



PLA DE SALUT DE CATALUNYA



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Pla de salut de Catalunya 1996-1998

Pla de salut de Catalunya, 1996-1998

Referències bibliogràfiques

ISBN 84-393-4242-X

I. Catalunya. Departament de Sanitat i

Seguretat Social II. Títol 1. Pla de salut

de Catalunya 1996-1998

351.77(467.1) "1996/1998"

© Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Primera edició: abril de 1997

Tiratge: 10.000 exemplars

Dipòsit legal: B-7.434-1997

ISBN: 84-393-4242-X

Coordinació editorial: Hores extraordinàries

Impressió: Cuscó, Arts Gràfiques, SA

Índex

Presentació	11
Introducció	15
1. L'orientació de la planificació per a la salut	17
2. El procés d'elaboració del Pla de salut 1996-1998	25
3. L'avaluació del període 1993-1995 del Pla de salut	33
4. Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc	67
5. La situació de la salut, dels seus condicionants i dels serveis	101
1. Les característiques de la població	105
1.1 Evolució de la població	105
1.2 Estructura de la població segons el Cens de 1991	110
1.3 Característiques de la població	112
1.4 Perspectives de futur	119
2. L'estat de salut	122
2.1 Mortalitat	122
2.2 Morbiditat atesa als hospitals d'aguts	143
2.3 Morbiditat atesa als centres de salut mental i als hospitals psiquiàtrics	149
2.4 Característiques clíniques i funcionals dels pacients atesos als serveis socio-sanitaris	151
2.5 Percepció de l'estat de salut i de la qualitat de vida	153
2.6 Restricció de l'activitat per motius de salut	154

2.7 Problemes de salut crònics percebuts	156
2.8 Discapacitats	156
2.9 Esperança de vida sense incapacitat	158
3. Els estils i les condicions de vida	163
3.1 Alimentació	163
3.2 Activitat física	166
3.3 Excés de pes	168
3.4 Hàbit tabàquic	170
3.5 Consum d'alcohol	174
3.6 Consum de drogues no institucionalitzades	177
3.7 Pràctiques preventives	178
3.8 Maltractaments	183
3.9 Característiques mediambientals i de l'entorn	185
4. Els serveis sanitaris i socio-sanitaris	189
4.1 Atenció primària de salut	189
4.2 Reordenació de l'atenció especialitzada	192
4.3 Atenció hospitalària	193
4.4 Atenció socio-sanitària	204
4.5 Atenció a la salut mental	206
4.6 Atenció a les drogodependències	209
4.7 Utilització de medicaments	212
4.8 Utilització de serveis sanitaris	219
4.9 Visió de la població sobre els serveis sanitaris	224
5. Despesa sanitària	228
6. Objectius i intervencions del Pla de salut 1996-1998	237
A. Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables	240
B. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut	249
1. Problemes de salut cardiovasculars	249
2. Càncer	261
3. Malalties de l'aparell respiratori	273
4. Hàbit tabàquic	279
5. Lesions produïdes per accidents i violències	288
6. Problemes de salut de l'aparell digestiu	303
7. Consum excessiu d'alcohol	309
8. Consum de drogues no institucionalitzades	315
9. Infecció pel VIH i sida	321
10. Malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions	328
11. Malalties de transmissió sexual	336
12. Problemes de salut laboral	341
13. Tuberculosi	355

14. Càries dental	360
15. Problemes de salut mental	365
16. Diabetis <i>mellitus</i>	381
17. Problemes de salut osteoarticulars	386
18. Medi ambient i higiene dels aliments	390
19. Problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la menopausa	397
20. Infeccions nosocomials	410
21. Dolor i qualitat de vida	416
22. Trastorns cognitius i de la conducta	421
C. Utilització de medicaments	427
D. Accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut	436
7. Avaluació del Pla de salut 1996-1998	453
8. Estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis	461
Orientar els serveis d'acord amb la política de salut	463
Implicar els professionals	466
Conèixer i avaluar	468
Implicar els ciutadans	471
Cooperar intersectorialment	472
Annexos	475
Organització territorial del Servei Català de la Salut	477
Índex de quadres, gràfics i taules	479
Professionals i institucions que han participat en l'elaboració del Pla de salut de Catalunya	491

Presentació

Establir polítiques de salut és extraordinàriament complex. La influència que sobre la salut tenen els estils de vida, l'educació, la renda, la biologia, el medi ambient i el sistema sanitari donen aquest caràcter ampli i complex a les decisions en matèria de salut.

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya estableix que el Pla de salut de Catalunya és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut, reconeixent, d'aquesta forma, el caràcter intersectorial de la planificació.

El Pla de salut 1993-1995 va representar una nova orientació en la tradició de planificació sanitària a Catalunya. La salut dels ciutadans es converteix en l'eix central de la planificació i es passa de centrar els objectius en l'organització i la productivitat dels serveis, a fer-ho en la salut de la població i a estendre la responsabilitat sobre la salut a d'altres àmbits no estrictament sanitaris i als mateixos ciutadans.

Aquesta orientació de la planificació es basa en un concepte de salut positiu i incorpora els principis de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya i els objectius de salut per a tothom l'any 2000 de l'Organització Mundial de la Salut. Les intervencions que es proposen tenen en compte els acords i les recomanacions de les societats científiques i dels experts tant a nivell nacional com internacional.

L'experiència adquirida en l'elaboració i l'aplicació del Pla de salut 1993-1995, el treball continuat amb els professionals i les institucions, la traducció dels continguts del Pla en els contractes per a la compra de serveis i els resultats de l'avaluació són elements que, entre d'altres, aporten major solidesa al procés de planificació i han estat la base per a l'elaboració de les noves propostes.

S'ha avançat en el coneixement dels problemes de salut de la població i del funcionament dels serveis. Això ha estat possible també, en gran manera, pel desen-

volupament dels sistemes d'informació i la incorporació de noves fonts d'informació com l'Enquesta de salut de Catalunya, la qual ha aportat la percepció dels ciutadans quant a la seva salut i al funcionament dels serveis sanitaris.

El Pla de salut que ara es presenta, significa la continuïtat i la coherència amb els objectius i les intervencions relacionades amb els problemes de salut identificats en el Pla de salut 1993-1995 i amb els detectats en l'anàlisi de situació i en els diferents processos d'avaluació. Les intervencions s'orienten cap a l'assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a Catalunya per a l'any 2000.

L'elaboració del Pla de salut de forma descentralitzada reforça i assegura que el Pla de salut de Catalunya integri tots els elements comuns a les regions sanitàries i que les especificitats de cada territori es reflecteixin en els respectius plans de salut de les regions.

Si bé 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, són els eixos d'aquest Pla, voldríem destacar l'èmfasi que es dóna en la millora de la qualitat de vida dels ciutadans, en l'orientació de les actuacions a les àrees i grups de major necessitat, en la pràctica clínica basada en l'evidència científica i en la millora de la comunicació amb els usuaris i el respecte als seus drets fonamentals.

L'atenció als problemes de salut prioritaris del nostre medi requereix la participació i la coordinació dels diferents nivells i serveis. Sovint, es tracta de processos complexos que necessiten atenció prolongada, equips humans qualificats i noves fórmules en la provisió dels serveis. Els resultats en termes de salut, de qualitat de vida i de satisfacció, així com el grau d'eficiència dels serveis, seran en el futur les principals mesures d'èxit del sistema sanitari.

L'establiment de prioritats és clau en aquests moments de limitació de recursos econòmics en què nous fenòmens com l'envelliment progressiu de la població, el canvi de patró de mortalitat i de morbiditat i la innovació tecnològica són un fet.

El Pla de salut és una eina de govern de la Generalitat de Catalunya i esdevé l'instrument de planificació per excel·lència del Servei Català de la Salut per al desenvolupament de les seves funcions com a planificador, finançador i comprador de serveis. És l'eina per a l'establiment de prioritats i per a la distribució més equitativa i eficient dels recursos del sistema sanitari públic a Catalunya.

L'elaboració del Pla de salut 1996-1998, ha estat un procés altament participatiu. Únicament des de la pluralitat i el coneixement de la realitat de salut organitzativa, social i cultural es pot dur a terme un procés d'aquestes característiques. El document que presentem ara, és el fruit d'un llarg període de treball de professionals i d'agents socials implicats en la millora de la salut.

Volem agrair, molt sincerament, a tots els professionals de la salut, a les societats científiques, a les institucions i als agents socials la seva participació i aportació en el coneixement de la realitat, la seva excel·lent professionalitat, la il·lusió i la capacitat de treball en la realització d'aquest Pla. I volem agrair, especialment, la

col·laboració dels participants en l'enquesta realitzada als professionals de la salut, que ens han donat la seva opinió sobre el Pla de salut 1993-1995. La seva valuosa aportació ha fet possible millorar aquesta nova edició del Pla de salut.

Sens dubte, és necessari agrair el treball i la col·laboració dels professionals del Departament de Sanitat i Seguretat Social, d'altres departaments de la Generalitat i del Servei Català de la Salut i, molt especialment, dels equips territorials de les regions sanitàries i de l'equip de la Unitat de Pla de Salut i Avaluació del Servei Català de la Salut que durant aquest període han estat responsables del desenvolupament i de la coordinació de les diferents fases del procés.

El nostre reconeixement als ciutadans que, amb la seva col·laboració desinteressada en l'Enquesta de salut de Catalunya, han proporcionat una informació de gran valor per al coneixement de l'estat de la salut i la qualitat de vida de la població i la satisfacció en relació amb els serveis sanitaris.

L'àmplia participació i la col·laboració de tots ells ens permeten presentar avui aquest Pla de salut com una aportació efectiva, pragmàtica i compartida per al desenvolupament i el progrés de la societat catalana.

L'assoliment dels objectius del Pla de salut requerirà, de nou, la participació activa i plural de les administracions, de les institucions, dels professionals i de la societat civil per tal de respondre al repte comú de millorar la salut i la qualitat de vida dels catalans.

Eduard Rius i Pey

Conseller de Sanitat i Seguretat Social

Introducció

Aquest document conté les propostes d'actuació per al segon trienni de vigència del Pla de salut de Catalunya i integra els avantprojectes de Pla de salut de les regions sanitàries per al mateix període.

El document s'estructura en vuit grans capítols. En el primer es presenta l'orientació i el marc conceptual del model de planificació per a la salut a Catalunya, iniciat amb el Pla de salut 1993-1995. En el segon es descriu el procés seguit per a l'elaboració del present Pla de salut.

El tercer i el quart són capítols nous, que s'han pogut incloure un cop transcorregut el primer trienni de Pla de salut a Catalunya. Sota el títol "L'avaluació del període 1993-1995 del Pla de salut" es presenten els resultats de les principals línies d'actuació proposades per als esmentats tres anys i se sintetitzen els punts forts i les línies d'avenç sobre les quals cal continuar progressant, ja sigui potenciant les actuacions o reorientant-les. En el capítol "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc", s'analitzen l'evolució i les tendències observades en els indicadors de salut relacionats amb els objectius generals formulats per a l'any 2000. Com a punt de partida per valorar la situació s'han pres de referència les dades dels anys 1989-1990, que són en les quals es va basar el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut per formular els esmentats objectius. Aquesta anàlisi no és, òbviament, l'avaluació dels objectius generals ja que encara no s'ha acomplert tot el termini fixat, però permet conèixer si la situació de la salut està progressant en la línia dels objectius i, en alguns casos, dóna elements per reformular-los.

El primer Pla de salut incloïa una extensa part sobre la situació de la salut, dels seus condicionants i dels serveis a Catalunya, on s'exposaven els resultats de l'anàlisi realitzada amb l'objectiu d'identificar els principals problemes sobre els

quals proposar les actuacions. L'actualització d'aquella anàlisi amb les dades més recents i la incorporació d'altres coneixements sobre la realitat, a partir de noves fonts d'informació, són l'objecte del cinquè capítol del present document.

Els objectius i les intervencions del Pla de salut es plantegen en el sisè capítol, el qual s'estructura en quatre grans àrees d'intervenció, encara que interrelacionades entre elles. L'àrea de la promoció d'hàbits i estils de vida saludables inclou, des d'una visió transversal, un conjunt d'actuacions que afecten molts dels problemes de salut. A continuació, es plantegen els objectius i les intervencions sobre els problemes de salut, en 22 apartats específics on, a més dels problemes de salut ja identificats en el Pla de salut de Catalunya 1993-1995, s'afegeixen dos temes nous: dolor i qualitat de vida i trastorns cognitius i de la conducta. La utilització de medicaments és la tercera àrea d'intervenció, amb un plantejament que va des de potenciar els mecanismes de prevenció primària de la iatrogènia i la millora del compliment terapèutic en l'àmbit de la dispensació farmacèutica, fins a la millora de l'efectivitat i l'eficiència dels medicaments relacionats amb les intervencions sobre els problemes de salut prioritzats en aquest Pla. Finalment, l'objecte de l'altra àrea d'acció és la millora de la satisfacció dels usuaris de la xarxa sanitària d'utilització pública del Servei Català de la Salut.

En el setè capítol s'exposa el plantejament de l'avaluació del Pla de salut per al període 1996-1998, des d'una perspectiva global. Es presenten els àmbits, les línies i els projectes d'avaluació, com també les principals fonts d'informació que l'han de fer possible.

Finalment, tanquen el document les estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis del Pla de salut, les quals expressen l'orientació i els àmbits clau d'actuació per tal de dur a terme les intervencions. El seu abast és a més llarg termini que el període 1996-1998, tenen un caràcter transversal i conformen el conjunt d'actuacions de les institucions amb responsabilitat en l'àmbit de la salut que han de facilitar l'assoliment dels objectius definits en el Pla de salut.

1

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

L'orientació de la planificació per a la salut

Fonaments de la planificació de la salut

El Pla de salut de Catalunya es basa en una orientació positiva del concepte de salut adreçada a la millora del benestar dels ciutadans. A partir del coneixement de l'estat de salut de la població i dels seus determinants, el Pla formula propostes dirigides a promoure una millor qualitat de vida, oferir serveis més eficaços i eficients i donar atenció personalitzada als usuaris.

El Pla de salut es basa en una orientació positiva del concepte de salut i formula propostes per promoure una millor qualitat de vida dels ciutadans.

La naturalesa multicausal del binomi salut-malaltia i la influència que la biologia, l'educació, el nivell econòmic, els estils de vida i el medi ambient tenen en la salut i la qualitat de vida dels individus, dóna un marcat caràcter intersectorial a la planificació sanitària.

Planificar en l'àmbit de la salut és especialment complex perquè hi intervenen multitud de factors, els quals depenen pràcticament de totes les esferes de l'entorn. D'altra banda, tota planificació es realitza en un context organitzacional i sociopolític al qual estan íntimament lligades totes les etapes del seu procés.

El context sanitari actual es caracteritza per l'aparició de nous reptes de gran magnitud: envelliment progressiu de la població, canvis en la prevalença de certes patologies, insuficiència de recursos econòmics, constant introducció de tecnologies i procediments complexos, etc. Per això, els sistemes sanitaris dels països desenvolupats han d'afrontar aquests canvis amb una reorientació cada vegada més eficaç i eficient de les seves intervencions.

A Catalunya, la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, aprovada pel Parlament, estableix les bases del model de sistema sanitari cap on s'ha d'avançar, mitjançant la planificació sanitària i l'ordenació dels recursos, per tal de garantir la salut de la població. El model sanitari català es basa en la creació i el desenvolupament del Servei Català de la Salut com a màxim ens responsable de l'atenció sanitària. Així mateix, es defineix un instrument principal de planificació, el Pla de salut de Catalunya, que, a partir de la situació de salut i malaltia de la població i els factors

que la condicionen, explicita quines han de ser les activitats de salut prioritàries, les mesures que s'han de prendre en altres sectors que afecten la salut i els àmbits d'actuació preferents.

L'objectiu primordial d'aquest Pla és desenvolupar les accions prioritàries més pertinents, efectives i factibles.

L'objecte últim de la planificació és executar les intervencions dirigides a la millora de la salut i la qualitat de vida de la població. Així doncs, l'objectiu primordial del Pla de salut de Catalunya 1996-1998 és desenvolupar les accions prioritàries més pertinents, més efectives i més factibles.

A Catalunya, la planificació sanitària es basa en l'estratègia definida per l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut, coneguda com a Salut per a tothom l'any 2000, i les intervencions que es proposen tenen en compte els acords i les recomanacions de les societats científiques i dels experts tant en l'àmbit nacional com internacional, evolucionant des d'una planificació de recursos cap a una planificació en salut, on s'ha passat de centrar els objectius primordialment en l'organització i la productivitat dels serveis a fer-ho en la salut dels ciutadans i estendre la responsabilitat sobre la salut a altres àmbits no estrictament sanitaris.

Eixos i línies estratègiques de la planificació de la salut a Catalunya

Les propostes del Pla de salut s'orienten a l'assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a Catalunya per a l'any 2000.

Les propostes del Pla s'orienten a l'assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a Catalunya per a l'any 2000, que recull el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, així com dels objectius relacionats amb altres àmbits d'intervenció prioritzats. La política sanitària d'aquesta nova etapa de planificació manté la continuïtat i la coherència amb els plantejaments i els objectius de l'anterior cicle de planificació (Pla de salut 1993-1995) i compta amb l'experiència adquirida en l'elaboració i execució del Pla de salut 1993-1995, els resultats de l'avaluació del període de vigència i aplicació del Pla, el desenvolupament organitzatiu del Servei Català de la Salut i la consolidació d'altres instruments de planificació (contractes per a la compra de serveis, entre d'altres).

El Pla de salut inclou actuacions des del punt de vista organitzatiu i de reequilibri territorial de forma que el sistema sanitari català pugui adequar-se a les necessitats reals de la població i disminuir les situacions de desigualtat. Així mateix, el Pla de salut és un instrument de planificació dinàmic i amb capacitat d'adaptació a les necessitats de la població en termes de salut, que proposa intervencions que s'ajusten als canvis de l'entorn sanitari i socioeconòmic, les quals s'articulen al voltant dels eixos següents:

- Promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
- Equitat, eficiència i qualitat dels serveis.
- Satisfacció dels usuaris.

Promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Per al desenvolupament d'aquest eix es disposa d'un ventall d'intervencions que són d'efectivitat provada i que, en general, gaudeixen de l'acceptació dels professionals sanitaris i dels ciutadans.

El Pla de salut dona continuïtat a les propostes existents, tot reforçant:

- L'adquisició d'hàbits saludables en la població, principalment en els infants i els joves.
- El foment de l'autocura i el paper dels grups d'ajuda mútua.
- L'aplicació d'activitats preventives a la població general, especialment les adreçades als grups de risc elevat.

La promoció de la salut i prevenció de la malaltia és un dels eixos del Pla de salut.

Equitat, eficiència i qualitat dels serveis

El Pla de salut ha d'impulsar l'equitat del sistema en les seves diverses dimensions, entesa com a accessibilitat econòmica, cultural i territorial als serveis sanitaris, l'assignació de recursos segons problemes i necessitats detectats, l'adequació de les intervencions sanitàries als grups de població afectats, entre d'altres.

La variabilitat de la pràctica clínica pren especial rellevància quan afecta patologies de gran freqüència, que generen molta activitat en els serveis sanitaris, o bé patologies de gran complexitat, la qual cosa pot generar ineficiències i desigualtats en la pràctica assistencial. Així mateix, les diferències en la distribució de recursos poden ser l'origen d'inequitats entre la població.

El Servei Català de la Salut ha d'avançar en la compra de serveis, cercant una millor relació cost-efectivitat i cost-benefici de les diferents intervencions en l'atenció de la salut, tenint en compte el Pla de salut com a marc de referència.

Per tal de millorar les finalitats d'aquest eix es dona especial significació a:

- L'avaluació de les necessitats en salut dels ciutadans i l'efectivitat dels serveis.
- La consideració del procés assistencial des de la perspectiva del pacient.
- L'establiment de criteris consensuats i estàndards per a l'atenció de determinats problemes de salut i per a l'avaluació del procés assistencial.
- La participació i implicació dels professionals assistencials en els treballs de planificació i avaluació del procés d'atenció.

Es tracta, doncs, d'aplicar els instruments que optimitzin els guanys en salut per als individus i per a la comunitat, en un entorn amb recursos limitats.

El Pla ha d'impulsar l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis per tal d'adequar el sistema sanitari català a les necessitats reals de la població i disminuir situacions de desigualtat.

El Pla de salut dóna especial èmfasi a les accions per a la millora de la satisfacció dels usuaris dels serveis sanitaris.

Satisfacció dels usuaris

El Servei Català de la Salut ha de definir estratègies d'apropament dels serveis sanitaris a la població per tal de garantir que aquests s'orientin a resoldre les necessitats en termes de guanys en salut i, alhora, ha d'avançar en el coneixement de les expectatives dels usuaris per tal de millorar-ne la satisfacció.

En aquest sentit, el Pla de salut dóna especial importància a:

- La humanització de l'atenció sanitària, el respecte als drets fonamentals de la persona i a les decisions de l'individu sobre la seva salut.
- L'accessibilitat de la població als serveis sanitaris més adequats, així com a la informació apropiada.
- La millora del tracte professional i el confort dels usuaris.
- La millora del coneixement sobre les expectatives i la satisfacció dels usuaris i dels ciutadans en relació als serveis sanitaris i a la política sanitària.

Temporalitat de la planificació

La planificació de la salut és un procés continu, que es realitza en un context estretament relacionat amb l'entorn organitzatiu, econòmic i polític que envolta el sistema de salut.

Es considera que la planificació de la salut és un procés continu de previsió dels recursos i dels serveis necessaris per aconseguir els objectius determinats segons un ordre de prioritats establert. El disseny, l'aplicació i l'avaluació d'intervencions dirigides a la millora de l'estat de salut requereixen el plantejament d'uns períodes temporals suficients per a la seva execució. Cal considerar que tota planificació estratègica s'ha de realitzar en un context estretament relacionat amb l'entorn organitzatiu, econòmic i polític que envolta el sistema de salut.

La Llei d'ordenació sanitària de Catalunya estableix que el Pla de salut de Catalunya té un període de vigència triennal. Tot i això, cal tenir en compte l'experiència en l'operativització del Pla de salut 1993-1995, els resultats de l'avaluació del període de vigència i aplicació del Pla, les condicions organitzatives del sistema sanitari, les característiques dels processos de planificació estratègica i els períodes temporals necessaris per detectar canvis significatius en els indicadors de salut i d'utilització de serveis, com a elements de gran influència en l'establiment de la temporalitat de la planificació. També és important considerar que els objectius generals de salut i de disminució de risc que constitueixen el fonament de les propostes del Pla de salut, tenen com a horitzó l'any 2000, en el qual seran avaluats.

En aquest sentit, per a algunes actuacions prioritzades en aquest Pla de salut, s'han fixat objectius i intervencions que tenen la seva pròpia temporalitat (alguns amb una data de finalització que sobrepasa el trienni), la qual cosa amplia, en alguns casos, el període d'operativització fins a l'any 2000. A final del període de vigència d'aquest Pla de salut es procedirà a l'avaluació, reorientació i ampliació dels seus continguts.

Planificació per a l'acció

L'acció és el que dóna sentit a la planificació i, per això, l'objectiu essencial del Pla de salut de Catalunya 1996-1998 és aconseguir que les actuacions prioritàries a dur a terme siguin les pertinents, les més efectives i, alhora, les més factibles per millorar la salut i la qualitat de vida dels catalans.

El nivell d'efectivitat de les intervencions adreçades a la millora de la salut de la població és divers, la qual cosa, juntament amb la limitada disponibilitat de recursos, obliga a prioritzar tant les intervencions que s'han de dur a terme com els instruments per a la seva aplicació.

La planificació sanitària a Catalunya té en compte la descentralització de les tasques de planificació i d'avaluació en les estructures territorials del Servei Català de la Salut, les regions i els sectors sanitaris, la qual cosa fa possible millorar el coneixement dels problemes, dissenyar les intervencions més idònies i afavorir la participació dels professionals i de la població.

A Catalunya, la importància de les regions sanitàries en la planificació queda reflectida en la pròpia Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, que en el seu article 22 diu, textualment, que són funcions pròpies de les regions sanitàries "la gestió i l'execució de les actuacions i els programes institucionals en matèria de promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia, assistència sanitària i socio-sanitària, i rehabilitació, d'acord amb el Pla de salut de la regió".

En aquest sentit, les necessitats de salut específiques només es poden conèixer des del mateix territori on es plantegen, perquè les desigualtats entre grups que es donen dins d'un país són difícilment identificables si només se'n té una visió global. També, perquè les intervencions siguin factibles, és necessària la contrastació amb els recursos de què disposa la zona concreta d'aplicació. Per aquest motiu el Pla de salut de Catalunya s'elabora a partir dels plantejaments dels plans de salut de les regions sanitàries.

El Pla de salut, com a eina de planificació útil per a l'acció, es concreta de manera específica en l'assignació dels recursos econòmics i organitzatius, la gestió dels serveis sanitaris, l'avaluació de la qualitat de l'atenció, l'impacte de les accions intersectorials, la participació i satisfacció dels ciutadans i la implicació dels professionals sanitaris que han de desenvolupar i avaluar una bona part dels objectius prioritzats.

La planificació sanitària a Catalunya es fa descentralitzadament, tenint en compte estructures territorials com les regions sanitàries.

El Pla de salut ha de ser una eina de planificació útil per a l'acció.

2

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

El procés d'elaboració del Pla de salut 1996-1998

Planificar amb una visió centrada en la salut, el que actualment es coneix com a planificació per a la salut, va significar una nova orientació en la tradició de planificació sanitària a Catalunya. L'elaboració del primer Pla de salut va comportar també una nova metodologia de treball, en un moment de transformació del model sanitari de Catalunya i de creació del Servei Català de la Salut.

El nou període del Pla de salut de Catalunya, tot mantenint la coherència amb el primer, s'emmarca en el context actual amb un entorn organitzatiu més desenvolupat i amb nous elements de referència, la qual cosa ha permès donar més qualitat al mateix procés d'elaboració. L'estructura del Servei Català de la Salut i els instruments per portar a terme les seves funcions estan més consolidats i el Pla de salut ha esdevingut una realitat expressable amb fets, com l'operativització a través dels contractes de serveis, els resultats de l'avaluació de les intervencions i el treball amb els professionals i les institucions.

El Pla de salut ha completat el seu primer cicle. És el moment en què l'avaluació del primer període convergeix amb la formulació de les noves propostes, i el disseny de les intervencions conviu amb l'aplicació de les ja iniciades en l'horitzó dels objectius generals de salut a mig i llarg termini. En definitiva, és l'expressió més visible de la qualitat dinàmica de la planificació, que es beneficia de l'experiència de l'avaluació del procés d'elaboració anterior, de l'operativització i desenvolupament de les actuacions i de l'avaluació de les intervencions.

Una de les característiques d'aquest procés de planificació és la seva elaboració des del territori, amb la finalitat d'assegurar un Pla de salut de Catalunya que integri tots aquells elements comuns a totes les regions sanitàries i uns plans de salut de regions que reflecteixin les especificitats de cada territori.

Entre finals de setembre i començaments d'octubre de 1996, els òrgans de direcció i de participació de les regions sanitàries van aprovar els avantprojectes de pla de salut de cadascuna de les vuit regions sanitàries. El procés de formulació del Pla de salut de Catalunya per part del Servei Català de la Salut continua amb la

El Pla de salut 1996-1998 manté la continuïtat i coherència amb les propostes de l'etapa anterior del Pla.

El Pla de salut expressa el caràcter dinàmic de la planificació i de l'avaluació.

S'ha elaborat descentralitzadament a partir dels avantprojectes dels plans de salut de les regions sanitàries.

presentació de l'avantprojecte del Pla al Consell de Direcció i al Consell Català de la Salut del Servei Català de la Salut. Finalment, el Departament de Sanitat i Seguretat Social eleva, per a la seva aprovació definitiva, la proposta de Pla de salut de Catalunya al Govern de la Generalitat, el qual posteriorment el presenta al Parlament de Catalunya.

Disseny i planificació del procés d'elaboració

L'elaboració del Pla de salut comença amb la definició dels criteris metodològics i de qualitat.

En ser un procés que es porta de forma descentralitzada, on participa un nombre important de persones i on s'ha d'assegurar la coherència i la qualitat, el disseny n'és una fase essencial per tal d'explicitar els criteris de qualitat i ha de servir com a instrument de consens i comunicació entre els equips responsables de l'elaboració, els diversos participants, les estructures directives i els òrgans de participació i de direcció del Servei Català de la Salut i del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

En aquest sentit es va elaborar i donar a conèixer el document Disseny i planificació del Pla de salut de Catalunya 1996-1998, el qual recollia els criteris de qualitat sobre el contingut i el procés d'elaboració i elements metodològics.

Quadre 1

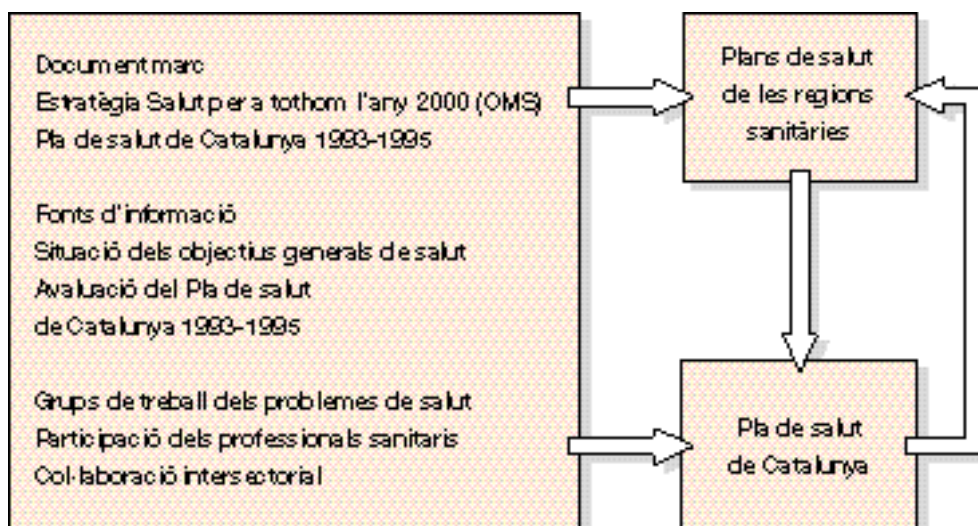
Criteris de qualitat per a l'elaboració del Pla de salut

Contingut	<p>Continuitat i coherència amb els plantejaments, els objectius i les accions del Pla de salut 1993-1995</p> <p>Manteniment i millora de la salut i de la qualitat de vida</p> <p>Expressió de les diferències entre territoris i entre grups de població</p> <p>Incorporació de noves prioritats</p> <p>Desenvolupament d'estratègies orientades a obtenir guanys en salut</p> <p>Continuar impulsant la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia</p> <p>Equitat i adequació dels serveis a les necessitats de la població</p> <p>Millora de la qualitat i l'eficiència del procés d'atenció</p> <p>Equilibri prevenció-assistència-rehabilitació</p> <p>Consens de criteris clínics per a l'atenció a problemes de salut</p> <p>L'usuari és una prioritat del sistema sanitari</p> <p>Visió plural: participació i intersectorialitat</p> <p>Intervencions basades en l'evidència científica</p> <p>Explicitació de les estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis</p>
------------------	--

Procés d'elaboració	Compromís institucional
	Descentralització
	Participació
	Intersectorialitat
	Actualització de la informació i anàlisi de les tendències
	Identificació de problemes segons la importància (morbiditat, mortalitat, discapacitats, cost, impacte percebut)
	Incorporació dels resultats de l'avaluació del període 1993-1995 del Pla de salut
	Definició de les intervencions segons criteris d'eficàcia provada, factibilitat i acceptabilitat
	Avaluació de les intervencions

Elements de referència per a l'elaboració dels plans de salut

Quadre 2



El contingut de les actuacions del Pla de salut s'articula entorn als problemes de salut identificats i la satisfacció dels ciutadans. Els serveis sanitaris i sociosanitaris són àmbits principals, encara que no els únics, on s'executen les accions proposades pel Pla i des d'on es pot donar resposta a les necessitats de salut, per la qual cosa cal proposar accions sobre els serveis dirigides a millorar la gestió clínica del procés d'atenció, la continuïtat, la cooperació entre nivells, l'eficàcia i l'eficiència i plantejar noves alternatives assistencials en relació amb els problemes de salut de la població. Les propostes que afecten els serveis s'han centrat, d'una banda, en accions relacionades directament amb els diversos problemes de salut i, de l'altra, les més generals, en un nou capítol del Pla de salut on s'assenyalen les estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis. Orientar els serveis d'acord amb la política de salut és una de les estratègies que, juntament

amb les altres –implicar els professionals, conèixer i avaluar, implicar els ciutadans i cooperar intersectorialment–, han de permetre dirigir el conjunt de les accions del sistema sanitari a l'assoliment dels objectius del Pla de salut.

Desenvolupament del procés

La gestió del procés ha anat a càrrec de la Unitat de Pla de Salut i Avaluació de l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut, responsable de l'elaboració del Pla de salut de Catalunya i de la coordinació del procés. Les unitats de planificació de les regions sanitàries són les responsables de l'elaboració dels avantprojectes de pla de salut de les regions i la seva adaptació al Pla de salut de Catalunya.

Les diferents fases del procés s'han realitzat sobre la base d'un treball matricial entre els equips esmentats i diferents grups de treball, amb el suport tècnic de les diverses unitats del Servei Català de la Salut, del Departament de Sanitat i Seguretat Social i de les entitats i les institucions amb responsabilitat sobre la salut que hi han participat.

L'elaboració del Pla de salut ha estat un procés multidisciplinari i intersectorial.

Anàlisi de la situació

Com a element bàsic per a l'anàlisi de la situació es tractava d'actualitzar la informació ja treballada en l'anterior Pla de salut, incorporar les noves fonts d'informació disponibles i avançar en la desagregació territorial de les dades per tal de poder-les tractar en els àmbits territorials del Servei Català de la Salut. El disseny de l'anàlisi de la situació es va consensuar a la vegada que es va fer una valoració i adequació de les fonts d'informació i els indicadors proposats. Aquesta dinàmica de treball ha permès millorar l'anàlisi de la situació i contrastar i actualitzar la llista de problemes de salut més importants.

L'enquesta de salut de Catalunya realitzada a una mostra de 15.000 ciutadans ha permès conèixer la percepció de la salut i de la qualitat de vida, els estils de vida, la utilització dels serveis i les actituds i la satisfacció de la població en relació amb els serveis sanitaris. S'han dut a terme diverses explotacions específiques que aprofundeixen en el coneixement dels àmbits temàtics tractats a l'enquesta, tot relacionant les seves variables (desigualtats segons gènere i classe social, percepció de la salut i utilització de serveis, hàbit tabàquic, consum d'alcohol, pràctiques preventives, riscos laborals percebuts, trastorns crònics, esperança de vida sense incapacitat, qualitat de vida, restricció de l'activitat, salut mental, satisfacció dels usuaris).

Avaluació del Pla de salut del període 1993-1995

L'avaluació del període 1993-1995 ha permès conèixer els resultats obtinguts en relació amb les intervencions proposades, orientades a l'assoliment dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a Catalunya per a l'any 2000, i també els objectius relacionats amb altres àmbits prioritaris.

S'han incorporat les noves fonts d'informació creades a proposta de l'anterior Pla.

Mitjançant l'anàlisi de l'evolució dels indicadors relacionats amb els problemes de salut prioritaris, s'ha identificat la tendència en relació amb els objectius proposats per a l'any 2000.

S'han desenvolupat diversos projectes d'avaluació, d'acord amb l'Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995 (enquesta als professionals de la salut, avaluació de la implantació de les activitats preventives proposades en el Pla de salut, anàlisi i valoració de la incorporació dels continguts del Pla de salut en els contractes de compra de serveis, estudi de les accions adreçades a la millora de la satisfacció dels usuaris en els centres contractats). Els resultats dels esmentats estudis, juntament amb els de les avaluacions del Pla de salut de cada regió sanitària, continguda en els avantprojectes corresponents, constitueixen l'avaluació global del desenvolupament del Pla de salut en el període 1993-1995.

L'avaluació, a més de donar-nos a conèixer la situació actual de la salut i dels serveis, ha permès fer una valoració del desenvolupament de les intervencions. Els resultats han estat incorporats a l'anàlisi de la situació de cada problema de salut i han constituït un dels elements essencials que han fet possible avançar en la definició d'intervencions i objectius.

L'avaluació del Pla de salut 1993-1995 ha fet possible la valoració de les intervencions proposades.

Definició d'objectius i intervencions

La definició dels objectius i les intervencions s'ha fet a partir d'un disseny homogeni per al conjunt de Catalunya, però la seva traducció més operativa ha tingut en compte les especificitats en el territori. Per a cadascun dels problemes de salut sobre els quals s'estableixen objectius i intervencions en el Pla de salut, s'han constituït grups de treball, integrats fonamentalment per tècnics del Servei Català de la Salut i del Departament de Sanitat i Seguretat Social i per professionals de la salut, per tal de revisar i definir les intervencions, segons els criteris d'importància dels problemes, eficàcia i factibilitat, i elaborar les propostes d'actuacions per al període 1996-1998.

Els objectius i les intervencions s'han adequat a les especificitats del territori a través dels plans de salut de les regions sanitàries.

Les propostes dels diferents grups de treball s'han adaptat posteriorment a la realitat de cada regió sanitària, s'han sotmès a la consulta de diversos professionals sanitaris de les regions sanitàries i s'han presentat al consens amb les societats científiques.

Els aspectes de les intervencions que afecten línies estratègiques es fonamenten en les directrius de política sanitària de caràcter general. Les decisions de caràcter operatiu, basades en criteris tècnics, han implicat els agents decisoris dels diferents nivells organitzatius.

Participació i col·laboració intersectorial

La participació en l'elaboració del primer Pla de salut es va centrar en la contribució dels professionals, en la millora de la informació i en la identificació dels problemes. En el procés actual s'ha fet un esforç per estendre-la també a altres fases,

en el sentit que les seves aportacions són molt valuoses en el disseny de les intervencions i dels objectius operacionals.

Els professionals sanitaris han participat en la revisió i definició d'intervencions.

Els professionals sanitaris han participat, principalment, en la revisió i definició d'intervencions, integrats en els grups de treball per a cada problema de salut, i també han participat a les regions per tal de contrastar les propostes concretes d'actuació. Per al conjunt de Catalunya i de les vuit regions sanitàries s'estima que han participat directament en les diferents fases del procés d'elaboració del Pla de salut 1996-1998 més d'un miler de professionals. D'altra banda, per tal de recollir l'opinió dels professionals de la salut respecte als continguts i l'impacte del Pla de salut 1993-1995 i obtenir informació d'utilitat per a orientar el present pla, s'ha dut a terme l'Enquesta als professionals de la salut, en la qual han participat 3.300 professionals.

Els resultats de l'Enquesta als professionals de la salut han estat d'utilitat per orientar les propostes del Pla.

Quant a la perspectiva intersectorial, el treball s'ha articulats, fonamentalment, a través de la relació amb el Departament d'Ensenyament, el Departament de Treball, el Departament de Benestar Social, el Departament de Justícia, el Departament de Medi Ambient, l'Institut Català de Seguretat Viària i la Secretaria General de Joventut.

D'altra banda, cal destacar la cooperació en el procés amb diferents ajuntaments i amb els agents socials, més enllà de la seva representació en els òrgans de participació i direcció del Servei Català de la Salut, i també, la col·laboració d'institucions de l'àmbit de la salut, com les associacions de professionals, les organitzacions sanitàries o les entitats proveïdores, i els experts en salut pública i administració sanitària.

3

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

L'avaluació del període 1993-1995 del Pla de salut

L'avaluació del primer període d'aplicació del Pla de salut de Catalunya és una activitat fonamental per aproximar-nos al coneixement de l'impacte global del Pla en l'organització sanitària i identificar els problemes metodològics en la seva elaboració i els problemes d'aplicació de les accions prioritàries proposades. Finalment, permet la incorporació de les accions correctores en el present cicle de planificació.

En aquest sentit, les línies d'avaluació proposades en l'Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995 s'han dirigit a millorar el coneixement sobre alguns aspectes que no eren avaluable únicament amb la comprovació de l'assoliment de cadascun dels objectius operacionals del Pla. Així, l'avaluació del període 1993-1995 s'ha centrat a conèixer com s'han desenvolupat les línies d'actuació comunes del Pla de salut, les dificultats existents en l'assoliment d'alguns objectius, la qualitat del procés assistencial, la implantació de nous instruments, com és el contracte per a la compra de serveis, l'evolució dels indicadors de l'estat de salut de la població i l'opinió dels professionals de la salut i dels usuaris respecte a la política de salut i de serveis. D'altra banda, cal esmentar que l'avaluació de les intervencions sobre problemes de salut del Pla de salut 1993-1995 s'ha incorporat en el capítol "Objectius i intervencions del Pla de salut 1996-1998" d'aquest document.

L'avaluació del trienni 1993-1995 del Pla de salut ha permès identificar problemes metodològics i d'aplicació, i introduir accions correctores en aquest nou cicle de planificació.

Les activitats preventives i de promoció d'hàbits i estils de vida saludables

L'orientació de la planificació envers l'assoliment d'objectius de salut és el fil conductor de totes les intervencions proposades en el Pla de salut, on la presència del concepte salut en un sentit positiu és fonamental. La promoció d'hàbits i estils de vida saludables i les activitats preventives són mesures proposades per a l'abordatge de la major part dels problemes de salut prioritàris a Catalunya.

Les característiques de l'atenció primària de salut (primer punt de contacte de la població amb el sistema sanitari, longitudinalitat, globalitat i continuïtat) afavoreixen que aquest sigui un dels àmbits assistencials fonamentals on les activitats preventives poden tenir un gran impacte sobre la població.

El Pla dóna especial èmfasi a la incorporació d'activitats preventives de forma sistematitzada en l'APS.

Per aquest motiu, en el primer trienni d'aplicació del Pla, s'ha donat especial èmfasi a la incorporació d'activitats preventives de forma sistematitzada en l'atenció primària dirigides a la detecció, seguiment, control i consell educatiu en relació amb els factors de risc i problemes de salut prioritaris (hipertensió arterial, hipercolesterolèmia, diabetis *mellitus*, alcoholisme i altres drogodependències, tabaquisme), les vacunacions sistemàtiques, l'aplicació dels protocols de medicina preventiva en l'edat pediàtrica del Programa del nen sa i el Programa de salut bucodental, entre altres. El Pla de salut va fixar, per a aquest primer període, objectius quantificats pel que fa al nivell d'enregistrament, al grau de control de factors de risc i a la cobertura de vacunes aconsellables.

Per tal d'assolir una homogeneïtzació mínima i una sistematització dels procediments pel que fa a les activitats preventives, una estratègia del Pla de salut ha estat la definició consensuada entre professionals de l'àmbit de l'assistència, i amb la participació de les societats científiques, de criteris comuns mínims per a l'abordatge de problemes de salut (CCM) i promoure l'adopció i aplicació de protocols d'atenció –fonamentalment a la xarxa reformada d'atenció primària de salut (APS)– basats en aquests criteris. Els CCM defineixen la població diana i els criteris diagnòstics de seguiment i control per a l'abordatge dels problemes de salut prioritaris.

Les activitats preventives han estat incloses en els contractes per a la compra de serveis d'atenció primària i de serveis hospitalaris. L'avaluació de l'estratègia de contractació seguida a les diferents regions sanitàries en relació amb els continguts del Pla de salut inclosos en els contractes, s'exposa a l'apartat "La compra de serveis".

L'avaluació de la incorporació de les activitats preventives s'ha centrat en el grau de detecció i control de factors de risc i en la vacunació antitetànica en la població adulta atesa en l'àmbit de l'APS reformada.

Per tal de conèixer en quina mesura la incorporació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'APS es correspon amb els nivells fixats pel Pla de salut per a aquest primer període i amb els CCM, s'ha efectuat un *audit* extern¹ de 3.000 històries clíniques d'atenció primària (HCAP) seleccionades aleatòriament, corresponents a la població adulta major de 15 anys atesa l'any 1995 en 30 equips d'atenció primària (EAP), per tal d'analitzar:

- El grau d'enregistrament a l'HCAP dels factors de risc (xifres de tensió arterial, xifres de colesterolèmia, xifres de glicèmia, xifres del pes i la talla, consum d'alcohol, hàbit tabàquic) i de la vacunació antitetànica.
- La detecció i el diagnòstic dels factors de risc (hipertensió, hipercolesterolèmia, diabetis *mellitus*, obesitat, consum excessiu d'alcohol, tabaquisme).
- El control de la hipertensió arterial (HTA) en la població diagnosticada.

Els resultats principals d'aquest estudi es mostren en els apartats següents.

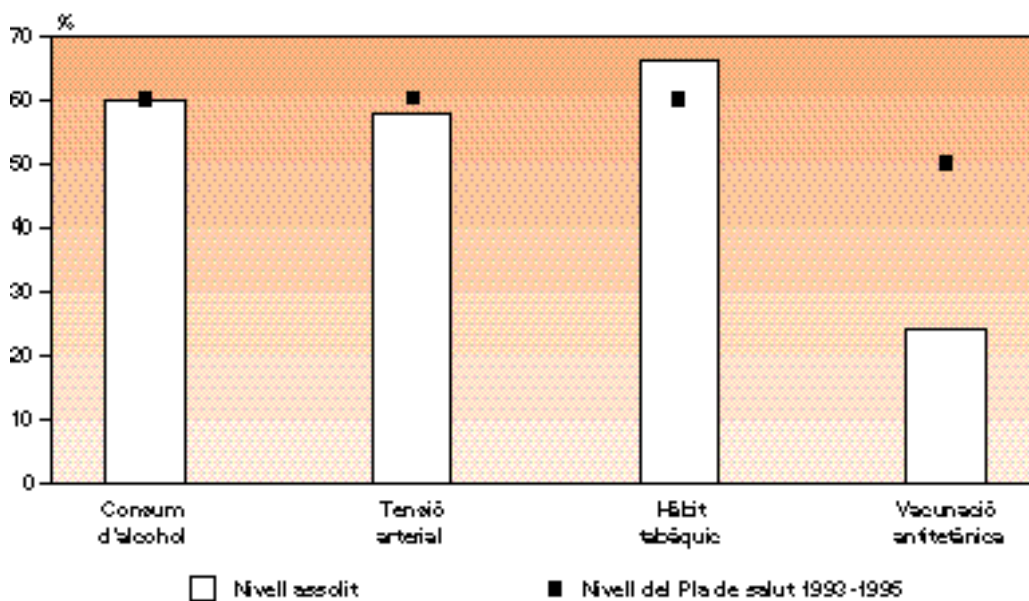
Hipertensió arterial

- Pel que fa al registre de les xifres de tensió arterial (TA), el 57,8% de les HCAP tenen anotades les xifres de TA corresponents almenys a una presa de TA en els darrers dos anys. Tanmateix, en els grups joves el registre és baix (34%) i, per a tots els grups d'edat, el registre és més baix en els homes que en les dones (gràfic 1).

La detecció de la HTA en els grups de població joves és baixa. Una proporció elevada dels hipertensos detectats presenten un nivell de control acceptable.

Enregistrament de factors de risc en l'HCAP de la població atesa de més de 15 anys, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995

Gràfic 1



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària.

- El diagnòstic d'HTA consta en el 31,4% de les HCAP amb xifres de TA enregistrades, i és al voltant del 50% en la població de més de 65 anys i més elevat en les dones (54%) que en els homes (38%).
- El percentatge de població amb HTA controlada varia molt, segons es consideri el control acceptable (75,4%) o bé el control òptim (22,65%), essent aquest últim més freqüent en les edats més joves. El control acceptable és similar en tots els grups d'edat.
- El 70% dels hipertensos diagnosticats tenen també anotades les xifres de glicèmia.

Consum excessiu d'alcohol

- El consum d'alcohol s'ha enregistrat en el 60% de les HCAP de la població adulta (gràfic 1). Tanmateix, es constata que en els grups de població jove (de 15 a

L'anotació del consum d'alcohol de la població jove és molt baixa.

17 anys) l'anotació del consum d'alcohol és molt baixa (22,7%). Pel que fa al gènere, l'enregistrament és més alt en les HCAP dels homes (63%) que en les de les dones (57%).

- El diagnòstic de consum excessiu d'alcohol és present en el 10% de les HCAP dels homes amb consum d'alcohol enregistrat, mentre que les HCAP de les dones rarament presenten aquest diagnòstic. Aquest diagnòstic no s'observa en les HCAP dels joves.

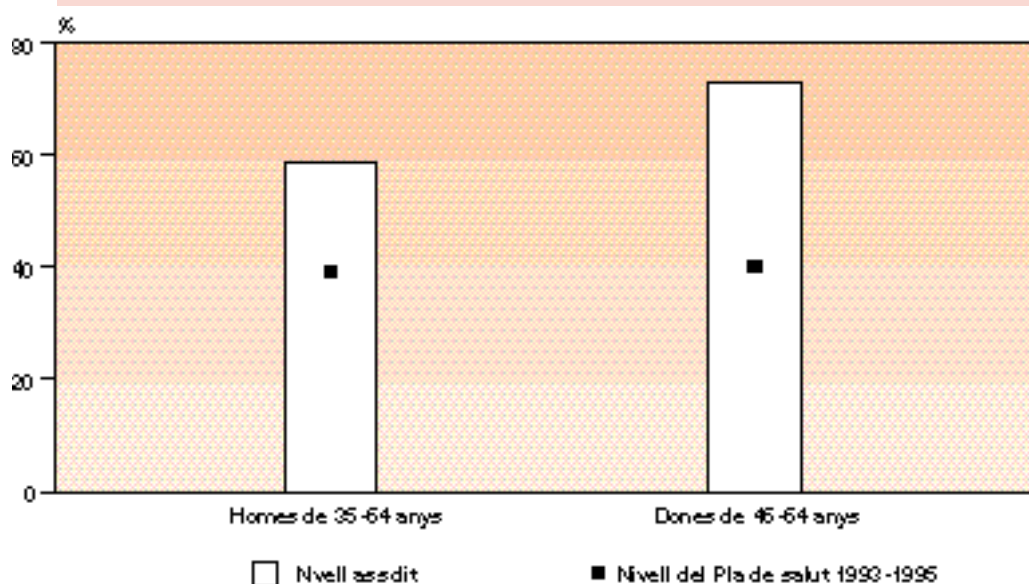
Hipercolesterolemia

La detecció de la hipercolesterolemia és superior als nivells fixats pel Pla de salut.

- El registre de les xifres de colesterolèmia és present en el 55% de les HCAP revisades. Amb relació a la població diana recomanada pel Pla de salut, les xifres de colesterolèmia s'anoten en el 58,8% de les HCAP dels homes de 35-64 anys i en el 71,6% de les corresponents a dones de 45-64 anys (gràfic 2).

Gràfic 2

Enregistrament de les xifres de colesterol en l'HCAP dels grups diana*, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995



* Establert pel criteri comú mínim per a l'atenció a problemes de salut.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària.

- En el 23,7% de les HCAP, amb anotació del nivell de colesterolèmia, hi consta el diagnòstic d'hipercolesterolemia. En el 42% de les HCAP de pacients diagnosticats d'hipercolesterolemia, les xifres de colesterol en sang són superiors a 250 mg. Un 47% dels hipercolesterolemics diagnosticats tenen altres factors de risc cardiovascular associats diagnosticats, fet que és poc freqüent en les edats més joves però que augmenta amb l'edat.

- El 78% de les HCAP corresponents a pacients diagnosticats d'hipercolesterolèmia tenen anotades les xifres de glicèmia.

Tabaquisme

- L'hàbit tabàquic s'ha enregistrat en el 66,5% de les HCAP (gràfic 1). Tanmateix, pel que fa al grup d'edat de 15 a 19 anys sols s'anota en el 38% de les HCAP.
- El 30,5% de les HCAP amb anotació de l'hàbit tabàquic correspon a població fumadora.
- El 44% de les HCAP corresponents a la població fumadora tenen anotades les xifres de glicèmia.

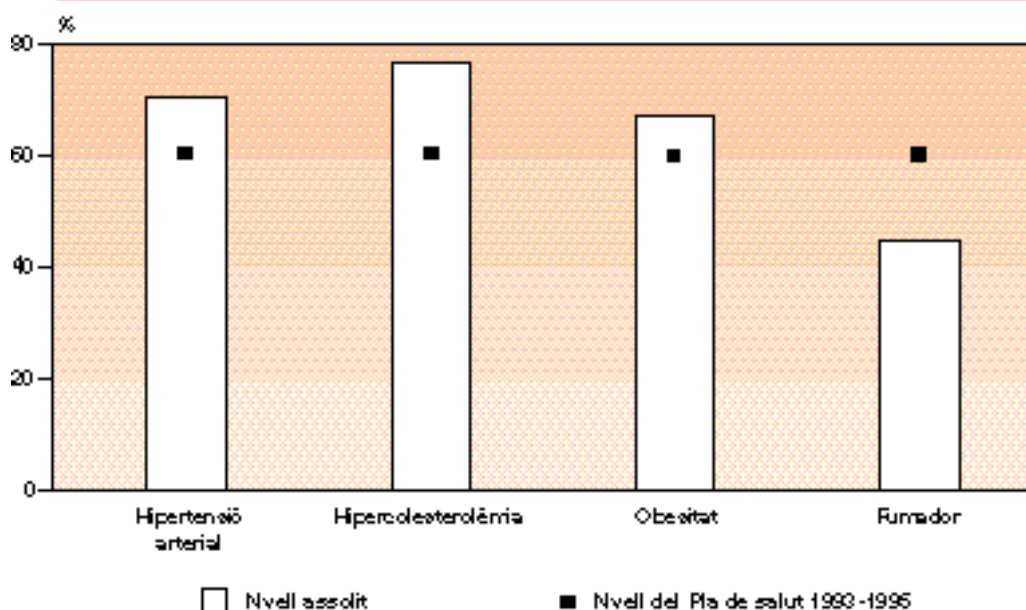
L'hàbit tabàquic s'enregistra en un baix percentatge d'HCAP de la població jove.

Diabetis *mellitus*

- El 45% de les HCAP revisades tenen anotades les xifres de glicèmia. Tanmateix, si s'analitza segons la població diana proposada pel Pla de salut (població amb factors de risc cardiovascular), l'enregistrament de les xifres de glicèmia és superior al fixat pel Pla en tots els casos, excepte pel que fa a la població fumadora (gràfic 3).
- En el 17,3% de les HCAP que tenen anotades les xifres de glicèmia hi consta el diagnòstic de diabetis *mellitus*.

L'anotació de les xifres de glicèmia en les HCAP de la població amb risc cardiovascular supera els nivells fixats pel Pla, excepte en el cas de la població fumadora.

Enregistrament de les xifres de glicèmia en l'HCAP de la població amb factors de risc cardiovascular, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995



Gràfic 3

- Al voltant del 80% de les HCAP de pacients diagnosticats de diabetis *mellitus* tenen també enregistrats altres factors de risc cardiovascular. Així, el 88% tenen anotades les xifres de TA, el 77% les de colesterolèmia, el 75% el pes i el 78% l'hàbit tabàquic.

Obesitat

- L'enregistrament del pes i la talla consta en el 40% i 37% de les HCAP, respectivament, essent més elevat en les dones que en els homes.
- El diagnòstic d'obesitat es troba en el 15,5% de les HCAP amb anotació del pes i la talla.

Vacunació antitetànica

- En el 24% de les HCAP consta l'anotació de la vacunació antitetànica i pràcticament en totes elles (23,7%), també hi consta la data de la vacunació (gràfic 1). En les HCAP del grup de població de 15 a 19 anys, la vacunació consta en el 41% dels casos.

El coneixement de la cobertura vacunal antitetànica s'anota molt per sota del que recomana el Pla de salut, especialment en la població de més edat.

Les conclusions de l'estudi, quant a l'enregistrament de factors de risc cardiovascular, mostren que els EAP han assolit un nivell, per al conjunt de la població, superior al fixat pel Pla de salut 1993-1995 pel que fa al colesterol, l'alcohol, el tabac, i una mica més baix pel que fa a la TA. Per tant, per a aquest nou període d'aplicació del Pla, cal fixar-ne nivells superiors. Pel que fa a l'enregistrament de la colesterolèmia, s'ha superat el nivell proposat en el Pla de salut 1993-1995 per a la població diana establerta en els CCM per a Catalunya² (homes de 35 a 64 anys i dones de 45 a 64 anys) i en la població general. Quant a l'anotació del consum d'alcohol, no s'ha assolit l'objectiu pel que fa a la població diana establerta pels CCM² (homes de 18 a 40 anys). Pel que fa a l'hàbit tabàquic, s'observa un nivell d'enregistrament baix de la població jove. Per tant, en aquest nou període, és necessari orientar els objectius d'enregistrament de factors de risc, per tal que els serveis dirigeixin les activitats preventives cap als grups diana recomanats pel Pla de salut.

Cal intensificar les activitats preventives adreçades als grups diana recomanats pel Pla de salut, especialment a la població més jove.

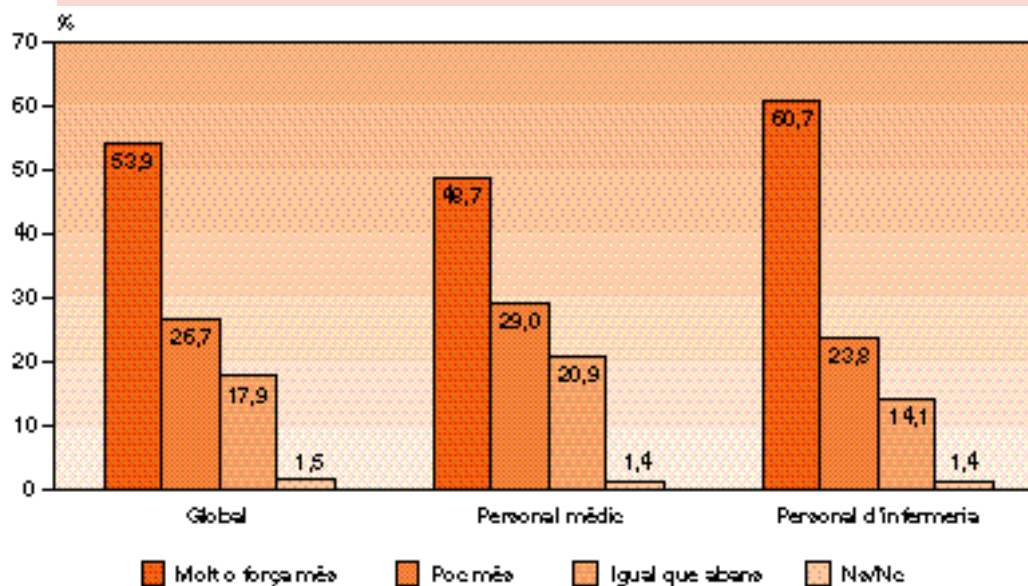
Al voltant del 80% de les HCAP dels pacients diabètics diagnosticats inclouen, també, l'anotació d'altres factors de risc cardiovascular. La constància de la vacunació antitetànica és baixa (24%), sobretot en la població major de 19 anys. Per a aquest trienni, caldrà que els serveis sanitaris facin èmfasi en l'enregistrament de la vacunació antitetànica per tal de millorar el control de la vacunació de la població adulta. Finalment, cal esmentar que un 12% de les HCAP revisades no tenien cap factor de risc enregistrat, fet que és especialment evident en les corresponents a la població més jove (de 15 a 34 anys). Per tant, per tal de millorar la detecció, seguiment i control d'aquests problemes de salut, caldrà que els EAP incrementin l'anotació de factors de risc a l'HCAP en aquest sector de la població.

Els resultats d'una enquesta d'opinió als professionals de la salut⁴ efectuada pel Servei Català de la Salut l'any 1996, mostren que més del 50% dels professionals opinen que en els darrers tres anys s'està donant més èmfasi a la pràctica d'acti-

vitats preventives. Així mateix, opinen que les activitats preventives més desenvolupades fan referència a la detecció d'hipertensió arterial i les que menys, a la detecció del consum excessiu d'alcohol. També es constata una major sensibilització dels professionals sanitaris pel que fa a les vacunacions (gràfic 4).

Distribució de les respostes a la pregunta: En la vostra pràctica habitual, creieu que actualment esteu donant més èmfasi a la realització d'activitats preventives que fa tres anys?

Gràfic 4



n = 3.223 professionals

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

Durant el període 1993-1995 s'ha desenvolupat, pel que fa a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables, un conjunt d'intervencions en altres àmbits d'actuació com són les adreçades fonamentalment a la població escolaritzada. El Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE) ha impulsat activitats de formació del professorat en matèria de promoció d'hàbits i estils de vida saludables en relació amb els problemes de salut prioritaris i ajuts i assessorament a les escoles per a la integració de projectes educatius relacionats amb la salut. També ha elaborat i difós a les escoles i altres entitats material informatiu i didàctic divers. El Programa de salut escolar (PSE) ha desenvolupat activitats preventives i de promoció de la salut en l'àmbit escolar, especialment pel que fa a les vacunacions i als glopeigs de fluor i assessorament al professorat.

En relació amb la prevenció dels accidents de trànsit, l'Institut Català de Seguretat Viària ha portat a terme accions informatives i de sensibilització a la població en matèria de seguretat viària (utilització d'elements de seguretat, consum d'alcohol i altres drogues).

En l'àmbit de la promoció de la salut destaquen les accions impulsades pel PESE, l'Institut Català de Seguretat Viària i la Secretaria General de Joventut.

Pel que fa a les actuacions engegades per la Secretaria General de Joventut, mitjançant el Bloc Salut i Prevenció del Pla Interdepartamental de Joventut, s'han impulsat les activitats d'assessorament i informació sobre promoció de la salut a les associacions juvenils i als punts d'informació juvenil. També s'han desenvolupat campanyes de sensibilització i educació sanitària sobre la sida, la seguretat viària, el consum d'alcohol i altres drogues i la salut mental, específicament adreçades als joves. Cal destacar les activitats de formació en prevenció i promoció de la salut dirigides als monitors d'activitats de lleure.

L'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis

La millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis sanitaris i socio-sanitaris és un dels eixos del Pla de salut.

Impulsar la millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis sanitaris i socio-sanitaris és una de les finalitats bàsiques del Servei Català de la Salut. Les propostes del Pla de salut 1993-1995 en aquest sentit es dirigeixen a potenciar processos de reordenació de serveis, millorar i modernitzar la dotació de recursos, desenvolupar recursos alternatius a l'hospitalització, sistematitzar procediments i processos assistencials, millorar els sistemes d'informació, impulsar la coordinació entre serveis i nivells assistencials i dur a terme activitats d'avaluació en relació amb l'eficiència i la qualitat dels serveis.

L'adopció de criteris i recomanacions per a l'atenció a problemes de salut

S'han elaborat, publicat i difós criteris i recomanacions per a la sistematització del procés d'atenció a problemes de salut prioritaris, àmpliament consensuats entre professionals assistencials.

Una de les estratègies fonamentals per a la millora de la qualitat assistencial, que apareix transversalment en els apartats sobre problemes de salut del Pla, és impulsar la definició dels CCM, consensuats entre els professionals assistencials per a l'abordatge i el maneig dels problemes de salut prioritaris a Catalunya, anteriorment comentada. A les regions sanitàries s'han definit i adoptat protocols d'actuació basats en els CCM, també àmpliament consensuats entre els professionals i les societats científiques. La participació de professionals es comenta a l'apartat titulat "La implicació dels professionals de la salut".

Al llarg d'aquest trienni, s'han acordat els CCM per a l'atenció als problemes de salut següents: la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia, el consell antibac, el consum excessiu d'alcohol i altres drogodependències, la sida, la salut bucodental, la diabetis *mellitus* no insulíndependent i la diabetis *mellitus* gestacional. La seva difusió als professionals sanitaris s'ha portat a terme mitjançant la publicació dels *Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I)*². També s'han elaborat els criteris referents a la patologia osteoarticular (lumbàlgia i gonàlgia), les malalties de transmissió sexual, l'atenció domiciliària en l'atenció primària de salut i el càncer de mama, mitjançant la publicació dels *Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II)*³. Així mateix, s'han iniciat els treballs d'elaboració dels CCM sobre l'atenció als problemes de salut dels immigrants estrangers, la patologia respiratòria crònica, l'ús de medicaments i l'estudi sobre la situació del procés d'atenció a l'asma infantil a Catalunya⁵.

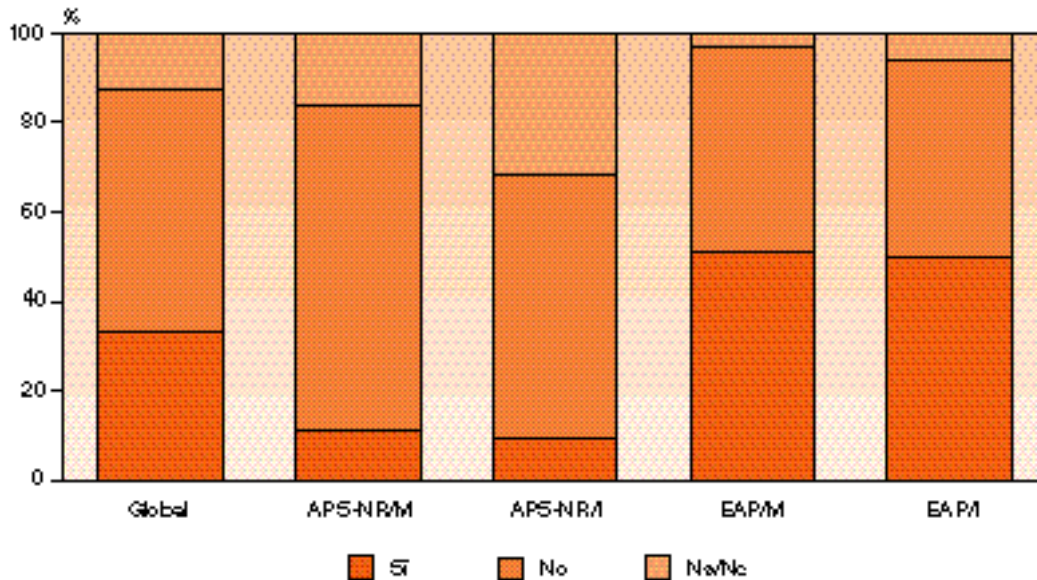
Els resultats de l'enquesta d'opinió als professionals de la salut⁴, mostren que al voltant del 80% dels entrevistats utilitzen protocols o guies d'actuació o de pràctica clínica en la seva pràctica professional i que al voltant del 90% consideren que és útil disposar de protocols per a l'atenció a problemes de salut.

Pel que fa a les estratègies de difusió dels CCM² (gràfic 5), en l'àmbit de l'atenció primària, destaca que només el 33,4% dels professionals coneixen aquesta publicació i són els de la xarxa d'atenció primària reformada qui més la coneixen. Per tant, es constata la necessitat d'impulsar i millorar la difusió i la disseminació dels CCM als professionals de la salut durant el període 1996-1998 i, especialment, als de la xarxa no reformada.

El baix coneixement per part dels professionals dels CCM publicats evidencia la necessitat de millorar la seva difusió i disseminació en els propers anys.

Distribució de les respostes a la pregunta: Coneixeu la publicació *Críteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut* del Servei Català de la Salut, de l'any 1995?

Gràfic 5



n = 1.142 professionals de l'atenció primària

NR: atenció primària no reformada.

M: personal mèdic.

I: personal d'infermeria.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

També s'han elaborat recomanacions pel que fa al procés d'atenció als problemes de salut mental, focalitzades en el treball per programes, que ha impulsat el Consell Assessor d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental, sobre onze àmbits (materno-infantil, adolescència, hospitalització, entre d'altres). En aquest sentit, s'han elaborat documents de definició de necessitats de la població amb trastorn mental o

risc de patir-ne, els programes preventius i assistencials a desenvolupar i els programes de suport interdepartamental. S'ha definit i s'ha iniciat la implantació del Programa mínim de col·laboració entre la xarxa de salut mental i els equips d'atenció primària.

L'adequació dels serveis a les necessitats

El desplegament de recursos alternatius a l'hospitalització i la millora organitzativa de les llistes d'espera, l'atenció a domicili i l'atenció urgent i continuada han estat exemples d'actuacions per a la millora de l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència dels recursos sanitaris.

El desenvolupament de recursos alternatius a l'hospitalització és una actuació prioritària pel que fa a la qualitat i l'eficiència de l'atenció i pot contribuir a la millora de la qualitat de vida dels pacients. En aquest sentit, s'han dut a terme línies d'avaluació en relació amb el grau d'implantació i els models organitzatius actuals d'hospital de dia d'oncologia i de la cirurgia major ambulatoria. S'ha fet l'anàlisi de la situació dels models d'hospital de dia de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), la qual cosa ha permès identificar els àmbits d'actuació prioritàris en relació amb la definició del model d'hospital de dia d'oncologia, els nivells de complexitat segons la tipologia dels pacients, els criteris d'avaluació i el model de finançament. En l'àmbit de la cirurgia major ambulatoria, i durant aquest període, s'ha desenvolupat el programa de cirurgia major ambulatoria en els hospitals de la XHUP i s'ha incrementat de forma important el volum d'activitat. Els requisits de qualitat definits fan referència als tipus de procediments a incloure, criteris de selecció i avaluació del pacient i rutina preoperatòria, tècniques quirúrgiques, criteris d'alta i seguiment i control dels pacients a domicili.

L'organització eficient de les llistes d'espera és un element important tant pel que fa a la millora de la qualitat de l'atenció com per a l'increment de l'accessibilitat dels serveis. En aquest sentit, el Servei Català de la Salut ha concertat programes específics per impulsar la disminució de llistes d'espera hospitalàries per a determinats procediments com són les vitrectomies, l'hemodinàmia, la cirurgia cardíaca, les herniorràfies i les artroscòpies. Existeix una comissió de seguiment que, mitjançant un sistema de monitorització, analitza les llistes d'espera de Catalunya i de les regions sanitàries. Així mateix, totes les regions disposen d'un sistema de monitorització dels ingressos hospitalaris i de l'activitat ambulatoria. L'any 1995, la distribució de malalts en llista d'espera segons les especialitats, ha estat: traumatologia (23,9%), cirurgia general (23,4%), oftalmologia (19,4%), urologia (8,0%), otorinolaringologia (7,4%), cirurgia vascular (6,8%), ginecologia (5,9%) i altres especialitats (5,1%). Les patologies més freqüents en llista són les cataractes, les hèrnies, les varices, la patologia del genoll, la patologia septal i la patologia biliar, entre d'altres.

S'ha definit el Programa marc d'atenció a domicili ATDOM⁶ per tal de promoure la implantació d'aquesta activitat en l'àmbit de l'APS, que millora l'accessibilitat i la continuïtat del procés d'atenció a aquelles persones amb patologies agudes, cròniques o terminals que no poden desplaçar-se als centres d'atenció primària (CAP). Aquesta activitat ha estat inclosa en els contractes per a la compra de serveis d'APS.

En relació amb l'atenció urgent, el Pla de salut 1993-1995 proposava l'elaboració de criteris per millorar l'organització i coordinació de l'atenció continuada i de l'a-

tenció urgent. En aquest sentit, el Servei Català de la Salut ha impulsat la creació d'una comissió, formada per diversos professionals de tot Catalunya, que ha treballat sobre el diagnòstic (caracterització de l'atenció d'urgències, anàlisi dels dispositius, identificació dels problemes més rellevants) i l'anàlisi i redacció de millores, tenint en compte la seva aplicabilitat en el territori. Així, en aquest trienni, s'han elaborat i publicat les *Propostes d'actuació en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada*⁷. Les propostes d'aquest document s'orienten al desenvolupament d'actuacions generals i específiques amb repercussions sobre l'atenció urgent i continuada que fan referència a la millora de l'equitat en l'accessibilitat al sistema, la major eficiència del conjunt dels dispositius directament o indirectament implicats, l'augment de la qualitat que ha de comportar una millora de la satisfacció de l'usuari i del professional, i la millora de la coordinació dels diferents àmbits assistencials.

En aquest període, s'han desenvolupat i consolidat, d'acord amb el model d'atenció socio sanitària a Catalunya⁸, nous recursos per a l'atenció socio sanitària a la gent gran amb malaltia i dependència funcional, als malalts crònics i als malalts terminals. El desplegament de recursos alternatius a l'internament s'ha portat a terme mitjançant la contractació de programes d'atenció domiciliària d'equips de suport (PADES) i d'unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries (UFISS). Pel que fa a l'evolució de l'activitat dels recursos socio sanitàris, durant aquest trienni s'ha observat un increment important en el nombre d'usuaris atesos i en l'eficiència dels nous serveis de mitja estada i serveis alternatius. També s'ha observat que el desplegament de recursos, en aquests anys, tendeix a equilibrar el progressiu augment de les necessitats d'atenció de les persones de 65 i més anys i l'augment de la dotació relativa de serveis socio sanitàris per a l'atenció d'aquesta població.

A través del Programa Vida als Anys, s'ha definit un grup mínim d'indicadors de qualitat, consensuats pels professionals del sector. Els contractes per a la compra de serveis socio sanitàris inclouen el compromís d'acompliment d'uns estàndards fixats per a cadascun dels indicadors establerts (vegeu l'apartat "La compra de serveis").

En l'àmbit de la salut mental cal destacar que el desenvolupament de mesures per adequar els serveis a les característiques dels pacients amb trastorns mentals severos ha estat un àmbit clau per a la millora del procés d'atenció. En aquest sentit, s'ha definit el Pla de serveis individualitzat (PSI), com a eina que permet adaptar els serveis sanitaris i socials a les necessitats concretes de cada pacient. S'ha consensuat la definició i categorització dels trastorns mentals severos i s'ha elaborat un model organitzatiu i d'ordenació del PSI. Quant al desplegament de recursos alternatius a l'internament, cal destacar l'increment de places d'hospitals de dia i de centres de dia, que en el període 1992-1995 ha estat superior al 60%.

La millora de la utilització dels medicaments ha estat una de les línies prioritàries per a la millora de la qualitat assistencial. Durant aquest trienni, les propostes s'han orientat a la definició d'indicadors qualitius i quantitius de la prescripció farmacèutica, la selecció de medicaments amb criteris d'eficàcia, efectivitat i eficiència. S'ha impulsat la participació de professionals per a l'elaboració de guies

El desplegament de recursos socio sanitàris i la definició d'indicadors de qualitat són mesures dirigides a donar resposta a l'augment de necessitats d'atenció de la gent gran.

En l'àmbit de la salut mental, destaca l'important increment de recursos alternatius a l'internament i el conjunt de mesures per adequar els serveis sanitaris i socials a les necessitats de les persones amb trastorns mentals severos.

S'ha impulsat la millora de la utilització dels medicaments mitjançant la difusió d'informació farmacoterapèutica, la definició d'indicadors qualitius i quantitius i de criteris per a la selecció de medicaments amb participació de professionals assistencials.

farmacològiques i l'adopció de criteris per a la selecció i ús de medicaments. També s'ha difós informació als professionals en relació amb la selecció i ús de medicaments mitjançant butlletins d'informació terapèutica de les regions sanitàries i guies i protocols terapèutics. La contractació de serveis d'atenció primària ha inclòs objectius específics d'ús racional dels medicaments. Pel que fa a la millora de la prescripció farmacèutica, cal destacar que durant aquest període la prescripció de fàrmacs amb valor farmacològic intrínsec elevat ha passat del 63% d'envasos, l'any 1992, al 74% l'any 1995.

La recerca

La recerca en l'àmbit de l'eficiència i la qualitat dels serveis ha estat una de les línies d'actuació proposada en el Pla de salut. L'any 1994 es va crear l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (AATM), la missió de la qual és promoure que la introducció, l'adopció, la difusió i la utilització de les tecnologies mèdiques –enteses com el conjunt d'equipaments i procediments utilitzats en l'atenció mèdica i els sistemes organitzatius i de suport en els quals es facilita aquesta atenció, excloent-ne els fàrmacs– es faci d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, efectivitat i eficiència. L'AATM ha desenvolupat diversos estudis d'avaluació de tecnologies mèdiques d'acord amb les prioritats establertes pel Pla de salut.

L'AATM i el Servei Català de la Salut han subscrit un conveni per al finançament de projectes de recerca en salut i qualitat de vida d'acord amb les prioritats establertes en el Pla de salut de Catalunya, en cooperació amb professionals i institucions sanitàries. Aquesta experiència, pionera a l'Estat espanyol, ha estat un pas important per tal d'orientar la recerca cap a les prioritats en salut i ha permès materialitzar la participació dels professionals clínics, de l'àmbit de la recerca i d'altres disciplines, en la producció del coneixement científic vers l'efectivitat i l'eficiència de tècniques i procediments prioritaris en l'atenció sanitària. En la mateixa línia, el Pla de recerca de Catalunya també ha impulsat línies de recerca en l'àmbit de la salut i la qualitat de vida, coherents amb els objectius del Pla de salut.

La satisfacció de l'usuari

La satisfacció de l'usuari dels serveis sanitaris d'utilització pública és un eix al voltant del qual s'articulen gran part de les actuacions del Pla de salut 1993-1995, ja que es tracta d'una de les dimensions clau de la qualitat dels serveis.

Durant aquest període s'ha consolidat la implantació de les unitats d'atenció al client a totes les regions sanitàries, que han centrat les seves activitats en la millora de l'accessibilitat als serveis i les prestacions sanitàries, la informació a l'usuari dels recursos, drets i deures, i la recollida i tractament de les reclamacions i els suggeriments dels usuaris. Així mateix, des dels serveis matris del Servei Català de la Salut, s'han dut a terme estratègies informatives sobre l'oferta de serveis i sobre els drets i deures dels usuaris del Servei Català de la Salut.

S'ha impulsat l'avaluació de tecnologies mèdiques i la recerca en salut i qualitat de vida amb participació de professionals de la salut i institucions sanitàries.

Les accions per a la millora de la satisfacció dels usuaris dels serveis sanitaris s'han centrat en la millora de l'accessibilitat, la informació sobre els recursos, els drets i deures, la gestió de les reclamacions i els suggeriments i l'avaluació de la satisfacció.

S'ha dissenyat i iniciat la implantació de projectes adreçats a la simplificació de circuits administratius i assistencials, de procediments de prestacions i de direcció i control de fluxos de pacients.

Els contractes per a la compra de serveis d'atenció primària, atenció hospitalària i atenció sociosanitària incorporen continguts específics relacionats amb l'atenció a l'usuari.

La informació sobre aspectes de la satisfacció dels usuaris en relació amb els serveis sanitaris s'ha incrementat a partir de la realització de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)⁹ i d'altres fonts d'informació. Malgrat les limitacions de l'instrument per a l'avaluació de la satisfacció, aquest permet identificar alguns aspectes que generen un percentatge més alt d'insatisfacció com són el temps d'espera i de dedicació i els tràmits burocràtics en les visites als professionals sanitaris, i la qualitat del menjar i el confort en les hospitalitzacions.

La implicació dels professionals de la salut

Els professionals de la salut són un element clau en el procés de transformació del model sanitari català iniciat en aquests darrers anys. Els professionals de la salut, en la seva activitat quotidiana en els serveis, realitzen el canvi i materialitzen les accions proposades en el Pla de salut per millorar el nivell de salut de la població.

La importància de la labor dels professionals va més enllà de la tasca diària. Cal incorporar la seva opinió, els seus coneixements i l'experiència tant en els àmbits clínics i de gestió com en la planificació de polítiques de salut i de serveis, i fer que els canvis i les innovacions siguin compartits i promoguts per professionals satisfets i motivats.

El Pla de salut de Catalunya 1993-1995 ha potenciat la participació dels professionals en diferents fases del procés d'elaboració, especialment en la identificació de problemes de salut i serveis de cada regió sanitària.

També han participat en la definició i l'elaboració de criteris i recomanacions pel que fa a l'atenció a problemes de salut (CCM)^{2,3} i dels corresponents protocols de regions, en l'àmbit de la salut mental, en l'organització i coordinació de l'atenció continuada i urgent, i en l'organització de l'atenció a domicili. En aquestes activitats han participat més de 700 professionals de la salut de diferents àmbits, així com societats científiques i institucions acadèmiques.

Per tal de conèixer l'opinió dels professionals amb relació al Pla de salut 1993-1995 i disposar d'elements per orientar l'elaboració i aplicació del Pla en el següent període, l'any 1996 s'ha fet una enquesta⁴, mitjançant la tramesa d'un qüestionari per correu, amb representativitat tant per al conjunt de Catalunya com a nivell de regions sanitàries. S'ha recollit l'opinió de 3.223 professionals de la xarxa d'atenció primària i de l'especialitzada (xarxa hospitalària i extrahospitalària), en relació amb els àmbits temàtics següents: coneixement sobre el sistema sanitari català, coneixement i opinió sobre el document Pla de salut de Catalunya

La participació dels professionals de la salut en l'elaboració, aplicació i avaluació del Pla de salut i en la definició de criteris i recomanacions per a l'atenció a problemes de salut prioritaris ha estat molt important.

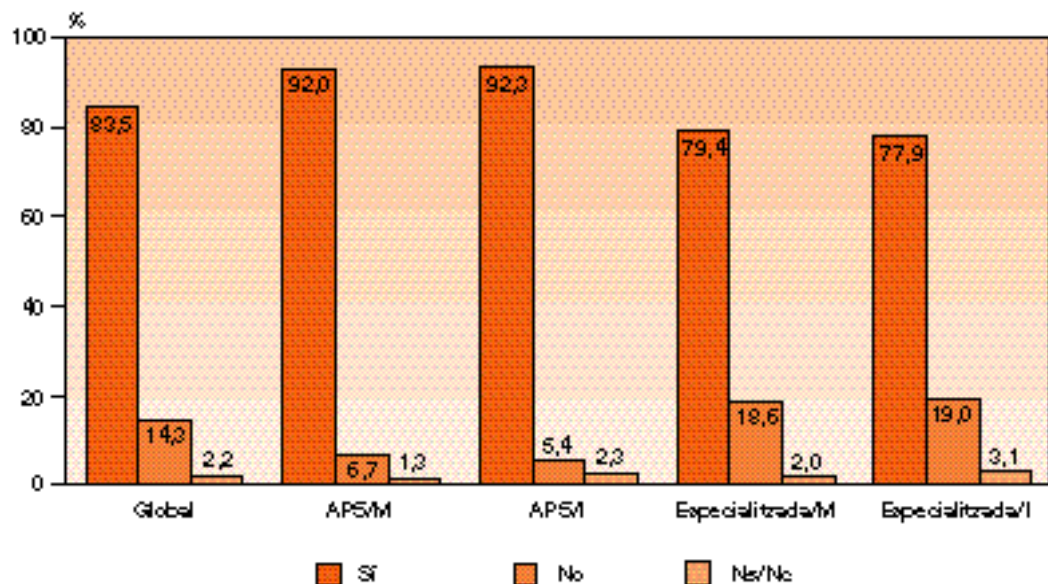
1993-1995, acceptació i utilitat del Pla per a la seva activitat professional, entre d'altres. Entre els principals resultats destaquen:

Tot i que la major part dels professionals de la salut coneixen el Pla de salut i consideren important la seva existència, cal millorar la discussió i la disseminació dels seus continguts.

- Malgrat que el coneixement de l'existència del Pla de salut és força elevat, els professionals de la xarxa d'atenció especialitzada mostren un nivell de coneixement significativament inferior (al voltant del 20%) als de l'atenció primària (gràfic 6). Cal destacar que pràcticament el 100% dels professionals de l'atenció primària reformada coneixen el Pla.
- S'ha constatat un baix nombre d'activitats d'informació i/o discussió sobre el Pla de salut en els serveis (gràfic 7). En l'àmbit de l'APS és on s'han produït més activitats.
- Dels professionals que coneixen el Pla de salut, al voltant del 60% no han participat en activitats informatives en relació amb el Pla. És especialment remarcable la baixa participació en aquestes activitats per part del col·lectiu dels centres hospitalaris (23,5% del personal mèdic i 19,9% del personal d'infermeria).
- El gràfic 8 presenta la importància que el Pla de salut té en el conjunt del sistema sanitari en opinió dels professionals. Un 83,6% dels professionals que coneixen el Pla considera important la seva existència, i és el personal d'infermeria qui ho considera més important.

Gràfic 6

**Distribució de les respostes a la pregunta:
Coneixeu l'existència del Pla de salut?**



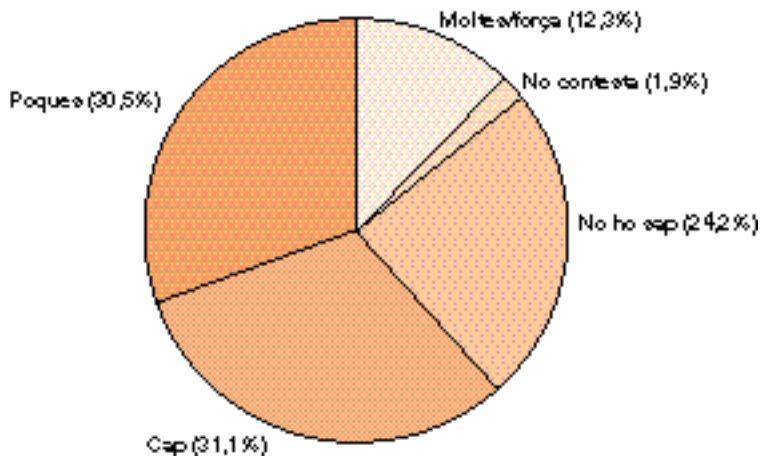
n = 3.223 professionals

M: personal mèdic.

I: personal d'infermeria.

Distribució de les respostes a la pregunta: En el vostre centre de treball s'han fet activitats d'informació/discussió sobre el Pla de salut?

Gràfic 7

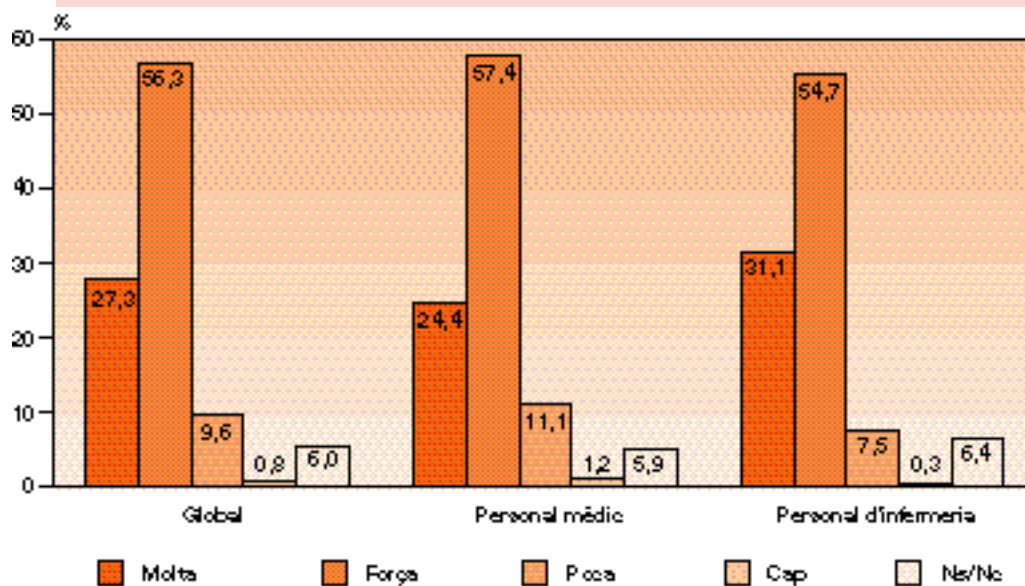


n = 2.691 (sí coneixen el Pla de salut)

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

Distribució de les respostes a la pregunta: Valoreu la importància que té en el conjunt del sistema sanitari l'existència del Pla de salut

Gràfic 8



n = 2.691 (sí coneixen el Pla de salut)

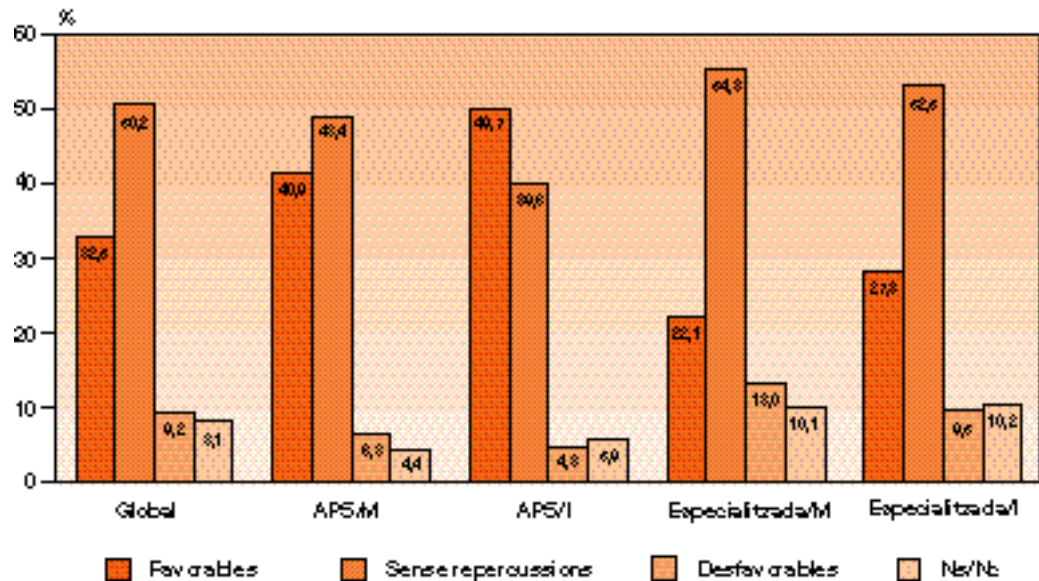
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

Un percentatge elevat de professionals, especialment els de la xarxa d'atenció especialitzada, opinen que el Pla no té impacte en la seva labor professional.

- La repercussió del Pla de salut en la pràctica dels professionals es valora més favorablement pel personal d'infermeria que per part del personal mèdic, i encara és més notable en l'àmbit de l'atenció primària respecte a l'atenció especialitzada (gràfic 9).

Gràfic 9

Distribució de les respostes a la pregunta: Com creieu que han estat les repercussions del Pla de salut en la vostra labor professional?



n = 2.691 (sí coneixen el Pla de salut)

M: personal mèdic.

I: personal d'infermeria.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

- Amb relació a la satisfacció dels professionals, valorada en una escala de l'1 al 6, en la qual 1 és molt insatisfet i 6 és molt satisfet, la mitjana global obtinguda és de 3,82. Els aspectes que causen més satisfacció als professionals en la seva pràctica són l'ambient de treball, el prestigi professional i el treball en equip. Entre els aspectes que causen més insatisfacció destaquen la participació en les decisions, la retribució econòmica i el *feed-back* de la informació. També s'observa que el grau de satisfacció és més elevat entre el personal d'infermeria que entre el personal mèdic, especialment en l'àmbit de l'atenció primària.
- Entre els aspectes de la pràctica professional que els enquestats consideren més importants, destaquen el progrés i/o desenvolupament professional i la participació en les decisions que afecten el seu àmbit de responsabilitat, seguits de l'ambient de treball, la retribució econòmica i l'accés a activitats de formació.

El Pla de salut és un document conegut i valorat favorablement per la majoria dels professionals de la sanitat pública catalana, tot i que la major part opina que les activitats de difusió, informació i discussió realitzades han estat minses. Hi ha un percentatge molt elevat de professionals, especialment els de la xarxa especialitzada, que opina que el Pla de salut no té cap repercussió en la seva labor professional. Els professionals de la xarxa d'atenció primària, especialment la reformada, són els que tenen una opinió més positiva amb relació a les qüestions consultades.

La compra de serveis

L'any 1990, amb la creació del Servei Català de la Salut, s'inicia el procés de separació efectiva entre el finançament i la compra de serveis de la seva provisió. El contracte per a la compra de serveis esdevé un instrument clau del Servei Català de la Salut que ha de permetre assegurar una oferta de serveis adequada a les necessitats en salut i a la demanda de la població, mitjançant la incorporació de les prioritats en polítiques de salut i de serveis definides en el Pla de salut.

Per aquest motiu, el contracte per a la compra de serveis, aleshores només existent pel que fa a l'atenció hospitalària i a determinats serveis de suport especialitzat, pren una nova orientació i es fa extensiu progressivament als serveis d'atenció primària (xarxa reformada), centres sociosanitaris i xarxa de salut mental.

El contracte d'atenció primària

El nou model de contracte d'atenció primària incorpora objectius del Pla de salut 1993-1995 que havien de ser assumits progressivament durant aquest període. L'estratègia seguida ha tingut en compte l'adaptació a la realitat concreta de cada EAP.

A partir de l'anàlisi de la incorporació de continguts del Pla de salut en els contractes de serveis de la xarxa reformada d'atenció primària els anys 1994 i 1995¹⁰, s'ha observat que existeixen diferents estratègies de contractació entre les regions sanitàries i que en aquests dos anys s'ha fet especial èmfasi en el compromís de continguts relacionats amb aspectes estructurals i de procés d'atenció. Tanmateix, s'evidencia la necessitat d'avançar en la inclusió d'objectius de resultats en relació amb els problemes de salut prioritaris. Cal destacar els resultats següents:

- Pràcticament la totalitat dels contractes inclouen l'obligació d'utilitzar protocols per a l'atenció a problemes de salut prioritaris adaptats pels professionals i basats en els CCM.
- La detecció i enregistrament de la hipertensió arterial és l'activitat més incorporada en els contractes. Un 82% es compromet a assolir el nivell fixat en el Pla de salut.

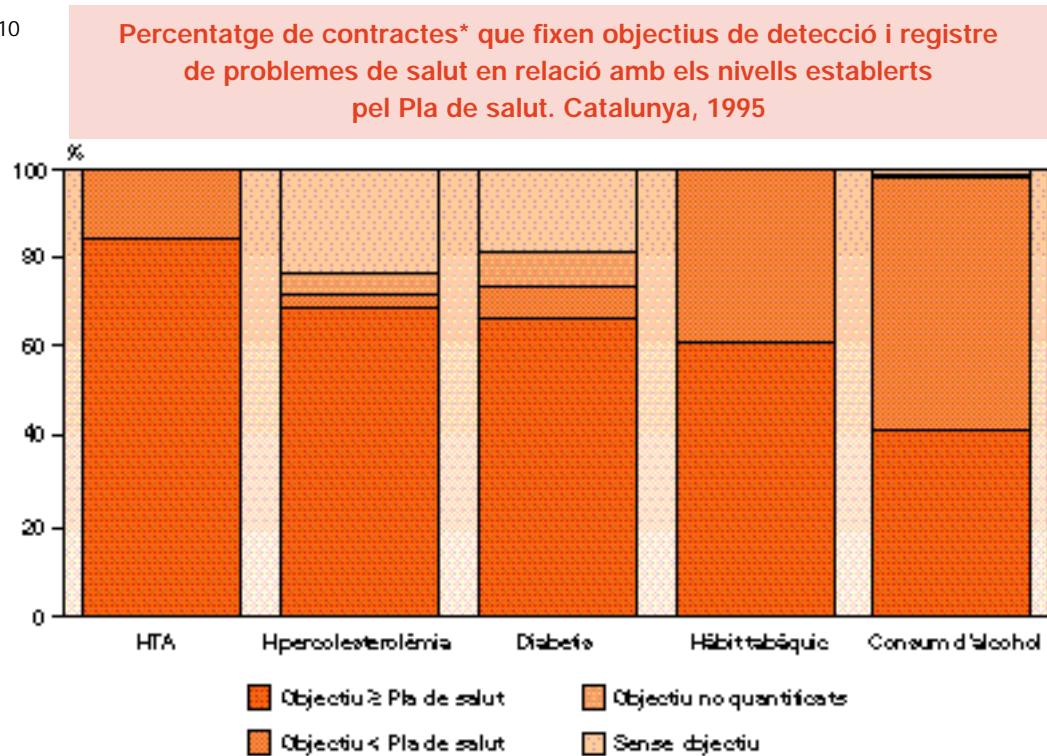
El contracte per a la compra de serveis és un instrument clau per aplicar les polítiques de salut i de serveis definides en el Pla de salut.

El contracte d'atenció primària ha incorporat objectius del Pla de salut relatius a aspectes estructurals i de procés d'atenció. En els propers anys cal avançar en la inclusió d'objectius de resultats en salut.

Pel que fa a la hipercolesterolèmia i la diabetis, el compromís d'assoliment dels nivells fixats pel Pla és al voltant del 60% dels contractes. Destaca, tanmateix, que en el 30% i 24%, respectivament, dels contractes no s'expliciten objectius de detecció i enregistrament.

L'anotació de l'hàbit tabàquic i del consum d'alcohol, d'acord amb els nivells proposats pel Pla, és present en el 56% i 37% dels contractes, respectivament (gràfic 10).

Gràfic 10



n = 114

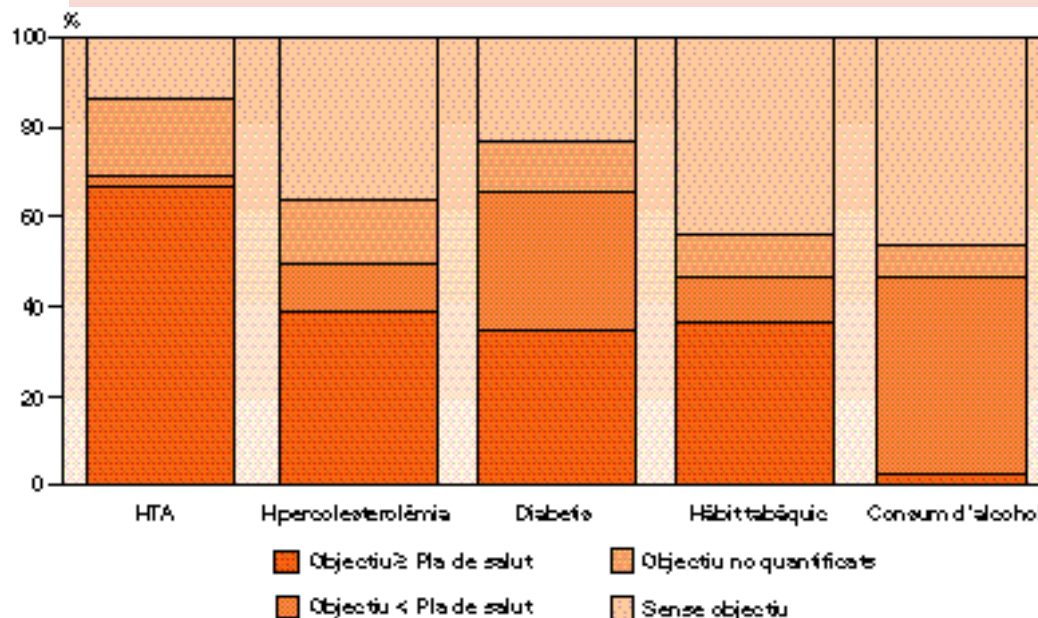
* EAP amb més de 3 anys de funcionament.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Anàlisi de la incorporació de continguts del Pla de salut en els contractes de serveis de la xarxa reformada d'atenció primària els anys 1994 i 1995.

- El percentatge de contractes que assumeixen els nivells de control fixats en el Pla de salut és molt inferior a l'observat sobre detecció i registre. Així, el 48% dels contractes no expliciten objectius sobre el control de la hipercolesterolèmia, el 57% no ho fan sobre el consell antitabac i el 60% tampoc ho fan sobre el consell de moderació del consum d'alcohol (gràfic 11).
- El 62% dels contractes incorporen objectius quantificats de cobertura de la vacunació de la població infantil, però només el 21% en proposen els nivells establerts pel Pla de salut. El 68% dels contractes inclouen objectius quantificats per a la vacunació antitetànica, mentre que el 18% no estableixen objectius. La vacunació antigripal de la població de risc s'introdueix en més del 50% dels contractes i en la resta no se'n fixen objectius.

Percentatge de contractes* que fixen objectius de control de problemes de salut, consell antitabac i consell per a la moderació del consum d'alcohol en relació amb els nivells establerts pel Pla de salut. Catalunya, 1995

Gràfic 11



n = 114

* EAP amb més de 3 anys de funcionament.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Anàlisi de la incorporació de continguts del Pla de salut en els contractes de serveis de la xarxa reformada d'atenció primària els anys 1994 i 1995.

- Pràcticament en tots els contractes s'inclou el compromís de disposar de sistemes de reclamacions i suggeriments, i més del 80% dels contractes estableixen comptar amb mecanismes de descentralització de tràmits administratius de les prestacions sanitàries, sistemes de programació de visites i d'informació a l'usuari.

D'altra banda, l'avaluació dels resultats assolits pels EAP en relació amb la contractació de serveis d'atenció primària de l'any 1995¹¹, i que fan referència, fonamentalment, a aspectes estructurals dels serveis, mostra que:

- La cobertura acumulada d'HCAP en la població general ha estat del 85%.
- El percentatge d'utilització adequada del fitxer d'edat i sexe (o sistema equivalent) ha estat del 100%.
- Pel que fa a la implantació d'un sistema d'identificació de la població atesa anualment, s'ha produït un increment notable del percentatge d'EAP que disposen d'aquests sistemes i que es concreta en un 82%.
- En relació amb el registre de vacunacions infantils, pràcticament la totalitat dels EAP (99%) l'han implantat. Tanmateix, el percentatge d'utilització del registre en relació amb la població adscrita ha estat del 72%. La cobertura de la vacunació,

a partir del registre de vacunacions infantils, pel que fa a la població de 2 anys, s'ha situat en el 89%, en la població de 7 anys ha estat del 86% i en la població de 14 anys del 69%.

- S'ha constatat que el 51% dels EAP ha implantat el registre de vacunacions de l'adult. Pel que fa a la vacunació antigripal en la població major de 64 anys, el percentatge de cobertura dels EAP ha estat del 65%. En el cas de la vacunació antitetànica en la població adulta, la cobertura només ha estat del 19%.
- L'any 1995, la implantació del programa ATDOM ha experimentat un increment important (del 52% l'any 1994 al 86% l'any 1995), malgrat que la cobertura del programa, tant en la població general com en la població de més de 64 anys, és molt baixa.
- En relació amb la disponibilitat de protocols adoptats pels professionals i d'acord amb els CCM de Catalunya (HTA, consell antitabac, seguiment del nen sa, atenció bucodental i diabetis *mellitus*), s'ha generalitzat a gairebé tots els EAP, essent de més del 95%.
- Els indicadors relacionats amb la satisfacció dels usuaris (implantació del sistema de programació de visites des del centre d'atenció primària al nivell d'atenció especialitzada, implantació del sistema de descentralització dels tràmits administratius de les prestacions i implantació adequada del sistema de reclamacions i suggeriments) presenten uns nivells d'implantació superiors al 90%.
- Pel que fa als indicadors de prescripció farmacèutica, la despesa líquida per habitant i any generada pels EAP ha estat de 15.767 pessetes i el percentatge d'especialitats farmacèutiques amb valor farmacològic intrínsec (VFI) elevat és del 77%.

El contracte de serveis hospitalaris

El contracte de serveis hospitalaris ha començat a incorporar objectius del Pla de salut i s'ha vinculat el seu assoliment a un incentiu econòmic.

A partir de l'aprovació del Pla de salut, els contractes per a la compra de serveis hospitalaris incorporen objectius que fan referència a la millora de la satisfacció de l'usuari, el cribratge de la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme, la gestió de residus hospitalaris, la coordinació amb altres serveis i nivells assistencials per a la millora de la continuïtat assistencial en relació amb determinats problemes de salut (malalts oncològics, malaltia pulmonar obstructiva crònica, patologia osteoarticular i atenció maternoinfantil), la formació continuada dels professionals, la recerca, la prevenció i control de la infecció nosocomial, i la vacunació antitetànica i antipneumocòccica.

D'aquests objectius, el percentatge d'assoliment l'any 1995 s'ha situat en un 75%, excepte en els objectius referents a vacunacions, que s'ha situat al voltant del 66%. Els objectius més assolits han estat l'aplicació de mesures dirigides a la prevenció i control de la infecció nosocomial, la coordinació en l'atenció al malalt oncològic i els de millora de l'atenció al client (al voltant del 80%).

L'any 1995, l'assoliment dels objectius del Pla de salut s'ha vinculat a una part del pagament mitjançant l'aplicació d'un incentiu econòmic del $\pm 0,5\%$, i del $\pm 0,2\%$ en els centres d'alta tecnologia.

El contracte de serveis socio-sanitaris

La implantació del nou model de contractació de serveis socio-sanitaris s'inicia l'any 1995. Els principals objectius de Pla de salut inclosos en aquest contracte s'han centrat en el desenvolupament de polítiques de qualitat, mitjançant l'acompliment d'uns estàndards fixats que fan referència a l'elaboració de protocols i a determinats aspectes del procés d'atenció com són la rehabilitació, la comunicació amb la família, l'avaluació de la satisfacció dels pacients ingressats, el confort, l'adequació de l'entorn físic i les activitats de lleure i contacte amb la comunitat, entre d'altres. Cal esmentar que el grau d'assoliment d'aquests objectius se situa entre el 70 i el 100% respecte als estàndards fixats.

El contracte inclou, també, continguts d'informació i de formació continuada dels professionals en l'àmbit socio-sanitari. L'acompliment dels objectius de Pla de salut s'ha vinculat al pagament complementari d'un $\pm 0,5\%$.

El nou model de contracte de serveis socio-sanitaris també vincula l'acompliment d'objectius del Pla de salut a una part del pagament.

El contracte de serveis de salut mental

El nou model de contractació de serveis de salut mental, de l'any 1994, introdueix indicadors qualitius que fan referència a la gestió i coordinació de llistes d'espera, categorització funcional dels pacients per grups de dependència psiquiàtrica i per a la definició dels recursos assistencials necessaris, la formalització de la documentació clínica i la implantació de l'informe d'alta hospitalària als hospitals psiquiàtrics, coordinació de nivells i amb altres dispositius assistencials, activitats de formació postgraduada de metges i psicòlegs, i indicadors quantitius lligats a l'activitat assistencial. També s'ha implantat el programa mínim de col·laboració entre la xarxa d'atenció primària i la xarxa de salut mental.

Pel que fa a la millora de la dotació de recursos alternatius a la institucionalització psiquiàtrica, s'ha augmentat progressivament la contractació de serveis de rehabilitació d'adults.

La percepció dels professionals de la salut en relació amb el contracte

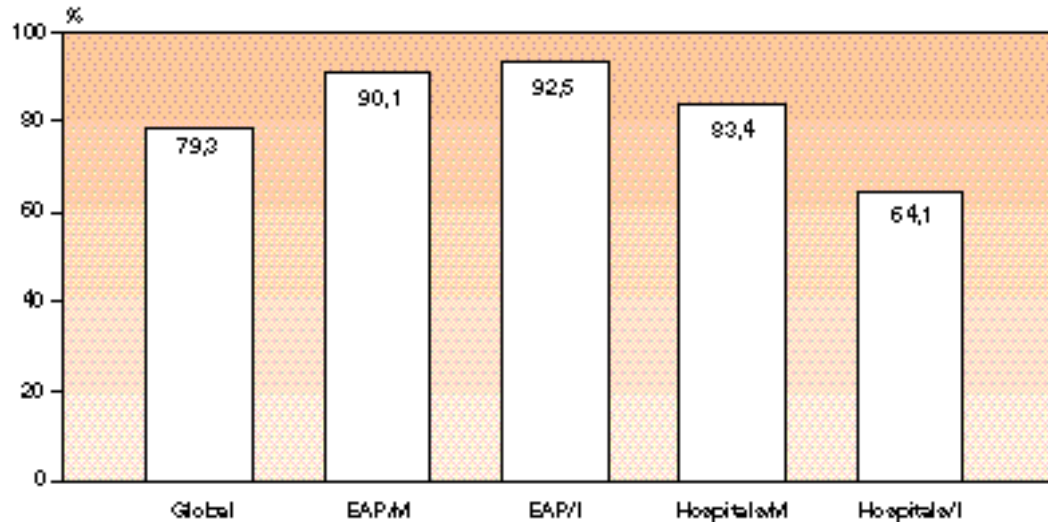
L'opinió sobre la contractació de serveis ha estat un dels àmbits explorats per l'enquesta als professionals de la salut⁴, efectuada pel Servei Català de la Salut. El gràfic 12 mostra un major coneixement per part dels professionals de l'atenció primària de la xarxa reformada que dels que treballen als hospitals. Cal destacar el baix percentatge de coneixement del contracte per part del personal d'infermeria dels centres hospitalaris.

Es dona una associació molt significativa entre el grau de coneixement dels objectius estipulats en el contracte i l'àmbit de treball dels enquestats. Els professionals d'EAP tenen un coneixement molt més elevat que els professionals de l'àmbit hospitalari (gràfic 13).

Un percentatge elevat de professionals de l'àmbit hospitalari no coneix els continguts del contracte que el Servei Català de la Salut estableix amb el seu centre de treball.

Gràfic 12

Distribució de les respostes a la pregunta: Sabeu que anualment el Servei Català de la Salut estableix un contracte amb el centre on treballeu?

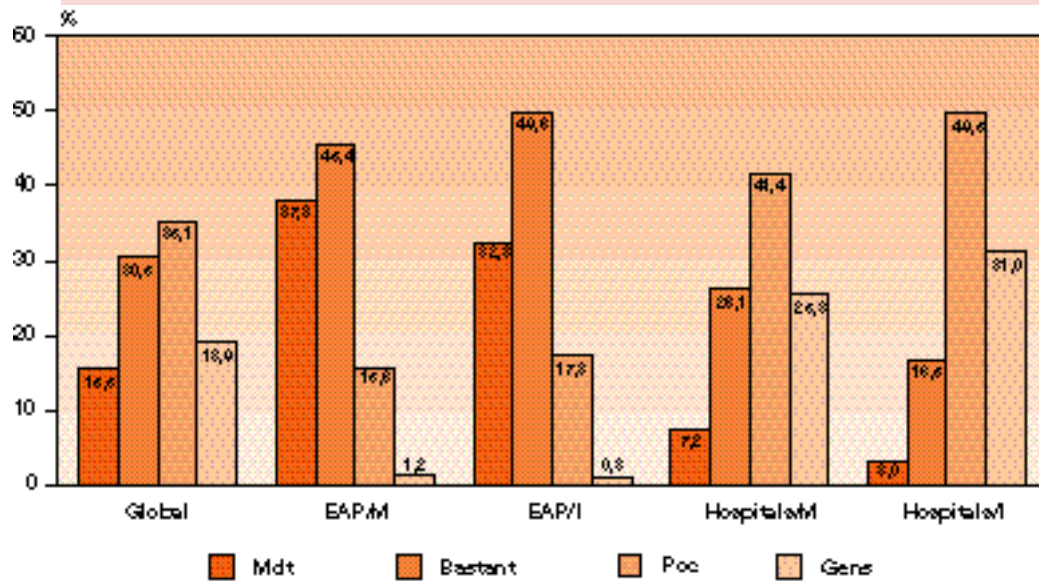


n = 2.272 (professionals d'EAP i hospitals)
M: personal mèdic.
I: personal d'infermeria.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

Gràfic 13

Distribució de les respostes a la pregunta: Coneixeu els objectius a assolir, estipulats en el contracte entre el Servei Català de la Salut i el vostre centre de treball?



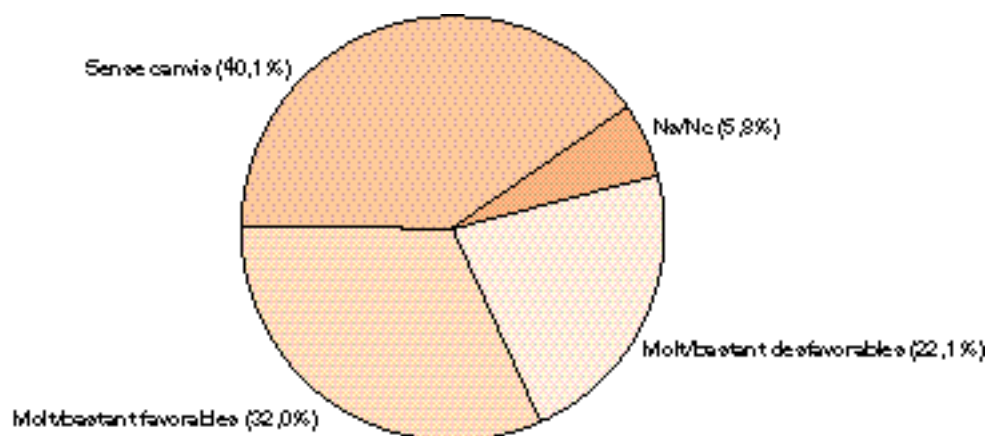
n = 1.902 (professionals d'EAP i hospitals que coneixen el contracte)
M: personal mèdic.
I: personal d'infermeria.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

Amb relació als canvis que el contracte ha comportat en la pràctica dels professionals, la percepció d'aquests canvis és significativament més favorable en els professionals de l'àmbit de l'atenció primària reformada respecte als que treballen en hospitals (gràfic 14).

Distribució de les respostes a la pregunta: Creieu que el contracte que el Servei Català de la Salut ha establert amb el centre on treballeu ha comportat canvis en la vostra pràctica professional?

Gràfic 14



n = 1.902 (professionals d'EAP i hospitals que coneixen el contracte)

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

La formació continuada dels professionals de la salut

La formació continuada dels professionals de la salut ha estat una de les línies d'actuació proposades pel Pla de salut 1993-1995, ja que és una eina clau per a l'actualització dels coneixements i, alhora, constitueix un element de motivació.

En aquest sentit, per a aquest primer període, el Pla ha proposat que els proveïdors de serveis facilitin als seus professionals l'accés a activitats de formació relacionades amb les intervencions prioritàries del Pla. Les àrees temàtiques prioritàries de formació fan referència a la pràctica d'activitats preventives i de promoció de la salut, estratègies per a la millora de l'eficiència i la qualitat dels serveis, tant pel que fa al procés d'atenció com a la gestió, estratègies per a la coordinació de serveis potenciant les habilitats per al treball interdisciplinari i tècniques i habilitats en l'àmbit de l'atenció al client.

Els contractes per a la compra de serveis d'atenció primària, hospitalària, socio-sanitària i salut mental inclouen la formació continuada dels professionals, d'acord amb les prioritats formatives del Pla de salut. Tanmateix, l'avaluació dels contractes no permet conèixer el grau d'assoliment de la formació, ja que no és l'instru-

Els proveïdors de serveis han de facilitar l'accés a la formació continuada dels professionals relacionada amb les intervencions prioritàries del Pla de salut.

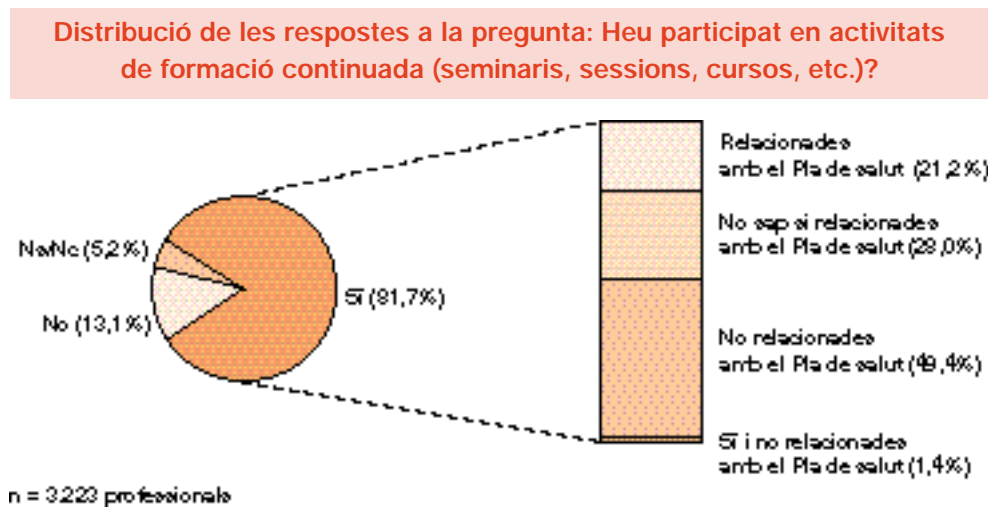
ment adequat per mesurar-ne l'impacte en la pràctica clínica i en la satisfacció dels professionals.

L'avaluació de cadascuna de les activitats formatives del Pla és complexa tenint en compte la gran diversitat de centres i serveis en el territori, de proveïdors de formació i l'ampli ventall de professionals de la salut. Així mateix, les característiques pròpies d'aquesta activitat obliguen a desenvolupar dissenys específics per conèixer el seu impacte real.

La major part dels professionals assistencials participa en activitats de formació continuada, però un percentatge molt baix ho fa en activitats relacionades amb el Pla de salut.

Per aquest motiu, per tal d'obtenir una valoració global de la percepció dels professionals en relació amb les activitats de formació proposades pel Pla, l'enquesta als professionals de la salut⁴ ha incorporat dues preguntes que fan referència a l'accés a les activitats de formació. La major part dels professionals han participat, en els darrers tres anys, en activitats de formació continuada, dels quals al voltant del 20% ho han fet en activitats relacionades amb el Pla de salut (gràfic 15). El col·lectiu d'atenció primària de la xarxa reformada és el que més ha participat en activitats de formació continuada relacionades amb el Pla, al voltant del 44%. Pel que fa a l'accés a aquestes activitats, en general l'opinió dels professionals és que hi ha poques possibilitats, i és el personal que treballa en consultoris locals els que hi troben menys possibilitats d'accés.

Gràfic 15



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut.

L'Institut d'Estudis de la Salut i l'Institut de Salut Pública han portat a terme activitats formatives relacionades, principalment, amb l'atenció als problemes de salut prioritaris, la planificació i la gestió sanitària.

Pel que fa a la introducció del Pla de salut en els programes docents, cal destacar el treball desenvolupat amb les escoles universitàries d'infermeria per a la inclusió en els programes de formació pregrau i postgrau, d'àmbits temàtics del Pla de salut.

Intersectorialitat

Tenint en compte que en la salut intervenen multitud de factors (renda, nivell educatiu, estils de vida, medi ambient, biologia, sistema sanitari), la implicació intersectorial constitueix un element clau en la planificació sanitària. Així, el Pla de salut afecta totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya. Per tant, representa la màxima expressió, en matèria de política sanitària, del Govern de la Generalitat.

Per al trienni 1993-1995, diferents departaments de la Generalitat i altres institucions implicades en l'àmbit de la salut han participat en l'elaboració i aplicació del Pla de salut:

- Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE), adscrit al Departament d'Ensenyament, per a la realització d'accions educatives de promoció d'hàbits i estils de vida a l'escola.
- Institut Català de Seguretat Viària, adscrit al Departament de Governació, per desenvolupar actuacions adreçades a la disminució dels accidents de trànsit.
- Departament de Treball i organitzacions sindicals, per definir els criteris de posada en marxa de les unitats de salut laboral (USL) i coordinar les actuacions en matèria de prevenció de riscos i atenció als problemes de salut relacionats amb el treball.
- Direcció General de Justícia Juvenil, adscrita al Departament de Justícia, Secretaria General de Joventut, del Departament de la Presidència, Departament de Benestar Social, Institut Català de Seguretat Viària, les administracions locals i diverses organitzacions no governamentals per al desenvolupament d'activitats de prevenció i promoció de la salut, en relació amb el consum d'alcohol i altres drogues, dirigides a col·lectius específics.
- En l'àmbit de la salut mental s'han dut a terme accions de coordinació interdepartamental i s'han establert convenis amb:
 - Els departaments de Benestar Social i d'Ensenyament, per a la creació de la Comissió interdepartamental per a la coordinació de les actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades als infants i adolescents amb disminucions o risc de patir-ne, així com per a la col·laboració en programes educatius a les escoles per promoure la integració d'alumnes amb discapacitats psíquiques.
 - La Direcció General d'Atenció a la Infància, per a l'atenció a menors amb trastorns mentals, tutelats per aquesta institució.
 - El Departament de Justícia, per a l'assessorament als professionals que treballen en centres de la Direcció General de Justícia Juvenil i per a l'atenció als menors amb trastorns mentals, tutelats per aquesta institució.
 - El Departament de Treball, per desenvolupar projectes de formació i integració laboral de pacients amb trastorns mentals severes.

Diversos departaments de la Generalitat i institucions han participat en l'elaboració i l'aplicació del Pla de salut.

En els propers anys cal avançar en la col·laboració i la implicació intersectorial per al desenvolupament del Pla de salut.

Si bé s'ha iniciat la participació des de diferents sectors, en els propers anys cal avançar en la col·laboració i implicació intersectorial per al desenvolupament del Pla de salut.

La informació

La disponibilitat i la qualitat de la informació és un element determinant per a la qualitat del Pla de salut i el seu procés d'elaboració, com també per a la direcció del sistema sanitari, el coneixement de les necessitats, l'avaluació dels resultats i els processos i la millora de la gestió clínica.

Durant el trienni 1993-1995, s'ha avançat considerablement en l'àmbit de la informació sobre l'estat de salut de la població, sobre l'activitat dels serveis sanitaris i sobre les característiques de la població que els utilitza.

Per tal d'assegurar l'assoliment, en l'horitzó de l'any 2000, dels objectius de salut i de disminució de risc fixats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social seguint les recomanacions de l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut, s'ha desenvolupat un estudi per conèixer l'evolució dels indicadors de l'estat de salut i dels factors de risc de la població de Catalunya un cop transcorregut el període de vigència del Pla de salut 1993-1995. Els resultats de l'estudi han permès identificar que 38 objectius seran assolibles l'any 2000, mentre que 23 són difícilment assolibles i 23 tenen un assoliment difícilment valorable. Les recomanacions d'aquest estudi han estat incorporades en el Pla de salut 1996-1998 (vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc").

S'ha desenvolupat l'ESCA com a nova font d'informació rellevant per a la planificació sanitària.

S'ha desenvolupat l'ESCA⁹ com a nova font d'informació que permet, per primera vegada, detectar i quantificar la percepció de l'estat de salut i els problemes de salut de la població catalana i aportar, així, informació rellevant per millorar la formulació dels objectius de política sanitària. La grandària de la mostra enquestada, 15.000 persones, facilita informació representativa per cadascuna de les vuit regions sanitàries i pel conjunt de Catalunya.

L'ESCA identifica i mesura les actituds i la satisfacció respecte dels serveis sanitaris, així com els determinants de la seva utilització. Pel que fa a l'estat de salut, permet quantificar la percepció de la pròpia salut i obtenir un indicador sintètic de l'estat de salut i quantificar-ne els principals components. Quant als comportaments relacionats amb la salut, analitza la distribució de l'hàbit tabàquic i de consum de begudes alcohòliques i l'actitud envers les pràctiques preventives.

Pel que fa a la informació necessària per a la planificació, s'ha consensuat i definit els indicadors bàsics (mínims comuns) i els indicadors complementaris (opcionals), com també les fonts d'informació per a l'elaboració de l'anàlisi de la situació del Pla de salut de Catalunya 1996-1998 i els plans de salut de les regions sanitàries, a partir de l'avaluació de la metodologia, els indicadors i les fonts d'informació utilitzats en el procés d'elaboració del Pla de salut 1993-1995.

Pel que fa a la implantació del sistema d'informació de l'atenció primària (SIAP), a la finalització del període, es disposava d'aquesta infraestructura en el 23,9% dels centres de la xarxa d'atenció primària (39 centres d'especialitats i 92 centres d'atenció primària). Els processos de captació centralitzada de dades de població i el de manteniment des dels centres ha possibilitat l'emissió de la targeta sanitària individual (TSI) a 3.186.263 usuaris, que representen el 54,82% dels usuaris que el registre central d'usuaris (RCU) té identificats. L'RCU, en data 31 de desembre de 1995, tenia identificats 5.896.286 usuaris, que representen el 95,91% de la població censada.

S'ha consolidat la implantació del registre conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH), i s'ha avançat en la millora de la qualitat i en el tractament de la informació. Quant a la cobertura del registre l'any 1995, la informació que constava en el registre suposa el 100% de les altes de la XHUP i el 88% del total de les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya. Pel que fa a la qualitat de la informació, el procés de validació interna constata que la validesa de les variables identificadores de l'alta, sociodemogràfiques i administratives, tenen un nivell de validesa superior al 96%, mentre que la validesa d'algunes variables clíniques, tot i havent millorat considerablement respecte a l'any 1994, han d'augmentar la seva qualitat. D'altra banda, cal esmentar que en l'any 1995 s'ha implantat als hospitals psiquiàtrics el CMBD-IAAP (conjunt mínim bàsic de dades, informe d'admissió i alta psiquiàtrica).

Des de l'any 1994, les altes hospitalàries de la XHUP s'analitzen, també, utilitzant els sistemes de classificació de pacients GRD (grups relacionats amb el diagnòstic) i PMC (*patients management categories*), la qual cosa permet relacionar l'activitat hospitalària amb els diagnòstics i el consum de recursos.

S'ha desenvolupat un sistema d'informació, mitjançant la classificació d'usuaris atesos pels serveis socio-sanitaris RUG III (*resources utilization groups*), que categoritza els pacients a través d'una descripció sociodemogràfica i diagnòstica, i fa una valoració funcional extensa i multidimensional del pacient per a cadascun dels episodis del procés d'atenció. Aquest instrument facilita l'elaboració de plans terapèutics multidisciplinaris i permet classificar els pacients en grups d'isoconsum de recursos. Així mateix, serveix de base per a l'avaluació dels contractes per a la compra de serveis socio-sanitaris.

Actuacions específiques sobre determinats problemes de salut

Salut laboral

La creació d'USL és una de les actuacions principals proposades pel Pla de salut per a la millora de la salut laboral. Aquestes unitats, integrades en la XHUP, tenen com a objectiu augmentar la detecció i resolució dels problemes de salut d'origen laboral atesos a l'esmentada xarxa, així com engegar activitats preventives. També col·labo-

S'ha consolidat la implantació del CMBDAH i s'ha avançat en la millora de la qualitat i en el tractament de la informació.

La creació d'unitats de salut laboral és una de les accions principals del Pla de salut per a la millora de la salut laboral.

La col·laboració i implicació intersectorial han estat aspectes essencials per desenvolupar les intervencions en salut laboral.

ren amb el Departament de Treball pel que fa a la detecció de la relació de les patologies diagnosticades i el lloc de treball, l'anàlisi de situació dels riscos laborals i la recerca aplicada.

La col·laboració i implicació intersectorial han estat aspectes essencials per desenvolupar les intervencions en aquest àmbit. Així, el disseny i la implantació de les USL s'ha dut a terme amb la col·laboració dels diversos agents institucionals i socials que intervenen en l'àmbit de la salut laboral, com són el Departament de Sanitat i Seguretat Social, el Servei Català de la Salut, el Departament de Treball, els sindicats CCOO i UGT, l'Institut d'Estudis de la Salut, el Consell Català de Seguretat Social i Salut Laboral, la Comissió Interdepartamental de Seguretat i Salut Laboral, el Centre de Reconeixements i Avaluacions Mèdiques i diversos ajuntaments.

Durant aquest trienni s'han definit els àmbits territorials i les condicions necessàries per a la ubicació de les USL i els criteris de seguiment i avaluació. S'ha definit i implantat el model de contractació i s'ha iniciat la posada en funcionament de les USL de Sabadell, Tarragona i Manresa, estenent l'experiència pilot iniciada a la USL de Castelldefels l'any 1990. Així mateix, s'ha establert un conveni amb l'Ajuntament de Barcelona per a la consolidació del programa Treball al CAP i el desenvolupament de les funcions de les USL.

Cribratge del càncer de mama

S'ha impulsat la prevenció secundària del càncer de mama mitjançant programes de cribatge poblacional amb mamografia.

Tenint en compte que el càncer de mama és una de les principals causes de mort entre les dones de mitjana edat i que mostra una tendència creixent en el nostre entorn, el Pla de salut 1993-1995 proposa com a intervenció prioritària la prevenció secundària del càncer de mama mitjançant el cribatge poblacional, amb mamografia (com a mesura més efectiva, que pot arribar a disminuir en un 30% la mortalitat per càncer de mama) i la millora del procés d'atenció d'aquesta patologia.

Els programes de cribatge poblacional, d'acord amb les recomanacions dels experts, s'han adreçat a les dones de 50 a 64 anys i inclouen la pràctica de la mamografia cada dos anys, la qual és una tècnica efectiva, acceptable i vàlida.

L'estratègia de posada en marxa dels programes de cribatge poblacional de càncer de mama ha estat, durant el trienni 1993-1995, la definició dels criteris d'organització, de funcionament i d'avaluació dels programes de cribatge de càncer de mama, la definició de CCM per al diagnòstic i tractament del càncer de mama³ i l'anàlisi de l'adequació dels recursos a les regions sanitàries per a la posada en marxa dels programes.

Durant el període 1993-1995, s'han posat en marxa, d'acord amb els criteris fixats pel Servei Català de la Salut, els programes de cribatge poblacional de càncer de mama, de Cornellà de Llobregat, Sector Sanitari Sabadell (EAP de la Creu Alta i EAP de la Creu de Barberà), sectors sanitaris Ciutat Vella i Sant Martí de Barcelona ciutat, i Mataró. Cal esmentar que el programa iniciat l'any 1992 a l'EAP Molins de Rei-el Papiol, del Sector Sanitari Sant Feliu s'ha adaptat a aquests criteris.

L'avaluació de les activitats portades a terme pels programes iniciats en aquest període mostra que la cobertura actual dels programes comprèn l'11% de les dones catalanes entre 50 i 64 anys (a les quals s'ha ofert ser incloses en programes de cribratge). La participació va ser del 55,3% de les dones convidades. Això ha permès assolir una taxa de cobertura del cribratge de càncer de mama mitjançant mamografia del 75,4% de les dones susceptibles de ser cribrades pels programes iniciats (15.775 dones), tenint en compte que una part s'havia practicat una mamografia l'any anterior a la invitació. L'avaluació preliminar dels resultats mostra que en el 8,5% de les dones s'han demanat proves addicionals per tal de descartar alguna sospita d'alteració patològica. El percentatge de biòpsies positives respecte del total de biòpsies practicades ha estat del 46% i la taxa de detecció de neoplàsies va ser de 3,9 per 1.000 dones participants, que correspon a un total de 62 neoplàsies detectades. En 60 casos, els tumors detectats corresponen a estadis inicials de desenvolupament tumoral, que podran ser tractats precoçment per tal d'evitar l'evolució a estadis més avançats de la malaltia.

Quadre 3

Resum de l'avaluació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995

Les activitats preventives i de promoció d'hàbits i estils de vida saludables

Punts forts

- APS reformada
- Suport metodològic en l'educació per a la salut a l'escola

Línies d'avenç

- Cobertura dels grups de població diana i, especialment, dels joves
- Extensió a la xarxa no reformada
- Educació per a la salut a l'escola

L'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis

Punts forts

- CCM
- Recursos alternatius a l'internament
- Avaluació de tecnologies mèdiques
- Monitorització de llistes d'espera i concertació de programes específics

Línies d'avenç

- Processos de reordenació de serveis
- Reordenació eficient de llistes d'espera
- Desplegament dels recursos alternatius a l'internament
- Metodologia i indicadors d'avaluació de la qualitat
- Atenció domiciliària
- Consens en la selecció i l'ús de medicaments
- Coordinació entre nivells assistencials i serveis

La satisfacció de l'usuari

Punts forts

- Projectes de simplificació de circuits administratius i assistencials
- Circuits i gestió de reclamacions i suggeriments
- Coneixement de la satisfacció general: ESCA

Línies d'avenç

- Aplicació de projectes de simplificació de circuits administratius i assistencials
- Instruments d'avaluació
- Informació i comunicació amb els professionals

La implicació dels professionals de la salut

Punts forts

- Participació en l'elaboració del Pla de salut i de CCM
- Valoració de la importància del Pla de salut per al sistema sanitari

Línies d'avenç

- Impacte del Pla de salut en la pràctica assistencial
- Difusió i disseminació del Pla de salut i dels CCM
- Implicació de l'àmbit hospitalari

La compra de serveis

Punts forts

- Introducció de continguts del Pla de salut en els contractes
- Impacte del Pla de salut en el contracte d'atenció primària

Línies d'avenç

- Estratègia de contractació
- Continguts del Pla de Salut
- Metodologia i indicadors d'avaluació
- Sistema de pagament
- Implicació dels professionals

La intersectorialitat

Punts forts

- Col·laboració i implicació d'alguns departaments i institucions

Línies d'avenç

- Col·laboració i implicació de departaments i institucions

La formació continuada dels professionals

Punts forts

- Inici d'activitats de formació relacionades amb el Pla de salut
- Implicació d'IES, ISP, escoles universitàries d'infermeria

Línies d'avenç

- Accés a activitats de formació continuada relacionada amb el Pla de salut
- Implicació de les institucions acadèmiques

La recerca i el Pla de salut

Punts forts

- Prioritats del Pla de salut

Línies d'avenç

- Prioritats del Pla de salut

La informació

Punts forts

- ESCA
- CMBDAH
- SIAP
- RUG III

Línies d'avenç

- Desenvolupament i integració del sistema d'informació sanitària
- Morbiditat atesa a la xarxa de salut mental i sociosanitària
- Extensió del SIAP

El Pla de salut i els ciutadans

Punts forts

- Inici del màrqueting social en relació amb el model sanitari i l'oferta de serveis del Servei Català de la Salut

Línies d'avenç

- Màrqueting social en relació amb el Pla de salut i l'oferta de serveis del Servei Català de la Salut

L'anterior quadre resum sobre l'avaluació del primer trienni d'aplicació del Pla de salut de Catalunya, remarca aquells àmbits on el conjunt d'actors del sistema sanitari ha dut a terme un especial impuls per a l'aplicació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995, i destaca un seguit d'àmbits de millora identificats com a línies d'avenç per incorporar en el Pla de salut 1996-1998.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària. Barcelona, 1996. (No publicat.)
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. Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (II). Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
4. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. La visió dels professionals de la salut. Barcelona, 1996. (No publicat.)
5. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Estudi d'avaluació del procés d'atenció de l'asma infantil a Catalunya. Barcelona, 1994. (No publicat.)
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Propostes d'actuació en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. El model d'atenció sociosanitària a Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
10. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Anàlisi de la incorporació de continguts del Pla de salut en els contractes de serveis de la xarxa reformada d'atenció primària els anys 1994 i 1995. Barcelona, 1995. (No publicat.)
11. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Avaluació de la contractació de serveis 1995. Barcelona, 1996. (No publicat.)

4

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc

L'any 1991 es va publicar el *Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya*¹ en el qual, a partir de l'anàlisi de la informació disponible (dades de l'any 1989) que permetia caracteritzar l'estat de salut de la població catalana, es fixaven els objectius generals de salut i de disminució de risc en l'horitzó de l'any 2000, seguint les recomanacions de l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'estratègia Salut per a tothom l'any 2000².

El març de l'any 1993, el Govern de la Generalitat de Catalunya va aprovar el Pla de salut de Catalunya 1993-1995 que recull, com a referència, els esmentats objectius (així com els definits per l'OMS en la Declaració de St. Vincent³ amb relació a la diabetis *mellitus*) i fa especial èmfasi en les accions i intervencions que, de manera operativa, han de permetre assolir-los. Més tard, el juny de l'any 1994, va ser aprovada l'Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995 que conté els capítols corresponents a la salut mental, la prevenció i el control de la infecció nosocomial i la proposta d'avaluació del Pla.

Una vegada finalitzat el període de vigència del Pla de salut de Catalunya 1993-1995, i com a informació per a l'elaboració del Pla de salut 1996-1998, s'ha realitzat l'avaluació de la situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc, els resultats de la qual es presenten en aquest capítol. L'estudi de l'evolució de la situació dels objectius en els sis anys transcorreguts des de la seva formulació ha permès conèixer la tendència i, en alguns casos, ha comportat la reformulació dels objectius o la reorientació i reforçament de les intervencions adreçades al seu assoliment l'any 2000.

Per a molts objectius generals de salut, l'indicador utilitzat per a la seva avaluació és la taxa de mortalitat. Les taxes de mortalitat es presenten estandarditzades per edat, segons el mètode directe, utilitzant la població censal de Catalunya l'any 1991 com a població de referència.

En cada problema de salut es destaca el nivell dels objectius fixats amb les dades disponibles al voltant de l'any 1989, moment en què es van iniciar les tasques de planificació, i la seva estimació per a l'any 2000.

L'estudi de l'evolució de la situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc ha comportat la reformulació dels objectius o la reorientació i el reforçament de les intervencions adreçades al seu assoliment.

Finalment, els quadres 4 i 5 resumeixen la formulació dels objectius, la situació actual i la valoració crítica de les possibilitats d'assoliment l'any 2000. Amb relació al darrer punt, s'han distingit tres categories: objectiu assolible si es manté la tendència i les intervencions relacionades, objectiu l'assoliment del qual és difícilment valorable (taxes inestables, fonts d'informació poc exhaustives) i objectiu difícilment assolible tot i mantenir les activitats previstes.

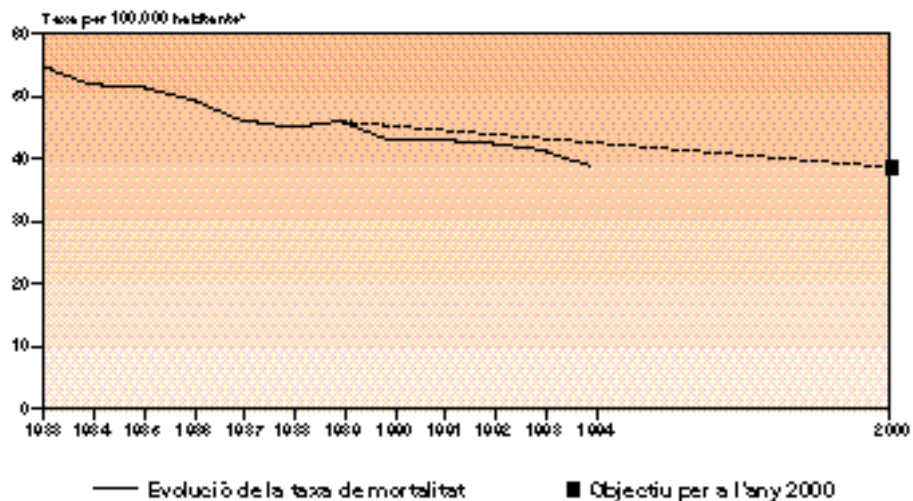
Malalties de l'aparell circulatori

- D'aquí a l'any 2000 la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en persones de menys de 65 anys s'hauria de reduir, almenys, en un 15%. (Objectiu 1)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per malaltia cerebrovascular, en un 20%. (Objectiu 48)

L'any 1989, la taxa de mortalitat estandarditzada per malalties de l'aparell circulatori en persones de menys de 65 anys era de 46,55 per 100.000 habitants i la previsió per a l'any 2000 és de 39,57 per 100.000 habitants. La situació l'any 1994 era de 39,47 morts per 100.000 habitants (gràfic 16). Pel que fa a les malalties cerebrovasculars, l'any 1989, la taxa de mortalitat estandarditzada era de 120,57 per 100.000 habitants i la previsió per a l'any 2000 és de 96,46 per 100.000 habitants. La situació l'any 1994 era de 90,18 morts per 100.000 habitants (gràfic 17).

Gràfic 16

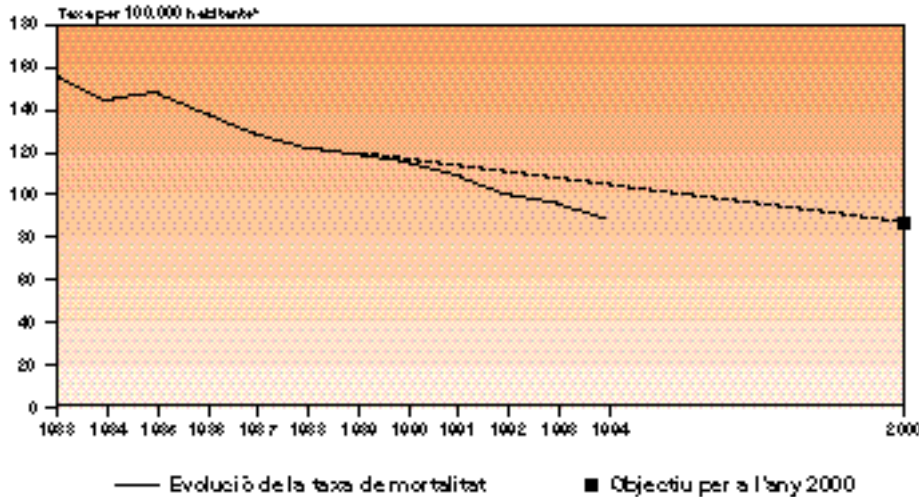
Evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en persones de menys de 65 anys. Catalunya, 1983-1994



* Taxes estandarditzades per edat

**Evolució de la mortalitat per malalties cerebrovasculars.
Catalunya, 1983-1994**

Gràfic 17



* Taxes estandarditzades per edat.

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

La mortalitat per aquestes dues causes està disminuint de manera molt important a Catalunya en els darrers anys (15% i 25%, respectivament, entre 1989 i 1994). Els possibles factors d'aquesta disminució són una davallada de la letalitat, una modificació en els estils de vida i una millora en el diagnòstic i el tractament dels factors de risc associats, canvis que provoquen una disminució i un retardament de la mortalitat, i la corresponent modificació dels seus patrons.

Els objectius proposats són assolibles si no es produeix un canvi substancial en la tendència.

La taxa de mortalitat per malalties de l'aparell circulatori està disminuint de manera notable.

Detecció i control de la hipertensió arterial

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per insuficiència renal crònica en un 5%. (Objectiu 49)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la proporció d'hipertensos tractats en un 50%. (Objectiu 50)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la proporció d'hipertensos controlats en un 75%. (Objectiu 51)
- Cal mantenir el consum baix de sal en la dieta i, eventualment, reduir-lo quan superi els 6 g per dia. (Objectiu 52)

L'any 1989, la taxa estandarditzada de mortalitat per insuficiència renal crònica era de 6,42 per 100.000 habitants i la previsió per a l'any 2000 és de 6,10 per 100.000 habitants. L'any 1994, la taxa va ser de 5,52 morts per 100.000 habitants. L'assoliment de l'objectiu establert per a l'any 2000 és de difícil valoració. La forta oscil·lació anual de la mortalitat per insuficiència renal crònica està relacionada amb l'alta variabilitat deguda al baix nombre de casos observats.

L'evolució dels indicadors suggereix que els objectius proposats poden ser assolits.

Taula 1

Evolució dels principals indicadors de la hipertensió arterial*. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000			
	1990	1993	2000
Hipertensos coneguts (%)	60	75	75
Hipertensos tractats (%)	40	47	60
Hipertensos controlats (%)	20	30	35

* Hipertensió arterial definida: 160/95 mmHg.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

Detecció i control de la hipercolesterolèmia

- 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. (Objectiu 95)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de prevalença d'hipercolesterolèmia en la població catalana per sota del 20%. (Objectiu 96)

Taula 2

Evolució dels objectius de disminució de risc sobre la hipercolesterolèmia*. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000			
	1990	1993	2000
Mitjana de colesterol (mg/dl) població 35-64 anys	228	213	<220
Prevalença d'hipercolesterolèmia (%)	>20	19	<20

* Hipercolesterolèmia: colesterol plasmàtic >250 mg/dl.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

Les dades disponibles mostren la possibilitat d'assoliment dels objectius proposats.

Consell antitabac

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir, en els homes de menys de 44 anys, el percentatge de mortalitat atribuïble al tabac, a Catalunya, en un 15%. (Objectiu 58)
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població general fins al 20%. (Objectiu 59)
- 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%. (Objectiu 60)
- D'aquí a l'any 2000 cal incrementar el percentatge de cessació de l'hàbit tabàquic en la població general fins al 30%. (Objectiu 61)
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els metges fins al 25%. (Objectiu 62)
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els diplomats en infermeria fins al 30%. (Objectiu 63)
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els mestres i professors fins al 25%. (Objectiu 64)

El càlcul de la mortalitat atribuïble al tabac en un moment determinat s'ha de fer sobre la base de l'exposició al tabac i a productes derivats, que es va experimentar entre 15 i 20 anys abans de produir-se la malaltia que ha causat la mort. Els aspectes dinàmics del consum de tabac en el temps, els canvis de presentació dels productes tabàquics i l'aparició de formes de tabac de baix contingut en nicotina i quitrà han modificat, amb tota probabilitat, el risc associat al consum de tabac. Un altre requisit per al càlcul del risc atribuïble són el coneixement dels diferents riscos relatius associats als diversos components de les cigarretes o contingut de tabac en els productes derivats i, també, les estimacions de les prevalències de fumadors corresponents. Finalment, els resultats de les intervencions en termes de mortalitat atribuïble no és possible avaluar-los en un període de temps curt, com el de vigència del Pla de salut 1993-1995. D'acord amb aquestes consideracions, no s'ha cregut pertinent mantenir l'objectiu 58 en el Pla de salut 1996-1998, tot i que segueixen sent de referència objectius de salut relacionats amb el tabac com ara el de l'estabilització de la tendència creixent de la mortalitat per càncer de pulmó en el sexe masculí (Objectiu 3).

No és possible avaluar, en un període de temps curt, els resultats de les intervencions antitabàquiques, mesurats en termes de mortalitat atribuïble.

Taula 3

Evolució dels objectius de disminució de risc relacionats amb la prevalença de tabaquisme. Catalunya, 1990, 1993, 1996 i previsió per al 2000

	1990 (%)	1993 (%)	1996 (%)	2000 (%)
Població general (15-64 anys)	36,7	35,3		20
Població general (> 15 anys)	33,7	30,6		20
Població general (15-24 anys)	38,3	36,1		18
Metges	38,0		31,3	25
Diplomats en infermeria	40,5		40,5	30
Mestres i professors	33,1		30,1	25
Taxa cessació població general	15,0	26,7		30

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta sobre consum i actituds respecte del tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

Les dades obtingudes indiquen que, si no es produeixen canvis en la tendència, difícilment es podran assolir els objectius proposats. Tanmateix, s'ha considerat oportú afegir un nou objectiu de disminució de risc en un altre col·lectiu exemplar, el dels farmacèutics. La formulació d'aquest objectiu addicional és la següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els farmacèutics fins al 25%.

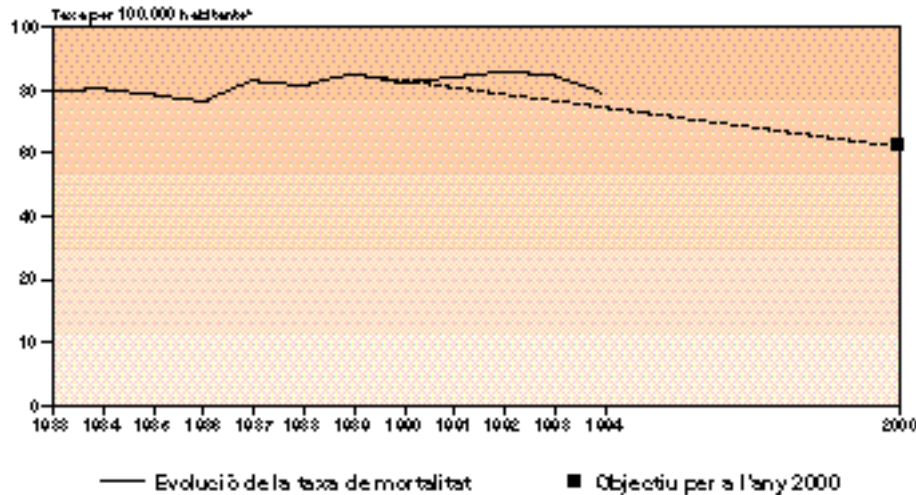
Càncer

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%. (Objectiu 2)
- 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. (Objectiu 3)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per càncer de coll uterí en un 25%. (Objectiu 4)

La disminució de la mortalitat per càncer entre els menors de 65 anys sembla un objectiu difícilment assolible segons la tendència observada entre 1983 i 1994, tot i que a partir de 1989 aquesta tendència es manté força estable. La taxa estandarditzada de mortalitat per càncer en aquest grup d'edat l'any 1989, quan es va definir l'objectiu, era de 89,08 per 100.000 habitants. Aquesta taxa l'any 1994 va ser de 84,15 per 100.000 habitants (reducció del 5%) i la previsió per a l'any 2000 és de 75,72 per 100.000 habitants (gràfic 18).

**Evolució de la mortalitat per càncer en persones de menys de 65 anys.
Catalunya, 1983-1994**

Gràfic 18



* Taxes estandarditzades per edat.

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

El càncer de mama és el de més elevada mortalitat entre les dones. L'evolució des de l'any 1983 fins a l'actualitat és creixent, tot i que a partir de 1989 el nivell de mortalitat està estabilitzat (gràfic 19). Si es manté aquesta darrera tendència, l'objectiu proposat seria assolible (taxes de mortalitat els anys 1989 i 1994: 30,89 per 100.000 habitants i 30,42 per 100.000 habitants, respectivament, que representen una reducció de l'1,5%). En el cas que aquesta estabilització sigui deguda a un allargament de l'esperança de vida entre les persones diagnosticades, però no a una disminució de la letalitat, podria esperar-se, en els propers anys, un increment del nombre de morts, per un desplaçament temporal de la mortalitat. No es coneix l'efecte del cribratge poblacional sobre aquestes tendències observades. Amb tot, aquesta intervenció és molt recent i, probablement, no afecti, encara, les taxes de mortalitat estudiades.

La taxa de mortalitat per càncer de mama en les dones s'ha estabilitzat en els darrers anys.

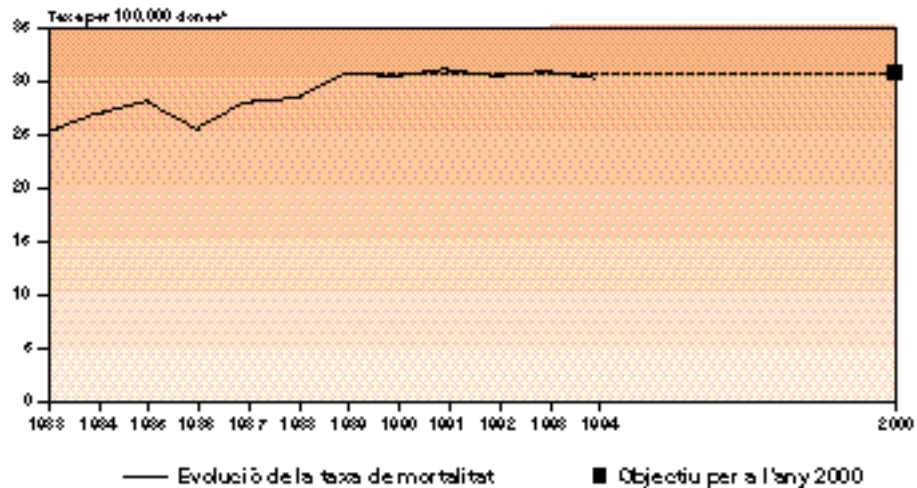
Pel que fa al càncer de pulmó en els homes, la seva elevada mortalitat dona consistència a la tendència clarament ascendent (gràfic 20). L'evolució d'aquest tipus de tumor allunya els nivells reals dels previstos per a l'any 2000, fet que fa que l'objectiu sigui difícilment assolible (taxes de mortalitat els anys 1989 i 1994: 83,64 per 100.000 habitants i 87,85 per 100.000 habitants, respectivament, que representen un augment del 5%).

La taxa de mortalitat per càncer de pulmó en els homes mostra una tendència clarament ascendent.

El tumor maligne de coll d'úter és un tipus de càncer molt poc freqüent en el nostre medi. Els pocs casos de mort observats entre 1983 i 1994 donen lloc a unes taxes inestables i unes tendències contradictòries que fan difícil preveure si s'assolirà l'objectiu (taxes de mortalitat els anys 1989 i 1994: 2,90 per 100.000 habitants i 2,68 per 100.000 habitants, respectivament; taxa prevista per a l'any 2000: 2,18 per 100.000 habitants).

Gràfic 19

**Evolució de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení.
Catalunya, 1983-1994**

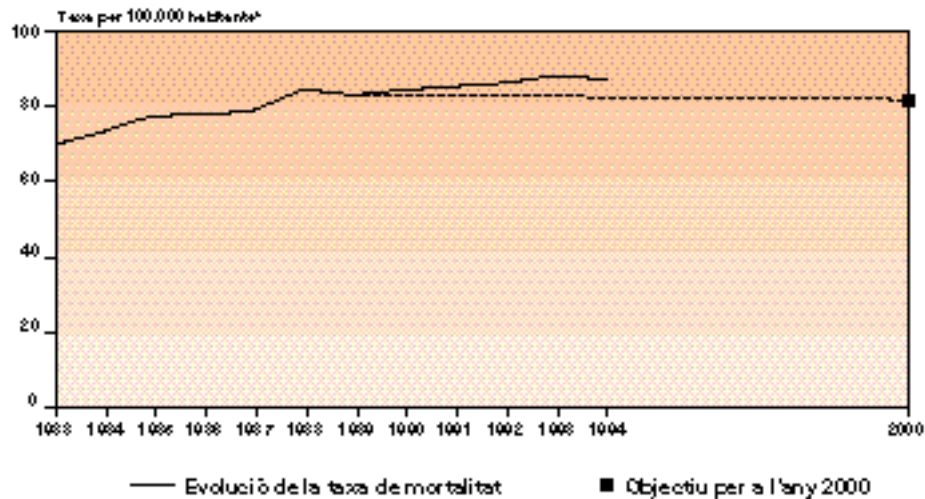


* Taxes estandarditzades per edat

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

Gràfic 20

**Evolució de la mortalitat per càncer de pulmó en el sexe masculí.
Catalunya, 1983-1994**



* Taxes estandarditzades per edat

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

Malalties de l'aparell respiratori

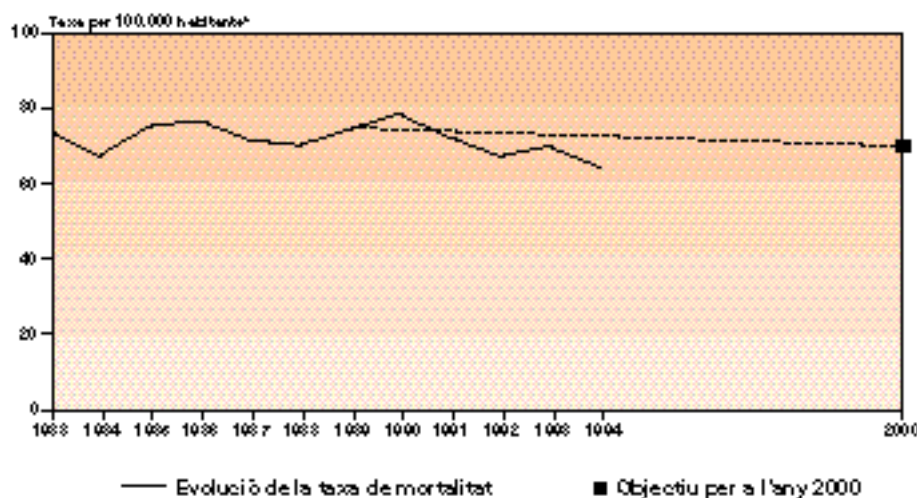
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per malalties respiratòries en un 10% (sempre que no es produeixi una pandèmia gripal). (Objectiu 5)

Les taxes estandarditzades de mortalitat per malalties respiratòries l'any 1989 i l'any 1994 van ser de 74,89 per 100.000 habitants i 64,86 per 100.000 habitants, respectivament, i representen una reducció del 13% en aquest període (gràfic 21). Tot i la variabilitat anual observada, existeix una tendència a la baixa que, de mantenir-se, permetria assolir l'objectiu. Cal esmentar, però, que l'evolució de la mortalitat per les diferents patologies incloses en aquest gran grup pot mostrar tendències no només diferents sinó, fins i tot, contradictòries.

La taxa de mortalitat per malalties respiratòries presenta una tendència a la baixa.

Evolució de la mortalitat per malalties respiratòries. Catalunya, 1983-1994

Gràfic 21



* Taxes estandarditzades per edat

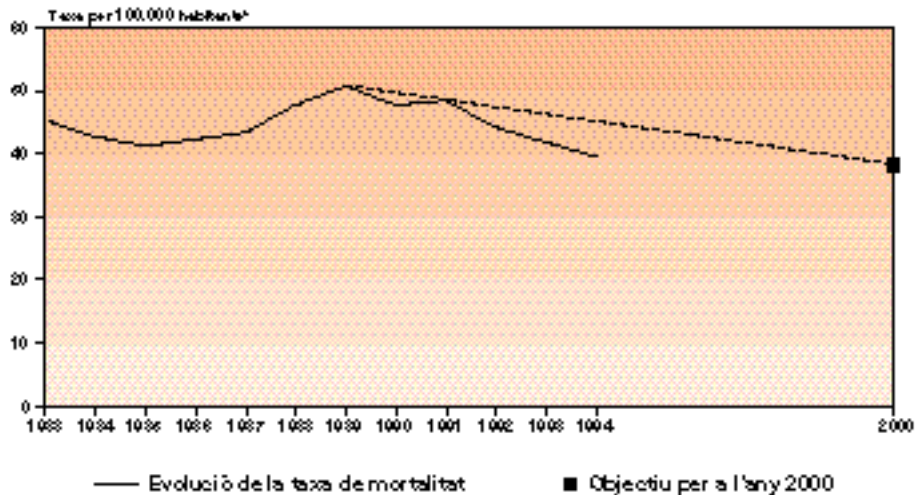
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Accidents, enverinaments i violències

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa global de mortalitat per accidents, enverinaments i violències en un 25%. (Objectiu 6)
- 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%. (Objectiu 7)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per caigudes accidentals en un 15%. (Objectiu 8)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per ofegaments i submersió en un 25%. (Objectiu 9)
- D'aquí a l'any 2000 només el 40% de les morts per accidents de trànsit han de produir-se dintre de les primeres 24 hores després de l'accident. (Objectiu 10)

Gràfic 22

Evolució de la mortalitat per accidents, enverinaments i violències. Catalunya, 1983-1994

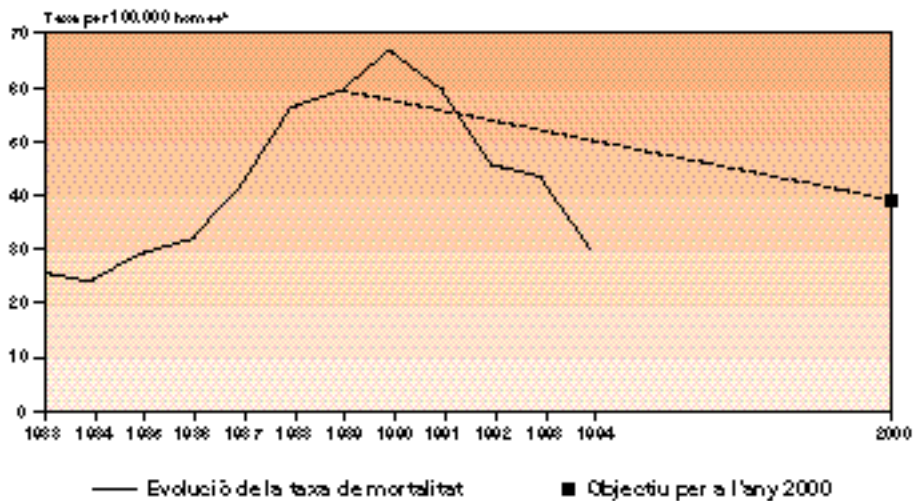


* Taxes estandarditzades per edat

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

Gràfic 23

Evolució de la mortalitat per accidents de vehicles de motor en els homes de 15 a 24 anys. Catalunya, 1983-1994



* Taxes estandarditzades per edat

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

La mortalitat per causes externes (accidents, enverinaments i violències), per caigudes accidentals i per ofegaments i submersions, presenta taxes força inestables que dificulten la predicció de la seva evolució i, per tant, fan difícil la valoració de l'assoliment dels objectius proposats (gràfic 22).

La mortalitat per accidents de trànsit en homes joves ha experimentat una davallada espectacular, passant d'una taxa estandarditzada de 59,45 per 100.000 habitants l'any 1989 a 30,13 per 100.000 habitants l'any 1994 (49% de reducció). L'assoliment de l'objectiu és factible, si es manté la tendència observada (gràfic 23). En relació amb la mortalitat en les primeres 24 hores després de l'accident, no es disposa de dades sistemàtiques que permetin avaluar-la, per la qual cosa no s'ha considerat pertinent mantenir aquest objectiu en el Pla de salut 1996-1998.

La taxa de mortalitat per accidents de trànsit en homes joves ha davallat considerablement.

Malalties de l'aparell digestiu

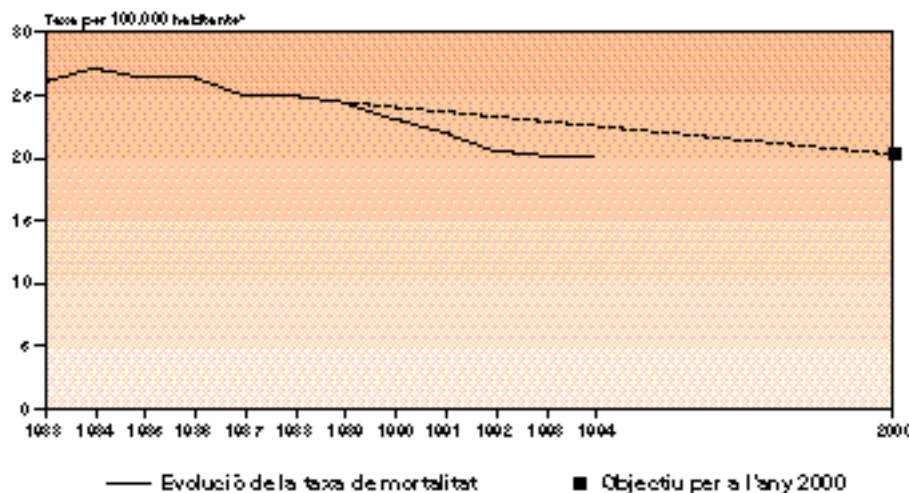
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica a Catalunya en un 15%. (Objectiu 11)

La taxa de mortalitat estandarditzada per cirrosi i altres malalties cròniques del fetge es va situar, l'any 1989, en 24,74 per 100.000 habitants. L'any 1994 aquesta taxa va ser de 20,35 per 100.000 habitants, la qual cosa representa una reducció del 18% en aquest període (gràfic 24). Si continua mantenint-se la tendència a la baixa, es preveu l'assoliment de l'objectiu.

La taxa de mortalitat per cirrosi i altres malalties cròniques del fetge s'ha reduït en els darrers anys.

**Evolució de la mortalitat per cirrosi i malalties cròniques del fetge.
Catalunya, 1983-1994**

Gràfic 24



* Taxes estandarditzades per edat

Alcoholisme

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per malalties atribuïbles a l'alcoholisme en un 15%. (Objectiu 12)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal en un 25%. (Objectiu 17)
- 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%. (Objectiu 166)
- 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%. (Objectiu 168)

Hi ha dificultats per estimar els riscos relatius associats al contingut d'alcohol de les begudes i les prevalences de bevedors.

El càlcul de la mortalitat per malalties atribuïbles a l'alcoholisme és difícil de fer, atès que es necessita conèixer els diferents riscos relatius associats als diversos continguts d'alcohol en les begudes i, també, les estimacions de les prevalences de bevedors corresponents. A aquest aspecte s'hi afegeix el canvi en el patró de consum observat amb el pas del temps, el canvi en els criteris de definició de bevedor de risc i la dificultat per mesurar el consum d'alcohol a través d'una enquesta. Les enquestes realitzades fins ara en la població general (els anys 1982, 1986 i 1990) s'han desenvolupat en contextos diferents, i la metodologia emprada no ha estat la mateixa. Les dades sobre consum d'alcohol obtingudes a partir de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA) confirmen aquestes dificultats. Finalment, els resultats de les intervencions en termes de mortalitat atribuïble, no es poden avaluar en un període de temps curt com el de vigència del Pla de salut 1993-1995. Per tots aquests motius, la valoració de l'objectiu 12 requereix la utilització d'instruments, per mesurar acuradament el consum d'alcohol, que siguin comparables i dels quals no es disposa en l'actualitat. El manteniment de l'objectiu en el trienni de vigència del Pla de salut 1996-1998 no s'ha considerat pertinent, tot i que continuen sent de referència objectius generals de salut relacionats amb el consum d'alcohol com també els de reducció de la mortalitat per cirrosi hepàtica i accidents de vehicles de motor o la morbimortalitat per accidents de treball (objectius 11, 7, 33 i 34, respectivament).

La incidència de la síndrome alcohòlica fetal s'ha estimat amb dades procedents del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH). D'acord amb aquesta font, la incidència per 1.000 parts va ser de 0,24 l'any 1993 i de 0,07 l'any 1994. Atès el baix nombre de casos que es produeixen, les taxes són força inestables i la possibilitat d'assolir l'objectiu és difícilment valorable en l'actualitat.

Altres drogodependències

- 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, almenys en un 50%. (Objectiu 13)

No és possible avaluar, en un període de temps curt, els resultats de les intervencions per reduir el consum d'alcohol, mesurats en termes de mortalitat atribuïble.

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues almenys en un 50%. (Objectiu 14)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de la síndrome d'abstinència als opiacis en els nadons en un 40%. (Objectiu 15)
- D'aquí a l'any 2000 cal establir la prevalença de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana i la de la sida, en un període equivalent al d'incubació, en els usuaris de drogues per via parenteral. (Objectiu 16)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de dependència dels opiacis en la població de joves (de 15 a 29 anys) fins a un màxim de 0,4%. (Objectiu 167)
- 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%. (Objectiu 168)

No es disposa de dades poblacionals per calcular la mortalitat per patologia infecciosa no associada a la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en usuaris de drogues per via parenteral (UDVP). Mitjançant la utilització de diferents registres s'ha fet una estimació d'aquesta taxa per a un total de 12.711 UDVP en el període 1985-1991. La mortalitat per malalties infeccioses associades a l'ús de drogues per via parenteral i no incloses en els criteris de definició de cas de sida, va ser de 150,9 morts per 100.000 persones i any.

Pel que fa a la mortalitat per reaccions adverses al consum de drogues, l'any 1989 es van registrar 238 morts per aquesta causa. La xifra per a l'any 1994 va ser de 270 morts i la mitjana anual del període, de 284 morts.

Amb dades procedents del CMBDAH (nombre d'altres hospitalàries on consta com a diagnòstic la síndrome d'abstinència als opiacis i el nombre de parts) s'ha estimat el nombre de nadons amb síndrome d'abstinència als opiacis per cada mil parts. L'any 1994 aquest índex va ser d'1,02 per 1.000.

En el moment de fer aquesta avaluació no es disposa de dades de prevalença de dependència als opiacis i de prevalença de consumidors de cannabis en la població de 15 a 29 anys.

Atesa, d'una banda, la dificultat per disposar de dades de prevalença de la infecció pel VIH i per estimar el període d'incubació de la sida en els UDVP del nostre medi i, de l'altra, que la prevalença és funció de la incidència i de la durada mitjana del procés (supervivència), sembla que aquesta mesura de freqüència no és el millor indicador per monitoritzar l'epidèmia en aquest grup de transmissió. Per tant, s'ha considerat pertinent no mantenir l'objectiu 16 en el Pla de salut 1996-1998.

Sida

- D'aquí a l'any 1993 cal incrementar la mitjana de supervivència –ajustada per capacitat– dels malalts de manera significativa. (Objectiu 18)
- D'aquí a l'any 1995 cal minimitzar la incidència de casos de contagi perinatal mitjançant la reducció del nombre d'embarassos de risc als acceptats explícitament per la mare. (Objectiu 19)

- Cal disminuir la incidència de la infecció en tots els grups de transmissió i particularment en les persones usuàries de drogues per via parenteral (l'assoliment de l'objectiu requereix prèviament l'estimació de la freqüència actual d'infecció). (Objectiu 20)
- Cal que la majoria dels malalts terminals de sida puguin morir de la manera més digna possible, a casa seva o en centres sociosanitaris adequats. (Objectiu 21)
- Cal que els malalts de sida hospitalitzats per problemes socials disposin d'atenció alternativa. (Objectiu 22)

La supervivència mediana dels casos de sida s'ha incrementat des de l'inici de l'epidèmia.

La mediana global de supervivència dels casos de sida diagnosticats en adults ha anat augmentat des de l'inici de l'epidèmia fins establir-se al voltant de dos anys després de la data de diagnòstic.

Des de l'any 1988 fins l'any 1994 s'han diagnosticat de sida, anualment, uns 15 nens que van adquirir la infecció per transmissió vertical. Les dades provisionals de l'any 1995 (9 casos) podrien indicar un descens en la incidència d'aquests casos. Cal recordar, però, que la prevalença d'anticossos enfront del virus de la immunodeficiència humana (VIH) en nadons de Catalunya durant l'any 1994, que permet estimar indirectament la incidència de casos de transmissió vertical, ha estat del 0,32% (monitorització de la infecció materna pel VIH basat en el cribratge anònim no relacionat de nadons).

La incidència de casos de sida ha augmentat progressivament amb el temps fins arribar a 24,1 casos per 100.000 habitants l'any 1994, any en què es van incloure noves malalties en la definició de cas de sida, amb finalitats de vigilància epidemiològica. No es disposa de dades poblacionals que permetin quantificar la infecció pel VIH en termes d'incidència, però hi ha dades de prevalença de determinats grups de població que presenten un risc elevat d'infectar-se (usuaris de drogues per via parenteral; usuaris de centres de malalties de transmissió sexual; i homes que tenen relacions sexuals amb homes) i que seran monitoritzats regularment.

Alguns recursos assistencials per als malalts de sida han estat dotats durant el període de vigència del Pla de salut 1993-1995.

Pel que fa a l'assistència als malalts de sida, es disposa d'equips de suport d'atenció domiciliària, llars-residència i places d'internament en centres sociosanitaris. Alguns d'aquests recursos assistencials han estat dotats durant el període de vigència del Pla de salut 1993-1995.

Ateses les dificultats en l'obtenció d'alguns indicadors i la dinàmica pròpia de la infecció pel VIH, s'ha considerat pertinent reformular els objectius generals de salut i de disminució de risc per al període 1996-1998. Així, doncs, els objectius generals per al proper trienni són els següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la incidència de la infecció pel VIH per totes les vies de transmissió.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de la infecció pel VIH en tots els grups de transmissió, com a resultat de la disminució de la incidència, almenys un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir, almenys un 50%, el nombre de nens infectats pel VIH per transmissió vertical (1/3.000 nadons).

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH i augmentar les intervencions i estratègies preventives adreçades a evitar o disminuir el dany.
- 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.

Malalties susceptibles de ser previngudes amb programes de vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques

- D'aquí a l'any 2000 cal mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus *neonatorum* i de la poliomièlitis; 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. (Objectiu 23)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els casos de xarampió a Catalunya fins a assolir taxes de prevalença de 10 o menys casos per 100.000 habitants. (Objectiu 24)
- 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. (Objectiu 25)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la rubèola en les dones en edat fèril embarassades. (Objectiu 26)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de l'HBsAg en la població de 15 anys i més fins a l'1,5%. (Objectiu 205)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de la infecció en el grup d'edat de 15 a 24 anys a l'1%. (Objectiu 206)

Evolució del nombre de casos declarats de malalties vacunables. Catalunya, 1990, 1993, 1995 i previsió per al 2000

Taula 4

	1990	1993	1995	2000
Diftèria	0	0	0	0
Tètanus	12	11	12	Reducció important
Tètanus <i>neonatorum</i>	0	0	0	0
Tos ferina	10.460	594	210	Reducció important
Poliomièlitis	0	0	0	0
Xarampió	1.242	645	1.875	0
Rubèola	2.464	1.101	505	Reducció important
Rubèola congènita	1	0	0	0
Parotiditis	4.403	1.267	1.012	Reducció important

S'han eliminat o reduït la majoria de malalties susceptibles de ser prevenides amb programes de vacunació.

Les dades actuals fan previsible l'assoliment dels objectius l'any 2000, excepte pel que fa a l'eliminació del xarampió.

Pel que fa a l'objectiu 24, s'ha considerat que la seva formulació està inclosa en l'objectiu 23, motiu pel qual l'objectiu esmentat no es manté en el Pla de salut 1996-1998.

La prevalença de l'HBsAg en la població de 15 anys, en el període 1993-1994, era de l'1,3%. No es disposa de dades de prevalença d'infecció en el grup d'edat de 15 a 24 anys.

Pel que fa a la morbiditat declarada per hepatitis B, l'any 1990 era de 3,5 casos per 100.000 habitants. La taxa per a l'any 1995 va ser de 2,6 per 100.000 habitants; aquesta dada representa una reducció del 25,7% en aquest període i fa preveure l'assoliment de l'objectiu l'any 2000.

No es disposa d'informació sobre la rubèola en les dones en edat fèrtil embarassades. Per al Pla de salut 1996-1998 la formulació de l'objectiu 26 és la següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la rubèola en les dones en edat fèrtil (15-49 anys).

Malalties de transmissió sexual

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de sífilis en un 30%. (Objectiu 27)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de gonocòccia en un 25%. (Objectiu 28)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la proporció de gonocòccia causada per soques de *Neisseria gonorrhoeae* productores de β -lactamasa un 50%. (Objectiu 29)
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar l'oftalmia *neonatorum*. (Objectiu 30)
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar la sífilis congènita. (Objectiu 31)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 20%. (Objectiu 32)

Taula 5

Evulsió dels indicadors de les malalties de transmissió sexual. Catalunya, 1989, 1993, 1995 i previsió per al 2000

	1989	1993	1995	2000
Sífilis*	7,0/10 ⁵	4,7/10 ⁵	1,3/10 ⁵	4,9/10 ⁵
Gonocòccia*	79,0/10 ⁵	30,4/10 ⁵	14,4/10 ⁵	59,2/10 ⁵
Gonocòccia per <i>Neisseria gonorrhoeae</i> productores de β -lactamasa**	20,4%	4,6%	14,7%	10,2%
Oftalmia <i>neonatorum</i> **	0,50/10 ⁵	0,13/10 ⁵	0,10/10 ⁵	0
Sífilis congènita*	0,01/10 ⁵	0,01/10 ⁵	0	0
Altres malalties de transmissió sexual*	113,0/10 ⁵	170,6/10 ⁵	133,3/10 ⁵	90,4/10 ⁵

* Taxes d'incidència anuals.

** Proporció de soques productores de β -lactamasa.

La tendència mostrada per les taxes d'incidència, indica que els objectius per a l'any 2000 són, en general, assolibles. L'evolució de les anomenades altres malalties de transmissió sexual (totes les malalties de transmissió sexual excepte les especificades en aquest capítol, l'hepatitis B, la infecció pel VIH i la sida i la infecció genital per clamídies) fa més difícil la valoració de l'assoliment de l'objectiu 32.

Problemes de salut laboral

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 15%. (Objectiu 33)
- D'aquí a l'any 2000 cal que la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball s'hagi reduït en un 20%. (Objectiu 34)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de morbiditat per malalties professionals en un 30%. (Objectiu 35)

Evolució dels indicadors relacionats amb els problemes de salut laboral. Catalunya*, 1990, 1993, 1995 i previsió per al 2000

Taula 6

	1990	1993	1995	2000
Accidents de treball amb baixa	92,6/1.000	74,3/1.000	74,6/1.000	78,7/1.000
Mortalitat per accidents de treball	11,5/10 ⁵	10,9/10 ⁵	9,6/10 ⁵	9,1/10 ⁵
Morbiditat per malalties professionals	39,1/10 ⁵	59,6/10 ⁵	89,3/10 ⁵	27,4/10 ⁵

* Els denominadors de les taxes són els treballadors assalariats segons estimacions de la població assalariada realitzades per l'Enquesta de població activa (EPA).

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball.

La reducció observada en les taxes, durant el període, fa preveure l'assoliment dels dos primers objectius.

Atès que s'estima que hi ha un important subregistre i infradeclaració de malalties professionals, es considera que la formulació de l'objectiu 35 és poc pertinent en l'actualitat, per la qual cosa no es manté en el Pla de salut 1996-1998.

Tuberculosi

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per tuberculosi per sota d'1 per 100.000 habitants. (Objectiu 36)
- D'aquí a l'any 2000 cal que la morbiditat declarada per tuberculosi respiratòria en la població autòctona sigui inferior a 20 persones per 100.000 habitants. (Objectiu 37)

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de la infecció tuberculosa en els nens de primer d'EGB (6-7 anys) fins al 0,4%. (Objectiu 38)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infecció tuberculosa en la població general fins al 25%. (Objectiu 39)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el risc anual d'infecció en els nens de 6 i 7 anys fins al 0,05%. (Objectiu 236)

La mortalitat per tuberculosi a Catalunya s'ha estabilitzat entorn dels 2,0 casos per 100.000 habitants i any amb un descens del 30,8% des de l'any 1989 fins al 1994. La mortalitat per tuberculosi de l'aparell respiratori ha passat d'1,73 per 100.000 habitants l'any 1989 a 1,10 per 100.000 habitants l'any 1994 (reducció del 36%). La tuberculosi com a causa de mort està limitada, en el nostre àmbit, quasi exclusivament a malalts que no fan un tractament correcte de la seva malaltia, per mala col·laboració amb els serveis assistencials, i a aquells en els quals el diagnòstic de la malaltia s'ha endarrerit molt (avis, indigents, etc.).

Taula 7

Evolució dels indicadors de tuberculosi. Catalunya, 1989, 1993, 1994 i previsió per al 2000				
	1989	1993	1994	2000
Morbiditat per tuberculosi respiratòria	20,3/10 ⁵	32,9/10 ⁵	33,8/10 ⁵	20/10 ⁵
Prevalença de la infecció tuberculosa	1,0%	1,1%	1,15%	0,4%
Risc anual d'infecció tuberculosa	0,1%	0,13%	0,12%	0,05%

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

La mortalitat per tuberculosi s'ha estabilitzat, però la morbiditat declarada per tuberculosi respiratòria, especialment en els adults joves, ha augmentat notablement.

La morbiditat declarada per tuberculosi respiratòria ha experimentat un augment del 66,5% entre 1989 i 1994. Aquest increment és especialment destacable en el grup d'edat de 20 a 44 anys, en el qual la tuberculosi coexisteix en un 55,3% dels casos, amb determinats factors de risc, com l'ús de drogues per via parenteral, la infecció pel VIH, l'alcoholisme, l'ingrés en centres penitenciaris, la indigència i la immigració de països amb alta endèmia. En el nostre país, l'aparició del VIH ha influït d'una forma molt important sobre l'endèmia tuberculosa, i ho ha fet de forma proporcional als nivells de coinfecció VIH-*M. tuberculosis*. Aquesta circumstància dificulta l'assoliment de l'objectiu proposat per a l'any 2000 i fins i tot fa preveure una incidència de tuberculosi, en la població autòctona, superior a la que hi havia en el moment que es va fixar l'objectiu esmentat.

La taxa de tuberculosi bacil·lífera es manté alta i estabilitzada, al voltant de 18 casos per 100.000. La majoria d'aquests malalts es diagnostiquen prioritàriament entre els adults joves, consegüentment el risc d'infecció dels nens ha seguit sent elevat i es manté estabilitzat, la qual cosa justifica que durant el període de vigència del Pla de salut 1993-1995 la infecció entre els nens de 6-7 anys hagi passat de l'1% a l'1,1% i

no s'hagi observat cap descens en el risc anual d'infecció (RAI). Si segueix la tendència actual, no es podrà arribar als nivells d'infecció previstos per a l'any 2000.

En l'actualitat no existeixen, a Catalunya, estudis sobre la prevalença d'infecció en la població general, i solament es disposa de dades (no representatives ni generalitzables) procedents d'algunes sèries de grups poblacionals. Ateses les dificultats per disposar d'aquest indicador d'infecció tuberculosa, no es considera pertinent mantenir l'objectiu 39 en el Pla de salut 1996-1998.

La formulació dels objectius generals de salut i de disminució de risc referents a la tuberculosi per al període 1996-1998 és la següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per tuberculosi per sota d'un cas per 100.000 habitants i any (sempre i quan no es produeixi un augment significatiu de la transmissió de bacils multiresistents).
- D'aquí a l'any 2000 cal invertir la tendència a l'augment en les taxes de tuberculosi respiratòria en la població autòctona.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infecció i aconseguir una reactivació en el descens del risc anual d'infecció (RAI) en els nens de 6-7 anys d'edat.

Problemes de salut bucodental

- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 50% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries. (Objectiu 45)
- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 75% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries. (Objectiu 46)
- D'aquí a l'any 2000 cal que l'índex CAOD en els escolars de 12 anys sigui inferior a 2. (Objectiu 47)

Evolució dels indicadors de càries dental. Catalunya, 1984, 1991 i previsió per al 2000

	1984	1991	2000
Escolars de 12 anys lliures de càries	14,0%	38,0%	50%
Escolars de 6 anys lliures de càries	21,0%	54,0%	75%
Índex CAOD* als 12 anys	2,9	1,7	<2

* Nombre de dents permanents cariades, absents i obturades.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de prevalença de càries entre els escolars de Catalunya.

Taula 8

La situació dels indicadors de càries dentals en l'actualitat fa preveure que els objectius proposats per a l'any 2000 són assolibles.

L'evolució dels indicadors de càries dental és molt favorable.

Diabetis *mellitus*

- 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 els 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.

No es disposa de dades poblacionals sobre mortalitat per malaltia isquèmica en diabètics. La informació disponible actualment és la facilitada pel CMBDAH, que permet conèixer la letalitat de la cardiopatia isquèmica en els pacients diabètics donats d'alta en un centre hospitalari. L'any 1993 la taxa de letalitat (probablement subestimada) va ser del 12%.

Pel que fa a la insuficiència renal crònica (IRC) en diabètics, les dades disponibles procedeixen del registre de malalts renals de Catalunya i fan referència al nombre de diabètics amb IRC que entren amb tractament substitutiu renal. L'any 1989 la proporció de diabètics entre els nous casos d'IRC va ser del 14% i l'any 1993 del 13%.

No hi ha dades disponibles sobre els nous casos d'amaurosi en els diabètics. Es coneix, però, la prevalença d'amaurosi en els pacients diabètics tipus I l'any 1995; en els malalts amb diabetis entre 10 i 19 anys d'evolució, la prevalença d'amaurosi era del 0,5% i augmentava fins al 9,3% en els malalts diagnosticats de diabetis 20 o més anys abans.

Amb dades procedents del CMBDAH s'ha estimat la proporció d'altres hospitalàries on consta, com a diagnòstic, la diabetis, i com a procediment una amputació. L'any 1994 aquesta proporció va ser de 27,12/1.000.

També amb dades facilitades pel CMBDAH s'ha estimat la proporció de nadons nascuts morts en població general i en dones diabètiques (és a dir, dones l'informe d'alta de les quals recull el diagnòstic de diabetis). Les dades corresponents a l'any 1994 són 5,1/1.000 (població general) i 4,6/1.000 (diabètiques).

El darrer objectiu només fa referència a la diabetis *mellitus* tipus II. Segons les dades disponibles l'any 1994, la proporció de diabètics tipus II coneguts era del 65% en la població de 30 a 89 anys.

Malalties relacionades amb el medi ambient i la higiene dels aliments

- 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. (Objectiu 124)
- 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. (Objectiu 125)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els brots declarats de toxiinfeccions alimentàries en un 30%. (Objectiu 137)
- D'aquí a l'any 2000 la morbiditat declarada per brucel·losi ha de ser inferior a 3 casos per 100.000 habitants i per any. (Objectiu 138)
- D'aquí a l'any 2000 cal eliminar la triquinosi a Catalunya. (Objectiu 139)
- D'aquí a l'any 2000 cal aconseguir que no es doni cap cas d'intoxicació aguda secundària ni contaminació química dels aliments, derivada de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris. (Objectiu 140)

Evolució dels indicadors de malalties relacionades amb el medi ambient i amb la higiene dels aliments. Catalunya, 1989, 1993, 1995 i previsió per al 2000

Taula 9

	1989	1993	1995	2000
Febre tifoide*	2,1/10 ⁵	0,6/10 ⁵	0,5/10 ⁵	<1,0/10 ⁵
Enteritis i diarrees*	5.073,5/10 ⁵	5.888,0/10 ⁵	5.790,0/10 ⁵	<4.500/10 ⁵
Brots de toxiinfeccions alimentàries	64	125	99	45
Brucel·losi *	4,0/10 ⁵	3,0/10 ⁵	2,3/10 ⁵	<3,0/10 ⁵

* Taxes d'incidència anuals.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Anàlisi de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya.

Pel que fa a la triquinosi, des de l'any 1989 no se n'ha observat cap cas a Catalunya, excepte l'any 1994 que se'n van declarar 3.

En els darrers anys s'han produït 1-2 casos anuals d'intoxicació aguda per contaminació química (β -agonistes) de les carns. L'any 1995 no se'n va produir cap.

L'evolució de la morbiditat declarada en el període fa preveure l'assoliment dels objectius proposats per a l'any 2000.

Medi ambient saludable

- D'aquí a l'any 2000 cal controlar sanitàriament el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades. (Objectiu 127)
- D'aquí a l'any 2000 cal que el 100% de les piscines d'ús col·lectiu compleixin el reglament sanitari vigent. (Objectiu 128)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el nombre de platges qualificades actualment en els nivells C i D en un 70%. (Objectiu 129)
- D'aquí a l'any 2000 cal eradicar els incompliments per paràmetres tòxics o microbiològics de les xarxes d'aigües de subministrament públic de Catalunya.
- D'aquí a l'any 2000 cal controlar sanitàriament el 100% dels assentaments humans.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social informa sanitàriament el 100% dels expedients que, sobre reutilització d'aigües residuals depurades, li són tramesos des d'altres departaments amb competències en el tema.

Pel que fa a les piscines d'ús col·lectiu, s'està ultimant la redacció d'una nova normativa sanitària que adequa el control sanitari a les noves tendències i coneixements sobre el tema.

L'any 1993 un 7,4% de les platges de Catalunya van ser qualificades microbiològicament en els nivells C i D. L'any 1994 aquest percentatge va davallar fins al 2,2%.

En relació amb la garantia sanitària per paràmetres microbiològics de les xarxes d'aigües de subministrament públic, s'ha passat d'un incompliment del 12% l'any 1993 a un 10% l'any 1995. Pel que fa a paràmetres tòxics, aquest objectiu ha estat assolit en un 99%.

En l'actualitat es controlen el 100% dels assentaments humans que tenen l'obligació legal, per normativa sectorial, de ser controlats.

Higiene dels aliments

- 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 al bestiar, de promotors de creixement il·legals. (Objectiu 141)
- 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. (Objectiu 142)
- 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.

Durant els darrers tres anys, després de realitzar un mostratge aleatori, no s'han trobat hormones naturals ni productes hormonals en les carns que han sortit dels escorxadors. Pel que fa a antitiroïdals i β -agonistes, la proporció de positius a l'es-

mentat mostratge ha anat disminuint situant-se en 0,19% i 1,79%, respectivament, l'any 1995.

Amb relació a les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions i els equipaments, solament resten tres escorxadors que disposen d'un període addicional, fins al 31 de desembre de 1996, per adaptar-se a les normes sanitàries de la Unió Europea.

Finalment, cal dir que les intervencions de control oficial en relació amb els establiments alimentaris s'han incrementat en el decurs del període avaluat. Pel que fa al nombre d'inspeccions, han passat de 15.162 l'any 1993 a 26.814 l'any 1995.

Problemes de salut maternoinfantil

- 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 al 6,5 per 1.000 naixements.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat infantil fins al 6,5 per 1.000 nascuts vius.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de prematuritat cronològica i de baix pes en néixer per sota del 5%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir per sota del 13% els embarassos en menors de 19 anys i en majors de 35 anys.

El reduït nombre de morts maternes i perinatals origina una inestabilitat en les taxes de mortalitat que dificulta la valoració de l'assoliment dels objectius per a l'any 2000.

L'any 1989 van morir 1,8 dones per cada 100.000 nascuts vius (es va produir 1 mort). L'any 1994 la situació va ser la mateixa tot i que, durant el període, la mitjana anual de morts per complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi ha estat de 2,5.

La taxa de mortalitat perinatal l'any 1989 va ser de 6,99 per 1.000 naixements i la infantil de 7,29 per 1.000 nascuts vius. L'any 1994 aquestes taxes van ser de 6,08 per 1.000 naixements i 4,70 per 1.000 nascuts vius, respectivament. Cal esmentar, però, que l'existència d'una hipòtesi d'infraenregistrament d'aquestes causes de mort va motivar una recerca activa hospitalària de casos, l'any 1993, que va permetre recuperar un cert nombre de casos no declarats i corregir les taxes, que es van incrementar un 28% en el cas de la mortalitat perinatal i un 11% en la infantil.

La prevalença de prematuritat cronològica i de baix pes en néixer ha experimentat un cert augment en els darrers anys. La prematuritat cronològica ha passat del 5,5% l'any 1993 al 6,1% l'any 1995 i el baix pes en néixer del 5,8% al 6,5%, respectivament. Per al Pla de salut 1996-1998 s'ha considerat pertinent reformular l'objectiu de la manera següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de prematuritat cronològica per sota del 5%.

Les taxes de mortalitat materna, perinatal i infantil es mantenen en nivells baixos.

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de baix pes en néixer per sota del 5%.

Durant l'any 1994 el nombre d'embarassos (naixements i interrupcions voluntàries de l'embaràs) en dones d'entre 15 i 19 anys i de més de 35 anys s'ha estimat en 9.855, xifra que representa el 15,5% de tots els embarassos. Atesos els canvis en el patró reproductiu de les dones en el nostre medi i les millores evidenciades en el procés d'atenció a l'embaràs i el part, la formulació de l'objectiu corresponent en el Pla de salut 1996-1998 és la que apareix a continuació:

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 4 per 1.000.

Problemes de salut relacionats amb els hàbits i els estils de vida

- D'aquí a l'any 2000 la prevalença de l'anèmia ferropènica en la població femenina en edat fèrtil ha de ser inferior al 2%, i en la població infantil a l'1%. (Objectiu 73)
- 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. (Objectiu 75)
- Caldrà disminuir el consum de sucres o hidrats de carboni refinats fins a 70 g per habitant i per dia l'any 1995 i fins a 60 g per habitant i dia l'any 2000. (Objectiu 76)
- 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. (Objectiu 77)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar l'aportació de fibra en la dieta fins a 30 g per habitant i dia. (Objectiu 78)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença d'adults que caminen més de trenta minuts diaris en un 50%. (Objectiu 104)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença de persones de 15 anys i més que fan exercici durant el temps de lleure en un 50%. (Objectiu 105)
- 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. (Objectiu 106)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença d'adults que realitzen activitats físiques vigoroses durant el temps de lleure com a mínim tres cops per setmana en un 50%. (Objectiu 107)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el percentatge d'abandonament de la pràctica d'exercici físic en el temps de lleure en els menors de 35 anys en un 30%. (Objectiu 108)

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de sobrepès de la població en un 20%. (Objectiu 116)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'obesitat de la població en un 25%. (Objectiu 117)
- D'aquí a l'any 2000 cal que el 80% dels diabètics atesos per part de l'atenció primària assoleixin el seu pes ideal. (Objectiu 118)

La prevalença d'anèmia ferropènica en dones de 18 a 49 anys l'any 1993 era del 4,8%. No es disposa de dades referents a la població infantil.

**Evolució de l'aportació energètica a la dieta.
Catalunya, 1986-1987, 1993 i previsió per al 2000**

Taula 10

	1986-1987	1993	2000
Greixos (greixos saturats)	41,5% (15%)	38,3% (12,9%)	<35% (<10%)
Sucres o hidrats de carboni refinats		91,9 g/h./dia	
Hidrats de carboni complexos	42,0%	42,1%	50%
Fibra	Insuficient	16,8 g/h./dia	30 g/h./dia

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

**Evolució de la pràctica de l'exercici físic*.
Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000**

Taula 11

	1990 (%)	1993 (%)	2000 (%)
Caminar més de 30 min/dia	61,0	77,3	90,5
Exercici durant el temps de lleure	41,0	37,4	60,0
Sedentarisme durant el temps de lleure	27,0	28,0	16,0
Activitats físiques vigoroses durant el temps de lleure	13,0	13,0	19,5
Abandonament de l'exercici físic durant el temps de lleure	31,0	55,0	22,0

* Proporció de la població.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

Taula 12

Evolució del sobrepès i l'obesitat*. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000			
	1990 (%)	1993 (%)	2000 (%)
Sobrepès	27,8	31,7	22,0
Obesitat	11,9	11,1	8,9

* Proporció de la població.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993).

Pel que fa a l'objectiu 118 no es considera pertinent mantenir-lo en el Pla de salut 1996-1998.

L'evolució dels indicadors d'aquest capítol, la majoria d'ells relacionats amb aspectes culturals i conductuals, indiquen que els objectius proposats per a l'any 2000 són difícilment assolibles.

Prevenició i control de la infecció nosocomial

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya almenys en un 15%. (Objectiu 40)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de pacients afectats d'infecció nosocomial als hospitals de Catalunya almenys en un 15%. (Objectiu 41)
- 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%. (Objectiu 42)
- 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%. (Objectiu 43)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infeccions de la ferida quirúrgica neta a menys del 3%. (Objectiu 44)

**Evolució dels indicadors d'infecció nosocomial*.
Catalunya, 1988, 1993, 1994 i previsió per al 2000**

Taula 13

	1988 (%)	1993 (%)	1994 (%)	2000 (%)
Infecció nosocomial	12,1	8,8	8,7	10,3
Pacients amb infecció nosocomial	10,8	7,7	7,7	9,2
Infecció nosocomial en cures intensives	42,8	29,7		38,5
Infecció nosocomial en àrees quirúrgiques	15,1	8,3		12,1
Infecció en ferida quirúrgica neta	5,5	3,2		3,0

* Taxes de prevalença.

Font: Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias y Grupo de Trabajo EPINCAT. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE.

L'evolució dels indicadors fa previsible l'assoliment dels objectius previstos per a l'any 2000.

Quadre 4



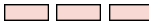

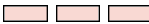


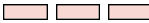


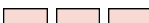



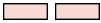












Situació dels objectius generals de salut

<input type="checkbox"/>	Difícilment assolible	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Assoliment difícilment valorable	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Assolible si es manté la tendència	
	Reduir la mortalitat per patologia circulatoria en menors de 65 anys (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per malaltia cerebrovascular (20%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica (5%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per càncer en menors de 65 anys (15%)	<input type="checkbox"/>
	Estabilitzar la tendència de la mortalitat per càncer de pulmó en homes	<input type="checkbox"/>
	Estabilitzar la tendència de la mortalitat per càncer de mama en dones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per càncer de coll uteri (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per malalties respiratòries (10%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per accidents, enverinaments i violències (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per accidents de trànsit en homes de 15 a 24 anys (35%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per caigudes accidentals (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per ofegaments i submersions (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per patologia infecciosa no associada a la infecció pel VIH en els UDVP (50%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues (50%)	<input type="checkbox"/>
	Reduir la incidència de la síndrome d'abstinència als opiacis en els nadons (40%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mantenir l'eliminació de la diftèria, del tètanus <i>neonatorum</i> ; i de la poliomielitis; reduir de manera important el nombre de casos de tètanus, tos ferina, parotiditis i rubèola, i eliminar el xarampió autòcton i la rubèola congènita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la morbiditat declarada per hepatitis B (30%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la incidència de sífilis (30%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la incidència de gonocòccia (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la proporció de gonocòccia causada per soques de <i>N. gonorrhoeae</i> productores de β -lactamasa (50%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Eliminar l'oftalmia <i>neonatorum</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Eliminar la sífilis congènita	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual (20%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reduir la morbiditat per accidents de treball amb baixa (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Reduir la mortalitat per accidents de treball (20%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la mortalitat per tuberculosi (<1/100.000/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la morbiditat per tuberculosi respiratòria (<20/100.000/any)	<input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença de la infecció tuberculosa en els nens de primer d'EGB, fins al 0,4%	<input type="checkbox"/>
Escolars de 12 anys lliures de càries (50%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Escolars de 6 anys lliures de càries (75%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Índex CAOD en els escolars de 12 anys <2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la mortalitat per malaltia isquèmica del cor en els diabètics (20%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir els nous casos d'insuficiència renal crònica en els diabètics (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir els nous casos d'amaurosi en els diabètics (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir les amputacions per gangrena diabètica (50%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Igualar el resultat de la gestació (mortalitat perinatal i malformacions congènites) en l'embarassada diabètica al de la gestant no diabètica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Incrementar el nombre de diabètics coneguts (25%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la morbiditat per febre tifoide (<1/100.000/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la morbiditat per enteritis i diarrees (<4.500/100.000/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir els brots de toxiinfeccions alimentàries (30%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la morbiditat per brucel·losi (<3/100.000/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Eliminar la triquinosi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mantenir la mortalitat materna per sota de 10/100.000 nascuts vius/any	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la mortalitat infantil (6,5/1.000 nascuts vius/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la mortalitat perinatal (6,5/1.000 naixements/any)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'anèmia ferropènica en dones en edat fèrtil (<2%) i en la població infantil (<1%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'infeccions nosocomials (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença de pacients afectats d'infecció nosocomial (15%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'infeccions nosocomials en les àrees de cures intensives (10%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'infeccions nosocomials en les àrees de cirurgia (20%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'infeccions de la ferida quirúrgica neta (<3%)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Quadre 5

Situació dels objectius generals de disminució de risc

	Difícilment assolible
	Assoliment difícilment valorable
	Assolible si es manté la tendència
Augmentar la proporció d'hipertensos tractats (50%)	
Augmentar la proporció d'hipertensos controlats (75%)	
Mantenir el consum baix de sal en la dieta (<6 g/dia)	
Reduir el nivell mitjà de colesterol plasmàtic de la població de 35 a 64 anys (<220 mg/dl)	
Reduir la prevalença d'hipercolesterolèmia (<20%)	
Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic en població general (<20%)	
Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic en la població de 15 a 24 anys (<18%)	
Augmentar el percentatge de cessació de l'hàbit tabàquic en població general (>30%)	
Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic en els metges (<25%)	
Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic en diplomats en infermeria (<30%)	
Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic en mestres i professors (<25%)	
Reduir la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en població de 15 a 65 anys (<4,5%)	
Reduir la prevalença de consumidors de més de 75 cc d'alcohol pur al dia en població de 15 a 29 anys (<7,3%)	
Reduir la prevalença de dependència dels opiacis en població de 15 a 29 anys (<0,4%)	
Reduir la prevalença de consumidors de cannabis en població de 15 a 29 anys (<5,6%)	
Reduir la prevalença de l'HBsAg en la població de més de 14 anys (<1,5%)	
Reduir la prevalença de l'anterior infecció en la població de 15 a 24 anys (<1%)	
Reduir el risc anual d'infecció tuberculosa en els nens de 6 i 7 anys (<0,05%)	
Reduir la prevalença de prematuritat cronològica i de baix pes en néixer (<5%)	
Reduir els embarassos en menors de 19 anys i majors de 35 anys (<13%)	
Reduir l'aportació de greixos saturats a la dieta (<10%)	
Reduir el consum de sucres o hidrats de carboni refinats (<60 g/dia)	
Augmentar l'aportació calòrica en hidrats de carboni complexos en la ració energètica diària (>50%)	
Augmentar l'aportació de fibra en la dieta (>30 g/dia)	

Augmentar la prevalença d'adults que caminen >30 minuts/dia (>90%)	<input type="checkbox"/>
Augmentar la prevalença de persones de més de 14 anys que fan exercici durant el temps de lleure (>60%)	<input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença de persones de més de 14 anys que són absolutament sedentàries durant el temps de lleure (<16%)	<input type="checkbox"/>
Augmentar la prevalença d'adults que realitzen activitats físiques vigoroses durant el temps de lleure (>20%)	<input type="checkbox"/>
Reduir el percentatge d'abandonament de la pràctica de l'exercici físic en el temps de lleure en persones de menys de 35 anys (<22%)	<input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença de sobrepès (<22%)	<input type="checkbox"/>
Reduir la prevalença d'obesitat (<9%)	<input type="checkbox"/>

Referències bibliogràfiques

1. 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.
2. Organització Mundial de la Salut. Els objectius de la salut per a tothom. Objectius de l'estratègia regional europea de la salut per a tothom. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1987.
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.

5

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

La situació de la salut, dels seus condicionants i dels serveis

L'objectiu del treball d'anàlisi de la situació en el Pla de salut és identificar els problemes de salut més importants i també els seus condicionants principals (les característiques sociodemogràfiques de la població, els estils i hàbits de vida, les característiques mediambientals i de l'entorn i els serveis que donen atenció als problemes de salut). En aquest sentit, el coneixement de la situació és un dels elements de referència del Pla de salut, juntament amb les directrius de la política de salut i les línies estratègiques d'acord amb el model sanitari, l'evidència científica sobre l'eficàcia de les intervencions i l'avaluació.

L'anàlisi de la situació identifica els problemes de salut més importants i els seus condicionants principals.

En el primer Pla de salut es va fer un esforç per recopilar tota la informació disponible útil per a l'anàlisi de la situació. En aquest s'ha actualitzat aquesta informació i, gràcies a noves fonts d'informació i al tractament més aprofundit de la informació ja disponible, s'han incorporat o reforçat alguns aspectes d'anàlisi com ara la percepció de la salut per part de la població, la mortalitat comparativa, la qualitat de vida, els estils de vida i les pràctiques preventives. En l'àmbit dels serveis sanitaris i sociosanitaris ha estat possible iniciar estudis, dels quals, en algun cas, es presenten els primers resultats, sobre l'eficiència en la utilització dels recursos, la variabilitat en la pràctica clínica, les desigualtats en l'accés als serveis, l'opinió de la població sobre el sistema sanitari i el desplegament de recursos assistencials alternatius, entre d'altres.

Per a l'estudi de la població s'han utilitzat les dades més recents sobre el moviment natural (1994), l'estructura i les característiques de la població (Cens 1991) i s'ha continuat treballant en les hipòtesis sobre perspectives d'evolució demogràfica.

En l'anàlisi de l'estat de salut s'ha fet una explotació de la mortalitat del quinquenni 1989-1993 que ha fet possible una comparació entre territoris, grups de població i causes de mort, més consistent que la que permet l'anàlisi de la mortalitat d'un sol any. També s'ha fet una anàlisi de l'evolució de la mortalitat en el període 1983-1994, a partir de la qual s'han identificat aquelles causes que augmenten o disminueixen de forma estadísticament significativa.

Una altra aproximació a l'estat de salut és l'anàlisi de la morbiditat atesa. El registre conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària ha estat la principal font per al coneixement dels problemes de salut de la població hospitalitzada, juntament amb la informació sobre la població atesa en els hospitals psiquiàtrics. L'avaluació de la població internada en centres sociosanitaris ha fet possible actualitzar la informació sobre les característiques d'aquesta població, i aprofundir en aspectes rellevants com ara la comorbiditat o la capacitat funcional per realitzar les activitats de la vida diària.

L'ESCA ha aportat informació no disponible anteriorment.

Finalment, dins l'apartat sobre l'estat de salut, es tracta tot un conjunt d'àmbits temàtics analitzats a partir de la informació generada per l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA): la percepció de l'estat de salut i de la qualitat de vida, la restricció de l'activitat per motius de salut, els problemes crònics de salut percebuts, les discapacitats i l'esperança de vida sense incapacitat.

En l'apartat sobre els estils de vida, l'ESCA també ha estat la principal font d'informació, que ha aportat dades més actualitzades i dades no disponibles anteriorment i ha fet possible tractar-les, en molts casos per primera vegada, per àmbits territorials.

Pel que fa als serveis sanitaris i sociosanitaris, l'anàlisi s'ha orientat, sempre que ha estat possible, cap a aspectes relacionats amb el funcionament, la qualitat i l'eficiència d'aquests serveis, sense deixar de banda, però, els que fan referència a l'equitat i al desplegament de recursos de les xarxes que estan en procés de desenvolupament, modernització i/o consolidació. Aquest apartat també inclou la utilització de medicaments i, finalment, la visió de la població sobre el sistema sanitari.

L'anàlisi de la situació s'ha desenvolupat sobre la base de criteris metodològics consensuats entre les regions sanitàries i per al conjunt de Catalunya.

L'anàlisi de la situació sobre la salut, els seus condicionants i els serveis, en el Pla de salut, s'ha desenvolupat, fonamentalment, des de les regions sanitàries, sobre la base d'una guia metodològica consensuada entre les regions i per al conjunt de Catalunya. Sempre que la informació ho ha permès s'han estudiat els fenòmens per àmbits territorials més petits que els de les regions (sectors sanitaris) i per grups de població específics, segons gènere, edat, ocupació i classe social, principalment.

En aquest capítol es presenten els resultats del treball d'anàlisi realitzat, que sintetitza els de les regions sanitàries i, lògicament, és més general que els capítols corresponents als avantprojectes de Pla de salut de les vuit regions. D'altra banda, en els apartats de cada problema de salut (vegeu el capítol 6 "Objectius i intervencions del Pla de salut"), s'inclou la valoració de la seva importància, la qual es fonamenta en la informació general tractada en aquest capítol i es completa amb la informació disponible específica del problema.

1. Les característiques de la població

Les dades demogràfiques més recents sobre el nombre i les característiques de la població de Catalunya provenen del Cens de la població de 1991¹. En el Pla de salut de Catalunya 1993-1995² la descripció de la població que feia referència a l'estructura de la població per sexe i edat té com a data de referència aquest cens, mentre que la part on es caracteritzava la població catalana segons el seu nivell d'instrucció, la seva relació amb l'activitat o les estructures familiars, entre d'altres, es basava en els padrons municipals d'habitants de 1986³, perquè no es disposava de les dades censals. En aquest apartat es fa una actualització amb les dades més recents i s'adapta l'anàlisi territorial als nous àmbits del Servei Català de la Salut.

1.1 Evolució de la població

La població de Catalunya presenta una forta estabilitat numèrica des de l'any 1975, que contrasta amb el fort increment de la població en el període 1960-1975. A partir de 1975 s'inicia a Catalunya una nova etapa demogràfica caracteritzada per un ritme de creixement quasi nul⁴ (taula 14).

Creixement de la població. Catalunya, 1960-1991

	Població	Període	Creixement absolut	Creixement relatiu (%)
1960	3.887.479		—	—
1975	5.660.393	1960-1975	1.772.914	9,12
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

Taula 14

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1960, 1975, 1981 i 1986 i Cens de població 1991.

Entre 1960 i 1975 el fort increment de la població no es va distribuir de manera homogènia pel territori català. Els màxims creixements s'observen en zones de predomini industrial localitzades a les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, que presenten taxes acumulades de creixements de població anuals de prop del 6% enfront del 2,5% del conjunt de Catalunya. Contràriament, les zones amb baix creixement demogràfic presenten dues tipologies diferenciades: d'una banda, regions amb un fort predomini rural, com Lleida i Tortosa i, d'altra banda, la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. La disminució del creixement de població a partir de 1975 ha anat paral·lela a una distribució més homogènia d'aquest creixement.

Els dos factors de creixement demogràfic, les migracions i els naixements, presenten un trencament en la seva tendència ascendent a partir de 1975.

En el període 1975-1991 els creixements de població més elevats es donen a les regions sanitàries Centre, Tarragona i Girona, mentre que Lleida i Tortosa són les regions amb el creixement més baix, tant en nombres absoluts com relatius. La Regió Sanitària Barcelona Ciutat perd població a partir de l'any 1981 (taula 15). La taxa de creixement acumulada ha estat inferior a l'1% en totes les regions sanitàries entre 1986 i 1991, amb l'excepció de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, on ha estat negativa.

La diversitat de situacions observada en l'evolució de la població de les regions sanitàries des dels anys seixanta fins l'actualitat, s'explica per dues causes demogràfiques: el moviment migratori i el moviment natural.

Taula 15

Evolució de la població, per regions sanitàries. Catalunya, 1975-1991				
	1975	1981	1986	1991
Lleida	332.433	337.804	336.988	338.531
Tarragona	352.544	383.830	391.662	408.684
Tortosa	128.199	129.257	131.928	131.897
Girona	430.986	456.636	477.702	498.717
Costa de Ponent	992.546	1.082.646	1.083.671	1.115.098
Barcelonès Nord i Maresme	610.876	660.569	664.804	679.517
Centre	1.061.652	1.153.045	1.190.071	1.243.508
Barcelona Ciutat	1.751.157	1.752.627	1.701.812	1.643.542
Catalunya	5.660.393	5.956.414	5.978.638	6.059.494

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1975, 1981 i 1986 i Cens de població 1991.

El moviment migratori

El moviment migratori no és actualment un factor de creixement de la població.

Els diferents períodes de creixement a Catalunya es comprenen a partir dels canvis en la intensitat i en la direcció dels moviments migratoris, ja que la influència de la fecunditat ha estat menys discontinua. En el moviment migratori a Catalunya poden distingir-se quatre períodes diferents d'ençà de 1960⁴:

- 1960-1975. És el període de màxima atracció d'immigrants, en què s'estima que arriben a Catalunya quasi un milió de persones. El flux va paral·lel al moment econòmic "desarrollista" i finalitza amb la crisi econòmica de principi dels setanta.
- 1975-1981. El saldo migratori global és positiu amb prop de 41.000 persones, però es dona la característica que Catalunya perd població en les edats laborals, per emigració.
- 1981-1986. Catalunya presenta un saldo migratori negatiu de 90.000 persones, distribuïdes en gairebé tots els grups d'edat, però majoritàriament en les edats adultes joves.

- 1986-1991. El saldo migratori torna a ser positiu en totes les edats, a excepció d'un petit saldo negatiu entre els adults en els grups d'edat d'entre 50 i 59 anys.

A principi dels anys vuitanta només s'observava un saldo migratori positiu en dues regions sanitàries, Tortosa i Girona, mentre que a la resta de regions sanitàries aquest saldo era negatiu i només a la Regió Sanitària Centre el saldo migratori era nul. En el darrer quinquenni la situació s'ha homogeneïtzat, totes les regions sanitàries, llevat de Barcelona Ciutat, presenten un moviment migratori positiu².

Així, doncs, si es manté la tendència dels darrers anys, cal esperar per a Catalunya un saldo migratori quasi nul, amb un increment dels moviments interns a causa d'una expulsió de població de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i un creixement de les ciutats intermèdies. No obstant això, cal insistir que els moviments migratoris són sempre molt fluctuants, ja que depenen de la situació de la conjuntura econòmica, fortament imprevisible.

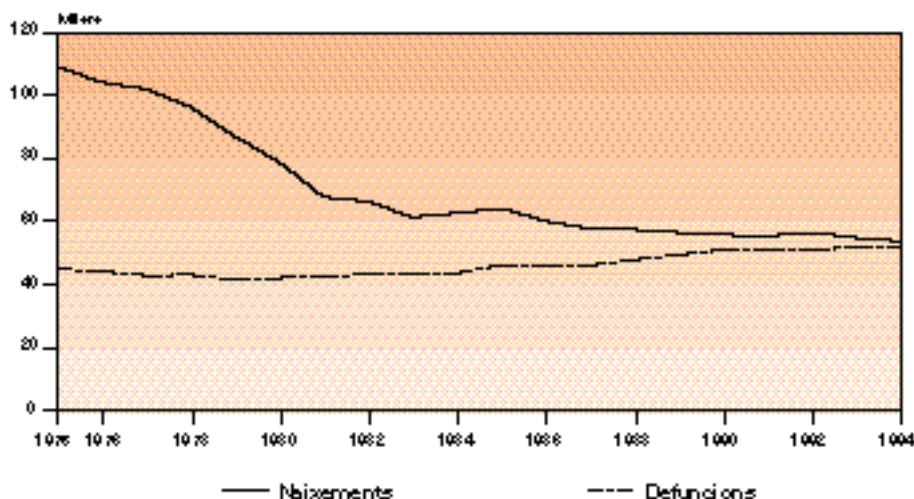
El moviment migratori ha estat molt heterogeni dins del territori i al llarg de les últimes dècades.

El moviment natural

Des de 1975 es produeix una brusca caiguda de la fecunditat i, conseqüentment, del nombre de nascuts vius, i un lleuger increment del nombre de defuncions (gràfic 25). La combinació d'ambdós fenòmens ha donat pas a un creixement natural quasi nul, estimat en una taxa de creixement natural (TCN) de 0,37 individus per cada 1.000 habitants (taula 16).

A mitjan de la dècada dels noranta el creixement natural de la població és proper a zero.

Moviment natural de la població. Catalunya, 1975-1994



Gràfic 25

Font: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población (de 1975 a 1984).
Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Moviment natural de la població (a partir de 1985).
Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Taula 16

Moviment natural de la població. Dades absolutes i taxes brutes. Catalunya, 1975-1994						
	Naixements	Defuncions	Creixement natural	TBN	TBM	TCN
1975	110.336	45.616	64.720	19,49	8,06	11,43
1981	68.594	43.233	25.361	11,52	7,26	4,26
1986	60.797	46.554	14.243	10,17	7,79	2,38
1991	56.163	52.110	4.053	9,27	8,60	0,67
1992	57.178	51.701	5.477	9,43	8,53	0,90
1993	55.453	52.575	2.878	9,14	8,66	0,47
1994	54.424	52.180	2.244	8,96	8,59	0,37

TBN: taxa bruta de natalitat, per 1.000 habitants.

TBM: taxa bruta de mortalitat, per 1.000 habitants.

TCN: taxa de creixement natural, per 1.000 habitants.

Font: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población (de 1975 a 1984).

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Moviment natural de la població (a partir de 1985).

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

Les variacions del creixement natural són causades per una forta disminució de la fecunditat i un feble augment de la mortalitat.

Al llarg d'aquest període de vint anys, s'ha produït una disminució relativa de la mortalitat, cada cop a un ritme més lent, com a conseqüència dels nivells progressivament més baixos que ha anat assolint. Entre 1975 i 1994 l'esperança de vida en néixer, del total de la població catalana, augmenta uns 3 anys, fins a situar-se en 74,8 anys per als homes i en 82,0 anys per a les dones. Paral·lelament a aquest augment de la vida mitjana s'observa un distanciament entre els sexes, característic d'elevades esperances de vida, en ser superiors els guanyats entre les dones. Malgrat això, ha augmentat el nombre de defuncions prop de 7.000 morts anuals, en passar de 45.616 a 52.180 defuncions. Aquest increment del nombre de morts no és originat per un augment de la mortalitat relativa, sinó per un envelliment de la població, cosa que fa que cada cop sigui més nombrós el grup de persones grans caracteritzades per tenir un risc més elevat de morir.

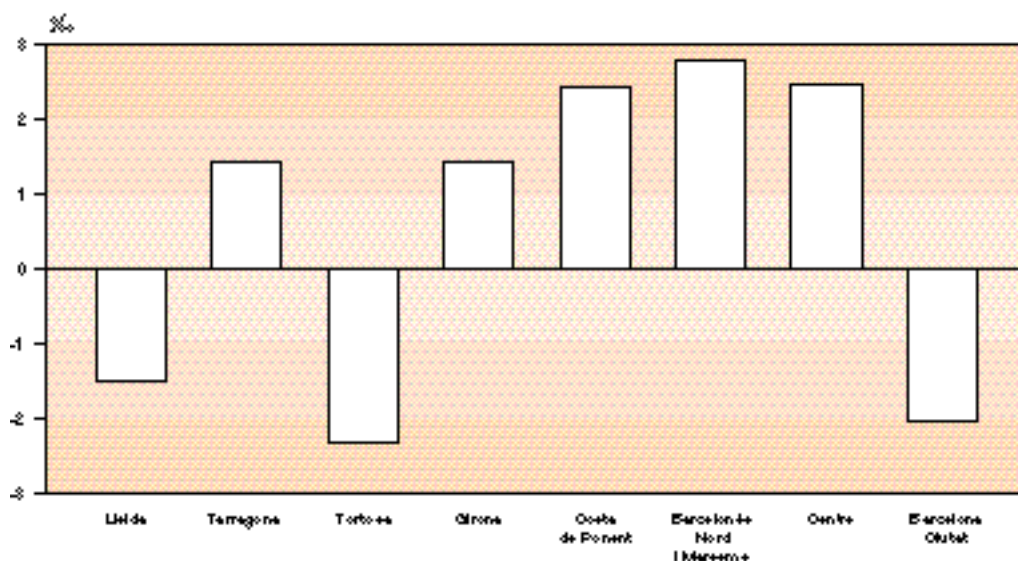
L'any 1974 es va enregistrar el màxim històric de naixements, de mares residents a Catalunya, amb 112.101 nascuts vius. Aquesta fita va posar punt final al *baby boom* iniciat a mitjan anys seixanta i que es va prolongar al llarg d'una dècada. Des de l'any 1975 fins a l'actualitat, el nombre de naixements ha anat disminuint fins assolir els 54.424 naixements el 1994. El ritme d'aquesta disminució no ha estat homogeni, ja que la meitat de la reducció es produeix només en els primers 5 anys, mentre que en els 15 anys restants s'observa una estabilització, trencada únicament per una lleugeríssima recuperació, sense continuïtat, els anys 1984-1985 i l'any 1992⁵.

L'edat modal de la maternitat el 1975 era de 25 anys i l'edat mitjana de la maternitat era de 28,3 anys, amb uns naixements força dispersos cap a les edats extremes. El 1994 l'edat modal és de 29 anys i la mitjana, de 30,0 anys, i la característica més important és la concentració de naixements entorn d'aquestes edats centrals i la reducció en edats extremes, especialment entre les joves. És notòria la caiguda de la fecunditat com a conseqüència de dos fets demogràfics: l'endarreriment del calendari de la fecunditat, és a dir, l'edat tardana en què les dones tenen els seus fills, i la disminució del nombre total de fills per dona. El retardament en el calendari de la fecunditat, especialment l'edat de tenir el primer fill, suposa un escurçament de la vida fecunda de la dona, cosa que afavoreix la reducció del nombre de fills.

A les regions sanitàries Lleida, Tortosa i Barcelona Ciutat el creixement natural de la població en el període 1989-1993 és negatiu, com a conseqüència de l'elevat envelliment de les dues primeres regions sanitàries i el nombre relativament baix de població adulta de totes tres. El màxim creixement positiu s'observa en les regions sanitàries Barcelonès Nord i Maresme, Centre i Costa de Ponent, que es corresponen amb les zones més dinàmiques, amb un major nombre d'adults joves (gràfic 26).

Taxa de creixement natural, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993

Gràfic 26



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Moviment natural de la població. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

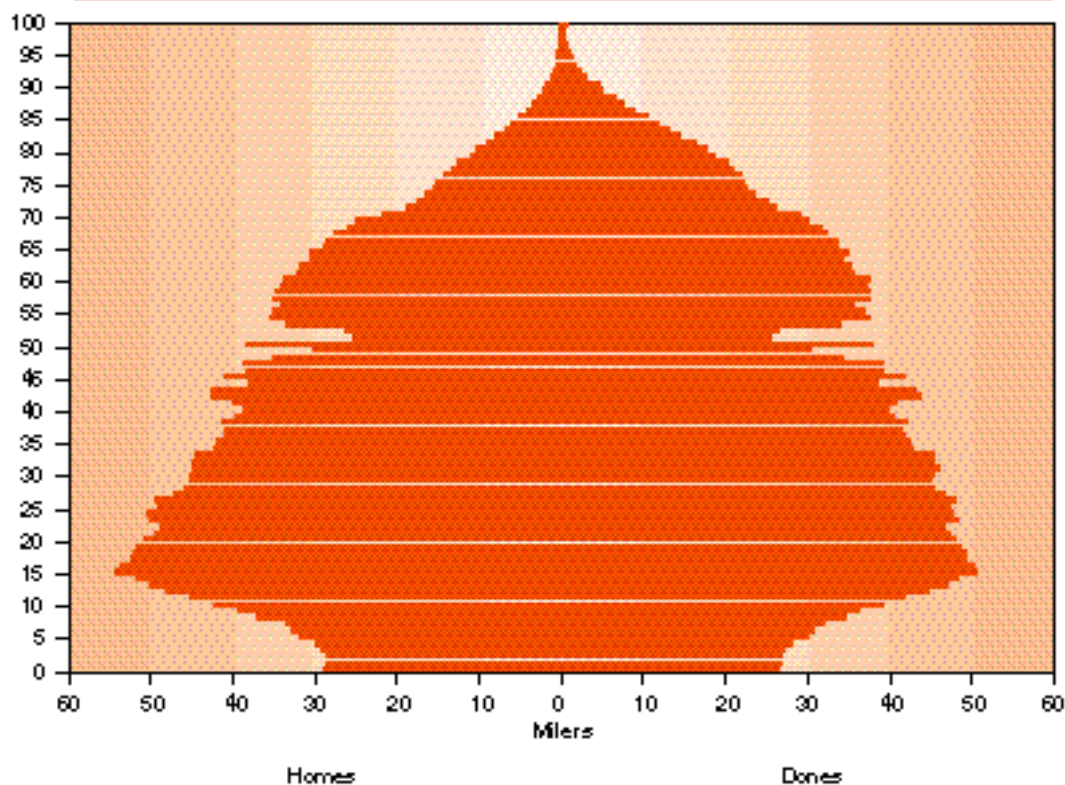
1.2 Estructura de la població segons el Cens de 1991

Els factors d'envelliment són la caiguda de la fecunditat, l'allargament de l'esperança de vida i la baixa immigració.

El principal tret de l'estructura de la població catalana és la tendència a l'envelliment. Els factors d'envelliment, per ordre d'importància, són: la davallada de la fecunditat, que ha comportat un descens en el nombre de nascuts vius i, per tant, en el seu pes relatiu dins de l'estructura poblacional; l'allargament de l'esperança de vida, especialment entre la gent gran, que ha donat lloc a un augment del nombre de persones d'edat avançada i, finalment, la més baixa immigració, que en alguns territoris o anys fins i tot resulta negativa entre els joves. La disminució del nombre de naixements i la més baixa immigració entre la gent jove dona lloc a un increment relatiu dels vells, mentre que l'allargament de la vida mitjana comporta un envelliment absolut amb l'augment del nombre de persones de 65 anys i més (gràfic 27).

Gràfic 27

Estructura de la població, per sexe i edat. Catalunya, 1991



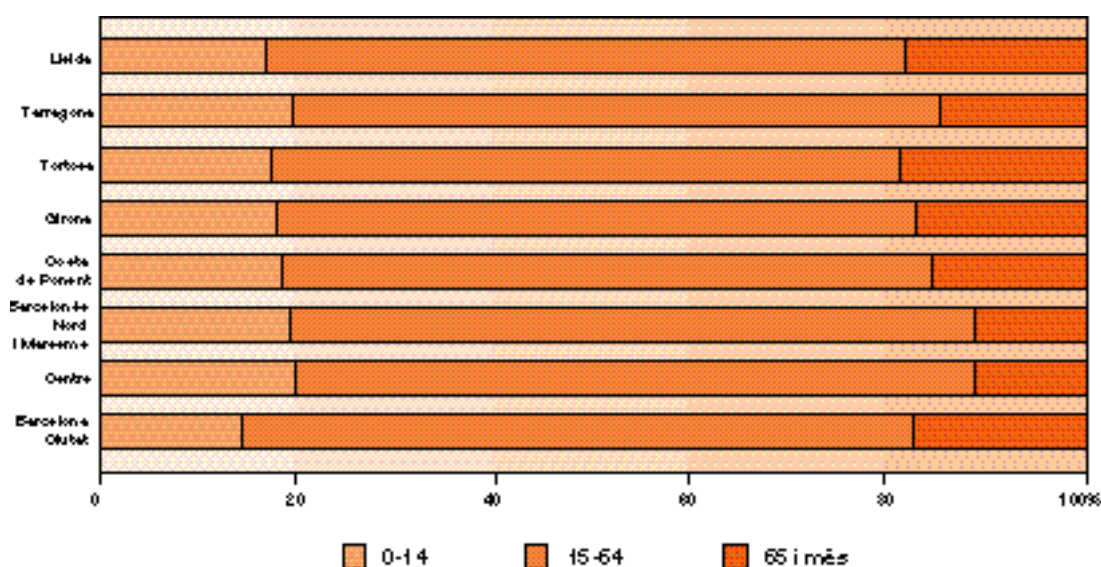
Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

A Catalunya, per cada 100 joves menors de 15 anys hi ha 81 persones de 65 anys i més. A les regions sanitàries Barcelona Ciutat, Tortosa i Lleida els vells arriben a sobrepassar numèricament els joves, mentre que les regions amb un índex d'envelliment més baix són Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme. L'elevat

índex d'envelliment del conjunt de Catalunya està fortament influenciat per la ciutat de Barcelona, que representa més d'una quarta part de la població total de Catalunya. A la Regió Sanitària Barcelona Ciutat s'estima que per cada 100 joves hi ha 122 vells. A més a més, al llarg dels darrers anys s'ha observat un envelliment de la gent gran; cada cop són més nombrosos els vells amb edats molt elevades. Si el 1975, d'entre la població de 65 anys i més, només un 6% tenia més de 84 anys, el 1991 aquest percentatge s'incrementa fins al 9% (gràfic 28).

Estructura de la població, per grans grups d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1991

Gràfic 28



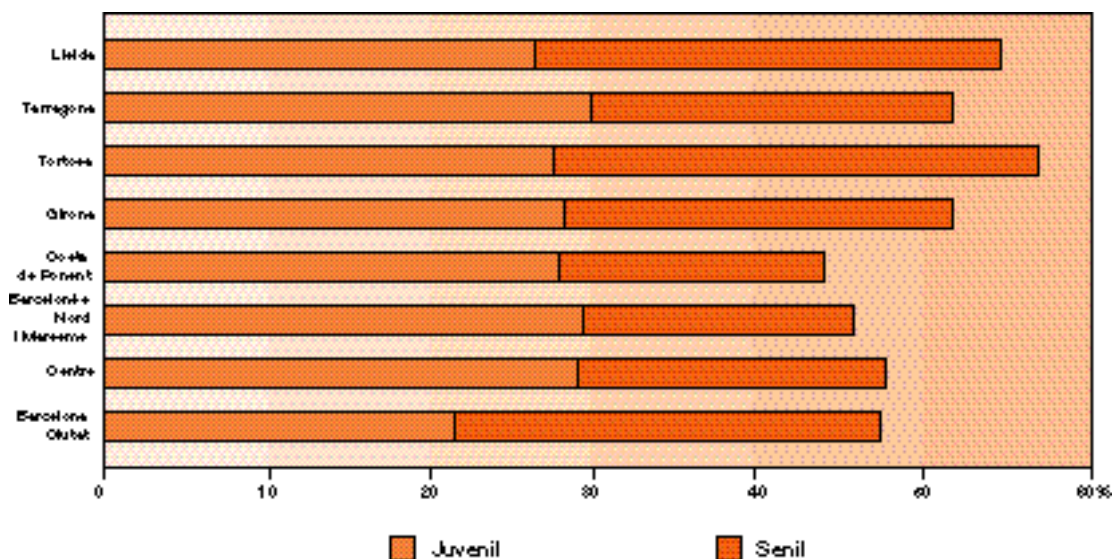
Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Tot i el progressiu envelliment de la població, la relació de dependència global, proporció de persones menors de 15 anys i de majors de 65 anys sobre els adults entre 15 i 64 anys, ha disminuït. Aquest indicador, que se sol prendre com una aproximació a la possible dependència econòmica, ha passat del 59,60% al 47,22% entre els anys 1975 i 1991. Aquesta davallada s'explica per la forta disminució de la dependència juvenil, com a resposta a la caiguda de la natalitat i per un lleu increment de la dependència senil. En el conjunt de Catalunya la dependència juvenil ha passat del 33,89% al 26,15% entre 1975 i 1991, mentre que la dependència senil ha passat del 15,93% al 21,07% en el mateix període. Els nivells de dependència globals més baixos, a l'entorn del 44%, corresponen a les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, amb una dependència senil més petita però al mateix temps amb una dependència juvenil més elevada. La màxima dependència global, d'aproximadament el 55%, coincideix amb les regions sanitàries amb una més gran dependència senil: Tortosa i Lleida (gràfic 29).

Malgrat l'envelliment de la població, la relació de dependència global ha disminuït.

Gràfic 29

Dependència juvenil i senil, per regions sanitàries. Catalunya, 1991



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Les regions sanitàries Lleida, Tortosa i Barcelona Ciutat són les que tenen la població més envellida; Tarragona i Girona es troben en una situació intermèdia, i les regions sanitàries Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Centre tenen una estructura de població relativament més jove. Altres divisions territorials més petites mostren un grau de diversitat, en l'estructura de població, molt més accentuat. Els sectors sanitaris costaners, a excepció dels de Barcelona, tenen alts percentatges de joves i percentatges baixos de majors de 65 anys, mentre que en els sectors sanitaris eminentment rurals o amb indústria tradicional, la proporció de persones grans és més elevada.

1.3 Característiques de la població

Lloc de naixement

El percentatge de població catalana nascuda a Catalunya ha augmentat en els darrers anys.

Entre el 1975 i el 1991 el percentatge de població catalana nascuda a Catalunya ha passat del 62,0% al 67,5%. Dels poc més de sis milions de catalans censats el 1991, 3.900.000 són nascuts a Catalunya, quasi 2.000.000 a la resta de l'Estat espanyol i només uns 100.000 a d'altres estats.

Entre els nascuts fora de Catalunya, la comunitat autònoma que aporta un major nombre de residents és, amb força diferència, Andalusia, els quals suposen el 46,14% del total d'immigrants de la resta de l'Estat. Altres comunitats amb elevada representació són Extremadura, Castella i Lleó i Aragó (taula 17). El nombre d'estrangers que resideixen a Catalunya és a l'entorn del 3% de la població cen-

sada. Cal tenir present, però, que aquestes dades només recullen la població establerta de manera legal a Catalunya, per la qual cosa el nombre d'estrangers està, de ben segur, infranotificat.

Població resident nascuda fora de Catalunya. Catalunya, 1991

Lloc de naixement	Nombre	(%)*
Andalusia	861.787	43,75
Extremadura	171.597	8,71
Castella i Lleó	160.808	8,16
Aragó	153.082	7,77
Castella-la Manxa	141.846	7,20
Galícia	89.775	4,56
País Valencià	78.373	3,98
Múrcia	77.413	3,93
Altres comunitats autònomes	133.077	6,76
Estranger	102.026	5,18

Taula 17

* Percentatge sobre el total de nascuts fora de Catalunya.

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

La distribució territorial dels immigrants és força heterogènia, no només pel pes relatiu en relació amb la població resident, superior a Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, sinó també pel lloc de procedència. Com a fets destacats cal esmentar: la major presència relativa de persones nascudes fora de l'Estat espanyol a la Regió Sanitària Girona i, en relació amb la immigració provinent d'altres comunitats autònomes, el més elevat nombre relatiu de nascuts a Aragó a la Regió Sanitària Lleida i de nascuts al País Valencià a la Regió Sanitària Tortosa, per una major proximitat geogràfica dels llocs d'origen.

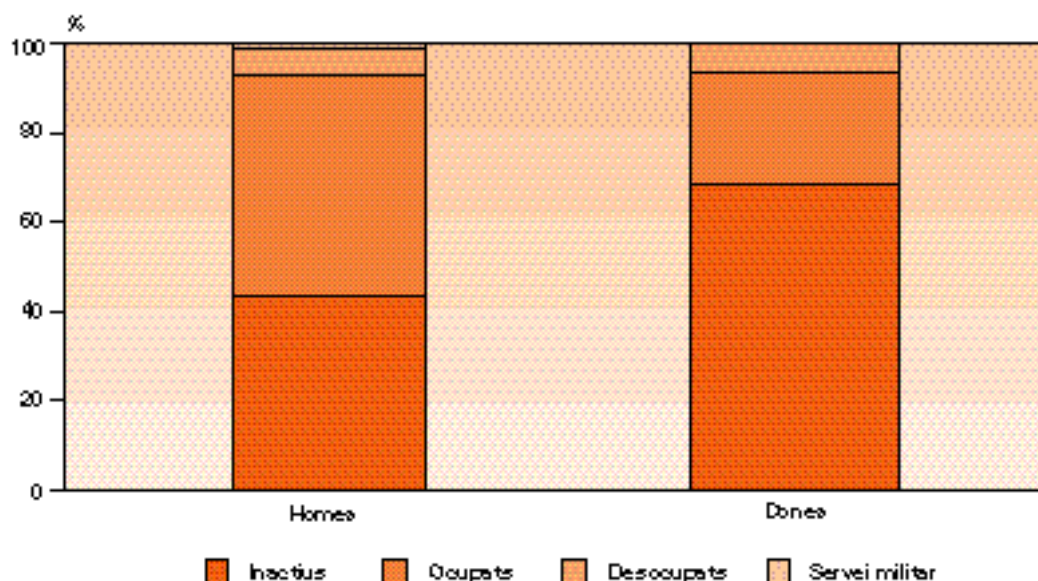
Activitat

Dels sis milions de catalans, prop de 3.400.000 es declaren no actius, dues tercers parts dels quals són dones. Dins del grup de no actius destaquen els estudiants i escolars, amb 1.343.000 individus; les mestresses de casa, aproximadament unes 870.000 persones, de les quals només 5.000 són homes, i els grups dels jubilats o amb pensió d'invalidesa, format per 738.000 persones (gràfic 30 i taula 18).

El nombre de persones que es declaren inactives supera el d'actives.

Gràfic 30

Relació de la població amb l'activitat, per sexe. Catalunya, 1991



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Taula 18

Relació de la població amb l'activitat, per sexe. Catalunya, 1991

	Actius	Ocupats	Desocupats	Inactius	Taxa (%) d'activitat*	Taxa (%) d'atur**
Homes	1.647.972	1.477.256	170.716	1.284.341	70,09	10,36
Dones	980.415	778.174	202.241	2.116.137	38,80	20,63
Total	2.628.387	2.255.430	372.957	3.400.478	53,88	14,19

* Relació entre la població activa i la població de 16 anys i més (%).

** Relació entre la població desocupada i la població activa (%).

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

La població activa ha augmentat prop de 300.000 persones entre 1986 i 1991, bàsicament per un increment del nombre de dones actives. Aquest augment diferenciats ha tendit a aproximar les taxes d'activitat (proporció d'actius sobre la població de 16 anys i més) entre els sexes, que tot i així encara resten molt allunyades entre elles.

Els nivells de desocupació de la població catalana s'han reduït en el període 1986-1991, per un increment més elevat de l'ocupació que de la població activa, 415.000 ocupats més, enfront de 300.000 nous actius. El fet, però, que generacions plenes nascudes durant el *baby boom* s'incorporin al mercat de treball, pot suposar un increment de l'atur en aquestes edats. D'entre els prop de 373.000 desocupats, 298.000 ja han treballat anteriorment, cosa que representa que el percentatge dels que busquen la primera feina és del 20%.

La major part de la població ocupada és assalariada fixa, seguida dels assalariats eventuals i, després, amb un percentatge més baix, dels empresaris sense personal i amb personal. El sector de serveis és on se centra el nombre més important d'ocupats, un 52%, seguit del sector industrial (26%), de la construcció (8%) i, per últim, de l'agricultura (4%). Entre 1986 i 1991 ha augmentat la presència relativa d'ocupats en la indústria, els serveis i l'agricultura, en detriment dels ocupats en la construcció. Els sectors industrial i de la construcció són aquells on el predomini dels homes és més rellevant.

Nivell d'instrucció

El lligam entre nivell d'instrucció i edat es manifesta de dues maneres. Per una banda, en les edats més avançades el nivell d'instrucció és més baix, amb un escàs nombre de persones amb estudis superiors i un nombre relatiu més elevat de persones amb problemes per llegir i escriure. Si prop d'un 2,5% de la població catalana té problemes per llegir o escriure, més de la meitat de persones d'aquest nivell d'instrucció tenen 65 anys i més. D'altra banda, les diferències entre sexes, en detriment de les dones, són molt més acusades en les edats elevades, mentre que entre els joves els nivells d'instrucció són força similars (taula 19).

El nivell d'instrucció en els joves és força similar en ambdós sexes, mentre que en edats més avançades les dones presenten un nivell inferior.

**Població de 15 anys i més segons nivell d'instrucció i edat.
Catalunya, 1991**

Taula 19

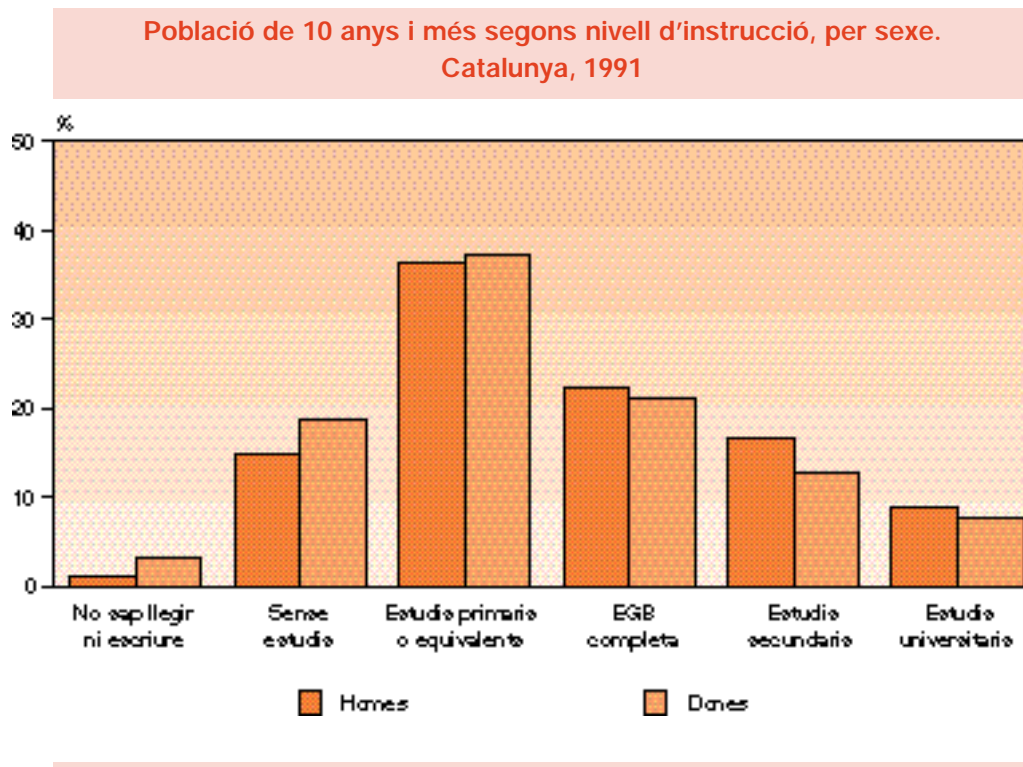
Edat	1	2	3	4	5	Total
15-24	3.236	144.836	468.851	352.092	30.291	999.306
25-44	9.970	672.025	428.779	399.562	226.110	1.736.446
45-64	45.940	998.999	155.778	108.926	70.510	1.380.153
65 i més	63.704	697.626	44.452	38.020	23.509	867.331
Total	122.850	2.513.486	1.097.860	898.600	350.420	4.983.216

1. Dificultat per llegir i escriure.
2. Instrucció incompleta i EGB primera etapa.
3. EGB segona etapa.
4. FP, BUP i COU.
5. Estudis superiors.

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

L'accés a la instrucció, que ha estat diferencial fins fa poques dècades, i el més gran envelliment relatiu de la població femenina, són els dos factors que expliquen el menor grau d'instrucció de les dones. De les 123.000 persones amb 15 anys i més que declaren no saber llegir ni escriure, quasi 92.000 són dones, la qual cosa representa el 74,6%; mentre que el 51,9% d'aquest grup d'instrucció té 65 anys o més. En l'extrem oposat, d'entre les 350.000 persones amb nivell superior d'estudis, quasi la meitat, el 46,1%, són dones, amb el predomini d'edats adultes joves (gràfic 31).

Gràfic 31



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Estructura familiar

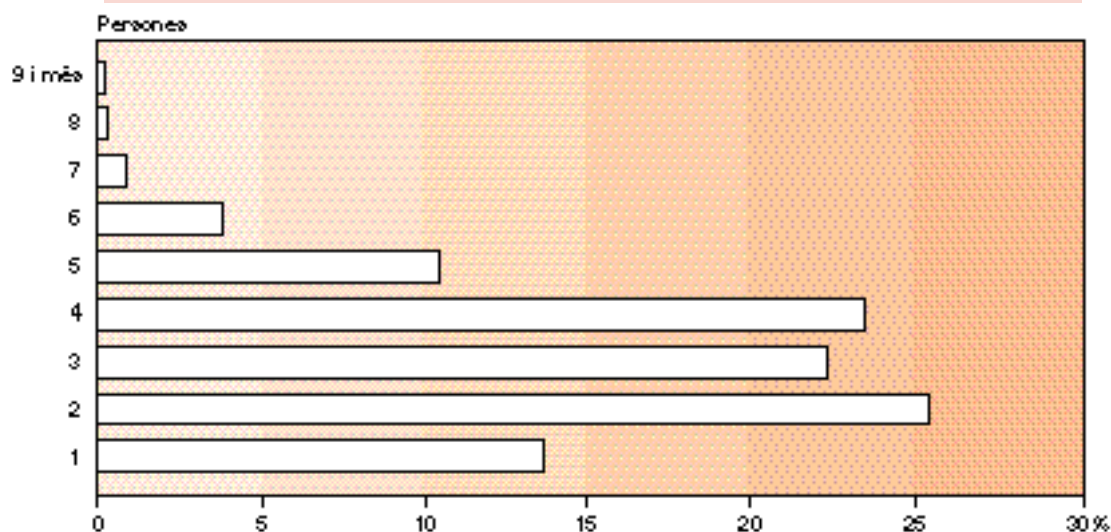
El 1991 es van censar a Catalunya quasi dos milions de llars. En 10 anys, el nombre de llars va augmentar prop de 164.000, cosa que representa un increment relatiu del nombre de les llars, del 9%. L'augment del nombre de llars al llarg d'un període de força estabilitat demogràfica –la població en aquests 10 anys solament va créixer l'1,7%– respon a la disminució del nombre mitjà de membres de la llar. El nombre mitjà de membres de les llars catalanes és de 3,1 persones, amb el predomini de llars constituïdes per 2 persones, més d'una quarta part de les llars, seguit de les llars de 4 i 3 persones, que en ambdós casos superen el 20% (gràfic 32 i taules 20 i 21).

Els models familiars a Catalunya tenen característiques similars als europeus.

Les modificacions en la grandària i la composició de les llars són un reflex dels canvis en l'estructura de la població, especialment de l'envelliment i dels nous models familiars, amb un major nombre de separats i divorciats i d'altres formes de convivència. Les principals característiques dels models familiars, molt propers als que s'observen en altres països europeus, són l'augment de llars sense nucli, especialment les constituïdes per una sola persona, que en molts casos és una dona gran, la disminució de les famílies extenses o amb diversos nuclis, i el predomini de nuclis familiars restringits a una parella amb fills o sense i a famílies monoparentals (un pare o una mare amb fills)⁶ (gràfic 33).

Dimensions de les llars. Catalunya, 1991

Gràfic 32



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Llars segons estructura familiar. Dades absolutes i relatives. Catalunya, 1991

Taula 20

	No familiars		Sense nucli	Unifamiliars		Plurifamiliars	Total
	Uni-personals	2 o més persones		Un nucli	2 o més nuclis		
Llars	262.719	18.159	32.673	1.568.929	50.067	497	1.933.044
Llars (%)	13,59	0,93	1,69	81,18	2,59	0,02	100,00

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Població segons estructura familiar. Dades absolutes i relatives. Catalunya, 1991

Taula 21

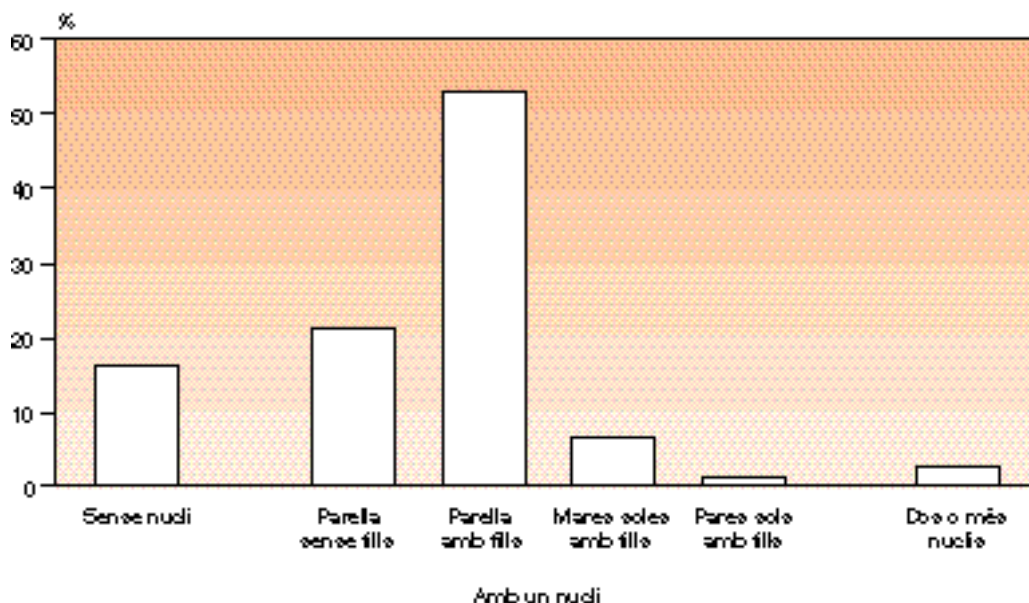
	No familiars		Sense nucli	Unifamiliars		Plurifamiliars	Total
	Uni-personals	2 o més persones		Un nucli	2 o més nuclis		
Població*	262.719	45.690	73.735	5.317.329	280.261	1.493	5.982.674
Població (%)	4,39	0,73	1,23	88,88	4,68	0,05	100,00

* El nombre total de persones no coincideix amb la població censal ja que existeix un seguit de persones (militars, eclesiàstics) que no s'inclouen en cap estructura familiar.

Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Gràfic 33

Estructura de les llars. Catalunya, 1991



Font: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991.

Depenent de diferents característiques, com són el sexe o l'edat, la població forma part d'un tipus o un altre de llar. Segons el sexe, la principal característica és que les dones formen part, de manera més elevada que els homes, de llars no familiars, més específicament de llars unipersonals, així com de llars sense nucli dins de les llars familiars. Respecte a l'estructura per edats de la població, destaca en primer lloc que les edats adultes són les que conformen majoritàriament les llars unifamiliars, així com en les edats més joves les famílies plurifamiliars. Per altra part, la població major de 65 anys és predominant entre les llars unipersonals: de les 262.719 persones que viuen en aquest tipus de llar, 137.524 tenen més de 65 anys, és a dir, més de la meitat. Cal destacar, però, el predomini de les dones en aquest tipus de llar entre la gent gran, ja que aquesta xifra global es desglossa en el 81,62% de dones i el 18,38% d'homes.

S'observen diferències en la composició de les llars en el territori, lligades a característiques socioeconòmiques i demogràfiques.

Bé sigui per l'estructura per edat de la població o per les característiques socioeconòmiques, les diferents regions sanitàries presenten certes diferències lligades a la grandària i a la composició de la llar. Les llars familiars són dominants a tot arreu. Dins de les llars familiars s'observen diferències de composició: a les regions sanitàries Lleida i Tortosa hi són més presents aquelles que tenen dos o més nuclis, mentre que les llars unifamiliars tenen una major freqüència relativa també a la Regió Sanitària Lleida, a més de les regions sanitàries Girona i Barcelona Ciutat. La Regió Sanitària Barcelona Ciutat destaca perquè té una menor presència relativa de llars familiars, ja que prop del 8% de les llars no ho són.

1.4 Perspectives de futur

Tot i que hi ha diverses projeccions de població,^{2,7,8,9} la major part no preveuen grans canvis en el nombre total d'habitants de Catalunya, que es mantindrà estable en poc més de sis milions de persones. En els propers anys pot esperar-se un creixement molt feble, que podria esdevenir, fins i tot, negatiu en la primera dècada del segle vinent (taula 22). Ara bé, sí que cal esperar canvis en l'estructura per edats de la població, on s'afermarà la continuïtat en el procés d'envelliment. S'estima⁹ que la gent gran depassarà el milió d'habitants el 1997, i que el 2015 podrien superar el 1.100.000 de persones*. Aquest increment absolut representaria que l'any 2000, per cada 100 joves hi hauria 116 vells, nombre que augmentaria fins a 119 el 2015. Així doncs, l'envelliment de la població catalana serà la principal característica demogràfica a tenir en compte en les prestacions socials i sanitàries del futur (taula 23).

L'envelliment de la població serà la principal característica demogràfica a tenir en compte en les prestacions socials i sanitàries del futur.

Estimació de la població futura. Catalunya, 1991-2015

Taula 22

	Població	Canvis*	Període	Canvis anuals	
				Absoluts	Relatius (‰)
1991	6.059.494	100,00			
1996	6.105.644	100,76	1991-1996	9.230	1,52
2000	6.137.881	101,29	1996-2000	8.059	1,32
2005	6.163.084	101,71	2000-2005	5.200	0,85
2010	6.142.133	101,36	2005-2010	-4.190	-0,68
2015	6.050.497	99,85	2010-2015	-18.327	-2,98

* 1991 = 100.

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

L'allargament de l'esperança de vida fa que les persones d'edat avançada, les que tenen un risc de morir superior, siguin cada cop més nombroses, amb la qual cosa, tot i la disminució de la incidència de la mortalitat, cal preveure un augment del nombre de morts en els propers anys. Per altra banda, la caiguda de la fecunditat a partir de l'any 1975 afectarà la fecunditat futura de Catalunya, ja que quan les nenes nascudes en aquests anys de pocs naixements arribin a l'edat de ser mares, s'observarà una dràstica reducció dels efectius, que incidirà en el nombre de nai-

* La projecció de població per a Catalunya fins a l'any 2015 ha estat realitzada pel Servei d'Informació i Estudis del Departament de Sanitat i Seguretat Social. El mètode utilitzat ha estat el de components amb un sol escenari caracteritzat per un mínim envelliment de la població catalana. Les hipòtesis del moviment natural i migratori de la població són: mortalitat estable, lleuger augment de la intensitat de la fecunditat i retardament en el seu calendari i saldo migratori feble.

xements. Així, malgrat que les hipòtesis de totes les projeccions suposin un increment del nombre mitjà de fills per dona, quan el nombre de dones comenci a disminuir, també disminuirà, consegüentment, el de nascuts vius. Aquest procés començarà a fer-se efectiu cap a l'any 2005, quan aquestes generacions buides de dones ocupin les edats de màxima fecunditat, a l'entorn dels 30 anys.

Taula 23

Estimació de la població futura, per grans grups d'edat. Catalunya, 1991-2015						
	Joves	Adults	Vells	Joves (%)	Adults (%)	Vells (%)
1991	1.076.276	4.115.896	867.322	17,76	67,92	14,31
1996	917.708	4.206.254	981.682	15,03	68,89	16,08
2000	900.931	4.189.833	1.047.116	14,68	68,26	17,06
2005	952.376	4.155.758	1.054.949	15,45	67,43	17,12
2010	981.588	4.087.512	1.073.033	15,98	66,55	17,47
2015	933.540	4.004.226	1.112.732	15,43	66,18	18,39

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

Els moviments migratoris són difícilment previsibles, tant respecte de la seva magnitud com, en alguns casos, de la seva direcció.

Els moviments migratoris, tant en la seva direcció com en la seva importància numèrica, són la gran incògnita poblacional en el futur. El fet que en els darrers anys el saldo migratori per al conjunt de Catalunya hagi estat quasi nul no implica que en el futur aquest saldo pugui ser positiu, si es té en compte el potencial econòmic de Catalunya, o fins i tot negatiu, per una possible emigració de retorn d'antics immigrants. Les imprevisibles conjuntures econòmiques marcaran la intensitat i la direcció d'aquests moviments, que afecten no només el volum i l'estructura de la població sinó, en el seu potencial demogràfic, també el moviment natural.

En la hipòtesi que el creixement de la segona meitat dels vuitanta es mantindrà estable en els propers anys, totes les regions sanitàries augmentarien el nombre d'habitants fins a l'any 2000, a excepció de Barcelona Ciutat. Els creixements, però, serien molt desiguals, mínims per a les regions sanitàries Lleida i Tortosa i especialment elevats a la Regió Sanitària Centre. Aquesta evolució desigual suposaria canvis relatius en el pes de cada regió sanitària dins del conjunt de Catalunya: perden importància relativa Barcelona Ciutat, Lleida i Tortosa, i en guanyen Centre, Costa de Ponent i Girona.

Les tres regions sanitàries més envellides, Lleida, Tortosa i Barcelona Ciutat, ja tenen en l'actualitat un creixement natural negatiu. En els propers anys podria ser que, a més, s'hi afegissin les regions sanitàries Girona i Tarragona. El creixement natural de Catalunya dependrà molt de la dinàmica que prenguin la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme especialment, i Costa de Ponent i Centre.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, 1992.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
3. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrans municipals d'habitants de 1986. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, 1988.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Política Territorial i Obres Públiques. La població de Catalunya 1975-1986: de l'explosió demogràfica al creixement zero. Barcelona: Departament de Política Territorial i Obres Públiques, 1991.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La fecunditat a Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1993; 20: 195-7.
6. Solsona M, Treviño R. Estructuras familiares en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 1990.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyección de la población española. España 1991-2026. Comunidades autónomas 1991-2006. Provincias 1991-2006. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas, 1995.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Política Territorial i Obres Públiques. Pla territorial general de Catalunya. Barcelona: Departament de Política Territorial i Obres Públiques, 1995.
9. Mompert A, Pérez G, Castellà X. La població de Catalunya, 1991-2015. Gac Sanit 1996; 54: 117- 34.

2. L'estat de salut

2.1 Mortalitat

El registre de mortalitat de Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social recull les defuncions ocorregudes a Catalunya des de l'any 1983. L'explotació d'aquesta font de dades en el quinquenni 1989-1993 és la base de l'anàlisi de la situació de la mortalitat a Catalunya, mentre que l'estudi evolutiu s'inicia en diferents moments i finalitza l'any 1994. Per al càlcul de les taxes s'ha pres la població segons el cens de 1991¹, i en el cas de les taules de vida, les estimacions de poblacions en els biennis inicial i final del quinquenni².

Les divisions territorials utilitzades són les 8 regions sanitàries i els 55 sectors sanitaris³, que s'han convertit en 46 en quedar agrupats els 10 sectors de la ciutat de Barcelona. La divisió territorial sanitària és la vigent l'any 1995.

2.1.1 Evolució de la mortalitat

L'esperança de vida de Catalunya se situa entre les més elevades del món.

A principi de segle l'esperança de vida a Catalunya era de 35,34 anys per als homes i de 37,98 anys per a les dones⁴. L'any 1994, l'esperança de vida ha assolit els 74,80 i 82,00 anys per a homes i dones, respectivament⁵. Així, les esperances de vida de Catalunya se situen entre les més altes del món, amb nivells similars a països com Islàndia, Noruega, Suècia, Suïssa, Països Baixos o Japó^{6,7}.

L'increment de la vida mitjana al llarg d'aquest segle no ha estat homogeni en el seu ritme, tot i que només hi ha dos moments de retrocés: la grip de 1918 i la Guerra Civil. Al llarg dels primers decennis, la disminució de la mortalitat va ser molt forta ja que responia a la generalització de millores socials i higièniques, que van repercutir especialment en una davallada espectacular de la mortalitat infantil. Els avenços mèdics i farmacològics a mitjan segle i l'extensió de l'assistència sanitària van comportar un increment en el control de la morbiditat i, consegüentment, de la mortalitat, cosa que va donar lloc als guanys més elevats de tot el segle. Les darreres dècades s'han caracteritzat per un ritme de millora més suau, en relació amb els nivells cada cop més elevats assolits per l'esperança de vida (taula 24).

Evolució de l'esperança de vida. Catalunya, 1975-1994

Taula 24

	Homes	Dones	Diferència entre sexes
1975	72,82	77,72	4,90
1980	73,97	79,65	5,68
1985	74,76	81,15	6,39
1990	73,77	80,80	7,03
1994	74,80	82,00	7,20

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

La gent gran ha estat la més beneficiada per aquests guanys en l'esperança de vida, i no només perquè són més nombrosos els que cada vegada arriben a aquestes edats, sinó també per les expectatives de vida que tenen els qui hi arriben. El 1900 la meitat de la població havia mort abans d'arribar als 40 anys d'edat. La meitat de la població nascuda el 1994 assolirà els 80 anys. Els que tenen 65 anys aquest mateix any, els queden 16,31 anys per viure en el cas de ser homes i 20,25 anys si són dones.

La situació dels joves ha empitjorat en els darrers anys, especialment per algunes causes de mort amb una creixent incidència, fins al punt d'afectar significativament els indicadors de mortalitat globals entre els homes. L'esperança de vida dels joves ha disminuït en els darrers anys en augmentar la seva probabilitat de morir per algunes causes de mort, que repercuteixen en l'esperança de vida global. Si l'esperança de vida masculina als 20 anys d'edat era de 56,62 anys el 1982, aquesta mateixa dada el 1994 era de 55,57.

La sobremortalitat masculina en totes les edats és la causant de la menor esperança de vida en els homes. Aquest fet, però, lluny de reduir-se a les societats actuals que comporten unes formes de vida cada cop més similars entre sexes, tendeix a augmentar. Així, doncs, són els països amb més baixa mortalitat aquells on la diferència davant la mort, entre els dos sexes, és més acusada. A Catalunya s'estima una diferència de 7 anys, que sembla tendir a estabilitzar-se. Les causes són encara lluny de ser consensuades, sens dubte es barregen fets comportamentals (pràctiques alimentàries, medicina preventiva estrictament femenina, riscos professionals, etc.) amb biològics (hormonals, de metabolisme o genètics, entre altres)⁸.

2.1.2 La mortalitat general durant el quinquenni 1989-1993

La mortalitat de Catalunya s'inclou en el model que caracteritza els països occidentals: baixa mortalitat general, esperança de vida en néixer superior als 75 anys per al conjunt dels dos sexes i superior en les dones, baixa mortalitat infantil,

Els guanys en l'esperança de vida no s'han repartit uniformement en totes les edats: els més beneficiats són els vells i els menys, els joves.

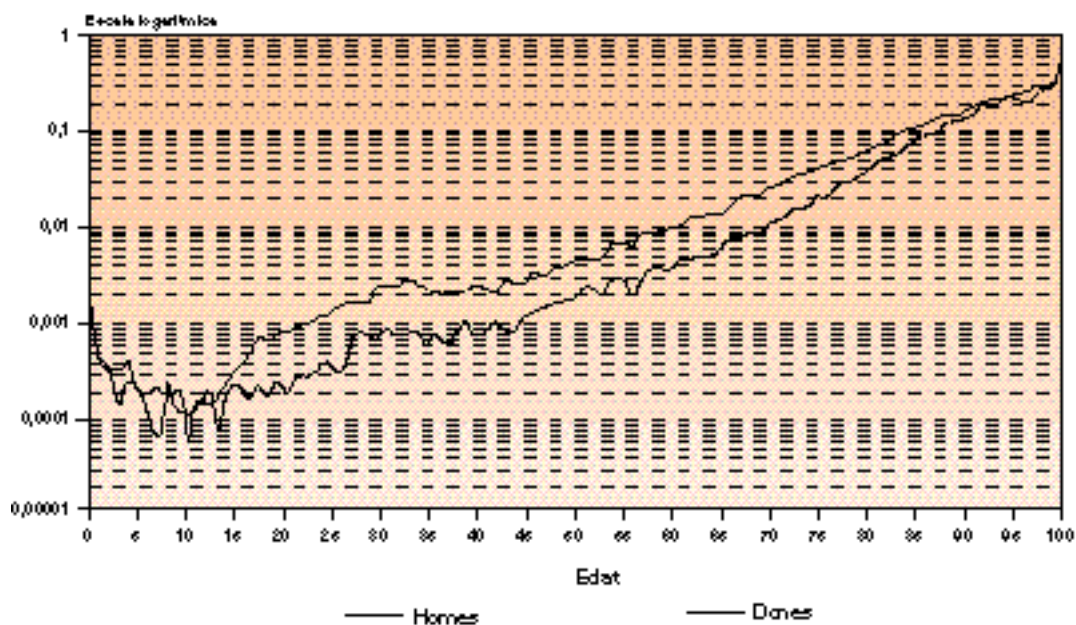
La mortalitat masculina és superior a la femenina en totes les edats.

escassa presència de defuncions ocasionades per malalties infeccioses i augment de la mortalitat per malalties cròniques i degeneratives, amb una concentració de defuncions en les malalties de l'aparell circulatori i els tumors.

Així, al llarg del quinquenni 1989-1993 s'han recollit 258.435 defuncions de població resident a Catalunya, cosa que representa una taxa bruta de mortalitat (TBM) de 8,53 per 1.000 habitants i any. D'entre aquestes defuncions el 53% corresponien a homes, la TBM masculina era de 9,22 defuncions per 1.000 homes i la femenina de 7,87 per 1.000 dones. La població de 65 anys i més concentra les tres quartes parts de les defuncions, fet més accentuat en les dones per la seva més elevada esperança de vida. Només les dones de 75 anys i més suposen prop del 70% de les morts femenines⁹. L'extrem oposat ve donat pels nens, sense incloure les defuncions al llarg del primer any de vida, amb un risc de morir molt baix, la taxa és del 22,46 per 100.000 habitants d'1 a 14 anys, amb poc més de 200 defuncions anuals de mitjana (gràfic 34).

Gràfic 34

Probabilitat de morir, per sexe i edat. Catalunya, 1994



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

La mortalitat infantil és de les més baixes d'Europa.

Al llarg del quinquenni 1989-1993 s'enregistren 1813 defuncions de menors d'1 any, és a dir, 6,42 defuncions per cada 1000 nascuts vius i any. Únicament els països nòrdics tenen una mortalitat infantil més petita, mentre que d'altres com Suïssa o Gran Bretanya la tenen similar⁶. Dues terceres parts d'aquestes defuncions es produeixen durant el primer mes de vida, és la mortalitat neonatal, que comptabilitza 1.197 defuncions. Aquesta, però, tampoc no es distribueix de manera homogènia al llarg d'aquest mes, sinó que es concentra en la setmana immediatament posterior al naixement, també amb dues terceres parts, 851 defuncions al llarg del quin-

quenni. Respecte a la mortalitat perinatal, cal destacar que també és molt baixa, amb 1.742 defuncions al llarg del quinquenni de nens amb més de 180 dies de gestació i menys d'una setmana de vida. Aquest nombre de defuncions representa una mortalitat perinatal de 6,15 defuncions per cada 1.000 embarassos i any.

Per causes de mort, les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les malalties de l'aparell respiratori agrupen prop del 75% de les defuncions. El fet que aquestes causes afectin principalment la gent gran (el 80,76% de les defuncions per aquestes causes són de persones de 65 anys i més), que tenen una probabilitat de morir superior, fa que predominin per damunt d'altres, que si bé tenen un pes relatiu més petit tenen una incidència molt elevada en altres grups d'edat (taula 25). Per causes específiques destaca l'elevada mortalitat per malalties cerebrovasculars tant en homes, quasi el 10% de totes les defuncions, com en dones, que superen el 15% de les morts femenines. Les malalties isquèmiques són també una altra causa comuna en ambdós sexes, amb un pes relatiu important. Com a causes eminentment masculines destaquen els tumors relacionats amb l'aparell respiratori, els de tràquea, bronquis i pulmó, (8,25%) i el càncer de pròstata (2,68%), mentre que el càncer de mama (4,29%) té una presència important en les dones.

Les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les malalties de l'aparell respiratori agrupen prop del 75% de les defuncions.

Mortalitat per les principals causes de mort, per 17 grans grups. Catalunya, 1989-1993

Taula 25

	Homes			Dones		
	Defuncions*	Taxes**	%	Defuncions*	Taxes**	%
Aparell circulatori	9.022	304,49	33,02	11.313	365,35	46,43
Tumors	8.362	282,21	30,61	5.318	171,75	21,83
Aparell respiratori	2.771	93,51	10,14	1.646	53,15	6,75
Aparell digestiu	1.629	54,97	5,96	1.257	40,58	5,16
Causas externes	1.824	61,57	6,68	745	24,05	4,97
Glàndules endocrines	1.039	35,08	3,80	1.002	32,37	4,11
Trastorns mentals	466	15,73	1,71	875	28,24	3,59
Aparell genitourinari	533	18,00	1,95	511	16,50	2,10
Resta de grups	1.673	56,52	6,13	1.700	54,89	6,98

* Mitjana anual de les defuncions del període 1989-1993.

** 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.

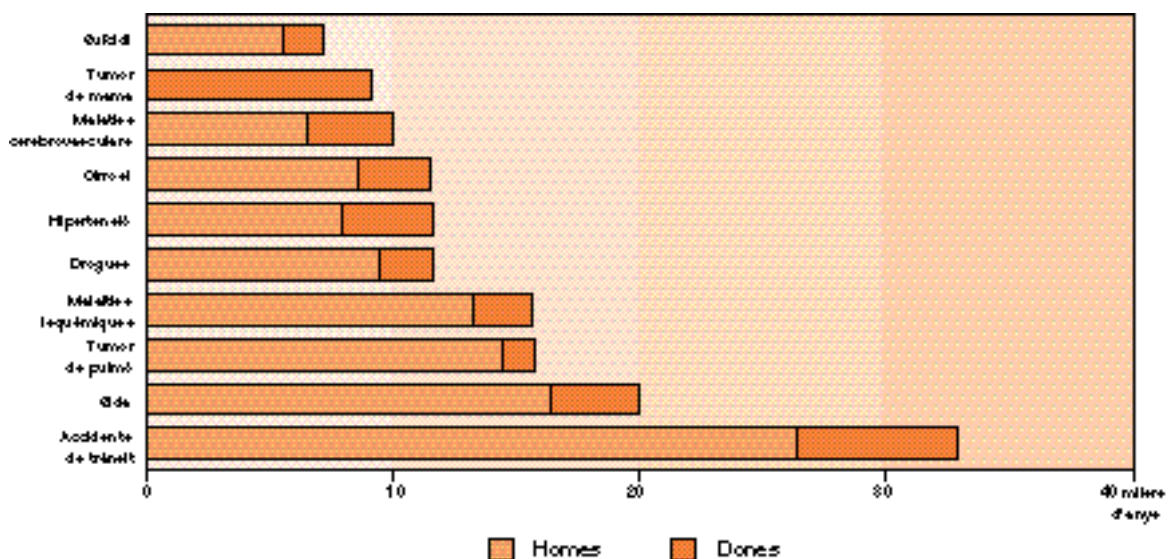
Tot i l'elevada esperança de vida, s'observa una mortalitat prematura lligada a certes causes de mort. En el període 1989-1993, els anys potencials de vida perduts (APVP)¹⁰ masculins entre 1 i 70 anys arriben gairebé a una mitjana anual de 200.000 anys, cosa que representa una taxa de 71,17 anys per cada 1.000 homes. Les dones, amb una mortalitat més petita en edats joves, tenen un nombre molt

Els accidents de trànsit i la sida per ambdós sexes, el càncer de pulmó per als homes i el de mama per a les dones són les principals causes de mortalitat prematura.

inferior d'APVP, poc més de 76.000 anys de mitjana anual, cosa que es correspon amb una taxa de 28,22 anys per cada 1.000 dones. La principal causa d'APVP entre els homes són els accidents de trànsit (13,70% del total d'anys perduts), seguit de la sida (8,51%) i dels tumors de tràquea, bronquis i pulmó (7,50%). Entre les dones, la principal causa de mort prematura és el tumor de mama (11,95%), seguit dels accidents de trànsit (8,57%) i, amb percentatges força similars (prop del 5%), de les malalties del cor i hipertensives i de la sida (gràfic 35).

Gràfic 35

Anys potencials de vida perduts*, per sexe i causes de mort.
Catalunya, 1989-1993



* Mitjana anual.

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

El baix nivell de mortalitat catalana podria encara disminuir si també ho fes la mortalitat per causes considerades sanitàriament evitables.

El baix nivell de mortalitat catalana encara podria descendir més, atesa la presència d'algunes causes de defunció que són considerades com evitables sanitàriament^{11,12}. Les 18 causes de defunció seleccionades com a evitables, entre les quals s'inclouen algunes de forta presència com ara el tumor maligne de tràquea, bronquis i pulmó, la cirrosi, els accidents de trànsit o la sida, han ocasionat 21.651 morts en el conjunt del quinquenni, tres quartes parts de les quals corresponen a homes. Algunes d'aquestes causes evitables, tot i la seva presència relativa molt baixa, tenen un impacte social important. Així, cal destacar que 14 dones han mort per complicacions lligades amb l'embaràs, el part o el puerperi; 60 persones per asma; i 20 per hèrnia abdominal, d'entre altres (taula 26).

Morts innecessàriament prematures i sanitàriament evitables. Catalunya, 1989-1993

Taula 26

Causa de defunció i grup d'edat	Homes		Dones	
	Defuncions*	Taxa**	Defuncions*	Taxa**
Tuberculosi (5-64)	201	1,63	39	0,32
Tumor de coll d'úter (15-64)	—	—	231	2,24
Tumor de cos d'úter (15-64)	—	—	374	3,62
Malaltia de Hodgkin (5-64)	86	0,70	39	0,32
Malaltia cardíaca reumàtica (5-44)	22	0,25	24	0,28
Malaltia de l'aparell respiratori (1-14)	20	0,76	20	0,81
Asma (5-44)	39	0,44	21	0,24
Apendicitis aguda (5-64)	3	0,02	1	0,01
Hèrnia abdominal (5-64)	9	0,07	11	0,09
Colelitiasi i colecistitis (5-64)	17	0,14	12	0,10
Malalties hipertensives (35-64)	1.791	33,17	891	15,90
Complicacions de l'embaràs, part, puerperi (totes les edats)	—	—	14	0,90
Malalties infeccioses (diverses edats)	2	0,02	2	0,02
Osteomielitis (1-64)	3	0,02	0	0,00
Tumors de tràquea, bronquis i pulmó (5-64)	4.489	36,43	356	2,91
Cirrosi i altres cròniques de fetge (15-74)	3.571	31,36	1.639	13,95
Accidents de trànsit amb vehicles de motor (totes les edats)	4.000	27,00	1.209	7,81
Sida (20-49)	2.085	32,13	430	6,65

* Nombre de defuncions acumulades en el quinquenni.

** Taxa anual per 100.000 habitants 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 Patrons de mortalitat per causa

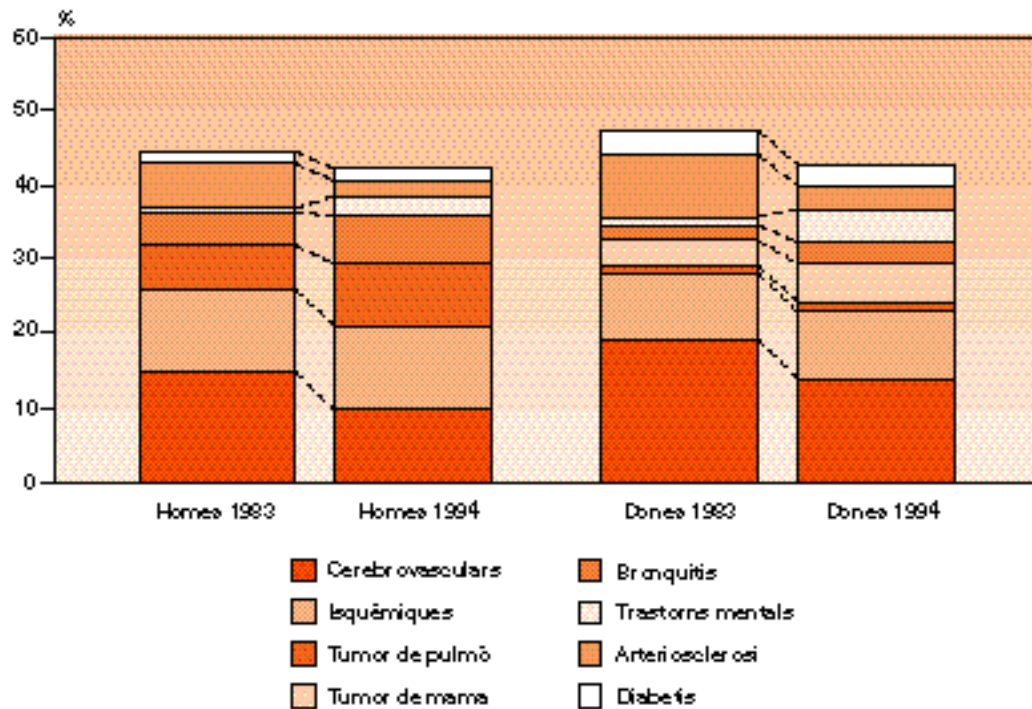
Evolució 1983-1994

L'evolució de les principals causes de mort en el darrer decenni es caracteritza pel manteniment de les malalties cerebrovasculars i les malalties isquèmiques del cor com les principals causes de defunció per a ambdós sexes, tot i que disminueix la seva incidència. D'entre les causes amb una major presència relativa, analitzada amb proporcions estandarditzades, destaca l'increment estadísticament significatiu dels tumors de tràquea, bronquis i pulmó, de la bronquitis, emfisema i asma, de la cirrosi i dels trastorns mentals, entre els homes; i del tumor de mama, dels trastorns mentals i del tumor de budell gros, entre les dones (gràfic 36).

Les principals causes de mort mantenen un fort pes relatiu tot i haver disminuït la seva incidència en el darrer decenni.

Gràfic 36

Canvis en les principals causes de mort, per sexe. Catalunya, 1983-1994



Mortalitat proporcional estandaritzada.

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

Altres causes de mort amb una menor presència relativa però amb importants canvis al llarg del decenni són les que es detallen a les taules 27 i 28. D'una banda, destaca la disminució de tot un seguit de malalties de l'aparell circulatori, la principal causa de mort, com ara el conjunt de malalties cerebrovasculars, l'arterioesclerosi, l'infart agut de miocardi, la disrítmia cardíaca, la insuficiència cardíaca i l'oclusió de les artèries cerebrals. D'entre els tumors, la segona causa de mort, la tendència és contraposada, mentre que els tumors d'estómac, el d'ossos, el de laringe i el de fetge disminueixen, d'altres, que ja tenen una presència relativa superior, continuen augmentant, com ara el tumor de budell gros, especialment el tumor de còlon, els de tràquea, bronquis i pulmó en els homes i el tumor de mama, entre les dones. Altres causes de mort cada cop més freqüents són els trastorns mentals, especialment les psicosis orgàniques senils, grup en què s'incorporen les demències senils i la malaltia d'Alzheimer. La sida i les malalties lligades al consum de drogues també augmenten la seva freqüència com a causa de mort.

Les psicosis orgàniques senils, la sida i les malalties lligades al consum de drogues han incrementat de forma important la seva presència.

**Canvis significatius de la taxa estandarditzada segons causes de mort.
Homes. Catalunya, 1983-1994**

Taula 27

Augmenten	Disminueixen
Tumor de budell gros	Tumor de l'aparell respiratori
Tumor de còlon	Tumor d'estómac
Tumors de tràquea, bronquis i pulmó	Tumor de laringe
Trastorns mentals	Tumor d'ossos
Psicosis orgàniques senils	Malalties isquèmiques del cor
Malalties del sistema nerviós	Infart agut de miocardi
Malalties dels vasos sanguinis	Malalties cerebrovasculars
Bronquitis, emfisema i asma	Oclusió d'artèries cerebrals
Malalties del sistema osteomuscular	Arterioesclerosi
Suïcidi	Infeccions respiratòries agudes
	Pneumònia
Sida	Gastritis
Malalties lligades a les drogues	Cirrosi
	Malalties del ronyó
	Malalties dels òrgans genitals masculins
	Caigudes accidentals
	Afeccions perinatals
	Disrítmia cardíaca
	Insuficiència cardíaca
	Bronquitis crònica
	Hemorràgia gastrointestinal

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

Taula 28

**Canvis significatius de la taxa estandarditzada segons causes de mort.
Dones. Catalunya, 1983-1994**

Augmenten	Disminueixen
Tumor de budell gros	Tumor d'estómac
Tumor de còlon	Tumor de fetge
Tumor de mama femenina	Tumor d'ossos
Trastorns mentals	Diabetis
Psicosis orgàniques senils	Malalties isquèmiques del cor
Malalties del sistema nerviós	Infart agut de miocardi
Malalties hipertensives	Malalties cerebrovasculars
Malalties del sistema osteomuscular	Oclusió artèries cerebrals
	Arterioesclerosi
Sida	Pneumònia
	Gastritis
	Cirrosi
	Caigudes accidentals
	Malaltia cardiopulmonar aguda
	Disrítmia cardíaca
	Bronquitis aguda
	Bronquitis crònica

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

Models per edat, 1989-1993

La diferent probabilitat de morir, per edats, és conseqüència d'una desigual incidència de la mortalitat per les diferents causes de mort segons l'edat. A grans trets, en el primer any de vida les causes de mort més importants són les afeccions perinatals i les anomalies congènites; a la infantesa, les causes externes i determinats tipus de tumors; entre els joves (15-24 anys) la més rellevant, i amb diferència, correspon a causes externes; entre els adults joves (25-44 anys) destaquen les causes externes, els tumors i les malalties de les glàndules endocrines; entre els adults (45-64 anys), els tumors i les malalties de l'aparell circulatori; i entre la població de 65 anys i més, les mateixes causes però en ordre invers en importància, les malalties de l'aparell circulatori i els tumors (taules 29 i 30).

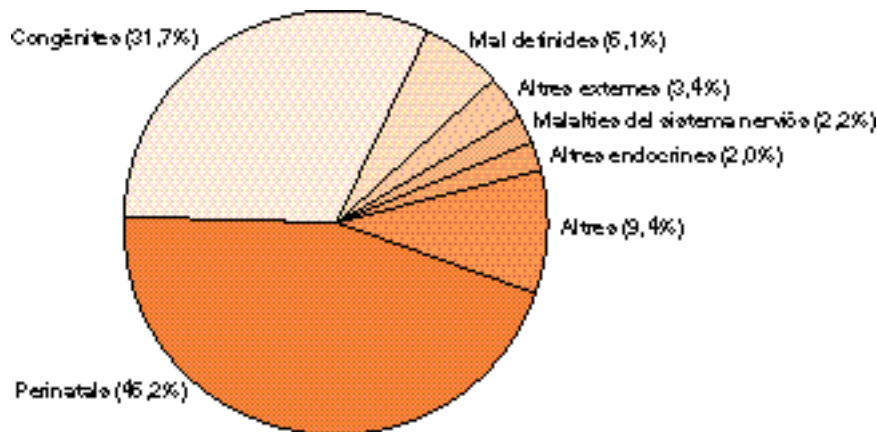
Mortalitat infantil (<1 any)

Les causes de mort que afecten els nens menors d'1 any són molt específiques d'aquestes edats. En destaquen dos grans grups, les afeccions perinatals i les anomalies congènites, que entre ambdues representen el 76,89% de les defuncions de menors d'1 any. El tercer gran grup de causes de mort són les causes mal definides, amb prop del 5% de les defuncions, seguit de les causes externes, de

les malalties de l'aparell respiratori i de les malalties de les glàndules endocrines (gràfic 37). En aquestes edats, si bé ja es denota una sobremortalitat masculina, no hi ha diferències segons la patologia que origina la mort.

Mortalitat infantil, per causes de mort. Catalunya, 1989-1993

Gràfic 37



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

Mortalitat dels nens (1-14 anys)

La mortalitat en aquest grup d'edat és la més baixa, amb una taxa del 22,46 per 100.000 habitants, superior en el nen (25,61 per 100.000) i inferior en les nenes (19,08 per 100.000). De les 1.147 defuncions acumulades en el quinquenni 1989-1993, les causes externes, especialment els accidents de trànsit i els ofegaments accidentals, suposen l'11,51% de les morts, seguides de les anomalies congènites, les malalties del sistema nerviós i determinats tipus de tumors (tumors cerebrals i leucèmies).

Mortalitat dels joves (15-24 anys)

El patró de mortalitat d'aquest grup d'edat està liderat per la mortalitat per causes externes, amb 2.502 defuncions al llarg del quinquenni, és a dir, una taxa específica de 50,07 defuncions per cada 100.000 joves i any. Dins d'aquest gran grup destaquen determinades causes específiques, especialment els accidents de trànsit amb vehicles de motor, que ja sumen 1.730 defuncions, els suïcidis (179 morts) i la mortalitat lligada al consum de drogues, amb 400 morts. La sida s'ha situat en el tercer lloc com a causa de mort entre les noies i en quart lloc entre els nois, i suma 400 defuncions en total.

Mortalitat dels adults-joves (25-44 anys)

El nombre de defuncions acumulades en aquest grup d'edat és de 9.409, amb un clar predomini de les defuncions masculines, amb 217,45 per 100.000 homes enfront de les 77,15 per 100.000 dones i any. En aquestes edats es combinen algunes causes de mort típiques d'edats més joves, com els accidents de trànsit, la sida i les derivades del consum de drogues, amb d'altres que comencen a prendre importància, però que són característiques d'edats més elevades, com ara el tumor de tràquea, bronquis i pulmó en els homes, el tumor de mama en les dones i algunes causes lligades a l'aparell circulatori en ambdós sexes. Cal destacar la molt més elevada mortalitat masculina entre les causes de mort més importants. Així, de les 2.195 morts causades per la sida al llarg del quinquenni, només 318 corresponen a dones, i de les 1.414 per accidents de trànsit, 262 corresponen a dones.

Mortalitat dels adults (45-64 anys)

De les 40.393 defuncions enregistrades al llarg del quinquenni 1989-1993, 28.271 corresponen a homes i 12.122, a dones, cosa que representa unes taxes específiques de 839,87 i 342,95 per 100.000 habitants i any, respectivament. Les causes de mort més importants són els tumors de tràquea, bronquis i pulmó, les malalties isquèmiques del cor, la cirrosi, les malalties cerebrovasculars i el tumor maligne de mama femení. Algunes causes de mort importants en edats joves perden pes en aquestes edats, tant en nombre absolut com relatiu. Així, al llarg del quinquenni, els accidents de trànsit van ocasionar 945 defuncions; la sida, 399 i les defuncions lligades al consum de drogues, 97.

Mortalitat de la gent gran (65-74 anys)

La mortalitat en aquest grup d'edat comença a ser més elevada, amb un total de 52.153 defuncions en el quinquenni, cosa que representa unes taxes de 2.891,46 i 1.365,60 per 100.000 habitants i any, homes i dones, respectivament. La mortalitat per causes es caracteritza per la presència amb un pes relatiu més baix d'algunes causes de mort freqüents en edats més joves (tumors de tràquea, bronquis i pulmó en els homes i tumor de mama en les dones) i el pes rellevant de dues causes que seran, amb diferència, les més importants en les edats més avançades: les malalties isquèmiques del cor i les malalties cerebrovasculars.

Mortalitat dels més vells (75 i més anys)

Aquest grup d'edat, com és lògic, és el de major nombre de defuncions, amb 146.081 defuncions acumulades al llarg del període, i el de més elevada mortalitat, amb unes taxes anuals de mortalitat de 9.618,64 per 100.000 homes i 7.435,99 per 100.000 dones. Les malalties cerebrovasculars, les malalties isquèmiques del cor, la bronquitis, l'emfisema i l'asma, els trastorns mentals i la diabetis són les causes de mort més freqüents.

**Principals causes de defunció, per 67 grups*. Homes.
 Catalunya, 1989-1993**

Taula 29

Edat	Tres primeres causes	Defuncions**	Taxes***	%
1-4	Anomalies congènites	44	7,55	19,30
	Malalties del sistema nerviós	24	4,12	10,53
	Ofegaments i submersions accidentals	18	3,09	7,89
5-14	Accidents de trànsit	69	3,35	15,37
	Leucèmia	43	2,09	9,58
	Anomalies congènites	41	1,99	9,13
15-24	Accidents de trànsit	1.408	54,82	45,10
	Drogues	315	12,26	10,09
	Sida	107	4,17	3,43
25-34	Sida	1.242	54,13	26,33
	Accidents de trànsit	733	31,95	15,54
	Drogues	627	27,33	13,29
35-44	Sida	572	28,14	12,19
	Accidents de trànsit	419	20,61	8,93
	Malalties isquèmiques	345	16,97	7,35
45-54	Tumor de pulmó	1.112	65,04	13,54
	Malalties isquèmiques	930	54,40	11,33
	Cirrosi	620	36,26	7,55
55-64	Tumor de pulmó	3.021	182,38	15,06
	Malalties isquèmiques	2.597	156,78	12,95
	Cirrosi	1.248	75,34	6,22
65-74	Malalties isquèmiques	4.447	394,57	13,65
	Tumor de pulmó	4.097	363,52	12,57
	Malalties cerebrovasculars	2.725	241,78	8,36
75-84	Malalties cerebrovasculars	5.551	1.052,59	13,95
	Malalties isquèmiques	4.772	904,02	11,99
	Bronquitis, emfisema, asma	3.577	677,63	8,99
85 i més	Malalties cerebrovasculars	3.497	3.138,43	16,11
	Malalties isquèmiques	2.012	1.805,69	9,27
	Bronquitis, emfisema, asma	1.833	1.645,05	8,45

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

** Nombre de defuncions acumulades en el quinquenni.

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

Taula 30

Principals causes de defunció, per 67 grups*. Dones. Catalunya, 1989-1993				
Edat	Tres primeres causes	Defuncions**	Taxes***	%
1-4	Anomalles congènites	41	7,56	24,40
	Malalties del sistema nerviós	15	2,76	8,93
	Accidents de trànsit	12	2,21	7,14
5-14	Accidents de trànsit	36	1,87	11,92
	Malalties del sistema nerviós	33	1,72	10,93
	Leucèmia	26	1,35	8,61
15-24	Accidents de trànsit	322	13,26	33,75
	Drogues	85	3,50	8,91
	Sida	45	1,85	4,72
25-34	Sida	314	13,74	21,49
	Accidents de trànsit	170	7,44	11,64
	Drogues	132	5,75	9,03
35-44	Tumor de mama	399	19,28	20,98
	Accidents de trànsit	92	4,44	4,84
	Malalties cerebrovasculars	92	4,44	4,84
45-54	Tumor de mama	756	43,76	21,40
	Cirrosi	187	10,82	5,29
	Malalties cerebrovasculars	185	10,71	5,24
55-64	Tumor de mama	1.205	66,69	14,03
	Malalties isquèmiques	565	31,27	6,58
	Malalties cerebrovasculars	535	29,61	6,23
65-74	Malalties cerebrovasculars	2.309	161,16	11,80
	Malalties isquèmiques	2.051	143,16	10,48
	Tumor de mama	1.225	85,50	6,26
75-84	Malalties cerebrovasculars	8.135	952,16	18,85
	Malalties isquèmiques	4.681	532,35	10,84
	Arterioesclerosi	1.899	215,97	4,40
85 i més	Malalties cerebrovasculars	8.234	3.188,13	19,88
	Malalties isquèmiques	4.000	1.548,76	9,66
	Arterioesclerosi	3.863	1.495,72	9,33

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

** Nombre de defuncions acumulades en el quinquenni.

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

2.1.4 Anàlisi territorial

Regions sanitàries

L'esperança de vida en néixer se situa prop dels 74 anys en els homes i per damunt dels 80 anys en les dones en totes les regions sanitàries (taula 31). La situació de les regions sanitàries no és la mateixa per a ambdós sexes, mentre que l'esperança de vida masculina més elevada se situa a les regions sanitàries Tortosa, Lleida i Girona, la femenina és més alta a Tortosa, Girona i Barcelona Ciutat. Contràriament, les esperances de vida més baixes corresponen a Barcelona Ciutat, Tarragona i Barcelonès Nord i Maresme, per als homes, i Tarragona, Centre i Costa de Ponent, per a les dones. La diferència entre sexes és força estable, a l'entorn dels 7 anys, mínima a les regions sanitàries Tortosa i Lleida, on no assoleixen els 6 anys, i màxima a Barcelona ciutat, on la diferència d'esperances de vida supera els 8 anys.

**Esperança de vida en néixer, per sexe i regions sanitàries.
Catalunya, 1989-1993**

Taula 31

	Homes	Dones	Diferència entre sexes
Lleida	75,42	81,37	5,95
Tarragona	73,43	80,48	7,05
Tortosa	76,44	81,70	5,26
Girona	74,57	81,69	7,12
Costa de Ponent	73,78	81,20	7,42
Barcelonès Nord i Maresme	73,75	81,45	7,70
Centre	74,27	80,95	6,68
Barcelona Ciutat	73,32	81,54	8,22
Catalunya	73,99	81,35	7,36

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

En els darrers anys, l'esperança de vida ha augmentat en quasi totes les regions sanitàries, encara que la principal característica és que els valors han tendit a convergir. En el període 1989-1990 Tortosa era la regió sanitària amb unes esperances de vida més elevades, 78,49 anys per als homes i 82,76 per a les dones, i Tarragona la que les tenia més baixes, 72,03 i 79,08 anys, respectivament. En el bienni 1992-1993, l'esperança de vida masculina més elevada corresponia a la Regió Sanitària Lleida (75,37 anys) i la més baixa a Barcelona Ciutat (73,44 anys). Per a les dones, el valor màxim és el de Barcelona Ciutat (82,03 anys) i el mínim el de Tortosa (80,44 anys).

La distribució per regions sanitàries de la incidència de la mortalitat, estimada a partir de taxes estandarditzades, no és igual per a homes que per a dones. Per als

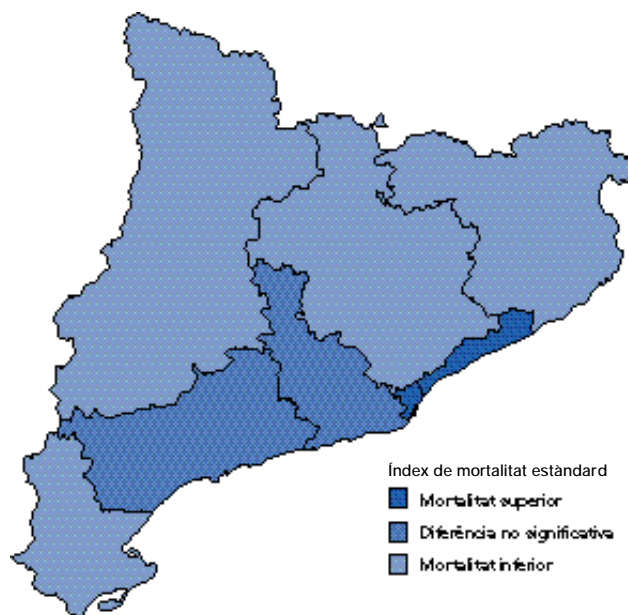
homes, són les regions sanitàries Tortosa i Lleida les que tenen una incidència més baixa de la mortalitat, i Barcelona Ciutat la més elevada, cosa que coincideix amb les esperances de vida en néixer. Per a les dones, la situació és totalment inversa: Barcelona Ciutat presenta la mortalitat més petita i les regions sanitàries Tortosa, Tarragona i Lleida la més elevada, fet que discrepa amb les esperances de vida, com a conseqüència d'una major variabilitat en les regions sanitàries amb menys població (gràfics 38 i 39).

La distribució de la mortalitat és força similar a totes les regions sanitàries.

La distribució de la mortalitat, per sexe i edat és força similar a la del conjunt de Catalunya i sense dissimilituds importants entre regions sanitàries. Potser cal destacar que la mortalitat infantil és més elevada a les regions sanitàries Lleida, Tortosa i Barcelona Ciutat, mentre que a Costa de Ponent i Centre la mortalitat infantil és inferior. A la resta d'edats, les diferències són menors (taula 32).

Gràfic 38

Mortalitat masculina, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993



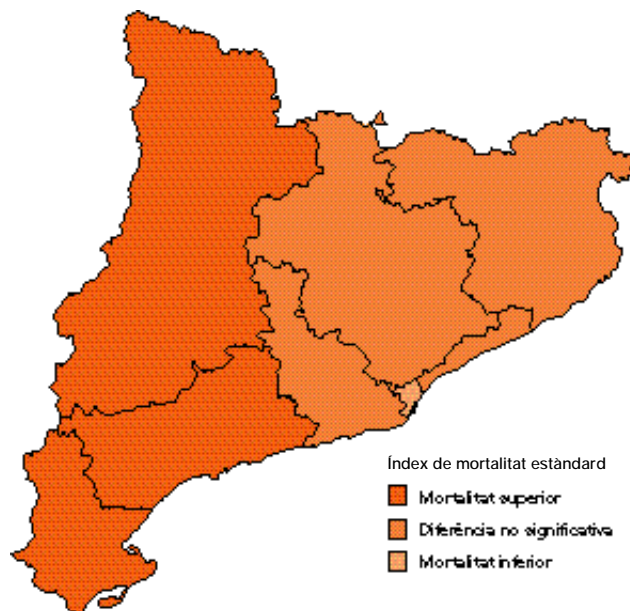
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Registre de mortalitat de Catalunya.

Les tres primeres causes de mort a totes les regions sanitàries són les malalties cerebrovasculares, les malalties isquèmiques del cor i el conjunt bronquitis, emfisema i asma.

Les malalties cerebrovasculares, les malalties isquèmiques del cor i el conjunt de la bronquitis, l'emfisema i l'asma són les tres primeres causes de mort a totes les regions sanitàries. Els nivells de mortalitat per aquestes causes de mort són superiors en aquelles regions sanitàries amb una estructura de població més envellida (Tortosa, Lleida i Barcelona Ciutat). Les següents causes de defunció són l'arterioesclerosi i els tumors de tràquea, bronquis i pulmó, en aquest ordre, a excepció de les regions sanitàries Tortosa i Girona on es presenten en ordre invers.

Mortalitat femenina, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993

Gràfic 39



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

**Taxes* de mortalitat, per grup d'edat i regions sanitàries.
Catalunya, 1989-1993**

Taula 32

	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa Ponent	Barcelonès N. i Maresme	Centre	Barcelona Ciutat
0	758,0	689,2	836,2	667,7	542,3	607,7	576,6	811,3
1-4	47,5	49,1	57,9	29,1	32,1	34,6	31,6	34,4
5-14	20,1	18,4	17,7	19,8	20,7	17,2	18,8	17,9
15-24	88,8	94,4	67,5	106,4	79,2	74,2	80,2	76,9
25-34	134,1	130,7	109,2	105,6	137,4	135,1	114,1	162,8
35-44	151,0	149,3	114,8	151,6	152,1	152,1	149,0	191,7
45-54	347,6	347,8	283,0	319,2	324,8	350,7	322,3	370,3
55-64	752,3	843,5	713,0	804,0	830,2	865,7	775,7	872,2
65-74	1.899,8	2.016,7	1.807,4	1.976,8	2.123,3	2.148,3	2.002,1	2.049,8
75-84	6.061,3	5.966,0	6.229,7	5.997,6	6.211,6	5.866,3	5.932,1	5.645,7
85 i més	17.696,5	18.171,1	17.990,8	17.175,9	17.131,6	16.331,7	17.319,5	16.685,1

* 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.

Les causes de mort amb una més elevada variabilitat territorial no són, en molts casos, les de major incidència. Així, cal destacar els trastorns mentals, els accidents de trànsit amb vehicles de motor, la sida i la cirrosi per a ambdós sexes. Específicament masculines, les causes de mort amb una distribució geogràfica més heterogènia són les malalties lligades al consum de drogues, els tumors de tràquea, bronquis i pulmó, el tumor d'estómac, el tumor de fetge i les malalties de la sang; mentre que per a les dones, destaquen com a més variables en el territori, les malalties hipertensives, les caigudes accidentals, les malalties cerebrovasculars, les infeccions respiratòries agudes i les malalties del sistema osteomuscular.

Les causes que afecten la gent jove i adulta són les que presenten una variabilitat territorial més elevada.

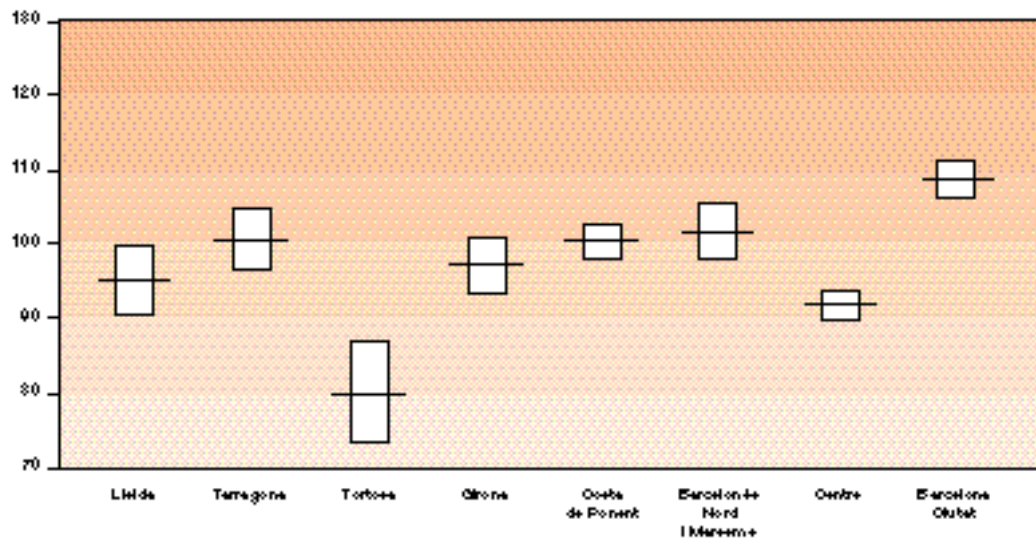
Les causes de mort amb major variabilitat geogràfica (trastorns mentals, accidents de trànsit, sida, cirrosi, mortalitat lligada al consum de drogues, tumors de tràquea, bronquis i pulmó i hipertensió) tenen una presència relativament poc important a les regions sanitàries Lleida, Girona i Tarragona, on només la mortalitat és superior a la del conjunt de Catalunya per accidents de trànsit. Les regions sanitàries Tortosa i Centre estan en una situació intermèdia, mortalitat inferior per a la major part d'aquestes causes de mort, però superior en accidents de trànsit i trastorns mentals. Finalment, aquestes causes amb major variabilitat geogràfica presenten nivells relativament elevats a Barcelona Ciutat, amb mortalitat superior en consum de drogues, sida, cirrosi, trastorns mentals, hipertensió i tumors de tràquea, bronquis i pulmó; a Costa de Ponent, amb major presència relativa de la hipertensió, els trastorns mentals, els tumors de tràquea, bronquis i pulmó i la cirrosi; i al Barcelonès Nord i Maresme, que comparativament té una mortalitat superior en tumors de tràquea, bronquis i pulmó, cirrosi, hipertensió i trastorns mentals.

Els APVP, és a dir, els anys que deixa de viure una persona que mor de manera prematura, es distribueixen de manera molt heterogènia per les regions sanitàries (gràfics 40 i 41). La Regió Sanitària Barcelona Ciutat té una mortalitat prematura superior a la del conjunt de Catalunya, tant en homes com en dones. Cal destacar, doncs, que si bé entre els homes la mortalitat general i la mortalitat prematura de Barcelona Ciutat és superior a la resta de les regions sanitàries, pel que fa a les dones, mentre que la mortalitat prematura és superior, no ho és la mortalitat general, cosa que vindria donada per una mortalitat relativament inferior a la del conjunt de Catalunya en les edats adultes i especialment en les elevades. Les causes que contribueixen de manera més destacada a la mortalitat prematura són, per a ambdós sexes, els tumors de tràquea, bronquis i pulmó, les malalties del cor i la hipertensió, la sida i les malalties relacionades amb el consum de drogues. En els homes també hi contribueixen el tumor de fetge, el tumor de pròstata, les malalties isquèmiques del cor i les malalties cerebrovasculars; i en les dones, el tumor de mama, la cirrosi i els suïcidis.

Els accidents de trànsit són no només una causa de mort amb un nombre elevat d'APVP sinó també una causa amb forta variabilitat territorial. Presenten un nombre superior d'APVP a les regions sanitàries Lleida, Tarragona i Girona per a ambdós sexes i Centre per als homes, mentre que a Costa de Ponent i a Barcelona Ciutat per a homes i dones i a Barcelonès Nord i Maresme per a homes, aquesta causa de mort és inferior respecte als anys potencials de vida perduts.

**Anys potencials de vida perduts, per regions sanitàries.
Homes. Catalunya, 1989-1993**

Gràfic 40

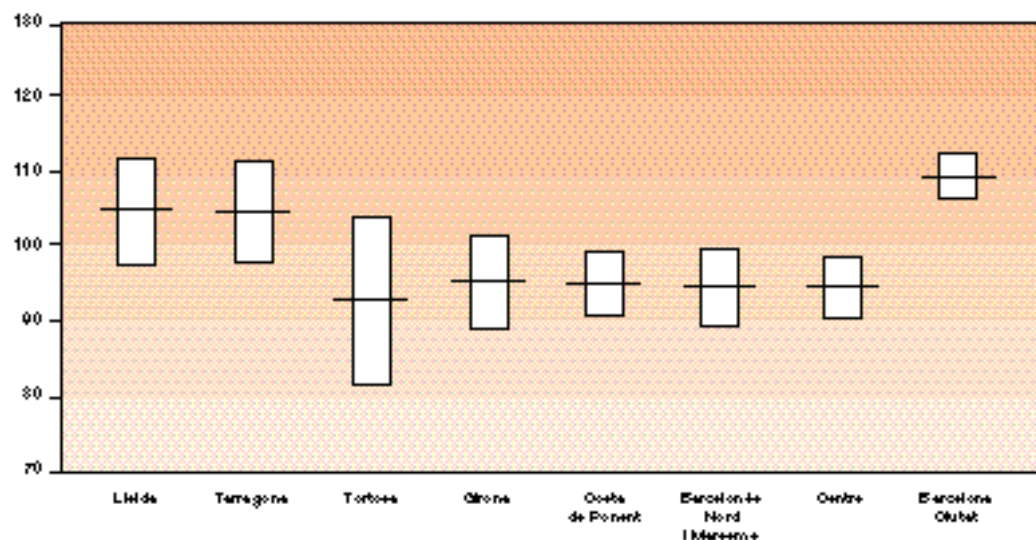


Raó d'APVP d'1 a 70 anys i interval de confiança 95%.

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

**Anys potencials de vida perduts, per regions sanitàries.
Dones. Catalunya, 1989-1993**

Gràfic 41



Raó d'APVP d'1 a 70 anys i interval de confiança 95%.

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

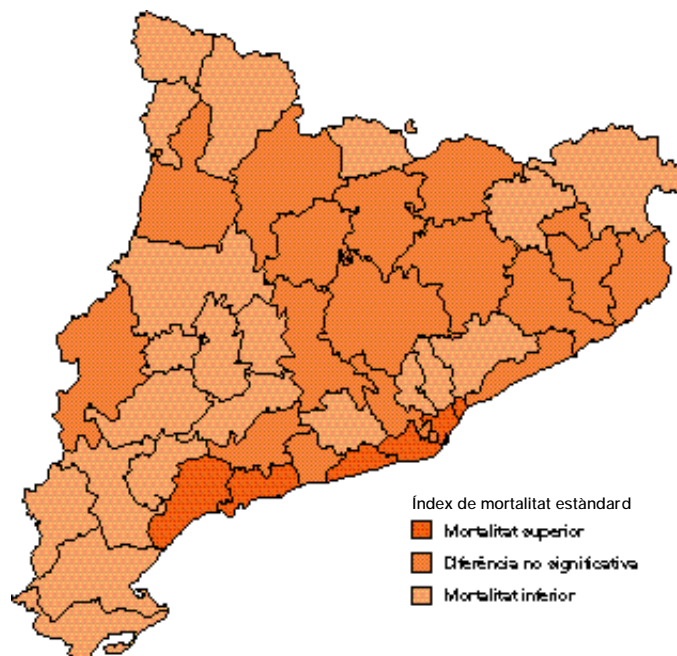
Sectors sanitaris

Catalunya està dividida en 55 sectors sanitaris³, tot i que la descripció d'aquest apartat només fa referència a 46 unitats territorials, ja que els 10 sectors que componen la ciutat de Barcelona han estat agrupats en una única unitat territorial. Les diferències territorials de mortalitat són més rellevants en els sectors sanitaris que en les regions sanitàries, ja que el fet de tractar-se de territoris més homogenis en les seves característiques socials i econòmiques els dóna una major homogeneïtat interna i un distanciament de la resta. Però, els sectors sanitaris tenen l'inconvenient de no arribar, en alguns casos, a la significació estadística dels seus resultats, perquè gairebé sempre s'hi analitzen un nombre petit de casos. Les diferències entre sectors sanitaris poden estudiar-se des de tres perspectives: les diferències en la incidència de la mortalitat general, per sexe i per causes de mort.

La Val d'Aran i l'Alta Ribagorça són els dos sectors sanitaris que presenten una situació més privilegiada amb una mortalitat inferior a la del conjunt de Catalunya per a ambdós sexes. Altres sectors amb una mortalitat relativament inferior per a un dels sexes són: les Garrigues, la Noguera, el Pla d'Urgell, la Segarra, l'Urgell, el Pallars Sobirà, la Conca de Barberà, el Priorat, la Ribera d'Ebre, la Terra Alta, el Baix Ebre, el Montsià, l'Alt Empordà, la Garrotxa, l'Alt Penedès, la Cerdanya, el Vallès Oriental, Terrassa i Sabadell per als homes; i el Baix Llobregat Font Santa, el Maresme i Barcelona Ciutat, per a les dones (gràfics 42 i 43).

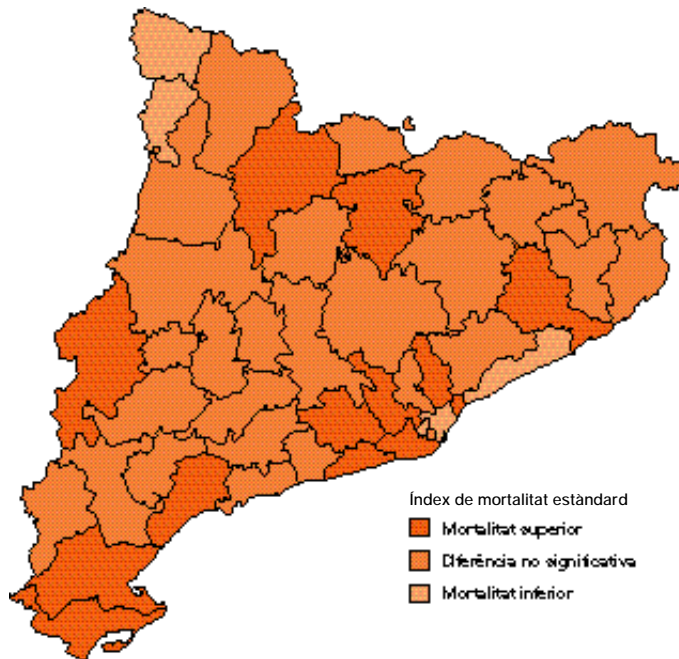
Gràfic 42

Mortalitat masculina, per sectors sanitaris. Catalunya, 1989-1993



Mortalitat femenina, per sectors sanitaris. Catalunya, 1989-1993

Gràfic 43



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

Dos sectors sanitaris es troben en la situació contrària, amb una mortalitat superior per a homes i dones respecte al conjunt de Catalunya. Aquests són els sectors sanitaris del Baix Llobregat Delta-Litoral i el Garraf, mentre que d'altres només tenen una mortalitat relativa superior en un dels sexes: el Barcelonès Nord i Barcelona Ciutat per als homes, i el Segrià, l'Alt Urgell, el Baix Camp, el Baix Ebre, l'Alt Penedès, el Berguedà i Sabadell per a les dones (gràfics 42 i 43).

Així, doncs, en quatre sectors sanitaris la situació d'ambdós sexes és antagònica. Per una banda, a Barcelona Ciutat les dones presenten una mortalitat inferior a la mitjana de Catalunya mentre que els homes se situen per damunt de la seva mitjana, i, per l'altra, als sectors del Baix Ebre, l'Alt Penedès i Sabadell són les dones les que tenen una mortalitat superior i els homes inferior.

Homes i dones presenten una distribució territorial de la mortalitat diferent. La mortalitat masculina té unes diferències geogràfiques més accentuades que la femenina, i es caracteritza per un nombre petit de sectors sanitaris amb una mortalitat relativament elevada i un bon nombre de sectors sanitaris amb una mortalitat significativament inferior al conjunt de Catalunya. La mortalitat femenina presenta una distribució de la mortalitat caracteritzada per una menor variabilitat geogràfica i un nombre més elevat de sectors sanitaris amb una mortalitat superior a la del conjunt de Catalunya.

Les causes de defunció amb una presència més elevada no són sempre les que comporten aquesta variabilitat territorial, en canvi s'observa que causes amb una

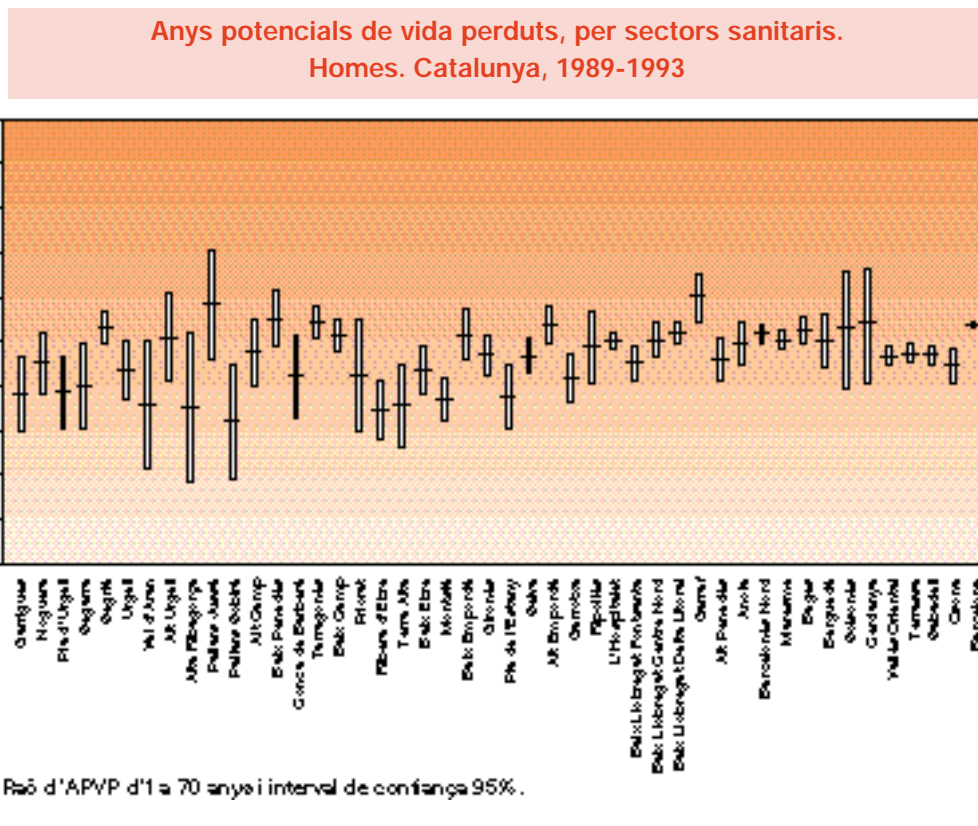
Les diferències territorials en els nivells de mortalitat són més petites entre les dones.

presència relativa baixa presenten una distribució geogràfica desigual que incideix en les diferències del conjunt. Entre els homes, les causes de mort que més afecten la variabilitat territorial són els tumors, especialment els respiratoris, el de fetge i el d'estómac; les malalties de les glàndules endocrines, on s'inclou la sida com a causa específica; els trastorns mentals i les malalties de l'aparell digestiu. Entre les dones, les causes de mort són unes altres: les malalties de l'aparell circulatori, on tenen un pes específic la variabilitat de les malalties isquèmiques del cor, de les malalties cerebrovasculars i de l'arterioesclerosi; els trastorns mentals, les malalties de l'aparell geniturinari i les malalties de la pell.

La ciutat de Barcelona en el seu conjunt i els sectors sanitaris del Garraf, per als homes, i del Baix Camp, per a les dones, tenen una mortalitat prematura superior.

Barcelona Ciutat presenta una mortalitat prematura superior per a ambdós sexes, acompanyada pel sector sanitari del Garraf en el cas dels homes i pel del Baix Camp en el cas de les dones. Amb un nombre inferior d'APVP respecte a Catalunya es troben els sectors sanitaris del Montsià, el Pla de l'Estany, el Baix Llobregat Font Santa i Terrassa, tant en homes com en dones. Altres sectors sanitaris només presenten una situació avantatjosa en un dels dos sexes. Així, a les Garrigues, el Pla d'Urgell, el Pallars Sobirà, la Ribera Ebre, la Terra Alta, el Baix Ebre, el Vallès Oriental, Sabadell i Osona la mortalitat prematura és menor a la mitjana de Catalunya per als homes, i a l'Alta Ribagorça i el Solsonès per a les dones (gràfics 44 i 45).

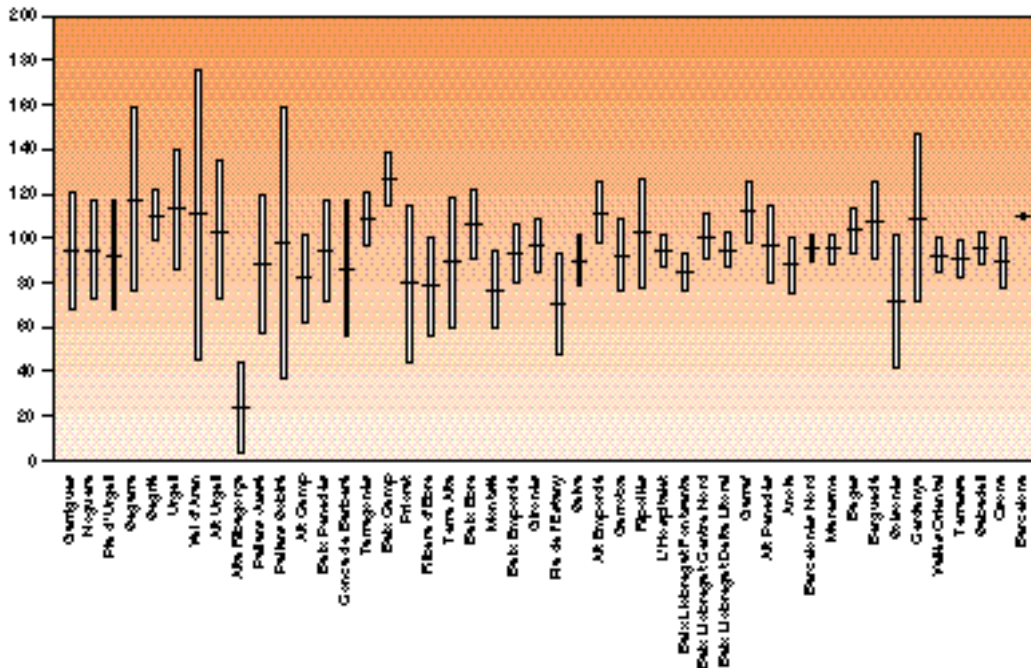
Gràfic 44



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

**Anys potencials de vida perduts, per sectors sanitaris.
Dones. Catalunya, 1989-1993**

Gràfic 45



Rang d'APVP d'1 a 70 anys i interval de confiança 95%.

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

Les malalties de les glàndules endocrines, entre les quals es troba la sida, i les malalties de l'aparell circulatori, i només en el cas de Barcelona els tumors, són les causes que contribueixen a una mortalitat prematura superior. Les causes que donen lloc a una mortalitat prematura inferior són les malalties relacionades amb l'aparell digestiu i les de les glàndules endocrines, per a homes i dones, els tumors i les malalties de l'aparell respiratori per als homes, i les causes externes per a les dones.

2.2 Morbiditat atesa als hospitals d'aguts

Per conèixer la morbiditat atesa als hospitals d'aguts de Catalunya es disposa del registre conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) que, per a l'any 1994, aplega informació sobre les altes de 78 hospitals d'aguts, 69 dels quals són de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Aquesta informació suposa el 100% de les altes de la XHUP i el 88% del total de les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya.

En el CMBDAH es van registrar, el 1994, un total de 624.196 altes, 610.811 de les quals corresponen a la població resident a Catalunya. Només tenint en compte les altes registrades al CMBDAH representaria una taxa d'hospitalització per al conjunt de Catalunya de 100,7 altes per 1.000 habitants.

Segons el CMBDAH, la taxa d'hospitalització de Catalunya és de 100,7 altes per 1.000 habitants.

La freqüentació hospitalària és superior en els homes que en les dones en totes les edats, excepte en l'etapa fèrtil de les dones, a causa de l'ingrés per a l'atenció al part.

La freqüentació hospitalària varia d'acord amb l'edat (gràfic 46). En els primers anys de vida presenta valors relativament elevats que disminueixen en les edats joves per anar augmentant progressivament a partir dels 25 anys. La freqüentació és superior en els homes que en les dones en totes les edats, excepte en l'etapa fèrtil de les dones, en la qual augmenta la freqüentació amb motiu de l'ingrés per a l'atenció al part.

Les malalties dels aparells digestiu, circulatori i respiratori, l'embaràs, el part i el puerperi i les lesions i emmetzinaments són els cinc grups diagnòstics més freqüents, els quals acumulen la meitat del total d'altres en hospitals d'aguts, registrades en el CMBDAH.

La distribució de les causes d'hospitalització mostra diferències importants segons el sexe (gràfic 47). Les taxes d'hospitalització dels homes són superiors a les de les dones en els diversos grups diagnòstics, excepte per les malalties de l'aparell genitourinari, les malalties del sistema nerviós i dels sentits, les malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu, les malalties endocrines i immunitàries i les malalties de la sang i òrgans hematopoètics. Les diferències més importants es troben en les malalties de l'aparell digestiu, les lesions i emmetzinaments, les malalties de l'aparell circulatori i, sobretot, les malalties de l'aparell respiratori, en les quals les taxes dels homes gairebé doblen les de les dones.

Segons l'edat varien les principals causes d'hospitalització (taules 33 i 34). En el primer any de vida, les afeccions perinatals representen més del 40% de les altres,

Taula 33

Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1994.				
	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa
<1	Perinatals (40,7%) t: 162,6	Respiratori (11,8%) t: 47,2	Codi V (9,7%) t: 38,8	Digestiu (8,7%) t: 34,6
1-4	Respiratori (28,6%) t: 32,1	Digestiu (15,0%) t: 16,9	Genitourinari (9,8%) t: 11,0	Lesions (8,4%) t: 9,5
5-14	Lesions (18,1%) t: 8,0	Genitourinari (14,2%) t: 6,3	Digestiu (12,7%) t: 5,6	Respiratori (11,8%) t: 5,2
15-24	Lesions (31,7%) t: 13,6	Digestiu (12,0%) t: 5,1	Locomotor (10,2%) t: 4,4	Respiratori (9,3%) t: 4,0
25-44	Lesions (17,1%) t: 9,6	Digestiu (17,0%) t: 9,5	Locomotor (11,0%) t: 6,1	Respiratori (8,0%) t: 4,5
45-64	Digestiu (18,2%) t: 20,6	Circulatori (15,7%) t: 17,7	Tumors (11,8%) t: 13,4	Respiratori (8,4%) t: 9,5
65-74	Circulatori (19,4%) t: 47,5	Tumors (14,5%) t: 35,7	Digestiu (14,3%) t: 35,1	Respiratori (12,5%) t: 30,6
75 i més	Circulatori (19,7%) t: 64,6	Respiratori (17,5%) t: 57,5	Digestiu (13,4%) t: 44,1	Tumors (12,1%) t: 39,6

%: percentatge respecte al total d'altres amb diagnòstic conegut registrades al CMBDAH per cada grup d'edat i sexe.

t: taxa d'hospitalització per 1.000 habitants de cada grup d'edat i sexe.

Principals causes d'hospitalització* segons grups diagnòstics, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1994

Taula 34

	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa
<1	Perinatals (43,7%) t: 144,0	Codi V (10,9%) t: 36,0	Respiratori (8,4%) t: 27,8	Simptomes mal definits (7,4%) t: 24,4
1-4	Respiratori (29,8%) t: 22,4	Digestiu (12,9%) t: 9,7	Infecioses (9,4%) t: 7,0	Simptomes mal definits (9,4%) t: 7,0
5-14	Respiratori (15,4%) t: 4,8	Digestiu (13,4%) t: 4,2	Lesions (13,3%) t: 4,1	Simptomes mal definits (10,6%) t: 3,3
15-24**	Digestiu (9,9%) t: 5,2	Lesions (9,2%) t: 4,8	Locomotor (7,4%) t: 3,9	Genitourinari (6,9%) t: 3,6
25-44***	Genitourinari (8,9%) t: 9,1	Codi V (6,4%) t: 6,5	Digestiu (5,9%) t: 6,0	Tumors (5,3%) t: 5,4
45-64	Tumors (13,5%) t: 11,8	Digestiu (13,1%) t: 11,5	Genitourinari (13,0%) t: 11,4	Locomotor (11,7%) t: 10,2
65-74	Circulatori (16,6%) t: 25,3	Digestiu (13,2%) t: 20,1	Nerviós/sentits (12,5%) t: 19,0	Tumors (10,8%) t: 16,5
75 i més	Circulatori (22,5%) t: 50,6	Lesions (13,4%) t: 30,2	Digestiu (12,5%) t: 28,1	Nerviós/sentits (11,3%) t: 25,4

* Exclòs el grup de complicacions d'embaràs, part i puerperi.

** Parts: 34,7%.

*** Parts: 49,0%.

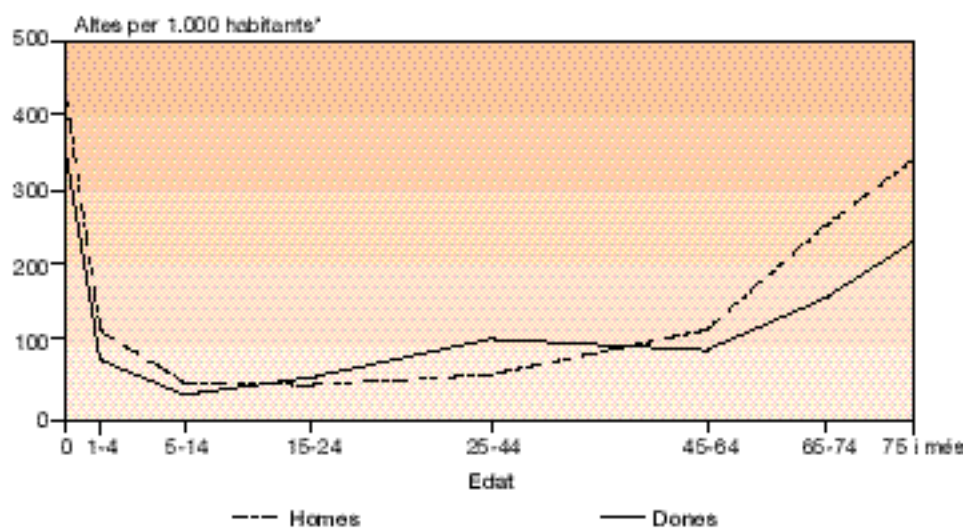
%: percentatge respecte al total d'altres amb diagnòstic conegut registrades al CMBDAH per cada grup d'edat i sexe.

t: taxa d'hospitalització per 1.000 habitants de cada grup d'edat i sexe.

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

Altes en hospitals d'aguts, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994

Gràfic 46

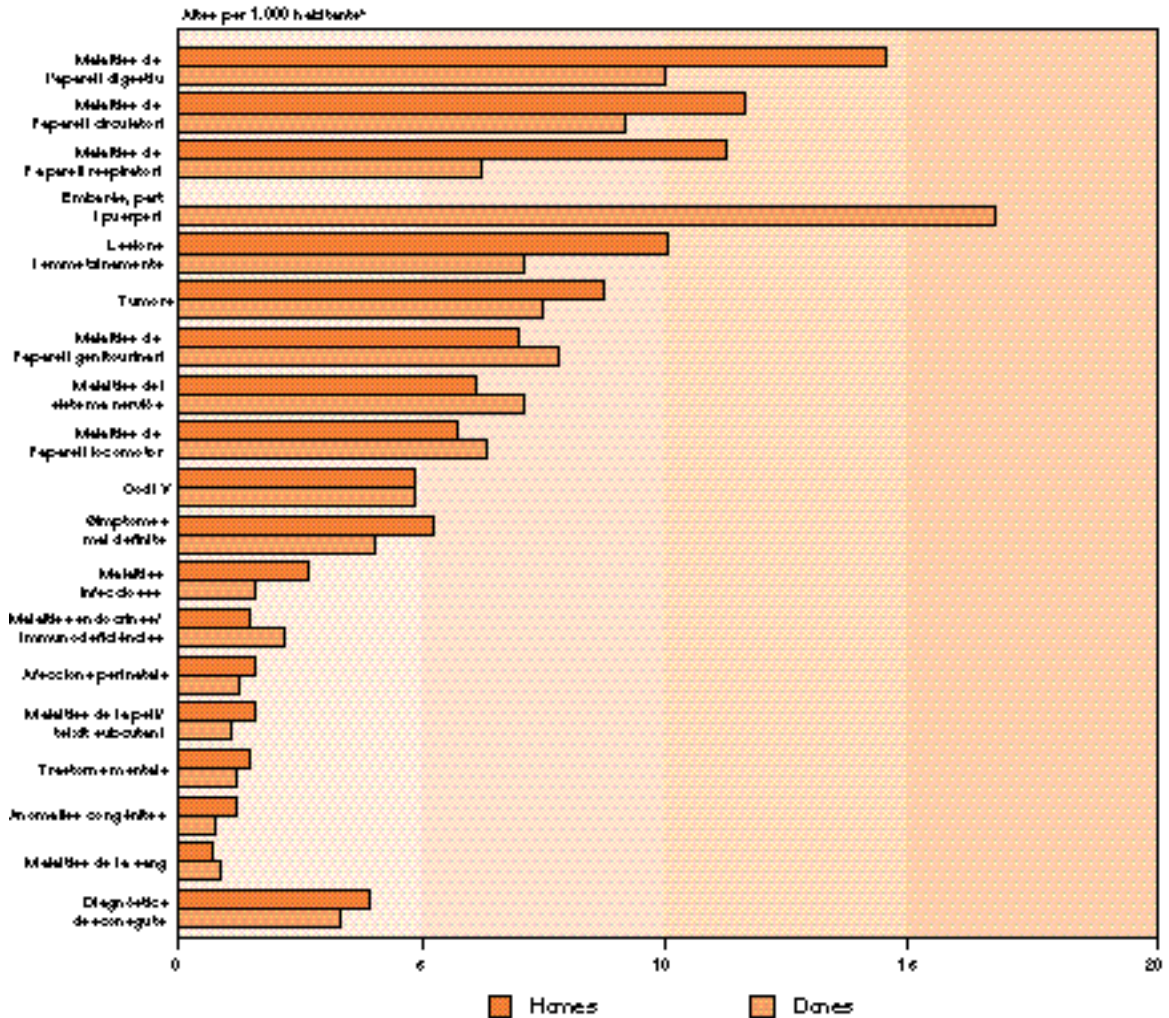


* Altes registrades al CMBDAH.

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

Gràfic 47

Altes en hospitals d'aguts, per sexe, segons els principals grups diagnòstics. Catalunya, 1994



* Altes registrades al CMBDAH.

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

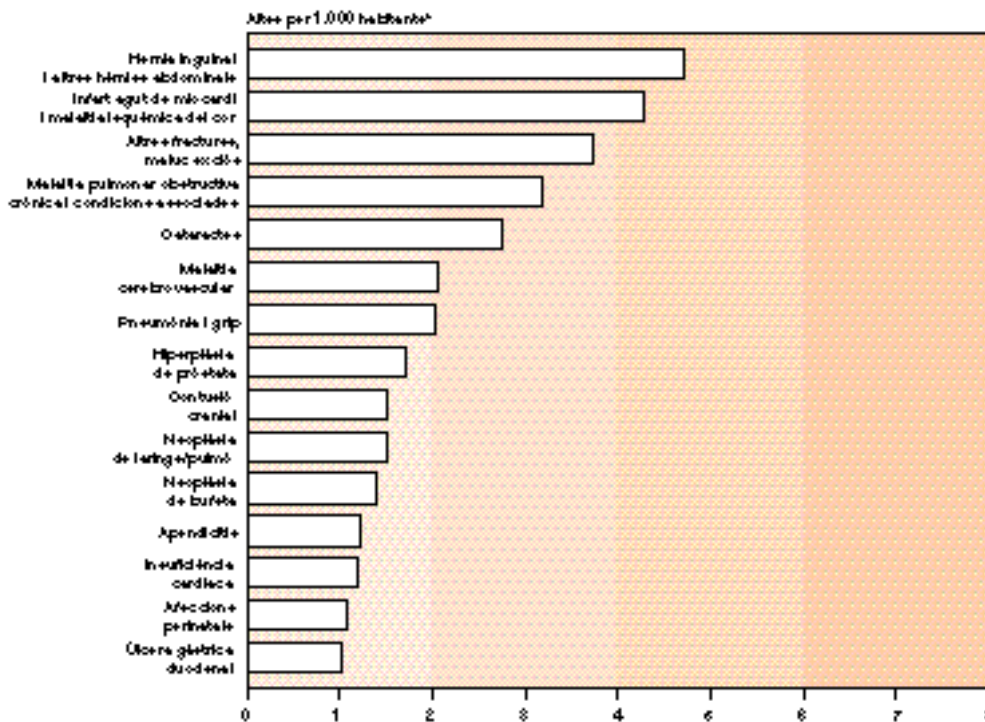
tant per als nens com per a les nenes. En el grup d'edat d'1 a 4 anys, les malalties de l'aparell respiratori són les més freqüents, seguides de les de l'aparell digestiu en ambdós sexes.

Les lesions i emmetzinaments passen a ser la primera causa d'hospitalització, seguides de les malalties de l'aparell genitourinari, en el grup d'edat de 5 a 14 anys en els nens, mentre que en les nenes es mantenen les malalties dels aparells respiratori i digestiu com a primeres causes.

En els grups d'edat de 15 a 24 i de 25 a 44 anys, en els homes, les lesions i emmetzinaments continuen sent la primera causa, seguida de les malalties de l'aparell digestiu. En les dones, el primer lloc l'ocupa l'embaràs, el part i el puerperi, seguit

Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics seleccionats de l'AH CPR. Homes. Catalunya, 1994

Gràfic 48



* Altres registrats al CMBDAH.

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

de les malalties de l'aparell digestiu, en el grup de 15 a 24 anys, i de les malalties de l'aparell genitourinari, en el de 25 a 44 anys.

En el grup d'edat de 45 a 64 anys, les malalties de l'aparell digestiu passen a ser la primera causa per als homes i la segona per a les dones, després dels tumors amb uns valors similars. En els homes les malalties de l'aparell circulatori se situen en el segon lloc, seguides dels tumors.

A partir dels 65 anys, tant en els homes com en les dones, la primera causa d'hospitalització són les malalties de l'aparell circulatori.

Les categories diagnòstiques proposades per l'Agència de Política i Recerca de l'Atenció Sanitària (AH CPR), del Departament de Serveis Sanitaris i Humans dels Estats Units, que agrupa els diagnòstics de la classificació internacional de malalties (CIM-9-MC), utilitzant sobretot un criteri clínic, permeten conèixer amb més detall les causes d'hospitalització. Amb l'anàlisi segons aquestes categories s'observa que per als homes, les principals causes d'hospitalització corresponen al grup de les hèrnia inguinal i abdominal, la malaltia isquèmica del cor i l'infart agut de miocardi, les fractures de la categoria "Altres fractures, maluc exclos", la malaltia pulmonar obstructiva crònica i les cataractes (gràfic 48). Per a les dones, el part normal i les complicacions del part i el puerperi són les causes més freqüents,

seguides de les cataractes, les "Altres fractures, maluc exclòs", i de les complicacions de l'embaràs (gràfic 49).

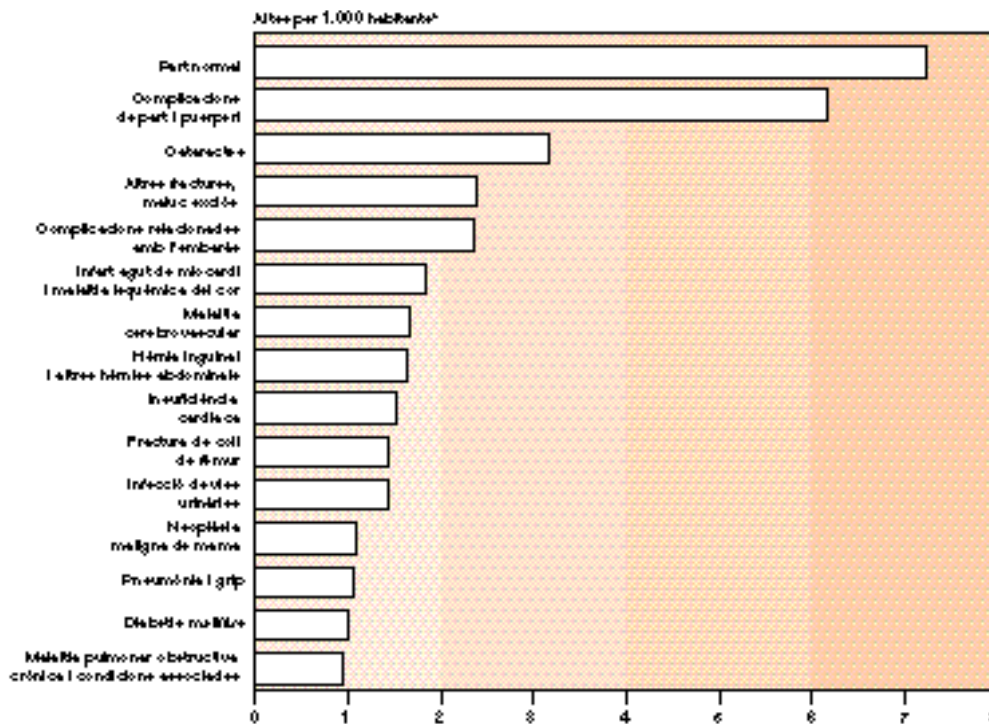
El CMBDAH recull fins a quatre procediments diagnòstics i/o terapèutics codificats amb la CIM-9-MC. El procediment principal és el procediment diagnòstic o terapèutic que es realitza durant l'ingrés d'un malalt i que està més directament relacionat amb el diagnòstic principal. Aquesta variable, l'any 1994, està informada en el 59% de les altes. Els cinc procediments principals són les operacions de l'aparell digestiu (16,8%), les operacions del sistema musculoesquelètic (15,5%), els procediments obstètrics (10,1%), les operacions d'ulls (7,1%) i les operacions dels òrgans genitals femenins (6,8%).

Utilitzant la classificació de procediments segons l'AH CPR, els més freqüents són els d'assistència al part, les operacions del cristal·lí, la reparació d'hèrnia inguinal i femoral, la colecistectomia i exploració de conductes biliars i l'operació cesària i extracció de fetus (gràfic 50). Aquests cinc procediments representen el 20% de les altes registrades en el CMBDAH que tenen informat el procediment.

L'any 1995 el total d'altes ha estat de 646.664, 615.247 de les quals corresponen a residents a Catalunya. Els perfils per sexe i grup d'edat, així com per diagnòstics i procediments, es mantenen molt estables respecte el 1994.

Gràfic 49

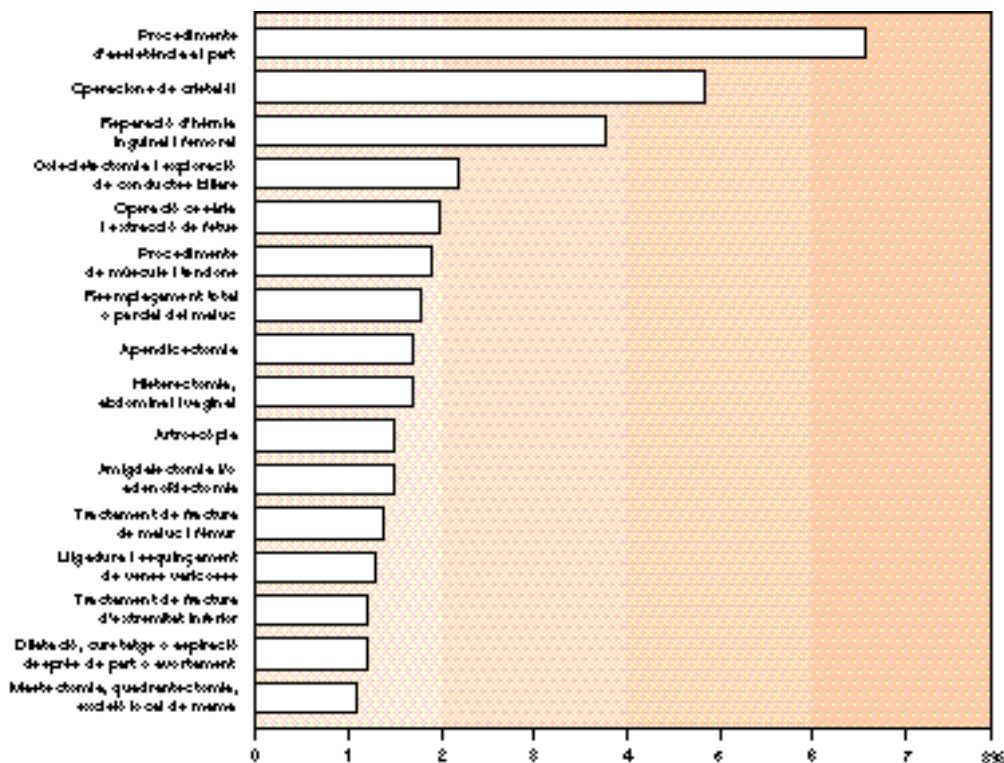
Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics seleccionats de l'AH CPR. Dones. Catalunya, 1994



* Altes registrades al CMBDAH.

Distribució de les altes en els hospitals d'aguts segons categories de procediments de l'AHCPR més freqüents*. Catalunya, 1994

Gràfic 50



* 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 i als hospitals psiquiàtrics

Actualment es disposa d'informació, a partir de diverses fonts i estudis específics, que permeten aproximar-se al coneixement de la morbiditat en relació amb els trastorns mentals de les persones ateses en els centres especialitzats de salut mental.

Pel que fa a l'atenció primària de salut mental, es disposa de dades sobre els pacients adults atesos en els centres de salut mental de la província de Barcelona. En el període 1990-1995, s'observa un augment important en el nombre de pacients atesos per trastorns relacionats amb les respostes patològiques a circumstàncies socials en sentit ampli, mentre que els trastorns mentals greus, com ara l'esquizofrènia, la psicosi o la paranoia, presenten un augment molt inferior (taula 35). El nombre de pacients atesos per trastorns afectius majors ha incrementat el 148%, per afectius el 114% i per ansietat el 119%. Per aquests tres diagnòstics, el nombre de pacients atesos ha passat de representar el 29% l'any 1990 al 40% l'any 1995.

S'observa un augment important en el nombre de pacients atesos per trastorns relacionats amb les respostes patològiques a circumstàncies socials, mentre que els trastorns mentals greus presenten un augment molt inferior.

Taula 35

Nombre de pacients atesos en centres de salut mental. Província de Barcelona, 1990-1995						
Diagnòstic	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Esquizofrènia	3.842	4.112	3.798	4.083	4.315	4.442
Psicosi	1.468	1.631	1.374	1.548	1.649	1.753
Paranoia	945	1.055	983	1.124	1.209	1.287
Trastorn afectiu major	2.164	2.525	2.850	3.789	4.735	5.365
Trastorn afectiu	4.083	4.523	4.662	6.212	7.366	8.753
Ansietat	3.733	4.011	4.350	5.558	6.828	8.173
Altres	17.979	18.913	13.121	16.943	21.628	26.397
Total	34.214	36.770	31.138	39.257	47.730	56.170

Font: Sistema d'informació de l'atenció primària de la Diputació de Barcelona.

Amb l'extensió del CMBDAH als hospitals psiquiàtrics de Catalunya, es disposa d'informació de les altes que es generen en aquests centres, les quals es complementen amb les dels hospitals d'aguts. L'any 1995 els hospitals psiquiàtrics han notificat un total de 8.393 altes i els hospitals d'aguts, 14.389 altes amb diagnòstic principal de malaltia mental.

El 56,4% de les altes dels hospitals psiquiàtrics corresponen a homes i el 43,6%, a dones. Per edats, el grup de 25 a 44 anys acumula el 53,4% de les altes i el de 45 a 64 anys, el 24,1%. El grup de menors de 25 anys representa el 13%, mentre que el de 65 anys o més, el 9,5%.

Els diagnòstics més freqüents en les altes notificades pels hospitals psiquiàtrics són els trastorns esquizofrènics, la depressió i els trastorns afectius, l'ansietat i els trastorns de personalitat, i els trastorns relacionats amb l'alcohol (taula 36).

Taula 36

Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics segons diagnòstic principal. Catalunya, 1995	
	Nombre d'altes
Trastorns orgànics i demències	243
Demències presenils	22
Trastorns relacionats amb l'alcohol	936
Trastorns esquizofrènics	2.872
Depressió i trastorns afectius	1.875
Ansietat i trastorns de la personalitat	1.023
Trastorns relacionats amb l'alimentació	22
Altres psiquiàtrics	1.400
Total	8.393

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

2.4 Característiques clíniques i funcionals dels pacients atesos als serveis socio-sanitaris

Es disposa d'informació sobre les característiques clíniques i funcionals dels pacients atesos en serveis socio-sanitaris d'internament a partir de l'enquesta de valoració multidimensional passada a tots els pacients que ocupaven una plaça socio-sanitària el mes de desembre de 1994.

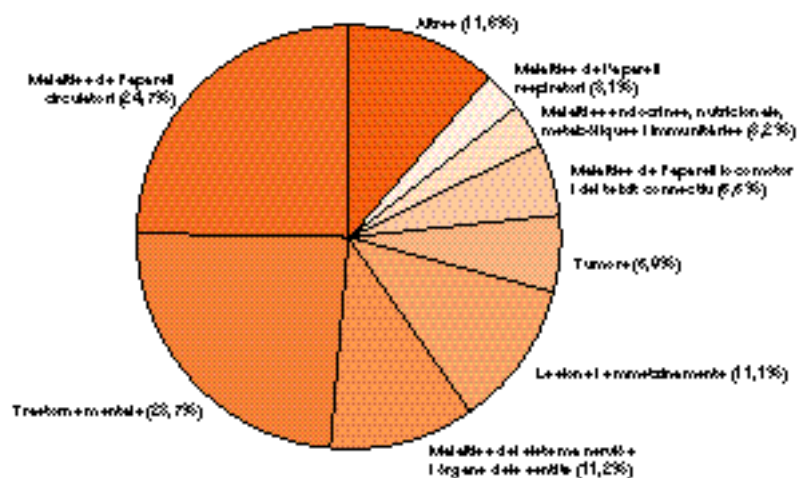
Van ser valorats un total de 4.742 pacients, el 83% dels quals ocupaven un llit tipificat administrativament com de llarga estada, el 12% de convalescència, el 4% de cures pal·liatives i l'1% d'atenció a pacients amb sida.

La població valorada era globalment molt anciana. El 86% dels pacients tenien més de 64 anys. Els pacients de 75 anys i més representaven el 65% del total de pacients i els de 85 anys i més, el 28%. Per sexes, la població internada era de predomini femení (66%).

Els diagnòstics principals informats més freqüentment (gràfic 51) foren, en primer lloc, els classificats sota l'epígraf de malalties de l'aparell circulatori, encapçalats per la malaltia cerebrovascular (18%). El segon grup per ordre de freqüència era el dels trastorns mentals, amb el predomini de la demència senil (17%) i les altres psicosis orgàniques senils i presenils (5%). A continuació figuraven, amb un pes similar, les lesions i els emmetzinaments, constituïdes fonamentalment per la fractura de fèmur (7%), i els trastorns degeneratius del sistema nerviós central, liderats per la malaltia d'Alzheimer (5%) i la malaltia de Parkinson (3%). Cal dir que, en aproximadament el 2% dels casos, el motiu inicial d'ingrés fou un diagnòstic de tipus social (manca d'habitatge i/o suport familiar).

Distribució dels pacients internats en els centres socio-sanitaris segons diagnòstic principal. Catalunya, 1994

Gràfic 51



Cal destacar la gran comorbiditat del col·lectiu de pacients internats en centres sociosanitaris.

A causa de la gran comorbiditat existent en el col·lectiu de pacients internats en centres sociosanitaris, és especialment convenient presentar, a més del diagnòstic principal, la prevalença dels diferents diagnòstics informats. Destaquen, en conjunt, els trastorns de tipus mental, en concret les demències, en el 35,6% dels residents diagnosticats (7,5% per malaltia d'Alzheimer). També entre aquests processos, els trastorns distímics eren informats amb una freqüència relativament important: la depressió en el 15,4% dels pacients i l'ansietat en el 13%. Entre els processos més prevalents es trobaven diverses malalties o trastorns derivats de malalties de l'aparell circulatori: la hipertensió arterial, diagnosticada en el 27,8% dels pacients, l'hemiplegia o hemiparèsia, en el 18,3%, els accidents cerebrovasculars, en el 14,9% i l'afàsia, en el 12%. Altres diagnòstics freqüents, relacionats amb l'aparell circulatori, eren la malaltia vascular perifèrica (16%) i les disrítmies cardíques (14%). Les artritis/artrosi estaven informades en el 28,9% dels pacients. Entre les malalties del sistema endocrí, destacava la diabetis *mellitus*, diagnosticada en el 18,3% dels pacients. D'altra banda, la tríada emfisema/asma/malaltia pulmonar obstructiva crònica estava present en el 16,5% dels casos. Finalment, cal destacar, entre les malalties informades amb una freqüència superior al 10%, l'anèmia, les cataractes i l'osteoporosi.

A fi de representar millor la intensitat en la comorbiditat dels pacients, es va construir un índex de comorbiditat, que consistia en la presència de cap, un o més dels diagnòstics informats amb més freqüència*. El 88,9% dels pacients presentaven un diagnòstic o més dels considerats; el 57,4% dels pacients presentaven dos diagnòstics o més; el 27,5%, tres diagnòstics o més i el 9,3%, quatre o més. En les freqüències de les diferents combinacions de dues malalties en un mateix pacient, destacava clarament l'associació hipertensió arterial-malaltia cerebrovascular, present en el 13,3% dels pacients, i l'associació malaltia cerebrovascular-demència (12,8%). En els pacients amb càncer, l'associació amb una altra de les malalties considerades es presentava amb una freqüència molt baixa.

Per avaluar el grau de deteriorament cognitiu, es va elaborar una escala de capacitat cognitiva**. El 58% dels pacients presentaven algun grau de deteriorament cognitiu i en el 41%, aquest era greu o molt greu.

La capacitat funcional física dels pacients estava freqüentment deteriorada, fet que es manifestava en la realització autònoma de les activitats bàsiques de la vida diària (AVD). El patró observat (gràfic 52) és típic de poblacions internades amb malalties cròniques invalidants i deteriorament cognitiu freqüent, segons el qual es perd autonomia de forma més tardana en les AVD més fisiològiques i que requere-

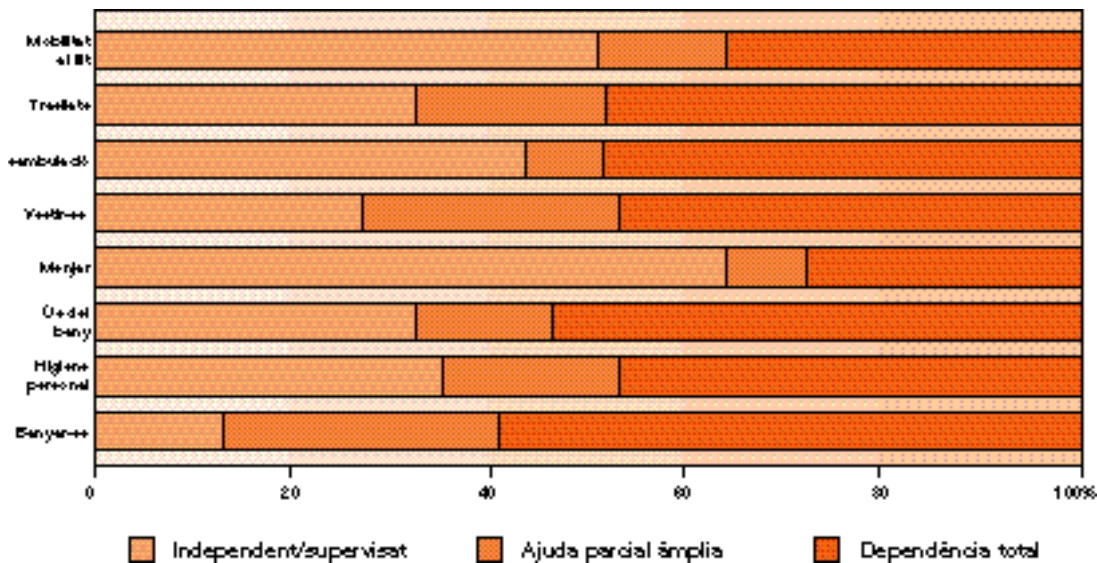
* Es van considerar els diagnòstics amb una freqüència superior al 15% (demència, hipertensió arterial, malaltia cerebrovascular, diabetis *mellitus*, malaltia vascular perifèrica, emfisema/asma/MPOC i artritis/artrosi) i es va incloure també el càncer, a causa de la seva importància com a malaltia crònica.

** Algoritme basat en la combinació de les respostes als ítems següents: presència de coma, problemes de memòria recent, capacitat per a la presa de decisions, capacitat per fer-se entendre i capacitat per alimentar-se de forma autònoma. Les puntuacions possibles anaven de 0 a 6 (a major grau de deteriorament, major puntuació de l'índex resultant).

reixen un grau baix d'elaboració, com ara menjar, caminar o moure's al llit. Per a d'altres AVD, com vestir-se o banyar-se, que es relacionen amb comportaments apresos i requereixen, per tant, per a la seva realització un bon estat de conservació de les facultats psíquiques, a més de les físiques, la capacitat de realitzar-les autònomament es perd amb més facilitat.

Realització de les activitats de la vida diària segons capacitat funcional dels pacients internats en centres sociosanitaris. Catalunya, 1994

Gràfic 52



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

2.5 Percepció de l'estat de salut i de la qualitat de vida

La informació sobre l'estat de salut percebut per la població ha estat fins ara una de les principals mancances respecte a la disponibilitat i l'anàlisi de dades sobre la situació de la salut a Catalunya. En aquest sentit, un dels principals objectius de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)¹³ consisteix a quantificar la percepció de l'estat de salut i dels problemes de salut de la població de les vuit regions sanitàries de Catalunya.

Segons les respostes de la mostra d'entrevistats per l'ESCA, representativa de la població catalana, el 7,1% dels individus declaren que la seva salut és excel·lent, el 68,7% declaren que la seva salut és bona o molt bona, el 19,9% creu que és regular i només el 4,3% considera que és dolenta. S'observa una pitjor percepció de l'estat de salut entre les dones, així com en el grup de majors de 64 anys.

El 12,1% consideren que el seu estat de salut, durant el darrer any, és millor o molt millor, mentre que l'11,1% creu que ha empitjorat.

L'ESCA ha permès quantificar la percepció de l'estat de salut i dels problemes de salut de la població.

El 75,8% dels individus declara que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona, i s'observa una pitjor percepció de l'estat de salut en les dones i en els majors de 64 anys.

Taula 37

Autopercepció de l'estat de salut. Catalunya, 1994					
Sexe i grup d'edat	Excel·lent (%)	Molt bona (%)	Bona (%)	Regular (%)	Dolenta
Homes					
0-14	19,6	30,3	45,9	3,7	0,5
15-44	7,8	20,0	61,6	9,8	0,9
45-64	3,5	10,3	56,1	25,4	4,6
65 i més	1,4	6,9	47,3	35,2	9,2
Total homes	7,9	17,5	55,4	16,2	2,9
Dones					
0-14	20,9	32,9	42,2	3,7	0,3
15-44	6,5	17,5	61,7	13,0	1,5
45-64	2,4	7,0	45,8	35,2	9,6
65 i més	1,2	4,4	36,6	44,8	13,1
Total dones	6,5	14,6	50,3	23,1	5,5
Total	7,1	16,0	52,7	19,8	4,3

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Un altre instrument de mesura de l'autopercepció de l'estat de salut aplicat en aquesta enquesta és el qüestionari EuroQol¹⁴ adaptat i validat al nostre entorn, que explora cinc dimensions de la qualitat de vida associades amb la salut: la mobilitat, la cura personal, el desenvolupament de les activitats quotidianes, la presència de dolor o malestar i la sensació d'ansietat o depressió. Els resultats mostren (gràfic 53) que el problema més prevalent és la presència de dolor o malestar, que afecta el 25,8% de la població major de 14 anys, seguit de l'ansietat/depressió (13,7%) i dels problemes de mobilitat (10,9%).

2.6 Restricció de l'activitat per motius de salut

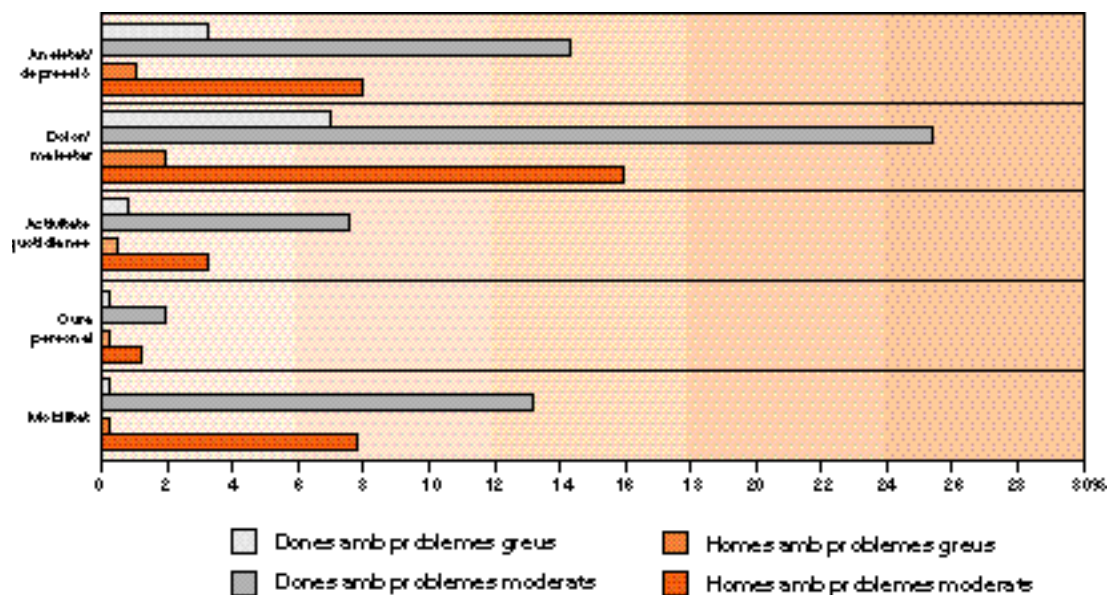
La restricció de les activitats laborals i domèstiques habituals és una de les conseqüències derivades de la presència de problemes de salut rellevants. El seu coneixement ens apropa, doncs, a la mesura de l'estat de salut.

A l'ESCA es recullen dades sobre aquest indicador, i es distingien tres nivells de restricció d'activitat: llit o hospitalització, limitació de l'activitat considerada principal (treball, estudi o feines de la llar) i limitació d'altres activitats habituals, sempre en el context dels 15 dies anteriors a la data de l'entrevista. A la taula 38 es presenten els principals resultats distribuïts per grups d'edat i sexe, on s'observa que el 12,1% de la població va restringir les seves activitats en qualsevol dels tres nivells, cosa que va afectar el 14,2% de les dones i el 9,7% dels homes. Per grup d'edat, les variacions són mínimes entre els homes, mentre que en les dones augmenta la declaració de restricció amb l'edat, fins arribar al 19,7% en les majors de 64 anys.

El 12,1% de la població va restringir les seves activitats els 15 dies anteriors a la data de l'entrevista per motius de salut.

Població major de 14 anys que declara tenir problemes amb les dimensions de qualitat de vida (EuroQol). Catalunya, 1994

Gràfic 53



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Població que declara restricció de les seves activitats els darrers 15 dies per motius de salut. Catalunya, 1994

Taula 38

Sexe i grup d'edat	Tot tipus de restricció (%)	Llit/hospital (%)
Homes		
0-14	10,0	4,4
15-44	9,0	4,4
45-64	10,0	6,4
65 i més	10,8	5,8
Total homes	9,7	5,1
Dones		
0-14	12,0	5,7
15-44	11,8	6,6
45-64	15,6	8,3
65 i més	19,7	9,6
Total dones	14,2	7,5
Total	12,1	6,3

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

El 7,5% de les dones i el 5,1% dels homes van fer llit en els darrers 15 dies, per un problema de salut, amb una mitjana de 4,32 jornades de durada.

Les causes de restricció més freqüentment declarades són la síndrome gripal (12,1%), les infeccions agudes de vies respiratòries altes (11,4%) i l'artrosi i similars (6,6%).

2.7 Problemes de salut crònics percebuts

Els problemes crònics de salut generen una important proporció de la demanda d'atenció sanitària a Catalunya i un gran impacte en termes econòmics i socials, que evoluciona de forma creixent amb l'envelliment de la població.

Mitjançant l'ESCA, es disposa d'informació sobre la prevalença percebuda de determinades afeccions potencialment cròniques.

El 62,6% de la població major de 14 anys declara patir o haver patit un o més problemes de salut crònics.

El 62,6% de la població major de 14 anys declara patir o haver patit un o més problemes de salut crònics. La distribució per sexes mostra una prevalença del 68,2% en les dones i del 56,0% en els homes. En la distribució segons grup d'edat, s'observa un clar increment de la freqüència de trastorns crònics a mesura que augmenta l'edat, amb diferències rellevants segons el sexe (taula 39). El 23,7% dels menors de 15 anys pateixen algun problema crònic de salut, segons la percepció dels seus pares o responsables.

L'ESCA recull informació sobre una sèrie de problemes crònics, a partir del coneixement anterior sobre els que poden ser més freqüents, que generen més consum de recursos sanitaris o estan relacionats amb objectius del Pla de salut de Catalunya (taula 40).

Taula 39

Nombre de trastorns crònics, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994						
Nombre	Homes (%)			Dones (%)		
	15-44	45-64	65 i més	15-44	45-64	65 i més
0	60,8	32,7	12,5	51,2	17,5	6,9
1	23,6	27,0	21,8	24,8	21,8	15,6
2	10,6	18,3	22,9	13,3	21,0	19,0
3	2,8	9,1	18,0	6,3	14,2	19,9
4	1,6	5,8	12,2	2,5	10,7	14,3
5 o més	0,6	7,0	12,7	1,9	14,8	24,1

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

2.8 Discapacitats

Les discapacitats, enteses com a restriccions funcionals que limiten la persona per dur a terme la seva activitat d'una manera considerada normal, representen l'impacte permanent que les anomalies i els problemes de salut generen sobre l'estat de salut individual i col·lectiu. Resulta, doncs, força interessant conèixer i mesurar la prevalença i les característiques de les discapacitats en la població de Catalunya. L'ESCA té entre els seus objectius oferir informació útil i vàlida sobre aquesta dimensió de la salut.

El qüestionari de l'ESCA assumeix el model conceptual de la classificació internacional de discapacitats, deficiències i minusvalideses¹⁵, que estableix una cadena

Freqüència de diferents trastorns crònics percebuts en els majors de 14 anys. Catalunya, 1994

Taula 40

	Percentatge
Pressió alta	16,4
Malalties del cor	6,6
Varices a les cames	15,7
Artrosi, reumatisme o mal d'esquena crònic	32,2
Al·lèrgies	14,0
Asma	4,7
Bronquitis crònica	6,7
Diabetis	4,8
Úlcera d'estómac o duodè	5,6
Molèsties urinàries	7,1
Colesterol elevat	10,1
Cataractes	5,3
Problemes crònics de pell	5,5
Restrenyiment crònic	8,7
Depressió/ansietat	11,0
Embòlia/feridura	1,6

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

de relació entre l'origen del problema de salut i les seves conseqüències socials. És a dir, la malaltia, deformitat o lesió ocasiona una disfunció (deficiència) en l'organisme, que provoca una limitació funcional a l'individu (discapacitat), i que alhora pot ser l'origen de la manca d'adaptació de la persona envers els seus rols socials (minusvalidesa).

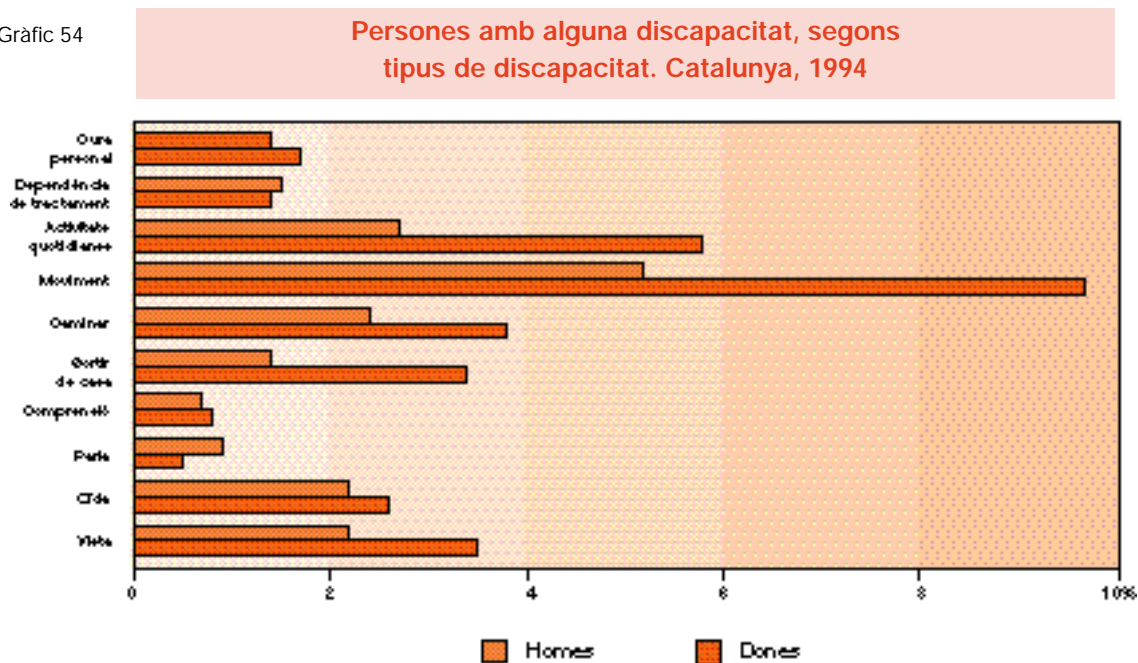
Els resultats de l'ESCA mostren que el 12% de la població manifesta tenir algun tipus de discapacitat (segons els criteris explicats al qüestionari). Per sexe, la freqüència és més alta en les dones, on afecta el 14,1%, mentre que en els homes la proporció és del 9,6%. Aquesta diferència de prevalença segons sexe és més accentuada en el grup de majors de 64 anys.

Patir algun tipus de discapacitat varia de manera important amb l'edat: així, la proporció de persones afectades augmenta del 2,1% en els menors de 15 anys, al 2,8 entre els 15 i els 44 anys, al 15,7 entre els 45 i els 64 anys i al 40,4% en els majors de 64 anys.

Segons el tipus de discapacitat declarada, el grup de limitacions més freqüent és el de les que afecten la mobilitat, seguides, amb diferència, de les limitacions greus de vista i oïda (gràfic 54).

El 12% de la població manifesta tenir algun tipus de discapacitat.

Gràfic 54



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

2.9 Esperança de vida sense incapacitat

L'esperança de vida sense incapacitat (EVSI) és un indicador global de salut poblacional que es basa en dades de mortalitat i de limitació funcional. Aquest és un indicador sintètic de situació que permet monitoritzar l'evolució del nivell de salut de la població, per la qual cosa és de molta utilitat en la planificació sanitària.

Un dels objectius de l'ESCA és disposar d'informació suficient per a la construcció d'aquest indicador, tant per al conjunt de la població catalana com per a les poblacions de cada regió sanitària. A partir de les dades sobre discapacitats recollides mitjançant l'ESCA i de les dades de mortalitat de l'any 1994², s'han elaborat les taules d'esperança de vida global i d'esperança de vida sense incapacitat¹⁶ per grup d'edat i sexe.

A la taula 41 es mostren, en anys, l'esperança de vida així com l'esperança de vida sense incapacitat, entesa aquesta darrera com "el temps sense incapacitat que les persones d'una edat determinada l'any 1994, poden esperar viure si les condicions de mortalitat i discapacitat d'aquell moment no canvien en el futur".

Per al conjunt de la població, l'any 1994 l'EVSI en néixer era de 67,57 anys, la qual cosa representa el 85,99% del temps d'expectativa de viure. La població catalana presenta una longevitat important, però part del temps que pot esperar viure serà en condicions de discapacitat més o menys greu. Tot i que la comparació amb anteriors càlculs d'aquest indicador és poc apropiada, a causa de diferències

L'esperança de vida sense incapacitat en néixer, l'any 1994, era de 67,57 anys.

metodològiques, cal remarcar que en relació amb els resultats d'un estudi¹⁷ elaborat sobre dades de l'any 1986, s'observa una clara millora: 63,87 anys d'EVSI global per a l'any 1986.

Esperança de vida i esperança de vida sense incapacitat, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994

Taula 41

	Homes		Dones	
	EV	EVSI	EV	EVSI
0-4	74,88	66,66	82,22	68,57
5-14	70,34	62,18	77,69	64,11
15-24	60,47	52,60	67,81	54,34
25-34	50,94	43,24	57,98	44,61
35-44	41,99	34,37	48,36	35,12
45-54	32,89	25,56	38,75	25,87
55-64	24,24	17,26	29,45	17,33
65-74	16,43	10,53	20,50	10,20
75-84	10,10	5,15	12,49	4,81
85 i més	5,68	1,79	6,68	1,31

EV: esperança de vida.

EVSI: esperança de vida sense incapacitat.

Font: Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat, Catalunya i regions sanitàries 1994. Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut.

El nombre d'anys sense incapacitat decreix progressivament amb l'edat. També s'aprecia una diferència considerable entre homes i dones. Tant l'EV com l'EVSI, en els grups d'edat més joves, són superiors per a les dones. En canvi, a partir dels 65 anys, tant els anys de vida sense incapacitat com la proporció sobre l'esperança de vida total és menor per a les dones que per als homes. És a dir, les dones viuen més anys però pateixen més discapacitats que els homes, de manera que el temps de vida "amb salut" és similar per a ambdós sexes.

Pel que fa als resultats per regió sanitària, s'aprecia una important variabilitat entre regions, més acusada quant a l'EVSI que en el cas de l'EV. Així, tot i que respecte a l'esperança de vida, la Regió Sanitària Girona és la més ben situada, quan es té en compte la discapacitat, la Regió Sanitària Barcelona Ciutat és la que presenta una millor situació. La Regió Sanitària Tortosa és la que presenta una situació relativament més negativa: té l'esperança de vida més baixa de Catalunya i els seus habitants gaudeixen d'una part més petita de temps lliure de discapacitat (taula 42).

Les dones viuen més anys però pateixen més discapacitats que els homes, de manera que el temps de vida "amb salut" és similar.

Taula 42

	Esperança de vida sense incapacitat, per grup d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1994				
	0-14	15-34	35-54	55-74	75 i més
Lleida	68,18	54,03	35,06	17,32	3,62
Tarragona	66,91	52,57	33,28	15,62	3,19
Tortosa	63,12	49,13	30,02	12,67	1,61
Girona	67,55	53,50	34,51	16,54	3,65
Costa de Ponent	67,95	53,83	34,32	16,66	4,40
Barcelonès Nord i Maresme	66,34	51,97	32,69	15,47	3,51
Centre	65,98	51,68	32,52	14,74	3,35
Barcelona Ciutat	70,14	55,87	36,29	17,99	4,32

Font: Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat, Catalunya i regions sanitàries 1994. Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població 1991. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, 1992.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, diversos anys.
3. Decret 114/1994, de 3 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1903, de 1994.
4. Cabré A. La reproducció de les generacions catalanes [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1989.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei d'Informació i Estudis. Taules de vida completes per sexe. Catalunya, 1975-1994. Barcelona, 1996. (No publicat.)
6. Conseil de l'Europe. Évolution démographique récente en Europe. Strasbourg: Conseil de l'Europe, 1994.
7. United Nations. Statistical Yearbook. New York: United Nations, 1994.
8. Chesnais JC. La sous-mortalité féminine. De la sociologie à la biologie. A: Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective. Colloqui internacional; 1996; Sinaia (Romania).
9. Rué M, Alegre A, Pérez G. La mortalitat a Catalunya: descripció i comparació per edat i sexe. Gac Sanit 1995; 9: 11-27.
10. Romeder JM, McWhinnie. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prémature. Rev Epidemiol Sante Publ 1978; 26: 99-115.
11. Holland WW, editor. European Community Atlas of "Avoidable deaths". 2nd edition. Vol 1. Commission of the European Communities Health Services Research Series No. 6. Oxford Medical Publications, 1991.
12. Gispert R. La mortalidad evitable: ¿Un indicador de calidad asistencial? Control de calidad asistencial 1992; 7: 1-7.
13. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
14. The EuroQol Group. EuroQol-A new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
15. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.

16. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat a Catalunya i regions sanitàries. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-21/95).

17. Gispert R, Forés M. L'esperança de vida sense incapacitat a Catalunya, 1986. Salut Catalunya 1991; 5: 53-8.

3. Els estils i les condicions de vida

Els estils i les condicions de vida són alguns dels determinants de la salut més importants d'una població. A Catalunya, igual que a la resta de països occidentals desenvolupats, en els quals els principals problemes de salut són les malalties cròniques i els accidents, la millora de l'expectativa de vida amb bona salut de la població depèn fonamentalment de mesures de l'àrea de la promoció de la salut i prevenció de la malaltia, és a dir, de les activitats preventives que s'adrecen a la població, tant si es despleguen sobre una base col·lectiva (programes d'informació i educació sanitària de la població, programes de vacunacions, cribratges poblacionals) com individual (vacunacions personalitzades, recerca activa de casos, consell educatiu) en el marc de la pràctica assistencial. D'aquí que la majoria d'activitats proposades en el *Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya* fossin en l'àrea de la medicina preventiva.

En el Pla de salut 1993-1995 es van analitzar, en aquest mateix apartat, els estils i les condicions de vida a partir de les diverses fonts d'informació i els estudis específics disponibles. Ara es pretén actualitzar aquesta informació utilitzant principalment l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA)¹ i l'Enquesta d'avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993².

3.1 Alimentació

Els hàbits alimentaris inadequats es relacionen amb nombroses malalties d'elevada prevalença i mortalitat en el nostre entorn, com són les malalties cardiovasculars, alguns càncers, l'obesitat, la diabetis *mellitus*, les malalties esquelètiques, el goll endèmic, l'anèmia, la càries dental, etc.

L'any 1986 es va analitzar, per primera vegada, els hàbits alimentaris de la població amb la primera enquesta d'hàbits i consum d'aliments a Catalunya.

Els anys 1992-1993 es va realitzar la segona enquesta de nutrició per conèixer no només el consum d'aliments, energia i nutrients a fi i efecte d'estudiar la tendència durant el període transcorregut, sinó també l'estat nutricional de la població catalana mitjançant indicadors antropomètrics i bioquímics.

L'actualització de la informació en relació amb els hàbits alimentaris i l'estat nutricional de la població permet destacar els aspectes següents:

- Pel que fa als hàbits i costums alimentaris, el nombre d'àpats diaris de la població es pot considerar adequat (mitjana de 3,8), amb una tendència a fer els àpats principals a casa.
- El consum d'aliments mostra les característiques típiques del patró mediterrani, amb un consum moderat de llet i acceptable de derivats làctics, un consum elevat de carn i peix, un consum baix de cereals, patates, llegums i fruits secs, i un elevat consum de fruita i verdura. Per regions sanitàries es reflecteixen patrons geogràfics ben diferenciats. Tortosa és la regió amb un patró de consum més

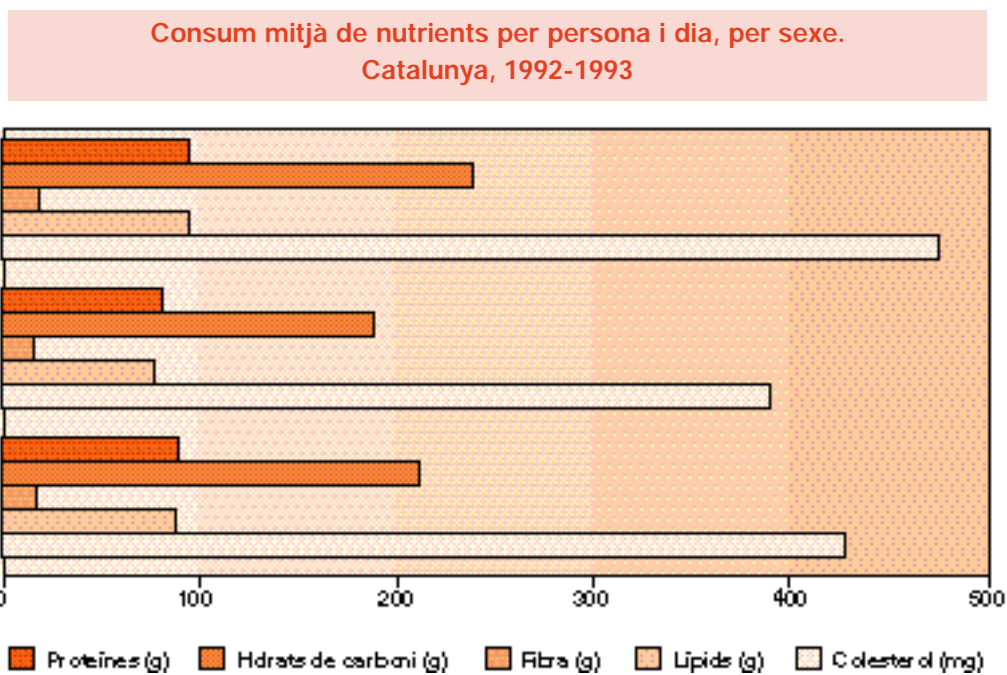
Els estils i les condicions de vida són determinants importants de la salut de la població.

Els hàbits alimentaris inadequats es relacionen amb malalties cardiovasculars, alguns càncers, l'obesitat o la diabetis *mellitus*.

saludable i mediterrani, amb un elevat consum de peix, fruita i verdura. Lleida destaca pel seu baix consum de làctics, fruita, cereals i peix, i un elevat consum de carn, vísceres i ous.

- El consum d'energia es pot considerar adequat en la població general i excessiu en els més joves. La distribució percentual energètica dels principis immediats revela que el 38,3% de l'energia procedeix dels greixos (el 12,9% àcids grassos saturats), el 18,3%, de proteïnes i el 42,1%, d'hidrats de carboni. El consum de greixos és de 86,4 g/dia; el de proteïnes, de 89,5 g/dia, i el d'hidrats de carboni, de 210,9 g/dia.
- Per regions sanitàries, Girona, Tarragona i Barcelonès Nord i Maresme destaquen per la seva major aportació calòrica, i Lleida pels majors percentatges d'energia procedent dels greixos.
- S'observa una disminució en el consum de calories, més important en dones, de lípids i d'hidrats de carboni, i un augment de proteïnes, en comparació amb les dades de consum de 1986. L'aportació de fibra passa de 15 g/dia a 17 g/dia (gràfic 55).

Gràfic 55



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993.

- El pa representa una font de calories important en la nostra alimentació.
- L'oli d'oliva és una font important de calories, àcids grassos saturats, monoinsaturats i poliinsaturats.
- Pel que fa al colesterol, les fonts més importants són els ous (27%), les carns (20%), els embotits (5%), el pollastre (9%), el peix (15%), la llet (5%), els derivats

làctics (6%) i els pastissos (8%). Pel que fa als àcids grassos saturats, són les carns i l'aviram (22%), els embotits (10%), els pastissos i dolços (10%), la llet (11%), els derivats làctics (15%), l'oli d'oliva (16%), els ous, les salses i altres greixos (11%) i d'altres (4%).

Pel que fa al risc d'ingestió inadequada o deficient i l'avaluació bioquímica, s'observen els aspectes següents:

- El consum de proteïnes és excessiu i convindria reduir-lo.
- Els minerals susceptibles de presentar problemes són el ferro i el calci.
- La riboflavina i les vitamines D i C estan per sota dels nivells de consum recomanats.
- El magnesi i el zinc presenten problemes en un percentatge important de la població.
- La ingesta de retinol, que es tradueix en un elevat percentatge de valors marginals (17%) pot ser un problema. També crida l'atenció el 5% de valors deficitaris de α -tocoferol i de vitamina C.

Pel que fa als coneixements i opinions de la població, un percentatge important desconeix els aliments que cal moderar per prevenir la hipercolesterolèmia. Es consideren les verdures i les hortalisses, el peix blanc, l'arròs i la mel com aliments molt saludables, seguit de la carn de vedella, els llegums i el peix blau. Els considerats menys saludables han estat la carn de porc, el vi, la mantega, l'ou i l'oli de blat de moro.

Per concloure es pot afirmar que els hàbits alimentaris i el consum d'energia i nutrients a Catalunya dibuixa un model de consum força favorable, propi dels països mediterranis, que cal conservar i recuperar en aquells sectors en què s'ha perdut. Malgrat això, cal mantenir i augmentar el consum de verdures, hortalisses i fruites, aspecte molt positiu de la dieta dels catalans, particularment en els més joves. Cal continuar utilitzant l'oli d'oliva com a greix d'elecció, tant en cru com per cuinar, i mantenir els trets tradicionals de la dieta mediterrània, recuperant plats, receptes i costums tradicionals.

Pel que fa als aspectes que s'han de corregir, cal disminuir el consum de carn, particularment de carn de vedella i embotits, i mantenir o augmentar el consum de peix. També cal disminuir l'aportació de proteïnes en el conjunt de la població, substituir parcialment el consum de llet i productes làctics sencers per llet i derivats làctics desnatats, i fomentar-ne el consum entre adults i ancians.

Per últim, cal recordar que la millor mesura de promoció de salut és gaudir de la dieta variada i completa que ens ofereix la nostra geografia i el nostre clima. No cal prendre suplementes vitamínics i minerals i només en alguns casos poden estar indicats sota la prescripció o el consell d'un facultatiu.

Els hàbits alimentaris i el consum d'energia i nutrients a Catalunya dibuixa un model de consum força favorable, propi dels països mediterranis.

3.2 Activitat física

És ben conegut l'efecte positiu que l'exercici físic regular produeix sobre les articulacions, el sobrepès i sobre els aspectes psicològics.

L'activitat física contribueix a la prevenció i el control de gran quantitat de malalties, entre les quals destaquen la hipertensió arterial, l'osteoporosi i la diabetis *mellitus*, entre d'altres. És ben conegut, també, l'efecte positiu que l'exercici físic regular produeix sobre les articulacions, el sobrepès i sobre els aspectes psicològics. L'evidència epidemiològica que la inactivitat física i la manca d'exercici estan relacionats amb molts trastorns i són causa de mortalitat i incapacitat en el nostre entorn, és cada dia més gran. Estudis longitudinals recents mostren que nivells alts de forma física disminueixen la mortalitat general ajustada per edat, especialment per malalties cardiovasculars i càncer³.

Pel que fa al grau d'activitat física desenvolupada habitualment per la població catalana major de 14 anys, un 22% és sedentària (24,4% en dones, 19,5% en homes).

El 47% de la població major de 14 anys declara estar asseguda la major part del dia o estar dreta però sense desplaçar-se. Solament el 7% declara fer una activitat habitual que requereix un esforç físic important, especialment els homes joves.

La majoria de la població major de 14 anys d'ambdós sexes declara que la seva activitat habitual no requereix un esforç físic important, però que es desplaça a peu freqüentment.

Taula 43

	Percepció del grau d'activitat física que desenvolupa habitualment la població*. Catalunya, 1994								
	Homes (%)			Dones (%)				Total (%)	
	15-44	45-64	>64	Homes	15-44	45-64	>64		Dones
Molt actius	15,7	1,3	0,3	8,8	3,4	0,2	0,4	1,8	5,1
Moderadament actius	12,5	11,9	0,4	10,3	3,4	2,8	0,8	2,7	6,2
Lleugerament actius	43,6	50,6	60,2	48,5	50,2	55,8	43,0	50,3	49,5
Mínimament actius	13,0	15,2	7,4	12,7	21,1	23,8	15,5	20,7	17,0
Sedentaris	15,0	20,9	31,4	19,5	21,9	17,5	40,3	24,4	22,1

* Percentatge sobre el total del grup d'edat i sexe.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

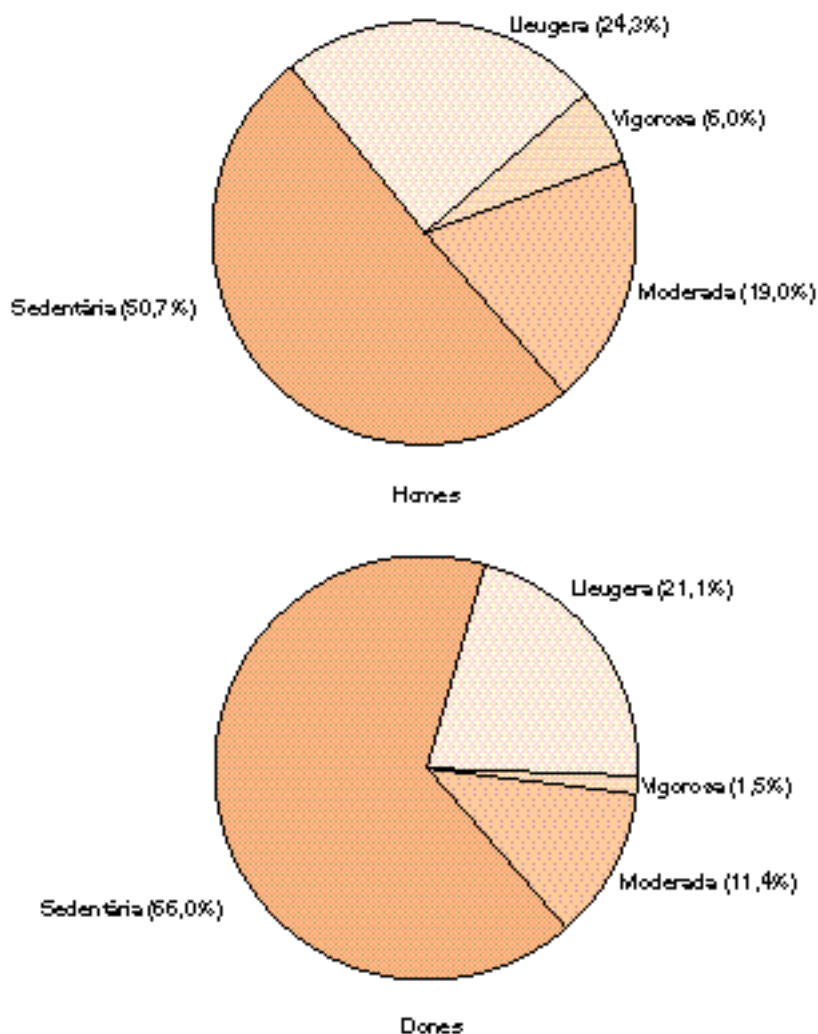
Només el 19% de la població entre 15 i 64 anys declara que la seva activitat física habitual és activa o molt activa.

Segons l'Enquesta d'avaluació de l'estat nutricional de la població catalana realitzada l'any 1992-1993, la prevalença d'activitat física sedentària o lleugera percebuda per la població entre 15 i 64 anys és del 58% (homes, 55%; dones, 61%). Només el 19% de la població declara que la seva activitat física habitual és activa o molt activa (homes, 27%; dones, 15%).

Pel que fa l'activitat física en temps de lleure, la major part de la població (59,1%) realitza predominantment activitats sedentàries, com ara llegir, veure la televisió i altres activitats que no requereixen cap tipus d'esforç físic.

Activitat física en temps de lleure. Catalunya, 1992-1993

Gràfic 56



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993.

El 77,3% de les persones d'entre 15 i 64 anys camina més de 30 minuts al dia. Les dones caminen més que els homes (dones, 80,7%; homes, 73,1%) i el percentatge de persones que caminen més de 30 minuts al dia augmenta amb l'edat. El grup d'edat que camina menys, tant en homes com en dones, és el que va dels 25 als 34 anys.

D'altra banda, la majoria de les persones (54,3%) considera la seva forma física normal, mentre que el 24,9% la considera bona o molt bona, el 18% la considera no gaire bona i només el 2,8% la considera dolenta o molt dolenta.

3.3 Excés de pes

En estudis de seguiment de grans grups de població, que han estat utilitzats per elaborar taules de pes i talla ideals, s'ha analitzat la relació entre el pes i la morbi-mortalitat. En aquests estudis s'observen quins són els patrons de mortalitat d'acord amb el pes, en una edat i sexe determinats. Així, doncs, s'ha observat una mortalitat menor en homes de 50 anys amb un índex de massa corporal (IMC) d'entre 19 i 27, i d'entre 19 i 25 en dones. A partir d'aquesta edat, progressivament, i en especial a partir dels 70 anys, l'excés de pes perd el seu valor pronòstic. Pel que fa a patologies específiques, les taxes de mortalitat per accidents cerebrovasculars, cardiopatia isquèmica, diabetis i càncer de còlon i mama augmenten progressivament a partir d'un IMC de 25.

Un dels objectius de l'estudi d'avaluació de l'estat nutricional de la població catalana², va ser relacionar els hàbits alimentaris amb altres estils de vida i factors de risc. Per aquest motiu, en el decurs del treball de camp, es va sol·licitar la col·laboració de les persones enquestades per tal d'obtenir un seguit de mesures antropomètriques com ara el pes i la talla, el perímetre de la cintura i el maluc, etc.

Per tal d'estimar la prevalença d'excés de pes i obesitat de la població catalana s'ha utilitzat l'IMC*. La prevalença d'obesitat (IMC \geq 30) ha estat superior en dones (13,5%) que en homes (8,5%). Si considerem l'excés de pes a partir d'un IMC de 25, la prevalença d'aquest índex ha estat del 46,6% en homes i del 39,5% en dones. La prevalença d'obesitat mòrbida ha estat del 0,1% en homes i de l'1% en dones.

Quant a l'anàlisi de l'evolució de la talla i el pes a Catalunya, en els últims anys s'ha pogut constatar que el valor mitjà més elevat de la talla en la població catalana ha estat en el grup d'edat de 20 a 24 anys, en què ha augmentat quasi 4 cm. En les dones, en el mateix grup d'edat, ha augmentat 2,4 cm. Els augments de talla es presenten en els grups d'edat més joves. El pes mitjà en homes s'ha modificat una mica, i s'ha detectat un augment en els de més de 60 anys, mentre que en les dones s'ha observat una disminució en el grup de 35 a 49 anys i un augment en les de més de 55 anys.

L'IMC de 1992 respecte al de 1983⁴ en els homes, disminueix en alguns grups d'edat dels 25 als 49 anys i augmenta a partir dels 60. En les dones la disminució comparativa de l'IMC és molt més pronunciada i es manifesta entre els 30 i els 40 anys (gràfics 57 i 58). La prevalença d'excés de pes (IMC d'entre 27 i 30 kg/m²) disminueix en els homes, especialment d'entre 35 i 44 anys, i en les dones d'entre 45 i 54 anys.

La prevalença d'excés de pes (IMC $>$ 25) a Catalunya és del 46,6% en homes i del 39,5% en dones.

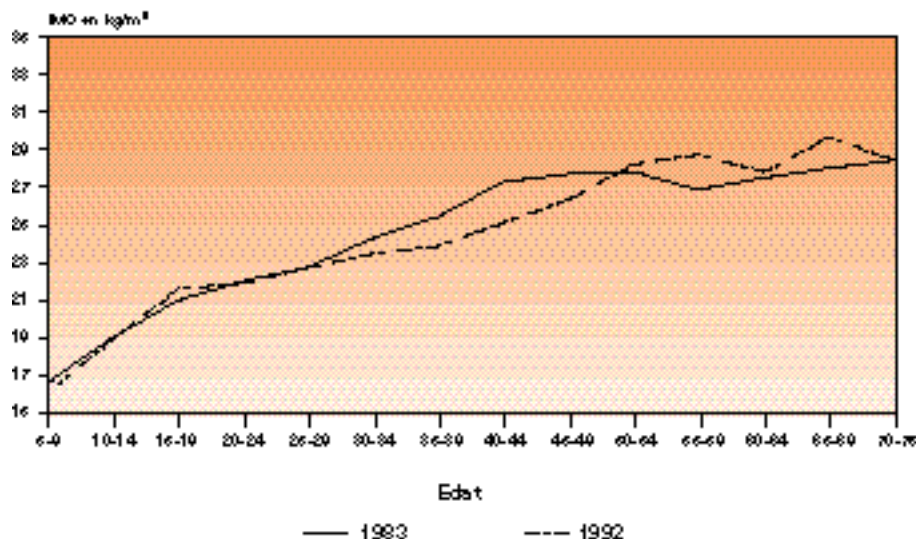
En els últims anys s'ha pogut constatar que el valor mitjà més elevat de la talla en la població catalana ha estat en el grup d'edat de 20 a 24 anys, en què ha augmentat quasi 4 cm.

* IMC d'entre 25 i 30 kg/m²: obesitat tipus I; IMC d'entre 30 i 40 kg/m²: obesitat definida o tipus II; IMC superior a 40 kg/m²: obesitat mòrbida o tipus III.

La prevalença d'excés de pes lleuger (IMC d'entre 25 i 27 kg/m²) augmenta en els homes i disminueix en les dones. La prevalença d'obesitat es manté estable, si bé en les dones es produeix una disminució més marcada en alguns grups d'edat.

**Evolució de l'índex de massa corporal segons edat.
Dones. Catalunya, 1983-1992**

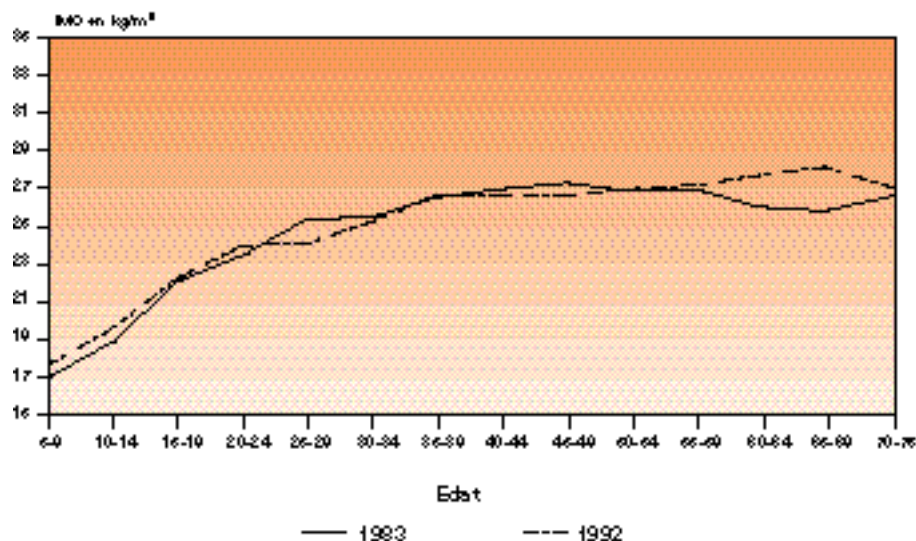
Gràfic 57



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993.

**Evolució de l'índex de massa corporal segons edat.
Homes. Catalunya, 1983-1992**

Gràfic 58



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana 1992-1993.

Malgrat la dificultat per comparar amb altres estudis, la prevalença d'obesitat i excés de pes a Catalunya és similar a la del País Basc i inferior a la de països de l'est d'Europa i d'alguns països mediterranis, però superior a l'obtinguda als països nòrdics.

Segons l'ESCA, el 15,2% (homes, 9,7%; dones, 18,6%) de la població major de 14 anys que declara seguir una dieta per motius de salut, ho fa per excés de pes (taula 44).

Taula 44

Seguiment d'una dieta o règim especial, de manera continuada, per motius de salut. Catalunya, 1994

	Homes (%)	Dones (%)	Total (%)
Dieta	15,8	21,5	18,9
Motius			
Excés de pes	9,7	18,6	15,2
Diabetis	24,0	19,9	21,4
Hipertensió	35,6	40,5	38,6
Colesterol	30,9	29,0	29,8
Àcid úric	9,1	2,1	4,8
Problemes digestius	13,0	14,8	14,1
Problemes de ronyó	3,8	3,6	3,7

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

3.4 Hàbit tabàquic

L'hàbit tabàquic és el factor de risc més important dels problemes de salut més prevalents.

El consum de tabac segueix constituint la primera causa de pèrdua de salut i de mort prematura i evitable en els països desenvolupats. L'hàbit tabàquic és un important factor de risc de gran nombre de malalties com ara la cardiopatia coronària, la malaltia vascular perifèrica, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, el càncer de pulmó, de laringe, de faringe, de la cavitat bucal, de l'esòfag, del pàncrees i de la bufeta urinària i de l'ulcus gàstric. El consum de tabac durant la gestació produeix també un retard en el creixement fetal i incrementa el risc de complicacions durant l'embaràs.

Pel que fa al fum del tabac en l'ambient, en els adults és un carcinogen pulmonar, a més de tenir efectes significatius sobre l'aparell respiratori del no fumador. En els infants es troba associat a un risc elevat d'infeccions de vies respiratòries baixes i asma.

L'hàbit tabàquic continua sent el factor de risc més important. És per això que la cessació o reducció de l'hàbit tabàquic és la principal mesura de prevenció per a la majoria dels problemes de salut més prevalents. Així, doncs, és la primera mesura recomanada pel Codi europeu contra el càncer⁵ pel que fa a adoptar estils de vida saludable, és una prioritat per al tractament del malalt respiratori crònic⁶ i

és un dels quatre trets fonamentals per a la reducció dels factors de risc cardiovascular recomanats a la Conferència Internacional sobre Salut Cardiovascular⁷ de l'any 1992.

A partir dels resultats obtinguts a l'ESCA, la prevalença de fumadors en la població general major de 14 anys és del 30,6% (35,3% entre 15 i 64 anys).

Prevalença* de l'hàbit tabàquic. Catalunya, 1994



Gràfic 59

* Fumadors diaris i fumadors ocasionals.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

El 39,4% dels homes i el 18,6% de les dones més grans de 14 anys són fumadors/ores diaris; el 23,8% dels homes i el 6,8% de les dones són exfumadors/ores i el 33,8% dels homes i el 72,5% de les dones són no fumadors/ores. A partir dels 25 anys, a mesura que augmenta l'edat disminueix el consum de tabac i aquesta disminució és més important en les dones. Així com dels 15 als 24 anys el percentatge de fumadors/ores és similar entre homes i dones (el 38,5% dels homes i el 33,7% de les dones), en els altres grups d'edat, i sobretot a partir dels 35 anys, els homes fumen molt més. En tots dos sexes, el grup d'edat amb més percentatge de consum és el de 25 a 34 anys (el 54,8% dels homes i el 40,8% de les dones).

En l'anàlisi de l'evolució de l'hàbit tabàquic a Catalunya des de 1982, les dades de l'ESCA han permès confirmar la tendència decreixent en el consum de tabac (taula 45).

El percentatge més elevat de consum de tabac correspon al grup d'edat de 25 a 34 anys, per ambdós sexes.

Taula 45

**Evolució de la prevalença* de l'hàbit tabàquic (entre 15-64 anys).
Catalunya, 1982-1994**

	1982	1986	1990	1994	Variació (%) 1994-1982
Homes	58,3	57,6	49,7	46,3	-20,8
Dones	20,0	23,4	25,7	25,6	27,5
Total	37,9	40,4	36,7	35,3	-6,9

* Fumadors diaris i fumadors ocasionals.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1982,1986,1990.

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Les conclusions de l'anàlisi de l'evolució de l'hàbit tabàquic a Catalunya entre els anys 1982 i 1994 són:

- La prevalença de l'hàbit tabàquic a Catalunya segueix sent elevada en comparació amb la d'altres països del nostre entorn.
- Amb les dades de l'ESCA, es confirma una estabilització de la prevalença de l'hàbit tabàquic, amb tendència al decreixement.
- Per sexes es confirma la tendència decreixent en els homes i creixent en les dones.
- Per grups d'edat, el decreixement percentual més acusat ha estat en els joves d'ambdós sexes. Per contra, l'increment més rellevant s'ha donat en les dones de 25 a 45 anys.
- La disminució en la prevalença de l'hàbit tabàquic en el grup d'entre 15 i 24 anys en ambdós sexes pot ser atribuït a les accions informatives, educatives i legislatives dirigides a la població jove que s'està duent a terme des de fa alguns anys.

Per regions sanitàries, destaca una proporció més alta de fumadores a les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelona Ciutat, i inferior a Girona. Pel que fa als homes es troba una prevalença superior a la Regió Sanitària Tortosa, si bé només a Lleida i Girona són inferiors a les de Catalunya (gràfic 60).

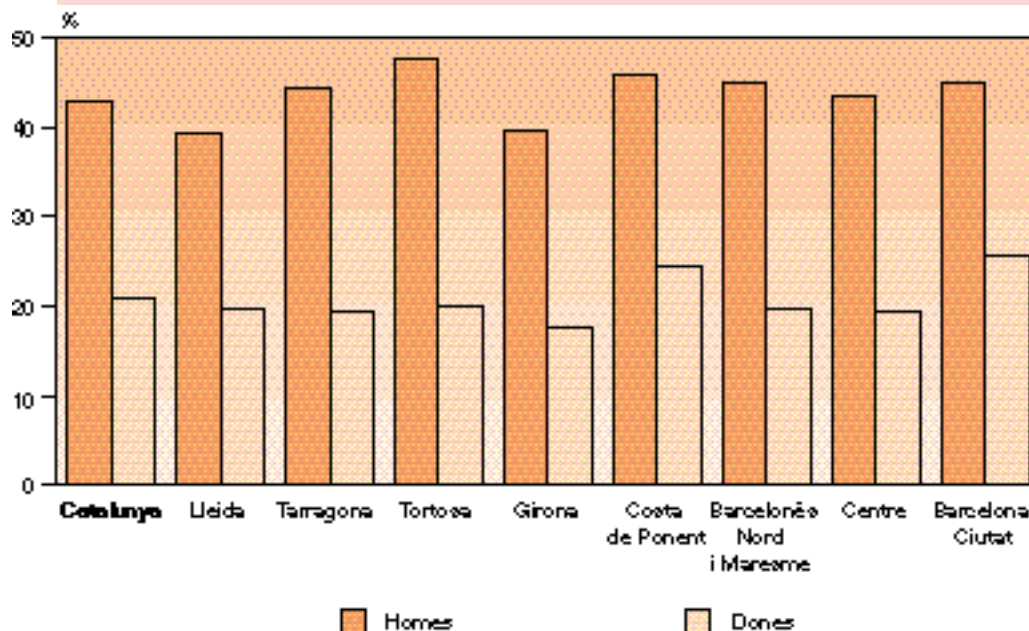
Pel que fa a l'hàbit tabàquic entre els col·lectius exemplars de l'àmbit sanitari (gràfic 61), la prevalença de fumadors en els metges/metgesses és del 31,3%, en el personal d'infermeria del 40,5% i del 30,6% en els farmacèutics/farmacèutiques.

L'evolució de l'hàbit tabàquic en els professionals sanitaris indica una disminució de les prevalences en tots els professionals, especialment entre els metges.

La prevalença de fumadors entre els professionals sanitaris és elevat, si bé l'evolució de l'hàbit tabàquic en aquest col·lectiu indica una disminució de les prevalences en tots els professionals.

Prevalença* de l'hàbit tabàquic, per regions sanitàries. Catalunya, 1994

Gràfic 60

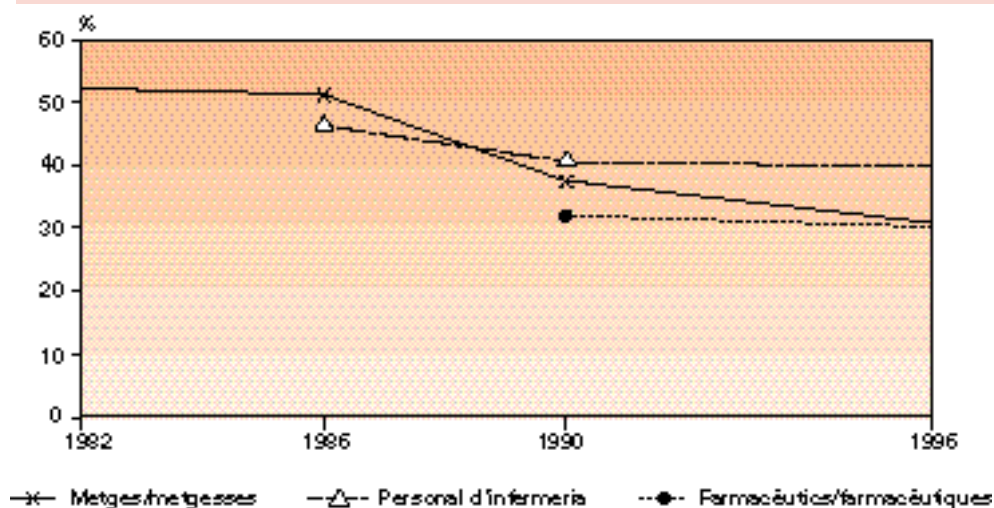


* Fumadors diaris i fumadors ocasionals.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Evolució de l'hàbit tabàquic dels professionals sanitaris. Catalunya, 1982-1996

Gràfic 61



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum de tabac, alcohol i drogues 1982, 1986, 1990. Enquesta de l'hàbit tabàquic en professionals sanitaris de Catalunya 1996.

3.5 Consum d'alcohol

El consum excessiu de begudes alcohòliques és una important causa de morbiditat i mortalitat en el nostre entorn. En països desenvolupats s'estima que entre el 20% i el 30% dels llits hospitalaris estan ocupats per pacients amb limitacions físiques, psíquiques o socials degudes directament o indirectament al consum de begudes alcohòliques. Entre el 15% i el 20% de les consultes ambulatories estan relacionades amb els trastorns relacionats amb l'alcohol i un gran nombre d'urgències hospitalàries (accidents de trànsit, caigudes, accidents laborals, etc.) es deuen també al consum d'alcohol.

En general s'estima que a l'entorn del 30% de tots els actes assistencials es realitzen en persones amb problemes relacionats amb el consum d'alcohol. A Catalunya la mortalitat atribuïble a l'alcohol s'estima en el 4,1%⁸.

Entre les malalties amb major incidència en els bevedors excessius es troben la cirrosi hepàtica, el càncer de vies respiratòries i digestives altes, la hipertensió arterial, les pneumònies, les cardiomiopaties, els accidents de trànsit, els accidents laborals i els suïcidis. Algunes d'aquestes causes de mort són malalties directament causades per l'efecte de l'alcohol i la resta ho són per circumstàncies relacionades amb el consum regular i excessiu. La síndrome alcohòlica fetal, a causa del consum d'alcohol durant la gestació, és, juntament amb la síndrome de Down, la principal causa de subnormalitat en els països occidentals. Altres aspectes relacionats amb el consum excessiu d'alcohol són: riscos de presentar interaccions medicamentoses, causa directa del 40% dels accidents de trànsit o del 15% dels accidents laborals, absentisme laboral, etc.

Les dades sobre població afectada per problemes relacionats amb l'alcohol són molt heterogènies i depenen de les fonts utilitzades. Un sistema fàcil de mesurar la quantitat d'alcohol consumida es basa en el fet que totes les unitats ("copes") de les begudes habituals contenen aproximadament la mateixa quantitat d'alcohol.

Si bé l'interrogatori directe és el mètode més simple i eficient, també és el que tendeix a subestimar el consum real d'alcohol per motius socioculturals.

Mitjançant l'ESCA s'ha estimat en 49,3% la prevalença de consumidors moderats i de risc, de la població major de 14 anys a Catalunya l'any 1994. Les diferències segons el gènere, pel que fa al consum de begudes alcohòliques, són molt remarcables per a tots els grups d'edat. Hi ha més dones que es declaren no consumidores d'alcohol (64,9%) que homes (34,2%). El 59,4% dels homes són consumidors moderats* d'alcohol i el 6,4% en són de risc**. En les dones aquests percentatges són de 32,9% i 2,23%, respectivament. Tant en homes com en dones, els que menys declaren consumir begudes alcohòliques són els majors de 64 anys (gràfics 62 i 63).

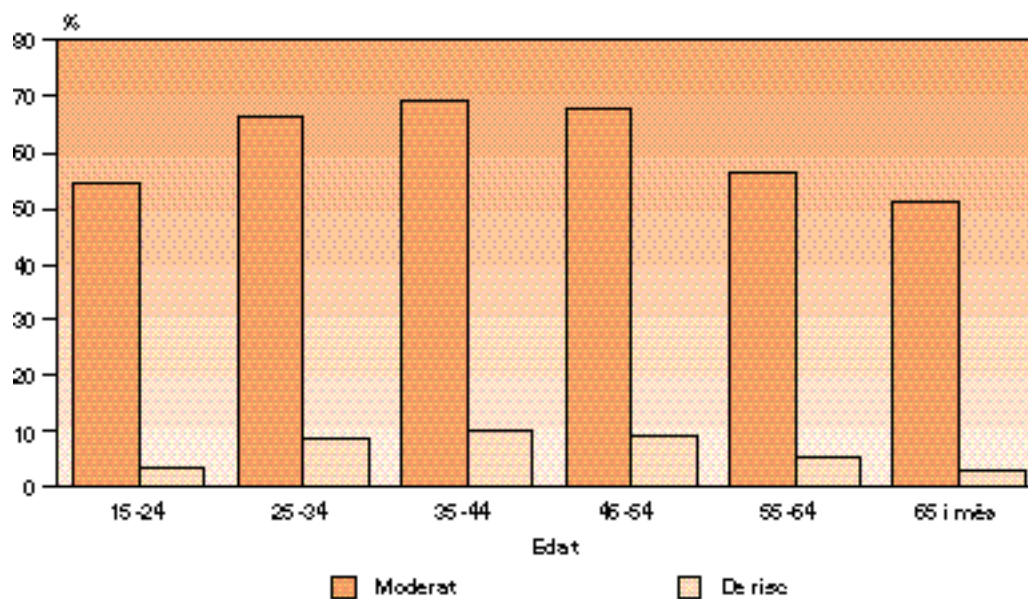
Segons l'ESCA, s'estima en un 49,3% la prevalença de consumidors moderats i de risc d'alcohol, de la població major de 14 anys.

* Consum moderat d'alcohol: <40 g/dia en els homes i <24 g/dia en les dones.

** Consum de risc: 40 g/dia en els homes i 24 g/dia en les dones.

Consum d'alcohol la darrera setmana. Homes. Catalunya, 1994

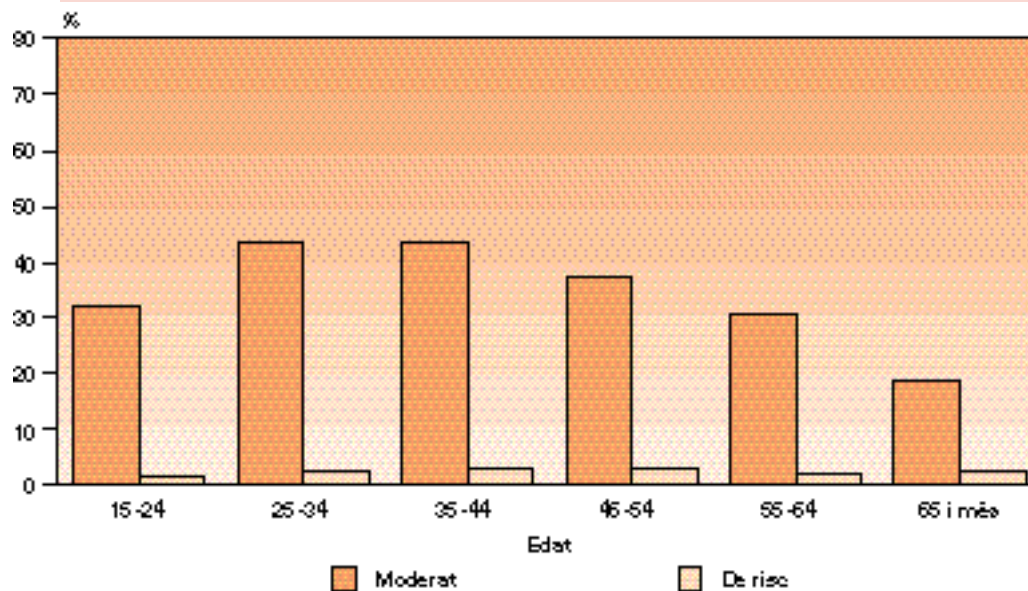
Gràfic 62



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Consum d'alcohol la darrera setmana. Dones. Catalunya, 1994

Gràfic 63



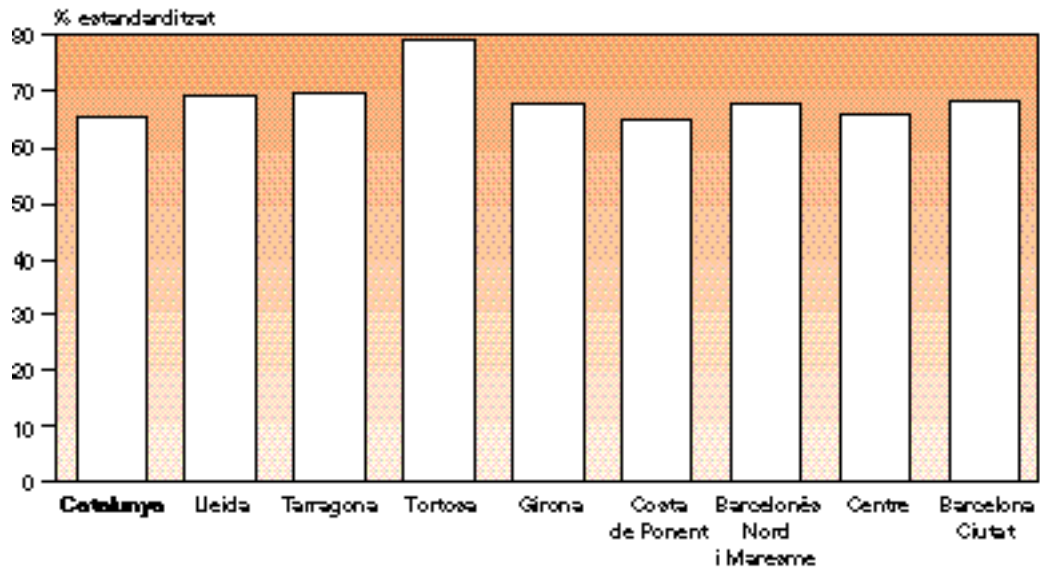
* Estandarditzat per edat.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Per regions sanitàries, el consum d'alcohol (moderat i de risc) és superior, en ambdós sexes, a la Regió Sanitària Tortosa (gràfics 64 i 65). Cal remarcar un consum de risc elevat en les dones a la Regió Sanitària Tarragona i, en els homes, a les regions sanitàries Tortosa, Tarragona i Lleida.

Gràfic 64

**Consum d'alcohol* la darrera setmana, per regions sanitàries.
Homes. Catalunya, 1994**

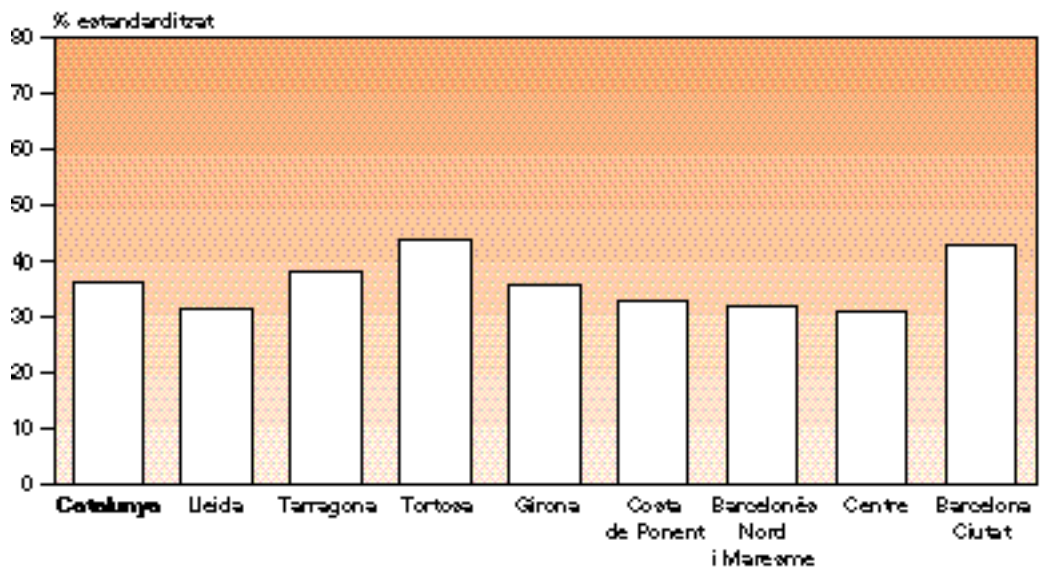


* Moderat i de risc.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 65

**Consum d'alcohol* la darrera setmana, per regions sanitàries.
Dones. Catalunya, 1994**



* Moderat i de risc.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

3.6 Consum de drogues no institucionalitzades

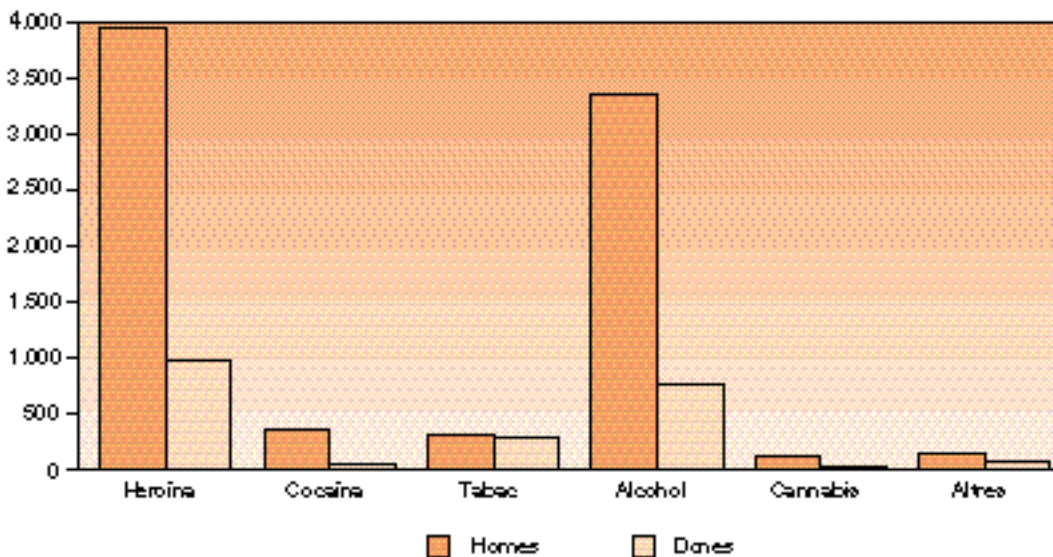
L'any 1990 es va realitzar la darrera enquesta sobre consum de drogues no institucionalitzades en l'àmbit de tot Catalunya. Aquesta enquesta es realitza periòdicament des de l'any 1982 i ha permès conèixer els comportaments i les actituds sobre el tabac, l'alcohol i altres drogues de la població catalana.

Pel que fa a l'activitat assistencial, l'Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Sanitat i Seguretat Social recull des de l'any 1987 dades sobre l'activitat dels centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD).

Segons aquesta font, l'any 1994, l'heroïna (47,0%), l'alcohol (39,4%), el tabac (6,0%) i la cocaïna (3,9%) van ser les drogues que van motivar un nombre més gran d'inicis de tractament a la XAD (gràfic 66).

Nombre d'inicis de tractament a la XAD, per sexe i segons droga que genera el tractament. Catalunya, 1994

Gràfic 66



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogodependències.

Per gènere, les drogues que amb més freqüència generen un inici de tractament a la XAD en els homes són: l'heroïna un 47,8%, l'alcohol un 40,6%, la cocaïna un 4,2%, i el tabac un 3,9%; i en les dones: l'heroïna un 44,1%, l'alcohol un 34,7% i el tabac un 13,7%.

Per grups d'edat, destaca el de 20 a 39 anys amb una màxima freqüència en el de 25 a 29 anys. Per grups d'edat i tipus de droga, el cannabis té una major freqüència d'inicis de tractament en els grups de 15 a 24 anys.

Hi ha una forta relació entre l'inici de tractament, el nivell d'instrucció i la situació laboral. La majoria dels que inicien el tractament tenen estudis primaris o graduat escolar. El nombre d'inicis de tractament a la XAD segons la situació laboral és superior en els aturats (42,1%) que en els assalariats (24,1%).

La via parenteral continua sent la més utilitzada pels usuaris tractats per la dependència de l'heroïna (69,5%), tot i que aquest percentatge ha disminuït lleugerament en relació amb l'any anterior (72,7%). Pel que fa als usuaris tractats per la dependència de la cocaïna, la via d'administració més freqüent és l'aspiració nasal, amb el 81% dels casos.

3.7 Pràctiques preventives

L'ESCA ha permès obtenir informació de les pràctiques preventives realitzades habitualment per la població.

A partir de l'ESCA s'ha obtingut informació de les pràctiques preventives realitzades habitualment per la població, per tal de conèixer el nivell d'informació i les actituds preventives respecte a alguns factors de risc per a la salut prioritzats, com ara la presa de la pressió arterial de manera preventiva, el control dels nivells de colesterol a la sang, el control mamogràfic o la pràctica de la citologia cervical periòdica.

Determinació periòdica de la pressió arterial

El 24,0% dels homes i el 24,7% de les dones més grans de 14 anys manifesten que es prenen periòdicament la pressió arterial amb finalitats preventives. Si es tenen en compte els grups d'edat (gràfic 67), les persones més grans de 64 anys són les que més declaren prendre's la pressió arterial (el 36,1% dels homes i el 30,1% de les dones).

Per regió sanitària, destaca una major freqüència en dones que en homes que manifesten prendre's la pressió arterial a les regions sanitàries Tarragona, Tortosa i Lleida (gràfic 68).

Determinació periòdica del nivell de colesterol

El 18% de la població més gran de 14 anys manifesta que es controla periòdicament els nivells de colesterol amb propòsits preventius. Aquesta proporció és similar en homes i dones (el 18,6% dels homes i el 17,2% de les dones). En els homes, el percentatge ha estat més elevat en els més grans de 64 anys (gràfic 69).

Per regions sanitàries s'observa una freqüència menor de població d'ambdós sexes que manifesta revisar-se periòdicament el nivell de colesterol a la sang a la Regió Sanitària Lleida i, en les dones, a la Regió Sanitària Costa de Ponent (gràfic 70).

Persones que manifesten prendre's la pressió arterial amb finalitat preventiva. Catalunya, 1994

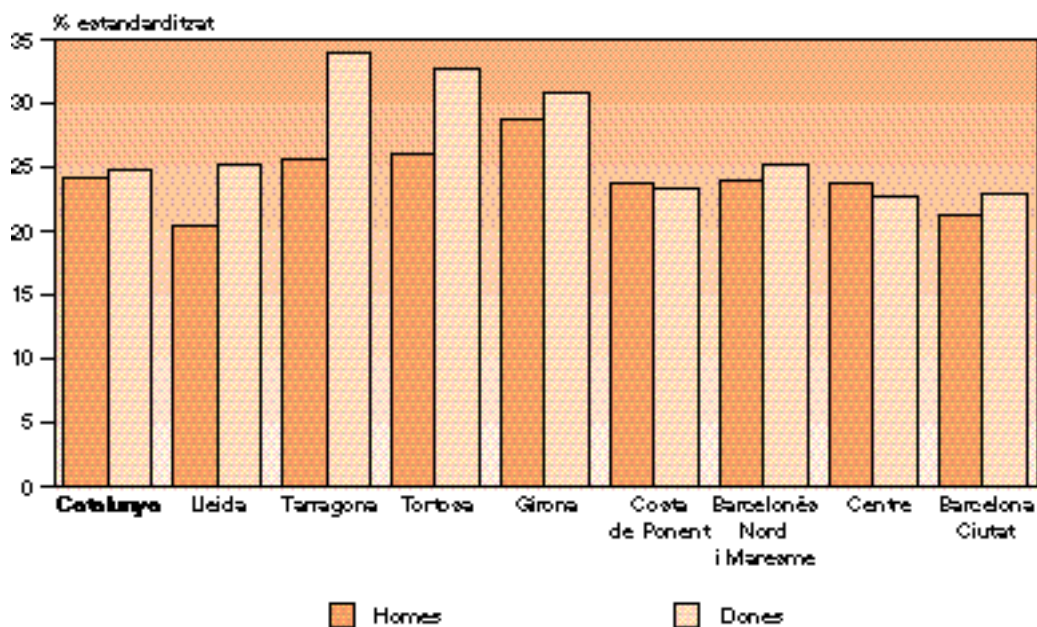
Gràfic 67



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Persones que manifesten prendre's la pressió arterial amb finalitat preventiva, per regions sanitàries. Catalunya, 1994

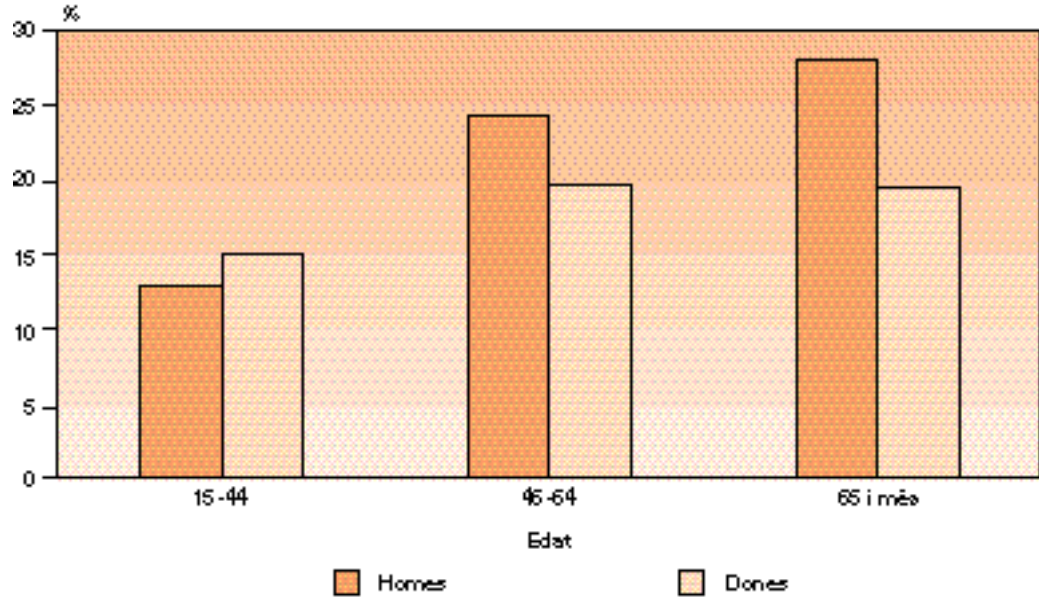
Gràfic 68



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 69

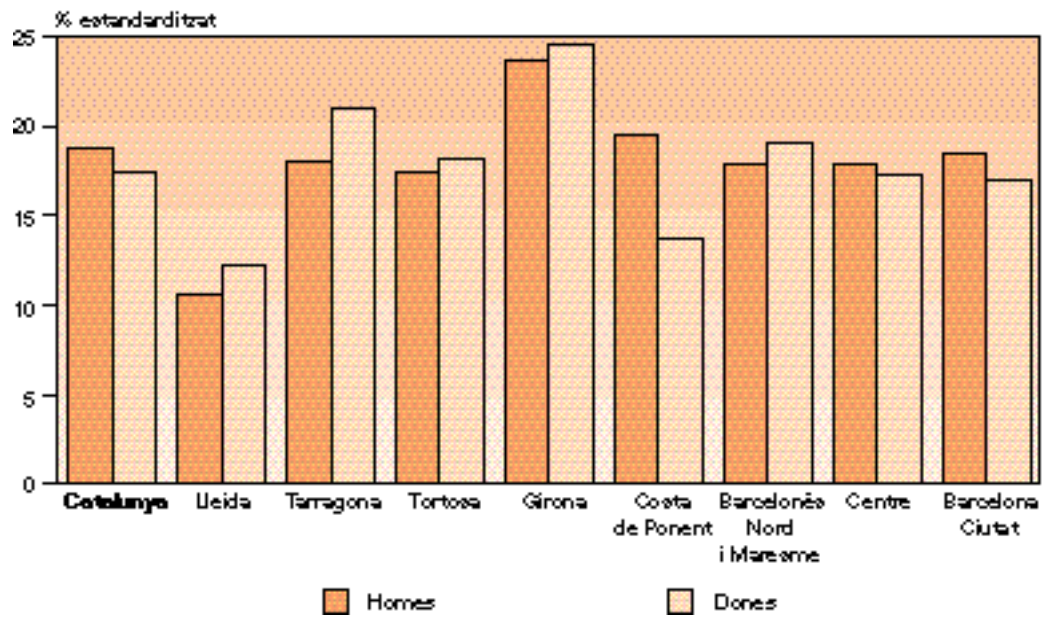
Persones que manifesten revisar-se periòdicament el nivell de colesterol amb finalitat preventiva. Catalunya, 1994



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 70

Persones que manifesten revisar-se periòdicament el nivell de colesterol amb finalitat preventiva, per regions sanitàries. Catalunya, 1994



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Realització de revisions ginecològiques periòdiques amb finalitat preventiva

El 24,8% de les dones de més de 19 anys manifesten fer-se una mamografia periòdicament amb finalitats preventives. Les dones de 40 a 49 anys són les que se'n fan més (42,7%), seguides de les de 50 a 59 anys (36,2%). En el grup d'edat d'entre 50 i 64 anys, el 30,8% de les dones manifesten que es fan periòdicament una mamografia. És precisament en aquest grup d'edat (50-64 anys) en què es recomana, a Catalunya, la realització d'aquesta activitat preventiva de manera sistemàtica (gràfic 71).

El 41,9% de les dones de més de 19 anys manifesten que es fan periòdicament una citologia cervical amb propòsits preventius. Els grups d'edat que se'n fan més són els de 30 a 39 anys (71,5%) i els de 40 a 49 anys (58,5%).

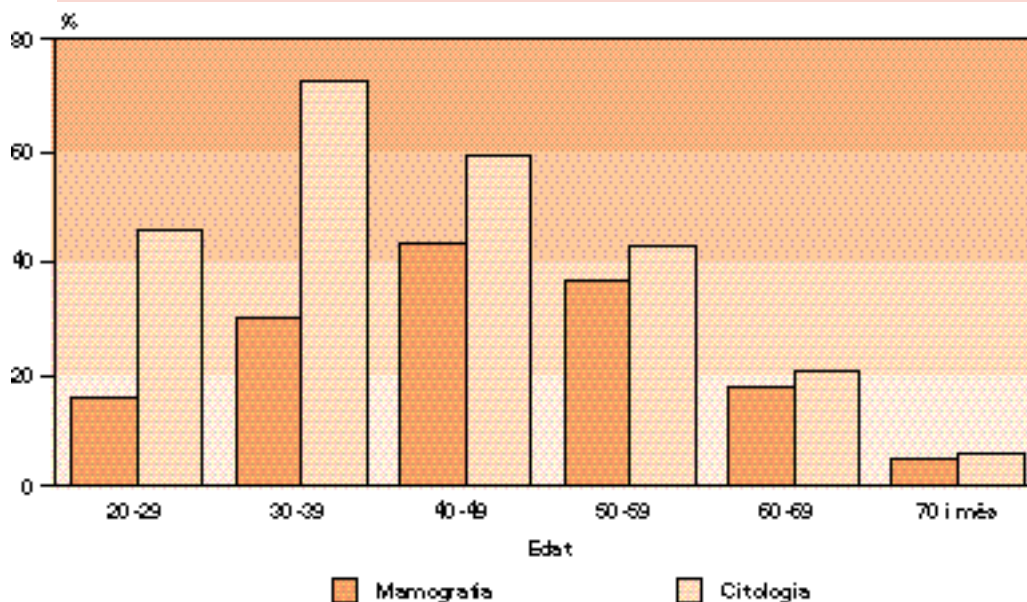
Per regions sanitàries, s'observa, pel que fa a la citologia cervical, que els percentatges inferiors es donen a les regions sanitàries Lleida i Tortosa i el superior a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat.

Per grups d'edat, s'observa que el grup que manifesta fer-se més freqüentment una mamografia periòdicament és el de 40 a 49 anys, en totes les regions sanitàries. Mentre que el grup d'edat que més freqüentment manifesta fer-se un citologia cervical és el de 30 a 39 anys en totes les regions sanitàries excepte a la Regió Sanitària Costa de Ponent, on és el de 50 a 59 anys (gràfic 72).

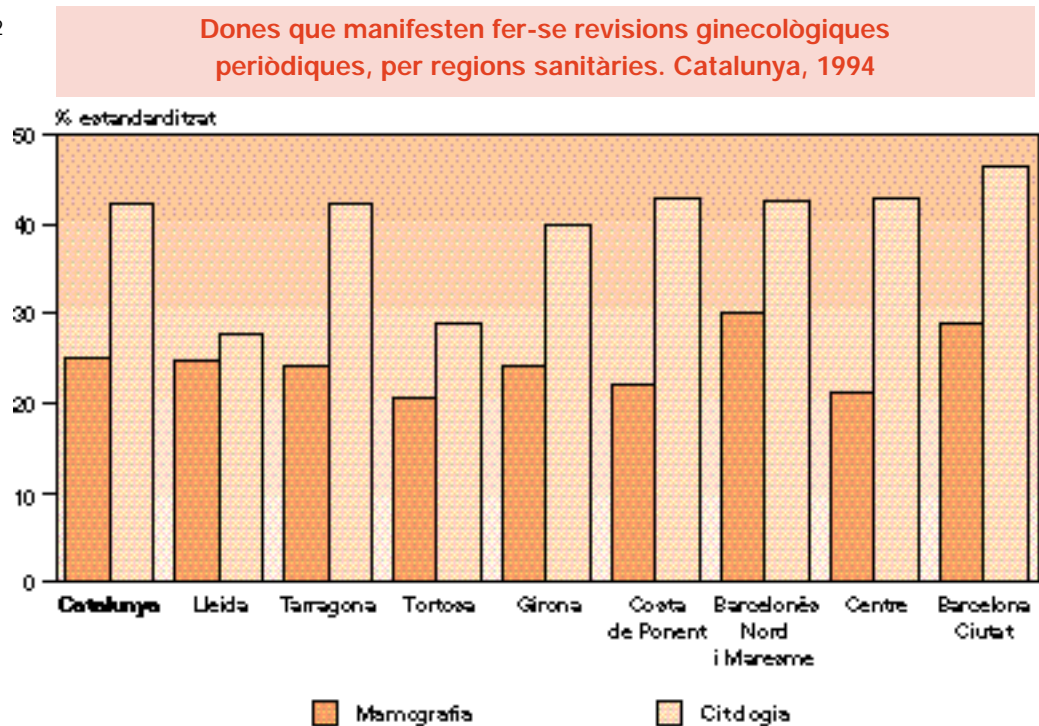
Les dones de 40 a 49 anys són les que es fan més mamografies periòdicament amb finalitat preventiva.

Dones que manifesten fer-se revisions ginecològiques periòdiques. Catalunya, 1994

Gràfic 71



Gràfic 72



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Taula 46

Percentatge de població que manifesta fer-se revisions ginecològiques periòdiques, per grup d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1994

Edat		Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès Nord i Maresme	Centre	Barcelona Ciutat
		C	26,2	45,8	31,3	55,3	49,8	39,5	44,5
	M	19,9	10,5	11,5	20,5	17,5	21,7	11,2	14,7
30-39	C	47,5	74,7	49,8	65,7	70,4	72,9	77,3	74,4
	M	37,6	24,2	28,2	27,5	22,6	36,3	31,2	31,4
40-49	C	37,4	56,5	44,9	56,0	53,2	59,5	61,3	66,1
	M	40,9	39,7	34,9	42,3	37,7	47,8	39,7	47,9
50-59	C	42,1	37,4	34,3	48,2	76,8	41,6	39,1	55,2
	M	38,7	39,8	32,8	41,6	22,8	39,7	26,1	47,6
60-69	C	9,4	22,3	7,5	18,1	24,7	17,4	18,7	24,0
	M	6,5	24,4	12,7	16,4	15,1	18,5	15,0	21,3
70 i més	C	1,7	1,9	5,2	4,7	7,2	2,7	3,1	9,1
	M	1,9	2,9	2,5	3,1	4,5	2,7	1,9	9,1

C: Citologia.

M: Mamografia.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

El 93% de les dones que declaren fer-se una mamografia declaren fer-se, també, una citologia, mentre que el 55,2% de les dones que declaren fer-se una citologia cervical manifesten fer-se una mamografia amb finalitat preventiva.

3.8 Maltractaments

L'any 1988 es va constituir una comissió interdepartamental d'investigació sobre maltractaments infligits als menors a Catalunya i s'iniciaren els primers treballs de planificació i recollida de dades.

L'objectiu principal va ser quantificar els nens maltractats a Catalunya i fer una descripció i una anàlisi d'institucions, normes i programes relacionats directament o indirectament amb els maltractaments infantils.

Tot i la complexitat de la metodologia emprada i l'heterogeneïtat de tècniques, s'estimà que l'any 1988 a Catalunya hi havia 5.989 nens maltractats (4 per 1.000 habitants de 0 a 16 anys)⁹.

S'estima que l'any 1988 a Catalunya hi havia 4 nens maltractats per 1.000 habitants de 0 a 16 anys.

La proporció de nens i nenes maltractats és elevada en el primer any de vida, quan són més febles. Aquest fet està relacionat amb el fet de ser nens no desitjats i/o amb un mal procés d'adaptació als nounats per part dels seus pares. D'1 a 5 anys, en ambdós sexes, s'observa mínims que tenen una inflexió als 5 anys, que comença a pujar fins als 11 en els nens i als 14 en les nenes; a partir d'aquí sembla correlacionar-se l'augment d'edat amb la disminució del maltractament.

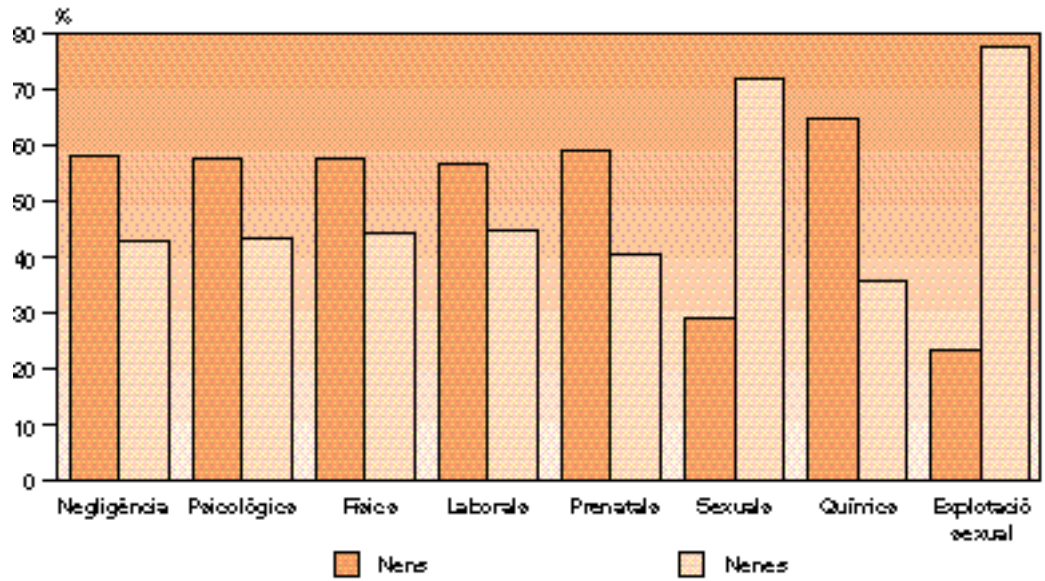
Per tipus de maltractaments (gràfic 73), el més freqüent és la negligència (78,5%), seguit dels maltractaments psicològics (43,6%), i físics (27%).

Pel que fa a les causes de maltractaments (gràfic 74), les més freqüents són la desestructuració familiar (20,3%), l'alcoholisme (17,8%) i la drogoaddicció (7,6%). Cal tenir en compte que els ítems enunciats no són excloents els uns dels altres.

Segons els àmbits de detecció dels casos, s'observa que 2.231 (37,3%) han estat detectats pels serveis socials, 251 (4,2%) en l'àmbit sanitari, 2.769 (46,2%) en l'escola i 738 (12,3%) per la Direcció General d'Atenció a la Infància.

Gràfic 73

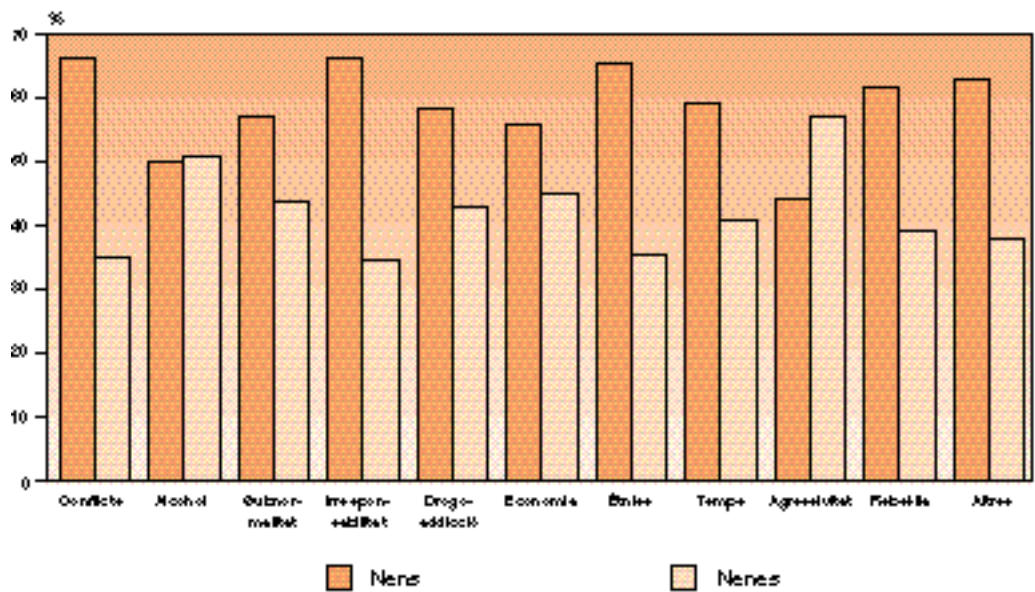
Tipus de maltractaments. Catalunya, 1988



Font: Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Atenció a la Infància. Els maltractaments infantils a Catalunya.

Gràfic 74

Causes de maltractaments. Catalunya, 1988



Font: Generalitat de Catalunya. Direcció General d'Atenció a la Infància. Els maltractaments infantils a Catalunya.

3.9 Característiques mediambientals i de l'entorn

Davant de l'evidència sobre la influència de determinats factors mediambientals en la salut, les administracions públiques s'han preocupat per la relació entre la qualitat del medi ambient i el nivell de salut de la població.

La Generalitat de Catalunya disposa de sistemes d'informació referits als agents ambientals que s'articulen mitjançant xarxes. Aquestes xarxes es basen en les actuacions inspectores per part dels agents sanitaris i en les determinacions analítiques. Actualment el Departament de Sanitat i Seguretat Social gestiona les xarxes corresponents a les aigües de subministrament públic, les piscines d'ús públic i els assentaments humans. El Departament de Medi Ambient s'encarrega d'administrar les xarxes corresponents a la contaminació atmosfèrica i a les aigües de bany.

La Xarxa de Vigilància de les Aigües de Subministrament Públic realitza unes 200.000 determinacions analítiques i permet disposar d'un gran banc de dades sobre la qualitat sanitària d'aquestes aigües a Catalunya.

La Xarxa de Control de les Piscines d'Ús Públic actua sobre 3.100 establiments d'aquest tipus mitjançant la inspecció de les seves instal·lacions i la comprovació periòdica de la qualitat de les aigües.

La Xarxa de Control d'Assentaments Humans (càmpings, cases de colònies, albergs de joventut, balnearis, llars d'infants, etc.) preveu la inspecció dels aspectes sanitaris de les seves instal·lacions (abastament d'aigua potable, tractament d'aigües residuals, eliminació de residus i estat higienicosanitari en general) i comporta unes 600 inspeccions anuals.

La Xarxa de Vigilància de la Contaminació Atmosfèrica, creada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, és gestionada des del 1988 per la Direcció General de Qualitat Ambiental del Departament de Medi Ambient. El Departament de Sanitat i Seguretat Social és informat de les dades captades pels punts de vigilància. L'any 1996 s'ha endegat, en compliment de la Directriu 92/72/CEE, sobre contaminació atmosfèrica per ozó, un sistema de comunicació a la població en cas de superar-se uns certs límits establerts. La Direcció General de Salut Pública ha assessorat el Departament de Medi Ambient en matèria d'efectes de l'ozó sobre la salut, l'avaluació dels riscos i les mesures que s'han d'adoptar. Restava dissenyar el pla d'actuació sanitària en casos de contaminació greu, en coordinació amb el sistema assistencial.

La Xarxa de Vigilància de les Aigües de Bany, creada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, és administrada en l'actualitat per la Junta de Sanejament del Departament de Medi Ambient. Mitjançant uns punts de control es qualifiquen les platges i punts de bany d'acord amb una sèrie de criteris entre els quals són molt importants els sanitaris.

Amb el Programa de Gestió Intracentre de Residus Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social es pretén minimitzar el risc, per al personal dels centres sanitaris i per a la població en general, d'una incorrecta gestió dels residus espe-

La Generalitat de Catalunya disposa d'informació referida als agents ambientals, basada en les actuacions de les xarxes de vigilància i control.

cífics generats en la pràctica assistencial. Les tasques formatives han estat les prioritàries amb l'edició d'una guia de gestió intracentre de residus sanitaris i un vídeo sobre la mateixa temàtica. A Catalunya, 1.250 centres productors de residus sanitaris practiquen la gestió avançada (hospitals, centres d'assistència primària, laboratoris, odontologia, etc.).

El Programa d'avaluació de la insalubritat de les activitats classificades es va crear per a la planificació, coordinació i avaluació de la intervenció del Departament de Sanitat i Seguretat Social en les activitats sotmeses a autorització administrativa mitjançant comissions interdepartamentals. Anualment s'informen uns 3.000 expedients des del punt de vista de la possible afectació a la salut de la població.

Pel que fa a la salut alimentària, el Departament de Sanitat i Seguretat Social realitza tota una sèrie d'activitats dirigides a protegir la salut de la població mitjançant el control sanitari dels aliments, basades en la vigilància i el control regular d'instal·lacions i processos alimentaris, l'educació sanitària dels manipuladors d'aliments i el foment de l'autocontrol per part de les indústries i els establiments alimentaris. Aquestes activitats s'estructuren en programes desenvolupats per agents sanitaris.

El control sanitari dels establiments alimentaris s'adreça a verificar l'acompliment de les normes sanitàries preventives que regulen la seva activitat i que en la seva majoria provenen de la Unió Europea mitjançant directrius. En el període 1993-1995 s'ha produït l'adaptació a aquestes normes d'importants sectors alimentaris com el de les carns fresques (escorxadors), els productes a base de carn (embotits) i els productes de la pesca. L'activitat dels serveis d'inspecció s'ha adreçat a l'assessorament dels industrials. Això ha suposat que 2.341 indústries dels esmentats sectors hagin culminat amb èxit el seu procés d'adaptació.

El Sistema de vigilància i avaluació de la seguretat alimentària a Catalunya pretén racionalitzar la recollida i l'anàlisi de mostres d'aliments, tenint en compte criteris de representativitat, significació, eficàcia i eficiència, amb la finalitat de conèixer les condicions higièniques dels aliments, investigar la presència dels diferents agents nocius per a la salut i, per últim, poder obtenir informació útil per identificar els possibles riscos i per adoptar les mesures preventives adients.

El Pla d'Investigació de Residus en Animals i Carns a Catalunya recerca la presència, en els animals que se sacrifiquen als escorxadors de Catalunya, de substàncies no permeses o utilitzades incorrectament, i permet la presa d'unes 18.000 mostres anuals.

El control sanitari dels menjadors col·lectius es realitza mitjançant unes 10.000 inspeccions anuals. Es col·labora amb el Departament d'Ensenyament en la vigilància de les condicions sanitàries dels menjadors escolars, amb unes 1.500 visites d'inspecció cada any.

Per tal de protegir la salut pública, les empreses que es dediquen a activitats alimentàries estan subjectes a l'autorització sanitària prèvia al funcionament, la qual cosa comporta la inscripció en el registre sanitari d'indústries i productes alimentaris de Catalunya, que gestiona cada any al voltant de 5.000 expedients.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social realitza activitats dirigides a protegir la salut de la població mitjançant el control sanitari dels aliments, l'educació dels manipuladors i el foment de l'autocontrol de les indústries i els establiments.

L'educació sanitària dels manipuladors d'aliments és prioritària per promoure el coneixement i l'adopció d'actituds i de pràctiques correctes des del punt de vista higiènic. L'instrument utilitzat, fins ara, és el carnet de manipulador d'aliments que s'obté després dels cursos i exàmens corresponents. S'imparteixen uns 1.300 cursos l'any, i s'atorguen uns 30.000 carnets.

L'aparició, com a possible zoonosi, de l'encefalopatia espongiforme bovina ha fet que el Departament de Sanitat i Seguretat Social endegués un programa de vigilància sobre aquesta malaltia i sobre l'*scrapie* de les ovelles i les cabres. Amb aquesta finalitat es recull, a l'escorxador, els encèfals de tots els animals amb simptomatologia nerviosa i una mostra aleatòria d'encèfals d'animals adults de les espècies bovina i ovina.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
3. Blair SN, Kohl HW III, Paffenbarger RS Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989; 262: 2395-401.
4. Font Boix F. Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de obesidad y sobre peso en Catalunya. Comparación de distintos índices antropométricos [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1993.
5. Boyle P, Veronesi U, Tubiana M, Alexander FE, Da Silva F, Denis LJ et al. European School of Oncology Advisory Report to the European Commission for the "Europe Against Cancer Programme". *European Code Against Cancer. Eur J Cancer* 1995; 9: 1395-405.
6. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 1995; 8: 1398-420.
7. La declaració de Victoria sobre salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
8. Salleras L, Bach L. Alcohol y salud. A: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, Cortina Greus P, Gálvez Vargas R, Sierra López et al, editors. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, 9a ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina, 1991; 1278-93.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància. Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1991.

4. Els serveis sanitaris i socio-sanitaris

4.1 Atenció primària de salut

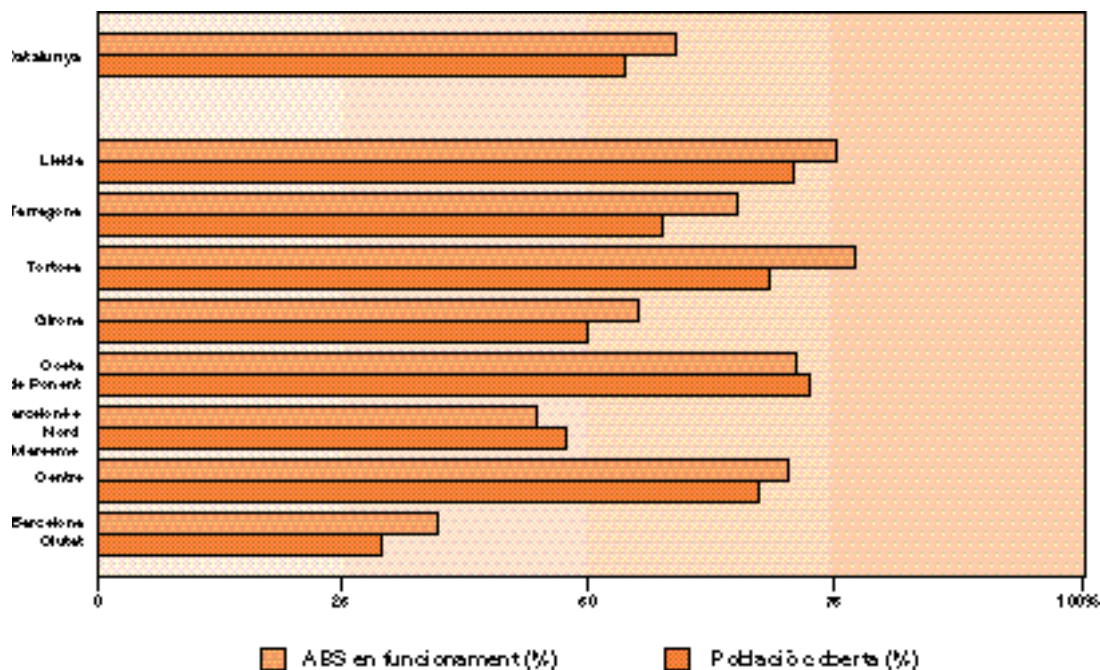
Implantació de la reforma de l'atenció primària

El procés de canvi de l'atenció primària de salut, iniciat a Catalunya amb la publicació del Decret 84/85 de mesures per a la reforma de l'atenció primària, comporta la implantació progressiva d'equips d'atenció primària (EAP) en els àmbits territorials de les àrees bàsiques de salut (ABS). A final de 1992 estaven en funcionament 149 EAP, que representaven el 44,5% de les ABS previstes i donaven cobertura al 41,5% de la població de Catalunya. A 31 de desembre de 1995, els EAP en funcionament eren 201, el 59,5% de les ABS previstes, passant a una cobertura de la població del 54,3% (gràfic 75).

S'ha de continuar la reforma de l'atenció primària potenciant la millora de la qualitat assistencial, l'eficiència dels serveis i l'atenció a l'usuari.

Implantació de la reforma de l'atenció primària, per regions sanitàries.
Catalunya, 31 de desembre de 1995

Gràfic 75



Dels 201 EAP en funcionament, 180 són gestionats per l'Institut Català de la Salut (89,6%) i els 21 restants per altres entitats proveïdores.

En el darrer trienni s'ha continuat la inversió destinada a la nova construcció, l'adequació i l'equipament dels centres d'atenció primària (CAP). També s'ha continuat la política de suport al finançament dels CAP i consultoris locals de titularitat municipal.

Es disposa d'informació sobre la població atesa a la xarxa reformada d'atenció primària en el 71% dels EAP en funcionament. El percentatge de població atesa en el darrer any respecte de la població adscrita, se situa entre el 60% i el 75% per a la població adulta i entre el 56% i el 65% per a la població infantil, segons les diferents regions sanitàries.

La reforma de l'atenció primària ha introduït uns canvis organitzatius orientats a la utilització més eficient dels recursos i a una millor atenció als usuaris.

La reforma de l'atenció primària, a més de millorar els aspectes relacionats amb la pràctica clínica, ha suposat uns canvis organitzatius orientats a la utilització més eficient dels recursos i a una millor atenció als usuaris. En aquest sentit, l'any 1995 el 86% de la població adulta i el 83% de la població infantil adscrita als EAP en funcionament disposava d'història clínica d'atenció primària (HCAP). El 100% dels EAP en funcionament de totes les regions sanitàries, excepte Centre (82%) i Barcelona Ciutat (68%), tenien implantat el sistema de programació de visites en l'atenció especialitzada des del CAP. En aquest mateix any, el 100% dels EAP en funcionament de les mateixes regions sanitàries tenien implantat el sistema de descentralització dels tràmits administratius de les prestacions, i el 84% i el 59% en les regions sanitàries Centre i Barcelona Ciutat, respectivament. El 98% dels EAP en funcionament tenien implantat el sistema de registre de reclamacions i suggeriments, el 100% en totes les regions sanitàries, llevat de Tarragona (94%) i Centre (96%).

Utilització dels serveis d'atenció primària

L'atenció domiciliària i el Programa d'atenció a la dona són accions a impulsar des de l'atenció primària.

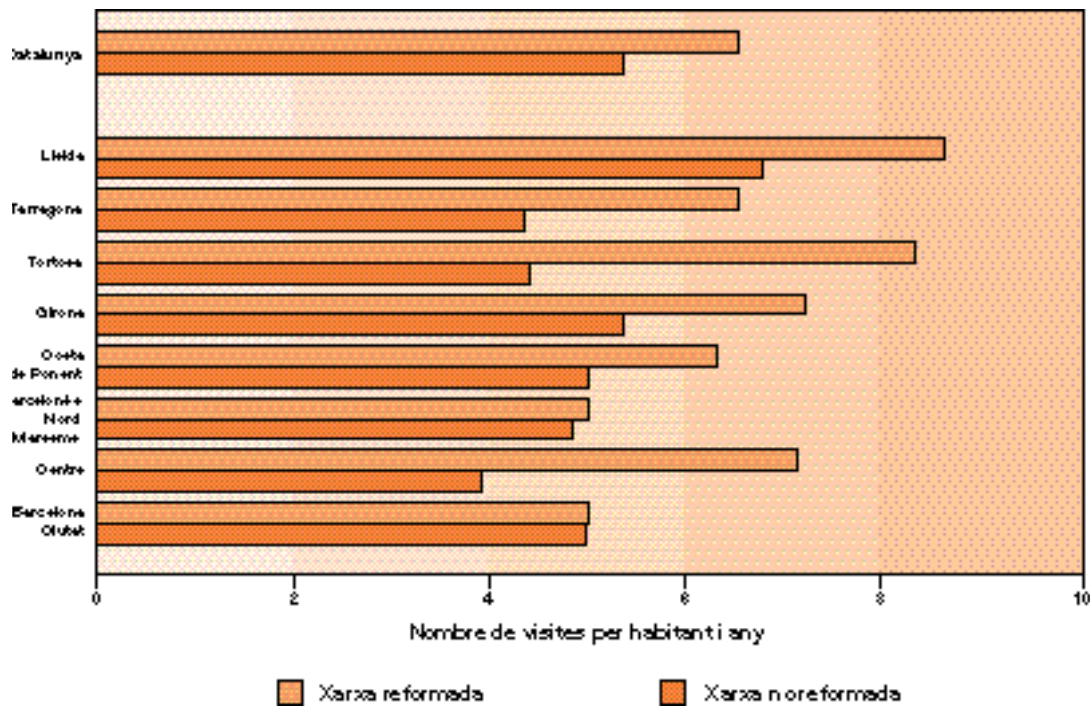
La freqüència d'utilització dels serveis d'atenció primària és de 6,5 visites per habitant i any a la xarxa reformada i de 5,3 a la xarxa no reformada. S'observen diferències entre les regions sanitàries i, en totes elles, la freqüentació de la població coberta pels EAP és superior a la de la població coberta per la xarxa no reformada (gràfic 76).

L'atenció domiciliària dirigida a la població amb una patologia aguda, crònica o terminal, o a persones grans allitades o recloses al seu domicili, forma part de la cartera bàsica de serveis de l'atenció primària. El Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) l'any 1995 estava implantat en el 86% de les ABS amb EAP amb més d'un any de funcionament. La població atesa pel programa ATDOM representava al voltant de l'1% de la població adscrita a les esmentades ABS i del 5% de la població adscrita de més de 64 anys.

El Programa sanitari d'atenció a la dona (PSAD) de suport a l'atenció primària de salut, s'ha aprovat en 29 sectors sanitaris i es troba en diferents fases de desplegament. La implantació del programa completa un procés previ de reordenació de serveis amb la implantació d'una unitat funcional d'atenció a la dona que, amb independència de quines siguin les entitats que facin la seva provisió, permet una millor coordinació i complementarietat dels serveis.

**Freqüència d'utilització dels serveis d'atenció primària,
per regions sanitàries. Catalunya, 1995**

Gràfic 76



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

L'estudi de la relació entre l'atenció primària i les hospitalitzacions potencialment evitables és una nova línia de recerca dels sistemes sanitaris del nostre entorn^{1,2}. A partir de les altes registrades al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) a Catalunya durant l'any 1994 i d'acord amb els criteris utilitzats en estudis similars en altres països, s'han seleccionat diverses patologies que es consideren que corresponen a hospitalitzacions evitables^{3,4}. Es tracta d'hospitalitzacions degudes a problemes de salut que, en general, no es produïrien si els pacients haguessin rebut atenció adequada però que requereixen hospitalització quan es produeixen. Aquestes patologies seleccionades apleguen aproximadament un 7% de les altes registrades al CMBDAH l'any 1994 (taula 47). Cal continuar treballant l'anàlisi d'aquestes dades per tal de detectar quina part d'aquest fenomen està relacionada amb una atenció inadequada i quina és deguda a altres factors (dotació de recursos, taxa d'hospitalització general, hàbits de la població, variacions en la pràctica clínica, etc.).

Cal avançar en l'estudi de les hospitalitzacions potencialment evitables.

Taula 47

Altes per hospitalitzacions potencialment evitables. Catalunya, 1994

	Codis CIM-9-MC	Altes	Taxa*
Apendicitis amb perforació	540.0, 540.1	1.029	17,0
Asma	493	3.870	63,9
Cel·lulitis	681, 682	1.893	31,2
Insuficiència cardíaca congestiva	428, 402.01, 402.11, 402.91	8.751	144,4
Diabetis	250.1, 250.2, 250.3, 251.0	1.245	20,5
Gangrena	785.4	768	12,7
Hipopotassèmia	276.8	61	1,0
Malalties vacunables	032, 033, 037, 055, 072	79	1,3
Hipertensió maligna	401.0, 402.0, 403.0, 404.0, 405.0, 437.2	360	5,9
Pneumònia	481, 482, 483, 485, 486	9.262	152,9
Bronquitis crònica	491	9.447	155,9
Malaltia pulmonar obstructiva crònica	496	2.115	34,9
Pielonefritis	590.0, 590.1, 590.8	3.122	51,5
Ulcus sagnant o perforat	531.4, 531.6, 532.4, 532.6, 533.4, 533.6	1.755	29,0
Total de patologies seleccionades		43.757	722,1

* Altes per 100.000 habitants.

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

4.2 Reordenació de l'atenció especialitzada

La integració de les especialitats extrahospitalàries als hospitals continua sent una acció prioritària.

La reordenació de l'atenció especialitzada suposa la vertebració d'un nou model assistencial basat en dos nivells d'atenció a la salut: l'atenció primària i l'especialitzada. El model es fonamenta en el desplegament progressiu de la xarxa reformada d'atenció primària, l'obertura dels hospitals vers la comunitat i el paper de suport de l'atenció especialitzada a l'atenció primària. L'objectiu de la reordenació és la integració de les especialitats extrahospitalàries als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP).

El procés segueix els criteris marc establerts en el Decret 284/1990, per a la reordenació de les especialitats mèdiques. Es porta a terme de forma progressiva i s'instrumenta a través del Pla director de reordenació i del contracte de compra de serveis.

Actualment hi ha 42 sectors sanitaris del Servei Català de la Salut que disposen del Pla director de reordenació, cosa que suposa el 76,4%.

El desenvolupament del procés es troba en diferents fases d'evolució, segons els sectors sanitaris. El procés s'ha completat en el Sector Sanitari Baix Llobregat Delta-Litoral (Hospital de Viladecans), on s'està fent una experiència pilot, tant pel que fa al model organitzatiu, a les relacions amb l'atenció primària, com al model de contracte de compra de serveis. Entre altres experiències que es troben en una fase de desenvolupament avançat, hi ha les dels sectors sanitaris Maresme (Hospital de Calella); Terrassa, Rubí, Sant Cugat (Hospital de Terrassa i Hospital Mútua de Terrassa); Osona (Hospital de Vic) i Barcelona Ciutat Vella (Hospital del Mar). A més de la millora qualitativa i organitzativa, el procés ha comportat una millora en l'oferta d'especialitats, com és el cas de la reumatologia a Ciutat Vella i Terrassa.

4.3 Atenció hospitalària

Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)

La XHUP, formada per 70 centres hospitalaris, aplega els recursos que serveixen per desenvolupar l'activitat hospitalària d'atenció a malalts aguts finançada pel Servei Català de la Salut. Aquesta xarxa compta aproximadament amb 15.700 llits, el 24% dels quals corresponen a hospitals generals bàsics, el 46% a hospitals de referència i el 30% a hospitals d'alta tecnologia.

Durant el darrer trienni s'han fet importants esforços d'inversions en obres i equipament per tal de continuar millorant els recursos estructurals i tecnològics dels hospitals de la XHUP i consolidar la xarxa d'hospitals comarcals. S'han realitzat obres de remodelació i modernització i inversions en equipament, tant de reposició com de nova adquisició, en més de 50 hospitals de la XHUP. Pràcticament a tots els hospitals comarcals s'ha millorat i modernitzat la infraestructura i el nivell tecnològic.

En determinades zones on hi havia duplicat de recursos i serveis, com són Manresa, Igualada i el Garraf, s'han iniciat o continuat processos de reordenació de serveis, que han comportat actuacions d'unificació, remodelació i modernització de les estructures i els equipaments existents.

En la línia de consolidar la xarxa d'hospitals comarcals i millorar el seu nivell tecnològic, s'han posat en funcionament l'Hospital Comarcal del Pallars, l'Hospital Comarcal de la Selva, l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i s'han iniciat les obres del nou Hospital de Mataró.

S'han fet importants esforços per continuar millorant els recursos estructurals i tecnològics dels hospitals de la XHUP i consolidar la xarxa d'hospitals comarcals.

Activitat de la XHUP a càrrec del Servei Català de la Salut

L'activitat hospitalària a càrrec del Servei Català de la Salut ha continuat augmentant en els darrers anys. En el període 1993-1995 el nombre d'altres ha presentat un increment de l'1,8%, mentre que en haver disminuït l'estada mitjana, el nombre

d'estades ha sofert una disminució del 0,3%. El creixement més important s'observa en l'activitat ambulatoria. Les urgències ambulatories* han tingut un increment del 4,6%; les primeres visites del 13,9%; les visites successives del 6,1%; les intervencions quirúrgiques ambulatories del 13,8% i el nombre de casos atesos en hospitals de dia del 39,7%.

Taula 48

Activitat de la XHUP realitzada a compte del Servei Català de la Salut, per regions sanitàries. Catalunya, 1995					
	Altes	Estades	Estada mitjana		
Lleida	27.691	234.396	8,5		
Tarragona	38.937	281.443	7,2		
Tortosa	8.500	59.990	7,1		
Girona	45.079	313.940	7,0		
Costa de Ponent	88.371	729.784	8,3		
Barcelonès Nord i Maresme	51.137	420.919	8,2		
Centre	113.986	861.395	7,6		
Barcelona Ciutat	168.019	1.712.749	10,2		
Catalunya	541.720	4.614.616	8,5		

	Urgències* ambulatories	Intervencions quirúrgiques	Hospital de dia	Primeres visites	Visites successives
Lleida	65.490	5.047	4.759	39.129	125.011
Tarragona	150.348	8.298	8.665	71.283	289.424
Tortosa	33.513	3.059	813	13.253	52.785
Girona	183.908	10.211	14.030	56.829	281.128
Costa de Ponent	463.630	32.121	32.787	142.878	650.162
Barcelonès Nord i Maresme	322.351	23.104	32.060	107.766	407.873
Centre	633.960	25.102	18.692	165.170	695.770
Barcelona Ciutat	513.821	43.568	86.118	335.544	1.403.019
Catalunya	2.367.021	150.520	197.924	931.852	3.905.172

* Urgències facturades; no inclou les urgències que han generat ingrés.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

* No inclou les urgències hospitalàries que han generat ingrés.

Utilització de serveis d'atenció hospitalària a càrrec del Servei Català de la Salut

L'estudi de les taxes d'hospitalització per regió sanitària de residència, a partir de les altes en els hospitals d'aguts de Catalunya durant l'any 1994, registrades al CMBDAH, mostrava diferències significatives tant en les taxes brutes com en les estandarditzades. Les taxes d'hospitalització més altes corresponien a la Regió Sanitària Centre i les més baixes a les regions sanitàries Barcelona Ciutat i Tortosa. Aquest patró s'observava tant per al conjunt d'altes com per les finançades pel Servei Català de la Salut⁵.

Segons dades corresponents a les altes hospitalàries de l'any 1995 dels hospitals de la XHUP, la taxa d'hospitalització global de la població de Catalunya als hospitals de la XHUP és de 92,50 per 1.000 habitants (taula 49).

Les regions sanitàries Tarragona, Girona i Centre presenten taxes brutes d'hospitalització* als hospitals de la XHUP superiors a la del conjunt de la població de Catalunya, mentre que Tortosa, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Barcelona Ciutat presenten taxes inferiors; finalment, la Regió Sanitària Lleida presenta una taxa similar a la del conjunt.

Taxes d'hospitalització als hospitals de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995

Taula 49

	Taxa bruta	Mètode directe*		Mètode indirecte**	
		Taxa estandarditzada	REH	Taxa estandarditzada	ICH
Lleida	92,03	86,84	0,94	99,26	0,93
Tarragona	101,38	101,62	1,10	92,03	1,10
Tortosa	83,25	79,06	0,85	100,23	0,83
Girona	108,06	106,08	1,15	94,32	1,15
Costa de Ponent	87,69	93,44	1,01	86,54	1,01
Barcelonès Nord i Maresme	88,83	95,93	1,04	86,18	1,03
Centre	111,62	115,72	1,25	89,07	1,25
Barcelona Ciutat	76,74	70,73	0,76	98,68	0,78
Catalunya	92,50				

* Mètode directe: població de referència Catalunya 1991. REH: raó estàndard d'hospitalització.

** Mètode indirecte: població de cada regió sanitària 1991. ICH: index comparatiu d'hospitalització: altes observades/altes esperades.

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

* Taxa bruta d'hospitalització d'una regió sanitària: altes hospitalàries dels residents de la regió en qual-sevol hospital de la XHUP. Població de la regió sanitària segons el Cens de 1991.

Si s'estandarditzen les taxes per edat, s'observa que la Regió Sanitària Centre és la que presenta una raó estàndard d'hospitalització (REH) més elevada, seguida de Girona i Tarragona. Les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, amb unes taxes brutes per sota de la mitjana, presenten una REH lleugerament per sobre del conjunt. Aquest canvi de signe s'explica, entre d'altres factors, per l'elevat percentatge de gent jove en les seves poblacions, per la qual cosa s'esperarien taxes d'hospitalització inferiors a les observades. La Regió Sanitària Lleida, amb una taxa bruta similar a la global, presenta una REH inferior; això significa que donat el pes de gent gran en la seva població, s'esperaria un volum d'altres lleugerament superior a l'observat. Finalment, les regions sanitàries Tortosa i Barcelona Ciutat són les que tenen les REH més baixes, malgrat que tenen poblacions relativament envellides. Aquest fet, en el cas de Barcelona Ciutat es podria explicar perquè aquest estudi únicament es refereix als hospitals de la XHUP i no inclou els hospitals privats.

Existeix una certa mobilitat interregional de pacients, deguda fonamentalment al flux de patologia terciària i a la proximitat geogràfica.

Existeix una certa mobilitat interregional de pacients per a l'hospitalització (gràfics 77 i 78), deguda fonamentalment al flux de patologia terciària i/o a la proximitat geogràfica, que es podria considerar basal o inevitable i que es podria fixar a l'entorn del 8-10% de les altres totals dels residents de cada regió sanitària atesos als hospitals de la XHUP.

Algunes regions sanitàries presenten uns fluxos de pacients cap a altres regions superiors als esperats.

La Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme és la que presenta un grau més baix de residents atesos a la mateixa regió (75,1%), seguida de Tortosa (76,7%) i de Costa de Ponent (79,6%). Aquestes tres regions, a més, tenen una freqüentació inferior a la global de Catalunya. Com ja s'ha exposat, es tracta de situacions diferents, la Regió Sanitària Tortosa presenta una freqüentació inferior a l'esperada, mentre que tant a Costa de Ponent com a Barcelonès Nord i Maresme passa el contrari, ja que tenen una elevada proporció de gent jove a la seva població. A Costa de Ponent es produeix, d'una banda, un flux important de pacients cap a Barcelona Ciutat i, de l'altra, una atracció important de pacients d'altres regions sanitàries, per la seva dotació en alta tecnologia. El cas de la Regió Sanitària Centre, amb un 84,6% de residents atesos a la mateixa regió, és diferent als anteriors ja que la seva taxa d'hospitalització és la més alta de Catalunya i s'observa un flux important de pacients cap a Barcelona Ciutat i, en menor grau, cap a Costa de Ponent, però que no correspon exclusivament a patologia terciària. Les regions sanitàries Girona i Lleida presenten graus de cobertura elevats. Finalment, les regions sanitàries Tarragona i Barcelona Ciutat són les que presenten una proporció més elevada de residents atesos a la mateixa regió.

A la taula 50 es mostren els grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) més freqüents pels quals els residents de cada regió sanitària han estat atesos en hospitals de la XHUP d'altres regions.

GRD més freqüents* en les altes ateses fora de la regió sanitària de residència en hospitals de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995

Taula 50

	Regions sanitàries**							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Trastorns circulatoris excepte IAM, amb cateterisme cardíac, s/cc	•	•	•	•		•	•	
Quimioteràpia sense leucèmia aguda	•	•	•	•	•	•	•	
Altres factors condicionants de la salut	•	•	•	•	•	•	•	
PQ hèrnia 0-17 anys	•				•			
PQ esquena/coll, s/cc	•				•			
PQ cristal·lí amb o sense vitrectomia	•		•	•	•	•	•	•
Part vaginal sense complicació	•				•	•	•	•
PQ extremitat inferior reinserció/articulació major	•		•					
Patologia mèdica de columna vertebral				•	•			
PQ cardiovasculars percutanis		•		•				
Trastorns mieloproliferatius amb/altres PQ		•						
PQ intraocular excepte retina/iris/cristal·lí		•					•	
Craniectomia excepte per traumatisme >17 anys		•						
PQ vàlvules cardíaques amb extracorpòria		•						
Altres trastorns del sistema nerviós s/cc							•	
PQ hèrnia inguinal/femoral >17 anys s/cc			•					
Canvi pila marcapàs únicament			•					
PQ toràcics majors				•				
Esofagitis gastroenteritis 0-17 anys				•				•
Cesària s/cc					•			
PQ úter/annexos sense neoplàsia, s/cc					•			
PQ miscel·lània orel·la/nas/gola						•	•	
Malaltia pulmonar obstructiva crònica						•		•
Amigdalectomia/adenoïdectomia 0-17 anys						•		
Bronquitis, asma 0-17 anys								•
Commoció cerebral 0-17 anys								•
Circumcisió 0-17 anys								•
Trastorns cerebrovasculars excepte isquèmia transitòria								•

* S'assenyalen, per a cada regió sanitària, només els 8 GRD més freqüents pels quals els residents de la regió sanitària han estat atesos en hospitals de la XHUP de fora de la seva regió.

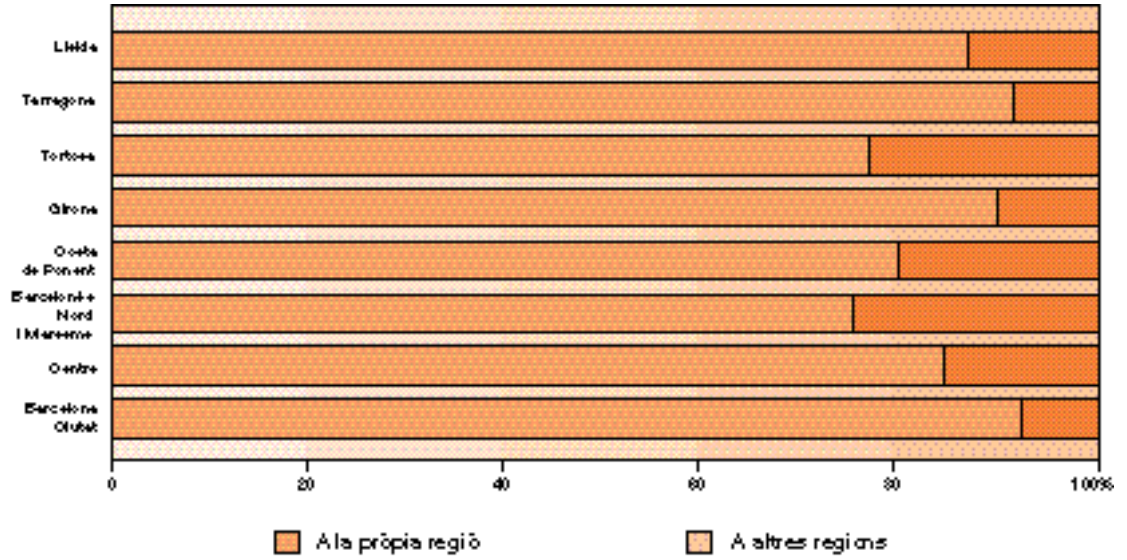
** Regions sanitàries de residència: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

s/cc: sense complicacions i/o comorbiditat.

PQ: procediment quirúrgic.

Gràfic 77

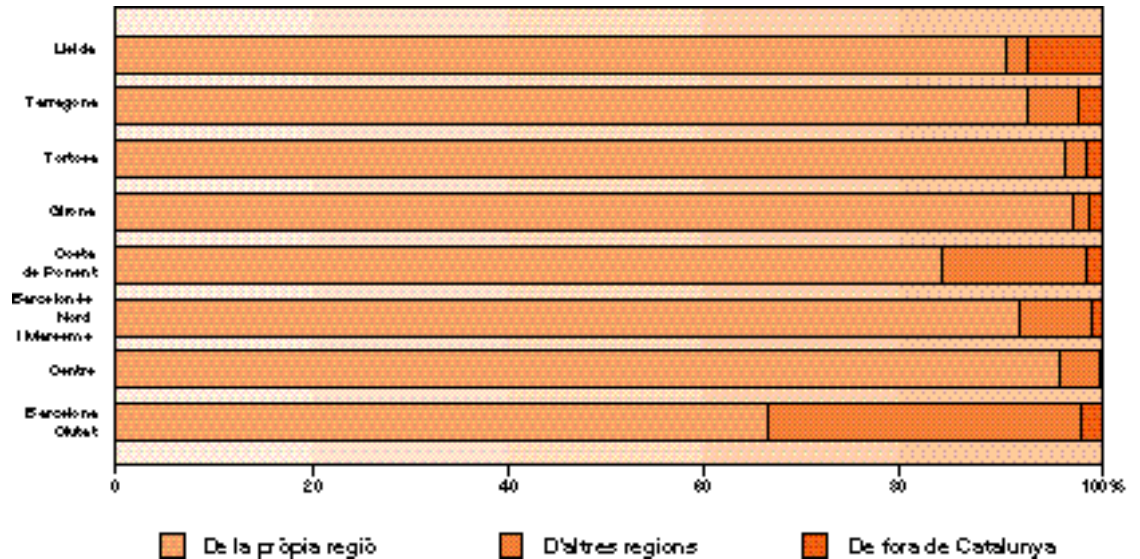
Lloc d'ingrés dels residents de cada regió sanitària en centres de la XHUP. Catalunya, 1995



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Gràfic 78

Procedència de la població hospitalitzada en els centres de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

A continuació s'analitza la capacitat* que té cada regió sanitària per atendre els seus residents des del punt de vista quantitatiu, aquells que efectivament han fet ús dels hospitals de la XHUP.

D'aquesta anàlisi resulta que el 83,4% dels residents de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme podrien haver estat atesos en hospitals de la seva mateixa regió, percentatge relativament baix si es compara amb d'altres regions. En el cas de la Regió Sanitària Tortosa aquest percentatge és inferior (80,2%)**. Les regions sanitàries Centre, Girona i Costa de Ponent es troben amb una capacitat del 89,5%, 93,4% i 95,6%, respectivament. Amb una capacitat alta, es troben Lleida amb el 96,8%, i Tarragona amb el 99,4%. Finalment, la Regió Sanitària Barcelona Ciutat presenta una capacitat del 150,8%, però, com ja s'ha exposat, la taxa d'hospitalització als hospitals públics a Barcelona Ciutat és relativament molt baixa.

Si es calcula la capacitat de cada regió sanitària respecte a les altes esperades ajustant les seves taxes d'hospitalització per edat, el rànquing de capacitat varia. En aquest cas, Barcelona Ciutat presenta un índex de 117,42%, cosa que significa que presentaria un excedent per atendre pacients d'altres procedències d'un 17%, inferior al 50% observat realment. Girona, Tarragona i Centre, si les taxes d'hospitalització de la seva població es comportessin, per grup d'edat, com les del conjunt de Catalunya, disposarien d'un excedent de dotació per atendre pacients d'altres procedències. Les regions sanitàries Lleida i Tortosa, atès que ambdues presenten una proporció important de gent gran en la seva població, quan s'ajusten les seves taxes d'hospitalització, resulta que s'esperaria que fossin més altes que les observades, per la qual cosa els seus índexs de capacitat disminuirien al 89,7% i 66,6%, respectivament. Per contra, pel que fa a les regions sanitàries Barcelonès Nord i Maresme i Costa de Ponent, per l'elevada proporció de gent jove en la composició de la seva població, s'esperaria que les seves taxes d'hospitalització fossin inferiors a les observades, per la qual cosa les seves capacitats augmentarien al 86% i 99%, respectivament.

Altes amb estades potencialment susceptibles de ser ateses en llits de rehabilitació o convalescència

A partir de les dades del CMBDAH dels hospitals de la XHUP, per al període anual entre el mes de juliol de 1994 i el mes de juny de 1995, s'ha realitzat una estimació del nombre d'altes amb estada superior o igual a 30 dies i del nombre de llits d'hospitalització d'aguts que han ocupat. A continuació s'ha definit un tram de dies d'estada, en els quals aquests pacients podrien ser atesos, durant la seva rehabilitació o convalescència, en unitats complementàries a l'hospitalització d'aguts***.

* La capacitat s'ha analitzat a partir de la relació entre el total d'altes ateses a la regió sanitària/total d'altes de residents de la regió sanitària en qualsevol hospital de la XHUP.

** No s'ha inclòs en l'anàlisi la QSA de Tortosa.

*** S'han analitzat les altes dels hospitals de la XHUP classificades en GRD, posteriorment s'haurien d'ajustar els resultats segons la gravetat del pacient.

S'ha considerat que una alta era susceptible de ser inclosa en un programa de rehabilitació o convalsència si presentava una estada superior o igual a 30 dies i si, a més a més, aquesta estada era superior al punt de tall o estada màxima esperable per al seu GRD (*outlier*)*. De les 20.187 altes de la XHUP que van presentar una estada superior o igual a 30 dies, s'han seleccionat les 10.456 altes amb estada superior al punt de tall per al seu GRD. L'estada de cada alta seleccionada s'ha dividit en dos trams. D'una banda, els dies d'estada inferior o igual al punt de tall per a cada GRD i, de l'altra, els dies d'estada a partir del punt de tall per a cada GRD. Per a cada tram d'estada s'ha calculat els llits d'ocupació al 90%. Els llits del primer tram d'estada es consideren llits d'hospitalització d'aguts, mentre que els llits del segon tram d'estada es consideren llits de subaguts, de convalsència o de rehabilitació.

Aquestes 10.546 altes, globalment, representen el 2% de les altes i el 15% de les estades totals de la XHUP i han ocupat 1.834 llits. Si s'aplica el criteri prèviament exposat, s'estima que 826 llits podrien ser substituïts per llits de subaguts, 361 dels quals (44%) correspondrien a pacients d'edat superior o igual a 65 anys i 158 (19%), a pacients d'entre 50 i 64 anys.

Les categories majors diagnòstiques (CMD) que estan ocupant més llits d'hospitalització d'aguts, susceptibles de ser substituïts per llits de subaguts, són: sistema nerviós (157 llits), sistema musculoesquelètic (104 llits), aparell respiratori (84 llits), altres causes d'atenció sanitària (64 llits) i cardiocirculatori (54 llits).

Les CMD que presenten relativament menys proporció d'altes amb estades potencialment subagudes són els politraumatismes, els trastorns mentals, la sida, les lesions i emmetzinaments, els trastorns mieloproliferatius i les cremades, ja que són categories que intrínsecament requereixen hospitalitzacions llargues, justificades pel mateix procés patològic.

Si s'ordenen els hospitals de la XHUP segons el nombre llits que poden ser substituïts per llits de subaguts, el nombre de llits va de 0 a 75. 44 hospitals presenten menys de 10 llits d'aguts potencialment substituïbles per subaguts, 12 hospitals entre 10 i 19 llits, 7 hospitals entre 20 i 40 llits i, finalment, 5 hospitals acumulen 307 llits que podrien ser de convalsència o rehabilitació.

La gran majoria dels hospitals comarcals i complementaris presenten menys de 5 llits que poden ser substituïts per llits de subaguts, els hospitals de referència entre 10 i 19, mentre que els hospitals d'alta tecnologia i monogràfics maternoinfantils en presenten més de 20.

Els resultats obtinguts són únicament indicatius. D'altra banda, s'haurien d'estudiar *in situ* les condicions de cada pacient i, de l'altra, la factibilitat de disposar d'aquestes unitats alternatives d'hospitalització.

Les CMD que estan ocupant més llits susceptibles de ser substituïts per llits de subaguts són: sistema nerviós, sistema musculoesquelètic i aparell respiratori.

* *Outlier*: alta que ha presentat una estada superior al punt de tall o estada màxima esperable per al seu GRD. El punt de tall de referència per a cada GRD per al període 1994-1995 es troba definit al document Distribució d'altes i estades classificades en GRD i PMC. Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, any 1994. Servei Català de la Salut.

Altes potencialment ambulatòries (cirurgia major ambulatoria i/o hospital de dia)

S'han definit com a altes potencialment ambulatòries aquelles que han estat agrupades en GRD que inclouen procediments quirúrgics susceptibles de cirurgia major ambulatoria, o bé diagnòstics susceptibles de ser atesos en hospitalització de dia i/o diagnòstics de baixa complexitat que han presentat durant l'any 1995 una mediana d'estada inferior o igual a 2 dies.

A partir de les dades del CMBDAH dels hospitals de la XHUP per a l'any 1995 i seguint els criteris d'inclusió esmentats, s'han seleccionat 35 GRD*, els quals comptabilitzen un total de 84.765 altes, representant aproximadament el 14% del total d'altes, i presenten una estada mitjana de 2,6 dies. Si s'analitza la seva distribució segons grup d'edat, es pot observar que el 73% correspon a pacients menors de 65 anys: el 21% entre 0 i 14 anys, el 22% entre 15 i 39 anys i el 30% entre 40 i 64 anys.

El 82% d'aquestes altes presenten procediments susceptibles de realitzar-se en cirurgia major ambulatoria, mentre que el 18% restant correspon a patologia que podria ser atesa en hospitalització de dia.

Els GRD que concentren més activitat potencialment ambulatoria, ordenats per nombre d'altes, han estat els següents:

- Intervencions de cristal·lí (GRD 039)
- Hèrnies inguinals i femorals en adults, sense complicacions (GRD 162)
- Hèrnies en nens de 0 a 17 anys (GRD 163)
- Intervencions de canell i mà –excepte d'articulació major– no complicades (GRD 229)
- Intervencions d'amígdales i adenoides en nens de 0 a 17 anys (GRD 58 i 60)
- Alliberament del túnel carpià (GRD 006)
- Artroscòpies (GRD 232)
- Circumcisions (GRD 342 i 343)
- Interrupcions tubàries amb endoscòpia (GRD 362) i amb laparoscòpia (GRD 361)
- Altra cirurgia de pell, teixit subcutani i mama (GRD 270)
- Biòpsies de mama sense neoplàsia maligna (GRD 262)
- Extraccions i reparacions dentals (GRD 187)
- Intervencions de testicle en nens de 0 a 17 anys (GRD 340)

Els resultats d'aplicar aquest criteri són orientatius i en cap cas es pot fer una interpretació en el sentit que el total d'aquestes altes hagin produït ingressos inade-

S'estima que un 14% de les altes són potencialment ambulatòries.

* GRD seleccionats: 006; 039-041; 057-062; 072; 158; 162-163; 169; 187; 229; 232; 248; 262; 268; 270; 281; 282; 284; 340; 342; 343; 351; 360-362; 364; 369 i 467.

quats, ja que l'ambulatorietat potencial d'aquestes altes està condicionada, d'una banda, per les característiques del pacient i, de l'altra, per les característiques organitzatives del centre hospitalari on han estat ateses.

Variabilitat en la pràctica clínica

El Pla de salut inclou aspectes de recerca aplicada als serveis, orientats a aconseguir millors nivells d'equitat, d'eficiència i de qualitat.

Les línies d'avaluació proposades en el Pla de salut de Catalunya 1993-1995 inclouen aspectes de recerca aplicada als serveis, orientats a aconseguir millors nivells d'equitat, d'eficiència i de qualitat. En concret, l'estudi de les variacions de la pràctica clínica era una de les línies d'actuació del Pla de salut.

Els estudis de variabilitat de la pràctica clínica s'han abordat des de dos punts de vista diferents. D'una banda, la variabilitat a partir de dades poblacionals d'hospitalització en àrees petites i, de l'altra, la variabilitat entre centres i/o professionals.

L'existència de variacions territorials en la pràctica d'alguns procediments està àmpliament documentada. Des de la dècada dels seixanta s'han dut a terme una quantitat important d'estudis que evidencien aquestes variacions. Recollint la metodologia d'aquesta tradició de recerca, a Catalunya s'han iniciat diversos estudis en la línia proposada pel Pla de salut⁶, especialment, a partir de les possibilitats que ha donat l'extensió quantitativa del CMBDAH i la millora progressiva en la seva qualitat.

L'estudi de les altes hospitalàries ha permès identificar la importància de la variabilitat territorial en la pràctica clínica

A continuació es presenten molt sintèticament els resultats més rellevants d'alguns dels estudis que s'han realitzat des del Servei Català de la Salut. L'anàlisi de la variabilitat en l'hospitalització per causes específiques serveix per observar diferències suggeridores d'ineficiències i inadequacions. Malgrat les limitacions pròpies dels estudis inicials d'una nova línia de recerca com aquesta, la informació proporcionada per l'observació, en alguns casos, pot ser suficient per intervenir des del Servei Català de la Salut. Més habitualment, l'anàlisi arriba a definir problemes de salut o procediments, sobre els quals cal iniciar o potenciar un procés d'estudi i de treball amb i entre els professionals, per tal d'incorporar els resultats en l'àmbit de la millora de la gestió clínica.

L'aplicació de l'anàlisi de la variabilitat en àrees petites (*small area analysis*) a l'estudi de les altes hospitalàries per a set procediments quirúrgics a Catalunya^{7,8} permet observar unes diferències importants en les taxes d'hospitalització entre 26 àrees d'influència hospitalària analitzades per als diferents procediments (taula 51).

Els estudis sobre l'anàlisi de la variabilitat en àrees petites presenten diferències metodològiques en la selecció dels procediments, en la definició de les àrees d'influència hospitalàries i en l'anàlisi estadística. Això fa que les comparacions només puguin ser de tipus qualitatiu, classificant la variació en baixa, moderada, alta i molt alta⁹. L'amigdalectomia se situaria en el tipus de variació molt alta, coincidint amb la classificació d'altres estudis. L'extracció de cristal·lí, la prostatectomia, la reparació d'hèrnia i l'apendicectomia en el tipus de variació alta. Finalment, la colecistectomia i la histerectomia en el tipus de variació moderada.

**Variabilitat de les taxes d'hospitalització,
per set procediments quirúrgics. Catalunya, 1994**

Taula 51

	Taxa	Màxima	Mínima	RT	CV
Reparació d'hèrnia*	137,9	244,4	69,0	3,54	25,8
Colecistectomia	118,6	159,0	57,3	2,77	21,3
Apendicectomia*	64,2	125,5	31,9	3,93	32,2
Histerectomia	85,1	130,7	48,0	2,72	19,1
Amigdalectomia	27,8	61,3	7,0	8,76	50,2
Prostatectomia	85,4	150,6	31,6	4,77	32,8
Extracció de cristal·lí	219,7	409,3	91,9	4,45	43,4

* Majors de 14 anys.

Taxa: taxa del conjunt de Catalunya (per 100.000 habitants).

Màxima i mínima: taxa més alta i taxa més baixa de les àrees d'influència hospitalària analitzades.

RT: raó de taxes (màxima/mínima).

CV: coeficient de variació % (ponderat per la població).

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

D'altra banda, en la línia de l'estudi de la variabilitat interhospitalària, s'ha analitzat la pràctica de cesària enfront el part vaginal, ja que és coneguda la variabilitat existent^{10,11,12}. Sembla que existeixen factors clínics i no clínics que podrien explicar l'origen d'aquesta variabilitat, i que la pràctica individual podria ser un important factor determinant de les diferents proporcions de cesàries existents.

A Catalunya s'han analitzat les altes dels hospitals de la XHUP corresponents al període anual comprès entre el mes de juliol de 1994 i el mes de juny de 1995¹³ agrupant-les en dues categories: part amb cesària* i part vaginal**. La proporció mitjana de cesàries, en els hospitals i el període esmentats, és del 18% i la mediana del 19%, amb proporcions, segons els diferents hospitals, que van del 3% al 36%. El risc relatiu de cesària augmenta de manera significativa en els hospitals que atenen un volum inferior o igual a 100 parts anuals, mentre que els hospitals que atenen un volum d'entre 1.000 i 2.000 parts anuals són els que presenten un risc inferior. Quan es realitza l'anàlisi per grups d'hospitals, s'observa que els hospitals aïllats geogràficament presenten globalment una proporció de cesàries del 23% i que els hospitals de referència presenten una proporció del 17%, sent percentatges significativament diferents, superior i inferior, respectivament, al del conjunt de la XHUP. Finalment, l'anàlisi també indica que el risc de cesària augmenta amb l'edat.

La cesària és un procediment que presenta una elevada variabilitat.

* GRD 370 i 371.

** GRD 372-374.

4.4 Atenció socio sanitària

Desplegament de recursos d'atenció socio sanitària

El procés d'envelliment de la població catalana i l'aparició de noves necessitats han comportat, en els darrers anys, el desenvolupament i la consolidació de nous recursos per a l'atenció socio sanitària a la gent gran amb malaltia i dependència funcional, als malalts crònics i als malalts terminals.

A partir de l'any 1990, a través del Programa Vida als Anys, s'implanten nous serveis que complementen l'internament de llarga estada, fins aleshores l'única modalitat de servei socio sanitari. Aquests serveis de nova creació estan destinats a:

- Cobrir l'atenció a pacients amb necessitats de rehabilitació funcional o convalescència després d'haver patit un procés agut, ja sigui en règim d'internament (serveis de convalescència) o ambulatori (hospitals de dia socio sanitaris).
- Cobrir l'atenció a pacients amb malaltia en fase terminal, per rebre atenció pal·liativa (serveis de cures pal·liatives/sida).
- Donar suport assistencial, valorar adequadament i orientar el recurs assistencial més apropiat per als pacients amb característiques socio sanitàries, atesos a l'atenció primària de salut (equips PADES) o bé hospitalàriament (equips UFISS).

La dotació de serveis socio sanitaris s'ha incrementat en tots els tipus de recursos en els darrers cinc anys.

La dotació de serveis socio sanitaris s'ha incrementat en tots els tipus de recursos en els darrers cinc anys (taula 52), tot i que en diferents graus segons el recurs i segons la regió sanitària. La intensitat en la necessitat de serveis específics en un territori concret ve determinada per diversos factors. Un dels més importants és el grau d'envelliment de la població, ja que les necessitats d'atenció socio sanitària augmenten de forma molt important en la població anciana, a causa de la seva càrrega de malalties cròniques i a la pèrdua de reserva fisiològica. Altres factors importants són: la densitat de població (que condiciona les decisions d'ubicació i concentració de recursos assistencials), la qualitat de la xarxa viària (que condiciona l'accessibilitat dels usuaris i dels familiars), així com el nivell de dotació i el grau de resposta potencial d'altres serveis sanitaris i socials diferents dels tipificats com a socio sanitaris.

Aquestes condicions obliguen a considerar i triar entre diversos escenaris alternatius de dotació per un mateix territori, a condició que s'asseguri la provisió de l'atenció i el manteniment de la continuïtat assistencial. El resultat d'això poden ser perfils de dotació diferents entre diverses subunitats geogràfiques que assegurin l'equitat en la provisió de serveis i miren de mantenir, a més, un cert grau d'equitat territorial en la diversitat de recursos. El desplegament dels diferents recursos socio sanitaris en els darrers anys ha tendit, en general, a equilibrar progressivament la dotació relativa entre regions sanitàries i ha donat com a resultat el que mostra la taula 53 per a l'any 1995.

Evolució de la dotació de serveis socio-sanitaris. Catalunya, 1990-1995

Taula 52

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Llarga estada (llits)	3.764	3.947	3.713	3.871	3.962	4.155
Convalescència (llits)		55	433	576	663	768
Cures pal·liatives (llits)		55	122	156	198	230
Sida (llits)		13	41	50	62	74
Hospital de dia (places)	160	225	371	434	529	693
PADES (equips)	15	24	31	34	40	42
UFISS (equips)	7	13	18	24	31	39

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

Dotació socio-sanitària, per regions sanitàries. Catalunya, 1995

Taula 53

	Llits de llarga estada	Llits de convalescència	Llits de cures pal·liatives/sida	Places hospital de dia	Equips PADES	Equips UFISS
Lleida	214	37	20	30	3	3
Tarragona	248	64	22	70	4	3
Tortosa	203	40	15	20	1	1
Girona	336	21		52	2	3
Costa de Ponent	952	112	20	85	8	10
Barcelonès Nord i Maresme	498	64	12	120	5	7
Centre	757	142	73	186	7	7
Barcelona Ciutat	947	288	142	130	12	5
Catalunya	4.155	768	304	693	42	39

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

Utilització de serveis d'atenció socio-sanitària

Entre els serveis d'internament, els que presenten els increments més importants en el nombre d'usuaris atesos, són els de cures pal·liatives, els de sida i els de convalescència. Pel que fa als serveis alternatius, també s'observa un augment molt important, especialment a les UFISS (taula 54).

Taula 54

Evolució del nombre d'usuaris atesos pels serveis socio-sanitaris. Catalunya, 1990-1995						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Llarga estada	6.500	6.785	7.594	7.815	7.382	8.457
Convalescència			1.682	3.037	4.363	5.315
Cures pal·liatives			641	1.326	1.944	2.573
Sida			110	177	331	504
Hospital de dia			788	1.133	1.844	2.430
PADES			4.540	6.318	7.968	9.314
UFISS			2.978	5.767	9.291	10.871

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

En el període 1990-1995 s'observa una utilització més eficient dels recursos socio-sanitaris.

Pel que fa a la relació entre l'evolució de l'activitat i l'evolució de la dotació, destaca el fet que, per a cadascun dels recursos, l'increment en el volum de persones ateses durant el període 1990-1995 ha estat proporcionalment superior a l'increment en la dotació, cosa que reflecteix una millora progressiva i important en l'eficiència global dels serveis socio-sanitaris, especialment en els serveis de mitja estada i els alternatius a l'internament. Aquest fenomen s'observa fins i tot per l'internament en serveis de llarga estada, tradicionalment caracteritzat per una baixa rotació, deguda a la previsió d'alta a llarg termini quasi exclusivament per *exitus*. Una part d'aquest increment d'usuaris en llits de llarga estada s'està aconseguint gràcies a la incentivació de noves fórmules com ara l'ingrés temporal de pacients, majoritàriament psicogeriatrics, pactat entre els proveïdors i les famílies.

4.5 Atenció a la salut mental

Desplegament de recursos d'atenció a la salut mental

L'atenció a la salut mental a Catalunya s'estructura en una tipologia de recursos diversificada. Els centres de salut mental (CSM) presten serveis d'atenció ambulatoria especialitzada en psiquiatria i salut mental i de suport a l'atenció primària de salut. Les funcions són el diagnòstic, l'orientació i el seguiment de les persones amb trastorns mentals, com també la coordinació amb altres serveis assistencials del sector sanitari per tal de garantir la continuïtat assistencial i la coordinació amb serveis d'altres xarxes (serveis socials, justícia, ensenyament, etc.). Es diferencien dos tipus de CSM, els d'atenció infantil i juvenil (fins a 18 anys) i els d'atenció a la població adulta.

L'atenció d'hospitalització de les persones amb trastorns mentals es realitza des de diferents unitats. Les unitats d'aguts presten serveis d'urgències psiquiàtriques

i d'hospitalització a les situacions de crisi en les quals hi pugui haver un risc psicopatològic greu. Les unitats de subaguts estan destinades a l'atenció a la població amb trastorns mentals severos, amb evolució crònica, que presenten una reauditació de la malaltia, i amb alta complexitat des del punt de vista clínic i psicossocial, que requereixen un tractament terapèutic i rehabilitador intensiu per a la readaptació a l'entorn sociofamiliar. Les unitats de mitja i llarga estada atenen la població amb trastorns mentals amb criteris de severitat psicopatològica prolongada d'evolució crònica i amb desadaptació social i familiar greu.

Les unitats d'hospital de dia atenen les persones amb trastorns mentals en la fase d'inici d'una evolució crònica que requereixen un tractament terapèutic i rehabilitador intensiu i que poden mantenir els vincles amb la comunitat i amb les famílies durant el procés terapèutic.

L'atenció rehabilitadora es presta des dels centres de dia, destinats al desenvolupament d'activitats rehabilitadores i de reinserció social de persones que pateixen un trastorn mental sever.

D'altra banda, es dona suport a l'assistència psiquiàtrica i psicològica dels nens amb psicosi i autisme que estan en escoles d'educació especial.

Cal comptar també amb els recursos per a l'atenció a la població amb trastorns mentals severos, subvencionats pel Departament de Benestar Social, com són els pisos assistits, les llars residències, els serveis de suport a la integració laboral i els centres especials de treball destinats a la reinserció laboral de les persones amb disminució derivada de malaltia mental.

En els darrers anys ha continuat augmentant la dotació de dispositius assistencials per a l'atenció a la salut mental (taula 55). Entre els anys 1992 i 1995 s'han creat 18 CSM (7 d'atenció infantil i juvenil i 11 d'adults). El nombre de llits per a l'hospitalització d'aguts ha augmentat el 16% i per a la de subaguts, el 5%. D'altra banda, el nombre de places d'hospital de dia ha augmentat el 42% i el 65% les de centres de dia.

En els darrers anys s'ha augmentat i diversificat la dotació de dispositius assistencials per a l'atenció a la salut mental.

Evolució de la dotació de serveis d'atenció a la salut mental. Catalunya, 1990-1995

	1992	1993	1994	1995
CSM infantil/juvenil	24	25	28	31
CSM d'adults	55	57	60	66
Hospitalització d'aguts (llits)	703	696	791	815
Hospitalització de subaguts (llits)	314	318	382	329
Hospital de dia (places)	105	105	135	149
Centres de dia (places)	564	605	800	928

Taula 55

Activitat dels serveis d'atenció a la salut mental

L'activitat realitzada ha augmentat per als diferents tipus de serveis (taula 56), en general amb proporcions bastant superiors a les de l'increment en la dotació de recursos. El nombre de visites en els CSM ha augmentat el 40% en els d'atenció infantil i juvenil i el 63% en els d'adults, en el període 1992-1995. El nombre d'altres ha augmentat el 31% pel que fa a l'hospitalització de subaguts entre els anys 1992 i 1995, i un 30% per a l'hospitalització d'aguts entre el 1993 i el 1995.

Taula 56

Activitat dels serveis d'atenció a la salut mental. Catalunya, 1992-1995				
	1992	1993	1994	1995
CSM infantil/juvenil (visites)	86.696	110.192	130.653	139.076
CSM d'adults (visites)	274.400	372.795	382.696	447.546
Hospitalització (altes d'aguts)*		17.600	18.934	22.782
Hospitalització (altes de subaguts)	853	774	1.397	1.116

* En hospitals d'aguts i hospitals psiquiàtrics.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Les unitats de crònics o de mitja i llarga estada de les institucions psiquiàtriques atenen pacients de característiques i necessitats molt diferents i que hi han arribat per diferents motius. Un estudi descriptiu dut a terme durant l'any 1995 per les diverses entitats proveïdores i el Servei Català de la Salut va permetre classificar 3.436 pacients residencials (taula 57). Les variables estudiades han servit per descriure les característiques i les necessitats dels pacients i per preveure les tipologies dels recursos per a la seva atenció integral.

Taula 57

Distribució dels pacients residencials segons recurs assistencial. Catalunya, 1995	
	Total pacients
Unitat de crònics psiquiàtrics	864
Unitat psicogeriàtrica	299
Residència psicogeriàtrica	559
Llar amb suport	181
Pis amb suport extern	78
Llar residència	181
Residència per a severos i profunds	567
Residència per a deficients amb trastorns de conducta	54
Residència per a gent gran assistida	454
Residència per a gent gran	199
Total	3.436

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social i Departament de Benestar Social.

4.6 Atenció a les drogodependències

A Catalunya, l'atenció als problemes derivats del consum excessiu i la dependència de l'alcohol i les altres drogues s'estructura mitjançant la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD). Els centres de la XAD s'agrupen en diferents nivells funcionals segons el tipus de servei que ofereixen:

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències atén els problemes derivats del consum excessiu i de la dependència de l'alcohol i les altres drogues.

- Primer nivell: atenció primària sanitària i social. Els CAP i les unitats bàsiques d'atenció social primària tenen un paper cabdal en el diagnòstic precoç de la dependència de les drogues i els seus problemes associats, i participen en el procés terapèutic a través d'estratègies que inclouen la intervenció mínima (consell als fumadors i bevedors de risc, educació sanitària, etc.), la col·laboració amb els centres de tractament especialitzat i el desenvolupament de programes de reducció dels riscos associats amb l'ús de drogues (intercanvi de xeringues i agulles, dispensació d'agonistes opiàcics, etc.). L'any 1995, del total de 402.341 xeringues distribuïdes pels programes d'intercanvi entre usuaris de drogues per via parenteral, 20.795 (un 5,17%) van ser dispensades des dels CAP.
- Segon nivell: centres especialitzats en tractament ambulatori. Actualment la XAD disposa de 57 d'aquests centres, anomenats centres d'atenció i seguiment (CAS), que ofereixen tractament especialitzat en règim ambulatori als drogodependents. Aquests centres poden oferir diferents modalitats de tractament: tractaments lliures de drogues, programes de manteniment amb metadona, programes de manteniment amb antagonistes, etc. Els CAS poden també derivar els seus usuaris a altres recursos especialitzats de la XAD.
- Tercer nivell: unitats hospitalàries de desintoxicació i comunitats terapèutiques. A les unitats hospitalàries de desintoxicació es realitza el tractament de la síndrome d'abstinència mitjançant un període breu d'estada en una unitat hospitalària en aquells casos on la desintoxicació en règim ambulatori no sembla viable. La XAD disposa actualment de 48 llits en 10 unitats hospitalàries de desintoxicació.

Les comunitats terapèutiques ofereixen un tractament socioeducatiu de llarga estada (al voltant de 9 mesos) orientat a la integració social dels usuaris. La XAD disposa actualment de 439 places en 22 comunitats terapèutiques, que van notificar 841 altes en el decurs de 1995.

- Quart nivell: centres i programes de reinserció. La reinserció de drogodependents en el medi social pot requerir la utilització de recursos especials amb l'objectiu de dotar els usuaris de les habilitats socials i laborals necessàries per adaptar-se a la vida en societat. Aquests objectius s'aconsegueixen mitjançant centres específicament destinats als usuaris drogodependents (centres d'activitats, tallers, centres de dia) o bé per mitjà de programes que gestionen la utilització de recursos comunitaris.

L'any 1995, es van produir 221.800 visites en els CAS i 1.418 altes en les unitats hospitalàries de desintoxicació. El nombre d'usuaris en programes de manteniment amb metadona va ser de 3.709 (taula 58).

Taula 58

**Activitat assistencial dels centres de la XAD, per regions sanitàries.
Catalunya, 1995**

	Visites CAS*	Usuaris PMM**	Altes UHD***
Lleida	3.220	193	80
Tarragona	17.600	300	76
Tortosa	7.137	0	0
Girona	11.915	198	116
Costa de Ponent	27.559	353	117
Centre	21.649	693	287
Barcelonès Nord i Maresme	31.137	414	293
Barcelona Ciutat	101.583	1.558	449
Catalunya	221.800	3.709	1.418

* Visites CAS: nombre de visites individuals notificades pels centres d'atenció i seguiment.

** Usuaris PMM: nombre d'usuaris en programes de manteniment amb metadona.

*** Altes UHD: nombre d'altes a les unitats hospitalàries de desintoxicació.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogodependències.

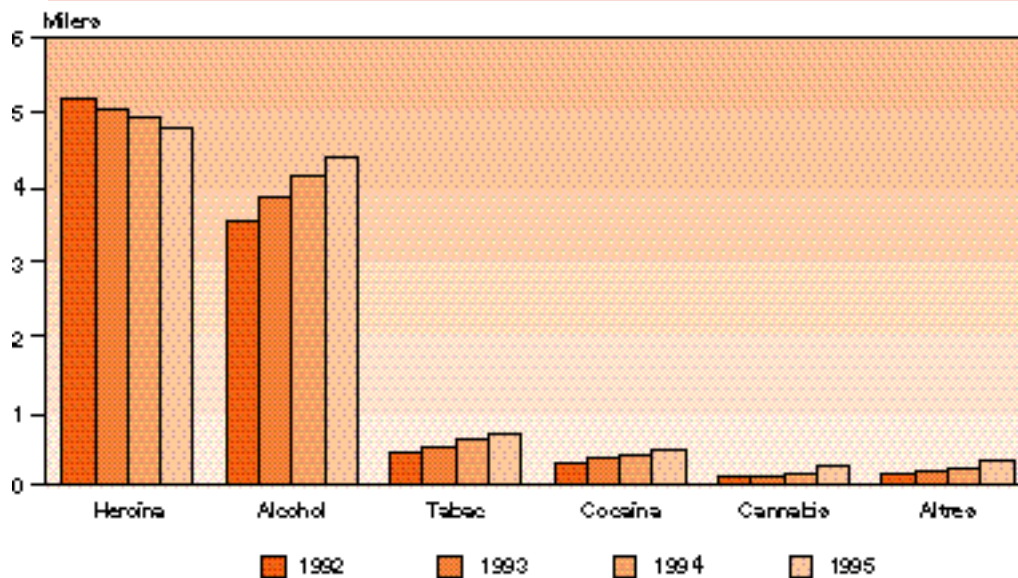
L'any 1992 va augmentar notablement el nombre d'inicis de tractament, com a conseqüència de l'augment de programes de manteniment amb metadona.

Els centres ambulatoris de la XAD van notificar un total de 10.824 inicis de tractament per a la dependència de les drogues, principalment l'heroïna (43,8%) i l'alcohol (40,3%). L'any 1992 va augmentar notablement el nombre d'inicis de tractament a la XAD, probablement com a conseqüència de l'augment de l'oferta de programes de manteniment amb metadona i, des d'aquest any, continua augmentant el nombre absolut de notificacions d'inici de tractament, tot i que amb una lleugera tendència a la disminució del tractament d'heroïnòmans, la qual pot explicar-se per l'augment de l'adherència al tractament, derivada de l'existència d'un elevat nombre d'usuaris en tractament amb metadona (gràfic 79).

Pel que fa als fluxos entre regions sanitàries per a l'atenció a les drogodependències es pot analitzar la relació entre la regió sanitària de residència i la regió on s'inicia el tractament (gràfic 80). Encara que en proporcions inferiors a les observades l'any 1991¹⁴, són els residents a les regions sanitàries Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent i Centre els que més freqüentment inicien tractament fora de la pròpia regió. Principalment, ho fan a Barcelona Ciutat, on inicien tractament el 18,8%, el 17,5% i el 9,1% dels residents de les tres regions sanitàries esmentades, respectivament.

Evolució del nombre d'inicis de tractament a la XAD segons droga primària. Catalunya, 1992-1995

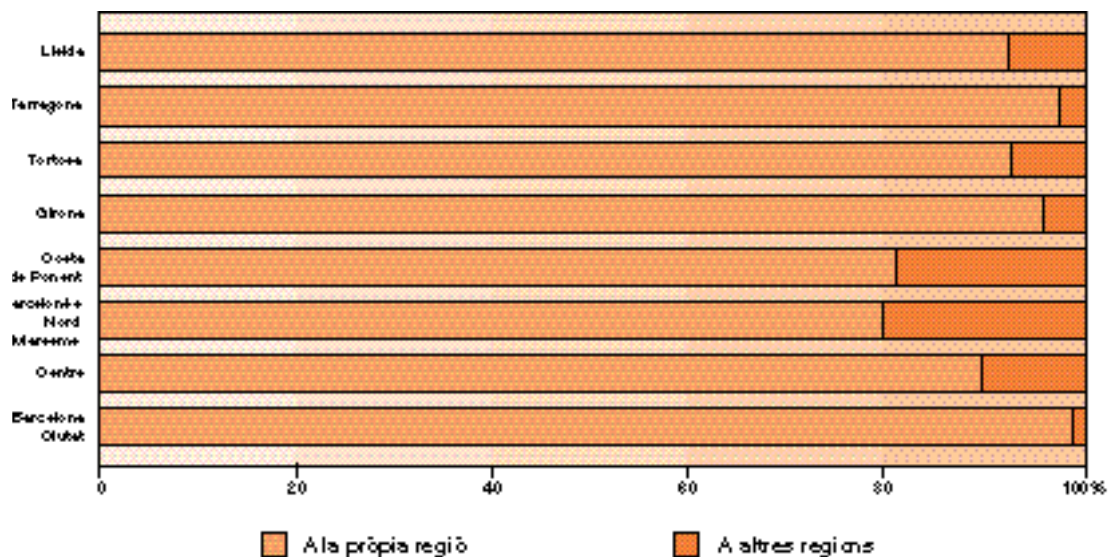
Gràfic 79



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogodependències.

Lloc d'inici de tractament dels residents de cada regió sanitària en centres de la XAD. Catalunya, 1995

Gràfic 80



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat social. Sistema d'informació sobre drogodependències.

4.7 Utilització de medicaments

L'anàlisi de la utilització de medicaments, en aquest apartat, se centra en els medicaments prescrits a l'atenció primària i finançats pel Servei Català de la Salut.

Les dades generals referents a l'evolució del consum de medicaments (taula 59) mostren que el nombre d'envasos d'especialitats farmacèutiques consumides disminueix en els anys 1993 i 1994 i augmenta el 1995, fins a situar-se en un volum similar al de 1992. Pel que fa a la despesa, es produeix un increment del 29% en els recursos assignats a la prestació farmacèutica en el període 1992-1995* i, d'altra banda, el percentatge de la despesa que correspon a pensionistes augmenta 5 punts.

El percentatge d'especialitats farmacèutiques amb valor intrínsec elevat presenta un increment d'11 punts, el qual pot haver estat motivat, principalment, per dos factors bàsics: l'impacte del Reial decret de finançament selectiu (RDFS) 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.

Ha augmentat la utilització d'especialitats farmacèutiques amb valor intrínsec elevat.

Taula 59

Evolució del consum de medicaments finançats pel Servei Català de la Salut. Catalunya, 1992-1995				
	1992	1993	1994	1995
Despesa líquida (milions de pessetes)	92.518	99.569	104.202	119.363
Despesa líquida dels pensionistes	64%	66%	68%	69%
Envasos d'especialitats farmacèutiques (milions d'envasos)	83,0	81,3	78,1	83,7
Valor farmacològic intrínsec elevat	63%	68%	73%	74%

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Per grups terapèutics, els que han presentat un major increment del consum en nombre d'envasos són el del sistema nerviós central, que inclou la teràpia analgèsica, els ansiolítics i antidepressius, el cardiovascular i el dels antiinflamatoris. Els grups en què ha disminuït més el consum són el digestiu, el dermatològic i el respiratori, fet motivat, en part, per l'RDFS.

Per subgrups terapèutics, els tres primers en consum en nombre d'envasos són els analgèsics, ansiolítics i antibacterians, els quals, conjuntament, representen el 20% del nombre d'envasos total. Els tres primers en consum de recursos són els antiàcids i antiulcerosos, els antibacterians i els hipotensors, que acumulen gairebé una quarta part de la despesa global.

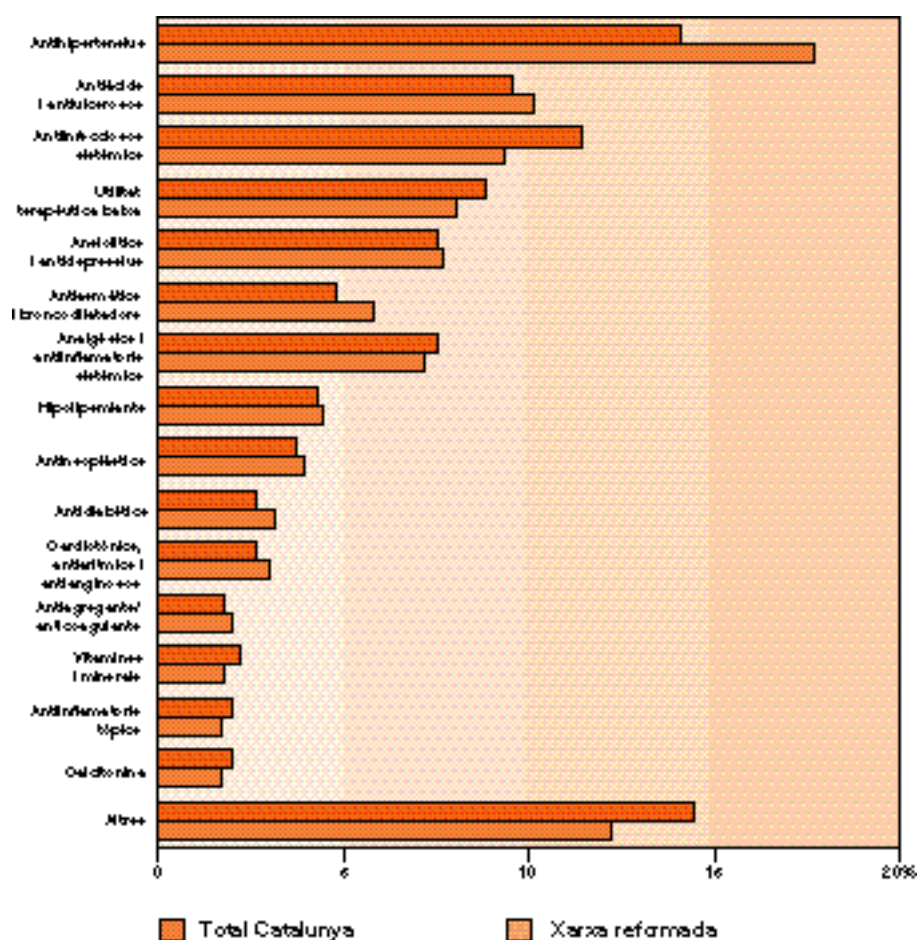
* A l'hora de valorar aquest increment cal tenir en compte que durant aquests anys es van produir, la reducció de l'IVA en els medicaments i del seu preu de venda i que es va aplicar el Reial decret de finançament selectiu.

En analitzar la despesa per grups de terapèutiques farmacològiques lligades a patologies, s'observa que, per al conjunt de Catalunya durant l'any 1995, els sis grups més freqüents acumulen el 60% de la despesa realitzada, entre els quals sobresurten els antihipertensius (14,5%) i els antiinfecciosos (11,4%). Tanmateix, cal destacar que la distribució de la despesa segons aquesta classificació mostra un perfil sensiblement diferent a la xarxa reformada d'atenció primària respecte al del conjunt de Catalunya (gràfic 81).

Els sis grups farmacològics més freqüents acumulen el 60% de la despesa realitzada, entre els quals sobresurten els antihipertensius i els antiinfecciosos.

Distribució de la despesa per subgrups farmacològics en l'atenció primària (xarxa reformada i total). Catalunya, 1995

Gràfic 81



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

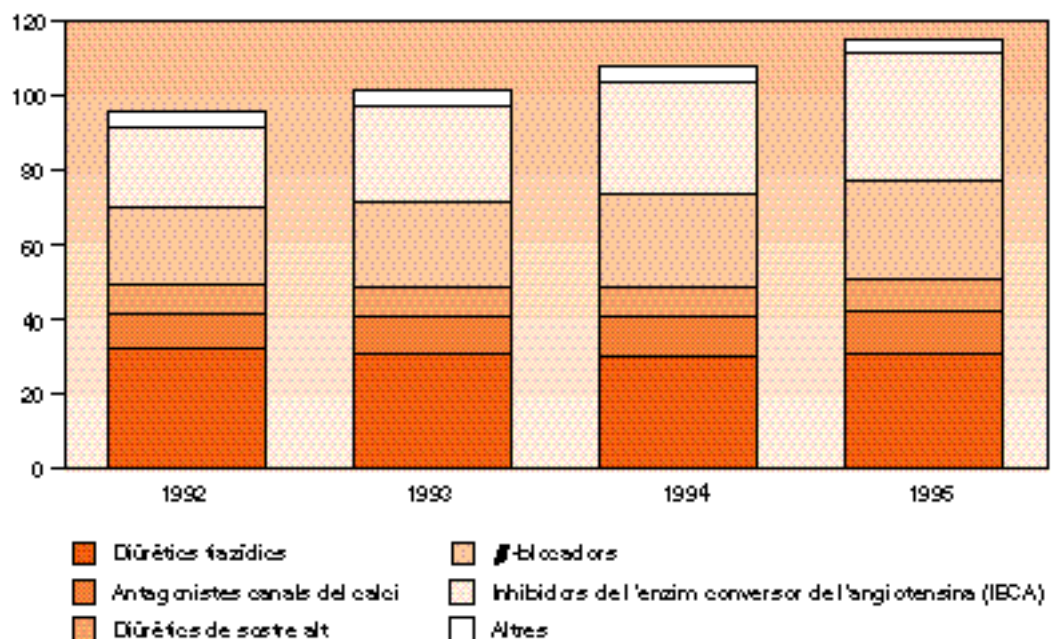
L'indicador dosi diària definida per 1.000 habitants i dia (DHD) fa possible una anàlisi comparativa del consum de medicaments i de la seva evolució per als diversos subgrups terapèutics. Per l'interès que tenen en relació amb els problemes de salut prioritzats en el Pla de salut, s'han seleccionat alguns grups de terapèutiques farmacològiques lligades a aquests problemes.

Antihipertensius

L'increment en el consum d'antihipertensius en DHD entre l'any 1992 i 1995 ha estat del 20%. Les dades de consum en DHD indiquen que el consum d'antihipertensius el 1995 és similar al que es produiria si l'11,4% de la població catalana estigués tractada amb una dosi d'antihipertensius diària durant tot l'any. L'increment en el consum és clarament indicatiu d'un increment de tractaments farmacològics durant el període estudiat (gràfic 82).

Gràfic 82

Consum d'antihipertensius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995



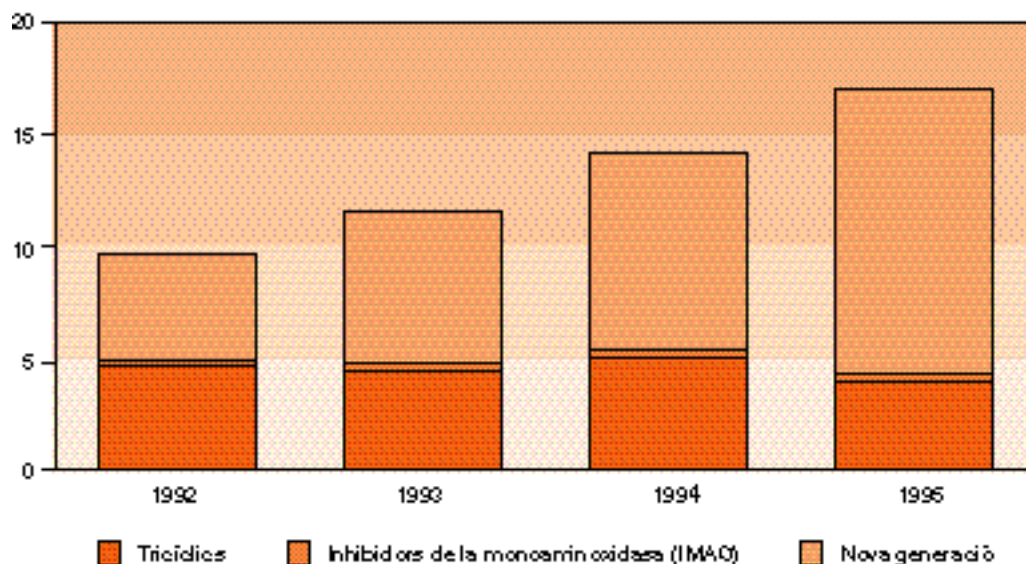
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

L'increment de la despesa en el període 1992-1995 ha estat en termes absoluts de 5.629 milions de pessetes i percentualment suposa el 48,7%. S'estima que en l'increment de despesa, únicament el 40% està motivat per l'augment del nombre de tractaments i la resta per un encariment dels tractaments per al desplaçament cap a grups de fàrmacs amb un cost per dia de tractament més elevat (antagonistes canals del calci i IECA).

Antidepressius

Consum d'antidepressius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995

Gràfic 83



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

L'increment de consum en DHD d'aquests fàrmacs és del 78,1% en el període 1992-1995. En aquest grup, la utilització de fàrmacs clàssics (tricíclics) s'ha mantingut constant en DHD i en despesa. Els increments identificats es basen en un gran nombre de nous tractaments i portats a terme amb fàrmacs de nova generació (gràfic 83).

El consum d'antidepressius en DHD s'ha incrementat en un 78,1% en el període 1992-1995.

Estupefaents majors

Consum d'estupefaents majors en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995

Taula 60

	1992	1993	1994	1995
Morfina (oral)	0,060	0,070	0,080	0,108
Morfina (parenteral)	0,003	0,003	0,005	0,009
Altres	0,094	0,107	0,110	0,186
Total	0,157	0,180	0,195	0,303
Morfina sobre el total	40,1%	40,5%	43,6%	38,6%

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Cal destacar la baixa utilització relativa de morfina, bàsicament oral, enfront de la resta de fàrmacs d'aquest grup, que tenen poques indicacions terapèutiques. Les noves normatives, encara que recents (1995), si bé sembla que han afavorit la utilització de morfina oral, no han tingut impacte en la utilització relativa davant d'altres fàrmacs d'aquest grup, l'any 1995. El consum relatiu de morfina és el més baix del període (taula 60).

Antidiabètics

Taula 61

Consum d'antidiabètics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995				
	1992	1993	1994	1995
Insulines	6,25	6,80	7,22	7,77
SOUES*	11,50	12,20	12,90	13,45
Biguanides	0,82	0,87	1,07	1,32
Altres	0,04	0,51	1,11	1,67
Total	18,61	20,38	22,30	24,21

* Sulfanilurees.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Hipolipemians

L'increment de consum en aquest grup de fàrmacs ha estat del 35,26%. Els grups corresponents a fibrats i resines s'han mantingut constants al llarg del període i gairebé tots els nous tractaments s'han portat a terme amb estatines (gràfic 84).

L'increment de cost ha estat del 58,1%. La diferència entre aquest increment i el del nombre de tractaments ens proporciona la part corresponent a l'increment del cost del tractament motivat bàsicament per la utilització d'estatines.

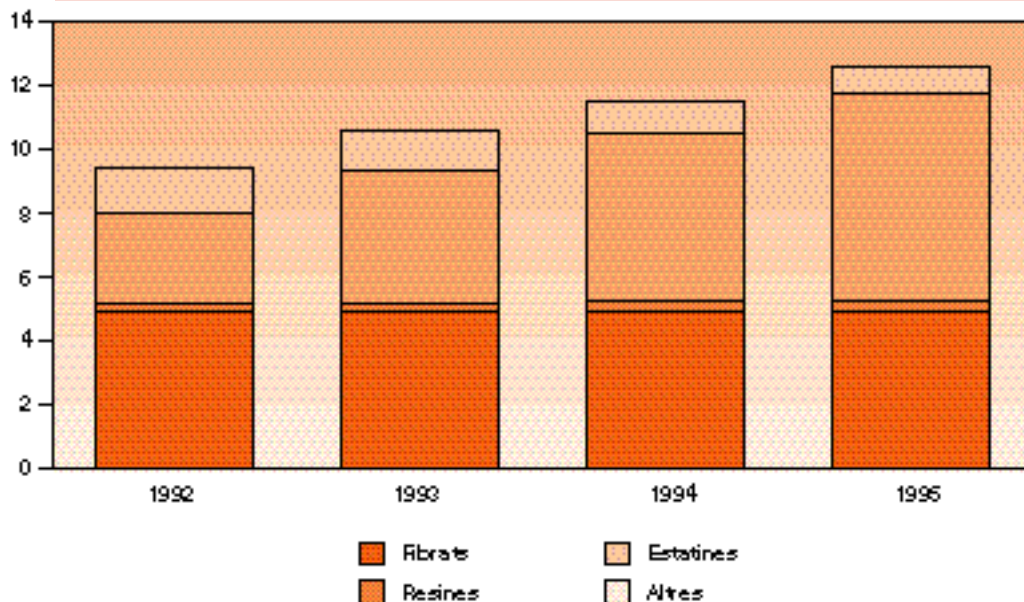
Antibiòtics

Si bé el consum absolut en DHD dels antibacterians s'ha mantingut constant entre els anys 1992 i 1995 (taula 62), la despesa que genera suposa al voltant del 8% de la despesa global en especialitats farmacèutiques; en el període estudiat s'ha incrementat en un 3,6% (10.900 milions al 1992 i 11.300 al 1994).

Aquest increment es basa sobretot en l'augment del cost de tractament motivat pel pas cap a l'ús d'antibiòtics nous (cefalosporines, macròlids, quinolones, etc.).

Consum d'hipolipemians en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995

Gràfic 84



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Consum d'antibiòtics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995

Taula 62

	1992	1993	1994	1995
Penicil·lines d'ampli espectre	7,00	7,10	6,60	7,65
Penicil·lines d'espectre reduït	0,50	0,40	0,30	0,26
Altres penicil·lines	0,34	0,34	0,35	0,35
Tetraciclins	0,86	0,77	0,70	0,66
Cefalosporines	1,08	1,32	1,48	1,79
Macròlids	2,50	2,50	2,15	2,99
Quinolones	2,17	2,21	2,23	2,28
Aminoglicòsids	0,06	0,04	0,03	0,02
Sulfamides	0,94	0,83	0,66	0,68
Total	15,45	15,51	14,50	16,68

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Benzodiazepines

En aquest grup, l'increment de la despesa es basa fonamentalment en l'increment de consum en unitats. Durant el període estudiat, el consum en DHD ha incrementat un 21,4% (taula 63) i la despesa un 27%.

La problemàtica d'aquest grup a Catalunya, igual que en altres països, se centra en l'elevat consum i l'elevada potencialitat d'ús inadequat d'aquests fàrmacs en l'atenció primària.

Taula 63

Consum de benzodiazepines en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995				
	1992	1993	1994	1995
Lormetazepam	4,36	4,92	5,85	6,76
Alprazolam	4,11	4,79	5,62	6,64
Clorazepat dipotàssic	3,95	4,19	4,45	4,78
Diazepam	7,35	7,20	7,16	7,37
Flunitrazepam	2,75	2,65	2,48	2,64
Flurazepam	1,06	1,04	1,04	1,03
Lorazepam	6,35	6,98	7,78	8,87
Ketazolam	1,22	1,24	1,28	1,28
Loprazolam	0,95	1,01	1,10	1,16
Medazepam	1,15	1,13	1,06	1,04
Altres	3,57	3,42	3,21	3,12
Total	36,82	38,57	41,03	44,69

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

Antiinflamatoris no esteroïdals (AINE)

Les xifres indiquen un increment important en DHD. L'any 1994, la xifra de consum és equivalent al 3% de tota la població catalana, consumint una dosi diària definida de qualsevol AINE cada dia. Aquesta xifra seria molt més elevada si excloguèssim la població infantil. A més, en tres anys, el consum ha incrementat un 31% i, bàsicament, a costa de fàrmacs nous amb una introducció molt forta (aceclofenac, nabumetona, etc.) i amb costos de tractaments més cars (taula 64).

Un altre punt rellevant és l'elevat consum de piroxicam, que sembla ser l'AINE (estudi cas-control portat a terme en el nostre medi) amb més risc de produir hemorràgia gàstrica. A més del consum d'AINE sistèmics s'ha de considerar també l'elevat consum d'AINE tòpic. L'any 1994 es van consumir més de 2 milions d'envasos, amb una despesa de 1.620 milions de pessetes.

**Consum d'antiinflamatoris no esteroïdals en dosi diària definida
per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995**

Taula 64

	1992	1993	1994	1995
Diclofenac	8,3	7,7	7,5	7,9
Piroxicam	3,6	3,4	3,6	4,6
Naproxèn	2,9	3,1	3,5	3,6
Indometacina	1,8	1,8	1,7	1,6
Tenoxicam	1,7	1,6	1,4	1,4
Aceclofenac	1,7	4,8	5,9	6,3
Droxicam	1,3	1,1	0,6	0,0
Flurbiprofèn	0,7	0,6	0,4	0,4
Ketoprofèn	0,5	0,4	0,5	0,5
Ibuprofèn	0,3	0,4	0,6	1,1
Ketorolac	0,3	0,4	0,3	0,2
Nabumetona	0,0	0,0	1,0	1,7
Altres	0,6	0,5	0,8	1,7
Total	23,7	25,8	27,8	31,0

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

4.8 Utilització de serveis sanitaris

A partir de les dades aportades per l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)¹⁵, desenvolupada durant l'any 1994, es caracteritzen els trets principals de la utilització dels serveis sanitaris per part de la població catalana.

Així, la informació analitzada ens mostra que el 81,8% de la població ha estat visitada per algun professional sanitari en el decurs de l'any. Per tal de potenciar l'efecte recordatori en els enquestats, se'ls preguntava també sobre el període dels darrers quinze dies, en el qual el 21,8% de la població declara almenys una visita a professionals de la salut. La distribució per grups d'edat i sexe confirma que els menors de 15 anys i els majors de 64 anys són els que presenten una freqüentació més alta, tal i com s'observa a la taula 65.

El 81,8% de la població ha estat visitada per algun professional sanitari durant l'any 1994.

Taula 65

Freqüentació extrahospitalària: percentatge de població segons nombre de visites a un professional sanitari durant el darrer any. Catalunya, 1994

Grup d'edat	Cap	Visites durant el darrer any		
		Una	Dues	Tres i més
Homes				
0-14	8,5	34,2	36,0	21,2
15-44	21,2	32,4	27,6	18,8
45-64	18,3	27,3	28,3	26,0
65 i més	6,8	29,9	33,3	30,0
Total homes	16,2	31,1	30,1	22,6
Dones				
0-14	6,7	40,7	29,9	22,7
15-44	10,0	24,5	34,4	31,0
45-64	8,8	19,8	33,1	38,3
65 i més	6,6	25,4	31,2	36,8
Total dones	8,6	25,8	32,8	32,8
Total	12,2	28,3	31,5	28,0

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

A la taula 66 es mostra la freqüentació global per regió sanitària, ajustada per edat, i en la qual s'observen diferències poc importants en la proporció d'usuaris detectats.

Taula 66

Percentatge de població que ha visitat un professional sanitari en el darrer any*, per sexe i per regions sanitàries. Catalunya, 1994

	Homes (%)	Dones (%)
Lleida	85,3	93,4
Tarragona	85,0	91,4
Tortosa	86,6	92,3
Girona	80,1	89,9
Costa de Ponent	83,7	90,6
Barcelonès Nord i Maresme	83,1	90,6
Centre	83,9	92,5
Barcelona Ciutat	83,0	91,8

* Estandardització per edat.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la salut. Enquesta de Salut de Catalunya 1994.

El professional més visitat, segons el que declaren els entrevistats a l'ESCA, és el metge general (el pediatre en el grup de menors de 15 anys) seguit del metge especialista i de l'odontòleg (taula 67).

Percentatge de població que visita un professional sanitari, segons titulació, en el decurs d'un any. Catalunya, 1994

Taula 67

Metge/metgessa general	61,9
Metge/metgessa pediatre/a	10,2
Metge/metgessa especialista	48,2
Odontòleg/òloga	26,6
Oftalmòleg/òloga	22,6
Infermer/a	8,9
Fisioterapeuta	3,3
Psicòleg/òloga	1,5
Metge/metgessa homeòpata	1,1
Metge/metgessa naturista	0,9
Metge/metgessa acupuntor/a	0,6
Treballador/a social	0,7
Altres	1,1

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Els motius per adreçar-se a una consulta sanitària són molt diversos, per la qual cosa és útil agrupar les diferents causes de visita a un professional en les possibilitats més habituals: diagnòstic i tractament d'un problema de salut, prescripció de receptes per a una patologia ja controlada, exploració preventiva, procediment d'algun tràmit administratiu i altres tipus de demanda. A la taula 68 es presenten els percentatges dels motius de la darrera visita al metge/metgessa de medicina general, especialista o pediatre/a, de les quals el 54,4% són per a diagnòstic i tractament, sense cap altre tipus d'acte mèdic.

El 54,4% de les visites mèdiques són exclusivament per a diagnòstic i tractament.

Taula 68

**Motiu principal de la darrera visita a un metge/metgessa,
per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994**

Motiu de consulta	Visites durant el darrer any			
	0-14 anys	15-44 anys	45-64 anys	65 anys i més
Homes				
Diagnòstic/tractament	68,2	64,9	54,4	40,5
Receptes (exclusivament)	0,8	3,6	9,5	20,0
Les dues anteriors	10,1	12,5	9,5	14,3
Examen preventiu	12,8	4,9	8,3	7,4
Tràmits administratius	0,0	4,3	2,7	1,0
Altres	8,0	9,7	15,5	16,7
Dones				
Diagnòstic/tractament	56,0	60,8	50,5	40,2
Receptes (exclusivament)	0,9	3,3	11,5	17,7
Les dues anteriors	11,0	10,5	13,5	16,3
Examen preventiu	22,2	12,3	7,8	7,4
Tràmits administratius	0,0	3,5	2,9	0,8
Altres	9,9	9,6	13,7	17,5

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Molt relacionada amb la freqüentació dels serveis sanitaris extrahospitalaris és la demanda no expressada i, en conseqüència, no atesa. A l'ESCA s'analitza la freqüència de patir algun problema de salut que no genera consulta als serveis sanitaris, i que segons aquesta font d'informació afecta el 9,4% dels majors de 14 anys tal i com es mostra a l'apartat relatiu a la visió de la població sobre els serveis sanitaris.

El 9,4% dels majors de 14 anys ha patit algun problema de salut que no acaba generant una consulta.

Respecte a l'hospitalització, entesa com a ingrés amb una o més estades, segons els resultats de l'ESCA, afecta el 8,0% de la població en el període d'un any. Entre els homes, el grup d'edat amb l'índex d'ingrés hospitalari més alt és el dels majors de 64 anys (14,6%). Entre les dones, l'índex d'ingrés hospitalari més alt correspon al grup de majors de 64 anys (10,8%) seguit del de 15 a 44 anys (8,6%) a causa dels ingressos per embaràs, part i puerperi. Cal destacar que entre els menors de 15 anys, les nenes presenten un percentatge d'ingrés hospitalari molt inferior al dels nens: 3,5% i 8,4%, respectivament. El 3,0% dels homes hospitalitzats en el darrer any han estat ingressats tres o més vegades, així com el 4,6% de les dones hospitalitzades.

Un aspecte molt interessant d'analitzar és la utilització dels serveis sanitaris en relació amb les desigualtats socials, per tal de millorar la detecció de necessitats

**Causes d'hospitalització* en els darrers 12 mesos,
per sexe. Catalunya, 1994**

Taula 69

	Homes (%)	Dones (%)
Malalties infeccioses	2,4	1,6
Neoplàsies	4,4	6,0
Malalties endocrines	1,6	3,6
Problemes de sang	0,8	0,7
Problemes mentals	1,2	2,1
Sistema nerviós i òrgans dels sentits	5,6	6,3
Aparell circulatori	11,4	6,9
Aparell respiratori	10,1	3,6
Aparell digestiu	19,6	13,8
Aparell genitourinari	4,6	6,8
Embaràs i part	—	20,4
Problemes de pell	2,6	4,6
Aparell locomotor	7,7	9,1
Malalties congènites	0,2	0,9
Altres	27,6	13,5

* Percentatge estandarditzat per edat.

Font: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. Desigualtats en salut i utilització de serveis sanitaris segons el gènere a Catalunya.

en salut, delimitar els grups poblacionals susceptibles d'accions prioritàries i, sobretot, aportar instruments de mesura de la incorporació d'elements d'equitat en la planificació i avaluació de les intervencions sanitàries.

L'anàlisi de les dades de l'ESCA mostra que no existeixen diferències importants entre classes socials¹⁶ pel que fa a visites a qualsevol professional sanitari, però sí quant al metge general. Gairebé un 71% dels individus de les classes IV i V (les més desfavorides) va consultar un metge general durant el darrer any, mentre que per a les classes I i II, el percentatge és del 57%. Tanmateix, si s'estratifica segons l'estat de salut percebut, s'observa que la major utilització dels serveis sanitaris per part dels individus de classes baixes només es manté per als que declaren bona salut, mentre que per als individus amb salut dolenta (i classe social desfavorida) no s'observa més freqüentació del metge general.

D'altra banda, s'observen marcades desigualtats segons la classe social pel que fa a les visites a l'oftalmòleg i a l'odontòleg. Així mateix, la freqüentació respecte a pràctiques exclusivament preventives és menor entre les persones de classes socials més baixes. No s'aprecien diferències significatives segons la classe social amb relació a la taxa d'ingrés hospitalari.

S'observa una major freqüentació al metge general per part de les classes més desfavorides.

4.9 Visió de la població sobre els serveis sanitaris

L'ESCA té entre els seus principals objectius mesurar el grau de satisfacció de la població amb els serveis sanitaris.

Un dels principals elements conformadors del Pla de salut de Catalunya és la millora de la satisfacció de la població envers els serveis sanitaris. Per poder-la valorar cal tenir en compte les dificultats per trobar un instrument de mesura adequat, que permeti obtenir informació vàlida i fiable sobre la magnitud i l'evolució d'un concepte dinàmic i fortament associat a components socioculturals i psicològics.

Diversos municipis, sectors i centres sanitaris han desenvolupat instruments per obtenir informació respecte a la satisfacció dels usuaris del seu àmbit d'actuació, amb una alta diversitat d'objectius, mètodes i resultats, de difícil aplicabilitat més enllà d'aquests àmbits. L'ESCA va incloure, entre els seus objectius, la recollida i anàlisi d'informació, representativa i vàlida per a cada regió sanitària i per al conjunt de Catalunya, sobre el grau de satisfacció dels usuaris majors de 14 anys respecte als serveis sanitaris utilitzats, així com l'opinió de la població en relació amb el sistema sanitari català.

Satisfacció general amb els serveis sanitaris utilitzats

Els serveis sanitaris utilitzats més freqüentment per la població són els proveïts per l'Institut Català de la Salut o mútues obligatòries, el 75,2% per al conjunt de Catalunya, i amb diferències remarcables entre regions sanitàries que varien entre el 61,9% de Barcelona Ciutat i el 83,9% de Tortosa.

Una proporció molt alta de la població que va utilitzar algun tipus de servei sanitari durant el darrer any declara que se sent satisfeta o molt satisfeta amb l'atenció rebuda: el 75,4% i el 12,5%, respectivament (gràfic 85).

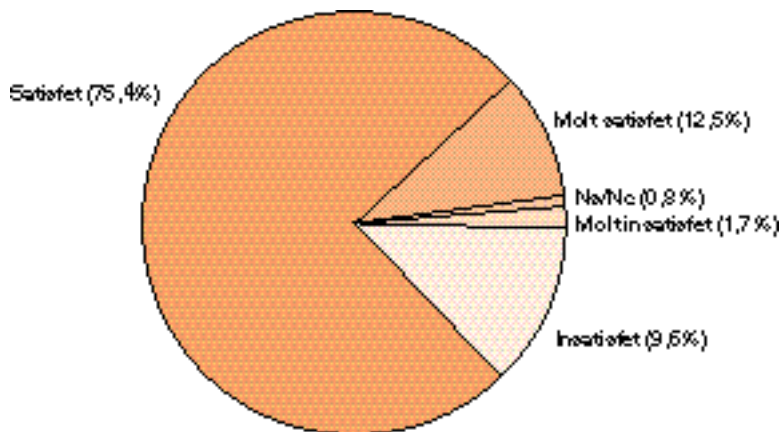
El 87,9% de la població que va utilitzar algun tipus de servei sanitari durant el darrer any declara que se sent satisfeta o molt satisfeta amb l'atenció rebuda.

En relació amb serveis proveïts per l'ICS i mútues obligatòries, la satisfacció és també força elevada: un 86,4% dels usuaris es declaren satisfets o molt satisfets. Entre regions sanitàries, la població de Lleida és la més satisfeta (95,2%) i la de Barcelonès Nord i Maresme la menys satisfeta (83,8%). En general, s'observa que les regions sanitàries amb un component rural més marcat presenten uns percentatges de satisfacció lleugerament més elevats que les regions metropolitanes. Així mateix, per grups d'edat, els més satisfets són els majors de 65 anys; segons la situació laboral, ho són els incapacitats per treballar i els jubilats; i els pertanyents a les classes socials I i II (les més benestants). No s'observen diferències per sexe.

D'altra banda, declaren estar satisfets o molt satisfets amb els serveis utilitzats, el 95,3% dels usuaris de mútues voluntàries i el 95,8% dels atesos de forma particular.

**Grau de satisfacció global amb els serveis sanitaris utilitzats.
Catalunya, 1994**

Gràfic 85



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Satisfacció amb la visita a un professional sanitari

El 21,5% dels majors de 14 anys han consultat un professional sanitari en els darrers quinze dies. S'ha analitzat el grau de satisfacció d'aquests usuaris respecte a sis aspectes de l'atenció rebuda: tracte del professional, explicacions al pacient, temps d'espera, temps de dedicació, tràmits burocràtics i horari d'atenció.

Satisfacció amb la visita a un professional sanitari. Catalunya, 1994

Taula 70

	%	IC (95%)
Tracte del professional	95,5	(94,6-96,3)
Temps de dedicació	91,7	(90,5-92,8)
Explicacions donades	92,3	(91,2-93,3)
Temps d'espera	81,7	(80,8-83,3)
Tràmits burocràtics	91,9	(90,8-92,9)
Horari d'atenció	94,9	(94,0-95,7)

IC: interval de confiança.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

L'ESCA també recull informació sobre la població que declara que, tot i haver tingut algun problema de salut en els darrers 15 dies, no havia utilitzat els serveis sanitaris. Els resultats es presenten a la taula 71.

Taula 71

Motius per no utilitzar els serveis sanitaris. Catalunya, 1994

	Nombre	%
No era greu	460	39,9
Altres raons (no especificades)	196	17,0
Pèrdua d'hores de treball	146	12,7
Resolució a la farmàcia	134	11,6
No resolen el problema	122	10,6
Ofereixen hora de visita per a més endavant	56	4,9
Incapacitat física per desplaçar-se	17	1,5
Tenir cura d'un fill o malalt	11	0,9
Problemes de transport	9	0,8
Total	1.152	100

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Satisfacció amb l'hospitalització

El 8,0% de la població va ingressar en un centre hospitalari durant el darrer any, segons dades de l'ESCA. A la submostra d'hospitalitzats majors de 14 anys es va demanar el grau de satisfacció amb referència a cinc aspectes rellevants: tracte del personal mèdic, tracte del personal d'infermeria, percepció de la competència professional, confort de l'estada i qualitat del menjar.

Com es pot veure a la taula 72, totes aquestes dimensions superen el 90% de satisfets o molt satisfets, excepte la relativa a la qualitat del menjar.

Taula 72

Satisfacció amb l'hospitalització. Catalunya, 1994

	%	IC (95%)
Tracte del personal mèdic	98,6	(97,8-99,3)
Tracte del personal d'infermeria	96,9	(95,8-98,0)
Percepció de la competència professional	96,0	(94,8-97,2)
Confort de l'estada	94,2	(92,7-95,7)
Qualitat del menjar	82,6	(80,0-85,2)

IC: interval de confiança.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Referències bibliogràfiques

1. Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: A literature review and methodological approach. *Medical Care Research and Review* 1995; 52: 88-108.
2. Lerga I, Peiró R, Guasch A, Colomer C. Ingresos hospitalarios infantiles por procesos susceptibles de cuidados ambulatorios en la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria* 1995; 16: 197-202.
3. Weissman JS, Gastsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992; 268: 2388-94.
4. Begley CE, Slaker CH, Engel MJ, Reynolds TF. Avoidable hospitalizations and socio-economic status in Galveston County, Texas. *J Community Health* 1994; 19: 377-87.
5. Barba G, Salas T, Bustins M, Salvador X. Tasas de hospitalización por región sanitaria en Catalunya, 1994. VI Congrés SESPAS, 1995. *Gac Sanit* 1995; 50 (Supl): 130.
6. Jané E. Anàlisi de la variabilitat en àrees petites (small area analysis) [tesina del Màster d'Economia de la Salut i Gestió Sanitària]. Barcelona: Universitat de Barcelona/Universitat Pompeu Fabra, 1994. (No publicat.)
7. Jané E, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. *Gac Sanit* 1996; 10: 211-9.
8. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Anàlisi de la variabilitat en àrees petites. Aplicació a l'estudi de les altes hospitalàries per set procediments quirúrgics a Catalunya. Barcelona, 1994. (No publicat.)
9. Wennberg JE, McPherson K, Caper P. Will payment based on diagnosis-related groups control hospital cost? *N Eng J Med* 1994; 311: 295-9.
10. Hemminki E, Kojo-Austin H, Malin M, Koponen P. Variation in obstetric interventions by midwife. *Scand J Caring Sci* 1992; 6: 81-6.
11. McKenzie L, Stephenson PA. Variation in cesarean section rates among hospitals in Washington State. *Am J Public Health* 1993; 83: 1109-12.
12. Signorelli C, Cattaruzza MS, Osborn JF. Risk factors for caesarean section in Italy: results of a multicentre study. *Public Health* 1995; 109: 191-9.
13. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Variabilitat de les cesàries en els hospitals de la XHUP. Barcelona, 1996. (No publicat.)
14. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
15. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
16. Fernández E, Schiaffino A, Segura A. Desigualtats en salut i utilització de serveis sanitaris segons la classe social a Catalunya. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-00663).

5. Despesa sanitària

Entorn econòmic

El nivell de despesa pública que cal invertir en l'anomenat estat del benestar és, any rere any, un dels aspectes més debatuts a l'hora de plantejar la distribució dels recursos públics existents. No és només el problema del seu finançament o el de la millora de la seva gestió el que ha generat el debat, sinó que el grau de preocupació col·lectiva que suscita, prové de la constatació que l'estat del benestar pateix, més aviat, la suma o la concatenació d'un conjunt de factors diversos. Els informes sectorials aconsellen generalment reformes parcials que apunten cap a la seva flexibilització, cap a una gestió més rigorosa de les necessitats socials prioritàries o bé cap a la reestructuració dels pressupostos públics. Aquest plantejament, existent des de principis dels anys vuitanta amb la segona crisi del petroli i potenciat extraordinàriament des de la recessió de principis dels anys noranta, és més palès que mai en l'actual Europa comunitària, no només per la situació d'incertesa que plana sobre les economies dels països membres sinó, principalment, pels reptes que aquests països hauran d'afrontar els propers anys per tal de complir els acords del Tractat de la Unió Europea (TUE).

Els increments dels costos sanitaris han estat provocats per factors demogràfics, per la utilització de tècniques més sofisticades i noves tecnologies, per l'aparició de noves patologies i per l'increment del consum en totes les edats.

En el cas de la sanitat, tots els països desenvolupats es troben en una situació de despeses creixents. Fins ara, els increments dels costos sanitaris han estat provocats no sols per factors demogràfics, sinó també per la utilització de tècniques més sofisticades i noves tecnologies, per l'aparició de noves patologies i per l'increment del consum de béns de sanitat a totes les edats: la població espera una millora contínua en els nivells de serveis sanitaris. En termes econòmics, l'assistència mèdica es considera com un bé de mèrit: a mesura que la gent disposa de més renda, tendeix a consumir proporcionalment més serveis sanitaris de forma que la despesa sanitària tendeix a pujar més ràpidament que el producte interior brut (PIB).

Actualment, però, cal afegir un nou factor que explica el creixement accelerat de la despesa sanitària: l'envelliment de la població. Alguns estudis han conclòs que el 60% de les despeses en sanitat que es produeixen al llarg de la vida d'una persona, es concentren en l'any que precedeix a la seva mort.

Segons una hipòtesi mitjana d'evolució de la població, l'envelliment faria incrementar el nombre de morts fins l'any 2025 un 17,5%, proporció per la qual es multiplicaria l'esmentat 60% dels costos de sanitat, únicament per l'efecte demogràfic. Les hipòtesis de la Comissió Europea per als seus membres apunten que el nombre de persones més grans de 80 anys augmentarà 1,6 vegades, els més grans de 85 anys 2 vegades, i els més grans de 90 anys 2,8 vegades, sempre en el període esmentat. Així doncs, és el nombre de persones grans el que augmentarà més ràpidament. Si es té en compte la correlació entre edat i despesa sanitària, la tendència de l'evolució demogràfica farà augmentar encara més les despeses en sanitat en els propers anys.

La situació de la despesa social a Espanya adquireix certes variants, principalment per l'esforç que ha suposat el seu creixement en les darreres dècades, en què ho ha fet a un ritme superior al de la despesa corrent de les administracions públiques, tot i que avui dia la despesa social en relació amb el PIB continua sent una de les més baixes de la Unió Europea (UE).

Sense ser una excepció, la despesa en sanitat a Espanya també ha experimentat un notable augment en relació amb el PIB, però és encara significativament inferior a la de la majoria dels països desenvolupats. L'increment més gran de les despeses en sanitat es va produir durant el període de desenvolupament dels anys seixanta i meitat dels setanta, quan es partia de nivells molt baixos. Durant el període següent, hi va haver un alentiment inicial (durant la crisi del petroli), fins que la Llei general de sanitat (LEGSA), l'any 1986, va donar un nou impuls a la despesa sanitària, en una fase de recuperació econòmica i amb un ritme de creixement superior al del PIB. La darrera dècada, com a conseqüència del canvi en l'estructura de finançament que va provocar la LEGSA, la despesa sanitària pública ha passat a dependre majoritàriament de les aportacions de l'Estat.

Una de les raons per les quals a Espanya –a l'igual que a d'altres països– s'ha plantejat la viabilitat de l'estat del benestar, ha estat l'exigència del control del dèficit públic, que imposa de manera general el TUE i que ha arribat a ser un dels indicadors de convergència nominal per tenir accés a la Unió Monetària. En l'article 104 C del TUE, s'afirma que, de manera general, els estats membres hauran d'evitar dèficits públics excessius i, per bé que no es fa cap justificació d'aquesta exigència, es considera com a tal el 3% pel que fa a la proporció entre el dèficit públic previst o real i el PIB a preus de mercat.

Per aquest motiu, els pressupostos públics en els últims anys, i particularment en el 1997, any que servirà de base per avaluar l'acompliment dels objectius de convergència establerts al TUE, han de combinar, més que mai, l'austeritat dels seus plantejaments amb taxes de creixement del PIB més elevades que les actuals.

A Espanya però, el creixement sostingut de l'economia està condicionat, en bona mesura, pel descens dels tipus d'interès, si bé el Banc d'Espanya manté una actitud cautelosa en aquest aspecte. Aquest comportament s'explica per les incerteses que encara persisteixen sobre l'evolució del dèficit públic i també per l'efecte sobre la inflació dels increments salarials i de la puja de taxes. D'aquesta manera, l'institut emissor espera l'aplicació i el seguiment dels pressupostos generals de l'estat per a l'any 1997, que han d'assegurar l'acompliment del criteri de situar el dèficit públic en els límits assenyalats per a qualificar-se i accedir a la moneda única.

Els elements bàsics del projecte de Pressupost de l'Estat per a l'any 1997 recullen un dèficit proper als dos bilions de pessetes, xifra que representa el 2,5% del PIB (el dèficit restant, fins al 3% del PIB, correspon a la Seguretat Social i a les administracions territorials). Està previst que la despesa augmenti per sota del 2%, clarament inferior a l'increment del PIB nominal (6%).

Pel que fa a les expectatives del finançament de la sanitat, cal esmentar, en primer lloc, els acords a què van arribar tots els partits polítics el febrer del 1995 sobre la

La despesa en sanitat ha experimentat un notable augment en relació amb el PIB, però és encara inferior a la de la majoria dels països desenvolupats.

Una de les raons per les quals s'ha plantejat la viabilitat de l'Estat del benestar ha estat l'exigència del control del dèficit públic.

reforma de la Seguretat Social en l'anomenat Pacte de Toledo. Entre les recomanacions que fa l'esmentat informe figura la separació i clarificació de les fonts de finançament de la Seguretat Social, en el sentit que les prestacions contributives siguin finançades per les cotitzacions socials i les prestacions no contributives i universals, entre les quals hi ha la sanitat, siguin finançades via impostos.

Aquesta recomanació ja s'ha fet palesa en els pressupostos de l'Institut Nacional de la Salut (Insalud) des de l'any 1995, en què l'aportació de l'Estat incrementa la seva participació, compensant així una minoració dels ingressos per cotitzacions socials.

L'acord de desembre de 1994 entre el Ministeri d'Economia i les comunitats autònomes tenia per objectius acabar amb el problema de la insuficiència financera i fixar un escenari estable de creixement.

L'escenari pressupostari dels serveis sanitaris de la Seguretat Social ve fixat per l'acord signat el desembre de 1994 entre el Ministeri d'Economia i Hisenda i totes les comunitats autònomes amb competències en matèria de sanitat, pel qual es modificava el sistema de finançament de la sanitat per al període 1994-1997. Aquest acord tenia per objectius acabar amb el problema de la insuficiència financera que històricament pateix el sistema sanitari públic i, alhora, fixar un escenari estable de creixement dels recursos per aquest període.

El model prenia com a referència, per a fixar el punt de partida, la despesa efectiva de l'Insalud l'any 1993 i establia, per als propers anys, que el pressupost destinat a sanitat creixés al mateix ritme que l'economia, és a dir, igual que la taxa de creixement del PIB nominal. Tanmateix, el model introduïa un factor restrictiu ja que incorporava una deducció de 90.000 milions de pessetes sobre la base en concepte de mesures d'ajustament i racionalització de la despesa sanitària.

Cal tenir present que les bases que establia l'acord signat ja suposaven una important restricció econòmica per a la sanitat, ja que el creixement de la despesa sanitària en els darrers anys s'ha situat una mitjana de tres punts per sobre del creixement del PIB nominal. Per tant, és molt difícil aconseguir en poc temps l'ajustament de la despesa sanitària a un escenari d'ingressos en què el seu creixement efectiu sigui inferior al del PIB nominal, sobretot en una època no expansiva de l'economia.

Si a aquest punt afegim que la base de partida del model que es va acordar era inferior a la despesa real del Sistema Nacional de Salut, resulta que l'escenari economicopressupostari per al període 1994-1997 es troba encara molt lluny d'assolir el principi de suficiència financera.

En els darrers anys, fets com la universalització de la cobertura, l'aparició de noves patologies, l'envelliment de la població i la introducció progressiva de noves tecnologies han impulsat fortament el creixement de la despesa sanitària.

A més cal considerar que en els darrers anys s'estan produint una sèrie de fets com són la universalització de la cobertura, l'aparició de noves patologies, l'envelliment de la població i la introducció progressiva de noves tecnologies mèdiques que estan impulsant fortament el creixement de la despesa sanitària i que dificulten de forma important l'acompliment d'escenaris restrictius.

El juliol del 1995, el Ministeri d'Economia va revisar l'escenari pressupostari, corregint a la baixa la base de partida del model i augmentant la deducció per mesures d'ajustament i racionalització de la despesa, amb la qual cosa la revisió de l'escenari que preveia l'acord en el moment que es coneguessin les dades definitives de la taxa de creixement del PIB nominal, va tenir com a resultat una important reducció dels recursos a transferir a les comunitats autònomes respecte a l'escenari acordat el desembre de 1994.

L'escenari del projecte de pressupost sanitari per a l'any 1997 s'ha realitzat respectant la previsió de la taxa de creixement del PIB nominal del 6% i sota la hipòtesi que els estalvis que es produeixin per l'aplicació de les mesures de contenció de la despesa que preveu aplicar l'Estat, com són la congelació de les retribucions dels empleats públics del sistema sanitari o els acords sobre la prestació farmacèutica, reverteixin en el finançament dels serveis sanitaris.

Així, el pressupost de l'Insalud per a l'any 1997 és de 3.561.864 milions de pessetes, dels quals 2.188.063 milions (61,43%) es transfereixen a les comunitats autònomes que han assumit les competències en matèria de sanitat (Catalunya, Andalusia, País Basc, País Valencià, Galícia, Navarra i Canàries).

El finançament del pressupost de l'Insalud es realitza bàsicament mitjançant l'aportació finalista de l'Estat (91,88%), havent perdut participació els ingressos per cotitzacions socials que han passat del 14,91% l'any 1996 al 5,61% l'any 1997, d'acord amb les recomanacions que sobre el finançament de la sanitat inclou el Pacte de Toledo.

Cal destacar, també, entre els factors que determinaran l'escenari de finançament de la sanitat dels propers anys, les conclusions a què arribi la Subcomissió per a l'estudi i modernització del sistema sanitari creada al Congrés dels Diputats, i que té per objectiu, entre d'altres, aconseguir un sistema de finançament dels serveis sanitaris que sigui viable per al nivell de prestacions existent.

Assignació de recursos 1993-1996

La planificació dels recursos econòmics s'ha orientat prenent com a base objectius de salut, prioritzant les actuacions més eficaces i eficients per assolir resultats sobre la salut de la població.

A la taula 73 es pot observar l'evolució del cost de la prestació de serveis sanitaris entre els anys 1993 i 1996, expressat com el percentatge de variació interanual. Malgrat el context econòmic fortament restrictiu d'aquest període, s'han incrementat els recursos destinats en totes les línies de serveis.

Així, s'ha anat consolidant i estenent el procés de la reforma de l'atenció primària, mantenint i millorant els serveis ofertats pels equips d'atenció primària i els centres no reformats, tot mantenint la racionalització de la contractació extrahospitalària (serveis de diagnòstic i tractament extrahospitalari).

En l'àmbit de l'atenció especialitzada s'ha anat avançant en la potenciació de la xarxa d'hospitals generals bàsics i de referència, fent èmfasi en els hospitals comarcals com a instruments d'apropament de l'atenció al client i d'equitat i equilibri territorial. Així mateix, s'ha anat incorporant a l'activitat hospitalària un conjunt d'accions que s'han centrat en les àrees d'atenció maternoinfantil, el desenvolupament dels programes de cribratge poblacional del càncer de mama i els programes d'atenció a la dona, l'atenció oncològica, amb la creació de l'empresa pública Institut Català d'Oncologia l'any 1995, i el desenvolupament d'alternatives a l'hospitalització convencional, fonamentalment mitjançant el desenvolupament de programes de cirurgia major ambulatoria i d'unitats d'hospitalització de dia.

Hi ha la voluntat d'aconseguir un sistema de finançament dels serveis sanitaris que sigui viable per al nivell de prestacions existent.

La planificació de recursos econòmics per a la sanitat cal que es basi en objectius de salut, prioritzant les actuacions més eficients per assolir resultats sobre la salut de la població.

Taula 73

**Variació interanual del cost de la prestació de serveis sanitaris.
Catalunya, 1993-1996**

	1994-1993	1995-1994	1996-1995****
Total prestació serveis sanitaris	3,25	6,59	5,21
Atenció primària*	5,56	7,96	5,35
Atenció especialitzada**	1,77	5,54	4,45
Salut mental***	7,14	9,36	10,68
Vida als Anys	10,84	13,64	13,75
Prestació farmacèutica	5,19	11,76	13,56

* En atenció primària s'inclouen els recursos destinats a:

- Serveis de diagnòstic i tractament extrahospitalari
- Equips d'atenció primària
- Xarxa no reformada
- Especialitats de contingent
- Desplaçaments i prestacions ortopèdiques

** En atenció especialitzada s'inclouen els recursos destinats a:

- Atenció especialitzada
- Programa d'atenció a la insuficiència renal
- Medicació hospitalària de dispensació ambulatoria

*** En salut mental s'inclouen tots els recursos destinats al programa, ja sigui mitjançant transferències del Servei Català de la Salut com per a la contractació de serveis sanitaris.

**** El cost 1996 és una estimació.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea de Recursos Econòmics.

Els àmbits de l'atenció sociosanitària i de salut mental han incrementat considerablement l'assignació de recursos.

Cal destacar els àmbits de l'atenció sociosanitària i de salut mental, que han incrementat considerablement l'assignació de recursos. Les necessitats sociosanitàries de la població han requerit la millora de la coordinació entre els diferents dispositius assistencials connectats amb els serveis sociosanitaris, com els programes de suport d'atenció domiciliària (PADES) i les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), i s'ha prioritzat la realització d'activitats per a la millora de la qualitat i l'eficiència.

Quant al programa de salut mental, s'ha anat consolidant el procés d'integració i homogeneïtzació de l'oferta d'assistència psiquiàtrica en la xarxa de cobertura pública, afavorint al màxim l'aprofitament dels recursos. Cal esmentar que l'any 1994 es van publicar les primeres tarifes per a la contraprestació dels serveis d'hospitalització i rehabilitació d'atenció psiquiàtrica i salut mental.

L'any 1992 les diputacions de Lleida, Tarragona i Girona van traspasar els serveis, mitjans i recursos en matèria de salut mental a l'Administració de la Generalitat de Catalunya. Per tal de gestionar i administrar aquests serveis traspassats es van crear tres empreses públiques: Gestió de Serveis Sanitaris a Lleida, Gestió i Prestació de Serveis de Salut a Tarragona i l'Institut d'Assistència Sanitària a

Girona. Fins l'any 1993 el Servei Català de la Salut aportava, via transferències, els recursos necessaris per al finançament dels serveis. Amb la publicació de les tarifes l'any 1994 el finançament es realitza mitjançant la contractació de serveis sanitaris de salut mental.

En l'àmbit de la prestació farmacèutica, les accions han anat encaminades a la millora de la utilització de medicaments en l'atenció primària, a fi de contribuir a l'objectiu genèric de l'ús racional del medicament. L'envelliment de la població i l'aparició de nous medicaments per al tractament de les patologies més complexes, com la sida i l'esclerosi múltiple, per exemple, han comportat un increment en el cost de la prestació farmacèutica en el període 1993-1996.

Durant la vigència del Pla de salut 1993-1995 s'ha iniciat la introducció d'objectius d'aquest pla en els contractes de serveis d'atenció sanitària. Cal avançar en el perfeccionament d'aquests objectius per tal d'incentivar una pràctica que prioritzi les necessitats identificades en el Pla de salut, mitjançant la millora de sistemes d'avaluació que permetin un lligam més important entre aquests objectius i el finançament de la contractació de serveis. Aquest desenvolupament ha de vetllar per garantir un equilibri entre la incentivació de la qualitat del treball dels professionals sanitaris, l'autonomia de gestió de les entitats proveïdores i l'eficient assignació de recursos del Servei Català de la Salut per a l'assoliment d'un objectiu comú com és la millora de l'estat de salut dels ciutadans.

Cal enfortir el lligam entre els objectius del Pla de salut i el finançament de la contractació de serveis.

El pressupost destinat als serveis sanitaris per a l'any 1997

L'avantprojecte de pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya per a l'any 1997 (taula 74) assoleix els 605.807 milions de pessetes, representa, aproximadament, un terç del pressupost de la Generalitat de Catalunya i suposa un increment del 6% respecte de l'any 1996.

El pressupost per a la prestació de serveis sanitaris de provisió pública per a l'any 1997 representa, aproximadament, un terç del pressupost de la Generalitat de Catalunya.

La taula 75 mostra l'evolució del pressupost i del percentatge de variació interanual per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya des de l'any 1991 fins l'any 1997, prenent com a referència l'any 1981.

L'entorn econòmic previsible per al període de vigència del Pla de Salut 1996-1998 ve marcat per l'ajustament de les despeses públiques que obligarà a les administracions a prendre mesures per tal de garantir a la població uns serveis sanitaris de qualitat que puguin ésser finançats en el futur. És en aquest sentit que els pressupostos de les administracions públiques es veuran afectats per l'acompliment dels criteris de dèficit i endeutament, contemplats en el Tractat de Maastricht, que obligarà a una forta contenció de la despesa i alhora vetllar per al manteniment del nivell de serveis que es presten a la població.

En aquesta mateixa línia, l'any 1994 es va signar un acord entre l'Estat i les comunitats autònomes per garantir que, malgrat la situació de restricció en els pressupostos públics, els recursos destinats a la sanitat creixerien al mateix nivell que el

El Pla de salut esdevé el marc de referència principal per a la política de serveis en l'actual entorn econòmic de moderació dels pressupostos sanitaris.

PIB. Aquest ritme de creixement és sensiblement inferior al de la tendència de la despesa, però és superior al ritme de creixement dels pressupostos globals de les administracions públiques en el darrers anys. El sector de la sanitat també havia de fer, ha fet i haurà de continuar fent un esforç en el camí cap a la UE. Si perdem l'oportunitat de situar el nostre país en un espai econòmic estable que generi creixement econòmic, no podrem garantir, en el futur, el finançament del nivell de serveis que la població espera.

Per tant, podem dir que el pressupost de l'any 1997 ha aconseguit respectar el creixement del PIB com a criteri d'evolució del pressupost sanitari, criteri que també s'haurà de seguir en l'exercici de l'any 1998, en el qual la previsió de creixement del PIB nominal segons la Comissió Europea (creixement real del PIB més deflacionista) es preveu que estarà al voltant del 6,2%, tot esperant que la Comissió per a l'estudi i modernització del sistema sanitari, creada recentment en el Congrés dels Diputats, aconsegueixi el consens necessari per millorar el finançament sanitari.

El Pla de salut esdevé el marc de referència principal per a la política de serveis en l'actual entorn econòmic de moderació dels pressupostos sanitaris, i estableix en tot moment, les prioritats en matèria sanitària en un entorn econòmic molt determinat.

Taula 74

Avantprojecte de pressupost 1997 de la Generalitat de Catalunya destinat a les prestacions sanitàries

Atenció primària*	260.251	44,38%
Atenció especialitzada**	298.228	50,86%
Salut mental	12.900	2,20%
Vida als Anys	15.000	2,56%
Total	586.379***	100%

En milions de pessetes.

* Inclou les prestacions de transport, les pròtesis ortopèdiques i les prestacions farmacèutiques.

** Inclou l'atenció a la insuficiència renal.

*** Excloses les despeses d'administració i les operacions de capital.

Font: Pressupost de la Generalitat de Catalunya per a l'exercici 1996.

Avantprojecte de pressupost del Servei Català de la Salut per a l'exercici 1997.

Evolució del pressupost i del percentatge de variació interanual per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya, 1981-1997

Taula 75

Any	Pessetes corrents	Pessetes constants	Variació interanual (%)		
			Període	Pessetes corrents	Pessetes constants
1981*	92.940	92.940			
1982	107.080	93.930	1981-1982	15,21	1,07
1983	135.498	105.934	1982-1983	26,54	12,78
1984	148.136	106.252	1983-1984	9,33	0,30
1985	163.073	108.101	1984-1985	10,08	1,74
1986	176.047	107.758	1985-1986	7,96	0,32
1987	197.641	115.655	1986-1987	12,27	7,33
1988	231.239	127.898	1987-1988	17,00	10,59
1989	271.439	140.442	1988-1989	17,38	9,81
1990	326.888	158.809	1989-1990	20,43	13,08
1991	379.946	174.962	1990-1991	16,23	10,17
1992	437.377	191.272	1991-1992	15,12	9,32
1993	491.102	204.734	1992-1993	12,28	7,04
1994	526.676	210.513	1993-1994	7,24	2,82
1995	552.237	211.629	1994-1995	4,85	0,53
1996**	571.566	211.834	1995-1996	3,50	0,10
1997**	605.807	218.835	1996-1997	5,99	3,30

Any base: 1981.

En milions de pessetes.

* Pressupost de transferència segons el Reial decret 1517/1981.

** Els índexs de preus al consum per als anys 1996 (3,4%) i 1997 (2,6%) són previsió del Ministeri d'Economia i Hisenda.

6

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

Objectius i intervencions del Pla de salut 1996-1998

Aquest capítol, dedicat als objectius i intervencions del Pla de salut, s'estructura en quatre grans àrees d'intervenció.

L'àrea de promoció d'hàbits i estils de vida saludables recull, amb una visió transversal, propostes d'intervenció que poden ser comunes a diferents problemes de salut. Seguidament, es presenten els objectius i les intervencions que es formulen per a cadascun dels problemes de salut prioritars que són objecte d'actuació en aquest Pla. La tercera àrea d'intervenció es dedica a la utilització de medicaments i, per últim, s'exposen les accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut.

Les propostes s'articulen al voltant dels eixos del Pla i dels objectius de salut i de disminució de risc formulats per a l'any 2000, i es concreten en intervencions i objectius operacionals dirigits al seu assoliment.

Cada apartat s'inicia amb una breu descripció de la situació del problema a Catalunya, i se'n presenten els indicadors més rellevants. A continuació es recullen els objectius generals de salut i de disminució de risc formulats per a l'any 2000.

Les intervencions s'han orientat d'acord amb l'evolució dels indicadors de salut. Per a la seva selecció s'han tingut en compte, a més de les necessitats identificades, l'evidència científica de l'eficàcia de les intervencions, els avenços tecnològics, les polítiques sanitàries i la factibilitat de dur-les a terme.

Finalment, els objectius operacionals s'expressen de forma quantificada i per períodes, i concreten les accions que desenvolupen les intervencions proposades i la seva avaluació.

Les propostes s'articulen al voltant dels eixos del Pla i dels objectius de salut i de disminució de risc formulats per a l'any 2000.

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

És un fet contrastat que els estils de vida són un dels principals determinants de la salut en els països desenvolupats^{1,2}. En la visió més actual i d'acord amb el concepte positiu de salut, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els estils de vida com a patrons de comportament, eleccions realitzades des de les alternatives disponibles per a les persones, segons llurs circumstàncies socioeconòmiques i segons la facilitat amb què són capaces d'escollir-ne unes sobre les altres. Els estils de vida no són simplement decisions individuals d'acceptació o evitació de riscos, sinó que estan lligats als valors i prioritats individuals i col·lectius i a les oportunitats o limitacions pràctiques de determinades situacions culturals, socials i econòmiques³.

Els estils de vida estan lligats als valors i prioritats individuals i col·lectius.

En el Pla de salut ja es contempla la promoció d'hàbits i estils de vida saludables en diversos apartats, en els quals es fan propostes concretes d'intervencions i objectius respecte a hàbits relacionats molt directament amb determinats problemes de salut.

Tanmateix, les intervencions de promoció d'hàbits saludables tenen un caràcter transversal, són comunes en l'abordatge de molts problemes de salut, i els hàbits que influeixen en la salut són diversos i sovint estan interrelacionats, alhora que la seva actuació es pot desenvolupar des de diferents àmbits. Això fa que es planteji la necessitat de definir intervencions que, des d'una visió global i integradora, permetin prioritzar els hàbits i estils de vida en què cal actuar i els àmbits, atenent a l'evidència científica sobre la seva efectivitat, l'acceptabilitat i la factibilitat.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

A més dels objectius generals inclosos en apartats següents sobre determinats hàbits, dins l'apartat B "Objectius i intervencions sobre els problemes de salut", es mantenen els objectius, definits en el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, següents:

- D'aquí a l'any 2000 la prevalença de l'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.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

- 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 en 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 trenta 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 de lleure 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 vigoroses durant el temps de lleure com a mínim tres cops per setmana, en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el percentatge 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%.

Intervencions i accions prioritàries

La promoció d'hàbits saludables s'ha incorporat com una part important de la política de salut. Des de l'informe del ministre canadenc Lalonde de 1974⁴, ha estat recollida en les polítiques emmarcades en l'estratègia de l'OMS³ i va ser l'objectiu de la Conferència Internacional de promoció de la salut celebrada a Ottawa l'any 1986⁵.

Tot i la importància com a contribució a la millora de l'esperança i la qualitat de vida de la població, l'adquisició, la modificació o l'eliminació d'hàbits no és fàcil. Encara menys quan es tracta d'hàbits culturalment molt arrelats o que produeixen certs tipus de gratificacions immediates o que poden esdevenir, en determinats grups, elements d'integració social, com també quan depenen de factors lligats a opcions econòmiques, culturals o educatives.

Acceptant que la informació és una condició necessària però insuficient per canviar conductes, cal tenir en compte altres variables que incideixen en l'adquisició, el manteniment o la desaparició d'hàbits i estils de vida:

- Actituds, valors i creences de l'individu i del grup de pertinença, respecte a la conducta que es vol modificar.
- Habilitats personals en la realització de la conducta que es vol modificar.
- Existència d'estris i recursos que facilitin els hàbits saludables i ofereixin alternatives als nocius, i la seva accessibilitat (física, psicosocial, educativa i econòmica).
- Resposta del medi social i familiar a la conducta concreta de l'individu i suport social.

La promoció d'hàbits saludables ha esdevingut una part important de la política de salut.

Segons la concepció de la salut que constitueix la base d'aquest Pla cal tenir en compte que l'actuació sobre els estils de vida ha d'evitar la culpabilització dels individus o la visió paternalista dels poders públics. També cal considerar que certs grups socials s'enfronten a dificultats majors que d'altres en l'elecció dels seus estils de vida.

La Carta d'Ottawa planteja abordar els problemes de salut des de polítiques basades en:

- Desenvolupar una política favorable a la salut.
- Crear entorns que contribueixin a la salut.
- Reforçar l'acció comunitària.
- Desenvolupar les habilitats personals.
- Reorientar els serveis sanitaris i de salut pública.

L'actuació central en la promoció d'hàbits i estils de vida saludables ha de ser possibilitar alternatives més saludables.

En la concepció actual, l'eix central no seria el de "no consumeixi", de forma negativa, sinó el de possibilitar alternatives més saludables i que permetin una opció més fàcil i atractiva. Per tant, un element fonamental és actuar sobre les condicions de vida que defineix l'entorn de les persones.

Els principals hàbits relacionats amb els problemes de salut inclosos en el Pla de salut 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 la seguretat i els accidents, els relacionats amb la salut mental, els hàbits higiènics, i la utilització de medicaments. Alguns d'ells tenen apartats específics amb intervencions i objectius concrets. Tanmateix, tots ells són l'objecte del plantejament transversal i integrador d'aquest apartat.

Els àmbits d'actuació principals per a la promoció d'hàbits saludables en els quals es proposen les intervencions d'aquest Pla de salut són l'escola, el medi laboral, els serveis sanitaris, els programes específics adreçats a determinats col·lectius i els mitjans de comunicació. Així mateix, cal assenyalar també la importància del suport social i de la utilització de recursos informals i comunitaris.

Per al Pla de salut 1996-1998 es proposen les intervencions i accions prioritàries següents:

- Fer un entorn més saludable.
- Potenciar l'educació per a la salut a l'escola.
- Impulsar i facilitar l'aplicació del consell educatiu en els serveis sanitaris.
- Aprofitar les oportunitats que ofereix el medi laboral per a la promoció d'hàbits saludables.
- Promoure conductes saludables entre els joves.
- Reforçar el sistema de suport social.
- Promoure alternatives saludables.

Fer un entorn més saludable

L'entorn físic, social, cultural i econòmic és un condicionant per a l'adquisició i consolidació o la modificació i eliminació d'hàbits. Per tant, avançar perquè aquest entorn sigui més saludable és una condició prèvia per facilitar els estils de vida saludables. Això requereix la sensibilització general de la població, l'actuació coherent dels mitjans de comunicació i, en definitiva, una política intersectorial en aquesta línia. L'estratègia de cooperar intersectorialment (vegeu el capítol 8 "Estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis") és la que ha de permetre avançar en aquesta direcció.

Potenciar l'educació per a la salut a l'escola

L'escola ofereix un medi idoni per a l'adquisició i consolidació d'hàbits. La incorporació de l'educació per a la salut a l'escola facilita que els individus adquireixin un estil de vida que els permeti prevenir problemes de salut relacionats amb els hàbits i els comportaments.

Els trets característics de l'educació per a la salut, compartits amb altres propostes educatives, són els següents:

- És un procés paral·lel al de qualsevol altra intervenció educativa.
- Està relacionada amb un conjunt d'aprenentatges que tenen a veure amb tres aspectes diferents: el nivell de coneixements, el desenvolupament d'actituds positives i l'adquisició d'hàbits i comportaments saludables.
- Ha d'incloure tant la confirmació de les creences populars correctes com la desmitificació de les incorrectes o errònies.
- Ha de promoure la responsabilitat, l'autonomia i la reflexió crítica, individual i col·lectiva, i preparar per a la presa de decisions, mitjançant l'anàlisi de les alternatives possibles i la valoració de les seves conseqüències.
- Ha d'augmentar les capacitats d'interrelacionar-se amb altres persones, tot generant satisfacció en un mateix i amb els altres.

D'altra banda, el marc escolar, el medi ambient, les relacions socials entre alumnes, pares, educadors i personal no docent, constitueixen un seguit d'experiències i missatges amb una influència educativa molt important; és el que s'anomena "currículum ocult". L'escola sencera ha de ser promotora de salut. L'educador és un agent de salut, com ho és qualsevol ciutadà, mirall en què la nena i el nen es veuen reflectits⁶.

El Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE) té per objectiu vetllar per la incorporació de l'educació per a la salut als centres d'educació primària i secundària a fi d'assolir una actitud i una conducta positives vers la salut per part de la comunitat educativa. El PESE, per tant, ha de ser el vehiculitzador principal de l'educació per a la salut a l'escola. El PESE ha participat en l'elaboració i l'aplicació del Pla de salut de Catalunya, ja en el període 1993-1995.

L'escola ofereix un medi idoni per a l'adquisició i consolidació d'hàbits saludables.

El PESE dona suport a la incorporació de l'educació per a la salut a l'escola.

Mitjançant el PESE, es proposen les actuacions següents:

- Potenciar 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.
- Elaborar materials educatius per a la integració de l'educació per a la salut en els projectes curriculars dels centres d'ensenyament, en relació amb els temes prioritzats en el Pla de salut.
- Formació dels professionals docents en relació amb l'educació per a la salut a l'escola.
- Avaluació de les activitats d'educació per a la salut desenvolupades en els centres d'ensenyament de Catalunya i de la incorporació com a eix transversal en els projectes curriculars dels centres.

Suport a projectes d'innovació, en matèria d'educació per a la salut, en els centres d'ensenyament.

- 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, especialment, entre els professionals sanitaris i docents.
- Promoció de l'existència d'un professional docent de referència sobre educació per a la salut en els centres d'ensenyament, amb funcions de dinamització i coordinació.

Impulsar i facilitar l'aplicació del consell educatiu en els serveis sanitaris

El paper dels serveis sanitaris pot concretar-se en un reforçament de les accions educatives i en l'establiment del consell assistit i de la intervenció comunitària.

El paper dels serveis sanitaris pot concretar-se en un reforçament de les accions educatives i en l'establiment del consell assistit i de la intervenció comunitària. Respecte a la població adulta i als vells, el paper dels serveis és fonamental per la cobertura que tenen, la credibilitat i el rol exemplar dels professionals, i perquè quan el ciutadà accedeix als serveis, té una actitud positiva per acceptar missatges i propostes que facilitin el seu benestar. Aquest fet també és especialment important en l'atenció a les dones gestants i en la comunicació amb els pares i mares sobre l'atenció als fills.

En aquest sentit cal continuar potenciant l'educació sanitària en forma de consell individual, com una activitat habitual a les consultes d'atenció primària i en general en tots els àmbits assistencials, tot prioritzant els hàbits sobre els quals cal actuar i els grups de població.

Nombrosos treballs han confirmat el paper del professional assistencial per aconseguir la cessació tabàquica en les consultes d'atenció primària, amb l'ajuda d'eines de suport. També hi ha evidències del paper de l'atenció primària en la reducció del consum d'alcohol mitjançant el consell educatiu⁷.

L'efectivitat de l'educació sanitària és difícilment mesurable pels resultats a llarg termini (mortalitat i morbiditat) atès el temps que pot transcórrer entre la interven-

ció i l'obtenció de resultats, que fa difícil l'atribució de la reducció de la mortalitat o de la incidència que hipotèticament podríem observar. Els canvis de comportament són un objectiu molt més fàcilment mesurable⁸.

La millora de l'efectivitat del consell educatiu requereix unes condicions en la seva aplicació⁷:

- Detecció i monitorització dels hàbits no saludables de la població atesa.
- Selecció i prioritització de les conductes a modificar.
- Elaboració i aplicació d'un pla protocol·litzat de consell, basat en l'evidència demostrada dels instruments de modificació a utilitzar.
- Disponibilitat de les tècniques de comunicació i transmissió dels missatges més adequades.
- Foment dels factors de l'entorn més favorables per al manteniment de les conductes saludables.
- Seguiment dels canvis i progressos assolits.

A més, el consell sobre conductes requereix habilitats i coneixements per a la relació entre el professional de la salut i l'usuari del sistema sanitari. En l'efectivitat del consell, hi contribueixen, de forma important, les habilitats de comunicació, d'autocontrol i gestió de les alteracions emocionals, tant de la persona afectada com del professional, de motivació per al canvi, i d'investigació de les dificultats i els problemes que els usuaris tenen abans, durant i després de la realització de cada pràctica concreta⁹.

Es proposen les actuacions següents:

- Impulsar el consens dels professionals de l'atenció primària per a l'aplicació progressiva de la promoció d'hàbits saludables en el seu àmbit d'actuació, des d'una visió integral dels diferents grups de població.
- Potenciar la formació dels professionals i oferir recursos de suport per millorar les seves habilitats.
- Avaluar l'aplicació del consell educatiu en l'àmbit de l'atenció primària.

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

El medi laboral ofereix oportunitats per a la promoció d'hàbits saludables, tenint en compte que la població en edat laboral és poc freqüentadora dels serveis sanitaris i que l'ambient laboral és un condicionant que pot ser més o menys afavoridor per al canvi dels estils de vida. En molts casos, l'aplicació operativa d'aquestes activitats de promoció de la salut al medi laboral requereix la definició i l'experimentació d'estratègies adaptades a la seva realitat, tot considerant els sectors i col·lectius ocupacionals a les quals s'han d'adreçar de forma prioritària, i amb un enfocament col·lectiu, multidisciplinari i organitzacional, diferent del que és adequat aplicar en els serveis sanitaris. Per altra banda, cal que aquestes estratègies

Les habilitats de comunicació, de motivació per al canvi i de gestió de les alteracions emocionals són factors condicionants de l'efectivitat del consell educatiu.

El medi laboral ofereix oportunitats per a la promoció d'hàbits saludables.

tinguin en compte la necessària coordinació i la transmissió d'informació amb els serveis sanitaris. D'acord amb els objectius i intervencions de l'apartat sobre salut laboral, per a aquest Pla de salut es considera necessari focalitzar els esforços en la definició i experimentació de l'estratègia d'aplicació d'activitats preventives i de promoció de la salut adreçades a la població treballadora a l'entorn del treball.

Promoure conductes saludables entre els joves

La prevenció de conductes de risc entre els joves ha de basar-se en intervencions amb un alt grau d'interdisciplinarietat.

Els joves són un segment de la població especialment sensible a certs problemes de salut d'alta prevalença, com també a la recepció i l'impacte de les intervencions preventives.

La prevenció de conductes de risc entre els joves ha de basar-se en les característiques específiques d'aquesta població (distanciament dels serveis sanitaris, influència de missatges i pressions contradictoris, estils de vida diversificats, entre d'altres) i requereix intervencions amb un alt grau d'interdisciplinarietat.

En aquest sentit, es proposa continuar i potenciar el desenvolupament de les actuacions recollides en el Pla interdepartamental de joventut, coordinadament amb les institucions i organismes que hi participen. Aquestes actuacions són les següents:

- Potenciar l'adquisició d'hàbits i estils de vida saludables de forma global.
- Desenvolupar accions de prevenció amb relació a la infecció pel VIH, a les malalties de transmissió sexual i als 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 dels accidents de trànsit i de la gravetat dels seus efectes.
- Augmentar les accions d'informació i sensibilització amb relació a la promoció de la salut mental entre els joves.

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 importància en la promoció d'hàbits i estils de vida saludables. Es tracta de donar suport als elements organitzats de suport i al teixit social (associacions de ciutadans, grups d'autoajuda, voluntariat, casals joves, entre d'altres) per tal que puguin ajudar els individus i els grups més vulnerables a afrontar llurs situacions. L'estratègia d'implicar els ciutadans és la que emmarca les actuacions en aquest àmbit (vegeu el capítol "Estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis").

Promoure alternatives saludables

Sovint, els hàbits que es volen modificar tenen per a l'individu conseqüències positives pràcticament segures i gairebé sempre immediates i, en canvi, les conseqüències negatives que se'n deriven són només probables i, en molts casos, a mig o llarg termini. Per tant, es fa necessari que les persones puguin conèixer i tenir a l'abast alternatives saludables que siguin fàcils i atractives. En aquest sentit, en l'elaboració de materials preventius, caldrà potenciar els missatges que associïn la realització d'hàbits saludables amb els valors socialment dominants i evitar aquells que puguin significar una culpabilització de la població diana.

L'elaboració de materials educatius i l'existència d'estris i recursos que facilitin hàbits saludables i ofereixin alternatives als nocius, són els mitjans que han de fer possible el desenvolupament de les accions en aquesta línia. La recerca i l'avaluació sobre la seva qualitat i accessibilitat també formen part d'aquesta intervenció.

Es fa necessari que les persones puguin conèixer i tenir a l'abast alternatives saludables que siguin fàcils i atractives.

Referències bibliogràfiques

1. McKeown T. El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis? Madrid: Siglo XXI, 1982.
2. Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research* 1976; 2: 453-66.
3. Organització Mundial de la Salut. Els objectius de la salut per a tothom. Objectius de l'estratègia regional europea de la salut per a tothom. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1987.
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
5. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *Rev San Hig Pub* 1987; 61: 129-33.
6. Generalitat de Catalunya. Departament d'Ensenyament. Programa d'educació per a la salut a l'escola. Prevenció de les drogodependències. Barcelona: Departament d'Ensenyament, 1995.
7. 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.
8. Borràs JM. Efectivitat de l'educació sanitària. Notes de la Primera Conferència Europea sobre Efectivitat de l'Educació Sanitària. *Salut Catalunya* 1990; 4: 125-8.
9. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Counseling para profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.

B. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut

1. Problemes de salut cardiovasculars

Les malalties cardiovasculars –sobretot l'accident cerebrovascular i la malaltia coronària– són la causa principal de mort en els països industrialitzats. A Catalunya, les malalties de l'aparell circulatori constitueixen la primera causa de mort en totes les regions sanitàries, representen aproximadament un 40% de totes les defuncions i són la segona causa d'anys potencials de vida perduts, després dels tumors.

En el període 1989-1993, més del 50% de les morts per malalties de l'aparell circulatori van ser degudes a les malalties isquèmiques del cor (87,9 per 100.000 habitants i any) i a les malalties cerebrovasculars (109,4 per 100.000 habitants i any)¹.

Per al conjunt de totes les edats, les malalties cerebrovasculars són la primera causa de mort en les dones, mentre que les malalties isquèmiques del cor ho són en els homes.

Les malalties cerebrovasculars són la primera causa de mort en les dones a partir dels 65 anys i en els homes a partir dels 75 anys. Les malalties isquèmiques del cor són una de les tres primeres causes de mort en els homes a partir dels 45 anys i en les dones a partir dels 55 anys.

Quant a la morbiditat, les malalties de l'aparell circulatori són la segona causa d'hospitalització i representen, aproximadament, el 10% de les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya. Amb una estada mitjana de 10 dies, acumulen aproximadament el 14% de les estades. La mitjana d'edat dels ingressats és de 65,2 anys². A partir dels 65 anys d'edat, són la primera causa d'hospitalització, tant en els homes com en les dones. A l'atenció primària de salut constitueix el segon motiu de consulta, i és la hipertensió arterial el problema de salut que genera més demanda.

Les malalties cardiovasculars són la causa principal de mort en els països industrialitzats.

Objectius generals de salut*

- 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%.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Intervencions i accions prioritàries

L'actuació sobre els factors de risc dels problemes de salut cardiovasculars és l'eix central per a la seva prevenció.

Mitjançant l'estudi de les tendències decreixents de la mortalitat per malalties cardiovasculars i la seva associació a determinats factors de risc, que també s'observa en d'altres països industrialitzats, se sap que es pot reduir el seu impacte. La major part de les malalties cardiovasculars tenen a veure amb l'actuació de diversos factors, com ara el tabaquisme, la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia, els hàbits dietètics inadequats, l'obesitat, el sedentarisme, la diabetis i l'estrès psicosocial. La reducció o eliminació d'aquests factors de risc comportaria un descens de les malalties cardiovasculars i també d'altres malalties cròniques que comparteixen els mateixos factors de risc.

El Consell Assessor de la Conferència Internacional sobre Salut Cardiovascular, va recomanar en la Conferència Internacional celebrada a Victoria (Canadà) l'any 1992, els principis de la política d'actuació, que inclou l'adopció d'una estratègia per a la prevenció i el control de les malalties cardiovasculars que té com a objectius³:

- Prevenir els factors de risc en els nens i en els joves i a la població en conjunt, quan encara no es veuen afectats per una elevada freqüència dels factors de risc.
- Eliminar o reduir els esmentats factors de risc a totes les poblacions, però, especialment, en aquelles en les quals les malalties cardiovasculars encara no han esdevingut una epidèmia.
- Promoure l'adopció de normes socials i comportaments culturals favorables per a la salut cardiovascular.

Aquestes recomanacions han estat ratificades en la segona Conferència Internacional sobre Salut Cardiovascular, celebrada a Barcelona l'any 1995 i recollides en *La declaració de Catalunya: Invertir en salut cardiovascular*⁴, l'objectiu de la qual és proporcionar informació sobre experiències paradigmàtiques que serveixin per generar interès, motivació i confiança, a partir de les quals s'estimulin altres persones a iniciar l'acció. En la Declaració es fa especial èmfasi en les polítiques de salut cardiovascular, tant dels sectors sanitaris públics com privats, i en la monitorització i avaluació de les intervencions.

La detecció oportunista i el control dels factors de risc i la promoció d'hàbits saludables són les actuacions proposades per a la reducció de la morbimortalitat per malalties cardiovasculars.

Per al Pla de salut 1996-1998, s'han tingut en compte les intervencions proposades pel Pla de salut 1993-1995, que s'han centrat en activitats sobre detecció i control de factors de risc i promoció d'hàbits saludables i en l'adopció i difusió de criteris comuns mínims per a l'abordatge dels factors de risc i de les recomanacions recollides al *Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial*⁵.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en el Pla de salut 1996-1998 són:

- 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.
- 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.

Detecció, tractament i control de la hipertensió arterial

Aquesta intervenció ja constava en el Pla de salut 1993-1995 i es basa en la mesura i el registre sistemàtic de la pressió arterial a les consultes d'atenció primària, seguint una estratègia de detecció oportunista, i en l'aplicació dels criteris comuns mínims⁶ per a l'atenció a la hipertensió arterial.

Les dades més recents, obtingudes sobre una mostra representativa de la població de Catalunya⁷, mostren que el 14,8% de la població de 15 a 74 anys d'edat presenta hipertensió arterial definida (>160/95 mmHg). En el cas dels homes la prevalença fou del 16,5% mentre que en el cas de les dones fou del 13,2%. El 75% dels hipertensos coneixien que ho eren i el 47% (62% dels coneguts) seguien tractament. El 30% dels hipertensos (64% dels tractats) estaven controlats (<160/95 mmHg). L'evolució d'aquests indicadors durant els darrers anys es mostra a la taula 76.

Altres dades poblacionals obtingudes durant el període de vigilància del Pla de salut 1993-1995 pel registre gironí de cor (REGICOR)⁸ mostren, seguint els mateixos criteris de definició, que la prevalença d'hipertensió arterial en la població de 25 a 74 anys és del 28%.

El 14,8% de la població de 15 a 74 anys d'edat presenta hipertensió arterial definida.

Taula 76

**Evolució dels principals indicadors de la hipertensió arterial.
Catalunya, 1990, 1993 i estimació per al 2000**

	1990	1993	Objectiu	2000
Hipertensos coneguts	60%	75%	Augment 25%	75%
Hipertensos tractats	40%	47%	Augment 50%	60%
Hipertensos controlats	20%	30%	Augment 75%	35%

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

L'any 1993, la prevalença d'hipertensió en la població de 15 a 74 anys, si es consideren els límits de 140/90 mmHg, va ser del 34,6%.

La hipertensió arterial és un factor de risc de la insuficiència renal.

La hipertensió arterial, a més de ser un factor de risc de les malalties cardiovasculars, també ho és de la insuficiència renal. Del total de casos que han entrat en tractament substitutiu renal, en el període 1989-1995, el 9,4% tenia com a malaltia renal primària la hipertensió arterial, representant el 8,7% dels casos prevalents d'insuficiència renal crònica tractada a 31/12/1995. Cal afegir que un 44% de la població tractada manifesta tenir hipertensió arterial sense que aquesta sigui la malaltia renal primària.

La incidència acumulada d'insuficiència renal crònica amb tractament substitutiu a Catalunya és de 4.397 casos en el període 1989-1995, amb una prevalença a 31/12/1995 de 816,2 per milió d'habitants (4.946 casos). La supervivència global dels malalts que han iniciat tractament substitutiu en el període 1989-1995 és del 87,5% el primer any, el 70,1% el tercer any i el 59,1% el cinquè any. En els casos amb hipertensió arterial com és ara la malaltia renal primària, la supervivència se situa en el 84,8%, el 66,1% i el 53,6%, el primer, tercer i cinquè any, respectivament.

Al 58% de la població adulta atesa a les ABS, se'ls ha mesurat la pressió arterial.

Segons l'estudi de l'avaluació sobre la incorporació de les activitats preventives del Pla de salut 1993-1995 en l'atenció primària⁹, el 58% de la població adulta atesa durant el darrer any té anotada almenys una presa de pressió arterial en els darrers dos anys. Aquest percentatge és més baix en la població de 15 a 19 anys (34%) i augmenta amb l'edat. En els homes és del 52%, mentre que en les dones és del 63%. Entre tots els grups d'edat és superior en les dones. En el 31% de les històries que tenen anotació sobre la pressió arterial, hi consta el diagnòstic d'hipertensió, que passa a ser el 50% en la població de 65 anys i més (54% en les dones i 38% en els homes). La proporció d'hipertensos controlats varia molt segons es consideri el control òptim* (23%) o el control acceptable** (75%). El control òptim és més freqüent en les edats joves que en les més avançades i el control acceptable és similar en tots els grups d'edat.

* <140/90 mmHg.

** <160/95 mmHg.

Està demostrat que el tractament de la hipertensió arterial va acompanyat d'una reducció important de la morbiditat i de la mortalitat cardiovascular que se'n deriva, sobretot l'accident cerebrovascular.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- 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 baix consum de sal en la dieta i, eventualment, reduir-lo quan superi els 6 g per dia.

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 en, almenys, el 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, als quals 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 en, almenys, el 50% de la població entre 15 i 44 anys atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

Percentatge de població d'entre 15 i 44 anys atesa pels equips d'atenció primària, als quals 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.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia

Aquesta intervenció ja constava en el Pla de salut 1993-1995 i es basa en la mesura i el registre del nivell de colesterol plasmàtic de la població diana, a les consultes d'atenció primària, seguint una estratègia de detecció oportunista, i en l'aplicació dels criteris comuns mínims per a l'atenció a la hipercolesterolèmia⁶.

L'any 1990 la mitjana de colesterol de la població catalana de 35 a 64 anys era de 228 mg/dl.

L'any 1990 es va estimar que la mitjana de colesterol de la població catalana de 35 a 64 anys era de 228 mg/dl. L'any 1993 les dades disponibles⁷ mostren que la mitjana de colesterolèmia d'aquest grup d'edat és de 213 mg/dl, i la prevalença d'hipercolesterolèmia* del 19% a la població de 15 a 74 anys d'edat.

Altres dades poblacionals obtingudes recentment (1994-1995) a la Regió Sanitària Girona⁸ mostren una prevalença d'hipercolesterolèmia en la població de 25 a 74 anys del 26% amb una mitjana de colesterolèmia de 228 mg/dl en els homes i de 226 mg/dl en les dones. En el grup d'edat de 35 a 64 anys, els nivells mitjans de colesterol en sang són 230 mg/dl en els homes i 224 mg/dl en les dones.

Al 55% de la població adulta atesa a les ABS, se'ls ha mesurat el nivell de colesterol.

Segons l'estudi de l'avaluació de la incorporació de les activitats preventives del Pla de salut 1993-1995⁹ en l'atenció primària, en el 55% de les històries clíniques de la població de 15 anys i més tenen anotades les xifres de colesterol. La proporció és superior en les dones en els grups d'edat. Entre homes, els grups d'edat amb una proporció més alta són el de 45 a 64 anys (65%), 65 anys o més (63,4%) i 35 a 44 anys (47%). En les dones, es manté el mateix ordre, sent del 72% en el grup de 45 a 64 anys, el 70% en el de 65 anys i més i el 56% en el de 35 a 44 anys. En el 24% de les històries amb anotació de la xifra de colesterol consta el diagnòstic d'hipercolesterolèmia i en el 42% dels pacients diagnosticats d'hipercolesterolèmia la xifra de colesterol és superior a 250 mg.

La hipercolesterolèmia és un factor de risc cardiovascular susceptible de ser modificat. La detecció i el control de la hipercolesterolèmia com a mesura de prevenció de la cardiopatia isquèmica, és eficaç en termes absoluts però el benefici poblacional és modest. La coexistència d'altres factors de risc¹⁰ (hipertensió, tabac i diabetis, principalment) augmenta el risc associat a la hipercolesterolèmia en un 50% a 100% o més per cada factor present en un individu determinat⁵. En aquest sentit, es prioritza aquesta intervenció en la població diana, definida d'acord amb l'edat, el sexe i la presència de factors de risc cardiovasculars associats, en termes de progressivitat, d'acord amb els criteris comuns mínims per a la hipercolesterolèmia.

Objectius generals de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el nivell mitjà de colesterol plasmàtic de la població de 35 a 64 anys per sota dels 220 mg/dl.

* Hipercolesterolèmia: colesterol total >250 mg/dl.

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de prevalença d'hipercolesterolèmia en la població catalana per sota del 20%.

Objectius operacionals

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

Avaluació

Estudi poblacional transversal.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal haver mesurat el colesterol plasmàtic total en, almenys, el 60% de la població diana** atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

Percentatge de la població diana atesa pels equips d'atenció primària, als quals s'ha mesurat el colesterol plasmàtic total.

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

Avaluació

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

Millora de la qualitat del procés d'atenció a les malalties cardiovasculars

L'actuació sobre els factors de risc dels problemes de salut cardiovasculars és l'eix central per a la seva prevenció. Tanmateix, la millora de l'eficiència i la qualitat del procés d'atenció a les malalties cardiovasculars, quan aquestes apareixen, també ha de constituir una de les accions prioritàries que poden contribuir al descens de la morbimortalitat lligada als problemes de salut esmentats.

Per al Pla de salut 1996-1998, les propostes d'actuació per a la millora del procés assistencial, se centren en l'infart agut de miocardi (IAM) i l'accident vascular cerebral (AVC), atesa la seva magnitud i gravetat com a problemes de salut, com també el consum de recursos en els serveis sanitaris i socio-sanitaris.

La millora de l'eficiència i la qualitat del procés assistencial contribuirà al descens de la morbimortalitat per aquestes malalties.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

** D'acord amb els criteris comuns mínims per a l'atenció a la hipercolesterolèmia.

Infart agut de miocardi

La taxa mitjana de mortalitat per cardiopatia isquèmica a Catalunya durant el període 1989-1993 va ser de 87,9 per 100.000 habitants i any. La informació procedent de REGICOR¹¹ mostra que la taxa d'incidència acumulada (taxa d'atac) d'infart agut de miocardi en la població de 25 a 74 anys d'edat de la Regió Sanitària Girona, en el període 1988 i 1990-1992, ha estat de 210,09 per 100.000 en homes i de 46,99 per 100.000 en dones.

A partir de les dades del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) dels hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) s'han analitzat diverses variables amb relació a l'hospitalització per casos d'IAM durant l'any 1994, basant-se en la classificació per grups relacionats amb el diagnòstic (GRD)*. El nombre d'episodis d'hospitalització als hospitals de la XHUP per al tractament de casos d'IAM va ser de 4.470, els quals van generar 53.125 estades. A més, es van produir 5.326 episodis d'*angor pectoris***.

L'estada mitjana d'aquests episodis mostra una gran variabilitat entre centres. Pel conjunt d'episodis d'IAM, l'estada mitjana global va ser d'11,9 dies i en el cas de l'*angor pectoris* de 9,0 dies. L'IAM sense complicacions cardiovasculars i sense defunció és el GRD més freqüent dels tres corresponents a l'IAM i mostra una estada mitjana de 12,1 dies, amb una variabilitat important segons el tipus d'hospital i també entre hospitals similars, com en el cas dels hospitals de referència, que va de 8 a 14 dies. L'estada mitjana per l'IAM amb complicacions cardiovasculars sense defunció va ser de 12,1 dies i també s'observa variabilitat.

La taxa de mortalitat intrahospitalària per IAM l'any 1994 era del 13,1%.

La taxa de mortalitat intrahospitalària per IAM global a Catalunya l'any 1994 es situava en el 13,1%. El 47,5% dels episodis d'IAM amb defunció es van produir dintre dels dos primers dies d'hospitalització. D'altra banda, també es detecta una important variabilitat en aquest indicador.

L'IAM suposa una important càrrega assistencial per la seva freqüència però també per la reiteració d'hospitalitzacions que es produeixen, tant amb anterioritat per *angor pectoris*, com amb posterioritat per *angor pectoris* i/o revascularització. Un 25,5% dels episodis d'*angor pectoris* i un 11,8% dels episodis d'IAM van generar un episodi posterior d'hospitalització abans de 31 dies al mateix hospital.

Les recomanacions per a la gestió clínica del l'IAM, resultat d'un procés de consens dels professionals, són la base de les actuacions proposades.

La posició de l'IAM en els sistemes de salut dels països occidentals^{12,13} i la variabilitat en el maneig clínic¹⁴ fan que les decisions dels professionals tinguin especial rellevància sobre la població tractada. Davant d'aquesta realitat, també observada a Catalunya^{15,16}, es va considerar necessària la consulta als professionals que porten a terme el procés d'atenció a l'IAM. En aquest sentit, es va constituir un grup de treball amb professionals assistencials per tal de fer una reunió de consens, en la qual, a partir de la informació elaborada sobre la base del CMBDAH, l'estat del coneixement sobre l'evidència científica i la seva opinió com a experts,

* GRD 121: IAM amb complicacions cardiovasculars, viu; GRD 122: IAM sense complicacions cardiovasculars, viu; GRD 123: IAM amb defunció.

** GRD 140.

es van tractar els aspectes principals sobre el maneig clínic (immediatesa del tractament, tractament trombolític, ingrés a UCI-Unitat Coronària, estratificació de risc, indicacions de trasllat, prevenció secundària i estada hospitalària) i es van elaborar diverses recomanacions per tal d'optimitzar la informació i la gestió clínica dels malalts afectats d'IAM, les quals són la base de les propostes d'actuació en el marc del Pla de salut per als propers anys.

- Millora de la recollida d'informació per tal que permeti monitoritzar els elements principals relacionats amb el maneig clínic de pacients amb IAM: aplicació del tractament trombolític, ingrés a la UCI-Unitat Coronària, trasllat a un centre de referència i consum de recursos.
- Monitorització de les readmissions posteriors a l'episodi d'IAM d'acord amb els factors diferencials en el maneig clínic.
- Establiment de recomanacions consensuades sobre les indicacions d'ingrés a UCI-Unitat Coronària.
- Millora del procés de referència dels pacients que precisen atenció cardiològica terciària.
- Recerca sobre el seguiment posterior del pacient amb relació a la qualitat de vida postinfart, la realització de rehabilitació i els professionals i nivells assistencials que fan el seguiment, entre d'altres.

Accident vascular cerebral

L'AVC és una important causa de mortalitat i de pèrdua de qualitat de vida. Així mateix, comporta un important consum de recursos en els serveis sanitaris i socio-sanitaris.

A partir de les dades del CMBDAH s'ha elaborat una primera anàlisi sobre l'hospitalització per casos d'AVC en els hospitals de la XHUP d'acord amb la classificació per GRD*. Pel conjunt dels GRD seleccionats s'han produït un total de 10.612 altes, l'any 1995. El major nombre d'altes correspon al grup de trastorns cerebrovasculars, excepte isquèmia transitòria (8.443 altes) i al d'isquèmia transitòria i oclusions precerebrals (1.750 altes), amb unes estades mitjanes de 13,5 i 7,7 dies, respectivament.

Malgrat que no s'observa una gran variabilitat en les estades mitjanes entre tipus d'hospital, aquesta augmenta en analitzar hospitals del mateix tipus. Per als trastorns cerebrovasculars excepte isquèmia transitòria, l'estada mitjana oscil·la entre els 8,7 i els 15,6 dies en els hospitals comarcals i entre els 8,3 i 14,6 dies en els de referència. Per al grup isquèmia transitòria i oclusions precerebrals, el dies d'estada mitjana van des de 3,9 a 8,9 en els hospitals comarcals i de 3,7 a 9,9 en els de

L'AVC és una important causa de pèrdua de qualitat de vida i comporta un important consum de recursos sanitaris i socio-sanitaris.

* GRD 014: trastorns cerebrovasculars excepte isquèmia transitòria; GRD 015: isquèmia transitòria i oclusions precerebrals; GRD 016: trastorns cerebrovasculars no especificats amb complicacions; GRD 017: trastorns cerebrovasculars no especificats sense complicacions.

referència. La variabilitat entre els hospitals d'alta tecnologia és molt inferior que en els dos tipus d'hospitals esmentats anteriorment.

Es proposa dur a terme un procés de consens amb els professionals per a l'elaboració de recomanacions de pràctica clínica per a l'atenció a l'AVC.

La millora del procés d'atenció a l'AVC i de la prevenció de les complicacions¹⁸ requereix el consens dels professionals que atenen els pacients amb AVC i que freqüentment es troben davant la situació i l'entorn d'aquests pacients. Com a línia d'actuació del Pla de salut per als propers anys es proposa consensuar, amb els professionals, els aspectes principals del maneig clínic dels pacients amb AVC, de la prevenció de les complicacions i del suport social a les persones afectades, així com també dels indicadors de qualitat i de la informació necessària per tal d'avaluar el procés d'atenció.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat (1989-1993). Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
2. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH, 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
3. La declaració de Victoria sobre salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
4. La declaració de Catalunya: Invertir en salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
5. 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.
6. 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.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Avaluació de l'estat nutricional de la població catalana (1992-1993). Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
8. Macià R, Pena A, Vila J, Pavesí M, Aubó C, Covas MI et al. Factores de riesgo cardiovascular en Girona: Estudio transversal en el estudio REGICOR. *Rev Esp Cardiol* 1996; 49: 71.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària. Barcelona, 1996. (No publicat.)
10. National cholesterol education program. Second report of the expert pannel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Circulation* 1994; 3: 1329-45.
11. Pérez G, Marrugat J, Sala J. Myocardial infarction in Girona, Spain: attack rate, mortality rate and 28-day case fatality in 1988. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 111-8.
12. Arós F, Marrugat J, Bayón J, Mayordomo JA. Datos epidemiológicos y fisiología del infarto agudo de miocardio. *Rev Esp Cardiol* 1994; 47: 11-6.
13. Chen E, Naylor CD. Variation in hospital length of stay of acute myocardial infarction in Ontario, Canada. *Med Care* 1994; 32: 420-35.
14. Cleary PD, Greenfield S, Mulley AG, Pauker SG, Schroeder SA, Wexler L et al. Variations in length of stay and outcomes for six medical and surgical conditions in Massachusetts and California. *JAMA* 1991; 266: 73-9.

15. Pons JMV. La cardiologia terciària: 1993. Barcelona: Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques; 1994. Núm. IN94005.
16. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Estudi multicèntric sobre els infarts de miocardi atesos als serveis d'urgència de la Regió Sanitària Costa de Ponent (Estudi GESIR-5). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, 1994.
17. Pons JMV, Granados A, Espinàs JA, Borràs JM, Martín I, Moreno V. Assessing open heart surgery mortality in Catalonia (Spain) through a predictive risk model. Eur J Cardiothorac Surg. En premsa 1997.
18. Pons JMV, Jovell AJ. Els trombolítics sistèmics en l'infart cerebral agut. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, 1996.

2. Càncer

El càncer és actualment un dels problemes de salut prioritaris a Catalunya. És la primera causa de mortalitat entre els 35 i 74 anys en ambdós sexes, és la segona causa de mort entre totes les causes, després de les malalties cardiovasculars i és la primera causa de mortalitat prematura. L'any 1994, la taxa bruta de mortalitat per tumors va ser de 235,22 per 100.000 habitants, i un de cada tres homes i una de cada cinc dones van morir de càncer. La tendència de la mortalitat per càncer des de 1975 és d'un increment anual de l'1,9% en els homes mentre que en les dones la tendència és estable. En el context europeu, Catalunya es troba en una posició intermèdia-baixa, malgrat que l'augment en la mortalitat observat en els homes i a causa de determinats tumors en les dones poden fer canviar aquesta situació en els propers anys.

Els tumors constitueixen la primera causa d'anys potencials de vida perduts (APVP) en ambdós sexes, a causa de la importància que té el càncer en la mortalitat a les edats intermèdies de la vida. La mortalitat per tumors va representar l'any 1992, el 30,2% del total d'APVP (entre 1 i 70 anys), amb un total de 256.248 anys perduts. La primera causa de mort prematura en els homes és el càncer de pulmó i en les dones el càncer de mama, amb un augment d'aquest últim entre les dones més joves malgrat les millores en el diagnòstic i el tractament.

La incidència de la malaltia pot estimar-se a partir de les dades proporcionades pel Registre de càncer de Tarragona. La taxa bruta d'incidència anual a la província de Tarragona per al període 1988-1992 és de 377,5 casos per 100.000 en el sexe masculí i de 274,5 casos per 100.000 en el sexe femení (excloent-ne el càncer de pell no melanoma i el carcinoma *in situ* de coll uterí). En el cas que el conjunt de Catalunya tingués les mateixes taxes, i tenint en compte l'evolució de la població, el nombre de casos nous de càncer seria, en l'any 1992, de 12.633 en els homes i de 9.278 en les dones, excloent-ne els tumors esmentats anteriorment. La combinació de les dades d'incidència i de supervivència poblacional permeten estimar que hi ha una prevalença de 169.760 persones amb càncer a Catalunya, de les quals 68.745 són homes i 101.015 dones.

En una línia coincident amb les dades de mortalitat prematura, les dades del Registre de càncer de Tarragona evidencien que els tipus de càncer més freqüents són el de pell no melanoma i el de pulmó, en els homes, i el de mama i el de pell no melanoma en les dones. Destaquen també el càncer colorectal en ambdós sexes, el de bufeta urinària en els homes i els tumors genitals (ovari, coll i cos d'úter) en les dones. La comparació internacional indica, d'acord amb les taxes estimades amb les dades de l'esmentat registre, que Catalunya es trobaria en una posició intermèdia-baixa en la incidència de la major part dels tumors, amb l'excepció del càncer de bufeta urinària i el de laringe en els homes.

L'assistència al càncer va suposar, l'any 1990, el 5,05% de la despesa sanitària de Catalunya. Aquest percentatge, que representa l'atenció oncològica en el total de la sanitat, és comparativament baix en relació amb la dimensió social de la malaltia, tot i que és similar al d'altres països europeus. S'estima que la despesa sanità-

El càncer és la primera causa de mortalitat entre els 35 i 74 anys.

El càncer de pulmó i el càncer de mama són la primera causa de mortalitat prematura en els homes i en les dones, respectivament.

Els càncers més freqüents són el de pell no melanoma i el de pulmó, en els homes, i el de mama i el de pell no melanoma en les dones.

Es preveu un augment de la incidència i de la mortalitat per càncer.

ria atribuïble al càncer pot augmentar en una proporció major que la resta de la despesa sanitària, per l'efecte de la introducció de noves tecnologies per al diagnòstic, el seguiment de l'evolució i la teràpia dels pacients amb càncer¹.

Tenint en compte que el risc de patir càncer augmenta amb l'edat i que la tendència de la població catalana és a l'envelliment, cal preveure un augment del nombre de casos de càncer en els propers anys. D'altra banda, la modificació dels estils de vida que es dona a la nostra societat (canvis dietètics, sedentarisme, hàbit de fumar en dones joves, entre d'altres) pot afavorir l'increment de la incidència, la utilització de serveis sanitaris i la mortalitat causada pel càncer.

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 s'adrecen a reduir la mortalitat per càncer prematura i evitable, reduir la morbiditat derivada de la malaltia i millorar la supervivència i la qualitat de vida de les persones afectades.

Les prioritats amb relació al càncer s'han d'establir tenint en compte la relació presumiblement causal entre el càncer i els factors de risc identificats, les possibilitats d'intervenció i els beneficis previsibles de les intervencions per a la salut de la comunitat. Els criteris per recomanar una intervenció són: l'evidència científica que dona suport a la necessitat d'actuar, l'efectivitat de la intervenció, el grau d'acceptabilitat social, el grau de suport dels professionals sanitaris i la relació cost-efectivitat de la intervenció.

Les prioritats en la prevenció del càncer són: la prevenció de l'hàbit tabàquic, i el cribratge del càncer de mama i del càncer de coll d'úter.

D'acord amb les dades sobre càncer, les prioritats preventives que clarament es desprenen són: la prevenció de l'hàbit tabàquic, i el desenvolupament de programes de cribratge del càncer de mama i del càncer de coll d'úter.

A més de les activitats de prevenció, les mesures proposades consideren la millora del procés d'atenció oncològica, incloent els aspectes de suport psicosocial als malalts, i dels sistemes d'informació corresponents.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Prevenció del càncer

Els principals factors de risc de càncer, susceptibles de ser objecte d'activitats preventives són: el tabac, la dieta, el consum excessiu d'alcohol, l'obesitat, l'exposició solar inapropiada i els factors de risc en el medi laboral. La major part de les mesures de prevenció primària són compartides per altres malalties cròniques i no poden ser considerades específiques del càncer, per la qual cosa no s'esmenten en aquest apartat. La dieta té un paper més discutit en l'etiologia del càncer, i les recomanacions que es realitzen vénen condicionades per la prevenció de les malalties cròniques en general i no per un tipus de càncer en particular. En qualsevol cas, l'augment de consum de fruites i verdures, la reducció del sobrepès i la moderació del consum d'alcohol quan sigui excessiu, són recomanacions que també cal fer per prevenir el càncer. Promoure una exposició al sol apropiada i que s'evitin els riscos innecessaris, sobretot en els nens, és una altra recomanació específica de prevenció primària del càncer de pell. Finalment, l'acompliment de les recomanacions i de la normativa existent sobre l'exposició al risc laboral, pot tenir un impacte notable en el control del càncer en el medi laboral.

Aquestes i altres indicacions es recullen en el Codi europeu contra el càncer (versió revisada)² i cal que siguin conegudes per la població i incorporades en les seves activitats quotidianes. El Codi europeu contra el càncer (quadre 6) és un recull de recomanacions que, si se seguissin, podrien conduir, en molt casos, a una reducció en la incidència de càncer i, també, a una disminució de la mortalitat per aquesta causa.

El Codi europeu contra el càncer recull les recomanacions que podrien conduir a una disminució de la incidència i la mortalitat per aquesta causa.

Quadre 6

Codi europeu contra el càncer

Alguns tipus de càncer i, en general, l'estat de salut poden millorar amb l'adopció d'un estil de vida més saludable

1. No fumi. Si és fumador, deixi de fumar al més aviat possible i no fumi en presència d'altres persones. Si no fuma, no iniciï el consum de tabac.
2. Si beu alcohol, sigui cervesa, vi o licors, moderi'n el consum.
3. Augmenti el consum diari de verdures i fruites fresques. Mengi sovint cereals amb alt contingut en fibra.
4. Eviti l'excés de pes, faci més exercici físic i limiti el consum d'aliments rics en greixos.
5. Eviti les exposicions prolongades al sol i les cremades solars, especialment en la infància.
6. Respecti estrictament les normes destinades a evitar qualsevol tipus d'exposició a substàncies considerades cancerígenes. Compleixi totes les instruccions de salut i seguretat en relació amb les substàncies que poden causar càncer.

Molts càncers podrien curar-se si es detectessin precoçment

7. Consulti el seu metge si nota un nòdul, una ferida que no es cura (les llagues a la boca incloses), una piga que canvia de forma, mida o color, o qualsevol pèrdua anormal de sang.
8. Consulti el seu metge si té problemes de salut persistents com ara tos, ronquera, canvis en el ritme deposicional o urinari, o pèrdues anormals de pes.

Per a les dones

9. Faci's una citologia cervical regularment. Participi en programes organitzats de cribratge del càncer de cèrvix.
10. Examinei periòdicament els seus pits. Si ha fet els 50 anys, participi en els programes de cribratge del càncer de mama mitjançant mamografia.

Pel que fa a la detecció precoç de determinats tipus de càncer, les intervencions de prevenció secundària proposades, així com una valoració de l'evidència científica sobre la seva efectivitat, es recullen al quadre 7.

Detecció precoç del càncer. Valoració de l'evidència científica de diferents intervencions

Quadre 7

Càncer	Grup d'edat	Tipus d'intervenció	Freqüència	Consideracions sobre la població a la qual es dirigeix	Tipus d'evidència
Mama	50-70	Mamografia	Biennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Efectivitat demostrada
	40-49	Mamografia	Biennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
	30-70	Autoexploració mamària	Mensual	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
Ovari i més	40-45 i més	CA 125 Ecografia transvaginal	No definida	Tota la població	Insuficient
	25 i més	CA 125 Ecografia transvaginal Examen pèlvic manual	Anual	Dones amb antecedents familiars	Insuficient
Coll d'úter	25-64	Citologia de Papanicolau	Triennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Efectivitat demostrada
Colorectal	50 i més	Sigmoidoscòpia Sang als dipòsits fecals	Anual o biennal	Tota la població Antecedents de poliposi, malaltia inflamàtoria del budell o càncer Familiars de primer grau de pacients amb càncer colorectal	Insuficient
		Rectosigmoidoscòpia Colonoscòpia	Anual o biennal	Poliposi adenomatosa familiar Síndrome de Lynch Colitis ulcerosa	Efectivitat demostrada Efectivitat demostrada Insuficient
Pròstata	No definit (criteri clínic)	Exploració rectal	Anual	Tota la població	Insuficient
	50 i més	Ecografia transrectal	No definida	Tota la població	Insuficient
		Antigen prostàtic específic (PSA)	Anual	Tota la població	Insuficient
Pell	No definit (criteri clínic)	Examen visual	No definida	Antecedents familiars directes de càncer de pell, lesions precanceroses i exposició continuada a la llum del sol per raons laborals	Insuficient
Testicle	No definit (criteri clínic)	Exploració testicular	No definida	Història de criptorquidia, atròfia testicular	Insuficient
Oral	No definit (criteri clínic)	Examen cavitat oral	Durant l'examen dental anual	Lesions precanceroses Consum excessiu d'alcohol i/o tabac	Insuficient

Font: Elaboració pròpia, a partir de les referències bibliogràfiques 3 i 4.

En els darrers anys s'han proposat diversos tipus de proves de cribratge de càncer, sobretot en el càncer colorectal i en el de pròstata. Els resultats dels estudis recentment finalitzats han mostrat que el cribratge del càncer colorectal pot ser efectiu per reduir la mortalitat per aquesta malaltia. Tanmateix, encara hi ha un cert debat sobre el tipus de prova indicada, atès que en aquesta àrea s'estan produint canvis importants. En els propers anys serà convenient realitzar estudis d'acceptabilitat i de relació cost-efectivitat en el nostre medi abans de recomanar la seva aplicació. En el cas del càncer de pròstata els resultats existents fins ara indiquen que la prova de cribratge no pot ser recomanada com a activitat preventiva fins a la conclusió dels assaigs clínics en curs, que permetran prendre una decisió fonamentada sobre la seva validesa i efectivitat.

L'hàbit tabàquic

Gairebé la meitat de les morts per tumors en els homes estan relacionades amb el tabac.

Els tumors malignes de pulmó, bronquis i tràquea van ser la primera causa de mort en homes de 45 a 64 anys i la tercera per al conjunt dels homes l'any 1992; van causar la mort de 2.282 homes i la taxa bruta corresponent és de 76,99 per 100.000. Aquestes morts representen 13.232 APVP (27,2% dels APVP en els homes per càncer). La tendència observada a Catalunya en els darrers anys mostra un augment de la incidència i de la mortalitat per aquest tipus de càncer, així com d'una bona part dels tumors atribuïbles al consum de tabac (cavitat oral i faringe, esòfag, pàncrees, bufeta urinària i ronyó). La mortalitat per tumors relacionats amb el tabac representa el 47% de tota la mortalitat masculina per tumors. D'altra banda, malgrat que el càncer de pulmó en les dones no ha mostrat una tendència creixent durant la dècada dels vuitanta, comencen a haver-hi indicis d'un cert augment de la incidència dels tumors relacionats amb el tabac en les dones dels grups d'edat intermèdia. La prevalença actual en les dones joves fumadores fa previsible que aquest increment, detectat recentment, es confirmi en els propers 10 anys, d'acord amb les observacions realitzades en altres països europeus que ja experimenten aquest fenomen. Per tant, la lluita contra el tabaquisme és probablement la intervenció preventiva més important contra el càncer i l'única que pot tenir un impacte sobre la mortalitat global a mig termini. En aquest sentit, el consell individual realitzat per un professional sanitari, els programes educatius adreçats al públic, especialment a les dones joves, i les regulacions comunitàries antitabac, són les mesures més eficaces per tal de disminuir el risc de càncer de pulmó, bronquis i tràquea i la resta de càncers relacionats amb el tabac.

La lluita contra el tabaquisme és la intervenció preventiva més important contra el càncer.

El cribratge poblacional del càncer de mama

El càncer de mama és la principal causa de mort en dones d'edat mitjana.

El càncer de mama és la primera causa de mort en les dones d'entre 35 i 64 anys, ja que en aquest grup causa el 31% de les morts femenines per càncer. Durant el període 1991-1992 el nombre anual de morts va ser de 1.057 dones, la qual cosa correspon a una taxa de 34,12 per 100.000. Aquestes morts representen 8.565 APVP (29,8% dels APVP de dones per càncer).

D'altra banda, cal esmentar que la probabilitat acumulada (de 0 a 74 anys) de desenvolupar càncer de mama en les dones catalanes s'ha estimat en 5,17% (1 de cada 19 dones)⁵.

Tal com ja s'esmentava en el Pla de salut 1993-1995, el cribratge poblacional amb mamografia és una mesura efectiva que pot arribar a disminuir la mortalitat per càncer de mama fins a un 30% en condicions ideals. Durant els últims anys, s'han posat en marxa diferents programes de cribratge poblacional de càncer de mama que han tingut una acceptació bona entre les dones a les quals anaven adreçats (al 75,4% de les dones de la població diana se'ls ha fet una mamografia de cribratge). Aquests programes s'adrecen a totes les dones d'entre 50 i 64 anys i consisteixen en la realització d'una mamografia, amb doble projecció, cada dos anys. Per a les dones incloses dins el grup d'alt risc (amb història familiar de primer grau de càncer de mama, especialment de presentació premenopàusica i amb més d'un familiar afectat) no hi ha un consens establert sobre els beneficis, la periodicitat i l'edat d'inici; tanmateix s'ha proposat que el cribratge del càncer de mama per a les dones del grup d'alt risc comenci als 40 anys i que la freqüència sigui anual.

Els programes de cribratge del càncer de mama actualment cobreixen l'11% de les dones catalanes del grup d'edat en el qual es recomana el cribratge. En conseqüència, tant la continuïtat dels programes desplegats, com la seva extensió progressiva a la resta de dones del grup d'edat entre 50 i 64 anys i la implementació de programes en totes les regions sanitàries, es perfila com l'estratègia preventiva més efectiva, acceptable i vàlida amb què es compta en l'actualitat.

Els estudis realitzats a Catalunya⁶, amb una tècnica de modelització matemàtica basada en la microsimulació dels beneficis i l'impacte del cribratge del càncer de mama en la població catalana, assenyalen que l'estratègia seleccionada (dones d'entre 50 i 64 anys i mamografia biennal) és la que presenta una millor relació cost-efectivitat. La reducció de la mortalitat esperada, projectada en un període de 27 anys, és del 12% anual. Ampliar l'edat del cribratge al grup de 65-69 anys permetria reduir la mortalitat anualment en un 14,9%. Com a comparació, es pot dir que la realització del cribratge a les dones d'entre 40 i 64 anys permetria reduir la mortalitat en un 12,7%, però la raó de cost-efectivitat seria molt més desfavorable. Per tant, les dones de 50 a 64 anys són el grup diana del cribratge poblacional, i només quan estigui adequadament garantida la seva cobertura és convenient plantejar-se l'extensió a d'altres grups d'edat, com les dones de 65 a 69 anys i, eventualment, a les de 45 a 49 anys.

La reducció de l'interval de la mamografia de dos a un any no aporta beneficis proporcionals en relació amb l'increment del cost que suposa. La sensibilitat de la mamografia (que es redueix en les dones més joves) i, sobretot, el nivell de participació de la població diana, influeixen de forma important en els beneficis esperats. Per tant, la qualitat de la mamografia i l'assoliment d'una cobertura poblacional superior al 70% són els objectius bàsics dels programes de cribratge.

Si durant el període de vigència d'aquest Pla de salut els resultats dels estudis, actualment en curs, aconsellessin l'extensió del cribratge a un grup d'edat més ampli (o qualsevol altre canvi), es realitzarien les modificacions necessàries en aquesta intervenció per tal d'adaptar-la a les noves evidències.

El cribratge poblacional amb mamografia pot arribar a disminuir la mortalitat per càncer de mama fins a un 30%.

La continuïtat dels programes de cribratge del càncer de mama i la seva extensió progressiva són l'estratègia preventiva més efectiva, acceptable i vàlida.

La qualitat de la mamografia i l'assoliment de la cobertura poblacional proposada, objectius bàsics dels programes de cribratge.

El cribratge del càncer de cèrvix uterí

Cal continuar la detecció oportunista de casos de càncer de coll d'úter en els serveis sanitaris i promoure la qualitat de les citologies.

El càncer de coll d'úter disposa d'una prova de cribratge, la citologia de Papanicolau, acceptada com a efectiva. La incidència d'aquest tumor a Catalunya és baixa en relació amb la resta de països europeus. Ateses aquestes característiques no es considera prioritari realitzar programes de cribratge poblacional per a la detecció d'aquest tumor però sí continuar les activitats de detecció oportunista de casos (*case finding*) realitzades sistemàticament en els serveis sanitaris. Les recomanacions recollides al *Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial*⁷ són de realitzar la prova cada tres anys en les dones de 20 a 34 anys i cada cinc anys en les dones de 35 a 64 anys; després dels 65 anys no és imprescindible continuar amb les citologies si s'ha estat sotmesa a cribratge amb anterioritat. Cal, però, fer un esforç específic per promoure la participació de les dones de més de 50 anys i de situació socioeconòmica més desfavorable. La qualitat de les citologies és un paràmetre essencial, juntament amb la participació, per aconseguir els beneficis esperats d'aquesta prova de cribratge i cal avaluar-les periòdicament. Finalment, el paper etiològic del virus del papil·loma humà pot arribar a modificar aquestes recomanacions preventives en un futur proper, en poder introduir la seva identificació com a pas inicial en la seqüència del cribratge.

La prevenció primària i el diagnòstic precoç del càncer de pell

El càncer de pell (excloent-ne el melanoma) és el més freqüent entre els homes i les dones de Catalunya, tot i que no és causa de mortalitat per les seves característiques. La incidència d'aquest càncer és difícil de precisar des del punt de vista epidemiològic perquè el seu diagnòstic clínic és relativament senzill i molts d'aquests tumors són tractats en règim ambulatori. El principal factor de risc per a aquests tumors és l'exposició excessiva a la llum solar; per aquesta raó se solen desenvolupar en les zones del cos més exposades (cap, coll i avantbraç) i són les persones amb exposicions al sol més continuades, per motius laborals, les que presenten habitualment una incidència més elevada.

Aconsellar prendre el sol amb protecció suficient i detectar lesions precursoras de càncer de pell són les dues accions a desenvolupar a l'atenció primària.

El cribratge sistemàtic del càncer de pell en la població general no es recomana. La prevenció primària i el diagnòstic precoç són les dues accions a desenvolupar per part de l'atenció primària de salut, fent especial èmfasi a aconsellar prendre el sol amb protecció suficient i en detectar signes i lesions precursoras, especialment en persones amb història familiar o antecedents de nevus displàsic o determinats nevus congènits i en persones que s'exposen al sol per raons laborals o d'oci. Pel que fa als nens⁸, el consell ha de ser d'evitar l'exposició solar al migdia, quan la proporció de raigs infraroigs és màxima i, per tant, el risc de cremades és molt més elevat, i el d'utilitzar protectors solars.

En el cas del melanoma, la seva mortalitat, tot i ser reduïda, està creixent de forma important. La prevenció d'aquest càncer també està relacionada amb la recomanació d'una exposició solar apropiada, tot evitant les cremades, especialment en el cas dels nens.

Intervencions relacionades amb el procés assistencial

La introducció de noves tecnologies, no sempre suficientment avaluades, ha causat canvis importants en l'abordatge clínic dels pacients diagnosticats de càncer que poden tenir un impacte significatiu en el pronòstic de la malaltia. La capacitat de traduir els avenços de la recerca bàsica en la pràctica clínica avaluada apropiadament pot contribuir de forma decisiva en aquest procés. D'altra banda, s'estan introduint nous aspectes en l'activitat assistencial com són la necessitat de donar informació acurada, tenir en compte l'opinió del pacient, l'avaluació de la seva qualitat de vida així com el control dels símptomes de forma pal·liativa. També cal esmentar els grups d'ajuda mútua i la consideració dels aspectes ètics en la decisió terapèutica com a factors que cal tenir en compte en els propers anys, per tal d'analitzar la seva aportació a la pràctica assistencial.

L'oncologia va ser pionera en el desenvolupament de formes alternatives a l'hospitalització tradicional, com ara l'hospital de dia. La continuïtat d'aquestes alternatives ha de dirigir-se cap a la introducció de noves formes organitzatives, com és ara l'hospitalització domiciliària o la quimioteràpia domiciliària, que hauran de ser avaluades per tal d'analitzar el seu impacte i els seus beneficis potencials.

L'augment previsible de la incidència i de la mortalitat per càncer en els propers anys, així com les característiques pròpies d'aquesta patologia, fa necessari posar un èmfasi especial en les intervencions adreçades a aconseguir implicar tots els nivells assistencials per tal que el procés d'atenció esdevingui adequat, articulat i coordinat, en la recerca d'alternatives a l'hospitalització i en l'aprofundiment del suport psicosocial als grups de malalts, mitjançant el desenvolupament estable de modalitats d'ajuda mútua i voluntariat. En aquest sentit, caldrà promoure mesures de millora de la qualitat del procés assistencial, garantint el confort del pacient des del moment de la confirmació de la sospita diagnòstica fins a l'accés als tractaments i les cures pal·liatives, passant pel tractament actiu mitjançant les estratègies terapèutiques tradicionals de la cirurgia, la quimioteràpia i la radioteràpia.

La implicació de tots els nivells d'atenció, la recerca d'alternatives a l'hospitalització i l'aprofundiment del suport psicosocial als malalts de càncer són mesures de millora de la qualitat del procés assistencial.

Promoció de la recerca clínica, epidemiològica i preventiva dels tumors més freqüents

Cal potenciar especialment els sistemes d'informació sanitària per tal d'analitzar de forma continuada els canvis en la situació epidemiològica i en les necessitats assistencials. També s'ha d'aprofundir en la recerca clínica sobre l'efectivitat del tractament introduint mesures de qualitat de vida i promovent la recerca epidemiològica en els tumors més freqüents, així com en àmbits d'interès específic com poden ser les relacions entre genètica i càncer o entre virus i càncer.

Les intervencions i accions prioritàries que proposa el Pla de salut 1996-1998 són:

- Prevenció i detecció de l'hàbit tabàquic. (Aquesta intervenció es planteja en l'apartat específic sobre l'hàbit tabàquic.)
- Extensió dels programes poblacionals de cribratge del càncer de mama.
- Manteniment de les activitats de detecció precoç del càncer de coll uterí.
- Consell sobre l'exposició solar i detecció precoç del càncer de pell.
- Millora del procés assistencial, incloent 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 difondrà, entre els professionals sanitaris i a 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, el Servei Català de la Salut posarà en marxa almenys un programa de cribratge poblacional del càncer de mama en cada regió sanitària.

Avaluació

Existència d'almenys un programa poblacional de càncer de mama en funcionament en cadascuna de les vuit regions sanitàries.

3. 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 40%.

Avaluació

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

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà definit els criteris de qualitat de les tècniques per a la detecció del càncer de coll d'úter.

Avaluació

Existència dels criteris de qualitat de les tècniques per a la detecció del càncer de coll d'úter.

5. Abans de la finalització del període de vigència del Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà definit el model assistencial per a l'atenció oncològica a Catalunya, incloent especialment els apartats següents:
 - Coordinació amb tots els nivells i recursos assistencials.
 - Definició d'indicadors de continuïtat assistencial.
 - Existència d'hospitals de referència.
 - Activitat dels comitès de tumors.
 - Alternatives a l'hospitalització convencional.
 - Atenció domiciliària.

Avaluació

Existència del model assistencial per a l'atenció oncològica a Catalunya.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, les regions sanitàries hauran definit el pla de reordenació de l'atenció oncològica en el seu àmbit territorial, incloent la designació del seu hospital de referència i el sistema d'informació per monitoritzar la continuïtat assistencial.

Avaluació

Existència del pla de reordenació de l'atenció oncològica a cadascuna de les vuit regions sanitàries.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà dissenyat un model de cooperació entre la iniciativa pública i les organitzacions de voluntaris i els grups d'ajuda mútua (grups d'autoajuda preferentment per càncer infantil, per pacients laringectomitzats i per pacients sotmesos a tractament quirúrgic per càncer de mama i per càncer colorectal) per tal d'obrir noves oportunitats al desenvolupament de modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer.

Avaluació

Existència d'accions per afavorir les diferents modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer (voluntariat i grups d'autoajuda).

Referències bibliogràfiques

1. Borràs JM, Borràs J, Viladiu P, Bosch FX. L'epidemiologia i la prevenció del càncer a Catalunya: 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia. En premsa 1997.
2. Boyle P, Veronesi U, Tubiana M, Alexander FE, Da Silva F, Denis LJ et al. European School of Oncology Advisory Report to the European Commission for the "Europe Against Cancer Programme". European Code Against Cancer. Eur J Cancer 1995; 9: 1395-405.
3. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
4. Chamberlain J, Moss JS, editors. Evaluation of cancer screening. Londres: Springer, 1996.
5. Izquierdo A, Viladiu P, Borràs J, Galcerán J, Borràs JM, Dorca J et al. El riesgo de càncer de mama en Catalunya. Med Clin (Barc) 1996; 107: 410-3.
6. Borràs JM, coordinador. El cribratge del càncer de mama a Catalunya: cost-efectivitat, impacte assistencial i cost del tractament del càncer de mama. Barcelona: Institut Català d'Oncologia-Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
7. 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.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica. Programa de seguiment del nen sa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.

3. Malalties de l'aparell respiratori

Les malalties de l'aparell respiratori segueixen constituint un important problema de salut pública amb una morbiditat molt elevada.

A Catalunya, l'any 1994 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 71,94 morts per 100.000 habitants¹, essent per grups d'edat, la tercera causa de mort en els majors de 64 anys. Aquestes xifres suposen una reducció global de la mortalitat per malalties de l'aparell respiratori, des de l'any 1989, d'un 13%, si bé l'evolució de les patologies incloses en aquest apartat poden tenir tendències diferents.

Per causes específiques, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i l'asma van suposar, l'any 1994, una taxa de 40,30 morts per 100.000 habitants, mentre que les infeccions respiratòries agudes (IRA) i les pneumònies van causar 1,86 i 12,38 morts per 100.000 habitants respectivament.

Pel que fa a la morbiditat, les malalties de l'aparell respiratori van ser la tercera causa d'hospitalització l'any 1994 després de les malalties de l'aparell digestiu i circulatori, amb una taxa del 8,8 per 1.000 habitants (11,4 en homes i 6,3 en dones)² i una estada mitjana de 7,9 dies, que representa un 8,6% del total d'altres registrades aquest any.

Per causes específiques, les pneumònies i la grip van ocasionar 1,53 hospitalitzacions per 1.000 habitants i la MPOC i l'asma van suposar una taxa d'hospitalització de 2,03 i 0,63 per 1.000 habitants respectivament. L'anàlisi de les hospitalitzacions en la població de 0 a 14 anys l'any 1994, mostra que l'asma representa més del 25% del total de les hospitalitzacions evitables en aquest grup d'edat³.

Quan s'analiza la morbiditat atesa en l'atenció primària⁴, durant el període 1986-1991, la major proporció de problemes de salut en l'edat adulta correspon al grup de malalties de l'aparell respiratori (18,4%). S'observa una elevada freqüència d'infeccions respiratòries del tracte superior en l'edat adulta, com ara infeccions agudes inespecífiques (6,4%) i la grip (1%), i del tracte inferior com les bronquitis agudes (3,1%). Les malalties pulmonars cròniques, com la bronquitis crònica (1,9%), l'asma (1,6%) i l'emfisema (1,1%) també tenen una gran importància. Pel que fa a l'edat pediàtrica (0 a 14 anys) els problemes de salut que originen més visites són també les infeccions del tracte superior, les bronquitis i l'asma.

Quant a la morbiditat percebuda, les malalties respiratòries del tracte superior i la grip són les causes més freqüents de restricció d'activitat els darrers 15 dies (12,10%), mentre que l'asma és referida per un 1,36% dels que 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% respectivament de la població major de 14 anys segons l'Enquesta de salut de Catalunya 1994⁵.

Les malalties de l'aparell respiratori segueixen constituint la tercera causa de mort i d'hospitalització a Catalunya.

La major proporció de problemes de salut atesos a l'atenció primària correspon al grup de malalties de l'aparell respiratori.

Les malalties respiratòries del tracte superior i la grip són les causes més freqüents de restricció d'activitat.

L'IRA i la grip, han estat les malalties de declaració obligatòria que han tingut més incidència a Catalunya l'any 1995⁶.

Un darrer estudi poblacional realitzat a l'estat espanyol en el marc de l'European Community Respiratory Health Survey estima el risc d'asma atribuïble a exposició ocupacional entre el 5% i 6,7%⁷.

Els trastorns respiratoris durant el son suposen un problema freqüent que probablement té significació clínica en més del 5% de la població adulta⁸.

Objectius generals 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).

Intervencions i accions prioritàries

L'abordatge de les malalties de l'aparell respiratori se centrarà en les patologies cròniques i la seva associació a determinats factors de risc sobre els quals es pot incidir eficaçment.

L'increment de l'hàbit tabàquic en les dones fa preveure un augment de les patologies directament relacionades amb aquest factor de risc.

L'abordatge de les malalties de l'aparell respiratori del Pla de salut 1996-1998 se centrarà en les patologies cròniques i la seva associació a determinats factors de risc sobre els quals es pot incidir eficaçment. Les intervencions plantejades a l'anterior Pla de salut 1993-1995 amb relació a la vacunació contra la grip i la pneumònia pneumocòccica i el càncer de pulmó continuen vigents i són tractades en els apartats corresponents respectivament**.

Per a la MPOC, l'hàbit tabàquic segueix sent el factor de risc més important. Si bé la prevalença de fumadors s'ha estabilitzat en els últims anys, l'increment de l'hàbit tabàquic en les dones⁹ fa preveure, en aquest sexe, un augment en les patologies directament relacionades amb aquest factor de risc. Per altra banda, la persistència en l'hàbit tabàquic és el principal factor associat amb un descens més ràpid i pronunciat del FEV₁^{***} i a un empitjorament del pronòstic del procés respiratori.

Les accions antitabàquiques que van ser incloses a l'anterior Pla de salut (1993-1995) són vigents, si bé cal emfasitzar les mesures dirigides a grups de dones joves, fumadors passius i grups específics com ara fumadors o exfumadors simptomàtics i/o en risc ocupacional. La finalitat d'aquesta intervenció és la reducció del nombre de persones que comencen a fumar, especialment els joves, i la cessació de l'hàbit tabàquic, tant en els fumadors sans com els malalts, atesa la forta associació entre el descens de la funció pulmonar i la persistència de l'hàbit de fumar¹⁰.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

** Vegeu els apartats relatius a malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques i al càncer.

*** FEV₁: *Forced expiratory volume in first second* (VEMS: volum espiratori màxim en el primer segon).

**** Vegeu els apartats de problemes de salut cardiovasculars i d'hàbit tabàquic.

Per tal de disminuir la prevalença de fumadors, s'han elaborat un seguit d'objectius generals de disminució de risc, dirigits a població general i a grups de professionals en l'àmbit de l'educació i la sanitat*.

En la línia iniciada en el Pla de salut 1993-1995 per a l'abordatge del malalt respiratori crònic, i pel que fa a les intervencions relacionades amb la millora del tractament i control de les malalties cròniques, es pretenen continuar les ja iniciades incidint especialment en els aspectes relacionats amb el maneig clínic del malalt crònic per tal de mantenir i millorar la seva qualitat de vida.

Cal definir els criteris d'actuació per a l'abordatge de l'asma infantil i de l'adult, i elaborar guies d'actuació per al seguiment del malalt respiratori entre els diferents nivells assistencials amb la col·laboració de les societats científiques, impulsant fórmules de treball que permetin el consens entre els professionals.

En tractar-se d'una patologia crònica, les estratègies de tractament, educació i automaneig de la patologia, haurien d'incloure l'ús d'instruments de mesura de la qualitat de vida com a mètode d'avaluació del tractament i mesura de la progressió de la malaltia, activitats d'educació sanitària dels pacients i familiars i activitats de formació continuada dels professionals sanitaris. Aquestes activitats han d'incloure no tan sols l'actualització dels coneixements sobre la malaltia i el seu procés d'atenció, sinó també temes d'educació sanitària i formació de formadors.

Els agents ambientals inhalats són un altre grup de factors de risc, especialment rellevants en la població treballadora. L'abordatge intersectorial per a la prevenció primària amb relació a l'exposició a factors de risc mediambiental i laboral ha de ser una de les línies més importants de treball. La promoció d'hàbits saludables i el coneixement de la relació entre els aspectes mediambientals i laborals amb la patologia respiratòria crònica per part de la població general, són la via d'actuació en aquests àmbits.

Els trastorns respiratoris durant el son generen una apreciable demanda i produeixen, amb freqüència, somnolència diürna que impossibilita un correcte rendiment laboral i social, i pot augmentar el risc d'accidents de trànsit i laborals. Malgrat que aquestes alteracions poden ser corregides amb el tractament adequat, els trastorns respiratoris durant el son no estan suficientment ben avaluats i és necessari millorar l'accessibilitat de la població als mètodes diagnòstics adients.

Per últim, cal promoure, en relació amb les patologies respiratòries, la recerca especialment relacionada amb la identificació de marcadors biològics i determinants genètics, que incrementen la susceptibilitat a les malalties cròniques de l'aparell respiratori, el consens en l'ús d'instruments de mesura de qualitat de vida per a malalts respiratoris crònics i l'estudi dels factors de risc ocupacional i els efectes en la cessació a la seva exposició.

L'abordatge intersectorial per a la prevenció primària amb relació a l'exposició a factors de risc mediambiental i laboral ha de ser una de les línies més importants de treball.

Cal promoure la recerca especialment relacionada amb la identificació de marcadors biològics i determinants genètics, que incrementen la susceptibilitat a les malalties cròniques de l'aparell respiratori.

* Vegeu els apartats de problemes de salut cardiovasculars i d'hàbit tabaquic.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en el Pla de salut 1996-1998 són:

- Detecció i prevenció de l'hàbit tabàquic. (Aquesta intervenció es planteja en l'apartat específic sobre l'hàbit tabàquic.)
- Detecció i prevenció de problemes de l'aparell respiratori relacionats amb el treball*.
- Detecció i prevenció de factors de risc modificables (conductuals, socials i sanitaris) que predisposen a la reagudització de la malaltia pulmonar obstructiva crònica.
- 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 i els trastorns del son.
- Elaboració de recomanacions per a l'abordatge del malalt amb malaltia pulmonar obstructiva crònica entre nivells assistencials.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà establert les recomanacions per a l'atenció a l'asma infantil i de l'adult tot impulsant 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.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà elaborat consensuadament recomanacions d'actuacions i derivació entre els diferents nivells assistencials, per a l'abordatge de pacients amb malalties cròniques de l'aparell respiratori i trastorns del son. Aquestes recomanacions hauran inclòs els criteris comuns mínims de la malaltia pulmonar obstructiva crònica actualment en fase de consens.

Avaluació

Existència de recomanacions d'actuació i derivació entre els nivells assistencials per a l'abordatge de pacients amb malalties cròniques de l'aparell respiratori i trastorns respiratoris durant el son.

* Vegeu l'apartat de salut laboral.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà establert una estratègia intersectorial consensuada, encaminada a la divulgació a la població general, de la relació entre la contaminació ambiental i la malaltia respiratòria crònica.

Avaluació

Existència d'una estratègia intersectorial en relació amb la contaminació ambiental i la malaltia respiratòria crònica.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica haurà realitzat activitats de recerca en l'àmbit de la mesura de la qualitat de vida per avaluar el tractament i la progressió de la malaltia en malalts crònics de l'aparell respiratori.

Avaluació

Existència d'activitat de recerca en l'àmbit de la qualitat de vida en malalts crònics de l'aparell respiratori.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica haurà realitzat estudis específics per conèixer els factors de risc conductuals, socials o sanitaris evitables i que predisposin a la reagudització de la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Avaluació

Realització de l'estudi per conèixer els factors de risc conductuals, socials o sanitaris evitables que predisposin la reagudització de la malaltia pulmonar obstructiva crònica.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat (1989-1993). Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
2. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Estudi de les hospitalitzacions evitables. Barcelona, 1996. (No publicat.)
4. Bolívar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C. Morbiditat atesa en l'atenció primària. Informe del registre ANAC-II. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
5. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1995. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; 17: 116-23.
7. Kogevinas M, Antó JM, Soriano JB, Tobias A, Burney P, Spanish Group of the European Asthma Society. The risk of asthma attributable to occupational exposures: a population-based study in Spain. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 137-43.
8. Kingman P, Redline S. Recognition of obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 154: 279-89.
9. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Juncà S, Fernández E, Vicente R et al. La evolució del hàbit tabàquic en Catalunya 1982-1994. *Med Clin (Barc)*. En premsa 1997.
10. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 1995; 8: 1398-420.

4. Hàbit tabàquic

El consum de tabac constitueix, en els països desenvolupats, la primera causa de pèrdua de la salut i la primera causa de mort prematura i evitable. L'hàbit tabàquic és, doncs, el principal problema de salut pública susceptible de prevenció¹. En aquest sentit, el consell antitabac és la primera recomanació del Codi europeu contra el càncer², és la principal mesura preventiva recomanada per l'European Respiratory Society per a la malaltia pulmonar obstructiva crònica³ i és, conjuntament amb els hàbits dietètics saludables i la pràctica regular d'exercici físic, una de les estratègies en *La declaració de Victoria sobre salut cardiovascular*⁴.

El tabaquisme és factor de risc de nombroses malalties, entre les quals destaquen les cardiovasculars, les respiratòries cròniques i el càncer. El càncer de pulmó és el més important per la seva incidència i mortalitat. Altres càncers relacionats amb l'hàbit tabàquic són el de la cavitat oral o laringe, esòfag, bufeta urinària, pàncrees, ronyó o cèrvix.

Segons les dades de mortalitat de l'any 1990 a Catalunya, s'estima que el tabac és el responsable del 16,3% de totes les morts, la qual cosa representa uns 8.400 morts cada any¹ (taula 77).

Per altra banda, el consum de tabac té repercussions socials i econòmiques considerables, tant pel que fa a la mortalitat produïda com per la pèrdua de dies de treball, així com per l'increment de l'atenció sanitària per tractar les malalties relacionades amb el tabac.

L'hàbit tabàquic és un dels principals factors de risc cardiovascular i és el causant d'aproximadament el 20% de les morts d'aquest grup de patologies.

El consum de tabac és responsable d'un 30% de la mortalitat produïda per càncer i, per les seves característiques, és el factor de risc de càncer amb major potencialitat preventiva. El risc de desenvolupar càncer de pulmó està relacionat amb la durada de l'hàbit al llarg de la vida, l'edat d'inici de l'hàbit i la quantitat i el tipus de tabac consumit. És, per tant, més elevat quan el consum s'inicia a l'adolescència i, d'aquest grup, la meitat dels fumadors moriran per alguna malaltia relacionada amb el consum de tabac.

El consum de tabac constitueix la primera causa de mort prematura i evitable.

Taula 77

Mortalitat atribuïble al tabaquisme. Catalunya, 1990								
	Morts			PAP* (%)		Morts atribuïbles		
	Homes	Dones	RR**	Homes	Dones	Homes	Dones	Total
Cardiopatía isquèmica	3.020	2.281	1,8	29	17	876	388	1.264
Accident vascular cerebral agut	2.790	4.067	1,8	29	17	809	692	1.500
Malaltia vascular perifèrica	994	1.522	1,5	20	12	199	183	382
MPOC	1.818	715	12,0	85	74	1.545	529	2.074
Càncer de pulmó i bronquis	2.180	217	10,0	82	70	1.788	152	1.940
Càncer de llavi, boca i faringe	269	58	6,0	71	56	191	32	223
Càncer de laringe	270	6	6,0	71	56	192	3	195
Càncer d'esòfag	277	38	5,0	67	51	186	19	205
Càncer de pàncrees	271	227	2,0	33	21	89	48	137
Càncer de bufeta urinària	422	95	2,5	43	28	181	27	208
Càncer de ronyó	133	67	2,5	43	28	57	19	76
Càncer de cèrvix uteri	—	89	2,1	—	28	—	25	25
Total	12.491	9.424				6.295	2.173	8.468
Total morts	27.491	24.513						
Proporció global de mortalitat atribuïble al tabaquisme						22,89	8,86	16,28

* PAP: proporció del risc atribuïble poblacional.

** RR: risc relatiu.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública.

S'ha evidenciat clarament l'existència d'una associació significativa entre el tabaquisme passiu i el càncer de pulmó.

S'ha evidenciat clarament l'existència d'una associació significativa entre el tabaquisme passiu i el càncer de pulmó. El fum del tabac en l'ambient conté pràcticament els mateixos components tòxics que el fum de la cigarreta, entre ells la nicotina, el monòxid de carboni, els irritants i els diversos carcinògens. En els adults, el fum del tabac en l'ambient és un carcinogen pulmonar que incrementa entre el 20 i el 30% el risc de desenvolupar càncer de pulmó en els fumadors passius⁵, a més de tenir efectes negatius sobre l'aparell respiratori del no fumador. En els infants s'associa amb un major risc d'infeccions respiratòries de vies baixes, com ara bronquitis i pneumònia, una prevalença superior d'otitis mitjana, una simptomatologia d'irritació de vies respiratòries altes, una reducció de la funció respiratòria, una major prevalença d'asma i a un augment de la seva severitat. Fumar durant l'embaràs origina, també, una disminució de pes del nadó (250 g de mitjana) i s'ha associat amb la síndrome de la mort sobtada de l'infant⁶.

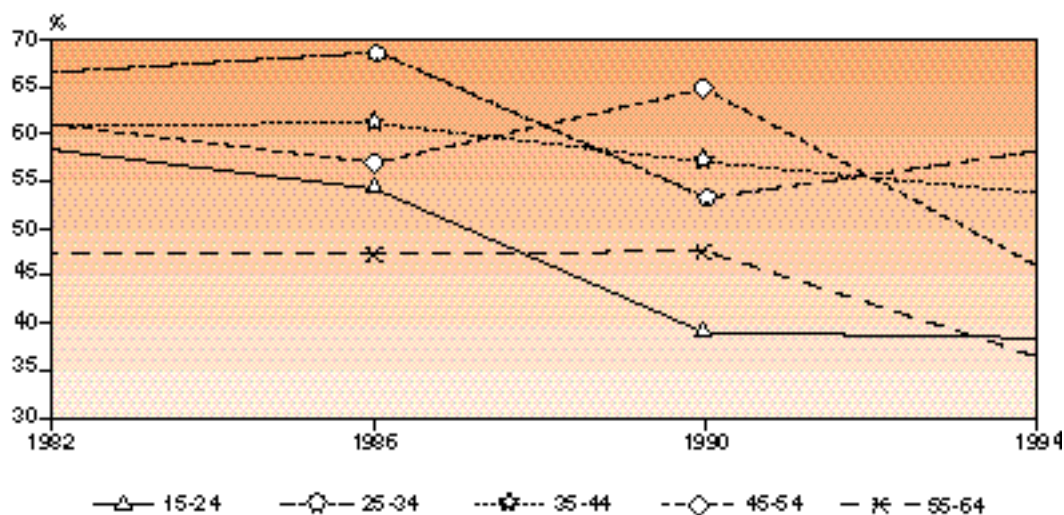
Pel que fa a la malaltia pulmonar obstructiva crònica, la persistència en l'hàbit tabàquic és el principal factor de risc associat amb un descens més ràpid i pronunciat de l'FEV₁* i amb un empitjorament del pronòstic.

La prevalença de fumadors majors de 14 anys a Catalunya durant l'any 1994 va ser del 30,6% (42,3% en homes i 20,7% en dones), i del 35,3% entre 15 i 64 anys (46,3% en homes i 25,6% en dones). El grup d'edat amb prevalença de fumadors més elevada va ser el de 25 a 34 anys en tots dos sexes (dins d'aquest grup, la prevalença és més elevada en els homes)⁷.

L'evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic a Catalunya durant el període 1982-1994 indica una tendència global decreixent en el consum de tabac, amb una marcada diferència per sexes, especialment entre les dones de 25 a 54 anys (gràfics 86 i 87).

**Evolució de la prevalença* de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat.
Homes. Catalunya, 1982-1994**

Gràfic 86



* Fumadors ocasionals i fumadors diaris.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982, 1986 i 1990.

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

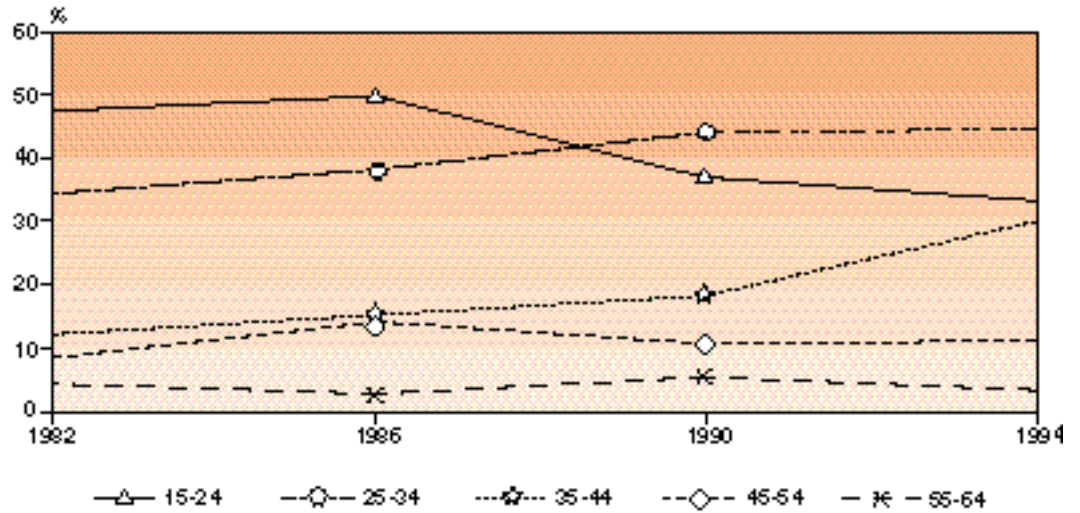
La proporció de fumadors masculins ha disminuït durant aquests 12 anys en tots els grups d'edat (gràfic 86), mentre que la proporció de dones que fumen ha augmentat, especialment en el grup de 25 a 54 anys⁸ (gràfic 87). Aquesta evolució fa que la prevalença global es mantingui relativament estable amb tendència a decreixer.

L'evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic durant el període 1982-1994 indica que la proporció de dones que fumen ha augmentat, especialment en el grup de 25 a 54 anys.

* FEV₁: Forced expiratory volume in first second (VEMS: volum espiratori màxim en el primer segon).

Gràfic 87

Evolució de la prevalença* de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1982-1994



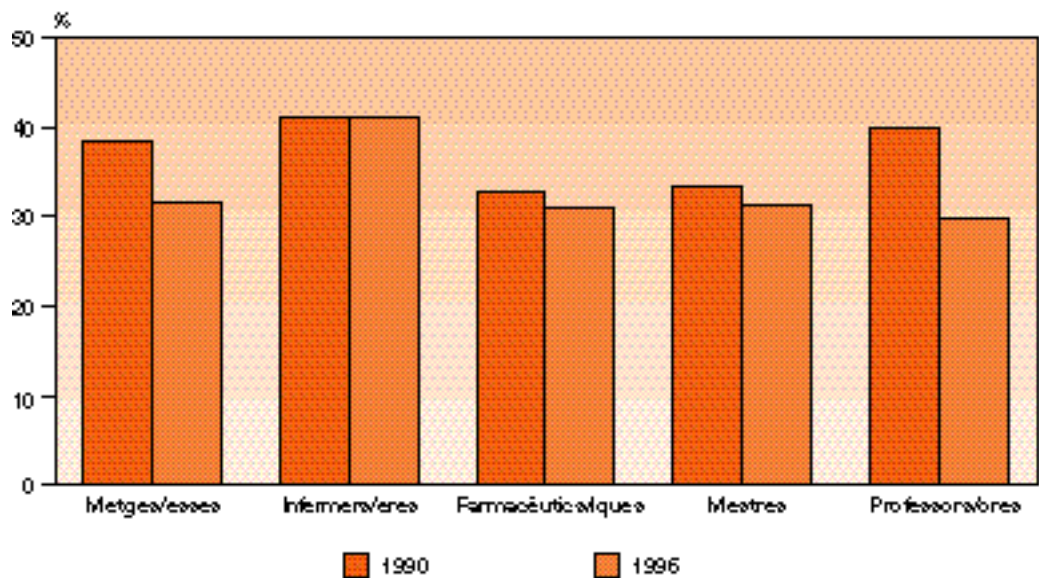
* Fumadors ocasionals i fumadors diaris.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta sobre el consum i actituds respecte al tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1982, 1986 i 1990.

Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

Gràfic 88

Hàbit tabàquic dels professionals sanitaris i docents. Catalunya, 1990 i 1996



Font: Enquesta d'actituds i comportaments dels professionals de la salut vers al tabac, 1996.

Pel que fa als col·lectius de comportament exemplar, s'ha observat una tendència decreixent del consum de tabac entre els professionals sanitaris i de l'ensenyament en els últims anys, molt especialment en els metges (gràfic 88). Les últimes dades de l'Enquesta d'actituds i comportaments dels professionals vers al tabac⁹, mostren una prevalença al voltant del 30%.

Objectius generals de salut i de 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 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 s'adrecen a reduir la prevalença d'hàbit tabàquic en la nostra societat. Aquesta reducció comportaria una disminució progressiva de la morbimortalitat atribuïble al tabaquisme, com ja s'ha pogut comprovar en aquells països o regions que van instaurar amb anterioritat mesures de prevenció i control de l'hàbit tabàquic i que ja han començat a recollir-ne els fruits^{10,11}.

La prevalença del tabaquisme ve determinada per: a) la iniciació en l'hàbit, habitualment en edats joves; b) la cessació, generalment en l'edat mitjana o avançada de la vida del fumador i, c) la mortalitat lligada a l'hàbit tabàquic, una part important de la qual es produeix prematurament, abans dels 65 anys. Els eixos d'acció seran, doncs, totes aquelles activitats (mesures de control de la publicitat i de l'accés als productes tabàquics, programes d'educació per a la salut en el medi escolar i extraescolar, lleure, esport, etc.) que es puguin dur a terme per evitar o,

Reduir la prevalença de l'hàbit tabàquic comportaria una disminució progressiva de la morbimortalitat atribuïble al tabaquisme.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

almenys, retardar la iniciació de l'hàbit en els joves i adolescents. Els missatges i programes educatius, especialment aquells que s'integren adequadament en les activitats (docents o no) dels escolars, han demostrat ser efectius. Les accions legislatives, com per exemple la taxació dels productes del tabac, la prohibició de la venda de tabac als joves i la limitació de la publicitat, són accions útils i necessàries en la lluita contra la iniciació en l'hàbit tabàquic.

L'altre gran eix comprèn totes aquelles mesures que tenen com a objectiu aconseguir que els fumadors abandonin l'hàbit al més aviat possible. El consell educatiu del metge o d'un altre professional de la salut, principalment dins de l'àmbit de l'atenció primària, ha demostrat ser efectiu (del 5 al 9% d'abstinents després d'un any), especialment si s'hi afegeixen suport psicològic i farmacològic (reemplaçament nicotínic) per tal de facilitar la cessació en aquells fumadors més addictes i evitar les recaigudes a curt i mig termini¹².

A aquesta actuació s'han d'afegir altres mesures com són millorar la capacitat i la formació dels professionals amb relació a l'atenció dels fumadors, i accions específiques orientades a l'abandonament de l'hàbit tabàquic en els col·lectius de comportament exemplar (professionals sanitaris, docents)¹³.

El Pla de salut 1993-1995 formulava objectius amb relació a la detecció de l'hàbit tabàquic i el consell antitabac. Segons l'estudi d'avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària, l'hàbit tabàquic està enregistrat en el 66,5% de les històries clíniques de la població adulta atesa, proporció més baixa en el grup d'edat de 15 a 19 anys (38%).

Paral·lelament, se sap que un millor compliment de la normativa vigent en tots els seus apartats, així com accions que incrementin el grau de coneixement i de sensibilització de la població en el seu conjunt i d'alguns grups específics (els joves, les dones embarassades, els fumadors amb risc ocupacional afegit, etc.) envers els efectes del tabac sobre la salut dels fumadors i dels no fumadors són, també, eines necessàries i efectives per aconseguir un progressiu canvi social i cultural respecte a aquesta problemàtica. En aquesta línia, el medi laboral representa un àmbit d'actuació idoni.

Cal remarcar, finalment, que la prevenció i control del tabaquisme en una societat com la nostra, requereix la creació d'una àmplia coalició amb interlocutors de dins i de fora del sistema sanitari, que treballi amb una visió integral i multidisciplinària, optimitzant els recursos existents a tots els nivells¹⁴ (educació a l'escola, àmbit laboral, fumador passiu, tendències de determinats grups, implicació dels professionals en l'estratègia de cessació tabàquica, actuacions intersectorials i legislatives, etc.). En aquest sentit, cal considerar necessària la coordinació amb les actuacions que té previstes el Departament de Benestar Social respecte a la prevenció, la detecció i l'atenció social de l'hàbit tabàquic.

La millora de l'acompliment de la normativa vigent ajudarà a aconseguir un progressiu canvi social i cultural respecte de la problemàtica del tabaquisme.

La prevenció i control del tabaquisme en una societat com la nostra requereix treballar amb una visió integral i multidisciplinària del problema.

Així doncs, les intervencions i accions prioritàries per al Pla de salut 1996-1998 són:

- Conèixer 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, començant des de l'escola.
- 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 en el diagnòstic i el maneig del pacient fumador.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuarà monitoritzant la tendència de la prevalença de l'hàbit tabàquic i de la taxa de cessació a Catalunya, en la població general i en determinats col·lectius, i s'estudiarà la dependència nicotínica.

Avaluació

Estudi poblacional transversal.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran dut a terme activitats de sensibilització envers l'hàbit tabàquic de la població general a través dels mitjans de comunicació.

Avaluació

Activitats dutes a terme.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran dut 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 i 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, s'haurà detectat l'hàbit tabàquic en, almenys, el 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 fet l'anamnesi sobre el consum de tabac.

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

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. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal conèixer el percentatge de cessació de l'hàbit tabàquic en la població adulta atesa pels equips d'atenció primària.

Avaluació

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

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran promogut els canvis necessaris en la legislació vigent per tal d'obtenir un major grau d'acompliment i aconseguir una millor defensa dels drets de la població no fumadora.

Avaluació

Canvis en la normativa vigent.

8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran establert 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. 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.
2. Boyle P, Veronesi U, Tubiana M, Alexander FE, Da Silva F, Denis LJ et al. European School of Oncology Advisory Report to the European Commission for the "Europe Against Cancer programme". European Code Against Cancer. Eur J Cancer 1995; 9: 1395-405.
3. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P et al. Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). Eur Respir J 1995; 8: 1398-420.
4. La declaració de Victoria sobre salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
5. Borràs JM, Borràs J, Viladiu P, Bosch FX. L'epidemiologia i la prevenció del càncer a Catalunya: 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia. En premsa 1997.
6. Experts statement on passive smoking and tobacco industry advertising. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat social, 1996. (No publicat.)
7. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
8. Pardell H, Saltó E, Tresseras R, Juncà S, Fernández E, Vicente R et al. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña 1982-1994. Med Clin (Barc). En premsa 1997.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta d'actituds i comportaments dels professionals de la salut vers al tabac. Barcelona, 1996. (No publicat.)
10. World Health Organization. Regional office for Europe. Tobacco-Free Europe. Action Plan. Werbach-Gamburg: G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung, 1994.
11. World Health Organization. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva, 1996. (No publicat.)
12. Fowler G. Smoking. A: Lawrence M, Neil A, Fowler G, Mant D, editors. Prevention of Cardiovascular Disease. An evidence-based approach. Oxford: Oxford University Press, 1996.
13. The role of health professionals organizations in anti-smoking activities. Proceedings of the fourth EMASH Seminar. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
14. La declaració de Catalunya: Invertir en salut cardiovascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.

5. Lesions produïdes per accidents i violències

Les lesions causades per accidents o per agressions intencionals constitueixen un dels problemes de salut de major freqüència i gravetat entre els joves.

A Catalunya, els patrons de morbiditat i mortalitat per causes externes segueixen pautes similars a les dels altres territoris europeus. En aquest sentit, es considera un problema de salut prioritari en les polítiques sanitàries adreçades a la població catalana.

Les lesions causades per accidents o per agressions intencionals constitueixen un dels problemes de salut de major freqüència i gravetat entre els joves. Les lesions generades pels accidents són la primera causa de mort en aquest grup, en els països desenvolupats. Així mateix, la morbiditat per aquesta causa és una de les que presenta una prevalença més alta entre la població infantil i adolescent i, encara que majoritàriament la gravetat de les lesions és baixa, una proporció remarcable de casos requereixen atenció sanitària especialitzada i generen seqüeles permanents importants.

Conseqüències gens menyspreables d'aquests problemes de salut són l'impacte psicològic i social produït en els afectats i el seu entorn, i els importants costos econòmics generats.

Mortalitat

Les causes externes continuen sent la cinquena causa de mortalitat. Els accidents i les violències suposen la primera causa d'APVP entre els homes i la segona entre les dones.

Les causes externes continuen sent la cinquena causa de mortalitat global a Catalunya (1994)¹, amb un pes molt important entre les defuncions dels grups més joves de població: primera causa de mort entre 1 i 24 anys, segona causa en el grup d'entre 25 i 34 anys i tercera en la població de 35 a 54 anys.

La taxa de mortalitat per causes externes de la població general l'any 1994, va ser de 41,5 per 100.000 habitants, sent de 59,7 en els homes i de 24,2 entre les dones. El nombre de morts per accident o violència a Catalunya va ser de 2.526, el 4,8% de totes les defuncions. Aquestes dades representen una lleugera reducció de la mortalitat respecte a 1991.

Pel que fa als anys potencials de vida perduts (APVP) per causes externes, durant el període 1989-1993 van suposar una mitjana anual de 71.804². Els accidents i les violències són la primera causa d'APVP entre els homes i la segona entre les dones (cal remarcar l'acusada diferència de taxes d'APVP entre els dos sexes: 21,21 en els homes i 5,21 en les dones).

En general, l'evolució de la mortalitat global derivada de les lesions accidentals o per violències mostra una tendència decreixent, amb oscil·lacions puntuals, a partir de 1989.

Morbiditat

El 14% de la població catalana declara haver sofert, en el decurs d'un any, un o més accidents que han requerit algun tipus d'assistència sanitària, i són les caigudes i els cops les causes més freqüents.

A Catalunya es disposa de dos sistemes d'informació, de diferent tipologia, que aporten dades complementàries sobre la morbiditat (lesions) generada per causa accidental o intencional: el registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) i l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA).

Segons l'informe del CMBDAH corresponent a l'any 1994³, el grup diagnòstic "Lesions i emmetzinaments" suposa el quart motiu més freqüent d'hospitalització, amb 53.526 altes, un 8,6% del total d'altes registrades, i una estada mitjana de 9,4 dies.

La informació sobre l'etiologia d'aquestes lesions, mitjançant la codificació de causes externes (codi E), de gran utilitat de cara a conèixer el tipus d'accident o agressió, ens aporta unes dades incompletes a causa de la baixa notificació d'aquest apartat. Tot i això, destaquen per la seva freqüència les caigudes (amb 11.127 altes) i els accidents de trànsit (amb 5.739 altes). Les lesions per agressió (o autoagressió) van suposar 1.266 altes hospitalàries.

Per l'ESCA⁴, es disposa d'informació poblacional sobre la freqüència i distribució dels accidents que han requerit algun tipus d'assistència sanitària o han generat alguna restricció de l'activitat habitual. Segons aquesta font d'informació, el 14% de la població catalana declara haver sofert un o més accidents en el decurs d'un any, amb un predomini clar entre els homes, en els grups d'edat més joves. En els majors de 64 anys, la proporció de dones que s'accidenten gairebé triplica la dels homes.

D'acord amb la classificació convinguda a l'ESCA*, pel que fa al tipus d'accident, les caigudes (4,8% de la població) i els cops (3,5%) són les causes més freqüents de lesió accidental atesa, amb molta diferència respecte als accidents de trànsit (1,5%) i les cremades (0,9%).

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%.

Per la seva importància i per la factibilitat d'intervenir, s'han seleccionat quatre problemes a tractar en aquest apartat:

- Accidentalitat de trànsit
- Accidentalitat infantil
- Maltractaments infantils
- Accidentalitat de la gent gran

* Causes d'accident que recull el qüestionari de l'ESCA: caigudes d'un nivell més alt que un altre, caigudes en un mateix nivell, cremades, cops, intoxicacions, accidents de trànsit (conductor/passatger), accidents de trànsit (vianant) i altres.

** Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Accidentalitat de trànsit

Intervencions i accions prioritàries

L'any 1991 va ser l'inici d'una inflexió que es va traduir en una forta reducció dels accidents de trànsit fins al 1994.

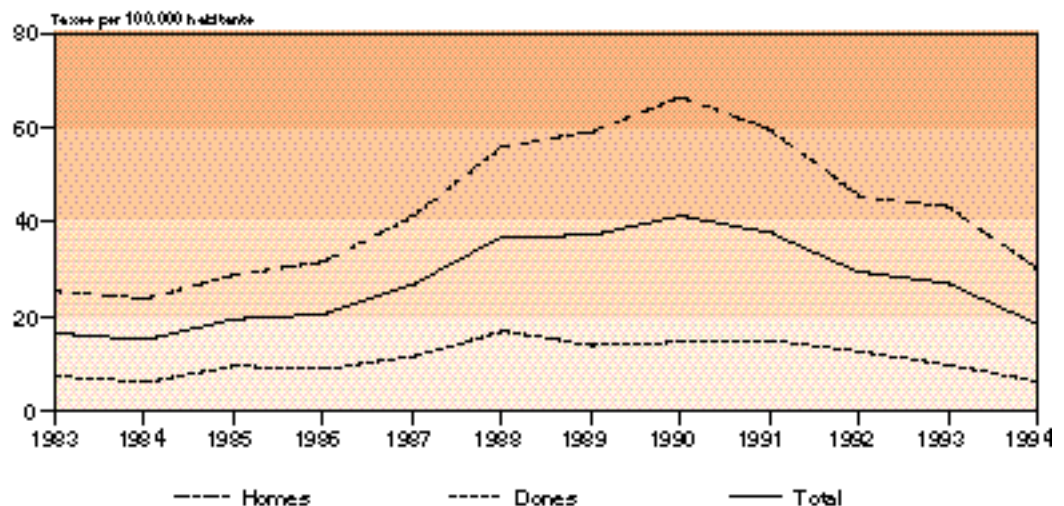
En les darreres dècades, els accidents de trànsit s'han convertit en un dels problemes més preocupants per les conseqüències que origina en mortalitat, morbiditat, seqüeles i costos econòmics i socials.

A Catalunya, concretament, el grup principal de defuncions entre les causes externes el continuen formant els accidents de trànsit, tot i la seva tendència decreixent en el període 1990-1994. Aquests presenten, l'any 1994, les taxes de mortalitat més elevades en els grups d'edat entre 15 i 24 anys (18,97 per 100.000 habitants) i en els majors de 74 anys (18,23 per 100.000 habitants), per ambdós sexes¹.

Segons el registre de la mortalitat (gràfic 89 i taula 78), l'increment d'accidents de trànsit es va intensificar durant la dècada dels 80, en la qual es va arribar als 32.000 accidents amb lesionats, uns 45.000 ferits i 1.295 morts en les primeres 24 hores, l'any 1989. L'any 1991 va ser l'inici d'una inflexió que es va traduir en una forta reducció fins al 1994, en què es van produir 698 morts, de les quals 654 van succeir en les primeres 24 hores, 7.919 ferits greus i 18.219 ferits lleus⁵. S'observa que un grup d'especial risc quant a víctimes d'accidents de trànsit és el dels joves i adolescents, tant pel total de morts i ferits com per l'impacte en els APVP. L'impacte dels accidents de trànsit sobre la mortalitat prematura va suposar un 13% dels APVP a Catalunya l'any 1991⁶.

Gràfic 89

Evulsió de les taxes de mortalitat per accidents de vehicles de motor en els joves de 15 a 24 anys, per sexe. Catalunya, 1983-1994



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

**Morts per accidents de trànsit (CIM-9 E810-E819), per grup d'edat i sexe.
Catalunya, 1994**

Taula 78

Edat	Homes		Dones		Total	
	Nombre	Taxa 10 ⁶	Nombre	Taxa 10 ⁶	Nombre	Taxa 10 ⁶
<1	0	0,00	2	7,43	2	3,60
1-4	5	4,33	2	1,86	7	3,14
5-14	11	3,13	7	2,14	18	2,65
15-24	157	30,76	31	6,45	188	18,97
25-34	102	21,55	29	6,23	131	13,96
35-44	65	15,71	9	2,13	74	8,85
45-54	53	14,56	18	4,87	71	9,68
55-64	53	16,40	19	5,42	72	10,69
65-74	48	19,32	17	5,51	65	11,66
75 i més	43	31,11	27	10,99	70	18,23
Total	537	18,10	161	5,19	698	11,50

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

A la taula 79 es mostra la distribució dels morts i de les víctimes segons tipus d'usuari, per a Espanya i Catalunya, l'any 1990. S'observa que els turismes són els que més morts i ferits aporten, encara que la letalitat és més elevada per als vianants i ciclistes, i més baixa per als ocupants de motos i ciclomotors⁶.

**Morts (a 30 dies) i víctimes d'accidents de trànsit segons tipus d'usuari.
Espanya i Catalunya, 1990**

Taula 79

	Vianants	Bicicletes	Ciclomotors	Motos	Turismes
Espanya					
Morts	1.542	204	683	792	5.044
Victimes	17.438	2.212	20.144	18.251	92.188
Letalitat (%)	8,8	9,2	3,4	4,3	5,5
Catalunya					
Morts	240	19	101	158	652
Victimes	5.584	399	6.018	7.482	18.626
Letalitat (%)	4,3	4,8	1,7	2,1	3,5

Font: Plasència A. Epidemiologia de les lesions per accident de trànsit a Barcelona, 1990-1991. (Tesi doctoral.)

D'acord amb la mateixa font, s'identifiquen tres patrons ben diferenciats de lesionats: el més freqüent és el motorista, usuari jove que presenta lesions sobretot a les extremitats, generalment poc greus en termes vitals (el pes dels accidents molt greus és relativament baix ja que es produeixen moltes lesions de pronòstic de menys importància); l'ocupant de turismes, de major edat amb predomini de lesions al cap, cara i coll; i el vianant, persona d'edat més avançada que pateix les lesions més greus, fruit de traumatismes múltiples, generalment per atropellament.

L'impacte de les patologies derivades dels accidents sobre l'entorn social, familiar i laboral dels afectats és cada vegada més important.

L'impacte que tenen les patologies derivades dels accidents sobre el sistema sanitari i sobre l'entorn social, familiar i laboral dels afectats és cada vegada més important. Actualment no es disposa d'un sistema d'informació suficientment vàlid que permeti conèixer la situació d'aquest problema a Catalunya. Només alguns estudis *ad hoc* ens proporcionen dades representatives⁷, que ens indiquen que cada any, més de 5.000 persones, a Barcelona, pateixen discapacitats i seqüeles físiques causades per accidents de trànsit, sobretot derivades de les lesions més greus, traumatismes cranioencefàlics i lesions medul·lars, entre d'altres, i entre els joves. A l'Estat espanyol, el 46% dels casos de paraplegia i tetraplegia existents són deguts a accidents de trànsit.

La important reducció de l'accidentalitat i de la mortalitat observades des de 1991, malgrat l'augment del nombre de vehicles i de població, es considera efecte d'un conjunt d'intervencions d'abast intersectorial endegades des de les diferents institucions implicades: accions de sensibilització i educació viària poblacional, millora dels elements de seguretat passiva dels vehicles, aplicació de la normativa legal (ús del cinturó de seguretat, ús del casc protector, controls d'alcoholèmia, etc.) i millores en l'atenció urgent als accidentats, entre d'altres. Per altra banda, durant el període 1996-1998, cal intensificar i continuar garantint l'aplicació de la normativa vigent amb relació a la seguretat viària.

L'atenció adequada als accidentats és la mesura més efectiva de cara a reduir la letalitat i les seqüeles dels accidents.

L'assistència als accidentats *in situ* i el transport assistit a l'hospital més adequat, han demostrat ser les mesures més efectives de cara a reduir la mortalitat i les incapacitats, un cop produït l'accident. Alhora, aquesta efectivitat depèn de la disponibilitat i la qualitat dels recursos materials i humans i del seu funcionament, per tal de reduir sensiblement el temps d'assistència i els problemes derivats d'una immobilització incorrecta dels lesionats.^{8,9,10} En aquest sentit, l'empresa pública del Servei Català de la Salut, Sistema d'Emergències Mèdiques SA, presta serveis assistencials primaris d'emergència *in situ*. Aquests serveis comprenen la valoració mèdica inicial, l'estabilització del malalt, l'aplicació de suport vital bàsic i/o avançat i la prescripció de trasllat medicalitzat al centre hospitalari més adequat.

L'augment de la formació continuada sobre la prevenció i la seguretat viària dels professionals sanitaris i de l'ensenyament i la coordinació entre els diferents nivells i xarxes assistencials són actuacions prioritàries a desenvolupar durant aquest trienni.

Així mateix, cal impulsar la recerca en indicadors quantitius i qualitius de la mortalitat evitable i d'altres aspectes per tal de millorar l'efectivitat del procés d'atenció urgent dels accidentats i la prevenció de discapacitats i seqüeles, amb la finalitat de reduir les taxes de mortalitat i incapacitat evitable.

Les estratègies d'actuació han d'anar dirigides a l'extensió i intensificació de les mesures esmentades, així com la planificació i l'aplicació d'intervencions específiques a grups o situacions amb taxes elevades d'accidentalitat.

Per tant, es proposen les intervencions i accions prioritàries següents, a desenvolupar durant el període 1996-1998:

- Promoció de l'ús d'elements de seguretat per part de la població general i, especialment, dels usuaris de vehicles de motor.
- Promoció d'hàbits saludables amb relació a la seguretat viària: informació i sensibilització i educació sanitària adreçades a la població general i, concretament, a nens i joves.
- Millora de l'atenció urgent als accidentats i de la prevenció i l'atenció de les discapacitats i seqüeles.
- Intensificació de l'aplicació 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 la detecció i el control de les discapacitats com a factor de risc.

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 de trànsit en nens i adolescents.

Avaluació

Nombre 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, mitjançant conveni entre l'Institut Català de Seguretat Viària i el 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

Nombre d'escoles d'ensenyament secundari que han desenvolupat activitats d'educació per a la salut amb relació als accidents infantils, mitjançant el conveni entre l'Institut Català de Seguretat Viària i el Departament d'Ensenyament.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% de la població de 15 a 34 anys ha d'identificar, com a principals factors de risc d'accident de trànsit, l'excés de velocitat i el consum d'alcohol i de substàncies psicotròpiques.

Avaluació

Evolució del percentatge de la població de 15 a 34 anys que identifica l'excés de velocitat i el consum d'alcohol i de substàncies psicotròpiques com a principals factors de risc d'accident de trànsit, mitjançant enquestes de coneixements i actituds a la població general, elaborades per l'Institut Català de Seguretat Viària.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i l'Institut Català de Seguretat Viària elaboraran unes recomanacions que aportin continguts i estratègies per a l'extensió del consell preventiu sobre seguretat viària a l'atenció primària.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

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

Avaluació

Evolució del percentatge d'usuaris de vehicles motoritzats que compleixen la normativa sobre mesures de seguretat activa, mitjançant escrits puntuals de l'Institut Català de Seguretat Viària sobre l'ús del casc i del cinturó de seguretat.

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

Avaluació

Evolució del percentatge d'utilització de mesures i dispositius de seguretat en la infància, mitjançant una enquesta de la Direcció General de Salut Pública.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 95% dels conductors de vehicles de motor no han de sobrepassar nivells d'alcoholèmia superiors a 0,8 g/l.

Avaluació

Estadístiques del Departament de Governació (Institut Català de Seguretat Viària), a partir de fonts d'informació policials, que informen sobre els nivells d'alcoholèmia dels conductors de vehicles de motor.

8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà elaborat unes recomanacions per a l'atenció integral de les seqüeles derivades dels accidents de trànsit.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

9. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Governació (Institut Català de Seguretat Viària) haurà elaborat un document d'estudi i propostes per a la prevenció integral dels accidents dels usuaris de bicicletes.

Avaluació

Existència del document d'estudi i propostes.

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut elaborarà un estudi i propostes amb relació a la millora de l'efectivitat de l'atenció urgent a l'accidentat.

Avaluació

Existència del document d'estudi i propostes, i inici de la seva aplicació.

Accidentalitat infantil

Intervencions i accions prioritàries

Els accidents són la primera causa de mortalitat en els nens d'entre 1 i 14 anys a Catalunya, tal i com passa a la resta de països del nostre entorn socioeconòmic. L'any 1994, els accidents van representar la tercera causa de mortalitat en els menors d'un any¹.

De l'anàlisi de les causes de mortalitat per accidents en els menors de 15 anys es desprèn que els accidents de trànsit ocupen el primer lloc, els ofegaments i submersions el segon i la inhalació i ingestió d'aliments que causa obstrucció de les vies respiratòries el tercer.

Pel que fa a l'evolució de les taxes de mortalitat per accidents i en aquest grup d'edat, s'observa una lleugera disminució (8,4 per 100.000 l'any 1983 a 7,1 per 100.000 l'any 1994), amb oscil·lacions puntuals. Quant a la distribució de les causes, es fa més evident el predomini dels accidents de trànsit com a generadors de defuncions.

Respecte a l'hospitalització, l'any 1995, les lesions accidentals van suposar un total de 7.367 altes en menors de 15 anys, que representen un 10,9% de les altes hospitalàries en aquest grup d'edat. La taxa d'hospitalització per 1.000 habitants l'any 1995 va ser de 7,9 en els menors d'un any, de 8,9 en el grup d'edat d'1 a 4 anys, i de 6,2 en el grup d'edat de 5 a 14 anys. Per tant, una de les intervencions que s'ha d'impulsar és avançar en les estratègies d'atenció a les seqüeles derivades de les lesions produïdes pels accidents.

En les altes que notifiquen la causa d'accident segons el codi E de la CIM (70,9% de les altes) s'observen com a més freqüents les caigudes accidentals (33,5%), els accidents de trànsit (7,5%) i l'emmetzinament accidental (5,0%). Els accidents de bicicleta suposen el 4,6% d'altes per lesió accidental en els menors de 15 anys.

Un aspecte important d'aquest problema de salut és la conducta observada respecte a les normes i elements de seguretat. Cal remarcar que segons un estudi

Els accidents són la primera causa de mortalitat en els nens d'entre 1 i 14 anys.

La utilització d'elements de seguretat és un aspecte important per a la prevenció d'accidents entre els nens i adolescents.

recent¹¹, només el 10,3% dels nens utilitzen el casc protector. Segons la mateixa font, un 30,8% dels nens menors de 3 anys viatgen, dins l'automòbil, en condicions no segures. Així mateix, es posa de manifest que la utilització d'elements de seguretat a les llars catalanes (baranes protectores de caigudes del llit, elements de seguretat per a finestres, armaris i calaixos, farmacioles de seguretat, etc.) és baixa. Concretament, les accions que es proposen desenvolupar durant el proper trienni són la sensibilització i la formació dels professionals de l'àmbit de l'atenció infantil en relació amb la prevenció d'accidents.

Tanmateix, la prevalença de lesions accidentals en els menors és molt més alta, atès que la majoria no requereix atenció sanitària especialitzada. Segons les dades de l'ESCA⁴ el 17,2% dels nens i l'11,9% de les nenes han patit un accident en el darrer any, que ha requerit assistència sanitària. Pel que fa als tipus d'accidents, els més freqüents són les caigudes i els cops i, en segon lloc, els accidents de trànsit. En els nens més grans i adolescents s'observa una proporció important de lesions derivades de la pràctica de l'esport i altres activitats de lleure. Caldrà, doncs, durant el període de vigència d'aquest Pla, iniciar la planificació d'intervencions dirigides a la prevenció d'accidents relacionats amb la pràctica de l'esport i altres activitats de lleure.

Pel que fa a la millora de les fonts d'informació, especialment del sistema de notificació de les causes E, tant del registre de mortalitat com del CMBDAH, per aquest trienni es proposa posar en marxa un instrument d'informació sobre hàbits i pràctiques de la població general.

Es proposen les intervencions i accions prioritàries següents, a desenvolupar durant el període 1996-1998:

- Promoció d'hàbits saludables en relació amb la seguretat i la prevenció dels accidents: informació i educació sanitària adreçades a la població general. Especialment s'ha de potenciar l'educació en seguretat i prevenció d'accidents adreçada als nens i adolescents, mitjançant les actuacions del Programa d'educació per a la salut a l'escola del Departament d'Ensenyament.
- Increment de les activitats de prevenció, especialment el consell educatiu, en l'àmbit de l'atenció pediàtrica.

Objectius operacionals

11. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% dels pediatres d'atenció primària faran consell per a la prevenció d'accidents segons les recomanacions dels Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica.

Avaluació

Nombre de pediatres que han fet consell preventiu sobre accidents, a partir de l'enquesta de la Direcció General de Salut Pública sobre activitats del Programa de seguiment del nen sa.

12. 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

Estadístiques d'activitat dels equips de salut escolar, recollides mitjançant el Programa de salut escolar de la Direcció General de Salut Pública.

Maltractaments infantils

Intervencions i accions prioritàries

Segons un estudi sobre els maltractaments infantils a Catalunya¹², efectuat per la Direcció General d'Atenció a la Infància, adscrita actualment al Departament de Justícia, l'any 1988 es van detectar a diferents àmbits com són serveis socials d'atenció primària, hospitals, pediatres, escoles i la Direcció General d'Atenció a la Infància, entre d'altres, 5.989 casos de maltractaments infantils. L'estudi posa de manifest que els tipus de maltractaments més freqüents en els casos observats són la negligència (78,5%), els psicològics (43,6%) i els físics (27%), i que es presenten aïllats o associats. Entre els principals factors relacionats amb l'aparició de maltractaments cal destacar la desestructuració familiar (20,3%), l'alcoholisme (17,8%) i la drogoaddicció (7,6%).

D'acord amb la informació facilitada per la Direcció General d'Atenció a la Infància, l'any 1995 uns 9.200 nens i nenes van ser atesos i/o protegits per aquesta institució.

Tanmateix, no es coneix amb exactitud la magnitud del problema dels maltractaments infantils al nostre entorn, ja que les fonts d'informació disponibles es basen en casos declarats, i la dificultat amb què es troben els professionals dels diferents àmbits per a la seva detecció, atenció i circuits d'actuació per a l'abordatge d'aquest problema.

En aquest sentit, la infradetecció, per part d'un gran nombre de professionals sanitaris, d'aquells signes d'alarma que impliquen la sospita d'un possible maltractament, fa que sovint els casos es diagnostiquin com a accidents domèstics o com a una altra patologia no derivada d'un maltractament. En altres ocasions, malgrat que es produeixi una sospita de cas per part del professional, l'absència d'una pauta a seguir en l'anamnesi i l'anàlisi de la situació que l'ha originat, fa que la sospita no progressi i es perdi el cas.

La Convenció de les Nacions Unides sobre el Drets de l'Infant de 20 de novembre de 1989, ratificada l'any 1990, estableix que els Estats membres han d'adoptar totes les mesures apropiades per tal que l'infant sigui protegit contra qualsevol forma de maltractament (físic, psíquic, negligència, explotació i abús sexual). Les mesures de protecció comprenen el desenvolupament de programes socials que proporcionin l'atenció, la prevenció, la identificació, la notificació i la remissió a institucions, entre d'altres¹³.

Els tipus de maltractaments infantils més freqüents són la negligència, els psicològics i els físics. Entre els principals factors cal destacar la desestructuració familiar, l'alcoholisme i la drogoaddicció.

Un principi bàsic dels drets de l'infant i l'adolescent és la seva protecció davant de qualsevol forma de maltractament.

D'acord amb la normativa elaborada per la Generalitat de Catalunya en matèria d'atenció i protecció dels infants i els adolescents¹⁴, un principi bàsic relatiu als drets de l'infant i l'adolescent és la seva protecció davant de qualsevol forma de maltractament. També estableix que els infants i els adolescents que pateixen maltractaments físics o psíquics han de rebre protecció especial de caràcter sanitari, assistencial i cautelar urgent amb coresponsabilització de les administracions públiques implicades. Així mateix, la mateixa normativa preveu, expressament, l'obligació dels professionals sanitaris que en tinguin coneixement, d'informar l'autoritat competent en qualsevol cas de sospita o diagnòstic de maltractament.

Entre les propostes d'actuació prioritàries que estableix la normativa vigent^{14,15,16,17} mereix especial atenció la necessitat de sensibilitzar i formar els professionals implicats i, en concret, els metges d'atenció primària per observar i detectar els maltractaments infantils; l'establiment de circuits, canals de consulta i de denúncia de sospita que garanteixin l'anonimat del denunciador; la col·laboració amb la xarxa sanitària en la detecció de situacions de risc en els primers anys de vida i el foment de les actuacions interdisciplinàries i interinstitucionals per fer front a aquesta problemàtica.

Els professionals de la salut tenen un paper primordial en la detecció de casos de maltractaments infantils.

En aquest sentit, cal fer referència a la iniciativa per desenvolupar el projecte sobre l'abordatge i la prevenció dels maltractaments infantils, elaborat conjuntament per l'Institut Català de la Salut, l'Associació Catalana per a la Infància Maltractada i la Direcció General d'Atenció a la Infància, que compta amb el suport del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Aquest projecte té com a finalitat informar i sensibilitzar els professionals sanitaris mitjançant una guia que inclourà els elements diagnòstics, els recursos socials de protecció, la normativa i els circuits d'actuació interdisciplinàries i interinstitucionals per a l'atenció d'aquest problema. També donarà un paper primordial, en la detecció o sospita de casos de maltractaments infantils, als professionals de la salut, especialment als pediatres i a les infermeres pediàtriques. Així mateix, destaca la importància de la implicació i coresponsabilització davant el problema per part de les direccions dels centres sanitaris en la notificació dels maltractaments per tal d'alleugerir el pes de la responsabilitat del professional i compartir-la.

Per tant, es proposen les intervencions i accions prioritàries següents, a desenvolupar durant el període 1996-1998:

- Detecció, tractament i derivació de casos.
- Detecció precoç de situacions de risc de maltractament infantil.
- Desenvolupament d'un sistema d'informació integrat que permeti conèixer la freqüència de maltractaments a Catalunya.
- Impuls de mecanismes de coordinació intersectorial.
- Sensibilització i formació dels professionals.

Objectius operacionals

13. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es difondrà i s'impulsarà l'aplicació, als centres sanitaris, d'una guia per a la detecció, el tractament i la derivació adequada dels maltractaments infantils.

Avaluació

Percentatge de centres (d'atenció primària, hospitalaris i serveis d'urgències) que disposen de la guia, elaborada per l'Institut Català de la Salut, l'Associació Catalana per a la Infància Maltractada i la Direcció General d'Atenció a la Infància, amb el suport del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Activitats de difusió efectuades.

14. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, la Direcció General d'Atenció a la Infància del Departament de Justícia, desenvoluparà un sistema d'informació integrat que permeti conèixer la freqüència de maltractaments infantils a Catalunya.

Avaluació

Existència del sistema d'informació.

15. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'augmentarà progressivament la detecció i la declaració de casos de maltractaments infantils als centres d'atenció primària, serveis d'urgències i centres hospitalaris.

Avaluació

Evolució del nombre de casos de maltractaments infantils declarats en els nivells d'atenció esmentats i declarats a la Direcció General d'Atenció a la Infància del Departament de Justícia.

Accidentalitat de la gent gran

Intervencions i accions prioritàries

En la prevalença i gravetat dels accidents, s'observa una clara disminució a partir dels grups de població d'edat mitjana (majors de 35 anys), que s'incrementa a partir dels grups majors de 64 anys. Aquest patró epidemiològic, similar al dels països del nostre entorn, fa que la prevenció dels accidents de la gent gran es consideri una prioritat de salut a les societats desenvolupades. Aquest problema s'accentua a causa del creixent pes, relatiu i absolut, d'aquest segment de la població.

L'augment de l'accidentalitat entre la gent gran és degut, fonamentalment, a causes derivades de l'estat orgànic, funcional i mental dels propis afectats, amb la contribució destacada dels factors ambientals (habitatges inadequats, inadaptació d'espais públics, dèficits en seguretat viària, etc.).

L'augment de l'accidentalitat en els majors de 64 anys respecte als altres grups d'edat és degut a problemes derivats de l'estat orgànic, funcional i mental, però també a factors ambientals.

Els accidents de trànsit entre els majors de 64 anys són de freqüència relativament elevada i taxes de letalitat molt altes.

Entre les persones majors de 64 anys, els accidents que requereixen assistència sanitària són gairebé tres vegades més freqüents en les dones que en els homes.

Els accidents entre els majors de 64 anys són, principalment, de dos tipus: accidents de trànsit (sobretot com a vianants) i caigudes. Els primers són de freqüència discretament elevada, amb taxes de letalitat molt altes, mentre que les caigudes són molt més freqüents però presenten una gravetat diversa.

La taxa de mortalitat per causes externes a Catalunya l'any 1994¹ entre els individus de 65 a 74 anys va ser de 56,3 per 100.000 habitants, i entre els majors de 74 anys de 148,9 per 100.000 habitants (taxa de la població general: 41,5 per 100.000 habitants).

La freqüència més alta de morts per lesió accidental, segons la classificació per causes D, és, en primer lloc, per als accidents de trànsit, seguidament per a les caigudes i, en tercer lloc, per als accidents domèstics diversos: cremades, intoxicacions, etc.

Pel que fa a l'hospitalització, l'any 1994³, les lesions van suposar un total de 4.680 altes en aquests grups d'edat, que representa una taxa d'hospitalització de 10,2 en el grup de 65 a 74 anys i de 18,6 en els majors de 74 anys.

Segons l'ESCA⁴, un 6,8% dels homes majors de 64 anys van patir un o més accidents, que requerien assistència sanitària, durant el darrer any, mentre que en les dones aquest percentatge va ser gairebé triplicat (17,0%). Els tipus d'accidents més freqüents van ser les caigudes al mateix nivell seguides de les caigudes a diferent nivell i els cops. Altres estudis^{18,19} xifren la incidència anual de caigudes al voltant del 30% dels majors de 64 anys.

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

Per tant, les intervencions i accions prioritàries que es plantegen per al període 1996-1998, comprenen la promoció d'hàbits i conductes saludables amb relació a la prevenció dels accidents, el control i l'atenció de l'estat de salut de la gent gran, sobretot pel que fa a les funcions motrius i sensorials, la planificació i l'execució de mesures per augmentar la seguretat de l'entorn (habitatges, vies públiques, transports, centres residencials, etc.), l'elaboració d'instruments per a la planificació i avaluació d'aquest problema de salut, principalment fonts d'informació i línies de recerca, i la millora de l'accessibilitat dels recursos de suport social adreçats a la gent gran amb discapacitats.

Objectiu operacional

16. 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 elaboraran unes recomanacions per a la prevenció i l'atenció de les caigudes accidentals de la gent gran.

Avaluació

Existència del document de recomanacions.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat (1989-1993). Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
4. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
5. Ministerio de Justicia e Interior. Dirección General de Tráfico. Boletín Informativo Accidentes 1994. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
6. Plasència A. Epidemiologia de les lesions per accident de trànsit a Barcelona, 1990-1991 [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 1996.
7. Ferrando J, Plasència A, Borrell C, Orós M, Arribas P. Discapacidades en una cohorte de lesionados por accidente de tráfico (I): incidencia y factores asociados. VI Congreso SESPAS-XIII Reunión Científica SEE. Barcelona, 25-27 de octubre de 1995. Gac Sanit 1995; 50 (Supl): 86.
8. Baker CC, Oppenheimer L, Stephens B. Epidemiology of trauma deaths. Am J Surg 1980; 140: 144-50.
9. Brill JC, Geiderman JM. A rationale for scoop-and-run: Identifying a subset of time-critical patients. Topics Emerg Med 1981; 3: 37-43.
10. Tonks A. New ambulance targets could save 3000 lives a year. BMJ 1995; 311: 281.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Estudi sobre l'accidentabilitat de la població infantil catalana. Barcelona, 1995. (No publicat.)
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància. Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual. Barcelona: Departament de Benestar Social, 1991.
13. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 1990.
14. 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, de 1995.

15. 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. 1542, de 1992.
16. Decret legislatiu 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol, 26/1985, de 27 de desembre, i 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1997, de 1995.
17. Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2237, de 1996.
18. Tinetti M, Speechly M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319: 1701-7.
19. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson S, Brown J, Fitzgerald J. Circumstances and consequences of falls experienced by community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing* 1990; 19: 136-41.

6. Problemes de salut de l'aparell digestiu

Les malalties de l'aparell digestiu són un important problema de salut per l'elevada mortalitat i morbiditat que causen. L'any 1994, les malalties de l'aparell digestiu constitueixen la quarta causa de mort en el conjunt de la població, amb un 5,4% de la mortalitat total i una taxa de 46,4 morts per 100.000 habitants. La mortalitat en aquest grup de malalties es produeix fonamentalment a l'edat adulta i la taxa augmenta gradualment amb l'edat¹.

La distribució de la mortalitat segons el sexe mostra algunes diferències rellevants. Les malalties de l'aparell digestiu són la cinquena causa de mort en els homes, (el quart lloc l'ocupen les causes externes), amb una taxa de 52 morts per 100.000 homes i representen el 5,6% de la mortalitat global. En les dones, ocupen el quart lloc, amb una taxa de 41 morts per 100.000 dones i representen el 5,2%.

Entre les malalties de l'aparell digestiu, la cirrosi és la principal causa de mort dins aquest grup. L'any 1994 la cirrosi i altres malalties cròniques del fetge van causar el 45,9 % de les morts i el 2,5% del total de morts de Catalunya.

Amb relació a la mortalitat per malalties de l'aparell digestiu cal esmentar la mortalitat per càncer d'aquest aparell que no està inclosa en les dades exposades i que és tractada a l'apartat específic sobre càncer. L'any 1994, el tumor maligne d'estómac i el de còlon i recte suposen el 5,2% de la mortalitat total a Catalunya i el tumor maligne de fetge i dels conductes biliars intrahepàtics i el de pàncrees, el 2,4%.

Les malalties de l'aparell digestiu són la primera causa d'ingrés hospitalari tant per als homes com per a les dones (exceptuant les originades per l'embaràs, part i puerperi)², i un dels principals motius de consulta a l'atenció primària de salut³. L'any 1994, les malalties de l'aparell digestiu van representar més del 12% de les altes dels hospitals d'aguts a Catalunya. Els principals motius d'ingrés, dins el grup de malalties de l'aparell digestiu, van ser: l'hèrnia de cavitat abdominal (25,3%), la colelitiasi (12,9%), l'apendicitis aguda (8,1%), la malaltia hepàtica crònica i cirrosi (6%) i les úlceres gàstriques i duodenals (5,4%).

Els casos d'insuficiència hepàtica que han estat sotmesos a trasplantament de fetge han anat augmentant en els darrers anys, especialment a partir de 1989. L'any 1995, el nombre de trasplantaments hepàtics efectuats va ser de 174, que representa una taxa de 28,7 trasplantaments per milió d'habitants⁴.

Segons el registre de malalties de declaració obligatòria, la incidència de les infeccions pels virus de les hepatitis (A, B i altres) ha disminuït en els darrers anys. La taxa d'infecció de l'hepatitis A ha passat de 7,4 per 100.000 habitants l'any 1992 a 2,8 per 100.000 habitants l'any 1995, l'hepatitis B, de 3,3 a 2,3 i les altres hepatitis víriques, de 2,8 a 1,8 en el mateix període.

El registre de malalties de declaració obligatòria també dona informació sobre el nombre de casos notificats d'enteritis i diarrees. Els casos notificats l'any 1995 representen una taxa de 5.790 persones afectades per 100.000 habitants.

Les malalties de l'aparell digestiu constitueixen la quarta causa de mort i la primera d'ingrés hospitalari.

La cirrosi i altres malalties cròniques del fetge són la primera causa de mort dins dels grups de malalties de l'aparell digestiu.

L'Enquesta de salut de Catalunya de l'any 1994 dóna informació sobre la morbiditat percebuda per trastorns crònics, entre els quals es troben algunes malalties de l'aparell digestiu. El 8,7% de la població catalana major de 14 anys declara patir restrenyiment i el 5,6% declara patir úlcera gàstrica o duodenal. Per sexes, el restrenyiment és més freqüent en les dones (13,4%) que en els homes (3,2%), mentre que l'úlcera és a la inversa (4,4% i 7,1% respectivament). La freqüència de les dues patologies augmenta amb l'edat.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica a Catalunya en un 15%.
- 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.

Intervencions i accions prioritàries

Per tal de reduir la morbimortalitat per malalties de l'aparell digestiu es proposen intervencions adreçades a la prevenció i l'atenció d'aquestes patologies i a la disminució dels factors de risc sobre els quals es pot incidir eficaçment.

El diagnòstic i tractament de la infecció per *Helicobacter pylori* és una intervenció efectiva per a la reducció de la patologia ulcerosa gastroduodenal.

Existeix acord en què la infecció per *Helicobacter pylori* és la principal causa de gastritis crònica antral. Aquest agent també és molt important en la patologia ulcerosa gastroduodenal, i és un factor decisiu en la recidiva de l'úlcera. Més del 90% de les úlceres duodenals i el 70% de les úlceres gàstriques estan relacionades amb la infecció per *Helicobacter pylori* i la persistència de la infecció després de la cicatrització està clarament lligada a les recidives de l'úlcera. També està acceptat el paper d'aquest bacteri en l'aparició d'alguns tipus de càncer gàstric, que poden arribar a remetre amb l'eliminació del bacteri. Actualment es disposa de diverses proves per al diagnòstic i la valoració de l'efectivitat del tractament eradicatiu de la infecció per *Helicobacter pylori*⁵.

La infecció pel virus de l'hepatitis B es pot prevenir mitjançant la vacunació antihepatitis B i les mesures per eliminar la transmissió per via sanguínia (cribratge de les donacions de sang i eliminació de l'ús de drogues per via parenteral) i la transmissió per via sexual.

No hi ha vacuna contra la infecció pel virus d'hepatitis C, però es pot actuar en l'àmbit de la prevenció amb el cribratge de les donacions de sang.

En l'actualitat no es disposa d'una vacuna contra la infecció pel virus d'hepatitis C, però es pot actuar en l'àmbit de la prevenció amb el cribratge de les donacions de sang, una de les principals vies de transmissió. Actualment a Catalunya es porta a terme el cribratge en tots els bancs de sang, d'acord amb la normativa vigent⁶.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Amb relació a la cirrosi hepàtica, les mesures eficaces per fer front a aquest problema continuen sent la vacunació antihepatitis B, el cribratge dels virus de l'hepatitis B i C en les donacions de sang, i l'educació sanitària per a la moderació del consum d'alcohol i l'adopció d'hàbits de vida saludables.

Pel que fa al restrenyiment, les mesures per millorar aquest problema estan relacionades amb l'adopció d'hàbits i estils de vida saludables, especialment els de tipus dietètic i l'activitat física.

Quant a la utilització de recursos, la informació disponible a partir dels sistemes d'informació de farmàcia sobre la prescripció de fàrmacs, mostra la importància i la variabilitat existent en la prescripció de fàrmacs antiàcids i antiulcerosos.

Per altra banda, disposem dels resultats d'un estudi sobre la variabilitat de les taxes d'hospitalització per determinats procediments quirúrgics⁷. Aquest estudi mostra que hi ha una gran variabilitat entre àrees geogràfiques en la pràctica d'apendicectomies, reparació d'hèrnia inguinal i colecistectomies, la qual cosa indueix a pensar que sovint s'estan duent a terme procediments no indicats o pràctiques discrecionals i innecessàries que comporten risc i malestar a les persones i un consum de recursos que probablement podria evitar-se. La millora de la informació sobre els procediments en els quals s'observa una gran variabilitat pot ser un primer pas per avançar en l'elaboració de mesures per millorar el procés d'atenció.

En aquesta línia s'ha efectuat una anàlisi de les hospitalitzacions per colecistitis i colelitiasi d'acord amb la classificació per grups relacionats amb el diagnòstic (GRD)* de les dades del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMB-DAH), la qual mostra que, a més de l'alta freqüència d'aquest problema de salut, hi ha una elevada variabilitat en el seu tractament i en el consum de recursos, que s'ha vist incrementada en els darrers anys per l'aparició de noves tècniques quirúrgiques.

L'any 1994 les colecistitis/colelitiasis van suposar 10.763 altes hospitalàries que van generar 97.438 estades. El 36% de les altes corresponen a episodis mèdics i el 64% restant a episodis quirúrgics.

La via d'abordatge de la colescistectomia va ser la laparotomia en el 58,5% dels casos i la laparoscòpia en el 41,5% restant. Els hospitals de referència, els geogràficament aïllats i els comarcals són els que realitzen una major proporció d'intervencions per via laparoscòpica (48,3%, 47,3% i el 41,3% respectivament).

L'estada mitjana global per colecistectomia a Catalunya és de 9,22 dies. S'observa, però, una gran variabilitat segons el tipus d'intervenció (taula 80) i també segons el tipus d'hospital.

L'adopció d'hàbits i estils de vida saludables són mesures importants per a disminuir la mortalitat i la morbiditat per malalties digestives.

La millora de la informació sobre els procediments en els quals s'observa una gran variabilitat pot ser un pas per avançar en l'elaboració de mesures per millorar el procés d'atenció de les malalties de l'aparell digestiu.

* GRD quirúrgics 195, 196, 197, 198, 493, 494; GRD mèdics 207, 208.

Taula 80

Estada mitjana per GRD. Catalunya, 1994

GRD	Descripció	Estada mitjana
195	Colecistectomia a/ECBC a/CC	20,37
196	Colecistectomia a/ECBC s/CC	20,87
197	Colecistectomia oberta s/ECBC a/CC	17,29
198	Colecistectomia oberta s/ECBC s/CC	8,95
493	Colecistectomia laparoscòpica s/ECBC a/CC	12,73
494	Colecistectomia laparoscòpica s/ECBC s/CC	5,59

a/: amb.

s/: sense.

ECBC: exploració del conducte biliar comú.

CC: complicacions i/o comorbiditats.

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

Així, en el cas del GRD 198, que és el més freqüent dels GRD de colecistectomia, es detecta una important variabilitat d'estada mitjana entre diferents tipus d'hospital, fins i tot entre centres similars; i són els hospitals geogràficament aïllats, els de referència i els universitaris els que presenten un major percentatge de casos amb estada extraordinàriament llarga (més de 20 dies).

La colecistitis i la colelitiasi suposen una gran càrrega assistencial per la seva freqüència però també per la reiteració d'hospitalitzacions que es produeixen al llarg del procés. L'any 1994, en el 13,8% d'episodis mèdics de colecistitis es registra posteriorment una hospitalització per a la realització de colecistectomia en el mateix hospital i any. L'interval mitjà entre l'episodi mèdic i el quirúrgic és de 51,5 dies. Així mateix s'observa variabilitat en el nombre de readmissions segons la tècnica utilitzada per la colecistectomia: la colecistectomia oberta va tenir un 7,7% de readmissions abans de 31 dies i la laparotomia un 4,6%.

Ateses les característiques que presenten la colecistitis i la colelitiasi en el nostre país, tant pel que fa a l'elevada prevalença com a la variabilitat observada en el seu maneig clínic, el Servei Català de la Salut va considerar necessari treballar amb els professionals per tal d'avançar en el coneixement i la millora de la qualitat del procés d'atenció. Amb aquest objectiu es va constituir un grup de treball amb professionals que atenen aquesta patologia per tal de realitzar una sessió de consens. A partir de la informació elaborada sobre la base del CMBDAH, l'estat del coneixement de l'evidència científica i l'opinió dels professionals, es van tractar els principals aspectes del maneig clínic (indicació quirúrgica, tècnica d'abordatge, temporalitat de la intervenció, cirurgia ambulatoria, profilaxi antibiòtica, estada hospitalària, etc.).

El resultat del procés de consens ha posat de manifest la diversitat d'opinions sobre els criteris i procediments més adequats per a l'abordatge de la colecistitis i la colelitiasi. Per tant, es considera necessari continuar treballant amb els professionals, i

La colecistitis i la colelitiasi són problemes de salut d'elevada prevalença que presenten una gran variabilitat en el seu maneig clínic.

desenvolupar i implantar indicadors sobre el procés d'atenció, especialment pel que fa a la temporalitat de la intervenció (temps entre l'episodi de colecistitis o colelitiasi i la colecistectomia), readmissions, complicacions del tractament i consum de recursos, que permetin conèixer l'evolució i qualitat del procés assistencial.

Les intervencions i accions prioritàries que es van proposar al Pla de salut 1993-1995 continuen sent mesures d'eficàcia provada a seguir desenvolupant durant el proper trienni, a les quals cal afegir la millora del procés d'atenció a aquest grup de malalties.

- Prevenció, detecció i tractament del consum excessiu d'alcohol.
- Vacunació antihepatitis B de la població escolar i de la població de risc.
- Promoció d'hàbits i estils de vida saludables.
- Millora del diagnòstic, el tractament i el control de la patologia digestiva.

A l'apartat sobre els problemes relacionats amb el consum excessiu d'alcohol s'exposen les actuacions dirigides a la prevenció de la cirrosi hepàtica. Als apartats sobre consum d'altres drogues, malalties de transmissió sexual i malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions, es proposen actuacions dirigides a la prevenció de la infecció pel virus de l'hepatitis B.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà impulsat l'elaboració, el consens i la difusió d'unes recomanacions amb relació al diagnòstic, tractament i seguiment de la dispèpsia no ulcerosa, del reflux gastroesofàgic i de l'úlceres gàstrica i la duodenal.

Avaluació

Existència i difusió de les recomanacions.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà impulsat l'elaboració, el consens i la difusió d'unes recomanacions sobre el tractament de l'ulcus pèptic amb una millor relació efectivitat/cost.

Avaluació

Existència i difusió de les recomanacions.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà impulsat la realització d'una recerca avaluativa sobre el maneig clínic de la colecistitis i la colelitiasi.

Avaluació

Existència de la recerca.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
2. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
3. Bolívar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C. Morbiditat atesa en l'atenció primària. Informe del registre ANAC II. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
4. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Gestió de Recursos d'Informació. Registre de trasplantament hepàtic 1995. Barcelona, 1996. (No publicat.)
5. Casellas F, Vaquero E, Malagelada JR. Estómag. A: Díaz-Rubio M. Aparato Digestivo. Madrid: Sanidad y Ediciones, 1995; 25-38.
6. Ordre de 15 de març de 1990, per la qual es declara obligatòria la prova de la detecció d'anticossos del virus de l'hepatitis C en totes les donacions de sang i productes sanguinis que es realitzin a Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1275, de 1990.
7. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Anàlisi de la variabilitat en àrees petites. Aplicació a l'estudi de les altes hospitalàries per set procediments quirúrgics a Catalunya. Barcelona, 1994. (No publicat.)

7. Consum excessiu d'alcohol

El consum excessiu de begudes alcohòliques i la dependència de l'alcohol són la causa d'un increment de la morbiditat i la mortalitat relacionades amb diferents patologies orgàniques i psiquiàtriques. Entre les malalties orgàniques causades per l'alcohol es troben diverses malalties hepàtiques, neurològiques, digestives i hematològiques, a més de miocardiopaties i miopaties, atròfia testicular i hipertensió arterial. El consum de begudes alcohòliques durant l'embaràs és la causa de la síndrome alcohòlica fetal, que ocasiona un baix pes en néixer, anomalies craniofacials i un desenvolupament psicomotor per sota de la normalitat. A més, una proporció important dels accidents de trànsit i laborals estan associats amb el consum de begudes alcohòliques. El consum excessiu d'alcohol s'associa també a diferents formes d'inadaptació social i marginació, absentisme laboral, desajustaments familiars i maltractaments.

La mortalitat atribuïble al consum excessiu d'alcohol està formada per patologies (lesions per accidents, cirrosi hepàtica, tumors de l'aparell digestiu, afeccions cardiovasculars) amb un pes etiològic de l'alcohol molt divers. Això comporta que la mortalitat per consum d'alcohol, amb els instruments i coneixements disponibles actualment, sigui difícil de mesurar. Tanmateix, un estudi sobre la mortalitat relacionada amb el consum d'alcohol a Espanya durant la dècada dels anys 80¹, atribueix a aquest factor un 6,3% de la mortalitat, amb un clar predomini (2:1) dels homes sobre les dones. També s'observa un augment de la mortalitat prematura que es tradueix en un augment dels anys potencials de vida perduts, degut sobretot a la influència dels accidents de trànsit.

Per tots aquests motius, als quals s'hauria d'afegir la síndrome de dependència de l'alcohol, el consum excessiu de begudes alcohòliques ocasiona una elevada demanda assistencial, tant en els serveis d'atenció primària de salut com en altres dispositius sanitaris i socials.

Els *Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut (I)²* (CCM) han establert com a consum de risc aquell que supera l'equivalent a 280 g d'alcohol pur/setmana en l'home adult sa i 168 g en la dona sana no gestant. Diversos estudis^{3,4,5} han posat de manifest prevalences diverses del consum de risc de begudes alcohòliques, tot i que la inexistència d'una metodologia uniforme en la recollida d'informació sobre el consum d'alcohol dificulta la comparació dels resultats obtinguts.

L'Enquesta de salut de Catalunya 1994³ (ESCA) posa de manifest una prevalença del 49,3% de consumidors moderats i de risc, de la població major de 14 anys, a Catalunya. Les diferències segons el gènere són molt remarcables en tots els grups d'edat. Els consumidors excessius d'alcohol s'estimen en un 6,4% en els homes i un 2,2% en les dones, en la població de majors de 14 anys, tenint en compte que l'ESCA considera com a consum de risc el líndar establert en els CCM anteriorment esmentats. Aquestes dades són sensiblement més baixes que les esperades basant-se en anteriors resultats d'enquestes de consum, ja que la infra-declaració de la ingesta d'alcohol és un element àmpliament documentat per ante-

El consum excessiu d'alcohol està associat amb diferents patologies orgàniques i psiquiàtriques, un elevat percentatge d'accidents de trànsit i laborals, diferents formes d'inadaptació social i marginació, desajustaments familiars i maltractaments.

Els CCM estableixen com a consum de risc el superior a 280 g d'alcohol pur per setmana en l'home adult sa i 168 g en la dona sana no gestant.

riors estudis. L'any 1990, una enquesta sobre comportament i actituds de la població catalana en relació amb l'alcohol, el tabac i les altres drogues⁴, va demostrar una prevalença d'un 7,1% de consumidors de més de 75 cc (60 g) d'alcohol pur/dia en la població de 15 a 65 anys i d'un 9,7% entre els joves de 15 a 29 anys. Una enquesta realitzada l'any 1994⁶ per l'Òrgan Tècnic de Drogodependències, en col·laboració amb el Departament d'Ensenyament i la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, i dirigida a estudiants d'ensenyament secundari de 14 a 18 anys, posa de manifest que un 41% dels entrevistats havien pres 5 o més begudes alcohòliques seguides, almenys una vegada durant els 30 dies anteriors a l'entrevista.

En els darrers anys s'observen canvis en els models de consum d'alcohol.

En el nostre entorn, les estimacions disponibles sobre la ingesta excessiva de begudes alcohòliques no mostren canvis remarcables en els darrers anys. Tanmateix, sí que s'observen canvis en els models de consum (disminució del consum de vi enfront de l'augment del consum de cervesa i destil·lats, augment del pes d'ingesta d'alcohol dels joves durant els caps de setmana, incorporació de les dones joves al consum excessiu d'alcohol, etc.).

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

El Pla de salut 1993-1995 establia objectius i intervencions amb relació al consum excessiu d'alcohol, els quals s'articulaven a través de la informació i l'educació sanitària; la potenciació del sistema d'informació sobre el consum de risc d'alcohol; l'impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals; la formació continuada dels professionals; la coordinació dels professionals d'atenció primària de salut amb els equipaments especialitzats i amb els recursos comunitaris implicats; la detecció oportunista a les consultes d'atenció primària de salut i altres, el control i seguiment de la normativa vigent.

La publicació dels criteris comuns mínims per a la prevenció, la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de begudes alcohòliques² ha contribuït de manera important a millorar el treball de l'atenció primària de salut en col·laboració amb els centres especialitzats de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD).

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Per altra banda, malgrat que no es plantegin objectius operacionals per al període 1996-1998, cal seguir intensificant el control de l'oferta i del consum de begudes alcohòliques i continuar garantint l'aplicació de la normativa vigent⁷ en relació amb l'oferta de begudes alcohòliques, especialment en el control de la publicitat i la venda als menors.

Així mateix, la formació continuada dels professionals dels nivells assistencials implicats, pel que fa a la detecció i el consell per a la moderació del consum d'alcohol, i la coordinació entre els diferents nivells i xarxes assistencials, continuen sent actuacions prioritàries a desenvolupar durant el període de vigència d'aquest Pla.

La prevenció del consum excessiu d'alcohol es fonamenta en un conjunt d'accions que han de tenir per objectiu tant la informació com l'educació sanitària adreçada a la població general i, d'una manera especial, a aquells grups que, bé per factors relacionats amb el procés de desenvolupament psicosocial o per altres factors, es troben en una situació de risc especial. En aquest sentit, pel que fa a la promoció d'hàbits saludables i per a aquest període d'aplicació del Pla de salut, es potenciarà l'educació per a la salut en l'àmbit escolar mitjançant el Programa d'educació per a la salut a l'escola, del Departament d'Ensenyament. Concretament, les accions que es proposen desenvolupar són la formació dels professionals docents, l'elaboració de materials educatius per a la seva integració en els projectes curriculars dels centres d'ensenyament i el suport a projectes d'innovació, en matèria d'educació per a la salut, en els centres d'ensenyament. Així mateix, cal considerar necessària la coordinació amb les actuacions que té previstes el Departament de Benestar Social respecte a la prevenció, la detecció i l'atenció social del consum excessiu d'alcohol.

Pel que fa a la detecció oportunista del consum de risc d'alcohol a les consultes dels diferents nivells assistencials, els resultats de l'avaluació de la incorporació d'activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària⁸ mostren que el grau d'enregistrament a la història clínica d'atenció primària (HCAP) del consum d'alcohol en la població adulta atesa l'any 1995, està al voltant del 60%, coincidint amb els nivells fixats pel Pla de salut 1993-1995. Tanmateix, s'observa un baix registre d'aquest consum en relació amb la població adolescent (22,7% en el grup de 15 a 17 anys). D'altra banda, s'observa que aquest hàbit s'enregistra més en les HCAP dels homes i especialment a partir dels 40 anys.

El diagnòstic de consum excessiu d'alcohol, d'acord amb els CCM existents, és present en el 10,3% de les HCAP dels homes, sent d'un 16,3% per als homes de 41 a 65 anys. Aquest diagnòstic pràcticament no s'observa en les HCAP de les dones ni en el grup dels adolescents.

La detecció, tractament i control del consum de risc és una de les intervencions que s'ha de continuar mantenint i ampliar a altres dispositius assistencials, especialment a les consultes d'embaràs, mitjançant l'aplicació del Protocol d'atenció a l'embaràs, del Departament de Sanitat i Seguretat Social, que inclou la detecció d'hàbits tòxics de la mare. Aquesta intervenció es tracta en l'apartat del Pla de salut sobre problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la meno-

La prevenció del consum excessiu d'alcohol es fonamenta en un conjunt d'accions dirigides principalment als grups de població més joves.

pausa. Així mateix, i tenint en compte els resultats de l'avaluació de la incorporació d'activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària, es proposa fer èmfasi en la detecció del consum en els joves.

També caldrà continuar promovent el consell educatiu per a la reducció del consum d'alcohol dels bevedors de risc detectats, principalment en l'atenció primària de salut, així com en les consultes d'embaràs i altres dispositius assistencials. Les actuacions que es proposen per a aquest període d'aplicació del Pla de salut són l'elaboració i difusió d'unes recomanacions per tal de dur a terme el consell educatiu de forma homogènia a tot el territori, així com pel maneig de les patologies associades, basades en el desenvolupament dels criteris comuns mínims existents.

Un dels problemes per a la detecció i la mesura del consum d'alcohol és la variabilitat en els instruments que s'utilitzen, per la qual cosa es considera convenient elaborar una eina consensuada. Així mateix, es proposa avançar en la millora de la disponibilitat dels instruments de planificació i avaluació, mitjançant la definició d'indicadors d'avaluació més vàlids i fiables.

Les intervencions i accions prioritàries per tal de fer front als problemes derivats del consum de risc d'alcohol que es plantegen per al període 1996-1998, requereixen actuacions des de diferents nivells de serveis sanitaris, tant preventives i assistencials com rehabilitadores. Es proposen les següents:

- Informació i educació sanitària 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.
- 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 de risc d'alcohol així com pel maneig de les patologies associades (orgàniques i/o psicosocials), basades en el desenvolupament dels criteris comuns mínims ja publicats.

Avaluació

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

Cal millorar la disponibilitat d'indicadors per a la planificació i l'avaluació de les accions dirigides a reduir el consum de risc.

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 d'entre 15 i 17 anys el percentatge haurà de ser, almenys, del 40%.

Avaluació

Percentatge de població de majors de 17 anys atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha fet l'anamnesi sobre el consum d'alcohol.

Percentatge de població d'entre 15 i 17 anys atesa pels equips d'atenció primària, a la qual s'ha fet l'anamnesi sobre 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, hauran 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.

Referències bibliogràfiques

1. Prada C, del Río MC, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996; 10: 161-8.
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. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Enquesta sobre consum i actituds respecte del tabac, l'alcohol i les altres drogues a Catalunya, 1990. (No publicat.)
5. Borrell C, Pasarín I, Plasència A. Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993. *Estadístiques de Salut* núm. 23. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1995.
6. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta escolar sobre drogas, 1994. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
7. Llei 10/1991, de 10 de maig de 1991 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 1445, de 1991.
8. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària. Barcelona, 1996. (No publicat.)

8. Consum de drogues no institucionalitzades

Tot i que el consum i la dependència de les drogues no institucionalitzades afecten una proporció relativament baixa de la població, les seves conseqüències socials i sanitàries tenen una gran importància.

L'any 1994, l'Òrgan Tècnic de Drogodependències va participar en la realització d'una enquesta¹ sobre consum de drogues entre estudiants d'ensenyament secundari de 14 a 18 anys, en col·laboració amb el Departament d'Ensenyament i la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. La taula 81 mostra les prevalències de consum de les diferents drogues estudiades. Aquestes prevalències coincideixen amb les d'altres estudis en una proporció comparativament elevada de consumidors de derivats del cannabis i proporcions menors de consumidors de tranquil·litzants, amfetamines i derivats amfetamínics de síntesi, al·lucinògens i cocaïna.

El consum i la dependència de les drogues no institucionalitzades afecten un percentatge relativament baix de la població, però les seves conseqüències socials i sanitàries tenen un impacte molt important.

Freqüències de consum de drogues en estudiants d'ensenyament secundari, per tipus de droga. Catalunya, 1994

	Alguna vegada (%)	Últims 12 mesos (%)	Últims 30 dies (%)
Cannabis	26,8	23,8	17,1
Tranquil·litzants/pastilles per dormir	6,8	4,5	2,8
Cocaïna	2,4	1,4	0,8
Heroïna	0,3	0,2	0,2
Amfetamines/speed	5,0	4,1	2,7
Èxtasi/drogues de síntesi	4,4	4,1	2,6
Al·lucinògens	6,3	5,6	3,2
Inhalants	3,2	2,1	1,1

Taula 81

Font: Encuesta escolar sobre drogas, 1994. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Justicia e Interior.

Tot i presentar una prevalença relativament baixa, el consum d'heroïna, que a Catalunya continua practicant-se principalment per via parenteral, té un impacte molt important en termes de salut pública i de morbimortalitat de les persones afectades. L'any 1995, 4.744 persones van iniciar un tractament en els centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) per la dependència de l'heroïna. Així mateix, l'any 1994 es van enregistrar un total de 270 morts per reacció adversa al consum d'opiacis. A més, el consum de drogues per via parenteral continua sent la principal via de transmissió de la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i d'adquisició d'altres malalties infeccioses com les hepatitis víriques.

El consum de drogues per via parenteral continua sent la principal via de transmissió de la infecció pel VIH i d'adquisició d'altres malalties infeccioses.

Diverses dades semblen indicar una estabilització de la prevalença del consum d'heroïna, si més no per via parenteral. Així, s'està observant, de forma consistent, un envelliment de la població d'usuaris d'heroïna, tant atenent els qui inicien un

tractament, com si s'estudien els casos atesos als serveis d'urgències o les defuncions per reacció adversa.

A Catalunya la proporció d'usuaris d'heroïna que s'injecten sembla més alta que a altres comunitats autònomes (el 68,3% dels usuaris que van iniciar un tractament per la dependència de l'heroïna, a la XAD l'any 1995, s'administraven aquesta substància per via parenteral). L'ús de la via parenteral mostra una tendència a disminuir progressivament².

D'altra banda, la incorporació de noves formes de consum de drogues, com l'administració d'heroïna per via inhalatòria o l'ús de derivats amfetamínicos de síntesi, planteja la necessitat de desenvolupar noves estratègies preventives.

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 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

El Pla de salut 1993-1995 establia objectius i intervencions amb relació al consum de drogues, les quals s'articulaven a través de la informació i l'educació sanitària; la col·laboració amb els programes orientats a facilitar material estèril d'injecció i preservatius als grups de risc elevat i distribució d'informació gràfica sobre tècniques correctes de venopunció; la potenciació del sistema d'informació sobre el consum de drogues; l'impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals; la formació continuada dels professionals; la coordinació dels professionals d'atenció primària de salut amb els equipaments especialitzats i amb els recursos comunitaris implicats, i la detecció oportunista a les consultes d'atenció primària de salut i altres.

La publicació dels criteris comuns mínims³ per a la prevenció, la detecció, el control i el seguiment de les drogodependències, ha contribuït de manera important a millorar el treball de l'atenció primària de salut en col·laboració amb els centres especialitzats de la XAD.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Els programes d'intercanvi de xeringues han tingut un notable impuls durant aquest període, atès que un cop finalitzat s'havien distribuït un total de 754.831 xeringues estèrils en 275 punts de distribució integrats per oficines de farmàcia, centres d'atenció primària de salut i equips d'educadors de carrer.

S'han incrementat els programes d'intercanvi de xeringues durant aquest període.

La formació continuada sobre la detecció i el registre de drogodependents dels professionals dels nivells assistencials implicats i la coordinació entre els diferents nivells i xarxes assistencials continuen sent actuacions prioritàries a desenvolupar durant el període de vigència d'aquest Pla. En aquest sentit, s'ha de millorar la coordinació entre la XAD i la Direcció General de Serveis Penitenciaris, per tal de garantir la continuïtat assistencial dels usuaris de drogues inclosos en programes de manteniment amb metadona.

Pel que fa a la promoció d'hàbits saludables i per a aquest període d'aplicació del Pla de salut, es potenciarà l'educació per a la salut específicament dirigida als nens, adolescents i joves, sobretot a través del Programa d'educació per a la salut a l'escola, del Departament d'Ensenyament. Concretament, les accions que es proposen desenvolupar són la formació dels professionals docents i el suport a projectes d'innovació, en matèria d'educació per a la salut, en els centres d'ensenyament.

Així mateix, cal considerar necessària la coordinació amb les actuacions que té previstes el Departament de Benestar Social respecte a la prevenció, la detecció i l'atenció social del consum de drogues.

S'ha d'impulsar la detecció precoç, mitjançant l'anamnesi i potenciant els registres sistemàtics, de consumidors de drogues, i el consell educatiu per a la disminució de riscos associats, fent èmfasi en els UDVP, a les consultes dels diferents nivells assistencials, especialment a l'atenció primària de salut, consultes d'embaràs a través de l'aplicació del protocol que inclou la detecció d'hàbits tòxics de la mare (aquesta intervenció es tracta en l'apartat del Pla de salut sobre problemes de salut relacionats amb la maternitat, la infància i la menopausa), centres de salut mental, serveis mèdics d'empresa i urgències. La intervenció també inclou la promoció del consell per a l'abstinència.

Cal impulsar la detecció precoç, el consell educatiu i l'extensió de programes orientats a la disminució dels riscos associats amb el consum de drogues.

Les actuacions que es proposen per a aquest període d'aplicació del Pla de salut són l'elaboració i difusió d'unes recomanacions per tal de dur a terme el consell educatiu per a l'abstinència i la prevenció dels riscos associats amb l'ús de drogues, basades en el desenvolupament dels criteris comuns mínims existents.

Així mateix, es proposa l'extensió de programes orientats a la disminució dels riscos associats amb el consum de drogues, especialment per via parenteral.

D'altra banda, també són accions prioritàries per a aquest període d'aplicació del Pla de salut el tractament de la drogoaddicció i de les patologies associades. La inclusió en programes de manteniment amb metadona serà prioritària per als UDVP amb patologies associades i les dones gestants.

Un problema important és la disponibilitat i qualitat de la informació generada pels processos d'atenció als drogodependents. Malgrat que no es plantegin objectius operacionals per al període 1996-1998, cal millorar i adequar el registre d'inicis de

tractament del sistema d'informació sobre drogodependències (incorporació de noves variables sobre factors de risc, revisió de les classificacions de nivell d'instrucció i situació laboral, etc.), millorar la disseminació de les dades obtingudes i potenciar programes de recerca en l'àmbit de les drogodependències.

Per tant, es proposen les intervencions i accions prioritàries següents, a desenvolupar durant el període 1996-1998:

- Informació i educació sanitària 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.
- Extensió de programes orientats a la disminució dels riscos associats amb el consum de drogues, especialment per via parenteral.
- Tractament de la drogoaddicció i de les patologies associades.
- Millora i adequació del registre d'inicis de tractament del sistema d'informació sobre drogodependències.

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 en 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.

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 en un 10% 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 opiacis.

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, hauran d'aug-

* Aquest objectiu és comú amb l'objectiu corresponent de l'apartat sobre la infecció pel VIH i sida.

mentar la cobertura dels programes orientats a la facilitació d'agulles i xeringues estèrils als usuaris de drogues per via parenteral, de manera que almenys un 80% dels municipis amb més de 20.000 habitants disposin d'algun punt d'intercanvi de xeringues*.

Avaluació

Evolució del nombre de punts d'intercanvi de xeringues i la seva distribució en el territori.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal realitzar cribatges de les malalties següents en més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral que iniciïn tractament en els centres de la xarxa d'atenció a les drogodependències: malalties de transmissió sexual, infecció pel VIH, infecció i malaltia tuberculosa, així com incloure'ls en un programa de vacunació contra l'hepatitis B**.

Avaluació

Percentatge d'històries clíniques d'usuaris de drogues per via parenteral tractats durant tres mesos o més a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències on consti la sol·licitud de cribatge de les malalties considerades.

Percentatge d'històries clíniques d'usuaris de drogues per via parenteral tractats durant tres mesos o més a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències on consti la indicació de la vacuna 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, control i seguiment dels consumidors de drogues no institucionalitzades, que haurà 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 i difusió de les recomanacions a l'atenció primària de salut, consultes d'embaràs i altres dispositius assistencials.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà de tenir informació sobre el consum de drogues no institucionalitzades (opiacis, 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

Evolució del percentatge d'històries de la població de 15 a 40 anys atesa pels equips d'atenció primària, que han enregistrat el consum de drogues no institucionalitzades.

* Aquest objectiu es comú amb l'objectiu corresponent de l'apartat sobre la infecció pel VIH i sida.

** Aquest objectiu és parcialment comú amb els objectius corresponents dels apartats sobre tuberculosi i infecció pel VIH i sida.

Referències bibliogràfiques

1. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta escolar sobre drogas, 1994. Madrid: Ministerio de Justicia e Interior, 1995.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
3. 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.

9. Infecció pel VIH i sida

La incidència anual de sida a Catalunya ha augmentat progressivament fins arribar a 22,6 casos per 100.000 habitants, l'any 1994. El nombre acumulat de casos notificats de sida fins al 31 de desembre de 1995 ha estat de 8.287 persones residents a Catalunya, la qual cosa representa una taxa acumulada de 136,5 per 100.000 habitants. Gairebé el 70% de casos tenen una edat compresa entre 25 i 39 anys en el moment del diagnòstic de la malaltia. La raó home/dona és de 4,6. El grup de transmissió més nombrós és el d'usuaris de drogues per via parenteral (UDVP) que representa el 57,4% del total de casos acumulats. Pel que fa a la transmissió homosexual, el percentatge ha disminuït lleugerament de forma progressiva; l'any 1995 ha representat el 22% dels casos. El grup de transmissió heterosexual ha augmentat; ha passat del 4% l'any 1987, al 17% l'any 1995. S'han registrat 150 casos de sida en menors de 13 anys que representen el 2% de tots els casos de sida notificats; el 90% d'aquests casos són infants infectats pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) per transmissió vertical. Durant el període 1994-1995 la tuberculosi, ja sigui pulmonar o extrapulmonar, ha estat la malaltia indicativa diagnosticada amb més freqüència (33,7%). De tots els casos notificats s'han registrat 4.971 (60%) defuncions. La sida és ja la primera causa de mort en el grup d'edat d'entre 20 i 39 anys¹.

La incidència anual de sida ha augmentat progressivament.

Pel que fa a la infecció pel VIH, i atès que no és tècnicament ni èticament possible analitzar tota la població de forma continuada, la vigilància epidemiològica es realitza mitjançant l'estudi i la monitorització de poblacions sentinella. Dades procedents d'aquests estudis indiquen que la prevalença global d'anticossos anti-VIH en la població general hospitalària de Catalunya era de l'1,6% els anys 1994-1995. En els nadons, la infecció dels quals 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 0,32%².

La sida és la primera causa de mort en les persones d'entre 20 i 39 anys.

La taxa d'incidència anual de sida a l'Estat espanyol supera els 15 casos nous per 100.000 habitants des de l'any 1994. Les comunitats autònomes més afectades, amb taxes superiors a 20 casos nous per 100.000, són Madrid, Balears, País Basc i Catalunya. Les característiques epidemiològiques dels casos notificats a nivell de Catalunya no difereixen de les descrites per als casos declarats a la resta de l'Estat³.

Amb relació als altres països europeus, Espanya presenta la taxa d'incidència anual més alta des de 1990. La incidència de la sida sembla haver-se estabilitzat en els darrers dos o tres anys en la majoria dels països del nord d'Europa, principalment com a conseqüència de l'estabilització del nombre de casos nous en el grup de transmissió homosexual que és, proporcionalment, el més gran en aquesta àrea. En canvi, en els països del sud d'Europa (Itàlia, Portugal i Espanya) on la incidència és particularment alta i està majoritàriament relacionada amb l'ús de drogues per via parenteral, l'epidèmia de la sida no s'ha estabilitzat⁴.

Al sud d'Europa l'epidèmia VIH/sida està majoritàriament associada a l'ús de drogues per via parenteral.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la incidència de la infecció pel VIH per totes les vies de transmissió.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la prevalença de la infecció pel VIH en tots els grups de transmissió, com a resultat de la disminució de la incidència, almenys un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir, almenys un 50%, el nombre de nens infectats pel VIH per transmissió vertical (1/3.000 nadons).
- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH i augmentar les intervencions i estratègies preventives adreçades a evitar o disminuir-ne el dany.
- 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

La reducció de la taxa d'infecció pel VIH i la millora del procés d'atenció són les accions prioritàries.

Les intervencions i accions prioritàries s'han de dirigir, d'una banda, a reduir la taxa d'infecció pel VIH mitjançant la promoció d'accions per aconseguir la disminució de la freqüència de les pràctiques de risc, i de l'altra, a millorar aspectes del procés d'atenció com la realització correcta del diagnòstic precoç de la infecció pel VIH i el seguiment i el control dels infectats i malalts, tant des del vessant clínic com pel que fa a l'atenció socio sanitària.

L'estratègia de prevenció ha de basar-se en l'aprenentatge social mitjançant el qual els individus i la societat es poden adaptar a viure i conviure amb el VIH i la sida. Només aquesta estratègia, en contraposició a la de detecció, localització i control de les persones infectades pel VIH preveu principis d'eficàcia i respecte dels drets humans⁵.

La promoció de solidaritat de les persones no infectades amb les infectades i la creació d'un clima de confiança i tolerància són imprescindibles per tal que els esforços de prevenció prosperin.

Cal afavorir i aconseguir canvis conductuals en les persones amb pràctiques de risc per a la infecció pel VIH.

D'acord amb el patró de transmissió del VIH en el nostre medi, cal afavorir i aconseguir canvis en la conducta sexual i en els hàbits tòxics d'aquelles persones amb pràctiques de risc per a la infecció pel VIH. La utilització d'instruments estèrils en la injecció de drogues, l'abstenció de pràctiques sexuals associades al risc de transmissió del VIH, la utilització de barreres protectores com el preservatiu masculí o femení, i el diagnòstic i tractament precoç d'altres malalties de transmissió sexual són mesures d'eficàcia científicament demostrada.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

La informació i educació sanitària ha d'incloure les mesures preventives recomanades per a cadascuna de les vies de transmissió del VIH.

Amb referència als comportaments sexuals, el consell ha d'abastar des de l'abstinència sexual i la relació sexual basada en la confiança mútua amb una sola parella no infectada, fins les formes de pràctiques sexuals més segures, incloent la utilització correcta i consistent del preservatiu.

Pel que fa als comportaments associats a l'ús de drogues per via parenteral, si bé tractar la drogodependència i deixar la droga és el comportament més segur, també és cert que la seva adopció no és senzilla. Es recomanen, doncs, estratègies de reducció del risc com ara disminuir l'ús compartit de material d'injecció, afavorint l'accés a material d'injecció estèril, o modificar la via de consum de les drogues i iniciar tractament substitutiu oral amb metadona.

Quant a la prevenció de la transmissió maternoinfantil del VIH, es recomana oferir a totes les dones que volen tenir un fill o que ja estan embarassades, assessorament i consell sobre la infecció pel VIH incloent l'oferta de la prova de detecció d'anticossos anti-VIH i, en les dones infectades, assessorament sobre les possibilitats d'acollir-se a la legislació vigent en matèria d'interrupció voluntària de la gestació, la valoració de l'administració de fàrmacs que redueixen el risc de transmissió vertical del VIH i l'abstenció de la lactància materna.

Atesa la complexitat de l'assistència clínica, psicològica i social d'aquest problema de salut, el model assistencial en VIH/sida proposa una atenció integral basada en l'adequació i la coordinació dels diversos recursos assistencials d'acord amb la història natural de la infecció. El propòsit és aconseguir que els infectats, els malalts i els afectats rebin l'atenció mèdica i social adequada en les diferents fases de la malaltia.

Cal considerar necessària la coordinació de les actuacions preventives, formatives, de sensibilització i ajuda mútua i assistencials que es potencien des del Departament de Benestar Social.

La formació continuada dels professionals que tenen cura d'aquests malalts és essencial per millorar i actualitzar els seus coneixements i habilitats en el maneig d'aquesta patologia, alhora que els ha de proporcionar els elements necessaris per evitar la síndrome de *burn out*.

El coneixement de les característiques de l'epidèmia, de la seva evolució i de les vies de transmissió del VIH és de gran interès per planificar i avaluar estratègies de prevenció. Cal, doncs, mantenir i incrementar el coneixement sobre la magnitud, la distribució i les característiques de la infecció pel VIH i la sida a Catalunya mitjançant la implementació, l'anàlisi i la divulgació de la informació provinent del registre de casos de sida de Catalunya, dels projectes adreçats a monitoritzar la infecció pel VIH i dels estudis sobre conductes de risc per a l'adquisició del VIH (Sistema integrat de vigilància epidemiològica VIH/sida, SIVES).

Finalment, la promoció de la recerca (bàsica, clínica, terapèutica, epidemiològica, social i conductual) és també important per poder arribar a identificar els trets diferencials de l'epidèmia en cada comunitat. La informació obtinguda s'ha d'utilitzar per

S'ha d'oferir assessorament i consell sobre la infecció pel VIH a les dones que volen tenir fills o ja estan embarassades.

El model assistencial en VIH/sida proposa una atenció integral basada en l'adequació i la coordinació dels diversos recursos assistencials.

Conèixer les característiques de l'epidèmia VIH/sida és important per planificar i avaluar estratègies de prevenció.

adaptar els objectius dels programes de prevenció i assistència, i per identificar i donar resposta als problemes específics de cada situació. Per tant, la recerca en VIH/sida s'ha d'orientar a les necessitats reals creades per l'epidèmia a Catalunya, i els seus resultats, una vegada avaluats, s'han d'integrar a les polítiques sanitàries.

El Pla de salut 1996-1998 proposa les següents intervencions i accions prioritàries:

- Informació i educació sanitària a la població general especialment els joves i adolescents i les dones en edat fèrtil, que incloguin 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 pel VIH 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 pel VIH o que practiquen conductes de risc per a aquesta infecció.
- Detecció precoç (primer trimestre de la gestació) de la infecció pel VIH en gestants, d'acord amb les directrius establertes en el Protocol d'atenció a l'embaràs 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 realització 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.
 - Coordinació adequada entre nivells i recursos assistencials i suport als malalts i familiars.
- Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la sida, i monitorització d'indicadors conductuals.

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, hauran d'augmentar la cobertura dels programes orientats a la facilitació d'agulles i xeringues estèrils als usuaris de drogues per via parenteral, de manera que almenys un 80% dels municipis amb més de 20.000 habitants disposin d'algun punt d'intercanvi de xeringues*.

Avaluació

Evolució del nombre de punts d'intercanvi de xeringues i de la seva distribució en el territori.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut i el Departament de Sanitat i Seguretat Social hauran d'ampliar l'oferta de programes de manteniment amb metadona i altres agonistes opiacis en 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.

3. 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 en un 10% 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 opiacis.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els usuaris de drogues per via parenteral infectats pel VIH que resultin positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculosa i es trobin en programes de manteniment amb metadona, rebran la quimioprofilaxi i la quimioteràpia antituberculosa adient de manera supervisada i lligada a l'administració de metadona**.

Avaluació

Proporció d'usuaris de drogues per via parenteral infectats pel VIH i positius al cribratge de la infecció o malaltia tuberculosa que es troben en programes de manteniment amb metadona i han rebut profilaxi o tractament antituberculos supervisat.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'oferirà a totes les embarassades, durant el primer trimestre de la gestació, la prova de detecció d'anticossos anti-VIH i es recomanarà especialment en aquelles que reconeguin tenir factors de risc per a la infecció pel VIH.

Avaluació

Realització d'estudis específics.

* Aquest objectiu és comú amb l'objectiu corresponent de l'apartat sobre consum de drogues no institucionalitzades.

** Aquest objectiu és parcialment comú amb els objectius corresponents dels apartats sobre consum de drogues no institucionalitzades i sobre tuberculosi.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'analitzarà l'adequació de les sol·licituds de proves de detecció d'anticossos anti-VIH i, en els casos positius, la presència de confirmació diagnòstica.

Avaluació

Realització d'estudis específics.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, i amb participació de professionals sanitaris dels diferents nivells assistencials, s'hauran consensuat els criteris per a l'elaboració del protocol de preparació a l'alta per als malalts VIH/sida que inclogui l'atenció en fase terminal.

Avaluació

Existència dels criteris i valoració de la metodologia emprada en la seva elaboració.

8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, es disposarà d'informació sobre la infecció pel VIH i els indicadors conductuals en les poblacions considerades prioritàries per a les intervencions preventives.

Avaluació

Realització d'estudis específics en poblacions seleccionades.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la sida. Situació fins a 31 de desembre de 1995. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; 17: 11-3, 19-22.
2. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica del VIH/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual. Document tècnic núm. 2. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del sida en España. Situación a 30 de junio de 1996. Boletín Epidemiológico Semanal 1996; 4: 29-32.
4. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. First Quarterly Report. Saint-Maurice, France: WHO-EC Collaborating Centre on AIDS, 1996.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla sanitari de la sida a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.

10. Malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions

Les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions per a les quals s'establien objectius en el Pla de salut 1993-1995 són: la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, l'hepatitis B, la pneumònia pneumocòccica i la grip.

Les vacunacions han contribuït a un important descens de la morbiditat i la mortalitat de la població.

En els darrers 5 anys, no s'ha declarat cap cas de diftèria, de poliomièlitis ni de rubèola congènita. Pel que fa al tètanus, el nombre de casos declarats ha oscil·lat entre 9 i 12 casos anuals, en el període 1991-1995; el 1992 i el 1993 es van produir 3 defuncions per tètanus cada any, mentre que no es va registrar cap defunció per aquesta causa els anys 1991 i 1994.

Taula 82

Incidència anual acumulada* per malalties que es poden prevenir amb vacunacions. Catalunya, 1991-1995

	1991	1992	1993	1994	1995
Tos ferina	12,0	17,1	9,8	6,1	3,5
Xarampió	30,0	59,3	10,6	7,5	30,7
Rubèola	36,0	15,3	18,2	11,3	8,3
Parotiditis	52,5	33,7	20,9	20,2	16,7
Hepatitis B	2,5	3,3	3,7	2,8	2,3
Grip	6.922,0	4.912,6	7.058,6	3.972,1	6.653,0

* Taxes per 100.000 habitants.

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

Continua el descens de la incidència de la tos ferina, la rubèola i la parotiditis, observat en els darrers anys.

Pel que fa al xarampió, l'any 1995 ha estat un any d'activitat epidèmica, en el qual s'ha assolit la mateixa taxa que per a l'any 1991. Aquest augment de la incidència de la malaltia probablement pugui explicar-se per l'augment del col·lectiu de persones susceptibles, format pels que no van rebre la vacuna i que tampoc no han estat exposats al virus a causa de la disminució de la circulació¹.

Amb relació a l'hepatitis B, el nombre de casos declarats augmenta en el període 1991-1993 i disminueix en els dos anys següents.

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 poliomièlitis; 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 reduir la rubèola en les dones en edat fèrtil (15-49 anys).
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de l'HBsAg 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%.

Intervencions i accions prioritàries

Les vacunes sistemàtiques són d'aplicació rutinària a tota la població d'acord amb el calendari de vacunacions establert. A Catalunya el calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social inclou la vacunació contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis i l'hepatitis B.

Per altra banda, hi ha vacunes d'aplicació no sistemàtica, com són l'antigripal, l'antipneumocòccica i l'antihepatitis B, que estan indicades en les persones amb risc de contraure la malaltia².

Les dades disponibles** de l'any 1995 sobre la cobertura de vacunació permeten fer una aproximació a l'assoliment dels objectius operacionals del Pla de salut del període 1993-1995.

Fins als dos anys d'edat, la cobertura és superior al nivell del 93% establert en els objectius operacionals. S'estima que el 98% de la població de menys d'1 any va rebre les tres dosis de la vacuna contra la poliomièlitis i el 97% les tres dosis de la vacuna contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina (DTP), i que el 98% de la població entre 1 i 2 anys ha estat vacunada contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica).

Amb relació a la revacunació contra la diftèria i el tètanus (DT) i la poliomièlitis en la població compresa entre els 4 i els 6 anys, com també amb relació a la vacunació contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica) a la població d'11 anys i la revacunació contra el tètanus a la població compresa entre els 14 i els 16 anys, el nivell de cobertura és inferior al 93% establert en els objectius operacionals. S'estima que el 84% de la població entre 4 i 6 anys del conjunt de Catalunya

El calendari de vacunacions sistemàtiques inclou la vacunació contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis i l'hepatitis B.

Es recomana la vacuna antigripal, l'antipneumocòccica, i l'antihepatitis B als grups de risc.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

** Dades per al conjunt de Catalunya elaborades per la Direcció General de Salut Pública.

ha rebut la vacuna contra la diftèria i el tètanus (DT), el 71% de la població escolar d'11 anys ha estat vacunada contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica) i el 70% de la població escolar entre els 14 i els 16 anys contra el tètanus.

Pel que fa a la vacunació contra l'hepatitis B als 12 anys, el nivell de cobertura pel conjunt de Catalunya és superior al 80% establert en els objectius operacionals. Per al curs 1994-95, s'estima que el 89% de la població de 12 anys ha rebut la vacuna esmentada.

Amb relació a les vacunacions no sistemàtiques, la cobertura de la vacuna antigripal en la població de risc es troba al voltant del 50%. Per a la resta de vacunacions no sistemàtiques, les dades disponibles en l'actualitat fan difícil l'estimació de la cobertura de vacunació en les corresponents poblacions de risc.

L'avaluació dels contractes d'atenció primària de la xarxa reformada³ ha permès conèixer els nivells de cobertura de vacunació assolits en la població atesa. Pel que fa a la vacuna antigripal en la població de 65 anys i més, s'observa que el nivell de cobertura és variable situant-se al voltant del 60% i el 80%. En el cas de la vacuna contra el tètanus en la població adulta, la cobertura és inferior al 50%. Segons l'estudi de l'avaluació de la incorporació de les activitats preventives del Pla de salut 1993-1995⁴ en l'atenció primària, la vacunació contra el tètanus consta en el 24% de les històries clíniques de la població de 15 i més anys atesa pels equips d'atenció primària (EAP). Cal destacar que en el grup de 15 a 19 anys, la vacunació antitetànica consta en el 41% de les històries clíniques.

En els contractes d'atenció hospitalària s'han incorporat objectius sobre informació als professionals sanitaris per a la seva vacunació contra l'hepatitis B, sobre la inclusió de la revisió de l'estat de vacunació contra el tètanus en els protocols prequirúrgics i sobre la vacunació contra la pneumònia pneumocòccica.

Un dels elements essencials per tal de desenvolupar correctament l'estratègia de vacunació és el sistema d'informació, el qual ha de permetre identificar la població susceptible de ser vacunada i avaluar la cobertura de vacunació. Malgrat que s'han dut a terme diferents actuacions en la línia de millorar els sistemes de registre lligats al subministrament i a l'administració de vacunes, es considera que és necessari avançar en el disseny i la implantació d'un sistema d'informació de base poblacional.

Per al Pla de salut 1996-1998, continuen vigents les intervencions proposades en el Pla 1993-1995, basades en la vacunació per a la prevenció de la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, l'hepatitis B, la pneumònia pneumocòccica i la grip.

Si es té en compte l'evolució dels indicadors de salut i dels resultats de l'avaluació del període 1993-1995, cal reforçar l'estratègia oportunista de vacunació (quadre 8) en tots els àmbits assistencials, a l'escola mitjançant el programa de salut escolar i l'entorn laboral, i també en altres àmbits específics on accedeixen determinats col·lectius de risc, per tal d'incrementar la cobertura de vacunació en aquells grups de població on s'han observat uns nivells de cobertura més baixos.

Disposar d'un sistema d'informació de base poblacional permetrà conèixer la població susceptible de ser vacunada i avaluar la cobertura de vacunació assolida.

És necessari reforçar l'estratègia oportunista de vacunació en tots els àmbits assistencials, l'escola i l'entorn laboral, per tal de millorar la cobertura vacunal en els diferents grups de població.

Estratègia de vacunació proposada per al Pla de salut 1996-1998

Quadre 8

	Població diana	Àmbits d'aplicació
Vacunacions sistemàtiques a la població infantil	Població infantil*	Atenció primària Programa de salut escolar
Vacunació contra el tètanus, i implantació progressiva de la vacunació contra el tètanus i la diftèria (Td), a la població adulta	Població general de 15 i més anys	Atenció primària, hospitalària i sociosanitària Programa d'atenció a la dona Empreses
Vacunació contra la grip	Població de risc (quadre 9)	Atenció primària, hospitalària i sociosanitària
Vacunació contra la pneumònia pneumocòccica	Població de risc (quadre 10)	Atenció hospitalària, primària i sociosanitària**
Vacunació contra l'hepatitis B	Població de risc (quadre 11)	Atenció primària, hospitalària, salut mental i drogodependències Centres d'MTS Programa d'atenció a la dona Presons
Vacunació contra la rubèola	Dones entre 15 i 49 anys seronegatives	Atenció primària i hospitalària Programa d'atenció a la dona Centres d'MTS

Població diana per a la vacunació antigripal

Quadre 9

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

* Ordre 19 d'agost de 1992, per la qual s'aprova el nou calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1643.

** Seguint un criteri de progressivitat en l'apartat de la vacuna contra la pneumònia pneumocòccica, es prioritza la població de risc atesa a l'àmbit hospitalari.

Quadre 10

Població diana per a la vacunació antipneumocòccica

- Pacients immunodeprimits per malaltia hematològica, insuficiència renal, síndrome nefròtica, trasplantaments, quimioteràpia antineoplàstica, disfunció esplènica i malalts esplenectomitzats o que hagin de ser-ho.
- 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.
- Persones infectades pel VIH.

Quadre 11

Població diana per a la vacunació antihepatitis B

- Personal sanitari en contacte amb sang i derivats.
- Estudiants de medicina, d'odontologia i d'infermeria.
- Nadons fills de mare HBsAg positiu.
- Malalts afectats d'insuficiència renal crònica que estan o han d'iniciar un programa d'hemodiàlisi o 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 pugui tenir contacte amb sang i derivats, entre d'altres).
- Cònjuges i convivents de 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.

Com a nova proposta, es recomana l'extensió de la vacunació contra la diftèria a la població adulta. Durant l'any 1996 s'incorpora a Catalunya la vacunació Td (toxoides tetànic i toxoides diftèric tipus adult) en la població adulta. En el futur aquesta vacuna anirà reemplaçant la vacuna contra el tètanus fins a la seva substitució total. Es prioritzarà l'aplicació de la vacuna Td en determinats grups d'edat seguint els criteris següents:

- Com a primera dosi de revacunació, a la població entre els 14 i els 16 anys.
- Com a dosi de record, a les persones de més de 16 anys fins als 30 anys, ja primovacunades a la infància amb antigen diftèric.

Actualment s'està desenvolupant un estudi per tal de definir l'actuació de vacunació contra la diftèria en les persones de més de 30 anys.

Per tal de potenciar les intervencions proposades, cal continuar les actuacions de sensibilització dels professionals sanitaris sobre la importància i l'aplicació correcta de la vacunació, mitjançant la informació i la formació a través de les associacions de professionals, les societats científiques i les institucions sanitàries. Així mateix, cal continuar millorant el sistema de distribució i de conservació de les vacunes, per tal de garantir-ne la qualitat i assegurar la coordinació entre els diversos àmbits que intervenen en l'aplicació de l'estratègia de vacunació.

Amb relació a les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant la vacunació, les propostes del Pla de salut per al període 1996-1998 són les següents:

- Vacunació de la població infantil, d'acord amb el calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social, reforçant l'estratègia de vacunació en els grups on s'han observat les cobertures més baixes.
- Vacunació de la població adulta contra el tètanus i incorporació de la vacunació contra la diftèria (vacuna Td), prioritzant la seva aplicació en la població de 16 a 30 anys.
- Vacunació dels corresponents grups de risc contra l'hepatitis B, la pneumònia pneumocòccica i la grip.
- Vacunació de les dones en edat fèrtil seronegatives contra la rubèola.
- Desenvolupament d'un sistema d'informació de base poblacional per al seguiment i l'avaluació de la cobertura de vacunació.

Cal augmentar la sensibilització dels professionals en relació a la importància de millorar els nivells de cobertura vacunal, sobretot en els grups de població on s'observen cobertures més baixes.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar els nens i les nenes als 3, 5, 7 i 18 mesos d'edat contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina (DTP) i la poliomièlitis, i als 15 mesos contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica), per tal de mantenir un nivell de cobertura de vacunació superior al 93%.
2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà revacunar contra la diftèria, el tètanus (DT) i la poliomièlitis els nens i les nenes d'edats compreses entre els 4 i 6 anys, per tal d'assolir un nivell de cobertura de vacunació del 93%.
3. 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 d'11 anys, per tal d'assolir un nivell de cobertura de vacunació 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'edats compreses entre els 14 i 16 anys, per tal d'assolir un nivell de cobertura de vacunació 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 un nivell de cobertura de vacunació superior al 80%.

Avaluació

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

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà vacunar contra el tètanus la població adulta de 15 anys i més, per tal d'assolir un nivell de cobertura de vacunació del 50%. A la població de 16 a 30 anys s'administrarà, com a dosi de record, la vacuna Td (toxoi-de tetànic i toxoi-de diftèric tipus adult).

Avaluació

Cobertura de vacunació contra el tètanus de la població adulta.

Cobertura de vacunació mitjançant dosi de record Td (toxoi-de tetànic i toxoi-de diftèric tipus adult) de la població de 16 a 30 anys.

7. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, caldrà assolir un nivell de cobertura de vacunació contra la grip del 70% en la població de risc atesa a l'atenció primària.

Avaluació

Cobertura de vacunació 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 HBsAg positiu, per tal d'assolir un nivell de cobertura de vacunació del 95%.

Avaluació

Cobertura de vacunació dels fills de mare HBsAg positiu.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1995. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; 17: 116-23.
2. 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.
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Avaluació de la contractació de serveis 1995. Barcelona, 1996. (No publicat.)
4. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària. Barcelona, 1996. (No publicat.)

11. Malalties de transmissió sexual

Les malalties de transmissió sexual (MTS) són aquelles malalties de naturalesa infecciosa o parasitària en les quals la transmissió sexual té importància epidemiològica, tot i que en algunes d'elles no és la via principal de transmissió. Per tant, el concepte d'MTS inclou les malalties conegudes clàssicament com malalties venèries (sífilis, gonocòccia, xancre tou, limfogranuloma veneri i granuloma inguinal) i altres malalties causades per agents diversos d'entre els bacteris, virus, fongs, protozous i artròpodes, la més recent de les quals és la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH)/sida.

Tot i que la infecció pel VIH adquirida per via sexual és cada vegada més freqüent i que es tracta d'una MTS, l'abordatge d'aquest problema de salut es descriu en l'apartat sobre la infecció pel VIH/sida. De fet, l'epidèmia de la infecció pel VIH/sida ha contribuït a conscienciar molts sectors de la població sobre el risc de transmissió de malalties per via sexual i, més que cap altra raó, ha influït en l'adopció de mesures preventives.

D'altra banda, la pràctica de la vacunació sistemàtica per a l'hepatitis B en els nens i nenes de 12 anys des de l'any 1992, juntament amb altres mesures preventives que s'hagin pogut adoptar, ha suposat una disminució de la incidència d'aquesta malaltia. Un dels principals motius per vacunar aquest grup de la població contra l'hepatitis B és prevenir la transmissió per via sexual a l'adolescència, ja que l'inici de relacions sexuals pot incrementar la probabilitat de contraure la infecció.

La importància de les MTS rau en la seva elevada incidència i en les conseqüències sanitàries i econòmiques.

La importància de les MTS rau en la seva elevada incidència i en les conseqüències sanitàries i econòmiques que aquesta alta freqüència comporta. Les infeccions per *Neisseria gonorrhoeae*, per *Chlamydia trachomatis* o per *Mycoplasma hominis* poden ocasionar la malaltia inflamatòria pelviana que, a més de la gravetat clínica amb què pot cursar, pot ser causa d'embarassos ectòpics, infertilitat i esterilitat. La infecció per l'herpes simple tipus 2 està associada amb el càncer de coll uterí, i determinats genotips de papil·lomavirus humà estan relacionats amb el carcinoma espinocel·lular de l'aparell genital. També cal tenir en compte l'associació entre la presència d'infeccions genitals i la probabilitat d'infecció pel VIH, així com l'afectació que aquestes malalties poden causar al nadó quan la mare està infectada. De la mateixa manera que la sífilis congènita, la conjuntivitis o la pneumònia per clamídies, també l'oftalmia *neonatorum*, l'herpes *neonatorum* i la infecció pel VIH per transmissió vertical són clars exponents de la transcendència social que poden arribar a tenir aquestes malalties, sobretot si es té en compte que les dones joves en edat fèrtil constitueixen un col·lectiu força afectat per aquesta patologia.

D'acord amb la morbiditat declarada (malalties de declaració obligatòria, MDO), les MTS representen la segona causa de malaltia a Europa, després de les infeccions del tracte respiratori.

A Catalunya, les MTS són objecte de vigilància epidemiològica i s'han de declarar de forma obligatòria els casos d'infecció gonocòccica, oftalmia *neonatorum*, sífilis i infecció genital per clamídies, altres MTS, hepatitis B i sida. Les dades corresponents a l'any 1995 mostren que l'oftalmia *neonatorum*, amb una taxa d'incidència de 0,1 per 100.000 habitants (7 casos declarats) i les altres MTS amb una taxa de 135,9 per 100.000 habitants, es mantenen estacionàries. La notificació de la sífilis, en canvi, continua davallant de manera considerable, atès que ha passat d'una taxa de 4,2 per 100.000 habitants l'any 1994 a 1,4 per 100.000 l'any 1995. També continua amb la tònica de descens la infecció gonocòccica, que passa d'una taxa de 17,5 per 100.000 habitants l'any 1994 a 15,2 per 100.000 l'any 1995. La incidència de la infecció genital per clamídia també disminueix, passant de 7,8 per 100.000 habitants a 6,7 per 100.000, tot i que en aquest cas segurament hi ha problemes d'infranotificació de la malaltia¹.

Mitjançant la informació procedent dels centres de prevenció i control de les MTS, se sap que les uretritis i cervicitis són les MTS més freqüents, si bé després de l'any 1990 les uretritis i cervicitis gonocòcciques han anat disminuint. D'altra banda, les malalties que estan experimentant un increment més gran entre les MTS són les uretritis i/o cervicitis no gonocòcciques i les malalties víriques (especialment els condilomes, la infecció pel VIH i l'herpes genital)^{2,3}.

Les uretritis i cervicitis són les MTS més freqüents. Les malalties víriques estan experimentant un increment important.

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'oftalmia *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

Per al Pla de salut de Catalunya 1996-1998 s'han tingut en compte les intervencions proposades pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995, basades en les activitats de prevenció, detecció i control de les MTS, la millora de la vigilància epidemiològica i la promoció d'hàbits saludables. Les estratègies que han de guiar les intervencions van dirigides, fonamentalment, a evitar l'adquisició d'MTS i trencar la cadena d'infecció, i es basen preferentment en:

- Informació i educació sanitària dirigides a la població.

Les estratègies seleccionades s'adrecen a evitar l'adquisició d'MTS i trencar la cadena d'infecció.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

- 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 promíscues, persones que exerceixen la prostitució, usuaris de la prostitució, drogoaddictes per via parenteral).
- Tractament correcte dels infectats i informació i educació sanitària sobre el risc que comporten les MTS tant per al propi individu infectat com per als seus companys sexuals.
- Estudi dels companys sexuals dels infectats i tractament, si cal.

La informació i l'educació sanitària i la detecció precoç són les principals intervencions per a la prevenció i el control de les MTS.

La informació i l'educació sanitària dirigides a la població i als grups amb comportaments de risc han d'anar adreçades a proporcionar coneixements sobre els mecanismes de transmissió de les MTS, els primers símptomes i els riscos que s'hi associen, i la prevenció específica. L'educació sanitària ha d'anar destinada a l'adopció de conductes sexuals segures o bé a canvis de comportament que redueixin el risc d'adquirir o transmetre les MTS, com ara el retard en l'inici de les relacions sexuals, la reducció del nombre de companys sexuals, la utilització correcta i sistemàtica del preservatiu en totes les relacions sexuals que no comportin monogàmia mútua amb parella no infectada, o les pràctiques sexuals de menys risc⁴. Les activitats d'informació i educació sanitària s'han de dur a terme en tots els centres i nivells assistencials i també en l'àmbit escolar.

La detecció precoç de les MTS que poden ser asimptomàtiques i que, sense tractament, poden evolucionar més desfavorablement, amb conseqüències per al propi infectat i amb risc de transmissió a altres persones, és una altra de les intervencions a realitzar. Entre les MTS que cal detectar de manera oportunista, segons els *Críteris comuns mínims per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual*⁴, s'inclouen la sífilis, la infecció per *Neisseria gonorrhoeae*, la infecció per *Chlamydia trachomatis*, l'hepatitis B i la infecció pel VIH/sida. En les malalties bacterianes, fúngiques i protozoàries, que són malalties guaribles, una mesura de prevenció secundària eficaç, és el tractament precoç i adequat dels casos, juntament amb la detecció i el tractament dels contactes asimptomàtics, mentre que en el cas de les malalties víriques, el tractament no és cap mesura de control efectiu i el millor abordatge en aquests casos és la prevenció primària tal com s'ha demostrat amb les estratègies de prevenció i control de la infecció pel VIH/sida, és a dir, amb les mesures que pretenen evitar l'aparició de casos nous de malaltia mitjançant, per exemple, l'educació sanitària de la població^{5,6}.

Cal, també, mantenir i millorar el coneixement sobre la freqüència i tipologia de les MTS, especialment d'aquelles que pel risc que comporten són ja objecte de vigilància epidemiològica sistemàtica.

La coordinació entre els nivells i recursos assistencials i les unitats de referència per a les MTS és necessària per millorar el procés assistencial.

Pel que fa al procés assistencial és necessària la coordinació entre els nivells i recursos assistencials i les unitats de malalties de transmissió sexual de referència, especialment pel que fa als aspectes relacionats amb el diagnòstic etiològic específic, la terapèutica i l'orientació preventiva i la investigació epidemiològica dels contactes.

Finalment, cal potenciar la formació continuada dels professionals sanitaris per tal de facilitar-los els elements per millorar el diagnòstic etiològic, el tractament espe-

cífic i l'estudi de contactes, d'acord amb els *Criteris comuns mínims per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual*⁴.

Les intervencions proposades en el Pla de salut de Catalunya 1996-1998 fan referència a:

- Informació i educació sanitària dirigides a la població general i als grups amb comportament de risc.
- Cribratge a homes i dones amb comportament de risc.
- Detecció precoç de la sífilis, l'hepatitis B, la infecció per *Neisseria gonorrhoeae*, la infecció per *Chlamydia trachomatis* i la infecció pel VIH en gestants, d'acord amb les directrius establertes en el Protocol d'atenció a l'embaràs⁷ i els *Criteris comuns mínims per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual*⁴, per tal de poder oferir les alternatives terapèutiques i profilàctiques disponibles.
- Vigilància epidemiològica.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà d'augmentar, almenys un 10%, la cobertura de declaració de les malalties de transmissió sexual en els centres sanitaris on es diagnostica aquest problema de salut.

Avaluació

Evolució de la cobertura de declaració d'MTS dels centres sanitaris on es diagnostiquen.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es difondran i aplicaran els *Criteris comuns mínims per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual*, fent especial èmfasi en la detecció precoç de les infeccions genitals per clamídies, en els centres de planificació familiar i del programa d'atenció a la dona, les unitats de malalties de transmissió sexual, els centres penitenciaris i les consultes de ginecologia, dermatologia i urologia.

Avaluació

Difusió i implementació dels *Criteris comuns mínims per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual*.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, per tal de prescriure el tractament específic, s'incrementarà, almenys en un 50%, el diagnòstic etiològic de les malalties de transmissió sexual i els estudis de contactes mitjançant el desenvolupament de programes en àmbits assistencials concrets.

Avaluació

Evolució de la proporció de diagnòstics de sospita que han estat confirmats etiològicament mitjançant estudis específics.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1995. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; 17: 116-23.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Evolució de les malalties de transmissió sexual. Catalunya 1982-1992. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1993; 14: 73-5.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Infeccions genitals per gonococ, clamídies i micoplasmes en els centres de prevenció i control de les malalties de transmissió sexual de Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1996; 17: 37-9, 45.
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. Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual. 2a ed. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
6. 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.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol d'atenció a l'embaràs. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. En premsa 1997.

12. Problemes de salut laboral

L'exposició de la població treballadora als factors de risc laboral sovint es tradueix en accidents de treball, malalties professionals i en altres problemes de salut relacionats directament amb el treball. D'altra banda, els anomenats riscos inespecífics, com poden ser el tabac, l'alcohol o les drogodependències, conjuntament amb els riscos laborals específics, poden donar lloc a una major freqüència i gravetat dels problemes de salut de la població treballadora.

Els problemes de salut relacionats amb el treball, a més de ser una pèrdua de salut i de qualitat de vida per a les persones afectades, tenen una important repercussió social i econòmica (pèrdua de jornades de treball, indemnitzacions, etc.). Per al conjunt de Catalunya, s'estima que anualment es perden, per accidents de treball, més de 3 milions de jornades de treball.

El món del treball en el nostre entorn està sotmès a una dinàmica d'importants canvis (noves professions, productes i tecnologies, canvis en l'estructura econòmica, modificacions del mercat de treball i canvis organitzatius) que es presenten de forma ràpida i que tenen un impacte en les relacions laborals en general i també en la salut de la població treballadora. Apareixen nous riscos, l'efecte dels quals pot portar, directament o amb associació amb altres riscos existents, a un canvi en els patrons de morbiditat de la població treballadora.

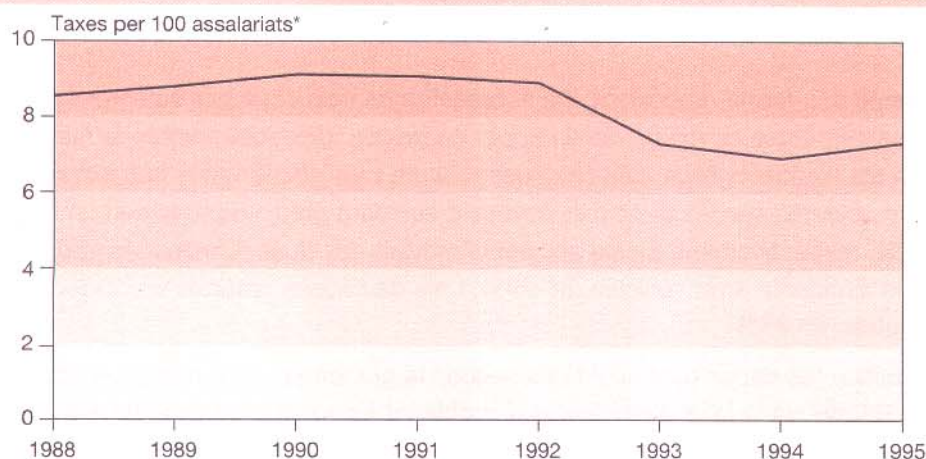
Els problemes de salut relacionats amb el treball tenen una important repercussió personal, social i econòmica.

Els accidents de treball

L'any 1995 es va produir a Catalunya un total de 121.859 accidents amb baixa durant la jornada laboral (1452 greus i 156 mortals), 8437 accidents *in itinere* a l'anada o tornada del centre de treball (390 greus i 52 mortals) i un total de 131.404 accidents sense baixa.

Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents lleus.
Catalunya, 1988-1995

Gràfic 90



* Estimació de la població assalariada de l'EPA.

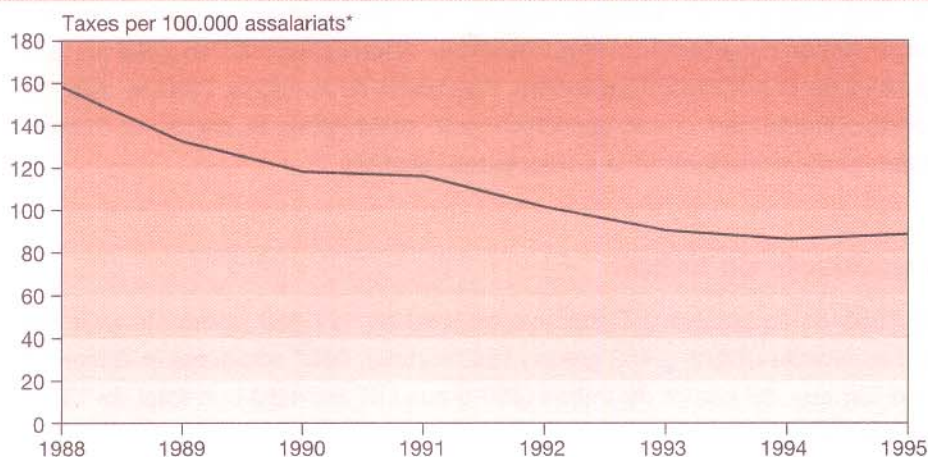
Els sectors de l'agricultura i de la construcció són els que han presentat una major accidentalitat.

L'evolució de l'accidentalitat laboral presenta una tendència descendent des de l'any 1990 fins al 1994, amb un increment el 1995 respecte de l'any anterior (gràfics 90, 91 i 92).

De l'anàlisi dels accidents de treball en el període 1988-1995¹, s'observa que els sectors de l'agricultura i de la construcció són els que han presentat, tant pel que fa a accidents lleus, greus o mortals, les taxes d'incidència més altes, seguits del sector de la indústria. El sector dels serveis és el que té unes taxes més baixes. Tanmateix, si considerem la classificació en 10 branques d'activitat, cal destacar, dins el sector dels serveis, la branca dels transports i comunicacions entre les que mostren unes taxes més elevades, especialment per accidents greus i mortals. Dins el sector de la indústria sobresurten les taxes de les indústries del metall, sobretot pel que fa als accidents lleus.

Gràfic 91

**Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents greus.
Catalunya, 1988-1995**



* Estimació de la població assalariada de l'EPA

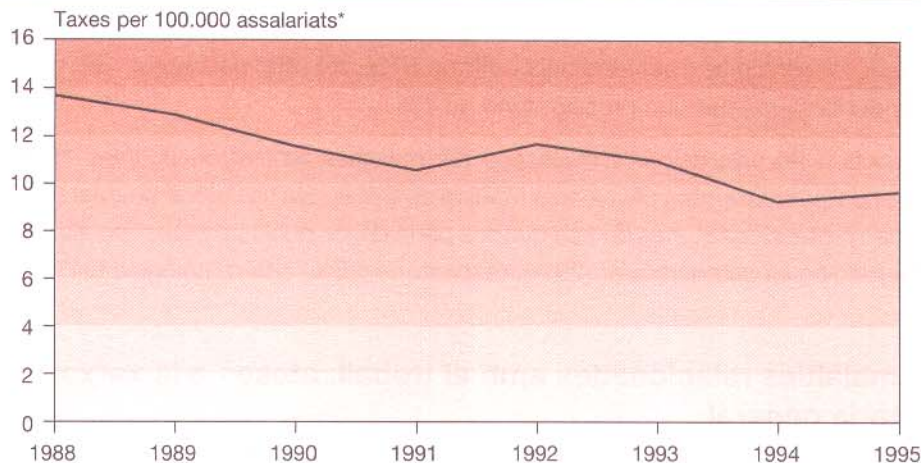
Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Accidentalitat laboral a Catalunya.

Respecte a la forma d'accident, els sobreesforços i els cops per objectes i eines, amb percentatges al voltant del 21% per cadascun, destaquen sobre la resta pel que fa als accidents lleus. Les caigudes d'altura i els atrapaments entre elements o entre objectes són les principals formes d'accident greu, i representen un 24% i un 17%, respectivament. En els accidents mortals, les dues formes més freqüents són els accidents amb vehicles, un 29%, i els de causes naturals o accidents no traumàtics, un 24%.

En analitzar les dades dels accidents segons la grandària de l'empresa, s'observa que a Catalunya la taxa d'incidència d'accidents és superior a les empreses petites i mitjanes. Les empreses d'entre 11 i 250 treballadors són les que presenten unes taxes per accidents lleus més elevades. Els accidents greus tenen major incidència en les empreses d'entre 1 i 50 treballadors, mentre que els accidents mortals es presenten d'una forma més irregular i canviant al llarg dels anys, en rela-

**Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents mortals.
Catalunya, 1988-1995**

Gràfic 92



* Estimació de la població assalariada de l'EPA.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Accidentalitat laboral a Catalunya.

ció amb la grandària de l'empresa. Si es té compte el sector econòmic, en l'agricultura destaquen les empreses d'entre 11 i 25 treballadors com les que presenten una taxa d'incidència per accidents totals més alta l'any 1995. En el sector industrial destaquen les empreses d'entre 26 i 250 treballadors; en la construcció les d'entre 251 i 500 i més de 1.000 treballadors i en el sector serveis les empreses que tenen entre 101 i 250 treballadors.

L'accidentalitat és més elevada entre els treballadors que tenen un contracte de treball eventual respecte dels que disposen d'un contracte fix i, en relació amb l'antiguitat a l'empresa, les taxes més altes corresponen als treballadors que porten entre 1 i 3 anys a l'empresa, seguides de les dels treballadors amb menys de 3 mesos d'antiguitat.

En comparació amb la resta de comunitats autònomes, Catalunya tenia l'any 1995 la setena taxa més alta d'accidents lleus, mentre que pel que fa a accidents greus i mortals se situava, entre les comunitats amb taxes relativament més baixes, en els llocs 14 i 12, respectivament. Els diferents criteris que guien les estadístiques d'accidentalitat laboral en els diferents països, fan difícil extreure conclusions vàlides a partir de la comparació internacional.

Les malalties professionals

L'any 1995 es van declarar a Catalunya 1.540 casos de sospita de malalties professionals, majoritàriament classificats com a malalties professionals lleus. Tot i que en els darrers anys s'observa un augment en el nombre de malalties professionals declarades, es coneix que hi ha un important subregistre^{1,2}, tant a nivell de Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol.

L'accidentalitat és més elevada entre els treballadors que tenen un contracte de treball eventual respecte dels que disposen d'un contracte fix.

Les malalties professionals declarades més freqüents corresponen a les del grup de malalties produïdes per agents físics i les del grup de les malalties de la pell, que representen, respectivament, el 74% i el 17% del total de casos de sospita declarats amb indicació del tipus de malaltia professional. Entre les primeres cal destacar les tendinitis i peritendinitis amb un 61% del total de casos, i les neuropaties perifèriques per compressió, amb un 7%.

Pel que fa a les valoracions d'invalidesa per malalties professionals, l'any 1995 el Centre de Reconeixement i Avaluació Mèdica de Catalunya ha valorat un total de 137 malalties professionals, més de tres quartes parts de les quals corresponen als grups de les patologies osteoarticular (29%), respiratòria (26%) i dermatològica (24%).

Les malalties relacionades amb el treball, ateses a la xarxa sanitària general

El nombre reduït de malalties professionals que es declaren fa pensar que en molts casos les malalties professionals i, en general, les malalties relacionades amb el treball són ateses a la xarxa sanitària general, principalment a l'atenció primària de salut. Sota aquesta hipòtesi, un dels objectius que es pretén assolir mitjançant les unitats de salut laboral (USL) és l'augment de la detecció de les malalties relacionades amb el treball que s'atenen a la xarxa sanitària general.

L'any 1993 la USL Castelldefels va posar en funcionament un sistema de notificació voluntària de malalties sentinella relacionades amb el treball, en el qual participen, a més dels diferents equips d'atenció primària, diversos especialistes integrats en els hospitals de referència. L'àmbit territorial de referència de la USL Castelldefels és la Direcció d'Atenció Primària (DAP) Baix Llobregat Delta-Litoral de l'Institut Català de la Salut, la qual aplega una població de 290.033 habitants. En el període 1993-1995 s'han detectat un total de 506 casos (taula 83), un 58% dels quals corresponen a casos detectats en homes i un 42% en dones. Aquest sistema ha permès detectar la patologia relacionada amb el treball, atesa a la xarxa sanitària general, en magnituds notablement superiors a les observades únicament a través del circuit oficial de declaració de malalties professionals.

Les unitats de salut laboral faciliten la detecció de les malalties relacionades amb el treball que s'atenen a la xarxa sanitària general.

Taula 83

Malalties relacionades amb el treball detectades a l'àmbit de la USL Castelldefels. Nombre de casos. 1993-1995

	1993	1994	1995
Musculoesquelètica*	98	84	113
Respiratòria**	16	40	30
Dermatològica	6	26	13
Altres	19	24	35
Total	141	174	191

* Síndrome de la canal carpiana, epicondilitis, epitrocleititis, malaltia de de Quervain i altres tendinitis.

** Silicosis, asbestosi i asma.

A l'àmbit de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat s'ha iniciat el programa Treball al CAP, en col·laboració entre el Servei Català de la Salut, l'Ajuntament de Barcelona i el Departament de Treball, que suposa una experiència que pretén emprar la notificació de determinades malalties relacionades amb el treball*, que realitzen metges d'atenció primària de sis àrees bàsiques de salut, per activar el control del risc laboral, a càrrec dels tècnics del Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona. Durant l'any 1995 s'han detectat un total de 41 casos.

La percepció del risc laboral

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) de l'any 1994 ha permès disposar d'informació, per primera vegada per al conjunt de Catalunya i per a cadascuna de les regions sanitàries, sobre la percepció del risc laboral en la població ocupada^{3,4}.

El 37% dels treballadors i el 29% de les treballadores consideren que a la seva feina hi ha risc per a la salut. Segons l'activitat econòmica, en els homes, les proporcions més altes de risc laboral percebut es donen en la construcció (49%); els transports i comunicacions (49%); l'extracció i transformació de minerals no energètics, productes derivats i indústria química (47%) i l'agricultura, ramaderia, caça, silvicultura i pesca (47%). En les dones, en l'extracció i transformació de minerals no energètics, productes derivats i indústria química (40%), el grup d'altres serveis (37%) i el d'altres indústries manufactureres (36%).

Segons l'ocupació, en els homes, destaca la proporció de risc laboral percebut en el grup dels treballadors manuals de la indústria, construcció i transports** i dels agricultors***, i en les dones, les proporcions més altes es donen en els grups de professionals****, de les treballadores manuals de la indústria, construcció i transports, i dels serveis de l'hostaleria i personals*****.

Els riscos percebuts més freqüents són: les postures molestes i els esforços musculars excessius, la inhalació de substàncies, pols, fums o vapors, els riscos relacionats amb la responsabilitat i l'atenció o concentració, les condicions ambientals, el soroll, el treball repetitiu i ràpid i els horaris de treball, les maquinàries o eines perilloses, l'exposició a productes tòxics i els accidents de trànsit (gràfic 93).

El 37% dels treballadors i el 29% de les treballadores consideren que a la seva feina hi ha risc per a la salut.

Riscos clàssics coexisteixen amb els nous riscos de l'entorn psicosocial.

* La detecció a l'àmbit del programa Treball al CAP es realitza principalment en relació amb la síndrome de la canal carpiana, l'epicondilitis, la malaltia de de Quervain, l'asma i la hipoacúsia.

** Grans grups 7, 8 i 9 de la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1979 (personal de l'extracció de minerals, preparació i tractament de materials, fabricació de productes, del muntatge i maneig de maquinària i instal·lacions, de la construcció i dels transports).

*** Gran grup 6 de la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1979 (personal dedicat a l'agricultura, ramaderia, silvicultura, pesca, caça i similars).

**** Gran grup 1 de la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1979 (professionals, tècnics i similars).

***** Gran grup 5 de la Classificació Nacional d'Ocupacions de 1979 (personal dels serveis d'hostaleria, domèstics, personals, de protecció de seguretat i similars).

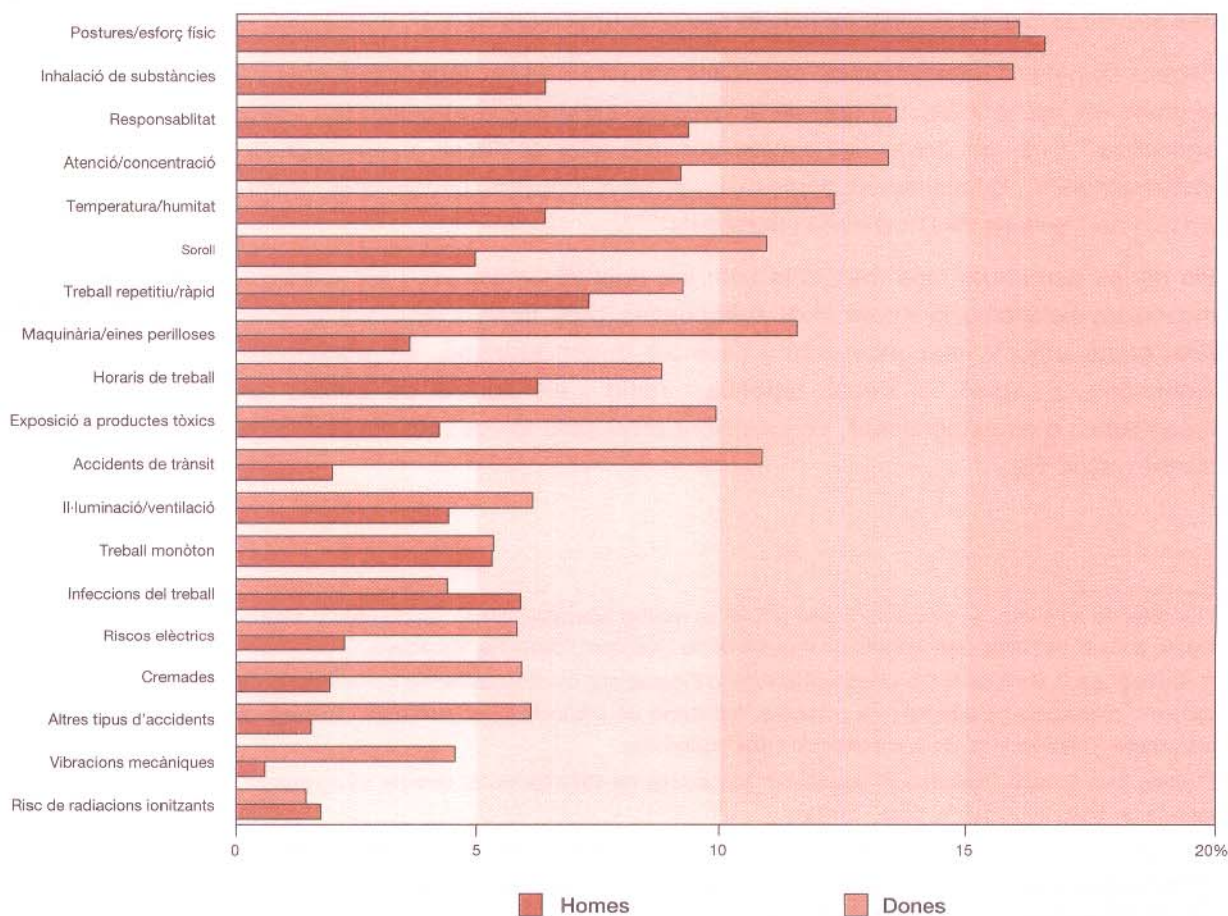
Encara que els riscos laborals més freqüents en ambdós sexes són les postures molestes i l'esforç muscular, entre els homes que no són treballadors manuals de la indústria, construcció i transports o agricultors, destaquen els relacionats amb l'entorn psicosocial i els accidents de trànsit. Pel que fa a la població femenina, excepte les treballadores manuals de la indústria, construcció i transports, els riscos relacionats amb l'entorn psicosocial també estan entre els més freqüents.

En el cas de les dones professionals, la gran responsabilitat i la gran concentració són els riscos més percebuts. Aproximadament una de cada quatre dones d'aquest grup ocupacional manifesta estar sotmesa a aquests riscos.

En el grup ocupacional dels treballadors manuals de la indústria, construcció i transports, tant en els homes com en les dones, els riscos percebuts més freqüents corresponen als que es podrien anomenar "riscos clàssics". Les postures molestes i l'esforç muscular, la inhalació de substàncies, pols, fums o vapors, la maquinària i eines perilloses, el soroll, la temperatura i/o humitat, els productes tòxics i el treball repetitiu i ràpid són els riscos manifestats amb proporcions més altes, entre un 30% i un 15%.

Gràfic 93

Risc laboral percebut per la població ocupada. Catalunya, 1994



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994.

La percepció de la salut, els hàbits i estils de vida i les pràctiques preventives en la població treballadora

A partir de l'anàlisi de les altres variables contingudes a l'ESCA, pel que fa a la població ocupada, es poden extreure les conclusions següents:

- El 86% dels homes i el 83% de les dones consideren que tenen un bon estat de salut.
- Entre els homes, els treballadors manuals de la indústria, construcció i transports són els que consideren tenir un pitjor estat de salut. Entre les dones, la percepció de mal estat de salut és més alta en les dels serveis de l'hostaleria i personals, i les treballadores manuals de la indústria, construcció i transports. Les diferències entre ocupacions són més pronunciades en dones que en homes.
- El 36% dels accidents patits per les persones ocupades són accidents de treball. El treball ocupa el primer lloc quant a la localització de l'accident, abans de la via pública i la llar.
- En el 18% dels homes i el 23% de les dones, els trastorns musculoesquelètics constitueixen el primer problema de salut crònic, seguits en els homes per les al·lèrgies i en les dones per les varices. Els treballadors i les treballadores dels serveis de l'hostaleria i personals i de la indústria, construcció i transports són els que presenten els riscos més alts de trastorns musculoesquelètics.
- L'ansietat o la depressió, percebuda pel 8% dels homes i el 13% de les dones, afecta més els homes professionals i les dones dels serveis de l'hostaleria i personals.
- Més del 20% dels treballadors majors de 45 anys manifesten tenir hipertensió arterial.
- El 7% dels homes i el 10% de les dones han tingut, en els últims 12 mesos, un problema de salut crònic que els ha impedit anar a treballar.
- Més del 20% dels treballadors tenen feines molt sedentàries i la pràctica de l'exercici físic en el temps de lleure, molt poc estesa, és més freqüent entre els grups ocupacionals més qualificats, els homes i els joves.
- L'hàbit tabàquic és molt freqüent: quasi la meitat dels homes, sobretot els dels serveis de l'hostaleria i personals i els treballadors manuals de la indústria, construcció i transports, fumen i també la tercera part de les dones ho fan. El tabaquisme entre les dones és una qüestió generacional que afecta per igual tots els grups ocupacionals.
- El 39% dels homes i el 10% de les dones manifesten que consumeixen alcohol regularment. El consum és menys freqüent en els professionals i directius en els homes i, entre les dones, en les de nivells d'educació baixos.
- La realització de pràctiques preventives* són menys freqüents en els treballadors i les treballadores dels serveis de l'hostaleria i personals, i de la indústria, construcció i transports.

La percepció de la salut és pitjor en els treballadors manuals.

- L'èxit en la cessació de l'hàbit tabàquic és més freqüent entre treballadors qualificats i entre dones de nivells d'educació alts, mentre que els intents sense èxit corresponen als treballadors menys qualificats i a dones amb nivells d'educació més baixos.

Riscos i problemes emergents

Els importants i ràpids canvis que afecten el món del treball en el nostre entorn estan comportant l'aparició de nous riscos i és previsible que modificaran els patrons de la morbiditat relacionada amb el treball.

Com a principals factors de canvi⁵, es poden destacar els canvis econòmics, tecnològics i organitzatius, els canvis sociodemogràfics en la població treballadora, els canvis en l'exposició als riscos físics i químics i en l'ambient laboral, els factors psicosensores i psicosocials, els estils de vida que afecten la salut i també l'acompliment del treball. Juntament amb aquests canvis també s'està produint un augment de la consciència sobre aspectes de salut i de seguretat en el treball, com també de la consciència medioambiental, i de la sensibilitat per la qualitat de vida més enllà de l'absència de malaltia.

Com a possibles impactes sobre els problemes de salut relacionats amb el treball cal preveure un augment dels trastorns musculoesquelètics, els trastorns mentals, les malalties cròniques i els trastorns inespecífics.

Objectius generals de salut**

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de morbiditat*** per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 15%.
- D'aquí a l'any 2000 cal que la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball s'hagi reduït en un 20%.

Intervencions i accions prioritàries

El Pla de salut 1993-1995 establia objectius i intervencions en l'àmbit de la salut laboral, els quals s'articulaven a través de la creació d'USL com a unitats de suport integrades en la xarxa sanitària d'utilització pública, la coordinació entre els dispositius assistencials especialitzats i la xarxa sanitària general, la formació continuada dels professionals sanitaris i el desenvolupament d'un sistema de vigilància epidemiològica.

Un cop definits els àmbits territorials que, per les característiques de l'entorn socioeconòmic i del desenvolupament dels serveis sanitaris, es consideraven prioritàries per a la posada en funcionament de les USL, es va iniciar l'estratègia de creació i

* A l'ESCA es pregunta sobre les pràctiques realitzades periòdicament de forma preventiva, següents: examen mèdic sistemàtic, presa de la pressió arterial i revisió del nivell de colesterol, en ambdós sexes; mamografia i citologia vaginal, en les dones de 20 o més anys.

** Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc."

*** El punt de referència és la morbiditat declarada.

S'està produint un augment de la consciència sobre la salut i la seguretat en el treball.

desplegament de les noves USL, tot estenent l'experiència que s'havia iniciat amb la USL Castelldefels (DAP Baix Llobregat Delta-Litoral). Mitjançant un conveni signat entre el Servei Català de la Salut i l'Ajuntament de Sabadell, es va crear la USL Sabadell i, a través de l'Institut Català de la Salut, s'han iniciat les actuacions en els àmbits de les USL de Tarragona i de Manresa. D'altra banda, està previst posar en funcionament la USL Badalona, la contractació de la qual està pendent de l'adjudicació per concurs. Amb l'Ajuntament de Barcelona s'ha establert un conveni de col·laboració on es preveu, entre d'altres, la consolidació del programa Treball al CAP i el desenvolupament en la línia de les funcions definides per a les USL.

Amb la promulgació de la Llei de prevenció de riscos laborals⁶ (LPRL), s'ha establert per al conjunt de l'Estat espanyol un nou marc normatiu sobre la seguretat i la salut laboral, el qual es basa en un enfocament que posa èmfasi en la cultura preventiva a les empreses, sent clau la creació dels nous serveis de prevenció i la responsabilització dels agents (empresaris, treballadors i Administració). En aquest marc, a Catalunya s'ha elaborat el Pla de prevenció de riscos laborals¹, el qual fa una primera aproximació al coneixement de la realitat de la seguretat i la salut laboral a Catalunya i formula diverses propostes d'actuació en relació amb els objectius estratègics següents:

- Facilitar i refermar la implicació dels agents socials vers la millora de les condicions de seguretat i salut en el treball.
- Esdevenir més eficaços i eficients en les polítiques públiques de prevenció dels riscos laborals.
- Prevenir l'aparició de danys derivats del treball.
- Obrir un procés de comunicació amb la societat per crear opinió pública favorable a la matèria.
- Dissenyar un sistema d'informació integral.

El Pla de prevenció de riscos laborals i el Pla de salut de Catalunya són instruments de planificació amb una visió integral i intersectorial, els quals es complementen i constitueixen marcs de referència, cadascun respecte l'altre, amb diferents nivells de concreció.

En el Pla de salut 1996-1998 es plantegen les intervencions i accions prioritàries en relació amb la salut laboral que, tot donant continuïtat a les iniciades en el marc del Pla de salut 1993-1995, permeten avançar en aquest camp, d'acord amb el nou entorn normatiu, organitzatiu i de la pròpia concepció de la seguretat i la salut laboral.

Serveis de prevenció a les empreses

Les unitats mèdiques dels serveis de prevenció seran les responsables de la vigilància de la salut dels treballadors pel que fa als riscos específics derivats del medi laboral, i col·laboraran amb la resta dels integrants dels serveis de prevenció en l'execució de les activitats preventives esmentades. A Catalunya, es pretén ampliar la vigilància de la salut dels treballadors als problemes de salut que no tenen origen laboral, tot i que poden ser sinèrgics⁷, aplicant a la població treballadora els protocols d'activitats preventives^{8,9} en relació amb els problemes de salut prioritzats en el Pla de salut.

El Pla de prevenció de riscos laborals i el Pla de salut de Catalunya són instruments de planificació amb una visió integral i intersectorial, que es complementen.

D'acord amb l'LPRL, caldrà regular els requeriments que han de complir les unitats mèdiques dels serveis de prevenció i les funcions de vigilància de la salut dels treballadors, especialment pel que fa als exàmens de salut adaptats als riscos laborals específics, la vigilància dels trastorns de salut associats amb aquests riscos i tenint en compte l'edat i el sexe, la detecció precoç de les patologies laborals i de patologies acompanyants.

Unitats de salut laboral

Les USL es posen en funcionament com a unitats de suport als diferents nivells assistencials de la xarxa pública, per tal d'assolir l'objectiu d'augmentar la detecció dels problemes de salut relacionats amb el treball que s'atenen dins la xarxa assistencial esmentada, així com endegar actuacions preventives i contribuir a la resolució dels problemes de salut esmentats. Les USL tenen funcions de suport a la vigilància epidemiològica, l'educació sanitària als treballadors, el desenvolupament de programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia a les empreses, la formació dels professionals sanitaris, l'anàlisi de situació en relació amb els riscos laborals, la detecció de la relació entre les patologies diagnosticades i el lloc de treball i la recerca aplicada a la salut laboral. Així mateix, les USL han de jugar un paper important com a element facilitador de la coordinació entre els dispositius assistencials especialitzats i la xarxa assistencial pública.

En aquests moments es considera prioritari la consolidació de les USL previstes en el Pla de salut 1993-1995 i l'avaluació dels seus resultats i actuacions, prèvia a la implantació de les noves USL a la resta del territori de les regions sanitàries.

Les unitats de salut laboral tenen funcions de suport i de dinamització de les actuacions sobre salut laboral.

Actuació sobre activitats d'especial perillositat

La detecció de les activitats d'especial perillositat i l'actuació en aquestes és una de les àrees clau de resultat que estableix el Pla de prevenció de riscos laborals de Catalunya per a la prevenció de l'aparició de danys derivats del treball. Per activitats d'especial perillositat s'entén aquelles en què les condicions de treball presents als llocs de treball, definides segons l'LPRL, originen o poden originar uns danys per a la salut derivats del treball, significativament superiors a la resta d'activitats.

Actualment, ja es coneixen diverses activitats que es poden classificar com d'especial perillositat, ja sigui perquè han estat objecte de reglamentacions específiques o perquè les estadístiques de sinistralitat ho posen de manifest, en relació amb les quals se centren les principals actuacions preventives que es porten a terme. No obstant això, l'evolució constant de la tecnologia amb l'aparició de noves màquines i productes, i el canvi de les condicions de treball que això comporta, fa que l'aparició i desaparició d'activitats d'especial perillositat sigui un procés continu. Detectar aquestes activitats permetrà una correcta planificació de les actuacions preventives i assignar els recursos amb major eficiència.

Atenció als problemes de salut relacionats amb el treball

L'abordatge dels problemes de salut relacionats amb el treball requereix actuacions des de diferents nivells dels serveis sanitaris, tant pel que fa a l'acció pre-

ventiva i assistencial com a l'atenció a l'usuari. Aquesta complexitat aconsella el plantejament d'una línia d'actuació adreçada a l'adopció de recomanacions d'intervenció sanitària en relació amb determinats problemes de salut relacionats amb el treball. Aquesta línia d'actuació es fonamenta a cercar el consens entre els professionals i els diversos agents per tal d'establir criteris comuns sobre la detecció, el diagnòstic, la prevenció i el tractament, i també sobre la interacció i comunicació entre els diferents serveis (notificació de malalties, mecanismes de *feed-back*, comunicació) i els procediments legals i administratius. Atenent la importància dels problemes de salut i a la susceptibilitat de ser modificats, es prioritzarà l'establiment de criteris en relació amb la patologia musculoesquelètica, la patologia respiratòria i la patologia dermatològica.

Activitats preventives i de promoció de la salut adreçades a la població treballadora

A més de la vigilància de la salut i de la prevenció dels riscos específics, el món del treball es considera un àmbit important per desenvolupar activitats preventives i de promoció de la salut adreçades a la població treballadora, encara més, si tenim en compte que el grup de població en edat de treballar és, en termes relatius, poc freqüentador dels serveis sanitaris.

A Catalunya s'han establert criteris per a l'aplicació de les activitats preventives i de promoció de la salut en els serveis sanitaris en relació amb els problemes prioritzats en el Pla de salut^{8,9}. Els criteris esmentats marquen la població diana, els criteris de detecció i les pautes d'actuació. Tanmateix, en molts casos, l'aplicació operativa d'aquestes activitats a l'àmbit laboral requereix la definició i l'experimentació d'estratègies adaptades a la realitat d'aquest àmbit, tot considerant els sectors i col·lectius ocupacionals als quals s'han d'adreçar de forma prioritària, i amb un enfocament col·lectiu, multidisciplinari i organitzacional, diferent del que és adequat aplicar en els serveis sanitaris. Per altra banda, cal que aquestes estratègies tinguin en compte la necessària coordinació i els fluxos d'informació amb els serveis sanitaris. En aquests moments es considera necessari focalitzar els esforços en aquesta línia, potenciant en aquest desplegament, l'actuació dels serveis de prevenció.

En els àmbits territorials on existeixen USL, aquestes desenvoluparan funcions de suport a la definició i al desenvolupament de les estratègies d'aplicació de les activitats preventives i de promoció de la salut i a la coordinació entre les diverses xarxes i dispositius assistencials.

Informació sobre salut laboral

La informació sanitària és un element clau per a l'acció en l'àmbit de la salut laboral, tant per a la identificació de les necessitats com per a la coordinació de les actuacions i l'avaluació dels resultats i de les accions. Aquesta informació prové de diverses fonts i es basa en criteris no sempre prou homogenis, per la qual cosa es considera necessari el disseny d'un sistema que integri tota la informació sanitària referent als danys derivats del treball.

El món del treball és un àmbit important per desenvolupar activitats preventives i de promoció de la salut.

Per altra banda, cal seguir potenciant la coordinació entre els dispositius especialitzats de salut laboral i la xarxa sanitària general, la formació dels professionals sanitaris i la cooperació institucional. D'acord amb les funcions definides per a les USL, en els àmbits territorials on desenvolupen les seves actuacions, aquestes han de ser elements dinamitzadors i de suport d'aquests aspectes.

Les actuacions en l'àmbit de la salut laboral presenten una complexitat especial, deguda als canvis en els riscos laborals, la diversitat d'agents i de dispositius i xarxes assistencials que hi intervenen i l'impacte que per la seva naturalesa tenen sobre les relacions laborals. Tot i que l'eficàcia de l'actuació preventiva i de promoció de la salut en relació amb els riscos laborals i els problemes de salut relacionats amb el treball es consideri comprovada en molts casos, aquesta complexitat fa necessari cercar el consens entre els agents i basar-se en la cooperació intersectorial.

Les intervencions i accions prioritàries que es plantegen es duran a terme mitjançant la col·laboració institucional, fonamentalment entre el Departament de Sanitat i Seguretat Social, el Servei Català de la Salut i el Departament de Treball. Per al període 1996-1998 es proposen les següents:

- Desenvolupament dels continguts sanitaris dels serveis de prevenció.
- Desenvolupament amb caràcter progressiu de les unitats de salut laboral.
- Detecció d'activitats d'especial perillositat i actuació per a la seva prevenció i control.
- Establiment de recomanacions per a la prevenció i l'atenció dels problemes de salut relacionats amb el treball.
- Desplegament d'activitats preventives i de promoció de la salut adreçades als treballadors.
- Disseny d'un sistema d'informació sanitària integral sobre salut laboral.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran regulat els requeriments i les activitats sanitàries dels serveis de prevenció a les empreses.

Avaluació

Existència de la normativa.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà regulat la vigilància de la salut de la població treballadora de Catalunya.

Avaluació

Existència de la normativa.

Protocols elaborats.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut avaluarà les unitats de salut laboral posades en funcionament d'acord amb el Pla de salut 1993-1995 i, d'acord amb els resultats, planificarà la implantació de les unitats de salut laboral a les diferents regions sanitàries.

Avaluació

Existència de l'informe sobre planificació i estratègia d'implantació de les unitats de salut laboral, que inclourà els resultats de l'avaluació de les unitats de salut laboral posades en funcionament.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà dissenyat, validat i posat en funcionament el protocol d'actuacions conjuntes i el circuit d'informació entre els centres de seguretat i condicions de salut en el treball i les unitats de salut laboral.

Avaluació

Existència del protocol on s'explicitin els àmbits de coordinació i els fluxos d'informació.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran identificat les activitats econòmiques que, d'acord amb el seu procés productiu, productes utilitzats o per l'organització i ordenació del treball, es consideren d'especial perillositat, prioritzant alhora les tasques preventives i de control a efectuar sobre aquelles.

Avaluació

Existència del document on es relacionin les activitats econòmiques identificades com d'especial perillositat, amb indicació de les actuacions preventives a desenvolupar i/o en marxa.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà definit l'estratègia per a l'aplicació de les activitats preventives i de promoció de la salut a les empreses, en relació amb problemes de salut prioritzats en el Pla de salut.

Avaluació

Existència del document on es defineixi l'estratègia d'aplicació de les activitats preventives i de promoció de la salut a les empreses.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà dissenyat un sistema d'informació sanitària que integri tota la informació referent als danys derivats del treball.

Avaluació

Existència del sistema d'informació.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Consell Català de Seguretat i Salut Laboral. Pla de prevenció de riscos laborals de Catalunya. Barcelona: Departament de Treball, 1996.
2. 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.
3. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
4. Artazcoz L, Moncada S. Anàlisi de l'estat de salut dels treballadors entrevistats a l'Enquesta de salut de Catalunya L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-00SN96).
5. World Health Organization. Occupational health in the 1990's. A framework for chance. Copenhaguen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1992.
6. Ley 31/1995, de prevenció de riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado núm. 269, de 1995.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Política sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social en matèria de salut laboral. Barcelona, 1996. (No publicat.)
8. 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.
9. 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.

13. Tuberculosi

En la segona meitat d'aquest segle, la situació de l'endèmia tuberculosa a Catalunya i Espanya era pitjor que l'existent a altres països europeus occidentals^{1,2}. Aquesta diferència era, en part, conseqüència de la greu crisi política i econòmica que hi va haver amb motiu de la Guerra Civil i que va coincidir amb l'aparició d'una quimioteràpia efectiva per a la tuberculosi, l'ús generalitzat de la qual, al nostre medi, no va ser possible fins a mitjan any 1960³. En aquells moments l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va realitzar una extensa campanya antituberculosa amb recerca activa i tractament de casos, quimioprofilaxi i vacunació BCG que va incidir sobre milions d'individus de tot Europa i en la qual va ser inclosa Espanya⁴.

El resultat és que, en els països de l'Europa occidental, els nascuts després del 1950 estan quasi lliures d'infecció tuberculosa, la qual cosa no s'ha aconseguit a Espanya^{4,5}. Per això, l'aparició de l'epidèmia d'infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) en aquells països, gairebé no ha incrementat la incidència de casos de tuberculosi, mentre que en el nostre el VIH ha motivat una autèntica epidèmia de tuberculosi entre els adults joves en els quals coincideix la coinfecció pel VIH i pel *Mycobacterium tuberculosis*.

La situació epidemiològica actual de la tuberculosi fa difícil planificar uns objectius de salut a curt termini, ja que la morbiditat tuberculosa, i per tant, també la infecció, estan molt condicionades pel nombre de pacients coinfectats pel VIH i pel *Mycobacterium tuberculosis* que actualment existeix. La mortalitat per tuberculosi a Catalunya s'ha estabilitzat al voltant dels 2 casos per 100.000 habitants l'any amb un descens al voltant del 31% amb relació a la mateixa taxa l'any 1989. Tanmateix, el nombre de casos de tuberculosi en el grup d'edat de 20 a 44 anys gairebé s'ha triplicat, sent la taxa d'incidència específica l'any 1994, de 76,27 casos per 100.000 habitants. Cal esmentar, també, que en un 55% d'aquests malalts coexisteixen determinats factors de risc com són la infecció pel VIH, l'ús de drogues per via parenteral, l'alcoholisme, l'ingrés en centres penitenciaris, la indigència o la immigració de països amb alta endèmia tuberculosa.

La morbiditat tuberculosa i la infecció estan molt condicionades pel nombre de pacients coinfectats pel VIH i pel *Mycobacterium tuberculosis*.

Objectius generals de salut i de disminució de risc*

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per tuberculosi per sota d'un cas per 100.000 habitants i any (sempre i quan no es produeixi un augment significatiu de la transmissió de bacils multiresistents).
- D'aquí a l'any 2000 cal invertir la tendència a l'augment en les taxes de tuberculosi respiratòria en la població autòctona.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença d'infecció i aconseguir una reactivació en el descens del risc anual d'infecció (RAI) en els nens de 6 a 7 anys d'edat.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Intervencions i accions prioritàries

La detecció i el tractament correcte de les persones amb tuberculosi activa són la clau per controlar de manera efectiva la malaltia.

La infecció pel VIH, l'ús de drogues, el consum excessiu d'alcohol, el tabaquisme, les migracions des de països amb prevalença de tuberculosi alta i algunes condicions de vida afavoreixen l'aparició de nous casos.

La tuberculosi continua sent una de les primeres causes de mort per malaltia infecciosa al món, tot i que és curable. La detecció i el tractament correcte (adequat i complet) de les persones amb tuberculosi activa, particularment els bacil·lífers, són la clau per controlar de manera efectiva aquesta malaltia.

La infecció pel VIH augmenta la incidència de tuberculosi activa mitjançant l'increment del risc de reactivació de la tuberculosi latent, de progressió ràpida a malaltia activa en els casos de tuberculosi recent i de reinfecció exògena.

L'ús de drogues, el consum excessiu d'alcohol i el tabaquisme són factors que afavoreixen l'aparició de nous casos de tuberculosi. D'altra banda, les migracions des de països on la prevalença de la tuberculosi és relativament alta, cap a àrees de baixa prevalença, contribueixen a incrementar la incidència d'aquest problema de salut en els països industrialitzats.

Un altre aspecte associat a la reaparició de la tuberculosi són les condicions de vida. Els interns de presons, els soldats i les persones institucionalitzades, en general, tenen un major risc d'infectar-se pel *Mycobacterium tuberculosis* o de patir altres malalties respiratòries si viuen en ambients poc ventilats i amb amuntegament. A més, moltes de les persones ingressades a la presó també estan infectades pel VIH o són usuàries de drogues.

El mal compliment del tractament per part dels infectats i malalts és una situació relativament freqüent, la conseqüència de la qual és la possible aparició de bacils farmacoresistents que agreugen el problema sanitari ja existent.

Les estratègies per a la prevenció i el control de la infecció i la malaltia tuberculosa han d'adreçar-se fonamentalment a trencar la cadena epidemiològica. Aquestes mesures són eficaces i eficients per al control de la tuberculosi, han estat especificades per l'OMS^{6,7} i poden resumir-se en els tres punts següents:

1. Identificar i diagnosticar els infectats i malalts de tuberculosi.
2. Tractar correctament els malalts, especialment aquells amb bacil·loscòpia positiva en l'esput.
3. Estudiar i tractar, si cal, els contactes íntims dels malalts amb bacil·loscòpia positiva en l'esput.

L'adquisició d'habilitats en el maneig del pacient tuberculós i la coordinació entre nivells i recursos assistencials són aspectes bàsics del procés d'atenció.

Per poder dur a terme aquestes accions és fonamental la formació continuada dels professionals sanitaris. Aquesta formació ha d'adreçar-se especialment a les noves generacions que no han adquirit experiència en el complex maneig del pacient tuberculós, atès que les actuals taxes de morbiditat de la tuberculosi no garanteixen l'adquisició de les habilitats necessàries. Cal, doncs, mantenir i millorar els seus coneixements i habilitats per a la prevenció, el diagnòstic precoç de la infecció i de la malaltia, el tractament correcte i l'estudi de contactes, en pacients amb simptomatologia compatible amb la de la tuberculosi o que pertanyen a grups de risc (individual o comunitari).

La coordinació adequada entre els diferents nivells i recursos assistencials és un altre aspecte a tenir present no només per millorar el procés d'atenció i contribuir a la recerca activa de casos, sinó també per proporcionar el suport correcte als malalts i als seus familiars.

Per tant, les intervencions i accions prioritàries que es proposen en el Pla de salut 1996-1998 són:

- Cribratge de la malaltia en els grups de risc (individual o comunitari) per tal de fer el diagnòstic i el tractament precoç dels casos.
- Identificació dels infectats en els grups d'alt risc (individual o comunitari) i generalització de la quimioprofilaxi supervisada en aquells casos que sigui factible.
- Tractament supervisat dels malalts bacil·lífers, especialment d'aquells que presenten factors de risc associats amb l'incompliment del tractament.
- Disseny d'activitats adreçades a evitar la infecció nosocomial als centres sanitaris.
- Millora de la vigilància epidemiològica de la malaltia per tal de disposar de dades de millor qualitat.
 - Promoció de la declaració dels casos i els estudis dels contactes.
 - Realització d'antibiogrames a les soques bacil·lars aïllades en malalts amb risc de presentar resistències (usuari de drogues per via parenteral, infectats pel VIH, pacients mal col·laboradors, interns en presons, fracassos terapèutics o recaigudes, immigrants d'àrees amb taxes de resistència altes, etc.) i als contactes dels malalts amb farmacoresistències demostrades.
- Educació sanitària dels malalts i els seus contactes per tal que consultin amb professionals sanitaris davant de simptomatologia suggestiva, prenguin correctament la pauta quimioteràpica o de quimioprofilaxi indicada i no adoptin actituds que afavoreixin l'aparició de bacils amb farmacoresistències.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, per tal de limitar la transmissió nosocomial de la tuberculosi en els centres sanitaris, el Departament de Sanitat i Seguretat Social haurà elaborat consensuadament amb els diferents professionals sanitaris implicats, les recomanacions sobre el maneig dels malalts bacil·lífers i les mesures específiques de prevenció i control de la tuberculosi entre el seu personal.

Avaluació

Existència i disponibilitat de les recomanacions.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres sanitaris, sociosanitaris, de salut mental i les institucions tancades de Catalunya, hauran incorporat les recomanacions sobre el maneig de malalts tuberculosos bacil·lífers i disposaran d'un protocol adaptat a les seves necessitats.

Avaluació

Existència i disponibilitat del protocol adaptat.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà realitzat el cribratge de la infecció i la malaltia tuberculosa en més del 90% dels usuaris de drogues per via parenteral que desitgin iniciar el tractament de manteniment amb metadona.

Avaluació

Proporció d'usuaris de drogues per via parenteral en programes de manteniment amb metadona als quals s'ha realitzat el cribratge de la infecció i la malaltia tuberculosa.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els usuaris de drogues per via parenteral que hagin resultat positius al cribratge de la infecció o la malaltia tuberculosa i es trobin en programes de manteniment amb metadona, rebran la quimioprofilaxi i la quimioteràpia antituberculosa adient, de manera supervisada i lligada a l'administració de metadona*.

Avaluació

Proporció d'usuaris de drogues per via parenteral infectats o amb tuberculosi 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, s'haurà realitzat el cribratge de la infecció i la malaltia tuberculosa al 95% de les persones ingressades en centres penitenciaris de Catalunya i s'haurà indicat el tractament, supervisat pels professionals sanitaris de presons, a aquells infectats o malalts que ho requereixin.

Avaluació

Proporció de persones ingressades en presons a les quals s'ha realitzat el cribratge de la infecció i la malaltia tuberculosa.

Proporció de persones amb tuberculosi ingressades en presons i amb quimioteràpia supervisada.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'elaboraran els protocols per a la prevenció i el control de la tuberculosi en el centres de salut mental de Catalunya, amb el consens dels diferents professionals implicats i basant-se en les recomanacions del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Existència i disponibilitat del protocol.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, es disposarà d'informació sobre els estudis de contactes realitzats en, almenys, el 75% dels malalts bacil·lífers notificats.

Avaluació

Proporció de malalts bacil·lífers notificats que disposen d'estudi de contactes.

* Aquest objectiu és parcialment comú amb els objectius corresponents dels apartats sobre infecció pel VIH i sida i de consum de drogues no institucionalitzades.

Referències bibliogràfiques

1. Zurita C, González-Vidalte C. Impacto de una campaña de erradicación sobre la epidemiología de la tuberculosis en España. *Rev Enf Torax* 1978; 27: 359-80.
2. Navarro R. Índices epidemiológicos de tuberculosis en España. *Rev Enf Torax* 1980; 29: 177-80.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La tuberculosi a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983.
4. Styblo K. La situation epidemiologique de la tuberculose et l'impact des mesures de lutte antituberculose. XXVème Conference Mondiale de l'UICT-3. *Bull Union Int Tuber* 1983; 58: 179-86.
5. Raviglione MC, Suiche PH, Rieder HL, Spinaci S, Kochi A. Secular trends of tuberculosis in western Europe: Epidemiological situation in 14 countries. WHO/TB/92. 170. Geneva, 1972.
6. World Health Organization. WHO Tuberculosis Programme. Tuberculosis control and research strategy for the 1990s. Geneva, 1990.
7. World Health Organization. WHO Tuberculosis Programme. First programme report (1989-1990) and future plan (1991-1995). WHO/TB/91. 159. Geneva, 1991.

14. Càries dental

La càries continua sent un problema d'alta prevalença en la població.

La càries dental és un problema de salut d'alta prevalença en el nostre país. Actualment s'accepta que l'etiologia de la càries és multifactorial. Les característiques de l'individu, la placa bacteriana cariògena i el substrat present en el medi bucal (dieta, saliva, etc.) són els tres elements fonamentals d'un sistema ecològic que, en trencar-se, determina l'aparició de la malaltia¹.

L'enquesta sobre prevalença de la càries entre els escolars de Catalunya², feta a una mostra d'alumnes de 1r, 6è i 8è d'EGB l'any 1991, va evidenciar que el 42% dels escolars no tenia història de càries. L'índex CAOD* als 6 anys era de 0,27, als 12 anys d'1,66 i de 2,46 als 14 anys. També es van observar diferències territorials en la prevalença de càries, sent Lleida la província que presentava l'índex CAOD més elevat amb un 2,2 per a tots els grups d'edat.

Aquests resultats mostren una important davallada en la prevalença de càries en la població escolar i posa de manifest una inflexió en la tendència creixent observada en la primera meitat dels anys vuitanta³, en l'aparició d'aquest problema de salut.

Taula 84

Evolució dels índexs de càries dental en la població escolar. Catalunya, 1979, 1984 i 1991

Edat	Índex cod*			Índex CAOD		
	1979	1984	1991	1979	1984	1991
6	2,67	2,41	1,34	0,55	0,38	0,27
12	0,48	0,39	0,43	2,66	2,98	1,66
14	0,12	0,04	0,06	3,78	5,02	2,46

* L'índex poblacional cod expressa el nombre de dents decidues (temporals) cariades i obturades per individu.

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevalença de càries entre els escolars de Catalunya, 1979, 1984 i 1991.

En la mateixa enquesta, es va posar de manifest que el percentatge d'escolars que declarava raspallar-se les dents diàriament era del 35%. La presència de la patologia anava associada de forma significativa en els casos en què l'hàbit higiènic no era diari o no es realitzava mai.

* L'índex poblacional CAOD expressa el nombre de dents permanents cariades (C), absents per causa de càries (A) i obturades (O) per individu.

Objectius generals de salut*

- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 50% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries.
- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 75% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries.
- D'aquí a l'any 2000 cal que l'índex CAOD en els escolars de 12 anys sigui inferior a 2.

Intervencions i accions prioritàries

En el període 1993-1995 del Pla de salut, les estratègies proposades en salut bucodental, se centraven en la prevenció de la càries, ressaltant especialment la detecció d'individus amb risc elevat de tenir càries entre els escolars i les dones gestants, la utilització preventiva del fluor i l'educació sanitària.

La càries es pot prevenir modificant un o més dels tres factors essencials en l'etiologia de la malaltia: augmentant la resistència de l'esmalt (fluor, segellats oclusius), alterant el substrat (intervenció en la dieta) i reduint o interferint els microorganismes en contacte amb les dents (fluor, higiene oral)^{1,4}.

L'eficàcia preventiva del fluor, tant per via sistèmica durant l'etapa de mineralització de l'esmalt com per via tòpica després de l'erupció de les dents, ha estat àmpliament demostrada^{5,6}. Tot i que l'acció del fluor, tant per via tòpica com per via sistèmica, protegeix l'esmalt de les càries, aquest efecte és menor en les cares oclusives que l'obtingut en les cares proximals. És per això, que resulta necessari utilitzar una tècnica preventiva de càries específica, com és el segellament de fissures i l'aplicació del gel de fluor, per a aquestes zones o localitzacions més vulnerables.

L'aplicació del fluor per via tòpica és una tècnica de fàcil maneig que és compatible amb qualsevol altre mètode preventiu i fins i tot, en potencia l'acció. L'efecte protector d'aquest mètode es prolonga, segons les estimacions, fins transcorreguts dos anys d'haver finalitzat un programa preventiu d'aquest tipus, que hagi durat almenys tres anys.

Els glopeigs amb solucions fluorades en els escolars té per finalitat promoure l'aplicació periòdica de fluor per via tòpica. És, per tant, un programa de prevenció d'ampli abast. Nombrosos estudis internacionals donen suport a la seva efectivitat. El percentatge estimat de reducció de la càries varia, segons aquests estudis, entre un 25 i un 50%. L'avaluació, quatre anys després de la implantació d'aquesta activitat a Catalunya, iniciada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social l'any 1982, va evidenciar una reducció de la càries superior al 25%⁷. El Pla de salut 1996-1998 proposa potenciar aquesta intervenció per millorar la cobertura del programa, assolida en els escolars d'educació primària i secundària.

Existeixen mesures preventives d'elevada sensibilitat i efectivitat per a la prevenció de la càries.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

La utilització preventiva del fluor, l'educació sanitària i la detecció d'individus de risc elevat de patir càries, són les principals mesures a impulsar en l'àmbit escolar i en l'atenció primària de salut.

La detecció d'individus de risc elevat de tenir càries, és la principal intervenció a realitzar des dels serveis sanitaris, recau especialment a l'atenció primària i s'adreça a la població escolar i a les dones embarassades. Té un caràcter fonamentalment preventiu, ja que a partir de la detecció de risc de tenir càries s'instauren una sèrie de mesures, com són el segellat de fissures, l'aplicació de fluor i de tècniques d'educació sanitària individual sobre la higiene oral i els hàbits alimentaris. El Programa de glopeigs amb solucions fluorades i la detecció d'individus amb risc elevat de tenir càries són intervencions proposades en el Pla de salut 1993-1995, i basades en el que estableix el Programa marc de salut bucodental⁸ a les àrees bàsiques de salut.

Si bé hi ha poca informació pel que fa a l'efectivitat del consell mèdic per canviar els hàbits d'higiene oral, i pel que fa al compliment de les recomanacions de limitar el consum d'aliments que contenen sucres refinats⁹, el *Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial* recomana que els professionals sanitaris aconsellin als pacients mesures d'higiene oral i de reducció del consum d'aliments rics en sucres refinats.

Per altra banda, cal continuar desenvolupant estratègies d'educació per a la salut bucodental a l'escola i activitats d'educació sanitària en la població general sobre mesures per a la prevenció de la càries.

Les enquestes epidemiològiques realitzades a Catalunya els anys 1979, 1984 i 1991 han permès conèixer l'evolució de la prevalença d'aquest problema de salut en la població escolar i han orientat les polítiques en salut bucodental en el nostre àmbit. La monitorització dels indicadors epidemiològics continua sent necessària per tal de conèixer l'evolució del problema en el territori i també per valorar l'impacte de les intervencions proposades.

Per al període 1996-1998 i per tal de mantenir la tendència a la disminució de la prevalença de càries observada a Catalunya, continuen vigents les intervencions proposades en el Pla de salut 1993-1995, tot reforçant i fent extensives les mesures per a la prevenció d'aquest problema de salut:

- Millora del compliment del programa de glopeigs de solucions fluorades a l'escola.
- Detecció d'individus de risc elevat de tenir càries, i aplicació de mesures preventives i assistencials d'acord amb les recomanacions⁸ per a l'atenció de la salut bucodental.
- Recerca epidemiològica sobre la prevalença de càries en la població escolar.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal aconseguir una cobertura d'un 75% del Programa de glopeigs amb solucions fluo-rades en els escolars de 6 a 13 anys.

Avaluació

Cobertura del Programa de glopeigs, en els escolars de 6 a 13 anys.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà realitzat el cribratge per a la detecció d'individus d'alt risc de càries, en el 65% dels nens de 6, 8, 10, 12 i 14 anys (1r, 3r, 5è de Primària; 1r i 3r d'ESO) atesos pels equips d'atenció primària (EAP) que disposin d'odontòleg.

Avaluació

Cobertura del cribratge per a la detecció d'individus d'alt risc de càries, assolida en els nens de 6, 8, 10, 12 i 14 anys (1r, 3r, 5è de Primària; 1r i 3r d'ESO) atesos pels EAP que disposin d'odontòleg.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal disposar d'informació poblacional relativa als escolars lliures de càries i la prevalença de càries en els escolars, per al conjunt de Catalunya i per regions sanitàries.

Avaluació

Percentatge de nens de 6 i 12 anys lliures de càries.

L'índex cod i CAOD als 6 i 12 anys.

Referències bibliogràfiques

1. Newbrun E. Cariology. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
2. Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salleras LI. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña. Arch Odont-Estomatol Prev y Comunit 1992; 4: 1-6.
3. Cuenca E, Manau C, Serra LI, Falgàs J, Taberner JL, Via JM et al. Salut bucodental. Salut Catalunya 1992; 2: 58-62.
4. Newbrun E, editor. Fluorides and dental caries. 3rd ed. Springfield: Thomas, 1986.
5. Granath L, MCHugh WD, editors. Systematized prevention of oral disease: Theory and practice. Boca Raton: CRC Press, 1986.
6. Ripa LW. Revisión de estudios clínicos sobre dentífricos a base de flúor de alta potencia. Arch Odont-Estomatol Prev y Comunit 1989; 2: 87-94.
7. Manau C, Cuenca E, Canela J, Salleras LI. Resultats preliminars de l'avaluació del Programa preventiu de càries entre els escolars de Catalunya. Salut Catalunya 1989; 3: 27-8.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa marc de salut bucodental a les àrees bàsiques de salut. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1990.
9. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.

15. Problemes de salut mental

Els trastorns mentals constitueixen un important problema de salut pública a causa de la seva prevalença, gravetat i transcendència social i econòmica.

Un dels estudis epidemiològics més coneguts és el del National Institute of Mental Health (NIMH) Epidemiologic Catchment Area (ECA)¹, basat en una mostra de la població de cinc àrees dels Estats Units. És un seguiment longitudinal en onades successives i que ha estudiat les característiques sociodemogràfiques, els diagnòstics de salut mental segons el DSM-III (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders III*) i els patrons d'utilització de serveis sanitaris per part de la població.

Els resultats d'aquest estudi² van mostrar que els trastorns mentals afecten el 22% de la població adulta americana i que un 2,8 % presenta un trastorn mental greu*. En relació amb la utilització de serveis^{3,4,5}, es va observar que un percentatge elevat de la població rep assistència per problemes mentals en l'àmbit de l'assistència primària i que existeix un major consum de serveis sanitaris per part dels pacients que presenten un major nombre de diagnòstics psiquiàtrics i de més gravetat. Entre el 16% i el 25% de totes les visites ambulatories van ser per un problema de salut mental, i pel que fa a les característiques sociodemogràfiques de la població, s'ha evidenciat que la gent gran i la de recursos econòmics més baixos, reben menys assistència especialitzada i presenten un major grau de necessitats no cobertes.

A l'Estat espanyol s'han realitzat diversos estudis epidemiològics transversals per tal de conèixer la distribució de la patologia mental en la població. La prevalença observada és del 8,1% al 19,2% en els homes i del 20,6% al 30,8% en les dones (taula 85).

Els trastorns mentals són una de les condicions que causen més patiment i incapacitat en la població, alhora que representen una càrrega greu per als pacients, les seves famílies i la societat.

Factors com ara el baix nivell d'instrucció, el baix nivell socioeconòmic i l'atur, estan associats amb un augment dels trastorns mentals.

Prevalença de trastorns psiquiàtrics a diferents estudis comunitaris realitzats a l'Estat espanyol per sexe

Taula 85

	Mostra	Edat	Tipus d'estudi	Instrument	Prevalença	
					Homes	Dones
Navarra ⁶ 1982	1.156	≥15	2 fases	GHQ/CIS	19,2	28,3
Cantàbria ⁷ 1987	1.232	≥17	2 fases	GHQ/PSE	8,1	20,6
Barcelona ^{8,9} 1987	811	≥16	2 fases	GHQ/PSE	15,9	30,8
Madrid ¹⁰ 1993	654	18/65	2 fases	GHQ/PSE	8,3	24,1

CIS: *Clinical Interview Schedule*.

PSE: *Present State Examination*.

GHQ30: *General Health Questionnaire*.

* Definició del Comitè d'Assignacions del Senat de malaltia mental greu: qualsevol trastorn mental present en el transcurs de l'últim any, que interfereixi seriosament en un o més aspectes de la vida quotidiana d'una persona.

Aquests estudis s'han efectuat en dues fases: primer s'utilitza un instrument de cribratge, el *General Health Questionnaire* (GHQ) de Goldberg, per determinar els possibles casos, i posteriorment es fa una entrevista psiquiàtrica, el *Present State Examination* (PSE) o el *Clinical Interview Schedule* (CIS), per confirmar els probables casos^{11,12}.

Les diferències en la prevalença de patologia mental per gènere, amb clar predomini entre les dones, és una troballa comuna en els estudis realitzats al nostre país. D'altra banda, hi ha factors com ara el baix nivell d'instrucció, el baix nivell socioeconòmic i l'atur, que estan associats amb un augment dels trastorns mentals¹³.

La magnitud del problema en l'atenció primària

Estudis epidemiològics realitzats en diversos països han evidenciat que almenys la quarta part dels pacients que arriben al metge general tenen algun malestar psíquic i que els problemes de salut mental són un motiu de consulta freqüent a l'atenció primària¹⁴.

L'Organització Mundial de la Salut ha completat un estudi sobre l'atenció de problemes de salut mental a l'atenció primària en 15 centres de diferents països. Els trastorns més prevalents són la depressió, l'ansietat, la dependència de l'alcohol i l'alcoholisme¹⁵.

En el nostre entorn, de la patologia mental que arriba a l'atenció primària, el 33,8% correspon a trastorns per ansietat, el 23% a trastorns depressius, el 19% a trastorns mixtos d'ansietat/depressió i el 9,4% a trastorns somatoformes. Aquests diagnòstics explicarien al voltant del 75% dels problemes de salut mental atesos a l'atenció primària. D'altra banda, els trastorns per consum d'alcohol i altres drogues representen el 4,7%¹⁶.

Existeix un cert consens en què la detecció de la morbiditat psíquica és insuficient. Diversos estudis (taula 86) mostren que la detecció dels trastorns psiquiàtrics per part del metge d'atenció primària és variable i se situa per sota del 50% dels casos.

Els trastorns més prevalents a l'atenció primària són la depressió, l'ansietat i els trastorns per consum d'alcohol.

Taula 86

Detecció de trastorns psiquiàtrics pel personal mèdic d'atenció primària

Autor	Any	País	Mostra	% detectat
Goldberg <i>et al.</i>	1987	Gran Bretanya	590	28,0
Von Korff <i>et al.</i>	1987	EUA	1.242	33,0
Bellantuono <i>et al.</i>	1987	Itàlia	170	37,0
Boardman	1987	Gran Bretanya	920	21,0
Marino <i>et al.</i>	1990	Itàlia	505	44,0
Ormel <i>et al.</i>	1991	Holanda	1.994	47,0
Chocrón <i>et al.</i>	1996	Catalunya	400	47,0

Font: Modificada de Chocrón *et al.*¹⁷

Els resultats d'un estudi transversal de prevalença de trastorn mental diagnosticada pel metge d'atenció primària efectuat recentment a Girona,¹⁷ evidencien que en el 53% de la mostra en què es va detectar algun trastorn mental, el metge general no havia establert cap diagnòstic psiquiàtric. El metge de capçalera no diagnostica en el 70% dels casos la distímia, els trastorns per ansietat generalitzada, el trastorn obsessiu compulsiu ni, en general, els trastorns adaptatius. En canvi, s'ha observat que els trastorns més diagnosticats són l'ús de substàncies psicoactives i d'alcohol (al voltant del 80%) i la depressió major (58,3% dels casos). El mateix estudi ha constatat que s'infradiagnostiquen precisament els trastorns que són menys suggerits pels pacients.

Altres treballs^{18,19} també mostren que els pacients que suggereixen problemes psicològics tenen una probabilitat set vegades superior que la seva depressió sigui diagnosticada, que aquells que no ho fan. D'altra banda els pacients amb malalties orgàniques greus tenen una probabilitat cinc vegades menor que la seva depressió sigui reconeguda pel metge d'atenció primària, que els que no les presenten.

Un altre aspecte a considerar en parlar de la detecció dels problemes de salut mental, és que al voltant del 95% dels pacients amb problemes de salut mental diagnosticables fan una demanda d'atenció no per problemes psicològics, sinó per problemes somàtics²⁰.

En el nostre entorn, diversos autors han dedicat especial atenció a les implicacions de la detecció insuficient i han apuntat la importància que el professional d'atenció primària reconegui de forma precoç els problemes de salut mental, així com les situacions que poden comportar un major risc de patir un trastorn mental, com són les anomenades transicions o crisis psicosocials (el dol, el divorci, l'atur, el fet de viure sol) i aquelles que poden constituir un risc de suïcidi (patir un trastorn mental, l'abús d'alcohol i drogues, i les crisis psicosocials). Aquest aspecte és de molta importància, atès que s'estima que les dues terceres parts dels problemes de salut mental, podrien ser tractats a l'atenció primària i que solament la resta dels casos requeriria atenció especialitzada¹⁴.

A la taula 87 es presenta la prevalença de patologia mental en població atesa a l'atenció primària de salut observada en diversos estudis realitzats a l'Estat espanyol que aporten informació sobre la magnitud del problema.

S'ha de destacar la importància que el professional d'atenció primària reconegui de forma precoç els problemes de salut mental.

Taula 87

Prevalença de patologia mental en població atesa en atenció primària a l'Estat espanyol								
Autor i any	Mostra	Edat	Ubicació	Tipus d'estudi	Instruments	Prevalença (%)		
						Homes	Dones	Total
Pavón ²¹ 1985			Saragossa rural	1 fase	CIS			24,0
García ²² 1985	491	15-65	Madrid ciutat	1 fase	GHQ28	22,7	41,2	27,0
Lafuente ²³ 1986	328	>14	Badia del Vallès	1 fase	GHQ28	34,8	47,4	42,9
Echeverría ¹⁶ 1993	1.559	>14	Saragossa ciutat	2 fases	GHQ28/PSE			27,0
Retolaza ²⁴ 1995	434	18-65	Basauri	2 fases		12,8	23,7	18,4
Chocrón ¹⁷ 1996	400	15-65	Girona	2 fases	GHQ28/CIS			38,7

GHQ: *General Health Questionnaire*.

PSE: *Present State Examination*.

CIS: *Clinical Interview Schedule* (entrevista estructurada original dels autors).

Els indicadors de salut mental a Catalunya

La mortalitat

L'anàlisi de la mortalitat²⁵ del període 1989-1993, pel que fa a les causes que estan més relacionades amb la salut mental mostra que:

- La taxa de mortalitat per suïcidi és de 6,5 per 100.000 habitants. S'observa un augment progressiu de les taxes de suïcidi a mesura que avança l'edat. Tanmateix, el suïcidi constitueix la quarta causa de mort en els grups de 15 a 24 anys. Per a tots els grups d'edat la taxa de mortalitat és quasi tres vegades superior en els homes que en les dones.
- La taxa de mortalitat per trastorn mental és de 22,1 per 100.000 habitants. De les causes de mortalitat incloses en aquest apartat, la psicosis orgànica senil i presenil explicaria la major part d'aquestes defuncions i té, en els majors de 74 anys, per ambdós sexes i en les dones, la seva major expressió.
- Pel que fa a la cirrosi, la mortalitat observada és de 22,3 per 100.000 habitants, i es produeix un important increment a partir del grup de 45 anys i continua augmentant en els grups de més edat.
- La taxa de mortalitat per abús de substàncies és de 5 per 100.000 habitants i té la seva major expressió en els homes i en els grups de població més joves (de 25 a 34 anys).

La morbiditat atesa

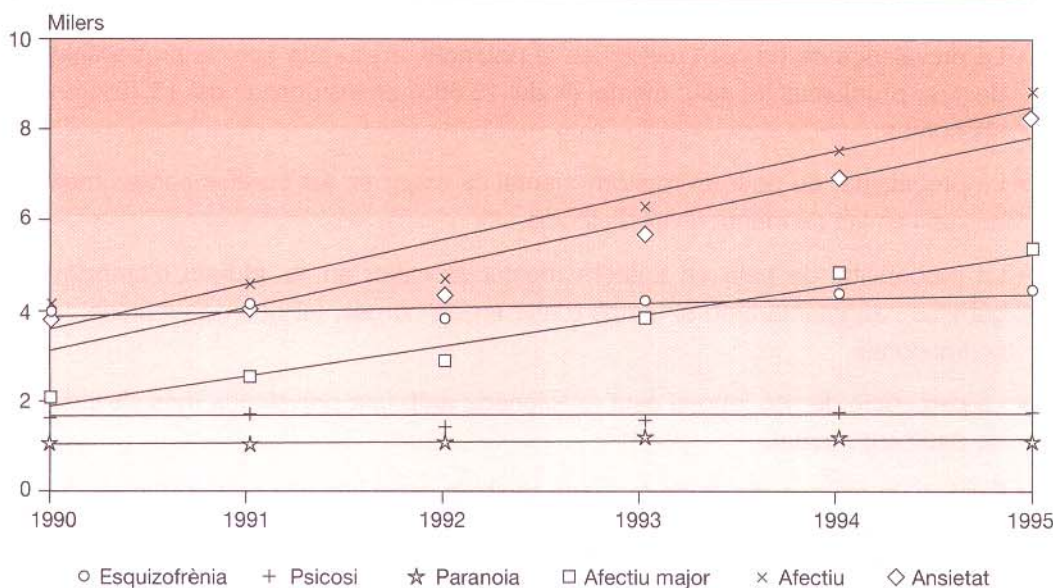
La informació disponible sobre els pacients adults atesos en els centres d'atenció primària de salut mental (CAPSM) a la província de Barcelona, corresponent als darrers sis anys (1990-1995) (gràfic 94), indica que hi ha una tendència a l'increment dels trastorns relacionats amb respostes patològiques a circumstàncies socials (trastorns afectius i trastorns d'ansietat) i una estabilització en la prevalença atesa de determinats trastorns mentals greus, com són l'esquizofrènia, la psicosi i la paranoia .

Malgrat aquesta estabilització observada, s'assumeix que es produeix una pèrdua de casos atesos, probablement deguda al fet que aquests malalts utilitzen els serveis de forma anàrquica i discontinua i que sovint no reconeixen la seva malaltia ni accepten els tractaments prescrits.

S'observa un increment de trastorns mentals relacionats amb respostes patològiques a circumstàncies socials.

Tendència del nombre de pacients atesos en centres de salut mental (per alguns diagnòstics). Província de Barcelona, 1990-1995

Gràfic 94



Font: Sistema d'informació d'atenció primària de la Diputació de Barcelona.

Pel que fa a l'hospitalització a Catalunya, les altes notificades l'any 1995 al conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) amb diagnòstics principals de trastorn mental, han estat 14.389 per part dels hospitals generals i 8.393 per part dels hospitals psiquiàtrics. Els diagnòstics més prevalents, agrupats segons la classificació de l'Agència de Política i Recerca de l'Atenció Sanitària (AHCPR), són els trastorns esquizofrènics (16,61%), la depressió i els trastorns afectius (16,01%), l'ansietat i els trastorns de la personalitat (8,90%) i els trastorns relacionats amb l'abús d'alcohol (8,46%).

Prevalença de problemes de salut mental en la població general

L'ESCA ha aportat informació sobre la prevalença dels problemes de salut mental en la població general.

Per tal de conèixer la prevalença de problemes de salut mental en la població general, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)²⁶ realitzada l'any 1994, va incloure el GHQ-12 en les enquestes fetes als individus que podien respondre per si mateixos, on quedaven exclosos els menors de 15 anys i els incapacitats per respondre.

La utilització d'un instrument de cribatge com el GHQ-12, ha permès obtenir informació sobre la prevalença dels problemes de salut mental en la població, mesurada en termes de probabilitat de ser cas. Es tracta d'un qüestionari que detecta fonamentalment dos tipus de trastorns: la incapacitat per continuar amb normalitat les activitats d'un individu "sa" i els fenòmens de nova aparició de naturalesa ansiògena, i les alteracions presents en el moment de l'entrevista (problemes recents). Tanmateix, és una aproximació al coneixement de la prevalença dels trastorns psiquiàtrics en la població.

Els resultats obtinguts²⁷ van evidenciar que:

- La prevalença de trastorn mental en la població, mesurada com la probabilitat de patir problemes de salut mental és del 18,60% en les dones i del 15,75% en els homes.
- La probabilitat de patir un trastorn mental és major en les classes socials més baixes i en les de menor nivell d'estudis.
- La probabilitat de patir un trastorn mental és major en els aturats d'ambdós gèneres i augmenta amb el temps d'atur en els homes, fet que no es presenta en les dones.
- La percepció de risc laboral està relacionada amb una prevalença més elevada de patiment mental.
- Existeix un major consum de recursos sanitaris associats a la probabilitat elevada de patiment mental, tant en la utilització de serveis com de medicaments. Així, l'oportunitat de visita a un professional sanitari els 15 dies previs a l'entrevista és major en els probables casos, tant en les dones com en els homes.
- S'observa que la probabilitat de patir trastorn mental és major en els homes bevedors de risc que en els que no ho són.

La probabilitat de patir problemes de salut mental és del 18,60% en les dones i del 15,75% en els homes.

La mesura de l'estat de salut autopercebut per part de la població ha evidenciat que l'ansietat/depressió és un problema que afecta al 13,7% de la població.

L'ESCA també va estudiar l'estat de salut autopercebuda de la població, mitjançant l'EuroQol, instrument de mesura de la qualitat de vida associada a la salut. S'ha observat que el 33,2% de la població manifesta tenir problemes en alguna de les dimensions mesurades en relació amb la qualitat de vida. Els problemes més declarats són el dolor/malestar (25%), l'ansietat/depressió (13,7%) i els relacionats amb la mobilitat (10,9%). Així mateix, s'observa que els individus que presenten una puntuació més alta en l'escala GHQ-12, tenen una pitjor percepció de l'estat de salut.

L'ús de medicaments

L'anàlisi de les dades del consum farmacèutic²⁸ mostra de manera indirecta la magnitud dels problemes de salut mental. Els antidepressius i les benzodiazepines apareixen entre els grups farmacològics més prescrits, i s'observa un increment en el seu consum.

El consum d'antidepressius en dosi per habitant i dia, s'ha incrementat durant el període 1993-1995 en un 48%. S'ha mantingut pràcticament constant l'increment dels antidepressius tricíclics i dels IMAO. Els increments observats es deuen bàsicament als nous tractaments amb fàrmacs de nova generació, principalment els inhibidors de la recaptació de serotonina, que han incrementat, durant aquest període, un 120%. Pel que fa al consum de benzodiazepines en dosi per habitant i dia ha incrementat un 15,9%, centrant-se el consum en les benzodiazepines d'eliminació ràpida.

El consum d'antidepressius en dosi per habitant i dia, s'ha incrementat durant el període 1993-1995 en un 48%.

El procés assistencial

La participació dels professionals assistencials* en la identificació de problemes mentals, ha permès recollir la seva percepció i opinió en relació amb aspectes susceptibles de millora pel que fa al procés d'atenció als pacients amb trastorn mental, i s'han identificat els àmbits de millora següents:

- La manca de coordinació i complementarietat entre els diferents serveis d'atenció a la salut mental, tant sanitaris com socials, dificulta la integritat i la continuïtat en l'assistència a les persones amb trastorns mentals severos (TMS).
- Dificultat per assegurar la continuïtat de l'atenció als pacients amb TMS per la manca d'acceptació dels tractaments, la manca de reconeixement de la seva pròpia malaltia i la utilització anàrquica que aquests malalts fan dels serveis sanitaris, fets que originen un adheriment insuficient d'aquests pacients als centres.
- L'atenció domiciliària als pacients amb TMS és una activitat poc desenvolupada des dels serveis de la xarxa de salut mental, la qual cosa no facilita l'adheriment dels pacients als serveis ni la identificació de necessitats en el seu entorn familiar.
- La noció d'atenció integral està poc incorporada en l'atenció als problemes de salut mental, la qual se centra bàsicament en els aspectes clínics individuals, amb objectius terapèutics focalitzats en el dèficit i que té una escassa consideració del context familiar i social.
- Els professionals d'atenció primària han de tenir a l'abast més eines per fer front a l'atenció dels problemes de salut mental. Principalment, les habilitats per a la realització de l'entrevista clínica i la capacitat per a la contenció i abordatge dels trastorns mentals.

* Grup de treball del Servei Català de la Salut per a la definició d'intervencions en salut mental per al període 1996-1998 del Pla de salut de Catalunya. Abril-juny de 1995.

- Hi ha dificultats a l'hora d'utilitzar els serveis comunitaris, la qual cosa no contribueix a facilitar la integració de les persones amb TMS en el seu entorn social i laboral.
- Manca de disponibilitat d'eines per a la valoració de la incapacitat i per al maneig de situacions complexes com són ara els tractaments involuntaris.
- Manca d'actuacions coordinades en l'atenció infantil i juvenil, entre els equipaments psicopedagògics, serveis socials i sanitaris, que impedeix una atenció integral i continuada dels pacients, que doni resposta global a les necessitats sanitàries, socials i educatives.

Intervencions i accions prioritàries

Les principals actuacions desenvolupades en l'àmbit de la salut mental durant el període 1994-1995 han contemplat la definició del model del Pla de serveis individualitzat (PSI), l'elaboració de programes preventius i assistencials adreçats a grups específics de població, i el desenvolupament dels sistemes d'informació (implantació del CMBDAH en els centres psiquiàtrics), la implantació d'un nou model de contractació de serveis de salut mental, la definició dels criteris de funcionament de les comissions regionals i l'establiment de diversos programes de col·laboració i suport interdepartamental.

S'ha d'avançar en la prevenció secundària i terciària dels problemes de salut mental, en el suport a les famílies, en el respecte dels drets dels pacients, en la coordinació de serveis, i en el desenvolupament de sistemes d'informació.

Per a aquest període d'aplicació del Pla de salut, es proposa avançar en la prevenció secundària i terciària dels problemes de salut mental, en el suport a les famílies, en el respecte dels drets fonamentals dels pacients, en la millora de la coordinació de nivells i serveis, així com en el desenvolupament del sistema d'informació en salut mental.

En l'atenció a la salut mental, els atributs propis de l'atenció primària (accessibilitat, longitudinalitat i globalitat)²⁹, fan que aquest nivell assistencial sigui clau. Constitueix el primer punt de contacte de l'usuari amb el sistema sanitari. Al llarg del temps s'estableix una relació entre la població i els professionals de l'atenció primària que permet el seguiment dels pacients al llarg de la seva vida i per tant existeix l'oportunitat de detectar els problemes precoçment, d'intervenir davant de problemes de salut o situacions de risc, fer-ne el seguiment oportú i, si escau, derivar el pacient als serveis especialitzats.

La detecció precoç dels trastorns de salut mental o de les situacions de risc, es essencial en l'evolució del problema.

Goldberg i Huxley³⁰ proposen un model que utilitza la teoria dels filtres per il·lustrar el camí que recorren les persones que pateixen problemes de salut mental en entrar en contacte amb els serveis sanitaris, i identifica l'atenció primària com un filtre essencial per a la detecció de problemes de salut mental i per a la derivació a la xarxa especialitzada dels casos que ho requereixen (gràfic 95).

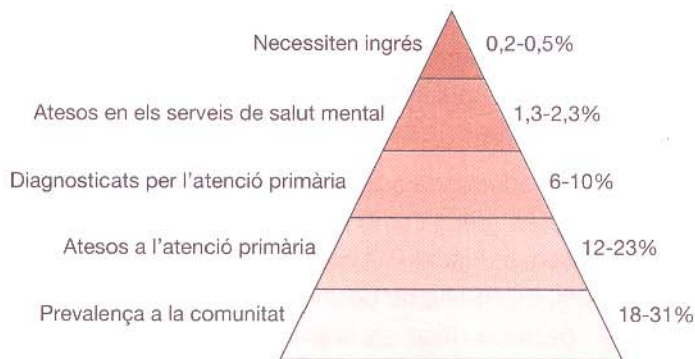
És important que els professionals de l'atenció primària reconeguin precoçment els símptomes relacionats amb els problemes de salut mental dels pacients que demanen atenció per qualsevol motiu. Així, segons les conclusions de Goldberg²⁰, cal millorar les habilitats dels professionals de l'atenció primària en la detecció

(especialment en l'entrevista clínica), el tractament dels problemes de salut mental i el treball coordinat amb els serveis de salut mental.

Per al proper trienni, es proposa avançar en la formació continuada dels professionals en tècniques d'entrevista clínica, en l'adopció de criteris comuns per a l'atenció als problemes de salut mental més freqüents, en el treball conjunt de la xarxa de salut mental i l'atenció primària de salut, prioritizant la interconsulta, i en la definició de criteris per a la coordinació entre la xarxa d'atenció primària, la xarxa de salut mental i els serveis socials.

Prevalença de trastorns mentals i recorregut dels usuaris pel sistema sanitari. Piràmide de Goldberg

Gràfic 95



La naturalesa dels trastorns mentals fa que la resposta assistencial pugui condicionar la remissió o bé l'evolució a un procés crònic. Per aquest motiu, la detecció i diagnòstic precoç i el tractament, des dels diferents àmbits assistencials, poden prevenir la cronificació d'aquests trastorns.

Determinats problemes de salut mental que es presenten durant l'etapa infantil i juvenil i que poden evolucionar cap a trastorns neuròtics i de la personalitat en l'edat adulta, milloren el seu curs evolutiu amb una detecció precoç i una intervenció clínica i pedagògica adient. És per aquest motiu que la població infantil i juvenil constitueix un grup prioritari d'actuació. Les actuacions que es proposen s'orienten a afavorir la prevenció secundària mitjançant la detecció precoç de les situacions de risc i l'atenció a la població amb trastorn mental amb alt risc de cronificació. Els equipaments bàsics com ara les escoles, l'atenció primària de salut i els serveis socials, són fonamentals en la detecció i la derivació als serveis especialitzats dels casos que ho requereixin.

Els equipaments bàsics com ara les escoles, l'atenció primària de salut i els serveis socials, són fonamentals en la detecció de problemes de salut mental en l'edat infantil i juvenil.

L'evolució dels problemes de salut mental no es relaciona solament amb les característiques intrínseques del trastorn sinó que la resposta assistencial i l'orientació de l'atenció incideixen directament en el curs del procés i poden determinar-ne la gravetat i la cronicitat. Per tant, per als pacients amb trastorn mental, la continuïtat en l'assistència és essencial. Aquest aspecte és especialment important en els

La coordinació entre nivells i serveis i l'adheriment dels pacients al centre de referència són elements clau per a la continuïtat assistencial.

pacients amb TMS. La desvinculació dels malalts del seu centre de referència, fa necessari que, des dels serveis, es desenvolupin mecanismes que permetin recuperar els pacients i reforçar la coordinació entre els centres de salut mental, els serveis d'hospitalització psiquiàtrica i els serveis d'urgències.

També, per tal de millorar la continuïtat assistencial, cal afavorir l'adheriment dels pacients augmentant l'acceptabilitat dels tractaments. Les mesures que es proposen en aquest sentit es basen en la informació (consentiment informat) i en la formació (tècniques psicoeducatives) dels pacients i les seves famílies.

La família, molt sovint com a representant de la sol·licitud d'assistència del pacient amb TMS, es troba molt implicada i en una situació d'interacció significativa amb la patologia del pacient. Això fa que jugui un paper molt important com a element coterapèutic actiu i que també se l'hagi de considerar com a població de risc. Tanmateix, en el nostre entorn, aquest és un aspecte del procés assistencial escassament desenvolupat i en relació amb el qual, aquest Pla proposa que els centres de la xarxa de salut mental implantin mesures específiques d'atenció i suport als pacients i a les seves famílies.

Per tal de donar una resposta més adequada a les necessitats dels pacients amb TMS amb repercussions psicosocials greus i amb una utilització de serveis múltiple i perllongada, es proposa desenvolupar el PSI com a instrument per a la millora de l'atenció a aquests pacients. EL PSI ha de permetre delimitar les necessitats i les capacitats individuals dels pacients, fixar els objectius terapèutics, coordinar les accions preventives, guardores, rehabilitadores i de suport, i definir els serveis sanitaris i comunitaris que cal utilitzar en cada cas.

Un dels objectius de l'atenció als pacients amb trastorn mental és aconseguir que el pacient tingui una forma de vida satisfactòria, malgrat les limitacions que comporta la malaltia³¹. La recuperació així entesa, no és possible al marge d'un sistema comunitari que afavoreixi la integració social, ultrapassant els àmbits d'actuació purament clínics. Requereix la participació dels diferents recursos de la comunitat, la qual cosa implica establir mecanismes de coordinació estrets a nivell del territori. Es tracta d'optimitzar la utilització dels recursos disponibles i promoure que l'entorn esdevingui favorable a l'acceptació de les discapacitats i limitacions que comporta la malaltia mental.

La naturalesa dels problemes de salut mental fa necessària l'acció coordinada dels diferents sectors, les institucions i la comunitat.

La naturalesa dels problemes de salut mental fa necessària l'acció coordinada dels diferents sectors, les institucions i la comunitat. Malgrat els esforços realitzats en els darrers anys, encara caldria progressar en la dotació i en la utilització dels recursos comunitaris i en la sensibilització i compromís de la societat, especialment en aquells àmbits on cal preservar especialment els drets fonamentals de les persones.

El coneixement de la prevalença dels problemes de salut mental a Catalunya és un element fonamental per a la millora de les actuacions de planificació en termes de salut i serveis en l'àmbit de la salut mental. Per tal d'avançar en aquest sentit, es proposen accions per millorar els sistemes d'informació i per desenvolupar línies de recerca específiques.

Les actuacions prioritàries a desenvolupar per al període 1996-1998 en l'àmbit de la salut mental són:

- La 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.
- La potenciació de la capacitat i les habilitats dels professionals de l'atenció primària per a la detecció precoç i l'atenció dels problemes de salut mental.
- La incorporació d'un apartat específic de salut mental en el Protocol de seguiment del nen sa.
- La definició de recomanacions per a l'atenció dels problemes de salut mental que es presenten amb més freqüència als serveis sanitaris.
- La cerca activa dels pacients amb trastorns mentals severos que s'han desvinculat dels serveis.
- L'establiment de mesures de suport a les famílies dels pacients amb trastorns mentals severos.
- El desenvolupament de mesures per tal d'avançar en el respecte dels drets dels pacients amb trastorns mentals, especialment pel que fa al consentiment informat i a la valoració de la competència mental.
- La definició de recomanacions per millorar la coordinació entre els diferents nivells i serveis sanitaris i socials.
- El desenvolupament dels sistemes d'informació per millorar el coneixement de la prevalença dels problemes de salut mental de la població infantojuvenil i adulta.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'assolirà una implantació del Programa mínim de col·laboració i suport entre els equips d'atenció primària i els de salut mental que inclogui la interconsulta periòdica amb un especialista de referència en el 75% de les àrees bàsiques de salut.

Avaluació

Evolució del percentatge d'àrees bàsiques de salut on s'ha implantat el Programa mínim de col·laboració i suport.

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

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut definirà, amb la participació de professionals, recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental que es presenten amb més freqüència en els serveis sanitaris.

Avaluació

Existència de les recomanacions.
Activitats de difusió realitzades.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut definiran, amb la participació de professionals, un apartat específic de salut mental que s'incorporarà en els Protocols de medicina preventiva en l'edat pediàtrica i en el Protocol d'atenció a l'embaràs, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Activitats de difusió realitzades.
Existència de l'apartat específic en els protocols.

4. Durant l'any 1997, el Servei Català de la Salut definirà, amb la participació de professionals, els criteris per a la definició de població de risc de trastorns mentals severos en la població infantil i juvenil.

Avaluació

Existència dels criteris.
Activitats de difusió realitzades.

5. Durant l'any 1997 i successius, s'implantaran i s'avaluaran sis programes de coordinació de les actuacions dels diferents equipaments territorials, d'acord amb la Comissió Interdepartamental per a la coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat, adreçades als infants i adolescents.

Avaluació

Avaluació dels programes implantats.

6. Durant l'any 1997 i successius, el Servei Català de la Salut implantarà progressivament el registre poblacional de trastorns mentals severos.

Avaluació

Grau d'implantació del registre de trastorns mentals severos.

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el 90% de centres de salut mental disposaran d'un sistema per a la identificació de la població amb trastorns mentals severos atesa i aplicaran, de manera progressiva, accions específiques per millorar l'adheriment i seguiment dels pacients desvinculats del centre.

Avaluació

Percentatge de centres de salut mental que disposen d'un sistema d'identificació de la població amb trastorns mentals severos atesa.

Valoració de l'efectivitat de les mesures.

8. Durant l'any 1997, el Servei Català de la Salut haurà elaborat i difós, amb la participació dels professionals, les recomanacions per a l'atenció als pacients amb trastorns mentals severos que hauran d'incloure mesures específiques en relació amb la informació i el suport als pacients i les famílies, la integració social i la coordinació de la xarxa de salut mental amb altres recursos sanitaris i socials.

Avaluació

Existència de les recomanacions per a l'atenció als trastorns mentals severos.

Activitats de difusió efectuades.

9. Durant l'any 1997 i successius, s'iniciarà la implantació progressiva en els serveis de salut mental de les recomanacions per a l'atenció als pacients amb trastorns mentals severos definits pel Servei Català de la Salut.

Avaluació

Evolució dels centres de salut mental que utilitzen programes específics per a l'atenció als pacients amb trastorns mentals severos.

Valoració de la satisfacció dels pacients i famílies.

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, el Servei Català de la Salut haurà dut a terme la implantació del Pla de serveis individualitzat en sis sectors sanitaris.

Avaluació

Evolució de la cobertura assolida en l'aplicació del Pla de serveis individualitzat.

Valoració de la prova pilot de l'aplicació del Pla de serveis individualitzat.

11. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, les regions sanitàries hauran definit els fluxos de pacients amb trastorns mentals severos, especialment pel que fa als ingressos hospitalaris i l'atenció urgent, entre els diferents nivells i serveis sanitaris i socials amb la finalitat de garantir la continuïtat assistencial.

Avaluació

Anàlisi i valoració de la implantació dels criteris de coordinació territorial.

12. Durant l'any 1997 i successius, els centres de dia de la xarxa de salut mental, aplicaran els criteris per a la rehabilitació dels pacients amb trastorns mentals severos, definits pel Servei Català de la Salut.

Avaluació

Valoració dels resultats de les mesures adoptades.

13. Abans de l'any 2000 el Servei Català de la Salut desenvoluparà línies de recerca en relació amb la formació continuada i l'aplicació de les recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental, que permetin identificar els resultats de les estratègies proposades en l'àmbit de l'atenció primària per potenciar la detecció i atenció als problemes de salut mental.

Avaluació

Prevalença de trastorns mentals atesa a la xarxa d'atenció primària.

Aplicació de les recomanacions per a l'atenció als trastorns mentals en l'atenció primària.

14. Abans de l'any 2000, el Servei Català de la Salut efectuarà un estudi epidemiològic amb base poblacional sobre els trastorns mentals a Catalunya.

Avaluació

Resultats de l'estudi.

Referències bibliogràfiques

1. Regier DA, Myers JK, Kramer M et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major obstacles and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-41.
2. National Advisory Mental Health Council. Health care reform for Americans with severe mental illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 10.
3. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer ChE, Leaf PJ, Orvaschel H et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 959-67.
4. Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, Von Korff M, German PS, Tischler GL et al. Utilization of health and mental health services: three Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 971-78.
5. Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring needs for mental health services in a general population. *Med Care* 1985; 23: 1033-43.
6. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Madoz Jáuregui V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65: 161-70.
7. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego Rodríguez C, Menéndez Arango J et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-41.
8. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenech J, Martin S. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). *Informaciones Psiquiátricas* 1987; 107: 11-40.
9. Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Gispert R. Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). 2a fase. *Informaciones Psiquiátricas* 1990; 120: 111-30.
10. Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). A: *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1993: 221.
11. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970; 24: 18-23.
12. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *Measurement and classification of Psychiatric Symptoms*. New York: Cambridge University Press, 1974.
13. Vázquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF, Liaño A. Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1991; 19: 62-76.
14. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ, GZEMPP. *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento E.A.D.G.* Madrid: Luzán, 1993.

15. Üstun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. New York: John Wiley and Sons, 1995.
16. Pérez-Echeverría MJ, GEMPPZ (AP). Evaluación multiaxial de pacientes en atención primaria: el estudio epidemiológico de Zaragoza. XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática; 1993; Zaragoza.
17. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramírez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-8.
18. Tylee AT, Freeling P, Kerry S. Why do general practitioners recognise major depression in one woman patient yet miss it in another? *Br J Gen Pract* 1993; 43: 327-30.
19. Tylee A. Why general practitioners detect depression in one patient, and miss it in another? [MD thesis]. London: University of London, 1994.
20. Golberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiol Rew* 1995; 17: 182-90.
21. Pavón Puey A. Trastornos psiquiátricos entre los pacientes médicos de un medio rural aragonés [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1985.
22. García S, Vara LA, Otero A. Identificación y cuantificación de los trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Aten Primaria* 1985, 4: 213-8.
23. Lafuente A, Garcés P, Lafuente C, Romera M, Roura P, Serra L. Prevalencia de trastornos psiquiátricos menores en asistencia primaria. VII Reunión Científica de la SEE; 1988; San Sebastián.
24. Retolaza A, Márquez I, Ballesteros J. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 15: 593-608.
25. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat (1989-1993). Explotació específica per al Pla de Salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
26. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
27. Rajmil L, Roset M, Segura A. La salut mental a Catalunya (Enquesta de salut de Catalunya 1994). L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-13/95).
28. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. Anàlisi del consum de medicaments en el període 1993-1995. Sistemes d'informació de farmàcia. Barcelona, 1996. (No publicat.)
29. Starfield B. Primary Care. Concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.
30. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a biosocial model. London: Tavistock/Routledge, 1992.
31. 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.

16. Diabetes mellitus

La diabetes *mellitus* (DM) és un problema creixent de salut pública, tant en els països desenvolupats com en els que estan en vies de desenvolupament. És una de les causes principals de mortalitat, invalidesa i elevat cost sanitari. A més és una de les primeres causes de morbiditat atesa i un dels principals factors de risc de les malalties cardiovasculars.

La taxa de mortalitat per DM a Catalunya, l'any 1994, va ser de 19,8 per 100.000 habitants (16,0 per 100.000 en els homes i 23,4 per 100.000 en les dones). Cada any a Catalunya es produeixen al voltant d'unes 1.200 defuncions per DM.

La prevalença de DM tipus II a la població de Catalunya de 30-89 anys, l'any 1994, era del 10,3%, dada que equivaldria al 6% de tota la població. Aproximadament dos de cada tres diabètics són coneguts.

Segons la informació dels estudis més recents sobre complicacions tardanes en la DM tipus II, se sap que aproximadament el 13% tenen cardiopatia isquèmica, el 5% accident vascular cerebral, l'11% vasculopatia perifèrica, el 29% retinopatia, el 2% amaurosi, el 33% nefropatia i el 20% neuropatia perifèrica. Pel que fa als factors de risc, un 41% són hipertensos ($\geq 160/95$), un 50% tenen un índex de massa corporal superior a 27 i un 16% són fumadors. Del total de casos que entren anualment en tractament substitutiu renal, un 18% són deguts a la DM, i representen el 8% dels casos prevalents a 31/12/1995. A més dels casos en què la DM ha estat la malaltia renal primària, un 5% dels malalts amb tractament substitutiu renal presenta la DM com a malaltia acompanyant.

Pel que fa a la DM tipus I, a Catalunya, cada any es produeixen entre 280-300 nous casos en persones de 0-29 anys, cosa que representa una incidència de 10,7 casos per 100.000 habitants i any en aquest grup d'edat, i d'11,4 casos per 100.000 habitants i any en el grup de 0-14 anys.

De la informació procedent del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) se sap que a Catalunya, l'any 1993, es varen produir 5.347 altes hospitalàries on la DM consta com a diagnòstic principal amb una estada mitjana d'11,6 dies; del total d'aquestes altes, 318 (5,9%) foren degudes a cetoacidosis. En 24.274 altes, la DM constava en qualsevol dels diagnòstics; d'aquestes, 856 (3,5%) eren per infart agut de miocardi i 562 (2,3%) corresponien a amputacions.

La diabetes *mellitus* és una de les causes principals de morbimortalitat i un dels principals factors de risc de les malalties cardiovasculars.

Les complicacions tardanes de la diabetes *mellitus* més freqüents són la nefropatia, la retinopatia i la neuropatia perifèrica.

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%.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

- 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

Les intervencions proposades en el Pla de salut 1993-1995 en relació amb la diabetis *mellitus* es basaven en activitats de detecció i control dels factors de risc, la promoció d'hàbits saludables i l'adopció i difusió de criteris comuns mínims.

Segons l'estudi de l'avaluació de la incorporació de les activitats preventives del Pla de salut 1993-1995¹ en l'atenció primària, en el 45% de les històries clíniques de la població adulta atesa pels equips d'atenció primària (EAP) consta la xifra de glucèmia i, en el 17,3% hi consta el diagnòstic de diabetis *mellitus*. Pel que fa als pacients diagnosticats de diabetis *mellitus*, en el 88% de les històries clíniques consta la xifra de tensió arterial, en el 77% el colesterol, en el 78% l'hàbit tabàquic i el 75% tenen anotat el pes. D'altra banda, la xifra de glucèmia consta en el 70% de les històries clíniques dels pacients hipertensos, en el 77% dels diagnosticats d'hipercolesterolemia, en el 44% dels fumadors i en el 60% dels obesos.

El consell assistit individualitzat i la sensibilització de la població general sobre els canvis o modificacions en els estils de vida (especialment la promoció de l'exercici físic i el control del pes) són mesures eficaces en la prevenció de la diabetis *mellitus* tipus II.

La manca d'un bon control metabòlic és un dels principals determinants de l'aparició de les complicacions tardanes de la diabetis *mellitus*. Per tant, és desitjable que la majoria dels diabètics es trobin a la franja de control òptim o acceptable, recollida en els esmentats criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus*².

L'èxit en el maneig de la diabetis *mellitus* té un component personal associat als coneixements i les actituds que els pacients desenvolupen envers la seva malaltia. Com en altres problemes de salut crònics, l'educació continuada dels diabètics, adreçada a promoure la motivació i el reforçament a llarg termini, ha de formar part important del tractament.

La retinopatia diabètica és la principal causa de ceguesa en la població en edat laboral en els països industrialitzats. Per aquest motiu la Declaració de St. Vincent³ considera el cribratge d'aquesta complicació de la diabetis *mellitus* com una prioritat. De la mateixa manera, en els criteris comuns mínims per a l'atenció a la diabetis *mellitus*² es recomana l'exploració periòdica de l'estat visual de les persones amb diabetis *mellitus*. D'altra banda, la presència concomitant d'altres factors de risc cardio-

La promoció de l'exercici físic i el control del pes són mesures eficaces de prevenció de la diabetis *mellitus*.

L'educació continuada dels diabètics, adreçada a promoure la motivació i el reforçament a llarg termini, ha de formar part important del tractament.

El cribratge de la retinopatia diabètica és una prioritat.

vascular, com la hipertensió, les dislipèmies o el tabaquisme, han de ser considerats i tractats per aconseguir reduir la morbiditat i la mortalitat associades a la diabetis *mellitus*.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en el Pla de salut 1996-1998 són:

- 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 operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'utilitzarà el protocol de detecció de la diabetis gestacional, almenys en el 80% dels serveis d'atenció i seguiment de l'embaràs.

Avaluació

Grau d'utilització del protocol.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà reduït per sota del 10% el nombre de pacients diabètics atesos amb valors d'HbA_{1c} superiors al 10%.

Avaluació

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

6. 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. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Unitat de Pla de Salut i Avaluació. Avaluació de les activitats preventives en la xarxa reformada d'atenció primària. Barcelona, 1996. (No publicat.)
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. 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.

17. Problemes de salut osteoarticulars

Els trastorns osteoarticulars o reumàtics fan referència a les malalties no traumàtiques de l'aparell locomotor i a les que es manifesten de forma predominant en aquest aparell, és a dir, les malalties del teixit connectiu¹. Per a moltes d'aquestes malalties el dolor és el símptoma principal. La patologia osteoarticular, i especialment la patologia mèdica de l'aparell locomotor, és molt sovint un problema de salut crònic.

La prevalença de la patologia reumàtica en la població general és alta i l'augment en l'esperança de vida i l'envelliment de la població fan preveure'n un increment.

La prevalença de la patologia reumàtica en la població general és alta i l'augment en l'esperança de vida i l'envelliment progressiu de la nostra població fan preveure un increment de la freqüència d'aquestes malalties. Alguns autors estimen que, en el decurs d'un any, gairebé el 40% de la població desenvolupa algun tipus de dolor reumàtic². Estudis realitzats en el nostre país mostren que, de les persones que sol·licitaven assistència mèdica a l'atenció primària per tenir dolor, més de la meitat manifestaven que el dolor es localitzava en l'aparell locomotor^{3,4}.

L'any 1990 es va dur a terme l'estudi *Reumatos '90*⁵ que va proporcionar informació sobre la problemàtica socio sanitària de les malalties reumàtiques a l'Estat espanyol. La prevalença d'aquestes malalties en la població de més de 15 anys és del 13%. La malaltia reumàtica més freqüent és l'artrosi, amb una prevalença del 43% (29,4% en els homes i 52,3% en les dones), seguida del dolor localitzat a la columna vertebral (39%). La morbiditat percebuda va ser d'un 12,7% a la població general i d'un 27,5% en la població de més de 60 anys. Pel que fa a la percepció de l'estat de salut, un 20% de les persones entrevistades manifestava alguna forma d'incapacitat i dependència per al desenvolupament de les activitats de la vida diària.

Gairebé un terç de la població catalana adulta manifesta patir artrosi.

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)⁶, realitzada l'any 1994, va revelar que un 32,2% de la població de més de 15 anys manifestava patir artrosi (el 23,6% dels homes i el 39,5% de les dones). Pel que fa a la restricció de l'activitat durant el darrer any, el 28,2% dels enquestats referia que el motiu de la restricció era un problema de salut osteoarticular; quan la restricció es va mesurar en els darrers quinze dies, la proporció d'afectats va ser del 16%.

Les malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu representen el 12% de les visites realitzades pels metges generals d'atenció primària⁷. Quant a la freqüentació hospitalària, aquest grup diagnòstic suposa el 6% d'altres dels hospitals d'aguts de Catalunya l'any 1994, amb una estada mitjana de 8,1 dies⁸. Pel que fa al consum de fàrmacs relacionats amb la patologia osteoarticular, el consum d'antiinflamatoris no esteroïdals (AINE) per via sistèmica va ser de 27,8 dosis diàries definides (DDD) per 1.000 habitants i dia, que equival a un 3% de tota la població catalana consumint una DDD d'AINE cada dia (aquesta proporció seria més elevada si s'excloués la població infantil)⁹.

Els pacients reumàtics presenten dolor crònic i, moltes vegades, problemes socials i laborals que afegixen complexitat al maneig d'aquesta patologia.

Les persones amb aquest problema de salut són, en general, malalts crònics amb dolor físic, acompanyat moltes vegades de patiment psíquic, i presenten de manera associada, problemes socials que poden tenir repercussions de tipus econòmic (baixes laborals, declaracions d'incapacitat laboral, invalideses, etc.). L'afectació

no només biològica sinó també psicològica i social, afegeix complexitat a l'hora de fer el diagnòstic correcte i el tractament eficaç d'aquesta patologia. Amb tot, actualment, les malalties reumàtiques s'identifiquen millor i es poden pal·liar de manera més efectiva.

Intervencions i accions prioritàries

Les intervencions proposades en el Pla de salut 1993-1995 en relació amb la patologia osteoarticular, es basaven en activitats de detecció i seguiment d'aquest problema de salut i en la coordinació entre professionals sanitaris i nivells assistencials. En aquest sentit, es van definir els criteris comuns mínims (CCM) per a l'atenció a la lumbàlgia i a la gonàlgia amb la participació i el consens de professionals sanitaris i societats científiques. A les regions sanitàries, els CCM s'han difós i s'han adaptat a protocols que contempen els aspectes relacionats amb el diagnòstic i el tractament i els criteris de derivació. La coordinació entre nivells assistencials es va preveure en els contractes per a la compra de serveis.

La freqüència de les malalties reumàtiques i les seves característiques de cronicitat, dolor, disminució de la qualitat de vida i augment de la demanda assistencial, requereixen una actuació sistematitzada i globalitzadora, amb participació i col·laboració, tant multidisciplinària com entre nivells d'atenció sanitària, de la mateixa manera que es fa amb altres malalties cròniques en les quals s'ha demostrat que aquest abordatge és viable.

Atesos els trets diferencials i la relativa complexitat per al diagnòstic, el tractament i el control dels problemes de salut inclosos en la patologia osteoarticular, és necessari un plantejament assistencial on hi hagi implícita la idea d'equip i de coordinació entre els diferents professionals (equip d'atenció primària, reumatòleg, traumatòleg i rehabilitador) amb l'objectiu de consensuar actuacions, racionalitzar recursos, evitar duplicitats, assegurar la continuïtat de l'atenció i resoldre satisfactòriament els problemes de salut osteoarticulares. De fet, a Catalunya, ja s'estan portant a terme experiències d'aquest tipus amb el treball conjunt dels professionals dels diferents nivells assistencials^{10,11}.

La formació continuada dels professionals sanitaris, preferentment en els propis serveis assistencials, continua sent cabdal a l'hora d'actualitzar i augmentar els coneixements i les habilitats, i d'afavorir les actituds positives sobre la patologia mèdica de l'aparell locomotor. En aquest sentit, i per tal de millorar el procés assistencial, cal que els professionals sanitaris disposin de la informació necessària per poder basar la seva pràctica en l'evidència científica.

Les persones amb problemes de salut osteoarticulares i els seus familiars han de conèixer les característiques clíniques i les possibilitats terapèutiques i de rehabilitació d'aquesta patologia. Aquest coneixement és fonamental per afavorir la integració dels pacients al seu entorn habitual i minimitzar les conseqüències que se'n deriven.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en el Pla de salut 1996-1998 són de continuïtat pel que fa al procés d'atenció a aquests pacients, però fan

Les malalties reumàtiques requereixen una actuació sistematitzada i globalitzadora, amb participació de tots els nivells d'atenció sanitària.

Les persones amb problemes de salut osteoarticulares i els seus familiars han de conèixer les possibilitats terapèutiques i de rehabilitació per afavorir la integració dels pacients al seu entorn habitual.

especial èmfasi en aspectes d'eficiència i qualitat assistencials i de sensibilització, formació i informació dels professionals sanitaris i de la població:

- Continuitat de les accions que requereixen la participació i el consens entre els professionals sanitaris, com ara la definició de criteris comuns mínims.
- Difusió als professionals sanitaris de la informació basada en l'evidència científica que els permeti proporcionar una atenció satisfactòria i utilitzar adequadament les proves diagnòstiques i les indicacions terapèutiques.
- Sensibilització i conscienciació de la població demandant i dels professionals sanitaris sobre el caràcter crònic de gran part dels problemes de salut osteoarticulars, la complexitat del seu tractament i les possibilitats de millora.
- Potenciació del paper del nivell especialitzat com a suport de l'atenció primària.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es continuaran definint criteris comuns mínims per a l'atenció de la patologia osteoarticular amb la participació i el consens dels diferents professionals sanitaris dels nivells assistencials implicats.

Avaluació

Existència dels criteris i valoració de la metodologia emprada per a la seva definició.

2. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es difondrà als professionals sanitaris vinculats a l'atenció dels problemes de salut osteoarticulars, la informació existent i la que es generi sobre criteris comuns mínims, guies, recomanacions i d'altres per a l'ús de proves i tecnologies diagnòstiques i la prescripció de fàrmacs relacionats amb la patologia osteoarticular.

Avaluació

Grau de coneixement de la informació existent^{12,13,14} i de la que es generi durant el període de vigència del Pla de salut.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es promouran les iniciatives i els mecanismes de col·laboració i suport que incloguin la interconsulta periòdica entre els equips d'atenció primària i el nivell especialitzat de referència.

Avaluació

Valoració de les memòries dels equips d'atenció primària.

Referències bibliogràfiques

1. Comité de Estrategias de la Sociedad Española de Reumatología. Reflexiones sobre la realidad de la especialidad y líneas de acción futuras de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1994; 21: 205-13.
2. Wood PH. Epidemiological aspects of rheumatic diseases and their relevance to clinicians. *Baillieres Clin Rheumatol* 1987; 1: 437-53.
3. Bosch F, Toranzo I, Baños J. A survey of pain complaints and treatment by general practitioners in the Spanish Public Health Organization. *Clin J Pain* 1990; 6: 206-11.
4. Bosch F, Rodríguez de la Serna A, Toranzo I, Baños JE. Características y tratamiento del dolor musculoesquelético en atención primaria. *Rev Esp Reumatol* 1993; 20: 319-26.
5. Sociedad Española de Reumatología (SER), Liga Reumatológica Española (LIRE), Gabinete Pfizer de Recursos Humanos. *Reumatosis'90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España*. Madrid: Pfizer, 1992.
6. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
7. Bolívar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C. Morbiditat atesa en l'atenció primària. Informe del registre ANAC-II. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. *Altes dels hospitals d'aguts de Catalunya 1994*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. *Anàlisi del consum de medicaments en el període 1993-1995. Sistemes d'informació de farmàcia*. Barcelona, 1996. (No publicat.)
10. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. *Memòries i informes sobre les unitats de Reumatologia de la DAP Just Oliveras i de la DAP Baix Llobregat Centre (Regió Sanitària Costa de Ponent)*. L'Hospitalet de Llobregat, 1996. (No publicat.)
11. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Barcelona Ciutat. *La reumatologia en el nou model d'atenció especialitzada a Ciutat Vella*. Barcelona, 1996. (No publicat.)
12. Sampietro-Colom L, Almazán C, Granados A. *Avaluació de la densitometria òssia*. Barcelona: Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques; 1993. Núm. IN93005.
13. Grup català de la calcitonina. *La calcitonina en el tractament de l'osteoporosi idiopàtica*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica; 1995. Núm. IN95002.
14. 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.

18. Medi ambient i higiene dels aliments

El medi ambient i la higiene dels aliments són àmbits prioritaris d'actuació per tal de protegir la salut de la població.

L'evidència dels efectes que determinats factors ambientals de tipus físic, químic i biològic tenen sobre la salut de les persones i de la comunitat, i la possibilitat d'actuar de forma efectiva per tal de protegir la salut i prevenir els efectes negatius, fan que el medi ambient i la higiene dels aliments siguin àmbits prioritaris sobre els quals el Pla de salut fixa objectius i intervencions.

Segons el registre de malalties de declaració obligatòria, la incidència de les malalties infeccioses de transmissió hídrica i/o alimentària disminueix o es manté en els darrers anys. La taxa d'infecció de l'hepatitis A ha passat del 7,4 per 100.000 habitants l'any 1992 al 2,8 per 100.000 habitants l'any 1995. La taxa per enteritis i diarrees oscil·la en el mateix període i se situa entre els 5.200 i 5.800 casos anuals per 100.000 habitants. Pel que fa a la febre tifoide i paratifoide oscil·la entre 30 i 50 casos anuals, amb una taxa de 0,5 casos per 100.000 habitants l'any 1995. La incidència de brucel·losi ha continuat disminuint i en els darrers anys se situa al voltant dels 140 casos anuals, amb una taxa de 2,3 casos per 100.000 habitants l'any 1995.

Les toxiinfeccions alimentàries són els brots declarats amb una freqüència més gran i suposen aproximadament el 50% del total de brots.

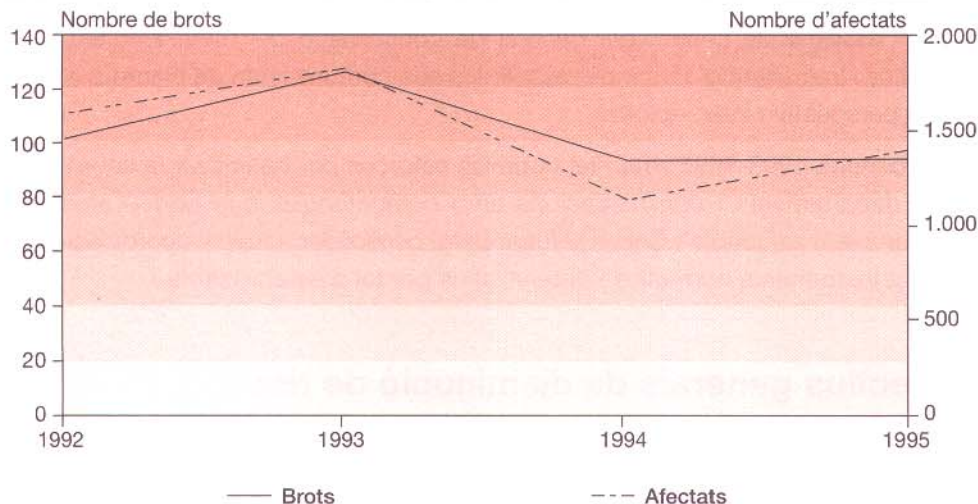
Les toxiinfeccions alimentàries (TIA) continuen sent els brots declarats amb una freqüència més gran i suposen aproximadament el 50% del total de brots epidèmics notificats a Catalunya. Quant a l'àmbit de localització de les TIA, el de l'hospital i el familiar representen l'any 1995 un percentatge molt similar (al voltant del 40%), tal com va ocórrer durant l'any 1994 i a diferència d'anys anteriors, en què l'àmbit familiar presentava el percentatge més elevat de brots. Les diferents serovarietats de la salmonel·la han estat la causa més freqüent. Quant a l'aliment vehicular, la maionesa ha estat el més implicat, seguit del peix/marisc. Entre els factors que han contribuït a la seva aparició destaquen la manipulació poc higiènica dels aliments, l'emmagatzematge i la conservació incorrectes, la conservació a temperatura ambient, la separació inadequada d'aliments crus i cuinats i la preparació de menjars amb molta antelació.

Els efectes sobre la salut de la contaminació química dels aliments i del medi són una preocupació creixent.

D'altra banda, es detecta una preocupació creixent per la contaminació química dels aliments i del medi, per la utilització inadequada de productes fitosanitaris i zosanitaris i per l'emergència de zoonosis com ara les toxiinfeccions alimentàries per *Escherichia coli* enterhemorràgic (0157:H7) i les relacions entre l'encefalopatia espongiforme bovina i la malaltia de Creutzfeldt-Jakob.

**Brots epidèmics declarats per toxiinfeccions alimentàries.
Catalunya, 1992-1995**

Gràfic 96



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

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.
- 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 contaminació química dels aliments derivada de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Medi ambient saludable

Cal consolidar la coordinació entre departaments i administracions mitjançant instruments normatius i organitzatius.

Les actuacions per avançar cap a un entorn mediambiental més saludable no es poden deslligar de l'estratègia general de conservació del medi ambient, i els objectius i la manera d'actuar per assolir-los són comuns i han de plantejar-se des d'una perspectiva intersectorial.

En el període 1993-1995 s'han fet notables esforços per optimitzar la coordinació entre departaments i administracions amb competències que poden afectar el medi ambient saludable*. Cal en el futur, però, consolidar aquesta coordinació mitjançant instruments normatius i organitzatius per tal d'estabilitzar-la.

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 de Catalunya.
- D'aquí a l'any 2000 cal controlar sanitàriament el 100% dels assentaments humans.

Intervencions i accions prioritàries

En el període 1993-1995 s'han continuat desenvolupant les actuacions per a la millora de la qualitat de les aigües de subministrament públic i el control dels equips d'ús col·lectiu i dels assentaments humans no permanents, com també l'avaluació del risc de les activitats classificades, i s'ha posat en marxa el Programa de gestió intracentre de residus sanitaris. Així mateix, s'ha treballat en l'actualització de la informació sobre els factors ambientals que poden tenir una repercussió en la salut de la població. Aquestes actuacions són intervencions que cal seguir desenvolupant i per a les quals, atès que són de continuïtat i sistemàtiques, no es marquen objectius específics per al període 1996-1998.

És especialment rellevant avançar en la col·laboració estable entre el Departament de Medi Ambient i el Departament de Sanitat i Seguretat Social per treballar, fona-

* Organismes clau amb els quals s'estableix la coordinació del Departament de Sanitat i Seguretat Social en relació amb el medi ambient saludable: Junta de Residus i Junta de Sanejament (Departament de Medi Ambient), Junta d'Aigües (Departament de Política Territorial i Obres Públiques), Departament d'Agricultura, Ramaderia i Pesca, Direcció General d'Administració Local, Direcció General de l'Esport, Secretaria General de l'Esport.

** Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

mentalment, en l'intercanvi d'informació d'utilitat per ambdós departaments i el desenvolupament de programes de vigilància ambiental i de la salut de la població.

En el Pla de salut 1996-1998, a més de donar continuïtat a les actuacions que desenvolupen les xarxes de vigilància i els programes específics de control sanitari del medi ambient ja existents, s'inclou com a nou àmbit de treball el control relacionat amb els plaguicides d'ús ambiental i d'ús a la indústria alimentària.

- Optimització de la vigilància i seguiment de la qualitat sanitària de les aigües de consum públic.
- Control dels equiptaments d'ús col·lectiu i dels assentaments humans no permanents, en aquells aspectes que puguin tenir una incidència sanitària.
- Control intracentre dels residus sanitaris.
- Elaboració d'un programa específic per al control de les empreses aplicadores de plaguicides d'ús ambiental i d'ús a 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 nivells de microcontaminants orgànics a 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. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran establert les bases per a la minimització dels residus en els centres sanitaris i per a la gestió correcta dels residus químics en aquest àmbit.

Avaluació

Existència dels protocols de gestió dels residus químics.

4. Abans de la finalització dels període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran establert les línies generals d'actuació per al control de les empreses aplicadores de plaguicides d'ús ambiental i d'ús a la indústria alimentària.

Avaluació

Existència dels protocols d'actuació.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran consolidat els circuits establerts per a la coordinació interdepartamental dels diversos àmbits d'actuació de la sanitat ambiental.

Avaluació

Àmbits d'actuació per als quals s'han establert línies estables de coordinació.

Higiene dels aliments

La preocupació pels temes de salut alimentària ha anat creixent i és comuna a tots els països, i la garantia sanitària dels aliments ha esdevingut una exigència irrenunciable dels consumidors. A més, les toxiinfeccions humanes d'origen alimentari no decreixen amb el desenvolupament econòmic, social i sanitari.

En la concepció actual de salut alimentària, la salubritat ha deixat de considerar-se un factor més de la qualitat dels aliments per adquirir el caràcter de condició prèvia. Els sistemes utilitzats per assegurar la salubritat dels aliments estan evolucionant ràpidament des d'un sistema clàssic, fiscalitzador i basat en el control dels productes finals, a un altre que prioritza el control en l'origen i que implica les mateixes indústries alimentàries. Aquesta nova orientació permet superar un dels principals inconvenients del sistema tradicional: la manca d'intervenció directa de les mateixes empreses en la seguretat alimentària. Mitjançant el seu autocontrol, les indústries alimentàries perden el paper secundari que han tingut en el passat i guanyen protagonisme en la consecució de la garantia de salubritat.

El fet que l'Administració supervisi el primer control sanitari, que correspon a l'industrial, és una de les novetats més importants que ha aportat la normativa sanitària de la Unió Europea respecte de les normes clàssiques en salut alimentària de l'Estat espanyol.

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 al bestiar de promotors de creixement il·legals.
- 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.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

La garantia sanitària dels aliments ha esdevingut una exigència irrenunciable dels consumidors.

Intervencions i accions prioritàries

En el període 1993-1995 s'ha continuat l'adaptació de les indústries del sector alimentari a les normes de vigilància alimentària d'acord amb les directrius comunitàries. S'ha continuat, també, la vigilància i el control regular de les instal·lacions i dels processos alimentaris, la formació adreçada als manipuladors d'aliments, la informació i l'educació sanitària dels responsables d'empreses i d'establiments alimentaris i el foment de l'autocontrol; concretament, s'han fixat els criteris per al desenvolupament dels programes d'autocontrol en els sectors de la carn, de la llet, del peix i de la preparació de menjars per a col·lectivitats.

La recent entrada en vigor de la Directriu 93/43 de la Unió Europea, que estableix les normes generals d'higiene dels productes alimentaris, fa que les normes sanitàries de la Unió Europea s'estenguin a tots els sectors alimentaris. L'adaptació de les indústries i activitats alimentàries a aquesta norma suposarà un esforç considerable dels agents sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social durant els propers anys. L'adopció de sistemes d'autocontrol per part dels industrials serà clau en la consecució d'una major seguretat alimentària en el futur.

- Vigilància i control sanitari de les indústries i establiments alimentaris que elaboren, manipulen i distribueixen aliments.
- Adaptació sistemàtica de tots els establiments alimentaris a les normes sanitàries de la Unió Europea.
- Foment i impuls de l'adopció de sistemes d'autocontrol per part de les indústries i establiments alimentaris.
- Formació dels manipuladors d'aliments.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, totes les indústries del sector de la llet s'hauran d'haver adaptat a la normativa sanitària comunitària.

Avaluació

Percentatge d'indústries adaptades a la normativa.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, cal que el 100% de 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.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'establiran les bases tècniques i legals per a la reordenació de l'estratègia de l'actual sistema d'educació dels manipuladors d'aliments, d'acord amb la Directriu 93/43/CEE.

Avaluació

Existència de l'informe de bases tècniques i de la normativa.

4. 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 del creixement il·legals al bestiar.

Avaluació

Existència de l'informe dels resultats de la investigació.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'implementarà i es durà a terme un programa de vigilància sobre l'encefalopatia espongiforme bovina i l'*scrapie* de l'oví i el cabrum als escorxadors de Catalunya.

Avaluació

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

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

Aquest apartat tracta dels problemes de salut relacionats amb la reproducció i/o que es produeixen en determinades etapes de la vida. Es divideix en dues parts: la primera tracta dels problemes de salut i situacions de risc relacionats amb la sexualitat a l'adolescència, la salut maternoinfantil –que inclou l'embaràs, el part i el puerperi–, i la salut dels infants, i la segona tracta de la salut de la dona en la menopausa.

Problemes de salut relacionats amb la maternitat i la infància

Durant els darrers anys ha continuat la millora dels indicadors del nivell de salut maternoinfantil, seguint la tendència que s'ha produït al llarg de tot aquest segle. La mortalitat infantil l'any 1993 és de 5,7 morts per 1.000 nascuts vius i la mortalitat perinatal se situa en 7,9 morts per 1.000 naixements. Així mateix, la mortalitat materna en els darrers anys es manté en molts pocs casos anuals¹.

Les principals causes de mortalitat infantil són les perinatals i les anomalies congènites. La primera causa de mortalitat per afeccions perinatals és la prematuritat. Els problemes respiratoris (asfíxia i *distress*) ocasionen també bona part d'aquestes morts. Quant a la mortalitat per anomalies congènites, les cardíques són les més importants².

A l'etapa infantil, en el grup de població d'1 a 4 anys, les dues primeres causes de mort són les lesions i els emmetzinaments, i les anomalies congènites, que constitueixen prop del 50% de les morts. Dels 5 als 14 anys, la primera causa continuen sent les lesions i els emmetzinaments, seguida de les neoplàsies; ambdues causes produeixen el 60% de les morts.

L'anàlisi de la mortalitat infantil del període 1989-1993 per regions sanitàries mostra algunes diferències significatives. Concretament, la mortalitat infantil de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat és més elevada que la de Catalunya i la de la Regió Sanitària Costa de Ponent és inferior.

Un indicador que ens aproxima al coneixement de l'embaràs no desitjat és la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)³. L'any 1994, la taxa d'avortament de dones de 15 a 44 anys residents a Catalunya és de 6,9 per 1.000 dones i la raó d'avortament és de 17,3 per 100 nascuts vius⁴. Tant la taxa com la raó d'avortament de Catalunya ocupen una posició intermèdia entre les dels diversos països europeus.

El percentatge més elevat d'avortaments es produeix en les dones de 20 a 24 anys (27,4%), el 14,9% tenen menys de 20 anys i el 5,5%, 40 anys o més. La taxa d'IVE en dones joves ha augmentat en els darrers anys, que ha passat de ser l'any 1991 d'1,08 per 1.000 dones de 14 a 17 anys, a 2,27 per 1.000 dones del mateix grup d'edat l'any 1994. La major part de les dones que se sotmeten a una IVE no són

Seguint la tendència que s'ha produït al llarg de tot aquest segle, els darrers anys ha continuat la millora dels indicadors de mortalitat maternoinfantil.

Les principals causes de mortalitat infantil són les perinatals i les anomalies congènites.

Les lesions i emmetzinaments, les anomalies congènites i les neoplàsies són les principals causes de mort en el grup d'1 a 14 anys.

La taxa d'avortaments en dones joves està augmentant en els darrers anys.

usuàries de centres de planificació familiar. En el període 1990-1994 la proporció de dones que han avortat i que no havien anat en els darrers dos anys a un centre de planificació familiar, ha passat del 44,7% al 65,5%. També cal destacar l'augment del percentatge de dones que havien tingut algun avortament anterior (17,6% l'any 1990 i 22% l'any 1994).

Pel que fa a la morbiditat dels infants, els problemes de salut més importants que s'observen en el moment del naixement² són la prematuritat i el baix pes, les hipòxies perinatals i les infeccions. Les anomalies congènites que es detecten més freqüentment són les cardíques i les musculoesquelètiques. La proporció de nadons de baix pes en néixer, així com la d'embarassos preterme han experimentat un cert augment en els darrers anys. El baix pes en néixer ha passat del 5,8% l'any 1993 al 6,5% l'any 1995 i els embarassos preterme, del 5,5% al 6,1% respectivament.

En relació amb la morbiditat percebuda per la població, els resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA⁵) mostren que el 16,6% dels infants menors de 15 anys (declarat per un familiar o responsable de l'infant) ha patit almenys un accident durant el darrer any, dada que és més elevada en els nens que en les nenes i en els de més edat respecte als de menor edat. En el 4,2% dels infants la percepció de l'estat de salut és regular o dolenta. D'altra banda, el 23,7% dels familiars enquestats manifesten que l'infant pateix o ha patit una o més malalties cròniques. Cal destacar que s'han trobat diferències en la percepció de l'estat de salut, en la declaració de malalties cròniques i en la restricció d'activitats segons la classe social a què pertanyen, i són les més desfavorides les que es troben en pitjor situació de salut.

La morbiditat atesa en els centres hospitalaris d'aguts⁶ l'any 1994 suposa una taxa d'hospitalitzacions dels menors de 15 anys de 71,9 per 1.000 i és, en tots els grups d'edat, superior en els nens que en les nenes. El grup d'edat amb la taxa més alta és el de menors d'1 any, amb 389,4 hospitalitzacions per 1.000 infants. Aquesta taxa va disminuint a mesura que augmenta l'edat, i és de 34,8 en el grup de 10 a 14 anys.

Analitzades les causes d'hospitalització, en el primer any de vida ocupen el primer lloc les hospitalitzacions per problemes de salut perinatals, seguides de les malalties de l'aparell respiratori i de l'aparell digestiu. En el grup d'1 a 14 anys, les malalties de l'aparell respiratori, les malalties de l'aparell digestiu i les lesions constitueixen els principals diagnòstics d'alta hospitalària.

Cal esmentar que part dels ingressos hospitalaris per malalties de l'aparell respiratori, com són la pneumònia i l'asma, són evitables ja que, en general, no es produïrien si els pacients haguessin rebut una atenció primària adequada. En aquest sentit, un estudi sobre hospitalitzacions evitables⁷ en la població de 0 a 14 anys a Catalunya mostra que, pel que fa als diagnòstics seleccionats⁸, entre el 5 i el 15% pertanyen a patologies que es poden considerar potencialment evitables. Destaquen, especialment, les hospitalitzacions per asma que constitueixen més d'una quarta part del total de les hospitalitzacions evitables per a aquest grup d'edat.

Al voltant d'una quarta part dels infants pateix o ha patit una o més malalties cròniques i una proporció important ha tingut almenys un accident durant el darrer any.

Una part de les hospitalitzacions, especialment les degudes a l'asma, són generalment evitables si els infants tenen accés a una atenció primària adequada.

Els resultats d'un estudi sobre la variabilitat en les taxes d'hospitalització per determinats procediments quirúrgics⁹ van mostrar que el procediment en el qual s'observa una variabilitat més gran entre àrees geogràfiques és l'amigdalectomia. L'any 1994, el 73,7% de les amigdalectomies corresponien a menors de 15 anys.

Així mateix, hi ha una gran variabilitat en la pràctica mèdica pel que fa a la realització de parts amb cesària. L'any 1993, la proporció de cesàries sobre el total de parts als centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)² era del 20,4%, i s'observava una elevada variabilitat entre centres (del 3% al 36%). Aquesta proporció és superior a la de països del nostre entorn com són França (13,8%, 1990) i Alemanya (15,7%, 1990).

Pel que fa al consum de medicaments, es disposa també de la informació proporcionada per l'ESCA. En relació amb els dos dies anteriors al moment de fer l'enquesta, prop d'una quarta part dels infants d'entre 0 i 14 anys estava prenent un o diversos medicaments. Segons categories socials, s'observa més consum de medicaments a mesura que es pertany a una categoria social més desfavorida.

En el nostre entorn hi ha una gran variabilitat en la pràctica clínica per a determinats procediments, com és per exemple la realització de parts amb cesària.

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 de 4 per 1.000.

Intervencions i accions prioritàries

Al nostre país, tot i que la mortalitat materna i la mortalitat infantil són baixes, es considera que en part són morts evitables si existeix una atenció de qualitat^{10,11}. Pel que fa a la morbiditat, es produeix un nombre important de complicacions en els embarassos, en el part i en el puerperi que també són susceptibles de ser reduïdes si es millora el procés d'atenció. D'altra banda existeixen desigualtats en salut condicionades pel nivell socioeconòmic i la qualitat de l'atenció. Per tant, les intervencions que es proposen desenvolupar durant el període 1996-1998 van dirigits a millorar aquesta situació.

Tot i que la mortalitat materna i la mortalitat infantil són baixes, es produeix un nombre important de complicacions en els embarassos, en el part i en el puerperi.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

Salut maternoinfantil

L'educació sanitària, dirigida especialment als adolescents, és la intervenció proposada per a la reducció dels embarassos no desitjats.

La captació precoç de les dones gestants, el diagnòstic prenatal d'anomalies congènites, la promoció d'hàbits saludables i la detecció de factors de risc, i la protocol·lització de l'atenció a l'embaràs, el part i el puerperi, són mesures a potenciar durant els propers anys.

En relació amb la salut maternoinfantil es proposa disminuir els embarassos no desitjats, especialment de les dones adolescents. Els embarassos no desitjats poden tenir efectes adversos tant per als fills com per als pares. En el cas de les adolescents hi poden haver molts més riscos de patir complicacions maternes i neonatals¹¹. L'embaràs no desitjat també es considera un factor de risc pel que fa als maltractaments infantils i a la negligència en la cura dels infants, i en relació amb problemes del comportament i/o de l'aprenentatge en edats més tardanes. La intervenció que es proposa per reduir els embarassos no desitjats és l'educació sanitària, especialment l'adreçada als adolescents. Aquesta intervenció també ha de contribuir a reduir els efectes adversos de l'embaràs no desitjat¹², com són el baix pes en néixer i, en general, la mortalitat i la morbiditat infantil i també les IVE.

Pel que fa a les dones gestants, és fonamental la captació precoç de l'embaràs en el primer trimestre per tal de millorar la detecció de problemes de salut i situacions de risc. El diagnòstic prenatal d'anomalies congènites, mitjançant les ecografies morfològiques, el cribratge bioquímic i les proves invasives, depenent de les indicacions adequades per a cada cas, és la intervenció proposada per a la disminució d'aquests problemes de salut.

En relació amb les activitats de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites proposades en el Pla de salut 1993-1995, s'ha continuat l'aplicació del diagnòstic prenatal d'anomalies congènites amb tècniques invasives a les embarassades majors de 35 anys i s'han revisat els criteris del protocol de diagnòstic prenatal amb el consens de professionals. També s'han desenvolupat activitats de formació de personal en la tècnica de l'ecografia per millorar les habilitats en la detecció de malformacions congènites.

També s'ha continuat el cribratge de la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme congènit, i s'ha assolit una cobertura pràcticament total dels infants nascuts a Catalunya i el control i seguiment de tots els casos diagnosticats. Aquestes darreres actuacions continuen sent prioritàries malgrat que no es plantegin objectius operacionals per al període 1996-1998.

Els hàbits i estils de vida són factors que condicionen l'evolució de l'embaràs. Per aquest motiu es proposa fer èmfasi en la detecció i el consell educatiu en relació amb el consum de tabac, alcohol i altres drogues, i en general, la promoció d'hàbits i estils de vida saludables, dirigits a les dones, tant en l'etapa pregestacional com durant la gestació^{11,13}.

La qualitat de l'atenció prenatal repercuteix de forma molt important en els resultats en salut maternoinfantil. L'evidència científica mostra que existeix relació entre la qualitat de l'atenció prenatal i determinats resultats en salut com són, la mortalitat perinatal, el baix pes en néixer i la prematuritat, les complicacions neonatals i les complicacions maternes¹³. Per tant, en relació amb aquests problemes, la intervenció proposada és l'adopció de criteris comuns d'actuació per a l'atenció a l'embaràs al part i al puerperi, amb la finalitat d'impulsar l'aplicació d'estàndards de qualitat a tots els centres.

També caldrà millorar la qualitat de la informació sobre la mortalitat infantil i perinatal, atès que existeix un infraenregistrament d'aquestes morts, verificat per la recerca activa de morts hospitalàries a Catalunya l'any 1993. Les dades de mortalitat exposades en aquest apartat són les corregides d'acord amb els resultats de la recerca. Així mateix, existeix la hipòtesi d'infraenregistrament de les complicacions de l'embaràs, del part i del puerperi com a causes de morts maternes, que hauria de ser verificada. Per tant, per al proper període es proposa millorar la informació i aprofundir en el coneixement de les característiques i els factors assistencials de cada mort perinatal i maternal. Aquesta informació permetrà introduir millores en el procés d'atenció¹⁴.

Així mateix, s'ha d'avançar en la definició de l'indicador de baix pes en néixer i relacionar-lo amb l'edat gestacional.

Les intervencions relacionades amb la salut maternoinfantil que són tractades en altres apartats del Pla de salut fan referència a:

- La vacunació de la rubèola a les dones en edat fèrtil seronegatives.
- La detecció precoç de la diabetis gestacional i el tractament adequat per reduir les complicacions fetals.
- La detecció precoç de la sífilis, l'hepatitis B, la infecció per *Neisseria gonorrhoeae*, la infecció per *Chlamydia trachomatis* i la infecció pel VIH en les dones gestants.
- Mesures per a l'atenció a les dones embarassades amb infecció per VIH o amb sida.

Salut dels infants i els adolescents

Els infants presenten unes característiques pròpies com són la vulnerabilitat en el seu desenvolupament, la dependència dels adults i la morbiditat diferent a la dels adults¹⁵, que requereixen una atenció sanitària especialment sensible. La manca de detecció d'un entorn de risc o de problemes de salut latents poden comprometre el desenvolupament de les capacitats intel·lectuals, emocionals i físiques, de forma irreversible.

La pràctica d'activitats preventives adreçades als infants pren, per tant, especial èmfasi. En aquesta línia, la intervenció que es proposa durant l'etapa infantil és continuar l'aplicació del Programa de seguiment del nen sa, en la línia proposada en el Pla de salut 1993-1995. Actualment aquest protocol s'està aplicant pràcticament a totes les àrees bàsiques de salut (ABS). Tanmateix, cal impulsar-ne l'aplicació a tota la xarxa d'atenció primària. També s'ha d'avançar a avaluar la qualitat de la seva aplicació i continuar desenvolupant les activitats del Programa de salut escolar.

En relació amb els adolescents, l'accés a les activitats preventives i de promoció de la salut ha de ser especialment facilitat des dels diferents serveis (atenció primària, planificació familiar, escoles, espais, entre d'altres). En aquest sentit, cal

La millora de la informació sobre la mortalitat perinatal i materna permetrà progressar en la identificació de factors assistencials que són susceptibles de millora.

Les activitats preventives i de promoció de la salut adreçades als infants i als adolescents han de constituir una activitat central en l'atenció primària de salut. Els centres de planificació familiar, les escoles i els espais, entre d'altres, són també punts clau per a l'oferta d'activitats d'educació per a la salut.

incrementar l'oferta d'activitats d'educació per a la salut des dels serveis sanitaris i les escoles.

Una línia d'intervenció per als propers anys és la millora de la detecció i el tractament dels problemes de salut mental dels infants en l'àmbit de l'atenció primària. La prevalença d'aquests problemes en la població infantil atesa a l'atenció primària és elevada, segons estudis realitzats en altres països. D'acord amb alguns autors, la prevalença atesa se situa al voltant del 22%, i s'estima que el 40% dels nens tenen risc de desenvolupar trastorns mentals¹⁵. Per a aquest trienni, es proposa elaborar un apartat específic de salut mental per incorporar-lo en els Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica*.

En el nostre medi s'observa una gran variabilitat de la pràctica mèdica quant a la prescripció de medicaments, l'hospitalització, els procediments quirúrgics i l'atenció a determinades malalties, com és, per exemple, l'asma infantil. Per tal d'avançar en la millora de la qualitat del procés d'atenció pediàtrica caldrà impulsar línies d'avaluació i recerca en aquest àmbit.

En relació amb la salut dels infants i dels adolescents, el Pla de salut proposa intervencions que són tractades en altres apartats del Pla:

- La millora de la detecció i de l'atenció als maltractaments infantils i a la prevenció dels accidents en els infants i els adolescents.
- L'elaboració i l'adopció de criteris comuns d'actuació per a l'atenció de l'asma infantil.
- La millora del compliment del Programa de glopeig de solucions fluorades i la raspallada dental a les escoles.
- La vacunació de la població infantil, d'acord amb el calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en aquest apartat i que es concreten en objectius operacionals a desenvolupar durant el trienni 1996-1998, són:

- L'educació sanitària per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables.
- La detecció prenatal d'anomalies congènites.
- L'adopció de criteris comuns d'actuació per a l'atenció a l'embaràs, el part i el puerperi.
- La millora de la implantació del Programa de seguiment del nen sa.
- La millora de la qualitat de la informació sobre la mortalitat infantil, perinatal i materna.

Un element fonamental a tenir en compte en el desenvolupament de totes les intervencions proposades per al trienni 1996-1998 és la desigualtat en salut de determinats grups de població. Atès que les poblacions amb nivells socioeconòmics més desfavorables presenten un pitjor estat de salut, les dones gestants pertanyents a

* Vegeu l'apartat 14 sobre problemes de salut mental.

aquests grups tenen més risc de tenir resultats adversos de l'embaràs pel que fa a la mortalitat perinatal, al baix pes en néixer, a la prematuritat i a altres problemes de salut de la mare. Si bé totes les dones són potencialment beneficiàries d'una millora de l'atenció prenatal, són les dones pertanyents als grups més desfavorits les que poden obtenir guanys superiors en salut¹³. Igualment, els nens i nenes que pertanyen als grups més desfavorits tenen major risc de presentar problemes de salut que comprometen el seu creixement i desenvolupament a llarg termini.

D'altra banda, l'anàlisi territorial per regions sanitàries i per sectors ha posat de manifest diferències en la mortalitat i la morbiditat infantils, que s'hauran de tenir en compte per adequar l'oferta de serveis a les necessitats i, especialment, a les dels grups de població més vulnerables¹⁶.

La població amb nivell socioeconòmic desfavorable és un grup de població prioritari per a l'aplicació de les intervencions proposades en l'àmbit de la salut maternoinfantil.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'augmentarà progressivament l'oferta d'activitats d'informació sexual i reproductiva dirigida als joves, especialment als menors de 18 anys, en els serveis integrats en el Programa d'atenció a la dona (PAD) i en tots aquells que ofereixin activitats de planificació familiar.

Avaluació

Nombre de PAD, de centres de planificació familiar i altres serveis d'atenció a la dona, que disposen d'una línia jove d'informació i consell sanitari telefònic. Evolució del nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs en usuàries de serveis de planificació familiar.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres on es dona atenció maternal aplicaran el Protocol d'atenció a l'embaràs del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Nombre de centres on es dona atenció maternal que apliquen el protocol. Percentatge d'històries clíniques d'embarassades, on consta el nombre adequat d'ecografies durant tot l'embaràs, d'acord amb els criteris del protocol.

3. 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 d'atenció a l'embaràs del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

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

Percentatge d'històries clíniques d'embarassades on consta l'hàbit tabàquic, el consum d'alcohol i altres drogues, i els hàbits alimentaris.

4. 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 on consta que s'ha fet l'ecografia d'estudi morfològic entre les 18 i 20 setmanes de gestació.

5. 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 d'atenció a l'embaràs del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Avaluació

Percentatge d'embarassos d'alt risc coneguts.

Percentatge de parts de risc atesos en les unitats del nivell adequat 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.

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'embarassades a les quals s'ha ofert el diagnòstic prenatal.

7. Abans de la finalització 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.

Avaluació del grau d'aplicació de les recomanacions.

8. 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.

9. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, almenys el 70% 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.

10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà incrementat el nombre d'hospitals que disposin d'una política explícita d'atenció a l'usuari pel que fa a:
- Possibilitat d'elecció d'anestèsia, 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 disposen d'informació escrita.

11. 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 un mínim de 6 visites de cribratge, d'acord amb el Programa de seguiment del nen sa.

Avaluació

Percentatge de nens de 2 anys atesos a l'atenció primària de salut que han rebut 6 visites de seguiment, 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.

12. 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 intervien 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 dels morts en el període.

13. 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 de casos als hospitals.

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.

Problemes de salut relacionats amb la menopausa

Els canvis fisiològics que es produeixen durant la menopausa formen part del procés natural d'envelliment i poden produir trastorns en la salut.

Els canvis fisiològics que es produeixen en les dones durant l'etapa de la menopausa afecten fonamentalment l'aparell urogenital, el sistema cardiovascular i el sistema ossi. Sovint també es presenten altres trastorns associats com són ara els psicològics. Aquests canvis formen part del procés natural d'envelliment que, a Espanya, es presenta al voltant dels 48 anys, i poden produir trastorns en la salut de les dones, els quals originen una gran demanda d'atenció sanitària.

Intervencions i accions prioritàries

La literatura científica internacional mostra que hi ha una gran variabilitat de la pràctica clínica per a l'abordatge dels problemes de salut que es poden presentar en aquesta etapa fisiològica, la qual cosa suggereix que en el nostre entorn també hi pot haver diferències importants en els processos assistencials.

Existeix una important variabilitat i incertesa en relació a l'efectivitat de determinades tecnologies diagnòstiques i terapèutiques emprades freqüentment en el nostre entorn per a l'atenció a problemes de salut derivats de la menopausa.

En el nostre medi, el consum de recursos adreçats al diagnòstic i tractament de la disminució de la massa òssia és considerable. Actualment hi ha incertesa en relació amb l'efectivitat de les tecnologies diagnòstiques^{17,18} i terapèutiques^{17,19} per a la prevenció de fractures de fèmur en les edats en que són més prevalents (majors de 75 anys)²⁰.

Si es considera que les dades procedents d'estudis epidemiològics assenyalen, tant els efectes beneficiosos del tractament hormonal substitutiu pel que fa als problemes de salut cardiovasculars i a la pèrdua de massa òssia, com certs riscos relacionats amb el càncer de mama i d'endometri, s'evidencia la necessitat de valorar el risc-benefici individual de cada dona quan es vulguin aplicar aquests procediments.

Tanmateix, es coneixen els efectes potencialment positius de la promoció d'hàbits saludables, com són ara l'exercici físic i la correcta alimentació, així com el control d'altres factors de risc per a la prevenció dels problemes en aquesta etapa^{11,21}.

Les intervencions que es proposen són l'elaboració i l'aplicació de criteris comuns d'actuació per a l'atenció als problemes de salut derivats de la menopausa, i l'educació sanitària per la promoció d'hàbits i estils de vida saludables. També es proposen, per a aquesta etapa de la dona, intervencions adreçades a la prevenció del càncer de mama i de cèrvix uterí, descrites a l'apartat sobre càncer.

- L'adopció de les recomanacions per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i per a l'atenció als problemes de salut derivats de la menopausa.
- El cribratge del càncer de mama i de cèrvix.

Objectius operacionals

14. 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 i als centres.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat (1989-1993). Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Salut Pública. Anàlisi de les dades bàsiques de salut de l'etapa perinatal. Any 1993. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1996.
3. Armelles M, Arnau P, Prats R, Salleras LI. Evolución de los embarazos entre las adolescentes de Catalunya. 1987-1992. Aten Primaria 16: 468-72.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
5. Rajmil L, Roset M, Segura A. Estat de salut i utilització de serveis sanitaris en la població infantil de Catalunya (Enquesta de salut de Catalunya 1994). L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1996 (Informe ISP-01363).
6. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH 1994. Explotació específica per al Pla de salut de Catalunya. Barcelona, 1996. (No publicat.)
7. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Estudi de les hospitalitzacions evitables. Barcelona, 1996. (No publicat.)
8. Weissman JS, Gastsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalisation by insurance status in Massachusetts and Maryland. JAMA 1992; 268: 2388-94.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Àrea Sanitària. Anàlisi de la variabilitat en àrees petites. Aplicació a l'estudi de les altes hospitalàries per set procediments quirúrgics a Catalunya. Barcelona, 1994. (No publicat.)
10. Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de la Salut. Enquesta confidencial de mortalitat perinatal a Barcelona. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, 1991.
11. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989.
12. Starfield B. La eficacia en la atención médica. Barcelona: Masson y Salud y Gestión, 1989.
13. Murata P, McGlynn E, Siu A, Brook R. Prenatal Care. A literature review and quality assessment criteria. Santa Monica, CA, RAND, 1992. Supported by The J.A. Hartford Foundation. RAND.
14. 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: 129-34.

15. McGlynn E, Halfon N, Leibowitz A. Assessing the quality of care for children. Prospects under health reform. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149.
16. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. Gac Sanit 1995; 9: 224-31.
17. International Network for Health Technology Assessment. Technologies for bone density measurement and the management of osteoporosis to prevent fractures in older women. Preliminary report 1996. (No publicat.)
18. Sampietro-Colom L, Almazan C, Granados A. Avaluació de la densitometria òssia. Barcelona: Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques; 1993. Núm. IN93005.
19. Grup català de la calcitonina. La calcitonina en el tractament de l'osteoporosi idiopàtica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques; 1995. Núm. IN95002.
20. Kanis A. The incidence of hip fracture in Europe. Osteoporosis Int 1993; 1 (Suppl): S10-5
21. 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.

20. Infeccions nosocomials

Les infeccions nosocomials són causa de mortalitat i morbiditat, alhora que prolonguen les estades hospitalàries i incrementen el cost dels procediments diagnòstics i terapèutics.

Les infeccions nosocomials o hospitalàries constitueixen un important problema de salut, tant per la morbiditat i la mortalitat que causen, com pel cost econòmic i social que suposen. En aquest sentit, cal remarcar que les infeccions nosocomials perllonguen les estades hospitalàries i incrementen el nombre i el cost dels procediments diagnòstics i terapèutics i, en conseqüència, afecten negativament la qualitat assistencial dels centres.

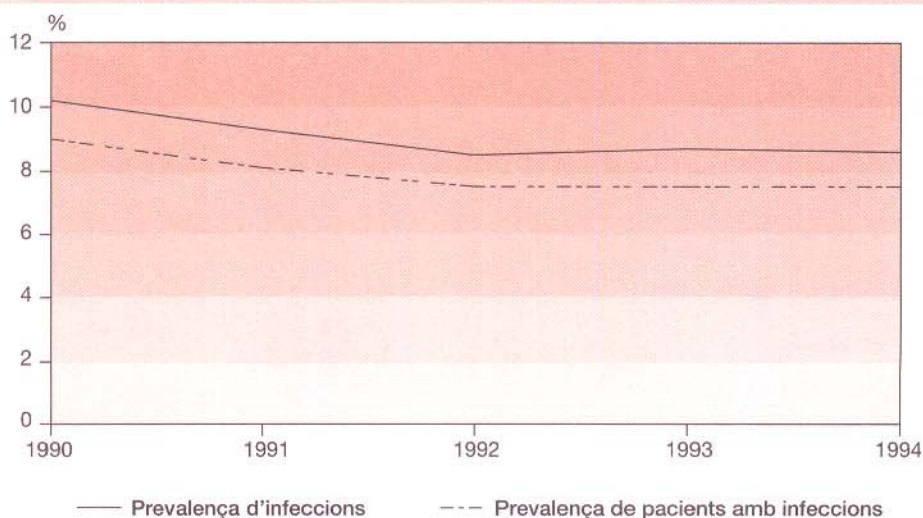
Segons un treball recent¹, basat en les dades d'un centre hospitalari de Catalunya, la infecció nosocomial suposa una prolongació de l'estada hospitalària d'entre 7 i 10 dies. En relació amb les infeccions de localització quirúrgica, el cost atribuïble va ser de 310.300 pessetes per cada cas.

En l'evolució recent dels 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 explicarien la dificultat del seu tractament).

L'evolució de les infeccions hospitalàries a Catalunya es monitoritza des de 1988, mitjançant el Grup de treball EPINCAT, en el qual participen 36 centres de la xarxa hospitalària pública. Segons els darrers resultats, la prevalença d'infeccions nosocomials a Catalunya es troba al voltant del 8,7% i la de pacients afectats d'infecció nosocomial al voltant del 7,7% (gràfic 97).

Gràfic 97

Evolució de les infeccions nosocomials. Catalunya, 1990-1994



Font: Informe de la evolució de la prevalença de infecciones nosocomiales según las encuestas EPINE 1990-1994.

Per al conjunt d'Espanya, el Projecte EPINE² ha presentat els resultats de cinc anys (1990-1994) sobre la prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals d'aguts i la seva distribució. Els resultats més rellevants són:

- La prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals espanyols es troba al voltant del 8%, i afecten el 7% dels malalts ingressats. La prevalença ha disminuït de forma significativa en aquest període. S'ha produït una reducció progressiva en el període 1990-1993, amb un lleuger increment l'any 1994. La reducció global de la prevalença d'infeccions ha estat del 15,5% i la d'infectats, del 14,3%.
- Ha disminuït de forma significativa la prevalença de les infeccions nosocomials de localització urinària, per ferida quirúrgica i d'altres localitzacions. La prevalença de bacterièmies ha disminuït, encara que sense significació estadística, mentre que les de localització respiratòria s'han mantingut estables.
- En aquests hospitals, les infeccions més habituals són les de les vies urinàries, relacionades generalment amb l'ús de sondes uretrals, i les infeccions de les ferides quirúrgiques superficials, seguides de les pneumònies, sovint en relació amb l'ús de dispositius de ventilació assistida, de les ferides quirúrgiques profundes i les bacterièmies relacionades amb l'ús de catèters intravasculars.
- Les unitats de cures intensives han estat les àrees que han presentat la prevalença més elevada d'infecció nosocomial. Tanmateix, a les unitats de cures intensives el descens ha estat més important, amb una reducció de la prevalença d'infecció del 21,3% i de la prevalença d'infectats del 14,7%.
- La reducció de la prevalença pot explicar-se parcialment per l'augment del nombre de pacients d'estada molt curta (1-2 dies) i d'estada curta (menys de 15 dies), juntament amb la disminució dels d'estada llarga; per l'existència d'un menor risc d'infecció en la població que no presenta patologia crònica, per l'augment de la participació dels hospitals petits que presenten baixes prevalences d'infecció nosocomial i per la millora de la pràctica clínica i preventiva.
- Per grans grups d'edat, entre els pacients menors de 16 anys, la reducció de la prevalença ha estat del 35%; en el grup de malalts de més de 64 anys, del 18,5%, i de l'11,6% a la resta d'ingressats.
- Durant el període estudiat, els hospitals de menys de 200 llits han presentat xifres de prevalença per sota de la mitjana global, mentre que els hospitals mitjans (200-500 llits) i grans (més de 500 llits) han estat per sobre.

Els canvis en la xarxa d'atenció hospitalària, relacionats amb el progressiu envelliment de la població, han augmentat significativament el pes dels centres socio-sanitaris. En conseqüència, les infeccions nosocomials més relacionades amb l'atenció als malalts crònics constitueixen un problema de salut d'importància creixent i amb alguns elements diferencials. Actualment no es disposa de dades globals de prevalença d'infecció nosocomial referents a centres d'aquest tipus; en aquest sentit, el disseny i la implementació d'un sistema de vigilància epidemiològica específic per a la xarxa de centres socio-sanitaris s'ha de considerar com una acció prioritària.

La prevalença d'infeccions nosocomials ha disminuït en el període 1990-1994, sobretot les de localització urinària i les generades en les unitats de cures intensives.

Les infeccions nosocomials en els centres socio-sanitaris constitueixen un problema de salut d'importància creixent.

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

Actualment, es disposa de coneixements suficients sobre les infeccions nosocomials i sobre l'efectivitat i la sensibilitat dels instruments que cal aplicar per millorar la prevenció i el control d'aquest problema de salut, tot i que, com s'expressa en un informe recent sobre infecció hospitalària³, no és possible eliminar totalment les infeccions hospitalàries.

Tanmateix, hi ha mesures senzilles d'eficàcia reconeguda, altres d'eficàcia raonable i, finalment, procediments d'eficàcia dubtosa o desconeguda. Tal com s'ha demostrat a partir de l'estudi SENIC⁴, desenvolupat als Estats Units a començament dels anys setanta, els hospitals podrien reduir en un 30% les infeccions nosocomials posant en marxa programes efectius de prevenció i control.

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

Com a conseqüència, cal fer efectiva la implantació de les mesures preventives destinades a eliminar els factors de risc detectats, mitjançant la seva protocol·litització. Per desenvolupar aquests protocols es disposa d'un document de referència, les *Recomanacions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris*, editat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, així com d'altres monografies posteriors^{5,6} que, editades amb el mateix títol, tracten la prevenció de determinades infeccions hospitalàries.

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. Els estudis de prevalença duts a terme periòdicament a cada cen-

El control de les infeccions nosocomials es basa en el desenvolupament d'un sistema propi de vigilància epidemiològica.

* Vegeu el capítol 4 "Situació dels objectius generals de salut i de disminució de risc".

tre poden ser un bon instrument per obtenir aquesta informació. En àrees d'alt risc, com són les unitats de cures intensives i de cirurgia, i en determinats grups de malalts, els estudis específics complementen aquesta informació i permeten focalitzar les actuacions que es derivin dels seus resultats.

Atès que són els professionals assistencials els qui han d'aplicar les mesures preventives adequades, cal que aquests tinguin els coneixements suficients per dur-les a terme. En aquest sentit, potenciar la formació continuada dels professionals hospitalaris en aquest camp continua sent una actuació prioritària a desenvolupar durant el període de vigència d'aquest Pla. L'hospital haurà de facilitar l'accés a la formació i l'assessorament específics en aquests temes.

Totes aquestes actuacions requereixen una estructura permanent que les coordini. Aquesta tasca s'ha de desenvolupar des de la Comissió d'Infeccions, la qual hauria d'estar constituïda a tots els centres hospitalaris, tal com estableix l'Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris⁷. Totes les activitats relacionades amb la infecció nosocomial haurien de ser assumides per aquesta comissió. Les seves funcions han d'incloure l'aprovació de l'estratègia general de vigilància epidemiològica i prevenció i control de les infeccions nosocomials, la participació en el disseny de la política d'antibiòtics del centre, l'elaboració i la difusió dels diferents protocols específics, i la vetlla perquè la infraestructura del centre s'adeqüi a la normativa d'acreditació i la facilitació al personal sanitari de l'adquisició de coneixements i pràctiques dirigides a la prevenció de les infeccions.

Les actuacions que es plantegen per al Pla de salut 1996-1998 són de continuïtat respecte a les iniciades en el marc de l'Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995, atesa la vigència i la pertinença de les accions iniciades, adequades al nou període. Concretament es proposen les intervencions i accions prioritàries següents:

- Foment de la posada en marxa de la comissió estable de cada centre, amb la finalitat de reduir la infecció nosocomial, i establiment permanent d'un professional de referència a cada centre per tractar les qüestions relacionades amb aquest tema.
- Potenciació de la protocolització en els centres hospitalaris de les tècniques o procediments d'eficàcia demostrada en la reducció de les infeccions hospitalàries.
- Establiment a cada hospital d'una política d'antibiòtics per a tot el centre.
- Desenvolupament de la vigilància epidemiològica per tal de conèixer la prevalença d'infecció nosocomial a cada centre.
- Desenvolupament dels mecanismes d'informació microbiològica per tal de conèixer els patrons de resistència antimicrobiana i la caracterització dels gèrmens.
- Inici de les accions de vigilància i control de les infeccions en els centres i serveis socio-sanitaris d'internament.

A tots els centres hospitalaris hi ha d'haver una Comissió d'Infeccions.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, tots els centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública disposaran de dades sobre la seva prevalença anual d'infecció nosocomial.

Avaluació

Disponibilitat de les dades sobre prevalença anual d'infecció per centre hospitalari (prèviament, cal definir i acordar els indicadors comuns a utilitzar).

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els centres hospitalaris hauran desenvolupat un mecanisme d'informació que permetrà que els seus professionals coneguin els patrons de resistència antimicrobiana a l'hospital.

Avaluació

Descripció del mecanisme d'informació desenvolupat pel centre.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, tots els hospitals hauran protocol·litzat l'ús dels antibiòtics en el tractament de les infeccions nosocomials.

Avaluació

Nombre de centres que disposen d'aquest protocol actualitzat.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, tots els hospitals hauran protocol·litzat la profilaxi antibiòtica atenent el tipus de cirurgia.

Avaluació

Nombre de centres que disposen d'aquest protocol actualitzat.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, els hospitals hauran protocol·litzat almenys quatre tècniques o procediments que, per les seves característiques, puguin implicar un risc elevat d'infecció nosocomial.

Avaluació

Nombre de centres que disposen d'aquests protocols actualitzats.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà dissenyat i iniciat l'aplicació de l'estratègia per al coneixement de les infeccions nosocomials als centres sociosanitaris 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. Peña C, Pujol M, Pallarès R, Corbella X, Vidal T, Tortras N et al. Estimación del coste atribuible a la infección nosocomial: prolongación de la estancia hospitalaria y cálculo de costes alternativos. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 441-4.
2. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias y Grupo de trabajo EPINE. Informe de la evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales según las encuestas EPINE 1990-1994. Barcelona: Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias, 1995.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Prestaciones y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Informe sobre infección hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 20-4.
4. Haley RW, Morgan WM, Culver DH. Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. *Am J Infect Control* 1985; 13: 97-105.
5. 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.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevenció de la infecció relacionada amb el cateterisme intravascular. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.
7. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* núm. 1324, de 1991.

21. Dolor i qualitat de vida

Actualment el dolor es considera un patiment innecessari que es pot controlar de manera eficaç i efectiva.

El dolor crònic és un important motiu de demanda a l'atenció primària de salut.

En els hospitals el dolor és tractat de forma insuficient.

Gairebé la meitat dels malalts ingressats en un hospital general presenten patiment psíquic.

La presència de dolor en moltes malalties és un fet generalment acceptat. Fins fa pocs anys es considerava que el dolor era irremeiable i el patiment s'assumia amb naturalitat. Actualment el dolor es considera un patiment innecessari, i fins i tot inútil, que en la majoria dels casos es pot controlar de manera eficaç i efectiva, alhora que es proporcionen cures i confort al malalt.

L'elevada freqüència de dolor en pacients sotmesos a intervencions quirúrgiques o en malalts hospitalitzats, malgrat l'existència de fàrmacs eficaços per tractar-lo o alleugerir-lo, posa de manifest que el dolor continua sent tractat de forma insuficient¹. D'altra banda, el dolor crònic (localitzat a la columna vertebral, inespecífic o associat a patologies com l'artrosi, entre d'altres) constitueix un important motiu de demanda assistencial a l'atenció primària de salut².

Un estudi realitzat al Consorci Hospitalari del Parc Taulí³ a Sabadell l'any 1991 va mostrar que el 55% dels pacients adults amb patologia aguda manifestava tenir dolor. La prevalença del dolor va ser del 61% en els pacients pediàtrics i del 35% en els adults amb patologia crònica. D'altra banda, el 50% dels pacients adults amb patologia aguda i dolor no tenien analgèsia pautaada. Tots els pacients pediàtrics i el 68% dels malalts crònics que rebien analgèsics manifestaven que continuaven tenint dolor. El servei on la pauta analgèsica semblava més eficaç va ser el de ginecologia i obstetrícia, atès que amb una prevalença de dolor del 42% una tercera part de les malaltes amb analgèsia no tenien dolor.

Un altre estudi sobre dolor i analgèsia postoperatòria a l'Hospital General de Granollers⁴ va revelar que el 88% dels malalts van tenir dolor en algun moment de les primeres 24h postoperatòries. La prescripció analgèsica s'havia fet en el 64% de forma "condicional, si dolor" i en el 36% amb interval fix. El 83% dels pacients van considerar suficient l'alleujament del dolor proporcionat per l'analgèsic.

L'any 1995, a l'Hospital General de Vic⁵, es va estudiar la prevalença del dolor en els malalts ingressats que estaven en condicions de respondre el qüestionari. El 73,7% dels malalts tenien dolor i el 40,4% manifestaven (en una escala visual analògica) que era intens o insuportable; el 69,6% referien que aquest dolor l'havien experimentat durant l'hospitalització. Pel que fa a l'administració de tractament, el 81,8% dels malalts rebien analgèsics que, en el 60%, eren del tipus menor.

D'altra banda, aproximadament la meitat dels malalts ingressats en un hospital general tenen malestar psíquic⁶. Alguns dels trastorns que presenten podrien tenir poca significació clínica i desaparèixer quan la situació o la malaltia milloren, però existeixen dades que suggereixen que el patiment psíquic, en una proporció considerable de malalts, altera la qualitat de vida, complica la malaltia somàtica, genera costos sanitaris i, en casos extrems, produeix quadres exògens o depressions importants que poden comprometre la vida del malalt.

Quant a la utilització de fàrmacs, les dades procedents dels sistemes d'informació del Servei Català de la Salut sobre consum de medicaments⁷ revelen una baixa utilització relativa de la morfina, bàsicament oral, enfront de la resta de fàrmacs del

grup dels estupefaents majors que gairebé no tenen indicacions terapèutiques. Així, durant l'any 1995, la morfina únicament va representar el 37,2% del consum en dosis diàries definides (DDD) per 1.000 habitants del total del consum d'aquests fàrmacs, la qual cosa suposa el consum relatiu de morfina més baix en els darrers quatre anys malgrat que el consum de morfina ha augmentat el 33% de 1994 a 1995. Amb tot, l'estimació del consum mitjà de morfina a Espanya durant el període 1990-1994 és de 388 DDD per milió d'habitants, la qual cosa representa una posició intermèdia-baixa en relació amb altres països europeus on el consum varia des de 66 DDD per milió d'habitants a Grècia o 82 DDD per milió d'habitants a Itàlia fins a les 2.570 DDD per milió d'habitants de Suècia o les 2.623 DDD per milió d'habitants del Regne Unit⁸.

L'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA)⁹ va avaluar la presència de dolor o malestar en la població de més de 14 anys. El dia de l'entrevista, el 26,6% de la població manifestava tenir dolor o malestar (18,7% els homes i 33,4% les dones). La mateixa font d'informació va evidenciar que la prevalença de dolor o malestar, en una mostra de població activa amb una edat mitjana de 39 anys, era del 12% en els homes i del 18% en les dones.

Segons el treball *Morir de càncer a Catalunya*¹⁰, realitzat amb entrevistes als familiars o cuidadors més propers de persones mortes de càncer entre 1 i 3 mesos abans de l'entrevista, els símptomes més freqüents que presentaven els malalts eren la síndrome constitucional (debilitat, pèrdua de pes i manca de gana) en el 85% dels casos i el dolor en gairebé el 70%. Pel que fa al grau de control dels símptomes, el control del dolor es va assolir en el 80,4% dels pacients. L'ús d'opioïdes en els malalts amb neoplàsia en el darrer mes de vida era del 70%, i predominava la seva administració en aquells malalts ingressats en centres hospitalaris. Quan es van estudiar només els malalts que presentaven dolor, els fàrmacs derivats de l'opi es van utilitzar en el 80% dels casos i el més usat va ser la morfina (76%) administrada majoritàriament per via oral.

Les dades existents fan palès que el dolor és un problema de salut molt prevalent que està present en diferents moments del procés assistencial i en diferents graus, des del dolor agut fins al dolor dels pacients amb malaltia crònica i inguarible.

Durant els darrers anys, el control del dolor ha estat valorat com una prioritat social i sanitària i el grau de control o d'alleugeriment es considera indicador de l'eficiència i la qualitat de l'atenció. El tractament correcte del dolor es veu dificultat, d'una banda, pel fet cultural fortament arrelat a la població que el dolor físic i el patiment psíquic són part del procés d'emmalaltir i per tant s'han d'acceptar i suportar i, de l'altra, per la formació dels professionals sanitaris adreçada fonamentalment al diagnòstic i al guariment de la malaltia i menys orientada a donar coneixements i habilitats per proporcionar confort al malalt.

El deure del professional sanitari és estar al servei de les necessitats del malalt, que han de ser en gran part definides per ell mateix amb una autonomia no obvia-ble. L'expectativa de qualitat de vida del pacient no pot ser pressuposada i les necessitats de cada malalt són, en cada moment, les que han de marcar la direcció de les actuacions d'aquests professionals. Per tant, la necessitat de tractament

La utilització de morfina, en relació als altres estupefaents majors, és relativament baixa.

La prevalença de dolor o malestar, en una mostra de població activa amb una edat mitjana de 39 anys, era del 12% en els homes i del 18% en les dones.

El control del dolor és una prioritat social i sanitària i el grau d'alleugeriment es considera indicador d'eficiència i qualitat.

personalitzat del dolor exigeix l'existència de protocols que s'adaptin millor a aquesta demanda i que tinguin en compte l'equitat en la seva aplicació sense discriminacions per motius de diagnòstic, cronicitat, esperança de vida, servei o nivell assistencial.

Intervencions i accions prioritàries

Les propostes del Pla de salut 1996-1998 pel que fa al dolor i la qualitat de vida es basen en el desenvolupament d'estratègies i actuacions concretes adreçades a la millora de la prevenció, el tractament i el control del dolor en tots els nivells assistencials.

Aquesta línia de treball s'emmarca en la tradició científica i humanitària existent des de fa anys entre els professionals sanitaris catalans, l'experiència dels quals, en l'àmbit de les cures pal·liatives, es va concretar l'any 1995 amb la publicació d'*Estàndards de cures pal·liatives*¹¹ del Servei Català de la Salut. Aquest document constitueix l'eina inicial d'un procés de definició, avaluació i monitorització dels recursos assistencials que ha de permetre l'avaluació global de la qualitat de l'atenció en cures pal·liatives a Catalunya.

Les intervencions i accions prioritàries proposades per a aquest període s'orienten cap a la millora de l'atenció al dolor i del seu impacte sobre la qualitat de vida de les persones que el pateixen, i es basen en el fet que el dolor és un problema de salut que pot i ha de ser controlat:

- Sensibilització dels professionals sanitaris, els pacients i les seves famílies i la societat en general sobre l'existència del dolor i les possibilitats del seu alleugeriment, mitjançant la difusió de la informació disponible sobre el dolor i les seves característiques.
- Disseny d'activitats de formació sobre el tractament del dolor per als professionals sanitaris.
- Promoció de la creació de grups de treball interdisciplinaris per a l'elaboració de recomanacions amb la participació, el consens i la coordinació de tots els nivells assistencials implicats.
- Millora de l'accessibilitat als analgèsics opiacis segons criteris de necessitat.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del 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. Abans de la finalització del 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 així com els indicadors per mesurar-ho, amb la participació i el consens d'experts i societats acadèmiques i científiques.

Avaluació

Existència dels criteris i valoració de la metodologia emprada per a la seva definició.

3. Abans de la finalització del 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, i per tal de garantir la continuïtat assistencial, els centres sanitaris hauran implantat un protocol de preparació a l'alta per a pacients en situació terminal.

Avaluació

Grau d'implantació del protocol.

5. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà realitzat un estudi de compliment dels estàndards de cures pal·liatives.

Avaluació

Resultats de l'estudi.

6. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran elaborat estàndards de formació de cures pal·liatives en els diferents àmbits assistencials.

Avaluació

Existència dels estàndards.

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

Avaluació

Descripció de les activitats informatives específiques.

Referències bibliogràfiques

1. Baños JE, Bosch F. Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 222-6.
2. Bolívar B, Carrillo E, García A, Juncosa S, Martínez C. Morbilidad atesa en l'atenció primària. Informe del registre ANAC-II. Barcelona: Servei Català de la Salut 1996.
3. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 51-4.
4. Parera J, D'Este JP. Estudi d'observació sobre el dolor i analgèsia postoperatòria en un hospital comarcal. *Ann Med (Barc)* 1992; 78: 108.
5. Avaluació del dolor a l'HGV. Butlletí informatiu d'utilització de recursos, núm. 11. Hospital General de Vic. Vic, 1996.
6. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echeverría MJ, GZEMPP. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento E.A.D.G. Madrid: Luzán, 1993.
7. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries. Anàlisi del consum de medicaments en el període 1993-1995. Sistemes d'informació de farmàcia. Barcelona, 1996. (No publicat.)
8. Organización Mundial de la Salud. Estupefacientes: previsiones y necesidades mundiales y estadísticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1994.
9. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.
10. Gómez-Batiste X, Viladiu P, Fontanals MD, Borràs J, Lafuerza A, Alcalde R et al. Morir de càncer a Catalunya. Barcelona, 1993. (No publicat.)
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Estàndards de cures pal·liatives. Barcelona: Societat Catalano-balear de Cures Pal·liatives i Servei Català de la Salut, 1995.

22. Trastorns cognitius i de la conducta

El deteriorament cognitiu es defineix com el dèficit o rendiment intel·lectual inferior de l'individu, si es compara amb un nivell preexistent o al dels individus de la seva mateixa edat. Tot i que es pot produir en qualsevol edat, el deteriorament cognitiu és un fet comú en el procés d'envelliment i es manifesta per un ampli espectre d'alteracions que van des del trastorn cognitiu lleu fins la demència¹.

Cal diferenciar els canvis que afecten les funcions cognitives durant l'envelliment, i que estan relacionats amb l'edat, de la presència de patologies de caràcter sistèmic, afeccions neurològiques, psiquiàtriques, i d'aquelles produïdes pel consum de fàrmacs i agents neurotòxics que provoquen un envelliment cerebral patològic.

Les persones que no estan afectades per cap dels processos anteriors, presenten dèficits cognitius com ara l'alteració de la percepció de l'espai, la pèrdua de memòria que redueix la capacitat per fer nous aprenentatges i per retenir la informació apresada, les dificultats per a la planificació, l'organització i la resolució de situacions noves o ja conegudes, o bé la lentitud de la resposta motora i en el processament de la informació.

Aquests trets, que caracteritzen l'estat cognitiu de l'envelliment fisiològic, no responen a un patró homogeni i universal, i hi ha una gran heterogeneïtat en el rendiment cognitiu de la gent gran. Una de les grans dificultats que suscita el diagnòstic de la demència lleu en les persones d'edat avançada és la seva delimitació amb el rendiment cognitiu de l'envelliment considerat normal.

Els trastorns de la conducta, així com els episodis delirants i d'altres trastorns psiquiàtrics, poden manifestar-se en el curs del deteriorament cognitiu. La prevalença de símptomes psiquiàtrics en la demència és alta, sovint és la seva forma d'inici i la de major dificultat de controlar.

La població amb deteriorament cognitiu, associat o no a trastorns del comportament, presenta una malaltia orgànica d'etiologia diversa, en general evolutiva, que comporta afectació de la qualitat de vida, fragilitat del grup familiar, repercussió econòmica i necessitat de serveis de suport. Aquest procés patològic, depenent de la seva causalitat, pot ser tractable i reversible, totalment o parcialment, però si es tracta de la malaltia d'Alzheimer, ara per ara, és inguarible.

La situació del malalt amb aquest problema de salut genera grans dificultats de convivència en l'entorn familiar, que fan augmentar la demanda d'assistència mèdica, les hores d'atenció directa per a la seva cura i supervisió, les baixes laborals dels familiars i l'ingrés a centres sanitaris, sociosanitaris i socials.

Poques vegades és possible la curació d'aquests pacients, però els símptomes sempre són tributaris de tractament farmacològic, conductual i psicosocial. El tractament de la simptomatologia millora, en conseqüència, la convivència amb la família, la relació amb els cuidadors i la qualitat de vida dels malalts i el seu entorn, i l'objectiu final és augmentar la supervivència i endarrerir l'internament.

El deteriorament cognitiu és un fet comú en el procés d'envelliment amb manifestacions que van des del trastorn cognitiu lleu fins la demència.

El deteriorament cognitiu comporta afectació de la qualitat de vida, fragilitat del grup familiar, repercussió econòmica i necessitat de serveis de suport.

La curació dels pacients amb trastorns cognitius i de la conducta no és possible, però el tractament de la simptomatologia millora els problemes associats.

Pel que fa a la demència, la característica essencial és el deteriorament cognitiu global i persistent, en el qual s'inclou sempre la pèrdua de memòria, produït per una causa orgànica, sense cap evidència d'alteració del nivell de consciència i que interfereix en l'àmbit social i laboral de l'individu. Els trastorns aquí esmentats caracteritzen un quadre clínic amb símptomes comuns, la demència, que es diferencia per la seva etiologia (criteris clínics diagnòstics: Manual diagnòstic i estadístic de trastorns mentals, DSM IV, per la demència i demència d'Alzheimer; classificació internacional de malalties, CIM-10, per a la demència; National Institute Neurological and Communicative Disorders Stroke-Alzheimer Disease and Related Disorders Association, NINCDS-ADRDA, per a la demència d'Alzheimer).

Les imprecisions en la definició i la incertesa en la patogènia, afegides a la manca de marcadors biològics, dificulten els estudis clinicoepidemiològics de les demències, tant per la complexitat de les funcions cognitives com per l'heterogeneïtat clínica. És indispensable, per a la seva valoració, l'estimació de l'estat intel·lectual premòrbid (biogràfic, acadèmic i laboral), les variables neuropsicològiques normals d'acord amb l'edat, les dades exploratòries neurològiques i paraclíniques, així com l'avaluació funcional de l'estil i els hàbits de vida dels malalts.

Els aspectes principals en l'avaluació de la demència seran, doncs, objectivar el deteriorament cognitiu, establir el diagnòstic etiològic, valorar la repercussió funcional, discriminar els defectes cognitius i establir el seguiment evolutiu del procés.

La manca de comparabilitat dels diferents estudis existents és deguda tant a la presència de biaixos metodològics referents als diversos criteris diagnòstics de demència, al disseny epidemiològic i a l'estructura d'edat de la població estudiada, com a la diversitat dels instruments neuropsicològics utilitzats i la interpretació dels resultats.

Se sap, però, que tant el deteriorament cognitiu com la demència augmenten exponencialment amb l'edat a partir de la sisena dècada de la vida. Especialment en el vell molt vell, ambdós processos interactuen, i és difícil diferenciar-los.

L'edat i una història familiar positiva són factors de risc establerts de demència². L'estudi de factors de risc genètics de manera sistemàtica no és recomanat, a hores d'ara, pel seu valor predictiu baix, i fins que no es disposi de resultats que confirmin la seva validesa i efectivitat, s'ha de realitzar en el context de la recerca.

Les dades de prevalença de demència publicades³⁻⁸ varien molt, però en general, s'admet que, en població de més de 65 anys, la prevalença de demència moderada-greu és del 5% i la de demència lleu del 5-10% (prevalença total, 15%). Els estudis realitzats en el nostre medi, també en persones de més de 65 anys, mostren prevalences que van des del 6% fins al 14%. La prevalença de demència en pacients institucionalitzats és del 30%-50%, dada que posa en relleu la importància d'aquest problema de salut dins de les institucions sociosanitàries.

Pel que fa a la incidència de demència, els estudis no són gaire nombrosos, atesa la dificultat per identificar casos nous al llarg d'un procés, el començament del qual és lent i insidiós. Amb tot, la incidència de demència s'ha estimat al voltant de l'1% en persones de més de 65 anys, i és més elevada en les dones, probablement per la seva major esperança de vida.

En la població de més de 65 anys, la prevalença de demència moderada-greu és del 5% i la de demència lleu del 5-10%.

L'anàlisi de la mortalitat i de la supervivència posa de manifest que les persones amb demència tenen un excés de mortalitat. La supervivència és menor en els casos d'inici presenil i en els homes.

Les projeccions demogràfiques⁹ a Europa preveuen que l'any 2025 el 27% de la població europea tindrà 60 anys o més. Aquest increment demogràfic de les persones de més edat contribuirà a un augment de la freqüència d'aquest problema de salut, que s'assentarà en els últims anys de la vida i comportarà repercussions econòmiques i socials, increment del cost sanitari i reorganització dels serveis.

L'increment demogràfic de les persones de més edat contribuirà a augmentar la freqüència dels trastorns cognitius i de la conducta.

Intervencions i accions prioritàries

Els trastorns cognitius i de la conducta són un problema de salut per les seves característiques clíniques i socials, per la incapacitació progressiva que produeixen i per les necessitats assistencials que comporten. L'atenció a aquest problema de salut requereix, per tant, un abordatge multidisciplinari.

És per això que el Parlament de Catalunya¹⁰ ha fet palesa la necessitat que els propers anys s'incrementin les actuacions que donin resposta als requeriments específics de les persones amb demència, desenvolupant estratègies d'intervenció socio sanitàries, promocionant l'atenció qualificada en tots els nivells assistencials i establint la coordinació dels recursos. Aquestes recomanacions ja es recullen en la Resolució del Parlament Europeu sobre la malaltia d'Alzheimer i la prevenció dels trastorns de la funció cognitiva de les persones d'edat avançada¹¹.

Cal, doncs, sensibilitzar els professionals de l'àmbit sanitari, els pacients i les seves famílies i la societat en general sobre la importància del diagnòstic precoç dels trastorns cognitius i de la conducta i les possibilitats de millora de la simptomatologia.

Cal sensibilitzar els professionals sanitaris, els pacients i les seves famílies sobre la importància del diagnòstic precoç dels trastorns cognitius i de la conducta i les possibilitats de millora de la simptomatologia.

La presència d'aquest tipus de problema de salut, que afecta d'una manera especial les activitats de la vida diària i les relacions interpersonals, requereix no només atenció sanitària sinó també cert grau de compromís social. La promoció de l'associacionisme dels familiars dels afectats, mitjançant grups d'ajuda mútua o de suport emocional, és una manera eficaç i eficient de proporcionar suport a les famílies i de facilitar la informació i l'educació sanitària pertinent.

Per tal de conèixer les necessitats d'aquests pacients i poder planificar l'atenció més adequadament, és imprescindible poder detectar precoçment les alteracions associades a aquest problema de salut i dissenyar els protocols de diagnòstic de les malalties psicogeriatríques i les guies per al seu tractament i seguiment¹². En aquest procés s'ha de tenir en compte l'avaluació de les noves teràpies, d'acord amb l'evidència científica, i donar suport al seu desenvolupament.

La detecció precoç dels trastorns cognitius i de la conducta és imprescindible per poder planificar adequadament la seva atenció.

L'atenció a aquests malalts es desenvolupa en els diferents nivells assistencials i amb participació de professionals diversos. Cal promoure, doncs, estratègies de coordinació i establir grups d'estudi interprofessionals, especialment per al maneig dels aspectes bioètics dels tractaments mèdics complexos. La constitució de grups de consens de professionals és també útil per fomentar la recerca i potenciar la realització d'estudis específics.

El disseny d'activitats de formació continuada adreçades a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats dels professionals sanitaris envers els trastorns cognitius i de la conducta, requereix una aproximació que, a més dels aspectes conceptuals o teòrics, tingui en compte l'adquisició de tècniques per cuidar els cuidadors i evitar la síndrome de *burn out*.

Cal protegir la dignitat i els drets fonamentals de les persones afectades per trastorns cognitius i de la conducta.

Finalment, atesa la pèrdua de la capacitat intel·lectual que poden presentar aquests malalts, cal coordinar l'assistència jurídica i la sanitària per tal de respectar els drets fonamentals de la persona i, així, protegir la seva dignitat i evitar el seu espoli.

Les intervencions i accions prioritàries que proposa el Pla de salut 1996-1998 pel que fa als trastorns cognitius i de la conducta es basen en el desenvolupament d'estratègies i actuacions concretes adreçades a la millora del diagnòstic, l'avaluació i el seguiment de les persones afectades:

- Sensibilització dels professionals de l'àmbit sanitari, els pacients i les seves famílies i la societat envers els trastorns cognitius i de la conducta.
- Detecció 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 de familiars dels malalts i afectats.

Objectius operacionals

1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran elaborat els criteris comuns mínims per a la detecció precoç, el diagnòstic i el tractament dels trastorns cognitius i de la conducta amb la participació i el consens dels diferents professionals de tots els nivells assistencials.

Avaluació

Existència dels criteris.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran elaborat les recomanacions bàsiques relacionades amb els aspectes bioètics que comporten les malalties psicogeriatríques, especialment les demències.

Avaluació

Existència de les recomanacions.

3. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'haurà creat un registre de base poblacional per al seguiment dels trastorns cognitius i de la conducta, especialment les demències.

Avaluació

Existència del registre i anàlisi de les dades recollides.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, les regions sanitàries hauran identificat els recursos específics (assistencials, voluntariat, associacions cíviqes, etc.) del seu territori, 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.

Referències bibliogràfiques

1. Writing Committee, Lancet conference 1996. The challenge of the dementias. *Lancet* 1996; 347: 1303-7.
2. Breteler MM, Van Duijn CM, Chandra V, Fratiglioni L, Graves AB, Heyman A et al. Medical history and the risk of Alzheimer's disease: a collaborative re-analysis of case-control studies. *Int J Epidemiol* 1991; 20 (Suppl): S36-42.
3. Bermejo F, Tolosa E. Epidemiología de las enfermedades neurológicas en el anciano. Datos existentes en España. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990.
4. López-Pousa S, Llinàs J, Vilalta J, Lozano L. Prevalencia de las demencias en Girona. *Neurología* 1995; 10: 189-93.
5. Pi J. Estudio epidemiológico de la demencia en la población del Baix Camp, Catalunya, España [tesi doctoral]. Reus, Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 1992.
6. Boada M. Transtornos cognitivos en la población geriátrica de la ciudad de Barcelona: aproximación clínico-epidemiológica [tesi doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1993.
7. Jorm AF. La epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Madrid: S.G.E. Editores, S.A. Fundación Caja Madrid, 1994.
8. Hofman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Cooper B et al. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 736-84.
9. Dooghe G. Le vieillissement de la population en Europe. Leuven-Kessel-Lo: Garant Editeurs, 1992.
10. Manifest del Parlament de Catalunya amb motiu del Dia Mundial de l'Alzheimer. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya núm. 364, de 1995.
11. Resolución sobre la enfermedad de Alzheimer y la prevención de los trastornos de la función cognitiva de las personas de edad avanzada. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 96/C 118/07.
12. Ordre de 31 de gener de 1996, per la qual es crea el Consell Assesor en Psicogeriatria. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2170, de 1996.

C. Utilització de medicaments

Els medicaments constitueixen un dels principals mitjans terapèutics en el procés assistencial. L'abordatge de la utilització* de medicaments des del punt de vista de salut i d'eficiència es pot centrar en tres aspectes fonamentals: els problemes de salut (mortalitat i morbiditat) derivada directament o indirectament de l'ús de medicaments, la utilització més efectiva i eficient dels recursos terapèutics farmacològics i la facilitació de l'accés de la població als medicaments necessaris.

En l'àmbit de l'atenció primària pública es consumeixen al voltant de 80 milions d'envasos dels diferents fàrmacs comercialitzats (14 envasos per habitant i any) i es podria estimar que aquest consum suposa entre el 70 i el 80% del consum total. En alguns subgrups de població, com els majors de 65 anys, aquest consum es pot incrementar de forma important. Així, per exemple, la població pensionista genera el 70% d'aquest consum, la qual cosa pot suposar, en aquest grup de població, un consum de 50 envasos per persona i any.

D'acord amb les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994, al voltant del 50% de la població enquestada manifestava haver consumit algun medicament en els dos dies anteriors a la realització de l'enquesta. En alguns grups de població, com ara les embarassades, s'han realitzat estudis específics¹ que indiquen graus d'exposició rellevants (únicament el 7,6% de les dones embarassades incloses no havia pres cap medicament durant l'embaràs i gairebé el 50% n'havia pres 3 o més). El 40% del consum se centrava en combinacions a dosi fixa de diferents principis actius considerats inadequats pels autors, i la mitjana de principis actius presos durant l'embaràs va ser de 8,9 (rang 0-46).

La mortalitat causada directament per fàrmacs, notificada en els registres de mortalitat, és molt baixa. En països on s'han realitzat estudis específics de morbimortalitat derivada directament o indirectament de la utilització de fàrmacs, es proporcionen dades de magnituds considerables. Així, per exemple, als EUA en un estudi realitzat per la Societat Americana de Farmàcia Clínica² s'estima que la utilització inapropiada de medicaments provoca 200.000 morts anuals, al voltant de 9 milions d'ingressos hospitalaris i una utilització de recursos derivada, de 75 bilions de dòlars anuals. En el mateix estudi, els autors consideren que el 60% de les morts són evitables mitjançant intervencions específiques. En el nostre país no es disposa d'informació exhaustiva referent a l'impacte sanitari i econòmic de la iatrogènia medicamentosa. S'estima, per estudis específics realitzats al nostre país en serveis de medicina interna, que la mortalitat per iatrogènia medicamentosa és entre el 3,8% i el 5,4%^{3,4}.

El registre de reaccions adverses a medicaments a Catalunya, rep al voltant de 1.000 notificacions l'any, el 8,1% de les quals són greus i el 2,4%, mortals. Els grups terapèutics més implicats habitualment són els antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), antibiòtics, fàrmacs per a l'aparell cardiovascular i psicofàrmacs.

L'any 1994, al voltant del 50% de la població manifestava haver consumit algun medicament en els dos dies anteriors.

En el nostre país no es disposa d'informació exhaustiva referent a l'impacte sanitari i econòmic de la iatrogènia medicamentosa.

* L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els estudis d'utilització de medicaments com aquells que fan referència a la comercialització, la distribució, la prescripció i l'ús de medicaments en una societat i posen especial èmfasi en les conseqüències mèdiques, socials i econòmiques que se'n deriven.

L'any 1994 els ingressos hospitalaris causats per efectes adversos de l'ús de medicaments van ser 1.091.

Pel que fa a la morbiditat, durant l'any 1994 el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) registra 1.091 altes hospitalàries amb motiu d'ingrés "fàrmacs, substàncies medicinals i biològiques que causen efectes adversos en l'ús terapèutic" que suposen menys del 5% de totes les causes externes registrades.

Estudis realitzats en hospitals del nostre entorn, estimen que l'1,1% de les admisions totals hospitalàries per urgències⁵ o el 4,2% dels ingressos d'un any en el Servei de Medicina Interna de l'Hospital Reina Sofia de Tudela⁶ estaven motivades per reaccions adverses a medicaments. Altres estudis en entorns similars al nostre proporcionen xifres que oscil·len entre el 4,1% i el 18,3% dels ingressos hospitalaris per urgències⁷⁻¹⁰. Aquestes xifres presenten una elevada variabilitat, que podria estar motivada pels mateixos criteris d'inclusió dels estudis (definició de casos de iatrogènia). També s'ha de remarcar que els estudis elaborats en el nostre entorn se centren fonamentalment en reaccions adverses i no inclouen, en general, altres possibles causes de iatrogènia com són les interaccions, reaguditzacions de processos crònics per manca de compliment (infracompliment o sobrecompliment), problemes de salut derivats indirectament de l'ús de medicaments (accidents de trànsit, laborals, etc.).

El risc de patir iatrogènia durant un ingrés hospitalari s'ha estimat en el nostre entorn entre el 9%⁴ i el 20%³. D'aquesta iatrogènia, al voltant del 70% és causada per fàrmacs.

Les interaccions medicament-medicament també poden ser causa de morbiditat. En un estudi, s'associa aquest factor amb el 0,1% dels ingressos per urgències de dos anys d'un hospital general⁵; en un altre estudi realitzat en un centre d'atenció primària¹¹ específicament dissenyat per a la identificació precoç de possibles interaccions medicament-medicament, se'n van detectar 333 en 145 pacients.

L'incompliment terapèutic pot provocar reaguditzacions dels processos tractats, bé siguin crònics o aguts. No es disposa d'informació exhaustiva d'aquest problema ja que els estudis realitzats se centren en algunes patologies concretes. Pel que fa al tractament antihipertensiu, l'incompliment (infracompliment o supracompliment) s'estima entre el 29% i el 66%¹²⁻¹⁹. S'ha de destacar que les diferències identificades entre els estudis poden estar molt influenciades per la tècnica utilitzada a l'hora de mesurar el compliment (bàsicament entrevista o recompte de comprimits).

Al voltant del 50% dels adults i el 24% dels nens declaren que reben menys del 75% de la dosi total d'antibiòtics prescrits.

Al voltant del 50% dels adults i el 24% dels nens declaren que reben menys del 75% de la dosi total d'antibiòtics prescrits²⁰. En el mateix informe es reconeix que el nombre de morts relacionats amb una resposta ineficaç als antibiòtics a Espanya es pot estimar en 2.000 l'any i que el consum excessiu d'aquests fàrmacs, fonamentalment en atenció primària, té una influència indiscutible en la generació de resistències bacterianes.

Estudis recents indiquen taxes d'incompliment en profilaxi de la tuberculosi entre el 20 i el 30%^{21,22} i l'incompliment estimat, mitjançant enquesta o nivells plasmàtics, en el tractament de l'asma i la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) se situa entre el 25 i el 56%²³⁻²⁵. L'incompliment terapèutic genera problemes sanitaris i consum addicional de recursos dirigits a tractar les reaguditzacions.

Un altre dels àmbits d'utilització de medicaments, és l'experimental. Els medicaments, per motius de necessitat en el registre, estan subjectes a la prèvia experi-

mentació en humans. En aquest entorn controlat d'experimentació s'han de garantir, en tot moment, les condicions de qualitat i seguretat, monitorització, informació i consentiment informat dels pacients, i també el compliment de condicionants ètics dels propis objectius dels estudis. Si bé l'Estat elabora la legislació bàsica, la comunitat autònoma té un paper fonamental en l'acreditació dels comitès ètics d'investigació clínica i en l'auditoria dels estudis experimentals que es porten a terme en el seu territori. Catalunya és una de les comunitats autònomes amb més volum relatiu i absolut d'assaigs clínics controlats amb medicaments. Les dades de què disposem indiquen que en el nostre entorn es realitzen al voltant del 40% de tots els estudis experimentals amb medicaments que es duen a terme a l'Estat espanyol. L'any 1995 es van realitzar 317 assaigs clínics controlats amb medicaments en els nostres centres assistencials hospitalaris i d'atenció primària.

D'altra banda, la promoció i la publicitat de medicaments són altres aspectes rellevants en el bon ús dels medicaments. En molts àmbits diferents al nostre s'ha evidenciat la influència que aquestes activitats tenen sobre la prescripció, la dispensació i la utilització de medicaments. Si bé la regulació normativa sobre publicitat i promoció de medicaments als professionals i al públic en general és de caire estatal, el seu seguiment correspon al Servei Català de la Salut. Durant l'any 1995 s'han analitzat campanyes publicitàries corresponents a 312 principis actius i 526 especialitats farmacèutiques, i coincideixen aquells grups terapèutics dels quals s'ha fet més publicitat amb aquells que representen un major consum en el nostre àmbit.

En l'anàlisi de la tendència de la prescripció de medicaments a Catalunya (consum públic generat en l'atenció primària), s'observa que l'increment en els recursos assignats a la prestació farmacèutica en el període 1992-1995 ha estat del 29%. S'ha de tenir en compte que aquest increment és en realitat més gran atès que durant aquests anys els medicaments han reduït el 2% l'IVA, el 3% el seu preu de venda i es va portar a terme el Reial decret de finançament selectiu (RDFS). El percentatge de la despesa corresponent a pensionistes incrementa 5 punts en aquest període.

Durant els anys 1993 i 1994 va disminuir el nombre d'envasos d'especialitats farmacèutiques consumides, fonamentalment a causa de l'impacte a curt termini de l'RDFS. L'any 1995 ja han tornat a recuperar la seva quota de mercat.

El percentatge de les especialitats amb Valor Farmacològic Intrínsec Elevat entre el total de les especialitats farmacèutiques prescrites ha incrementat, en aquest període, 11 punts. Aquest increment pot haver estat motivat per dos factors bàsics: l'impacte de l'RDFS i les accions portades a terme per promoure la utilització de productes d'eficàcia contrastada.

El perfil d'assignació dels recursos farmacoterapèutics a la xarxa reformada sembla més adequat que el de la resta del total de Catalunya. La xarxa reformada dirigeix més recursos a patologies prioritzades (hipertensió, diabetis, asma) i menys a productes amb una prioritat menor.

Intervencions i accions prioritàries

El consum de medicaments, segons l'Enquesta de salut de Catalunya, s'incrementa amb l'edat en ambdós sexes, si bé les dones tenen un consum de medica-

A Catalunya es realitzen al voltant del 40% de tots els estudis experimentals amb medicaments que es duen a terme a l'Estat espanyol.

En el nostre país hi ha poca informació relativa a la possible morbiditat i mortalitat relacionada amb els medicaments.

ments significativament superior al dels homes en tots els grups d'edat. Aquest consum, especialment en determinats grups susceptibles a la iatrogènia, com la gent gran o les dones embarassades, és també d'una magnitud considerable.

Existeix poca informació relativa a la possible morbiditat i mortalitat relacionada amb els medicaments, en el nostre país. La valoració de patologia derivada directament (efectes adversos o interaccions) o indirectament, de la utilització de fàrmacs (incompliment terapèutic, accidents de trànsit, accidents laborals, etc.) pot passar en moltes ocasions desapercebuda. Aquest aspecte es posa en evidència si es comparen, per exemple, les taxes d'incidència d'admissions hospitalàries mitjançant els registres CMBDAH i les derivades d'estudis específics especialment dissenyats per identificar-les.

En relació amb el consum, els sistemes d'informació que tenim al nostre abast solament proporcionen informació de l'àmbit de l'atenció primària de salut. No es disposa ni del consum hospitalari, ni del consum privat ni informació de diagnòstic lligada a la prescripció o lligada a característiques dels usuaris consumidors de fàrmacs.

Les dades parcials de què disposem indiquen taxes d'ingrés hospitalari relacionats amb la iatrogènia medicamentosa d'entre l'1,1% i el 4,2% segons els estudis. La probabilitat de iatrogènia intrahospitalària s'ha estimat entre el 9 i el 20% dels ingressos. Per altra banda, l'incompliment terapèutic sembla ser un problema rellevant en la utilització de medicaments en el nostre país, tant en patologia crònica (hipertensió arterial, asma, malaltia pulmonar obstructiva crònica) com aguda.

Les actuacions endegades pel Pla de salut 1993-1995 han tingut un impacte evident en la qualitat potencial de la utilització dels medicaments com demostra l'evolució del nombre d'especialitats farmacèutiques amb valor intrínsec elevat i el decrement d'alguns grups de fàrmacs d'eficàcia dubtosa no afectats per l'RDFS, com ara els vasodilatadors cerebrals i perifèrics, i els vasopressors.

Moltes de les actuacions plantejades en l'anterior Pla de salut són perfectament assumibles actualment, des d'un punt de vista de continuïtat. És per això que cal promoure:

- El consens amb les societats científiques i els professionals en aquells aspectes relacionats amb l'establiment de criteris o mesures relacionades amb la utilització de medicaments.
- La formació continuada entre els professionals sanitaris (metges, farmacèutics, infermeres) en matèria d'utilització de medicaments, prioritzant la incorporació de criteris d'eficiència en la pràctica assistencial.
- La difusió d'informació objectiva sobre medicaments en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària.

En relació amb l'ús de medicaments, cal promoure hàbits saludables en la població, a través dels professionals sanitaris, el Programa d'educació per a la salut a l'escola i associacions de consumidors, i realitzar activitats de divulgació dirigides als ciutadans.

D'altra banda, s'ha de fomentar i promoure la coordinació dels diferents àmbits assistencials en allò que faci referència a intervencions des dels serveis sanitaris. En aquest sentit, l'actual concert d'atenció farmacèutica entre el Servei Català de la Salut i els col·legis de farmacèutics de Catalunya ens proporciona el marc adequat, incorporant aspectes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia en la farmàcia comunitària, des d'una perspectiva integral d'atenció farmacèutica i coordinada amb els altres nivells assistencials tant mèdics com farmacèutics.

Un altre aspecte a destacar i que cal potenciar és el paper del farmacèutic en la seva doble vessant educativa, per una banda com a agent d'educació sanitària al ciutadà, per una altra banda, l'aspecte formador d'altres professionals en relació amb l'àmbit del medicament.

Finalment, s'han de potenciar línies de recerca en l'àmbit del medicament en relació amb la utilització de medicaments; avaluació del compliment terapèutic; avaluació de l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions d'atenció farmacèutica; coneixement dels problemes de salut derivats directament o indirectament de la utilització de medicaments; estimació de l'impacte sobre la prescripció, dispensació i consum de medicaments i de l'impacte sobre la publicitat de medicaments.

Les intervencions i accions prioritàries proposades en el Pla de salut 1996-1998 són:

- Potenciar el sistema de vigilància epidemiològica de reaccions adverses i promoure la notificació d'efectes adversos de medicaments per part dels professionals.
- Potenciar els mecanismes de prevenció primària de la iatrogènia, millora del compliment terapèutic i d'integració de les activitats de promoció de la salut en l'àmbit de la dispensació farmacèutica.
- Millora de l'accessibilitat, l'eficiència i l'efectivitat de la utilització de medicaments, en l'àmbit dels serveis sanitaris, i de la coordinació entre professionals dels diferents àmbits.
- Promoure les activitats d'educació sanitària i de formació en matèria d'utilització de medicaments en la pràctica habitual dels professionals sanitaris.
- Desenvolupament dels sistemes d'informació de farmàcia i medicaments, i potenciació de les línies prioritàries de recerca en aquests àmbits.
- Millora de l'efectivitat i l'eficiència dels medicaments en les intervencions dirigides a l'abordatge dels problemes de salut prioritzats en aquest Pla de salut.

S'han de potenciar línies de recerca en l'àmbit del medicament en relació amb la seva utilització, l'avaluació del compliment terapèutic i l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions d'atenció farmacèutica.

Objectius operacionals

1. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es potenciarà el sistema de notificació d'efectes adversos de medicaments a través de la farmàcia comunitària a Catalunya, de manera que el 100% dels farmacèutics comunitaris rebin les targetes grogues de comunicació d'efectes adversos, així com la capacitat i la informació necessàries per al desenvolupament efectiu d'aquestes tasques.

Avaluació

Número de farmàcies que reben les targetes grogues i que han participat en els programes de formació específics.

2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, tots els hospitals de Catalunya hauran de disposar d'un sistema de notificació de reaccions adverses dels medicaments utilitzats.

Avaluació

Nombre d'hospitals que disposen d'un sistema de farmacovigilància estructurat.

3. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es desenvoluparan actuacions específiques de consell assistit individual i intervencions sobre grups de població específica sobre la utilització de medicaments, d'una manera coordinada entre l'àmbit assistencial mèdic i farmacèutic, per a la prevenció de la iatrogènia medicamentosa.

Avaluació

Activitats desenvolupades.

4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, s'elaboraran els criteris per a la realització d'auditories dels assaigs clínics controlats.

Avaluació

Existència dels criteris.

5. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'elaboraran, conjuntament amb les societats científiques i els professionals sanitaris, els criteris d'avaluació de la qualitat de la prescripció, la dispensació i la utilització de medicaments, d'acord amb criteris d'eficàcia, seguretat, eficiència i necessitat, en l'àmbit de l'atenció primària i hospitalària.

Avaluació

Existència dels criteris.

6. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es potenciarà la protocolització de la utilització de fàrmacs amb un elevat grau d'ús potencial ineficient mitjançant consells assessors específics.

Avaluació

Activitats de protocolització realitzades (informes anuals d'activitat dels consells assessors).

7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de salut, es crearà un centre d'estudis, documentació i informació sobre medicaments com un sistema integrat de consultes que pugui donar servei, tant als professionals com als ciutadans en general de Catalunya.

Avaluació

Existència del centre i tipus d'activitats desenvolupades.

8. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, es realitzaran estudis de recerca en relació amb la utilització del medicament.

Avaluació

Estudis de recerca realitzats.

9. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'ha de garantir la comunicació urgent, en menys de 24 hores, de les alertes farmacèutiques que es produeixin dins de la xarxa sanitària, a fi i efecte de minimitzar els possibles impactes dels productes implicats sobre la salut.

Avaluació

Existència dels mecanismes i nombre d>alertes generades i comunicades en menys de 24 hores.

10. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'hauran definit i implementat criteris i mecanismes per a la revisió sistemàtica de les campanyes publicitàries de medicaments, productes sanitaris i serveis de salut que es dirigeixin als professionals i al públic en general.

Avaluació

Actuacions desenvolupades.

11. Durant el període de vigència d'aquest Pla de salut, s'elaboraran criteris de millora de l'efectivitat i l'eficiència en la utilització de medicaments en relació amb els problemes de salut prioritaris.

Avaluació

Existència dels criteris.

Referències bibliogràfiques

1. DUP España (Grup of Study of Drug Use in Pregnancy in Spain). Estudio multicéntrico sobre el uso de medicamentos durante el embarazo en España (III). Los fármacos utilizados durante el primer trimestre del embarazo. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 52-7.
2. ACCP Report. American College of Clinical Pharmacy 1995; 14:1-2.
3. De Escalante Yangüela B, Oncins Torres R, Lacasa Marzo J, Candel Calderón M, Sampetro Feliu JA. Estudio de mortalidad hospitalaria en el servicio de medicina interna en un hospital comarcal. *An Med Interna* 1994; 11: 381-4.
4. Díez Jarillo JL, Muñoz JL, Catro S. Patología iatrogénica en un servicio de medicina interna. II Reacciones adversas a medicamentos. *Med Clin (Barc)* 1986; 87: 131-4.
5. Ibáñez L, Laporte JR, Carné X. Adverse drug reactions leading to hospital admission. *Drug Safety* 1991; 6: 450-9.
6. Sampereiz Legarre AL, Rubio Obanos MT, Escolar Castellón F, Alonso Martínez JL, Lanás Arbeloa A, Ayuso Blanco T. Estudio de la patología iatrogénica en un servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp*, 1994; 194: 457-63.
7. 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.
8. Hallas J, Gram LF, Grodum E, Damsbo N, Broesen K, Haghfelt T et al. Drug related admissions to medical wards: a population based survey. *Br J Clin Pharmacol* 1992; 33:61-8
9. Levy M, Kewitz H. Hospital admissions due to adverse drug reactions; a comparative study from Jerusalem and Berlin. *Eur J Clin Pharmacol* 1980; 17: 25-31.
10. Trunet P, Le Gall JR, Lhoste F et al. The Role of iatrogenic Diseases in Admissions to Intensive Care. *JAMA* 1980; 244: 2617-20.
11. Sáenz 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.
12. Torre Cisneros J, Fernández de la Puebla R, López-Miranda J, Nicolás Puiggarí 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.
13. Dalfó A, Botey A, Buil P, Esteban J, Gual J, Revert L. Estudio del seguimiento y control del paciente hipertenso en la asistencia primaria y hospitalaria. *Aten Primaria* 1987; 4: 233-9.
14. 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.

15. Val Jiménez, Amorós Ballester G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromà M. Estudio descriptivo del cumplimiento del tratamiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten primaria* 1992; 10: 767-70.
16. González Portillo L. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. *Aten Primaria* 1993; 12: 469-73.
17. Batalla C, Blanquer, Ciurana R, García Soldevila M, Jordi E, Pérez Callejón A et al. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria* 1984; 1: 185-91.
18. Turabian JL, Brezmes JA, Blázquez P, de Lorenzo A, Mateo S. Cumplimiento y control de la hipertensión arterial: un estudio aleatorio en zona rural. *Aten Primaria* 1986; 3: 21-4.
19. Muñoz JG, Dueñas-Laita A, Velasco Martín A. Consumo y actitud hacia el medicamento en una comunidad rural. *Farm Clin* 1991; 8: 491-508.
20. Panel de Expertos. Resistencia microbiana: ¿Qué hacer? Informe de Panel de Expertos. *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 445-61.
21. Hortonedá Giménez et al. Quimioprofilaxis antituberculosa: hepatotoxicidad y cumplimiento terapéutico. *An Med Interna* 1993; 10 (12): 587-9.
22. Gavira R, Gómez F, Otero MJ, Barrueco M, Domínguez Gil A. Seguimiento del tratamiento antituberculoso. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 677-81.
23. Soto et al. Incumplimiento terapéutico con los preparados de teofilina en régimen ambulatorio. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 456.
24. Barrueco M et al. Incumplimiento terapéutico en enfermos con obstrucción crónica del flujo aéreo. *Rev Clin Esp* 1987; 180 (6): 293-5.
25. Sagalés M, Pardo C, Mas MP. Cumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico. *Farm Clin* 1990; 7: 415-21.

D. Accions orientades a la millora de la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut

Una de les finalitats principals del Servei Català de la Salut és garantir que els serveis sanitaris d'utilització pública ofereixin una atenció sanitària que doni resposta a les necessitats de salut de la població resident a Catalunya, que es fonamenti en els principis d'equitat, eficiència i qualitat, i que consideri la satisfacció dels ciutadans com un resultat clau del procés d'atenció.

Un dels objectius prioritaris del Servei Català de la Salut és la millora de la satisfacció de l'usuari.

Perquè això sigui realitat, cal que el Servei Català de la Salut prioritzi la millora de la satisfacció dels usuaris com un objectiu central del sistema sanitari. Així, els contractes per a la compra de serveis han d'avançar cap a una compra orientada als guanys en salut de la població i a la satisfacció dels ciutadans. És per aquest motiu que, tal com es va definir en el Pla de salut de Catalunya 1993-1995, la satisfacció de l'usuari continua essent un eix al voltant del qual s'articulen les propostes del Pla de salut.

Les línies d'actuació del Pla de salut 1993-1995 feien referència a millorar les condicions d'accés als serveis sanitaris, les condicions d'acollida i tracte, la informació als pacients durant el procés d'atenció, la continuïtat de l'atenció, la formació dels professionals, la informació a la població sobre els serveis oferts i també el coneixement de les expectatives i satisfacció dels ciutadans quant als serveis utilitzats. Totes les accions proposades per a l'anterior trienni són vigents per al període 1996-1998 i cal continuar impulsant especialment:

- La informació al ciutadà sobre els serveis i vies d'accés oferts pel Servei Català de la Salut.
- La implantació de mecanismes que facilitin la mobilitat dels usuaris en el sistema sanitari, millorant la gestió de fluxos i de llistes d'espera i simplificant els circuits administratius.
- La gestió eficient dels sistemes de queixes i suggeriments dels usuaris i la seva incorporació en la presa de decisions.

Malgrat les activitats impulsades en els darrers anys a tots els nivells del sistema sanitari per millorar la satisfacció dels ciutadans, encara cal avançar molt per incorporar la cultura de serveis centrats en els clients. Per aquest motiu, en els propers anys es proposa que l'organització sanitària doni més èmfasi a determinats aspectes de les línies d'actuació globals proposades per al període 1993-1995. En aquest sentit, les accions prioritàries per al període 1996-1998 fan referència a:

- La millora de la qualitat del procés d'atenció, especialment als grups de població més vulnerables, centrada en la qualitat de vida, en el respecte als drets fonamentals de les persones, la informació, el suport als familiars i la integració social.

- La millora de la comunicació entre els professionals i els pacients, el consentiment informat, el respecte a les decisions sobre la salut i el propi cos, la protecció de la intimitat i el suport sociopsicològic a les persones.
- La millora del coneixement sobre les expectatives i la satisfacció dels usuaris i dels ciutadans en relació amb els serveis sanitaris i a la política sanitària.

Les propostes que fa el Pla de salut per a aquest nou trienni no tindran la forma d'objectius operacionals diferenciats per a cada nivell de l'organització, sinó que constituïran línies d'actuació recomanades per ser impulsades a tots els nivells del Servei Català de la Salut i a tots els serveis sanitaris, amb caràcter de progressivitat i factibilitat. És evident que la naturalesa de les recomanacions incloses en aquest apartat del Pla, fa que aquestes no siguin factibles si no es fomenta un debat i una difusió molt activa de les idees proposades entre els gestors, els professionals assistencials i els professionals de l'administració pública.

La millora de la qualitat del procés d'atenció als grups de població més vulnerables

D'acord amb els principis definits en la Declaració de l'Oficina Regional de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a Europa de l'any 1994 per a la Promoció dels Drets dels Pacients a Europa, és necessari refermar els drets humans fonamentals en l'assistència sanitària, protegint, especialment, la dignitat i la integritat de les persones¹. En aquest sentit, el Pla de salut 1996-1998 proposa impulsar un conjunt d'accions dirigides a la humanització del procés d'atenció, 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, tal com proposa l'OMS, centrar-les particularment en grups de població especialment vulnerables com són els infants, la gent gran i els pacients greus.

El Pla de salut proposa accions específiques adreçades a grups de població especialment vulnerables, com són els infants, la gent gran i els pacients greus.

L'atenció als infants i als adolescents hospitalitzats

Tota hospitalització comporta inevitablement un perill per a la personalitat de l'infant. L'hospital és per a ell un món estrany, potencialment hostil. El nen té por a perdre la protecció dels qui l'estimen i, per tant, té encara més necessitats afectives durant la seva estada en un hospital². Els pares o responsables i els germans també viuen aquest procés com un esdeveniment especialment angoixant que pot arribar a distorsionar la vida quotidiana de tota la família.

Durant l'estada en un hospital, l'infant pateix una crisi d'afectivitat i una sensació d'abandonament que podrien ser minimitzades amb mesures relativament senzilles, com ara permetre als familiars d'estar-se contínuament amb ell (*rooming-in*)³. Els riscos que el procés d'atenció sigui especialment traumàtic per a l'infant són extraordinàriament elevats quan: l'infant és molt jove (dificultats de comunicació, el temps sembla desmesuradament llarg i sovint té la percepció d'abandonament);

Els hospitals han de fer una política global que tingui en compte sistemàticament les necessitats psicològiques dels infants i també dels seus familiars.

l'hospitalització té caràcter urgent; l'hospitalització va acompanyada d'un diagnòstic greu o d'un procediment diagnòstic o terapèutic dolorós o quan l'entorn familiar no ofereix unes condicions afectives satisfactòries. Per tant, és necessari que l'hospital faci una política global que tingui en compte sistemàticament les necessitats psicològiques dels infants i també dels seus familiars més immediats².

El conjunt d'accions que es proposa impulsar durant el trienni 1996-1998 integra línies d'actuació prioritàries que han tingut un gran impacte en els països europeus, com són les definides pel Parlament Europeu en la Resolució de maig de 1986, sobre una Carta Europea de Drets dels Infants Hospitalitzats², i la circular ministerial francesa del 1983 relativa a l'hospitalització dels infants⁴. En el nostre entorn més immediat tenim les disposicions fixades en la Llei 8/1995, d'atenció i protecció dels infants i dels adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció⁵, en la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya⁶ i en l'Ordre del Departament de Sanitat i Seguretat Social, de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris⁷.

Si bé les mesures que el Pla de salut proposa impulsar durant el trienni 1996-1998 ja s'han començat a introduir en el nostre context hospitalari, i malgrat que per a l'aplicació d'algunes sigui necessari disposar de recursos i mesures organitzatives específics, en gran part són assumibles mitjançant la sensibilització dels proveïdors de serveis i els professionals de la salut, i amb la voluntat de modificar determinats estils de pràctica tradicionalment emprats.

Intervencions i accions prioritàries

Durant aquest segon trienni d'aplicació del Pla de salut es proposa que els hospitals impulsin, amb criteris de factibilitat i progressivitat, les accions següents:

- Accions per evitar les hospitalitzacions i les estades no estrictament necessàries. En aquest sentit, molts procediments preliminars o de control poden practicar-se en règim de consulta externa o bé a domicili, sense necessitat d'ingressar els pacients.
- Preparació de l'admissió, de manera que es disminueixi l'ansietat de l'infant i de la seva família, proporcionant informació clara i comprensible perquè l'infant es prepari psicològicament per a l'ingrés.
- Facilitar la participació dels pares o responsables de l'infant, implantant el consentiment informat durant tot el procés d'atenció. Les especificitats d'aquest tipus de pacients fan que sigui molt important que la informació es proporcioni de forma completa, comprensible i continuada, no sols per als familiars responsables de l'infant sinó també, sempre que sigui possible, adaptada a l'edat de cada pacient. Els centres hauran de facilitar l'accessibilitat horària i telefònica als familiars per poder ser informats pel metge responsable de l'evolució de l'estat de salut del pacient.
- Afavorir la implantació de l'admissió conjunta de l'infant i un del seus familiars o responsables, independentment de la gravetat del problema de salut. Atès que l'aplicació d'aquesta mesura requereix la progressiva adaptació dels espais perquè els familiars puguin descansar, es recomana que els centres defineixin els tipus de pacients i de procediments en què caldria prioritzar la implantació de l'admissió conjunta.
- Facilitar la presència d'un familiar en els moments més angoixants del procés d'atenció com és, per exemple, el procés d'anestèsia.
- Adequar progressivament l'estructura de l'hospital per al desenvolupament d'activitats quotidianes (àrea de jocs, menjadors, biblioteca, etc.) i preservar el dret de l'infant a prosseguir la seva educació, facilitant el manteniment dels vincles amb les escoles.
- Identificar les necessitats psicològiques i oferir el suport específic als infants i als familiars quan sigui necessari.
- La preparació de l'alta del pacient ha d'incloure la informació als pares sobre les possibles reaccions psicològiques de l'infant a l'alta i ha de tenir en compte el suport psicosocial postalta i la coordinació amb el pediatra d'atenció primària.

L'atenció a la gent gran ingressada en centres sociosanitaris

L'estructura de la població catalana es caracteritza per un envelliment progressiu iniciat l'any 1975, a partir del procés de caiguda de la fecunditat. L'increment de l'esperança de vida en els grups de gent gran, que en els darrers anys s'està produint, contribueix també a accelerar aquest procés d'envelliment. Els canvis demogràfics previstos per als propers anys mantindran aquesta tendència, i s'estima que el percentatge de gent de més de 65 anys, que l'any 1991 era del 14,3%, arribi al 18% l'any 2006.

Tot i que la població catalana gaudeix d'una longevitat important, una part del temps que pot esperar viure serà en condicions de discapacitat. Així, l'any 1994 el conjunt de la població presenta una esperança de vida sense incapacitat (EVS) en néixer, de 67,57 anys, cosa que representa el 85,99% del total del temps d'expectativa de viure. En augmentar l'edat, i especialment a partir dels 65 anys, la proporció de temps viscut amb incapacitat sobre el total de l'esperança de vida creix i les diferències entre els dos gèneres augmenten, fins al punt que, per als grups d'edat més elevada, les dones, tot i que viuran més, viuran menys anys amb salut que els homes⁸.

Els fenòmens demogràfics previstos per als propers anys i la millora de l'esperança de vida de la població, exigeixen que la política sanitària doni prioritat als grups de població de gent gran. Igualment, tots els serveis sanitaris i sociosanitaris hauran d'intensificar les mesures orientades a les necessitats d'atenció, a la millora de la qualitat de vida i a la satisfacció d'aquests grups de població.

La població atesa en els centres sociosanitaris comprèn majoritàriament aquells pacients amb malalties cròniques no curables que presenten dificultats d'adaptació a la seva dependència física, sentiment d'inutilitat, manca d'autoestima, sentiment de presència de la mort i, si estan institucionalitzats, dificultats d'adaptació al medi institucional.

D'acord amb el model d'atenció sociosanitària desenvolupat en el nostre entorn, cal avançar, des dels serveis, en un model assistencial més orientat a incrementar la qualitat de vida d'aquest tipus de pacients. El procés d'atenció a aquests pacients requereix la intervenció d'equips interdisciplinaris que donin una resposta global a les necessitats físiques, emocionals i socials, i l'actuació coordinada dels diferents nivells d'atenció. També, tenint en compte el grau de dependència i vulnerabilitat d'aquests malalts, és necessari que els serveis donin un especial èmfasi a desenvolupar mesures dirigides a garantir el respecte de la seva dignitat, als seus drets fonamentals i a la seva satisfacció.

Intervencions i accions prioritàries

El conjunt d'accions que es recomana impulsar durant el trienni 1996-1998 afecten fonamentalment la millora de la qualitat del procés d'atenció a la gent gran institucionalitzada en centres sociosanitaris. Tanmateix, una bona part de les accions proposades són aplicables en tots els centres i nivells assistencials.

L'atenció a la gent gran ingressada en centres sociosanitaris s'ha d'orientar a millorar la qualitat de vida dels pacients i a garantir el respecte a la seva dignitat i als drets fonamentals.

- Donar èmfasi al respecte dels drets fonamentals dels pacients mitjançant:
 - L'aplicació de mesures explícites per part del centres (hospitals i centres sociosanitaris especialment) dirigides al respecte de la seva dignitat, seguretat física i mental, privacitat i avaluació de la satisfacció dels pacients.
 - L'augment de la participació dels usuaris institucionalitzats en la presa de decisions sobre el procés d'atenció que els afecta, millorant la comunicació amb els professionals de la salut i avançant en la implantació del consentiment informat.
- La millora de la qualitat de vida de la persona ha de constituir l'objectiu central del procés d'atenció a la gent gran institucionalitzada en els centres sociosanitaris i ha de quedar reflectit en els protocols d'atenció a aquests malalts.
- Potenciar la rehabilitació i reinserció social dels pacients grans, ingressats en centres sociosanitaris.
- Facilitar la integració de la gent gran en el seu entorn social quotidià impulsant la rehabilitació, el suport a domicili i l'atenció domiciliària des de l'atenció primària de salut, i desenvolupant mesures per millorar la coordinació entre unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), Programa d'atenció domiciliària (PADES) i equips d'atenció primària.
- Definir els indicadors bàsics per a l'avaluació de la qualitat assistencial en els serveis alternatius a l'internament que serviran de base per a l'avaluació dels contractes.
- Millorar les habilitats dels professionals de la salut en psicogeriatria (formació continuada, pregrau i postgrau). El Consell Assessor en Psicogeriatria del Departament de Sanitat proposarà les línies formatives a impulsar en els propers anys en aquest àmbit.
- Promoure el consens de criteris per a l'atenció a la gent gran entre els diferents professionals de l'àmbit de la psicogeriatria (infermeria, neurologia, assistents socials, psiquiatres, psicòlegs, geriatres).
- Potenciar la implantació de protocols de preparació de l'alta en risc sociosanitari en els hospitals i els centres sociosanitaris que defineixin un pla terapèutic i de suport psicosocial que garanteixi la continuïtat de l'atenció.
- Fomentar, a tots els nivells assistencials, les activitats preventives i l'educació sanitària per a la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i afavorir l'autoresponsabilització dels pacients sobre la seva salut.

L'atenció als malalts terminals i als malalts crònics greus

L'objectiu del procés d'atenció de malalties terminals i malalties cròniques greus ha de centrar-se en la disminució del dolor i d'altres molèsties i en el suport psicosocial al pacient i als seus familiars.

La contribució que poden fer els serveis sanitaris a la millora de la qualitat de vida de la població ha de ser un dels valors que cal considerar sempre en tots els processos d'atenció sanitària. Determinats pacients, com són els malalts crònics greus i els malalts terminals, poden beneficiar-se més, amb una atenció pal·liativa dirigida a evitar el dolor, a reduir els riscos de complicacions i de discapacitats i, en definitiva, a millorar la qualitat de vida minvada pel seu problema de salut, més que amb procediments curatius i/o adreçats a perllongar la seva vida.

En aquest sentit, si els serveis sanitaris poden contribuir a millorar la qualitat de vida de la població, també és d'importància cabdal que contribueixin amb especial sensibilitat en la qualitat del procés de morir de cada individu.

Quan la vida de la persona està arribant al seu final, l'objectiu del procés d'atenció ha de centrar-se en la disminució del dolor i d'altres molèsties presents i en el suport psicosocial i espiritual al pacient i als seus familiars més propers. Cal que els serveis sanitaris col·laborin amb els familiars com a elements facilitadors del procés d'atenció a aquests malalts.

Intervencions i accions prioritàries

Durant el període d'aplicació d'aquest Pla es recomana que en els centres sanitaris i sociosanitaris es dissenyin estratègies i es desenvolupin accions concretes en relació amb els àmbits següents:

- Els centres definiran objectius específics de millora de la qualitat de vida durant el procés d'atenció a determinats malalts crònics greus i a malalts terminals i desenvoluparan línies específiques d'avaluació de la satisfacció dels usuaris i familiars.
- Estimular la participació dels familiars en els processos d'atenció i en les cures pal·liatives a malalts crònics greus i malalts terminals.
- Facilitar la participació dels grups d'ajuda mútua com a elements de suport en el procés d'atenció a grups de malalts crònics, greus i terminals.
- Implantació progressiva del consentiment informat en el procés d'atenció als malalts terminals i crònics greus. Durant el trienni 1996-1998 es prioritzaran les activitats per a la implantació del consentiment informat en el procés d'atenció als malalts oncològics i de sida.
- S'avançarà en la implantació, a tots els nivells assistencials, de protocols per ajudar a morir els malalts terminals, que especifiquin criteris mínims d'actuació en relació amb les cures pal·liatives, els procediments diagnòstics i terapèutics, i el suport psicosocial als pacients i els seus familiars.

La millora de la comunicació entre els professionals de la salut i els ciutadans

La millora de la comunicació entre els professionals de la salut i els usuaris dels serveis sanitaris va ser un dels àmbits d'actuació proposats en el Pla de salut 1993-1995. Aquest és un aspecte imprescindible per apropar els serveis sanitaris als ciutadans, com a clients dels serveis d'utilització pública integrats en el Servei Català de la Salut i, en definitiva, per millorar la qualitat del procés d'atenció.

Els resultats d'una enquesta efectuada a Catalunya a professionals de la salut, mostren, pel que fa a les relacions entre professionals i els usuaris dels serveis, que el 92% està d'acord que l'usuari demana, cada vegada més, ser escoltat, ser informat intel·ligiblement i participar en la presa de decisions, i que més del 95% dels professionals valoren la importància de la capacitat de comunicació dels professionals sanitaris, com també les actituds d'empatia envers els pacients i creuen que cal una preparació professional per reconèixer les diferències individuals i de grups dels usuaris⁹.

Dos elements clau per avançar en la qualitat de la informació als usuaris dels serveis sanitaris són la implantació del consentiment informat a tots els nivells assistencials i el desenvolupament de línies d'avaluació sobre la qualitat de la comunicació entre els equips assistencials i els usuaris.

El concepte de consentiment informat

Des dels anys 60 la nova ètica mèdica es basa, no en el paternalisme en què es fonamentava l'ètica tradicional, sinó en l'autonomia del pacient i en l'esforç per aconseguir la igualtat metge-pacient. Els perills associats amb el desenvolupament de procediments cada vegada més invasius han comportat la necessitat de definir uns patrons ètics envers el consentiment informat¹⁰.

El concepte de consentiment informat, en països desenvolupats com els EUA, deriva de la cultura de la llei. Els models legals habitualment s'han generat a partir de relacions metge-pacient que han sortit malament i, per tant, se centren en els riscos o revelacions de riscos i tendeixen a voler protegir els metges contra les demandes que puguin sorgir¹⁰.

És evident, tanmateix, que les obligacions ètiques dels professionals de la salut envers els seus pacients no acaben amb el compliment de les lleis sinó que van molt més enllà: les relacions humanes són molt complexes i no és possible reglamentar-les legalment.

També és important considerar la necessitat d'impulsar estratègies que evitin una medicina practicada defensivament, la qual té conseqüències personals de desencís i angoixa i, certament, no és bona per a una pràctica mèdica correcta¹¹. Així, caldria promoure el consentiment informat èticament adequat, prestant atenció a les necessitats individuals dels pacients, per tal que aquests comparteixin les decisions mèdiques fins allà on desitgin. Una estratègia aplicable en el nostre entorn seria la implantació de les comissions d'ètica, les quals poden jugar "un paper clau

La millora de la comunicació entre els professionals i els usuaris és un aspecte imprescindible per apropar els serveis sanitaris als ciutadans.

a l'hora de fomentar l'establiment de relacions més humanitzades entre els cuidadors i els pacients, caracteritzades pel respecte mutu i la presa de decisions compartida¹⁰.

En l'anomenada doctrina del consentiment informat es busca la prova més elemental que el pacient és informat. L'*American College of Physicians Ethics Manual* dona, en la seva edició de l'any 1984, la definició de consentiment informat com "l'explicació a un pacient mentalment competent i atent, de la naturalesa de la seva malaltia, com també del balanç entre els seus efectes i els riscos i els beneficis dels procediments terapèutics recomanats per, a continuació, sol·licitar la seva aprovació per ser sotmès a aquests procediments. La presentació de la informació al pacient ha de ser comprensible i no esbiaixada; la cooperació del pacient s'ha d'aconseguir sense coacció; el metge no ha de treure partit del seu potencial domini psicològic sobre el pacient¹². L'aprovació del pacient és l'element primordial, tot i que la consignació per escrit sigui convenient o necessària per prescripció legal¹¹. Aquesta definició, segons proposa P. Simón Lorda, seria millorable si s'afegissin els procediments diagnòstics a més dels terapèutics¹³.

El consentiment informat s'ha d'entendre com l'acceptació, per part de l'usuari, d'un procediment diagnòstic o terapèutic després de tenir suficient informació, com per implicar-se en la decisió.

El consentiment informat s'ha d'entendre, doncs, com l'acceptació, per part de l'usuari, d'un procediment diagnòstic o terapèutic després de tenir suficient informació sobre la seva conveniència, avantatges i riscos, per tal d'implicar-se en la decisió.

La informació facilitada mitjançant el consentiment informat ha de permetre situar l'usuari en una posició no sols de participació sinó també d'autonomia respecte a les decisions clíniques que l'afecten. En el nostre entorn cultural també és evident que la informació als familiars o representants legals del pacient no pot obviar-se, i que el seu ritme, continguts, límits i forma hauran de ser quasi sempre diferents que els que s'ofereixen al pacient¹⁴. Per aquests motius, el professional de la salut ha de donar una informació als pacients i familiars que sigui concreta, comprensible, dialogant i participativa, personalitzada, no coercitiva¹⁵ i respectuosa, d'acord amb les seves necessitats¹⁴.

El document de consentiment informat

El document de consentiment informat és un reflex del procés informatiu i de decisió que s'estableix entre el pacient i el professional, fruit de la confiança entre ambdues parts¹⁰. La seva presència pot interpretar-se com un indicador de qualitat assistencial.

El document de consentiment informat és un suport per a la transmissió d'informació, però mai ha de substituir la informació oral.

Tanmateix, el consentiment informat no s'obté exclusivament mitjançant la consecució d'una signatura d'un formulari legal¹², sinó que aquest sols ha de ser considerat com un suport per a la transmissió d'informació i com el final d'un procés d'obtenció del consentiment informat que queda evidenciat en un document escrit¹⁶. Per tant, la informació escrita sempre ha de constituir un reforç i complement de la informació oral i mai l'hauria de substituir.

El procés d'informació

La forma en què es porta a terme aquest procés de comunicació és, per tant, un element probablement tan important com la informació que es transmet a l'individu afectat. Així, per exemple, seria recomanable facilitar el formulari amb prou antelació perquè el pacient pugui llegir-lo, sol·licitar aclariments, discutir-lo amb la seva família i pensar-se la decisió¹⁶. També és important facilitar als usuaris i els seus familiars espais adequats que preservin la intimitat per a aquesta activitat.

Quant a la quantitat i qualitat de la informació que cal proporcionar a les persones en relació amb el procés d'atenció que els afecta, hi ha un ampli acord entre diferents autors sobre la informació bàsica que cal explicitar en el document escrit de consentiment informat, que hauria d'incloure:

- Explicitació de la tècnica a realitzar i explicació senzilla dels objectius, forma de fer-la i durada.
- Necessitat de la intervenció davant d'altres alternatives possibles.
- Conseqüències segures o molt probables de la intervenció, que són rellevants per al malalt i la família.
- Riscos típics, que són aquells que poden produir-se amb més freqüència, o que, essent infreqüents, són molt greus.
- Riscos personalitzats, que són aquells relacionats amb les circumstàncies concretes dels pacients: estat de salut previ, edat, professió, etc.
- Explicitació dels beneficis esperats i que aquests superen els riscos possibles.
- Comunicació al pacient de la seva llibertat per reconsiderar en qualsevol moment la seva decisió.

Aspectes normatius

Actualment, en el nostre context, la normativa bàsica referent als drets dels usuaris del sistema nacional de salut en relació amb la informació que han de rebre sobre el seu procés d'atenció són la Llei general de sanitat¹⁷ i la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (també apareixen en la normativa vigent a Catalunya sobre acreditació de centres hospitalaris⁷). La primera estableix que els serveis sanitaris han de proporcionar als ciutadans informació completa, comprensible i continuada, de forma verbal i escrita, sobre el seu problema de salut i el procés d'atenció, pel que fa al diagnòstic, el pronòstic i les alternatives de tractament. També estableix la necessitat del consentiment previ per escrit per part dels pacients, per a la realització de qualsevol intervenció, excepte quan no comporti riscos per a la salut pública, en cas d'incapacitat per prendre decisions i en casos d'urgència mèdica que no permeti demores (amb compromís vital)¹⁷.

Actualment hi ha normativa específica que afecta determinats procediments que han de quedar forçosament inclosos en el consentiment informat: banc de sang (donació i recepció d'hemoderivats), extracció i trasplantament d'òrgans i teixits,

És convenient que la informació que es transmet a l'usuari sigui clara, que es doni sense presses i que es respecti la intimitat familiar per a les decisions.

Caldria generalitzar l'aplicació del consentiment informat, entès com a millora de la comunicació i no com un augment de la burocratització del procés d'atenció.

El canvi dels valors culturals dels professionals de la salut i dels ciutadans, i la sensibilització i formació dels professionals són factors que afavoriran la millora de la comunicació i la implantació efectiva del consentiment informat.

necròpsies, assajos clínics¹⁵. Tanmateix, caldria generalitzar l'aplicació del consentiment informat a totes les intervencions i procediments assistencials, cercant fórmules que millorin la comunicació entre els professionals de la salut i els usuaris de la sanitat i que no necessàriament impliquin un increment de regulació ni una burocratització del procés d'atenció.

Finalment, cal destacar que, en els últims anys, s'han dut a terme en el nostre entorn diverses iniciatives des del sector hospitalari, amb el suport de professionals experts en l'àmbit de la bioètica, i també des del Departament de Sanitat i Seguretat Social, amb la creació de la Comissió de Bioètica, que són recollides en les propostes del Pla de salut per al trienni 1996-1998.

Caldrà, però, donar molt més èmfasi a aquest àmbit, ja que encara és llarg el camí per a la millora de la comunicació i per a la implantació efectiva del consentiment informat, que dependrà, en gran manera, dels canvis en els valors culturals dels professionals de la salut i dels ciutadans, de les estratègies de sensibilització que es portin a terme des de l'administració i dels proveïdors de serveis sanitaris, de la sensibilitat de l'oferta formativa pregrau, postgrau i continuada davant aquest àmbit i de l'augment de la sensibilització i de l'exigència per part de la població perquè els seus drets siguin respectats.

Intervencions i accions prioritàries

Per tal de progressar en la implantació efectiva del consentiment informat, es recomana que els centres sanitaris i sociosanitaris impulsin durant els propers anys:

- Estratègies de sensibilització als professionals mitjançant polítiques informatives, formació pregrau i formació continuada –especialment, en servei– en temes de bioètica adreçats a revaloritzar les relacions humanes entre els professionals de la salut i els usuaris dels serveis.
- La implantació del consentiment informat en els centres sanitaris (hospitals, centres d'atenció primària i centres sociosanitaris). Durant el trienni 1996-1998, es proposa que els centres sanitaris i sociosanitaris prioritzin aquells procediments en què es consideri necessari iniciar o continuar la implantació del document de consentiment informat –especialment aquells que puguin comprometre més la qualitat de vida de les persones–, i que iniciïn la seva implantació progressiva.
- L'avaluació qualitativa del consentiment informat serà una activitat clau per conèixer si les estratègies implantades són les adequades i la satisfacció dels usuaris és la desitjable.
- Estratègies d'implantació progressiva dels comitès d'ètica assistencial en els centres sanitaris i sociosanitaris. Aquests comitès tenen com a finalitat la de ser òrgans consultius, multidisciplinaris al servei dels professionals i usuaris dels centres sanitaris per ajudar a analitzar problemes ètics, formular recomanacions en relació amb determinats processos d'atenció o organitzar activitats formatives dels professionals en l'àmbit de la bioètica, amb l'objectiu final de millorar la qualitat assistencial¹⁸.
- Per al trienni 1996-1998 del Pla de salut els centres sanitaris afavoriran la creació de comitès d'ètica assistencial que fomentin activitats de sensibilització, debat i formació dels professionals de la salut en l'àmbit de la bioètica i, en especial, del consentiment informat.

En tot cas, el consentiment informat és una exigència ètica i legal, motiu pel qual en els centres en què no s'hagin implantat comitès d'ètica assistencial, seria desitjable impulsar la constitució de grups de treball interdisciplinaris amb l'objectiu de sensibilitzar i impulsar la implantació efectiva del consentiment informat.

La satisfacció dels usuaris com a indicador de la qualitat dels serveis

La millora de la qualitat dels serveis i, especialment, dels processos d'atenció, és un dels eixos estratègics del Pla de salut. És evident que en el nostre entorn, en els darrers anys, els centres sanitaris i sociosanitaris han considerat com a prioritat desenvolupar estratègies de qualitat, i podríem afirmar que la qualitat dels serveis constitueix un dels valors culturals àmpliament adquirit en el sistema sanitari català.

Els resultats de l'Enquesta de salut de Catalunya 1994 (ESCA)¹⁹, sobre el grau de satisfacció general de la població major de 14 anys en relació amb els serveis sanitaris públics utilitzats, mostren que el 75,4% dels enquestats declaren estar satisfets i el 12,5%, molt satisfets. Quant a l'última visita a un professional sanitari, es van estudiar sis aspectes: el tracte del professional, les explicacions rebudes, el temps d'espera, el temps de dedicació, els tràmits burocràtics i l'horari d'atenció. Els resultats indiquen que el tracte rebut dels professionals és l'aspecte que presenta major grau de satisfacció, tot i que encara hi ha alguns aspectes que caldria millorar, com és ara el temps d'espera fins a ser visitat (el 18,2% de les persones entrevistades declaren estar insatisfetes o molt insatisfetes). Pel que fa al grau de satisfacció de la població respecte a l'atenció hospitalària rebuda, es van estudiar cinc components: percepció de la competència professional, tracte dels metges, tracte del personal d'infermeria, qualitat del menjar i confort general en l'estada a l'hospital. En aquest àmbit d'atenció, l'aspecte millor valorat va ser el tracte rebut dels metges i del personal d'infermeria (més del 96% declaren estar satisfets o molt satisfets). Tanmateix, la qualitat del menjar és l'aspecte que genera més insatisfacció (al voltant del 17,9% dels enquestats) i s'observa que a partir d'un temps d'ingrés superior als 8 dies la insatisfacció augmenta fins al 25%.

Cal avançar cap a un model de serveis cada cop més centrats en els clients i més adaptats a les necessitats biopsicosocials dels individus i de la comunitat.

La millora de la qualitat tècnica és, probablement, la dimensió que ha estat més desenvolupada en els últims anys per part dels serveis sanitaris, ja que els professionals de la salut basen la seva pràctica clínica en l'evidència científica. Tanmateix, cal avançar cap a un model de serveis cada cop més centrat en els clients i més adaptat a les necessitats biopsicosocials dels individus i de la comunitat. Això requereix, tal com s'emfasitzava en les propostes del Pla de salut per al trienni 1993-1995, continuar ideant estratègies, a tots els nivells de l'organització sanitària, per apropar els serveis a la població. Així, caldrà prioritzar no únicament la millora de l'equitat i l'accessibilitat als serveis, sinó també la millora de la informació, el tracte, el confort i el millor coneixement de les seves expectatives i de la seva satisfacció amb els serveis utilitzats.

Els serveis han d'impulsar l'avaluació de la satisfacció dels usuaris per tal d'identificar les possibles àrees de millora de la qualitat.

El coneixement de les expectatives de la població, quant a les dimensions de la qualitat dels serveis i en relació amb les polítiques prioritzades en l'àmbit de la salut, és una informació fonamental que el sistema sanitari requereix per identificar si està treballant amb l'orientació desitjable per als ciutadans.

Intervencions i accions prioritàries

Les polítiques de qualitat dissenyades en els serveis sanitaris haurien de considerar la satisfacció de l'usuari com un indicador clau de la qualitat. L'avaluació de determinades dimensions del procés d'atenció que comprometen la satisfacció dels usuaris pot ajudar a descobrir quines són les àrees de possible millora a cada centre. Per tant, és important que els proveïdors de serveis impulsin les activitats d'avaluació amb metodologies vàlides que permetin utilitzar-ne els resultats en la presa de decisions en el seu entorn.

- En aquest sentit, es proposa que els centres sanitaris i sociosanitaris avancin en la millora del coneixement de l'opinió i satisfacció dels ciutadans en relació amb els serveis oferts, considerant com àmbits susceptibles de millora, el temps d'espera en llista per als diferents procediments, la informació facilitada en diferents fases del procés d'atenció (protocols d'acollida, guies de serveis, carta de drets i deures, coneixement del nom del metge responsable del procés d'atenció, implantació del consentiment informat, informació a l'alta), l'hostalera i la continuïtat de l'atenció en la posthospitalització (protocols de preparació d'alta en risc sociosanitari), entre d'altres.
- En els propers anys caldrà desenvolupar, des del Servei Català de la Salut, noves línies de recerca en relació amb l'accessibilitat dels serveis com són ara el temps d'espera pel que fa als programes de citació prèvia i a les llistes d'espera per a procediments diagnòstics i terapèutics. També caldrà desenvolupar estudis per millorar el coneixement de les expectatives i preferències de la població general quant als serveis i a les polítiques prioritzades.
- També, per tal d'avançar en la incorporació de l'opinió dels ciutadans en la política sanitària, és rellevant explorar en quins àmbits de la planificació la població té interès a participar, valorar quins mecanismes i metodologia de participació serien els més adients en el nostre context i resoldre com incorporar-la en l'establiment de prioritats.

Referències bibliogràfiques

1. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para Europa, 1994.
2. Communautés Européennes. Parlement Européen. Rapport sur un charte européenne des enfants hospitalisés du 14 d'avril 1986. Documents de séance. Résolution de 13 mai 1986 sur une charte européenne des enfants. Maig 1986.
3. Asensi F, Peña MJ, Sancho N. Repercusiones personales y familiares de la hospitalización infantil. Aten Primaria 1987; 4: 34-7.
4. Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale. Circulaire Ministérielle núm. 83-84 du 1 août 1983, relative à l'hospitalisation des enfants. París.
5. 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, de 1995.
6. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1324, de 1990.
7. Ordre de 10 de juliol de 1991, per la qual es regula l'acreditació dels centres hospitalaris. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1477, de 1991.
8. 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).
9. Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, Institut d'Estudis de la Salut, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, Fundació Parc Taulí. Estudi sobre tendències i escenaris que actuen sobre les competències professionals en ciències de la salut. 1994. (No publicat.)
10. Drane J. Los componentes legales y éticos del consentimiento informado. Ponència presentada en el II Simposi sobre Bioètica. Informació clínica i consentiment informat. 12 de maig de 1995; Badalona. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995. (No publicat.)
11. Abel F. Consideracions bàsiques sobre el consentiment informat. A: Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. El consentiment informat en els hospitals de l'ICS. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1995.
12. Ad hoc Committee on medical Ethics, American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. Ann Intern Med 1984; 101: 129-37, 263-74.
13. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med Clin (Barc) 1993; 100: 659-63.
14. Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. Med Clin (Barc) 1995; 104: 218-20.

15. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. El consentiment informat. Criteris d'actuació en els hospitals de l'ICS. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1995.
16. Simón P. El consentimiento informado: teoría y práctica (y II). Med Clin (Barc) 1993; 101: 174-82.
17. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm. 102, de 1986.
18. Ordre de 14 de desembre de 1993, d'acreditació dels comitès d'ètica assistencial. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 1836, de 1993.
19. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut. En premsa 1997.

7

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

Avaluació del Pla de salut 1996-1998

L'avaluació és una part fonamental del procés de presa de decisions, ja que proporciona la informació i el coneixement necessaris per aportar racionalitat a la decisió. Fa possible emetre judicis de valor sobre les intervencions dutes a terme i l'impacte produït, i identificar els aspectes positius, els negatius, els no esperats, així com l'abast de l'impacte. Els resultats de l'avaluació permeten reorientar les actuacions mitjançant les activitats correctores o noves accions.

L'avaluació permetrà conèixer l'impacte de les intervencions i proposar activitats correctores i noves accions.

El Pla de salut 1996-1998 manté la continuïtat i la coherència amb l'anterior etapa. Les intervencions prioritàries estan relacionades amb els problemes de salut ja identificats en el Pla de salut 1993-1995 i se'n formulen de noves a partir de l'anàlisi de situació, l'avaluació del Pla de salut 1993-1995 i d'altres processos d'avaluació portats a terme. Per tant, l'enfocament de l'avaluació continua plantejant-se al voltant dels eixos del Pla: la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis, i la millora de la satisfacció dels usuaris.

El caràcter participatiu i intersectorial del Pla de salut fa que s'hagi de donar a l'avaluació una perspectiva pluralista que reculli els interessos dels diferents actors socials en l'àmbit de la salut, per tal d'obtenir la màxima utilitat i aplicació dels resultats que se'n derivin.

La metodologia per a l'avaluació de l'assoliment dels objectius està condicionada per la seva naturalesa i periodicitat. Per a l'avaluació dels objectius generals de salut i de disminució de risc fixats per a l'any 2000, es farà el seguiment temporal dels indicadors de l'estat de salut i la valoració de la seva tendència. Els objectius operacionals s'avaluaran a partir dels indicadors que s'especifiquen per a cada objectiu en els apartats corresponents als diferents problemes de salut.

Les estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis definides en aquest Pla, en tant que expressen l'orientació i els àmbits clau d'actuació per fer possible l'assoliment dels objectius, també han de ser objecte de valoració; per tant, han de ser considerades en els projectes d'avaluació i recerca que es portin a terme.

Els objectius fixats i les estratègies per assolir-los són l'objecte principal de l'avaluació.

Els àmbits i projectes d'avaluació que es plantegen en aquest capítol, aportaran una visió més àmplia i aprofundida de l'impacte de les intervencions proposades pel Pla de salut, més enllà de l'avaluació de l'assoliment dels diferents objectius.

Àmbits d'avaluació

D'acord amb les intervencions que proposa el Pla de salut 1996-1998, els àmbits d'avaluació seran els següents:

- L'estat de salut i la qualitat de vida de la població.
- L'equitat, l'eficiència i la qualitat del procés assistencial i dels serveis.
- L'opinió i les expectatives dels usuaris i de la població.

Aquests àmbits estan directament relacionats amb els eixos del Pla. L'avaluació ens informarà dels resultats de salut i de satisfacció de la població, de l'avenç en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, així com del progrés en la millora del procés assistencial i els serveis. L'avaluació també permetrà conèixer la participació i la implicació dels professionals en el Pla de salut, els avenços en els sistemes d'informació i en la cooperació intersectorial.

Les línies i els projectes d'avaluació que a continuació es proposen s'han seleccionat d'acord amb criteris de rellevància, pertinença, utilitat i factibilitat. En aquest sentit, s'han valorat els sistemes d'informació i els recursos disponibles i també els projectes que requeriran recursos estructurals i humans addicionals.

Les propostes d'avaluació s'han seleccionat amb criteris de rellevància, pertinença, utilitat i factibilitat.

L'estat de salut i la qualitat de vida de la població

L'anàlisi de les tendències dels indicadors de la morbimortalitat ha de permetre conèixer l'assoliment dels objectius de salut i de disminució de risc fixats per a l'any 2000. Les tendències dels indicadors de salut observades al final del període de 1993-1995 han fet possible valorar la situació de salut i alhora reformular objectius i formular-ne de nous, per tal d'assolir la fita proposada per a l'any 2000.

Per tal de conèixer, al final del període de vigència d'aquest Pla de salut, la situació dels objectius fixats per a l'any 2000, l'evolució d'altres indicadors de morbimortalitat, la prevalença d'hàbits i comportaments de risc en relació amb determinats problemes de salut i la qualitat de vida de la població, es proposa dur a terme:

- L'anàlisi de l'evolució dels indicadors sobre l'estat de salut i els factors de risc de la població de Catalunya quant als objectius de l'any 2000.
- Estudis sobre els problemes de salut i factors de risc següents:
 - La prevalença i el control dels factors de risc cardiovascular en la població.
 - La prevalença de càries en la població escolar.
 - L'estat tuberculínic en determinats grups de població.
 - Els problemes de salut mental en la població.
 - Els hàbits i els estils de vida de la població (tabac, alcohol, prevenció d'accidents de trànsit i d'altres, l'alimentació i l'exercici físic).
 - La incorporació de l'educació sanitària en l'àmbit escolar.
 - Les desigualtats de salut i d'accés als serveis, de grups de població d'especial interès sanitari.

Conèixer l'evolució de l'estat de salut i la qualitat de vida de la població és l'objectiu final de l'avaluació.

- Les repercussions de determinades actuacions i procediments dels serveis sanitaris en la qualitat de vida.
- L'autopercepció de l'estat de salut.

L'equitat, l'eficiència i la qualitat del procés assistencial i dels serveis

L'avaluació d'aquest àmbit s'ha d'orientar a conèixer l'adequació de l'oferta de serveis a les necessitats de la població i el grau d'accessibilitat, d'eficiència i de qualitat de l'atenció sanitària. En aquest sentit, un aspecte prioritari d'avaluació serà l'impacte dels criteris comuns mínims (CCM) i de les recomanacions de pràctica clínica del Servei Català de la Salut basades en l'evidència científica, en la compra de serveis i en el procés assistencial.

El Servei Català de la Salut ha de tenir la capacitat d'integrar els subsistemes d'informació i els resultats de l'avaluació per tal d'orientar l'assignació de recursos i la compra de serveis cap a les àrees de major necessitat i on s'assoleixin nivells apropiats de qualitat i de relació cost/efectivitat.

Per tal d'avançar en el coneixement de l'equitat, l'eficiència i la qualitat del procés assistencial i dels serveis, es proposa efectuar:

- Anàlisi d'escenaris sobre l'impacte epidemiològic i econòmic de determinats problemes de salut per tal de millorar l'orientació de l'oferta de serveis, a partir de la identificació dels serveis que responen de manera més efectiva a les necessitats de salut, dels que poden millorar la seva relació cost-efectivitat, ja sigui reorientant-los cap a la prevenció, la rehabilitació o millorant la cooperació i la coordinació entre nivells i serveis.
- Estudis sobre la capacitat de resposta i de resolució de problemes de salut dels diferents nivells i serveis assistencials.
- Avaluació de les alternatives a l'hospitalització convencional i les noves línies de serveis.
- Avaluació de la utilització de tecnologies mèdiques i serveis sanitaris, des del punt de vista de l'efectivitat i de la relació entre el cost i les conseqüències.
- Avaluació de la incorporació de les activitats preventives en els serveis.
- Estudis sobre la utilització de medicaments, principalment en els aspectes següents: l'adequació de la prescripció, els problemes de salut derivats directament o indirectament de la utilització de medicaments i el compliment terapèutic.
- Avaluació de la incorporació dels continguts del Pla de salut en la compra de serveis.
- Estudi de l'impacte en la pràctica clínica de les recomanacions basades en l'evidència científica.
- Estudi del grau de coneixement, d'acceptabilitat i d'impacte de les propostes del Pla de salut en els professionals.

Cal mesurar l'impacte de les recomanacions de pràctica clínica basades en l'evidència científica, en termes d'equitat, d'eficiència i de qualitat del procés assistencial i dels serveis.

L'opinió i les expectatives dels usuaris i de la població

Cal conèixer les expectatives i preferències dels usuaris per tenir-les en compte en l'organització i el funcionament dels serveis sanitaris.

L'opinió dels usuaris sobre els serveis està influïda per la qualitat dels serveis i per les seves expectatives. Mentre que el primer factor depèn en gran manera del sistema sanitari, el segon està més lligat a les característiques individuals.

És necessari avançar en el coneixement de les expectatives i preferències dels usuaris per tal de tenir-les en compte en l'organització i el funcionament dels serveis. També, l'opinió de la població sobre les polítiques de salut i de serveis és un element clau a tenir en compte per tal que les decisions de política sanitària que s'adoptin tinguin la màxima acceptació possible.

En aquesta línia es proposa desenvolupar projectes d'estudi sobre:

- Les preferències i les expectatives de la població en relació amb els serveis assistencials i les polítiques prioritzades.
- La valoració de les accions dirigides a la millora de la satisfacció de l'usuari en els centres contractats pel Servei Català de la Salut.
- L'accessibilitat dels serveis pel que fa a les llistes d'espera per a procediments diagnòstics i terapèutics i el temps d'espera en els programes de citació prèvia.
- Els mecanismes i les metodologies més adients per a incorporar l'opinió dels ciutadans en l'establiment de prioritats en la política de salut i de serveis.

Aspectes metodològics i fonts d'informació

L'avaluació del Pla de salut 1993-1995 ha permès valorar l'assoliment dels objectius proposats, avançar en el coneixement i la comprensió de determinats fenòmens, identificar la relació entre les diferents variables i plantejar noves preguntes. S'han utilitzat les fonts d'informació disponibles i també s'han dissenyat nous instruments, s'ha utilitzat la metodologia quantitativa, la qualitativa o la combinació d'aquestes segons el disseny de cada estudi. Ha estat un procés realitzat en col·laboració amb els professionals dels diferents nivells de l'organització sanitària i d'altres sectors, així com amb organismes i institucions de l'àmbit de la recerca i de l'avaluació.

Per millorar el procés d'avaluació cal identificar instruments de mesura més específics i sensibles i incorporar els mètodes més avançats.

Per a l'avaluació del proper període d'aplicació del Pla, si bé es compta amb l'experiència adquirida, cal avançar en la millora de la qualitat dels processos d'avaluació. En aquest sentit cal identificar instruments de mesura més específics i sensibles, incorporar els mètodes estadístics més avançats, els mètodes quantitativs i qualitativs a l'abast, així com aprofundir en l'anàlisi de la informació disponible.

En l'àmbit de la pràctica clínica, la utilització de l'*audit* per part dels professionals assistencials, pren especial rellevància com a mètode per a l'avaluació sistemàtica de la qualitat de la pròpia pràctica. Alhora l'*audit* és una eina formativa i de millora permanent de la pràctica clínica.

Per a la realització dels projectes d'avaluació proposats, s'hauran d'utilitzar les dades procedents dels registres sistemàtics i d'altres fonts d'informació disponibles. L'anàlisi de l'evolució dels indicadors de la morbimortalitat de la població en relació amb els objectius de salut de l'any 2000, dels objectius operacionals i de bona part dels projectes, es farà basant-se en els registres d'informació sistemàtics: registre de mortalitat, CMBDAH, registres poblacionals de càncer en territoris concrets, malalties de declaració obligatòria, tuberculosi, sida, malalties de transmissió sexual, malalts renals, drogodependències, farmàcia, accidents de treball, accidents de trànsit, diabetis insulíndependent i altres registres de pacients.

El contracte per a la compra de serveis, com a mitjà per a projectar les propostes del Pla de salut en els serveis, es converteix en un àmbit clau d'avaluació per conèixer la incorporació del Pla en els contractes i l'assoliment dels compromisos adquirits per les entitats proveïdores.

L'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), és un instrument desenvolupat a partir d'una proposta del Pla de salut 1993-1995, que ha aportat la perspectiva de la població sobre aspectes relacionats amb l'estat de salut i els serveis sanitaris. La realització d'una nova edició, així com el disseny de nous estudis partint de la informació de l'ESCA de l'any 1994, permetrà seguir aprofundint en el coneixement de l'estat de salut i la qualitat de vida, els hàbits i estils de vida, les pràctiques preventives, la utilització de serveis i la satisfacció dels usuaris i de la població.

L'Enquesta als professionals de la salut, efectuada pel Servei Català de la Salut l'any 1996, ha permès conèixer l'opinió i aspectes de la pràctica clínica dels professionals respecte a les propostes del Pla de salut, així com les seves expectatives i grau de satisfacció. Serà de gran interès que, en el futur, es realitzin noves aproximacions per conèixer l'evolució de l'opinió dels professionals.

Els projectes d'avaluació proposats, en alguns casos, podran realitzar-se a partir de les fonts d'informació esmentades i en d'altres, requeriran dissenys i metodologies específics.

L'avaluació del Pla de salut 1996-1998, ha de continuar sent un procés participatiu, intersectorial i que identifiqui les especificitats i desigualtats territorials en l'assoliment de les propostes del Pla de salut.

L'avaluació ha de ser un procés que permeti identificar les especificitats territorials, participatiu i intersectorial.

8

PLA DE SALUT DE CATALUNYA 1996-1998

Estratègies per desenvolupar les polítiques de salut i de serveis

El Pla de salut fa explícits els objectius de la política sanitària que s'articulen al voltant de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis i la satisfacció dels usuaris, a partir dels recursos disponibles en un entorn de moderació dels pressupostos sanitaris. L'assoliment dels objectius proposats depèn, en gran manera, del fet que les institucions amb responsabilitat en l'àmbit de la salut, i especialment el sistema sanitari, orientin les seves accions coordinadament i coherent a aquest fi.

L'assoliment dels objectius del Pla de salut depèn, en gran manera, del fet que les institucions amb responsabilitat en l'àmbit de la salut orientin les seves accions coordinadament a aquest fi.

Partint de la concepció que la salut és un bé, un dret i una responsabilitat individual i col·lectiva, tenint en compte les característiques del model sanitari del nostre país i les propostes del Pla de salut, s'han definit cinc estratègies que expressen l'orientació i els àmbits clau d'actuació per tal de desenvolupar les intervencions.

Orientar els serveis d'acord amb la política de salut, implicar els professionals, conèixer i avaluar, implicar als ciutadans i cooperar intersectorialment són les estratègies que han de permetre dirigir, sota els principis de racionalització de la despesa i de la utilització eficaç i eficient dels recursos pressupostaris disponibles, el conjunt de les accions del sistema a la seva finalitat. Aquestes estratègies tenen un caràcter transversal, estan interrelacionades i són comunes a diverses intervencions del Pla, això fa que les accions que se'n derivin hagin de desenvolupar-se coordinadament i harmònicament.

Les estratègies expressen l'orientació i els àmbits clau d'actuació per desenvolupar les intervencions proposades.

Orientar els serveis d'acord amb la política de salut

Les actuacions del sistema sanitari han d'orientar-se cap a un model que, preservant el dret a la salut i l'accés universal de la població als serveis assistencials de cobertura pública, augmenti l'eficiència i la qualitat dels serveis, contribueixi a reduir les desigualtats, asseguri la continuïtat de l'assistència i vetlli per la satisfacció dels usuaris amb els serveis assistencials.

Un dels reptes del Servei Català de la Salut és garantir que l'oferta de serveis doni resposta a les necessitats de salut identificades en els diferents grups de població.

Un dels principals reptes del Servei Català de la Salut és que, en un context de canvi del patró epidemiològic, de desenvolupament tecnològic i de limitació de recursos, ha de donar resposta a les necessitats de salut identificades en els diferents grups de població i d'acord amb les especificitats territorials.

L'adequació del sistema sanitari a una realitat canviant requereix dotar-se d'una oferta de serveis diversificada i flexible, que tingui en compte la valoració global de les necessitats del pacient, l'apropament de l'atenció al medi familiar i social del malalt i la continuïtat assistencial. L'atenció primària com a porta d'entrada al sistema sanitari ha de permetre el seguiment dels pacients al llarg de la seva vida i oferir serveis de prevenció, assistencials i de rehabilitació i, si escau, derivar els pacients als serveis especialitzats. En el nostre medi, cal continuar la reorientació de l'atenció primària per tal que desenvolupi el seu potencial preventiu, educatiu i de resolució de problemes, i incorpori els procediments i la tecnologia necessaris. Els hospitals d'aguts, els serveis sociosanitaris i els serveis d'atenció a la salut mental han de seguir el procés de reordenació i diversificació ja iniciat, avançant en la implantació de formes alternatives a l'internament tradicional, la millora de la comunicació, el suport i la coordinació amb altres nivells i serveis assistencials.

L'eficiència i la qualitat dels serveis són característiques estretament vinculades al procés d'atenció. La variabilitat de la pràctica clínica pren especial rellevància quan afecta a patologies de gran freqüència que generen molta activitat en els serveis, o bé patologies de gran complexitat en el seu maneig, i pot esdevenir un focus d'ineficiència, desigualtats i desviacions en la qualitat assistencial. Per això cal estimular les pràctiques d'eficàcia provada i no donar suport a les prestacions ineficaces i/o inefectives. La pràctica mèdica i la compra de serveis basades en l'evidència científica són dos conceptes que orienten les estratègies de gestió dels sistemes sanitaris moderns.

Per tal d'orientar els serveis, d'acord amb la política de salut, es proposa:

- Orientar progressivament l'assignació i distribució dels recursos cap a les necessitats de salut i definir les línies directrius per al desenvolupament dels serveis sanitaris i sociosanitaris.
- Augmentar l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis.
- Orientar la contractació de serveis a l'obtenció de guanys en salut.
- Potenciar polítiques de qualitat dirigides a la millora de la satisfacció dels usuaris.

Les línies de treball per desenvolupar aquesta estratègia consisteixen a:

- Concretar les línies directrius per al desenvolupament dels serveis sanitaris i socio-sanitaris mitjançant:
 - L'elaboració del Pla de serveis sanitaris i socio-sanitaris
 - La definició de la cartera de serveis
 - Els criteris per a l'assignació de recursos
 - La compra de serveis
 - Les fórmules de pagament
 - Els criteris per a l'avaluació dels resultats
- Continuar els processos de desplegament i reordenació dels recursos en:
 - Atenció primària de salut
 - Atenció especialitzada
 - Atenció urgent i continuada
 - Salut mental
 - Atenció socio-sanitària
 - Atenció domiciliària (ATDOM)
 - Programa d'atenció a la dona (PAD)
 - Atenció farmacèutica
- Diversificar l'oferta de serveis i, sobretot, el desenvolupament d'alternatives provadament més eficients a l'hospitalització convencional i a l'internament, que permetin una millor adequació dels serveis a les necessitats sanitàries i socials de la població. Accions rellevants en aquesta línia són:
 - Fomentar la cirurgia major ambulatoria i l'hospitalització de dia, els serveis específics per a la rehabilitació activa i el manteniment en el domicili, l'avaluació geriàtrica i l'atenció psiquiàtrica comunitària.
- Potenciar el contracte per a la compra de serveis com instrument per estimular el compliment dels objectius del Pla de salut.
 - Definir els continguts del Pla de salut i els criteris d'avaluació que han de ser incorporats en els contractes d'acord amb les necessitats territorials específiques i coherents amb el criteri d'equitat territorial.
 - Acordar, amb les entitats proveïdores de serveis, accions orientades a millorar el coneixement i l'acceptació dels continguts dels contractes per part dels professionals assistencials.
- Millorar l'eficiència i la qualitat del procés d'atenció.
 - Adoptar criteris, basats en l'evidència científica, per reduir la variabilitat de la pràctica clínica en patologies de gran freqüència o de gran complexitat.

- Avançar en el coneixement del producte de l'atenció primària de salut.
- Identificar aquells aspectes de determinats processos assistencials que tenen més impacte sobre la salut i la qualitat de vida.
- Millorar la comunicació i la coordinació entre els diferents serveis i nivells assistencials per tal d'assegurar la continuïtat assistencial des d'una perspectiva més globalitzadora.
 - Afavorir el treball entre nivells assistencials i també la participació interdisciplinària i intersectorial per a la definició d'una atenció integral i per a les activitats de formació continuada, entre d'altres.
 - Estendre el protocol de preparació de l'alta dels pacients ingressats.
- Potenciar les mesures orientades a personalitzar l'atenció i a facilitar l'accés als serveis.
 - Donar rellevància als aspectes lligats amb el confort físic i psicològic dels pacients i els acompanyants, fent èmfasi en els grups de població més vulnerables i en aquelles situacions més crítiques com són l'atenció urgent i determinats tractaments i procediments quirúrgics.
 - Avançar en la implantació del consentiment informat i en la creació de comitès d'ètica en els centres.
 - Reduir les llistes d'espera.

Implicar els professionals

L'assoliment dels objectius del Pla de salut depèn en gran manera dels professionals que treballen en l'àmbit de la salut. En la seva àrea de responsabilitat, són experts i, alhora, estan en contacte directe amb la població i amb la realitat dels serveis; en definitiva, són el nexa entre la pràctica clínica i els objectius del Pla de salut. Aquesta posició que ocupen els professionals en el sistema, fa que la seva opinió, fruit dels seus coneixements i experiència professional, hagi de ser considerada en la presa de decisions de política sanitària.

La projecció del Pla de salut en els serveis té incidència en les funcions pròpies dels professionals. Dóna, a determinats col·lectius, una dimensió més àmplia de les seves tasques i en potencia el desenvolupament. És el cas de la infermeria pel que fa a l'educació sanitària, la realització d'activitats preventives, assistencials i de rehabilitació, i l'atenció als aspectes lligats a la qualitat de vida dels malalts.

Són els professionals, particularment els metges, els qui decideixen la distribució de gran part dels recursos que es dediquen a l'atenció a la salut. En la seva pràctica diària, prenen decisions sobre els processos assistencials, sovint en condicions d'incertesa, que tenen repercussions en els recursos humans i tecnològics del sistema. Per tant, la responsabilitat de la gestió no recau únicament en els ges-

Els professionals són el nexa entre la pràctica clínica i els objectius del Pla de salut. És necessari reconèixer la seva autonomia en la gestió clínica i la seva coresponsabilitat en els resultats

tors. Qualsevol professional que decideix accions que afecten els pacients està gestionant alhora el producte de l'organització. En conseqüència, és necessari reconèixer la seva capacitat i autonomia en la gestió clínica i, a la vegada, la seva coresponsabilitat en els resultats obtinguts en termes d'efectivitat, satisfacció i cost.

És necessari implicar els professionals per tal de reduir la variabilitat en la pràctica clínica. La definició de recomanacions de pràctica clínica basades en l'evidència científica és un àmbit de treball que s'ha de desenvolupar amb els professionals.

La formació dels professionals ha de contribuir a introduir les propostes del Pla de salut relacionades amb l'enfocament preventiu i educatiu, l'orientació comunitària, la preocupació per millorar la qualitat i l'eficiència del procés assistencial i la relació amb l'usuari. És imprescindible desenvolupar polítiques de formació de pre-grau, postgrau i continuada, orientades a donar els coneixements, les actituds i les habilitats que es requereixen en el moment actual. Aquest enfocament de la formació dels professionals requereix la coordinació entre els diferents organismes i institucions implicats per tal de dur a terme la política formativa.

Per tal de fer efectiva la implicació dels professionals es proposa:

- Tenir en compte l'opinió dels professionals en la presa de decisions sobre l'orientació del model sanitari i sobre la definició de les necessitats i prioritats en salut i serveis.
- Promoure una major implicació dels professionals en la millora de la gestió dels processos clínics.
- Potenciar la participació dels professionals en la definició de recomanacions de pràctica clínica basades en l'evidència científica.
- Estimular accions que contribueixin al progrés de la competència tècnica i professional.

Les línies de treball per desenvolupar aquesta estratègia consisteixen a:

- Potenciar espais de diàleg i polítiques d'informació orientades a aconseguir un major grau de comunicació entre els diferents agents del sistema.
 - Mantenir una relació continuada entre l'Administració sanitària i les institucions, les societats científiques, les associacions i els professionals que treballen en l'àmbit de la salut per tal d'incorporar la seva perspectiva quant a la política sanitària i la seva participació i col·laboració en les polítiques formatives i de recerca.
 - Estimular les activitats d'informació i difusió del Pla de salut als professionals i creació d'espais de debat sobre el mateix.

- Desenvolupar instruments que contribueixin a una major implicació dels professionals en la millora de la gestió clínica.
 - Constituir grups de treball per a la definició de recomanacions de pràctica clínica, especialment en relació amb els problemes de salut prioritaris.
 - Disseminar la informació sobre la variabilitat i l'evidència científica de la pràctica clínica.
 - Estimular polítiques d'informació i de comunicació en els serveis sanitaris orientades a aconseguir un major grau de convergència d'objectius entre els professionals de l'assistència i de la gestió.
 - Facilitar als professionals la informació rellevant sobre els elements que influeixen en la decisió clínica.
- Estimular accions informatives i formatives que contribueixin a la millora de la competència tècnica i de relació dels professionals, especialment en els àmbits prioritaris del Pla de salut.
 - Promoure que els professionals adquireixin habilitats i tècniques per a la comunicació, especialment en relació amb la informació sobre el procés d'atenció i, sobretot, la implantació del consentiment informat, i també en relació amb l'acollida i el tracte amb els usuaris.
 - Donar suport als professionals per estendre la pràctica de l'*audit* clínic com a eina formativa i element significatiu de l'assistència de qualitat.
 - Proporcionar als professionals instruments que permetin desenvolupar tasques d'investigació i avaluació.
 - Cooperar en la definició dels elements competencials específics i compartits de les diferents professions i especialitats sanitàries des de la perspectiva d'assegurar els interessos dels ciutadans. La redefinició competencial de les professions estarà dirigida a orientar els processos formatius en tots els seus nivells (pregrau, postgrau i formació continuada), així com a millorar la gestió dels equips assistencials pel que fa a la distribució del treball a fi d'optimitzar els recursos humans disponibles.

Conèixer i avaluar

En un context d'aparició de nous fenòmens de tipus demogràfic, socioeconòmic i de salut, es configuren uns escenaris complexos i de canvi permanent als quals el sistema sanitari ha de donar una resposta àgil i adequada en termes sanitaris, socials i econòmics.

L'envelliment progressiu de la població, l'augment de la prevalença de determinades patologies cròniques, l'aparició de nous problemes de salut, la utilització de noves tecnologies i la variabilitat de la pràctica clínica són factors que obliguen a dissenyar estratègies d'informació, d'avaluació i de recerca que augmentin el

coneixement sobre les necessitats de salut de la població, l'efectivitat de les intervencions i la relació entre el cost i les conseqüències de la utilització de tècniques i serveis assistencials.

El sistema d'informació sanitària ha de permetre la planificació, l'avaluació i el control de resultats i ha de servir de suport a la direcció i gestió del sistema. Cal que els diferents nivells de l'organització disposin, en el moment oportú, d'informació útil per a la presa de decisions.

El sistema d'informació sanitària ha de permetre la planificació, l'avaluació i el control de resultats i ha de servir de suport a la direcció i gestió del sistema.

La publicació i difusió de les dades disponibles contribuirà a millorar la transparència informativa i afavorirà la seva utilització per part d'investigadors interns i externs al sistema; en definitiva, farà més accessible la informació als seus usuaris potencials, sempre, però, garantint la confidencialitat i el secret estadístic de la informació.

S'ha de continuar impulsant la recerca en els àmbits de la biomedicina, l'epidemiologia clínica, les noves tecnologies, l'ús del medicament, la pràctica clínica i els serveis de salut, així com l'avaluació i l'anàlisi de l'entorn socioeconòmic. Cal incorporar en els projectes, aquelles branques del coneixement que tenen relació amb els fenòmens que condicionen la salut i la qualitat de vida. Les diverses institucions que tenen responsabilitat en l'àmbit de la recerca en salut han d'establir els mecanismes de coordinació adients per tal d'optimitzar els recursos destinats a aquest fi.

La necessitat d'establir prioritats en la distribució dels recursos també es fa palesa a l'hora de seleccionar projectes de recerca i d'avaluació. En aquest sentit, el Pla de salut constitueix un marc de referència per establir les prioritats de recerca en l'àmbit de la salut, les quals recull el Pla de recerca del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Per tal de progressar en el coneixement i l'avaluació es proposa:

- Avançar en el desenvolupament d'un sistema d'informació eficaç per conèixer, gestionar i avaluar les polítiques de salut i 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 l'eficiència dels serveis i de les tecnologies utilitzades.
- Impulsar la recerca sobre les necessitats de salut i la qualitat de vida dels ciutadans, i l'opinió i les expectatives dels ciutadans en relació amb el sistema sanitari.

Les línies de treball per desenvolupar aquesta estratègia consisteixen a:

- Continuar el desenvolupament dels sistemes d'informació sobre la població, l'estat de salut, el funcionament dels serveis i la satisfacció dels usuaris.

- Mantenir i millorar les fonts d'informació que permeten identificar les necessitats de salut i qualitat de vida dels ciutadans i fan possible valorar amb l'exactitud suficient la situació de salut, la seva evolució temporal i les diferències entre grups de població.
 - Continuar avançant en la definició i el consens d'indicadors sobre la població, l'estat de salut i els seus condicionants i els serveis, en col·laboració amb els departaments de la Generalitat de Catalunya i altres organismes amb responsabilitats en l'àmbit de la salut.
 - Adequar els sistemes d'informació a les funcions del Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut, millorant i consolidant els sistemes actuals i desenvolupant subsistemes específics per a aquells àmbits amb manca d'informació. En aquest sentit, cal continuar l'extensió del sistema d'informació de l'atenció primària (SIAP) a les àrees bàsiques de salut (ABS) i, especialment, l'aplicació de programes de salut, desenvolupar sistemes d'informació sobre l'atenció sanitària urgent i l'atenció especialitzada ambulatoria, potenciar el sistema d'informació sobre l'ús de medicaments i la salut mental, i implantar un sistema d'informació unificat i continuat dels serveis socio-sanitaris.
- Millorar l'accessibilitat a la informació als seus usuaris potencials.
 - Facilitar l'accés i l'intercanvi de la informació disponible relacionada amb la salut i els serveis.
 - Disseminar les evidències científiques sobre l'atenció als problemes de salut entre els professionals.
- Impulsar l'avaluació i la recerca en l'àmbit de la salut, de la qualitat de vida, dels serveis i dels recursos humans.
 - Avaluar les intervencions proposades en el Pla en termes de salut, de satisfacció dels ciutadans i d'impacte en el sistema sanitari.
 - Potenciar l'avaluació de la qualitat i l'eficiència dels serveis, especialment:
 - L'anàlisi de l'eficàcia, la seguretat i l'efectivitat de tècniques i procediments mèdics i quirúrgics concrets.
 - Els estudis sobre la variabilitat de la pràctica clínica en patologies molt freqüents o de gran complexitat de maneig.
 - Els estudis de cost-conseqüència, entès com efectivitat clínica i/o estat de salut percebut.
 - Desenvolupar la recerca avaluativa sobre les necessitats quantitatives i funcionals dels recursos humans del sistema sanitari.

Aquestes línies d'avaluació i de recerca es portaran a terme des dels organismes i institucions que desenvolupen activitats en aquest àmbit (Departament de Sanitat i Seguretat Social, Servei Català de la Salut, Institut d'Estudis de la Salut, Institut de Salut Pública, Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, universitats i societats científiques i professionals) i des de les entitats que constitueixen la xarxa

sanitària i de recerca de Catalunya (hospitals, CAP, laboratoris i altres), incorporant l'excel·lència científica i el seu potencial humà, així com els seus recursos estructurals i organitzatius.

Implicar els ciutadans

La salut és un dret i una responsabilitat individual i col·lectiva. L'actitud dels ciutadans envers la salut i els serveis sanitaris està evolucionant com a conseqüència del desenvolupament socioeconòmic i un millor accés a la informació sobre la salut. Cada cop més, els ciutadans aniran adquirint un major nivell de consciència i responsabilitat quant a la salut, en àrees que van des de la pràctica d'un estil de vida saludable fins a les decisions referents al sistema sanitari.

Per tant, la presa de decisions en matèria de salut no ha de recaure solament en els professionals sanitaris i en l'administració. És necessari que els ciutadans disposin d'una informació transparent que faciliti la seva implicació en el debat sobre l'atenció a la salut. Aquesta participació és encara més necessària en el context actual de restricció econòmica per tal que les decisions que s'adoptin tinguin un elevat grau d'acceptabilitat per part de la població.

El sistema sanitari ha d'assumir el lideratge quant a la informació i l'educació sanitària dels ciutadans. El sistema educatiu també ha de jugar un paper rellevant en l'educació per a la salut, fonamentalment en la incorporació i consolidació d'hàbits i estils de vida saludables i en el desenvolupament d'una actitud crítica per part dels infants i adolescents en els fenòmens que influeixen en la salut.

El Servei Català de la Salut té la responsabilitat de definir i desenvolupar estratègies d'apropament dels serveis a la població. Els serveis que contracta han de respondre tant a les necessitats de salut com a les preferències i les expectatives dels usuaris.

Es tracta, en definitiva, d'orientar els serveis vers els usuaris, pel que fa a les condicions d'acollida, la personalització i la continuïtat del procés d'atenció, la informació i la coresponsabilització dels ciutadans en la pròpia salut i la utilització dels serveis.

Per tal d'implicar els ciutadans es proposa:

- Estimular la participació i la implicació dels ciutadans en la salut individual i col·lectiva.
- Promoure la incorporació d'hàbits i estils de vida saludables en la població.
- Incorporar la perspectiva del pacient en el procés assistencial.

La salut és un dret i una responsabilitat individual i col·lectiva, i com a tal s'ha de fomentar la coresponsabilització dels ciutadans en la pròpia salut i en la utilització racional dels serveis.

D'acord amb les propostes del Pla de salut, les línies de treball per desenvolupar aquesta estratègia consisteixen a:

- Desenvolupar accions específiques en relació amb la informació, la comunicació i la solidaritat.
 - Millorar els canals i les fórmules de comunicació i participació de manera que sigui possible traslladar l'opinió i les expectatives dels ciutadans als agents decisoris polítics i tècnics.
 - Impulsar accions informatives i formatives per tal que la població incorpori un major grau de responsabilitat en relació amb la pròpia salut i la utilització dels serveis.
 - Potenciar i donar suport a les associacions de ciutadans, a les organitzacions i als grups d'ajuda mútua i voluntariat.
 - Establir procediments per a la col·laboració d'agents no sanitaris en situacions d'emergència i catàstrofe.
- Afavorir la incorporació d'hàbits i estils de vida saludables per part de la població.
 - Promoure l'educació sanitària de la població, especialment dels grups més vulnerables.
 - Cooperar amb els mitjans de comunicació per tal que la informació relacionada amb la salut contribueixi de manera efectiva a la formació i educació sanitària dels ciutadans.
- Augmentar la participació de l'usuari en les decisions lligades al procés assistencial.
 - Considerar la perspectiva del pacient i la llibertat individual en les decisions sobre el propi cos.
 - Donar suport a les famílies dels pacients.

Cooperar intersectorialment

La influència de factors biològics, econòmics, socials i culturals sobre la salut dona un caràcter intersectorial i interdisciplinari a les actuacions sanitàries.

Està àmpliament acceptada la influència que la biologia humana, l'educació, la renda, els estils de vida i el medi ambient tenen en la salut i la qualitat de vida de la població. La influència de factors de diversos àmbits sobre la salut dona un caràcter intersectorial i interdisciplinari a la planificació sanitària i a la presa de decisions.

El Pla de salut, com a eina de govern de la Generalitat de Catalunya i instrument que fa explícita la política de salut, ha de cohesionar i interrelacionar els objectius del Departament de Sanitat i Seguretat Social i d'altres instàncies principals en el sector de la salut. Les decisions que es prenen en un determinat sector sovint poden tenir efectes negatius en altres sectors que poden obstaculitzar l'assoliment dels objectius proposats. Aquest fet, des de la perspectiva de la salut, fa neces-

sari una visió integral dels fenòmens i les seves conseqüències i l'acció coordinada dels diversos sectors i institucions implicats.

Bona part de les patologies que provoquen més morbimortalitat a Catalunya tenen relació amb els hàbits de conducta de la població i confirmen el fet ja contrastat que els estils de vida són un dels principals determinants de la salut en els països desenvolupats. El Pla de salut incorpora, en l'abordatge de gran part dels problemes de salut identificats, intervencions adreçades a promoure hàbits saludables i a modificar i/o eliminar aquells que no ho són. Malgrat les dificultats que presenta l'adquisició o modificació d'aquests hàbits, l'impacte positiu que poden tenir en el conjunt de la població i en determinats grups en particular (infants, joves), converteix en prioritàries aquestes intervencions. El medi escolar, laboral i els serveis sanitaris són àmbits idonis per desenvolupar actuacions educatives de prevenció i de promoció de la salut. Cal subratllar, també en aquest sentit, la importància del suport social (família, grups d'iguals i grups d'ajuda mútua, entre d'altres) i la utilització de recursos no formals i comunitaris.

L'entorn físic, social, cultural i econòmic és un condicionant de la qualitat de vida de la població, dels seus hàbits i estils de vida i, en definitiva, de la seva salut. Fer un entorn més saludable és un àmbit important de treball on desenvolupar les actuacions intersectorials.

Determinades circumstàncies culturals, econòmiques i socials produeixen situacions de desigualtat davant de la salut. Aquest fet fa necessari que en dissenyar polítiques de salut s'hagin de considerar aquestes situacions per tal de reduir el seu impacte i desenvolupar actuacions intersectorials amb especial atenció als sectors més vulnerables de la societat.

Per tal d'avançar en el treball intersectorial es proposa:

- Desenvolupar polítiques intersectorials per reduir les desigualtats i millorar la salut, treballant coordinadament amb els departaments, institucions i organismes que tenen responsabilitat en l'àmbit de la salut.
- Impulsar actuacions intersectorials per promoure els hàbits i estils de vida saludables, prioritàriament en els àmbits escolar, juvenil i laboral.
- Impulsar actuacions intersectorials per promoure un entorn més saludable.

Cal continuar treballant amb els diferents departaments de la Generalitat de Catalunya, les institucions i els organismes que han intervingut en l'elaboració del Pla de salut. Per al desenvolupament de les intervencions proposades, també caldrà iniciar noves línies de col·laboració intersectorial per tal d'avançar en l'aplicació i l'avaluació del Pla.

Els estils de vida i el medi ambient són uns dels principals determinants de la salut; per això, el Pla de salut incorpora intervencions intersectorials.

Annexos

Organització territorial del Servei Català de la Salut

Catalunya per regions sanitàries



Catalunya per sectors sanitaris



La ciutat de Barcelona està dividida en deu sectors sanitaris.

Índex de quadres, gràfics i taules

Quadres

Quadre 1	Criteris de qualitat per a l'elaboració del Pla de salut	28
Quadre 2	Elements de referència per a l'elaboració dels plans de salut	29
Quadre 3	Resum de l'avaluació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995	64
Quadre 4	Situació dels objectius generals de salut	96
Quadre 5	Situació dels objectius generals de disminució de risc	98
Quadre 6	Codi europeu contra el càncer	264
Quadre 7	Detecció precoç del càncer. Valoració de l'evidència científica de diferents intervencions	265
Quadre 8	Estratègia de vacunació proposada per al Pla de salut 1996-1998	331
Quadre 9	Població diana per a la vacunació antigripal	331
Quadre 10	Població diana per a la vacunació antipneumocòccica	332
Quadre 11	Població diana per a la vacunació antihepatitis B	332

Gràfics

Gràfic 1	Enregistrament de factors de risc en l'HCAP de la població atesa de més de 15 anys, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995	37
Gràfic 2	Enregistrament de les xifres de colesterol en l'HCAP dels grups diana, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995	38
Gràfic 3	Enregistrament de les xifres de glicèmia en l'HCAP de la població amb factors de risc cardiovascular, en relació amb els nivells fixats pel Pla de salut de Catalunya 1993-1995	39
Gràfic 4	Distribució de les respostes a la pregunta: En la vostra pràctica habitual, creieu que actualment esteu donant més èmfasi a la realització d'activitats preventives que fa tres anys?	41
Gràfic 5	Distribució de les respostes a la pregunta: Coneixeu la publicació <i>Criteris comuns mínims per a l'atenció a problemes de salut</i> del Servei Català de la Salut, de l'any 1995?	43
Gràfic 6	Distribució de les respostes a la pregunta: Coneixeu l'existència del Pla de salut?	48

Gràfic 7	Distribució de les respostes a la pregunta: En el vostre centre de treball s'han fet activitats d'informació/discussió sobre el Pla de salut?	49
Gràfic 8	Distribució de les respostes a la pregunta: Valoreu la importància que té en el conjunt del sistema sanitari l'existència del Pla de salut	49
Gràfic 9	Distribució de les respostes a la pregunta: Com creieu que han estat les repercussions del Pla de salut en la vostra labor professional?	50
Gràfic 10	Percentatge de contractes que fixen objectius de detecció i registre de problemes de salut en relació amb els nivells establerts pel Pla de salut. Catalunya, 1995	52
Gràfic 11	Percentatge de contractes que fixen objectius de control de problemes de salut, consell antitabac i consell per a la moderació del consum d'alcohol en relació amb els nivells establerts pel Pla de salut. Catalunya, 1995	53
Gràfic 12	Distribució de les respostes a la pregunta: Sabeu que anualment el Servei Català de la Salut estableix un contracte amb el centre on treballeu?	56
Gràfic 13	Distribució de les respostes a la pregunta: Coneixeu els objectius a assolir, estipulats en el contracte entre el Servei Català de la Salut i el vostre centre de treball?	56
Gràfic 14	Distribució de les respostes a la pregunta: Creieu que el contracte que el Servei Català de la Salut ha establert amb el centre on treballeu ha comportat canvis en la vostra pràctica professional?	57
Gràfic 15	Distribució de les respostes a la pregunta: Heu participat en activitats de formació continuada (seminaris, sessions, cursos, etc.)?	58
Gràfic 16	Evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en persones de menys de 65 anys. Catalunya, 1983-1994	70
Gràfic 17	Evolució de la mortalitat per malalties cerebrovasculars. Catalunya, 1983-1994	71
Gràfic 18	Evolució de la mortalitat per càncer en persones de menys de 65 anys. Catalunya, 1983-1994	75
Gràfic 19	Evolució de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení. Catalunya, 1983-1994	76
Gràfic 20	Evolució de la mortalitat per càncer de pulmó en el sexe masculí. Catalunya, 1983-1994	76
Gràfic 21	Evolució de la mortalitat per malalties respiratòries. Catalunya, 1983-1994	77

Gràfic 22	Evolució de la mortalitat per accidents, enverinaments i violències. Catalunya, 1983-1994	78
Gràfic 23	Evolució de la mortalitat per accidents de vehicles de motor en els homes de 15 a 24 anys. Catalunya, 1983-1994	78
Gràfic 24	Evolució de la mortalitat per cirrosi i malalties cròniques del fetge. Catalunya, 1983-1994	79
Gràfic 25	Moviment natural de la població. Catalunya, 1975-1994	107
Gràfic 26	Taxa de creixement natural, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993	109
Gràfic 27	Estructura de la població, per sexe i edat. Catalunya, 1991	110
Gràfic 28	Estructura de la població, per grans grups d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1991	111
Gràfic 29	Dependència juvenil i senil, per regions sanitàries. Catalunya, 1991	112
Gràfic 30	Relació de la població amb l'activitat, per sexe. Catalunya, 1991	114
Gràfic 31	Població de 10 anys i més segons nivell d'instrucció, per sexe. Catalunya, 1991	116
Gràfic 32	Dimensions de les llars. Catalunya, 1991	117
Gràfic 33	Estructura de les llars. Catalunya, 1991	118
Gràfic 34	Probabilitat de morir, per sexe i edat. Catalunya, 1994	124
Gràfic 35	Anys potencials de vida perduts, per sexe i causes de mort. Catalunya, 1989-1993	126
Gràfic 36	Canvis en les principals causes de mort, per sexe. Catalunya, 1983-1994	128
Gràfic 37	Mortalitat infantil, per causes de mort. Catalunya, 1989-1993 ...	131
Gràfic 38	Mortalitat masculina, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993	136
Gràfic 39	Mortalitat femenina, per regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993	137
Gràfic 40	Anys potencials de vida perduts, per regions sanitàries. Homes. Catalunya, 1989-1993	139
Gràfic 41	Anys potencials de vida perduts, per regions sanitàries. Dones. Catalunya, 1989-1993	139
Gràfic 42	Mortalitat masculina, per sectors sanitaris. Catalunya, 1989-1993	140

Gràfic 43	Mortalitat femenina, per sectors sanitaris. Catalunya, 1989-1993	141
Gràfic 44	Anys potencials de vida perduts, per sectors sanitaris. Homes. Catalunya, 1989-1993	142
Gràfic 45	Anys potencials de vida perduts, per sectors sanitaris. Dones. Catalunya, 1989-1993	143
Gràfic 46	Altes en hospitals d'aguts, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994	145
Gràfic 47	Altes en hospitals d'aguts, per sexe, segons els principals grups diagnòstics. Catalunya, 1994	146
Gràfic 48	Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics seleccionats de l'AH CPR. Homes. Catalunya, 1994	147
Gràfic 49	Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics seleccionats de l'AH CPR. Dones. Catalunya, 1994	148
Gràfic 50	Distribució de les altes en els hospitals d'aguts segons categories de procediments de l'AH CPR més freqüents. Catalunya, 1994	149
Gràfic 51	Distribució dels pacients internats en els centres socio-sanitaris segons diagnòstic principal. Catalunya, 1994	151
Gràfic 52	Realització de les activitats de la vida diària segons capacitat funcional dels pacients internats en centres socio-sanitaris. Catalunya, 1994	153
Gràfic 53	Població major de 14 anys que declara tenir problemes amb les dimensions de qualitat de vida (EuroQol). Catalunya, 1994 ..	155
Gràfic 54	Persones amb alguna discapacitat, segons tipus de discapacitat. Catalunya, 1994	158
Gràfic 55	Consum mitjà de nutrients per persona i dia, per sexe. Catalunya, 1992-1993	164
Gràfic 56	Activitat física en temps de lleure. Catalunya, 1992-1993	167
Gràfic 57	Evolució de l'índex de massa corporal segons edat. Dones. Catalunya, 1983-1992	169
Gràfic 58	Evolució de l'índex de massa corporal segons edat. Homes. Catalunya, 1983-1992	169
Gràfic 59	Prevalença de l'hàbit tabàquic. Catalunya, 1994	171
Gràfic 60	Prevalença de l'hàbit tabàquic, per regions sanitàries. Catalunya, 1994	173
Gràfic 61	Evolució de l'hàbit tabàquic dels professionals sanitaris. Catalunya, 1982-1996	173

Gràfic 62	Consum d'alcohol la darrera setmana. Homes. Catalunya, 1994	175
Gràfic 63	Consum d'alcohol la darrera setmana. Dones. Catalunya, 1994	175
Gràfic 64	Consum d'alcohol la darrera setmana, per regions sanitàries. Homes. Catalunya, 1994	176
Gràfic 65	Consum d'alcohol la darrera setmana, per regions sanitàries. Dones. Catalunya, 1994	176
Gràfic 66	Nombre d'inicis de tractament a la XAD, per sexe i segons droga que genera el tractament. Catalunya, 1994	177
Gràfic 67	Persones que manifesten prendre's la pressió arterial amb finalitat preventiva. Catalunya, 1994	179
Gràfic 68	Persones que manifesten prendre's la pressió arterial amb finalitat preventiva, per regions sanitàries. Catalunya, 1994	179
Gràfic 69	Persones que manifesten revisar-se periòdicament el nivell de colesterol amb finalitat preventiva. Catalunya, 1994	180
Gràfic 70	Persones que manifesten revisar-se periòdicament el nivell de colesterol amb finalitat preventiva, per regions sanitàries. Catalunya, 1994	180
Gràfic 71	Dones que manifesten fer-se revisions ginecològiques periòdiques. Catalunya, 1994	181
Gràfic 72	Dones que manifesten fer-se revisions ginecològiques periòdiques, per regions sanitàries. Catalunya, 1994	182
Gràfic 73	Tipus de maltractaments. Catalunya, 1988	184
Gràfic 74	Causes de maltractaments. Catalunya, 1988	184
Gràfic 75	Implantació de la reforma de l'atenció primària, per regions sanitàries. Catalunya, 31 de desembre de 1995	189
Gràfic 76	Freqüència d'utilització dels serveis d'atenció primària, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	191
Gràfic 77	Lloc d'ingrés dels residents de cada regió sanitària en centres de la XHUP. Catalunya, 1995	198
Gràfic 78	Procedència de la població hospitalitzada en els centres de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	198
Gràfic 79	Evolució del nombre d'inicis de tractament a la XAD segons droga primària. Catalunya, 1992-1995	211
Gràfic 80	Lloc d'inici de tractament dels residents de cada regió sanitària en centres de la XAD. Catalunya, 1995	211

Gràfic 81	Distribució de la despesa per subgrups farmacològics en l'atenció primària (xarxa reformada i total). Catalunya, 1995	213
Gràfic 82	Consum d'antihipertensius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	214
Gràfic 83	Consum d'antidepressius en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	215
Gràfic 84	Consum d'hipolipemians en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	217
Gràfic 85	Grau de satisfacció global amb els serveis sanitaris utilitzats. Catalunya, 1994	225
Gràfic 86	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1982-1994	281
Gràfic 87	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1982-1994	282
Gràfic 88	Hàbit tabàquic dels professionals sanitaris i docents. Catalunya, 1990 i 1996	282
Gràfic 89	Evolució de les taxes de mortalitat per accidents de vehicles de motor en els joves de 15 a 24 anys, per sexe. Catalunya, 1983-1994	290
Gràfic 90	Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents lleus. Catalunya, 1988-1995	341
Gràfic 91	Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents greus. Catalunya, 1988-1995	342
Gràfic 92	Evolució dels accidents de treball amb baixa. Accidents mortals. Catalunya, 1988-1995	343
Gràfic 93	Risc laboral percebut per la població ocupada. Catalunya, 1994	346
Gràfic 94	Tendència del nombre de pacients atesos en centres de salut mental (per alguns diagnòstics). Província de Barcelona, 1990-1995	369
Gràfic 95	Prevalença de trastorns mentals i recorregut dels usuaris pel sistema sanitari. Piràmide de Goldberg	373
Gràfic 96	Brots epidèmics declarats per toxiinfeccions alimentàries. Catalunya, 1992-1995	391
Gràfic 97	Evolució de les infeccions nosocomials. Catalunya, 1990-1994	410

Taules

Taula 1	Evolució dels principals indicadors de la hipertensió arterial. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000	72
Taula 2	Evolució dels objectius de disminució de risc sobre la hipercolesterolèmia. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000	72
Taula 3	Evolució dels objectius de disminució de risc relacionats amb la prevalença de tabaquisme. Catalunya, 1990, 1993, 1996 i previsió per al 2000	74
Taula 4	Evolució del nombre de casos declarats de malalties vacunables. Catalunya, 1990, 1993, 1995 i previsió per al 2000	83
Taula 5	Evolució dels indicadors de les malalties de transmissió sexual. Catalunya, 1989, 1993, 1995 i previsió per al 2000	84
Taula 6	Evolució dels indicadors relacionats amb els problemes de salut laboral. Catalunya, 1990, 1993, 1995 i previsió per al 2000	85
Taula 7	Evolució dels indicadors de tuberculosi. Catalunya, 1989, 1993, 1994 i previsió per al 2000	86
Taula 8	Evolució dels indicadors de càries dental. Catalunya, 1984, 1991 i previsió per al 2000	87
Taula 9	Evolució dels indicadors de malalties relacionades amb el medi ambient i amb la higiene dels aliments. Catalunya, 1989, 1993, 1995 i previsió per al 2000	89
Taula 10	Evolució de l'aportació energètica a la dieta. Catalunya, 1986-1987, 1993 i previsió per al 2000	93
Taula 11	Evolució de la pràctica de l'exercici físic. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000	93
Taula 12	Evolució del sobrepès i l'obesitat. Catalunya, 1990, 1993 i previsió per al 2000	94
Taula 13	Evolució dels indicadors d'infecció nosocomial. Catalunya, 1988, 1993, 1994 i previsió per al 2000	95
Taula 14	Creixement de la població. Catalunya, 1960-1991	105
Taula 15	Evolució de la població, per regions sanitàries. Catalunya, 1975-1991	106
Taula 16	Moviment natural de la població. Dades absolutes i taxes brutes. Catalunya, 1975-1994	108
Taula 17	Població resident nascuda fora de Catalunya. Catalunya, 1991 ..	113
Taula 18	Relació de la població amb l'activitat, per sexe. Catalunya, 1991	114

Taula 19	Població de 15 anys i més segons nivell d'instrucció i edat. Catalunya, 1991	115
Taula 20	Llars segons estructura familiar. Dades absolutes i relatives. Catalunya, 1991	117
Taula 21	Població segons estructura familiar. Dades absolutes i relatives. Catalunya, 1991	117
Taula 22	Estimació de la població futura. Catalunya, 1991-2015	119
Taula 23	Estimació de la població futura, per grans grups d'edat. Catalunya, 1991-2015	120
Taula 24	Evolució de l'esperança de vida. Catalunya, 1975-1994	123
Taula 25	Mortalitat per les principals causes de mort, per 17 grans grups. Catalunya, 1989-1993	125
Taula 26	Morts innecessàriament prematures i sanitàriament evitables. Catalunya, 1989-1993	127
Taula 27	Canvis significatius de la taxa estandarditzada segons causes de mort. Homes. Catalunya, 1983-1994	129
Taula 28	Canvis significatius de la taxa estandarditzada segons causes de mort. Dones. Catalunya, 1983-1994	130
Taula 29	Principals causes de defunció, per 67 grups. Homes. Catalunya, 1989-1993	133
Taula 30	Principals causes de defunció, per 67 grups. Dones. Catalunya, 1989-1993	134
Taula 31	Esperança de vida en néixer, per sexe i regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993	135
Taula 32	Taxes de mortalitat, per grup d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1989-1993	137
Taula 33	Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics, per grup d'edat. Homes. Catalunya, 1994	144
Taula 34	Principals causes d'hospitalització segons grups diagnòstics, per grup d'edat. Dones. Catalunya, 1994	145
Taula 35	Nombre de pacients atesos en centres de salut mental. Província de Barcelona, 1990-1995	150
Taula 36	Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics segons diagnòstic principal. Catalunya, 1995	150
Taula 37	Autopercepció de l'estat de salut. Catalunya, 1994	154
Taula 38	Població que declara restricció de les seves activitats en els darrers 15 dies per motius de salut. Catalunya, 1994	155
Taula 39	Nombre de trastorns crònics, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994	156

Taula 40	Freqüència de diferents trastorns crònics percebuts en els majors de 14 anys. Catalunya, 1994	157
Taula 41	Esperança de vida i esperança de vida sense incapacitat, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 1994	159
Taula 42	Esperança de vida sense incapacitat, per grup d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1994	160
Taula 43	Percepció del grau d'activitat física que desenvolupa habitualment la població. Catalunya, 1994	166
Taula 44	Seguiment d'una dieta o règim especial, de manera continuada, per motius de salut. Catalunya, 1994	170
Taula 45	Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic (entre 15-64 anys). Catalunya, 1982-1994	172
Taula 46	Percentatge de població que manifesta fer-se revisions ginecològiques periòdiques, per grup d'edat i regions sanitàries. Catalunya, 1994	182
Taula 47	Altes per hospitalitzacions potencialment evitables. Catalunya, 1994	192
Taula 48	Activitat de la XHUP realitzada a compte del Servei Català de la Salut, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	194
Taula 49	Taxes d'hospitalització als hospitals de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	195
Taula 50	GRD més freqüents en les altes ateses fora de la regió sanitària de residència en hospitals de la XHUP, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	197
Taula 51	Variabilitat de les taxes d'hospitalització, per set procediments quirúrgics. Catalunya, 1994	203
Taula 52	Evolució de la dotació de serveis socio-sanitaris. Catalunya, 1990-1995	205
Taula 53	Dotació socio-sanitària, per regions sanitàries. Catalunya, 1995 ..	205
Taula 54	Evolució del nombre d'usuaris atesos pels serveis socio-sanitaris. Catalunya, 1990-1995	206
Taula 55	Evolució de la dotació de serveis d'atenció a la salut mental. Catalunya, 1990-1995	207
Taula 56	Activitat dels serveis d'atenció a la salut mental. Catalunya, 1992-1995	208
Taula 57	Distribució dels pacients residencials segons recurs assistencial. Catalunya, 1995	208

Taula 58	Activitat assistencial dels centres de la XAD, per regions sanitàries. Catalunya, 1995	210
Taula 59	Evolució del consum de medicaments finançats pel Servei Català de la Salut. Catalunya, 1992-1995	212
Taula 60	Consum d'estupefaents majors en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	215
Taula 61	Consum d'antidiabètics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	216
Taula 62	Consum d'antibiòtics en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	217
Taula 63	Consum de benzodiazepines en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	218
Taula 64	Consum d'antiinflamatoris no esteroïdals en dosi diària definida per 1.000 habitants i dia. Catalunya, 1992-1995	219
Taula 65	Freqüentació extrahospitalària: percentatge de població segons nombre de visites a un professional sanitari, durant el darrer any. Catalunya, 1994	220
Taula 66	Percentatge de població que ha visitat un professional sanitari en el darrer any, per sexe i per regions sanitàries. Catalunya, 1994	220
Taula 67	Percentatge de població que visita un professional sanitari, segons titulació, en el decurs d'un any. Catalunya, 1994	221
Taula 68	Motiu principal de la darrera visita a un metge/metgessa, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994	222
Taula 69	Causes d'hospitalització en els darrers 12 mesos, per sexe. Catalunya, 1994	223
Taula 70	Satisfacció amb la visita a un professional sanitari. Catalunya, 1994	225
Taula 71	Motius per no utilitzar els serveis sanitaris. Catalunya, 1994	226
Taula 72	Satisfacció amb l'hospitalització. Catalunya, 1994	226
Taula 73	Variació interanual del cost de la prestació de serveis sanitaris. Catalunya, 1993-1996	232
Taula 74	Avantprojecte de pressupost 1997 de la Generalitat de Catalunya destinat a les prestacions sanitàries	234
Taula 75	Evolució del pressupost i del percentatge de variació interanual per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya, 1981-1997	235

Taula 76	Evolució dels principals indicadors de la hipertensió arterial. Catalunya, 1990, 1993 i estimació per al 2000	252
Taula 77	Mortalitat atribuïble al tabaquisme. Catalunya, 1990	280
Taula 78	Morts per accidents de trànsit (CIM-9 E810-E819), per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1994	291
Taula 79	Morts (a 30 dies) i víctimes d'accidents de trànsit segons tipus d'usuari. Espanya i Catalunya, 1990	291
Taula 80	Estada mitjana per GRD. Catalunya, 1994	306
Taula 81	Freqüències de consum de drogues en estudiants d'ensenyament secundari, per tipus de droga. Catalunya, 1994	315
Taula 82	Incidència anual acumulada per malalties que es poden prevenir amb vacunacions. Catalunya, 1991-1995	328
Taula 83	Malalties relacionades amb el treball detectades a l'àmbit de la USL Castelldefels. Nombre de casos. 1993-1995	344
Taula 84	Evolució dels índexs de càries dental en la població escolar. Catalunya, 1979, 1984 i 1991	360
Taula 85	Prevalença de trastorns psiquiàtrics a diferents estudis comunitaris realitzats a l'Estat espanyol per sexe	365
Taula 86	Detecció de trastorns psiquiàtrics pel personal mèdic d'atenció primària	366
Taula 87	Prevalença de patologia mental en població atesa en atenció primària a l'Estat espanyol	368

Professionals i institucions que han participat en l'elaboració del Pla de salut de Catalunya

Direcció del projecte

Roser Vicente i Ruiz

Equip coordinador i redactor del Pla de salut de Catalunya

Pilar Brugulat, Josep Fusté, Salvi Juncà, Vicenç Martínez, Antònia Medina, Mercè Mercader, Emília Sánchez, Elisa Sécui.

Equip coordinador dels plans de salut de les regions sanitàries

Josep M. Argimon, Irma Casas, Javier Esteras, M. Teresa Faixedas, Gerard Ferrer, Lluís Franch, Ferran García, Àlex Guarga, Josep Jiménez, Josep Lluís de Peray, Pilar Magrinyà, Carme Medina, Ignasi Miró, Enric Rovira, M. Rosa Sala, Núria Sardà.

Suport administratiu per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya

Anna Bofill, M. José Bolarín, Fina Lladós, Isabel Pedreño.

Professionals

Miquel Aguilar, Antoni Agustí, Enric Agustí, Francesca Alba, Carme Albiñana, Josep Alcaide, Agustí Ardiaca, Mercè Armelles, Josep Arnau, Enric Arqués, Roser Artal, Lucía Artazcoz, Antoni Arteman, Josep Aubà, Josep Lluís Ausín, Pilar Azpiazu, Carlos Badosa, Xavier Balanzó, Manuel Ballester, Genoveva Barba, Alfred Bardaji, Mercè Barenys, Irene Barrabeig, Manel Baselga, Joan Batalla, Raimundo Belenes, Josep M. Benet, Pere Benito, Amadeu Betriu, Mercè Boada, Ricard Bordes, Josep M. Borràs, Francesc Borrell, Anna Bosch, Marc Antoni Broggi, Jordi Bruguera, Montserrat Bustins, Jordi Caballé, Lluís Cabero, Joaquim Cabra, Xavier Calls, Jordi Calsina, Antoni Calvo, Josep Cañete, M. Eugènia Carballo, Jordi Casabona, Elies Casals, Pilar Castañera, Jordi Castejón, Conxa Castell, Joan Castillejo, Enric Caubet, Josep Cebrià, Isabel Cintero, Montserrat Clèries, Nicolás Cobos, Jordi Coderch, Joan Colom, Jordi Colomer, Oscar Colomer, Àngels Company, Xavier Conill, Carles Constante, Dolors Costa, Joan Costa, Emili Cuenca, Josep M. de Ferrer, M. Luisa de la Puente, Maria Farners de Cruz, Montserrat Dolz, Josep Domingo, Àngela Domínguez, Joan Escarrabill, Josep A. Espinàs, Jordi Esquerri, Jaume Estany, Oriol Fàbrega, Josep M. Fandós, Enrique Fernández, Francesc Fernández, M. José Fernández, Teresa Fernández, Santiago Ferrándiz, Josep M. Ferrer, Jeroni Ferrés, Gonçal Figueras, Ramon Fitó, Rosa Florensa, M. Dulce Fontanals, Carles M. Foradada, Jordi Forcada, Albert Fortuny, Alfonso García, Maria Gasull, Pilar Gavilan, Francesc Gibert, Antoni Gilabert, Albert Giménez, Josep M. Giral, Ramon Girvent, Xavier Gómez-Batiste, Alicia Granados, Antoni Gual, Rafael Guayta, Josep M. Gubern, Lluís Gutiérrez, Joana Hernández, Elena Horiuel, Esther Jordà, Jordi Klamburg, Carme Lacasa, Anna Lafuerza, Lluís Lalucat, Enric Laporte, Josep Lázaro, Albert Ledesma, Maria León, Francesc López, Gonçal Lloveras, Carme Mallorquí, Albert Marín, Joan Ramon Marsal, Olga Martín, Carles Martínez, Francesc Martínez, Jordi Martínez, Rita Masa, Rafael Masià, Eduard Mata, Elvira Méndez, Mónica Miró, Cristina Molina, Anna Mompert, Joan Mombrú, Salvador Moncada, Pere Monràs, Lluís Monset, Anna Moretó, Manuel Muñoz, José Jerónimo Navas, Karlos Naveran, Antoni

Noguera, Albert Oriol, Carlos Padula, Helios Pardell, Joan Parellada, Neus Parellada, Rosa Parés, Ignacio Parrón, Josep M. Payà, Joan Peña, Jordi Peña, Glòria Pérez, Roser Pérez-Simó, Mercè Peris, Caietà Permanyer, Margarida Peya, Joan Picañol, Joan Lluís Piqué, Francesc Planas, Antoni Plasència, Aina Plaza, Joan Antoni Ponsà, Josep Porta, Ramon Prats, Oriol Puig, Pere Puig, Clara Pujol, Glòria Pujol, Ramon Pujol, Rosa Pujol, Octavi Quintana, Rosa M. Quintana, Luis Rajmil, Jordi Ramon, Josep Ramos, Miquel Reguant, Conrado Reverté, Joan Ribes, Dolors Riera, Helena Ris, Jordi Roca, Mònica Roche, Anna Rodés, Daniel Roig Escofet, Montserrat Romera, Marta Roqué, Pere Roura, Eulàlia Roure, Ignasi Ruano, Montserrat Rué, Xavier Sabaté, Josep Sadurní, Joan Sala, Teresa Salas, Esteve Saltó, Xavier Salvador, Lluís Salleras, Laura Sampietro, Jesús Sánchez, Josefina Sánchez, Yolanda Sanmartí, Susana Sans, Eugeni Sedano, Josep Lluís Segú, Andreu Segura, Jaume Sellarés, Constantí Serra, Joaquim M. Soler, Josep M. Suelves, Jordi Sunyer, Josep Lluís Taberner, Jorge Tizón, Lluís Torralba, Jaume Tort, Jordi Trelis, Ricard Tresserras, Manel Trias, Lourdes Trillo, Mariano Unzeta, Tina Ureña, Martí Vall, Elisabet Vallès, Jordi Varela, Emili Vela, Josep Verge, Fernando Vidal, M. Antònia Viedma, Silvia Viel, Miquel Vilardell, Jordi Villegas, Maria Zaplana.

Institucions i entitats

Unitats i Programes del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut, Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, Centre de Reconeixements i Avaluacions Mèdics, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya, Comissió Assessora de Bioètica (Departament de Sanitat i Seguretat Social), Grup de coordinació sobre salut laboral (Departament de Sanitat i Seguretat Social), Direcció General de Relacions Laborals, Direcció General de Programació i Educació Ambiental, Direcció General d'Atenció a la Infància, Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, Institut Municipal de la Salut (Ajuntament de Barcelona), Institut Català d'Oncologia, Institut Català de Seguretat Viària, Institut d'Estudis de la Salut, Institut d'Estadística de Catalunya, Programa d'educació per a la salut a l'escola, Secretaria General de Joventut, Sistema d'Emergències Mèdiques.

El nostre agraïment especial a Pierre-Gerlier Forest, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Consell Català de Col·legis d'Infermeria, Consell Català de Seguretat i Salut Laboral, Institut de Salut Pública de Catalunya, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, i a tots aquells professionals, ajuntaments, institucions, entitats proveïdores i agents socials que han fet possible l'elaboració del Pla de salut de Catalunya 1996-1998.