i, en aquest sentit, és més reduïda que en les edicions anteriors.

S'han utilitzat les darreres dades de població procedents del padró municipal d'habitants de l'any 1996 i les projeccions demogràfiques de l'Institut d'Estadística de Catalunya, que mostren escenaris i perspectives de futur en relació amb l'evolució de la població a Catalunya, del Registre de mortalitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) als hospitals d'aguts i als hospitals psiquiàtrics, que gestiona el Servei Català de la Salut. També s'han utilitzat els resultats de l'enquesta de valoració multidimensional de pacients en serveis socio-sanitaris d'internament.

Altres dades disponibles de fonts d'informació específiques, com ara les procedents dels registres de malalties de declaració obligatòria, d'interrupcions voluntàries de l'embaràs, d'accidentalitat laboral i de càncer, entre d'altres, es presenten en els apartats corresponents als problemes de salut als quals fan referència.

Aquest treball s'ha desenvolupat partint d'uns criteris metodològics consensuats i uns indicadors comuns per a les regions sanitàries i per al conjunt de Catalunya, i presenta l'estat de situació global a Catalunya i a les regions sanitàries. Els avantprojectes dels plans de salut de les regions sanitàries recullen informació més exhaustiva i especifica del seu territori.

Com a resum dels resultats de l'anàlisi de la situació, es pot destacar que es mantén l'estabilitat en el nombre d'habitants de Catalunya i la tendència a l'envelliment de la població, com a conseqüència d'una fecunditat i una mortalitat baixes i d'un saldo migratori molt reduït. Catalunya presenta una esperança de vida entre les més elevades del món i una mortalitat infantil baixa. Pel que fa a la mortalitat, les principals causes de mort en el conjunt de la població són les malalties cardiovasculars; en els joves i adults ocupen un lloc destacat la sida i els accidents de trànsit; en els homes, el càncer de pulmó; i en les dones, el càncer de mama. Quant a la morbiditat atesa als hospitals d'aguts, hi ha hagut una modificació en l'ordre de les dues primeres causes d'hospitalització, atès que les malalties de l'aparell circulatori han passat a ser la primera, seguides de les malalties dels aparells digestiu i respiratori.

1. Característiques de la població

Les dades demogràfiques utilitzades corresponen a les més recents disponibles, elaborades per l'Institut d'Estadística de Catalunya i procedents del darrer padró municipal d'habitants de Catalunya de l'any 1996.

1.1 Evolució

Les darreres dècades, l'evolució demogràfica catalana ha estat força discontinua. Després d'un període de creixement important, entre 1960 i 1975, es dona una etapa caracteritzada per l'estancament demogràfic que perdura fins als nostres dies. A partir de l'any 1975 la natalitat comença a davallar, l'esperança de vida en néixer continua augmentant, però a un ritme cada cop més lent, atesa la baixa mortalitat ja assolida, i el saldo migratori es situa proper a zero. Entre 1975 i 1996, el creixement de la població ha estat molt baix, poc més de 400.000 persones, i la població el 1996 se situa en 6.090.040 habitants, dels quals 3.118.251 són dones (51,2%) i 2.971.789 són homes (48,8%) (taula 1).

Any	Població	Període	Creixement absolut	Creixement anual relatiu (%)
1960	3.887.479			
1975	5.660.393	1960-1975	1.772.914	3,04
1981	5.956.414	1975-1981	296.021	0,87
1986	5.978.638	1981-1986	22.224	0,07
1991	6.059.494	1986-1991	80.856	0,27
1996	6.090.040	1991-1996	30.546	0,10

Taula 1. Creixement de la població. Catalunya, 1960-1996

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Censos de població i padrons municipals d'habitants, anys 1960, 1975, 1981, 1986, 1991 i 1996.

Aquestes últimes dades corresponents a l'any 1996 confirmen la tendència iniciada l'any 1975, caracteritzada per una disminució de la fecunditat, una baixa mortalitat i un saldo migratori quasi nul. De tota manera, malgrat l'estabilitat en el nombre total d'habitants de Catalunya, l'estructura per sexes i edats i la distribució geogràfica de la població han sofert canvis importants.

Amb relació a l'evolució de la població per regions sanitàries, s'observa que a totes les regions ha augmentat el nombre d'habitants els darrers vint anys, excepte a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat on ha disminuït de manera important. El creixement poblacional més alt s'ha produït a les regions sanitàries Tarragona, Centre i Girona (taula 2).

Regió sanitària	1975	1986	1996	Diferència 1975-1996	
				N	%
Lleida	332.433	336.988	340.960	8.527	2,6
Tarragona	352.544	391.662	438.530	85.986	24,4
Tortosa	128.199	131.928	133.228	5.029	3,9
Girona	430.986	477.702	519.368	88.382	20,5
Costa de Ponent	992.546	1.083.671	1.153.851	161.305	16,3
Barcelonès Nord i Maresme	610.876	664.804	686.987	76.111	12,5
Centre	1.061.652	1.190.071	1.308.311	246.659	23,2
Barcelona Ciutat	1.751.157	1.701.812	1.508.805	-242.352	-13,8
Catalunya	5.660.393	5.978.638	6.090.040	429.647	7,6

Taula 2. Evolució de la població, per regió sanitària. Catalunya, 1975, 1986 i 1996

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants, anys 1975, 1986 i 1996.

1.1.1 Moviment migratori

A partir de 1975, i després d'un període de forta immigració a Catalunya, el moviment migratori ha estat molt més feble i irregular. Fins a l'any 1981 el saldo migratori és positiu, entre 1981 i 1986 s'estima la pèrdua de 90.000 habitants, entre 1986 i 1991 el saldo és positiu en més de 36.000 habitants, i entre 1991 i 1996 torna a ser-ho en poc més de 16.000 habitants. Aquest petit saldo positiu és degut especialment a les migracions procedents de l'estranger, ja que en la resta de comunitats autònomes és negatiu en el darrer període.

Actualment, s'estima que quasi dues terceres parts dels catalans han nascut a Catalunya o hi han viscut de manera continuada durant tota la vida, mentre que la resta, poc més de dos milions, han nascut fora de Catalunya o han canviat de residència amb el pas dels anys.

1.1.2 Moviment natural

El creixement natural de la població a Catalunya els darrers anys ha estat gairebé nul. El manteniment de la fecunditat en uns nivells molt baixos juntament amb l'increment en el nombre de defuncions, a causa de l'envelliment de la població, expliquen aquest fet. El creixement natural de la població presentava, l'any 1975, un saldo positiu de 64.720 persones, que s'ha reduït fins a 1.168 l'any 1996 per l'aproximació del nombre de naixements i defuncions.

El nombre de nascuts vius els darrers anys s'ha reduït més de la meitat i ha passat de 110.336 naixements l'any 1975 a 54.542 l'any 1996. Aquesta reducció s'ha produït malgrat que el nombre de dones en edat fèrtil ha crescut en poc més de 200.000. Així, l'índex de fecunditat, que era de 2,72 fills per dona, s'ha reduït a 1,15 l'any 1996.

La reducció de la fecunditat ha anat acompanyada d'un retard en l'edat de maternitat, amb la qual cosa no solament disminueix la fecunditat real, sinó que com s'endarrereix el naixement del primer fill s'escurça el temps de fecunditat potencial.

Tot i que l'esperança de vida en néixer a Catalunya era de 74,2 anys el 1975 i s'ha estimat en 78,8 anys el 1996, la taxa bruta de mortalitat ha passat de 8,06 defuncions per 1.000 habitants l'any 1975 a 8,76 el 1996. Aquest increment del nombre de defuncions és un reflex de l'envelliment de l'estructura de la població (taula 3).

Taula 3. Moviment natural de la població. Catalunya, 1975, 1986 i 1996

	1975	1986	1996
Nascuts vius	110.336	60.409	54.542
Taxa de natalitat /1.000 habitants	19,5	10,1	9,0
Taxa de fecunditat /1.000 dones entre 15-49 anys	79,6	41,8	34,4
Índex de fecunditat	2,7	1,4	1,2
Edat mitjana al naixement del primer fill	28,3	28,5	30,4
Taxa de mortalitat/1.000 habitants	8,1	7,8	8,8

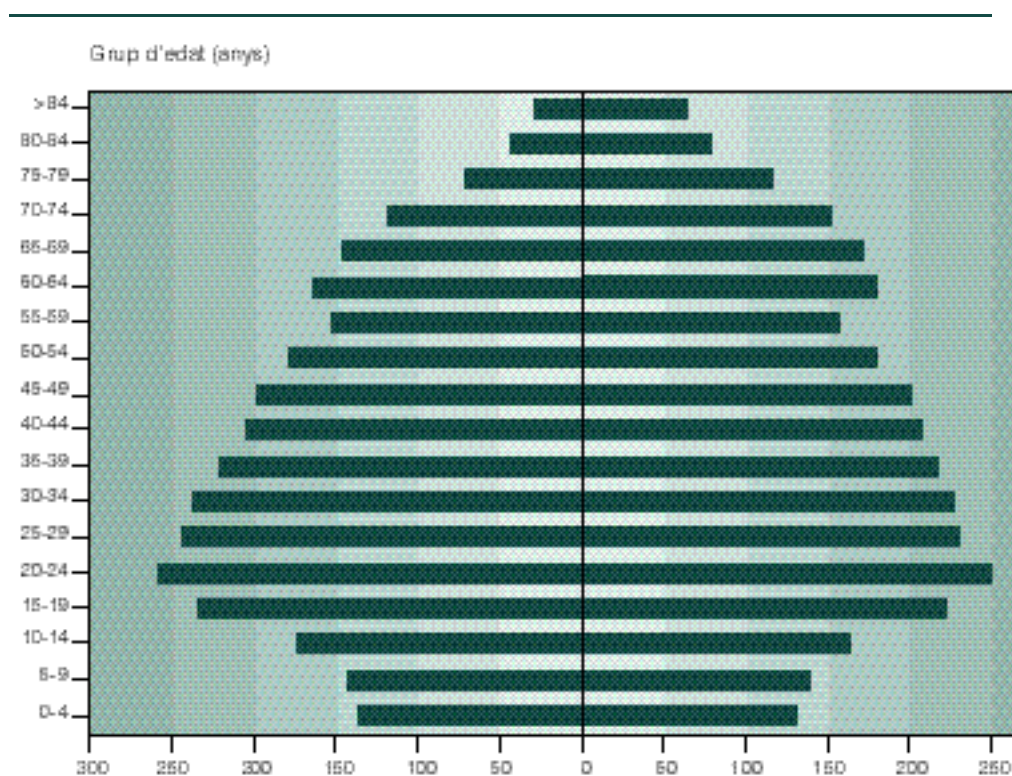
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

1.2 Estructura

L'evolució de la població catalana els darrers 20 anys mostra, com a principal característica, l'envelliment com a conseqüència de les tendències observades en el moviment natural i el moviment migratori durant aquest període.

L'estructura de la població del 1975 presentava una societat molt jove. La base de la piràmide era superior a qualsevol altre grup d'edat, amb un total de 493.361 nens menors de 5 anys, i

prop d'un milió i mig de joves menors de 15 anys, que representaven el 25% de la població total. Durant els 20 anys següents, disminueixen els efectius del tram més jove de la població com a conseqüència de la caiguda de la fecunditat i augmenta el nombre de persones de més de 64 anys. En la piràmide de 1996, els menors de 15 anys són 892.431, mentre que les persones de 65 anys i més són quasi un milió i representen el 14,65 % i el 16,28% del total, respectivament (gràfic 1).



Gràfic 1. Estructura de la població, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1996

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padró municipal d'habitants 1996.

L'any 1975, per cada 100 joves hi havia 40 persones de 65 anys o més, i l'any 1986, per cada 100 joves n'hi havia prop de 57. L'any 1996, per primera vegada el nombre de persones de 65 anys o més supera el de joves menors de 15 anys, amb 111 persones grans per cada 100 joves menors de 15 anys (taula 4).

	1975	1986	1996
Població (xifres absolutes)			
Joves (0-14 anys)	1.448.886	1.282.739	892.431
Adults (15-64 anys)	3.631.901	3.946.857	4.205.903
Vells (65 anys o més)	579.426	726.833	991.706
Població (xifres relatives, %)			
Joves (0-14 anys)	25,6	21,5	14,7
Adults (15-64 anys)	64,2	66,3	69,1
Vells (65 anys o més)	10,2	12,2	16,3
Índex d'envelliment	40,0	56,7	111,1
Índex de sobreenvelliment	5,6	8,4	9,7

Taula 4. Evolució de la població, per grup d'edat. Catalunya, 1975, 1986 i 1996

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrans municipals d'habitants, anys 1975, 1986 i 1996.

L'envelliment de la població catalana s'observa tant en les xifres absolutes com en les dades relatives. D'altra banda, les persones més grans de 64 anys no són un grup homogeni. Aquest col·lectiu cada vegada està més envellit i té una major representació femenina, com a conseqüència de la mortalitat masculina més elevada a totes les edats i de la major esperança de vida femenina. A partir de 65 anys, per cada 100 homes hi ha 140 dones i aquesta feminització de la població s'accentua amb l'edat (taula 5).

Taula 5. Població major de 64 anys, segons grup d'edat. Catalunya, 1996

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
65-69	146.786	170.282	317.068
70-74	119.530	150.530	270.060
75-79	72.178	110.968	183.146
80-84	45.310	80.330	125.640
85-89	21.607	45.884	67.491
90-94	6.585	17.008	23.593
95 o més	1.183	3.525	4.708
Total	413.179	578.527	991.706

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants 1996.

L'estructura de la població presenta diferències significatives en les vuit regions sanitàries del Servei Català de la Salut. Les més envellides són Tortosa, Barcelona Ciutat i Lleida, i les més joves Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme.

1.3 Perspectives de futur

Els exercicis de projecció demogràfica sovint defineixen diversos escenaris que reflecteixen les diferents hipòtesis sobre l'evolució de la població. Per tal de disposar d'un conjunt d'escenaris, s'ha triat l'exercici de projecció de la ponència tècnica inicial de l'Institut d'Estadística de Catalunya per a les Jornades sobre Projeccions Demogràfiques de Catalunya que es van celebrar el 1997. Aquest exercici presenta 10 escenaris d'evolució de la població fins al 2030 sobre diferents hipòtesis de comportament de la mortalitat, la fecunditat i les migracions.

A les taules 6 i 7 es mostren les dades resumides de les previsions per als anys 2005 i 2010 de 4 escenaris diferents, per tal de donar idea del rang de variació d'aquestes projeccions.

Escenari baix o vell 2010: fecunditat baixa (1,43), evolució favorable de l'esperança de vida (homes: 77,7; dones: 84,7) i migració neta baixa (negativa amb la resta de l'Estat i positiva amb l'estranger).

Escenari central 2010: creixement moderat de la fecunditat (1,73) i l'emigració i creixement baix de l'esperança de vida (homes: 75,6; dones: 82,9).

Escenari tendencial 2010: com el central però amb major creixement de l'esperança de vida (homes: 77,7; dones: 84,7). Representa una projecció conservadora de la situació actual.

Escenari alt o jove 2010: recuperació de la fecunditat (1,90), creixement de la migració, sobretot estrangera i creixement lent de l'esperança de vida (homes: 75,6; dones: 82,9).

Grup d'edat (anys)	Vell	Escenari		
		Central	Tendencial	Jove
0-14	880.708 14,3%	970.316 15,5%	970.751 15,4%	1.031.220 16,2%
15-64	4.130.535 67,0%	4.171.529 66,6%	4.180.394 66,3%	4.208.289 66,1%
65-84	1.011.637 16,4%	995.847 15,9%	1.016.201 16,1%	999.589 15,7%
>84	139.991 2,3%	129.701 2,1%	141.470 2,2%	130.152 2,0%
Total	6.162.871 100%	6.267.393 100%	6.308.816 100%	6.369.250 100%

Taula 6. Projecció de la població, per grup d'edat. Catalunya, 2005

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya.

Grup d'edat (anys)	Vell	Escenari		
		Central	Tendencial	Jove
0-14	934.166 15,0%	1.090.217 17,1%	1.091.189 16,9%	1.193.952 18,2%
15-64	4.066.413 65,4%	4.125.653 64,6%	4.141.498 64,1%	4.191.218 63,8%
65-84	1.039.949 16,7%	1.012.745 16,0%	1.045.998 16,2%	1.020.904 15,6%
>84	181.048 2,9%	160.067 2,4%	183.773 2,8%	160.826 2,4%
Total	6.221.576 100%	6.388.682 100%	6.462.458 100%	6.566.900 100%

Taula 7. Projecció de la població, per grup d'edat. Catalunya, 2010

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya.

Pel que fa a planificació, cal tenir present que tant el nombre d'efectius com l'estructura de la població a mitjà termini poden presentar una variació considerable segons quin acabi sent el comportament dels fenòmens demogràfics. D'aquests, la mortalitat és el menys incert, però en l'actualitat tant la fecunditat com les migracions presenten peculiaritats que les fan difícils de predir.

Actualment tenim les taxes de fecunditat més baixes d'Europa i es fa molt difícil valorar si es produirà una recuperació, quan tindrà lloc i amb quina intensitat.

Pel que fa a les migracions, i en qualsevol de les hipòtesis, el buit demogràfic que s'observa en els nascuts després de l'any 1975 a causa de la baixa fecunditat, de ben segur que tindrà efectes intensos en el mercat de treball i estimularà la migració, que probablement serà exterior, atès que no podrà venir de la resta de l'Estat perquè es troba en una situació similar.

En els diferents escenaris es preveu un increment progressiu del nombre d'habitants de més de 64 anys (i de més de 84), que només es veu matisat per l'arribada a aquestes edats de les generacions relativament més buides dels nascuts a la guerra i la immediata postguerra. També es preveu un augment en el nombre de naixements en el futur immediat per efecte de l'estructura per edats (coincidint amb el pas per les edats de màxima fecunditat de les generacions més nombroses), que pot fer que en termes relatius la proporció de gent gran no creixi amb la mateixa intensitat que les xifres absolutes.

En qualsevol cas, es preveu que la dinàmica demogràfica es caracteritzarà per un creixement molt feble i cal esperar canvis en l'estructura per edats de la població, on s'afermaran la continuïtat en el procés d'envelliment i una taxa de dependència creixent en les properes dècades. D'acord amb el padrons municipals d'habitants de 1996, es va estimar que la gent gran sobrepassaria el milió d'habitants l'any 1997, i que el 2015 aquest nombre podria ser superior a 1.200.000 persones. Així doncs, l'envelliment de la població catalana serà la principal característica demogràfica a tenir en compte en les prestacions de serveis socials i sanitaris en el futur.

2. Estat de salut

2.1 Mortalitat

Les dades que s'utilitzen per a l'anàlisi de la mortalitat corresponen a les defuncions ocorregudes a Catalunya durant els anys 1994, 1995 i 1996, d'acord amb les dades del registre de mortalitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Per al càlcul de les taxes de mortalitat s'ha utilitzat, com a numerador, la mitjana anual de les defuncions del trienni i, com a denominador, la població corresponent segons el padró de 1996.

A Catalunya l'estat de salut de la població es caracteritza per una esperança de vida en néixer entre les més altes del món tant per als homes com per a les dones, i superior en aquestes, i per una baixa mortalitat infantil. Aquest model, propi dels països occidentals, presenta una alta concentració de les malalties cardiovasculars i el càncer com a principals causes de mort.

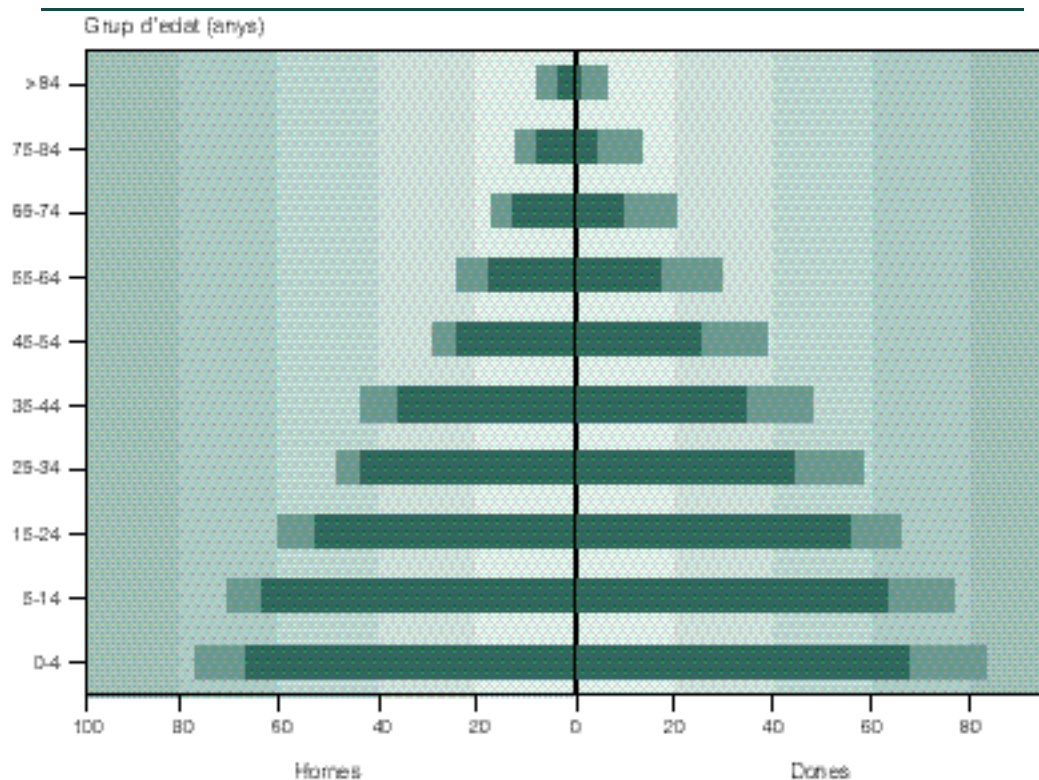
2.1.1 Evolució de la mortalitat

L'esperança de vida en néixer per al conjunt de la població ha passat de 74,2 anys el 1975 a 78,8 anys el 1996. Tot i aquest augment, els guanys no s'han repartit de la mateixa manera entre els dos sexes. Les dones són les que han experimentat el major augment i tenien una esperança de vida 7,2 anys superior a la dels homes el 1996 (taula 8).

A partir de la informació disponible sobre la mortalitat i les discapacitats de la població, es coneix el temps que les persones poden esperar viure amb bona salut. L'indicador que ho mesura és l'esperança de vida sense incapacitat (EVSI).

El nombre d'anys sense incapacitat decreix progressivament amb l'edat. L'any 1994, l'EVSI en néixer era de 67,6 anys de mitjana per al conjunt de la població de Catalunya. A partir d'aquesta edat, l'esperança de vida sense incapacitat en les dones presenta una evolució més desfavorable que en els homes. És a dir, que les dones viuen més anys, però pateixen més discapacitats que els homes (gràfic 2).

Gràfic 2. Esperança de vida (EV) i esperança de vida sense incapacitat (EVS), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994



Font: Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat. Catalunya i regions sanitàries, 1994. Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya.

El nombre de defuncions a Catalunya entre 1975 i 1996 ha augmentat en 7.758, amb la qual cosa la taxa bruta de mortalitat ha passat de 8,1 a 8,8 defuncions per 1.000 habitants, respectivament. Aquest increment del nombre de defuncions és un reflex de l'envelliment de la població.

Taula 8. Taxa de mortalitat i esperança de vida, per sexe. Catalunya, 1975, 1986 i 1996

	1975	1986	1996
Esperança de vida en néixer (anys)	74,2	77,4	78,8
Homes	71,4	74,0	75,2
Dones	76,7	80,5	82,4
Esperança de vida als 65 anys (anys)	—	17,4	18,7
Homes	13,8	15,4	16,5
Dones	16,7	19,0	20,5
Taxa de mortalitat (per 1.000 habitants)	8,1	7,8	8,8
Homes	8,5	8,3	9,5
Dones	7,7	7,3	8,0

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

2.1.2 Mortalitat general durant el trienni 1994-1996

A Catalunya, durant el període 1994-1996 s'han enregistrat 159.217 defuncions de la població resident, xifra que suposa una taxa bruta de mortalitat de 8,71 per 1.000 habitants i any. El 53% de les defuncions correspon a homes, amb una taxa bruta de mortalitat de 9,47 per 1.000 homes i any. Les defuncions en les dones suposen una taxa bruta de mortalitat de 7,99 per 1.000 dones i any. La sobremortalitat masculina es produeix a totes les edats (taula 9), malgrat que el nombre de defuncions en les dones a partir dels 75 anys és superior al dels homes.

Grup d'edat	Homes	Dones	Total
< 15 anys	49,6	40,8	45,3
15 a 64 anys	370,7	146,3	258,5
65 a 74 anys	2.616,4	1.170,9	1.826,6
> 74 anys	8.952,3	6.950,0	7.676,8

Taula 9. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants i any, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994-1996

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Durant el període 1994-1996 la mortalitat infantil, amb 787 defuncions de menors d'1 any, va ser de 4,8 morts per cada 1.000 nascuts vius. La mortalitat perinatal va ser en aquest mateix període de 7,4 morts per 1.000 naixements (nascuts vius i morts), amb 1.217 casos que corresponen a defuncions en la primera setmana de vida i nascuts morts amb més de 180 dies de gestació.

L'estudi de la mortalitat per causes durant aquest període mostra que les morts per malalties de l'aparell circulatori, tumors i malalties de l'aparell respiratori són les més freqüents i agrupen prop del 75% de les defuncions. Tot i que les malalties de l'aparell circulatori i els tumors són les dues primeres causes de mort per als homes i per a les dones, tenen un pes diferent a cada sexe, atès que és molt més important la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en les dones (taules 10, 12 i 13).

	Homes			Dones			Total		
	N ¹	Taxa ²	%	N ¹	Taxa ²	%	N ¹	Taxa ²	%
Aparell circulatori	8.948	301,1	31,8	10.827	347,2	43,4	19.775	324,7	37,3
Tumors	8.760	294,8	31,1	5.494	176,2	22,0	14.254	234,1	26,9
Aparell respiratori	2.954	99,4	10,5	1.785	57,3	7,2	4.739	77,8	9,0
Aparell digestiu	1.527	51,4	5,4	1.268	40,7	5,1	2.795	45,9	5,3
Causas externes	1.777	59,8	6,3	829	26,6	3,3	2.606	42,8	5,0
Glàndules endocrines	1.387	46,7	4,9	1.082	34,7	4,3	2.469	40,5	5,7
Trastorns mentals	636	21,4	2,3	1.254	40,2	5,0	1.890	31,0	3,6
Sistema nerviós	550	18,5	2,0	623	20,0	2,5	1.173	19,3	2,2
Aparell genitourinari	507	17,1	1,8	523	16,8	2,1	1.029	17,0	2,0
Resta de grups	1.100	37,1	3,9	1.241	39,8	5,0	2.343	38,5	4,4

Taula 10. Mortalitat per les principals causes de mort, per 17 grans grups, per sexe. Catalunya, 1994-1996

¹ Mitjana anual del nombre de defuncions del període 1994-1996

² Taxa anual per 100.000 habitants

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

A Catalunya, en el període 1994-1996, els anys potencials de vida perduts (APVP) entre la població d'1 a 70 anys van ser 241.097 anys de mitjana anual, amb una taxa de 44,7 anys per 1.000 habitants. Els APVP presenten diferències importants segons el sexe. En aquest període, els APVP masculins van representar una taxa anual de 63,8 anys per 1.000 homes. Les dones, amb una mortalitat més baixa en les edats més joves, tenen un nombre inferior d'APVP, amb una taxa de 25,6 anys per 1.000 dones. Les principals causes d'APVP en els homes són els accidents de trànsit, la sida i els tumors de tràquea, bronquis i pulmó; i entre les dones, el càncer de mama i els accidents de trànsit.

El nivell de la mortalitat de la població catalana podria disminuir si també ho fes la mortalitat per determinades causes considerades evitables sanitàriament. Entre les causes de defunció seleccionades com a innecessàriament prematures i sanitàriament evitables, en el conjunt del trienni 1994-1996, destaquen la sida, els tumors de tràquea, bronquis i pulmó, la cirrosi i les malalties cròniques del fetge, la malaltia hipertensiva i cerebrovascular i els accidents de trànsit (taula 11).

Taula 11. Morts innecessàriament prematures i sanitàriament evitables. Catalunya, 1994-1996

Causes de mort (CIM-9a)	Edat	Homes		Dones	
		N ¹	Taxa ²	N ¹	Taxa ²
Tuberculosi (010-018)	5-64	79	1,09	11	0,15
Tumors malignes de coll uteri (180)	15-64	—	—	148	2,35
Tumors malignes de cos uteri (182)	15-64	—	—	46	0,73
Malaltia de Hodgkin (201)	5-64	51	0,70	24	0,33
Malaltia cardíaca reumàtica crònica (393-398)	5-44	13	0,25	9	0,18
Malalties de l'aparell respiratori (450-519)	1-14	10	0,78	11	0,90
Asma (493)	5-44	16	0,31	9	0,18
Apendicitis aguda (540)	5-64	2	0,03	1	0,01
Hèrnia abdominal (550-553)	5-64	6	0,08	6	0,08
Colelitiasi i colecistitis (574,575.0.1)	5-64	24	0,33	6	0,08
Malalties hipertensives i cerebrovasculars (401-405, 430.438)	35-64	901	26,70	450	13,03
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi (630-676)	Totes	—	—	2	0,02
Malalties infeccioses (001,033,037,055)	0-64	1	0,01	0	0
Osteomielitis (730)	1-64	1	0,01	2	0,03
Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó (162)	5-64	2.496	34,36	249	3,45
Altres malalties congènites del fetge i cirrosi (571)	15-74	1.933	27,20	903	12,41
Accidents de trànsit de vehicles de motor (E810-E825)	Totes	1.551	16,67	537	6,67
Sida (279)	20-49	2.123	51,70	534	13,10

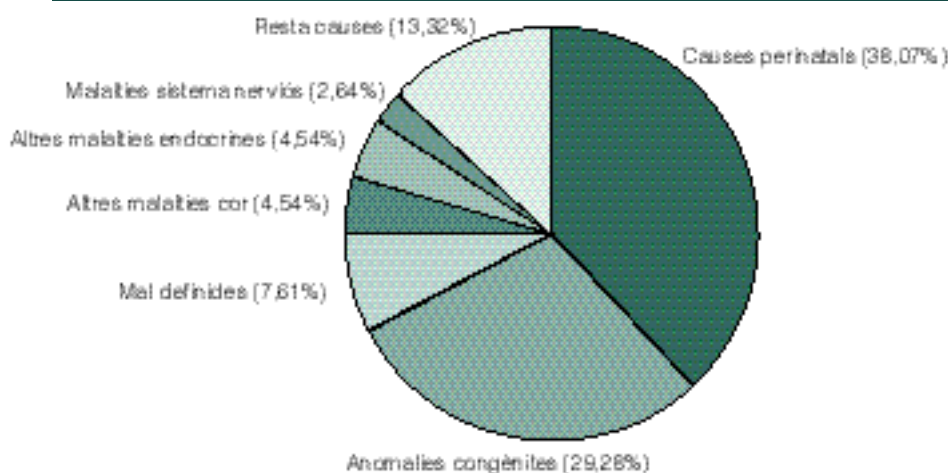
¹ Nombre de defuncions acumulades en el trienni 1994-1996.

² Taxa anual per 100.000 habitants del grup d'edat corresponent.

2.1.3 Patrons de mortalitat

2.1.3.1 Mortalitat infantil (< 1 any)

Les causes de mort que afecten els infants menors d'1 any són molt específiques d'aquestes edats. Les dues més freqüents són les afeccions perinatals i les anomalies congènites, que suposen dues terceres parts del total de defuncions d'aquest grup d'edat (gràfic 3).



Gràfic 3. Mortalitat infantil, per causa de mort. Catalunya, 1994-1996

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

2.1.3.2 Mortalitat dels nens i les nenes (1-14 anys)

La taxa de mortalitat d'aquest grup d'edat és de 21,10 morts per 100.000 habitants i any. Aquesta taxa és menor en el cas de les nenes (18,60 per 100.000) que en els nens (23,40 per 100.000).

De les 530 morts enregistrades durant el trienni, els accidents de trànsit i altres causes externes i les anomalies congènites són les causes més freqüents en ambdós sexes amb un 27% del total de defuncions d'aquest grup d'edat.

2.1.3.3 Mortalitat dels joves (15-24 anys)

La taxa de mortalitat específica per a aquest grup d'edat ha estat de 57,92 morts per 100.000 habitants i any (1.687 defuncions en els tres anys). Els accidents de trànsit, amb una taxa de 17,82 per 100.000 en ambdós sexes, i els suïcidis i les autolesions (5,46 per 100.000) són les causes externes més freqüentment declarades amb un total de 678 morts, és a dir, el 40,2% del total de morts d'aquest grup d'edat. Els accidents de trànsit són especialment importants entre el homes. La diferència entre sexes també s'observa pel que fa als suïcidis i les autolesions, atès que la mortalitat és molt superior en els homes que en les dones.

2.1.3.4 Mortalitat dels adults joves (25-44 anys)

El nombre de defuncions d'aquest grup d'edat és de 8.553 morts, xifra que suposa una taxa de mortalitat de 156,80 morts per 100.000 habitants i any.

Les causes de mort més rellevants són la sida i les derivades del consum de drogues, si bé a partir dels 35 anys també cal destacar el càncer de pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones.

2.1.3.5 Mortalitat dels adults (45-64 anys)

La taxa de mortalitat d'aquest grup d'edat és de 526,60 defuncions per 100.000 habitants i any, amb un total de 22.385 morts durant el trienni estudiat. En aquest grup d'edat hi ha diferències segons el sexe quant a les principals causes de mortalitat. En les dones, la causa més freqüent és el tumor maligne de mama (16,33%) i en els homes, el de pulmó (14,36%). Cal destacar que, en aquest grup d'edat, les malalties isquèmiques del cor ja apareixen entre les primeres causes de mort, si bé en els homes les taxes són més elevades i constitueixen la segona causa a partir dels 45 anys, mentre que en les dones s'observen a partir dels 55 anys com a tercera causa.

2.1.3.6 Mortalitat de la gent gran (65-74 anys)

La mortalitat en aquest grup d'edat ha estat 32.174 morts, xifra que representa un 20,2% del total de defuncions del període. La taxa de mortalitat és de 1.826,63 morts per 100.000 habitants i any amb un clar predomini dels homes (2.616,44 per 100.000 homes i 1.170,99 per 100.000 dones).

Per causes específiques de mortalitat, les malalties isquèmiques del cor i les cerebrovasculars són les més freqüents. Tanmateix, en els homes el càncer de pulmó continua tenint un pes molt important.

2.1.3.7 Mortalitat dels més vells (75 anys o més)

Aquest és el grup d'edat amb major nombre de defuncions, amb 93.177 casos enregistrats en el període estudiat. La taxa de mortalitat és de 7.676,89 defuncions per 100.000 habitants i any, amb 8.952,33 morts per 100.000 en els homes i de 6.950,05 morts per 100.000 en les dones.

Les malalties cerebrovasculars i les isquèmiques del cor continuen sent les causes més freqüents en ambdós sexes amb taxes de 1.090,02 morts per 100.000 habitants i 829,18 morts per 100.000 habitants, respectivament. El grup *Altres malalties del cor*, que representa la segona causa de mort en aquest grup, inclou les disrímies cardíaques, la insuficiència cardíaca i les miocardiopaties.

Grup d'edat (anys)	Tres primeres causes	N ²	Taxa ³	%
1-4	Anomalies congènites	15	4,57	12,30
	Accidents de trànsit	12	3,65	9,84
	Ofegaments i submersions accidentals	11	3,35	9,02
5-14	Accidents de trànsit	28	2,93	15,64
	Anomalies congènites	22	2,30	12,29
	Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	20	2,09	11,17
15-24	Accidents de trànsit	403	27,19	32,47
	Resta de causes externes	153	10,32	12,33
	Suïcidis i autolesions	129	8,70	10,39
25-34	Sida	1.162	80,15	36,91
	Drogues	391	26,97	12,42
	Accidents de trànsit	314	21,66	9,97
35-44	Sida	761	59,38	23,86
	Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó	210	16,39	6,59
	Accidents de trànsit	186	14,51	5,83
45-54	Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó	713	62,59	13,57
	Malalties isquèmiques del cor	548	48,11	10,43
	Cirrosi i altres malalties hepàtiques	309	27,13	5,88
55-64	Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó	1.558	162,84	14,75
	Malalties isquèmiques del cor	1.285	134,31	12,17
	Altres malalties del cor	631	65,95	5,97
65-74	Malalties isquèmiques del cor	2.838	355,22	13,58
	Tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó	2.670	334,19	12,77
	Malalties cerebrovasculars	1.551	194,13	7,42
75 i més	Malalties cerebrovasculars	4.773	1.083,32	12,10
	Malalties isquèmiques del cor	4.468	1.014,10	11,33
	Altres malalties del cor	3.915	888,58	9,93

Taula 12. Principals causes de mort, per 67 grups¹, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1994-1996

¹ 65 grups de la classificació D del registre de mortalitat de Catalunya més 2 grups diferenciats (sida i drogues).

² Nombre de defuncions acumulades en el trienni.

³ Taxa anual per 100.000 homes del grup d'edat corresponent.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Taula 13. Principals causes de mort, per 67 grups¹, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1994-1996

Grup d'edat (anys)	Tres primeres causes	N ²	Taxa ³	%
1-4	Anomalies congènites	14	4,42	16,47
	Accidents de trànsit	8	2,53	9,41
	Sida	8	2,53	9,41
5-14	Accidents de trànsit	18	1,96	12,50
	Resta de causes externes	14	1,53	9,72
	Anomalies congènites	12	1,31	8,33
15-24	Accidents de trànsit	116	8,11	26,01
	Resta de causes externes	44	3,08	9,87
	Suïcidis i autolesions	30	2,10	6,73
25-34	Sida	358	25,14	34,59
	Drogues	81	5,69	7,83
	Accidents de trànsit	78	5,48	7,54
35-44	Tumors malignes de mama	212	16,32	17,95
	Sida	143	11,01	12,11
	Tumors malignes d'altres localitzacions	80	6,16	6,77
45-54	Tumors malignes de mama	441	38,30	20,45
	Tumors malignes d'altres localitzacions	213	18,50	9,88
	Malalties cerebrovasculars	111	9,64	5,15
55-64	Tumors malignes de mama	632	62,98	14,32
	Tumors malignes d'altres localitzacions	386	38,47	8,75
	Malalties isquèmiques del cor	283	28,20	6,41
65-74	Malalties isquèmiques del cor	1.103	114,61	9,79
	Malalties cerebrovasculars	1.074	111,59	9,53
	Altres malalties del cor	935	97,15	8,30
75 i més	Malalties cerebrovasculars	8.457	1.093,84	15,74
	Altres malalties del cor	7.955	1.028,91	14,80
	Malalties isquèmiques del cor	5.596	723,80	10,41

¹ 65 grups de la classificació D del registre de mortalitat de Catalunya més 2 grups diferenciats (sida i drogues).

² Nombre de defuncions acumulades en el trienni.

³ Taxa anual per 100.000 dones del grup d'edat corresponent.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

2.1.3.8 Anàlisi territorial

La distribució de la mortalitat per sexe i grup d'edat de les diferents regions sanitàries del Servei Català de la Salut presenta diferències altament significatives tant pel que fa als grups d'edat intermedis com en els grups extrems de la vida (taula 14).

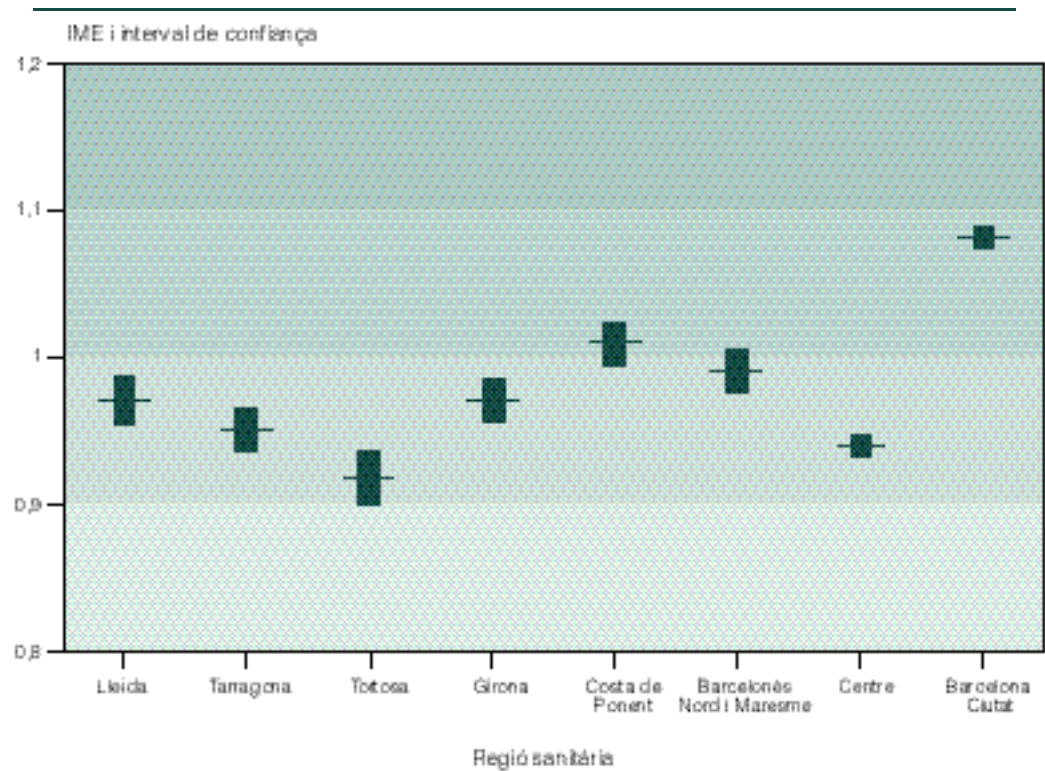
Grup d'edat (anys)	Regions sanitàries							
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès Nord i Maresme	Centre	Barcelona Ciutat
0	436,66	360,00	721,23	484,53	408,56	358,76	353,83	527,83
1-4	30,00	36,66	22,63	44,23	27,30	40,63	46,63	33,80
5-14	16,66	11,53	26,76	21,43	17,83	15,26	17,06	17,90
15-24	73,33	61,80	70,46	70,70	54,50	49,40	54,86	58,13
25-34	143,33	119,03	137,46	120,93	131,73	159,66	114,70	198,40
35-44	163,33	168,13	130,16	155,30	154,86	153,30	138,66	229,40
45-54	296,66	311,16	277,23	328,26	306,06	298,56	358,96	389,90
55-64	750,00	755,63	668,93	702,20	752,13	771,33	702,30	841,46
65-74	1.830,00	1.803,73	1.697,23	1.799,16	1.888,56	1.932,16	1.706,26	1.862,00
> 74	8.140,00	7.694,43	8.398,53	7.913,83	7.672,30	7.490,46	7.421,10	7.648,16
Total	1.066,60	849,43	1.118,38	893,46	721,12	724,90	726,69	1.111,63

Taula 14. Taxa de mortalitat per 100.000 habitants i any, per grup d'edat i regió sanitària. Catalunya, 1994-1996

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

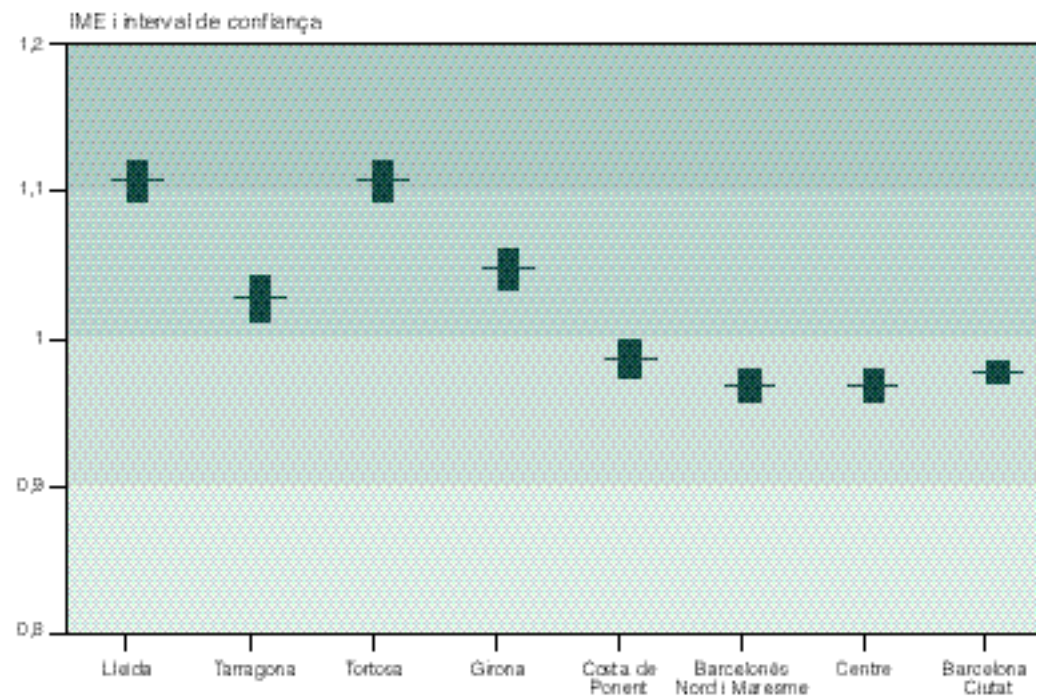
L'anàlisi de la mortalitat de les regions sanitàries comparada amb la del conjunt de Catalunya, mitjançant els índexs de mortalitat estandarditzada, mostra que les regions amb mortalitat significativament inferior a la de Catalunya són Tarragona, Tortosa i Centre en els homes, i Barcelonès Nord i Maresme i Centre, en les dones. Barcelona Ciutat, pel que fa als homes, i Lleida, Tortosa i Girona, per a les dones, presenten una mortalitat significativament superior a la del conjunt de Catalunya (gràfics 4 i 5).

Gràfic 4. Índex de mortalitat estandarditzada (IME), per regió sanitària. Homes. Catalunya, 1994-1996



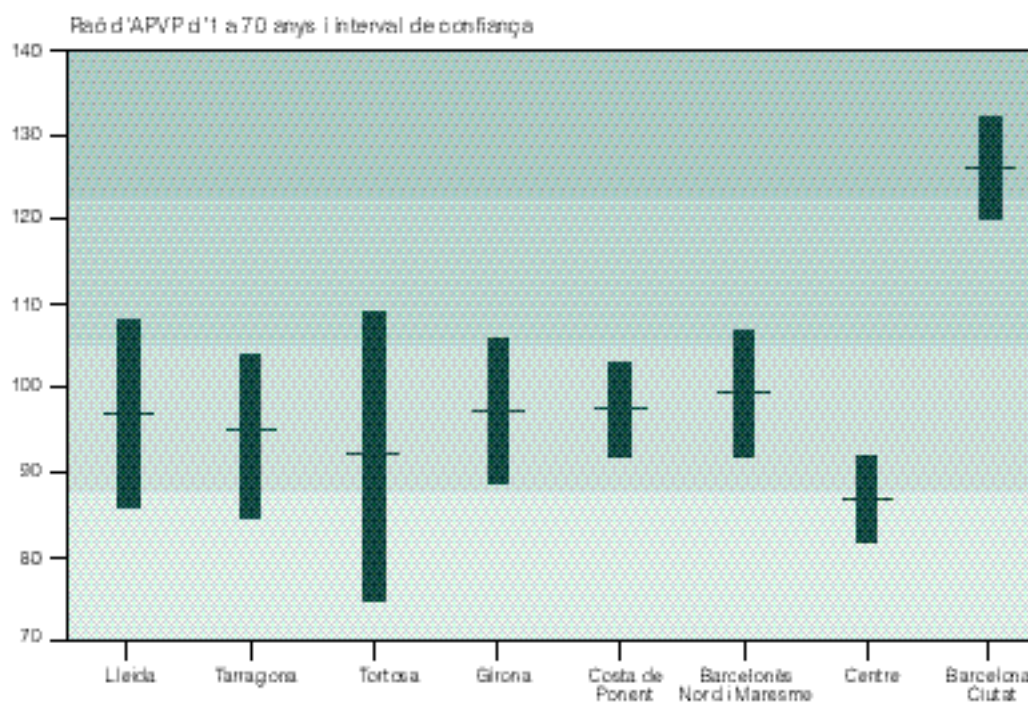
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya

Gràfic 5. Índex de mortalitat estandarditzada (IME), per regió sanitària. Dones. Catalunya, 1994-1996



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya

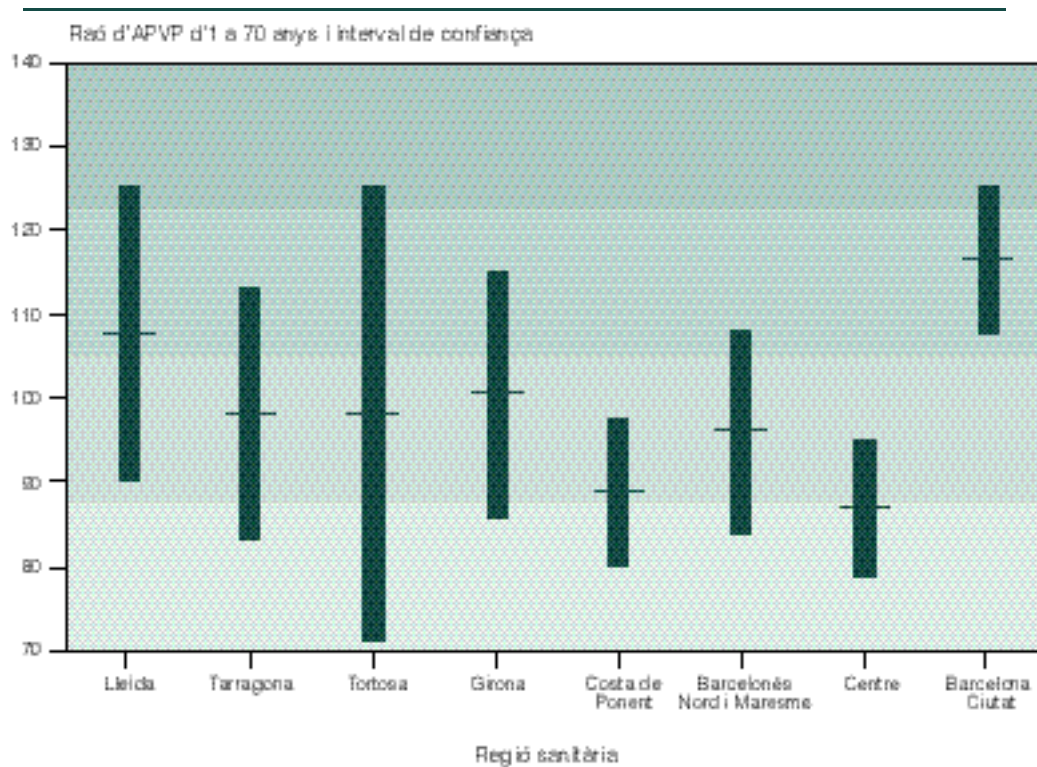
Els anys potencials de vida perduts presenten diferències quan s'estudien per regions sanitàries. La Regió Sanitària Barcelona Ciutat té una mortalitat prematura superior a la del conjunt de Catalunya tant en homes com en dones, mentre que les regions sanitàries Costa de Ponent i Centre tenen una mortalitat prematura inferior en les dones (gràfics 6 i 7).



Gràfic 6. Anys potencials de vida perduts (APVP), per regió sanitària. Homes. Catalunya, 1994-1996

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Gràfic 7. Anys potencials de vida perduts (APVP), per regió sanitària. Dones. Catalunya, 1994-1996



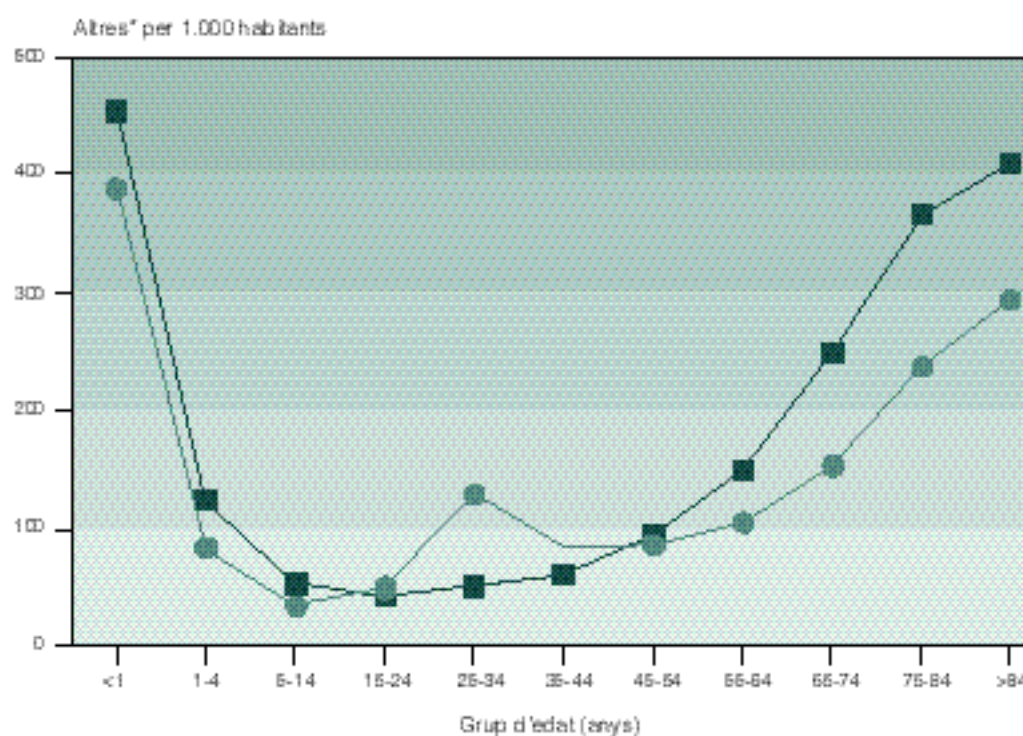
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

2.2 Morbiditat atesa als hospitals d'aguts

El registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) recull informació sobre l'activitat dels hospitals d'aguts de Catalunya i és la principal font d'informació sobre morbiditat hospitalària atesa a Catalunya.

Les altes enregistrades corresponen a 79 hospitals d'aguts de Catalunya i 11 hospitals monogràfics de psiquiatria, que suposen el 100% de les altes dels hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) i psiquiàtrics i al voltant del 33% de les altes dels hospitals que no pertanyen a la XHUP. El total d'altes hospitalàries declarades al registre del CMBDAH durant l'any 1997, corresponents a la població resident a Catalunya, són de 656.879. Segons les dades procedents d'aquest registre, la taxa d'hospitalització ha estat de 107,86 altes per 1.000 habitants.

La distribució d'altes per grup d'edat i sexe mostra uns valors més elevats en els anys extrems de la vida. Les hospitalitzacions són superiors en els homes que en les dones en tots els grups d'edat excepte en l'etapa fèrtil de les dones, en la qual augmenten amb motiu de l'ingrés per a l'atenció al part (gràfic 8).



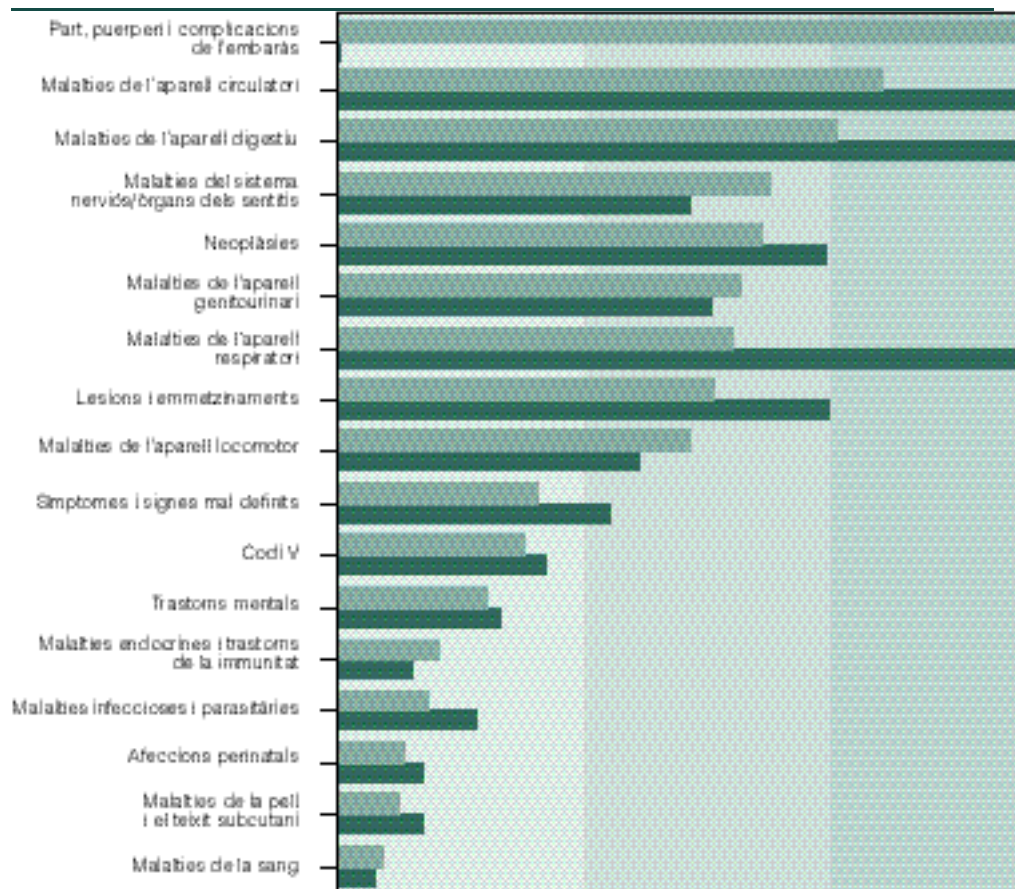
Gràfic 8. Altes en hospitals d'aguts, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1997

* Altes registrades al CMBDAH.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Per causes d'hospitalització, els homes mostren taxes superiors a les de les dones en la majoria de grups diagnòstics, especialment pel que fa a les malalties de l'aparell respiratori (13,93 altes per 1.000 en homes i 8,03 altes per 1.000 en dones), les malalties de l'aparell digestiu (14,95 altes per 1.000 en homes i 10,17 altes per 1.000 en dones) i les malalties de l'aparell circulatori (14,33 altes per 1.000 en homes i 11,11 altes per 1.000 en dones) (gràfic 9).

Gràfic 9. Altes en hospitals d'aguts, per sexe, segons els principals grups diagnòstics. Catalunya, 1997



¹ Altes registrades al CMBDAH.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Les tres primeres causes d'hospitalització a Catalunya l'any 1997 van ser les malalties de l'aparell circulatori, les malalties de l'aparell digestiu i les de l'aparell respiratori, les quals van produir un 33,5% dels ingressos (taules 15 i 16).

Per grups d'edat i en ambdós sexes, la principal causa d'hospitalització és deguda, en els menors d'1 any, a les afeccions perinatales, que suposen més del 40% de les altes en aquest grup d'edat. Entre 1 i 14 anys, són les malalties de l'aparell respiratori, que representen el 32,5% de les altes en els infants d'1 a 4 anys i el 18,1% en els de 5 a 14 anys.

Pel que fa als joves entre 15 i 34 anys, les lesions i els emmetzinaments són la causa més freqüent d'hospitalització i ocasionen un 10,7% de les altes en aquest grup d'edat.

Les malalties de l'aparell digestiu constitueixen la primera causa d'hospitalització en la població de 35 a 54 anys (13,5%). En la població de 55 a 74 anys les patologies que causen més ingressos són les malalties de l'aparell circulatori (17,4%), les malalties de l'aparell respiratori (13,6%) i les malalties de l'aparell digestiu (12,8%) i, a partir dels 75 anys, les malalties de l'aparell respiratori i les de l'aparell circulatori, que representen un 21,7% i un 15%, respectivament.

Grup d'edat (anys)	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa
< 1	Afeccions originades en el període perinatal (41,65%) t:189,04	Malalties de l'aparell respiratori (13,95%) t:63,32	Classificació Codi V (12,08%) t:54,85	Anomalies congènites (5,87%) t:26,64
1-4	Malalties de l'aparell respiratori (32,53%) t:40,40	Malalties de l'aparell digestiu (11,58%) t:14,38	Malalties de l'aparell genitourinari (11,00%) t:13,66	Malalties infeccioses i parasitàries (8,90%) t:11,06
5-14	Malalties de l'aparell respiratori (16,41%) t:8,84	Lesions i emmetzinaments (16,17%) t:8,72	Malalties de l'aparell genitourinari (15,52%) t:8,36	Malalties de l'aparell digestiu (12,44%) t:6,70
15-24	Lesions i emmetzinaments (28,69%) t:11,90	Malalties de l'aparell digestiu (11,19%) t:4,64	Malalties de l'aparell locomotor (10,35%) t:4,29	Malalties de l'aparell respiratori (9,90%) t:4,10
25-34	Lesions i emmetzinaments (19,43%) t:9,29	Malalties de l'aparell digestiu (13,93%) t:6,66	Malalties de l'aparell locomotor (11,99%) t:5,73	Malalties de l'aparell respiratori (9,25%) t:4,42
35-44	Malalties de l'aparell digestiu (19,09%) t:11,30	Lesions i emmetzinaments (13,58%) t:8,04	Malalties de l'aparell locomotor (11,10%) t:6,57	Malalties de l'aparell circulatori (8,90%) t:5,27
45-54	Malalties de l'aparell digestiu (18,52%) t:17,09	Malalties de l'aparell circulatori (14,71%) t:13,57	Neoplàsies (11,00%) t:10,15	Lesions i emmetzinaments (8,86%) t:4,18
55-64	Malalties de l'aparell circulatori (18,01%) t: 26,73	Malalties de l'aparell digestiu (16,10%) t:23,89	Neoplàsies (13,38%) t:19,86	Malalties de l'aparell respiratori (9,92%) t:14,72
65-74	Malalties de l'aparell circulatori (19,83%) t:48,75	Neoplàsies (14,21%) t:34,92	Malalties de l'aparell digestiu (13,53%) t:33,25	Malalties de l'aparell respiratori (13,26%) t: 32,59
75-84	Malalties de l'aparell circulatori (20,83%) t:76,09	Malalties de l'aparell respiratori (18,20%) t:66,46	Neoplàsies (12,38%) t:45,20	Malalties de l'aparell digestiu (12,33%) t:45,05
85 i més	Malalties de l'aparell respiratori (21,34%) t: 87,15	Malalties de l'aparell circulatori (20,93%) t:85,48	Malalties de l'aparell digestiu (11,76%) t:48,03	Neoplàsies (9,54%) t:38,94
Total	Malalties de l'aparell digestiu (14,11%) t:14,95	Malalties de l'aparell circulatori (13,53%) t:14,33	Malalties de l'aparell respiratori (13,15%) t:13,93	Lesions i emmetzinaments (9,42%) t:9,98

Taula 15. Principals causes d'hospitalització, segons grup diagnòstic i grup d'edat. Homes. Catalunya, 1997

%; percentatge respecte al total d'altres amb diagnòstic conegut registrades al CMBDAH per cada grup d'edat.
 t: taxa d'hospitalització per 1.000 homes de cada grup d'edat.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

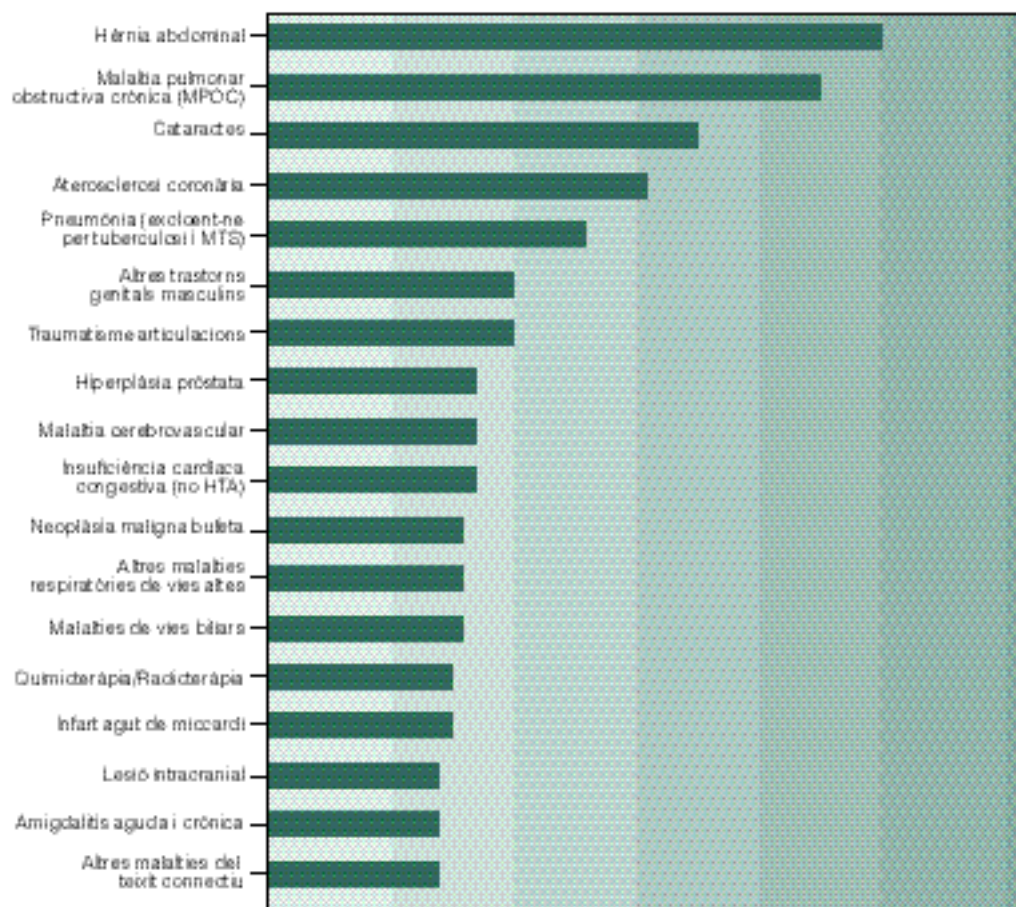
Taula 16. Principals causes d'hospitalització, segons grup diagnòstic i grup d'edat. Dones. Catalunya, 1997

Grup d'edat (anys)	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa
< 1	Afeccions originades en el període perinatal (42,64%) t:165,28	Classificació Codi V (13,81%) t:53,54	Malalties de l'aparell respiratori (11,50%) t:44,58	Síntomes i signes mal definits (6,50%) t:25,19
1-4	Malalties de l'aparell respiratori (32,40%) t:27,14	Malalties de l'aparell digestiu (11,32%) t:9,48	Malalties infeccioses i parasitàries (10,97%) t:9,19	Síntomes i signes mal definits (9,62%) t: 8,06
5-14	Malalties de l'aparell respiratori (21,01%) t:7,33	Malalties de l'aparell digestiu (12,69%) t:4,43	Lesions i emmetzinaments (11,70%) t:4,08	Síntomes i signes mal definits (9,98%) t:3,48
15-24	Part, puerperi i complicacions de l'embaràs (33,81%) t:16,33	Malalties de l'aparell digestiu (8,95%) t:4,32	Lesions i emmetzinaments (8,84%) t:4,27	Malalties de l'aparell locomotor (7,53%) t:3,64
25-34	Part, puerperi i complicacions de l'embaràs (66,21%) t:83,12	Malalties de l'aparell geniturinari (5,73%) t:7,20	Malalties de l'aparell digestiu (4,09%) t:5,14	Malalties de l'aparell locomotor (2,84%) t:3,56
35-44	Part, puerperi i complicacions de l'embaràs (26,85%) t:22,01	Malalties de l'aparell geniturinari (11,99%) t:9,84	Neoplàsies (10,58%) t:8,68	Malalties de l'aparell digestiu (7,93%) t:6,50
45-54	Neoplàsies (16,32%) t:13,74	Malalties de l'aparell geniturinari (14,92%) t: 12,56	Malalties de l'aparell locomotor (11,49%) t:9,68	Malalties de l'aparell digestiu (11,4%) t:9,61
55-64	Malalties de l'aparell locomotor (13,22%) t:13,82	Malalties de l'aparell circulatori (13,15%) t:13,76	Malalties de l'aparell digestiu (12,63%) t:13,21	Neoplàsies (12,57%) t:13,15
65-74	Malalties de l'aparell circulatori (17,07%) t:26,06	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (13,05%) t:19,93	Malalties de l'aparell digestiu (12,26%) t:18,72	Neoplàsies (10,91%) t:16,66
75-84	Malalties de l'aparell circulatori (21,56%) t:51,13	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (14,96%) t: 35,46	Malalties de l'aparell digestiu (11,32%) t:26,84	Lesions i emmetzinaments (11,32%) t:26,84
85 i més	Malalties de l'aparell circulatori (24,83%) t:72,60	Lesions i emmetzinaments (16,23%) t:47,47	Malalties de l'aparell respiratori (14,43%) t: 42,19	Malalties de l'aparell digestiu (11,31%) t:33,08
Total	Part, puerperi i complicacions de l'embaràs (17,20%) t:18,25	Malalties de l'aparell circulatori (10,47%) t:11,11	Malalties de l'aparell digestiu (9,58%) t: 10,17	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (8,30%) t:8,81

%: percentatge respecte al total d'altres amb diagnòstic conegut registrades al CMBDAH per cada grup d'edat.
t: taxa d'hospitalització per 1.000 dones de cada grup d'edat.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Les categories diagnòstiques proposades per l'Agència de Política i Recerca de l'Atenció Sanitària (AHCPR) del Departament de Serveis Sanitaris i Humans d'Estats Units agrupen els diagnòstics segons la classificació clínica per política i recerca sanitària (CCHPR) i permeten una anàlisi més detallada de les causes d'hospitalització. L'anàlisi segons aquestes categories mostra que els diagnòstics més freqüents en els homes són l'hèrnia inguinal i altres hèrnies abdominals, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i condicions associades i les cataractes (12,3% de les altes en homes). En les dones, l'embaràs i el part normal, les cataractes i les malalties de les vies biliars són les causes més freqüents d'hospitalització i representen un 11,4% de les altes en dones (gràfics 10 i 11).



Gràfic 10. Principals causes d'hospitalització, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Homes. Catalunya, 1997

¹ Altes registrades al CMBDAH.

Gràfic 11. Principals causes d'hospitalització, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Dones. Catalunya, 1997

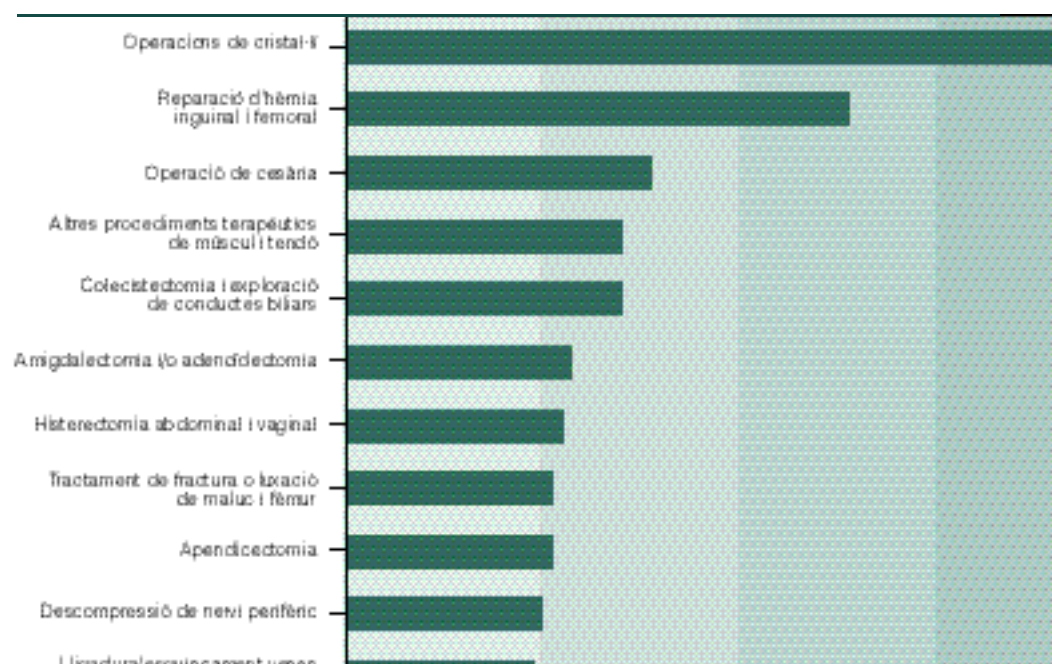


¹ Altes registrades al CMBDAH.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Pel que fa als procediments diagnòstics i/o terapèutics, els més freqüents són els d'assistència al part, les operacions de cristal·lí i la reparació d'hèrnia inguinal i femoral i representen el 15% del total d'altes registrades al CMBDAH que tenen informat el procediment (gràfic 12).

Gràfic 12. Distribució de les altes¹ en els hospitals d'aguts, segons categories de procediments CCHPR. Catalunya, 1997



¹ Altes registrades al CMBDAH amb procediment informat.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

2.3 Morbiditat atesa als centres de salut mental

El gener de 1998 va començar la notificació sistemàtica de l'activitat dels centres de salut mental de Catalunya mitjançant el conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental (CMBDCSM), registre que permetrà disposar de dades de l'atenció psiquiàtrica ambulatoria a Catalunya (taula 17).

El registre del CMBDCSM disposa d'informació sanitària completa de l'activitat assistencial del 76,6% (72 unitats d'un total de 94) de centres de salut mental de Catalunya. Durant l'any 1998 ha inclòs informació sobre 122.211 pacients atesos en aquests centres.

	Centres de salut mental	Centres amb informació	Pacients inclosos
Lleida	8	2	2.896
Tarragona	7	7	12.961
Tortosa	2	2	2.913
Girona	8	7	8.184
Costa de Ponent	17	12	24.536
Barcelonès Nord i Maresme	10	9	17.200
Centre	19	14	26.344
Barcelona Ciutat	23	19	27.177
Total	94	72	122.211

Taula 17. Distribució de centres de salut mental i del CMBDCSM, per regió sanitària. Catalunya, 1998

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDCSM.

Segons el sexe, la proporció de pacients que han rebut atenció ambulatoria als centres de salut mental d'adults (CSMA) durant l'any 1998 ha estat el 35,7% homes i el 64,3% dones. Pel que fa als centres d'atenció infantojuvenil (CSMI), la distribució ha estat del 58,9% d'homes i del 41,1% de dones.

Amb relació a la casuística atesa als CSMA, segons la classificació de la CCHPR, l'any 1998 els diagnòstics més freqüents han estat la depressió i els trastorns afectius (34,7%), seguits de l'ansietat i els trastorns de la personalitat (26,5%). L'esquizofrènia es presenta en el 9,9% dels pacients atesos i el 28,9% restant agrupa tots els altres diagnòstics.

En els pacients menors de 18 anys, el 22,5% dels diagnòstics corresponen a ansietat i trastorns de la personalitat, el 19,3% a trastorns adaptatius, el 8,4% a depressió i trastorns afectius, el 3,8% a trastorns de la conducta alimentària i el 46,0% restant a d'altres trastorns mentals.

2.4 Morbiditat atesa als serveis socio-sanitaris

Es disposa d'informació sobre les característiques clíniques i funcionals dels pacients atesos en serveis socio-sanitaris d'internament i d'hospital de dia a partir de l'enquesta de valoració multidimensional a 5.819 pacients que ocupaven una plaça socio-sanitària el mes de desembre de 1996.

El 70% ocupaven un llit tipificat administrativament com de llarga estada (atenció de llarga durada de malalts geriàtrics i crònics amb dependència funcional física i/o cognitiva), el 13% un llit de convallescència (per rehabilitació funcional o convallescència després d'un procés agut i objectiu de retorn a domicili), el 4% un llit de cures pal·liatives (destinats a l'atenció de malalts en fase terminal), l'1% un llit de sida (per a atenció pal·liativa a pacients en fase terminal d'aquesta malaltia) i el 12% una plaça d'hospital de dia (per a rehabilitació funcional després d'un procés agut o per a atenció rehabilitadora en el cas de malalts psicogeriatrics).

Aquesta informació va ser útil per agrupar als usuaris segons paràmetres clínics, funcionals i de provisió de serveis. El sistema de classificació emprat (sistema de classificació RUG-III) utilitza un algorisme de decisió que ubica els usuaris, d'acord amb el criteri predominant, en 7 categories majors jeràrquiques i 44 grups d'utilització homogènia de recursos. La distribució dels usuaris valorats segons aquest sistema, global i per tipus de recurs, es mostra a la taula 18.

2.4.1 Pacients de llarga estada

La dependència física i el deteriorament cognitiu eren els trets més definitoris dels usuaris de llarga estada. D'aquests, un 37,5% eren independents o presentaven dependència lleu, un 27,8%, dependència moderada i un 34,7%, dependència elevada. Quant al deteriorament cognitiu, el 34,8% presentaven capacitat cognitiva intacta o *border-line*, mentre que un 17,3% presentaven deteriorament lleu a moderadament greu, i en un 44,8% el deteriorament era greu o molt greu. La malaltia cerebrovascular (32,3%) i les demències (39,1%) eren les malalties més prevalents en aquests pacients.

2.4.2 Pacients de convallescència

Un 51% eren independents o presentaven dependència lleu, un 28,1% dependència moderada i un 20,9% dependència elevada. Respecte a la capacitat cognitiva, en un 65,2% dels pacients aquesta estava intacta o era *border-line*, i únicament un 19,7% presentaven deteriorament greu a molt greu.

Els diagnòstics principals més freqüents eren les fractures (28,6%) i la malaltia cerebrovascular (21,9%). Com a diagnòstics coexistents amb el diagnòstic principal, els més freqüents eren la síndrome ansietat/depressió (26,2%), les demències (18,8%), la diabetis *mellitus* (23,1%) i emfisema/asma/malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (18,3%).

2.4.3 Pacients de cures pal·liatives

La teràpia pal·liativa del dolor, el control de símptomes i el suport emocional són els trets més definitoris d'aquests serveis. Els diagnòstics més prevalents en els pacients de cures pal·liatives eren el càncer (71,6%), la síndrome ansietat/depressió (27,0%), emfisema/asma/MPOC (15,3%) i la demència (21,2%). La simptomatologia predominant dels pacients era la següent: dolor (44,6%), restrenyiment (35,1%), dispnea (17,6%), febre (17,1%), edema (14,9%) i vòmits (13,5%).

2.4.4 Pacients d'unitats de sida

Les unitats de sida participen conceptualment del mateix model terapèutic que les de cures pal·liatives. Han d'atendre pacients afectats de sida en fase terminal.

Els diagnòstics acompanyants més freqüents en aquests pacients eren la tuberculosi (36,1%), la síndrome ansietat/depressió (21,3%), la demència (18%), l'hepatitis vírica (11,5%) i el càncer (8,2%); un 18% dels pacients presentaven sociopatia. El diagnòstic explícit de terminalitat (previsió d'*exitus* abans de 6 mesos) solament estava present en el 21% dels pacients. Els símptomes més freqüents eren: el dolor (23,0%), la febre (26,2%), el restrenyiment (14,8%), el vòmit (11,5%) i l'edema (9,8%). El 27% dels pacients van rebre tractament psicoteràpic.

2.4.5 Pacients d'hospital de dia

Quant al perfil funcional físic, un 68,9% eren independents o presentaven dependència lleu, un 23,2%, dependència moderada i un 7,9%, dependència elevada. Respecte a la capacitat cognitiva, en un 47,3% dels pacients aquesta estava intacta o era *border-line*, un 29,1% presentaven deteriorament lleu a moderadament greu, i un 23,5% deteriorament greu a molt greu.

Els diagnòstics més freqüents eren els següents: malaltia cerebrovascular (36,6%), demències (33,7%), ansietat/depressió (29,9%), diabetis *mellitus* (19,6%) i malaltia vascular perifèrica (12,9%).

	Total	Llarga estada	Convalescència	Cures pal·liatives	Sida	Hospital de dia
Nombre de pacients	5.819	4.056	761	222	61	719
Distribució RUG-III	%	%	%	%	%	%
Rehabilitació especial	19,5	13,6	47,0	12,6	16,4	25,9
Tractaments extensius	2,0	2,1	1,4	8,6	4,9	0,1
Cures especials	11,6	13,0	8,8	25,7	4,9	3,2
Complexitat clínica	25,9	25,2	24,4	42,8	45,9	24,8
Deteriorament cognitiu	9,0	10,0	2,5	0,9	4,9	12,9
Problemes de comportament	1,3	1,5	0,3	0,5	1,6	1,5
Funcions físiques reduïdes	30,7	34,7	15,5	9,0	21,3	31,6
Total	100	100	100	100	100	100

Taula 18. Distribució dels pacients valorats, segons el sistema de classificació RUG-III. Catalunya, 1996

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Programa Vida als Anys.

2.4.6 Utilització de serveis d'atenció socio sanitària

El creixement de recursos en aquests anys ha comportat un increment en l'activitat global. Entre els serveis d'internament, els que presentaven increments més importants en el nombre d'usuaris atesos eren els de cures pal·liatives/sida i els de convalescència. L'eficiència dels recursos, mesurada segons la mitjana d'usuaris atesos en un any per llit/plaça o per equip, també ha anat creixent de forma global i especialment a cures pal·liatives/sida i hospital de dia. Aquest increment en l'eficiència també es posa de manifest en els llits de llarga estada, caracteritzats per una baixa rotació produïda bàsicament a expenses dels *exitus*. En els darrers anys, la rotació s'ha incrementat gràcies a la incentivació de noves fórmules, com ara l'ingrés temporal de pacients, majoritàriament psicogeriatrics (taula 19).

	Nombre d'usuaris atesos			Mitjana d'usuaris atesos ¹		
	1992	1997	Increment 1992-1997 (%)	1992	1997	Increment 1992-1997 (%)
Llarga estada	7.594	9.517	25	2,0	2,1	5
Convalescència	1.682	7.186	417	3,8	7,0	81
Cures pal·liatives/sida	751	3.837	411	4,6	10,1	121
Hospital de dia	788	3.590	355	2,1	4,3	105
Pades	4.540	10.954	141	146,4	214,7	46
Ufiss	2.978	13.948	368	165,4	317,0	91
Total	17.633	49.032	178			

Taula 19. Evolució del nombre i la mitjana d'usuaris atesos en serveis socio sanitària. Catalunya, 1992 i 1997

¹ Mitjana d'usuaris atesos: per llit/plaça (serveis d'internament i d'hospital de dia), per equip (Pades i Ufiss).

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Programa Vida als Anys.

2

Intervencions i accions prioritàries del Pla de salut de Catalunya 1999-2001

Les intervencions i accions prioritàries del Pla de salut de Catalunya per al període 1999- 2001 mantenen la coherència i continuïtat amb el plantejament i els objectius dels anteriors Plans de salut de Catalunya (1993-1995 i 1996-1998). Les actuacions proposades s'orienten a l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc formulats per a l'any 2000 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, i també a l'assoliment dels objectius relacionats amb altres àmbits d'intervenció prioritzats. Els eixos principals al voltant dels quals s'articulen les accions continuen sent:

- La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- L'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis.
- La satisfacció dels usuaris.

En aquest apartat es presenten, de manera resumida, les intervencions i les accions seleccionades per afrontar els problemes prioritàris de salut i serveis identificats, a partir dels recursos disponibles en un entorn de moderació dels pressupostos sanitaris (quadre 1). Les propostes per a aquest període són majoritàriament de continuïtat, si bé per primera vegada es formulen propostes per abordar problemes com ara l'anorèxia, la bulímia i les nafres per pressió, i es preveu iniciar un programa pilot per a la detecció del càncer colorectal. Els capítols corresponents contenen la descripció i justificació d'aquestes noves intervencions. Pel que fa a les intervencions de continuïtat, s'enuncien en cada capítol, però estan descrites i justificades de forma detallada en el capítol corresponent del Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Intervencions

En parlar d'intervencions ens referim bàsicament a actuacions que se situen dins dels tres nivells clàssics de prevenció i tenen com a finalitat reduir la probabilitat d'aparició de determinats factors de risc o malalties, o bé interrompre o alentir-ne la progressió.

Per a la selecció de les intervencions s'ha tingut en compte l'evidència sobre la seva eficàcia i la factibilitat de dur-les a terme. També s'ha indicat el grup de població en el qual es recomana la intervenció de cara a centrar els esforços en els grups més susceptibles i en aquells en què la intervenció pot aportar majors beneficis.

Per tal de disminuir la probabilitat de presentació i, per tant, la incidència de problemes de salut, es preveuen mesures de prevenció primària com ara les vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques i les activitats d'informació i educació sanitària per a la promoció d'hàbits i estils de vida, que pretenen capacitar els individus per fer eleccions saludables amb relació a l'alimentació, l'hàbit tabàquic, el consum d'alcohol i la sexualitat, entre d'altres.

Altres mesures de prevenció primària s'orienten a la protecció de la salut: la prevenció de riscos laborals, el control sanitari del medi ambient i la higiene dels aliments.

La prevenció secundària, dirigida a la detecció precoç, el tractament i el control de problemes de salut i factors de risc, ocupa una part central del Pla de salut. En quasi bé tots els problemes de salut tractats en el Pla es planteja aquest tipus d'intervenció.

Així, amb relació al càncer, es proposa continuar l'extensió dels programes de cribratge poblacional de càncer de mama. Per a determinats factors de risc detectats en la població es recomana la pràctica del consell assistit (counseling) especialment indicat per abordar malalties de caràcter crònic i aquells problemes de salut que tenen relació amb els estils de vida de la població, com ara l'hàbit de fumar, el consum excessiu d'alcohol i el consum de drogues.

Quan les lesions són irreversibles i la malaltia està ben establerta i ha esdevingut crònica, es poden aplicar mesures de prevenció terciària. En aquest sentit, el Pla de salut fa propostes com ara les cures paliatives en els malalts terminals i la rehabilitació en els pacients amb trastorns mentals severos (TMS).

Per al desenvolupament de les intervencions, es proposa que els serveis sanitaris portin a terme una estratègia oportunista tant per a algunes activitats de prevenció com per a la detecció de casos en la població de major risc, amb la finalitat de tractar-los precoçment, guarir la malaltia o evitar el pas a la cronicitat i l'aparició de seqüeles i invalideses.

Quadre 1. Intervencions i accions prioritàries del Pla de salut de Catalunya, 1999-2001

Intervenció		
Problema de salut/factor de risc	Població	Àmbit
1. Informació i educació sanitària		
• hàbit tabàquic	• població general • població atesa	• comunitat, escoles, serveis sanitaris
• càncer	• població general	• comunitat, serveis sanitaris
• consum excessiu d'alcohol	• població general • població atesa • adolescents atesos • embarassades ateses	• comunitat, escoles, serveis sanitaris
• consum de drogues no institucionalitzades	• població general • població atesa • adolescents atesos • embarassades ateses	• comunitat, escoles, serveis sanitaris, presons
• infecció per l'HIV	• població general • població atesa • persones amb comportaments de risc • adolescents atesos • embarassades ateses	• comunitat, escoles, serveis sanitaris, presons
• malalties de transmissió sexual	• població general • població atesa • persones amb comportaments de risc • adolescents atesos	• comunitat, escoles, serveis sanitaris, presons
• problemes de salut relacionats amb l'embaràs, el part i el puerperi	• dones en edat fèrtil i embarassades	• serveis sanitaris, presons
• accidents de trànsit	• població general	• comunitat, escoles, serveis sanitaris
• accidents infantils	• pares i mares • persones que tenen cura d'infants	• serveis sanitaris
• accidents en la gent gran	• persones que tenen cura de gent gran • població >64 anys atesa	• comunitat, serveis sanitaris
• anorèxia i bulímia	• persones amb vinculació amb els adolescents (família, docents)	• comunitat, escoles, serveis sanitaris
2. Prevenció de malalties mitjançant vacunes		
• diftèria, tètanus, tos ferina, poliomieltis, xarampió, rubèola, parotiditis, hepatitis B, <i>Haemophilus influenzae</i>	• població escolar • població atesa	• escoles, serveis sanitaris, empreses i presons
• pneumònia pneumocòccica, grip, hepatitis B, rubèola	• grups de risc	• serveis sanitaris, empreses i presons

Intervenció	Problema de salut/factor de risc	Població	Àmbit
3. Detecció, tractament i control			
	• hipertensió arterial	• població de 15 i més anys atesa	• serveis sanitaris
	• hàbit tabàquic	• població de 15 i més anys atesa	• serveis sanitaris
	• hipercolesterolèmia	• població atesa de 35 a 64 anys en homes i de 45 a 64 anys en dones • familiars de pacients dislipèmics o amb antecedents de cardiopatia isquèmica en edat jove	• serveis sanitaris
	• diabetis <i>mellitus</i>	• població atesa amb factors de risc cardiovascular • embarassades ateses	• serveis sanitaris
	• consum excessiu d'alcohol	• població de 15 i més anys atesa • embarassades ateses	• serveis sanitaris
	• consum de drogues no institucionalitzades	• població de 15 a 40 anys atesa • embarassades ateses	• serveis sanitaris, presons
	• càncer de mama	• dones de 50 a 64 anys (cribratge poblacional)	• serveis sanitaris
	• càncer de coll uteri	• dones de 25 a 64 anys ateses	• serveis sanitaris
	• càncer de pell	• població atesa	• serveis sanitaris
	• càncer colorectal	• població de 50 a 69 anys (cribratge poblacional programa pilot)	• serveis sanitaris
	• infecció per l'HIV	• població atesa amb comportaments de risc • embarassades ateses • joves i adolescents atesos	• serveis sanitaris, presons
	• malalties de transmissió sexual	• població atesa amb comportaments de risc • embarassades ateses • joves i adolescents atesos	• serveis sanitaris, presons
	• tuberculosi	• població atesa amb comportaments de risc	• serveis sanitaris presons
	• malalties relacionades amb el treball	• població treballadora atesa	• serveis sanitaris, empreses
	• càries	• població escolar	• escoles
	• anomalies congènites	• embarassades ateses	• serveis sanitaris
	• trastorns mentals	• població atesa • població atesa amb trastorns mentals	• serveis sanitaris, presons
	• anorèxia i bulímia	• joves i adolescents atesos	• serveis sanitaris
	• trastorns cognitius i de la conducta	• població atesa	• serveis sanitaris
	• maltractaments infantils	• infants i adolescents atesos	• serveis sanitaris
	• abús sexual	• infants i adolescents atesos per abús sexual	• urgències hospitalàries i forenses

Intervenció	Problema de salut/factor de risc	Població	Àmbit
4. Cerca activa i tractament de contactes			
	• tuberculosi	• contactes dels casos	• serveis sanitaris,
	• malalties de transmissió sexual		presons
5. Consell assistit			
	• hàbit tabàquic	• població fumadora atesa	• serveis sanitaris
	• consum excessiu d'alcohol	• bevedors de risc detectats	• serveis sanitaris
	• consum de drogues no institucionalitzades	• consumidors de drogues detectats	• serveis sanitaris, presons
	• diabetis <i>mellitus</i>	• diabètics detectats, familiars i cuidadors	• serveis sanitaris
6. Programa de manteniment amb metadona i Programa d'intercanvi de xeringues			
	• riscos associats al consum de drogues per via parenteral	• usuaris de drogues per via parenteral	• serveis sanitaris, presons
7. Prevenció de riscos laborals			
	• activitats d'especial perillositat	• població treballadora	• empreses
8. Control sanitari del medi ambient i establiments alimentaris			
	• aigües de consum públic		• comunitat, serveis sanitaris, presons, empreses
	• equipaments d'ús col·lectiu i assentaments humans no permanents		
	• residus sanitaris		
	• aplicació de plaguicides d'ús ambiental i d'ús en la indústria alimentària		

Accions

En aquest apartat també es presenta un resum del que s'anomenen accions, les quals tenen un caràcter complementari o instrumental i, sovint, la finalitat de contribuir a crear les condicions necessàries per poder dur a terme amb èxit els objectius plantejats.

Es formulen propostes que es relacionen especialment amb la millora de la qualitat del procés d'atenció a determinats problemes de salut. Altres mesures s'orienten a millorar el suport als pacients i a les famílies, així com la seva satisfacció, i també es proposen accions explícites de caràcter intersectorial.

La posada en pràctica de les intervencions i accions que es proposen i, en última instància, l'assoliment dels objectius del Pla, depenen en bona part dels professionals que treballen en l'àmbit de la salut, com a experts en la seva àrea de responsabilitat, atès que treballen en contacte directe amb la població i amb realitat i són els qui decideixen com i amb quins recursos cal abordar i tractar els problemes. Cal reconèixer l'autonomia dels professionals en la gestió clínica i incorporar els seus coneixements i experiència en l'elaboració de recomanacions de pràctica clínica per millorar la qualitat assistencial i reduir la variabilitat de la pràctica clínica.

Bona part de les propostes del Pla són actuacions que recauen de manera especial en els serveis sanitaris i sociosanitaris i, especialment, en l'Atenció Primària de Salut (APS) que, per les seves característiques, és un àmbit clau per a l'aplicació d'aquestes propostes.

L'APS és el primer punt de contacte de la població amb el sistema sanitari. Al llarg del temps s'estableix una relació entre les persones que utilitzen els serveis i els professionals d'aquest nivell assistencial que permet una visió global del pacient en les diferents etapes de la seva vida. Així mateix, dóna l'oportunitat d'oferir activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, de detectar els problemes precoçment, d'intervenir davant de problemes de salut o situacions de risc, de fer-ne el seguiment oportú i, si escau, de derivar el pacient als serveis especialitzats.

Cal, doncs, dotar-se d'una xarxa d'atenció primària que pugui desenvolupar tot el seu potencial preventiu, educatiu i de resposta a les necessitats de salut de la població i que disposi del suport dels serveis especialitzats, i treballi en estreta col·laboració amb aquests.

Els serveis especialitzats sanitaris i sociosanitaris també tenen un paper cabdal en la promoció i el manteniment de la salut i la millora de la qualitat de vida de les persones.

Els problemes de salut que afecten la gent gran i determinades malalties, com ara el càncer, els trastorns mentals, la sida i els accidents requereixen un tractament especialitzat i sovint multidisciplinari i en estreta col·laboració amb l'atenció primària.

Tanmateix, aquests no són els únics àmbits des d'on es pot donar resposta a les necessitats de salut. Hi ha problemes sanitaris, com ara els relacionats amb els hàbits i les conductes, les condicions socials i el medi ambient, en què les intervencions poden ser més efectives si es duen a terme des de la comunitat que no pas si es fa des dels serveis sanitaris exclusivament com, per exemple, l'educació per a la salut a l'escola.

Acció	Problema de salut/àmbit
1. Elaboració de recomanacions, amb la participació dels professionals, per a la millora de la qualitat del procés d'atenció i per a la reducció de la variabilitat de la pràctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • infart de miocardi i accident vascular cerebral • patologia digestiva • asma • consum de drogues no institucionalitzades • consum excessiu d'alcohol • trastorns cognitius i de la conducta • patologia de l'aparell locomotor • tuberculosi • caigudes accidentals de la gent gran • seguretat viària • dolor • nafres per pressió • part i puerperi • problemes de salut relacionats amb el treball • menopausa
2. Sensibilització i capacitació dels professionals	<ul style="list-style-type: none"> • consentiment informat • diabetis mellitus • hàbit tabàquic • problemes de salut mental • anorèxia i bulímia • maltractaments infantils • trastorns cognitius i de la conducta • dolor • patologia de l'aparell locomotor • salut laboral
3. Informació i suport psicosocial als pacients i a les famílies	<ul style="list-style-type: none"> • trastorns mentals severes • infecció per l'HIV • dolor • càncer • anorèxia i bulímia • trastorns cognitius i de la conducta
4. Cooperació i coordinació intersectorials	<ul style="list-style-type: none"> • anorèxia i bulímia • maltractaments infantils • sanitat ambiental • seguretat i salut laboral • salut a l'escola (PESE) • seguretat viària • hàbit tabàquic
5. Millora de la satisfacció dels usuaris	<ul style="list-style-type: none"> • informació al ciutadà sobre els serveis • accessibilitat al sistema sanitari • sistemes de queixes i suggeriments • qualitat de vida i satisfacció dels malalts més vulnerables • comunicació entre els professionals i els pacients • coneixement sobre les expectatives i la satisfacció dels usuaris i dels ciutadans

3

Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables

Els estils de vida són un dels principals determinants de la salut, particularment en els països desenvolupats. Per aquest motiu, i com a expressió concreta d'un dels eixos que articulen la planificació sanitària a Catalunya, cal que el Pla de salut potencii les intervencions dirigides a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables. D'acord amb les estratègies formulades en el document *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region* i amb les propostes de la Declaració de Yakarta sobre promoció de la salut el segle XXI, és prioritari impulsar i consolidar polítiques de promoció de la salut mitjançant actuacions intersectorials que afectin els comportaments dels individus i de les comunitats.

En diversos apartats del Pla de salut es contempla la promoció d'hàbits i estils de vida relacionats directament amb determinats problemes de salut, com per exemple el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol, els accidents o les malalties de transmissió sexual, entre d'altres. Tot i això, cal potenciar el caràcter transversal de les intervencions de promoció de la salut, ja que els factors conductuals que influeixen en la salut són diversos i sovint estan interrelacionats, alhora que afecten diversos àmbits (serveis sanitaris, ensenyament, entorn laboral, medi ambient, serveis socials, lleure, etc.). Això fa que es plantegi la necessitat de definir intervencions que, des d'una visió global i integral, permetin prioritzar els estils de vida i àmbits sobre els quals cal actuar, atenent criteris d'efectivitat, acceptabilitat, factibilitat i eficiència.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

El Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya especifica els objectius generals que cal assolir l'any 2000. Així, entre els objectius generals formulats dins dels apartats corresponents als problemes de salut, n'hi ha una bona part que estan relacionats amb els estils de vida. Com en els anteriors períodes del Pla de salut, es mantenen els següents objectius formulats específicament en relació amb hàbits i estils de vida:

- D'aquí a l'any 2000 la prevalença d'anèmia ferropènica en la població femenina en edat fèrtil ha de ser inferior al 2%, i en la població infantil a l'1%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir l'aportació de greixos en la dieta a menys del 35% de l'energia, i específicament l'aportació de greixos saturats a menys del 10% del total calòric.
- Caldrà disminuir el consum de sucres o hidrats de carboni refinats fins a 60 g per habitant i dia l'any 2000.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar l'aportació calòrica en hidrats de carboni complexos, per tal que no sigui inferior al 50% de la ració energètica diària.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar l'aportació de fibra a la dieta fins a 30 g per habitant i dia.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença d'adults que caminen més de 30 minuts diaris en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença de persones de 15 anys i més que fan exercici durant el temps lliure en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença, almenys en un 40%, de persones de 15 anys i més que són absolutament sedentàries durant el temps de lleure.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença d'adults que realitzen activitats físiques vigo-roses durant el temps de lleure com a mínim tres cops per setmana, en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el percentage d'abandonament de la pràctica d'exercici físic en el temps de lleure en els menors de 35 anys en un 30%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de sobrepès de la població en un 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'obesitat de la població en un 25%.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions i accions proposades en aquest apartat tenen en compte uns criteris coherents amb les grans línies de les polítiques de promoció de la salut vigents a Catalunya, i, en aquest sentit, són actuacions de continuïtat respecte als anteriors plans de salut.

Així, el concepte positiu de salut que fonamenta aquest Pla implica que les accions sobre els estils de vida han d'evitar la culpabilització dels individus o el paternalisme de l'Administració pública. També cal tenir present que certs grups poblacionals, a causa de factors socials, educatius, generacionals o d'altre tipus, s'enfronten a majors dificultats en l'elecció dels seus estils de vida o en la pràctica regular d'hàbits saludables. Això comporta la necessitat de seleccionar i prioritzar les intervencions mitjançant una prèvia determinació de necessitats i de grups de població diana.

Un altre aspecte important a desenvolupar és el component d'avaluació d'aquestes intervencions i accions, pel que fa a millorar-ne l'efectivitat (guanys en salut) i l'eficiència (adequació del procés d'intervenció). En un entorn caracteritzat per la limitació de recursos i per la insuficient evidència científica de bona part de les intervencions sobre els estils de vida, es fa més necessari avaluar l'impacte d'aquestes actuacions.

Com en l'anterior Pla de salut, els principals hàbits relacionats amb els problemes de salut inclosos en aquest Pla són: l'hàbit tabàquic, el consum excessiu d'alcohol, el consum de drogues no institucionalitzades, l'alimentació, l'exercici físic, la sexualitat i l'afectivitat, els hàbits relacionats amb els accidents i els maltractaments, els relacionats amb la salut mental, els hàbits higiènic i la utilització de medicaments. Molts d'aquests tenen apartats específics amb intervencions i objectius operacionals concrets però, tanmateix, tots són l'objecte del plantejament transversal i integrador d'aquest apartat.

Les intervencions i accions prioritàries proposades pel Pla de salut 1999-2001 són:

- Potenciació de l'educació per a la salut a l'escola.
- Impuls i suport a l'aplicació del consell educatiu en els serveis sanitaris.
- Utilització de les oportunitats que ofereix el medi laboral per a la promoció d'hàbits saludables.
- Promoció de les conductes saludables entre els joves.
- Desenvolupament i aplicació d'estratègies globals de promoció de la salut.

Potenciació de l'educació per a la salut a l'escola

La incorporació de l'educació per a la salut a l'escola facilita, en etapes vitals amb un alt potencial de sensibilització i aprenentatge, que els individus adquireixin uns estils de vida que els permetin prevenir problemes de salut i millorar el seu benestar físic i mental. Així, el marc escolar, per la important influència que exerceix en l'educació, té un paper primordial en la promoció de la salut: l'escola sencera ha de ser promotora de salut i l'educador un agent de salut fonamental.

El Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE) té com a objectiu vetllar per la incorporació de l'educació sanitària als centres d'educació primària i secundària. Mitjançant les activitats del PESE es proposen les accions següents:

- Promoure la introducció de continguts d'educació per a la salut en els centres d'educació secundària, mitjançant l'oferta de crèdits variables tipificats i crèdits de síntesi.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

- Elaborar materials educatius per a la integració de la promoció de la salut en els projectes curriculars dels centres d'ensenyament, en relació amb els temes prioritzats en el Pla de salut.
- Impulsar la formació dels professionals docents en relació amb l'educació per a la salut a l'escola.
- Avaluar les activitats d'educació per a la salut desenvolupades en els centres d'ensenyament.
- Donar suport als projectes d'innovació, en matèria d'educació per a la salut, en els centres d'ensenyament.
- Donar suport a iniciatives de coordinació intersectorial per al desenvolupament de projectes d'educació per a la salut a l'escola, en àmbits territorials específics i, particularment, entre els professionals sanitaris i docents.

Impuls i suport de l'aplicació del consell educatiu en els serveis sanitaris

Tal com s'indicava en l'anterior Pla de salut, cal continuar potenciant l'educació sanitària en forma de consell personalitzat com una activitat habitual en les consultes d'atenció primària i, en general, en tots els àmbits assistencials.

Tanmateix, el consell preventiu individual, per ser efectiu, requereix el compliment d'uns criteris ben definits pel que fa a l'impacte i al desenvolupament: procediments, habilitats dels professionals i condicions de l'entorn. En aquest sentit, és fonamental que les activitats de consell preventiu estiguin basades en l'evidència científica i siguin periòdicament avaluades.

El Pla de salut proposa les actuacions següents:

- Impulsar el consens dels professionals de l'atenció primària per a l'aplicació progressiva de la promoció d'hàbits saludables, amb una visió integral dels diferents grups poblacionals, i aplicant criteris de prioritització i de tractament específic.
- Potenciar la formació dels professionals de la salut en tècniques de consell, així com oferir més recursos de suport per millorar les seves habilitats.
- Fomentar l'avaluació del consell educatiu, principalment en l'àmbit de l'atenció primària.

Utilització de les oportunitats que ofereix el medi laboral per a la promoció d'hàbits saludables

D'acord amb les intervencions i els objectius de l'apartat "Problemes de salut laboral", es continua considerant necessari el desenvolupament d'una estratègia dirigida al desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut adreçades a la població treballadora, adaptades a la realitat específica de l'àmbit laboral.

Promoció de les conductes saludables entre els joves

La prevenció de conductes de risc i la promoció d'hàbits saludables entre els joves continua sent un dels objectius prioritaris de les polítiques de salut dels països desenvolupats i és un dels objectius proposats per l'Oficina Regional Europea de l'OMS per al començament del segle XXI.

Les accions preventives en la població jove tenen unes característiques estretament lligades als comportaments específics d'aquest grup de població: escassa relació amb els serveis sanitaris, influència de missatges contradictoris, estils de vida molt diversos i dinàmics, etc., la qual cosa implica donar molta importància al caràcter intersectorial de les intervencions proposades.

Així, es proposa continuar potenciant el desenvolupament de les accions formulades en els plans interdepartamentals coordinats per la Secretaria General de Joventut, i desenvolupades en diversos àmbits. Aquestes accions són les següents:

- Potenciar globalment l'adquisició d'hàbits i estils de vida saludables.
- Desenvolupar accions de prevenció en relació amb la infecció per l'HIV, les malalties de transmissió sexual i els embarassos no desitjats.
- Fomentar actuacions en l'àmbit esportiu amb elements bàsics d'educació per a la salut.
- Fomentar actuacions de prevenció del consum d'alcohol, de tabac i d'altres drogues.
- Potenciar les accions adreçades a la reducció del nombre i la gravetat dels accidents de trànsit.
- Augmentar les accions de promoció de la salut mental entre els joves.

Així mateix, també cal impulsar noves accions dirigides a l'abordatge de problemes de salut emergents entre els joves i adolescents, especialment la prevenció de conductes violentes, la prevenció de trastorns alimentaris i el foment de l'activitat física de lleure, sobretot entre les noies.

Desenvolupament i aplicació d'estratègies globals de promoció de la salut

Aquesta intervenció es concreta en tres àmbits, generats a partir de les idees expressades en la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut (1986), que donen continuïtat a intervencions formulades en el Pla de salut 1996-1998:

- Fer un entorn més saludable

L'entorn físic, social, cultural i econòmic és un condicionant fonamental per a l'adquisició i modificació d'hàbits. Per tant, avançar en la construcció d'un entorn més saludable és una condició prèvia per facilitar la pràctica d'estils de vida saludables. Això requereix impulsar i reforçar decididament polítiques intersectorials en aquesta línia.

- Reforçar el sistema de suport social

El sistema de suport social (família, grups d'iguals, grups d'autoajuda, etc.) i la utilització de recursos informals i comunitaris tenen una gran influència en la promoció d'hàbits i estils de vida saludables. Cal potenciar els elements organitzats de suport (grups d'afectats i d'autoajuda, voluntariat, associacions ciutadanes, casals de joves i de gent gran, etc.) per tal que puguin ajudar els individus i els grups més vulnerables a afrontar els problemes.

- Promoure alternatives saludables

Es fa necessari que les persones puguin conèixer i tenir a l'abast alternatives saludables que siguin fàcils i atractives. L'elaboració i difusió de materials educatius i l'existència d'estrís i recursos que facilitin els hàbits saludables i ofereixin alternatives als nocius són els mitjans que han de fer possible el desenvolupament de les accions en aquesta línia. Les tasques de recerca i avaluació sobre l'impacte, la qualitat i l'accessibilitat d'aquestes accions també formen part d'aquesta intervenció.

Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6. Copenhagen, 1998.
2. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997. (No publicat.)
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
4. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Rev San Hig Pub 1987; 61: 129-33.
5. Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. BMJ 1997; 315: 361-3.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

4

Objectius i intervencions sobre els problemes de salut

1. Problemes de salut cardiovasculars

Tot i que la incidència de les malalties cardiovasculars, igual que en la majoria de països mediterranis, és de les més baixes del món i que la mortalitat per aquesta causa ha disminuït d'una manera considerable a Catalunya en els darrers anys, aquest grup de malalties continua sent important com a problema de salut.

El grup de les malalties de l'aparell circulatori constitueix la primera causa de mort i l'any 1997 representava el 36,0% del total de defuncions. Més de la meitat de les morts (55,7%) per malalties de l'aparell circulatori van ser degudes a malalties isquèmiques del cor (93,3 per 100.000 habitants i any) i a malalties cerebrovasculars (86,4 per 100.000 habitants i any). Les malalties isquèmiques del cor van ser la primera causa de mort en els homes en els grups d'edat de 65 a 74 anys i de 75 i més anys i també en les dones entre 65 i 74 anys. Les malalties cerebrovasculars van ser la primera causa de mort en les dones a partir de 75 anys.

Les malalties de l'aparell circulatori van representar l'any 1997, l'11,8% de les altes hospitalàries, i van ser la primera causa d'hospitalització.

Les dades del Registre Gironí del Cor (REGICOR), que comprenen l'àmbit territorial de la Regió Sanitària Girona excepte la comarca del Ripollès, mostren una incidència d'infart agut de miocardi, per a aquesta àrea d'estudi, de les més baixes del món industrialitzat tant en homes com en dones. L'any 1995, la taxa d'incidència d'infart de miocardi* en la població entre 35 i 64 anys va ser, en els homes, de 111 per 100.000 i, en les dones, de 20 per 100.000. En el període entre 1990 i 1995 s'ha enregistrat un augment moderat de la incidència en les dones del grup d'edat de 45 a 54 anys. D'altra banda, alguns estudis portats a terme recentment en l'àmbit de determinats hospitals de Catalunya mostren que la mortalitat als 28 dies i la morbiditat i la mortalitat als 6 mesos després d'un primer infart agut de miocardi és superior en les dones que en els homes.

Objectius generals de salut i de disminució de risc**

- D'aquí a l'any 2000 la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en les persones de menys de 65 anys s'hauria de reduir, almenys, en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per malaltia cerebrovascular en un 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per insuficiència renal crònica en un 5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la proporció d'hipertensos tractats en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la proporció d'hipertensos controlats en un 75%.
- Cal mantenir el consum baix de sal en la dieta i, eventualment, reduir-lo quan superi els 6 g per dia.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el nivell mitjà de colesterol plasmàtic de la població de 35 a 64 anys per sota de 220 mg/dl.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de prevalença d'hipercolesterolèmia en la població catalana per sota del 20%.

* Casos incidents sense infart previ, segons la definició estricta d'infart agut de miocardi, que inclou els casos en què hi ha proves d'infart de miocardi clíniques concloents i els casos fatals en què hi ha algun registre clínic incomplet o no concloent i/o antecedents de cardiopatia isquèmica. Taxa estandarditzada per edat i sexe, segons la població mundial.

** Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions i accions proposades són de continuïtat respecte a les del Pla de salut 1996-1998 i se centren fonamentalment en l'actuació sobre els principals factors de risc de les malalties cardiovasculars (hipertensió arterial, hàbit tabàquic, hipercolesterolèmia i diabetis *mellitus*) i la millora de la qualitat del procés d'atenció a l'infart agut de miocardi i a l'accident vascular cerebral i a les complicacions que se'n deriven.

És un fet àmpliament acceptat que l'etiologia de les malalties cardiovasculars és multifactorial i que els factors de risc tenen efectes multiplicatius. Per tal que els beneficis que es puguin obtenir de la prevenció de les malalties cardiovasculars siguin els màxims possibles és necessari que es faci des d'una perspectiva multifactorial i integrada, d'acord amb la qual, i sense abandonar l'actuació sobre cadascun dels factors de risc, cal posar l'èmfasi en l'abordatge integral tenint en compte el risc cardiovascular i tractant persones globalment més que factors de risc aïllats.

Per al període 1999-2001 es proposen les següents intervencions i accions prioritàries:

- Detecció, tractament i control de la hipertensió arterial.
- Prevenció i detecció de l'hàbit tabàquic. (Aquesta intervenció es planteja en l'apartat específic sobre l'hàbit tabàquic.)
- Detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia.
- Millora de la qualitat del procés d'atenció a les malalties cardiovasculars, mitjançant el consens entre els professionals en els aspectes principals del maneig clínic en relació amb l'infart agut de miocardi i l'accident vascular cerebral.
- Detecció, tractament i control de la diabetis *mellitus* i de les complicacions que se'n deriven. (Aquesta intervenció es planteja en l'apartat específic sobre la diabetis *mellitus*.)
- Realització d'estudis clinicoepidemiològics i de recerca avaluativa que permetin el seguiment dels indicadors i les intervencions proposades.

Objectius operacionals**

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuarà monitoritzant la tendència de la prevalença de la hipertensió arterial a Catalunya.

Avaluació

Estudi poblacional transversal.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal haver mesurat la pressió arterial almenys al 70% de la població de 15 anys i més atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

Percentatge de població de 15 anys i més atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha mesurat la pressió arterial.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal haver mesurat la pressió arterial almenys al 50% de la població entre 15 i 44 anys atesa pels equips d'atenció primària.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

** Vegeu també els objectius dels apartats corresponents al capítol 4 "Hàbit tabàquic" i al capítol 16 "Diabetis *mellitus*".

Avaluació

Percentatge de població d'entre 15 i 44 anys atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha mesurat la pressió arterial.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 80% dels hipertensos coneguts atesos pels equips d'atenció primària han d'estar en situació de control acceptable i el 35% en situació de control òptim.

Avaluació

Percentatge d'hipertensos coneguts atesos pels equips d'atenció primària en situació de control acceptable i òptim.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut es continuarà monitoritzant la tendència de la hipercolesterolèmia a Catalunya.

Avaluació

Estudi poblacional transversal.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 60% de les persones diagnosticades d'hipercolesterolèmia ateses pels equips d'atenció primària han d'estar en situació de control.

Avaluació

Percentatge de persones diagnosticades d'hipercolesterolèmia ateses pels equips d'atenció primària en situació de control.

Referències bibliogràfiques

1. La declaració de Catalunya: Invertir en salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. 20 anys del REGICOR Registre Gironí del Cor 1978-1998. Girona: Regió Sanitària Girona, 1998.
4. Marrugat J, Sala J, Masiá R, Pavesi M, Sanz G, Valle V, Molina L, Serés L. Diferencias de mortalidad entre varones y mujeres después de un primer infarto de miocardio. JAMA (ed. esp.) 1998; 8:188-93.
5. Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masiá R, Marrugat J and the REGICOR Investigators. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Gerona, Spain, 1990-1992. Int J Epidemiol 1998; 27:599-604.
6. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Guía de prevención cardiovascular. Madrid: Grupo MSD, 1997.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

2. Càncer

El càncer constitueix un dels problemes de salut prioritaris a Catalunya. És la segona causa de mort amb una taxa bruta de mortalitat per tumors de 240,91/100.000 habitants l'any 1997 (304,41 morts per 100.000 en els homes i 180,40 per 100.000 en les dones). D'altra banda, l'anàlisi de les tendències temporals posa de manifest un augment de la mortalitat per càncer, que en els homes s'estima en un 2% de mitjana anual, mentre que en les dones aquest augment és mínim.

Pel que fa a la incidència, les estimacions s'han fet a partir de les dades procedents del Registre de càncer de Tarragona, del registre de mortalitat de Catalunya i de la relació mortalitat/incidència. Assumint que la freqüència d'aparició del càncer al conjunt de Catalunya seguís les mateixes taxes que a Tarragona l'any 1992, caldria esperar anualment uns 12.500 casos nous de càncer diagnosticats entre els homes i 9.100 entre les dones. Els tipus de càncer més freqüents (diagnòstics amb més de 1.000 casos nous per any) són els de pulmó, pròstata i bufeta urinària, en els homes, i els de mama i còlon, en les dones. D'acord amb aquestes estimacions, es podria concloure que al voltant de 82.000 homes i 105.000 dones (2,9% de la població de Catalunya) viuen amb un diagnòstic de càncer. Amb relació a l'exposició a factors de risc, cal destacar que 1 de cada 3 casos de càncer és o ha estat un fumador moderat/important i en els casos de càncers de pulmó, de laringe o de bufeta urinària aquesta proporció s'incrementa fins a 9 de cada 10 casos.

L'anàlisi de l'evolució de la incidència i de la mortalitat per càncer s'ha utilitzat per projectar el nombre futur de casos nous tenint en compte l'estructura d'edat i l'evolució demogràfica de la població catalana, però sense incorporar l'efecte potencial de canvis en els factors de risc o en les estratègies terapèutiques. Els resultats, doncs, s'han de valorar amb cura especialment si es produïssin canvis notables en les teràpies oncològiques o en qualsevol altre factor que pogués afectar la mortalitat. L'estimació s'ha fet per als principals tumors en ambdós sexes i fins a l'any 2005. Així, a partir del nombre estimat de casos de càncer que es van diagnosticar a Catalunya en el període 1992-1993, es preveu que aquestes xifres augmentin fins a 16.000 casos nous en els homes i 11.700 en les dones els anys 1998-1999 i fins a 18.900 i 13.500, respectivament, l'any 2005.

L'increment previsible del nombre de casos de càncer té una distribució desigual segons el grup d'edat. L'augment més gran es produeix en el grup de 75 anys i més, mentre que en els grups d'edat intermèdia és més moderat i s'observa una certa estabilització en els menors de 45 anys. Per tumors, cal destacar la importància que adquireix el càncer de còlon en el conjunt d'ambdós sexes i el creixement dels càncers de pulmó i de mama.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal estabilitzar la tendència creixent de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení i per càncer de pulmó en el sexe masculí.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per càncer de coll uterí en un 25%.

Intervencions i accions prioritàries**

Les intervencions i accions prioritàries que es proposen, amb continuïtat i coherència amb el període de planificació anterior, són les mateixes que recollia el Pla de salut de Catalunya 1996-

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

1998. Tanmateix, d'acord amb la situació epidemiològica del càncer colorectal en el nostre medi i l'evidència de l'eficàcia del cribratge, es planteja la necessitat de disposar d'avaluacions sobre l'acceptabilitat de la prova i la viabilitat del cribratge d'aquest tumor abans de recomanar-ne l'aplicació de manera generalitzada.

Cribratge del càncer colorectal

El càncer colorectal ocupa la segona posició quant a incidència en ambdós sexes, si se n'exclou el càncer de pell no melanoma, i també és el segon tumor pel que fa a la mortalitat per càncer. A Catalunya representa, anualment, l'aparició d'uns 1.800 casos nous en els homes i 1.500 en les dones i és responsable d'unes 830 i 470 morts, respectivament.

La història natural del càncer colorectal no es coneix amb exactitud però s'accepta que una proporció important de càncers de còlon i de recte es desenvolupen a partir de pòlips adenomatosos. La presència de pòlips és freqüent en la població i només un petit percentatge progressen fins a càncer. El temps mitjà necessari per completar aquesta progressió és llarg, probablement de 10 o més anys. Cal assenyalar que la supervivència d'aquest càncer està molt relacionada amb l'extensió del tumor en el moment del diagnòstic. Aquestes característiques de la història natural suggereixen que la identificació precoç del càncer colorectal, mitjançant el cribratge, contribuiria a la reducció de la morbiditat i la mortalitat per aquest tumor per un doble efecte de detecció i tractament en estadis precoços de càncer invasiu i/o d'identificació i d'extirpació dels pòlips considerats precursors del càncer.

A la fi de 1996 es van publicar dos assaigs clínics aleatoritzats que van demostrar de forma concloent que el cribratge del càncer colorectal mitjançant la detecció de sang oculta en femta és eficaç per reduir la mortalitat per aquest tumor en un 15%.

Cal, però, fer algunes consideracions. En primer lloc, s'ha de parlar de la participació, que va ser de l'ordre del 40% al llarg dels deu anys que van durar els diferents estudis. En segon lloc, s'ha de fer referència a les limitacions de la prova de cribratge, bàsicament a la baixa sensibilitat, i a l'evolució que ha experimentat en aquests anys i que ha permès millorar-ne la validesa.

La positivitat en la prova de cribratge suposa una exploració completa del còlon i del recte mitjançant una tècnica invasiva, la colonoscòpia. L'avantatge d'aquest pas en la seqüència del cribratge és que la prova diagnòstica també pot ser terapèutica.

Pel que fa al cribratge mitjançant exploració endoscòpica (sigmoidoscòpia i colonoscòpia), l'evidència quant a eficàcia és encara més limitada i caldrà esperar fins que es disposi dels resultats dels assaigs que s'estan portant a terme actualment. Aquesta exploració, com a prova de cribratge, presentaria l'avantatge d'una major sensibilitat.

Per tal d'aconseguir un impacte en la reducció de la mortalitat de l'entorn poblacional cal que qualsevol prova de cribratge que es proposi sigui, a més d'eficaç, acceptable per la població a la qual va dirigida. La informació disponible sobre el cribratge amb sang oculta en femta indica una participació mitjana del 40-65% en una ronda de cribratge, amb una disminució significativa en les rondes successives i a partir dels 70 anys. Pel que fa a la colonoscòpia, la informació és més limitada i variable amb una participació entre el 12 i el 70%. No hi ha, però, dades sobre l'acceptació d'aquestes proves en la població catalana i en el sistema sanitari català.

Per aquest motiu, es proposa: a) investigar l'acceptació del cribratge del càncer colorectal a Catalunya i identificar els motius de rebuig a la participació, i b) avaluar els recursos necessaris per practicar aquest cribratge i el seu impacte en els serveis assistencials.

Les intervencions i accions prioritàries proposades pel Pla de salut de Catalunya 1999-2001 són:

- Prevenció i detecció de l'hàbit tabàquic.
- Extensió dels programes poblacionals de cribratge del càncer de mama.
- Manteniment de les activitats de detecció precoç del càncer de coll uteri.
- Consell sobre l'exposició solar i detecció precoç del càncer de pell.
- Avaluació de l'acceptabilitat i la viabilitat del cribratge del càncer colorectal.
- Millora del procés assistencial, incloent-hi el suport psicosocial als malalts.
- Potenciació dels sistemes d'informació sanitària i de la recerca oncològica.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut continuarà difonent entre els professionals sanitaris i la població els consells preventius recollits en el Codi europeu contra el càncer.

Avaluació

Valoració de les activitats de difusió realitzades.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, per tal de garantir l'equitat en les oportunitats de prevenció secundària, s'haurà assolit una cobertura poblacional del cribratge del càncer de mama a Catalunya del 50%.

Avaluació

Grau d'assoliment de la cobertura poblacional dels programes de cribratge del càncer de mama a Catalunya.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut el Servei Català de la Salut promourà el desenvolupament d'accions per tal de mantenir i millorar la qualitat dels programes poblacionals de cribratge del càncer de mama a Catalunya.

Avaluació

Valoració de les accions desenvolupades.

4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, per tal d'avaluar l'acceptabilitat i la viabilitat del cribratge del càncer colorectal a Catalunya, es durà a terme una prova pilot de cribratge poblacional d'aquest tumor.

Avaluació

Grau d'acceptació del cribratge i identificació de variables associades.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut continuarà cooperant amb les organitzacions de voluntaris i els grups d'ajuda mútua per tal d'obrir noves oportunitats al desenvolupament de modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer.

Avaluació

Accions afavoridores de les diferents modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer.

Referències bibliogràfiques

1. Borràs JM, Borràs J, Viladiu P, Bosch FX. Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya: 1975-1992. Barcelona: Servei Català de la Salut i Institut Català d'Oncologia, 1997.
2. Puig X, Moreno V, Sánchez V, Borràs JM, Borràs J, Galceran J. Proyección de la incidencia y la mortalidad por cáncer en Cataluña. Barcelona, 1998 (pendent de publicació).
3. Kronberg KO, Penger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult blood test. *Lancet* 1996; 348:1467-71.
4. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW et al. Randomised controlled trial of faecal-occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348:1472-6.
5. Lieberman D, Sleisenger MH. Is it time to recommend screening for colorectal cancer? *Lancet* 1996; 348:1463-4.
6. Vernon SW. Participation in colorectal cancer screening: a review. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89:1406-22.
7. Gyrd-Hansen D. Is it cost-effective to introduce screening programmes for colorectal cancer? Illustrating the principles of optimal resource allocation. *Health Policy* 1997; 41:189-99.
8. Whyne DK, Neilson AR, Walker AR, Hardcastle JD. Faecal occult blood screening for colorectal cancer: is it cost-effective? *Health Econom* 1998; 7:21-9.
9. Lang CA, Ransohoff DF. What can we conclude from the randomized controlled trials of faecal occult blood test screening? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1988; 10:199-204.
10. Faivre J, Tazi MA, Autier P, Bleiberg H. Should there be mass screening using faecal occult blood test for colorectal cancer? *Eur J Cancer* 1998; 34:773-80.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

3. Malalties de l'aparell respiratori

Les malalties de l'aparell respiratori constitueixen un important problema de salut per l'elevada morbimortalitat que causen.

A Catalunya, l'any 1997 les malalties de l'aparell respiratori van ser la tercera causa de mortalitat després de les malalties de l'aparell circulatori i els tumors, amb una taxa de 85,0 morts per 100.000 habitants (106,2 morts per 100.000 en els homes i 64,8 morts per 100.000 en les dones).

Per causes específiques, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) (bronquitis, emfise-ma i asma) va suposar l'any 1997 una taxa de 44,2 morts per 100.000 habitants (64,2 morts per 100.000 en els homes i 25,0 morts per 100.000 en les dones).

Les infeccions respiratòries agudes van ser causa de 2,0 morts per 100.000 habitants (1,6 en homes i 2,5 en dones) mentre que les pneumònies van causar 14,3 morts per 100.000 habitants (15,4 en homes i 13,3 en dones).

Pel que fa a la morbiditat, les malalties de l'aparell respiratori van ser la tercera causa d'hospitalització l'any 1998 després de les malalties dels aparells digestiu i circulatori, amb una taxa de 12,1 altes per 1.000 habitants (14,6 en homes i 9,5 en dones) xifra que representa un 10,2% del total d'altes registrades aquest any.

En relació amb la notificació de malalties de declaració obligatòria, les pneumònies han passat de 33.537 casos notificats l'any 1996 a 42.542 casos l'any 1997 (698,5 per 100.000 habitants), la qual cosa situa aquesta malaltia en la franja d'elevada incidència.

Quant a la morbiditat percebuda, segons l'Enquesta de salut de Catalunya 1994, les malalties respiratòries del tracte superior i la grip són les causes més freqüents de restricció d'activitat els darrers 15 dies (12,1%), mentre que l'asma és referida per un 1,4% dels qui declaren algun tipus de restricció d'activitat.

L'asma i la bronquitis són declarades com a trastorn crònic per un 4,7 i un 6,7% de la població major de 14 anys, respectivament.

Objectiu general de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per malalties respiratòries en un 10% (sempre que no es produeixi una pandèmia gripal).

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions proposades en el Pla de salut de Catalunya 1999-2001, amb relació a les malalties de l'aparell respiratori, es basen en activitats de detecció i seguiment d'aquests problemes de salut i de coordinació entre professionals sanitaris i nivells assistencials. Les intervencions plantejades al Pla de salut 1996-1998 amb relació al càncer de pulmó i la vacunació contra la grip i la pneumònia pneumocòccica continuen vigents.

- Detecció i prevenció de l'hàbit tabàquic.
- Detecció i prevenció de problemes de l'aparell respiratori relacionats amb el treball.
- Elaboració i difusió de recomanacions de pràctica clínica per a l'abordatge de la patologia respiratòria crònica tant pel que fa a l'asma (infantil i de l'adult), com pel que fa a la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Objectiu operacional

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut establirà les recomanacions per a l'atenció a l'asma infantil i de l'adult i la malaltia pulmonar obstructiva crònica, i impulsarà fórmules de treball que permetin el consens entre els professionals.

Avaluació

Existència i difusió de recomanacions per a l'atenció a l'asma infantil i de l'adult.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1997.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

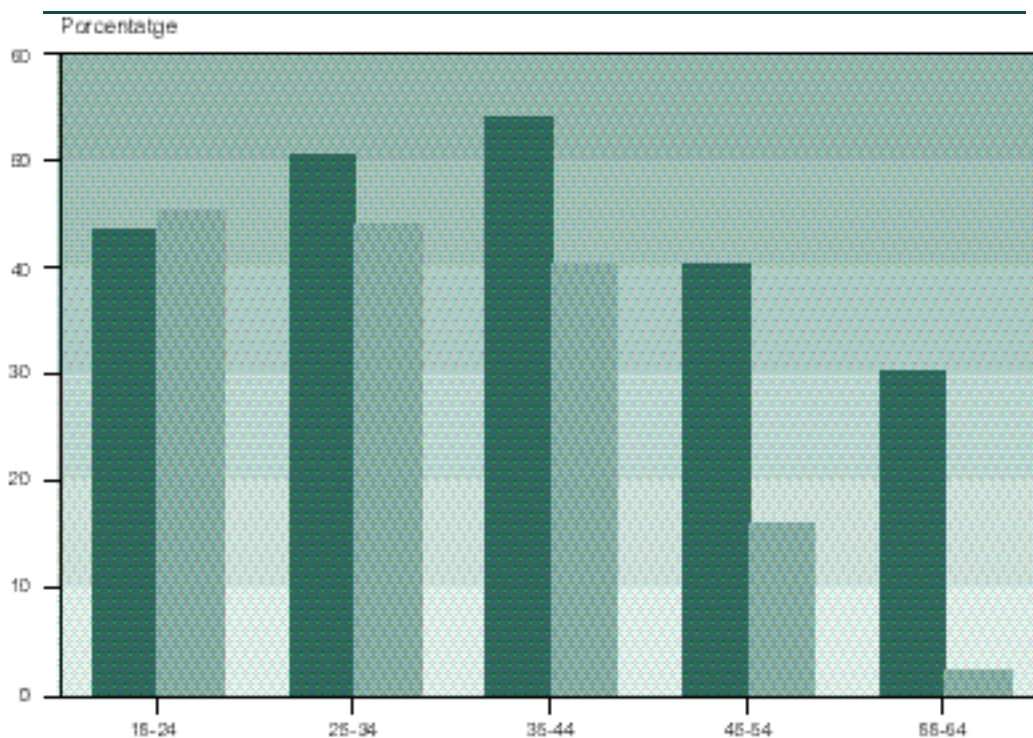
4. Hàbit tabàquic

L'hàbit tabàquic és el factor de risc individual més important de pèrdua de salut prematura i evitable en el nostre entorn, i també un dels principals problemes de salut pública susceptibles de prevenció. El tabaquisme és factor de risc de nombroses malalties entre les quals destaquen les cardiovasculars, les respiratòries cròniques i el càncer.

Els càncers associats a l'hàbit tabàquic són els de pulmó, cavitat oral, laringe, esòfag, bufeta urinària, pàncrees, ronyó i cèrvix. El més important per la seva incidència i mortalitat és el càncer de pulmó.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el seu document Politiques de salut per a tothom a Europa. 21 objectius per al segle XXI, estima que el 50% dels europeus que fumen regularment moriran a causa del tabac, la meitat dels quals ho faran prematurament en el període més actiu i productiu de les seves vides. Si no hi ha canvis, el tabac causarà el 20% de les morts a Europa l'any 2000.

A Catalunya l'any 1998, la prevalença de fumadors de 15 a 64 anys va ser del 37,5% (30,7% en dones i 44,4% en homes), xifra que representa un increment del 6,2% amb relació a l'any 1994.



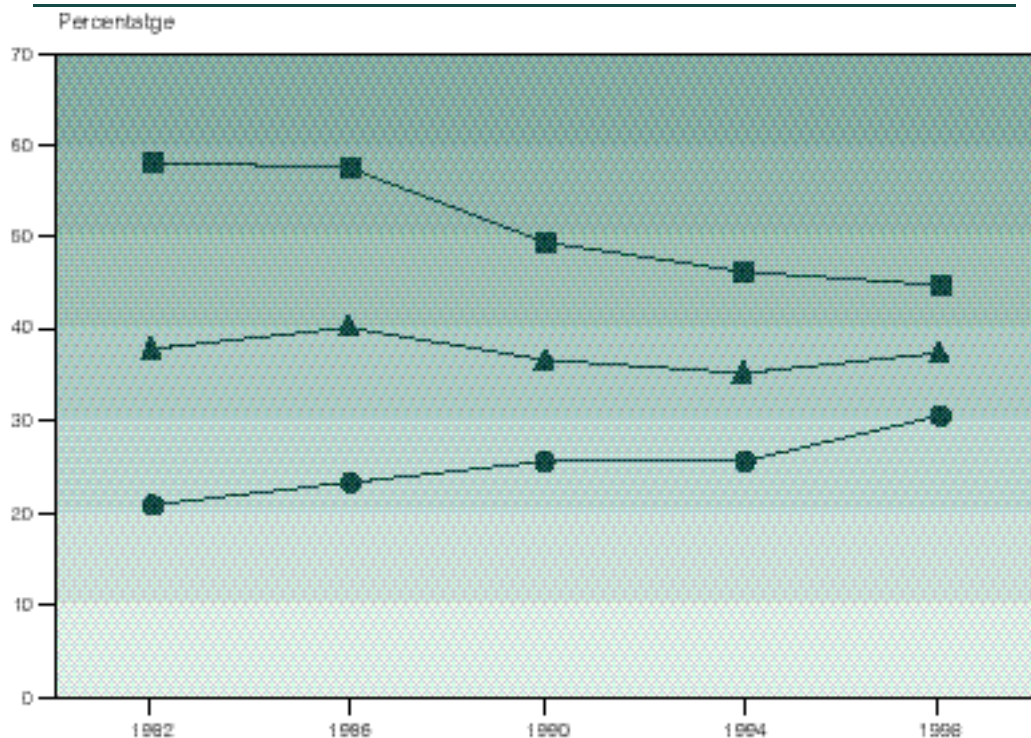
Gràfic 13. Prevalença de l'hàbit tabàquic, segons grup d'edat i sexe. Catalunya, 1998

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998.

Per grup d'edat i sexe (gràfic 13), els homes de 35 a 44 anys són els que presenten xifres de prevalença més altes (53,9%). Entre les dones, les de 15 a 24 anys presenten la prevalença més alta (45,1%), per sobre dels nois del mateix grup d'edat, amb un increment del 33,8% amb relació a l'any 1994.

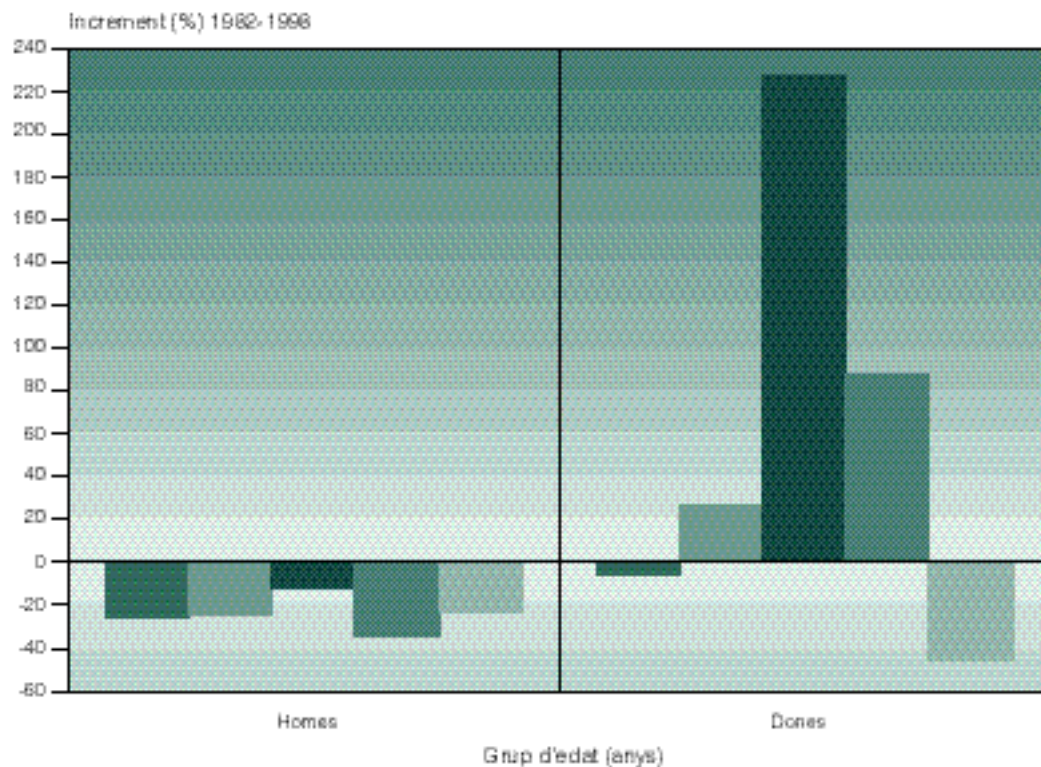
Pel que fa a la resta de grups d'edat, la prevalença és superior en els homes, si bé en les dones s'ha incrementat un 20% en relació amb l'any 1994 mentre que en els homes ha disminuït lleugerament en el mateix període (4%).

Gràfic 14. Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per sexe. Catalunya, 1982-1998

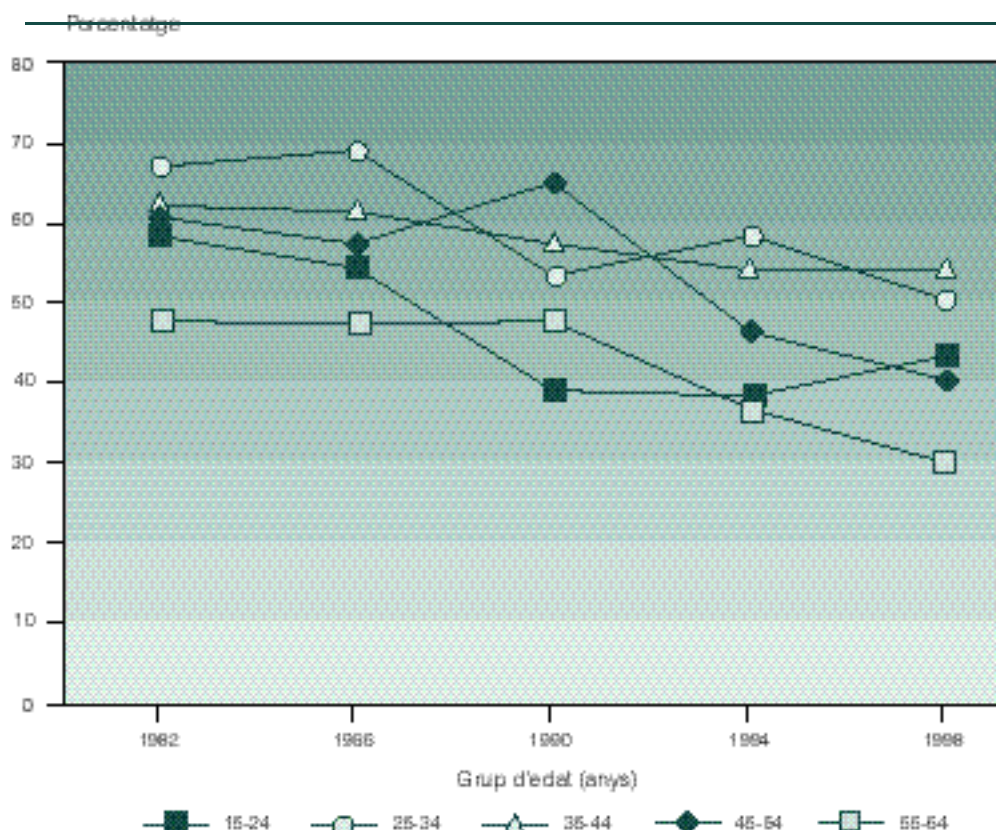


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982, 1986, 1990. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 15. Canvi en la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1982 i 1998

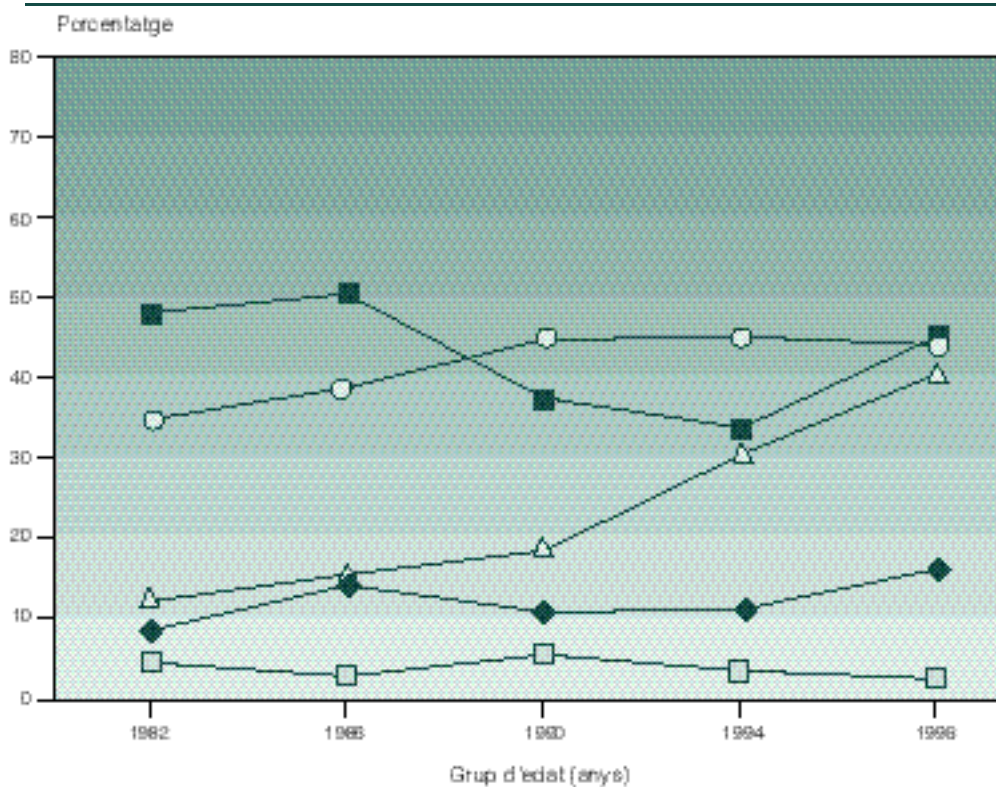


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998.



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982, 1986 i 1990. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 16. Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1982-1998



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982, 1986 i 1990. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 17. Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1982-1998

L'evolució de l'hàbit tabàquic a Catalunya en els darrers anys (gràfics 14-17) mostra una tendència ascendent especialment pel que fa als joves i a les dones. En els homes, la tendència descendent des de l'any 1986 s'ha vist alentida per l'increment que s'ha produït des de l'any 1994 en el grup d'edat de 15 a 24 anys.

Objectius generals de salut i disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població general fins al 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població compresa entre els 15 i els 24 anys fins al 18%.
- D'aquí a l'any 2000 cal incrementar el percentatge de cessació de l'hàbit tabàquic en la població general fins al 30%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els metges fins al 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els diplomats en infermeria fins al 30%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els mestres i professors fins al 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els farmacèutics fins al 25%.

Intervencions i accions prioritàries**

Les intervencions i accions prioritàries d'aquest Pla de salut continuen sent les proposades per al període de planificació 1996-1998 i s'adrecen a reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic, incidint especialment en la informació i l'educació des de l'escola per tal d'evitar la iniciació a l'hàbit en els joves. Cal mantenir les accions encaminades a aconseguir que els fumadors abandonin l'hàbit i a potenciar estratègies intersectorials i multidisciplinàries que permetin un abordatge integral del problema, considerant aspectes legislatius, econòmics i socials per a la prevenció i el control del tabaquisme en la nostra societat. Cal esmentar, en aquest sentit, algunes de les conclusions de la conferència *Dones i tabac: comprendre el passat, canviar el futur*, organitzada per la Xarxa Europea de Prevenció del Tabaquisme, en el marc del programa Europeu contra el càncer, així com la 2a Conferència Europea i 1a Conferència Iberoamericana sobre Tabac i Salut, on es va proposar l'harmonització internacional de les polítiques en publicitat, informació i legislació sobre protecció als no fumadors contra l'exposició involuntària al fum del tabac.

Les intervencions i accions prioritàries per al període 1999-2001 són les següents:

- Coneixement de l'evolució i les característiques de l'hàbit tabàquic en la nostra població i en alguns grups professionals.
- Adequació i potenciació de les mesures legislatives de defensa dels no fumadors.
- Informació i educació a tota la població, especialment als grups de població escolar, joves i dones.
- Detecció de l'hàbit tabàquic en la població jove i adulta.
- Consell antitabàquic sistemàtic a la població fumadora atesa.
- Capacitació dels professionals de la salut per al diagnòstic i el maneig del pacient fumador.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut monitoritzaran la tendència de la prevalença de l'hàbit tabàquic i de la taxa de cessació en la població general a Catalunya.

Avaluació

Estudi poblacional transversal.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social durà a terme activitats de sensibilització envers l'hàbit tabàquic a la població general a través dels mitjans de comunicació, posant especial èmfasi en els grups de població jove i en les dones.

Avaluació

Activitats dutes a terme.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social durà a terme activitats específiques per sensibilitzar i promoure l'abandonament de l'hàbit tabàquic i la participació activa en l'estratègia de cessació tabàquica entre els col·lectius professionals exemplars (sanitaris, docents) i en els estudiants de ciències de la salut.

Avaluació

Activitats dutes a terme.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 70% de la població atesa de 15 anys i més.

Avaluació

Percentatge de població de 15 anys i més, atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha fet l'anamnesi sobre el consum de tabac.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 50% de la població atesa de 15 a 19 anys.

Avaluació

Percentatge de població de 15 a 19 anys, atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha fet l'anamnesi sobre el consum de tabac.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els equips d'atenció primària coneixeran el percentatge de cessació en l'hàbit tabàquic en la població adulta atesa.

Avaluació

Percentatge de població fumadora de 15 anys i més, atesa pels equips d'atenció primària, que ha abandonat l'hàbit tabàquic durant un període determinat.

7. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social promourà els canvis necessaris en la legislació vigent per obtenir un major grau de compliment en la limitació d'accés dels joves al tabac i en la defensa dels drets de la població no fumadora.

Avaluació

Canvis en la normativa vigent i nombre d'expedients sancionadors oberts per incompliment.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya establirà estratègies per a l'abordatge de l'hàbit tabàquic de forma integral, intersectorial i multidisciplinària.

Avaluació

Tipus i característiques de les activitats desenvolupades.

Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta d'hàbit tabàquic a la població catalana 1998. (No publicat).
3. 2ª Conferencia Europea de tabaco y salud. I Conferencia Iberoamericana de tabaco y salud. Las Palmas de Gran Canaria, 23-27 de Febrero de 1999.
4. La igualdad se va con el humo. Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Informe Europeo 1999. Red Europea de Prevención del Tabaquismo. París, 23-24 Noviembre, 1998.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

5. Lesions produïdes per accidents i violències

L'any 1997, les causes externes continuaven essent la cinquena causa de mortalitat global a Catalunya, amb un pes molt important entre les defuncions dels grups més joves de població: primera causa de mort en els homes i en les dones d'entre 5 i 34 anys, la segona en el grup de 35 a 44 anys i la tercera en el de 45 a 54 anys.

La taxa de mortalitat per causes externes de la població general, l'any 1997, va ser de 42,8 per 100.000 habitants, sent del 58,5 per als homes i del 27,8 per a les dones. El nombre de morts per accident o violència l'any 1997 a Catalunya va ser de 2.608, el 4,8% de totes les defuncions. Aquestes dades representen una lleugera reducció de la mortalitat respecte a 1996.

Segons l'informe del CMBDAH corresponent a l'any 1997, el grup diagnòstic *Lesions i emmetzinaments* suposa el cinquè motiu més freqüent d'hospitalització, amb 53.670 altes, un 8,2% del total d'altes registrades als hospitals d'aguts.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa global de mortalitat per accidents, enverinaments i violències en un 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els homes de 15 a 24 anys en un 35%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per caigudes accidentals en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per ofegaments i submersió en un 25%.

Accidentalitat de trànsit

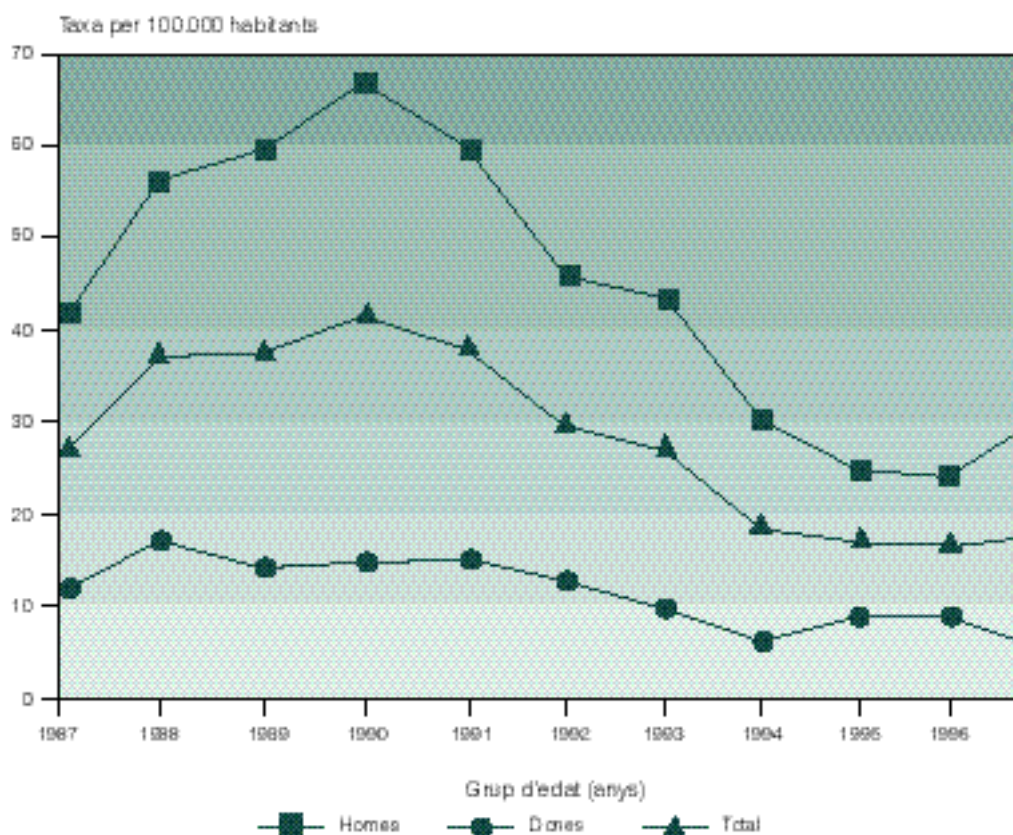
A Catalunya, el grup principal de defuncions entre les causes externes el continuen formant els accidents de trànsit. L'any 1997, les taxes de mortalitat per accidents de trànsit més elevades es donen en els més grans de 74 anys (23,5 per 100.000 habitants) i en els de 15 a 24 anys (17,8 per 100.000 habitants), per ambdós sexes. El nombre més alt de morts per accidents de trànsit l'any 1997 es va produir en els homes d'entre 15 i 24 anys (taula 20). El gràfic 18 mostra l'evolució de la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els joves d'aquest grup d'edat.

Taula 20. Morts per accidents de trànsit i taxa per 100.000 habitants (CIM-9 E810-E819), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1997

Grup d'edat (anys)	Homes		Dones		Total	
	Nombre	Taxa	Nombre	Taxa	Nombre	Taxa
<1	0	0,00	1	3,73	1	1,81
1-4	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-14	4	1,30	5	1,69	9	1,49
15-24	142	29,51	26	5,60	168	17,77
25-34	97	19,91	24	5,02	121	12,54
35-44	53	12,27	14	3,20	67	7,71
45-54	46	11,86	15	3,82	61	7,81
55-64	38	12,12	17	5,19	55	8,58
65-74	55	20,36	24	7,39	79	13,28
75 i més	59	38,23	40	15,00	99	23,51
Total	494	16,62	166	5,32	660	10,83

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

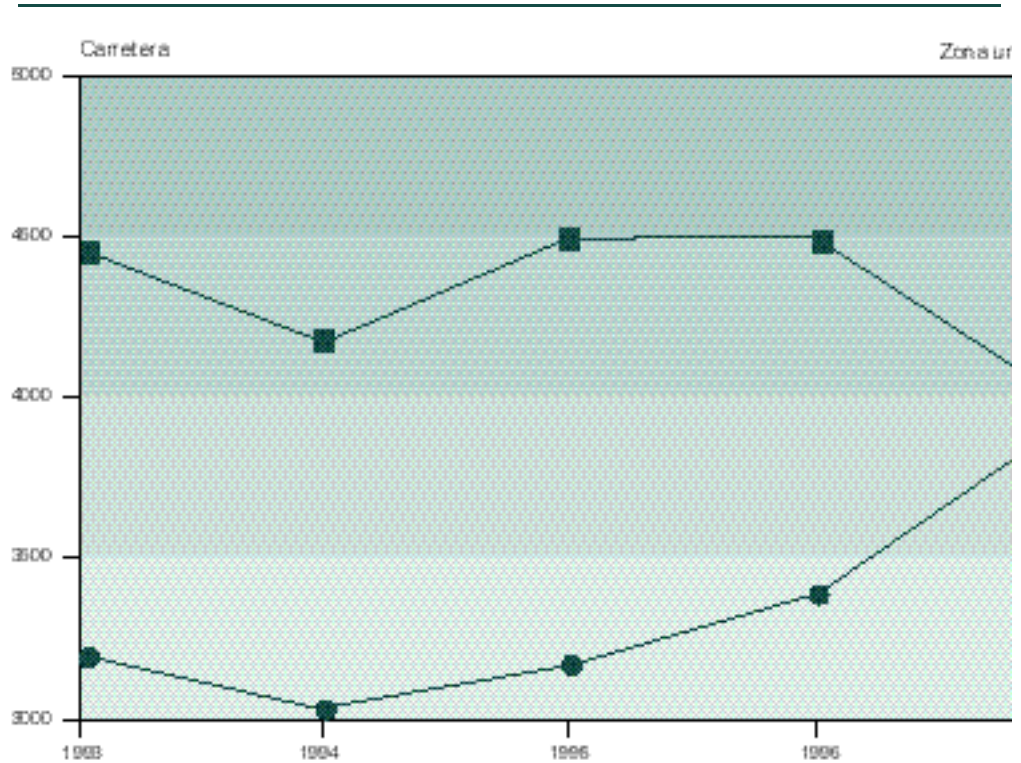


Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat.

Gràfic 18. Evolució de la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els joves de 15 a 24 anys, per sexe. Catalunya, 1987-1997

Segons dades del Servei Català de Trànsit, en el període 1993-1997 hi ha certa variabilitat quant a la tendència de l'evolució dels accidents de trànsit amb víctimes. Tot i que l'any 1997 els accidents en carretera van disminuir en un 10,4% respecte a l'any 1996, l'any 1995 s'havia produït un increment del 7,6% respecte a l'any anterior. Pel que fa a la zona urbana, s'observa un clar increment del nombre d'accidents amb víctimes a partir de l'any 1995 (gràfic 19).

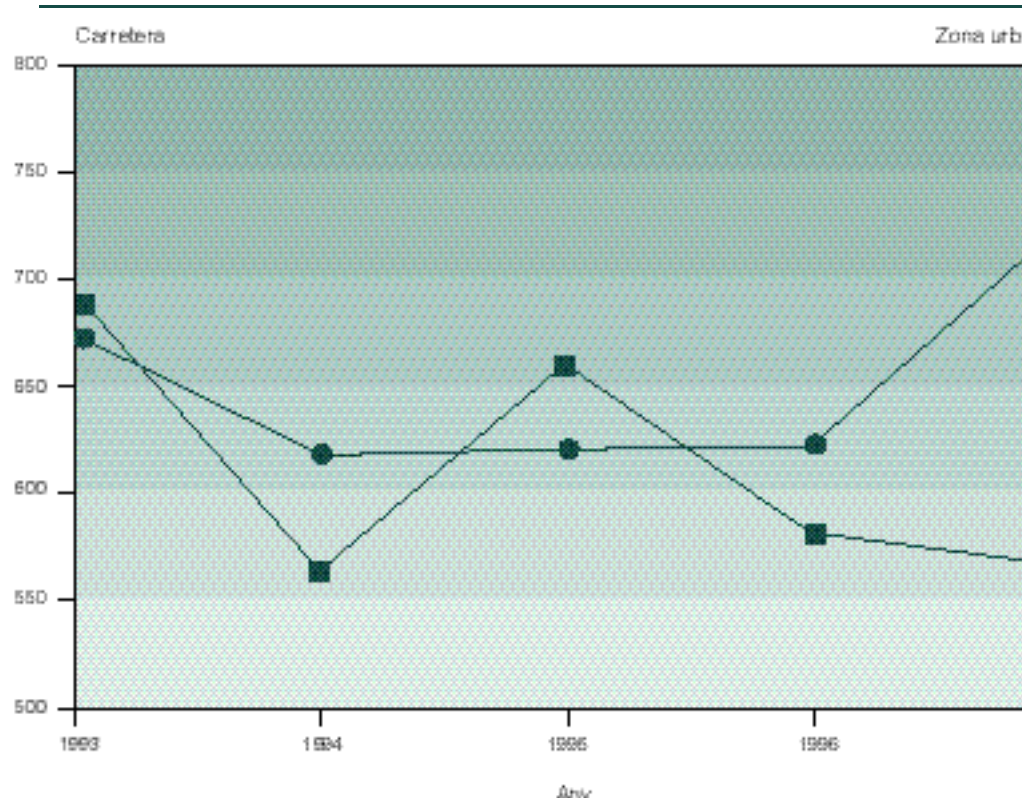
Gràfic 19. Evolució del nombre d'accidents de trànsit amb víctimes, segons l'àmbit. Catalunya, 1993-1997



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Governació. Servei Català de Trànsit.

L'any 1997 els morts en accidents de trànsit presentaven, amb relació a l'any anterior, un augment clarament localitzat en zona urbana del 17,5%, tot i la davallada del 2,2% en carretera (gràfic 20).

Gràfic 20. Evolució del nombre de morts en accidents de trànsit, segons l'àmbit. Catalunya, 1993-1997



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Governació. Servei Català de Trànsit.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions i accions prioritàries que proposa el Pla de salut de Catalunya 1999-2001 per a aquest període són:

- Promoció de l'ús d'elements de seguretat per part dels usuaris de vehicles de motor.
- Promoció d'hàbits saludables amb relació a la seguretat viària: informació, sensibilització i educació sanitària adreçades a la població general i, concretament, a nens i joves.
- Promoció d'actuacions per al compliment de la normativa legal en seguretat viària.
- Inici d'accions adreçades al perfeccionament dels procediments que es duen a terme amb relació als reconeixements mèdics per a conductors, amb la finalitat de millorar l'avaluació de les aptituds i la prescripció d'adaptacions, restriccions i altres limitacions.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 75% de les escoles d'ensenyament primari hauran integrat en les diferents àrees del projecte curricular, objectius, activitats i continguts d'educació per a la salut amb relació a la prevenció d'accidents en nens i adolescents.

Avaluació

Percentatge d'escoles d'ensenyament primari que han integrat en les diferents àrees del projecte curricular, objectius, activitats i continguts d'educació per a la salut amb relació a la prevenció d'accidents de trànsit en nens i adolescents (informació del Servei Català de Trànsit i del Departament d'Ensenyament).

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 95% de les escoles d'ensenyament secundari hauran desenvolupat activitats d'educació per a la salut amb relació a la prevenció d'accidents de trànsit en nens i adolescents.

Avaluació

Percentatge d'escoles d'ensenyament secundari que han desenvolupat activitats d'educació per a la salut amb relació a la prevenció d'accidents de trànsit en nens i adolescents (informació del Servei Català de Trànsit i del Departament d'Ensenyament).

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de Trànsit difondran les recomanacions elaborades sobre continguts i estratègies per a l'extensió del consell preventiu sobre seguretat viària a l'atenció primària.

Avaluació

Percentatge de centres d'atenció primària que disposen de les recomanacions.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 95% d'usuaris de vehicles motoritzats hauran de complir la normativa sobre mesures de seguretat (ús del casc i ús del cinturó de seguretat, entre d'altres).

Avaluació

Percentatge d'usuaris de vehicles motoritzats que compleixen la normativa sobre mesures de seguretat (mitjançant escriturins puntuals del Servei Català de Trànsit sobre l'ús del casc i del cinturó de seguretat).

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 80% dels menors de 3 anys utilitzaran dispositius adequats de subjecció i seguretat a l'automòbil.

Avaluació

Percentatge d'utilització de mesures i dispositius adequats de subjecció i seguretat a l'automòbil dels menors de 3 anys (mitjançant una enquesta de la Direcció General de Salut Pública).

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 95% dels conductors de vehicles a motor no han de sobrepassar els valors reglamentaris d'alcoholèmia.

Avaluació

Percentatge de conductors de vehicles a motor que no sobrepassen els valors reglamentaris d'alcoholèmia (estadístiques del Servei Català de Trànsit, a partir de fonts d'informació policials, que informen sobre els valors d'alcoholèmia dels conductors de vehicles a motor).

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Governació (Servei Català de Trànsit) donarà impuls a les propostes per a la prevenció integral dels accidents dels usuaris de bicicletes.

Avaluació

Accions dutes a terme pel Servei Català de Trànsit per impulsar la prevenció integral dels accidents dels usuaris de bicicletes.

Accidentalitat infantil

A Catalunya, els accidents van ser la primera causa de mortalitat en el grup d'edat de 5 a 14 anys, l'any 1997, i representaven la tercera causa de mortalitat en els nens d'1 a 4 anys.

Entre 1991 i 1995 van morir 353 nens de menys de 15 anys, la qual cosa suposa una taxa global de 7,1 per 100.000 habitants (taula 21). Quant a la distribució de les causes de mortalitat per accidents en els menors de 15 anys, predominen els accidents de trànsit seguits dels ofegaments i submersions i de la inhalació i ingestió d'aliments que causa obstrucció de les vies respiratòries en tercer lloc.

Taula 21. Nombre de defuncions i taxa de mortalitat específica per causes externes per 100.000 habitants, per grup d'edat, en els menors de 15 anys. Catalunya 1991-1995

Causes externes	Codis E CIM-9	< 1 any		1-4 anys		5-14 anys		Total (0-14)	
		N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Accidents de vehicles de motor	E810-E825	9	3,05	35	3,13	89	2,50	133	2,67
Ofegaments i submersions accidentals	E910	3	1,02	19	1,70	19	0,53	41	0,82
Inhalació i ingestió d'aliments o d'altres objectes amb obstrucció o sufocació	E911-E912	22	7,47	9	0,80	4	0,11	35	0,70
Caigudes accidentals	E880-E888	2	0,68	5	0,45	13	0,36	20	0,40
Sufocació mecànica accidental	E913	7	2,38	2	2,18	3	0,08	12	0,24
Altres	—	11	3,73	24	2,15	77	2,16	112	2,25
Totes les causes externes	E800-E999	54	18,32	94	8,41	205	5,75	353	7,09

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat.

Intervencions i accions prioritàries*

Durant el període 1999-2001 es proposa desenvolupar les intervencions i accions prioritàries següents:

- Promoció d'hàbits saludables en relació amb la seguretat i la prevenció dels accidents: informació i educació sanitària adreçades a la població general, i especialment als pares i a les persones que tenen cura d'infants.
- Increment de les activitats de prevenció, especialment el consell educatiu, en l'àmbit de l'atenció pediàtrica i de les activitats d'educació sanitària per part dels equips de salut escolar.

Objectius operacionals

8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% dels equips de pediatria d'atenció primària faran consell preventiu d'accidents segons les recomanacions dels Protocols de medicina preventiva en l'edat pediàtrica, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentatge d'equips de pediatria d'atenció primària que han fet consell preventiu d'accidents segons les recomanacions dels Protocols de medicina preventiva en l'edat pediàtrica, del Departament de Sanitat i Seguretat Social (a partir de l'enquesta de la Direcció General de Salut Pública sobre activitats del Programa de Seguiment del Nen Sa).

9. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 40% dels centres d'ensenyament primari, sobre els quals actua el Programa de salut escolar, hauran desenvolupat activitats d'assessorament en matèria de prevenció d'accidents, a càrrec dels equips de salut escolar.

Avaluació

Percentatge de centres d'ensenyament primari, sobre els quals actua el Programa de salut escolar, que han desenvolupat activitats d'assessorament en matèria de prevenció d'accidents (estadístiques d'activitat dels equips de salut escolar, recollides mitjançant el Programa de salut escolar de la Direcció General de Salut Pública).

Accidentalitat de la gent gran

Les lesions produïdes a causa d'un accident són un dels problemes de salut més importants, per la seva freqüència i gravetat, en les persones grans. Aquest fet és cada vegada més important degut al creixent pes, relatiu i absolut, dels majors de 64 anys en la nostra estructura poblacional. L'any 1996 la proporció de persones més grans de 64 anys va ser del 16,3%, superior a la proporció dels menors de 15 anys (14,7%).

La taxa de mortalitat per causes externes a Catalunya l'any 1997 entre els individus de 65 a 74 anys va ser de 48,4 per 100.000 habitants, i entre els majors de 74 anys de 191,7 per 100.000 habitants (taxa de la població general: 42,8 per 100.000 habitants).

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Els accidents entre els majors de 64 anys són, principalment, de dos tipus: caigudes i accidents de trànsit (sobretot com a vianants). La caiguda, en les persones grans, es tracta d'un fet molt freqüent que té un elevat protagonisme en el seu estat de salut. Això genera una elevada mor-bimortalitat tant pel traumatisme com per les seves seqüeles.

Segons la classificació per causes D, la freqüència més alta de mortalitat per lesió accidental, és, en primer lloc, per als accidents de trànsit i, en segon lloc, per a les caigudes (taula 22).

Taula 22. Taxa de mortalitat¹ per quatre causes D² en la població de 65 anys i més, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1997

Causa D	Homes			Dones			Total		
	65-74	>74	Total	65-74	>74	Total	65-74	>74	Total
Accidents de vehicles de motor (57)	21,47	38,88	17,03	7,39	15,00	5,32	13,78	23,78	11,03
Caigudes accidentals (58)	6,29	62,85	6,12	6,46	70,12	7,15	6,39	67,45	6,65
Ofegaments i submersions accidentals (59)	2,96	4,54	1,75	0,00	2,62	0,61	1,34	3,33	1,17
Accidents de tipus industrial (60)	0,37	1,30	0,71	0,00	0,00	0,03	0,17	0,48	0,36
Resta de causes externes (62)	22,95	99,13	21,90	11,08	61,50	10,32	16,47	75,29	15,97

¹ Per 100.000 habitants.

² Classificació D del registre de mortalitat de Catalunya per 65 grups de causes.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Les característiques d'aquest problema de salut requereixen unes actuacions i estratègies bàsicament sanitàries però que també impliquen altres àmbits com ara els serveis socials, urbanisme i trànsit, entre d'altres.

Les intervencions i accions prioritàries que es plantegen per al període 1999-2001 comprenen:

- Elaboració d'instruments per a la planificació i avaluació de l'accidentalitat de la gent gran, principalment fonts d'informació i línies de recerca.
- Promoció d'hàbits i conductes saludables amb relació a la prevenció dels accidents de la gent gran.
- Control i atenció de l'estat de salut de la gent gran, sobretot pel que fa a les funcions motrius i sensorials.
- Planificació i execució de mesures per augmentar la seguretat de l'entorn de la gent gran (habitatges, vies públiques, transports, centres residencials, etc.).
- Millora de l'accessibilitat dels recursos de suport social adreçats a la gent gran amb discapacitats.

Bona part d'aquest conjunt d'actuacions que es recomanen hauran de formar part d'un recull d'estratègies dirigides a la prevenció i atenció dels accidents entre la gent gran, d'acord amb el que expressa l'objectiu operacional següent.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Objectiu operacional

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, el Departament de Benestar Social i altres institucions implicades difondran les recomanacions per a la prevenció i l'atenció de les caigudes accidentals de la gent gran.

Avaluació

Activitats de difusió efectuades.

Maltractaments infantils

Els maltractaments són un problema que repercuteix de forma determinant en la salut i la qualitat de vida de les persones. Quan afecten a persones que pertanyen a grups de població especialment vulnerables, com ara són els infants i els adolescents, originen greus repercussions en la salut de les víctimes tant en el moment en que es produeixen com en el seu futur desenvolupament.

Hi ha consens que arreu del món s'està produint un increment alarmant de les violències que afecten a persones de totes les edats i d'ambdós sexes però, especialment, a les dones i als infants. L'OMS va declarar en la 49a Assemblea Mundial de 1996 que la violència és un dels principals problemes de salut pública en el món, va demanar als estats membres que analitzessin l'estat de situació d'aquest problema en els respectius territoris i va preveure endegar accions sanitàries per contribuir a la seva disminució.

Les dades disponibles en el nostre entorn, que van permetre fer una aproximació a la magnitud del problema a l'anterior Pla de salut, es van obtenir a partir de l'estudi "Els maltractaments infantils a Catalunya", publicat per la Direcció General d'Atenció a l'Infància l'any 1991. Aquest estudi va evidenciar que l'any 1988 al voltant del 5 per 1.000 de la població compresa entre els 0 i 16 anys, havia estat detectada com a víctima de maltractament o amb sospita important de ser-ho. Segons les dades del Sistema de protecció a la infància i l'adolescència (SPIA), el mes de març de l'any 1999 s'estava fent un seguiment sobre 10.151 menors de 18 anys, és a dir, un 8,8 per 1.000 de la població resident a Catalunya pertanyent a aquest grup d'edat.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions i accions proposades en el Pla de salut 1996-1998 i que ara continuen vigents, tenen per finalitat millorar la detecció, tractament i derivació adequada dels maltractaments infantils per part dels serveis sanitaris, millorar la informació sobre la incidència i la prevalença dels maltractaments infantils a Catalunya i també impulsar la implicació i la corresponsabilització intersectorial per a l'abordatge d'aquest problema, en la mateixa línia de les propostes d'actuació de l'OMS.

S'inclou una nova acció per aquest nou període, a partir del problema evidenciat pel Sindic de Greuges, pel que fa la multiplicitat d'exploracions mèdiques que sovint s'efectuen als infants i adolescents que són atesos en els serveis sanitaris per sospita de maltractament per abús sexual. Es tracta d'evitar les conseqüències de la *victimització secundària* d'aquestes persones, és a dir, el perjudici que ocasiona a aquests infants i adolescents la pràctica d'exploracions i proves diagnòstiques, sovint duplicades, dirigides a la confirmació diagnòstica, la repetició de diligències i les dilacions en els processos judicials. Per aquest motiu, s'ha creat una comissió de treball interdepartamental que farà propostes en la línia d'impulsar el treball conjunt del personal mèdic dels hospitals i els metges i les metgesses forenses i de millorar la coordinació de totes les institucions que intervenen en l'atenció a aquestes persones.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Per tant, les accions proposades per al trienni 1999-2001 fan referència a:

- Impuls de la detecció, el tractament, la declaració i la derivació adequada de casos i de les sospites de casos de maltractaments infantils, especialment en l'àmbit de l'atenció primària de salut, els serveis d'urgències hospitalaris, els Programes d'Atenció a la Dona i la xarxa d'atenció a les drogodependències.
- Promoció de la detecció precoç de situacions de risc de maltractament infantil, especialment en l'àmbit de l'atenció primària de salut.
- Millora de la informació sobre la freqüència de maltractaments infantils a Catalunya.
- Impuls de mecanismes de coordinació i cooperació intersectorial per a l'abordatge dels maltractaments infantils entre els diferents sectors, institucions i serveis implicats.
- Potenciació de la sensibilització i la formació continuada dels professionals de la salut.
- Promoció de la coordinació entre el personal mèdic dels serveis d'urgències hospitalaris i els professionals mèdics forenses per efectuar el reconeixement dels infants que han patit maltractament per abús sexual.

Objectius operacionals

11. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'ampliarà la difusió i s'impulsarà l'aplicació en els serveis sanitaris de les recomanacions per a la detecció, el tractament i la derivació adequada dels maltractaments infantils en els centres sanitaris, proposades a la Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància, Llibre d'en Pau.

Avaluació

Activitats de difusió portades a terme.

12. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, la Direcció General d'Atenció a la Infància del Departament de Justícia desenvoluparà progressivament un sistema d'informació integrat sobre maltractaments infantils a Catalunya, que permeti tant la gestió individual dels casos com les agrupacions específiques que facin possible el seguiment i l'avaluació per àmbits d'interès i territoris.

Avaluació

Existència del sistema d'informació, d'acord amb les fases de desenvolupament previstes per a aquest període.

13. Durant l'any 1999, la Direcció General d'Atenció a la Infància del Departament de Justícia, desenvoluparà un estudi descriptiu sobre l'estat de situació dels maltractaments infantils a Catalunya que actualitzi el realitzat l'any 1991.

Avaluació

Resultats de l'estudi.

14. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Justícia i altres Departaments de la Generalitat de Catalunya crearan les bases d'un futur Pla integral d'atenció a la infància i l'adolescència.

Avaluació

Existència del Pla i programes d'actuació desenvolupats.

15. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'augmentarà progressivament la detecció i la declaració de la sospita de casos i dels casos diagnosticats de maltractaments infantils als centres d'atenció primària, als serveis d'urgències hospitalaris, a la xarxa d'atenció a les drogodependències i als centres integrats en el Programa d'Atenció a la Dona.

Avaluació

Evolució de la declaració de casos i sospita de casos de maltractaments infantils atesos en els dispositius assistencials esmentats i declarats a la Direcció General d'Atenció a la Infància del Departament de Justícia.

Percentatge de centres que disposen d'un protocol de detecció, tractament, declaració i derivació adequada dels maltractaments infantils.

16. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social definirà els centres hospitalaris de referència per a l'atenció als infants i adolescents víctimes d'abús sexual i elaborarà un protocol d'atenció en els serveis d'urgències hospitalaris, que explicitarà les pautes d'exploració i diagnòstic conjunt amb els professionals mèdics forenses.

Avaluació

Existència del protocol.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Anàlisi de la mortalitat. Catalunya, 1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1999.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mortalitat per accidents a la infància a Catalunya, 1991-1995. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1997; 18: 91-92.
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de Trànsit. Pla Català de Seguretat Viària 1999-2001. Programa d'activitats per a la seguretat viària a Catalunya durant l'any 1999.
4. World Health Organization. WHA49.25 Prevention of violence: a public health priority, 3rd ed. Hbk Res, 1996; vol III: 1.11.
5. Sindic de Greuges de Catalunya. Informe al Parlament 1997. Sindic de Greuges de Catalunya, 1998.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

7. Consum excessiu d'alcohol

El consum excessiu i la dependència de l'alcohol són la causa d'una part important de la morbiditat i la mortalitat associades a patologies orgàniques, produïdes per l'efecte tòxic de l'alcohol, i/o psicosocials, com les alteracions de la conducta o altres circumstàncies afavorides pel consum excessiu d'alcohol.

L'any 1994, el nombre de morts atribuïbles al consum excessiu d'alcohol a Catalunya va ser de 2.764 (el 65,1% homes i el 34,9% dones), les quals van representar el 5,3% del total de morts a Catalunya durant el mateix any.

Les cirrosi hepàtiques, les malalties cerebrovasculars, els accidents de trànsit, el càncer d'esòfag i el càncer d'estómac representen el 56,6% del total de morts atribuïbles al consum excessiu d'alcohol.

L'any 1997, 4.508 persones van iniciar tractament a causa de la dependència de l'alcohol en centres ambulatoris de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), les quals van suposar el 40,1% del total d'inicis de tractament ambulatori en aquests centres. L'edat mitjana d'aquests usuaris era de 42 anys i els homes representaven el 80,6% i les dones el 19,4%.

Un estudi recent ha estimat que les despeses sanitàries atribuïbles al consum excessiu d'alcohol van representar, en tot l'Estat espanyol, un total de 177.081 milions de pessetes l'any 1997.

Dades corresponents a l'Enquesta domiciliària sobre l'ús de drogues, i una mostra de la població catalana de 1.043 persones de 15 i més anys posen de manifest una prevalença de consum moderat de begudes alcohòliques del 55,7% (63,1% en els homes i 48,3% en les dones) i un consum de risc del 5,5% (7,6% en homes i 3,4% en dones), d'acord amb els valors que estableixen els Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut. El percentatge d'abstemis era de 38,8% (29,3% en homes i 48,3% en dones).

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal en un 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població general (de 15 a 65 anys) fins al 4,5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en la població de joves (de 15 a 29 anys) en un 25%.

Intervencions i accions prioritàries**

Les actuacions preventives, assistencials i rehabilitadores per tal de fer front als problemes derivats del consum de risc d'alcohol proposades en el Pla de salut 1996-1998 continuen vigents.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Així, les intervencions i accions prioritàries que es proposen per a aquest nou període d'aplicació del Pla són les següents:

- Informació i educació sanitària sobre el consum excessiu d'alcohol adreçades a la població general, adolescents i grups d'especial interès.
- Detecció i tractament del consum de risc d'alcohol.
- Promoció del consell educatiu per a la reducció del consum d'alcohol als bevedors de risc detectats.
- Atenció a les patologies orgàniques i/o psicosocials associades al consum de risc d'alcohol.
- Millora dels instruments de mesura del consum d'alcohol.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la col·laboració d'experts, hauran elaborat i difós les recomanacions per a la detecció, tractament i control dels consumidors d'alcohol de risc basades en el desenvolupament dels criteris comuns mínims i els resultats de l'estudi col·laboratiu internacional de l'OMS sobre tècniques de cribratge i intervencions breus als bevedors d'alcohol de risc.

Avaluació

Existència de les recomanacions. Edició i difusió en l'atenció primària de salut, consultes d'embaràs i altres dispositius assistencials.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà detectat el consum d'alcohol d'almenys el 70% de la població de més de 17 anys atesa pels equips d'atenció primària. Per als adolescents entre 15 i 17 anys, el percentatge haurà de ser, almenys, del 40%.

Avaluació

Percentatge d'Històries clíniques d'atenció primària (HCAP) de majors de 17 anys, dels equips d'atenció primària, que tenen enregistrat el consum d'alcohol.

Percentatge d'HCAP d'adolescents entre 15 i 17 anys, dels equips d'atenció primària, que tenen enregistrat el consum d'alcohol.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la col·laboració d'experts, i per tal de millorar els dispositius d'informació i recerca sobre l'alcoholisme, haurà elaborat i acordat l'aplicació d'un instrument homogeni de mesura del consum d'alcohol, utilitzable a nivell poblacional.

Avaluació

Existència i difusió de l'instrument de mesura del consum d'alcohol.

Referències bibliogràfiques

1. Alsedá M, Godoy P. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña: 1994. Rev Esp Salud Pública 1998; 72 (1): 25-31.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Distribució dels inicis de tractament ambulatori en centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències segons la droga principal que motiva el tractament. Catalunya, 1997. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
3. Portella E, Ridaó M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: Impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Alcohol. A: Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I); Quaderns del Pla de salut núm. 6. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
5. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas. Madrid, 1997.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

8. Consum de drogues no institucionalitzades

Les conseqüències socials i sanitàries del consum i la dependència de les drogues no institucionalitzades són un problema de salut important, tot i que presenten una prevalença (el consum i la dependència) relativament baixa entre la població de Catalunya.

D'acord amb les dades de la Delegació de Barcelona de l'Institut Nacional de Toxicologia, l'any 1997 es van enregistrar a Catalunya un total de 228 morts per reacció adversa al consum d'opioides o de cocaïna.

A Catalunya continua observant-se una tendència a la disminució de l'ús de la via parenteral entre els consumidors d'heroïna. L'any 1997, el 57,3% dels 4.253 usuaris que van iniciar tractament per la dependència de l'heroïna a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), declaraven haver utilitzat principalment aquesta via per administrar-se l'heroïna (taula 25). La disminució de l'ús de la via parenteral ha estat molt inferior a Catalunya que en altres indrets de l'Estat espanyol. No es coneixen suficientment les causes d'aquests canvis en els patrons del consum d'heroïna, però és probable que les característiques de l'heroïna que circula en el mercat tinguin un paper important.

Taula 25. Distribució dels inicis de tractament ambulatori en centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències segons la droga principal que motiva el tractament. Catalunya, 1997

Droga principal que motiva el tractament	Casos	%
Heroïna	4.253	37,8
Cocaïna	954	8,5
<i>Cannabis</i>	337	3,0
Tabac	813	7,2
Alcohol	4.508	40,1
Altres drogues	385	3,4
Total	11.250	100,0

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències.

Els inicis de tractament per la dependència de la cocaïna estan augmentant a Catalunya i en el conjunt de l'Estat espanyol des de 1987. Aquest increment, més accentuat a partir de 1995, es veu acompanyat recentment d'un augment de la demanda d'atenció sanitària urgent dels consumidors de cocaïna a Barcelona i diverses ciutats espanyoles.

La taula 26, sobre freqüència de consum de diferents drogues, mostra una proporció comparativament elevada de consumidors de derivats de *cannabis* i proporcions menors de consumidors de cocaïna, amfetamines i derivats amfetamínicos de síntesi, al·lucinògens i inhalants. Aquestes dades indiquen un increment de la prevalença del consum de cocaïna i de les drogues de síntesi amb relació a l'any 1994.

Taula 26. Freqüència de consum de drogues en la població general (majors de 14 anys), per tipus de droga. Catalunya, 1997

	Alguna vegada (%)	Últims 12 mesos (%)	Últims 30 dies (%)
Inhalants	1,5	0,2	0,0
<i>Cannabis</i>	14,2	6,9	2,5
Cocaïna	3,9	1,7	0,3
Drogues de síntesi	1,3	0,9	0,1
Amfetamines	2,5	0,9	0,1
Al·lucinògens	2,7	0,9	0,1
Heroïna	1,2	0,6	0,4

Font: Òrgan Tècnic de Drogodependències. Elaboració a partir de les dades corresponents a la mostra de Catalunya de l'Enquesta domiciliaria sobre l'ús de drogues. Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues, 1997.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per patologia infecciosa no associada a la infecció pel virus de la immunodeficiència humana entre els usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) almenys en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues almenys en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de la síndrome d'abstinència als opiacis en els nadons en un 40%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de la dependència dels opiacis en la població de joves (de 15 a 29 anys) fins a un màxim del 0,4%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de consumidors de *cannabis* en la població de joves (de 15 a 29 anys) en un 25%.

Intervencions i accions prioritàries**

Els darrers anys s'ha millorat i adequat el registre d'inicis de tractament del sistema d'informació sobre drogodependències pel que fa a la disponibilitat i la qualitat de la informació generada pels processos d'atenció als drogodependents. Malgrat que per al període 1999-2001 no es plantegen intervencions ni objectius operacionals, es continuaran desenvolupant accions encaminades a millorar el sistema d'informació sobre drogodependències i la disseminació de les dades obtingudes.

Tenint en compte que es mantenen vigents les propostes del període d'aplicació del Pla anterior, les intervencions i accions prioritàries són les següents:

- Informació i educació sanitària sobre el consum de drogues no institucionalitzades adreçades a la població general, adolescents i grups d'especial interès.
- Detecció precoç i consell educatiu per a l'abstinència i la disminució de riscos associats al consum de drogues no institucionalitzades.
- Extensió de programes orientats a la disminució dels riscos associats amb el consum de drogues no institucionalitzades, especialment per via parenteral.
- Tractament de la drogoaddicció i de les patologies associades.

Objectius operacionals***

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social haurà d'ampliar l'oferta de programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis un 10% anual, en la població general.

Avaluació

Evolució del nombre d'usuaris de drogues per via parenteral en tractament, en programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis, en la població general.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

*** Vegeu el capítol 9 "Infecció per l'HIV" i el capítol 13 "Tuberculosis".

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els serveis penitenciaris augmentaran la cobertura de programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiàcics un 5% anual, en la població interna en centres penitenciaris.

Avaluació

Evolució del nombre d'usuaris de drogues per via parenteral, interns en centres penitenciaris, en tractament en programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiàcics.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) que iniciïn tractament en els centres de la XAD han de ser sotmesos a cribatges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció per l'HIV, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD on consti la sol·licitud de cribatge de les malalties considerades.

Percentatge d'històries clíniques d'UDVP tractats durant tres mesos o més a la XAD on consti la indicació de la vacuna contra l'hepatitis B.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) interns en centres penitenciaris han de ser sotmesos a cribatges de les malalties següents: malalties de transmissió sexual, infecció per l'HIV, infecció i malaltia tuberculoses, hepatitis víriques, i ser inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B.

Avaluació

Percentatge d'UDVP, interns en centres penitenciaris, als quals s'hagi practicat el cribatge de les malalties considerades.

Percentatge d'UDVP, interns en centres penitenciaris, inclosos en un programa de vacunació contra l'hepatitis B.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran elaborat i difós les recomanacions per a la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de drogues no institucionalitzades, que hauran d'incloure el consell dirigit a l'abstinència i el consell per a la prevenció dels riscos associats amb l'ús de drogues a Catalunya, basades en el desenvolupament dels criteris comuns mínims existents.

Avaluació

Existència de les recomanacions per a la detecció, el control i el seguiment dels usuaris de drogues per via parenteral i els consumidors de drogues de síntesi.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà de disposar d'informació sobre el consum de drogues no institucionalitzades (opiàcics, cocaïna i altres estimulants, derivats del *cannabis*, al·lucinògens, inhalants, etc.) d'almenys el 50% de la població de 15 a 40 anys atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques de la població de 15 a 40 anys atesa pels equips d'atenció primària, que tenen enregistrat el consum de drogues no institucionalitzades.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Distribució dels inicis de tractament ambulatori en centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències segons la droga principal que motiva el tractament. Catalunya, 1997. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
2. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas. Madrid, 1997.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

9. Infecció per l'HIV

A partir de l'any 1996 s'observa un marcat descens dels casos de sida notificats. Per primera vegada des de l'any 1990, el nombre de casos de sida diagnosticats l'any 1997 és inferior al miler, exactament 945, que representen un 34% menys que els de l'any 1996.

La taxa anual d'incidència va augmentar progressivament fins a arribar a 25,4 casos per 100.000 habitants l'any 1994, coincidint amb l'expansió de la definició epidemiològica de cas de sida (inclusió de tres noves malalties en la definició de cas de sida: tuberculosi pulmonar, pneumònies bacterianes recurrents i càncer invasiu de cèrvix en persones infectades per l'HIV).

A Catalunya, des de l'any 1993, la sida és la primera causa de mort en homes i dones de 20 a 39 anys. No obstant això, la taxa de mortalitat per sida ha disminuït un 14% l'any 1996 respecte a l'any 1995. La taxa de letalitat s'ha mantingut al voltant del 20% entre 1989 i 1994 i hi ha una tendència al descens.

La majoria dels casos de sida diagnosticats tenen una edat compresa entre 25 i 39 anys (el 82% són homes). La mitjana d'edat de les persones més grans de 13 anys en el moment del diagnòstic s'ha anat incrementant (30 anys durant el període 1981-1987, 35 anys durant el període 1994-1998).

Pel que fa als casos de sida durant el període d'octubre de 1981 a juny de 1998, el principal grup de transmissió de l'HIV tant per als homes com per a les dones és el d'usuaris de drogues per via parenteral (57,3%). El grup d'homes homosexuals o bisexuals representa el segon grup més important entre els homes (24,2%), mentre que el segon grup entre les dones és el de transmissió heterosexual (29,5%). Aquesta via de transmissió ha augmentat considerablement i ha passat del 4%, l'any 1988, al 24% dels casos, l'any 1997.

Amb relació als casos de sida pediàtrics, fins al mes de juny de 1998 s'han notificat 203 casos (114 nens i 89 nenes) en menors de 13 anys. El 92% són infants que han adquirit l'HIV per via vertical i els principals grups de transmissió de les mares d'aquests 187 nens són l'ús de drogues per via parenteral (52%) i la via heterosexual (39%).

Durant el període 1994-1998 la tuberculosi, pulmonar i extrapulmonar, és la malaltia indicativa de la sida que es diagnostica amb més freqüència (32,3% dels casos). S'han identificat també 59 dones infectades per l'HIV amb càncer invasiu de cèrvix des de la introducció de la nova definició de sida, l'any 1994.

L'any 1996, i pel que fa a la infecció per l'HIV, la prevalença global d'anticossos anti-HIV en la població general hospitalària de Catalunya era de l'1,5%. En els nadons, on la presència d'anticossos anti-HIV és un reflex de la infecció materna i, per extensió, de la corresponent a la població femenina sexualment activa, la prevalença s'ha estimat en 0,22%.

Segons l'informe epidemiològic del Ministeri de Sanitat i Consum, Catalunya, amb una taxa acumulada de 103,9 casos per milió d'habitants l'any 1997, continua sent la quarta comunitat autònoma més afectada després de Madrid (148,6), les Illes Balears (147,2) i el País Basc (122,9), cosa que representa el 22,5% de tots els casos declarats a l'Estat espanyol fins aleshores.

Amb relació als altres països europeus, Espanya presenta la taxa d'incidència acumulada més alta d'Europa (1.186,4 casos per milió d'habitants fins al mes de juny de 1997), seguida per les de França (714,8) i Itàlia (655,4).

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la incidència de la infecció per l'HIV per totes les vies de transmissió.
- D'aquí a l'any 2000 cal retardar l'aparició de nous casos de sida i augmentar la supervivència de les persones infectades per l'HIV.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la taxa de transmissió vertical de l'HIV.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció per l'HIV per via parenteral i sexual.
- D'aquí a l'any 2000 cal que el procés d'atenció als malalts i infectats es desenvolupi en el nivell assistencial adequat a les diferents fases de la història natural de la malaltia i que existeixi coordinació entre els diferents nivells assistencials.

Intervencions i accions prioritàries**

El Pla de salut 1999-2001 proposa les intervencions i accions prioritàries següents:

- Informació i educació sanitària a la població general, especialment els joves i adolescents i les dones en edat fèrtil, que inclogui les mesures de prevenció adients per a cadascuna de les vies de transmissió.
- Extensió dels programes orientats a la disminució de la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció per l'HIV i dels riscos associats amb el consum de drogues, especialment per via parenteral.
- Promoció de canvis de conductes sexuals i de l'ús del preservatiu en les persones que mantenen relacions sexuals de risc o que tenen relacions sexuals amb persones infectades per l'HIV o que practiquen conductes de risc per a aquesta infecció.
- Detecció precoç (primer trimestre de la gestació) de la infecció per l'HIV en gestants, d'acord amb les directrius establertes en el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social, per tal de poder oferir les alternatives terapèutiques i profilàctiques disponibles.
- Millora del procés assistencial:
 - Garantia que la sol·licitud i la pràctica de la prova de detecció d'anticossos es facin correctament, previ consentiment informat, mantenint la confidencialitat, confirmant els resultats i garantint el seguiment clínic dels casos positius, alhora que es proporciona consell assistit.
 - Compliment del tractament.
 - Coordinació adequada entre nivells assistencials i suport als malalts i familiars.
- Manteniment i millora dels sistemes d'informació específics per tal de disposar dels indicadors de morbiditat, mortalitat, conductuals i d'activitat necessaris.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Objectius operacionals*

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social haurà d'ampliar l'oferta de programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis un 10% anual, en la població general.

Avaluació

Evolució del nombre d'usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) en tractament, en programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis, en la població general.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els serveis penitenciaris augmentaran la cobertura de programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis un 5% anual, en la població interna en centres penitenciaris.

Avaluació

Evolució del nombre d'UDVP, interns en centres penitenciaris, en tractament en programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els UDVP infectats per l'HIV que resultin positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculoses i es trobin en programes de manteniment amb metadona en centres de la XAD rebran la quimioprofilaxi i la quimioteràpia antituberculoses adients, de manera supervisada i lligada a l'administració de metadona.

Avaluació

Proporció d'UDVP infectats per l'HIV que resultin positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculoses que es troben en programes de manteniment amb metadona en centres de la XAD i que han rebut profilaxi o tractament antituberculós supervisat.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els UDVP infectats per l'HIV interns en centres penitenciaris que resultin positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculoses i es trobin en programes de manteniment amb metadona rebran la quimioprofilaxi i la quimioteràpia antituberculoses adients, de manera supervisada i lligada a l'administració de metadona.

Avaluació

Proporció d'UDVP infectats per l'HIV, interns en centres penitenciaris, que resultin positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculoses, que es troben en programes de manteniment amb metadona, i que han rebut profilaxi o tractament antituberculós supervisat.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres on es dona atenció maternal oferiran a totes les embarassades, durant el primer trimestre de la gestació, la prova de detecció d'anticossos anti-HIV, d'acord amb el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentatge d'embarassades a les quals s'ha ofert la prova de detecció d'anticossos anti-HIV, durant el primer trimestre de la gestació.

*Vegeu el capítol 8 "Consum de drogues no institucionalitzades", el capítol 13 "Tuberculosis" i el capítol 19 "Problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la menopausa".

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'avaluaran l'adequació de les sol·licituds de proves de detecció d'anticossos anti-HIV i la pràctica de les determinacions diagnòstiques.

Avaluació

Realització d'estudis específics (oferta del test i enquesta periòdica a tots els laboratoris, entre d'altres).

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, es difondran els criteris per a l'elaboració del protocol de preparació a l'alta per als malalts HIV/sida que inclogui l'atenció en fase terminal.

Avaluació

Difusió realitzada.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuaran monitorant la infecció per l'HIV i els indicadors conductuals en les poblacions considerades prioritàries per a les intervencions preventives.

Avaluació

Informació sobre els nous mètodes de diagnòstic de la infecció per l'HIV.

Informació sobre mortalitat.

Informació sobre morbiditat declarada de sida.

Informació sobre prevalença de la infecció per l'HIV en poblacions sentinella.

Indicadors referents a conductes de risc.

Indicadors d'activitat assistencial.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la sida. Situació fins al 30 de juny de 1998. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19: 119-24, 130.
2. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual. Document tècnic núm. 7. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Sida. Vigilancia del sida en España. Informe trimestral núm. 4, 1997. Situación a 31 de diciembre de 1997.
4. World Health Organisation. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in the European Community and COST countries. Third Quarterly Report 1997.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

10. Malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions

Les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions per a les quals el Pla de salut de Catalunya estableix objectius són la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomielitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, l'hepatitis B i la grip (taula 27).

Continua el descens de la incidència de la tos ferina, la rubèola i la parotiditis observat els darrers anys i no s'ha declarat cap cas de diftèria, de poliomielitis ni de rubèola congènita.

Pel que fa al xarampió, si bé el 1995 va ser considerat un any d'activitat epidèmica, la incidència d'aquesta malaltia ha continuat disminuint.

En relació amb la incidència de l'hepatitis B, a partir de l'any 1994 les taxes observades es mantenen per sota dels 3 casos per 100.000 habitants i any.

	1993	1994	1995	1996	1997
Tos ferina	9,8	6,1	3,5	6,7	1,0
Xarampió	10,6	7,5	30,7	6,6	1,0
Rubèola	18,2	11,3	8,3	5,3	0,5
Parotiditis	20,9	20,2	16,7	13,0	4,5
Hepatitis B	3,7	2,8	2,3	1,8	2,8
Grip	7.058,6	3.972,1	6.653,0	3.913,2	5.315,1

Taula 27. Incidència anual¹ de malalties que es poden prevenir amb vacunacions. Catalunya, 1993-1997

¹ Taxa per 100.000 habitants.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de malalties de declaració obligatòria.

En el període comprès entre el 1993 i el 1997, el nombre de casos declarats de tètanus es manté entre els 9 i els 11 casos anuals. Els anys 1995 i 1996 es van produir 3 i 2 defuncions, respectivament, per aquesta causa.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus neonatal i de la poliomielitis; cal reduir de manera important el nombre de casos de tètanus, tos ferina, parotiditis i rubèola i cal eliminar el xarampió autòcton i la rubèola congènita.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la morbiditat declarada per hepatitis B al 30% de la morbiditat declarada per aquesta malaltia l'any 1990.
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar la rubèola en les dones en edat fèrtil (15-49 anys).
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença del HBs Ag en la població de 15 anys i més fins a l'1,5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de la infecció pel virus de l'hepatitis B en el grup d'edat de 15 a 24 anys a l'1%.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Per tal d'assolir l'objectiu d'eliminar el xarampió autòcton l'any 2000, tot i la davallada observada en la incidència d'aquesta malaltia com a conseqüència del programa de vacunació amb triple vírica, s'escau avançar l'edat d'administració de la segona dosi d'aquesta vacuna dels 11 als 4 anys d'edat.

La corresponent modificació del calendari de vacunacions sistemàtiques també afecta les primovacunacions contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina i la poliomièlitis, l'administració de les quals s'avança als 2, 4 i 6 mesos d'edat. Així mateix, s'incorpora en aquestes edats i als 18 mesos la vacuna anti-*Haemophilus influenzae* tipus b, atesa la contrastada eficàcia del preparat en la prevenció de la malaltia invasiva per aquest bacteri.

Com que els darrers anys s'ha constatat un increment de la població jove susceptible de contractar l'hepatitis A i que la nova vacuna antihepatítica A+B es mostra eficaç davant els dos virus, s'estableix un programa pilot de vacunació antihepatítica A+B als nens i nenes de 12 anys d'edat amb una vigència corresponent als cursos escolars 1998-1999, 1999-2000 i 2000-2001.

Durant el període 1999-2001 d'aplicació del Pla de salut, en relació amb les malalties susceptibles de prevenció mitjançant vacunacions, es proposen les intervencions següents:

- Vacunació de la població infantil, d'acord amb el calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Vacunació de la població adulta contra el tètanus i la diftèria (vacuna Td).
- Vacunació dels corresponents grups de risc contra l'hepatitis B, la pneumònia pneumocòccica i la grip (quadres 2-4).
- Vacunació de les dones en edat fèrtil seronegatives contra la rubèola.

Quadre 2. Població diana per a la vacunació antigripal

- Adults i nens amb processos crònics cardiovasculars o respiratoris que hagin sol·licitat tractament mèdic o hospitalari durant l'any precedent.
- Residents en institucions per a malalts crònics.
- Individus sans a partir dels 65 anys.
- Adults i nens amb malalties metabòliques cròniques, insuficiència renal, anèmia, asma o immunosupressió.
- Personal sanitari i familiars en contacte amb pacients de risc.

Quadre 3. Població diana per a la vacunació antipneumocòccica

- Pacients de 2 i més anys immunodeprimits per malaltia hematològica, insuficiència renal, síndrome nefròtica, trasplantaments, quimioteràpia antineoplàsica, disfunció esplènica i malalts esplenectomitzats o que hagin de ser sotmesos a esplenectomia.
- Pacients amb: cardiopatia avançada, malaltia pulmonar obstructiva crònica, diabetis, cirrosi, alcoholisme i fistules de líquid cefaloraquídi secundàries a traumatisme o neurocirurgia amb perill de meningitis pneumocòccica recurrent.
- Pacients infectats per l'HIV.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

- Personal sanitari en contacte amb sang i derivats.
- Estudiants de medicina, d'odontologia i d'infermeria.
- Nadons fills de mare HBs Ag positiu.
- Malalts afectats d'insuficiència renal crònica que estan seguint o han d'iniciar un programa d'hemodiàlisi o de transfusions periòdiques.
- Deficients mentals internats en institucions tancades.
- Persones que practiquin puncions cutànies freqüents, no controlades mèdicament (usuaris de drogues per via parenteral, entre d'altres).
- Interns en institucions penitenciàries.
- Homes homosexuals.
- Persones heterosexuals amb contactes heterosexuals promiscus.
- Personal no sanitari amb professió de risc (funcionaris d'institucions penitenciàries, personal d'ambulància, bombers, personal de neteja que pot tenir contacte amb sang i derivats, entre d'altres).
- Cònjuges i convivents amb portadors crònics d'HBsAg.
- Persones que viatgin a països d'alta prevalença d'infecció pel virus de l'hepatitis B.
- Persones pertanyents a comunitats d'alta endèmia.
- Menors en règim de protecció i reforma.

**Quadre 4. Població
diana per a la
vacunació
antihepatitis B**

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar els nens i les nenes als 2, 4, 6 i 18 mesos d'edat contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina (DTP), la poliomielitís i l'*Haemophilus influenzae* tipus b, i als 15 mesos contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica), per tal d'assolir una cobertura vacunal del 99%.
2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica) els nens i les nenes de 4 anys, per tal d'assolir una cobertura vacunal del 97%.
3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà revacunar contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina (DTPa)^{*} i la poliomielitís els nens i les nenes d'edat compresa entre els 4 i 6 anys, per tal d'assolir una cobertura vacunal del 93%.
4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà revacunar contra el tètanus i la diftèria (Td) els nois i les noies d'edat compresa entre els 14 i 16 anys, per tal d'assolir una cobertura vacunal del 93%.
5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar contra l'hepatitis B els nois i les noies de 12 anys, per tal de mantenir una cobertura vacunal superior al 85%.

Avaluació

Cobertura vacunal a les diferents edats amb relació a les vacunes que s'expliciten en els objectius 1, 2, 3, 4 i 5.

* DTPa: diftèria, tètanus, tos ferina acel·lular.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar contra el tètanus i la difteria (Td) la població adulta de 15 i més anys, per tal d'assolir una cobertura vacunal superior al 50%.

Avaluació

Cobertura vacunal contra el tètanus i la difteria de la població adulta.

7. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà assolir una cobertura vacunal contra la grip superior al 70% en la població de risc atesa en l'atenció primària.

Avaluació

Cobertura vacunal contra la grip de la població de risc atesa.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar els fills de mare HBs Ag positiu, per tal d'assolir una cobertura vacunal del 95%.

Avaluació

Cobertura vacunal dels fills de mare HBs Ag positiu.

9. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar la població de risc ingressada en presons contra el tètanus, la difteria, la grip i l'hepatitis B, per tal d'assolir una cobertura vacunal superior al 70%.

Avaluació

Cobertura vacunal contra el tètanus, la difteria, la grip i l'hepatitis B, de la població de risc ingressada en presons.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'eliminació del xarampió a Catalunya per a l'any 2000. Bases científiques i programa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 60/1999, de 9 de març, pel qual s'estableix el calendari de vacunacions sistemàtiques. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 2847.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Brots epidèmics declarats a Catalunya l'any 1997. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19: 177-92.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

11. Malalties de transmissió sexual

Les malalties de transmissió sexual (MTS) inclouen les malalties conegudes clàssicament com malalties venèries (sífilis, gonocòccia, xancre tou, limfogranuloma veneri i granuloma inguinal) i altres malalties causades per agents diversos (bacteris, virus, fongs, protozous i artròpodes), entre les quals es troba la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (HIV).

Tot i que la infecció per l'HIV adquirida per via sexual és cada vegada més freqüent, l'abordatge d'aquest problema de salut es descriu en el capítol sobre la infecció per l'HIV.

Les taxes d'incidència mitjanes corresponents als anys 1996 i 1997 mostren una tendència a la disminució amb relació a les taxes mitjanes del període 1993-1995 en totes les MTS notificades. Així, els casos declarats de sífilis i d'infecció gonocòccica han disminuït (3,6 i 21,0 per 100.000 habitants en el període 1993-1995 davant 1,8 i 9,6 per 100.000 habitants entre 1996 i 1997). Les altres MTS continuen davallant de manera considerable, passant d'una taxa mitjana de 147,5 per 100.000 habitants a una taxa de 96,2.

Aquesta tendència a la disminució també s'observa en la infecció genital per clamídies, que ha passat d'una taxa mitjana d'incidència de 8,1 per 100.000 en el període 1993-1995 a 7,5 per 100.000 durant el període 1996-1997.

El nombre de notificacions d'oftàlmia neonatal es manté gairebé constant els últims anys (8 casos declarats l'any 1993, 7 casos els anys 1994 i 1995, 8 casos durant l'any 1996 i 13 casos l'any 1997) amb unes taxes mitjanes d'incidència de 0,12 per 100.000 habitants en el període 1993-1995 i de 0,17 en els anys 1996-1997.

Mitjançant la informació procedent dels centres de prevenció i control de les MTS, es coneix que, els darrers anys, el nombre total d'MTS han anat disminuint. D'altra banda, les malalties que continuen experimentant un increment són les viriques (especialment els condilomes acuminats, la infecció per l'HIV i, amb un increment menor, l'herpes genital).

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de sífilis un 30%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de gonocòccia un 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la proporció de gonocòccia causada per soques de *Neisseria gonorrhoeae* productores de β -lactamasa un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar l'oftàlmia *neonatorum*.
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar la sífilis congènita.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 20%.

Intervencions i accions prioritàries**

Les estratègies que han de guiar les intervencions van dirigides, fonamentalment, a evitar l'adquisició d'MTS i a trencar la cadena d'infecció, i es basen preferentment en:

- Informació i educació sanitàries a la població, especialment a joves i adolescents.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

- Diagnòstic de tots els malalts afectats d'MTS i detecció oportunista en els grups amb comportaments de risc actual o previ de patir MTS (persones promiscues, persones que exerceixen la prostitució, usuaris de la prostitució, consumidors de drogues per via parenteral), especialment en les dones (en les quals les MTS es manifesten de forma asimptomàtica).
- Tractament correcte dels infectats i informació i educació sanitàries sobre el risc que comporten les MTS tant per a l'infectat com per als seus companys sexuals.
- Estudi dels companys sexuals dels infectats i tractament, si cal.
- Promoció de canvis de comportament sexual, especialment d'aquelles persones amb més risc i probabilitat de contreure i/o estendre les MTS.

Per al Pla de salut de Catalunya 1999-2001 s'han mantingut les intervencions proposades pel Pla de salut de Catalunya 1996-1998, basades en les activitats de prevenció, detecció i control de les MTS, la millora de la vigilància epidemiològica i la promoció d'hàbits saludables:

- Informació i educació sanitàries a la població general i als grups amb comportament de risc.
- Cribratge a homes i dones amb comportament de risc.
- Detecció precoç a totes les dones embarassades de la sífilis, l'hepatitis B, la infecció per l'HIV i la infecció per *Streptococcus agalactiae*, i a les dones embarassades amb comportament de risc cribratge de la infecció per *Neisseria gonorrhoeae* i de la infecció per *Chlamydia trachomatis*, d'acord amb les directrius establertes en la Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual i el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Vigilància epidemiològica.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran dut a terme les accions necessàries per conèixer i augmentar un 10% la cobertura de declaració de les MTS en els centres sanitaris on es diagnostica aquest problema de salut.

Avaluació

Accions dutes a terme per conèixer la cobertura de declaració de les MTS en els centres sanitaris on es diagnostiquen i evolució de la cobertura de declaració de les MTS.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, i per tal de prescriure el tractament específic, s'incrementaran el diagnòstic etiològic de les MTS i els estudis de contactes mitjançant el desenvolupament d'accions específiques en àmbits assistencials concrets.

Avaluació

Evolució de la proporció de diagnòstics de sospita que han estat confirmats etiològicament, mitjançant un registre específic d'MTS.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19: 175-82.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual. (En premsa, 1999.)
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

15. Problemes de salut mental

Si bé és difícil precisar el pes que tenen els trastorns mentals en la morbiditat i la mortalitat que afecta la població, s'estima que actualment una de cada vint persones pateix trastorns mentals greus i que la prevalença de trastorns mentals menys greus és tres vegades superior.

L'OMS preveu que els trastorns mentals constituïran un dels principals problemes de salut a la Regió Europea els propers anys. D'acord amb l'informe elaborat per Murray i López per encàrrec del Banc Mundial i l'OMS, considerant els anys de vida perduts per mort prematura i per discapacitat, mesurats en anys de vida ajustats per discapacitat, la depressió, els trastorns bipolars i l'esquizofrènia tenen un pes important sobre la salut de la població europea (9,5% del total de malaltia i discapacitat).

L'envelliment de la població i l'increment dels factors de risc amb repercussió sobre la salut mental com ara l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, així com l'augment de l'abús de substàncies, la soledat i la ruptura de xarxes socials són factors que contribuiran a l'increment dels trastorns mentals en les properes dècades.

En la dècada dels 90, el suïcidi és una causa important de mort en els adolescents i en els adults joves a Europa (responsable del 15% de les morts en la població de 15-24 anys), i en aquest grup sovint està relacionada amb el consum d'alcohol i de drogues. D'altra banda, el suïcidi està augmentant en la gent gran, especialment en els homes majors de 85 anys.

Hi ha evidència que el suïcidi està relacionat amb la depressió, l'abús de substàncies i altres problemes psiquiàtrics. La millora de la detecció d'aquests problemes i d'altres factors de risc de suïcidi (dol, divorci, malalties greus, atur) pot reduir-ne de manera important la incidència. Entre la meitat i dos terços dels pacients que consumen el suïcidi havien visitat al metge en un període inferior a un mes abans de l'incident i entre un 10-40%, la setmana anterior.

A Catalunya l'any 1997, l'anàlisi de la mortalitat per causes relacionades amb la salut mental mostra que la taxa de mortalitat per suïcidi i autolesions va ser de 7,6 per 100.000 habitants. S'observa un augment de les taxes de suïcidi en els grups de més edat, amb la màxima expressió en els majors de 74 anys. D'altra banda, destaca que és la tercera causa de mort en el grup entre els 15 i 24 anys i la quarta en el grup entre els 25 i els 34 anys. Per a tots els grups d'edat, la mortalitat per suïcidi és quasi tres vegades més freqüent en els homes que en les dones.

La taxa bruta de mortalitat per trastorns mentals va ser de 39,9 morts per 100.000 habitants l'any 1997. Les psicosis orgàniques, especialment la demència senil i la malaltia d'Alzheimer, són la causa fonamental d'aquestes morts i estan augmentant els darrers anys com a conseqüència de l'envelliment progressiu de la població.

Quant a la morbiditat atesa per trastorns mentals, les malalties amb més impacte en l'hospitalització són els trastorns esquizofrènics, les psicosis afectives, els trastorns neuròtics i la síndrome de dependència de l'alcohol, que van representar, l'any 1997, al voltant del 50% dels ingressos per problemes de salut mental. Pel que fa a l'atenció ambulatoria, durant l'any 1998, els diagnòstics més freqüents són la depressió, els trastorns afectius i l'ansietat i els trastorns de la personalitat, que agrupen el 56,6% dels diagnòstics.

Un problema de salut emergent i amb un fort impacte social el constitueixen els trastorns de la conducta alimentària. L'anorèxia i la bulímia nervioses són trastorns d'etiologia multifactorial que afecten majoritàriament dones joves i que es caracteritzen per alteracions importants en la ingesta d'aliments amb conseqüències nutricionals i psicobiològiques.

Encara que no es disposa de dades globals sobre la magnitud del problema a Catalunya, la incidència i la prevalença d'aquests trastorns han augmentat durant les últimes dues dècades en els països industrialitzats. Les dades internacionals estimen que la prevalença d'aquests

trastorns en la població de dones joves de 14 a 30 anys és del 0,5 a l'1,5% en el cas de l'anorèxia nerviosa i del 2 al 3% en el de la bulímia nerviosa, tot i que els darrers anys estan augmentant els casos d'anorèxia nerviosa prepuberal. L'anorèxia nerviosa pot ser lleu i transitòria, però també greu i de llarga durada, i les complicacions poden arribar a comprometre la vida de les pacients; s'estima que la mortalitat es troba al voltant del 6% dels casos.

D'altra banda, pel que fa a l'atenció a les persones amb trastorns mentals, malgrat la freqüència d'aquests problemes, la detecció de la morbiditat psíquica per part dels metges d'atenció primària és insuficient. Segons diversos estudis, la detecció se situa al voltant dels 50% dels casos i s'emfatitza la importància del reconeixement precoç per part dels professionals d'atenció primària, dels símptomes relacionats amb problemes de salut mental en els pacients que atenen.

També la insuficient coordinació i complementarietat entre els serveis, tant sanitaris com socials, i l'adheriment insuficient dels pacients als centres, són problemes que afecten la continuïtat del procés assistencial i que són especialment rellevants en l'atenció als pacients amb trastorns mentals severos (TMS).

Intervencions i accions prioritàries*

En l'àmbit de la salut mental, el Pla de salut de Catalunya 1999-2001 proposa, en la línia de les intervencions proposades a l'anterior Pla, continuar avançant en la prevenció primària, secundària i terciària dels problemes de salut mental amb mesures orientades a la millora de la detecció, l'atenció i la rehabilitació de les persones amb trastorns mentals (TM), en el suport a les seves famílies i en el respecte dels drets fonamentals dels pacients.

Tant pel que fa a la detecció dels trastorns mentals com a l'atenció i la rehabilitació, la col·laboració i la complementarietat intersectorial entre les escoles, els serveis sanitaris i socials i l'administració de justícia, entre d'altres, és essencial, ja que en l'atenció als trastorns mentals la resposta dels dispositius assistencials implicats és clau i pot condicionar la remissió del procés o bé l'evolució vers la cronicitat.

D'altra banda, el Pla formula per primera vegada intervencions i accions en relació amb els trastorns de la conducta alimentària. Es proposa iniciar un pla d'actuació que consideri mesures preventives i assistencials per a l'atenció a aquests trastorns, la col·laboració amb els grups d'ajuda mútua de pacients i familiars i la millora de la informació a la població en general i, en especial, als grups de risc i a les persones que hi estan relacionades.

D'acord amb l'opinió dels experts, es recomana adreçar les mesures de prevenció primària a grups diana de població amb gran vinculació amb la població adolescent com ara grups de professors de ballet i de gimnàstica, professors i tutors d'escoles i instituts, associacions de pares d'alumnes, entre d'altres. En canvi, no es considera adequat dur a terme estratègies poblacionals adreçades als joves amb aquesta finalitat.

Per aquest motiu, el Departament de Sanitat i Seguretat Social promourà el desenvolupament d'un Pla Interdepartamental que té com a objectius dur a terme programes informatius i formatius adreçats als grups diana esmentats. Comptarà amb la participació del Departament d'Ensenyament, la Secretaria General de l'Esport i la Secretaria General de Joventut del Departament de Cultura, el Departament d'Indústria, Comerç i Turisme, l'Institut Català de la Dona adscrit al Departament de Presidència i el Departament de Benestar Social.

Les actuacions sanitàries s'adrecen a afavorir la detecció precoç i la millora del procés assistencial dels trastorns de la conducta alimentària i a facilitar als professionals dels diferents àmbits assistencials formació específica i instruments com ara guies de pràctica clínica, que

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

contribueixin a la millora del maneig clínic d'aquests problemes de salut. D'altra banda, es preveu potenciar els recursos assistencials actuals de la xarxa pública per a l'atenció a les persones amb trastorns de la conducta alimentària.

En l'àmbit de l'ensenyament, es proposa la inclusió d'aquesta temàtica en el Programa d'educació per a la salut a l'escola i l'establiment de protocols adreçats al professorat i altres educadors. Així mateix, es formulen accions en l'àmbit de la cultura, de l'esport, de la indústria i del comerç. També es proposa la col·laboració amb grups de familiars i malalts, que s'orientarà a potenciar la participació del teixit associatiu, i també a afavorir el suport al voluntariat.

D'altra banda, per a la millora de l'atenció als malalts mentals internats en els centres penitenciaris de Catalunya, en l'àmbit de la col·laboració establerta amb el Departament de Justícia, es proposa impulsar actuacions per millorar la capacitat i les habilitats dels professionals sanitaris d'aquests centres, així com la coordinació i el treball conjunt amb la xarxa de salut mental.

El Pla de salut proposa per al període 1999-2001 les intervencions següents:

- Millora de la detecció precoç dels problemes de salut mental i de les situacions de risc, del tractament, de la rehabilitació i de la reinserció social en la població infantil, juvenil i adulta.
- Desenvolupament de mesures específiques per a la millora de l'atenció a les urgències psiquiàtriques.
- Potenciació de la capacitat i les habilitats dels professionals d'atenció primària per a la detecció precoç i l'atenció als problemes de salut mental, mitjançant el treball conjunt dels professionals de la xarxa de salut mental i de la d'atenció primària de salut.
- Establiment de mesures adreçades a la millora de l'atenció als malalts amb TMS, especialment mesures adreçades a la continuïtat assistencial i al suport a les famílies dels pacients.
- Desenvolupament de mesures per tal d'avançar en el respecte als drets dels pacients amb TM, especialment pel que fa al consentiment informat i la valoració de la competència mental.
- Desenvolupament d'accions interdepartamentals que contribueixin a la prevenció primària dels trastorns de la conducta alimentària.
- Impuls de mesures per afavorir la detecció precoç i la millora del procés assistencial dels trastorns de la conducta alimentària.
- Suport i col·laboració amb les associacions de familiars i malalts mentals, potenciant que participin en la informació i difusió de mesures preventives a les famílies i afavorint el suport del voluntariat.
- Continuïtat en el desenvolupament de les accions interdepartamentals que contribueixin a una millor atenció als malalts amb trastorns mentals internats en els centres penitenciaris de Catalunya.
- Establiment de mesures adreçades a la millora de l'atenció als malalts amb TMS internats en els centres penitenciaris, fent especial èmfasi en les adreçades a la millora de la continuïtat assistencial.
- Potenciació de la capacitat i les habilitats dels professionals sanitaris dels centres penitenciaris per a l'atenció als interns que pateixen trastorns mentals, mitjançant el treball conjunt dels professionals de la xarxa de salut mental i dels centres penitenciaris.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'assolirà una implantació del Programa de col·laboració i suport entre els equips d'atenció primària (EAP) i els de salut mental, que ha d'incloure la interconsulta periòdica amb un especialista de referència en el 80% de les àrees bàsiques de salut (ABS) en funcionament.

Avaluació

Evolució del percentatge d'EAP on s'ha implantat aquest programa.

Valoració de la utilitat i el grau de satisfacció dels professionals dels EAP en relació amb el programa.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres hospitalaris implantaran un protocol de preparació de l'alta hospitalària dels pacients ingressats per trastorn mental, que haurà d'incloure la cita prèvia per a la visita del pacient al Centre de Salut Mental (CSM) de referència en un termini inferior a 15 dies després de l'alta.

Avaluació

Centres hospitalaris que disposen del protocol de preparació de l'alta.

Percentatge de pacients donats d'alta que han rebut atenció als CSM d'adults en el termini indicat.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà elaborat unes recomanacions per a l'atenció a les urgències psiquiàtriques, que inclouran mesures específiques per als diferents nivells assistencials, amb la participació dels professionals i usuaris, i desenvoluparà accions per a l'aplicació d'aquestes mesures.

Avaluació

Existència de les recomanacions i valoració del grau d'aplicació.

4. Durant l'any 1999, el Servei Català de la Salut establirà els criteris per a la definició de població de risc de TMS en la població infantil i juvenil amb la participació i el consens dels professionals de l'àmbit de l'atenció a la salut mental.

Avaluació

Existència dels criteris.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els CSM establiran mesures per millorar l'adheriment dels pacients amb TMS atesos.

Avaluació

Percentatge de pacients amb TMS que han rebut com a mínim 10 visites successives en el termini d'un any en el centre o en el domicili.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els CSM disposaran d'un protocol d'atenció i suport a les famílies dels pacients amb TMS que contindrà informació sobre la malaltia, el procés d'atenció, i també els serveis d'atenció i orientació disponibles.

Avaluació

Valoració del grau de satisfacció de les famílies dels pacients amb TMS atesos en els CSM amb relació al suport rebut per part dels centres.

7. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres de dia de la xarxa de salut mental aplicaran les recomanacions del Servei Català de la Salut per a la rehabilitació dels pacients amb TMS.

Avaluació

Valoració de l'aplicació de les recomanacions.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social impulsarà el desenvolupament d'un Pla Interdepartamental per afavorir la prevenció primària dels trastorns de la conducta alimentària.
9. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut desenvoluparà, en col·laboració amb altres institucions, estratègies específiques de formació i de coordinació entre els diferents serveis i nivells assistencials per tal de millorar la detecció, el tractament i la continuïtat de l'atenció dels trastorns de la conducta alimentària.

Avaluació dels objectius 8 i 9

Valoració de les accions proposades per al trienni amb relació a l'atenció als trastorns de la conducta alimentària.

10. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut impulsarà línies de col·laboració amb les associacions de familiars i malalts mentals.

Avaluació

Valoració de les línies de col·laboració establertes.

11. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Justícia, conjuntament amb el Servei Català de la Salut, impulsarà la implantació de mesures adreçades a la millora de la detecció i l'atenció als interns amb trastorns mentals, fent especial èmfasi en l'atenció als TMS.

Avaluació

Valoració de les accions endegades.

12. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut ampliarà la implantació de programes de suport entre els dispositius assistencials de la xarxa de salut mental i els dels serveis penitenciaris, per tal de potenciar la capacitat i les habilitats dels professionals en l'atenció als interns que pateixen trastorns mentals.

Avaluació

Valoració dels programes implantats.

Referències bibliogràfiques

1. Anthony, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health services system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil J* 1993; 16: 11-23.
2. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramirez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-8.
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1997.
4. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rew* 1995; 17: 182-90.
5. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. Londres: Tavistock/Routledge, 1992.
6. Murray C.J.L., López, AD. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA, Harvard University Press, 1996 (Global Burden of Disease of Injury Series, vol. 1).
7. Proposta d'acord mitjançant el qual s'aprova el Pla Interdepartamental relatiu als trastorns del comportament alimentari.
8. Retolaza A, Márquez I, Ballesteros J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15: 593-608.
9. Treasure J, Troop N, Ward A. An approach to planning services for bulimia nervosa. *Br J Psych* 1996; 169: 551-554.
10. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psych* 1996; 169: 705-12.
11. U. S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
12. Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. Nova York: John Wiley and Sons, 1995.
13. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal J, Iglesias C, Montejo J, Herrán A, Dunn G. An epidemiological study of morbidity and use of health.
14. Vázquez-Barquero JL. *Psiquiatria en atención primaria*. Libros Princeps. Biblioteca Aula Médica. Madrid, 1998.
15. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series 6*. Copenhagen: WHO, 1999.
16. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de salut de Catalunya 1996-1998*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

16. Diabetis *mellitus*

La diabetis *mellitus* és un problema de salut, la importància del qual es manifesta en el fet que és una de les principals causes de mort, de morbiditat i d'invalidesa i, a més, és un dels principals factors de risc de les malalties cardiovasculars.

L'any 1996 es van produir 1.175 defuncions per diabetis *mellitus* a Catalunya, que signifiquen una taxa de mortalitat de 19,3 per 100.000 habitants (23,5 per 100.000 habitants en les dones i 14,8 per 100.000 habitants en els homes).

L'any 1995 la prevalença de la diabetis *mellitus* tipus 2 era del 10,3% en la població de 30 a 89 anys. En el grup d'edat de 70 a 89 anys la prevalença era del 24,0% i en el de 50 a 69 anys del 14,4%. La prevalença de diabetis coneguda era del 6,7% i la de la ignorada del 3,6%. La prevalença de tolerància disminuïda a la glucosa (TDG) era de l'11,6%. Aproximadament, 1 de cada 5 persones majors de 30 anys presenta una alteració de la tolerància a la glucosa, en major o menor grau.

La incidència de la diabetis *mellitus* tipus 1 en persones de 0 a 29 anys en el període 1987-1994 va ser d'11,3 per 100.000 habitants i any (12,8 en els homes i 9,8 en les dones).

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la mortalitat per malaltia isquèmica del cor en els diabètics en un 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els nous casos d'insuficiència renal crònica en diabètics com a mínim en un 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els nous casos d'amaurosi en els diabètics en un 25% o més.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir les amputacions per gangrena diabètica en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal aconseguir el mateix resultat de la gestació en l'embarassada diabètica "ja coneguda" que en la dona no diabètica, pel que fa a la mortalitat perinatal i a les malformacions congènites.
- D'aquí a l'any 2000 cal incrementar el nombre de diabètics coneguts almenys en un 25%, cosa que significa aconseguir que el 60% dels diabètics siguin coneguts mitjançant cribratge dels grups de risc.

Intervencions i accions prioritàries**

Es mantenen les intervencions i accions proposades en el Pla de salut 1996-1998, que se centren fonamentalment en la detecció, el tractament i el control de la diabetis *mellitus* i les seves complicacions, l'educació sanitària de la població i la sensibilització dels professionals.

- Detecció, tractament i control de la diabetis *mellitus* i de les complicacions que se'n deriven, a la població diana, a les consultes d'atenció primària, seguint una estratègia de detecció oportunista, i l'aplicació dels criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus* i la diabetis gestacional.
- Conscienciació de la població general i dels professionals de la salut sobre les possibilitats preventives de la diabetis i de les seves complicacions.
- Promoció de programes de formació i educació diabetològica per als diabètics de totes les edats, els seus familiars i també per als equips sanitaris.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut es continuaran monitoritzant les tendències de la diabetis i de les complicacions que se'n deriven a Catalunya.

Avaluació

Estudis adients.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal haver mesurat la glucèmia en, almenys, el 70% de la població diana definida en els criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus*, atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

Proporció de persones amb factors de risc cardiovasculars (tabaquisme, hipertensió, hipercolesterolèmia i obesitat), que tenen mesurada la glucèmia.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, i per tal de prevenir la ceguesa, el 70% dels diabètics coneguts i atesos ha de tenir revisat el fons d'ull, d'acord amb els criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus*.

Avaluació

Proporció de diabètics coneguts i atesos que tenen revisat el fons d'ull d'acord amb els criteris establerts.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 90% dels pacients diabètics atesos tindran valors d'HbA_{1c} inferiors al 10%.

Avaluació

Proporció de pacients diabètics atesos amb valors d'HbA_{1c} inferiors al 10%.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 80% dels diabètics coneguts han de tenir detectats els altres factors de risc cardiovascular (tabaquisme, hipertensió, hipercolesterolèmia i obesitat) d'acord amb els criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus*.

Avaluació

Proporció de diabètics coneguts que tenen detectats els altres factors de risc cardiovascular.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevalença de diabetis *mellitus* no insulíndependent a Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1997; 3: 41-3.
3. Organització Mundial de la Salut. Federació Internacional de diabetis. Oficina Regional per a Europa. Atenció i recerca diabetològica a Europa. Declaració de St. Vincent. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

17. Problemes de salut de l'aparell locomotor

La prevalença poblacional de les malalties de l'aparell locomotor, si bé presumiblement és molt elevada, és difícil d'estimar amb precisió per la manca d'homogeneïtat metodològica utilitzada en les diferents fonts d'informació i estudis disponibles. Un dels principals problemes a l'hora de conèixer la magnitud del problema és l'heterogeneïtat en la denominació dels diferents processos o malalties de l'aparell locomotor.

En una recent revisió bibliogràfica de la *Sociedad Española de Reumatología* sobre l'impacte de les malalties de l'aparell locomotor a Espanya, s'estima que quasi una tercera part de la població espanyola pateix alguna malaltia de l'aparell locomotor. Aquestes malalties representen el 10% de totes les consultes realitzades en l'atenció primària i el 10% de les urgències en centres hospitalaris. A més, causen el 15% de les incapacitats laborals transitòries i constitueixen la primera causa d'incapacitat laboral permanent.

Diferents estudis específics de prevalença de malalties de l'aparell locomotor, realitzats els anys noranta, semblen indicar que l'artrosi i els reumatismes de parts toves, incloent-hi el dolor lumbar, són els responsables d'aquesta morbiditat. La morbiditat per malalties de l'aparell locomotor s'incrementa amb l'edat i és més alta en dones que en homes.

Segons l'Enquesta de salut de Catalunya 1994, i pel que fa a la morbiditat percebuda, quasi un 23% de la població catalana refereix haver patit restricció d'activitat els darrers 15 dies per artrosi, mal d'esquena o patologia de la columna cervical. D'altra banda, les causes de restricció d'activitat en el darrer any referides més freqüentment són l'artrosi i el mal d'esquena (20%), l'artrosi de columna, la patologia de la columna cervical i les deformitats adquirides de la columna. Finalment, el 32,2% dels catalans refereixen patir o haver patit artrosi com a trastorn crònic.

Altres enquestes del nostre entorn publicades recentment aporten xifres semblants que corroboren aquests resultats. Segons la darrera *Encuesta Nacional de Salud* (ENS-95), la primera causa de restricció d'activitat de més de 10 dies és el reumatisme, artrosi, artritis, ciàtica, lumbàlgia o mal d'esquena. En aquesta mateixa enquesta la simptomatologia o dolor percebut més freqüentment en les darreres dues setmanes va ser el d'origen ossi, de columna o d'articulacions.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions proposades en el Pla de salut 1999-2001 en relació a les malalties de l'aparell locomotor es basen en activitats de detecció i seguiment d'aquest problema de salut i de coordinació entre professionals sanitaris i nivells assistencials. En aquest sentit, i amb coherència amb el Pla de salut de Catalunya 1996-1998, es continuaran definint recomanacions per a l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor més prevalents amb la participació i el consens de professionals sanitaris i societats científiques.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Per al període 1999-2001 es proposen les intervencions següents:

- Definició de recomanacions amb la participació i el consens entre els professionals sanitaris per tal de millorar la detecció, el tractament i el control dels problemes de salut de l'aparell locomotor.
- Sensibilització de la població demandant i dels professionals sanitaris sobre el caràcter crònic de gran part dels problemes de salut de l'aparell locomotor, la complexitat del seu tractament i les possibilitats de millora, per tal d'afavorir la integració dels pacients en el seu entorn habitual i minimitzar les conseqüències que se'n deriven.
- Potenciació del paper del nivell especialitzat com a suport de l'atenció primària, per tal de millorar-ne la seva capacitat de resolució i afavorir la continuïtat de l'atenció.

Objectiu operacional

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut definirà recomanacions per a l'atenció dels problemes de salut de l'aparell locomotor amb la participació i el consens dels diferents professionals sanitaris dels serveis assistencials implicats.

Avaluació

Existència de recomanacions.

Referències bibliogràfiques

1. Sociedad Española de Reumatología (SER), Liga Reumatológica Española (LIRE), Gabinete Pfizer de Recursos Humanos, Reumatos'90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España. Madrid: Pfizer, 1992.
2. Batlle-Gualda E, Jovani Casano V, Ivorra Cortés J, Pascual Gómez E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. Rev Esp Reumatol 1998; 3: 91-105.
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1997.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

18. Medi ambient i higiene dels aliments

El medi ambient constitueix un dels factors determinants de la salut, actuant de forma complexa i interrelacionada sobre la salut de la població. Per aconseguir un medi ambient saludable és necessària la participació activa dels individus i de la comunitat, així com la col·laboració i coordinació intersectorial.

Cada vegada es posa més de manifest que és pràcticament impossible eliminar totalment el risc dels diferents contextos en que es poden situar les persones, per tant, cal assegurar l'equilibri entre els riscos i els avantatges, establint prioritats i utilitzant els recursos d'una manera eficaç, és a dir, gestionant el risc. El sistema sanitari té la responsabilitat d'assegurar que s'identifiquin els vincles entre la salut i els canvis que se succeeixen en el medi ambient. L'avaluació de riscos passa a ser un instrument de gestió decisiu per a l'adaptació de les activitats de protecció de la salut a l'entorn canviant.

S'ha de reconèixer una major funció de la societat civil en la protecció de la salut, tot enfortint la participació de les persones i de les comunitats en el procés de formulació de decisions. En aquest sentit, cal accentuar i persistir en l'impuls de l'autocontrol de les indústries i establiments i alhora la corresponsabilització dels ciutadans a través de la comunicació del risc que originen les diferents activitats i situacions i l'educació ambiental.

Segons el registre de malalties de declaració obligatòria, la incidència de les malalties infeccioses de transmissió hídrica i/o alimentària, en general, no presenta grans canvis en els darrers anys. La taxa d'incidència de l'hepatitis A va ser de 5,3 casos per 100.000 habitants, l'any 1996, i de 5,6, l'any 1997. Pel que fa a l'enteritis i les diarrees en aquests mateixos anys, les taxes van ser de 5.827,2 i 6.115,9 per 100.000 habitants, respectivament. Quant a la febre tifoide i paratifoide va presentar una taxa de 0,6 casos per 100.000 habitants, l'any 1997.

Durant l'any 1997 es van produir 100 toxiinfeccions alimentàries (TIA), que han afectat a 1.167 persones. Les TIA es mantenen com el tipus de brot epidèmic més freqüent i suposen el 50% dels brots. La distribució d'aquests brots entre els àmbits familiar i el de la restauració col·lectiva manté una proporció propera al 50%, tot i que l'any 1997 la proporció s'ha incrementat lleugerament en l'àmbit de la restauració col·lectiva.

Quant a les zoonosis, tot i l'increment en el nombre d'animals sacrificats, segueixen sent malalties de molt baixa incidència a Catalunya. L'any 1997 es van sacrificar 13.814.321 animals d'abastament (boví, oví, porcí i equí) i 249.627.260 aus i conills.

La brucel·losi, després de l'augment d'incidència passatger experimentat l'any 1996, ha tornat l'any 1997 als valors d'endèmia habituals, amb una taxa de 2,3 casos per 100.000 habitants. Pel que fa a la triquinosi, continua sense haver-hi cap cas.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal que la morbiditat declarada per febre tifoide sigui inferior a 1 cas per 100.000 habitants i per any.
- D'aquí a l'any 2000 cal que la morbiditat declarada per enteritis i diarrees sigui inferior a 4.500 casos per 100.000 habitants i per any.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els brots declarats per toxiinfeccions alimentàries un 30%.
- D'aquí a l'any 2000 la morbiditat declarada per brucel·losi ha de ser inferior a 3 casos per 100.000 habitants.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar la triquinosi a Catalunya.
- D'aquí a l'any 2000 cal aconseguir que no es doni cap cas d'intoxicació aguda secundària ni de contaminació química dels aliments derivada de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris.

Medi ambient saludable

El fenomen de la globalització suposa entre altres coses l'increment del comerç de productes nocius per a la salut i el medi ambient. L'avaluació ambiental és una de les eines que permet actuar de manera preventiva sobre les futures amenaces per al medi i la salut. D'acord amb la Llei 3/1998 d'intervenció integral de l'administració ambiental, cal definir quin és el paper dels professionals de la salut en el procés d'avaluació.

El treball interdepartamental i intersectorial constitueix un factor decisiu per aconseguir la protecció de la salut de les persones enfront als riscos mediambientals. En aquest sentit és especialment rellevant perseverar i optimitzar la coordinació entre el Departament de Medi Ambient i el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Les actuacions que es porten a terme dirigides a la protecció de la salut estan d'acord amb les propostes del Programa per a la continuïtat de l'aplicació de l'Agenda 21, aprovat l'any 1997 per l'Assemblea General de les Nacions Unides: assegurar un subministrament d'aigua potable, controlar i gestionar els residus, tenir cura de les substàncies i productes químics perillosos i controlar l'aplicació de plaguicides, entre d'altres.

Igual que s'ha estat aplicant l'autocontrol a la indústria alimentària, cal impulsar la implicació directa per part de les entitats gestores del subministrament d'aigua de consum públic i de les empreses aplicadores de plaguicides d'ús ambiental i d'ús en la indústria alimentària. En aquests sectors es promou l'aplicació de guies de bones pràctiques per facilitar l'autocontrol i minimitzar els riscos per a la salut.

D'altra banda, la Directiva 98/83/CE, relativa a la qualitat de les aigües destinades al consum humà, defineix els objectius mínims de qualitat del medi ambient que han d'assolir-se per mantenir i fomentar l'ús sostenible de les aigües destinades al consum humà. Aquest fet suposa aplicar nous paràmetres de control de les aigües de consum referits a efectes sobre la salut.

Objectius generals de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal controlar sanitàriament el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades.
- D'aquí a l'any 2000 cal que el 100% de les piscines d'ús col·lectiu compleixin el reglament sanitari vigent.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el nombre de platges qualificades actualment en els nivells C i D un 70%.
- D'aquí a l'any 2000 cal eradicar els incompliments per paràmetres tòxics o microbiològics de les xarxes d'aigües de subministrament públic a Catalunya.
- D'aquí a l'any 2000 cal controlar sanitàriament el 100% dels assentaments humans.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

- Optimització de la vigilància i seguiment de la qualitat sanitària de les aigües de consum públic.
- Control dels assentaments humans no permanents, en aquells aspectes que puguin tenir una incidència sanitària.
- Control intracentre dels residus sanitaris.
- Control de les empreses aplicadores de plaguicides d'ús ambiental i d'ús en la indústria alimentària.
- Coordinació interdepartamental per a les actuacions de sanitat ambiental.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'avaluaran els valors dels paràmetres químics i biològics d'interès sanitari de l'aigua de distribució pública.

Avaluació

Existència de l'informe i les propostes d'actuació.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran establert els protocols d'actuació dels agents sanitaris en l'avaluació del risc de les activitats classificades.

Avaluació

Existència dels protocols d'actuació.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuarà amb la implementació de la gestió avançada dels residus sanitaris biològics i químics en els centres sanitaris.

Avaluació

Percentatge de centres sanitaris que han implementat la gestió avançada dels residus sanitaris biològics i químics.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà elaborat una guia de bones pràctiques en l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental i d'ús en la indústria alimentària.

Avaluació

Existència de la guia de bones pràctiques.

Higiene dels aliments

La qualitat sanitària dels aliments és una preocupació creixent arreu del món. L'increment de les transaccions comercials de productes alimentaris, juntament amb els avenços tecnològics (en el camp de la genètica i en els processos de producció alimentària, entre d'altres), fan que s'hagi de tenir una especial atenció en l'àmbit de la salut alimentària, per tal d'evitar els possibles efectes negatius de les transformacions en curs.

El sector de la indústria alimentària a Catalunya té unes grans dimensions. Només el 42,9% de la seva producció es consumeix dins de Catalunya. Aquesta situació implica que les mesures de control alimentari assoleixin alhora una dimensió de competitivitat. Durant l'any 1997 es van portar a terme 187.190 inspeccions sobre establiments d'aquest tipus. Un dels objectius fonamentals d'aquestes inspeccions ha estat implementar, en el marc de l'autocontrol de les indús-

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

tries del sector de l'alimentació, l'aplicació de programes de formació per al personal en matèria d'higiene alimentària.

Objectius generals de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal que totes les carns que surtin dels escorxadors de Catalunya estiguin lliures de residus derivats de l'administració de promotors de creixement il·legals al bestiar.
- D'aquí a l'any 2000 cal que les instal·lacions i els equipaments de tots els escorxadors reuneixin les condicions higienicosanitàries fixades per la normativa vigent.
- D'aquí a l'any 2000 cal que tots els establiments que distribueixen aliments manufacturats, els venen al públic o els serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva, estiguin sotmesos a intervencions de control sanitari.

Intervencions i accions prioritàries**

- Vigilància i control sanitari de les indústries i els establiments alimentaris que elaboren, manipulen i distribueixen aliments.
- Foment i impuls de l'adopció de sistemes d'autocontrol per part de les indústries i els establiments alimentaris.
- Formació dels manipuladors d'aliments.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal que totes les empreses alimentàries de Catalunya estableixin sistemes d'autocontrol de la qualitat higiènica dels aliments que elaboren, i que apliquin els corresponents codis de Bones Pràctiques d'Elaboració i Manipulació.

Avaluació

Percentatge d'empreses amb sistemes d'autocontrol i que apliquen els codis de Bones Pràctiques d'Elaboració i Manipulació.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal que totes les empreses alimentàries hagin format el seu personal manipulador en matèria d'higiene alimentària, d'acord amb la Directiva 93/43/CEE.

Avaluació

Percentatge d'empreses alimentàries que han format el seu personal manipulador en matèria d'higiene alimentària.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuarà la investigació de la presència de residus derivats de l'administració de promotors de creixement il·legals al bestiar.

Avaluació

Existència de l'informe dels resultats de la investigació.

4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es mantindrà el programa de vigilància sobre l'encefalopatia espongiforme bovina i l'*scrapie* de l'ovi i el cabrum als escorxadors de Catalunya.

Avaluació

Existència del programa i l'informe dels resultats de la vigilància.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

19. Problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la menopausa

Els darrers anys, ha continuat la millora dels indicadors de salut maternoinfantil. La mortalitat infantil i la mortalitat perinatal segueixen disminuint i la mortalitat materna es manté en molts pocs casos anuals.

L'any 1997, les principals causes de mortalitat infantil són les perinatals i les anomalies congènites. Les primeres causes de mortalitat per afeccions perinatals continuen sent la prematuritat i el baix pes, i els problemes respiratoris (asfíxia i destret respiratori) i entre les anomalies congènites les causes principals són les cardíaques i/o les cromosòmiques.

Pel que fa a la morbiditat dels infants l'any 1997, els problemes de salut més freqüents en el primer any de vida, continuen sent les afeccions respiratòries, el baix pes i la prematuritat. Aquests dos últims problemes són també importants causes de mortalitat perinatal.

Les altes hospitalàries mostren l'any 1997 el mateix patró de morbiditat que en anys anteriors. La taxa d'ingressos hospitalaris dels menors de 15 anys és de 71,4 per 1.000. El grup d'edat amb la taxa més elevada és el de menors d'1 any, amb 388,6 hospitalitzacions per 1.000.

Les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) a Catalunya, entre els anys 1995 i 1996, presenten una taxa similar. Tanmateix, s'observa un augment del percentatge d'avortaments corresponents a dones joves, dones no usuàries de centres de planificació familiar i de les que ja havien tingut un avortament anterior.

Pel que fa a la variabilitat en la pràctica clínica, a Catalunya es manté la proporció de cesàries sobre el total de parts observada en els darrers anys. Continua observant-se una gran variabilitat entre els centres de la XHUP en la pràctica de parts amb cesària. D'altra banda, la taxa de cesàries en els centres públics continua sent inferior a la dels privats. També s'observa variabilitat en l'atenció als problemes de salut relacionats amb la menopausa i una certa incertesa sobre l'efectivitat de les diferents tecnologies diagnòstiques i terapèutiques disponibles actualment.

Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius ¹	4,17
Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 nascuts vius o morts ¹	7,31
Mortalitat materna, nombre de morts	0
Taxa d'embarassos per 1.000 dones menors de 18 anys	4,9
Taxa d'avortaments per 1.000 dones de 15 a 44 anys	7,2
Taxa d'avortaments per 1.000 dones de 14 a 17 anys	3,2
Raó d'avortament per 100 nascuts vius en dones menors de 18 anys	186,4
Raó d'avortament per 100 nascuts vius	17,5
Percentatge de dones que han avortat no usuàries de centres de planificació familiar	62%
Percentatge de dones que han avortat i que ja havien tingut un avortament anterior	26%
Morbiditat en néixer	
Baix pes	7,3%
Prematuritat	6,8%
Taxa d'hospitalització per 1.000 habitants menors de 15 anys ²	71,4
Taxa d'hospitalització per 1.000 nens menors de 15 anys ²	82,3
Taxa d'hospitalització per 1.000 nenes menors de 15 anys ²	60,0
Taxa d'hospitalització per 1.000 infants menors d'un any ²	388,6
Causes d'hospitalització:	
< 1 any:	
Problemes perinatals	46,7%
Anomalies congènites	5,7%
Malalties de l'aparell respiratori	11,2%
1 a 14 anys:	
Malalties de l'aparell respiratori	24,9%
Malalties de l'aparell digestiu	12,9%
Lesions i emmetzinaments	13,7%
Parts amb cesària als hospitals de Catalunya	22,7%
Parts amb cesària als hospitals de la XHUP	19,5%
Percentatge de nadons que inicien alletament matern durant els 3 primers dies	82%

**Taula 30. Principals
 indicadors de salut
 i de serveis
 maternoinfantils.
 Catalunya, 1997**

¹ Taxa corregida.

² Eliminats els reingressos durant l'any.

Fonts: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Recursos Sanitaris. Registre de mortalitat i Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs.
 Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.
 Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Registre de dades bàsiques de salut a l'etapa perinatal i infantil de Catalunya.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal mantenir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi per sota de 10 per cada 100.000 nascuts vius.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat perinatal fins a 6,5 per 1.000 naixements.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat infantil fins a 6,5 per 1.000 nascuts vius.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de prematuritat cronològica per sota del 5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de baix pes en néixer per sota del 5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota del 4 per 1.000.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

Intervencions i accions prioritàries*

Durant aquest període el Pla de salut proposa reduir els embarassos no desitjats, evitar les anomalies congènites prevenibles i reduir les complicacions de l'embaràs, part i puerperi. També es continua proposant la millora de la qualitat assistencial mitjançant la disminució de la variabilitat en la pràctica clínica i la millora de la declaració de la mortalitat perinatal i materna.

Pel que fa a la salut infantil, es proposa continuar impulsant les activitats preventives en l'àmbit de l'atenció primària de salut. Quant a la salut de la dona, es proposen mesures per a la millora de la qualitat de vida en l'etapa de la menopausa.

Per assolir aquestes propostes continuen vigents les intervencions del període anterior:

- Educació sanitària per a la promoció d'actituds i hàbits de salut positiva en l'etapa pregestacional i gestacional i, especialment, la dirigida als adolescents.
- Detecció prenatal d'anomalies congènites.
- Adopció de criteris comuns d'actuació per a l'atenció a l'embaràs, el part i el puerperi.
- Detecció precoç de problemes de salut en la població infantil, mitjançant el Programa de seguiment del nen sa.
- Millora de la qualitat de la informació sobre la mortalitat infantil, perinatal i materna.
- Adopció de recomanacions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i per a l'atenció a problemes de salut derivats de la menopausa.

Cal esmentar que en els apartats d'aquest document sobre malalties de transmissió sexual, sida, malalties de l'aparell respiratori, lesions produïdes per accidents i violències, malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions i càncer, també es proposen intervencions que afecten la salut maternoinfantil, dels infants i dels adolescents i de la dona en l'etapa adulta.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% dels serveis integrats en el Programa d'Atenció a la Dona (PAD) i dels centres de planificació i orientació familiar disposaran d'un servei d'informació sexual i consell reproductiu ofertat específicament als joves.

Avaluació

Percentatge de PAD que disposen d'un servei d'informació sexual i consell reproductiu en horari diferenciat específic per a joves.

Percentatge de PAD que disposen de la línia telefònica per a joves.

Activitats d'informació adreçades a la comunitat sobre la sexualitat i la salut reproductiva.

Evolució del nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en usuàries de serveis de planificació familiar.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social efectuarà una campanya informativa sobre mètodes contraceptius i sobre l'oferta en el territori de serveis i centres d'informació i atenció en l'àrea de la sexualitat i la salut reproductiva per tal de millorar el coneixement de la població sobre els recursos i mètodes disponibles per prevenir l'embaràs no desitjat.

Avaluació

Existència d'informació editada sobre els aspectes esmentats.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres que efectuen interrupcions voluntàries de l'embaràs, elaboraran i aplicaran un protocol de consell sexual i reproductiu, així com d'informació sobre l'oferta de serveis de planificació familiar a l'abast de les dones ateses per una Interrupció voluntària de l'embaràs (IVE).

Avaluació

Existència del protocol en els centres.

Percentatge de dones que han avortat i que ja ho havien fet anteriorment.

4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres que proporcionen atenció a l'embaràs aplicaran el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques d'embarassades on consta el nombre adequat d'ecografies durant tot l'embaràs, d'acord amb els criteris del protocol esmentat.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 80% de les embarassades hauran rebut la primera visita de control de l'embaràs dins de les 12 primeres setmanes de gestació, d'acord amb les indicacions del Protocol de seguiment de l'embaràs del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques de dones embarassades on consta que han estat visitades durant les 12 primeres setmanes de gestació.

Percentatge d'històries clíniques de dones embarassades amb anotació de les variables relacionades amb l'hàbit tabaquic, el consum d'alcohol i altres drogues i els hàbits alimentaris.

6. Abans de l'any 2000, els centres on es dona atenció maternal oferiran el diagnòstic prenatal per a la detecció d'anomalies congènites al 90% de les dones gestants d'acord amb els criteris del Protocol de diagnòstic prenatal del Departament de Sanitat i Seguretat Social, i facilitaran informació completa i comprensible sobre els procediments que cal efectuar.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques d'embarassades on consta l'oferta de diagnòstic prenatal.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà practicat l'ecografia d'estudi morfològic fetal a les 18-20 setmanes de gestació al 70% de les dones embarassades.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques d'embarassades a les quals s'ha fet l'ecografia d'estudi morfològic entre les 18 i 20 setmanes de gestació.

8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% dels embarassos hauran estat tipificats segons el seu risc i s'hauran atès en les unitats maternals del nivell assistencial que els correspongui, d'acord amb els criteris del Protocol de seguiment de l'embaràs del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentage d'històries clíniques on consta l'avaluació continuada del risc segons el protocol. Percentatge de nadons de baix pes atesos en les unitats del nivell adequat segons el protocol.

Percentatge de nadons prematurs atesos en les unitats del nivell adequat segons el protocol.

9. Durant del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran elaborat, consensuat i difós unes recomanacions per a l'atenció al part i al puerperi del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Existència de les recomanacions.
Valoració del grau d'aplicació de les recomanacions.

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el percentatge de parts amb cesària serà inferior al 19%.

Avaluació

Percentatge de cesàries sobre el total de parts.
Existència d'auditories internes en les unitats d'atenció maternal per estudiar aquest procediment i per proposar mesures de millora.

11. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 80% dels infants d'1 mes d'edat seran totalment o parcialment alimentats amb lactància materna.

Avaluació

Percentatge de centres que presten atenció a l'embaràs, part i/o puerperi que disposin d'un programa i/o d'informació escrita que afavoreixi la lactància materna.
Percentatge de nadons d'1 mes d'edat alimentats amb lactància materna.

12. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% d'hospitals amb unitats d'atenció maternoinfantil disposaran d'una política explícita d'atenció a l'usuari pel que fa a:

- Possibilitat d'elecció d'anestèsia en el part, sempre que no es contradigui amb les indicacions mèdiques.
- Possibilitat de tenir un familiar acompanyant durant el procés de dilatació i part.
- Facilitar el contacte del nadó amb la mare durant tota l'estada al centre.

Avaluació

Percentatge d'hospitals que faciliten els tres punts anteriors.

13. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 80% dels infants de 2 anys atesos a l'atenció primària hauran rebut els cribratges indicats en el Programa de seguiment del nen sa.

Avaluació

Percentatge de nens de 2 anys atesos a l'atenció primària de salut amb anotació a la història clínica d'atenció primària del pes, la talla, el perímetre cranial, el desenvolupament psicomotor i les dosis de vacuna d'acord amb el calendari de vacunació del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

14. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut s'haurà millorat el sistema d'informació de la mortalitat infantil i perinatal per tal d'aprofundir en el coneixement de les característiques i els factors que hi intervenen mitjançant la recerca activa de casos als hospitals.

Avaluació

Percentatge de declaració dels nascuts vius de més de 180 dies de gestació, morts abans de les 24 hores als hospitals.

Percentatge de declaració dels nascuts morts de més de 180 dies de gestació als hospitals.

Percentatge d'hospitals amb unitats d'atenció maternal que disposen de registres mèdics dels morts en el període.

Existència d'auditories internes en les unitats d'atenció maternal per estudiar les morts i per proposar mesures de millora.

15. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut s'haurà millorat el sistema d'informació de la mortalitat materna per tal d'aprofundir en el coneixement de les característiques i els factors que hi intervenen mitjançant la recerca activa hospitalària.

Avaluació

Percentatge de declaració de defuncions de les dones en edat fèrtil amb causa de mort primària derivada de les afeccions de l'embaràs, el part i el puerperi, als hospitals.

Percentatge de declaració de defuncions de les dones en edat fèrtil amb causa de mort secundària derivada de les afeccions de l'embaràs, el part i el puerperi, als hospitals.

Existència d'auditories internes en les unitats d'atenció maternal per estudiar les morts i per proposar mesures de millora.

16. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran elaborat, consensuat i difós unes recomanacions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i per a l'atenció als problemes de salut de les dones en la menopausa.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

Activitats de difusió dirigides als professionals.

Referències bibliogràfiques

1. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
2. Starfield B. La eficacia en la atención médica. Barcelona: Masson y Salud y Gestión, 1989.
3. Rajmil L, Gispert R. Els indicadors de salut infantil a Catalunya I: utilitats i limitacions dels indicadors de mortalitat. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 129-134.
4. McGlynn E, Halfon N, Leibowitz A. Assessing the Quality of Care for Children. Prospects Under Health Reform. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149.
5. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit* 1995; 9: 224-31.
6. Grup Català de la calcitonina. La calcitonina en el tractament de l'osteoporosi idiopàtica. *AATM*, 1995 (núm. IN95002).
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Complicaciones patológicas de la menopausia. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, 1995.
8. Hailey D, Sampietro-Colom L, Marshall D, Rico R, Granados A, Asua J, Sheldon T. Efectividad de la medida de densidad ósea y de los tratamientos asociados en la prevención de fracturas. Alberta: INHATA, 1996.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya. Barcelona, 1998.
10. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. La salut de les dones a Catalunya: realitats i percepcions. Barcelona, Merck Sharp & Dome España, 1999.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6. Copenhagen: WHO, 1999.
12. Prats R, Armelles M, Huidobro G, Canela J, Salleras LL. Alletament matern a Catalunya. Factors associats. *Ped Cat* 1999;59 (en premsa).
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

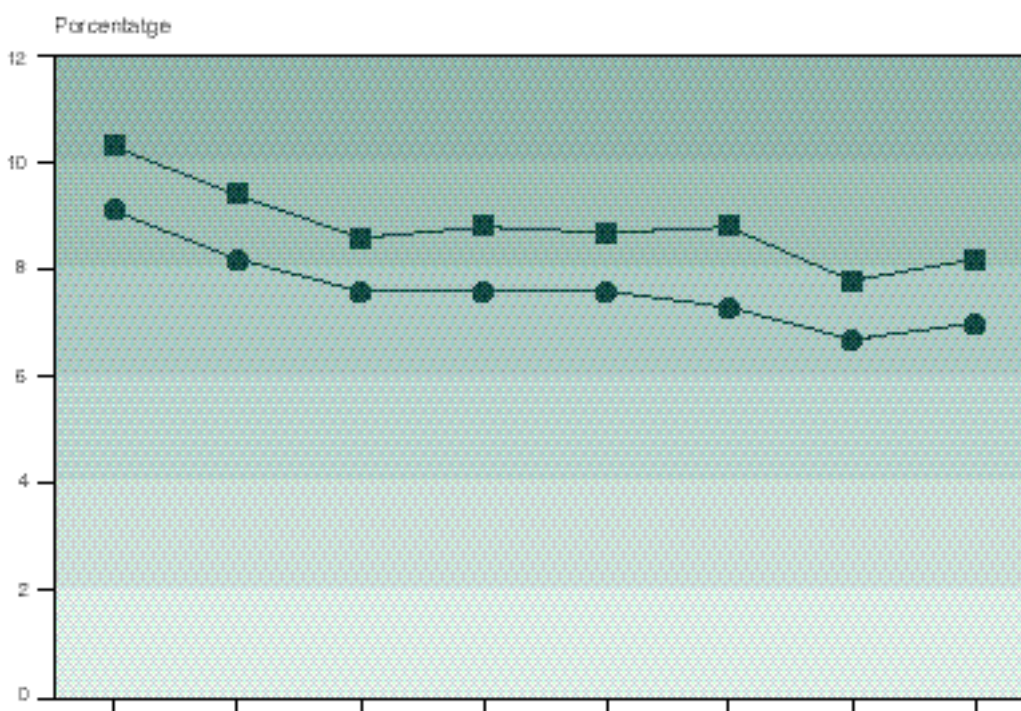
20. Infeccions nosocomials

Les infeccions nosocomials o hospitalàries constitueixen una eventual complicació de l'assistència hospitalària que, malgrat els avenços dels últims 20 anys en el seu coneixement i control, continuen sent un important problema de salut tant per la morbiditat i la mortalitat que causen com pel cost econòmic i social que suposen.

En els patrons assistencials es troben factors que influeixen directament en el desenvolupament d'aquest tipus d'infeccions: l'augment del nombre de pacients d'edat avançada, amb processos greus o amb important afectació de l'estat general, la implantació d'intervencions diagnòstiques o terapèutiques més agressives i l'aparició de resistències bacterianes per l'ús d'antibiòtics d'ampli espectre, que podrien explicar la dificultat del seu tractament. En moltes d'aquestes situacions la infecció pot considerar-se com un risc difícilment evitable.

Segons l'anàlisi evolutiva del Projecte EPINE del període 1990-1997, les dades mostren una tendència al descens de la prevalença d'infeccions nosocomials per al conjunt de l'Estat espanyol, passant del 9,9 al 8,1%. Aquest resultat pot considerar-se com molt acceptable en el context europeu. En aquesta disminució han intervingut múltiples factors, entre els quals destaca el canvi de patró de les estades (augment del nombre de pacients amb estades molt curtes, d'un o dos dies, i curtes, de menys de 15 dies, i disminució de pacients de llarga estada). El Projecte EPINE també posa de manifest l'augment de l'edat mitjana dels pacients ingressats en totes les àrees d'assistència (de 49,2 anys el 1990 a 54,7 anys el 1997).

La prevalença d'infeccions nosocomials a Catalunya l'any 1997 és de 8,2% i la de pacients afectats d'infecció nosocomial de 7,0%. En relació amb les xifres de 1990, s'observa, per tant, una lleugera disminució en ambdós casos (gràfic 22). Tanmateix, un problema cada vegada més important és l'augment de la gravetat i la persistència d'alguns brots específics (particularment per gèrmens oportunistes).



Gràfic 22. Evolució de la prevalença de les infeccions nosocomials. Catalunya, 1990-1997

Font: Informe de la evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales según las encuestas EPINE 1990-1997.

Les principals localitzacions de les infeccions són les vies urinàries, relacionades generalment amb l'ús de sondes uretrals, i les ferides quirúrgiques superficials, seguides de les pneumònies, sovint en relació amb l'ús de dispositius de ventilació assistida, les ferides quirúrgiques profundes i les bacterièmies relacionades amb l'ús de catèters intravasculars. Durant el període 1990-1997 ha disminuït la prevalença de les infeccions de localització urinària i ferida quirúrgica, i ha augmentat les de localització respiratòria i bacterièmies.

La prevalença d'infeccions nosocomials ha disminuït en totes les àrees, excepte en les unitats de cures intensives, que presenten la prevalença més elevada. Després d'una notable disminució entre els anys 1990 i 1994 (38,2 a 30,9%, respectivament), la prevalença d'infecció nosocomial en aquestes unitats de cures intensives ha augmentat de tal forma que l'any 1997 ha tornat a tenir una taxa semblant a la de l'any 1990. La disminució més accentuada ha estat en les àrees de pediatria i cirurgia.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya almenys en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de pacients afectats d'infecció nosocomial als hospitals de Catalunya almenys en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions nosocomials en les àrees de cures intensives dels hospitals de Catalunya almenys en un 10%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions nosocomials en les àrees de cirurgia dels hospitals de Catalunya almenys en un 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions de ferida quirúrgica neta a menys del 3%.

Intervencions i accions prioritàries**

L'evolució de la prevalença d'infeccions nosocomials a Catalunya, els darrers anys, es pot considerar com a positiva, però cal intensificar la vigilància per tal de millorar la situació d'alguns centres hospitalaris i evitar possibles creixements puntuals.

El control de les infeccions nosocomials es basa en el desenvolupament d'un sistema propi de vigilància epidemiològica per tal de conèixer la magnitud i les característiques del problema, els agents causals, els mecanismes de transmissió i els factors de risc.

En la xarxa d'atenció hospitalària ha augmentat el pes dels centres sociosanitaris degut al progressiu envelliment de la població. Actualment no es disposa de dades globals de prevalença d'infecció nosocomial en aquests centres. En aquest sentit, el disseny i la implementació d'un sistema de vigilància epidemiològica específic per a la xarxa de centres sociosanitaris s'ha considerat una acció prioritària.

Atès que totes les actuacions que es plantejaven en el Pla de salut 1996-1998 estaven adreçades a la reducció de la infecció nosocomial, atesa la seva vigència i la pertinença de les accions iniciades, per al nou període es proposa substituir les intervencions i accions prioritàries anteriors per una única intervenció adreçada a la millora de la qualitat de l'atenció hospitalària en relació a la prevenció de les infeccions nosocomials.

* Objectius definits l'any 1991 en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya.

** Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Per al període 1999-2001 es proposa la intervenció següent:

- Millora de la qualitat de l'atenció hospitalària amb l'objectiu de disminuir la prevalença i les conseqüències de la infecció nosocomial.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut i la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública definiran i acordaran uns indicadors comuns per utilitzar en tots els centres de la XHUP, per tal de monitorar la prevalença anual d'infecció nosocomial a cada centre.

Avaluació

Existència dels indicadors.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà dissenyat i iniciat l'aplicació de l'estratègia per al coneixement de les infeccions nosocomials als centres socio-sanitaris i les propostes d'actuació en relació amb la seva vigilància i el seu control.

Avaluació

Existència i grau d'aplicació de les propostes.

Referències bibliogràfiques

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Proyecto EPINE 1990-1997. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Resultados de los estudios de prevalencia de los años 1995, 1996 y 1997. Madrid, 1998.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Recomanacions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

21. Dolor i qualitat de vida

La contribució a la millora de la qualitat de vida de les persones és un objectiu fonamental del sistema sanitari català. Determinats problemes de salut com són especialment les malalties cròniques, les situacions de terminalitat i alguns procediments diagnòstics i terapèutics, sovint produeixen un important patiment físic i/o psíquic de les persones que podria ser sanitàriament evitat o pal·liat.

El dolor és un patiment innecessari que pot prevenir-se, controlar-se i pal·liar-se en la majoria dels casos. Els resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 mostren que es tracta d'un problema molt prevalent en la població catalana de 15 anys i més. Així, cal destacar que el 25,8% dels entrevistats manifesten patir dolor o malestar el dia de l'entrevista i que més del 30% declaren patir o haver patit artrosi, reumatisme o mal d'esquena crònic. El dolor afecta amb més freqüència les dones i els grups de població de més edat.

Alguns estudis efectuats en el nostre entorn mostren que tant el dolor agut com el crònic són un motiu important de demanda assistencial i sovint són tractats de manera insuficient. En el moment actual, el control del dolor és una prioritat social i sanitària i un signe d'eficiència, de bona pràctica clínica i de qualitat.

Un altre problema amb un fort impacte en la qualitat de vida són les nafres per pressió. Constitueixen un problema important per als pacients que les pateixen, i també per a l'entorn familiar i per a les persones que en tenen cura. L'aparició de les nafres per pressió en un malalt afecta tant la seva qualitat de vida com les possibilitats de recuperar el seu estat de salut i, fins i tot, poden posar en perill la seva vida.

Les nafres per pressió es presenten amb més freqüència en pacients amb disminució o falta de sensibilitat, en pacients debilitats, en pacients que pateixen paràlisi, o que per raó de la seva patologia utilitzen cadira de rodes o requereixen un enllitament perllongat.

La incidència i la prevalença de les nafres per pressió és un indicador que també s'ha relacionat amb la qualitat assistencial. Els diferents àmbits i serveis assistencials, hospitals d'aguts, centres sociosanitaris i l'atenció a domicili han d'afrontar aquest problema que no només té un impacte important en termes de salut i qualitat de vida, sinó també en termes de cost i de consum de recursos.

En l'entorn internacional, les dades sobre prevalença de les nafres per pressió oscil·len entre un 5 i un 15% en els hospitals d'aguts, i entre un 3,5 i un 20% en centres sociosanitaris. Segons diversos estudis, el cost del tractament d'una nafres per pressió és 2,5 vegades superior al de la seva prevenció i l'estada d'un pacient hospitalitzat amb nafres per pressió s'incrementa 3,5 vegades.

Actualment, no es disposa d'informació que permeti valorar la importància del problema en el conjunt de Catalunya, però es disposa de dades obtingudes en estudis puntuals sobre la incidència i la prevalença de les nafres per pressió, com ara les d'un estudi efectuat als centres sociosanitaris de Catalunya que mostrava que un 5% de pacients presentava úlceres d'estasi, mentre que un 19% en tenia de decúbit i un 12% tenia història d'úlceres de decúbit guarides o resoltes.

Intervencions i accions prioritàries*

El Pla de salut de Catalunya 1996-1998 va proposar intervencions adreçades a la millora de la qualitat de vida de les persones pel que fa a la prevenció i a la pal·liació del dolor. Durant el període 1999-2001 caldrà avançar en l'aplicació de les propostes anteriors i iniciar actuacions adreçades a la prevenció i a la millora de l'atenció de les nafres per pressió.

Actualment es coneix la història natural de les nafres per pressió i també les intervencions que són eficaces per prevenir la seva aparició en els malalts que presenten un major risc. En aquest

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

sentit, es considera que les nafres per pressió són un problema sanitariament evitable en un 95% dels casos. La principal mesura per evitar la seva aparició consisteix a atenuar la pressió a les zones sensibles, la inspecció de la pell en els malalts amb risc de desenvolupar nafres per pressió i les mesures higièniques per mantenir la zona exposada seca i lliure de pressió.

Els coneixements actuals sobre les nafres per pressió ens aporten elements suficients perquè els diferents nivells assistencials i serveis desenvolupin línies de treball encaminades a millorar el coneixement de la magnitud d'aquest problema, prevenir la seva aparició i tractar-lo amb mesures d'eficàcia provada.

El Pla de salut de Catalunya 1999-2001 proposa les intervencions i accions següents per a aquest període:

- Sensibilització dels professionals sanitaris, els pacients, les seves famílies i la societat en general sobre l'existència del dolor i les possibilitats del seu alleugeriment.
- Impuls de la formació dels professionals sanitaris pel que fa al tractament del dolor.
- Elaboració de recomanacions per a la prevenció, el tractament i el control del dolor, amb la participació i el consens de professionals de tots els nivells assistencials.
- Elaboració de recomanacions per a la millora de la prevenció i l'atenció de les nafres per pressió, amb la participació de professionals.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut promourà la realització d'estudis descriptius amb la finalitat de disposar de dades de prevalença del dolor en els diferents àmbits assistencials.

Avaluació

Resultats dels estudis.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut impulsarà l'establiment de recomanacions per a la prevenció, el tractament i el control del dolor a Catalunya, amb la participació i el consens d'experts i societats acadèmiques i científiques.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, els serveis sanitaris promouran la creació de comitès de dolor interdisciplinaris per tal de dissenyar un protocol d'atenció al dolor, d'acord amb les recomanacions establertes per a Catalunya.

Avaluació

Existència dels comitès de dolor i del protocol.

4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut proporcionarà informació específica als metges d'atenció primària sobre les condicions de prescripció i les indicacions d'utilització dels analgèsics opiàtics.

Avaluació

Descripció de les activitats informatives específiques.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut elaborarà unes recomanacions per a la prevenció i l'atenció a les nafres per pressió, amb la participació de professionals assistencials.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1997.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Característiques clínicocoassistencials dels pacients internats en centres socio-sanitaris de Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
3. Torra J. E. Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Revista Rol de Enfermería 1997; 224: 23-30.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

22. Trastorns cognitius i de la conducta

Els propers 20 anys es preveu un increment significatiu de la població major de 65 anys a Europa i aquest augment serà causat fonamentalment pel grup de població més gran, com és el grup de població de 80 anys i més.

Els canvis fisiològics que tenen lloc en el procés d'envelliment poden repercutir de manera molt diferent en les habilitats dels individus per poder desenvolupar una vida activa i plena. Moltes persones són actives i completament autònomes fins molt a prop del final de la seva vida. Però una bona part, i especialment les dones, no podran gaudir d'una bona qualitat de vida lliure de discapacitat en aquesta última etapa vital. Segons les dades disponibles a Catalunya l'any 1994, la població gaudeix d'una longevitat important, però el 85,9% del total del temps d'expectativa de viure serà lliure de discapacitat. Els homes de 65 anys i més tenen una esperança de vida de 16,5 anys i les dones de 20,5 anys, però mentre que el 64% d'aquest temps de vida dels homes serà lliure de discapacitat, només el 50% d'aquest temps de vida serà lliure de discapacitat en les dones.

Entre els problemes de salut que afecten més a la gent gran, els trastorns cognitius i de la conducta constitueixen un problema de salut important per la seva magnitud i gravetat, i també pel seu impacte en la qualitat de vida de les persones i de les seves famílies i cuidadors. Malgrat no es coneix la freqüència d'aquest problema, s'estima que la prevalença de la demència moderada-greu en la població de més de 65 anys és del 5% i la de demència lleu, del 5 al 10%.

Alguns estudis epidemiològics efectuats en el nostre entorn mostren prevalences de demència en la població major de 64 anys del 13,9% per a ambdós sexes (el 7,6% en els homes i el 18,7% en les dones) al 14,9% (el 11,6% en els homes i el 17,9% en les dones).

Altres estudis mostren que al voltant del 50% de la població institucionalitzada en centres socio-sanitaris presenten trastorns cognitius i de la conducta. Pel que fa a la incidència de la demència, s'estima que és al voltant de l'1% en la població de més de 65 anys, i que és més elevada en les dones, probablement a causa de la seva esperança de vida superior a la dels homes.

Les persones amb demència tenen una major mortalitat i la supervivència és menor en els casos d'inici presenil i en els homes.

Les properes dècades es pot preveure un increment d'aquest problema, juntament amb d'altres que afecten la gent gran com a conseqüència de l'envelliment progressiu de la població. Aquest fet requerirà dissenyar polítiques sanitàries i socials adreçades al manteniment de l'autonomia de la gent gran, una mobilització important de recursos sanitaris, socio-sanitaris i comunitaris i un especial impuls a la solidaritat intergeneracional.

Intervencions i accions prioritàries*

Les intervencions que el Pla proposa desenvolupar durant el període 1999-2001 tenen continuïtat respecte al trienni anterior i fan referència a:

- Sensibilització dels professionals de l'àmbit sanitari, els pacients i les seves famílies i la societat envers els trastorns cognitius i de la conducta.
- Millora de la identificació i l'avaluació precoç dels trastorns cognitius i de la conducta.
- Promoció del consens entre professionals i entre nivells assistencials pel que fa al diagnòstic, el tractament i el seguiment d'aquest problema de salut.
- Promoció de l'associacionisme dels familiars dels malalts.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut, mitjançant el Consell Assessor sobre els Trastorns Cognitius i de la Conducta, elaborarà i difondrà unes recomanacions per a la identificació i l'avaluació precoç, el diagnòstic i el tractament dels trastorns cognitius i de la conducta, amb la participació i el consens de professionals dels diferents nivells assistencials.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

Activitats de difusió realitzades.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut, mitjançant un grup de treball del Consell Assessor sobre els Trastorns Cognitius i de la Conducta, elaborarà i difondrà unes recomanacions sobre els aspectes bioètics a considerar en l'atenció als trastorns cognitius i de la conducta, com ara són la informació genètica, el consell genètic, les intervencions d'alt risc i la durada i finalització del tractament, entre d'altres.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, les regions sanitàries hauran identificat els recursos específics del seu territori (assistencials, voluntariat, associacions cíviques, etc.) per a l'atenció als trastorns cognitius i de la conducta, per tal de facilitar aquesta informació als professionals sanitaris i socials i a les famílies dels malalts.

Avaluació

Disponibilitat de la informació.

Activitats de difusió realitzades.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció sociosanitària. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998.
2. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat a Catalunya i regions sanitàries. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública, 1996 (Informe ISP-21/95).
3. López-Pousa S, Pujol-Gómez C. Registros de demencias: situación actual en Cataluña. Revista de Neurología 1998; 27 (155): 96-101.
4. Pi J, Olivé JM, Roca J, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalonia, Spain. Neuroepidemiology 1996; 15: 33-41.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

5

Utilització de medicaments

Els medicaments constitueixen un dels principals mitjans terapèutics en el procés assistencial, ja que la majoria de les intervencions curatives i determinades actuacions preventives inclouen la utilització d'un medicament com a mecanisme intermedi per obtenir un objectiu de salut concret. A més, la seva utilització presenta la particularitat de ser un element comú dels diferents nivells d'atenció sanitària, la qual cosa li confereix la propietat de transversalitat dins del continu assistencial.

L'abordatge dels medicaments des del punt de vista de la salut s'ha de centrar en la seva utilització racional, és a dir que cada pacient prengui en el moment oportú, durant el període de temps necessari, en la dosi i forma farmacèutica adequada, el medicament que més convingui a la seva situació clínica, al menor cost possible per a ell i per a la comunitat.

D'acord amb això, la utilització de medicaments ha de contemplar diferents aspectes: la facilitació de l'accés als medicaments necessaris, la garantia de la qualitat dels medicaments comercialitzats, la utilització més efectiva i eficient dels recursos farmacològics, i els problemes de salut (mortalitat i morbiditat) derivats directament o indirectament de l'ús de medicaments.

Consum de medicaments

A Catalunya, en l'àmbit de l'atenció primària pública de salut l'any 1998 el nombre de receptes per habitant és de 15, amb una despesa a preu de venda al públic per habitant de 28.387 pessetes i un preu mitjà per recepta de 1.886 pessetes.

L'evolució del consum de medicaments (taula 31) mostra que el nombre d'envasos d'especialitats farmacèutiques consumits augmenta en els anys 1996 i 1997 i disminueix l'any 1998 motivat entre altres raons per l'aplicació del Reial Decret de Finançament Selectiu d'aquest mateix any (RDFS-98). En el conjunt dels tres anys s'ha produït un increment al voltant d'un 3%.

S'observa un increment en l'exposició de la població als medicaments que podria explicar-se en part per un increment de la detecció i tractament de malalties cròniques, la introducció de noves alternatives de tractament i l'envelliment de la població.

Pel que fa a la despesa sense l'aportació de l'usuari, es produeix un increment del 17,7% en els recursos assignats a la prestació farmacèutica en el període 1996-1998. El percentatge de la despesa que correspon a pensionistes es manté pràcticament constant al voltant del 77%, trencant la tendència de creixement de quasi dos punt anuals d'anys anteriors.

El percentatge d'especialitats farmacèutiques amb valor intrínsec elevat presenta un increment de 6 punts, en línia amb el creixement d'altres anys. Novament els factors explicatius d'aquest increment serien: l'impacte del RDFS-98 i les accions portades a terme per promoure la utilització de productes d'eficàcia contrastada per part del Servei Català de la Salut i de les entitats proveïdores de serveis sanitaris.

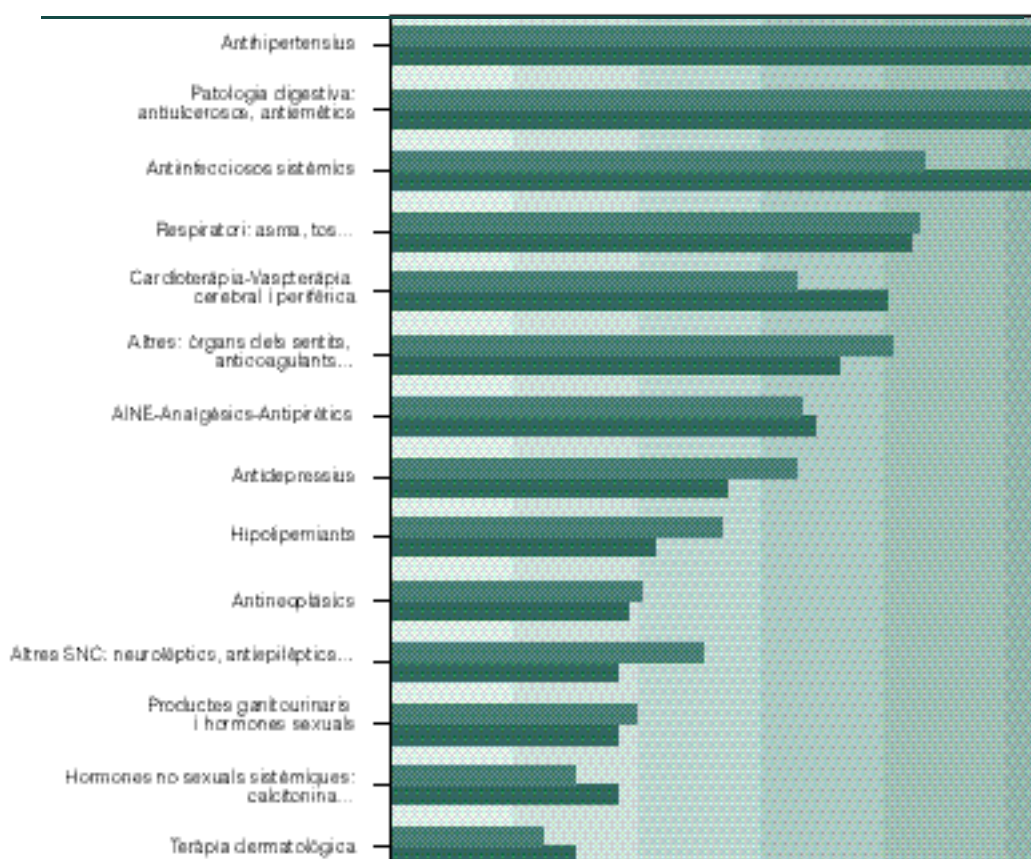
Taula 31. Evolució del consum de medicaments finançats pel Servei Català de la Salut. Catalunya, 1996-1998

	1996	1997	1998
Facturació de farmàcia:			
total receptes mèdiques (milions de pessetes)	134.097	145.169	159.468
Facturació de farmàcia:			
receptes mèdiques de pensionistes	76,6%	76,8%	76,9%
Envasos especialitats farmacèutiques (milions)	88,6	91,4	91,0
Valor farmacològic intrínsec elevat	76%	78%	82%

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Pel que fa al nombre d'envasos prescrits, els grups terapèutics que han presentat un major increment entre l'any 1996 i l'any 1998 són hipolipemians (35,2%), antidepressius (26,3%), antihipertensius (16,2%), i tranquil·litzants-hipnòtics-sedants (12,3%). Els dos grups més prescrits en envasos són AINE-analgèsics-antipirètics i antihipertensius, els quals representen l'any 1998 el 27,4% del conjunt de les especialitats.

En el gràfic 23 es mostra l'evolució en participació sobre el total d'especialitats en preu de venda al públic dels diferents subgrups terapèutics entre l'any 1996 i l'any 1998. Pel que fa a l'import, els dos grups més prescrits l'any 1998 són antihipertensius (14,8%) i els destinats a la patologia digestiva (10,8%).



Gràfic 23. Evolució de la despesa per subgrups farmacològics en l'atenció primària. Catalunya, 1996 i 1998

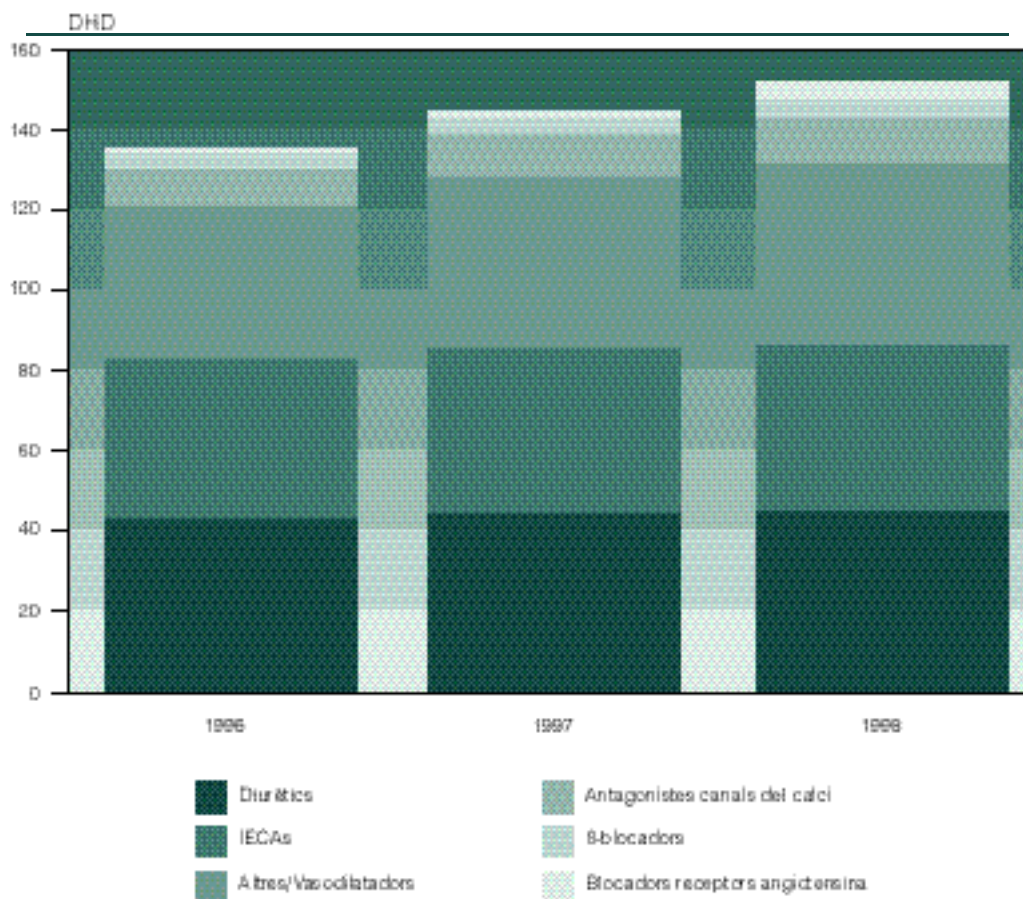
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Els subgrups terapèutics que han presentat major increment són el de neuroleptics (181,2%) –motivat per un increment en la mateixa proporció del cost per envàs–, antiparkinsonians (51,0%), hipolipemians (48,9%). S'han seleccionat aquells grups farmacològics que tenen relació amb els problemes prioritzats al Pla de salut de Catalunya. Per a l'anàlisi comparativa del consum de medicaments s'utilitza la dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD).

Antihipertensius

L'increment en el consum en DHD entre l'any 1996 i l'any 1998 ha estat del 12,6%. Destaca el creixement del consum dels inhibidors de l'enzim conversor d'angiotensina (IECA) i del nou grup de blocadors dels receptors de l'angiotensina. La resta de grups es troben estabilitzats o en lleuger creixement (gràfic 24).

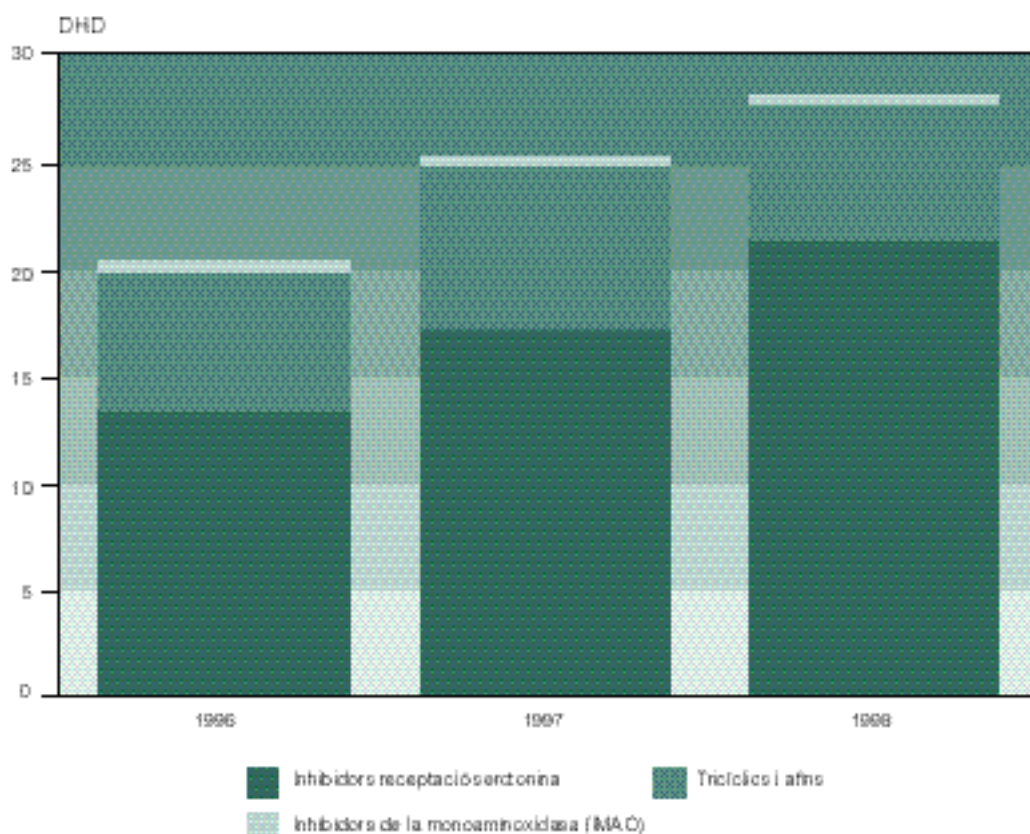
Gràfic 24. Consum d'antihipertensius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Antidepressius

Durant el període estudiat l'increment del consum d'aquests fàrmacs en DHD ha estat d'un 37%. Malgrat que ha moderat la velocitat de creixement, continua sent molt elevat. Com en períodes anteriors, són els inhibidors de la recaptació de serotonina els que provoquen aquest increment (gràfic 25).



Gràfic 25. Consum d'antidepressius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Estupefaents majors

La nova normativa de l'any 1995 que regula la utilització d'estupefaents per recepta mèdica ha propiciat un increment positiu del 80% de la utilització de la morfina entre l'any 1994 i l'any 1998 (taula 32).

Fàrmacs	1996	1997	1998
Morfina (oral)	0,133	0,134	0,143
Morfina (parenteral)	0,010	0,011	0,010
Total morfina	0,143	0,145	0,153

Taula 32. Consum de morfina en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Antidiabètics

Taula 33. Consum d'antidiabètics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998

Fàrmacs	1996	1997	1998
Insulines	8,442	9,007	9,634
Sulfonilurees	14,416	15,264	17,546
Biguanides	1,698	2,112	2,661
Altres ¹	1,987	2,319	2,536
Total	26,543	28,702	32,377

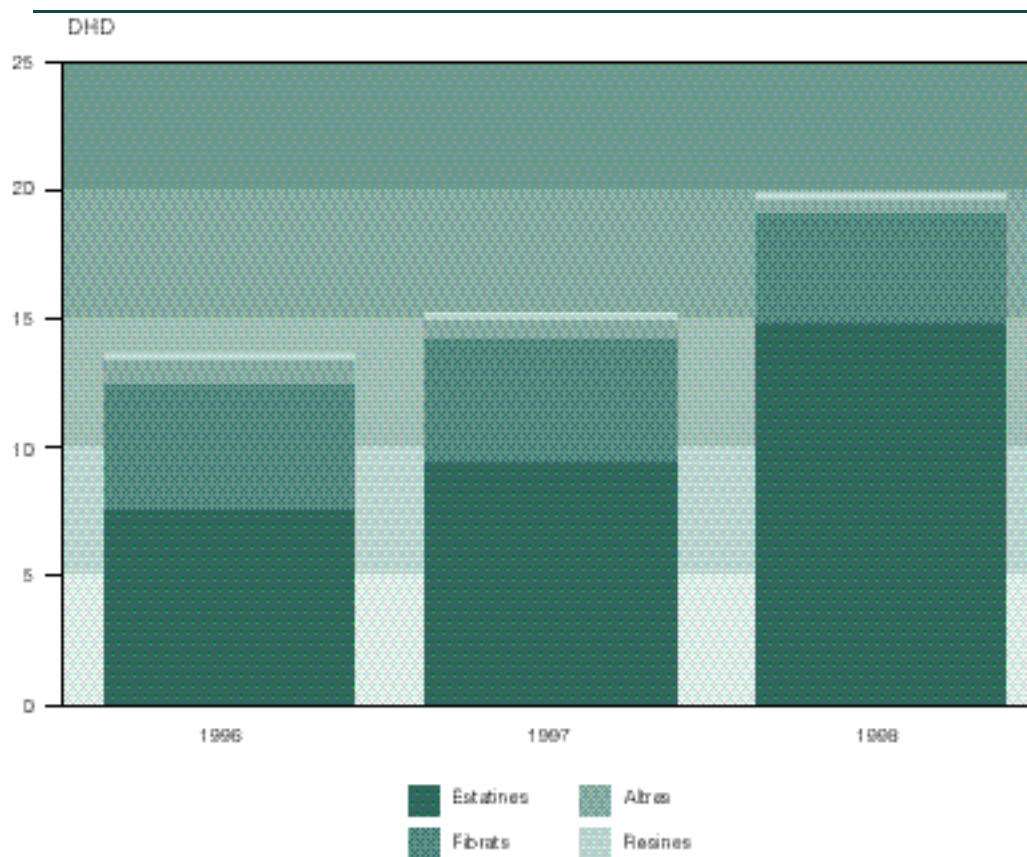
¹ Acarbosa, goma guar.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Hipolipemiants

El fort augment del consum del grup de les estatines ha motivat l'increment del consum d'hipolipemiants d'un 45,3% en DHD i en un 48,9% en import al llarg del període analitzat, (gràfic 26).

Gràfic 26. Consum d'hipolipemiants en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya 1996-1998



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Antibiòtics

La utilització d'antibiòtics s'ha reduït lleugerament, degut principalment a una reducció de la utilització de les penicil·lines d'ampli espectre. En canvi, el grup dels macròlids presenta una tendència creixent, en termes de participació sobre el total (taula 34).

Grup	1996	1997	1998
Penicil·lines d'ampli espectre	7,082	6,973	6,495
Penicil·lines d'espectre reduït	0,229	0,440	0,035
Tetraciclins	0,610	0,611	0,545
Cefalosporines	1,863	1,630	1,570
Macròlids	3,194	3,351	3,343
Quinolones	2,320	2,249	2,158
Altres antibacterians	1,386	0,333	0,674
Total	16,684	15,587	14,820

Taula 34. Consum d'antibiòtics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Benzodiacepines

L'increment del consum d'aquest grup en DHD ha estat d'un 11,9%, mentre que en import és d'un 20,1% (taula 35).

Fàrmacs	1996	1997	1998
Lorazepam	9,899	10,962	12,115
Alprazolam	8,087	9,850	11,597
Lometazepam	7,868	8,921	10,068
Diazepam	7,841	8,000	8,091
Clorazepat dipotàssic	5,233	5,308	5,342
Flunitrazepam	2,704	2,236	1,449
Ketazolam	1,288	1,229	1,207
Loprazolam	1,236	1,218	1,201
Flurazepam	1,034	0,980	0,943
Medazepam	1,008	0,927	0,409
Altres	3,393	3,081	3,038
Total	49,537	52,712	55,460

Taula 35. Consum de benzodiacepines en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya 1996-1998

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Antiinflamatoris no esteroidals (AINE)

El consum d'antiinflamatoris no esteroidals en DHD ha experimentat un creixement d'un 10,2% durant el període 1996-1998, inferior al de períodes anteriors (taula 36).

Taula 36. Consum d'antiinflamatoris no esteroidals en dosis diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998

Fàrmacs	1996	1997	1998
Diclofenac sòdic	7,506	7,056	7,490
Aceclofenac	3,384	4,038	4,193
Piroxicam	5,267	4,972	4,730
Naproxè	3,679	3,627	3,765
Indometacina	1,665	1,804	1,747
Nabumetona	1,492	0,968	0,680
Tenoxicam	1,279	0,799	0,600
Ibuprofèn	1,252	1,828	2,991
Ketoprofèn	0,523	0,384	0,301
Flurbiprofèn	0,360	0,296	0,274
Altres	1,064	3,668	3,505
Total	27,471	29,440	30,276

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Sistema d'informació de farmàcia.

Destaca positivament que s'hagi incrementat molt significativament el consum d'ibuprofèn, així com la disminució d'un 9,2% del consum en envasos d'AINE tòpics.

Efectivitat i eficiència en la utilització de medicaments

L'àmbit del medicament es caracteritza, entre d'altres coses, per un alt grau d'innovació que determina l'aparició constant de nous fàrmacs eficaços per a la prevenció i el tractament de les diferents patologies. A més, aquestes innovacions són incorporades molt ràpidament a la pràctica clínica habitual, la qual cosa suposa que en termes de salut haguem de parlar d'efectivitat de la seva utilització, la qual està condicionada fonamentalment per la idoneïtat de l'indicació i del compliment del tractament.

D'altra banda, els nous medicaments disponibles aporten millores de diferent rellevància per a la clínica, des de possibilitar el tractament de malalties que fins el moment no tenien una alternativa terapèutica, fins a l'augment del ventall terapèutic existent per a l'abordatge d'una determinada patologia. En aquest sentit doncs, es fa necessària la protocolització de les estratègies terapèutiques i la selecció dels medicaments en termes d'eficiència.

L'efectivitat del tractament farmacològic està fortament determinada pel compliment de la terapèutica. L'incompliment dels tractaments pot produir reaguditzacions de les malalties tractades o, en el cas específic dels antibiòtics, l'aparició de resistències bacterianes. Les principals causes d'incompliment de la terapèutica són l'oblit, la remissió dels símptomes i el desconeixement o la manca d'informació sobre el procés i la pauta de tractament.

Existeix una àmplia variabilitat en els percentatges d'incompliment, en funció tant del tipus de tractament com dels dissenys dels estudis i la metodologia d'avaluació. Així, per exemple, l'incompliment s'ha estimat entre el 29 i el 66% en el tractament antihipertensiu, entre el 40 i el 60% en el tractament hipolipemiant, entre el 24 i el 50% en el tractament antibiòtic segons es tracti de nens o d'adults, respectivament, entre el 20 i el 30% en la profilaxi de la tuberculosi o entre el 25 i el 56% en el tractament de l'asma bronquial i la malaltia pulmonar obstructiva crònica. Un estudi recent realitzat en dues ABS de Barcelona a l'àmbit de l'atenció primària ha mostrat que el compliment del tractament antibiòtic en l'edat pediàtrica oscil·la entre el 63 i el 73%, millorant-se aquestes taxes amb intervencions de consell assistit realitzat conjuntament per farmacèutics i pediatres.

Un altre aspecte rellevant pel bon ús efectiu i eficient dels medicaments és la influència evidenciada que tenen les activitats de promoció i publicitat sobre la prescripció, dispensació i consum i, per tant, la importància de garantir-ne la seva qualitat en termes d'objectivitat, veracitat i promoció de l'ús racional del medicament. Concretament a Catalunya l'any 1998 s'han comptabilitzat 2.403 campanyes publicitàries corresponents a 337 principis actius i 553 especialitats farmacèutiques.

La utilització de medicaments és un element comú a tots els nivells d'atenció sanitària, i és compartit pels diferents professionals sanitaris amb un mateix objectiu, la prevenció o tractament dels problemes de salut, els quals poden ser tractats des de diferents nivells assistencials. Aquesta propietat de transversalitat del medicament hauria d'estimular la coordinació entre professionals, àmbits i nivells assistencials amb l'objectiu final d'una utilització segura, efectiva i eficient d'aquests recursos terapèutics.

Problemes de salut lligats a la utilització dels medicaments

En el nostre medi no es disposa d'informació exhaustiva relativa a l'impacte sanitari i econòmic de la iatrogènia medicamentosa. La mortalitat atribuïble als fàrmacs, notificada en els registres de mortalitat, és molt baixa. Alguns estudis realitzats en l'àmbit hospitalari (serveis de medicina interna) situen la mortalitat per iatrogènia medicamentosa entre el 3,8 i el 5,4%. En d'altres països, com els Estats Units, s'ha estimat que la utilització inapropiada de medicaments provoca 200.000 morts anuals, de les quals un 60% es consideren evitables mitjançant intervencions específiques.

Pel que fa a la morbiditat durant l'any 1997 el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) de Catalunya ha enregistrat 6.411 altes hospitalàries amb motiu d'ingrés "fàrmacs, substàncies medicinals i biològiques que causen efectes adversos en l'ús terapèutic", que suposen aproximadament un 11% de totes les causes externes registrades i un 1% del total d'ingressos registrats aquell any. S'observa un increment substancial respecte l'any 1994 en que es van registrar 1.091 causes per aquest concepte, probablement motivat en part per una millora del sistema de registre de les causes externes. En aquest sentit, la millora continua dels sistemes de registre permet intuir que les dades relatives a la morbimortalitat causada per medicaments es vagi ajustant cada cop més a la realitat còpsada per estudis específics.

Estudis realitzats en hospitals del nostre entorn i similars, estimen que entre l'1,1 i el 18,3% dels ingressos totals hospitalaris per urgències són motivats per reaccions adverses a medicaments, en funció dels diferents criteris d'inclusió utilitzats en cada estudi. D'altres estudis del nostre entorn estimen que el risc de patir iatrogènia durant un ingrés hospitalari està entre el 9 i el 20%, i que d'aquesta el 70% és causada pels medicaments.

Recentment, un estudi dut a terme en un hospital d'alta tecnologia de Barcelona va posar de manifest que el 30% dels malalts que ingressaven a urgències tenien algun problema relacionat amb els medicaments (PRM) i que en el 70% d'aquests malalts el PRM era el motiu d'ingrés. Les reaccions adverses van representar una tercera part d'aquests problemes, sent les més freqüents la toxicodèrmia i les alteracions gastrointestinals. El segon PRM detectat va ser la prescripció inapropiada, especialment en l'analgèsia i la hipertensió. En un 9% dels casos es va detectar mal compliment. No es van observar diferències en la incidència de PRM entre ambdós sexes, però es van registrar més problemes en les persones de més de 65 anys i en les que prenen un major nombre de fàrmacs.

En la gent gran, la major prevalença de polimediació deguda a la pluripatologia associada a la vellesa, conjuntament amb les variacions en la farmacocinètica i farmacodinàmia dels medicaments lligades a l'edat, afavoreix l'aparició de PRM, com ara interaccions medicamentoses, efectes adversos, manca de compliment, errors de medicació, etc. Hi ha relativament pocs estudis que determinin la incidència d'aquests problemes, observant-se taxes molt variables d'incidència d'ingrés hospitalari per urgències que van des del 0,2 al 21,7%, amb una mitjana

estimada del 5% en funció de la definició de PRM, el tipus de població estudiada, de l'hospital i de la metodologia emprada. Alguns estudis estimen que entre el 19 i el 66% d'aquests PRM es podrien prevenir.

Pel que fa a reaccions adverses a medicaments, durant l'any 1998, el Programa de Farmacovigilància a Catalunya va rebre 1.197 notificacions, de les quals un 57,2% de casos s'havien observat en dones. Quant a gravetat, un 67,6% corresponien a reaccions adverses lleus, un 23,7% eren de gravetat moderada, un 8,3% van amenaçar directament la vida del pacient i un 0,4% van ser mortals. Els òrgans o sistemes més afectats van ser l'aparell digestiu (19,1%), la pell i els annexos cutanis (18,7%) i el sistema nerviós (12,1%). En relació als fàrmacs, els analgèsics i antimigranyosos (13,7%), els antiinfecciosos i les vacunes (13,3%) i els antiinflamatoris i anti-reumàtics (11,2%) van estar implicats en més d'un terç de les reaccions.

Les interaccions entre medicaments també poden ser causa de morbiditat, identificant-se com un motiu d'ingrés hospitalari i un problema relativament freqüent en l'àmbit de l'atenció primària.

Un altre problema relacionat amb la utilització de medicaments és l'aparició de resistències bacterianes degudes a l'elevada utilització d'antibiòtics, aspecte que pren important rellevància en l'aparició i el tractament de les infeccions nosocomials en l'àmbit hospitalari. Concretament segons l'estudi EPINE, la prevalença global de l'infecció nosocomial a l'Estat espanyol l'any 1997 va ser del 8,1%, i en les UCI al voltant del 30%. Entre un 30 i un 40% dels pacients hospitalitzats reben algun antibiòtic, considerant-se incorrectes entre un 25 i un 50% d'aquests tractaments.

La utilització de medicaments també s'associa a diferents tipus d'accidents (laborals, de trànsit, a la llar, etc.). Per les seves característiques (color, olor, sabor), els medicaments resulten especialment atractius per als nens. Es calcula que al voltant del 80% de les intoxicacions es produeixen en nens i que, d'aquestes, el 30% són com a conseqüència de la ingestió de medicaments.

El consum d'alguns medicaments, com antidepressius, hipnòtics, ansiolítics, antihistamítics, estimulants i antiepilèptics, pot convertir la conducció de vehicles i el treball amb maquinària perillosa en un acte insegur i donar lloc a accidents de trànsit i laborals.

L'automedicació no responsable pot esdevenir una forma de mala utilització dels medicaments. Els fàrmacs que s'utilitzen sense supervisió mèdica més habitualment són els analgèsics i els antigripals (que gairebé sempre contenen també analgèsics). Pel que fa al tractament no supervisat del dolor, cal esmentar l'elevat consum d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) que tenen més risc d'efectes secundaris que els analgèsics simples. L'hemorràgia gastrointestinal, a partir d'un ulcus gàstric o duodenal, és l'efecte indesitjable més greu associat al consum d'AINE. La incidència d'aquest problema de salut en el nostre medi és de 650 casos per milió d'habitants i any, dels quals més del 40% són atribuïbles als AINE.

Un altre efecte indesitjable del consum crònic d'analgèsics i AINE és la nefritis intersticial que causa insuficiència renal. Els resultats coincidents, procedents de diferents estudis, posen de manifest que el consum crònic d'aquests fàrmacs seria responsable d'almenys un 11% de tots els casos d'insuficiència renal terminal, la incidència de la qual a Catalunya és d'uns 120 casos nous per milió d'habitants i any.

Pel que fa a la utilització d'analgèsics opioides en l'àmbit de l'atenció primària, malgrat que s'ha multiplicat per 5,2 en els últims 10 anys, estudis recents continuen mostrant una elevada proporció de pacients amb dolor no tractats i moltes prevencions per part dels professionals a l'hora d'administrar un opioide potent pel tractament del dolor greu, lligades al desconeixement del seu maneig i al temor a la dependència. Un col·lectiu especialment afectat és la gent gran amb càncer.

Des de la perspectiva de la utilització experimental dels medicaments s'ha de garantir la qualitat i els criteris ètics dels estudis, d'acord amb els requeriments contemplats a la normativa establerta. A Catalunya es duen a terme una gran part de tots els assaigs clínics que es realitzen a l'Estat espanyol, concretament l'any 1998 es van comptabilitzar a Catalunya 485 assaigs clínics controlats amb medicaments, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària.

Intervencions i accions prioritàries*

D'acord amb l'anàlisi de situació, i amb continuïtat i coherència amb el Pla de salut 1996-1998, l'abordatge de la utilització dels medicaments en aquest Pla contempla tres grans línies:

- L'ús efectiu i eficient dels recursos terapèutics farmacològics.
- La morbimortalitat derivada directament o indirectament de la utilització dels medicaments.
- L'abordatge transversal de la utilització segura, efectiva i eficient dels medicaments en els diferents problemes de salut prioritzats en el Pla, i la coordinació entre els diferents àmbits assistencials.

Segons aquest enfocament, per al període 1999-2001 es plantegen les intervencions següents:

- Establiment de criteris diagnòstics i terapèutics relacionats amb la utilització de medicaments amb la participació i el consens dels professionals i les societats científiques.
- Potenciació de línies de recerca en l'àmbit del medicament.
- Millora del sistema d'informació de farmàcia.
- Difusió d'informació objectiva sobre medicaments i la seva utilització amb criteris de seguretat, adequació, efectivitat i eficiència.
- Potenciació dels aspectes que garanteixin la qualitat dels estudis preclínics i clínics amb medicaments.
- Promoció d'activitats d'educació sanitària sobre la utilització de medicaments a la població.
- Aprofundiment en el coneixement de la morbimortalitat derivada directa o indirectament de l'ús dels medicaments, i potenciació dels sistemes d'informació i de notificació.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut consensuarà amb els professionals sanitaris i les societats científiques els criteris i les mesures relacionades amb l'avaluació de la qualitat de la prescripció, la dispensació i la utilització de medicaments, d'acord amb aspectes d'idoneïtat diagnòstica, eficàcia, seguretat, eficiència i necessitat, en els àmbits de l'atenció primària i l'especialitzada.

Avaluació

Existència dels criteris i les mesures, i valoració de la metodologia emprada per al consens.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut promourà l'establiment de guies consensuades per al tractament de les patologies prioritzades en el Pla.

Avaluació

Existència de les guies i valoració de la metodologia emprada per al consens.

* Vegeu la descripció i la justificació de les intervencions al Pla de salut de Catalunya 1996-1998.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut promourà la selecció de medicaments mitjançant formularis en els àmbits de l'atenció primària i l'especialitzada.

Avaluació

Nombre de formularis elaborats.
Grau d'adhesió als formularis.
Grau d'implantació de la prescripció d'especialitats farmacèutiques genèriques.

4. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut desenvoluparà proves pilot per a l'establiment de la coordinació necessària entre els equips d'atenció primària i els farmacèutics comunitaris, de cara a la integració de les activitats preventives a les oficines de farmàcia.

Avaluació

Resultat de l'experiència.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut elaborarà programes específics de prevenció de la iatrogènia medicamentosa i de la millora del compliment terapèutic, tant des de l'àmbit assistencial mèdic com farmacèutic, pel que fa als problemes de salut prioritzats en aquest Pla.

Avaluació

Existència, en els centres sanitaris, de programes específics de prevenció de la iatrogènia i de millora del compliment terapèutic.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut facilitarà informació als professionals sanitaris sobre medicaments i la utilització que en fan.

Avaluació

Butlletins d'informació terapèutica elaborats i distribuïts.
Altres iniciatives i/o documents facilitats als professionals.

7. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut verificarà que en la realització d'estudis preclínic i clínic amb medicaments s'apliquin els criteris establerts que assegurin la qualitat dels resultats obtinguts i la protecció de les persones incloses en els estudis clínics.

Avaluació

Grau d'aplicació dels criteris.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social desenvoluparà programes d'educació sanitària adreçats a la població sobre la utilització de medicaments, específicament en aspectes d'automedicació, de compliment terapèutic i de correcta administració i conservació dels medicaments.

Avaluació

Nombre de programes realitzats.

9. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut durà a terme activitats de sensibilització dels professionals sanitaris per promoure la notificació/declaració de problemes de salut relacionats amb els medicaments.

Avaluació

Activitats de sensibilització realitzades.

Evolució del nombre de reaccions adverses notificades al registre de Catalunya.

Evolució del nombre d'altres hospitalàries registrades per PRM en el CMBDAH.

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà dissenyat el sistema d'informació i registre dels problemes de salut relacionats amb els medicaments.

Avaluació

Disseny del sistema d'informació i registre dels problemes de salut relacionats amb els medicaments.

Referències bibliogràfiques

1. De Escalante Yangüela B, Oncins Torres R, Lacasa Marzo J, Candel Calderón M, Sampedro Feliu JA. Estudio de mortalidad hospitalaria en el servicio de medicina interna en un hospital comarcal. *An Med Interna* 1994;11: 381-4.
2. Memòria del Programa de Farmacovigilància a Catalunya, 1998
3. Anònim. Efectes indesitjats: un cost no només econòmic. *But Groc* 1999; 1: 1-3.
4. Butlletí de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, núm. 19, 1998
5. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipemias. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 565-7.
6. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 795-6.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La insuficiència renal terminal tractada a Catalunya l'any 1995. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1997; 18: 87-91.
8. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 1997. Madrid, 1997.
9. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Manual sobre política hospitalaria de antibióticos, 1992.
10. Bonal J. Competencia, farmacia clínica y resultados de salud. *El farmacéutico* 1994; 146: 37-8.
11. Izquierdo J, Delàs J. Prevención de los accidentes de tráfico desde la consulta. *Med Clin (Barc)* 1991; 10: 399.
12. Carbajal A, García del Pozo J, Martín LH, Martín de Diego I, Rueda AM, Caro-Patrón T et al. Cambios en el patrón de consumo de analgésicos opioides en España. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 281-3.
13. Baños JE. Dolor y opioides: razones de una sinrazón. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 294-6.
14. MacDonald N, Findlay HP, Bruera E, Dudgeon D, Kramer J. A Canadian survey of issues in cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 1997; 6:332-42.
15. Dennehy CE, Kishi DT, Louie C. Drug related illness in emergency department patients. *Am J Health Sys Pharm* 1996; 53: 1422-6.
16. Schneitman-McIntire O, Farnen TA, Gordon N, Chan J, Toy WA. Medication misadventures resulting in emergency department visits at an HMO medical center. *Am J Health Syst Pharm* 1996; 53: 1416-21.
17. Stoukides CA, D'Agostino PR, Kaufman MB. Adverse drug reaction surveillance in an emergency room. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50: 712-4.
18. Einarson TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 832-40.
19. Pearson TF, Pittman DG, Longley JM, Grapes ZT, Vigliotti DJ, Mullis SR. Factors associated with preventable adverse drug reactions. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51: 2268-72.
20. Johnson AJ, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-56.

21. ACCP Report. American College of Clinical Pharmacy, 1995; 14: 1-2.
22. Ibáñez L, Laporte JR, Carné X. Adverse drug reactions leading to hospital admission. *Drug Saf* 1991; 6: 450-9.
23. Sampereiz Legarre AL, Rubio Obanos MT, Escobar Catellón F, Alfonso Martínez JL, Lanas Arbeloa A, Ayuso Blanco T. Estudio de la patología iatrógena en un servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp* 1994; 457-63.
24. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1092-8.
25. Sáez Calvo A, Ausejo Segura M, Cruz Martos E, González Álvaro A, Pérez Cayuela P, Rosado López A. Interacciones medicamento-medicamento y asesoramiento farmacéutico. *Aten Primaria* 1996; 17: 559-63.
26. Torre Cisneros J, Fernández de la Puebla R, López-Miranda J, Nicolás Puiggari M, López-Segura F, Pérez-Jiménez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control de la hipertensión arterial en un medio urbano. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 103-6.
27. Gil V, Martínez JL, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J et al. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica en pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 351-6.
28. Val-Jimenez, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria* 1992; 10: 767-70.
29. González Portillo L. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. *Aten Primaria* 1993; 12: 469-73.
30. Hortonedá Giménez M, Alfonso Sánchez JL, Cortés Vizcaino C, Sabater Pons A. Quimioprofilaxis antituberculosa: Hepatotoxicidad y cumplimiento terapéutico. *An Med Intern* 1993; 10: 587-9.
31. Muñoz JG, Dueñas-Laita A, Velasco Martín A. Consumo y actitud hacia el medicamento en una comunidad rural. *Farm Clin* 1991; 8: 491-508.
32. Panel de Expertos. Resistencia microbiana: ¿Qué hacer? Informe de Panel de Expertos, *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 445-61.
33. Gavira R, Gómez F, Otero MJ, Barrueco M, Domínguez Gil A. Seguimiento del tratamiento antituberculoso. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 677-81.
34. Sagalés M, Pardo C, Mas MP. Cumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico. *Farm Clin* 1990; 7: 415-21.
35. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

6

**Accions orientades a la millora
de la satisfacció dels usuaris
i els ciutadans amb el sistema
sanitari català**

La millora de la satisfacció dels usuaris i dels ciutadans, a partir dels recursos disponibles en un entorn de moderació dels pressupostos sanitaris, és un objectiu central del sistema sanitari català i constitueix un dels eixos al voltant dels quals es formulen les propostes del Pla de salut. Les accions proposades per al trienni 1996-1998 en relació amb la millora de la satisfacció dels usuaris i ciutadans tenien, la major part, un caràcter general i es plantejaven amb un horitzó temporal a mitjà i llarg termini. Aquest enfocament tenia com a propòsit que els diferents nivells de responsabilitat del sistema sanitari formulessin accions concretes a desenvolupar progressivament en el seu àmbit d'actuació.

Les propostes d'actuació per al període 1999-2001 pretenen, doncs, que els diferents nivells assistencials i organitzatius plantegin accions concretes que permetin avançar en la direcció marcada en les anteriors edicions del Pla. També, durant aquest trienni, caldrà efectuar estudis d'avaluació per tal d'identificar línies d'acció prioritàries per millorar la satisfacció i la participació dels usuaris dels serveis i dels ciutadans en les decisions sanitàries dels propers anys.

Per tant, durant el període 1999-2001, cal continuar impulsant les línies d'actuació i accions que fan referència a:

- Millorar la informació al ciutadà sobre l'oferta de serveis sanitaris i socio-sanitaris al seu abast.
- Facilitar l'accessibilitat dels usuaris al sistema sanitari, introduir mecanismes que racionalitzin el temps d'espera i simplificar els circuits administratius.
- Millorar la gestió dels sistemes de queixes i suggeriments dels usuaris i incorporar-les a la presa de decisions.
- Millorar la comunicació entre els professionals i els pacients, la participació del pacient en les decisions assistencials, la protecció de la intimitat i la implantació progressiva del consentiment informat en tots els àmbits assistencials.
- Incrementar la sensibilitat dels serveis i de l'organització sanitaris respecte a la qualitat de vida i la satisfacció dels malalts més vulnerables, i emfatitzar el respecte als drets fonamentals i a les preferències de les persones, a la informació i la comunicació, al suport als familiars i cuidadors i també a la integració social dels malalts.
- Impulsar la participació ciutadana en les decisions sanitàries tant pel que fa a la política de salut i serveis com a l'oferta i el funcionament d'aquests.
- Promoure la participació del voluntariat, dels grups d'ajuda mútua i dels familiars i cuidadors de malalts com a elements de suport en el procés assistencial.

A continuació es destaquen, de forma resumida, el conjunt d'accions prioritàries que hauran d'impulsar els diferents nivells de l'organització sanitària durant el període 1999-2001. El marc conceptual i la justificació d'aquestes accions van ser descrits amb major extensió en l'anterior edició del Pla i continuen vigents.

Millora de la comunicació entre els professionals de la salut i els ciutadans

La comunicació entre els professionals de la salut i els usuaris dels serveis sanitaris i socio-sanitaris és un aspecte imprescindible per acostar els serveis als ciutadans. Especialment, cal impulsar la consideració dels aspectes bioètics en la relació assistencial i millorar la tramesa d'informació als usuaris i els seus familiars, com a element fonamental per garantir la seva participació en el procés d'atenció que afecta la salut i qualitat de vida dels pacients. Durant aquest període es proposa desenvolupar accions orientades a:

- Impulsar la formació dels professionals en tècniques de comunicació i en l'anàlisi de les necessitats dels pacients.
- Promoure la sensibilització dels professionals de la salut en l'àmbit de la bioètica, per tal de revaloritzar les relacions humanes entre els professionals i els usuaris dels serveis.
- Impulsar la implantació dels comitès d'ètica assistencial i de grups de treball interdisciplinaris en els centres sanitaris i sociosanitaris que fomentin activitats de sensibilització, debat i formació dels professionals de la salut en l'àmbit de la bioètica i, especialment, pel que fa la implantació efectiva del consentiment informat.
- Impulsar la implantació del consentiment informat en els centres sanitaris, entès com un procés de tramesa d'informació i de comunicació que permeti la participació del pacient en les decisions assistencials que l'afecten, d'acord amb la Guia de recomanacions sobre el consentiment informat del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Avançar en l'avaluació qualitativa de l'aplicació del consentiment informat per conèixer si les estratègies implantades són les adequades i la satisfacció dels usuaris és la desitjable.

Procés d'atenció als grups de població més vulnerables

Determinats grups de població són especialment vulnerables pel que fa a la seva salut i la qualitat de vida, i també ho són pel que fa a les possibilitats de poder actuar amb suficient autonomia per tal que els drets humans fonamentals siguin respectats. En aquest sentit, el Pla de salut continua proposant, per al període 1999-2001, potenciar accions adreçades a la humanització del procés assistencial, la millora de la qualitat de vida, el respecte als drets humans fonamentals, la informació i el suport als familiars de tots els pacients i de forma prioritària –en la línia recomanada per l'OMS–, als infants i adolescents hospitalitzats, la gent gran ingressada en centres sociosanitaris i els malalts crònics greus i terminals.

Per aquest motiu, el Pla de salut proposa que els centres sanitaris i sociosanitaris avancin durant el període 1999-2001 en l'aplicació d'accions dirigides a:

1. Atenció als infants i als adolescents hospitalitzats

- Evitar les hospitalitzacions i les estades no estrictament necessàries.
- Trametre informació clara i comprensible per a l'infant i la seva família en el moment de l'ingrés i garantir l'admissió conjunta del pacient i un dels seus familiars o responsable.
- Afavorir la participació dels pares o responsables de l'infant i adolescent durant tot el procés d'atenció.
- Facilitar la presència física d'un familiar o responsable en els moments més angoixants del procés d'atenció (procés d'anestèsia, servei d'urgències).
- Facilitar el desenvolupament de les activitats quotidianes de l'infant i adolescent ingressat (el joc, l'educació i els vincles amb l'escola).
- Proporcionar el suport psicològic específic als infants, als adolescents i als familiars quan sigui necessari.
- Preparar l'alta del pacient proporcionant la informació necessària als familiars sobre el tipus d'atenció i els serveis al seu abast per tal d'assegurar la continuïtat assistencial posterior a l'alta.

2. Atenció a la gent gran ingressada en centres sanitaris i sociosanitaris

- Emfatitzar el respecte als drets fonamentals dels pacients ingressats en centres sanitaris i sociosanitaris i avançar en la implantació del consentiment informat.
- Reflectir en els protocols d'atenció a la gent gran institucionalitzada en els centres sociosanitaris objectius de millora de la qualitat de vida i desenvolupar línies específiques d'avaluació de la satisfacció dels usuaris i els seus familiars i cuidadors.
- Facilitar la integració de la gent gran en el seu entorn social quotidià potenciant la rehabilitació, l'atenció domiciliària, el suport als familiars i cuidadors i també promovent la participació del voluntariat i dels grups d'ajuda mútua.
- Millorar les habilitats dels professionals de la salut en psicogeriatría.
- Potenciar la implantació de protocols de preparació de l'alta de pacients en risc socio-sanitari en els hospitals i els centres sociosanitaris.

3. Atenció als malalts en situació d'especial gravetat, malalts terminals o malalts amb discapacitat greu

- Promoure les actuacions necessàries per ajudar a morir amb el mínim patiment possible als malalts terminals, mitjançant la implantació de protocols que especifiquin criteris d'actuació en relació amb les cures paliatives, els procediments diagnòstics i terapèutics, i el suport psicosocial als pacients i les seves famílies, tot assegurant el respecte a la dignitat del pacient i a la seva voluntat expressada lliurement o la dels seus representants degudament acreditats.
- Definir objectius específics de millora de la qualitat de vida en els protocols d'atenció als malalts en situacions d'especial gravetat, malalts terminals o malalts amb discapacitat greu i desenvolupar línies específiques d'avaluació de la satisfacció dels usuaris i els seus familiars i cuidadors.
- Impulsar la participació del pacient i els seus familiars com a elements centrals en les decisions del procés d'atenció que els afecten, sobretot en aquells d'especial duresa, atenent sempre a conèixer i respectar la voluntat del pacient.
- Implantar progressivament el consentiment informat en el procés d'atenció als malalts en situació d'especial gravetat, malalts terminals o malalts amb discapacitat greu.
- Estimular la participació i col·laboració de les famílies i dels grups d'ajuda mútua, com a elements de suport en el procés d'atenció a malalts en situació d'especial gravetat, malalts terminals o malalts amb discapacitat greu.

Satisfacció dels usuaris dels serveis i participació dels ciutadans

La satisfacció dels usuaris és un indicador fonamental de la qualitat dels serveis i, per tant, un aspecte que els centres sanitaris i sociosanitaris han de conèixer per tal d'aproximar-se a les preferències i necessitats percebudes per la població. D'altra banda, cal avançar en la incorporació de l'opinió i en la participació activa dels ciutadans a les polítiques de salut i de serveis.

Per aquests motius, el Pla de salut proposa continuar desenvolupant accions per:

- Impulsar les activitats d'avaluació en els serveis sanitaris que analitzin especialment aquelles dimensions del procés assistencial que poden comprometre més la satisfacció dels usuaris, amb metodologies vàlides que permetin utilitzar-ne els resultats en la presa de decisions en el seu entorn.
- Impulsar línies de recerca en relació amb l'accessibilitat dels serveis sanitaris i sociosanitaris per part de la població.
- Avançar en la millora del coneixement de l'opinió, la satisfacció i les preferències dels ciutadans en relació amb els serveis sanitaris i les polítiques prioritzades.
- Avançar en la incorporació de l'opinió dels ciutadans a les decisions sanitàries.

Referències bibliogràfiques

1. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Copenhague: Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa, 1994.
2. Communautés Européenes. Parlement Européen. Rapport sur une charte européenne des enfants hospitalisés du 14 avril 1986. Documents de séance. Résolution du 13 mai, 1986 sur une charte européenne des enfants, 1986.
3. Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2083, 1995.
4. Drane J. Los componentes legales y éticos del consentimiento informado. Ponència presentada en el II Simposi sobre Bioètica. Informació clínica i consentiment informat. 1995; Badalona. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995. (No publicat.)
5. Abel F. Consideracions bàsiques sobre el consentiment informat. En: Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. El consentiment informat en els hospitals de l'ICS. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1995.
6. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med Clin 1993; 100: 659-63.
7. Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. Med Clin, 1995; 104:218-20
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
9. Scott A, Smith R. Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. Int J Qual Health Care 1994, 6:353-9.
10. Ross C, Steward C, Sinacore J. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Medical Care 1993; 31: 1138-49.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

7

El Pla de salut de Catalunya més enllà del 2001

Formulació de les polítiques sanitàries per al segle XXI en l'entorn internacional

Durant els darrers deu anys, coincidint amb profunds canvis en el sistema sanitari català, s'ha treballat per l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc definits pel Pla de salut de Catalunya amb un horitzó temporal situat a l'any 2000, d'acord amb l'estratègia Salut per a tothom de l'Oficina Regional Europea de l'OMS.

Les noves orientacions de política sanitària definides per l'OMS per a les dues primeres dècades del proper segle, contingudes en el document Salut per a tothom el segle XXI, seran un marc de referència que ha de guiar la política de salut a Catalunya els propers anys. L'OMS manté com a fita principal assolir el major potencial de salut per a tothom, mitjançant la promoció i protecció de la salut de les persones en les diferents etapes de la vida i la reducció de la incidència de malalties i el sofriment a causa dels principals problemes de salut.

Les necessitats de salut com a base per a l'establiment de la política sanitària

L'estudi iniciat pel Banc Mundial l'any 1992 i dirigit per l'OMS The Global Burden of Disease, fa una projecció per a les properes dècades del pes que els diferents problemes de salut tindran a nivell mundial, i de les diferències que es preveuen entre zones geogràfiques segons el grau de desenvolupament. Aquest estudi té molt interès atès que, a més de les projeccions sobre la mortalitat, aprofundeix en l'anàlisi de la incapacitat.

El coneixement i la quantificació de l'impacte de la incapacitat en la vida de les persones, i més tenint en compte l'augment de l'esperança de vida, és cabdal per a l'establiment de les polítiques de salut d'acord amb les necessitats, ja que una part dels anys que es pot esperar viure es viuran amb alguna incapacitat més o menys important.

Tot i la complexitat conceptual i de definició per mesurar el nivell de salut i la qualitat de vida, en els darrers anys s'estan desenvolupant indicadors que, combinant les dades de morbimortalitat i d'incapacitat, permeten fer una aproximació a aquest coneixement. En aquest sentit, el Pla de salut de Catalunya inclou l'esperança de vida sense incapacitat entre els indicadors utilitzats per a l'anàlisi de la situació de la salut i el seus condicionants.

L'estudi esmentat, a més de fer les projeccions sobre l'esperança de vida sense incapacitat també utilitza altres indicadors com l'esperança de vida ajustada segons el grau d'incapacitat i els anys de vida ajustats segons el grau d'incapacitat. Aquest darrer, que considera la mortalitat prematura i la incapacitat, permet comparar la importància, a nivell poblacional, dels diferents problemes de salut (taula 37). Es preveu que l'any 2020, els cinc problemes amb major pes en la salut seran les malalties isquèmiques del cor, la depressió, les malalties cerebrovasculars, els accidents de trànsit i les malalties derivades del consum d'alcohol.

Un aspecte que no es pot deixar de considerar és que l'11,6% del conjunt de la mortalitat i la incapacitat que pateix la població mundial correspon a les regions desenvolupades i, tanmateix, la seva despesa en salut va representar el 90,2% del total mundial.

Problema de salut	Pes relatiu (%)	
	1990	2020
Malalties isquèmiques del cor	9,9	11,2
Depressió	6,1	6,1
Malalties cerebrovasculars	5,9	6,2
Accidents de trànsit	4,4	4,3
Consum d'alcohol	4,0	3,8
Osteoartritis	2,9	3,5
Càncer de tràquea, bronquis i pulmó	2,9	4,5
Demència i altres malalties degeneratives de l'SNC	2,4	3,4
Lesions autoinflingides	2,3	2,4
Anomalies congènites	2,2	1,0

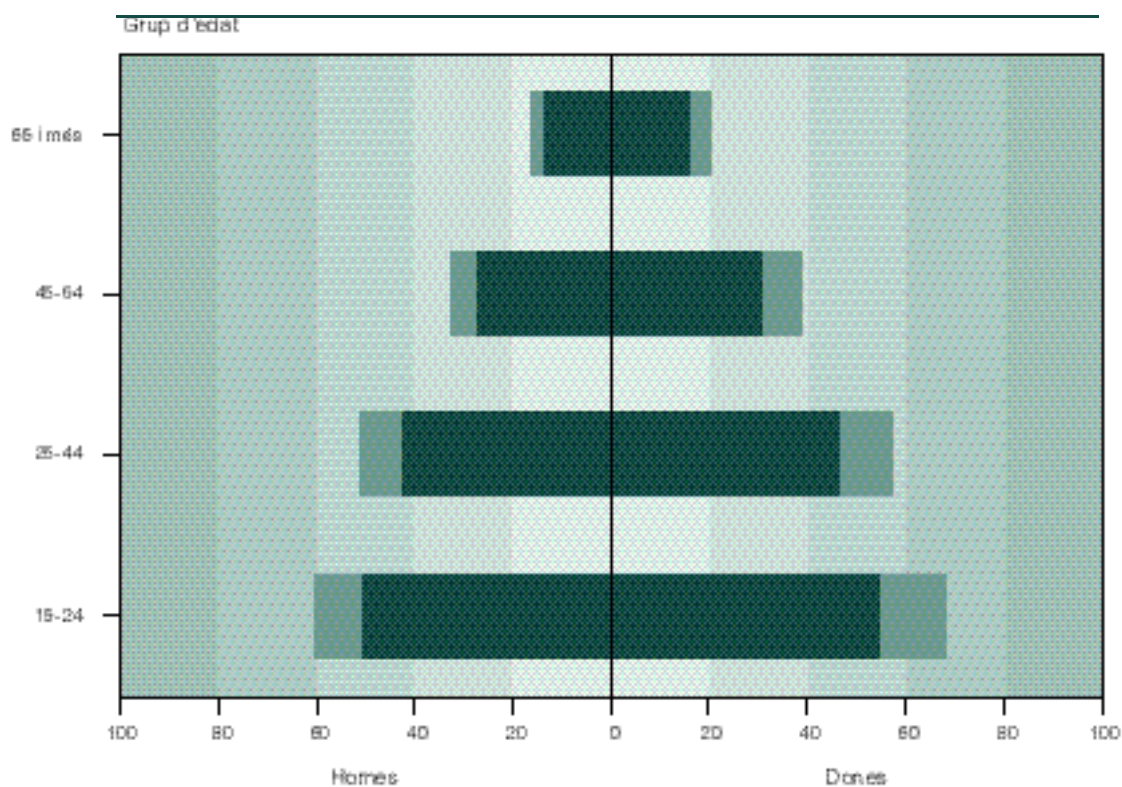
Taula 37. Pes relatiu dels deu principals problemes de salut i projecció per a l'any 2020, segons els anys de vida ajustats per grau d'incapacitat

Inclou tant els països d'economia de mercat com els països integrants de l'anomenada Europa de l'Est.

Font: Murray C.J.L, Lopez, A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Volum 1.)

Pel que fa a Catalunya, l'esperança de vida assolida l'any 1996 va ser de 75,2 anys per als homes i de 82,4 anys per a les dones i és, juntament amb la de Suècia, la més elevada de la Unió Europea. No obstant això, l'augment experimentat en l'esperança de vida de la població no sempre s'acompanya de bona salut.

L'esperança de vida sense incapacitat en néixer, a Catalunya, l'any 1994, era de 67,6 anys. La població catalana presenta, doncs, una longevitat important, però bona part del temps que pot esperar viure s'acompanyarà d'algun problema de salut que requerirà suport familiar, sanitari i social. Així, per exemple, pel que fa a la salut mental, el gràfic 27 mostra l'esperança de vida amb salut mental, que s'interpreta com el nombre d'anys que una persona pot esperar viure en una situació de bona salut mental.



Gràfic 27. Esperança de vida amb salut mental (EVSM) i esperança de vida amb trastorns mentals (EVTM). Catalunya, 1994

Font: Gispert R, Ritchie K, Rajmil L, Rué M, Glutting JP, Roset M. Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. Acta Psychiatr Scand 1998;98: 182-6.

En la línia del que preveu per a Europa el GBD per als països desenvolupats, els problemes de salut que possiblement afectaran la població catalana les properes dècades, seran les malalties cardiovasculars i respiratòries, el càncer, els trastorns mentals (depressió i demències) i les lesions i incapacitats derivades dels accidents. D'altra banda, tot i la reducció constatada de la major part de les malalties infeccioses, caldrà afrontar-ne d'altres com ara la infecció per l'HIV, l'hepatitis C o la nova variant de la malaltia de Creutzfeldt-Jakob.

En conseqüència, si es mantenen aquestes previsions, els reptes principals que haurà d'encaixar la política de salut a Catalunya consistiran, en bona part, a donar resposta als problemes de salut i a les necessitats que es deriven de l'envelliment de la població, als relacionats amb les malalties cròniques, les discapacitats i els factors condicionants de la salut, com ara els estils de vida de la població, l'entorn social i el medi ambient.

D'altra banda, l'aparició constant de noves tecnologies i els costos creixents de l'atenció a la salut en un entorn amb intenses tensions financeres i de recursos limitats, obligaran a decidir on se situen els recursos per tal de donar resposta a les necessitats i demandes de salut de la població.

El marc de referència de l'OMS per a les polítiques de salut per al segle XXI a la Regió Europea

Les orientacions de l'OMS per a l'establiment de polítiques de salut i serveis a Europa per a les dues primeres dècades del segle XXI es concreten en 21 objectius (quadre 5) i es basen en quatre estratègies principals per a l'acció:

- Estratègies multisectorials per a l'abordatge dels determinants de la salut, tenint en compte la perspectiva de l'entorn físic, econòmic, social, cultural i de sexe i assegurant l'avaluació del seu impacte en la salut.
- Programes orientats als resultats en salut i inversions per al desenvolupament de la salut i l'atenció sanitària.
- Atenció primària de salut orientada a la comunitat i la família, recolzada per un sistema hospitalari flexible i receptiu.
- Procés participatiu que impliqui els agents rellevants en el desenvolupament de la salut –a casa, a l'escola, a la feina i a la comunitat tant a l'entorn local com regional–, que promogui la presa de decisions conjuntes, la posada en pràctica d'aquestes decisions i la transparència.

**Quadre 5. Els 21
objectius de l'OMS per
al segle XXI, a la Regió
Europea**

Fomentar l'equitat i la solidaritat en el desenvolupament de la salut entre els Estats membres de la Regió i entre els grups dins de cada país

1. Solidaritat per a la salut a la Regió Europea.
2. Equitat en la salut.

Reforçar la salut al llarg de la vida

3. Començament saludable de la vida (contrarestar desavantatges inicials, suport familiar, protegir els drets de l'infant, reconèixer i tractar els maltractaments infantils).
4. La salut dels joves (accidents, drogues, embarassos no desitjats, eleccions saludables, accés a l'educació i al treball, educació sexual, empreses saludables).
5. Envel·lir amb salut (preparar l'envelliment saludable amb la promoció i protecció de la salut al llarg de tota la vida, suport a la gent gran en la vida quotidiana, augment de l'autonomia i la productivitat social).

Reduir la incidència i la prevalença de malalties i altres causes de morbiditat o mortalitat als nivells més baixos factibles

6. Millorar la salut mental (reducció del suïcidi, promoció i protecció de la salut mental al llarg de la vida, particularment en els grups desavantatjats socialment i econòmicament, detecció precoç de la depressió; estrès, atur, qualitat del treball).
7. Reduir les malalties transmissibles.
8. Reduir les malalties no transmissibles.
9. Reduir les lesions produïdes per violència i accidents.

Crear una salut sostenible a través de l'entorn físic, econòmic, social i cultural més saludable

10. Un entorn físic saludable i segur.
11. Viure amb més salut.
12. Reduir els danys derivats de l'alcohol, les drogues i el tabac.
13. Espais saludables (casa, llar d'infants, escoles, lloc de treball, ciutat).
14. Responsabilització multisectorial per a la salut.

Orientar el sector sanitari per assegurar millors guanys en salut, equitat i eficiència

15. Construir un sector sanitari integrat, basat en l'atenció primària i en polítiques de salut comunitària.
16. Gestionar per a la qualitat de l'atenció (mesura dels resultats; variabilitat en la pràctica clínica, atenció basada en l'eficàcia de les mesures; identificació de recursos alliberables per atendre necessitats emergents).
17. Finançar els serveis de salut i assignar els recursos.
18. Desenvolupar els recursos humans per a la salut (suport dels professionals sanitaris i d'altres àmbits per a l'acció multisectorial).

Crear un ampli moviment social per a la salut a través d'associacions innovadores, unificar polítiques i pràctiques de gestió adaptades a les noves realitats d'Europa

19. Recerca i coneixement per a la salut.
20. Mobilitzar els agents per a la salut i promoure la transparència, la responsabilització i la participació.
21. Desenvolupar polítiques i estratègies per a la salut per a tothom (marc de referència per establir prioritats, escollir estratègies i mobilitzar els recursos per a l'acció de la salut arreu de la societat; èmfasi a construir xarxes, aliances i associacions per a la salut a nivell nacional, regional i local i donar protagonisme a la població).

Catalunya se suma a l'orientació de l'OMS: Salut per a tothom el segle XXI

A l'hora d'establir les polítiques de salut, Catalunya, igual que altres països d'Europa, haurà d'emfasitzar la qualitat sobre la quantitat, i prioritzar la millora de l'expectativa de vida en bona salut i no només l'augment del nombre d'anys viscuts.

L'estat de salut de la població està influït per la qualitat del medi ambient, per les condicions socioeconòmiques, el treball, l'educació, l'urbanisme, l'accessibilitat als serveis sanitaris i el suport social, entre d'altres factors. Les desigualtats en salut també estan molt mediatitzades per aquests factors. Caldrà, doncs, centrar-se en els condicionants per a la salut i això requerirà motivar i fomentar la cooperació sistemàtica d'un ampli ventall de sectors que fins ara no havien estat plenament reconeguts com a corresponsables en l'àmbit de la salut, per tal que adquireixin un compromís explícit en la definició dels objectius de salut i les intervencions per assolir-los, i caldrà cercar noves fórmules per a la coordinació i la cooperació intersectorials.

Tots els sectors haurien de concedir més importància a les actuacions de protecció i promoció de la salut i seleccionar aquelles intervencions més efectives, eficients i que tinguin un major grau d'acceptació social. Aquest plantejament multisectorial de la política de salut ha d'incorporar, a més, la preocupació per l'equitat i per la disminució de les desigualtats en salut i focalitzar determinades intervencions en els grups de població més vulnerables. No es pot pensar a reduir les desigualtats en salut si no s'actua sobre altres aspectes relacionats amb el benestar, com ara el treball, l'educació i la cultura, entre d'altres.

Sens dubte, el sistema sanitari és una peça clau en el manteniment i la millora de la salut de la població. D'acord amb els objectius de l'OMS per al segle XXI, i per tal d'assegurar millors guanys en salut, equitat i eficiència, caldrà construir un sector sanitari integrat basat en l'atenció primària amb estreta relació amb els serveis especialitzats i comunitaris. La gestió per a la qualitat i la mesura dels resultats en salut han de ser trets característics dels serveis sanitaris.

Per dur a terme amb èxit les accions que es deriven d'aquesta orientació, cal disposar de professionals que tinguin alts coneixements, motivació i capacitats. És especialment rellevant que els programes de formació dels professionals de la salut i dels d'altres branques com ara els educadors, els arquitectes, els periodistes i els economistes entre d'altres, a més a més de la capacitat tècnica en el seu àmbit, incorporin una visió intersectorial amb relació a la salut que els prepari per al treball amb els altres sectors.

Cal estimular la participació de la societat en les estratègies de salut per a tothom, crear aliances, cercar la col·laboració dels diferents sectors socials i, també, difondre informació transparent que afavoreixi la implicació dels ciutadans i que estimuli un debat obert entorn de la salut i els serveis. En aquest sentit, el paper dels mitjans de comunicació és fonamental en la creació d'opinió i en la transmissió de la informació sobre temes sanitaris que arriba a la població.

Procés d'elaboració del Pla de salut a l'inici del segle XXI

El Pla de salut es desenvolupa en diverses etapes que configuren un procés cíclic i dinàmic que es renova periòdicament. S'inicia amb l'anàlisi de la situació de salut, els seus condicionants i els serveis, la identificació dels problemes prioritaris i la definició dels objectius i les intervencions. Continua amb l'aplicació de les propostes del Pla i l'avaluació de l'assoliment dels objectius. Aquesta darrera etapa enllaça amb l'elaboració del Pla per al període següent.



Gràfic 28. Etapes del Pla de salut

L'experiència assolida en el període 1993-2001 és un capital de partida per afrontar els reptes que planteja la planificació en salut el segle XXI. En aquest període, s'ha avançat, en diferent grau, en l'anàlisi de la situació de salut, en el disseny i la implantació de les intervencions i en l'avaluació dels resultats obtinguts en termes de salut i de satisfacció dels usuaris. Tanmateix, caldrà incorporar nous plantejaments que enriqueixin tot el procés de planificació per tal que els objectius i les intervencions que es prioritzin siguin els més pertinents i adequats a les necessitats de la població.

Actualment, hi ha una gran preocupació en el sentit que la resposta a les necessitats de salut i les expectatives de la població estigui en consonància amb la disponibilitat de recursos. També hi ha el reconeixement, més o menys explícit, que és imprescindible decidir l'assignació dels recursos destinats a la salut en termes de prioritats a satisfer.

Diferents països d'arreu del món han cercat estratègies que permetin establir les prioritats sanitàries i determinar quins són els problemes més rellevants, quines són les intervencions més pertinents i on i com s'assignaran els recursos. L'experiències d'Oregon, Nova Zelanda, Austràlia i Canadà han originat un ampli debat internacional en aquest sentit.

A Europa, alguns països han creat comissions governamentals per formular i suggerir prioritats sanitàries. Podríem dir que en l'establiment de prioritats en salut pública amb una certa metodologia tot just s'ha començat a caminar i que les diferents estratègies assajades no han estat exemptes de crítiques. Els criteris emprats, els participants seleccionats, la informació disponible sobre l'eficàcia de les intervencions, les implicacions ètiques que se'n poden derivar i qui, en definitiva, prendrà les decisions finals, són els aspectes que més preocupen en relació amb els processos per a la determinació de prioritats.

A Catalunya, la selecció dels problemes de salut i les intervencions prioritàries del Pla de salut ha incorporat successivament l'experiència adquirida en les diferents etapes i ha introduït nous elements que han suposat millores qualitatives en el procés.

En una primera etapa, el document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, segueix bàsicament un criteri epidemiològic. Segons les dades sobre mortalitat, morbiditat i incapacitat se seleccionen els problemes i les intervencions prioritàries, utilitzant com a criteri la magnitud i la gravetat dels problemes i el potencial de millora de la salut de les intervencions a l'abast. A partir de l'anàlisi de situació, es fixen els objectius i els nivells a assolir per a l'any 2000, tenint en compte l'estratègia "Salut per a tothom l'any 2000" de l'OMS per a Europa.

En una segona etapa s'elabora el Pla de salut de Catalunya 1993-1995, a partir dels objectius de salut i de disminució de risc i els criteris generals de planificació sanitària continguts en el document marc. Aquest procés es porta a terme de manera descentralitzada amb la participació de les regions i els sectors sanitaris, la qual cosa permet incorporar l'especificitat del territori en la identificació dels problemes. Els professionals de les regions sanitàries són convidats a participar en el procés i aquesta consulta permet ampliar la llista de problemes identificats en l'anàlisi de la situació del document marc, com ara els trastorns mentals, la diabetis *mellitus*, els problemes de salut maternoinfantil i les malalties osteoarticulars.

En el procés d'elaboració del Pla de salut 1996-1998 s'incorporen nous elements. S'amplia la informació sociodemogràfica i de salut disponible i es disposa dels resultats de l'avaluació del període 1993-1995. També es coneix l'opinió de més de 3.000 professionals sobre aspectes del Pla i de la seva pràctica professional, així com la percepció de la població en relació amb la seva salut, a través de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 realitzada a 15.000 persones representatives de la població catalana. Aquesta informació porta a identificar nous problemes de salut susceptibles de ser abordats: el dolor, els trastorns cognitius i de la conducta i els maltractaments infantils.

Els criteris de referència per a la identificació de problemes prioritaris s'han basat en la magnitud, la gravetat i l'impacte social i econòmic que aquests problemes ocasionen. Pel que fa a la selecció de les intervencions i accions prioritàries, se'n considera l'efectivitat, el cost, la factibilitat i l'acceptabilitat. Tanmateix, en la pràctica no sempre és tècnicament possible disposar de tots els elements necessaris per conduir el procés d'acord amb els criteris teòrics. En aquest sentit, no sempre és fàcil disposar de la informació relativa a l'efectivitat, el cost, l'acceptabilitat o la factibilitat de les intervencions.

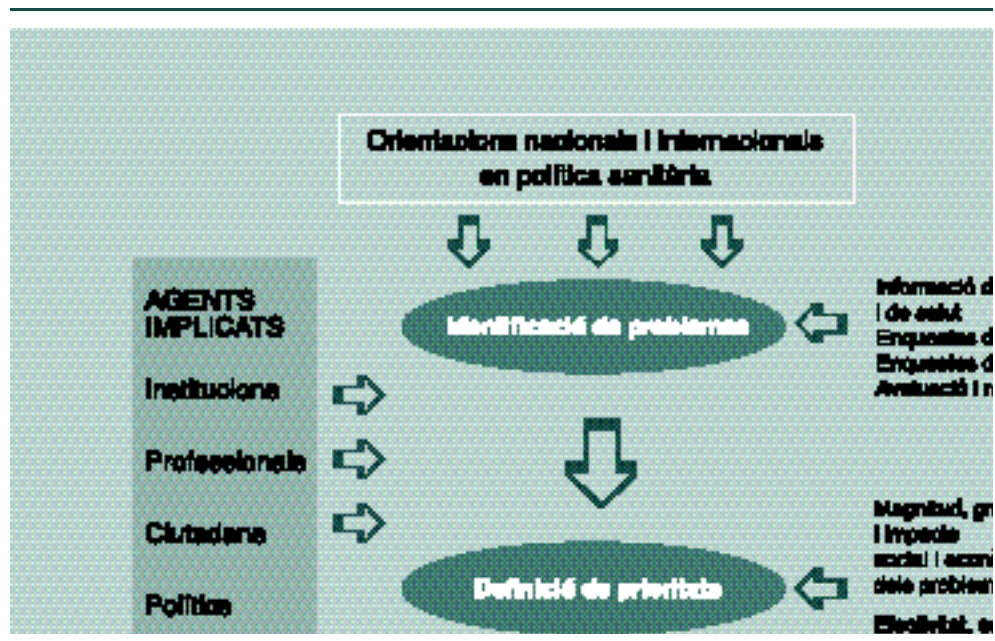
En la selecció de les intervencions, s'ha tingut, fonamentalment, la participació de professionals experts, especialment de l'àmbit sanitari. La creació de grups de treball multidisciplinaris ha permès incorporar la visió dels diferents àmbits assistencials i col·lectius professionals. Les propostes resultants s'han sotmès a la consideració de les societats científiques.

Quant a la participació d'altres sectors, la col·laboració i treball conjunt ha estat desigual, i no ha arribat al nivell que caldria esperar, atès el caràcter intersectorial i interdisciplinari que hauria de tenir la planificació sanitària. D'altra banda, la participació dels ciutadans ha estat representada pels òrgans de participació formal.

En el futur, el procés d'identificació de problemes i selecció d'intervencions ha d'evolucionar per tal d'aconseguir destacar aquells problemes als quals cal donar una major prioritat (gràfic 29).

El desenvolupament d'aquests processos ha d'assolir un major caràcter intersectorial. Tot i el lideratge del sistema sanitari en la formulació dels objectius i les propostes del Pla de salut, caldrà avançar encara més en el consens, la implicació i el compromís de les altres institucions i sectors amb responsabilitat en l'àmbit de la salut.

Per tal que, en les properes dècades, les polítiques de salut i serveis responguin cada vegada més a les necessitats, expectatives i preferències de la població és necessària la participació dels ciutadans, participació que ha d'incloure les organitzacions ciutadanes implicades en la millora de la salut però, especialment, la comunitat educativa, les organitzacions sindicals i empresarials, les societats científiques i els professionals.



Gràfic 29. Elements per a la definició de les prioritats en salut més enllà del 2001

Millorar qualitativament la participació en aquest procés aportarà, sens dubte, una visió més plural dels problemes, i un major grau d'acceptabilitat, compromís i corresponsabilització individual i col·lectiva, alhora que es guanyarà en transparència en les decisions.

D'altra banda, tant per a la identificació de necessitats com per a la selecció d'intervencions i per conèixer els resultats en salut i satisfacció de la població, disposar d'informació de qualitat és un element imprescindible. En aquest sentit, a continuació es presenten les propostes que cal desenvolupar des d'ara per tal de millorar el sistema d'informació sanitària i les línies d'avaluació que han de nodrir el procés d'elaboració del Pla de salut més enllà del 2001.

Informació sanitària per a la planificació i l'avaluació

La capacitat per identificar problemes de salut, detectar canvis i monitorar tendències, avaluar intervencions o mobilitzar recursos per necessitats de salut depèn en bona mesura de la disponibilitat d'informació de qualitat i de l'accessibilitat a aquesta informació per part de tots els agents implicats en la millora de la salut de la població.

El sistema sanitari ha de ser capaç de generar la informació necessària, aprofitar la disponible i posar-la eficientment a l'abast de tots els professionals sanitaris ja siguin clínics, gestors o planificadors. També ha de facilitar la informació rellevant als diferents sectors implicats en la salut i als ciutadans per tal que els diferents actors disposin de suficient informació per poder opinar i participar de forma efectiva en les decisions sanitàries.

Les necessitats d'informació per a la planificació no s'han de considerar aïlladament, sinó en el marc d'un sistema d'informació sanitària més ampli. El tret diferencial d'aquest sistema d'informació més ampli i globalitzador s'haurà de centrar en el caràcter poblacional, el nucli central del qual serà l'individu.

Generar, mantenir i disseminar informació eficaç, fiable i segura amb criteris d'equitat, territorialitat i confidencialitat, implica també dissenyar processos d'acreditació d'acord amb estàndards nacionals i internacionals de qualitat que permetin garantir la consistència i la comparabilitat dels sistemes d'informació propis amb els de l'entorn.

S'hauran de considerar aspectes relacionats amb l'estandardització internacional d'indicadors sanitaris, el consens de criteris clínics de codificació i estàndards tecnològics de transmissió i seguretat de la informació, entre d'altres. En aquest sentit, l'OMS està desenvolupant actualment instruments estandarditzats, com ara l'Enquesta de salut Europea o altres sistemes de recollida d'informació orientats a àmbits específics com ara l'alimentació o el medi ambient.

L'inevitable desenvolupament paral·lel de les tecnologies de la informació ha de tenir un paper important per agilitzar el flux d'informació que permeti assolir els graus d'accessibilitat i oportunitat necessaris. La multidireccionalitat del flux d'informació necessària per a una estratègia intersectorial cada vegada més important, requereix mecanismes de coordinació dels diferents estaments implicats en el disseny, la recollida, la gestió, l'explotació i la disseminació d'informació arreu del sistema per fer-la accessible a tots els nivells de decisió.

Per al desplegament d'un sistema d'informació sanitària d'acord amb aquestes característiques, caldrà un consens entre tots els usuaris del sistema i l'elaboració, a curt termini, d'un pla d'implantació rigorós, obert i flexible.

Indicadors utilitzats en l'elaboració del Pla de salut de Catalunya en el període 1993-2001

Per a l'elaboració del Pla de salut en el període 1993-2001 s'han utilitzat uns indicadors comuns que aporten informació rellevant per a l'anàlisi de la situació tant a nivell de Catalunya com de les regions sanitàries. Els àmbits temàtics dels indicadors seleccionats fan referència als factors condicionants per a la salut, l'estat de salut i els serveis sanitaris i socio-sanitaris.

El quadre 6 mostra els indicadors més rellevants utilitzats.

**Quadre 6. Indicadors
utilitzats per a
l'elaboració del Pla
de salut de Catalunya**

Sociodemogràfics	<p>Nombre d'habitants Població per edat i sexe Índexs de dependència: global, juvenil i senil Índex d'envelliment Taxa de natalitat Taxa de fecunditat Índex sintètic de fecunditat Taxa de creixement vegetatiu Taxa de creixement demogràfic Població per tipus de llar Població segons procedència i any d'arribada a Catalunya Població activa segons activitat i segons ocupació Població segons situació laboral principal Taxa d'activitat Taxa d'atur Renda familiar per càpita Densitat de població Extensió territorial Classe social segons ocupació Nivell d'instrucció</p>
Mortalitat general	<p>Taxa de mortalitat general Taxa de mortalitat infantil Taxa de mortalitat evitable Taxa de mortalitat específica per causes Esperança de vida Anys potencials de vida perduts Índex de mortalitat estandarditzada</p>
Serveis sanitaris (morbidity atesa i utilització)	<p>Taxa d'hospitalització Taxa d'hospitalització per diagnòstic Índexs de penetració i procedència Prevalença d'infeccions nosocomials Visites a l'atenció primària per problema de salut/hab./any Visites a l'atenció primària per motiu de salut/hab./any Prevalença de factors de risc cardiovasculars Usuaris segons el grau de satisfacció en relació amb l'atenció rebuda Prescripció de medicaments</p>
Estils de vida	<p>Prevalença de consum de tabac Freqüència de consum de drogues Prevalença de consum d'alcohol Inicis de tractament per tipus de droga Morbidity associada al consum excessiu d'alcohol Mortalitat atribuïble al consum excessiu d'alcohol Mortalitat per reacció adversa al consum d'opiacis o de cocaïna Prevalença de la pràctica d'exercici físic segons la intensitat Població segons els hàbits d'alimentació i el consum de nutrients Prevalença de sobrepès i obesitat Escolars que es respallen les dents diàriament Ús d'elements de seguretat en la conducció de vehicles (cinturó, casc, cadireta infantil) Població que s'automedica Població que se sotmet a pràctiques preventives (examen mèdic, tensió arterial, nivell de colesterol, mamografia, citologia, etc.)</p>

Salut laboral	<p>Taxa de mortalitat per accidents laborals</p> <p>Taxa d'incidència d'accidents laborals</p> <p>Taxa d'incidència de malalties professionals declarades</p> <p>Casos de malalties relacionades amb el treball notificats a les unitats de salut laboral</p> <p>Prevalença de risc laboral percebut</p>
Salut maternoinfantil	<p>Taxa de mortalitat materna</p> <p>Taxes de mortalitat perinatal i neonatal</p> <p>Taxa d'incidència de malalties congènites</p> <p>Taxa d'incidència de nascuts amb baix pes</p> <p>Taxa d'incidència de nascuts prematurament</p> <p>Embarassos en dones <18 anys</p> <p>Parts amb cesària</p> <p>Edat mitjana de maternitat</p> <p>Prevalença d'al·letament matern el 3r dia</p> <p>Taxa d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)</p> <p>Raó IVE/nascuts vius</p> <p>Taxa d'IVE en dones <18 anys</p> <p>Cobertura vacunal infantil</p> <p>Índexs cod i CAOD i escolars lliures de càries</p>
Salut mental	<p>Taxa de suïcidi</p> <p>Taxa de mortalitat per causes relacionades amb trastorns mentals</p> <p>Morbiditat atesa per trastorns mentals (TM)</p> <p>Prevalença de TM</p>
Problemes de salut crònics	<p>Esperança de vida sense incapacitat</p> <p>Prevalença de factors de risc cardiovascular: hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, tabac</p> <p>Prevalença de discapacitats</p> <p>Taxa d'incidència i prevalença de càncer</p> <p>Prevalença de diabetis <i>mellitus</i> tipus 2</p> <p>Taxa d'incidència de diabetis <i>mellitus</i> tipus 1</p> <p>Prevalença d'altres trastorns crònics percebuts (aparells digestiu, circulatori, respiratori i locomotor; dolor)</p> <p>Prevalença i taxa d'incidència d'insuficiència renal crònica amb tractament substitutiu</p> <p>Trasplantaments hepàtics i renals</p> <p>Prevalença de demència</p> <p>Taxa de mortalitat per malalties cardiovasculars, cerebrovasculars i isquèmiques del cor</p> <p>Taxa de mortalitat per càncer: pulmó, mama, colorectal</p> <p>Taxa de mortalitat per cirrosi i altres malalties cròniques del fetge</p> <p>Taxa de mortalitat relacionada amb el tabac</p> <p>Taxa de mortalitat per malalties respiratòries: MPOC, asma</p>
Malalties infeccioses	<p>Taxa d'incidència de malalties vacunables</p> <p>Taxa d'incidència de zoonosis</p> <p>Taxa d'incidència de malalties de transmissió sexual</p> <p>Taxa d'incidència de tuberculosi</p> <p>Taxa de mortalitat per tuberculosi</p> <p>Taxa d'incidència de sida</p> <p>Taxa de mortalitat per sida</p> <p>Prevalença d'anticossos anti-HIV en nadons</p>

	Prevalença d'infecció per l'HIV en poblacions sentinelles
	Brots de toxiinfeccions alimentàries i altres brots epidèmics
	Taxa d'incidència d'hepatitis viriques
	Taxa d'incidència d'enteritis i diarrees
	Defuncions per tètanus
Accidents i violències	Taxa d'incidència d'accidents
	Taxa de mortalitat per accidents
	Taxa de mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15-24 anys
	Taxa de mortalitat per accidents infantils
	Taxa de mortalitat per accidents en les persones de 65 i més anys
	Morbiditat per accidents infantils
	Morbiditat per accidents en les persones de 65 i més anys
	Accidents de trànsit amb víctimes
	Persones que declaren haver patit un accident
	Prevalença de maltractaments infantils

Necessitats d'informació

Els darrers anys, s'han fet importants esforços dirigits a la millora de la quantitat i qualitat de la informació en salut disponible. Malgrat això, continua havent-hi necessitats de millora en la qualitat de la informació sanitària, ja sigui pel buit d'informació en determinats aspectes, per problemes de fiabilitat de les dades, per manca d'integració de la informació o, en alguns casos, per la dificultat d'accedir-hi.

Les principals necessitats d'informació fan referència a:

- Desigualtats en salut: diferències en la freqüència dels problemes de salut i en l'accés als serveis segons edat, sexe, grup social i territori.
- Estils de vida: prevalença del consum de drogues no institucionalitzades, prevalença del consum d'alcohol, conducta sexual (educació sexual i conductes de risc), hàbits conductuals dels escolars.
- Serveis sanitaris i sociosanitaris: variabilitat de la pràctica clínica, hospitalitzacions evitables, adequació de l'atenció (hospitalització, urgències, atenció domiciliària, medicaments, tecnologies), morbiditat atesa en l'atenció primària, efectivitat de les activitats preventives, activitat dels serveis de rehabilitació, xarxes de suport social i familiar, expectatives de la població i satisfacció dels usuaris, morbiditat atesa sense internament en l'atenció especialitzada, morbiditat atesa pels dispositius d'atenció urgent.
- Salut laboral: morbiditat per problemes de salut relacionats amb el treball, riscos emergents, lesions per accidents de treball.
- Salut maternoinfantil: cribratges prenatals, defectes congènits/anomalies congènites, mortalitat perinatal i materna (correcció de la infradeclaració), alletament al 6è mes, cobertura vacunal.
- Salut mental: prevalença de trastorns mentals, incidència de trastorns de l'alimentació (anorèxia i bulímia), prevalença de demència i trastorns cognitius.
- Problemes de salut crònics: incidència de complicacions agudes i tardanes de la diabetis *mellitus*, prevalença de dolor, incidència i prevalença de nafres per pressió.
- Malalties infeccioses: cobertura vacunal en els adults, incidència d'infecció per l'HIV, prevalença d'infecció nosocomial.
- Accidents i violències: incidència de lesions per accidents, prevalença de discapacitats produïdes per accidents, incidència d'accidents de trànsit relacionats amb el consum d'alcohol, incidència d'accidents domèstics, incidència de maltractaments infantils i domèstics.

- Medi ambient: riscos mediambientals per a la salut.
- Ús de medicaments: problemes de salut relacionats amb els medicaments.
- Impacte econòmic de les intervencions sanitàries: cost-benefici, cost-efectivitat, cost-utilitat.

En el futur, cal continuar millorant el treball d'obtenció, tractament i anàlisi de les dades disponibles de les fonts d'informació sistemàtiques, desenvolupar-ne d'altres o actualitzar la informació que s'obté mitjançant talls transversals en el temps i, en alguns casos, portar a terme estudis específics, utilitzant metodologies quantitatives i qualitatives. En aquest sentit, l'Enquesta de salut de Catalunya l'any 2000 serà una font d'informació fonamental per conèixer els comportaments i determinants de la salut de la població, la percepció que aquesta té de la seva salut i la utilització i la satisfacció dels ciutadans amb relació als serveis sanitaris.

Així mateix, cal desenvolupar sistemes d'informació que integrin la informació procedent dels diferents serveis del sistema sanitari i dels altres sectors, per tal de respondre a les necessitats de la planificació, la gestió i l'avaluació i, en general, a les de la comunitat científica i les de la població. En el futur, s'haurà de fer un esforç per desenvolupar i adaptar la xarxa d'informació segons les tecnologies més avançades, d'acord amb les necessitats d'un sistema sanitari modern.

Avaluació de la política de salut i de serveis

L'avaluació és una de les parts fonamentals del procés de planificació del Pla de salut de Catalunya, la finalitat de la qual és conèixer i emetre judicis de valor sobre les intervencions i actuacions proposades tant pel que fa al desenvolupament com pel que fa als resultats obtinguts en relació amb els objectius de salut i de serveis fixats. També permet identificar els aspectes positius i els negatius, així com l'abast de l'impacte de l'aplicació de la política sanitària.

La periodificació de la planificació estratègica ha de ser suficientment àmplia per tal de poder avaluar l'impacte de les actuacions proposades en el Pla de salut sobre la salut i els serveis. Ara, després de quasi deu anys d'aplicació del Pla de salut, és el moment de fer-ne el balanç per valorar l'impacte en la salut, el serveis i la satisfacció dels ciutadans, així com la repercussió organitzativa i econòmica de les propostes.

L'avaluació d'aquest període esdevé una de les peces clau per introduir activitats correctores que millorin l'elaboració, els continguts i l'aplicació del Pla de salut en el futur, i serà una de les bases per a la definició de les polítiques de salut i serveis més enllà del 2001.

Aquest plantejament de l'avaluació s'emmarca en l'enfocament de l'estratègia *conèixer i avaluar* del Pla de salut de Catalunya 1996-1998 orientada a:

- Avançar en el desenvolupament d'un sistema d'informació eficaç per conèixer, gestionar i avaluar les polítiques de salut i de serveis.
- Analitzar els resultats de les actuacions en termes de salut, de satisfacció dels ciutadans i d'impacte en el sistema sanitari, per tal de formular i corregir les propostes del Pla de salut.
- Avaluar la qualitat i eficiència dels serveis i de les tecnologies utilitzades.
- Impulsar la recerca sobre les necessitats de salut i la qualitat de vida dels ciutadans, així com sobre l'opinió i les expectatives en relació amb el sistema sanitari.

Avaluació durant el període 1999-2001

El principal contingut de l'avaluació durant els pròxims tres anys serà l'anàlisi de l'assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc, definits l'any 1991 en l'horitzó de l'any 2000, i els objectius operacionals i les intervencions corresponents al període d'aplicació del Pla de salut fins al 2000.

Les línies i els projectes d'avaluació que es proposen s'han seleccionat segons els objectius del Pla de salut i d'acord amb criteris de rellevància, pertinença, utilitat i factibilitat. L'avaluació del Pla de salut continuarà sent un procés participatiu, intersectorial i que identifiqui les especificitats i desigualtats territorials en l'assoliment de les propostes.

En aquest període s'hauran d'assentar les bases i acordar els indicadors i les línies de treball per dur a terme l'avaluació corresponent a l'etapa de planificació esmentada i que, en coherència amb els continguts del Pla de salut, faran referència als àmbits següents:

- Estils i hàbits de vida, i factors condicionants de la salut.
- Estat de salut i qualitat de vida de la població.
- Equitat, eficiència i qualitat del procés assistencial i dels serveis.
- Opinió i expectatives dels usuaris i de la població.
- Impacte del Pla de salut en els diferents serveis del sistema sanitari.

Durant el període 1999-2001 es duran a terme projectes d'avaluació i recerca que permetran disposar de resultats per tal d'incorporar-los a l'elaboració del Pla de salut més enllà del 2001. Prioritàriament, es desenvoluparan projectes d'avaluació relacionats amb:

- Assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a Catalunya per a l'any 2000.
- Percepció de l'estat de salut.
- Millora de la qualitat i eficiència dels serveis sanitaris i de les tecnologies i procediments utilitzats.
- Incorporació d'activitats preventives als serveis sanitaris (detecció, seguiment i consell educatiu de problemes de salut, accés de la població a les activitats preventives, entre d'altres).
- Extensió dels programes de cribatge poblacional de càncer de mama (participació i cobertura del programa, i qualitat del procés).
- Impacte de les activitats de les Unitats de Salut Laboral, adequació de les estructures desenvolupades i qualitat del suport en l'atenció primària.
- Desenvolupament de les estratègies proposades en l'àmbit de l'atenció primària per potenciar la detecció precoç i l'atenció als problemes de salut mental més freqüents.
- Desenvolupament de les activitats d'educació per a la salut en els centres d'ensenyament de Catalunya i incorporació com a eix transversal en els projectes curriculars dels centres, mitjançant el Programa d'educació per a la salut a l'escola.
- Incorporació de continguts del Pla de salut a la formació dels estudiants i els professionals en ciències de la salut.
- Utilització de recomanacions, guies i protocols per a l'atenció a problemes de salut, en relació amb intervencions i objectius del Pla de salut, per part dels professionals de la salut.
- Adequació de la utilització de medicaments des de les vessants de la prescripció, la dispensació i el consum.
- Magnitud i impacte sanitari i econòmic dels problemes relacionats amb els medicaments.
- Utilització de medicaments en grups específics de població (infants, dones embarassades i gent gran, entre d'altres).
- Satisfacció, expectatives i preferències dels usuaris i de la població en relació amb el sistema sanitari.
- Impacte del Pla de salut en el sistema sanitari i en els diferents dispositius assistencials.

Els resultats de l'avaluació han de permetre conèixer l'evolució de l'estat de salut i la satisfacció dels usuaris i de la població, l'avenç en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, i el progrés en la millora del procés assistencial i els serveis. També han de fer possible valorar la participació i la implicació dels professionals en el Pla de salut, els avenços en els sistemes d'informació i en la cooperació intersectorial.

Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. European regional strategy for attaining health for all. Copenhagen: WHO, 1981 (EUR/RC 30/Rev.2).
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for all. Copenhagen: WHO, 1985.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc. Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
9. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1269-76.
10. Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1347-52.
11. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436-42.
12. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
13. Malek M. Setting priorities in health care. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1994.
14. The Royal College of Physicians of London. Setting priorities in the NHS. A framework for decision-making. London: Royal College of Physicians of London, 1995.
15. Allebeck P. Priorities in public health. *Eur J Public Health* 1998; 195-6.
16. Trabucchi M, Vanara F. Rapporto Sanità '98. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità. Bologna: Società editrice il Mulino, 1998.
17. European Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publication. European series 5. Copenhagen: WHO, 1996.

Annexos

Índex de quadres, gràfics i taules

Quadres

Quadre 1	Intervencions i accions prioritàries del Pla de salut de Catalunya, 1999-2001	42
Quadre 2	Població diana per a la vacunació antigripal	100
Quadre 3	Població diana per a la vacunació antipneumocòccica	100
Quadre 4	Població diana per a la vacunació antihepatitis B	101
Quadre 5	Els 21 objectius de l'OMS per al segle XXI, a la Regió Europea	177
Quadre 6	Indicadors utilitzats per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya	183

Gràfics

Gràfic 1	Estructura de la població, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1996	13
Gràfic 2	Esperança de vida (EV) i esperança de vida sense incapacitat (EVS), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994	18
Gràfic 3	Mortalitat infantil, per causa de mort. Catalunya, 1994-1996	21
Gràfic 4	Índex de mortalitat estandarditzada (IME), per regió sanitària. Homes. Catalunya, 1994-1996	26
Gràfic 5	Índex de mortalitat estandarditzada (IME), per regió sanitària. Dones. Catalunya, 1994-1996	26
Gràfic 6	Anys potencials de vida perduts (APVP), per regió sanitària. Homes. Catalunya, 1994-1996	27
Gràfic 7	Anys potencials de vida perduts (APVP), per regió sanitària. Dones. Catalunya, 1994-1996	28
Gràfic 8	Altes en hospitals d'aguts, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1997	29
Gràfic 9	Altes en hospitals d'aguts, per sexe, segons els principals grups diagnòstics. Catalunya, 1997	30
Gràfic 10	Principals causes d'hospitalització, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Homes. Catalunya, 1997	33
Gràfic 11	Principals causes d'hospitalització, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Dones. Catalunya, 1997	34
Gràfic 12	Distribució de les altes en els hospitals d'aguts, segons categories de procediments CCHPR. Catalunya, 1997	34

Gràfic 13	Prevalença de l'hàbit tabàquic, segons grup d'edat i sexe. Catalunya, 1998	65
Gràfic 14	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per sexe. Catalunya, 1982-1998	66
Gràfic 15	Canvi en la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1982 i 1998	66
Gràfic 16	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1982-1998	67
Gràfic 17	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1982-1998	67
Gràfic 18	Evolució de la taxa de mortalitat per accidents de trànsit en els joves de 15 a 24 anys, per sexe. Catalunya, 1987-1997	73
Gràfic 19	Evolució del nombre d'accidents de trànsit amb víctimes, segons l'àmbit. Catalunya, 1993-1997	74
Gràfic 20	Evolució del nombre de morts en accidents de trànsit, segons l'àmbit. Catalunya, 1993-1997	74
Gràfic 21	Evolució de la morbiditat i la mortalitat en la tuberculosi. Catalunya, 1986-1996	111
Gràfic 22	Evolució de la prevalença de les infeccions nosocomials. Catalunya, 1990-1997	141
Gràfic 23	Evolució de la despesa per subgrups farmacològics en l'atenció primària. Catalunya, 1996 i 1998	153
Gràfic 24	Consum d'antihipertensius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998	154
Gràfic 25	Consum d'antidepressius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya, 1996-1998	155
Gràfic 26	Consum d'hipolipemians en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD). Catalunya 1996-1998	156
Gràfic 27	Esperança de vida amb salut mental (EVSM) i esperança de vida amb trastorns mentals (EVTM). Catalunya, 1994	175
Gràfic 28	Etapas del Pla de salut	179
Gràfic 29	Elements per a la definició de les prioritats en salut més enllà del 2001	181

Elaboració del Pla de salut de Catalunya 1999-2001

Direcció del projecte

Emilia Sánchez

Equip coordinador i redactor del Pla de salut de Catalunya

Pilar Brugulat, Josep Fusté, Salvi Juncà, Vicenç Martínez, Antònia Medina,
Mercè Mercader, Elisa Séculi.

Equip coordinador i redactor dels plans de salut de les regions sanitàries

Josep M. Argimon, Felip Benavent, M. Luisa de la Puente, M. Teresa Faixedas,
Daniel Fernández, Lluís Franch, Ferran Garcia, Àlex Guarga, Josep Jiménez,
Pilar Magrinyà, Carme Medina, Enric Rovira, Ignasi Ruano, M. Rosa Sala, Núria Sardà.

Suport administratiu per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya

Yerma Adsuar, Joan Aloy, Victòria Ferrando, Fina Lladós, Isabel Pedreño.

Agraïments

A les unitats, serveis i programes del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut i a tots els professionals i les institucions que han participat i col·laborat en l'elaboració de les propostes de les diferents edicions del Pla de salut de Catalunya. Les seves valuoses aportacions han fet possible la definició i l'aplicació d'intervencions i accions adreçades a l'assoliment dels objectius del Pla de salut fixats per a Catalunya en l'horitzó de l'any 2000.