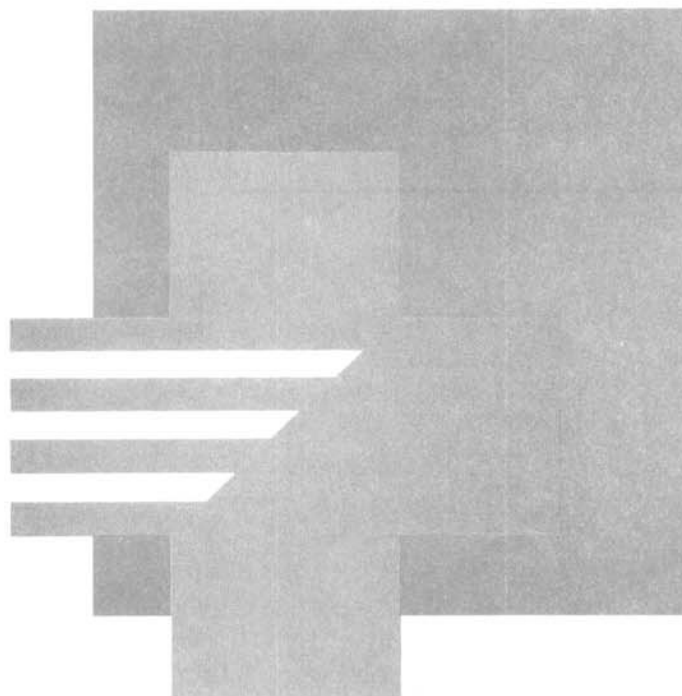




1993 - 1995



**PLA
DE SALUT
DE
CATALUNYA**

Maig 1993



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat
i Seguretat Social

Institut Català de Bibliografia. Dades CIP:

Catalunya. *Departament de Sanitat i Seguretat Social*

Pla de Salut de Catalunya, 1993-1995

ISBN 84-393-2552-5

I. Títol 1. Salut pública — Planificació —
Catalunya 2. Catalunya — Política sanitària
351.77(467.1)

© Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social
1a edició: Barcelona, maig 1993
Reimpressió: gener 1994
Tiratge: 40.000 exemplars
ISBN: 84-393-2552-5
Dipòsit legal: V-4.340-1993
Disseny gràfic coberta i interior: CYAN
Producció:
Carlos Ortega i Jaume Palau, C. de B.
Rambla de Catalunya, 14 - 08007 Barcelona

Presentació

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), disposa que el Pla de Salut de Catalunya ha de constituir l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya. El Pla de Salut ha d'establir les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del Servei Català de la Salut perquè aquest assoleixi les seves finalitats.

D'acord amb l'article 64 de l'esmentada Llei, el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya ha de formular els criteris generals de la planificació sanitària i ha de fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries objecte d'inclusió en el Pla de Salut de Catalunya. Per tal de donar compliment a aquest requisit, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va concloure, el mes de febrer de 1991, el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, que va ser presentat al nostre país el mes d'abril de 1991 i a l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut a la tardor del mateix any.

El mateix article 64, en l'apartat 1, preveu que el Departament de Sanitat i Seguretat Social ha d'establir la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut. L'Ordre de 23 d'octubre de 1992, per la qual s'estableix la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, desenvolupa i concreta l'esmentada previsió de la LOSC.

Així, el Pla de Salut de Catalunya que ara presentem s'ha elaborat d'acord amb la LOSC i d'acord amb l'Ordre de 23 d'octubre de 1992 a la qual ens hem referit; i representa la màxima expressió del Govern de la Generalitat de Catalunya en matèria de política sanitària, que el va aprovar el 9 de març de 1993.

Però més enllà dels aspectes d'ordre legal, el Pla de Salut de Catalunya constitueix un instrument de treball altament valuós. És l'instrument de planificació per excel·lència del Servei Català de la Salut. És, en definitiva, l'eina essencial per a l'establiment de prioritats i per tant, per a la distribució més equitativa i eficient dels recursos del sistema sanitari públic a Catalunya.

Aquest Pla adquireix un valor rellevant pel fet que en la seva elaboració s'ha seguit un procés altament descentralitzat en el qual han participat més de 4.000 professionals sanitaris. Durant l'any 1993 i successius, el procés participatiu es farà extensiu, de manera progressiva, a altres actors del sistema social per tal de completar el caràcter intersectorial del Pla de Salut de Catalunya.

El Pla de Salut de Catalunya és la clau de volta del sistema sanitari en aquest moment i comporta una forma actualitzada de fer les coses. Sense el Pla, seria difícil poder consolidar el Servei Català de la Salut tal i com el vàrem concebre i plasmar en la LOSC: com un sistema sanitari públic i planificat.

El Servei Català de la Salut és l'ens del qual es dota l'administració pública catalana per tal d'exercir, de la millor manera possible, les seves responsabilitats: utilitzar eficientment els recursos econòmics que es reben indirectament dels ciutadans, a fi i efecte de prevenir, resoldre, o si més no, millorar els problemes de salut —i també els derivats de la dinàmica dels serveis sanitaris— que els afecten.

La relació de problemes de salut i de serveis i la seva priorització cal fer-la a partir de l'anàlisi objectiva dels mateixos i a partir de l'opinió dels ciutadans, finançadors i beneficiaris del sistema sanitari. Això és el que s'ha procurat fer en el document que ara es presenta, i això és el que es continuarà fent en els propers anys, completant el treball actual amb l'Enquesta de Salut de Catalunya, que haurà de permetre la incorporació efectiva dels aspectes més lligats a la percepció que els ciutadans tenen de la seva pròpia salut i del funcionament dels serveis sanitaris.

Els professionals sanitaris i, en general, totes aquelles persones que, d'una forma més o menys directa, treballen per millorar l'estat de salut de la població i la qualitat dels serveis, constitueixen el bé més preuat de què disposem. Els serveis sanitaris tenen, no cal dir-ho, una importància cabdal; la qualitat, eficàcia, eficiència, efectivitat, en són aspectes essencials. Però més important que tot això, molt més important, és que no perdem de vista l'objectiu que dona raó de ser al nostre sistema sanitari: cal resoldre els problemes de salut dels ciutadans de Catalunya, contribuint a la millora de la qualitat de vida en el nostre país. I aquesta és la línia que ha de marcar el nostre futur: hem de conèixer els problemes que cal resoldre i plantejar en conseqüència els serveis a oferir. No té sentit situar la qüestió dels serveis a oferir com a element central del nostre treball ja que correm el risc que ens porti a un desenvolupament sanitari poc adequat i a una utilització poc pertinent dels recursos econòmics.

El Servei Català de la Salut, per tal d'assolir els seus objectius, no pretén gestionar directament els serveis sanitaris. La fórmula per la qual s'ha optat és la de contractar els serveis sanitaris necessaris per satisfer les necessitats de la població. I això es fa de forma planificada sobre la base de les previsions del Pla de Salut i mitjançant la utilització d'altres fonts d'informació sanitària i econòmica.

Es tracta d'una nova forma de planificació, altament pragmàtica i lligada al coneixement de la realitat, fonamentada en l'anàlisi dels problemes i la formulació de propostes concretes, a partir de les quals cal, entre altres coses, orientar convenientment els continguts dels contractes que s'estableixin amb els diferents proveïdors de serveis. Aquesta fórmula comporta l'establiment de prioritats. I si sempre és important prioritzar sobre una base el més objectiva possible, quan els recursos econòmics no permeten —com és el cas de Catalunya— assolir la suficiència financera, l'establiment de prioritats esdevé encara més important.

No voldria deixar passar aquesta ocasió sense destacar una característica essencial de la metodologia emprada per a la realització d'aquest treball: la descentralització. Ara cal dur a terme les previsions del Pla de Salut i cal fer-ho de la mateixa manera, cal fer-ho descentralitzadament. El desenvolupament del Servei Català de la Salut, iniciat parcialment en l'àmbit de les regions sanitàries, ha de permetre, amb instruments diversos però fonamentalment amb l'execució, el seguiment i l'avaluació descentralitzats del que es determini en els contractes establerts amb els diferents prestadors de serveis, la consecució progressiva dels objectius del Pla.

El Pla de Salut, que és el resultat del treball continuat durant quasi un any i mig de molts professionals —sanitaris fonamentalment—, utilitza un llenguatge fàcilment entenedor, no solament per a aquests últims, sinó també per al conjunt d'agents socials implicats directament o indirectament en el manteniment, el restabliment i la millora de la salut de la població.

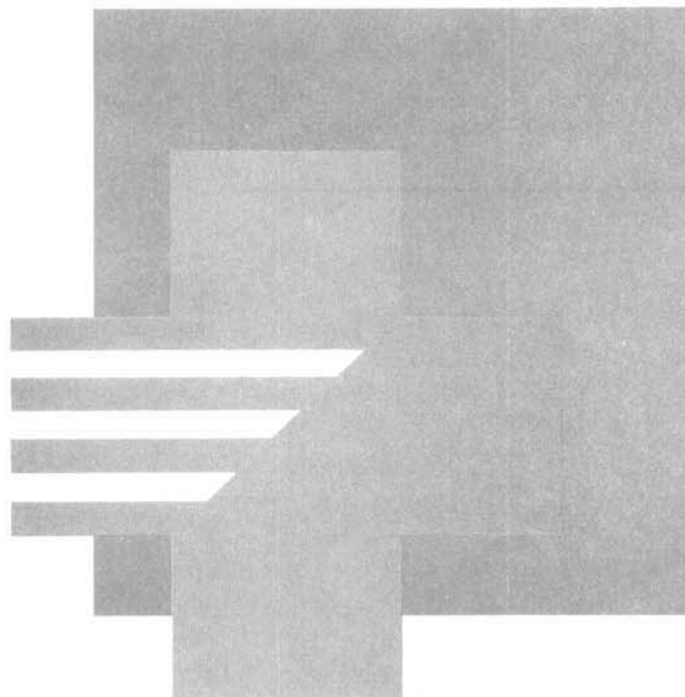
Es fa del tot impossible procedir a l'enumeració exhaustiva dels agraïments que caldria fer. Crec que tothom acceptarà, però, que fem esment dels coordinadors dels plans de salut de les diverses regions sanitàries, dels epidemiòlegs que hi han col·laborat i del personal de la Divisió d'Avaluació i Inspecció de l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut. Estic segur que en ells s'hi poden veure reflectides totes aquelles persones altament qualificades que amb gran capacitat de treball, però també amb una il·lusió i una tenacitat dignes d'elogi i admiració, han fet possible que avui puguem disposar d'aquesta eina, veritable columna vertebral del nostre sistema sanitari.

Dèiem en la presentació del Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, que el Pla permetria apropar-nos a l'objectiu general de la Salut per a tothom l'any 2000, contribuint d'aquesta manera al desenvolupament i al progrés de la societat catalana. No hi ha dubte que aquest treball és una aportació efectiva i pragmàtica, actual i de futur, que ens apropa de manera clara a l'assoliment d'aquesta fita.

Xavier Trias i Vidal de Llobatera
Conseller de Sanitat i Seguretat Social

Barcelona, març de 1993

1993 - 1995



**PLA
DE SALUT
DE
CATALUNYA**

Maig 1993



Generalitat de Catalunya
**Departament de Sanitat
i Seguretat Social**

Índex

Presentació	9
Introducció	13
I. El procés d'elaboració i les propostes del Pla de Salut 1993-1995	17
II. La situació de la salut, dels seus condicionants i dels serveis a Catalunya	23
1. Les característiques de la població	27
1.1 L'evolució de la població	27
1.2 El moviment natural	31
1.3 El saldo migratori	33
1.4 L'estructura de la població	36
1.5 Les característiques de la població	47
1.6 Les perspectives de la població catalana	52
2. L'estat de salut	60
2.1 La mortalitat	60
2.2 La morbiditat atesa a l'atenció primària	81
2.3 La morbiditat atesa als hospitals	86
2.4 Les malalties de declaració obligatòria i els brots epidèmics	96
2.5 La morbiditat i les minusvàlues de la població atesa en els centres sòcio-sanitaris	101
2.6 Morbiditat per algunes malalties específiques	106
2.7 Discapacitats, deficiències i minusvàlues	119
2.8 La percepció de la salut	123
3. Els estils i les condicions de vida	125
4. Els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris	142
4.1 L'atenció primària	143
4.2 L'atenció hospitalària	146
4.3 L'atenció sòcio-sanitària	164
4.4 L'atenció a la salut mental	168
4.5 L'atenció a les drogodependències	171
4.6 Utilització de medicaments	176
4.7 Recursos econòmics per a la prestació dels serveis sanitaris	182

III. Objectius i intervencions del Pla de Salut	189
A. Objectius i intervencions sobre els problemes de salut	193
1. Malalties de l'aparell circulatori	194
2. Càncer	202
3. Malalties de l'aparell respiratori	206
4. Accidents, enverinaments i violències	209
5. Malalties de l'aparell digestiu	214
6. Alcoholisme	216
7. Altres drogodependències	220
8. SIDA	224
9. Malalties susceptibles de ser previngudes amb programes de vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques	228
10. Malalties de transmissió sexual	234
11. Problemes de salut laboral	237
12. Tuberculosi	240
13. Problemes de salut buco-dental	243
14. Problemes de salut mental	246
15. Diabetis <i>mellitus</i>	249
16. Patologia òsteo-articular	252
17. Malalties relacionades amb el medi ambient i amb la higiene dels aliments	254
18. Problemes de salut materno-infantil	259
19. Problemes de salut dels immigrants estrangers	262
20. Problemes de salut relacionats amb els hàbits i els estils de vida	265
B. Objectius i intervencions sobre els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris	273
1. Millorar l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis	275
1.1 Atenció primària de salut	275
1.2 Atenció hospitalària	278
1.3 Atenció sòcio-sanitària	281
1.4 Atenció a la salut mental	284
1.5 Atenció sanitària urgent	285

PLA DE SALUT DE CATALUNYA	
2. Desenvolupar i consolidar instruments per tal de fer efectives les polítiques de salut i de serveis	287
2.1 Sistema d'informació	287
2.2 Elements de planificació que permeten l'operativització del Pla de Salut	290
2.3 Instruments per a la compra de serveis	291
2.4 Formació continuada dels professionals	293
2.5 Recerca	295
2.6 Participació dels professionals	297
3. Millorar la utilització de medicaments en l'atenció primària de salut	300
C. Objectius i intervencions orientats a la millora de la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut	305
IV. Avaluació del Pla de Salut 1993-1995	311
Annexos	361
Annex 1. Abreviatures utilitzades en el Pla de Salut de Catalunya 1993-1995	363
Annex 2. Mapa de les regions sanitàries del Servei Català de la Salut	365

Introducció

L'orientació actual de la planificació sanitària de Catalunya

El Pla de Salut de Catalunya és un instrument de govern en matèria de salut que ha de facilitar l'articulació de les actuacions del Servei Català de la Salut i també les de totes les institucions i els agents socials implicats en la salut de la població.

L'acció és el que dóna sentit a la planificació i, per això, l'objectiu essencial del Pla de Salut de Catalunya 1993-1995 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.

Treballar per a la millora de la salut i la qualitat de vida significa, en una concepció actual, orientar les polítiques de salut a partir dels problemes identificats en relació amb la salut i el benestar. Es tracta de conèixer quins són els problemes, buscar la millor manera de reduir-los i prevenir-ne l'aparició i les conseqüències de tot tipus que se'n deriven.

Els problemes de salut són diferents segons la gravetat —real o percebuda— de les seves conseqüències, ja siguin aquestes absència de benestar, malaltia, limitació de la capacitat funcional o mort. Els problemes de salut també es presenten de forma diferent en el si de la població, ja que hi ha problemes que afecten més unes persones o col·lectius, segons edat, gènere, condicions socio-econòmiques, nivell d'instrucció o entorn cultural. Clarament hi ha col·lectius que es veuen afectats per més problemes de salut i/o per problemes de salut més greus.

Cal tenir en compte, també, que l'efectivitat de les intervencions adreçades a millorar la salut de la població és desigual —en funció de factors com l'accessibilitat—, sobretot en les activitats preventives, la dificultat per canviar determinats hàbits o el grau de receptivitat de la població als missatges de promoció de la salut.

Aquestes diferències, juntament amb la limitada disponibilitat de recursos, obliguen a prioritzar tant les intervencions que s'han de dur a terme com la manera de fer-ho i els grups de població als quals s'han d'adreçar. Bona part de les actuacions recauran en l'organització i hauran de permetre avançar en l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis.

Un altre element de la nova orientació en planificació sanitària a Catalunya és la descentralització en les estructures territorials del Servei Català de la Salut, les regions i els sectors sanitaris, de les tasques de planificació i d'avaluació, la qual cosa ha de fer possible millorar el coneixement dels problemes, dissenyar les intervencions més idònies i afavorir la participació.

El Pla de Salut de Catalunya constitueix un procés que s'emmarca en el que actualment s'entén per 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.

El marc legal

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), disposa que el Pla de Salut de Catalunya ha de ser l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya, i ha d'establir les línies directives i de desplegament de les activitats, els programes i els recursos del Servei Català de la Salut perquè aquest assolixi les seves finalitats.

D'acord amb l'article 64 de l'esmentada Llei, el Departament de Sanitat i Seguretat Social ha de formular els criteris generals de la planificació sanitària i ha de fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries objecte d'inclusió en el Pla de Salut de Catalunya. Així mateix, ha d'establir la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut.

Donant compliment a l'esmentat precepte, el 31 d'abril de 1991 es presentà el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut que, en la línia establerta per l'estratègia regional europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de la Salut per a tothom l'any 2000, fixa les bases sobre les quals s'ha d'elaborar el Pla de Salut de Catalunya, els objectius de salut i de disminució de risc, com també els principis generals que han de guiar la planificació i la gestió de centres, serveis i establiments que configuren el Servei Català de la Salut, de les seves estructures centrals i desconcentrades.

El 23 d'octubre de 1992 el Departament de Sanitat i Seguretat Social publicà l'Ordre que estableix la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. En el seu contingut es fixen les diverses fases per a l'elaboració del Pla de Salut, els elements de planificació per fer-lo operatiu, la informació necessària i els instruments per fer possible la participació intersectorial.

Amb la redacció del Document marc per l'elaboració del Pla de Salut i la publicació de l'esmentada Ordre, el Departament de Sanitat i Seguretat Social dóna compliment a l'article 64 de la LOSC i completa el marc en matèria de salut i legislatiu en què es basa el document que ara es presenta.

El Pla de Salut 1993-1995 es basa en els principis informadors de la LOSC i, per tant, incorpora els objectius de salut i de disminució de risc del Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut i els principis inspiradors de la política de serveis del Servei Català de la Salut. D'altra banda, articula les accions de totes les unitats del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut i integra els avantprojectes dels plans de salut de les regions sanitàries.

La influència de multitud de factors de diversos àmbits sobre la salut dóna un caràcter intersectorial a la planificació sanitària. En conseqüència, no es pot

oblidar aquesta dimensió en el moment d'elaborar el Pla de Salut. La Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut que es crea per l'Ordre de 23 d'octubre de 1992 és l'estructura que ha de permetre coordinar i vehicular les propostes que en relació amb la salut han de dur a terme conjuntament tots els departaments de la Generalitat.

Aquesta Ordre preveu, en la seva disposició addicional primera, la possibilitat de presentar una ampliació, el desembre de 1993, del present Pla de Salut per a la seva aprovació pel Govern de la Generalitat. Serà en aquesta ampliació on es recolliran les propostes d'àmbit intersectorial.

D'aquesta forma i en el termini establert es completarà el procés de planificació corresponent al trienni 1993-1995, període de vigència del present Pla de Salut.

Estructura del document

Aquest document s'ha estructurat en quatre parts. A la primera part s'exposa el procés i la metodologia utilitzada per a l'elaboració del Pla de Salut. La segona part sintetitza els resultats de l'anàlisi de la situació actual en relació a les característiques de la població, l'estat de salut i els seus condicionants, i els serveis sanitaris i socio-sanitaris. La tercera part recull els objectius i les intervencions del Pla de Salut pel període 1993-1995 fixats per als problemes de salut prioritaris, per als serveis sanitaris i socio-sanitaris i per a la millora de la satisfacció dels usuaris. Finalment, la quarta part presenta la proposta d'avaluació del Pla de Salut.



PLA DE SALUT DE CATALUNYA

El procés d'elaboració
i les propostes del
Pla de Salut 1993-1995

El procés d'elaboració i les propostes del Pla de Salut 1993-1995

El procés d'elaboració del Pla de Salut

Aquest és el primer Pla de Salut de Catalunya. El treball d'elaboració descentralitzat a partir dels avantprojectes de pla de salut de les regions sanitàries, ha representat una novetat i, per tant, una nova metodologia de treball. L'experiència ha estat enriquidora i sens dubte útil pels plans de salut successius, tant per les fases d'anàlisi de la situació com per l'establiment d'intervencions i per l'avaluació periòdica dels objectius.

El procés d'elaboració del Pla de Salut ha coincidit amb la creació del Servei Català de la Salut i amb la constitució dels seus consells de direcció i de salut. Conèixer en aquests moments les característiques de salut de la població en cada regió i les necessitats en salut i serveis suposa disposar d'una eina molt valuosa per al desplaçament de les estructures regionals.

L'elaboració del Pla de Salut ha estat un procés dinàmic tant per la diversitat de persones que hi han participat com per les dimensions pròpies de cada una de les seves fases: anàlisi de la situació, formulació d'objectius i d'intervencions, i disseny de l'avaluació.

El treball d'elaboració s'ha dut a terme a través de dues estructures dedicades exclusivament a aquesta activitat:

- Un equip territorial, format per un coordinador i un epidemiòleg a cada regió sanitària.
- Un equip tècnic de l'Àrea Sanitària del Servei Català de la Salut.

Els equips territorials de les regions sanitàries han realitzat la recollida i l'anàlisi de la informació identificant els problemes de salut i dels serveis, i incorporant les opinions dels professionals sanitaris. A partir d'aquest treball han dissenyat els objectius operacionals i les intervencions per als avantprojectes dels plans de salut de cada regió. Tot aquest procés s'ha efectuat sota la direcció del gerent de la regió i bona part del treball s'ha realitzat amb la col·laboració dels professionals de l'Institut Català de la Salut.

Cal esmentar que ambdues estructures —l'equip territorial i l'equip central— han rebut el suport tècnic i metodològic, tant de les diferents unitats del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut, com d'equips multidisciplinaris de treball, integrats per epidemiòlegs, planificadors, gestors sanitaris, economistes i professionals de l'àmbit de l'atenció sanitària. D'aquesta manera ha estat possible l'homogeneïtzació dels criteris necessaris per a l'elaboració dels avantprojectes dels plans de salut de les regions.

La presentació dels avantprojectes dels plans de salut de les regions sanitàries als òrgans de direcció i participació ha permès la participació comunitària

El Pla de Salut de Catalunya s'ha elaborat descentralitzadament a partir dels plans de salut de les regions

Les fases del procés d'elaboració del Pla de Salut han estat l'anàlisi de la situació, la formulació d'objectius i d'intervencions i el disseny de l'avaluació

Les opinions dels professionals han estat incorporades als plans de salut de regions

En el procés d'elaboració hi han participat equips multidisciplinaris

S'ha comptat amb la participació comunitària

en el procés d'elaboració. Així, tant els ajuntaments i consells comarcals com les organitzacions sindicals, empresarials i professionals i representants de les associacions de consumidors i usuaris han pogut conèixer els avantprojectes presentats i aportar les seves opinions sobre el tema.

Com ja s'ha indicat anteriorment, les fases d'elaboració del Pla de Salut han estat l'anàlisi de la situació actual, la identificació dels problemes, la definició dels objectius i intervencions en relació amb els problemes prioritaris i la definició dels criteris d'avaluació.

L'anàlisi de la situació consisteix en la recollida, l'estudi i la interpretació de la informació sobre les característiques de la població, l'estat de salut, els factors condicionants que la determinen i l'oferta i la utilització dels serveis.

Un dels instruments bàsics per portar a terme l'anàlisi de la situació ha estat la definició d'un conjunt d'indicadors bàsics comuns per a totes les regions sanitàries.

S'han utilitzat les fonts d'informació disponibles i detectat aspectes millorables, i la necessitat de crear-ne de noves

En aquesta fase s'ha evidenciat la necessitat d'un procés d'ordenació i d'homogeneïtzació de les diverses fonts d'informació de què es disposa en l'àmbit sanitari. Així mateix, cal crear-ne de noves. Entre aquestes, s'ha d'esmentar la realització de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) durant el període de vigència d'aquest Pla.

L'Enquesta té per objectiu conèixer tant la morbiditat percebuda, les minusvàlues i discapacitats, com els hàbits i estils de vida i la utilització que la població fa dels serveis. La realització periòdica de l'Enquesta de Salut aportarà informació sobre l'evolució d'aquests temes i permetrà incorporar-la en els plans de salut successius.

La fase d'anàlisi de la situació ha finalitzat amb l'elaboració d'una llista de problemes de salut, de condicionants i estils de vida, de serveis i de satisfacció dels ciutadans considerats els més rellevants. L'expressió dels problemes de salut s'ha fet en funció de la gravetat i de la magnitud, tractant de delimitar els grups de població afectats i la utilització de serveis que generen.

Els problemes identificats han estat sotmesos a l'opinió de gran nombre de professionals

Els problemes identificats a cada regió sanitària han estat sotmesos a la consulta dels professionals amb els objectius següents:

- Conèixer l'opinió i la percepció dels professionals sobre els problemes identificats.
- Incorporar aquesta opinió en els avantprojectes del pla de salut de cada regió.
- Oferir als professionals de les regions sanitàries la possibilitat de participar en el procés d'elaboració.

Per a la definició de cada intervenció s'ha tingut en compte l'eficàcia i l'efectivitat de les mesures, el nivell assistencial adequat per al seu abordatge i les poblacions de risc a les quals s'han de dirigir les intervencions.

L'efectivitat i la factibilitat de les mesures proposades s'han tingut en compte a l'hora de definir les intervencions

Els objectius operacionals han estat formulats tenint en compte la seva factibilitat. En aquest sentit s'han considerat els aspectes següents:

- L'acceptabilitat de les mesures.
- Les implicacions intersectorials.
- Les repercussions en l'organització.
- Les repercussions en la despesa.
- L'existència de condicions prèvies per a la seva aplicació (recursos humans, materials i legals entre d'altres).

Les propostes del Pla de Salut 1993-1995

El Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut ja assenyalava els problemes de salut de la població catalana que eren més importants i susceptibles de ser abordats. El procés d'elaboració del Pla de Salut des de les regions i l'esforç de cercar activament la informació que fes possible aproximar-se més a la realitat, ha permès identificar alguns aspectes que s'han introduït en el Pla de Salut 1993-1995 i que s'exposen a continuació:

- La diabetis *mellitus* per la pròpia entitat de la malaltia com a causa rellevant de mortalitat, de morbiditat i de qualitat de vida.
- Els problemes de salut mental que, com l'ansietat i la depressió, són causa important de morbiditat i de freqüentació a l'atenció primària.
- La patologia òsteo-articular també com a causa important de morbiditat, de disminució de la qualitat de vida i d'utilització de serveis en l'atenció primària.
- Els problemes de salut dels immigrants estrangers per haver estat identificats en els avantprojectes dels plans de salut de les regions.
- Els problemes de salut materno-infantil també identificats en alguna regió sanitària.
- La utilització dels medicaments tant per la seva importància en la qualitat de l'atenció com per la despesa que genera.
- Els objectius i les intervencions en relació amb els serveis i la millora de la satisfacció dels usuaris s'han formulat a partir de les orientacions que estableix el Document marc.

D'altra banda, els objectius i les intervencions relacionats amb les infeccions nosocomials no figuren en el present document ja que seran desenvolupats al llarg del 1993.

Les propostes que conformen aquest Pla de Salut s'orienten, en bona part, a crear condicions en l'organització per tal d'adequar-la i donar resposta a les necessitats de salut de la població.

Es poden classificar globalment en tres grans eixos:

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

És acceptat el paper rellevant, si bé no exclusiu, que tenen els serveis sanitaris en els àmbits de la promoció de la salut i de la prevenció de la malaltia. Per això, cal aprofitar al màxim els contactes de la població amb els diferents nivells assistencials, a fi de desenvolupar estratègies d'educació sanitària, d'aplicació de mesures preventives, de detecció oportunista de casos i en general de promoció d'hàbits saludables.

La introducció d'aquestes mesures en el procés d'atenció sanitària i la promoció d'hàbits saludables en l'àmbit escolar, aprofitant les condicions òptimes —cobertura, moment plàstic i d'aprenentatge— que l'àmbit ofereix constitueixen línies d'actuació cabdals d'aquest Pla de Salut.

A Catalunya es disposa actualment de criteris consensuats pel que fa a activitats preventives a dur a terme pels professionals dins la seva pràctica assistencial i especialment dins l'àmbit de l'atenció primària de salut. Cal, doncs, mobilitzar tots els recursos existents en el sistema per tal de fer-les operatives. Així, les propostes d'aquest Pla de Salut s'orienten a impulsar les diverses fórmules de participació i de consens que permetin l'aplicació d'aquests criteris i

Respecte al Document marc, s'han afegit alguns temes nous detectats en l'anàlisi de situació

Cal aprofitar els contactes de la població amb els serveis sanitaris per tal de desenvolupar les mesures preventives i de promoció de la salut

L'escola és un àmbit prioritari a l'hora d'introduir hàbits saludables

La participació i el consens dels professionals són cabdals per definir criteris comuns sobre les activitats a desenvolupar als serveis sanitaris

la seva adequació a les diferents realitats territorials i poblacionals. Amb la finalitat que la política de salut sigui operativa, el Pla de Salut també planteja objectius i intervencions sobre els serveis sanitaris i socio-sanitaris, constituint-se en la guia estratègica i l'element integrador de la política de serveis del Servei Català de la Salut.

El Pla de Salut també planteja accions sobre els serveis, per tal de millorar-ne l'equitat, l'eficiència i la qualitat

Els objectius i les intervencions sobre els serveis es configuren en dues grans línies:

- Millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis.
- Desenvolupament i consolidació d'instruments que permetin fer efectives les polítiques de salut i de serveis.

Les actuacions per a la millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis se centren en propostes de reorientació organitzativa i funcional dels serveis, en la introducció d'activitats sistematitzades relacionades amb el procés d'atenció, en la millora de la coordinació entre els diversos nivells i àmbits relacionats amb la salut, en la racionalització de la despesa i en l'avaluació en termes d'eficiència i qualitat de l'atenció relacionada amb els problemes de salut prioritaris.

El sistema d'informació sanitària, la recerca, la participació i la formació continuada dels professionals i tots els altres instruments de què es dota el Servei Català de la Salut per desenvolupar les seves funcions són objecte d'un conjunt d'actuacions que permeten configurar una xarxa d'atenció sanitària més eficient i adequar els diferents dispositius assistencials per poder donar una resposta adequada a les necessitats de salut de la població.

Cal assenyalar que el Pla de Salut és també el marc de referència del Servei Català de la Salut per a l'establiment dels contractes per a la compra de serveis als proveïdors. En aquest sentit es proposen actuacions i objectius a incloure en els esmentats contractes.

El Pla de Salut contempla l'apropament dels serveis a la població per tal que responguin a les seves expectatives i resolguin les seves necessitats de salut

El Servei Català de la Salut té com a responsabilitat definir i desenvolupar estratègies d'apropament dels serveis a la població per tal de garantir que aquests s'orientin a resoldre les necessitats en termes de salut —mitjançant la qualitat tècnica adequada— i que responguin a les expectatives personals de l'usuari. Des del Pla de Salut es fa especial èmfasi en el dret que té tot usuari a accedir a uns serveis sanitaris de qualitat tenint en compte els aspectes humans de manera que el tracte rebut sigui digne i respectuós.

El Pla de Salut serà objecte d'ampliació al llarg de l'any 1993

L'Ordre que estableix la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya disposa que el Pla de Salut s'ampliarà durant l'any 1993 i serà presentat de nou per a la seva aprovació el gener de 1994. Aquesta ampliació inclourà la revisió, la periodificació i l'avaluació completa dels objectius operacionals, les propostes d'àmbit intersectorial, i també el desenvolupament més exhaustiu d'altres aspectes relacionats amb la salut i els serveis.



PLA DE SALUT DE CATALUNYA

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

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

En el procés de planificació és necessari analitzar la situació de la qual es parteix i les tendències que es presenten, per tal de conèixer on i com s'ha d'incidir, d'acord amb els objectius generals que es pretenen assolir.

En la planificació de salut cal centrar l'anàlisi de la situació en l'estat de salut i la qualitat de vida de la població i en la presència dels factors que condicionen la salut (característiques socio-demogràfiques, factors biològics, estils i condicions de vida, característiques mediambientals i de l'entorn i sistema sanitari).

L'anàlisi de la situació sobre la salut, els seus condicionants i els serveis, en aquest Pla de Salut, s'ha desenvolupat fonamentalment des de les regions sanitàries i, sovint, des d'unitats territorials més petites (sectors sanitaris, àrees bàsiques de salut). La caracterització de la situació en el context territorial i poblacional corresponent ha estat un dels elements claus en l'elaboració de l'avantprojecte de Pla de Salut de cada regió sanitària. Això ha permès, juntament amb la reflexió sobre la factibilitat, que la regió sanitària plantegés els aspectes sobre els quals calia intervenir i formulés els seus propis objectius, d'acord amb les directrius generals per al conjunt de Catalunya.

El contingut d'aquesta part del document Pla de Salut de Catalunya 1993-1995 sintetitza els resultats de l'anàlisi de la situació del conjunt de Catalunya i de les diverses regions sanitàries i, evidentment, té un caire més general que la descripció de la situació de cada regió inclosa en els avantprojectes de pla de salut de les regions sanitàries.

El primer capítol d'aquesta part fa referència a les característiques de la població de Catalunya i de les regions sanitàries. Cal fer esment que s'ha donat molta importància a aquest tema perquè, a més del fet que es disposa d'informació, s'entén que les característiques socio-demogràfiques són en si mateixes un factor condicionant de la salut (edat, nivell d'instrucció, activitat econòmica) i, d'altra banda, expliquen com és i com evoluciona la població, que és precisament el subjecte al qual s'adreça la política de salut.

En el segon capítol s'explica quin és l'estat de salut i la qualitat de vida de la població, a través de les diverses manifestacions que, per la informació disponible, s'està en condicions d'analitzar, com la mortalitat, la morbiditat atesa en els serveis sanitaris i socio-sanitaris o les minusvàlues i les discapacitats.

El tercer capítol tracta dels estils i condicions de vida que es relacionen amb la salut. La informació sobre aquests aspectes és diversa i, a vegades, difícilment tractable a nivell de regions sanitàries o unitats territorials més petites. D'altra banda, l'àmbit dels estils i condicions de vida sovint depassa el que ha estat tradicional del sistema sanitari. Per a aquest Pla de Salut s'ha fet l'esforç de cercar i analitzar aquest tipus d'informació. De tota manera, aquests seran temes que s'abordaran amb més profunditat en l'ampliació del Pla de Salut 1993-1995 que preveu l'Ordre de 23 d'octubre de 1992.

La qualitat de vida, l'estat de salut i els seus condicionants són l'objecte de la planificació en salut

L'anàlisi de situació s'ha fet pel conjunt de Catalunya i per a cada regió sanitària

En el quart capítol es fa una descripció dels serveis sanitaris i socio-sanitaris. S'analitza com estan organitzades les xarxes assistencials d'utilització pública, els recursos de què disposen i l'activitat que realitzen. Dins d'aquest capítol s'inclou un apartat específic sobre la utilització de medicaments, atesa la importància que té el medicament en el nostre àmbit sanitari, tant per l'extensió del seu ús i el volum de despesa que comporta, com per l'evidència que la prescripció no sempre es basa en criteris d'eficàcia ni és prou eficient, ni està exempta de riscos per a la salut. Finalment, dins d'aquest capítol, es descriuen els recursos econòmics de què disposa la Generalitat de Catalunya per a la provisió pública dels serveis sanitaris i socio-sanitaris.

Les característiques de la població¹

La història de la població catalana als darrers anys es configura en dos períodes ben diferenciats. El primer, entre 1960 i 1975, va significar un creixement exuberant de la població catalana, que passà de menys de 4 milions a 5,7 milions d'habitants. El segon, a partir de 1975, es caracteritza per una situació d'estancament del creixement demogràfic que fa mantenir la població al voltant dels 6 milions d'habitants durant la dècada dels anys vuitanta.

Aquest trencament en l'evolució de la població, cal cercar-lo en els torts canvis ocorreguts en els dos components demogràfics que, actualment, afecten més l'evolució i l'estructura de les poblacions: la fecunditat i les migracions. En relació amb la fecunditat, l'evolució recent es caracteritza per una forta davallada del nombre de naixements; i respecte de les migracions, s'ha produït una ruptura de la secular tradició immigratòria catalana.

La dinàmica demogràfica de Catalunya mostra dues etapes diferenciades, amb un trencament a mitjans dels anys 70

1.1 L'evolució de la població

L'evolució de la població a Catalunya entre 1960 i 1991 (taules 1 i 2) té un punt de ruptura l'any 1975². En el període 1960-1975 el creixement de la població es pot qualificar d'explosiu ja que, en quinze anys, la població augmenta en més de 1.750.000 persones, amb una taxa de creixement anual acumulatiu del 2,53%; o altrament dit, la població es duplica cada 28 anys. Per contra, el període 1975-1991 mostra una estabilitat numèrica de la població, amb un creixement de poc més de 400.000 persones, amb una taxa de creixement anual del 0,46%, i amb un període de duplicació de 152 anys.

Cal veure, però, que els tres quinquennis que componen el període 1975-1991 no presenten la mateixa evolució: el 1975-1981 ha tingut un creixement de 300.000 habitants, amb una taxa de l'1,04%; el quinquenni 1981-1986 ha estat el període de menor creixement de la població amb poc més de 21.000 persones i amb una taxa del 0,07%; finalment, el període 1986-1991 ha suposat un creixement de més de 80.000 persones, a un ritme del 0,27% anual acumulatiu.

El període 1960-1975, qualificat com d'explosió demogràfica, és el que presenta els ritmes de creixement més dispars. S'hi troben un ventall de situacions que oscil·len entre el 0,27% de la Regió Sanitària Lleida, com a límit inferior, i el 5,7% anual per les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, com a límits superiors. Aquesta disparitat en els ritmes de creixement entre el 1960 i el 1975 fa que el pes poblacional de cadascuna de les regions variï força: és a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat on es dona la disminució més forta en passar del 39,3% del total de Catalunya al 31,0%; les regions Girona, Lleida, Tarragona i Tortosa també disminueixen el seu pes; per contra, a les regions Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent i Centre es produeix un considerable augment del seu pes dintre de Catalunya, a causa del gran volum d'immigrants que reben en aquests anys.

En el període 1960-1975 la població experimenta un creixement explosiu. A partir de 1975 es produeix un estancament

En el període 1960-1975 el creixement demogràfic de regions sanitàries és molt diferent

¹ Aquest capítol ha estat elaborat pel Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona.

² L'anàlisi de l'evolució de la població s'ha realitzat a partir de les dades de població de dret segons els padrons municipals d'habitants a 31 de desembre de 1960 i 1975, a 1 de març de 1981 i a 1 d'abril de 1986 i el cens de població a 1 de març de 1991

Taula 1

**Evolució de la població per regions sanitàries
Catalunya, 1960-1991**

Regions sanitàries	1960	1975	1981	1986	1991
Lleida	334.657	348.360	353.769	352.046	353.455
Tarragona	255.957	364.259	397.525	405.404	423.052
Tortosa	107.496	113.055	115.525	118.479	118.952
Girona	351.645	441.796	467.316	488.341	509.628
Costa de Ponent	427.652	988.856	1.080.714	1.081.548	1.111.998
Barc. N. i Maresme	264.875	610.372	660.569	664.804	679.517
Centre	618.647	1.039.388	1.129.294	1.166.226	1.219.350
Barcelona Ciutat	1.526.550	1.751.122	1.752.627	1.701.812	1.643.542
CATALUNYA	3.887.479	5.657.208	5.957.339	5.978.660	6.059.494

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

Taula 2

**Taxes de creixement anual acumulatiu (percentatges)
per regions sanitàries
Catalunya, 1960-1991**

Regions sanitàries	1960-75	1975-91	1975-81	1981-86	1986-91
Lleida	0,27	0,10	0,31	-0,10	0,08
Tarragona	2,38	1,00	1,76	0,39	0,86
Tortosa	0,34	0,34	0,43	0,51	0,08
Girona	1,53	0,96	1,13	0,88	0,86
Costa de Ponent	5,75	0,79	1,79	0,02	0,56
Barc. N. i Maresme	5,72	0,72	1,59	0,13	0,44
Centre	3,52	1,07	1,67	0,65	0,89
Barcelona Ciutat	0,92	-0,42	0,02	-0,59	-0,69
CATALUNYA	2,53	0,46	1,04	0,07	0,27

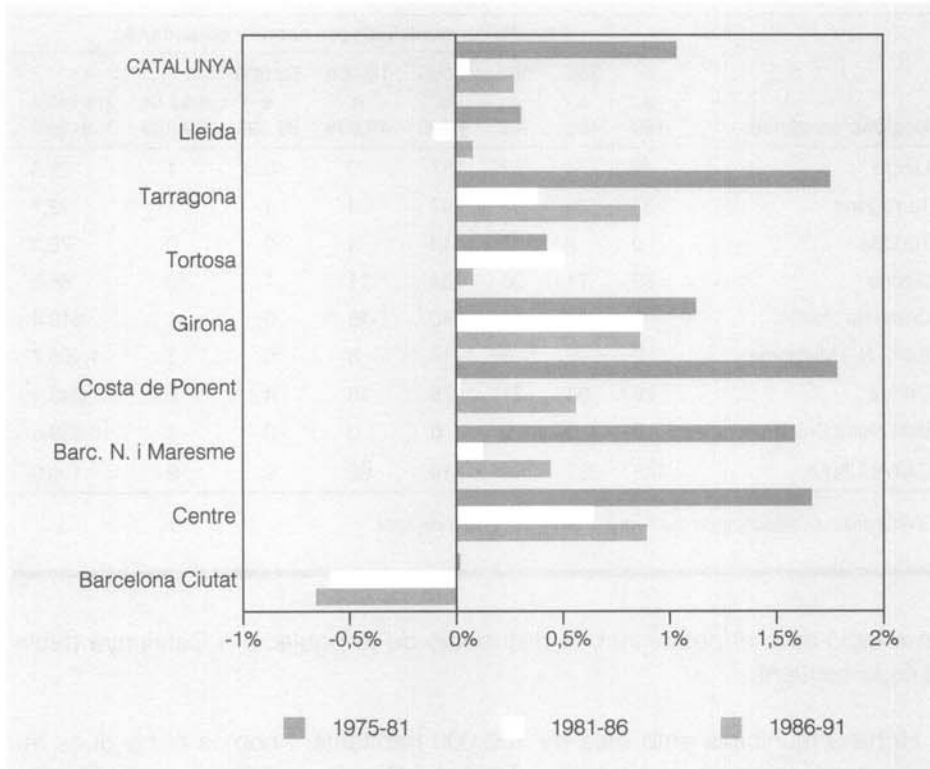
FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1960, 1975, 1981 i 1986 i Cens de població de 1991.

En el període 1975-1991
l'evolució de la població de les
regions sanitàries és menys
heterogènia

El període 1975-1991 mostra unes taxes de creixement menys dispars que en el període anterior: la Regió Sanitària Barcelona Ciutat té una taxa de creixement negativa del -0,42%, i la més elevada es dona a la Regió Sanitària Centre, amb un 1,07% anual. En aquest període només hi ha dues regions sanitàries en les quals disminueix el percentatge de població que hi resideix: la de Barcelona Ciutat que passa del 31% al 27,1% i la de Lleida que redueix el seu pes en el conjunt de Catalunya, del 6,2% al 5,8%. Per contra, a excepció de la de Tortosa que roman estable, en les altres regions el pes relatiu augmenta.

**Taxa de creixement anual acumulatiu per regions sanitàries
Catalunya, 1975-1991**

Figura 1



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

Si s'analitza l'evolució de la població entre 1975 i 1991 pels tres quinquennis (figura 1), s'observa que a les regions sanitàries Tarragona, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme, Centre i Lleida es dona el mateix comportament: en el quinquenni 1975-1981 es produeixen els ritmes de creixement més elevats —de les cinc regions només Lleida no arriba a una taxa de creixement de l'1%—; en el quinquenni 1981-1986 es donen les taxes més baixes; i, a l'últim període tornen a augmentar, encara que sense arribar ni de bon tros a les que es donaren al quinquenni 1975-1981.

Les regions sanitàries Girona i Tortosa mostren taxes de creixement positives en tots tres quinquennis, però amb una evolució diferent: la de Tortosa té en els dos primers quinquennis una taxa similar i en el tercer es produeix una forta reducció, mentre que a la de Girona la reducció es dona entre el primer i el segon, i roman estable entre el segon i el tercer.

La Regió Sanitària Barcelona Ciutat és l'única en què disminueix la població, ja que, si bé en el primer quinquenni hi ha una estabilitat numèrica de la població, en els dos següents el ritme de disminució és cada cop més fort.

Taula 3

Grandàries municipals i densitat de població per regions sanitàries
Catalunya, 1991

Regions sanitàries	Grandàries municipals (en nombre d'habitants)							densitat hab/km ²
	0 a 199	200 a 499	500 a 999	1.000 a 9.999	10.000 a 49.999	50.000 a 99.999	més de 99.999	
Lleida	42	74	52	57	3	0	1	29,4
Tarragona	32	39	33	47	4	1	1	92,7
Tortosa	0	2	7	13	4	0	0	70,1
Girona	39	71	36	64	11	1	0	86,5
Costa de Ponent	9	13	12	40	18	3	1	519,4
Barc. N. i Maresme	0	2	3	18	8	0	3	1.466,7
Centre	26	31	21	75	18	4	2	243,1
Barcelona Ciutat	0	0	0	0	0	0	1	16.839,6
CATALUNYA	148	232	164	314	66	9	9	190,0

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

En relació amb el poblament, la distribució de la població a Catalunya (taula 3) és la següent:

A Catalunya hi ha 18 municipis
que tenen més de 50.000
habitants

- Hi ha 9 municipis amb més de 100.000 habitants, i només hi ha dues regions sanitàries que no en tenen, Tortosa i Girona. Cal, però, recordar que l'aglomeració urbana a l'entorn de Girona (Girona, Salt, Sarrià de Ter i altres municipis del voltant) arriba gairebé als 100.000 habitants. Així mateix, hi ha 9 municipis d'entre 50.000 i 100.000 habitants, que serveixen de complement a la centralitat dels municipis amb més habitants.
- 66 municipis, entre 10.000 i 50.000 habitants, distribuïts per totes les regions sanitàries (a excepció de la unimunicipal de Barcelona Ciutat), fan realment de centres d'atracció de les activitats més quotidianes: són les ciutats amb instituts de batxillerat, amb cinemes, amb botigues de béns no quotidians, amb centres d'estudis locals i museus i altres. Més de 1.300.000 catalans viuen en aquestes ciutats petites i mitjanes.
- Els 314 municipis entre 1.000 i 10.000 habitants poden dividir-se en dos grups. El primer serien els municipis situats a prop de grans ciutats (dins de l'àrea metropolitana de Barcelona i Tarragona, i prop de Girona, Lleida i Manresa), que es caracteritzen per un ritme de creixement més important, en tant que reben la població que emigra de les ciutats més grans per problemes en l'adquisició d'habitatges o que les deixen a la recerca d'una major qualitat mediambiental. El segon serien els municipis que es troben en comarques rurals, ja siguin pirinenques o les d'industrialització antiga de la Regió Sanitària Centre o les d'agricultura de secà de l'interior de Tarragona, Tortosa i Lleida que, en major o menor mesura, han mantingut estable la seva població, però que, en cap cas tenen un dinamisme comparable al del grup anterior.
- Finalment, hi ha el grup dels municipis de menys de 1.000 habitants (544), dels quals n'hi ha 148 amb menys de 200 persones.

En resum, l'evolució de la població pel conjunt de Catalunya mostra dues etapes força diferenciades: 1960-1975 de creixement explosiu, i 1975-1991 d'es-

tabilitat. Les regions sanitàries es poden classificar en dos grups: les que experimenten o bé un creixement de població molt lent (Lleida i Tortosa) o bé una tendència a perdre població (Barcelona Ciutat), i les que han experimentat un creixement de la població, que pot ser molt important en el període 1960-1975 però no en el 1975-1991, com és el cas de les regions que envolten Barcelona Ciutat.

Les regions sanitàries presenten dos tipus de dinàmica demogràfica

1.2 El moviment natural

L'evolució del moviment natural en el període comprès entre 1975 i 1990 es caracteritza per un lleuger augment del nombre de les defuncions i per una sobtada davallada del de naixements (taula 4). Aquests fets sobten, especialment en el cas de la natalitat, si es té en compte l'evolució que havien tingut en els períodes anteriors i, sobretot, entre el 1950 i el 1975.

**Evolució del moviment natural de la població per regions sanitàries
Catalunya, 1975-1990**

Taula 4

Regions sanitàries	Defuncions			Naixements		
	1975-76	1989-90	Variació*	1975-76	1989-90	Variació*
Lleida	3.457	3.492	101,0	5.234	3.099	59,2
Tarragona	3.508	3.644	103,9	7.080	4.172	58,9
Tortosa	1.343	1.269	94,5	1.796	1.050	58,5
Girona	4.353	4.431	101,8	7.856	5.178	65,9
Costa de Ponent	6.109	7.647	125,2	21.234	10.625	50,0
Barc. N. i Maresme	3.553	4.621	130,1	13.410	6.717	50,1
Centre	7.292	8.863	121,5	20.137	12.146	60,3
Barcelona Ciutat	16.161	16.946	104,9	32.313	13.671	42,3
CATALUNYA	45.776	50.912	111,2	109.060	56.658	52,0

* Índex de variació en base 100 entre ambdós períodes.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población (de 1975 a 1984)*.
Institut d'Estadística de Catalunya. *Moviment Natural de la Població (a partir de 1985)*.

Les defuncions han augmentat lleugerament en aquests quinze anys, passant de 46.000 a 51.000 defuncions anuals, cosa que, en termes de taxa bruta de mortalitat, representa un increment inferior al mig punt, en passar del 8,1 al 8,4 per 1.000 habitants. La raó d'aquest augment cal cercar-la en el progressiu envelliment de la població que incrementa el nombre de persones sotmeses a un major risc de mort. En el capítol 2.1 s'exposa amb més detall l'anàlisi de la mortalitat a Catalunya i a les regions sanitàries.

En relació amb la fecunditat, l'evolució recent es caracteritza per una forta davallada del nombre de naixements. En el període 1960-1975 s'assoleixen nivells de fecunditat superiors als 2,5 fills per dona, cosa que representa, el 1974, el màxim de naixements del segle amb 112.100 nascuts. A partir de 1975 s'inicia un continuat procés de reducció dels nivells de fecunditat fins a

Les defuncions augmenten lleugerament degut a l'envelliment de la població

A partir de 1975 es produeix una forta davallada de la fecunditat

situar-se per sota d'1,4 fills per dona, o altrament dit, al voltant dels 57.000 naixements que es produeixen actualment.

Aquesta reducció del 50% del nombre de naixements s'ha traduït en una reducció paral·lela de la taxa bruta de natalitat que ha passat del 19,28 per 1.000 habitants en el període 1975-76 al 9,35 actual (taula 5). A les regions sanitàries s'ha tendit a una uniformització, ja que el ventall de taxes brutes de natalitat s'ha reduït de 7 punts a 2. Així, les regions amb una major taxa el 1975-76 són les que han experimentat una davallada més important i a l'inrevés, de manera que s'ha donat el cas extrem de Girona, que en aquests quinze anys ha passat de ser una de les de taxa més baixa a ser la que la té més elevada.

Taula 5 Taxa bruta de natalitat i índex sintètic de fecunditat per regions sanitàries Catalunya, 1975-1990

Regions sanitàries	Taxa bruta de natalitat				EMM ¹	ISF ²
	1975-76	1980-81	1985-86	1989-90	1987-88	1987-88
Lleida	15,03	12,01	9,49	8,77	28,50	1,31
Tarragona	19,44	15,02	11,36	9,86	28,41	1,47
Tortosa	15,89	14,13	10,44	8,82	28,13	1,45
Girona	17,78	14,10	10,55	10,16	28,04	1,41
Costa de Ponent	21,47	14,69	10,83	9,55	28,57	1,36
Barc. N. i Maresme	21,97	14,07	11,33	9,88	28,30	1,39
Centre	19,37	14,64	11,11	9,96	28,48	1,38
Barcelona Ciutat	18,45	11,57	9,31	8,32	29,60	1,21
CATALUNYA	19,28	13,50	10,44	9,35	28,71	1,33

¹ EMM: Edat Mitjana a la Maternitat.

² ISF: Índex Sintètic de Fecunditat.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población (de 1975 a 1984). Institut d'Estadística de Catalunya. Moviment Natural de la Població (a partir de 1985).

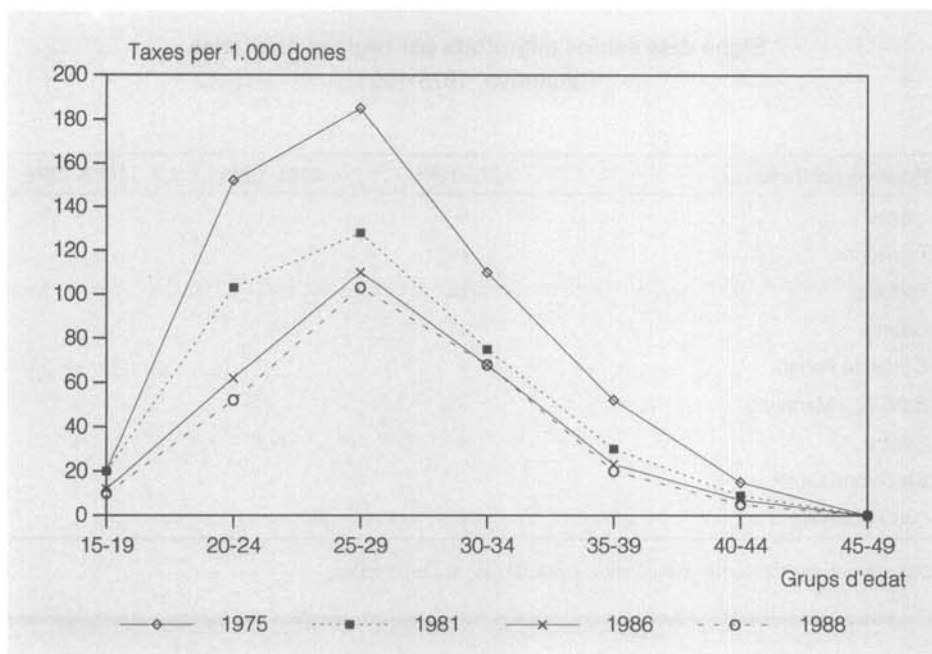
El nivell de fecunditat de les dones catalanes se situa per damunt d'1,3 fills, molt allunyat del llindar de reemplaçament que és de 2,1 fills per dona. S'observa una davallada generalitzada de les taxes específiques de fecunditat a totes les edats (figura 2), així en un primer moment, entre 1975 i 1981, el descens es produí, en major mesura, a les edats més avançades, que perderen més d'un terç de la seva fecunditat. A partir de 1981 són els grups més joves els que més contribueixen a la disminució de la fecunditat, sobretot el grup de 15 a 24 anys, que en només 8 anys ha reduït la seva fecunditat a menys de la meitat. Això no és estrany ja que aquests grups d'edat són els més sensibles a la conjuntura econòmica, afectats especialment per la disminució de l'ocupació.

La caiguda de la fecunditat està relacionada amb la nupcialitat, amb l'edat de maternitat i amb l'espaiament temporal entre els fills

Aquesta caiguda de la fecunditat és deguda a la combinació d'una davallada de la nupcialitat (entre 1975 i 1985 l'Índex Sintètic de Nupcialitat s'ha reduït el 40%), a l'ajornament cap a edats adultes de la maternitat (l'Edat Mitjana de Maternitat ha augmentat sis mesos en el conjunt del període), i a un major espaiament entre fills.

Taxes específiques de fecunditat
Catalunya, 1975-1988

Figura 2



FONT: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población (de 1975 a 1984).
Institut d'Estadística de Catalunya. Moviment Natural de la Població (a partir de 1985).

A conseqüència de l'evolució de la mortalitat i de la natalitat s'ha produït una forta reducció de la taxa de creixement natural de la població catalana: mentre que en el període 1975-1976 la taxa de creixement natural és de l'11,2 per 1.000, el 1989-1990 cau fins a l'1 per 1.000, situant-se a prop d'un creixement natural zero. En les regions sanitàries s'observa més clarament aquest procés: en un primer moment totes mostren un creixement natural positiu, i s'arriba fins i tot a creixements superiors al 15 per 1.000 a la Costa de Ponent i al Barcelonès Nord i Maresme, i en un segon moment hi ha tres regions sanitàries que presenten creixements naturals negatius (Lleida, Tortosa i Barcelona Ciutat) i la màxima taxa de creixement natural del 1989-1990 se situa per sota de la mínima del 1975-76.

El creixement natural de la població s'ha reduït fins a prop de zero

1.3 El saldo migratori

Les migracions han estat un fenomen demogràfic clau en l'evolució de la població de Catalunya. Els anys 1960-1975, el creixement total de la població és de prop de 1.740.000 habitants, dels quals més de 950.000 són per migració. En canvi, entre 1975 i 1991, el creixement total és de 400.000 persones, i les migracions resulten negatives, tot representant una pèrdua neta de 25.000 efectius.

Els quinze anys que van de 1975 a 1991 no presenten una evolució lineal: el període 1976-1981 té un saldo migratori positiu de més de 41.000 habitants, el període 1981-1986 representa la pèrdua de més de 90.000 efectius per

Els saldos migratoris presenten una evolució diferent en els darrers anys

emigració, i l'últim quinquenni torna a ser lleugerament positiu, amb un saldo net de prop de 24.000 habitants.

Taula 6

**Signe dels saldos migratoris per regions sanitàries
Catalunya, 1975-1991**

Regions sanitàries	1975-1981	1981-1986	1986-1991
Lleida	-	-	+
Tarragona	+	-	+
Tortosa	nul	+	+
Girona	+	+	+
Costa de Ponent	+	-	+
Barc. N. i Maresme	+	-	+
Centre	+	nul	+
Barcelona Ciutat	-	-	-
CATALUNYA	+	-	+

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.

En el darrer quinquenni totes les regions sanitàries, llevat de Barcelona Ciutat, presenten un saldo migratori positiu

L'anàlisi per regions sanitàries mostra el comportament diferenciat que ha tingut el signe dels saldos migratoris (taula 6). En el quinquenni 1976-1981 dues regions sanitàries, Lleida i Barcelona Ciutat, tenen un saldo negatiu, i Tortosa el té nul, mentre que per les altres cinc el saldo és positiu. En el següent quinquenni només hi ha dues regions sanitàries amb un saldo positiu, Tortosa i Girona, i les altres el tenen negatiu o nul, com és el cas de la Regió Sanitària Centre. Finalment, a l'últim quinquenni, 1986-1991, es produeix una inversió del signe del saldo migratori ja que totes les regions sanitàries, a excepció de la de Barcelona Ciutat, el tenen positiu.

Però el signe del saldo migratori no mostra la diversitat de situacions que en relació amb la migració s'observa segons les diferents edats. Així, els saldos migratoris per edats (taula 7) mostren situacions completament diferents per cadascun dels quinquennis:

En el període 1976-1980 l'emigració se centra en l'edat laboral

- El quinquenni 1976-1980 mostra un saldo negatiu a les edats centrals, entre els 25 i 54 anys, mentre que els dos extrems el tenen positiu. L'emigració dels grups d'edat que estan en l'etapa laboral es pot relacionar amb el «fracàs» dels migrants, és a dir, d'aquella població que ha arribat amb la creença de poder trobar feina o bé de poder millorar el seu nivell de vida anterior i que no ho ha aconseguit. És important, però, observar com en aquest quinquenni els grups de 15-19 i 20-24 anys tenen un fort saldo positiu que representa més del 95% del total del saldo negatiu entre 25 i 54 anys. En aquests 5 anys l'atracció de Catalunya per als joves emigrants d'altres regions de l'Estat espanyol és encara important.

Entre el 1981 i el 1986 els saldos migratoris són negatius a gairebé totes les edats

- El quinquenni 1981-1986 és, sense cap mena de dubte, el més espectacular pel que fa a les migracions, ja que tots els grups d'edat, a excepció dels més vells, tenen un saldo migratori negatiu. La crisi econòmica va provocar un augment impressionant de la desocupació, que passa de 60.000 aturats el

PLA DE SALUT DE CATALUNYA

1975 a 381.000 el 1981 i a 488.000 el 1986, la qual cosa causà una emigració de la població que residia a Catalunya cap a d'altres zones. Malgrat això, cal adonar-se que el saldo migratori no passa dels 91.000 habitants (xifra inferior al 20% dels aturats) i que, a més, és a totes les edats, de manera que es pot suposar que l'emigració correspon a famílies senceres.

● En l'últim quinquenni, 1986-1991, els saldos migratoris per edats tornen a donar un tomb ja que, gairebé a totes les edats el saldo és positiu. No obstant, però, les xifres absolutes són molt reduïdes i, per tant, les migracions no tenen la importància que havien tingut els vint anys anteriors al 1975.

Els saldos migratoris per edats i per regions sanitàries del 1986 al 1991 configuren tres grans grups. El primer, caracteritzat pel fet que té un saldo positiu en tots els grups d'edat, està format per les regions sanitàries Tortosa, Costa de Ponent, Girona, Tarragona i Centre; i, d'aquestes, les tres últimes presenten la característica particular d'un saldo relativament elevat a les edats d'adults joves, entre els 15 i els 35 anys. El segon, que es caracteritza per un saldo negatiu a totes les edats, especialment entre els 15 i 30 anys, es compon únicament de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. Finalment, el grup format per les regions sanitàries Barcelonès Nord i Maresme i Lleida, mostra tant saldos positius com negatius, però amb un clar predomini dels primers.

En el darrer quinquenni els saldos migratoris tornen a ser positius però de poca importància

Saldos migratoris per edats
Catalunya, 1976-1991

Taula 7

Grups d'edat	1976-1980		1981-1986		1986-1991	
	absoluts	prob.*	absoluts	prob.*	absoluts	prob.*
0-4	30.892**	12,5**	-13.712	-5,8	9.218	5,6
5-9	1.558	0,6	-14.613	-5,6	4.715	2,1
10-14	8.328	3,6	-6.505	-2,7	5.345	2,1
15-19	13.224	6,1	-3.406	-1,4	5.129	2,1
20-24	11.654	5,7	-3.983	-1,8	2.343	1,0
25-29	-7.936	-3,7	-9.010	-4,3	4.239	1,9
30-34	-5.150	-2,7	-11.130	-5,3	1.742	0,8
35-39	-5.987	-3,5	-6.760	-3,6	2.430	1,2
40-44	-1.968	-1,0	-6.847	-4,1	1.035	0,6
45-49	-3.691	-2,0	-2.218	-1,2	531	0,3
50-54	-1.426	-0,8	-3.345	-1,8	-1.099	-0,6
55-59	2.850	2,1	-1.201	-0,7	-571	-0,3
60-64	4.547	3,8	178	0,1	1.700	1,1
65-69	4.933	4,6	-296	-0,3	1.764	1,5
70-74	3.455	4,2	932	1,0	4.520	4,5

* Prob.: relació entre l'estimació del saldo migratori i la població a l'inici del període, en percentatges.

** Saldo erroni degut al mal enregistrament dels menors d'un any al Padró de 1975 de Barcelona.

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.

En resum, la situació actual es caracteritza per l'existència d'un saldo migratori gairebé nul i no s'esperen grans variacions d'aquesta situació a curt termini.

Això no obstant, cal recordar que els moviments migratoris depenen en gran mesura dels canvis que es puguin produir en la conjuntura econòmica.

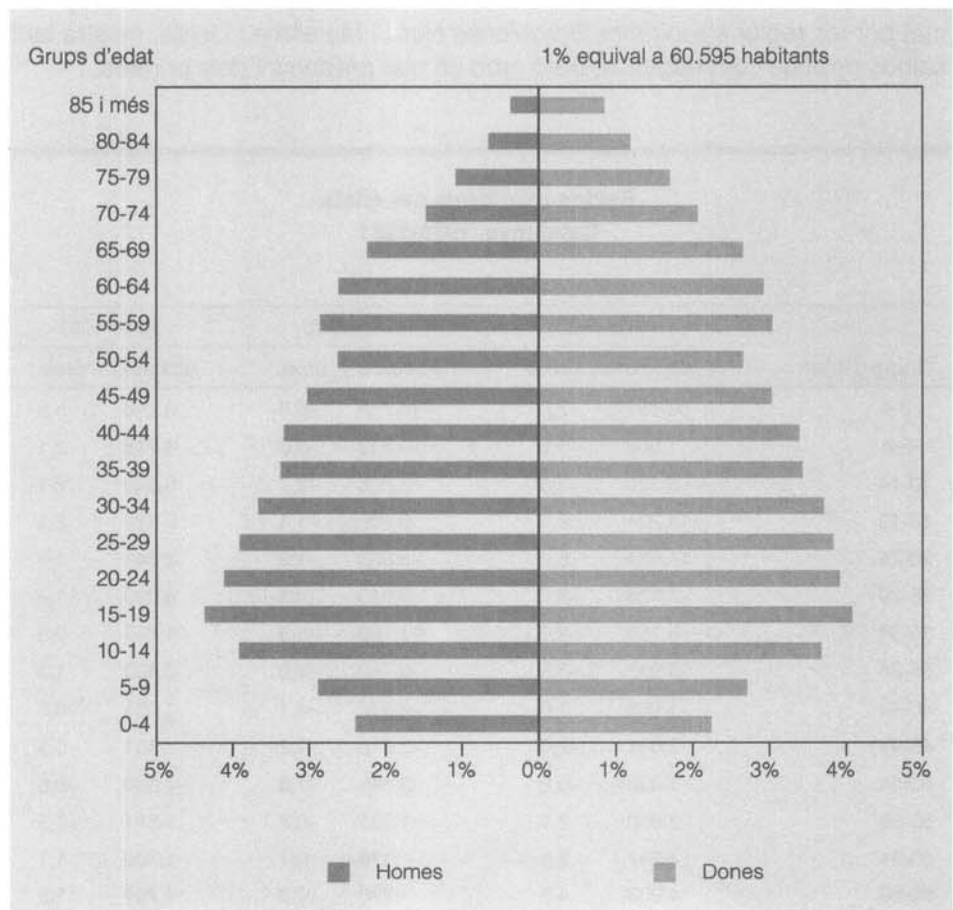
1.4 L'estructura de la població

A mitjans dels anys 70 es passa del rejueniment a l'envelliment de l'estructura poblacional de Catalunya

L'estructura de la població catalana el 1991 recull, molt significativament, el procés de caiguda de la fecunditat que s'ha donat a partir de 1975, així com la tendència a l'envelliment de la població. Novament, l'any 1975 representa el punt de ruptura entre el període 1950-1975, caracteritzat pel rejueniment de l'estructura poblacional degut a l'increment de la fecunditat, i el període actual, 1975-1991, d'envelliment poblacional.

Figura 3

Piràmide de la població de Catalunya 1991

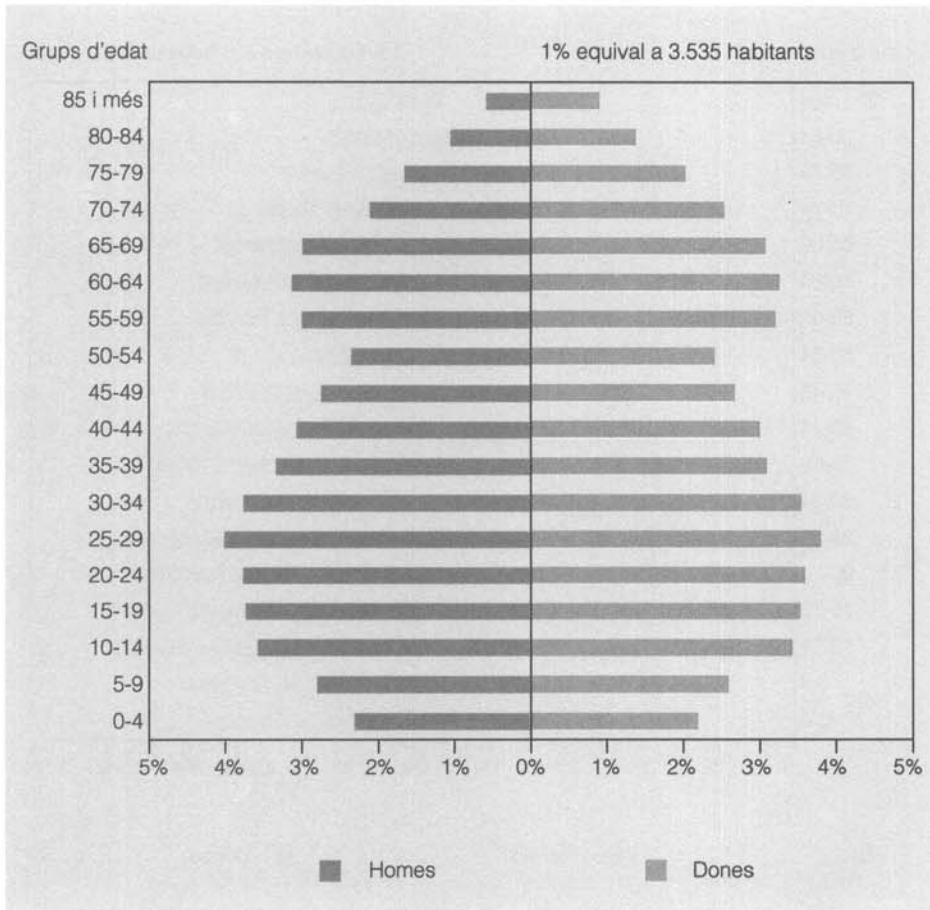


FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

L'envelliment d'una població pot tenir el seu origen en un doble procés: o bé en l'augment dels efectius de gent gran pels guanys en la mortalitat, o bé en una reducció de la natalitat que, en reduir el pes relatiu dels joves, incrementa el dels adults i els ancians. L'accelerat procés d'envelliment actual és degut a la combinació d'ambdós factors d'envelliment.

Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Lleida

Figura 3.1



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Un element a considerar és que l'envelliment actua al mateix temps com a causa i conseqüència d'altres fenòmens demogràfics. És obvi que l'envelliment pot ser produït per l'emigració i/o per la baixa de la natalitat però, al mateix temps, també pot accelerar els corrents d'emigració i de desnatalitat. D'aquesta manera, es podria pensar en un «cercle viciós» que va perpetuant-se al llarg del temps.

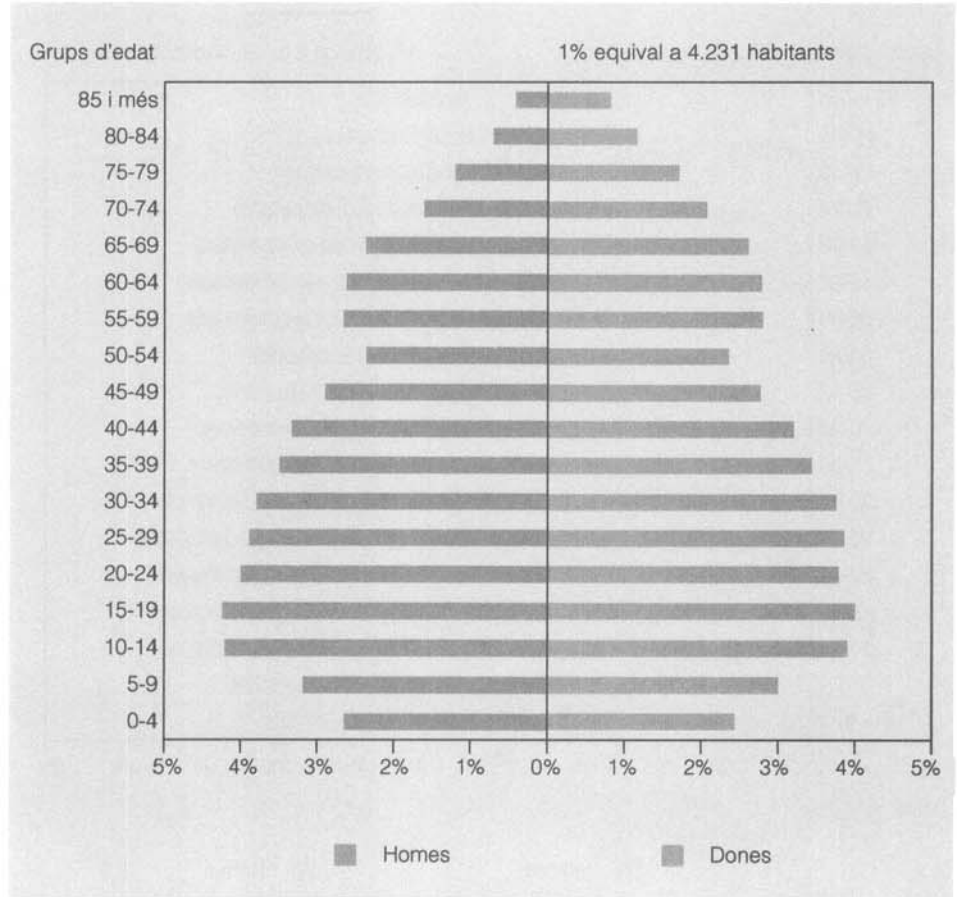
Respecte a Catalunya, el període comprès entre 1975 i 1991 presenta una reducció de gairebé 370.000 joves (0 a 14 anys), caiguda comparable a la de la natalitat durant el mateix període, ja que passa de representar el 25,6% de la població el 1975 al 17,8% de l'actualitat. La població adulta (15-64 anys) s'incrementa en 480.000 efectius i els vells (majors de 65 anys) en 290.000; és a dir, uns increments del 13% i del 49%, respectivament.

La piràmide del 1991 (figura 3) mostra aquestes modificacions que, a grans trets, són: forta reducció de la base de la piràmide (per trobar menys efectius que al grup de 0 a 5 anys, cal remuntar-se fins al grup de 70-74 anys), eixamplament de la piràmide als grups d'adults joves que corresponen a les «generacions plenes» nascudes als anys seixanta i començaments dels setanta, i increment de la cúspide, especialment pel que fa a les dones.

La piràmide de 1991 reflecteix el procés d'envelliment: reducció de la base, eixamplament als grups centrals i increment de la cúspide

Figura 3.2

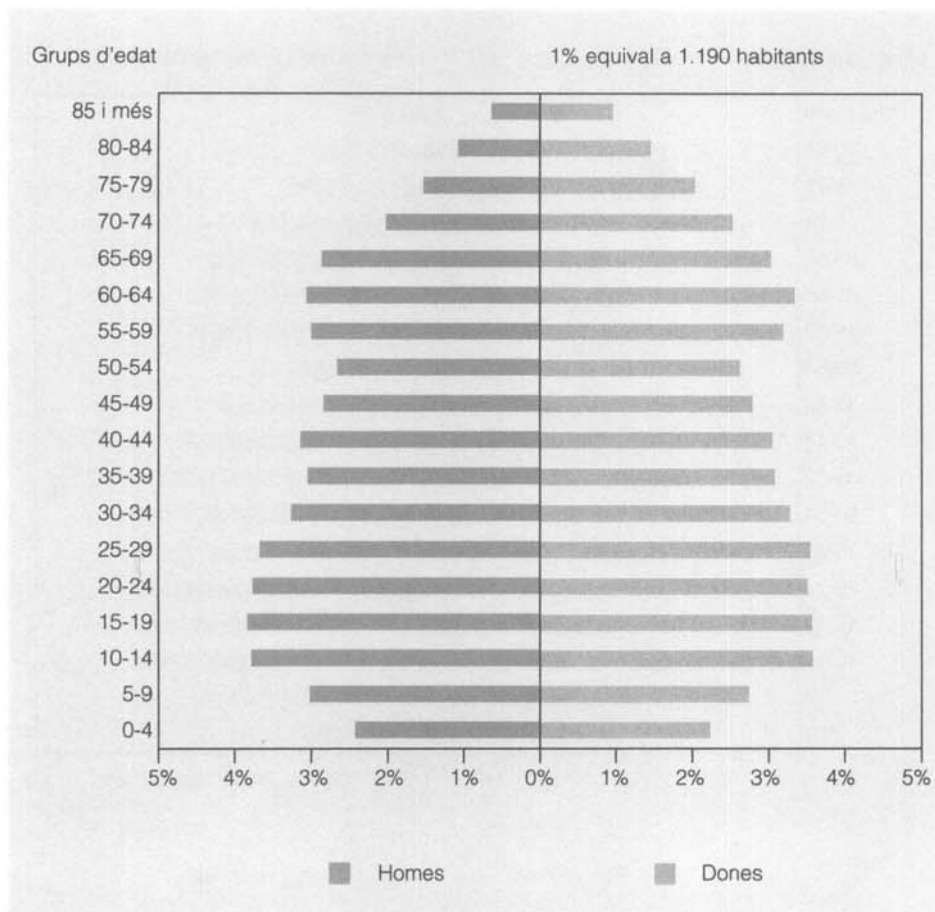
Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Tarragona



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Tortosa

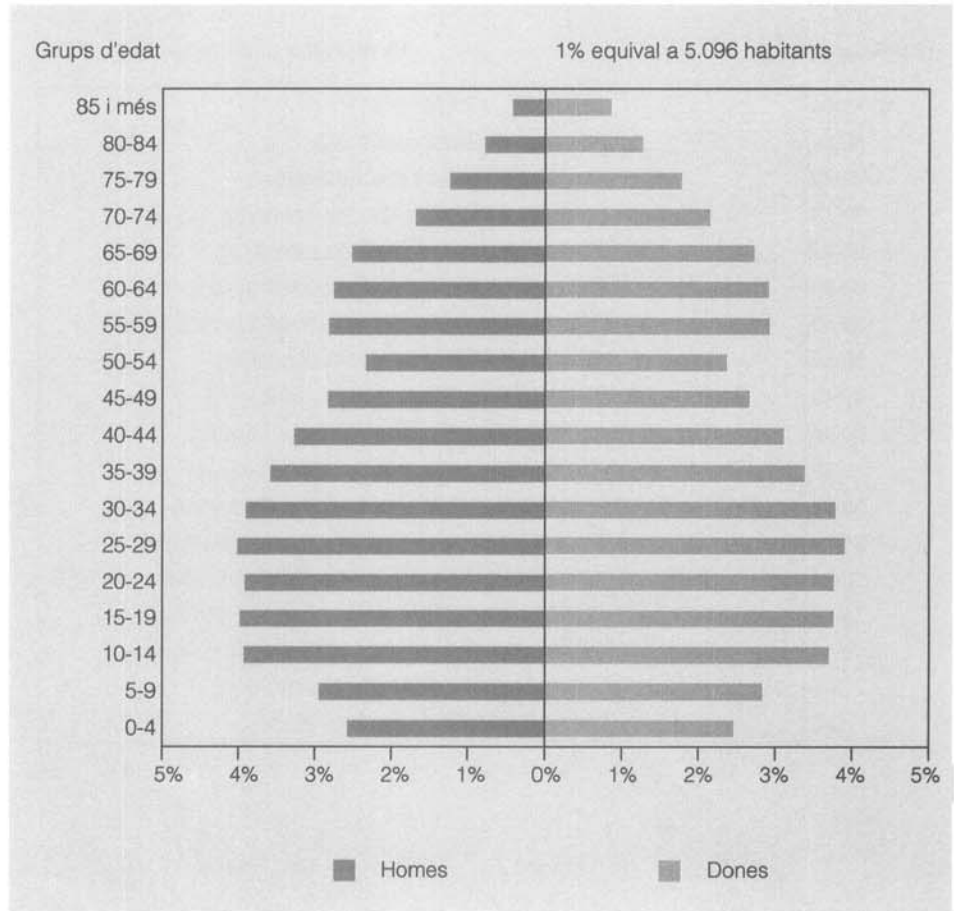
Figura 3.3



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Figura 3.4

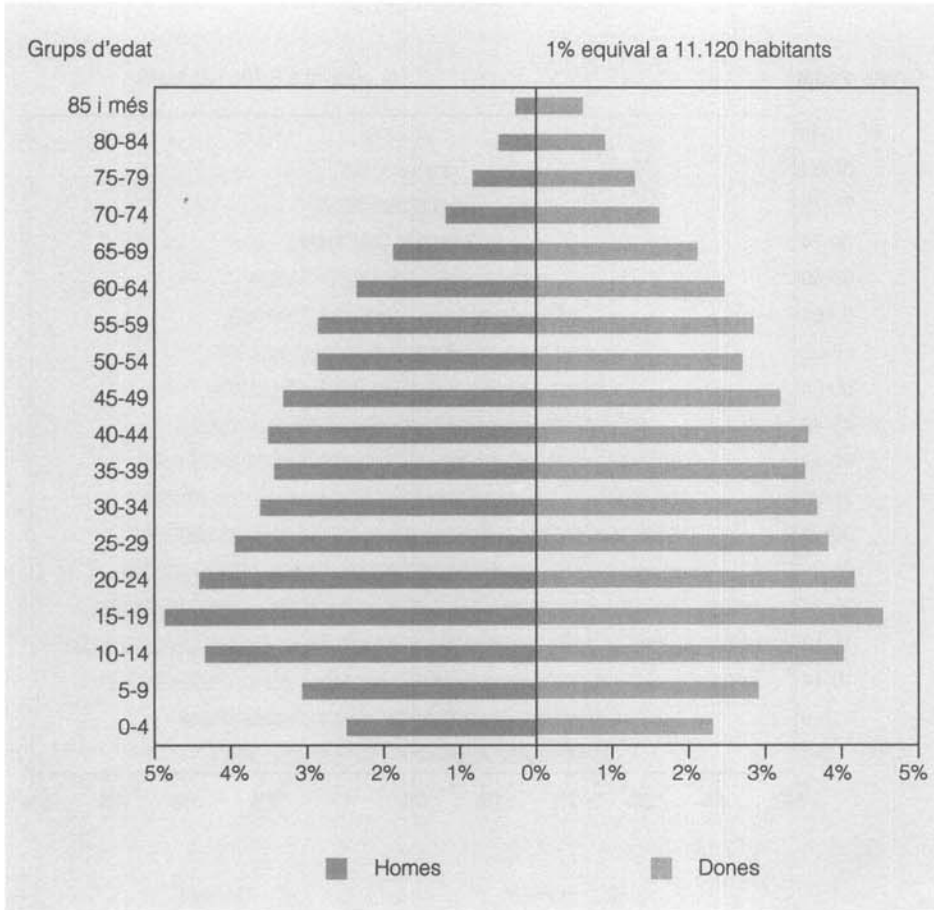
Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Girona



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Costa de Ponent

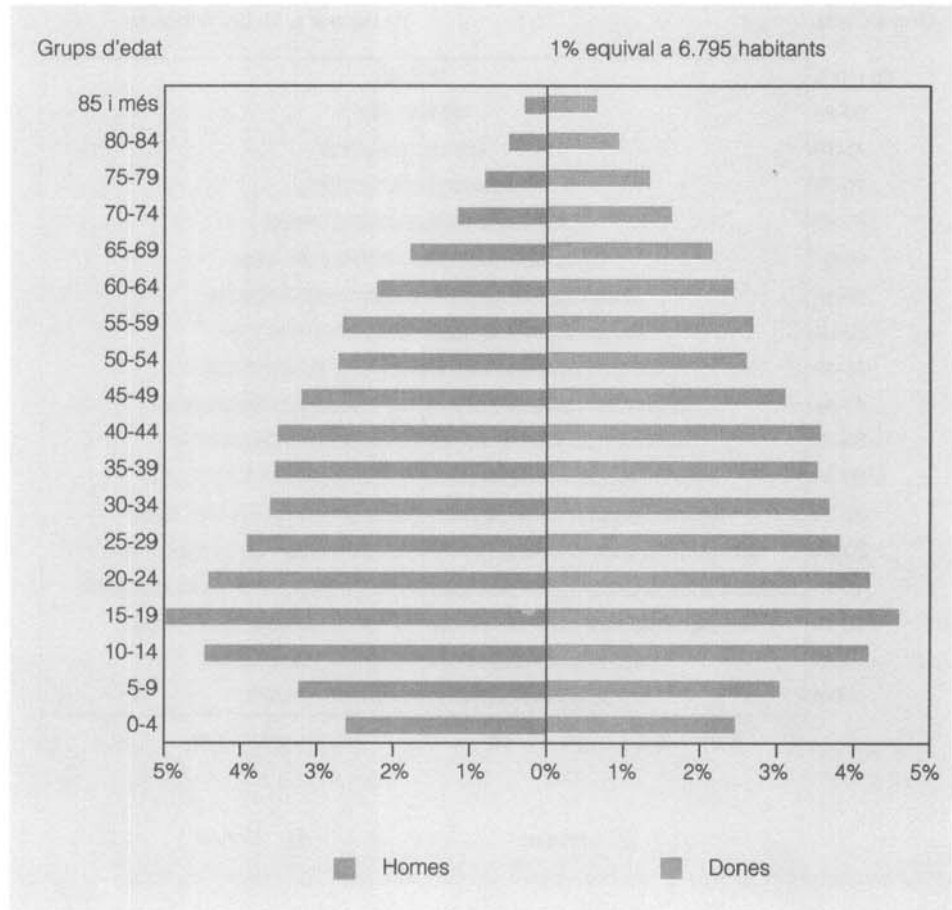
Figura 3.5



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Figura 3.6

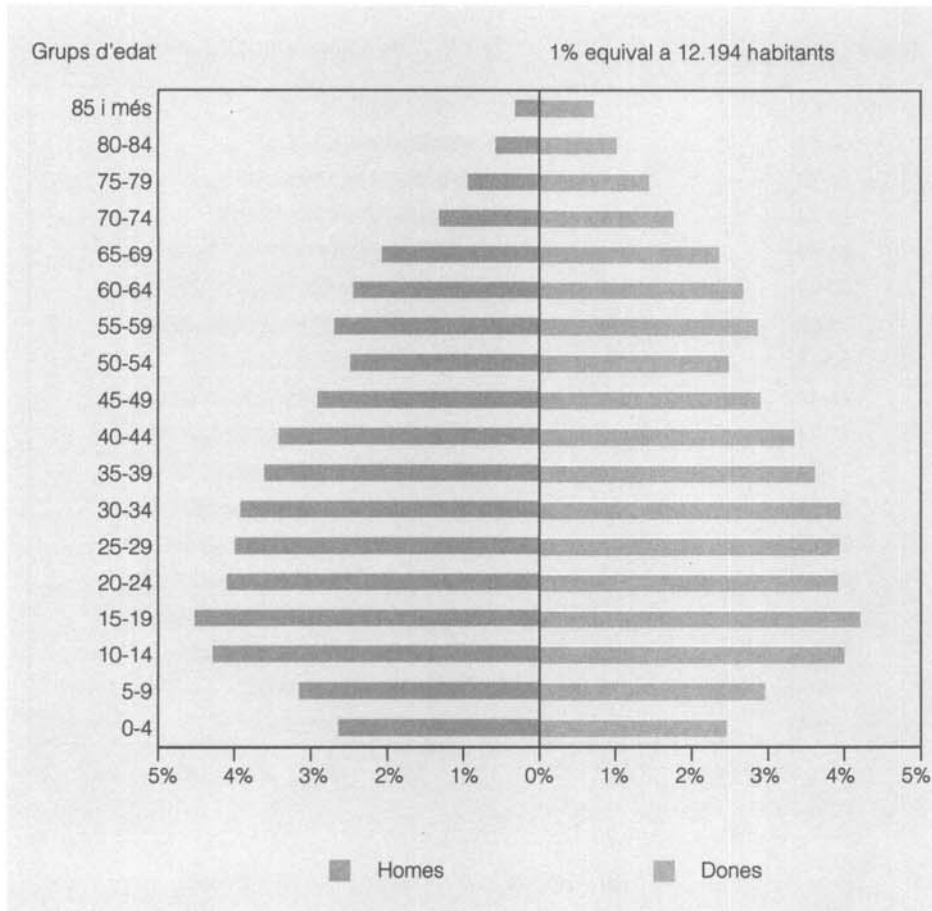
Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària
Barcelonès Nord i Maresme



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

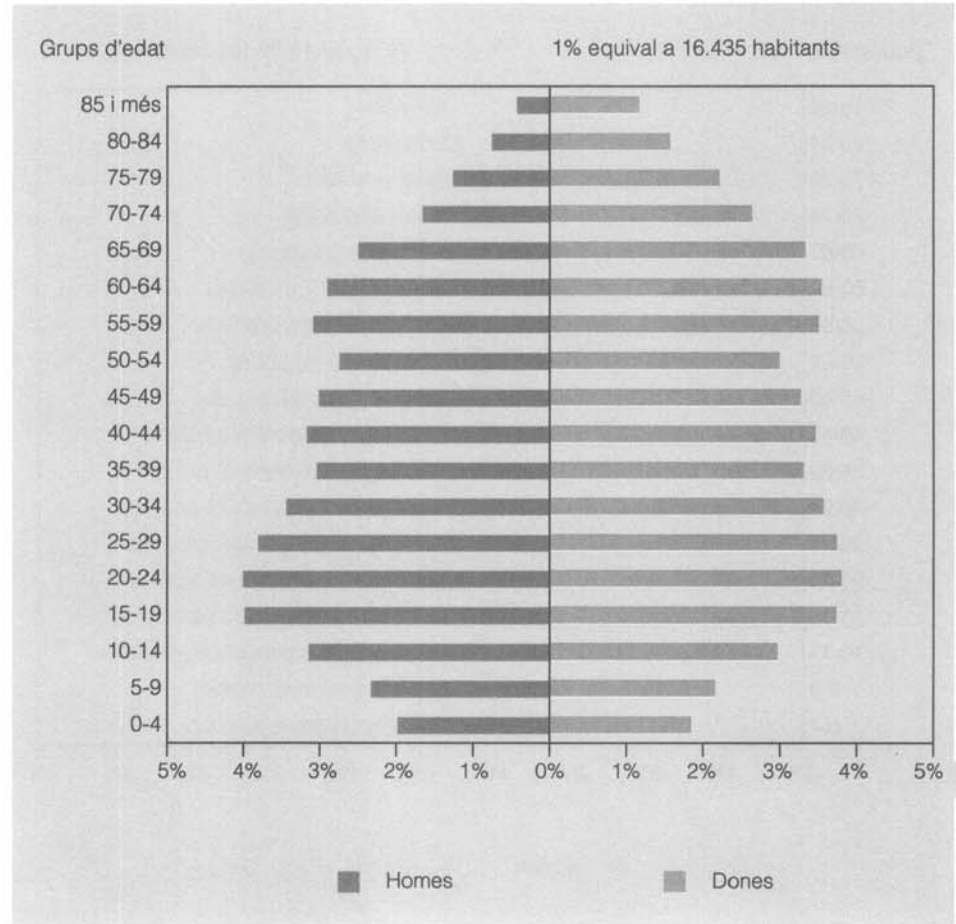
Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Centre

Figura 3.7



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Figura 3.8 Piràmide de la població de 1991 de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

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

Taula 8

Regions sanitàries	Joves		Adults		Vells	
	Absoluts	(%)	Absoluts	(%)	Absoluts	(%)
Lleida	59.378	16,8	229.527	64,9	64.550	18,3
Tarragona	81.643	19,3	279.349	66,0	62.060	14,7
Tortosa	21.040	17,7	76.396	64,2	21.516	18,1
Girona	93.736	18,4	337.063	66,1	78.829	15,5
Costa de Ponent	212.169	19,1	775.379	69,7	124.450	11,2
Barc. N. i Maresme	135.332	19,9	468.358	68,9	75.827	11,2
Centre	236.833	19,4	829.885	68,1	152.632	12,5
Barcelona Ciutat	236.147	14,4	1.119.948	68,1	287.447	17,5
CATALUNYA	1.076.278	17,8	4.115.905	67,9	867.311	14,3

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

**Indicadors d'estructura de la població per edats
per regions sanitàries
Catalunya, 1991**

Taula 9

Regions sanitàries	Edat mediana	Edat mitjana	Índex d'ancianitat
Lleida	37,69	40,01	108,4
Tarragona	34,56	37,33	75,7
Tortosa	38,13	39,91	101,8
Girona	35,32	38,06	83,7
Costa de Ponent	33,51	35,92	58,5
Barc. N. i Maresme	32,82	35,45	55,8
Centre	33,71	36,34	64,2
Barcelona Ciutat	39,33	40,71	121,1
CATALUNYA	35,44	37,85	80,2

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Una aproximació a l'estructura de la població tenint en compte el marc territorial de les regions sanitàries (taules 8 i 9), permet fer les agrupacions següents: en primer lloc, la que comprèn les regions sanitàries amb estructures poblacionals més joves (Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Centre); en segon lloc, el grup de regions amb estructures poblacionals intermèdies (Tarragona i Girona); i, finalment, aquelles regions que mostren estructures més velles amb percentatges inferiors a la mitjana catalana per al grup de

Les regions sanitàries tenen estructures poblacionals diferents

L'àmbit comarcal encara mostra una major diversitat d'estructures poblacionals

gent jove, però inferiors pel que fa als vells (Lleida i Tortosa). Un cas particular és el de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, que es caracteritza per un percentatge molt baix de joves i percentatges alts d'adults i vells.

No obstant això, en l'àmbit de les regions sanitàries es dona una gran diversitat de situacions ja que, en regions que es consideren envellides, certes zones tenen estructures més rejuvenides.

Una aproximació més acurada es pot fer a partir de l'àmbit comarcal:

- Les comarques molt envellides, amb més del 19% de població anciana, corresponen a les zones més afectades pel despoblament rural, com ara les comarques del Pirineu (excepte la Val d'Aran i la Cerdanya), les terres d'agricultura de secà de Lleida i Tarragona, així com les comarques d'agricultura de regadiu de la Plana de Lleida i certes comarques d'antiga tradició industrial. Aquestes comarques es caracteritzen pel fet de tenir una proporció de vells superior a la de joves, unes edats mitjanes de la població superiors als 39 anys (excepte el Pla d'Urgell) i uns índexs d'ancianitat (relació entre vells i joves) clarament superiors a 100.
- Les comarques madures, amb un percentatge d'ancians entre el 16 i el 19%, comprenen tant comarques agrícoles menys afectades pel despoblament (Baix Ebre, Montsià i Solsonès), com comarques d'economia més diversificada (Bages, Alt Empordà, Pla d'Estany i Alt Camp) o comarques de muntanya menys envellides com la Cerdanya. Són àrees amb unes edats mitjanes que oscil·len entre els 35,5 i els 38,5 anys i amb uns índexs d'ancianitat al voltant de 100.
- Les comarques intermèdies, entre el 14,3 i el 16% de vells, són aquelles que van experimentar un fort creixement demogràfic en el període 1960-1975 (Baix Empordà, Alt Penedès, Anoia, Osona i Segrià), així com el Barcelonès, on es troba una forta dualitat entre la capital envellida i la resta de municipis d'estructura jove. Un cas a part és la Val d'Aran, amb una piràmide molt irregular però amb indicadors d'estructura intermèdia. Les edats mitjanes van des de 34,5 a 36 anys i els índexs d'ancianitat es situen al voltant de 80 vells per cada 100 joves; els indicadors del Barcelonès són clarament superiors, amb 37,6 anys de mitjana i un índex de quasi 100.
- Les comarques joves, amb percentatges de vells inferiors als de Catalunya, són aquelles que van tenir les taxes d'immigració i de natalitat més elevades, i es troben situades en la proximitat de Barcelona, a l'àrea de creixement tarragonina i a l'àrea Gironès-Selva. Es caracteritzen per unes edats mitjanes per sota dels 34,5 anys i uns índexs d'ancianitat que oscil·len entre un mínim de 48 al Baix Llobregat i un màxim de 72 vells per 100 joves al Gironès.

**Evolució de l'envelliment de la població
(percentatges per grups d'edat) per regions sanitàries
Catalunya, 1981-1991**

Taula 10

Regions sanitàries	1981			1991		
	65 i més	75 i més	85 i més	65 i més	75 i més	85 i més
Lleida	14,4	5,3	0,8	18,3	7,6	1,5
Tarragona	11,6	4,5	0,7	14,7	6,0	1,2
Tortosa	15,0	5,9	1,0	18,1	7,7	1,6
Girona	12,8	4,6	0,7	15,5	6,4	1,3
Costa de Ponent	8,0	2,8	0,4	11,2	4,4	0,9
Barc. N. i Maresme	8,1	2,9	0,5	11,2	4,5	0,9
Centre	9,5	3,5	0,5	12,5	5,0	1,0
Barcelona Ciutat	13,4	5,1	0,9	17,5	7,4	1,6
CATALUNYA	11,0	4,1	0,7	14,3	5,9	1,2

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1981 i Cens de població de 1991.

Finalment, cal remarcar com el procés d'envelliment també es dona en el mateix grup de gent gran (taula 10). La raó cal cercar-la en el fet que els guanyats en l'esperança de vida, en una situació de baixa mortalitat, es concentren en les edats més avançades. A Catalunya, a la darrera dècada, el nombre de persones de més de 85 anys ha passat de les 40.000 de l'any 1981 a les 74.000 del 1991; i el seu pes relatiu s'ha duplicat en passar de representar el 0,7% de la població a ser l'1,2%. En algunes comarques, com el Pallars Jussà, el Pallars Sobirà, el Priorat i la Terra Alta, la gent de més de 75 anys representa més del 10% del total de la població el 1991.

Hom pot concloure que, si bé la caiguda de la natalitat i les millores en l'esperança de vida han accelerat el procés d'envelliment, l'estructura de la població catalana manté, d'una banda, uns alts nivells de població en els grups d'adults-joves, entre els 15 i els 35 anys, clarament superiors als dels països del nostre àmbit i, de l'altra, uns volums i percentatges de gent gran per sota del que és comú en l'àmbit de la Comunitat Europea.

Es produeix un increment de la cúspide de la piràmide degut a l'augment de l'esperança de vida

L'estructura de la població catalana encara és menys envellida que la de l'àmbit de la Comunitat Europea

1.5 Les característiques de la població

L'anàlisi de les característiques de la població en un moment donat proporciona una «instantània» de la realitat social. Per a realitzar aquest estudi s'han utilitzat les dades disponibles més recents, referides a l'any 1986, sobre les variables següents: naturalesa de la població, ocupació i nivell d'instrucció.

La naturalesa de la població

En relació amb la naturalesa de la població es constata que el percentatge de població nascuda a Catalunya era del 65,9% i que totes les regions sanitàries,

Dues tercers parts de la població és nascuda a Catalunya

Les àrees més industrialitzades són les que tenen una menor proporció de població nascuda a Catalunya

fins i tot les de més forta tradició immigratòria, tenen uns percentatges de població nascuda a Catalunya situats al voltant del 60% (taula 11).

Tot i així, s'observa una gran pluralitat de situacions entre les diferents regions. Les àrees de Catalunya més industrialitzades són les que van rebre els anys 1960-1975 la major part dels immigrants i les que tenen un percentatge de població catalana inferior al 70% (regions sanitàries Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme, Centre, Barcelona Ciutat i Tarragona). Però una anàlisi més acurada, en àmbits territorials diferents als de les regions sanitàries, proporciona un ventall de situacions que oscil·len entre els mínims de la Regió Metropolitana de Barcelona i del Tarragonès (al voltant del 60% de població nascuda a Catalunya) i els màxims de la Terra Alta, el Pallars Sobirà i les Garrigues amb uns percentatges superiors al 90%.

Taula 11

**Naturalesa de la població segons lloc de naixement (percentatges)
per regions sanitàries
Catalunya, 1986**

Regions sanitàries	Catalunya	Andalusia	Aragó	Castella*	Altres	Estranger	No consta
Lleida	81,1	7,4	4,3	2,9	3,5	0,8	0,2
Tarragona	69,0	13,7	3,0	5,3	7,5	1,5	0,1
Tortosa	85,9	4,0	2,1	1,6	5,2	1,1	0,1
Girona	75,9	12,9	0,8	3,2	5,0	2,1	0,1
Costa de Ponent	57,5	20,5	2,2	7,1	11,2	1,3	0,1
Bar. N. i Maresme	59,8	20,4	1,6	5,9	10,8	1,5	0,0
Centre	65,5	19,6	1,8	4,7	7,3	1,1	0,1
Barcelona Ciutat	65,8	9,4	4,1	7,7	10,5	2,5	0,0
CATALUNYA	65,9	15,0	2,7	5,9	8,9	1,7	0,1

* Castella inclou Castella-la Manxa, Castella-Lleó i Madrid.

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1986.

Dels nascuts a la resta de l'Estat prop de la meitat ho van fer a Andalusia

Dels nascuts a la resta de l'Estat gairebé la meitat ho van fer a Andalusia, i representen quasi el 15% del total de la població catalana. Cal destacar que a les regions sanitàries que envolten Barcelona Ciutat aquest percentatge oscil·la al voltant del 20% i que, contràriament, a la Regió Sanitària Tortosa és només del 4%. El següent grup més nombrós, el constitueixen els nascuts a Castella, que representen el 5,9% de la població catalana, mentre que els grups dels nascuts a la resta de comunitats de l'Estat no arriben a representar, individualment, el 3% de la població de Catalunya; cal remarcar, però, la importància dels aragonesos a la Regió Sanitària Lleida i la dels valencians a la Regió Sanitària Tortosa per raons de proximitat geogràfica.

Finalment, cal esmentar que les dades sobre el percentatge d'estrangers no reflecteixen la realitat, ja que no hi consta el volum d'immigrants il·legals cada vegada més important.

L'ocupació

La taxa d'activitat del conjunt de Catalunya era, el 1986, del 50,41% (taula 12). Cal, però, remarcar la gran diferència entre ambdós sexes ja que, mentre per als homes era del 70,15%, per a les dones era tan sols del 31,11%.

Així, encara que en els darrers anys s'ha produït una major incorporació de la dona al món laboral, continua havent-hi una gran diferència en relació amb la situació que es dona a altres països europeus. Per regions sanitàries, la taxa d'activitat varia entre el 45,32% de Tortosa i el 52,33% de Barcelonès Nord i Maresme: en general, les taxes més elevades se situen en les regions de tradició industrial i turística, però no es pot oblidar que en les àrees més agrícoles, tot i existir, el treball femení sovint no és declarat.

L'anàlisi de les taxes per edat i sexe mostra, en la seva evolució dels darrers quinze anys, tres fets a destacar. El primer, que el procés d'incorporació al mercat del treball és cada cop més tardà, sobretot a causa de l'allargament del període d'escolarització. El segon, que les taxes d'activitat per edat dels homes són, el 1986, inferiors a les del 1981 i 1970, especialment en les edats extremes, a conseqüència de la major escolarització esmentada i de les jubilacions anticipades, tant voluntàries com vinculades a la crisi i a la reconversió econòmica. Finalment, s'observa en les dones una major permanència en el mercat de treball, ja que el 1975 i el 1981 deixaven de treballar majoritàriament a partir dels 25 anys mentre que en l'actualitat el descens és cada vegada menys ràpid.

La taxa d'activitat continua essent diferent segons el sexe

La taxa d'activitat reflecteix el retard en l'incorporació al mercat de treball i l'augment de les jubilacions anticipades

**Taxa d'activitat i d'atur per regions sanitàries
Catalunya, 1986**

Taula 12

Regions sanitàries	Taxa d'activitat*	Taxa d'atur**
Lleida	46,15	10,75
Tarragona	48,82	16,99
Tortosa	45,32	12,89
Girona	51,28	10,04
Costa de Ponent	51,25	25,47
Barc. N. i Maresme	52,33	26,17
Centre	49,61	22,28
Barcelona Ciutat	49,51	21,45
CATALUNYA	50,41	20,45

* Taxa d'activitat: relació entre la població activa i la població de 16 anys i més (per cent).

** Taxa d'atur: relació entre la població desocupada i la població activa (per cent).

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1986.

La desocupació ha tingut un fort creixement entre els anys 1975 i 1986, ja que la taxa de desocupació va passar del 2,6% al 20,5%. Les últimes dades disponibles per regions sanitàries fan referència al 1986 (taula 12) i mostren que la desocupació més elevada es dona en les quatre regions sanitàries de la província de Barcelona amb taxes superiors a la mitjana catalana. En canvi,

Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent, Centre i Barcelona Ciutat són les regions sanitàries més afectades per la desocupació

les més baixes se situen en la resta de regions i en cap cas arriben al 17% i, fins i tot, Girona i Lleida se situen al voltant del 10%.

No obstant això, les dades més recents disponibles per al conjunt de Catalunya mostren una caiguda de la taxa de desocupació, que al final de 1991 s'ha situat en el 10,7%. Una aproximació amb dades actuals a nivell comarcal permet fer tres agrupacions:

- Comarques amb una desocupació inferior al 5%: la Val d'Aran, l'Alta Ribagorça, la Cerdanya, l'Alt Urgell, la Noguera i els dos Pallars.
- Comarques que tenen una taxa de desocupació entre el 5 i el 10%: totes les de la província de Girona, Osona, l'Alt Penedès, el Solsonès, la Segarra, l'Urgell, el Pla d'Urgell, les Garrigues, el Segrià, el Priorat, la Ribera d'Ebre i Terra Alta.
- La resta de comarques presenten una taxa d'atur entre el 10 i el 16%, encara que només dues, el Garraf i el Vallès Occidental, superen el 15%.

Els serveis i la indústria apleguen el 80% dels ocupats

Les dades de 1986, pel conjunt de Catalunya, mostren que la principal branca d'activitat és la de serveis, amb més del 45% dels ocupats, seguida de la indústria, amb més del 35% (taula 13). Destaca el 8,5% d'ocupats que no declaren o declaren malament l'activitat que realitzen, i que acostumen a ser treballs relacionats amb els serveis menys qualificats. Per la seva banda la construcció i l'agricultura no deixen de ser activitats que responen a un manteniment de l'estructura econòmica del país, però que en cap cas constitueixen el principal motor de l'economia.

Taula 13

Percentatge de població ocupada per grans branques d'activitat per regions sanitàries Catalunya, 1986

Regions sanitàries	Agricultura	Construcció	Indústria	Serveis	No consta
Lleida	24,7	6,8	21,4	39,3	7,8
Tarragona	11,6	7,7	30,1	45,5	5,1
Tortosa	27,2	7,8	21,2	34,0	9,9
Girona	8,0	9,4	31,7	45,4	5,5
Costa de Ponent	2,2	6,0	45,8	42,1	3,9
Barc. N. i Maresme	3,1	5,8	44,4	43,5	3,3
Centre	2,8	5,6	48,7	38,2	4,7
Barcelona Ciutat	0,2	2,0	25,0	55,6	17,3
CATALUNYA	4,9	5,3	35,7	45,6	8,5

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1986.

La població ocupada per branques d'activitat presenta una distribució desigual entre les regions sanitàries

És interessant, però, observar les diferències entre les diverses regions sanitàries pel que fa a la distribució de la població ocupada per grans branques d'activitat:

- Hi ha cinc regions sanitàries (Lleida, Tarragona, Tortosa, Girona i Barcelona Ciutat) on el sector majoritari és el de serveis que estan relacionats principal-

ment amb el turisme, o bé, com és el cas de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat, amb les empreses o l'administració.

- En tres regions sanitàries (Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Centre) hi ha un clar predomini del sector industrial que dona feina a gairebé el 50% de la seva població ocupada.
- El sector agrari només destaca a les regions sanitàries Lleida i Tortosa, on un de cada quatre ocupats treballa en aquest sector.
- Respecte al sector de la construcció s'observa una homogeneïtat en totes les regions a excepció de Barcelona Ciutat on no arriba al 2% de la població ocupada i de Girona on és proper al 10%.
- Cal remarcar que a la Regió Sanitària Barcelona Ciutat hi ha un 17,3% de població ocupada de la qual es desconeix la branca d'activitat. Probablement, bona part d'aquest grup correspon a treballadors que realitzen les feines menys qualificades del sector de serveis.

El nivell d'instrucció

Respecte al nivell d'instrucció cal remarcar que gairebé el 55% de la població catalana de més de 15 anys té estudis primaris incomplets, que més del 5% té dificultats per llegir i escriure, que el percentatge de gent amb estudis secundaris és del 15%, i que els qui tenen estudis superiors superen lleugerament el 7% (taula 14).

Aquestes dades, però, amaguen una pluralitat de situacions en funció de la generació. Així, la situació és clarament millor en les edats més joves, entre els 15 i 24 anys, on el 20% no ha acabat la primària, no arriba ni a l'1% els qui tenen dificultat per llegir i escriure, i el 40% tenen estudis secundaris. Contràriament, entre la població de més de 65 anys els qui tenen dificultat per llegir i escriure representen més del 15%, mentre que el 72% tenen estudis primaris incomplets.

Entre la població major de 15 anys encara hi ha un 5% que té dificultats per llegir i escriure

El nivell d'instrucció tendeix a ser més alt en les generacions més recents

**Població segons el nivell d'instrucció i l'edat (percentatges)
Catalunya, 1986**

Taula 14

Grups d'edat	1	2	3	4	5	No consta
15-24	0,7	20,8	35,5	39,4	3,3	0,3
25-44	1,8	51,5	18,9	15,2	12,5	0,2
45-64	8,0	73,0	8,0	5,5	5,5	0,1
65 i més	16,4	72,4	4,1	3,3	3,6	0,1
No consta	19,1	51,3	7,9	6,5	3,1	12,1
TOTAL	5,7	54,8	16,8	15,4	7,2	0,2

1: dificultat per llegir i escriure. 2: primària incompleta i EGB primera etapa. 3: EGB segona etapa. 4: FP, BUP i COU. 5: estudis superiors.

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrons municipals d'habitants de 1986.

Taula 15

**Població de 15 anys i més segons el nivell d'instrucció (percentatges)
per regions sanitàries
Catalunya, 1986**

Regions sanitàries	1	2	3	4	5	No consta
Lleida	4,6	59,3	16,2	13,0	6,3	0,6
Tarragona	5,1	59,9	15,4	13,4	6,1	0,2
Tortosa	7,6	65,3	14,6	8,3	4,0	0,2
Girona	5,4	60,4	16,5	11,9	5,7	0,1
Costa de Ponent	7,0	58,1	17,4	13,6	3,8	0,1
Barc. N. i Maresme	8,1	57,6	18,0	12,3	4,0	0,1
Centre	6,3	57,7	17,1	13,8	4,9	0,2
Barcelona Ciutat	3,9	45,7	16,3	21,1	12,8	0,1
CATALUNYA	5,7	54,8	16,8	15,4	7,2	0,2

1: dificultat per llegir i escriure. 2: primària incompleta i EGB primera etapa. 3: EGB segona etapa. 4: FP, BUP i COU. 5: estudis superiors.

FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Padrans municipals d'habitants de 1986.

La distribució de la població segons el nivell d'instrucció és bastant homogènia entre les regions sanitàries

Cal destacar l'existència d'una gran homogeneïtat territorial pel que fa a la distribució de la població de 15 anys i més segons el nivell d'instrucció (taula 15). No obstant, hi ha dues regions sanitàries extremes: d'una banda, Tortosa, que té els nivells educatius més baixos, i de l'altra, Barcelona Ciutat, que es caracteritza per l'elevada proporció de gent amb estudis universitaris (12,8%) i secundaris (21,1%), i per la molt baixa proporció de gent amb dificultats per llegir i escriure. Les altres sis regions sanitàries formen un grup més o menys homogeni, encara que destaca el fet de que les tres regions de més tradició immigratòria (Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Centre) es troben en una situació lleugerament pitjor, ja que mostren uns percentatges d'universitaris inferiors i uns percentatges de població amb dificultat per llegir i escriure lleugerament superiors.

1.6 Les perspectives de la població catalana

El nombre d'habitants no experimentarà grans canvis si bé l'estructura de la població es modificarà de forma important

Els canvis demogràfics que es produiran en la societat catalana seran més importants en relació amb la seva composició per edats que en el seu creixement. En aquest sentit, l'existència d'un creixement feble de la població no s'ha d'interpretar com una manca de dinamisme, ja que la pròpia inèrcia, inherent a les estructures poblacionals, provocarà importants transformacions en la piràmide d'edats. I seran justament aquests canvis d'estructura els que causaran les modificacions més importants en les demandes de prestacions associades a l'edat.

Es preveu un creixement moderat de la població

En conjunt, la població catalana passarà dels 6.059.494 habitants del 1991 als 6.278.132 al 2006³ i la taxa de creixement acumulatiu anual serà al voltant del

³ La projecció per al conjunt de Catalunya s'ha fet per a l'horitzó del 2006 mentre que per a les regions sanitàries és fins al 1996. Les hipòtesis que s'han utilitzat han estat: en relació amb la mortalitat, manteniment del procés de guanys en l'esperança de vida i de les diferències de mortalitat entre homes i dones; en relació

0,24% (taula 16). El creixement serà positiu i força similar (taxes entre el 0,20 i el 0,36%) en tots els períodes quinquennals. Aquestes taxes representen un manteniment de la tendència cap a la desacceleració del creixement que comença l'any 1975, en passar de taxes superiors al 2% a altres inferiors al 0,5%. Això no obstant, hi ha una lleugera recuperació respecte al període 1981-1986 que, amb una taxa de creixement del 0,07%, fou marcat per un saldo migratori negatiu i una baixa fecunditat.

Projecció de la població de Catalunya

Taula 16

Any	Població	TCAA*	Índex
1975	5.657.208		100,0
1981	5.957.339	1,04	105,3
1986	5.978.660	0,07	105,7
1991	6.059.494	0,27	107,1
1996	6.102.621	0,20	107,9
2001	6.167.350	0,15	109,0
2006	6.278.132	0,36	111,0

* TCAA: taxes de creixement anual acumulatiu en percentatges.

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.

Les raons d'aquest previsible creixement moderat de la població cal atribuir-les al comportament de la fecunditat i de les migracions:

- Hi haurà un baix nombre de naixements, malgrat que s'ha previst un lleuger augment dels nascuts a conseqüència tant d'un efecte positiu de l'estructura per edats de la població femenina, com d'un increment de les taxes de fecunditat. En aquest sentit, es pot preveure un augment de la fecunditat en les edats més avançades com a recuperació dels naixements endarrerits durant el període de més baixa fecunditat. Aquesta recuperació, però, serà respecte als nivells de la dècada dels anys vuitanta (el 1986 fou d'1,4 fills per dona) ja que, ni de bon tros, es pot pensar que s'assolirà la fecunditat del principi dels setanta que es va caracteritzar per un Índex Sintètic de Fecunditat de 2,6 fills per dona i al voltant dels 100.000 naixements anuals.
- La consideració d'un saldo migratori gairebé nul per al conjunt de Catalunya. Això no obstant, és l'evolució d'aquest component, caracteritzat per la seva variabilitat i adaptació a la conjuntura, la principal incògnita sobre el futur de la població i és, justament, el que més pot incidir sobre el seu volum i la seva estructura. D'una banda, hi ha una sèrie de factors que fan pensar en nous processos d'immigració com són l'existència de diferencials econòmics

La fecunditat i les migracions són els factors que poden explicar el creixement moderat de la població catalana

amb la fecunditat, recuperació de l'índex sintètic de fecunditat fins a 1,67 en el període 2001-2006; i respecte de les migracions, manteniment de la tendència migratòria dels darrers anys durant el període 1991-1996 i migracions nul·les a partir de 1996.

Segons la projecció de la població en què es fonamenta el Pla Territorial General de Catalunya, aprovat recentment, es preveu arribar l'any 2026 a 7.500.000 habitants. Aquesta projecció parteix, també, de les hipòtesis de recuperació de la fecunditat i del manteniment de la immigració. Malgrat la diferència en l'horitzó de la projecció del Pla Territorial General de Catalunya i la del Pla de Salut de Catalunya, ambdues coincideixen en la previsió de creixement moderat i relativament superior a partir de començaments del proper segle.

favorables, la lliure circulació de treballadors en el marc del mercat únic europeu, la necessitat de proveir llocs de treball no especialitzats, la pressió demogràfica de les poblacions del Tercer Món. De l'altra, factors contraris com la possible concreció de fluxos d'emigració de retorn (que poden ser especialment importants si es considera la forta immigració de la dècada dels anys seixanta i principi dels setanta), el gran volum de demandants de treball dintre de la mateixa societat catalana o les barreres legislatives a la immigració dels països menys desenvolupats.

El dèbil creixement del conjunt català amagarà una gran diversitat territorial de situacions que recolliran i accentuaran els processos de concentració i de despoblament que ja s'estan manifestant.

Només la Regió Sanitària
Barcelona Ciutat perdrà
població

Per al període 1991-1996 es preveu un ventall de situacions que oscil·larà entre una taxa de creixement anual del -1,14% de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i el 0,91% de la Regió Sanitària Centre (taula 17). Del conjunt de regions sanitàries, solament Barcelona Ciutat perdrà població, mantenint el procés dels darrers anys, ja que les minves de Tortosa i Lleidà seran insignificants i, fins i tot, es poden convertir en augments de població si es produeixen modificacions en el comportament migratori.

Taula 17

Projecció de la població de les regions sanitàries

Regions sanitàries	1991	1996	TCAA*	Variació
Lleida	353.455	353.171	-0,02	99,9
Tarragona	423.052	430.702	0,33	101,7
Tortosa	118.952	118.039	-0,15	99,2
Girona	509.628	529.798	0,78	104,0
Costa de Ponent	1.111.998	1.143.050	0,55	102,8
Barc. N. i Maresme	679.517	699.639	0,59	103,0
Centre	1.219.350	1.276.095	0,91	104,7
Barcelona Ciutat	1.643.542	1.552.127	-1,14	94,4
CATALUNYA	6.059.494	6.102.621	0,20	100,7

* TCAA: taxes de creixement anual acumulatiu en percentatges.

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.
Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Si s'analitzen els canvis que es produiran en la població tenint en compte nivells territorials inferiors als de les regions sanitàries, com són les comarques i els municipis, s'observa el següent:

Continuarà el procés de
concentració de la població

- Es mantindrà el procés de concentració de la població. Els majors increments relatius es donaran a les comarques del litoral (amb l'excepció de la ciutat de Barcelona) i pre-litoral, i a les del Segrià i la Val d'Aran; mentre que els majors augments absoluts es produiran a les comarques del voltant del Barcelonès, i en menor importància a les comarques del Gironès, el Tarragonès, el Segrià, les del litoral gironí, el Garraf i el Baix Camp.

- Continuarà el despoblament de les comarques del sud-oest de Catalunya. Cal destacar la diversitat de situacions de la franja pirinenca on coexisteixen àrees regressives amb d'altres on s'observa una certa tendència a la recuperació. Aquest procés de despoblament es veurà agreujat per l'envelliment, ja que l'emigració afectarà principalment els joves i la gent en edat activa.
- Especial rellevància tindrà la pèrdua de població de la ciutat de Barcelona, així com de la primera corona metropolitana que, si bé en termes relatius no serà de les més importants, en termes absoluts representarà gairebé 90.000 habitants. Aquesta pèrdua, però, es veurà compensada per creixements a les ciutats de la segona i tercera corona de la Regió Metropolitana de Barcelona (procés de suburbanització).
- Un dels fets més remarcables és l'aparició d'un nou model de poblament que es caracteritza pel dinamisme dels municipis de grandària mitjana i petita, localitzats a l'entorn de les àrees i ciutats fins aleshores més dinàmiques. Aquest fenomen es constata en els majors increments relatius que es donen en el conjunt de municipis de menys de 50.000 habitants del Vallès Oriental, del Vallès Occidental, del Baix Llobregat, del Garraf i del Maresme.

Cal tenir en compte que una projecció basada en les poblacions de dret no contempla certs problemes en relació amb la demanda i la prestació de serveis: d'una banda, l'augment de les segones residències i de les poblacions flotants vinculades al fet turístic, principalment (un cas extrem seria el de Salou que en els mesos d'estiu multiplica per més de deu la seva població de dret); d'altra banda, el fet de la mobilitat obligada per raons de treball i estudi, que suposa que al municipi de Barcelona hi hagi diàriament més de 150.000 persones que no hi estan censades.

L'evolució de la població s'acompanyarà d'importants canvis en l'estructura per edats que reflectiran l'evolució que la mortalitat, la fecunditat i les migracions han tingut en els 80 anys anteriors. Tanmateix, la diversitat d'estructures regionals serà, sobretot, la plasmació de la diferent història migratòria de cadascuna d'elles i de la seva diversa fecunditat.

Una primera aproximació confirma el manteniment del procés d'envelliment de la població catalana com a resultat de la conjunció de dos fenòmens: d'una banda, la forta reducció de la natalitat («envelliment per la base») que augmenta el pes relatiu de la gent anciana i, de l'altra, l'allargament en l'esperança de vida («envelliment per la cúspide») que incrementa el volum absolut de gent gran. Com a exemple: el percentatge de gent de més de 65 anys era del 8,6% el 1950, del 9,9% el 1970, del 14,3% el 1991 i s'estima del 15,8% el 1996 i del 18% el 2006.

De la comparació entre l'any 1991 i el 1996 (taula 18) cal remarcar el descens de 159.000 efectius que tindrà el grup dels joves, mentre que la població de més de 65 anys veurà incrementar els seus efectius en 97.000, en termes relatius, hi haurà una reducció del 15% per al primer grup i un augment de l'11% per al segon.

Continuarà el procés
d'envelliment de la població
catalana

Taula 18

Estructura de la població catalana el 1991 i el 1996

Grups d'edat	1991	1996	Variació absoluta	Variació relativa (%)
0-4	280.083	291.546	11.463	4,1
5-9	337.829	283.635	-54.194	-16,0
10-14	458.366	341.992	-116.374	-25,4
15-19	512.091	463.755	-48.336	-9,4
20-24	487.215	514.132	26.917	5,5
25-29	469.141	488.435	19.294	4,1
30-34	446.777	470.291	23.514	5,3
35-39	412.802	447.708	34.906	8,5
40-44	407.726	412.755	5.029	1,2
45-49	367.460	405.475	38.015	10,4
50-54	320.004	362.524	42.520	13,3
55-59	357.360	312.614	-44.746	-12,5
60-64	335.329	343.436	8.107	2,4
65-69	296.938	314.176	17.238	5,8
70-74	215.013	266.088	51.075	23,8
75-79	168.887	177.762	8.875	5,3
80-84	112.547	120.558	8.011	7,1
85 i més	73.926	85.739	11.813	16,0
<hr/>				
0-14	1.076.278	917.173	-159.105	-14,8
15-64	4.115.905	4.221.125	105.220	2,6
65 i més	867.311	964.323	97.012	11,2
TOTAL	6.059.494	6.102.621	43.127	0,7

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.
Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Disminució dels efectius en els grups de joves

Recuperació de la natalitat

Una anàlisi més detallada a partir dels grups d'edat quinquennals evidencia que les edats que veuran minvar els seus efectius aniran des del grup 5-9 al 15-19, amb pèrdues relatives que poden arribar fins al 25% i amb un volum global de reducció superior als 200.000 efectius. Per contra, en el grup de 0-4 anys s'observarà un petit increment lligat a una previsible recuperació de la natalitat.

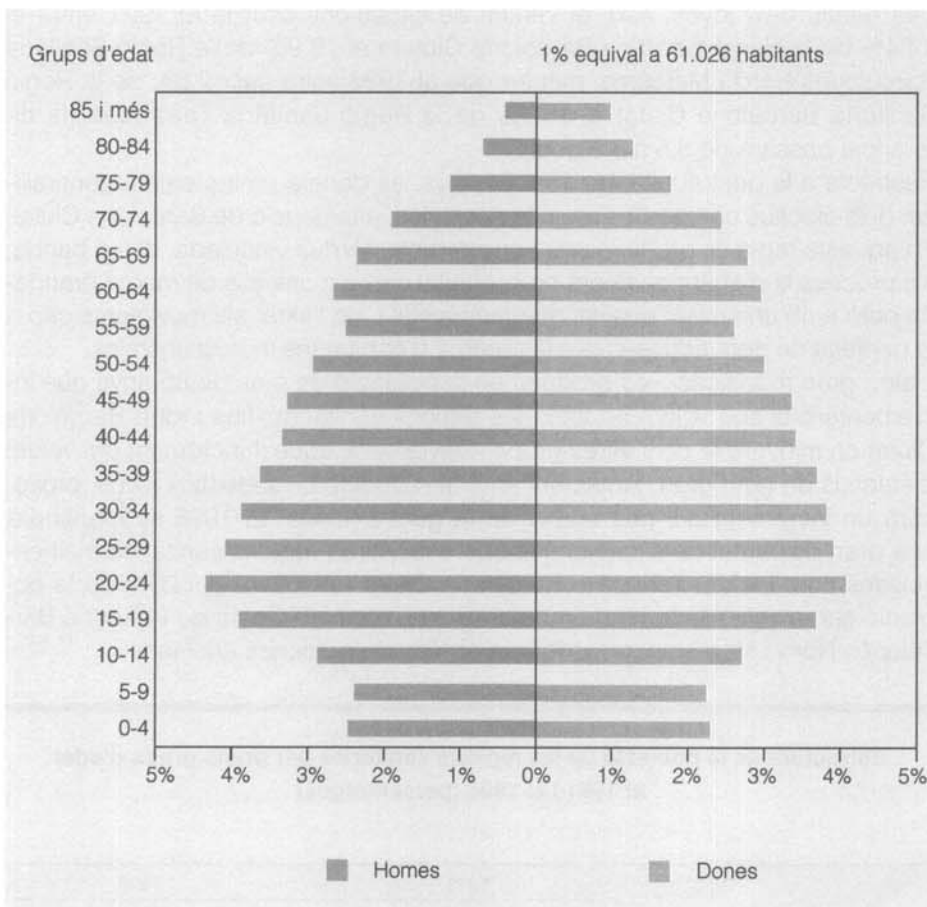
L'explicació d'aquestes importants modificacions cal cercar-la en l'evolució de la fecunditat: si es pren com a exemple el grup de 10 a 14 anys s'observa que els efectius del 1996 corresponen als nascuts entre 1981-1985, moment de molt baixa fecunditat; mentre que el mateix grup d'edat, el 1991, correspon als nascuts entre 1976-1980, on es donaven unes taxes de fecunditat menys baixes. És a dir, aquest grup el 1991 correspon a una sèrie de generacions de partida més plenes que les del mateix grup del 1996. Un procés semblant, però de signe contrari, és el que explicaria el previsible increment de la població de 0 a 4 anys entre ambdós moments.

A la resta de grups d'edat, excepte en el de 55-59 anys, es constata un creixement dels efectius especialment en els grups d'edat més avançada. Els increments relatius més elevats es relacionen amb la història del conjunt de generacions que comprenen. La reducció d'efectius en el grup de 55-59 anys el 1996 s'explica perquè aquest grup correspondrà al de les generacions nascudes durant la guerra civil.

Creixement dels efectius en els grups d'adults i de gent gran

Piràmide de la població projectada de Catalunya el 1996

Figura 4



FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.

La piràmide de la població catalana el 1996 (figura 4) mostra els canvis en l'estructura per edats causats pel fenomen d'inèrcia de les estructures poblacionals. L'element més destacable serà la forma de la base de la piràmide que reflectirà tant la caiguda de la fecunditat del final dels anys setanta i dels vuitanta com l'inici de la recuperació dels naixements en els noranta. Aquest «buit generacional» anirà desplaçant-se en el decurs del temps pels diferents graus de la piràmide, a menys que un procés de migracions selectives per edat permeti omplir-lo. A les edats centrals, entre els 20 i els 35 anys, es produirà un eixamplament de la piràmide a conseqüència de l'arribada de generacions nascudes durant els anys seixanta i principi dels setanta, moments

Es preveu una tendència cap a l'homogeneïtzació de l'estructura poblacional de les regions sanitàries

d'alta fecunditat. Finalment, la cúspide de la piràmide reflectirà el progressiu increment dels efectius en edats avançades, amb una clara desproporció d'efectius a favor de les dones.

Respecte de les regions sanitàries s'observa, el 1996, una gran pluralitat d'estructures poblacionals que mantenen la situació constatada el 1991 (taula 19) i que es deriva, especialment, de la diferent història migratòria de cadascuna d'elles. L'element més remarcable és que totes tenen pèrdues d'efectius d'edats joves entre 1991 i 1996; el volum d'aquestes pèrdues es relaciona amb la població de partida, essent superiors als 30.000 efectius en les regions sanitàries Barcelona Ciutat, Costa de Ponent i Centre. Es produirà una tendència cap a la homogeneïtzació entre les diferents regions degut a la disminució del pes relatiu dels joves. Així, el ventall de situacions oscil·la el 1991 entre el 14,4% de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat i el 19,9% de la Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme, mentre que el 1996 anirà del 12,8% de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat al 16,4% de la Regió Sanitària Tarragona (la diferència passarà de 5,5 a 3,6 punts).

Respecte a la gent adulta, de 15 a 64 anys, es donarà un increment generalitzat dels efectius en totes les regions sanitàries, a excepció de Barcelona Ciutat. En aquesta regió es produirà una considerable pèrdua vinculada, d'una banda, als processos d'abandonament de la capital cap a municipis de menor grandària però amb una millor qualitat mediambiental i, de l'altra, als moviments cap a la perifèria de gent adulta-jove a la recerca d'habitatges més econòmics.

L'altra gran modificació es produirà en la població de més de 65 anys que incrementarà el seu volum en totes les regions sanitàries; fins i tot a Barcelona Ciutat on minvarà el dels altres grups. Òbviament, aquest increment del volum d'efectius de gent gran, juntament amb la reducció dels efectius joves, provocarà un increment del pes relatiu de la gent anciana. El 1996 es mantindrà una gran disparitat de situacions ja que coexistiran regions sanitàries molt envellides com Lleida, Tortosa o Barcelona Ciutat (al voltant del 20% de la població seran vells) juntament amb altres que, com ara Costa de Ponent o Barcelonès Nord i Maresme, no arribaran al 13% de persones ancianes.

Taula 19 Estructura de la població de les regions sanitàries per grans grups d'edat el 1991 i el 1996 (percentatges)

Regions sanitàries	1991			1996		
	Joves	Adults	Vells	Joves	Adults	Vells
Lleida	16,8	64,9	18,3	14,5	65,7	19,8
Tarragona	19,3	66,0	14,7	16,4	67,7	15,9
Tortosa	17,7	64,2	18,1	15,1	65,3	19,6
Girona	18,4	66,1	15,5	15,8	67,4	16,8
Costa de Ponent	19,1	69,7	11,2	15,4	71,8	12,8
Barc. N. i Maresme	19,9	68,9	11,2	16,2	71,2	12,6
Centre	19,4	68,1	12,5	16,1	69,9	14,1
Barcelona Ciutat	14,4	68,1	17,5	12,8	67,9	19,3
CATALUNYA	17,8	67,9	14,3	15,0	69,2	15,8

FONT: Universitat Autònoma de Barcelona. Centre d'Estudis Demogràfics.
Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Hom pot concloure que, a curt termini, si bé no és d'esperar un creixement important de la població catalana, sí que es produiran canvis importants en les demandes i les necessitats de la població a conseqüència de les modificacions que es donaran en l'estructura per edats. Respecte del poblament, sembla que es mantindran els processos de concentració de la població, encara que es va assistint a un canvi en relació amb els municipis sobre els quals recauen els majors increments, ja que aquest es produeix en municipis de grandària mitjana en detriment dels de població superior.



L'estat de salut

Per al coneixement de l'estat de salut de la població catalana s'ha analitzat un important volum d'informació.

El coneixement de l'estat de salut de la població està molt condicionat per la informació de què es disposa. A Catalunya, en els darrers 10 anys, s'ha fet un esforç important per a l'obtenció i l'adequació de la informació sanitària i, actualment, hi ha informació elaborada a partir de l'anàlisi de la mortalitat i d'algunes fonts sobre la morbiditat i sobre les discapacitats i les minusvàlues.

Per a l'elaboració del Pla de Salut s'ha intensificat el treball de la recollida de les dades disponibles i d'elaboració per tal d'obtenir indicadors, sobretot en termes quantitius, que permetin arribar a una millor aproximació al coneixement de l'estat de salut de la població de Catalunya i de cadascuna de les regions sanitàries. Principalment, s'ha treballat en l'anàlisi de la distribució de la mortalitat per causes, de l'esperança de vida, de la mortalitat infantil, dels Anys Potencials de Vida Perduts (APVP), de la morbiditat declarada i/o atesa en els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris i de les discapacitats, deficiències i minusvàlues. Tot això s'ha fet intentant estudiar, quan ha estat possible, l'evolució temporal dels diversos fenòmens i la seva distribució territorial per regions sanitàries i per territoris més petits, adaptant en cada cas la forma de treballar les dades als requeriments estadístics necessaris per tal de garantir la validesa dels resultats.

2.1 La mortalitat

La informació utilitzada per a l'anàlisi de la mortalitat prové de les explotacions del Registre de Mortalitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social. S'ha treballat, fonamentalment, amb les dades referides a l'any 1990¹ i les agregades pel quinquenni 1986-1990². Per al càlcul de les taxes s'han pres, com a denominadors, les poblacions del Cens de 1991³ i del Padró de 1986⁴.

L'esperança de vida

L'indicador esperança de vida sintetitza el risc de mort en una població. Concretament, expressa l'expectativa de vida, mesurada com la mitjana d'anys de vida que quedarien, a les persones de cada edat, si es mantinguessin estables les condicions de mortalitat del moment.

A Catalunya l'any 1990, l'esperança de vida en néixer se situa en 73,9 anys per als homes i 80,9 anys per a les dones, havent-se superat el mínim de 75 anys entre ambdós sexes que fixa com a objectiu l'estratègia regional europea de l'OMS de la Salut per a tothom l'any 2000.

L'esperança de vida en néixer, durant aquest segle, s'ha doblat, tant en els homes com en les dones; l'any 1900⁵ era de 36,3 i 35,1 anys, respectivament.

L'esperança de vida ha augmentat al llarg d'aquest segle

¹ Anàlisi de la Mortalitat a Catalunya, 1990. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Maig 1992.

² Per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya s'ha dut a terme una explotació específica de les dades del Registre de Mortalitat, agrupant els anys 1986-1990, amb l'objectiu de poder fer l'anàlisi per unitats territorials més petites que les regions sanitàries.

³ Dades provisionals sobre l'estructura per edat i sexe.

⁴ Informació proporcionada per l'Institut d'Estadística de Catalunya.

⁵ Cabré, A.M. La reproducció de les generacions catalanes 1856-1960. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. 1989.

A edats més avançades el creixement de l'esperança de vida ha estat també positiu, encara que més reduït en nombre d'anys, però bastant similar en termes relatius. L'any 1900, l'esperança de vida als 60 anys era d'11,1 en els homes i 12,2 en les dones i el 1990 és de 19,3 i 23,6, respectivament.

Esperança de vida i principals causes de mort en diversos països

Taula 20

Països	Esperança de vida en néixer		Taxes de mortalitat ajustades per la població estàndard europea							
			x 10 ³		x 10 ⁵					
	H	D	H	D	C	T	R	E	DG	
Alemanya F. 1989	72,6	79,2	10,8	6,3	372	208	45	44	40	
Anglat./Gal. 1990	73,2	78,9	10,2	6,5	355	219	81	32	26	
Canadà 1989	73,7	80,6	9,5	5,5	291	203	72	70	44	
Espanya 1987	73,6	80,3	9,5	5,7	304	172	61	44	44	
Estats Units 1988	71,6	78,6	10,6	6,4	657	195	68	60	30	
França 1989	73,1	81,5	9,7	5,1	215	205	42	73	40	
Grècia 1989	74,3	79,4	9,2	6,3	383	161	39	46	21	
Holanda 1989	73,7	80,1	10,2	5,8	297	220	58	35	27	
Itàlia 1988	73,3	79,9	10,1	5,9	325	209	47	44	44	
Japó 1990	76,2	82,5	8,1	4,7	227	162	74	43	28	
Portugal 1990	70,1	77,3	12,3	7,5	406	171	68	66	45	
Suècia 1988	74,2	80,1	9,7	5,9	368	169	56	53	24	
Suïssa 1990	74,0	81,0	9,4	5,3	289	193	53	66	21	
CATALUNYA 1990	73,9	80,9	9,0	5,2	257	190	58	43	41	

H: homes. D: dones. C: malalties de l'aparell circulatori. T: tumors. R: malalties de l'aparell respiratori. E: causes externes. DG: malalties de l'aparell digestiu.

FONT: OMS. World Health Statistics Annual. Ginebra, 1992.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

La comparació de l'esperança de vida en néixer a Catalunya amb la d'altres països desenvolupats (taula 20) situa el nostre país en una posició òptima. Segons dades de l'OMS corresponents als darrers anys, només al Japó i a Suïssa l'esperança de vida en néixer és superior a la de la població catalana en homes i en dones. En particular, pels homes també ho és a Grècia i a Suècia i per les dones a França.

A Catalunya, en els darrers anys, l'esperança de vida en néixer ha augmentat lleugerament, fruit de la reducció de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori i de la mortalitat infantil. De tota manera, l'increment és diferent segons el sexe, i és més alt en les dones, tant en valor absolut com en proporció. Les causes externes i els tumors malignes expliquen que l'increment sigui inferior en els homes⁶.

L'esperança de vida a Catalunya se situa entre les més altes del món

⁶ Rué, M. Les lleis de mortalitat: un ajust paramètric per a Catalunya i Espanya. Tesi doctoral. Universitat de Barcelona. 1992.

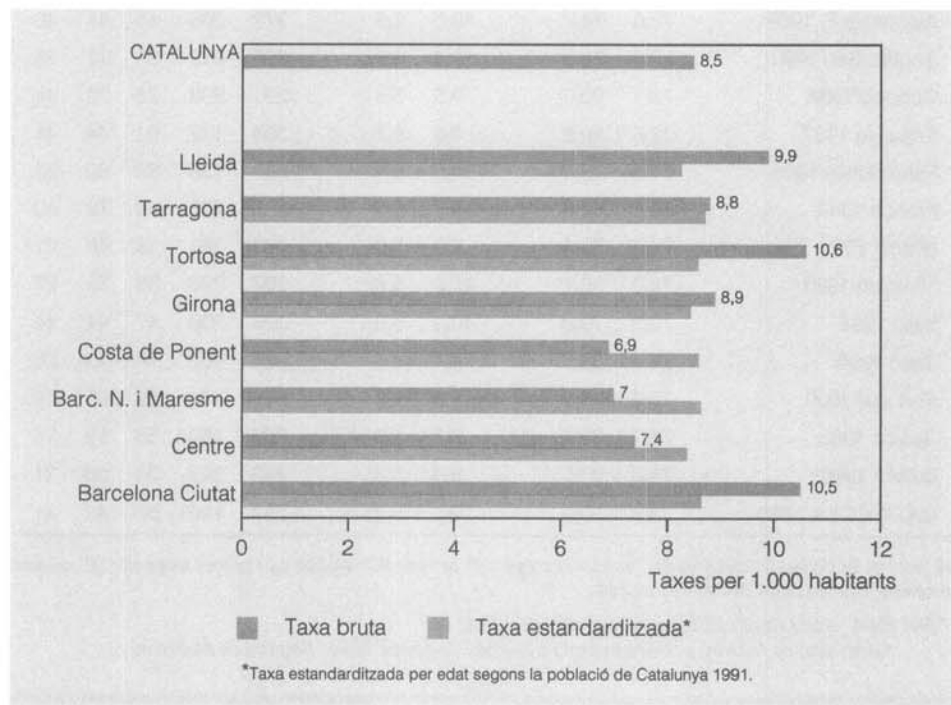
Les diferències en l'esperança de vida en néixer, analitzada per regions sanitàries, en els homes és d'1,8 anys i en les dones no arriba a 1 any entre les regions amb esperances de vida en néixer extremes.

La mortalitat general

A Catalunya l'any 1990, la taxa bruta de mortalitat és de 8,5 defuncions per 1.000 habitants.

Figura 5

Taxes de mortalitat per ambdós sexes per regions sanitàries Catalunya, 1990

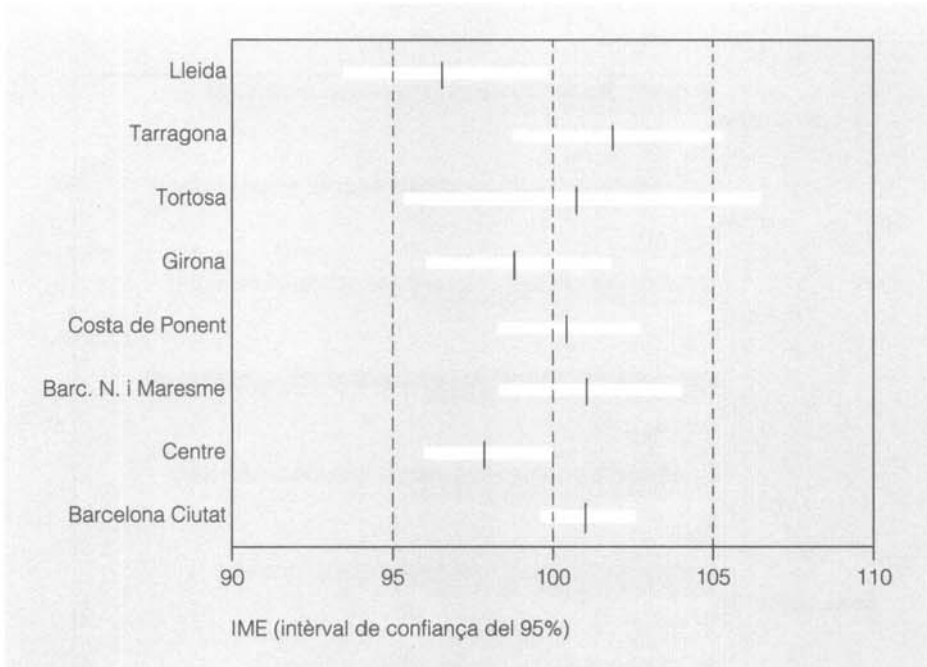


FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Les diferències que es presenten entre les 8 regions sanitàries (figura 5) són degudes, gairebé exclusivament, a les desiguals estructures d'edat de la població de les regions, ja que un cop eliminat l'efecte d'aquest component, mitjançant l'estandardització per edat, les taxes de mortalitat són més semblants entre les regions i només Lleida i Centre presenten diferències significatives respecte al global de Catalunya, però de poca magnitud (figura 6). De tota manera, a través de les anàlisis de situació fetes a les regions sanitàries, s'han trobat diferències significatives en la mortalitat estandarditzada, en algunes unitats territorials més petites que les regions, en comparació amb la mortalitat del conjunt de Catalunya i/o de la Regió Sanitària a la qual pertanyen.

Índex de Mortalitat Estàndard (IME) per regions sanitàries 1990

Figura 6



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Les causes de mort

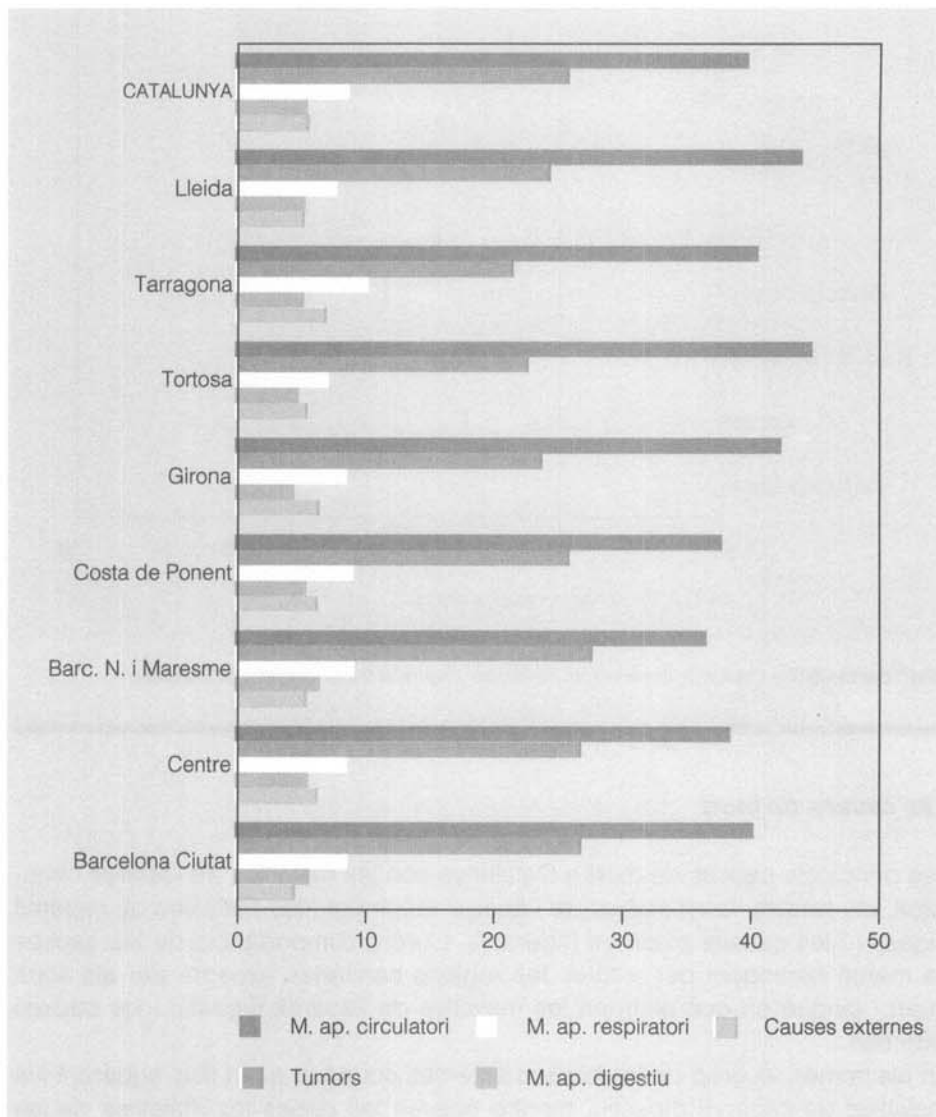
Les principals causes de mort a Catalunya són les malalties de l'aparell circulatori, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori, les malalties de l'aparell digestiu i les causes externes (figura 7). L'ordre d'importància de les causes es manté homogeni per a totes les regions sanitàries excepte per als llocs quart i cinquè en què alternen les malalties de l'aparell digestiu i les causes externes.

En els homes, el grup de les causes externes ocupa el quart lloc, superant les malalties de l'aparell digestiu, mentre que en les dones les malalties de les glàndules endocrines, de la nutrició, del metabolisme i els trastorns de la immunitat, així com el grup de causes sota l'epígraf trastorns mentals, passen per davant de les causes externes.

Les malalties de l'aparell circulatori, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori, les del digestiu i les causes externes són les principals causes de mort a Catalunya

Les causes de mort varien segons el sexe

Figura 7 Principals causes de mort en ambdós sexes per regions sanitàries Catalunya, 1990



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Si s'analitza la mortalitat per grups de causes més específics, s'observa que dins les malalties de l'aparell circulatori les més importants són les isquèmiques del cor i les cerebro-vasculars en els homes i a l'inrevés en les dones. En el grup de tumors, destaquen els de tràquea, bronquis i pulmó, en els homes, i el de mama femenina. La causa bronquitis, emfisema i asma és la principal del grup de les malalties de l'aparell respiratori en ambdós sexes i sobretot en els homes. Dins el grup de malalties de l'aparell digestiu, la cirrosi i les altres malalties cròniques del fetge expliquen gairebé la meitat de la mortalitat i dins el de les malalties de les glàndules endocrines, la nutrició, el metabolisme i els trastorns de la immunitat destaca la mortalitat per diabetis, es-

pecialment en les dones. Finalment, la mortalitat per accidents de vehicles de motor és la més important del grup de causes externes.

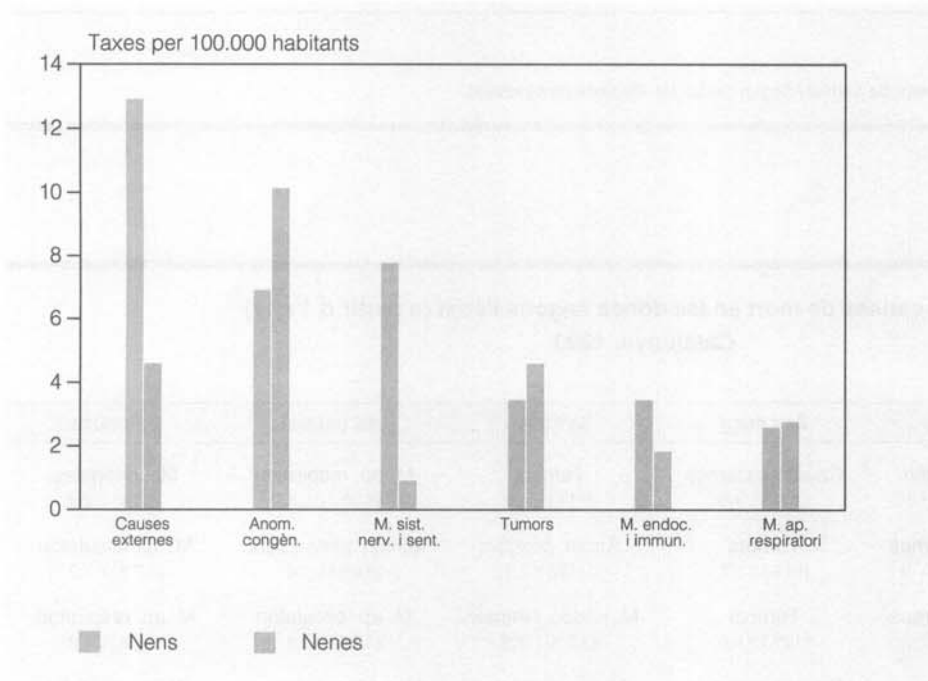
Les causes de mort segons l'edat

L'estructura d'edats de la població condiona tant la seva mortalitat general com la distribució per causes (taules 21.1 i 21.2). Amb l'objectiu d'aconseguir una millor anàlisi comparativa de la mortalitat per regions sanitàries, s'ha treballat considerant diversos grups d'edat. A continuació s'exposen les conclusions més remarcables d'aquesta anàlisi, deixant per més endavant el que fa referència a la mortalitat de la població de menys d'un any que es tractarà dins l'apartat sobre la mortalitat infantil i materna.

En primer lloc, cal tenir present que la sobremortalitat masculina s'observa en totes les edats.

**Principals causes de mort d'1 a 4 anys d'edat
Catalunya, 1990**

Figura 8



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Per als nens entre 1 i 4 anys (figura 8), en el conjunt de Catalunya, les taxes de mortalitat més elevades corresponen a causes externes, principalment ofegaments i immersions, seguides per les malalties del sistema nerviós i dels sentits i per les anomalies congènites. Per a les nenes d'aquest mateix grup d'edat, les primeres causes de mort corresponen a les anomalies congènites, seguides de les causes externes i dels tumors. A nivell de regions sanitàries, el poc nombre de defuncions fa que no es puguin extreure conclusions prou

Les principals causes de mort en el grup d'edat d'1 a 4 anys són les causes externes i les anomalies congènites

Taula 21.1

**Principals causes de mort en els homes segons l'edat (a partir d'1 any)
Catalunya, 1990**

Grups d'edat	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa	5a causa
1-4	Causes externes (30%) t: 12,9	M. sist. nerv. i sent. (18%) t: 7,7	Anom. congèn. (16%) t: 6,9	M. endoc. i immun. (8,0%) t: 3,4	Tumors (8,0%) t: 3,4
5-14	Causes externes (39%) t: 10,2	Tumors (25%) t: 6,6	M. sist. nerv. i sent. (13%) t: 3,4	Anom. congèn. (8,3%) t: 2,2	M. endoc. i immun. (6,4%) t: 1,7
15-24	Causes externes (78%) t: 100,4	Tumors (5,1%) t: 6,6	M. endoc. i immun. (3,5%) t: 4,5	M. ap. circulatori (3,3%) t: 4,3	M. ap. respiratori (3,2%) t: 4,1
25-44	Causes externes (34%) t: 69,1	Tumors (20%) t: 40,4	M. endoc. i immun. (19%) t: 38,5	M. ap. circulatori (12%) t: 24,2	M. ap. digestiu (6,5%) t: 13,3
45-64	Tumors (43%) t: 363,8	M. ap. circulatori (25%) t: 212,0	M. ap. digestiu (9,7%) t: 81,0	Causes externes (7,7%) t: 64,2	M. ap. respiratori (6,3%) t: 52,6
65-74	Tumors (40%) t: 1169,9	M. ap. circulatori (32%) t: 930,8	M. ap. respiratori (10%) t: 291,5	M. ap. digestiu (6,3%) t: 183,7	Causes externes (3,1%) t: 90,1
75 i més	M. ap. circulatori (42%) t: 4178,9	Tumors (21%) t: 2103,9	M. ap. respiratori (14%) t: 1410,2	M. ap. digestiu (4,5%) t: 445,0	M. ap. gèn.-uri. (2,7%) t: 265,1

%. Sobre el total del grup d'edat.
t: Taxa per 100.000 hab.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Taula 21.2

**Principals causes de mort en les dones segons l'edat (a partir d'1 any)
Catalunya, 1990**

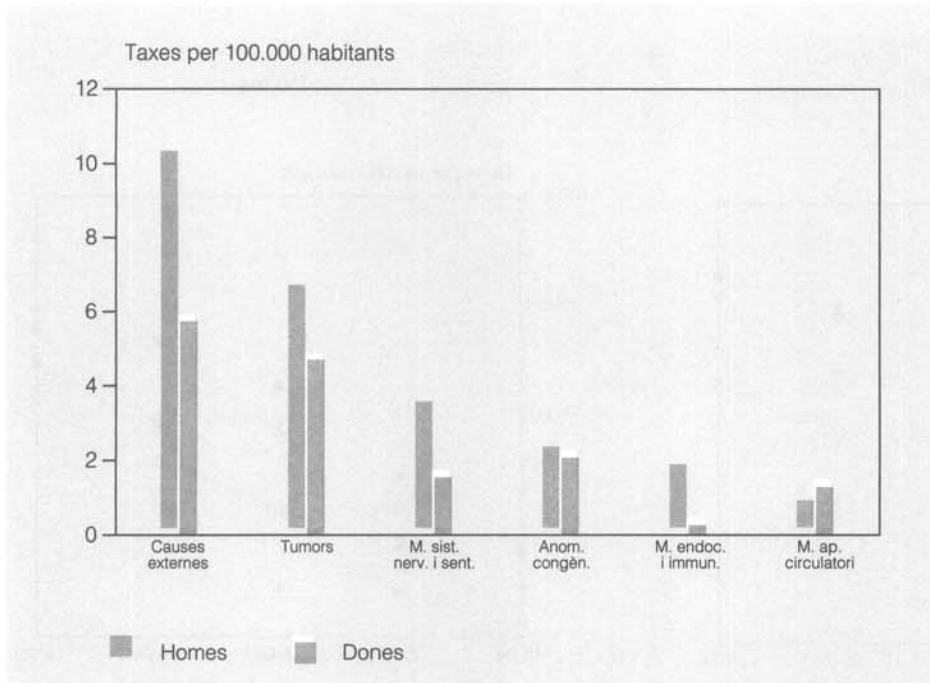
Grups d'edat	1a causa	2a causa	3a causa	4a causa	5a causa
1-4	Anom. congèn. (31%) t: 10,1	Causes externes (14%) t: 4,6	Tumors (14%) t: 4,6	M. ap. respiratori (8,3%) t: 2,8	Mal definides (8,3%) t: 2,8
5-14	Causes externes (29%) t: 5,7	Tumors (24%) t: 4,7	Anom. congèn. (11%) t: 2,1	M. sist. nerv. i sent. (8,0%) t: 1,6	M. ap. circulatori (6,7%) t: 1,3
15-24	Causes externes (60%) t: 23,1	Tumors (15%) t: 6,0	M. endoc. i immun. (7,5%) t: 2,9	M. ap. circulatori (3,7%) t: 1,4	M. ap. respiratori (3,2%) t: 1,2
25-44	Tumors (41%) t: 29,2	Causes externes (21%) t: 14,9	M. ap. circulatori (11%) t: 7,5	M. endoc. i immun. (9,1%) t: 6,4	M. ap. digestiu (5,8%) t: 4,1
45-64	Tumors (54%) t: 185,9	M. ap. circulatori (21%) t: 71,3	M. ap. digestiu (8,2%) t: 28,3	Causes externes (4,4%) t: 15,1	M. ap. respiratori (3,8%) t: 13,3
65-74	M. ap. circulatori (36%) t: 505,3	Tumors (33%) t: 462,1	M. ap. digestiu (7,2%) t: 99,5	M. ap. respiratori (6,0%) t: 83,1	M. endoc. i immun. (5,3%) t: 73,3
75 i més	M. ap. circulatori (56%) t: 4207,2	Tumors (13%) t: 987,6	M. ap. respiratori (8,0%) t: 593,8	M. ap. digestiu (4,5%) t: 338,0	Trastorns mentals (4,0%) t: 302,0

%. Sobre el total del grup d'edat.
t: Taxa per 100.000 hab.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

**Principals causes de mort de 5 a 14 anys d'edat
Catalunya, 1990**

Figura 9



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

vàlides, ja que les taxes per períodes anuals són poc estables. De tota manera, en general, es manté una distribució semblant a la de Catalunya.

Per al grup d'edat entre 5 i 14 anys (figura 9), les taxes de mortalitat són més baixes però ja s'observa la sobremortalitat masculina en gairebé tots els grups patològics. Les causes externes i els tumors són les causes de mort més importants, però les defuncions per malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits i per anomalies congènites encara apareixen entre les primeres.

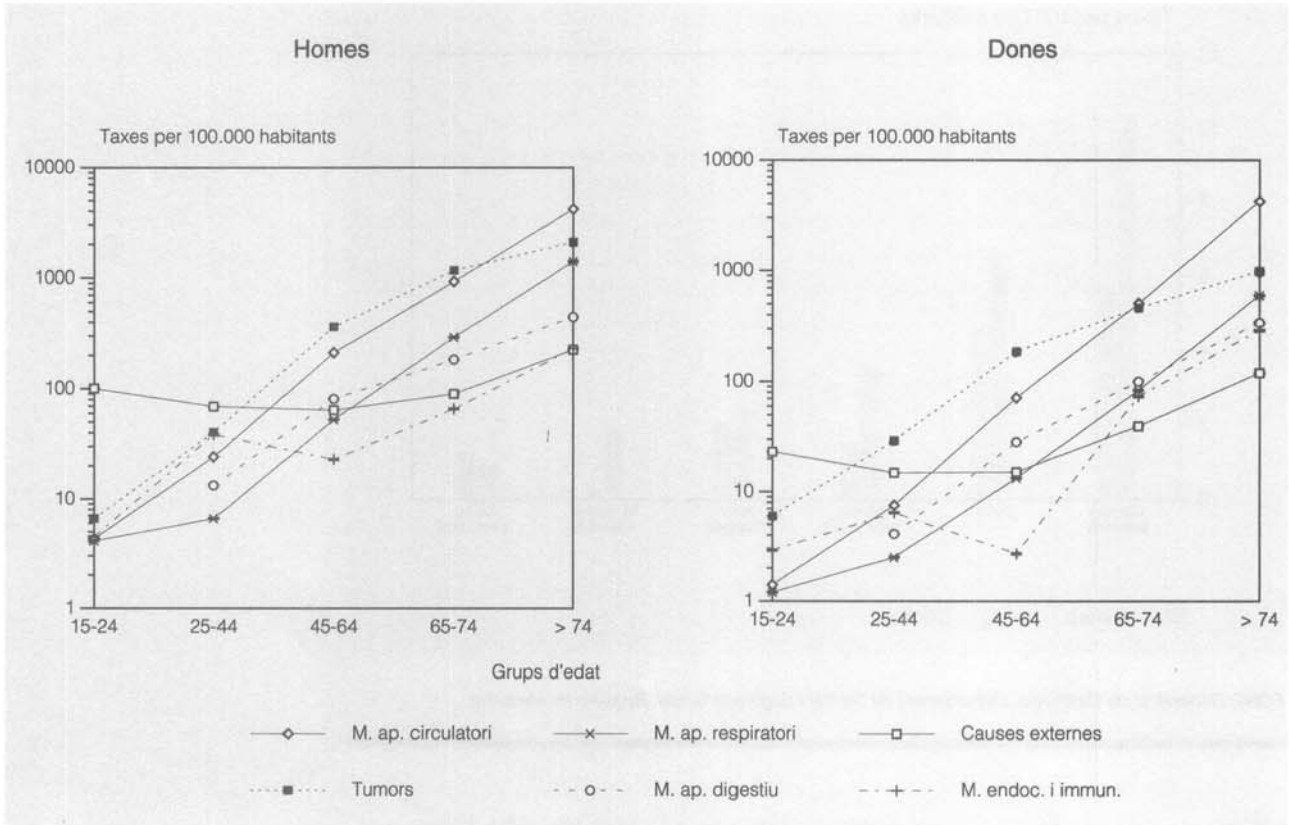
A partir dels 15 anys (figura 10), les causes externes continuen ocupant el primer lloc fins al grup de 25-44 anys en els homes i el de 15-24 en les dones. Els tumors passen de ser la segona causa a ser la primera en els homes, en els grups que van entre els 45 i els 74 anys, i en les dones entre els 25 i els 64 anys. A partir d'aquestes edats, respectivament, les malalties de l'aparell circulatori se situen en el primer lloc, tot havent aparegut i avançat en posicions entre les 5 primeres causes de mort a partir del grup de 15-24 anys en els homes i del de 5-14 anys en les dones. Les malalties de l'aparell respiratori i les de l'aparell digestiu prenen importància com a causa de mort, tant en homes com en dones, d'acord amb l'augment de l'edat, situant-se finalment en el tercer i quart lloc.

Les principals causes de mort en el grup d'edat de 5 a 14 anys són les causes externes

Les causes externes, els tumors i les malalties de l'aparell circulatori, són les primeres causes de mort a partir dels 15 anys

Figura 10

Principals causes de mort segons l'edat (a partir de 15 anys)
Catalunya, 1990



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Els accidents de vehicles de motor són la primera causa de mort en el grup d'edat de 15 a 24 anys

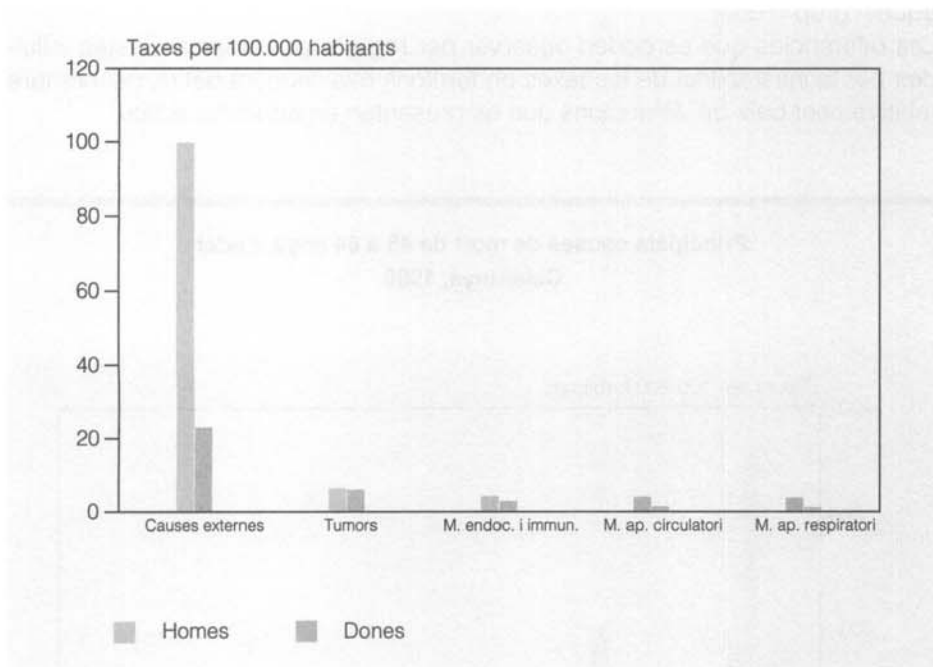
En el grup d'edat de 25 a 44 anys, les causes externes i els tumors són, respectivament, les principals causes de mort per als homes i les dones

Per al grup d'edat de 15 a 24 anys (figura 11), les principals causes de mort són les causes externes, els tumors, les malalties de les glàndules endocrines, de la nutrició i del metabolisme i els trastorns de la immunitat i les malalties de l'aparell circulatori, tant per als homes com per a les dones. Cal remarcar que, concretament, els accidents de vehicles de motor són la primera causa de mortalitat en aquestes edats, de manera que representen per als homes el 51% de les defuncions i per a les dones el 38%. Els accidents de vehicles de motor són la primera causa de mortalitat en totes les regions sanitàries, amb taxes sempre superiors en els homes que en les dones, i especialment elevades a les regions Girona, Tortosa i Tarragona, on representen entre un 65% i un 85% de les defuncions i expliquen una bona part de la sobremortalitat que s'observa per a aquestes regions en aquest grup d'edat.

En el grup de 25 a 44 anys (figura 12) comencen a aparèixer les primeres diferències significatives en la distribució de la mortalitat per causes entre els dos sexes. Les causes externes continuen essent el principal motiu de mortalitat per als homes, mentre que per a les dones ja són els tumors, especialment el de mama, pel conjunt de Catalunya i per cadascuna de les regions sanitàries.

**Principals causes de mort de 15 a 24 anys d'edat
Catalunya, 1990**

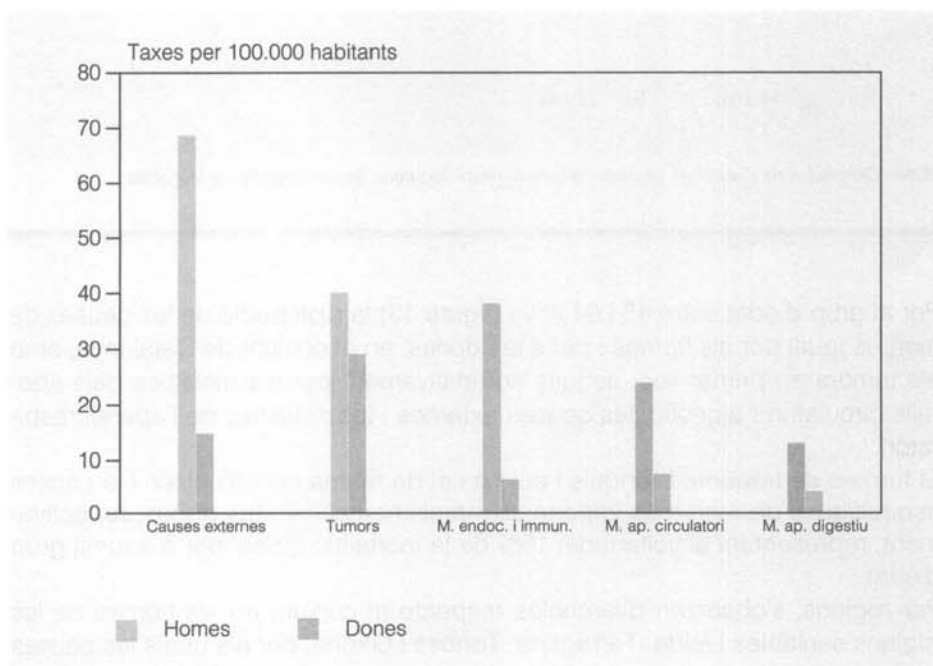
Figura 11



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

**Principals causes de mort de 25 a 44 anys d'edat
Catalunya, 1990**

Figura 12



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

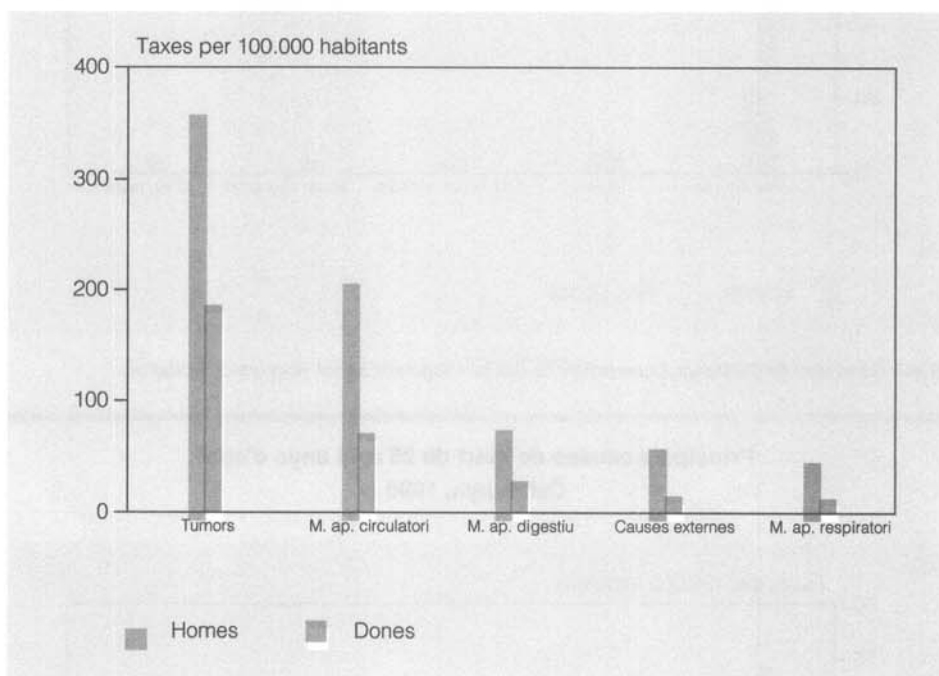
La SIDA té un impacte considerable en aquest grup d'edat

La tercera causa de mort correspon al grup de les malalties de les glàndules endocrines, de la nutrició i del metabolisme i trastorns de la immunitat, en el qual les taxes superiors respecte a les edats següents són degudes a la incidència particular de la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) en aquest grup d'edat.

Les diferències que es poden observar per regions possiblement estan influïdes per la inestabilitat de les taxes en territoris relativament petits, pel nombre relativament baix de defuncions que es presenten en aquestes edats.

Figura 13

**Principals causes de mort de 45 a 64 anys d'edat
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

El càncer de pulmó i el de mama són les causes específiques de mort més importants en el grup d'edat de 45 a 64 anys

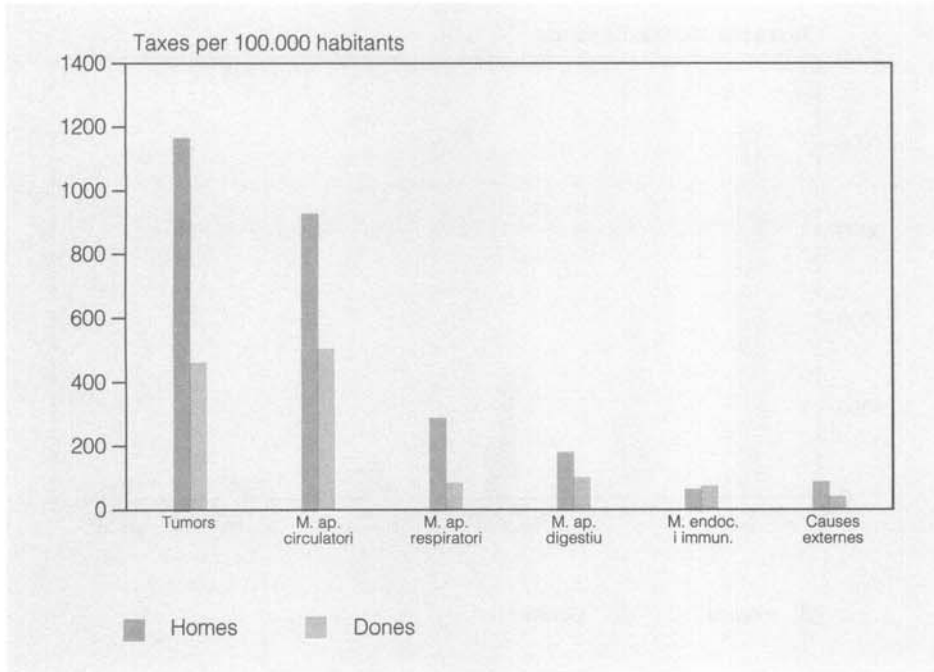
Per al grup d'edat entre 45 i 64 anys (figura 13) la distribució de les causes de mort és igual per als homes i per a les dones, en el conjunt de Catalunya, amb els tumors en primer lloc, seguits correlativament per les malalties dels aparells circulatori i digestiu, les causes externes i les malalties de l'aparell respiratori.

El tumors de tràquea, bronquis i pulmó i el de mama constitueixen les causes específiques de mort més importants, en els homes i en les dones, respectivament, representant al voltant del 15% de la mortalitat global per a aquest grup d'edat.

Per regions, s'observen diferències respecte al conjunt en els homes de les regions sanitàries Lleida, Tarragona, Tortosa i Girona, per als quals les causes externes se situen en tercer lloc amb taxes superiors a 90 defuncions per 100.000 habitants, bastant més elevades que per a la resta de regions; la mitjana de Catalunya és de 64 per 100.000 habitants. Dins de les causes exter-

**Principals causes de mort de 65 a 74 anys d'edat
Catalunya, 1990**

Figura 14



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

nes per a aquestes regions, les taxes de mortalitat per accidents de vehicles de motor són superiors a les de la resta de regions, així com les taxes per suïcidi i autolesions en el cas de Tarragona i Girona.

En el grup de 65 a 74 anys (figura 14) es presenta una distribució de la mortalitat per causes en els homes molt homogènia entre les regions sanitàries. Els tumors i les malalties de l'aparell circulatori continuen essent les principals causes de mort, tot i haver guanyat importància les segones.

Les malalties de l'aparell circulatori ocupen el primer lloc en les dones, excepte per a les regions sanitàries Centre i Barcelona Ciutat on encara van darrera de la mortalitat per tumors.

Les malalties cerebro-vasculars ja passen a ser la primera causa de mort en les dones i les isquèmiques en els homes, lleugerament per sobre dels tumors de tràquea, bronquis i pulmó.

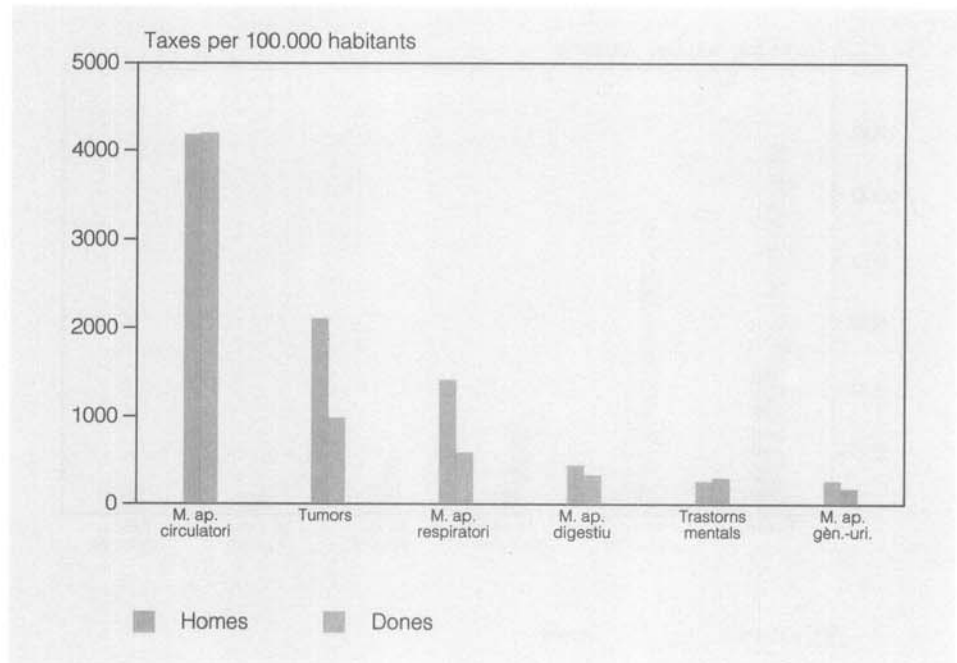
Apareixen en totes les regions sanitàries les malalties de les glàndules endocrines, de la nutrició i del metabolisme, i trastorns de la immunitat com una de les 5 primeres causes de mort, sobretot pel que fa a la diabetis en les dones que presenta taxes, en general, superiors a les dels homes d'aquest mateix grup d'edat.

Per al grup de gent gran de 75 o més anys (figura 15), les 3 primeres causes de mort, tant per als homes com per a les dones, sempre són, per aquest ordre, les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les malalties de l'aparell respiratori. En els quart i cinquè llocs s'hi troben, en general per als homes, les malalties de l'aparell digestiu, les malalties de l'aparell gènito-urinari i els trastorns mentals. En el cas de les dones ocupen aquests llocs també les ma-

Les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les malalties de l'aparell respiratori són els principals tres grups de causes de mort en els darrers anys de la vida

Figura 15

**Principals causes de mort de 75 i més anys d'edat
Catalunya 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

lalties de l'aparell digestiu o els trastorns mentals i en totes les regions, excepte Centre i Barcelona Ciutat, les malalties de les glàndules endocrines, de la nutrició i del metabolisme, i trastorns de la immunitat, especialment per la diabetis.

La mortalitat infantil

La mortalitat dels nens durant les primeres etapes de la vida i també la mortalitat de les mares per complicacions de l'embaràs, del part i del puerperi són considerats indicadors del nivell general de salut de la comunitat.

La disminució de la mortalitat infantil ha estat, en el nostre entorn, un dels fenòmens més remarcables de l'evolució de la mortalitat i de l'esperança de vida durant aquest segle. Al començament de segle la mortalitat infantil a Catalunya era de 150 nens morts de menys d'un any per cada 1.000 nascuts vius; actualment la taxa se situa al voltant de 7 per 1.000 (figura 16). Aquest valor és comparable al del conjunt de països desenvolupats i s'ha assolit plenament l'objectiu de l'estratègia regional de l'OMS de la Salut per a tothom l'any 2000: «D'aquí a l'any 2000, la mortalitat infantil a la Regió hauria de ser inferior a 20 per 1.000 nascuts vius».

Per territoris petits, la taxa de mortalitat infantil anual és molt poc estable a causa del reduït nombre de morts en relació amb els naixements. De tota manera, en el període 1985-1990 les taxes mitjanes anuals de mortalitat infantil per les diverses regions són similars, i se situen també al voltant del 7 per 1.000.

La mortalitat infantil ha disminuït espectacularment al llarg d'aquest segle

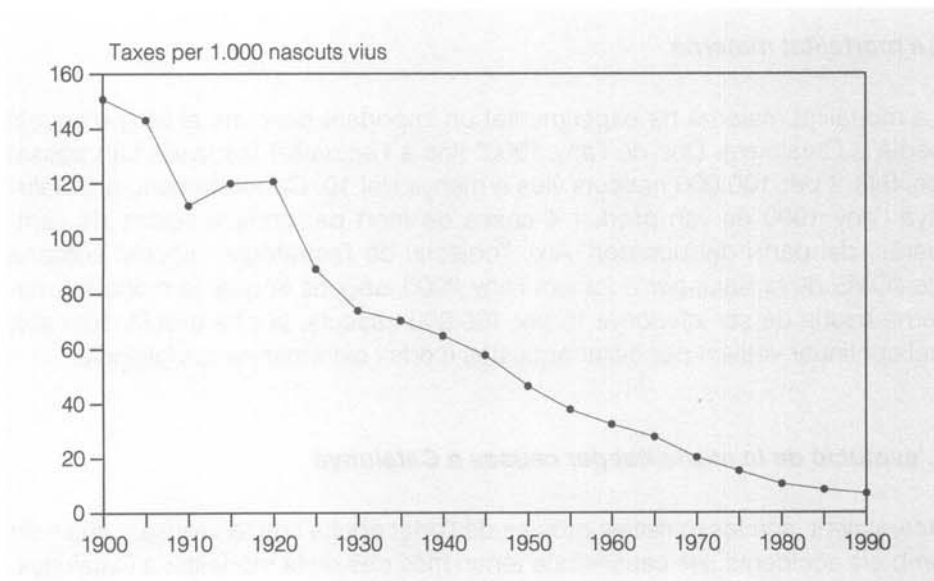
La mortalitat infantil a Catalunya és baixa

Les principals causes de mort durant el primer any de vida són les causes perinatals i les anomalies congènites, que n'expliquen el 80% (figura 17). Pel que fa a la mortalitat perinatal, les dades de què es disposa mostren un descens considerable, ja que a Catalunya s'ha passat d'una taxa de 18,6 l'any

Les causes perinatals i les anomalies congènites són les principals causes de mortalitat infantil

**Evolució de la mortalitat infantil
Catalunya, 1900-1990**

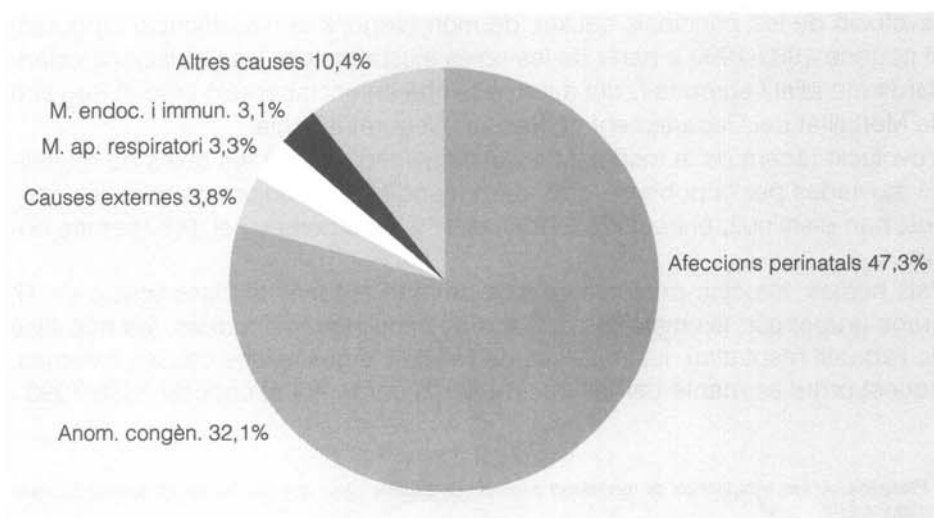
Figura 16



FONT: Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población de España, 1900-1985. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

**Mortalitat infantil per causes
Catalunya, 1990**

Figura 17



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

1975 a una de 7 per 1.000 naixements totals el 1990, situant-nos entre els països que tenen les taxes més baixes. Cal tenir en compte, però, que alguns estudis, a través de la cerca activa dels casos de mort perinatal en els hospitals, han evidenciat l'existència d'un subregistre d'aquests casos⁷.

La mortalitat dels infants en edat pre-escolar i escolar presenta taxes bastant baixes (38,2 i 23,1 per 100.000 habitants d'1 a 4 anys i de 5 a 14 anys, respectivament, l'any 1990) que es situen entre les millors en comparar-les amb les dels països del nostre entorn.

La mortalitat materna

Cal continuar vetllant per evitar la mortalitat materna

La mortalitat materna ha experimentat un important descens al llarg d'aquest segle a Catalunya. Des de l'any 1900⁸ fins a l'actualitat les taxes han passat del 541,2 per 100.000 nascuts vius a menys del 10. Concretament, a Catalunya l'any 1990 es van produir 4 casos de mort per complicacions de l'embaràs, del part i del puerperi. Així, l'objectiu de l'estratègia regional europea de l'OMS de la Salut per a tothom l'any 2000, segons la qual la mortalitat materna hauria de ser inferior al 15 per 100.000 nascuts, ja s'ha assolit. Tot i així, cal continuar vetllant per evitar aquestes morts i extremar-ne la vigilància.

L'evolució de la mortalitat per causes a Catalunya

Actualment, són les malalties pròpies de l'edat adulta i de la vellesa, juntament amb els accidents, les causes que tenen més pes en la mortalitat a Catalunya, com en la majoria dels països més desenvolupats.

Per a l'anàlisi de l'evolució de la mortalitat per causes s'ha utilitzat un estudi realitzat pel Programa d'Atenció Oncològica, sobre l'evolució de la mortalitat per càncer a Catalunya durant el període 1975-1990⁹ a partir de les taxes ajustades per la població estàndard mundial, un estudi sobre l'evolució de la mortalitat per causes externes a Catalunya durant el període 1983-1991 realitzat pel Registre de Mortalitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social i un estudi específic per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, sobre l'evolució de les principals causes de mort (segons la classificació D) durant el període 1983-1990 a partir de les taxes ajustades per les poblacions estàndards mundial i europea¹⁰, dut a terme també en col.laboració amb el Registre de Mortalitat del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

L'evolució recent de la mortalitat a Catalunya mostra que les taxes de mortalitat ajustades per la població estàndard mundial, pel conjunt de totes les causes, han disminuït, entre 1975 i 1990, el 17% pels homes i el 14% per les dones.

En els darrers anys ha augmentat la mortalitat per tumors i causes externes en els homes

Pels homes, les cinc primeres causes de mort (segons la classificació en 17 grans grups) són les malalties de l'aparell circulatori, els tumors, les malalties de l'aparell respiratori, les malalties de l'aparell digestiu i les causes externes. Aquest ordre es manté per les tres primeres durant tot el període 1975-1990 i

⁷ Plasència, A. Las estadísticas de mortalidad perinatal en España: ¿hay que tirar la toalla? *Gaceta Sanitaria* 1990; 4:91-2.

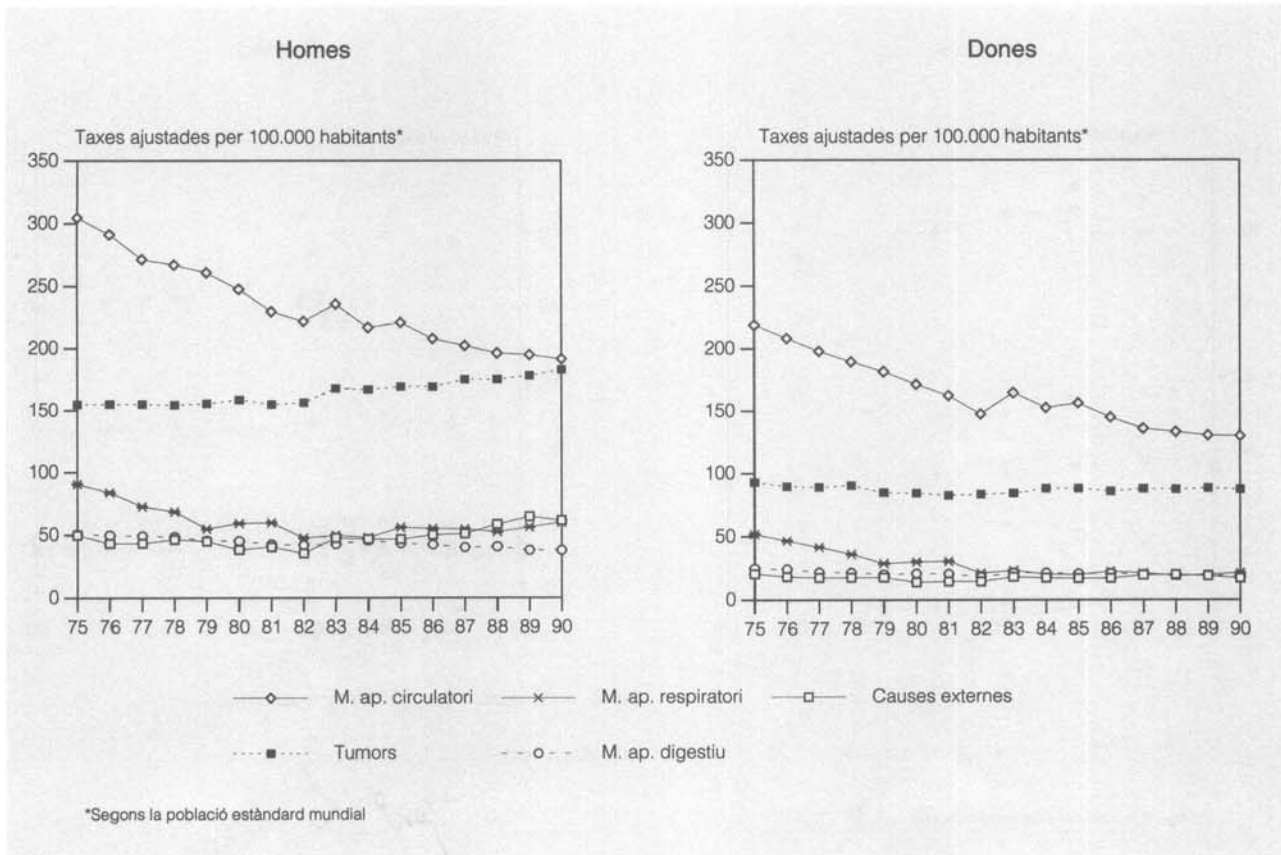
⁸ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Abril 1991.

⁹ *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*. Vol. XIII. Juny 1992.

¹⁰ Waterhouse, J. et al. (eds.) *Cancer Incidence in five continents*. Lyon, IARC, 1976.

Figura 18

**Evolució de la mortalitat segons les principals causes de mort
Catalunya, 1975-1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

a partir de l'any 1987 les causes externes passen per davant del grup digestiu (figura 18). Quant a l'evolució, s'aprecia una disminució de les taxes corresponents als grups circulatori, respiratori i digestiu, i un increment en les dels tumors i causes externes.

Per les dones, les cinc primeres causes de mort (circulatori, tumors, respiratori, digestiu i causes externes) presenten el mateix ordre d'importància entre l'any 1975 i el 1990, tot observant-se una disminució general de les seves taxes, principalment pels grups circulatori i respiratori.

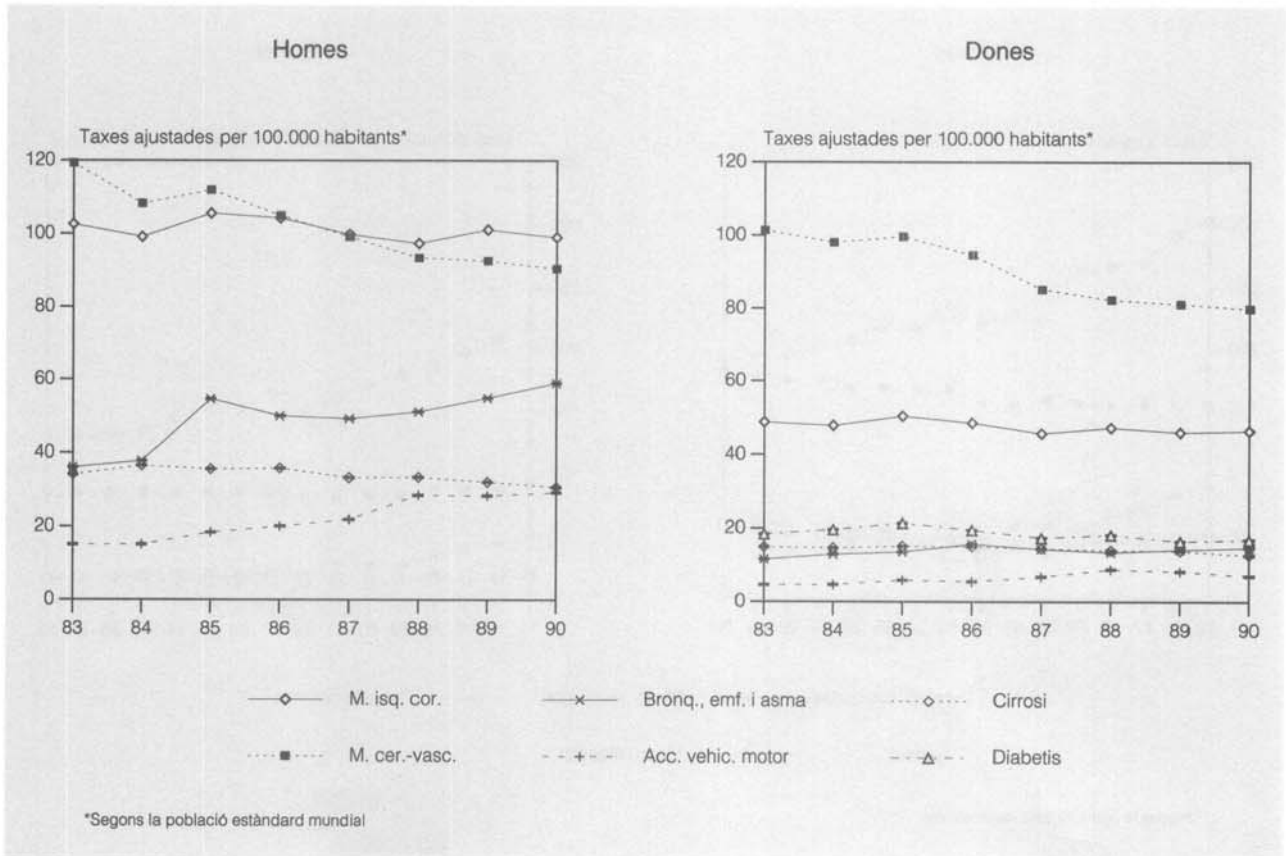
A un nivell més concret (figura 19) s'evidencia que, dins el grup circulatori, les malalties isquèmiques del cor no presenten en el temps una variació important de les taxes ajustades, mentre que disminueixen les de les malalties cerebrovasculars, al voltant del 20% entre 1983 i 1990, tant per homes com per dones.

En el grup de malalties de l'aparell respiratori, malgrat la disminució que s'observa en les taxes ajustades, la mortalitat per bronquitis, emfisema i asma, que explica més de la meitat de les morts per aquest grup, mostra una tendència creixent en els homes, amb un increment al voltant del 50% entre 1983 i 1990.

Per causes específiques de mort s'observa una disminució de les malalties cerebrovasculars i un augment per causes externes en ambdós sexes i, en els homes, un augment per bronquitis, emfisema i asma

Figura 19

Evolució de la mortalitat segons les principals causes «D»
Catalunya, 1983-1990



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

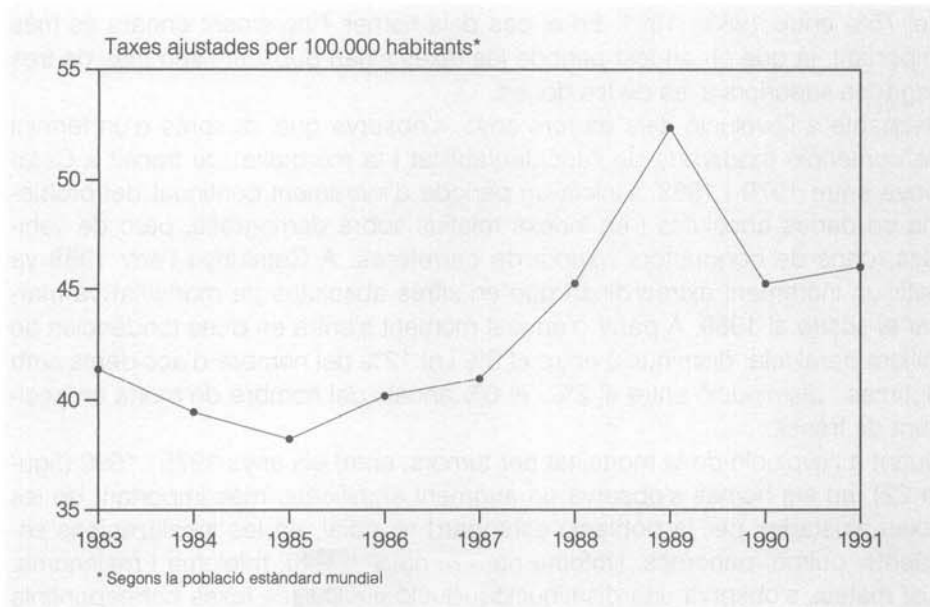
L'augment en els darrers anys del parc de vehicles a motor, l'increment del consum d'alcohol per part dels joves, l'electrificació i mecanització de moltes tasques (tant a la llar com a la indústria), l'existència de gran quantitat de productes tòxics i fàrmacs a la vida quotidiana, l'alta proporció d'addictes a drogues per via parenteral i la creixent proporció de gent gran, entre altres factors, afavoreixen una major incidència i mortalitat per causes externes.

L'evolució de la mortalitat per causes externes dels darrers anys (1983-91) mostra un patró global de creixement fins al 1989, mentre que els darrers dos anys (1990 i 1991) sembla que les taxes se situen a nivells similars als de 1988 (figura 20). L'anàlisi detallada de les causes en el període estudiat (1983-1991) indica un augment significatiu dels accidents de trànsit i dels enverinaments accidentals (figura 21). No s'han apreciat canvis significatius en l'evolució de la mortalitat per accidents per armes de foc ni per homicidis i ha disminuït significativament la mortalitat per caigudes accidentals.

El primer lloc, com a causa específica de mortalitat en el grup causes externes, l'ocupen els accidents de trànsit seguits dels suïcidis, les caigudes accidentals i els enverinaments.

**Evolució de la mortalitat per causes externes
Catalunya, 1983-1991**

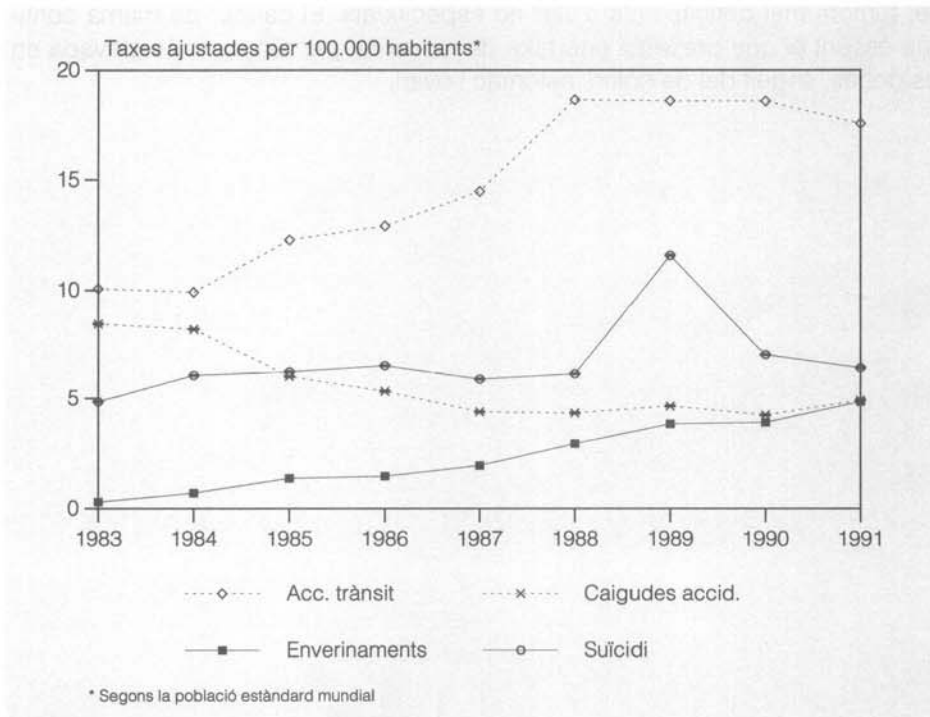
Figura 20



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

**Evolució de la mortalitat per les principals causes externes
Catalunya, 1983-1991**

Figura 21



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Ha augmentat de manera important la mortalitat per accidents de vehicles de motor

La mortalitat per accidents de vehicles de motor, que actualment representa més de la tercera part de la mortalitat per causes externes en ambdós sexes i gairebé la meitat en els homes, ha seguit un creixement molt important. En les dones l'augment de la mortalitat per accidents de vehicles de motor és quasi del 75% entre 1983 i 1991. En el cas dels homes l'increment encara és més important, ja que en aquest període les taxes s'han duplicat i són més de tres vegades superiors a les de les dones.

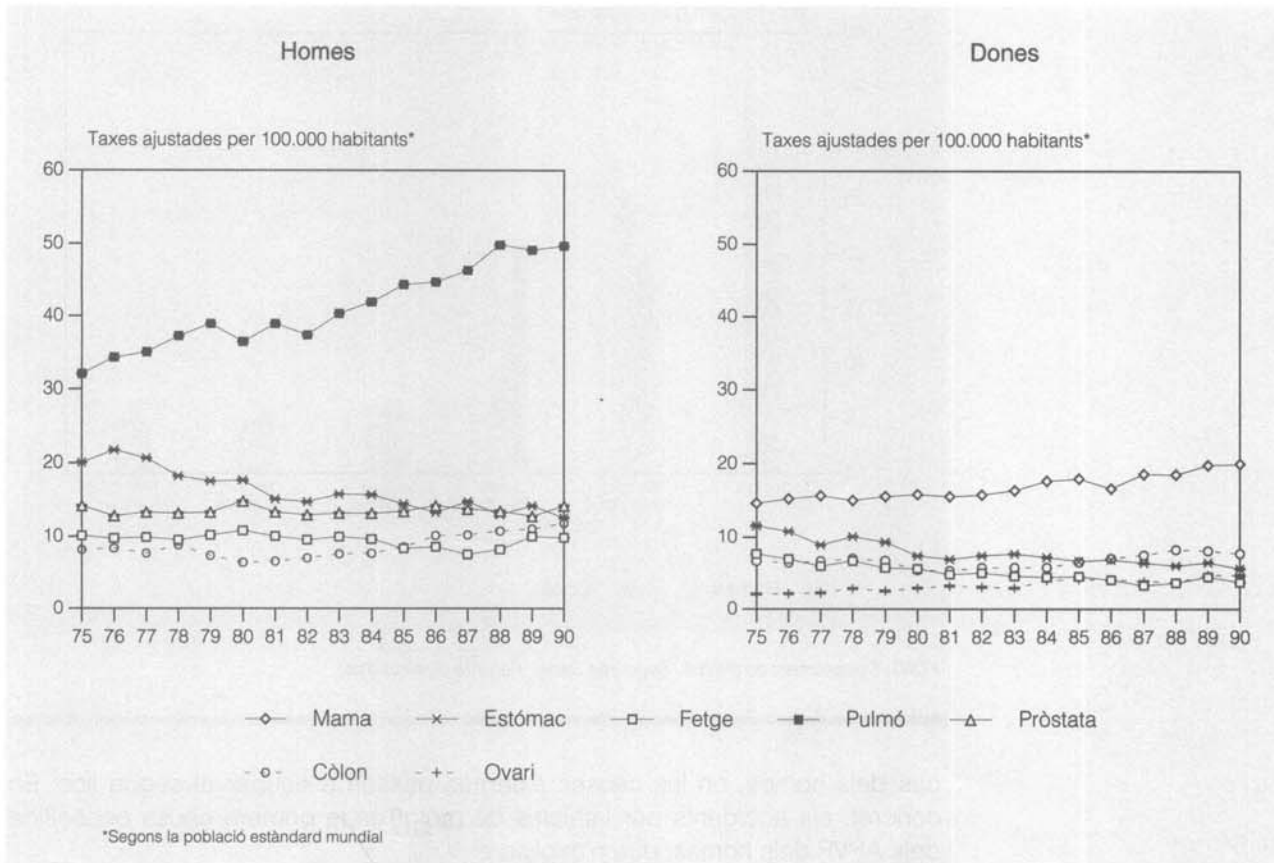
Respecte a l'evolució dels darrers anys, s'observa que, després d'un termini de contenció moderada de l'accidentabilitat i la morbiditat de trànsit a Catalunya entre 1979 i 1983, s'inicia un període d'increment continuat del problema en dades absolutes i en índexs relatius sobre demografia, parc de vehicles, cens de conductors i xarxa de carreteres. A Catalunya l'any 1988 va patir un increment extraordinari que en xifres absolutes de mortalitat va marcar el sostre al 1989. A partir d'aquest moment s'entra en dues tendències de millora paral·lela: disminució entre el 8% i el 12% del nombre d'accidents amb víctimes i disminució entre el 2% i el 6% anuals del nombre de morts en accident de trànsit.

Quant a l'evolució de la mortalitat per tumors, entre els anys 1975 i 1990 (figura 22), en els homes s'observa un augment significatiu més important de les taxes ajustades per la població estàndard mundial, en les localitzacions següents: pulmó, pàncrees, limfoma no hodgkinià (LNH), mieloma i melanoma. Així mateix, s'observa una disminució significativa en les taxes corresponents a l'estómac, laringe, tumors mal definits i limfomes tipus Hodgkin. El càncer de pulmó continua essent la localització tumoral que causa més mortalitat en els homes i, actualment, el segueixen els càncers de pròstata, estómac, còlon i fetge.

Pel que fa a les dones, les taxes de mortalitat han augmentat per càncer de mama, LNH, mieloma, ovari i cos d'úter, mentre que han disminuït els de fetge, tumors mal definits i els d'úter no especificats. El càncer de mama continua essent el que presenta una taxa de mortalitat per tumors més elevada en les dones, seguit del de còlon, estómac i ovari.

Figura 22

**Evolució de la mortalitat per càncer
Catalunya, 1975-1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Els APVP

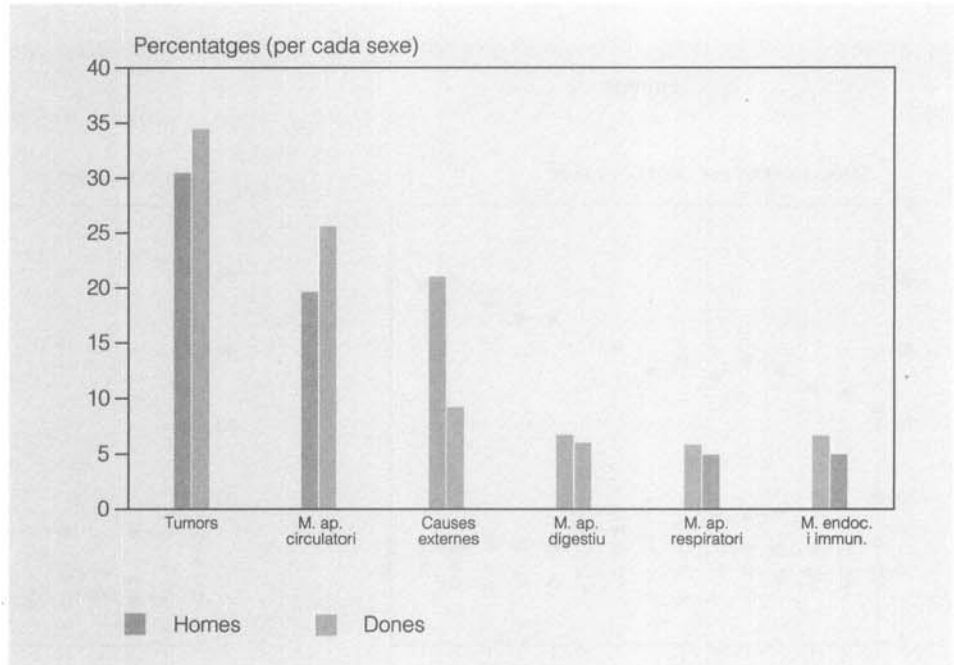
En analitzar les causes de mort s'observa que la seva distribució és molt diferent en funció de l'edat. Algunes causes, com els accidents o els tumors, provoquen mortalitat més prematurament, és a dir, afecten la població més jove en comparació a altres, com les malalties cerebro-vasculars.

Si s'utilitza l'indicador APVP, calculat en funció dels anys que separen cada defunció de l'esperança de vida a l'edat que s'ha produït, tant pel conjunt de Catalunya (figura 23) com, en general, per les diverses regions sanitàries, la mortalitat per tumors passa a ser la que té més pes, seguida per les malalties de l'aparell circulatori i les causes externes. Aquest ordre, que es presenta en analitzar conjuntament ambdós sexes, es manté per les dones i varia en el

Els tumors, les malalties de l'aparell circulatori i les causes externes prenen més importància en considerar els APVP

Figura 23

Anys Potencials de Vida Perduts
Catalunya, 1990



FONT: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de Mortalitat.

Les causes més importants d'APVP són el càncer de tràquea, bronquis i pulmó en els homes i el càncer de mama en les dones

cas dels homes, on les causes externes passen a ocupar el segon lloc. En concret, els accidents per vehicles de motor és la primera causa específica dels APVP dels homes, que n'explica el 10%.

Dins els tumors, com a causa d'APVP, destaquen els de tràquea, bronquis i pulmó, que representen el 8,8% dels APVP en els homes i amb un 8,6% el de mama en les dones.

Per regions sanitàries, les malalties que ocupen els primers llocs com a causa d'APVP són, en general, les mateixes que pel conjunt de Catalunya. No obstant, s'observen algunes variacions en l'ordre d'importància d'aquestes.

En el cas dels homes, a les regions sanitàries Tarragona i Girona les causes externes passen a ocupar el primer lloc com a causa d'APVP, desplaçant els tumors al lloc següent. Concretament, els accidents per vehicles de motor són la primera causa d'APVP en totes les regions excepte Barcelonès Nord i Maresme i Barcelona Ciutat, on els tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó són la causa específica més important.

En el cas de les dones, cal remarcar que el tumor maligne de mama, que és la segona causa específica d'APVP en el conjunt de Catalunya, és la primera a les regions sanitàries Centre i Barcelona Ciutat.

2.2 La morbiditat atesa a l'atenció primària

Actualment es disposa d'informació obtinguda a partir de fonts diverses com són els registres periòdics no sistemàtics, les enquestes i els estudis específics que permeten caracteritzar la morbiditat atesa en el nivell d'atenció primària en el nostre medi. L'anàlisi comparada de l'explotació de les dades d'aquestes fonts d'informació subministra resultats bastant homogenis, per la qual cosa, si bé no abasten tota l'activitat de l'atenció primària ni tot el territori, permeten obtenir conclusions força generalitzables i avançar en el coneixement de la morbiditat atesa.

L'anàlisi que es presenta a continuació està basada, fonamentalment, en la informació que aporta l'Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II), la qual forma part del sistema d'informació que ha desenvolupat l'Àrea de Gestió-7 Centre. Les dades obtingudes corresponen a una mostra de més de 40.000 visites efectuades en 21 centres d'atenció primària durant el període 1986-1991. Les variables analitzades seguidament fan referència al problema principal de la visita, l'edat i el sexe dels pacients¹¹. A les taules i gràfics només s'inclouen els resultats dels majors de 14 anys, tot i que es fan alguns comentaris sobre els nens a l'edat pediàtrica.

Actualment es disposa d'informació a partir de l'anàlisi de l'activitat en els centres d'atenció primària

Els principals problemes de salut a l'atenció primària segons els grans grups patològics

Els principals problemes de salut atesos a l'atenció primària, segons els grans grups patològics, utilitzant una classificació estandaritzada acceptada internacionalment per als problemes de salut —la CIPSAP-2 Definida, de la WONCA— són els següents (sense incloure-hi signes i símptomes mal definits):

- Malalties de l'aparell respiratori
- Malalties de l'aparell circulatori
- Malalties de l'aparell locomotor i del teixit conjuntiu
- Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i trastorns immunològics
- Classificació suplementària¹²
- Trastorns mentals
- Malalties de l'aparell digestiu

Els grups anteriors signifiquen més de les dues terceres parts del conjunt de visites i, en concret, les malalties de l'aparell respiratori, de l'aparell circulatori i de l'aparell locomotor i del teixit conjuntiu representen un 40% (figura 24).

Analitzant les dades per sexe, s'observen diferències rellevants (taula 22).

Les malalties de l'aparell respiratori i les malalties de l'aparell circulatori constitueixen el primer i segon problema principal de la visita en el sexe masculí; aquest ordre s'inverteix en el sexe femení.

Pel que fa a les malalties de l'aparell locomotor i del teixit conjuntiu, ocupen el tercer lloc d'importància en ambdós sexes, però són més freqüents en les dones que en els homes.

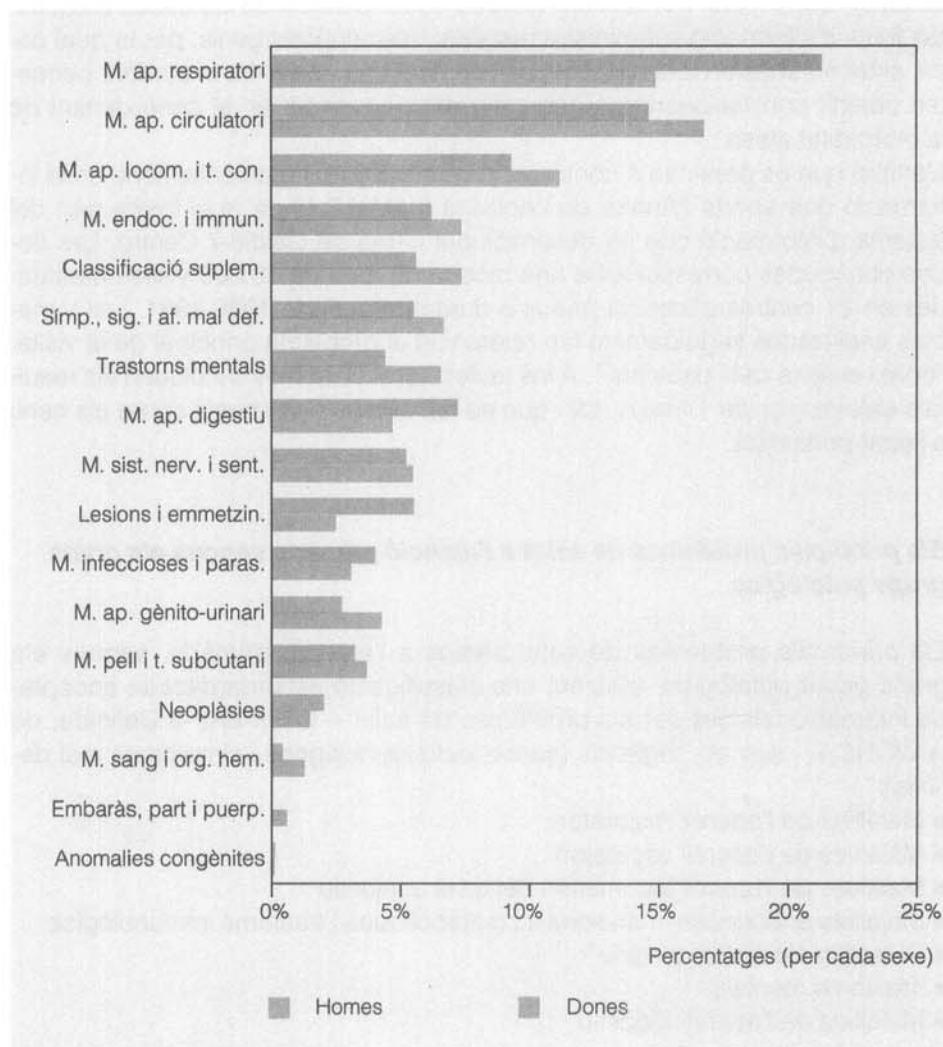
Les malalties de l'aparell respiratori, del circulatori i del locomotor i del teixit conjuntiu representen el 40% de les visites ateses als CAP

¹¹ Per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya s'ha realitzat una explotació específica de les dades de l'ANAC II.

¹² Inclou medicina preventiva, planificació familiar, procediments administratius, atenció a la mare i al nen, problemes familiars, matrimonials i socials, i diversos.

Figura 24

**Morbiditat atesa a l'atenció primària de salut
Percentatge de visites per grans grups patològics i sexe
Àrea de Gestió-7 Centre 1986-1991**



FONT: Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7 - Centre. Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II). (Dades provisionals).

Finalment, les malalties de l'aparell digestiu i les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i trastorns immunològics, ocupen el quart lloc en els homes i les dones respectivament. També destaca la posició dels problemes de salut mental en el sexe femení, que ocupen el cinquè lloc en l'ordre d'importància.

Morbiditat atesa a l'atenció primària de salut
Percentatge de visites per grans grups patològics i sexe
Àrea de Gestió-7 Centre 1986-1991

Taula 22

Grups patològics (CIM-9)	Percentatge de visites		
	Homes	Dones	Total
Classificació suplementària	5,6	7,4	6,8
M. infeccioses i parasitàries	4,0	3,1	3,8
Neoplàsies	2,0	1,5	1,7
M. endocrines i immunològiques	6,2	7,4	7,0
M. sang i òrgans hemopoètics	0,4	1,3	0,9
Trastorns mentals	4,4	6,6	5,8
M. sistema nerviós i sentits	5,2	5,5	5,2
M. aparell circulatori	14,6	16,8	15,9
M. aparell respiratori	21,3	14,9	17,8
M. aparell digestiu	7,2	4,7	5,8
M. aparell gènito-urinari	2,7	4,3	3,7
Embaràs, part i puerperi	—	0,6	0,3
M. pell i teixit subcutani	3,2	3,7	3,6
M. aparell locomotor i teixit conjuntiu	9,3	11,2	10,4
Anomalies congènites	0,1	0,1	0,1
Síntomes, signes i afeccions mal definides	5,5	6,7	6,4
Lesions i emmetzinaments	5,5	2,5	4,0
No consta	2,8	1,7	0,8
TOTAL	100	100	100

FONT: Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7 - Centre. Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II). (Dades provisionals).

Els principals problemes de salut a l'atenció primària

A la figura 25 i taula 23 es mostren els principals problemes de salut atesos a l'atenció primària per cadascun dels dos sexes.

En aquest apartat també es comenten els principals problemes de salut segons grups d'edat i sexe, atesos en els centres d'atenció primària i ordenats segons els grans grups patològics. S'analitzen els vint problemes de salut que causen més demanda d'atenció.

Els principals problemes de salut relacionats amb les malalties de l'aparell respiratori són la infecció aguda del tracte respiratori superior, la bronquitis, l'amigdalitis aguda, l'emfisema, l'asma i la grip.

Fins als 45 anys els problemes de salut de l'aparell respiratori més freqüents són la infecció aguda del tracte respiratori superior, la bronquitis aguda, l'amigdalitis i la grip.

La bronquitis crònica i l'emfisema esdevenen un important motiu de demanda a partir dels 30 anys, especialment en el sexe masculí.

Quant a l'asma, presenta una distribució homogènia per períodes d'edat i sexe, i hi ha un predomini en ambdós sexes als grups d'edat més joves.

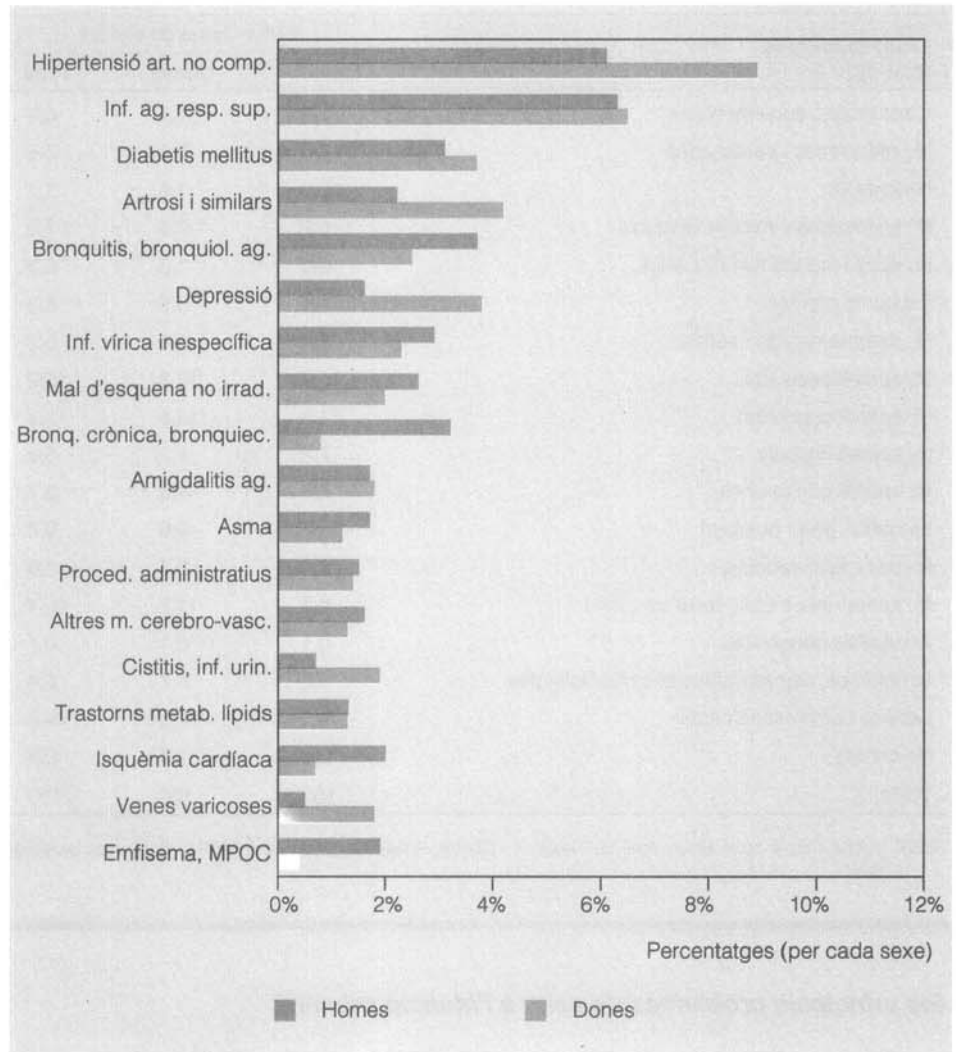
Principals problemes de salut atesos a l'atenció primària

Malalties de l'aparell respiratori

Figura 25

Principals problemes de salut atesos a l'atenció primària de salut

■ Percentatge de visites per sexe
Àrea de Gestió-7 Centre 1986-1991



FONT: Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7 - Centre. Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II).

Malalties de l'aparell circulatori

Dins les malalties de l'aparell circulatori, la hipertensió arterial no complicada és el primer problema de salut atès a les consultes d'atenció primària a partir dels 45 anys, i representa un 8,1% del total de visites analitzades.

Altres problemes de salut de l'aparell circulatori com són la malaltia isquèmica del cor, les malalties cerebro-vasculars, la insuficiència cardíaca i les venes varicoses apareixen amb una freqüència menor.

Malalties de l'aparell locomotor i del teixit conjuntiu

Pel que fa a les malalties de l'aparell locomotor i del teixit conjuntiu, el mal d'esquena sense irradiar i el mal d'esquena irradiat són els problemes principals registrats entre els 15 i 64 anys, sobretot en els homes.

L'artrosi constitueix el segon problema de salut atès a la consulta en les dones a partir dels 45 anys.

**Principals problemes de salut atesos a l'atenció primària de salut
Percentatge de visites per sexe
Àrea de Gestió-7 Centre 1986-1991**

Taula 23

Problemes de salut (CIPSAP-2D)	Percentatge de visites		
	Homes	Dones	Total
Hipertensió arterial no comp.	6,1	8,9	7,6
Inf. ag. resp. sup.	6,3	6,5	6,4
Diabetis <i>mellitus</i>	3,1	3,7	3,4
Artrosi i similars	2,2	4,2	3,3
Bronquitis, bronquiol. ag.	3,7	2,5	3,1
Depressió	1,6	3,8	2,8
Inf. vírica inespecífica	2,9	2,3	2,6
Mal d'esquena no irrad.	2,6	2,0	2,3
Bronq. crònica, bronquiec.	3,2	0,8	1,9
Amigdalitis ag.	1,7	1,8	1,7
Asma	1,7	1,2	1,5
Proced. administratius	1,5	1,4	1,5
Altres m. cerebro-vasculars	1,6	1,3	1,4
Cistitis, inf. urin.	0,7	1,9	1,3
Trastorns metab. lípids	1,3	1,3	1,3
Isquèmia cardíaca	2,0	0,7	1,3
Venes varicoses	0,5	1,8	1,2
Emfisema, MOC	1,9	0,4	1,1
Altres	55,4	53,6	54,4
TOTAL	100	100	100

FONT: Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7 - Centre. Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II).

Entre les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i trastorns immunològics, destaquen com a problemes principals de salut atesos a les consultes d'atenció primària:

La diabetis *mellitus*, que apareix en tots els períodes d'edat, i es troba entre els tres primers problemes de salut en els homes i les dones a partir dels 45 anys. L'obesitat i els trastorns del metabolisme dels lípids, que són rellevants en la població adulta.

Dins el grup de trastorns mentals, l'ansietat i la depressió apareixen com els problemes de salut principals en les consultes d'atenció primària. La depressió és especialment important en el grup de dones entre 30 i 44 anys.

Considerant la morbiditat atesa segons els grups patològics, les malalties de l'aparell digestiu ocupen el setè lloc. La cirrosi i l'úlcer duodenal, en els homes entre els 30 i els 64 anys, i el còlon irritable en joves d'ambdós sexes, són els problemes principals registrats.

Els problemes exposats fan referència a la meitat aproximadament dels problemes principals atesos a les consultes d'atenció primària i analitzats en l'ANAC II.

Malalties endocrines,
nutricionals i metabòliques i
trastorns immunològics

Trastorns mentals

Malalties de l'aparell digestiu

Altres problemes de salut

De la resta de problemes de salut, cal destacar els accidents, l'epilèpsia, l'abús en el consum d'alcohol, les infeccions urinàries i les dermatitis de contacte, els quals segueixen en freqüència els problemes principals atesos a les consultes d'atenció primària.

En el cas dels nens cal destacar a més, les immunitzacions profilàctiques i els exàmens de salut. També són importants els motius relacionats amb la reproducció en les dones joves.

Principals motius de visita

El 29% dels motius de visita expressats per l'usuari són de caire administratiu

A partir de la informació de l'ANAC II, i també de la procedent dels estudis de l'Altebrat¹³, Valls¹⁴ i Girona¹⁵, entre els motius de visita expressats per l'usuari destaca l'elevat nombre de visites per motius no mèdics.

Segons l'ANAC II el 29% dels motius de visita són per demandes no sanitàries i el 71% per atenció mèdica (taula 24), aquestes xifres, però, presenten gran variabilitat entre els centres.

Taula 24

Motius de visita (percentatge)
Àrea de Gestió-7 Centre 1986-1991

	Homes	Dones	Total
Problema agut	39,5	41,4	40,5
Control problema crònic	25,1	27,0	26,1
Agreujament problema crònic	2,9	2,6	2,7
Control postquirúrgic-cures	0,4	0,3	0,3
Activitat preventiva	1,9	1,6	1,8
Demanda per atenció no sanitària	30,2	27,1	28,6

FONT: Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7 - Centre. Anàlisi de l'Activitat II (ANAC II).

Del total de visites no mèdiques, la majoria són per receptes (76,8%), segueixen les Incapacitats Laborals Transitòries (17,9%), el recull de proves diagnòstiques (2,5%) i altres tràmits burocràtics (2,8%).

2.3 La morbiditat atesa als hospitals

L'anàlisi dels problemes de salut pels quals les persones acudeixen a l'hospital dóna també una aproximació a la morbiditat atesa. Actualment es disposa de dades referides a l'alta hospitalària dels centres que presten atenció a malalts aguts, a través del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària (CMBDAH) i de les 3 enquestes d'altres hospitalàries que s'han realitzat a Ca-

¹³ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Gabinet Tècnic i Programa Altebrat. Enquesta morbiditat. Programa Altebrat (EMPA). Barcelona, 1986.

¹⁴ Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 2 - Tarragona. Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària. Enquesta de Salut de l'Alt Camp i la Conca de Barberà. Valls, 1991.

¹⁵ Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 4 - Girona. Estudi sobre la demanda d'assistència sanitària en Atenció Primària a l'Àrea de Gestió de Girona (DAP-4). No publicat, 1990.

talunya. La primera Enquesta d'Altes Hospitalàries es refereix a les altes de l'any 1982¹⁶, la segona a les del 1985¹⁷ i la més recent fa referència a les altes de l'any 1990¹⁸.

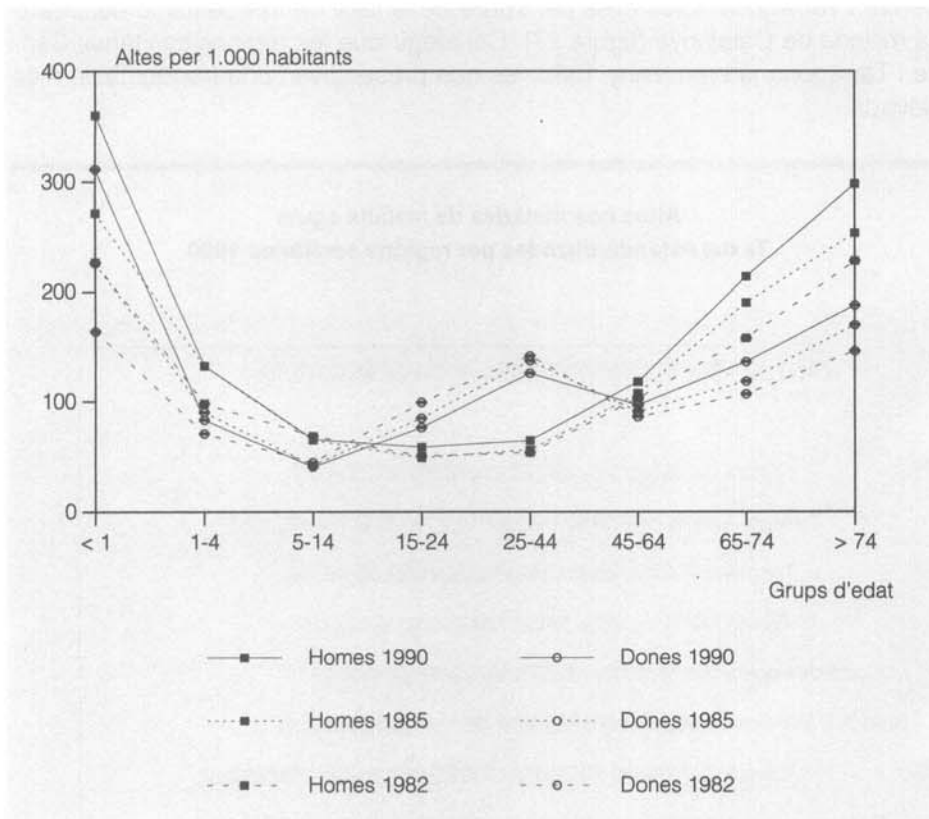
La freqüentació hospitalària¹⁹

La freqüentació hospitalària dels residents a Catalunya ha anat augmentant durant els últims anys. L'any 1982 s'estima que era de 92,1 ingressos de malalts aguts per 1.000 habitants, el 1985 passava a ser de 96,7 i el 1990 de 104,2 ingressos per 1.000 habitants.

La freqüentació hospitalària ha augmentat en els darrers anys

**Freqüentació hospitalària de malalts aguts per grups d'edat
Catalunya, 1982-1985-1990**

Figura 26



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1982 i 1985. Barcelona 1989.
Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

^{16,17} Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1982 i 1985. Abril 1989.

¹⁸ L'elaboració de l'Enquesta d'Altes Hospitalàries de l'any 1990 s'ha fet seguint la mateixa metodologia que les anteriors, però només s'ha anat a recollir les dades als hospitals dels quals no es tenia informació referent a les altes de l'any 1990 en el Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària (CMBD). Per als hospitals que havien facilitat les dades de l'any 1990 al CMBD s'ha utilitzat directament aquesta font d'informació.

¹⁹ El càlcul de la freqüentació hospitalària utilitzat inclou els reingressos dels malalts durant el període.

La freqüentació hospitalària és diferent segons l'edat i el sexe

Barcelona Ciutat, Centre i Tarragona són les regions sanitàries amb una freqüentació hospitalària més alta

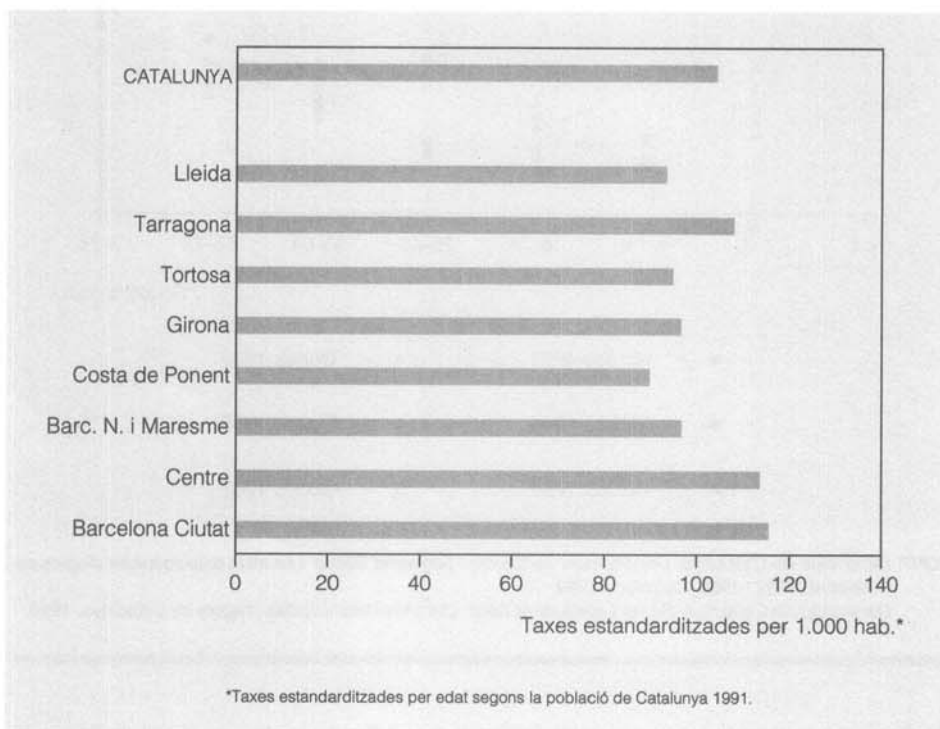
La freqüentació hospitalària és molt diferent segons l'edat (figura 26). Parteix de valors relativament elevats en els primers anys de la vida, disminueix en les edats joves i torna a augmentar a partir dels 25 anys. Aquest perfil es veu alterat en el cas de les dones, que presenten una freqüentació més elevada en l'edat fèrtil motivada per l'ingrés hospitalari pel part. Pel que fa a la resta de grups d'edat, la freqüentació hospitalària femenina és més baixa.

En els tres anys dels quals disposem d'informació (1982-1985-1990), la freqüentació ha augmentat en totes les edats, excepte en el cas de les dones en edat fèrtil que, per a cadascun dels anys observats, la freqüentació hospitalària se situa per sota de l'anterior, a causa de la davallada i el retard de la natalitat en els darrers anys.

Entre els anys 1982 i 1990 s'ha produït un increment de la freqüentació hospitalària a totes les regions sanitàries, especialment a les regions Barcelona i a Girona. Per tal de comparar la freqüentació hospitalària entre diversos territoris s'ha d'eliminar l'efecte que produeix l'estructura d'edats. Estandarditzant la freqüentació per edat²⁰, podem observar que, el 1990, les regions sanitàries amb una freqüentació més elevada eren, per aquest ordre, Barcelona Ciutat, Centre i Tarragona, totes elles per sobre de la taxa de freqüentació hospitalària mitjana de Catalunya (figura 27). Cal afegir que les regions sanitàries Centre i Tarragona ja eren, l'any 1982, les que presentaven una freqüentació més elevada.

Figura 27

**Altes hospitalàries de malalts aguts
Taxes estandarditzades per regions sanitàries 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

²⁰ Segons la població de Catalunya el 1991.

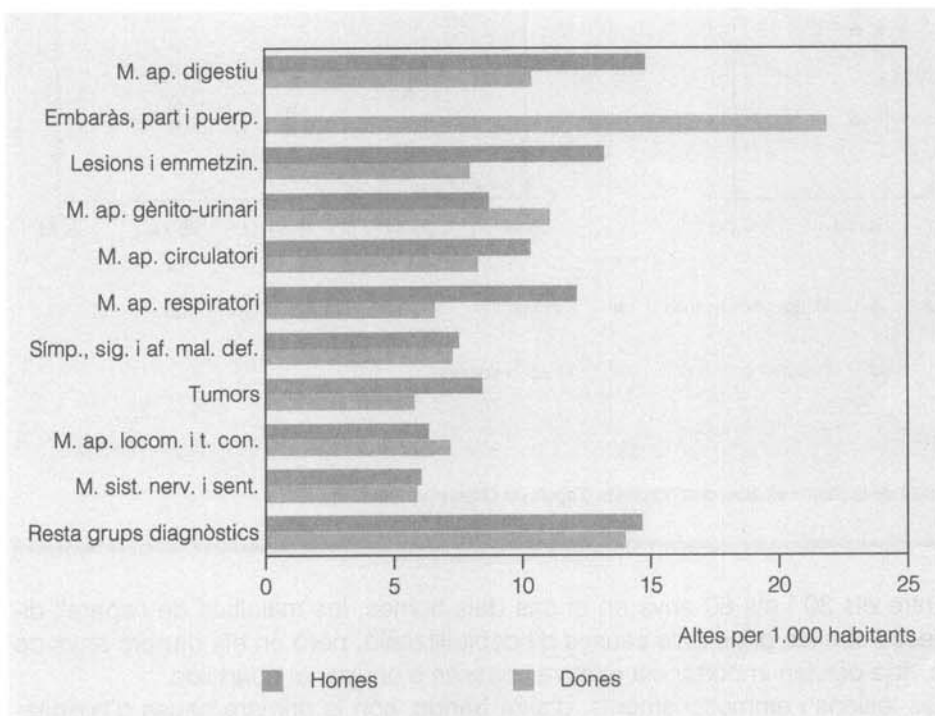
Les causes d'hospitalització

Les malalties de l'aparell digestiu, l'embaràs i el part, les lesions i emmetzinaments i les malalties dels aparells gènito-urinari, circulatori i respiratori són les principals causes d'hospitalització per al conjunt dels dos sexes.

La distribució per causes d'hospitalització és força diferent per sexe (figura 28). Pels homes, les principals causes són les relacionades amb l'aparell digestiu, les lesions i emmetzinaments i les malalties de l'aparell respiratori. En el cas de les dones, les causes d'hospitalització relacionades amb l'embaràs i el part són les que presenten una freqüència més alta, seguides de les malalties de l'aparell gènito-urinari i de l'aparell digestiu.

**Altes hospitalàries per 1.000 habitants per sexe
segons els principals grups diagnòstics
Catalunya, 1990**

Figura 28



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

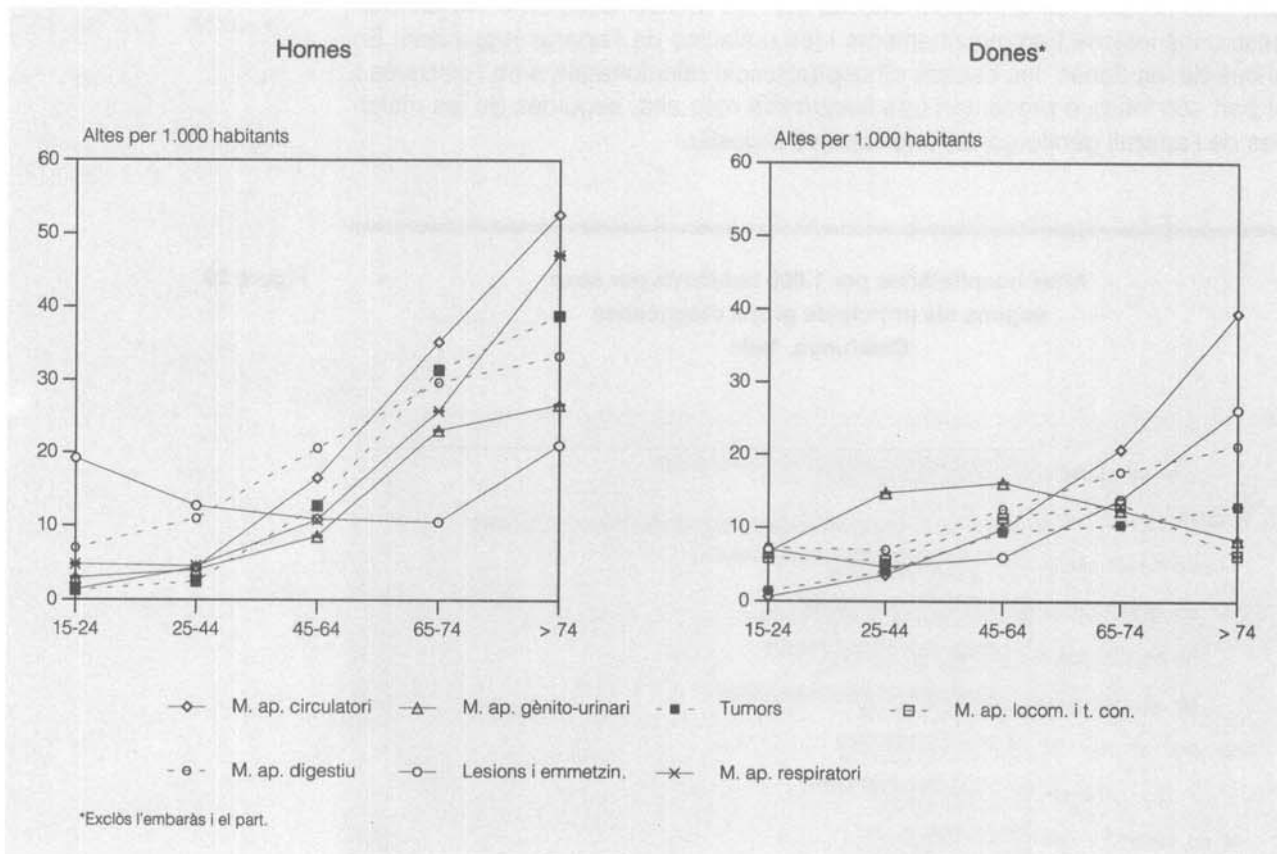
Les causes d'hospitalització segons l'edat

En els homes les causes que incrementen més amb l'edat són les relacionades amb les malalties de l'aparell circulatori i les malalties de l'aparell respiratori. Els tumors i les malalties de l'aparell gènito-urinari també porten a una major freqüentació hospitalària en augmentar l'edat, encara que en menor proporció cap als darrers anys de la vida (figura 29).

Les causes d'hospitalització varien segons l'edat

Figura 29

**Principals causes d'hospitalització per grups d'edat
(a partir dels 15 anys)
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Entre els 30 i els 60 anys en el cas dels homes, les malalties de l'aparell digestiu són les principals causes d'hospitalització, però en els darrers anys de la vida perden importància relativa i passen a ocupar el quart lloc.

Les lesions i emmetzinaments, d'altra banda, són la primera causa d'hospitalització entre els homes joves, però la freqüentació hospitalària per aquesta causa disminueix en augmentar l'edat, fins als 74 anys.

En les dones, si no tenim en compte l'embaràs i el part, la freqüentació hospitalària per totes les causes més importants d'hospitalització augmenta amb l'edat, excepte en el cas de les malalties de l'aparell gènito-urinari, aquestes són la primera causa d'hospitalització entre els 30 i els 60 anys i a edats més avançades es redueix la freqüentació per aquesta causa i passa a ocupar el cinquè lloc en el darrer grup d'edat.

A continuació s'exposen més detalladament quines són les principals causes de freqüentació hospitalària per diversos grups d'edat.

El primer any de la vida és quan la freqüentació hospitalària és més alta. Tant per als nens com per a les nenes les causes perinatals són les principals, seguides de les malalties de l'aparell respiratori i de l'aparell digestiu (figura 30).

El grup d'edat de menys d'un any presenta la freqüentació hospitalària més elevada essent les causes perinatals el principal motiu

En el grup d'edat entre 1 i 4 anys (figura 31), les malalties de l'aparell respiratori, les de l'aparell digestiu i les lesions i emmetzinaments són les principals causes d'hospitalització pel conjunt d'ambdós sexes. En el cas dels nens, les malalties de l'aparell gènito-urinari ocupen el tercer lloc.

En el grup de 5 a 14 anys d'edat (figura 32), la freqüentació hospitalària continua essent més alta en els nois que en les noies, i són les malalties de l'aparell gènito-urinari i les lesions i emmetzinaments les principals causes d'hospitalització en els nois. Per a les noies, en canvi, les malalties de l'aparell respiratori i les de l'aparell digestiu són les que causen major hospitalització.

En el grup d'edat de 15 a 24 anys (figura 33), l'embaràs és ja la principal causa d'hospitalització en les dones. Cal assenyalar, en el cas dels homes, que és en aquestes edats quan la freqüentació hospitalària per lesions i emmetzinaments és més alta.

En el grup d'edat de 25 a 44 anys (figura 34), l'embaràs continua essent la principal causa d'hospitalització en el cas de les dones i provoca una freqüentació hospitalària superior a la que s'observa per a les dones del grup d'edat de 15 a 24 anys. La freqüentació per la resta de causes és relativament poc important en ambdós sexes.

En el grup d'edat de 45 a 64 anys (figura 35), les principals causes d'hospitalització són les malalties de l'aparell digestiu i les de l'aparell circulatori en els homes, seguides dels tumors i les lesions i emmetzinaments. En el cas de les dones, les malalties que causen més hospitalització són les de l'aparell gènito-urinari, les del digestiu i les del locomotor i del teixit connectiu i, a continuació, les malalties de l'aparell circulatori i els tumors. Cal remarcar que en aquest grup d'edat, i en els dos anteriors, la freqüentació hospitalària a causa de les malalties de l'aparell gènito-urinari és superior en el sexe femení que en el masculí.

El grup d'edat comprès entre els 65 i els 74 anys (figura 36) presenta una distribució per causes d'hospitalització més semblant entre els dos sexes que en els grups precedents anteriorment, però la freqüentació hospitalària és superior en el sexe masculí que en el femení.

Les malalties de l'aparell circulatori, les de l'aparell digestiu, les de l'aparell gènito-urinari i les de l'aparell respiratori, com també els tumors, són les principals causes d'hospitalització entre els 65 i els 74 anys d'edat. Els tumors, en concret, ocupen el segon lloc en el cas dels homes i, juntament amb les malalties de l'aparell respiratori, constitueixen les causes d'hospitalització per les quals la freqüentació hospitalària presenta uns valors més diferents segons el sexe, i són gairebé tres vegades superiors en els homes.

Entre les principals causes d'hospitalització, en aquestes edats, les lesions i emmetzinaments i les malalties de l'aparell locomotor i del teixit connectiu són les que donen lloc a una major freqüentació hospitalària en les dones que en els homes.

Les malalties de l'aparell gènito-urinari, d'altra banda, tot i que encara continuen essent una causa important d'hospitalització en les dones en el grup d'edat entre els 65 i els 74 anys, com també en el següent (75 anys i més), provoquen una freqüentació hospitalària superior en els homes.

Les malalties de l'aparell respiratori i del digestiu i els traumatismes són les principals causes d'hospitalització entre 1 i 4 anys

Els nens de 5 a 14 anys presenten una freqüentació més elevada que les nenes

La freqüentació hospitalària, excloent la motivada per l'embaràs i el part, és més baixa en els grups d'edat entre 15 i 44 anys

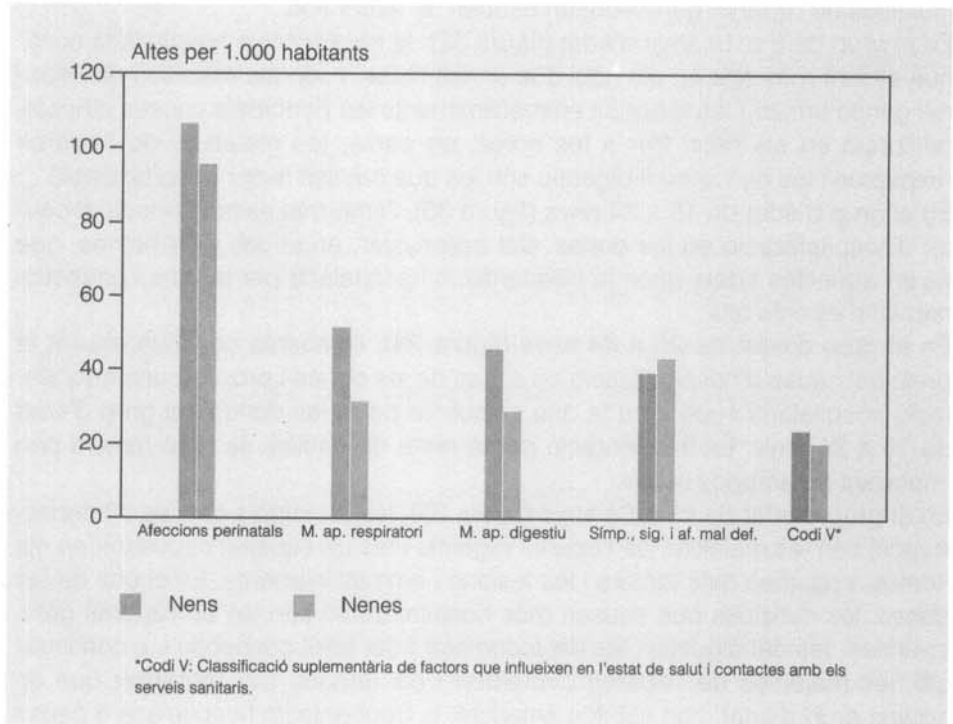
L'embaràs és la principal causa d'hospitalització en les dones en l'edat fèrtil

En el grup d'edat de 45 a 64 anys les causes d'hospitalització presenten un patró diferent entre ambdós sexes

La principal causa d'hospitalització en els darrers anys de la vida són les malalties de l'aparell circulatori

Figura 30

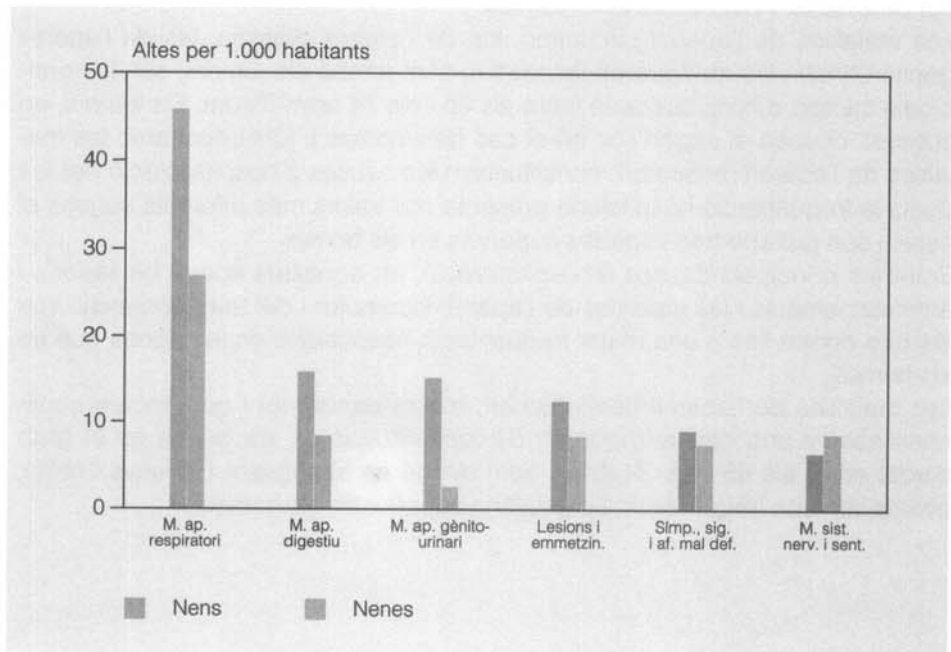
**Principals causes d'hospitalització de menors d'1 any d'edat
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Figura 31

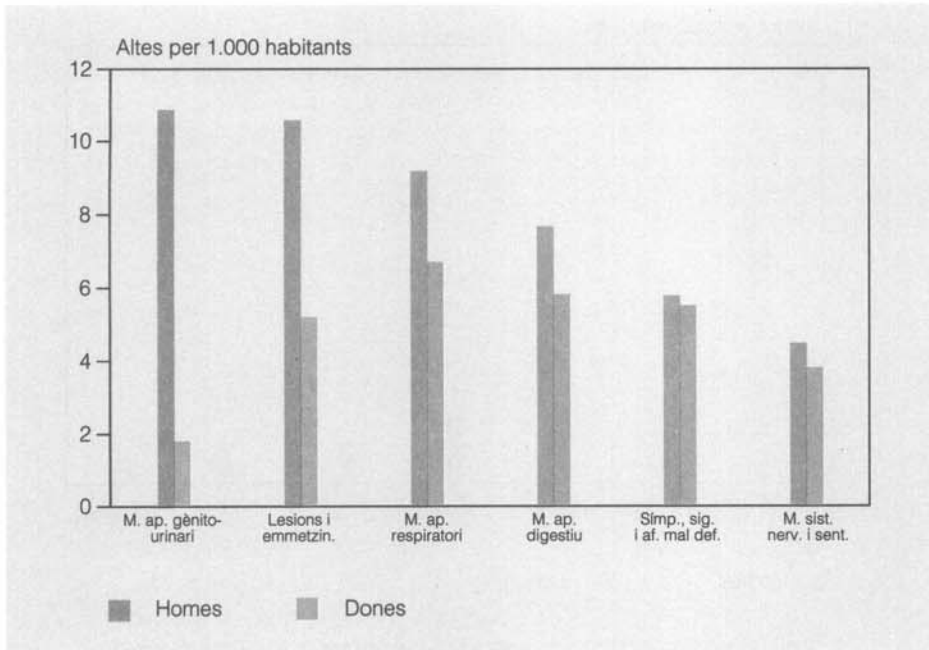
**Principals causes d'hospitalització del grup d'1 a 4 anys d'edat
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

**Principals causes d'hospitalització del grup de 5 a 14 anys d'edat
Catalunya, 1990**

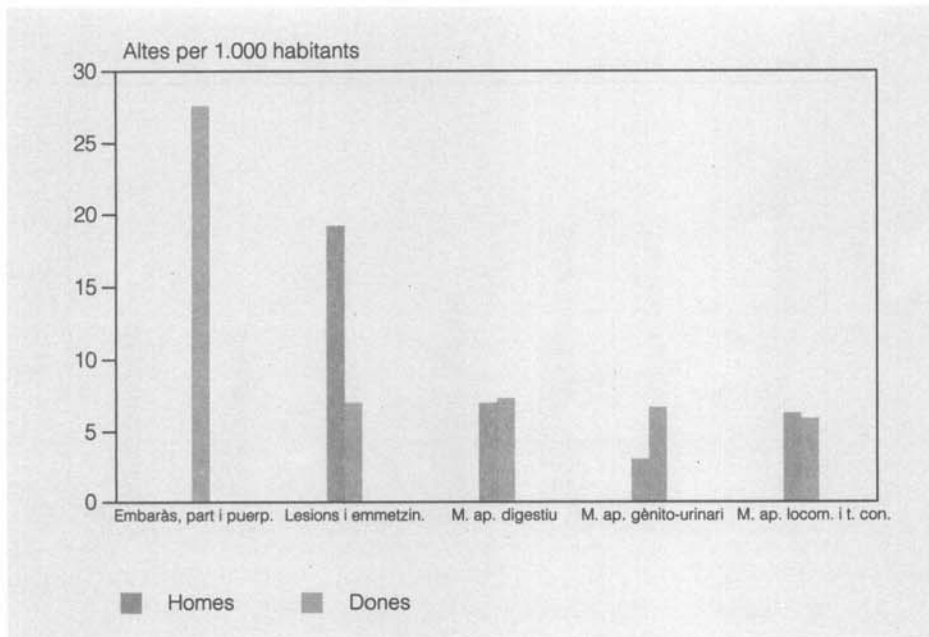
Figura 32



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

**Principals causes d'hospitalització del grup de 15 a 24 anys d'edat
Catalunya, 1990**

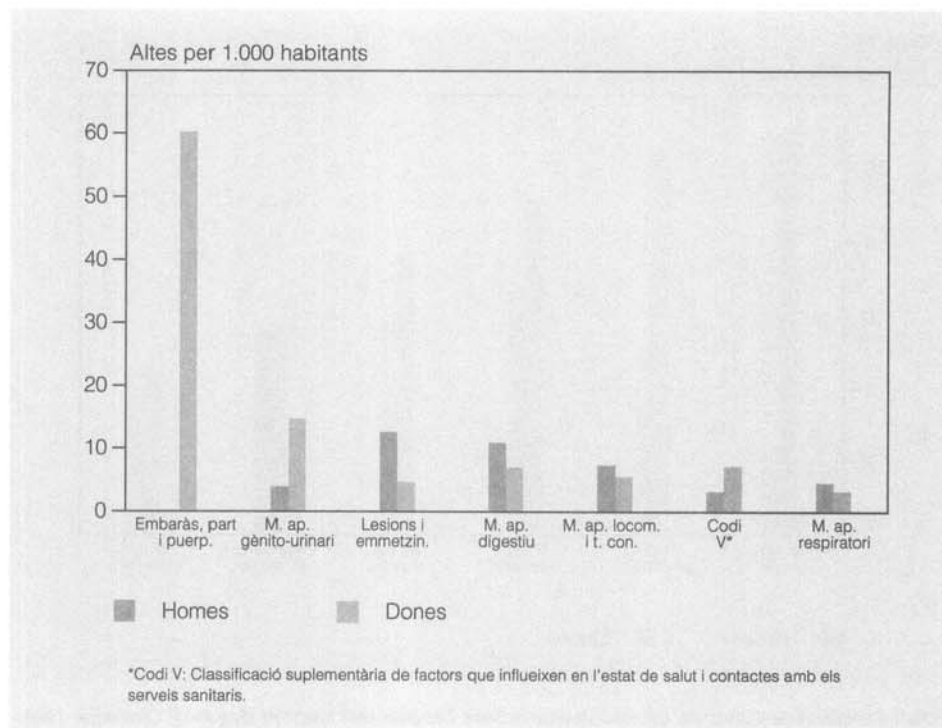
Figura 33



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Figura 34

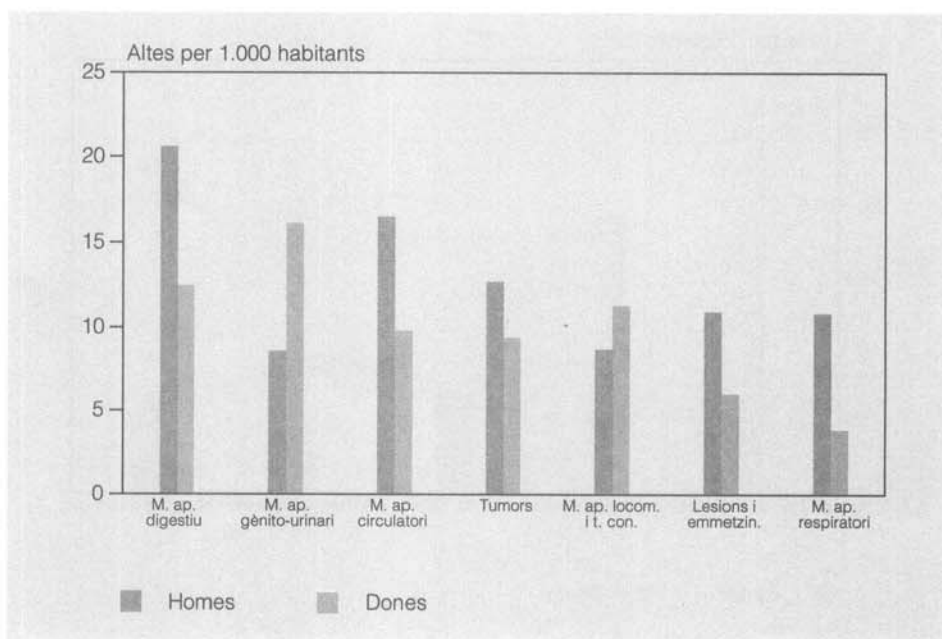
**Principals causes d'hospitalització del grup de 25 a 44 anys d'edat
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Figura 35

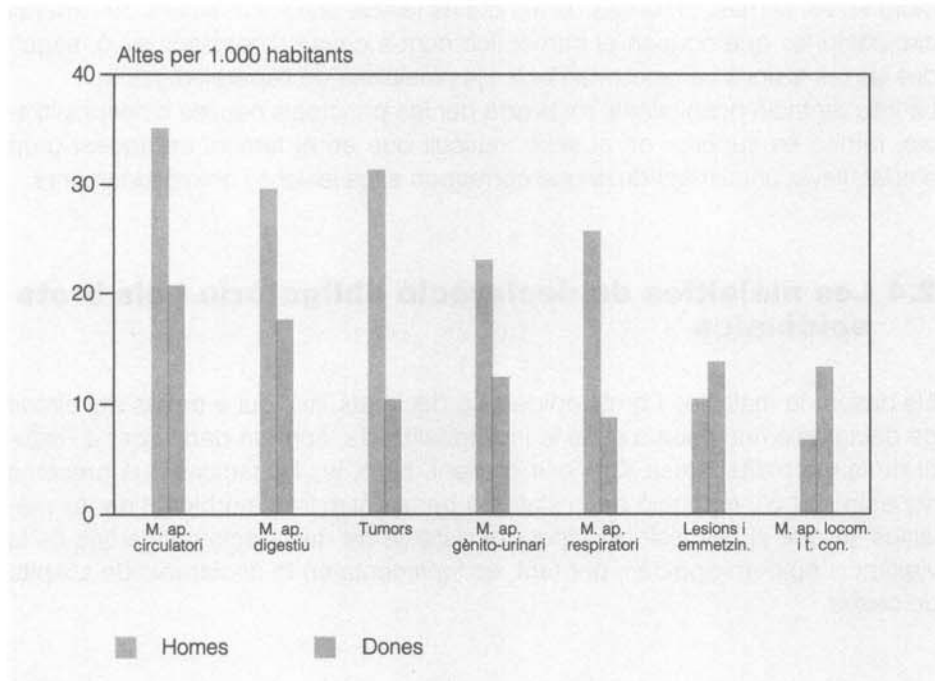
**Principals causes d'hospitalització del grup de 45 a 64 anys d'edat
Catalunya, 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

**Principals causes d'hospitalització del grup de 65 a 74 anys d'edat
Catalunya, 1990**

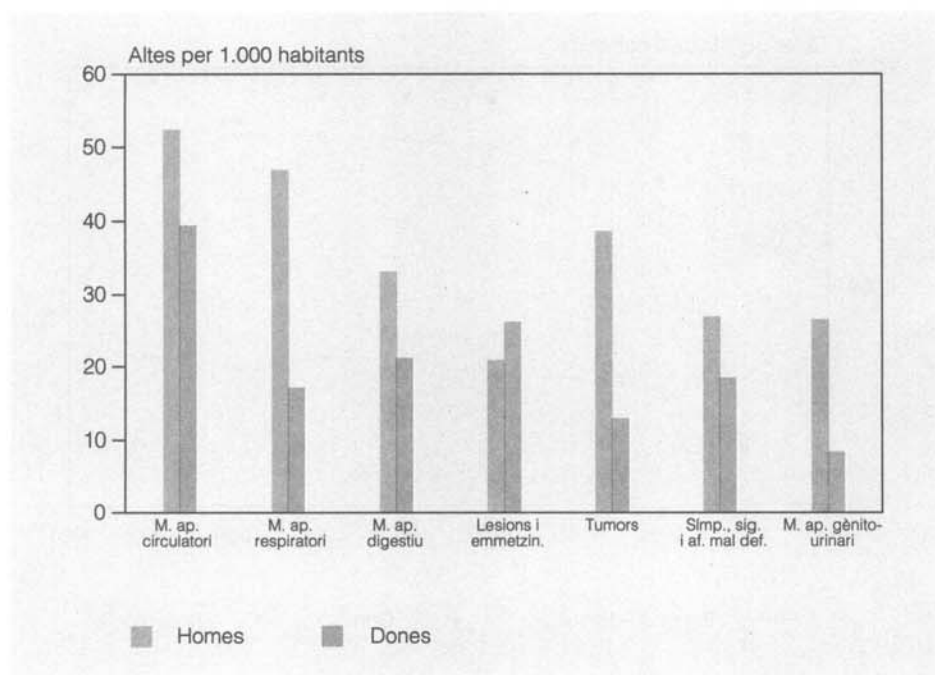
Figura 36



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

**Principals causes d'hospitalització del grup de 75 anys i més d'edat
Catalunya, 1990**

Figura 37



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

En el grup d'edat de 65 a 74 anys s'incrementen les diferències entre ambdós sexes

En els darrers anys de la vida (75 anys i més) és quan la freqüentació hospitalària és més alta, llevat del primer any de vida. Entre les malalties que la motiven (figura 37), sobresurten les dels aparells circulatori i respiratori i els tumors en els homes. En el cas de les dones també són les malalties de l'aparell circulatori les que ocupen el primer lloc com a causa d'hospitalització, seguides de les lesions i emmetzinaments i les malalties de l'aparell digestiu. La freqüentació hospitalària, motivada per les principals causes d'hospitalització, també és superior en el sexe masculí que en el femení en aquest grup d'edat, llevat únicament de la que correspon a les lesions i emmetzinaments.

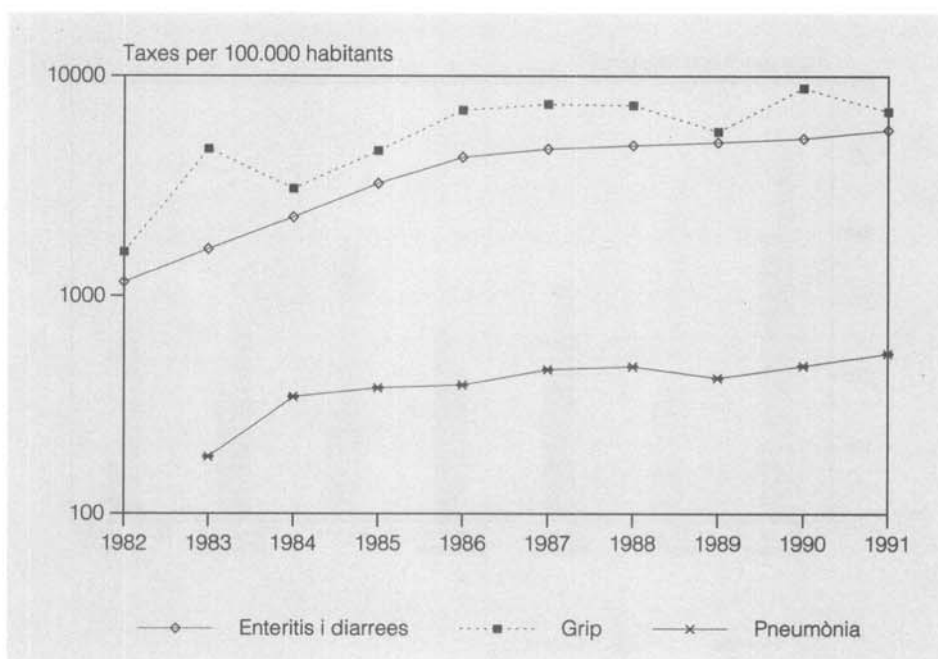
2.4 Les malalties de declaració obligatòria i els brots epidèmics

Les MDO són útils en l'anàlisi de la morbiditat atesa

Els casos de malalties i brots epidèmics declarats, ja sigui a través del circuit de declaració numèrica o el de la individualitzada, aporten dades per a l'estudi de la morbiditat atesa. Cal tenir present, però, les limitacions que presenta aquesta font d'informació quan s'utilitza per a estimar la morbiditat de les malalties, ja que el propòsit principal del sistema de declaració obligatòria és la vigilància epidemiològica i, per tant, es fonamenta en la declaració de sospita de casos.

Figura 38

Incidència acumulada anual de MDO Enteritis i diarrees, grip i pneumònia Catalunya, 1982-1991



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Malalties de Declaració Obligatòria (MDO).

Les malalties de declaració obligatòria

Per a l'anàlisi de les Malalties de Declaració Obligatòria (MDO), s'han seleccionat aquelles que tenen una relació més directa amb els problemes de salut que poden ser objecte d'abordatge prioritari en el Pla de Salut, a partir de les directrius que assenyala el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya.

La incidència acumulada anual de les MDO és molt heterogènia i va des de malalties que presenten taxes properes als 10.000 casos per 100.000 habitants, com la grip en algun any, a altres amb taxes inferiors a la unitat, com la leptospirosi o el tètanus.

El nombre de casos d'enteritis i diarrees declarats oscil·la en els diversos anys, però amb una tendència ascendent (figura 38). La grip, que és la malaltia més freqüent (després de la infecció respiratòria aguda), també presenta un augment del nombre de casos declarats al llarg dels anys. La pneumònia, tot i que té una incidència menor, segueix una tendència ascendent semblant a la de la grip. De tota manera, cal tenir en compte que l'augment que s'observa en el nombre de casos declarats per aquestes malalties segurament reflecteix més una millora en la declaració que un increment de la incidència d'aquestes malalties.

El nombre de casos declarats de tuberculosi pulmonar ha anat disminuint fins a mitjans de la dècada dels anys vuitanta. En els darrers anys les taxes d'incidència acumulada anual són més estables, però amb una lleugera tendència a l'augment, perquè la malaltia creix en determinats col·lectius, com el de les persones afectades per la SIDA, fonamentalment les que són usuàries de drogues per via parenteral.

Pel que fa a les altres MDO, de menor incidència (figura 39), com la febre tifoide i paratifoide i la brucel·losi, el nombre de casos declarats ha anat disminuint durant els darrers 10 anys. Quant a la brucel·losi, les taxes d'incidència acumulades anuals més altes corresponen a les regions sanitàries Lleida i Girona, especialment a les comarques de muntanya, i també en algunes zones de la Regió Sanitària Centre, com l'Osona i el Berguedà.

També ha disminuït la incidència de leptospirosi i hepatitis víriques si es comparen la mitjana dels dos primers anys del període analitzat i la dels dos darrers. De tota manera, per ambdues malalties s'observen taxes oscil·latòries. Pel que fa, en concret, a l'hepatitis les taxes de l'any 1991 són superiors a les de l'any anterior i són les regions sanitàries Tortosa i Tarragona les que presenten una incidència més alta de casos declarats. Per a l'hepatitis B, entre l'any 1990 i el 1991 s'observa un lleuger descens, el qual possiblement estigui motivat per una infranotificació d'aquesta malaltia²¹.

El nombre de casos de paludisme declarats ha augmentat en els darrers 10 anys, i es tracta de casos importats, ja que no hi ha paludisme autòcton.

Pel que fa a les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques (figura 40), disminueixen totes les que tenen una major incidència relativa. La tos ferina és la que presenta la incidència més baixa i la parotiditis la més alta (l'any 1991, la taxa era de 12 i 52 casos declarats per 100.000 habitants, respectivament).

El nombre de casos declarats de tuberculosi pulmonar tendeix a augmentar en els darrers anys

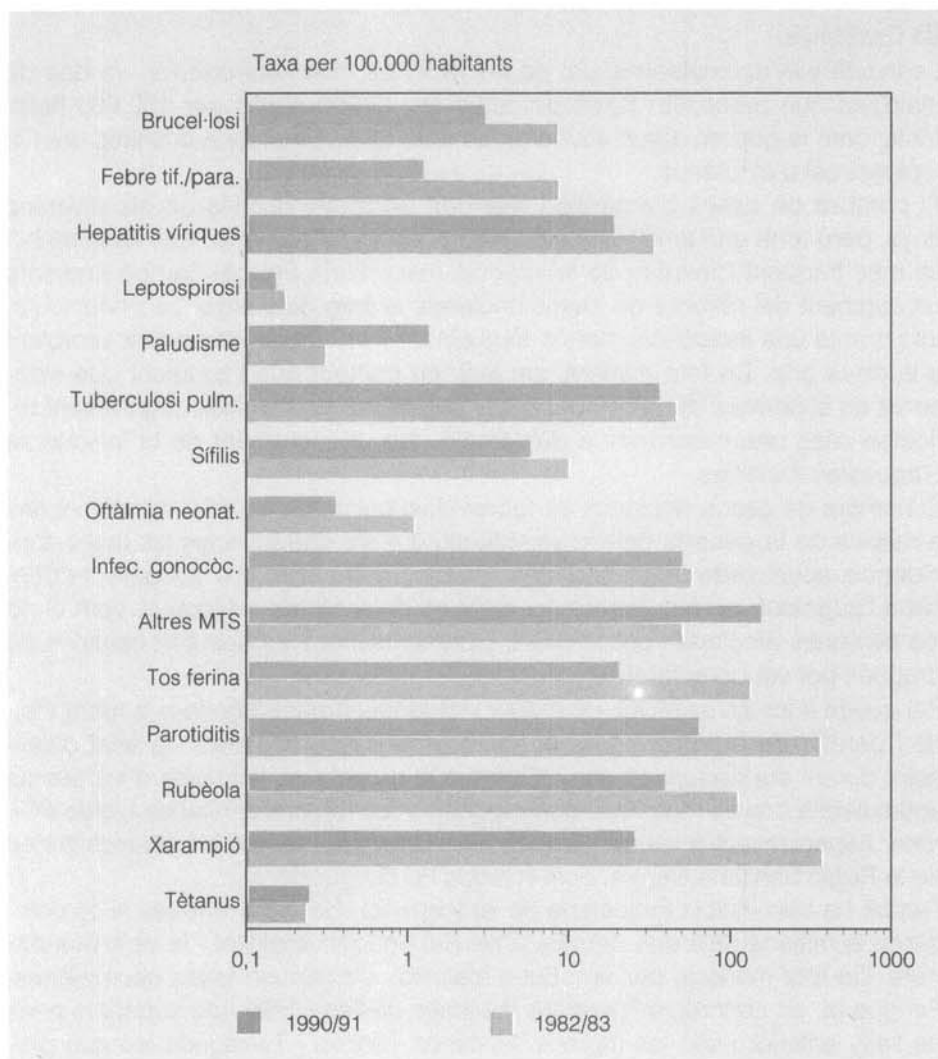
Disminueixen els casos declarats de febre tifoide i paratifoide i de brucel·losi

Disminueixen els casos declarats de malalties prevenibles amb vacunacions sistemàtiques

²¹ Butlletí Epidemiològic de Catalunya, Vol. XIII, juliol 1992 (número extraordinari).

Figura 39

Incidència acumulada anual de MDO
MDO de baixa i mitjana incidència
Catalunya, 1982/83-1990/91



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Malalties de Declaració Obligatòria (MDO).

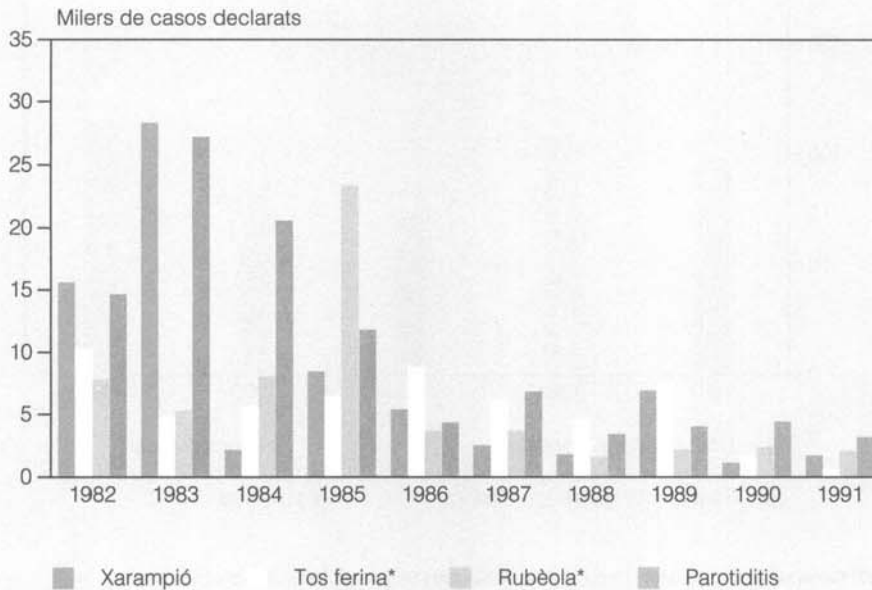
El tètanus es manté per sobre dels 10 casos anuals declarats

S'incrementa la incidència de les malalties de transmissió sexual

Mentre que la diftèria i la poliomièlitis continuen sense mostrar cap cas de declaració, el tètanus encara es manté, en general, per sobre dels 10 casos anuals, cap d'ells però en menors de 10 anys, en el darrer període observat. Les MDO de transmissió sexual en conjunt incrementen la seva incidència, però mentre que la sífilis i la gonocòccia disminueixen, les notificades com Altres Malalties de Transmissió Sexual (Altres MTS) augmenten progressivament.

Incidència acumulada anual de MDO. Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions sistemàtiques (xarampió, tos ferina, rubèola i parotiditis) Catalunya, 1982-1991

Figura 40



*Malalties de declaració obligatòria a partir de 1982.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Malalties de Declaració Obligatòria (MDO).

Els brots epidèmics declarats

El nombre de brots epidèmics declarats ha anat augmentant en els darrers tres anys, especialment el 1991, que ha passat dels 113 de l'any anterior a 163 (figura 41). L'increment s'ha donat principalment en els brots de Toxi-Infecció Alimentària (TIA), d'hepatitis vírica tipus A i de malaltia meningocòccica.

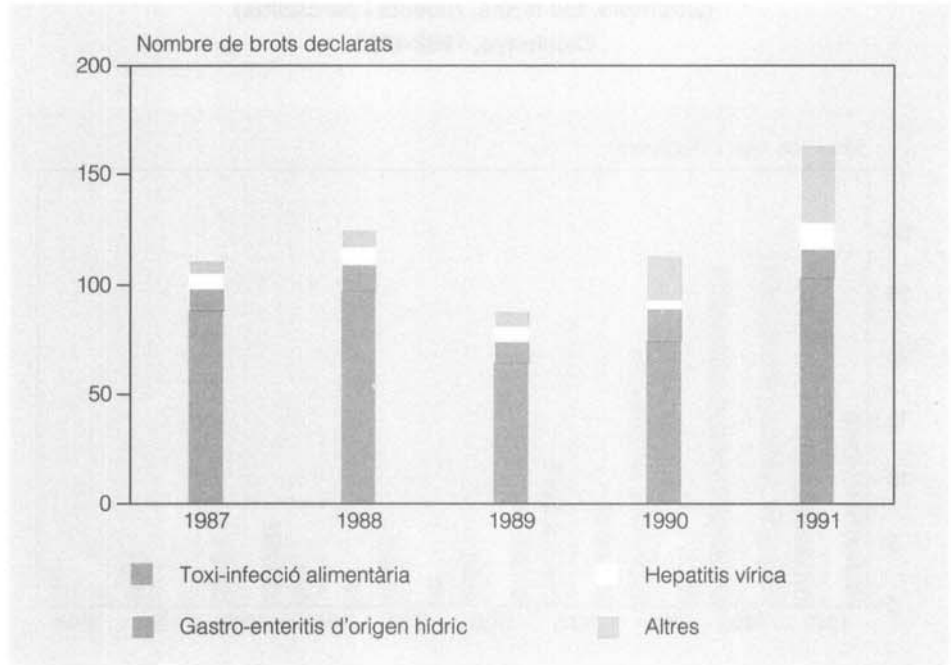
Quant al nombre d'afectats pel conjunt de brots epidèmics declarats, el darrer any tornen a disminuir, tal com ho havien fet fins a l'any 1989 (figura 42). De tota manera, mentre que el nombre d'afectats pels brots de gastro-enteritis d'origen hídric ha baixat, el de les TIA i el de l'hepatitis vírica han crescut.

Les TIA representen, en general, les dues terceres parts dels brots epidèmics declarats, tant en nombre de brots com d'afectats.

Les toxi-infeccions alimentàries constitueixen els principals brots epidèmics declarats

Figura 41

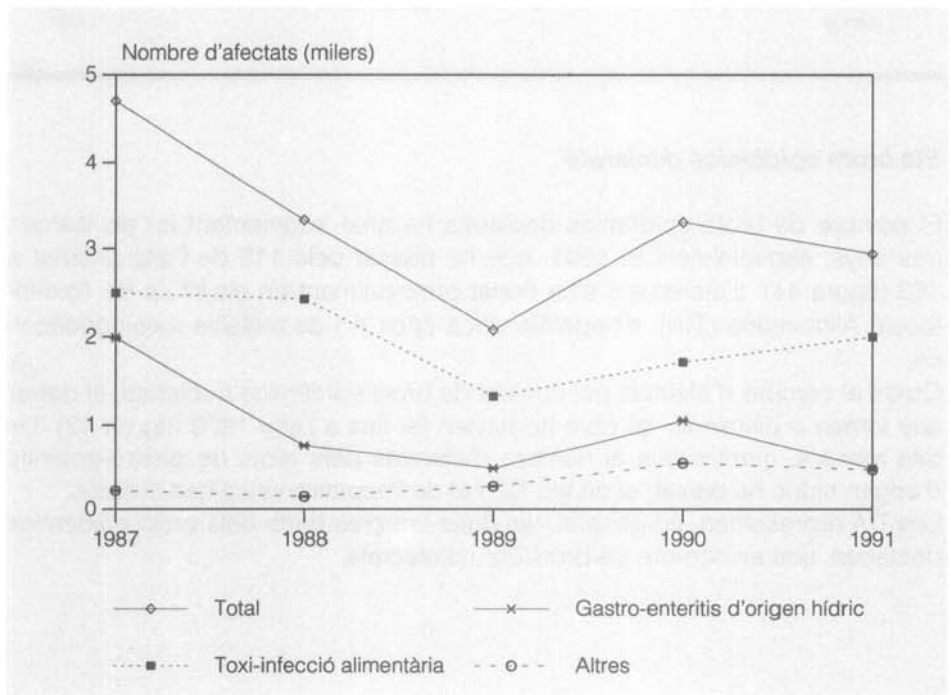
**Brots epidèmics declarats
Catalunya, 1987-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Brots epidèmics.

Figura 42

**Nombre d'afectats per brots epidèmics declarats
Catalunya, 1987-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Brots epidèmics.

2.5 La morbiditat i les minusvàlues de la població atesa en els centres socio-sanitaris

En analitzar l'estructura per edats de la població catalana, al capítol 1.4 s'arribava a la conclusió que, malgrat que la proporció de gent gran a Catalunya encara estava per sota de la que és comuna en l'àmbit de la Comunitat Europea, es va avançant en un procés accelerat d'envelliment.

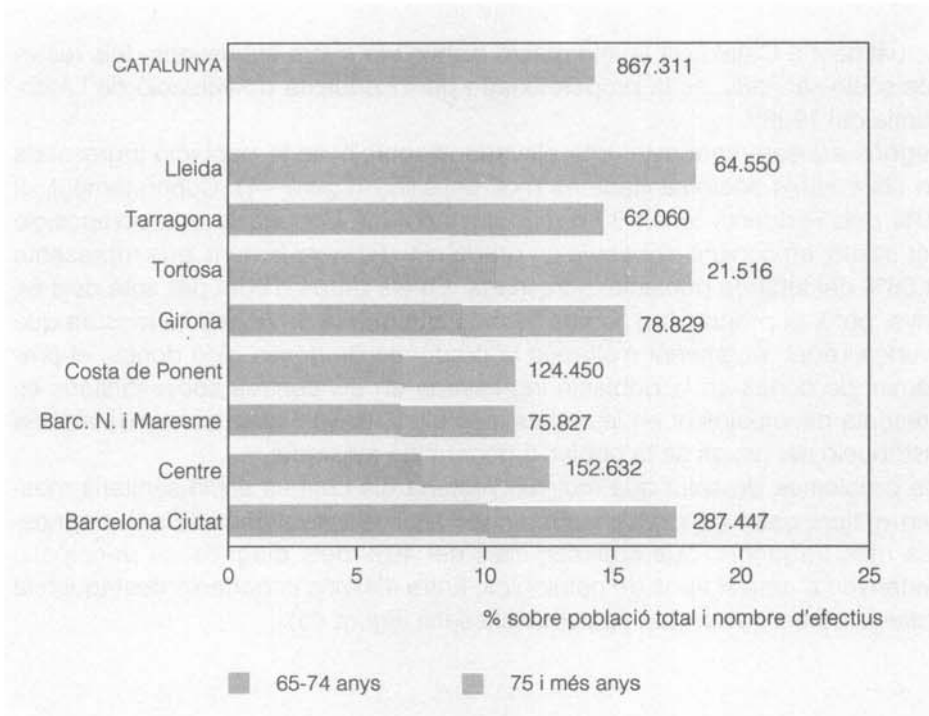
A Catalunya, durant el període que va des de l'any 1975 al 1991, la població de 65 i més anys d'edat s'ha incrementat el 49%, mentre que el volum total de població ho ha fet el 7%. En el darrer quinquenni, la proporció de població de 65 i més anys respecte al total ha passat de l'11% al 14,3% i el volum de població amb edats iguals o superiors als 75 anys s'ha doblat, i ha passat de representar el 4,1% al 9,6% del total de població.

L'increment del pes relatiu de gent gran és un fenomen comú en totes les regions sanitàries. Les diferències entre les regions són força acusades, tant en el nombre absolut de vells com en els percentatges que representen sobre el total de la població (figura 43). Aquests canvis en l'estructura de la població influeixen en la utilització, les característiques i l'adequació dels diferents dispositius assistencials.

Augmenta el nombre i la proporció de gent gran

Població de 65 i més anys per regions sanitàries
Catalunya, 1991

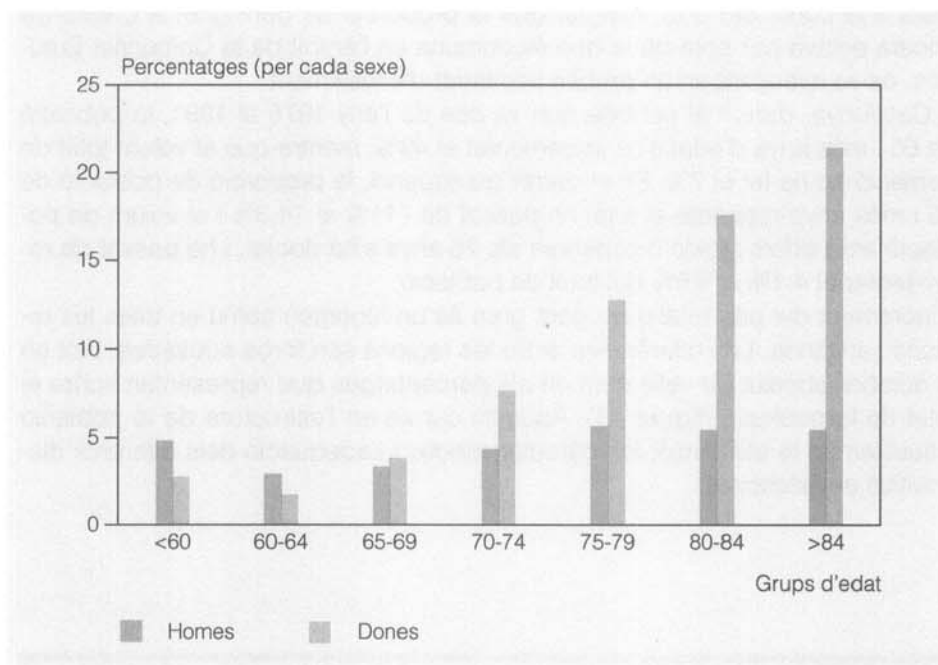
Figura 43



FONT: Institut d'Estadística de Catalunya. Cens de població de 1991.

Figura 44

**Estructura de la població ingressada en els centres socio-sanitaris
Catalunya, 1992**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Avaluació de la dependència dels pacients en establiments socio-sanitaris, 1992.

La població ingressada en els centres socio-sanitaris és molt envellida i predomina el sexe femení

Importància de les patologies cròniques molt invalidants entre la població ingressada en els centres socio-sanitaris

Actualment a Catalunya la informació disponible sobre els usuaris dels recursos socio-sanitaris, és la proporcionada per l'Enquesta d'Avaluació de l'Autonomia del 1992²².

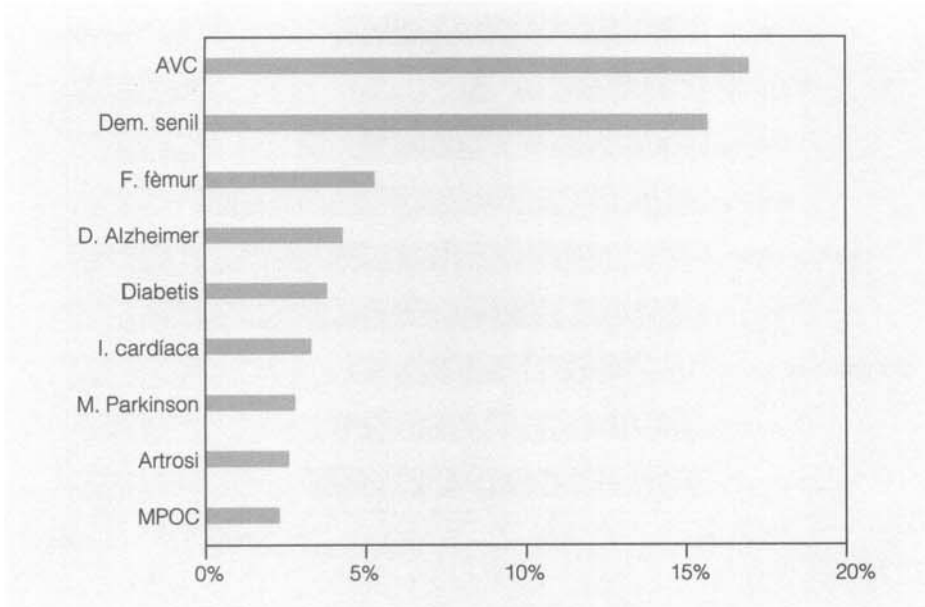
Segons aquesta enquesta, una elevada proporció de la població ingressada en els centres socio-sanitaris és molt envellida (figura 44). Concretament, el 50% dels residents tenen 80 o més anys d'edat. Pel que fa a la composició per sexes, en conjunt s'observa un predomini del sexe femení, que representa el 68% del total de població ingressada. En els grups d'edat per sota dels 64 anys, però, la proporció d'homes és més alta que la de dones i a mesura que avança l'edat, augmenta molt més la proporció de dones. Així doncs, el predomini de dones en la població ingressada en els centres socio-sanitaris es presenta principalment en les edats més altes, la qual cosa concorda amb la distribució per sexes de la població general de més edat.

Els problemes de salut que motiven l'estada als centres socio-sanitaris mostren el típic patró de malalties cròniques altament invalidants. Els 9 diagnòstics més freqüents, que suposen més del 40% dels diagnòstics principals, pertanyen a aquest tipus de patologies. Entre els més importants destaquen la malaltia cerebro-vascular i la demència senil (figura 45).

²² Aquesta font d'informació, elaborada pel Programa Vida als Anys, recull les característiques dels usuaris que estaven ingressats en els centres socio-sanitaris a l'any 1992.

**Diagnòstics principals més freqüents de la població ingressada
en els centres socio-sanitaris
Catalunya, 1992**

Figura 45



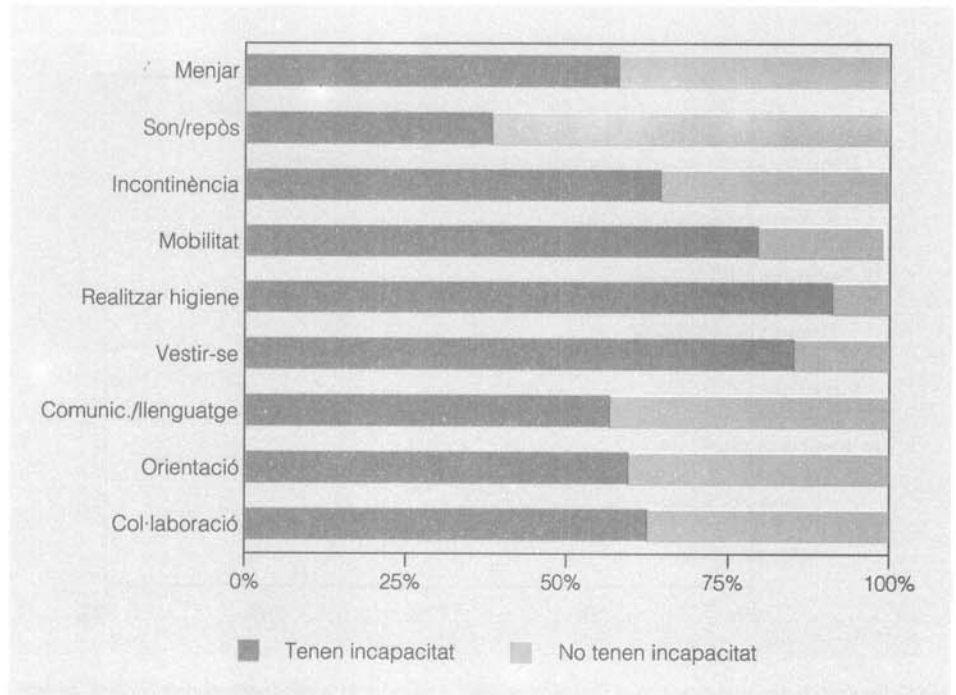
FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Avaluació de la dependència dels pacients en establiments socio-sanitaris, 1992.

Pel que fa als problemes en la realització de les Activitats de la Vida Diària (AVD), s'observa una elevada proporció, superior al 75%, de persones amb incapacitats per a les activitats més bàsiques, com ara les de la higiene corporal, les de vestir-se o les de mobilitat (figura 46). Aquesta descripció es correspon bastant bé amb el patró de problemes de salut més freqüents entre la població ingressada en els centres socio-sanitaris, esmentat anteriorment. D'altra banda, s'observa que una elevada proporció de persones ingressades presenten problemes de tipus relacional i, també, requereixen tractament específic per alteracions del comportament (figures 47 i 48).

Importància dels problemes
per al desenvolupament de les
activitats quotidianes

Figura 46

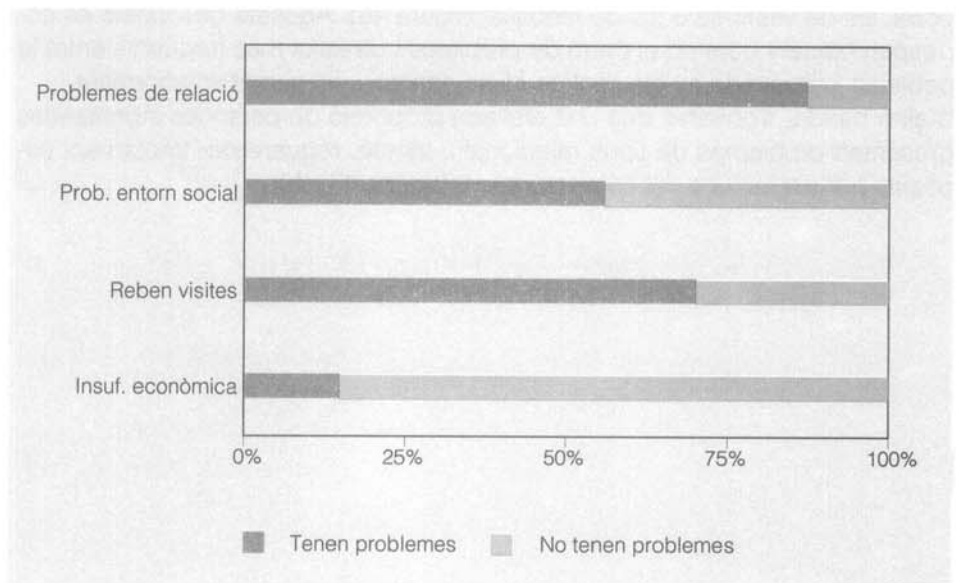
Incapacitat per realitzar les Activitats de la Vida Diària entre la població ingressada en els centres socio-sanitaris Catalunya, 1992



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Avaluació de la dependència dels pacients en establiments socio-sanitaris, 1992.

Figura 47

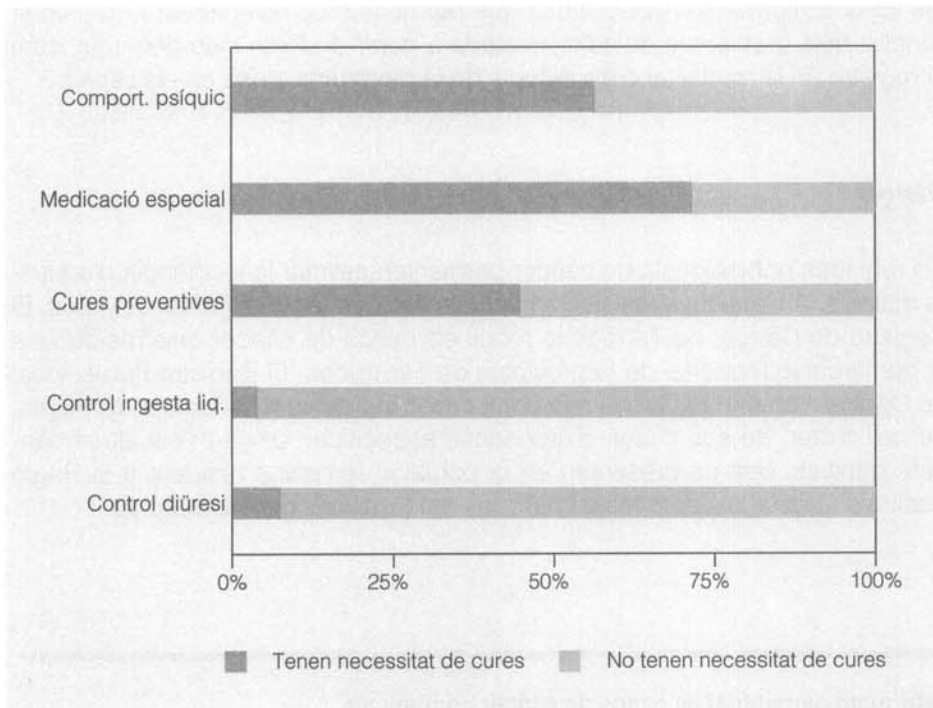
Problemes socials i relacionals de la població ingressada en els centres socio-sanitaris Catalunya, 1992



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Avaluació de la dependència dels pacients en establiments socio-sanitaris, 1992.

**Necessitat de cures especials de la població ingressada
en els centres socio-sanitaris
Catalunya, 1992**

Figura 48



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Avaluació de la dependència dels pacients en establiments socio-sanitaris, 1992.

2.6 Morbiditat per algunes malalties específiques

Els registres poblacionals i les enquestes permeten aproximar-nos a la morbiditat de la població

Actualment existeixen registres poblacionals i enquestes que recullen informació sobre les persones afectades per determinades malalties.

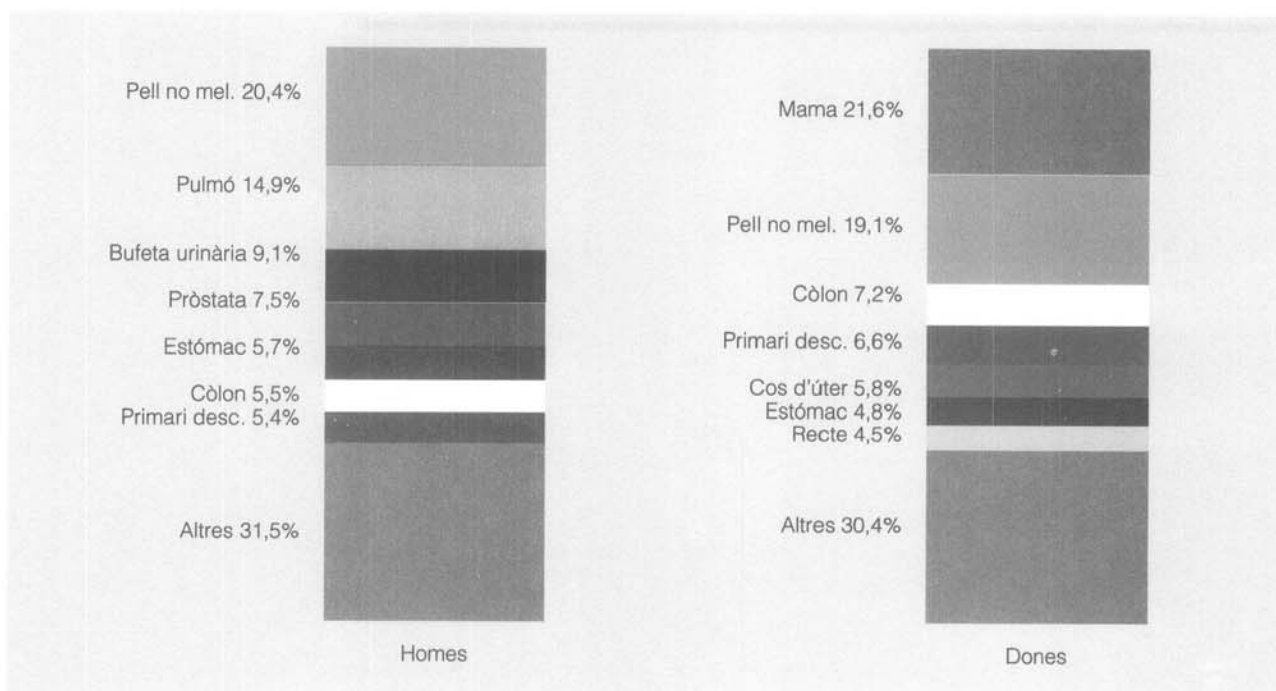
Per al coneixement de l'estat de salut de la població cal comptar amb aquestes fonts d'informació específiques que permeten complementar i aprofundir l'anàlisi dels problemes de salut, iniciada a partir de fonts més generals, com el registre de la mortalitat o els estudis de la morbiditat atesa en els serveis.

Càncer

Els registres poblacionals de càncer permeten estimar la incidència d'aquesta malaltia. A Catalunya, existeixen actualment dos registres d'aquest tipus. El Registre de Càncer de Tarragona recull els casos de càncer dels residents a la demarcació territorial de la província de Tarragona. El Registre Poblacional de Càncer Femení de Girona recull els casos incidents dels tumors de mama, de coll d'úter, de cos d'úter, d'úter sense especificar, d'ovari i els altres càncers genitals, que es presenten en la població femenina resident a la Regió Sanitària Girona, excepte les comarques del Ripollès i de la Cerdanya.

Figura 49

Distribució percentual de casos de càncer comunicats al Registre de Càncer de Tarragona, 1984-1987



FONT: Associació Espanyola contra el Càncer. Registre poblacional de càncer de Tarragona.

Segons les dades del Registre de Càncer de Tarragona²³, prenent com a referència el període 1984-1987, la taxa bruta d'incidència anual és de 331,7 casos per 100.000 habitants en el sexe masculí i de 254,6 casos per 100.000 habitants en el sexe femení, excloent els càncers de pell que no són melanoma i el carcinoma «in situ» de coll uterí. Si s'assumeix que la incidència de càncer a Catalunya és comparable amb la de Tarragona, fent extrapolació, el nombre de nous casos de càncer a Catalunya seria aproximadament de 18.000 per a ambdós sexes i per any.

Els tipus de càncer més freqüents (figura 49), segons les dades de l'esmentat registre, són el de pell no melanoma i el de pulmó, seguits del de bufeta urinària i el de pròstata, en els homes. En el cas de les dones els tipus de càncer més freqüents són el de mama, el de pell no melanoma i el de còlon.

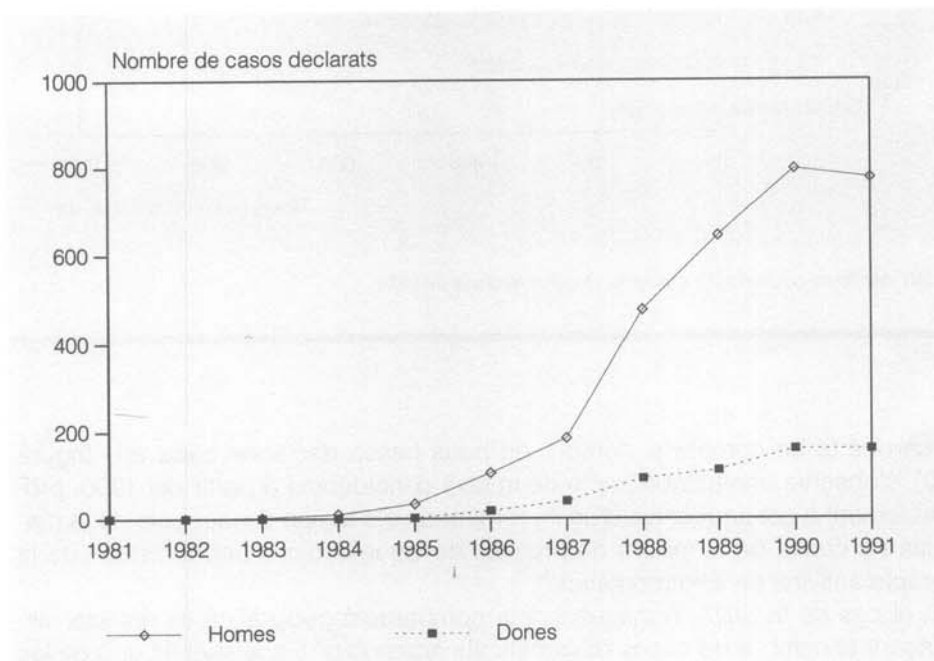
Els càncers de pell no melanoma i de pulmó, en els homes, i els de mama i de pell no melanoma, en les dones, són els de major incidència

SIDA

El nombre de casos de la SIDA declarats al registre poblacional de casos de SIDA a Catalunya des del darrer trimestre de 1981, quan es va diagnosticar el primer cas a Barcelona, fins al 30 de novembre de 1992, ha estat de 4.181 pel que fa a persones residents a Catalunya. La incidència acumulada és de 696 casos per milió d'habitants.

**Evolució del nombre de casos de SIDA declarats
Catalunya, octubre 1981 - desembre 1991**

Figura 50

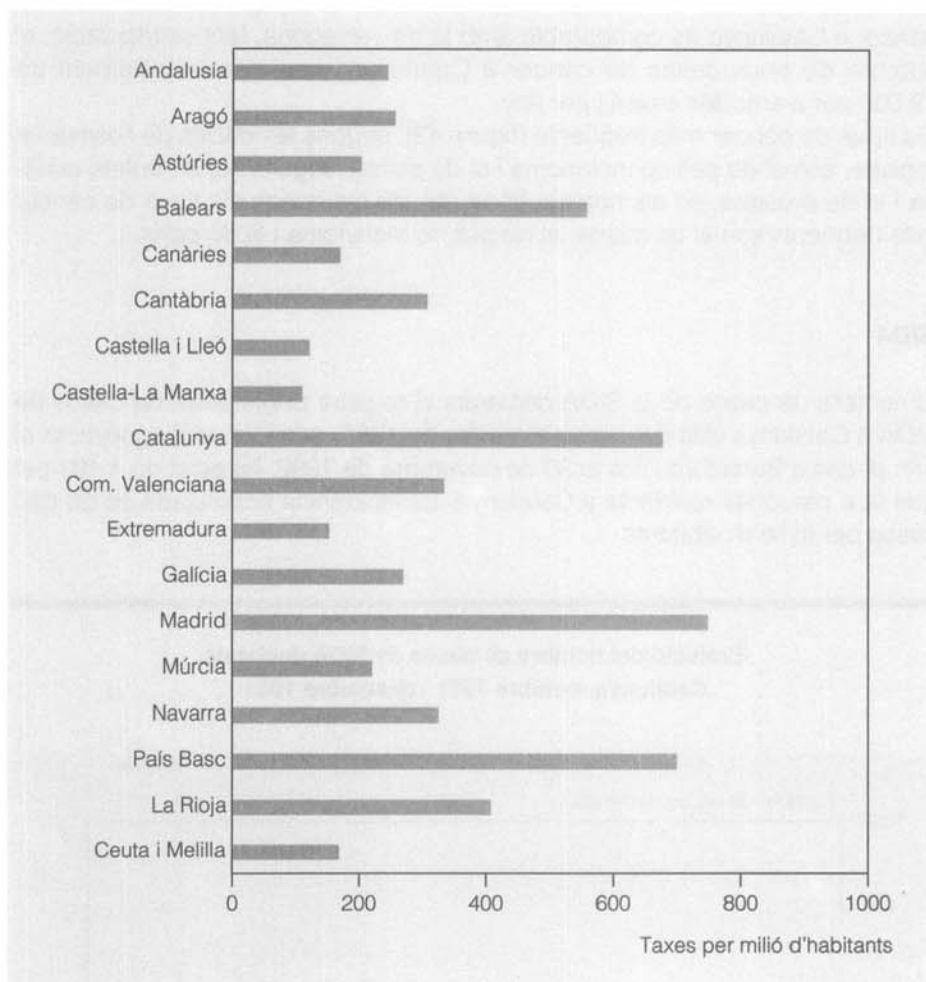


FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de casos de SIDA.

²³ Borràs, J. Incidència de càncer a Tarragona 1980-1989. Tesi doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. 1992.

Figura 51

Taxes d'incidència acumulada de SIDA per comunitats autònomes
fins al 30 de setembre de 1992



FONT: Ministerio de Sanidad y Consumo. Registro Nacional de SIDA.

La incidència de la SIDA
a Catalunya és
comparativament alta

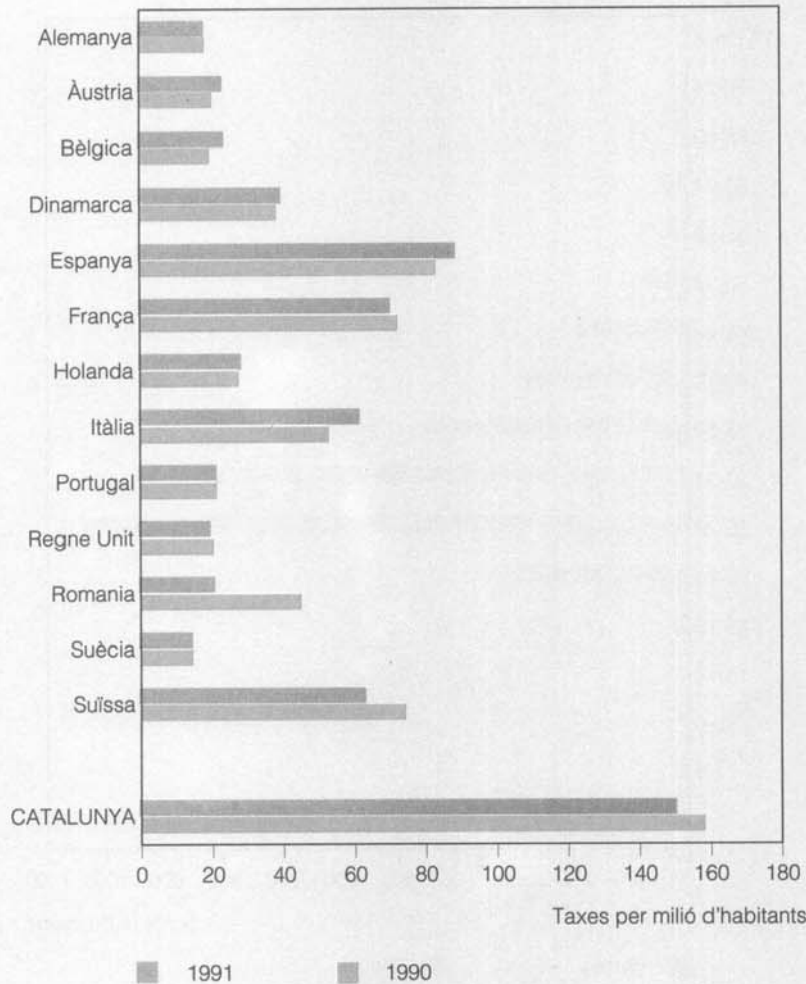
Quan es té en compte el nombre de nous casos declarats cada any (figura 50), s'observa una estabilització de la taxa d'incidència a partir del 1990, probablement a conseqüència d'un increment en els temps d'incubació de la malaltia i a causa de la millora de profilaxi de les infeccions oportunistes i de la teràpia antiviral en asimptomàtics²⁴.

En el cas de la SIDA, habitualment la comparació geogràfica es realitza mitjançant el nombre de casos diagnosticats acumulats. Catalunya és una de les comunitats autònomes de l'Estat i un dels països europeus amb una taxa d'incidència acumulada més alta (figures 51 i 52). Cal tenir en compte, però, que

²⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa per a la Prevenció i el Control de la SIDA. 1992.

**Taxes d'incidència de casos de SIDA diagnosticats els anys
1990 i 1991 per països europeus,
declarats fins al 30 de setembre de 1992**

Figura 52



FONT: European Centre for the epidemiological monitoring of AIDS. Informe trimestral núm. 35, setembre 1992. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de casos de SIDA.

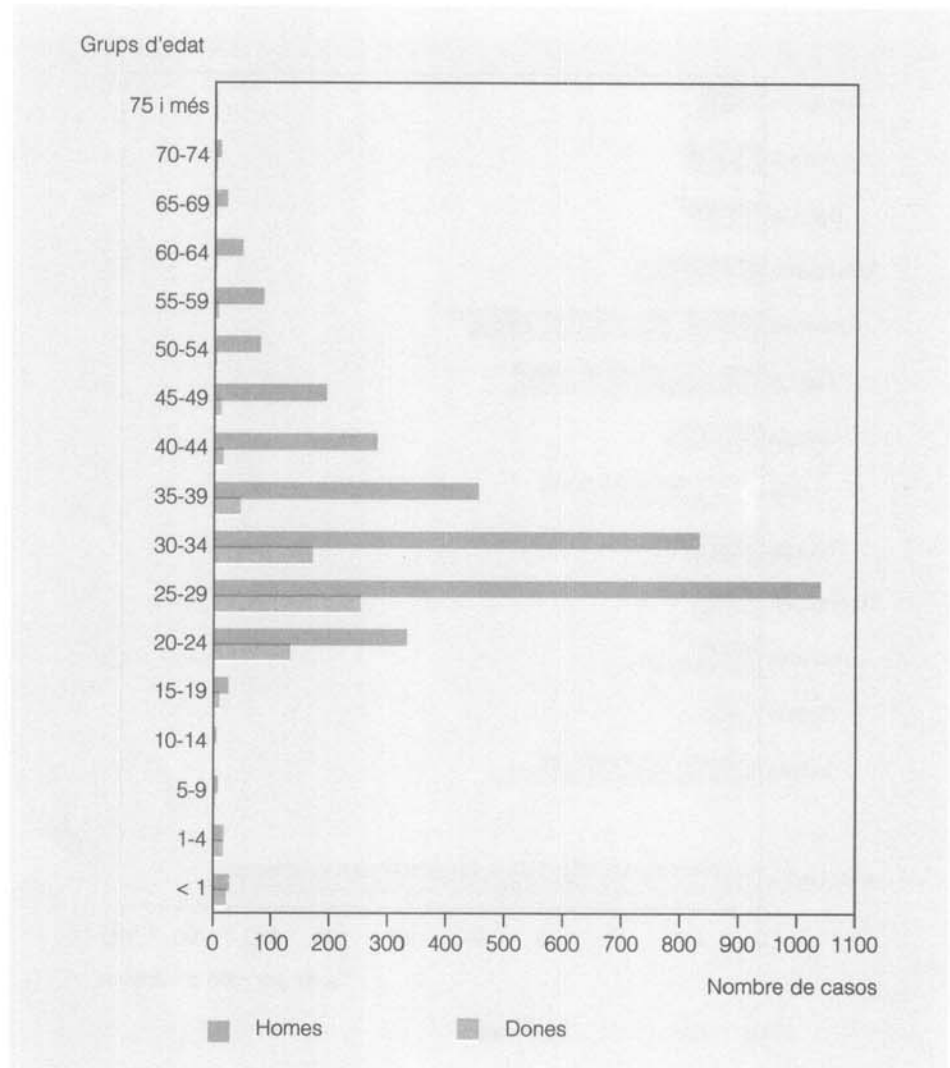
la SIDA, pels seus mecanismes de transmissió, es concentra en àrees urbanes i per tant els països amb una major proporció de població agrupada en grans nuclis urbans són susceptibles de tenir una taxa més alta. Un factor que també cal tenir en compte és el tipus i la qualitat dels sistemes d'informació que existeixen a cada lloc. El fet que a Catalunya la SIDA sigui una MDO i que s'utilitzi un sistema de vigilància epidemiològica activa fa que els nivells de validesa i exhaustivitat de la informació recollida siguin millors que en altres àrees.

Del total de casos declarats de residents a Catalunya fins al 30 de novembre de 1992, es té constància que el 53,6% (2.243 casos) han mort. La supervivència mediana ha augmentat progressivament des del començament de

La supervivència dels afectats per la SIDA ha augmentat progressivament

Figura 53

**Distribució dels casos de SIDA per grup d'edat i sexe
Catalunya, octubre 1981 - novembre 1992**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de casos de SIDA.

La SIDA afecta principalment a la població jove

L'ús de drogues per via parenteral és la forma més important de transmissió de la SIDA a Catalunya

l'epidèmia. En el període 1981-1986 era de 242 dies i en el període 1989-1990 va passar a ser de 772 dies.

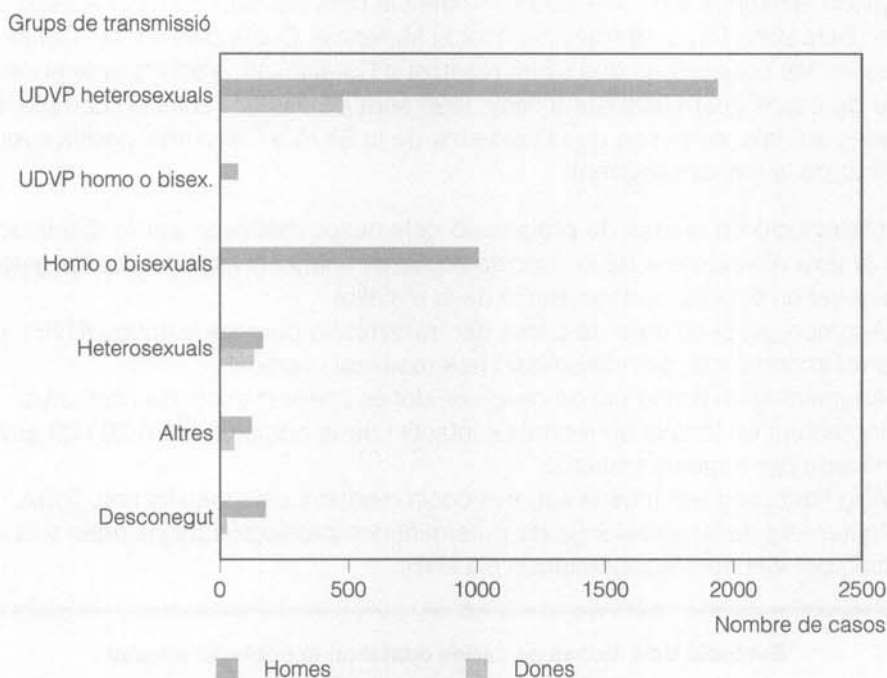
La SIDA es presenta de manera predominant en el sexe masculí (figura 53), al qual correspon el 83,2% dels casos declarats. No obstant, s'observa una lleugera tendència a la disminució de la proporció corresponent als homes, a favor de la de les dones.

Pel que fa a l'edat, la SIDA afecta bàsicament la població jove. Entre els 20 i els 39 anys es concentren el 78% dels casos declarats i en el grup d'edat entre els 25 i els 34 anys, el 54,9%.

Fins al 30 de novembre de 1992 el grup de transmissió més nombrós és el dels Usuaris de Drogues per Via Parenteral (UDVP), que representen el 59,6% de tots els casos (figura 54). El segon grup és el d'homes amb pràctiques ho

**Distribució de casos de SIDA per grup de transmissió i sexe
Catalunya, octubre 1981 - novembre 1992**

Figura 54



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de casos de SIDA.

mossexuals o bisexuals, als quals corresponen el 24% del total de casos i el 28,9% dels casos en el sexe masculí. El grup de persones que han adquirit la infecció per transmissió heterosexual aplega el 7,2% del total de casos i en concret per a les dones aquest grup representa el 19,2%. Al començament de l'epidèmia el nombre de casos més elevat es diagnosticava en homes amb conductes homosexuals o bisexuals, però des de l'any 1985 els UDVP han estat el primer grup de transmissió, la qual cosa ha motivat, d'altra banda, que a partir del 1988 es comencés a detectar un increment del nombre de casos per transmissió heterosexual. De fet, a Catalunya, aproximadament el 80% dels casos per transmissió heterosexual s'han contagiats a partir de contactes amb UDVP.

La introducció sistemàtica del cribratge de les donacions sanguínies i dels productes plasmàtics ha fet que en els darrers anys no s'hagin produït nous contagis per aquestes vies de transmissió i, per tant, els casos de SIDA en receptors de sang o productes sanguinis siguin cada cop menys freqüents.

Pel que fa als casos pediàtrics (menors de 13 anys), s'han enregistrat un total de 101 casos fins al 30 de novembre de 1992. Cal destacar el fet que el 87% de tots els casos pediàtrics han adquirit la malaltia per transmissió vertical, és a dir, a partir de mares infectades pel Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH). La meitat d'aquests nens són fills de mares UDVP i el 25% fills de mares que havien adquirit la infecció per relacions heterosexuals.

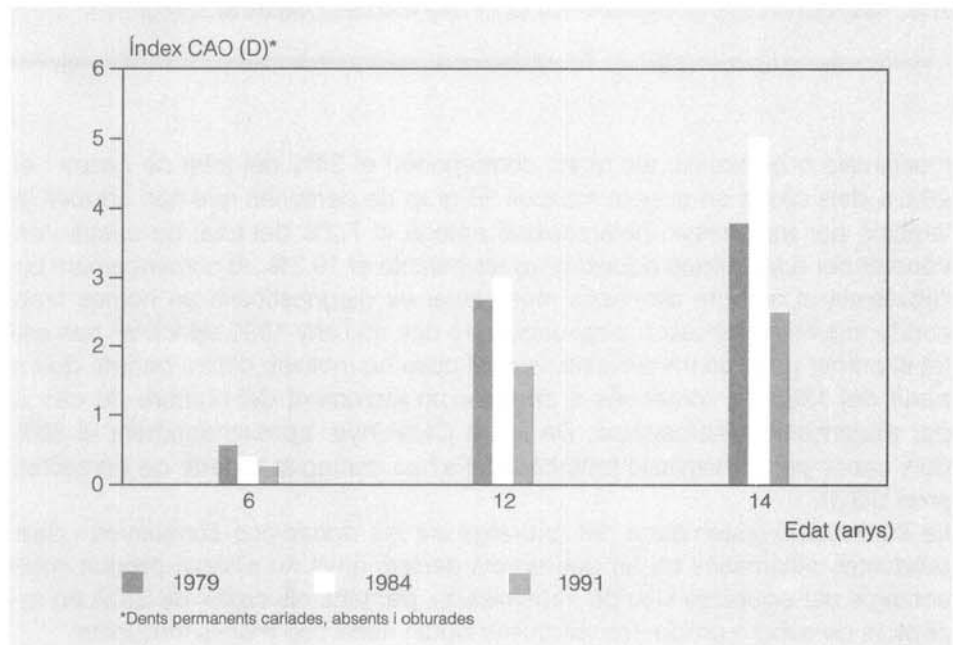
Barcelona Ciutat, Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent i Centre són les regions sanitàries amb una major incidència de la SIDA

La distribució del nombre de casos de SIDA no és uniforme geogràficament i es relaciona amb la població amb conductes de risc per a la transmissió del VIH. Així, doncs, igual que en la resta de països on la principal via de transmissió és l'ús compartit de material d'injecció o les relacions sexuals entre homes, els casos de SIDA es concentren en les àrees urbanes. A Catalunya, les regions sanitàries amb una taxa d'incidència més elevada són, per aquest ordre, Barcelona Ciutat, Barcelonès Nord i Maresme, Costa de Ponent i Centre. Segons les projeccions que s'han realitzat a Catalunya²⁵, s'estima que el nombre de casos acumulats per a l'any 1996 serà de 9.000. Tenint en compte les dades actuals, es pensa que l'epidèmia de la SIDA a Catalunya podria evolucionar de la manera següent:

- Disminució en la taxa de progressió dels casos motivada per la disminució en la taxa d'incidència de la infecció en determinats col·lectius i per l'augment observat en el període d'incubació de la malaltia.
- Augment en el nombre de casos per transmissió parenteral entre UDVP i, en menor importància, per transmissió heterosexual i vertical.
- Augment en la proporció de casos en dones i nens menors de cinc anys.
- Increment en la taxa de mortalitat infantil i de la població entre 20 i 39 anys, motivada per aquesta malaltia.
- Augment progressiu de la supervivència mediana dels malalts amb SIDA.
- Increment de la prevalença de determinades patologies associades a la infecció pel VIH com la tuberculosi i els LNH.

Figura 55

**Evolució dels índexs de càries dental en la població escolar
Catalunya, 1979-1984-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevalença de càries entre els escolars de Catalunya, 1979, 1984 i 1991.

²⁵ Casabona, J.; Salas, T.; Rodés, A. et al. Característiques i evolució de l'epidèmia de la SIDA a Catalunya. Salut Catalunya, Vol. 6, núm. 4, 1992.

Càries dental

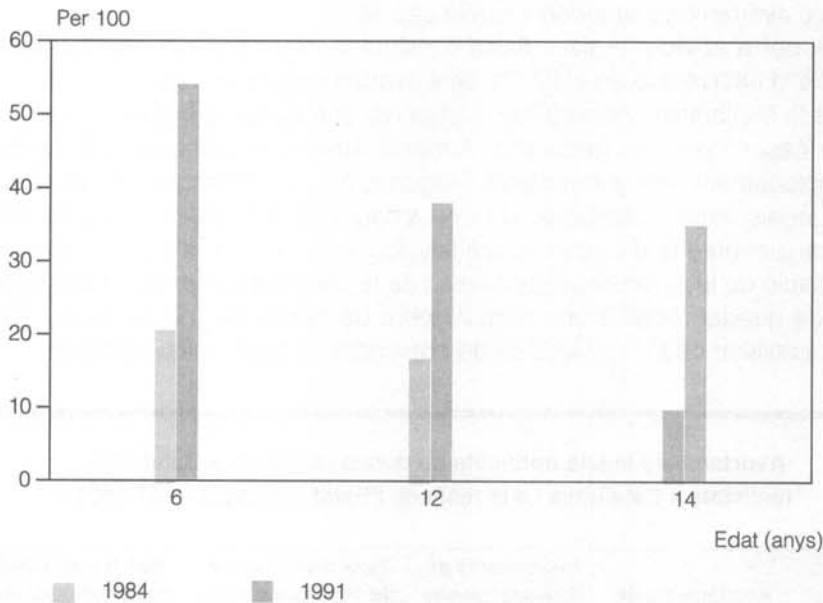
A Catalunya, els estudis epidemiològics^{26,27} realitzats en la població escolar, els anys 1979, 1984 i 1991, han permès conèixer la distribució i l'evolució de la malaltia en aquest grup de població.

Els resultats d'aquests estudis evidencien que entre els anys 1979 i 1984 es va registrar una tendència creixent en els indicadors de càries. L'índex CAO (D)²⁸, en els escolars de 12 anys, va passar de ser de 2,66 el 1979 a ser de 2,98 el 1984. Tanmateix, els resultats de l'estudi realitzat l'any 1991 revelen una disminució important de la prevalença de càries dental, essent 1,7 l'índex CAO (D) en els escolars de 12 anys (el Document marc estableix com objectiu per a l'any 2000, que l'índex CAO (D) per aquesta edat sigui inferior a 2) (figura 55). Els esmentats estudis també mostren un increment important en la proporció d'escolars lliures de càries (figura 56). El percentatge d'escolars, de 12 anys d'edat, ha passat del 17% al 38%, entre els anys 1984 i 1991.

En els darrers anys ha disminuït la prevalença de càries dental en la població escolar

**Població escolar lliure de càries dental
Catalunya, 1984-1991**

Figura 56



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Prevalença de càries entre els escolars de Catalunya, 1984 i 1991.

²⁶ Cuenca, E.; Canela, J.; Salleras, L. Prevalença de la càries en els escolars de Catalunya. *Salut Catalunya*, 1988, 2:60-63.

²⁷ Cuenca, E.; Batalla, J.; Manau, C.; Taberner, J.L.; Salleras, L.I. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Catalunya. 1a. parte. *Archivos de Odontostomatología Preventiva y Comunitaria*, Volumen 4, número 1, Enero-Junio 1992.

²⁸ Dents permanents cariades, absents i obturades.

Interrupcions voluntàries de l'embaràs

Existeix un registre de les interrupcions voluntàries de l'embaràs realitzades en centres acreditats

Quasi bé totes les interrupcions voluntàries de l'embaràs es realitzen en centres de Barcelona

Cal potenciar la planificació familiar i així disminuir el nombre d'interrupcions voluntàries de l'embaràs

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, mitjançant un registre específic, recull la informació sobre totes les Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs (IVE) realitzades a Catalunya en centres acreditats per practicar aquesta intervenció. El nombre total d'IVE realitzades en centres acreditats a Catalunya durant l'any 1991 ha estat de 9.214. El 83,9% de les dones que han avortat resideixen a Catalunya, el 15,7% són d'altres comunitats autònomes i el 0,4% resideixen a l'estranger.

Gairebé la totalitat d'aquestes IVE, concretament el 99,7%, s'han efectuat als centres de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat. L'edat mitjana de les dones que han avortat és de 28,2 anys i el grup d'edat al qual correspon el percentatge més elevat d'avortaments és el de les dones de 20 a 24 anys, amb el 27,8% del total de casos. El 10,2% de les dones que han avortat tenen menys de 20 anys i el 8% en tenen 40 o més.

Al voltant de la meitat de les dones que han avortat manifesten que conviuen en parella i quant a l'estat civil, el 52,5% dels casos corresponen a dones solteres i el 38,3% a dones casades.

El 47,5% de les dones que han avortat han acudit, en els dos darrers anys, a un centre de planificació familiar per a la indicació o el control de mètodes contraceptius. Pel que fa als antecedents obstètrics, el 43,5% de les dones no tenen cap fill ni han tingut cap avortament anterior, el 30,1% tenen 1 o 2 fills i tampoc han tingut cap avortament anterior i un 8,2% correspon a dones amb un o dos avortaments anteriors i sense cap fill.

El perill per a la vida, la salut física o psíquica de la dona és l'adduït com a motiu de la intervenció en el 97,7% dels avortaments notificats.

Des de la implantació del registre, s'observa una evolució creixent en el nombre de casos notificats (taula 25). Aquesta tendència reflecteix, bàsicament, un desplaçament dels avortaments il·legals o fets a l'estranger cap als avortaments legals fets a Catalunya. Un cop s'hagi reduït l'impacte d'aquest fenomen, cal preveure que s'estabilitzarà l'evolució del nombre d'IVE i mitjançant la potenciació de les mesures educatives i de la planificació familiar, l'avortament haurà de quedar reduït a un mínim nombre de casos, ja que ha de ser l'últim recurs a utilitzar quan les mesures de prevenció no hagin estat efectives.

Taula 25

Avortaments legals notificats de dones residents a Catalunya, realitzats a Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol, 1987-1991

Any	Avortaments de dones catalanes a Catalunya	Avortaments de dones catalanes a la resta de l'Estat	Taxa d'avortament de dones catalanes per 1.000 dones de 15-44 anys	Raó d'avortament de dones catalanes per 100 nascuts vius
1987	175	401	0,4	1,0
1988	233	444	0,5	1,2
1989	3.554	440	3,0	7,0
1990	6.678	303	5,2	12,4
1991*	7.726		5,7	13,8

* Manquen les dades de les dones residents a Catalunya que van avortar a la resta de comunitats autònomes de l'Estat espanyol, any 1991.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Interrupció voluntària de l'embaràs.

Insuficiència renal terminal

El Registre Poblacional de Malalts Renals de Catalunya dona informació sobre la incidència i la prevalença de la insuficiència renal terminal i sobre les característiques dels malalts que la pateixen i del tractament substitutiu que reben.

La incidència i la prevalença de la insuficiència renal terminal tenen una tendència creixent a Catalunya (taula 26), amb taxes superiors, en general, a les d'altres països europeus. Per regions sanitàries, les taxes de prevalença mostren algunes diferències (figura 57). Les de Lleida, Girona i Tarragona són les més baixes, mentre que les més altes corresponen a les regions sanitàries Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme.

El 60,7% dels malalts són homes i l'edat mitjana és de 54,4 anys per ambdós sexes. El grup d'edat al qual correspon una proporció de malalts més alta és el de 60 a 64 anys, seguit del de 65 a 69 anys i del de 55 a 59 anys (figura 59). La proporció de malalts de més de 60 anys que inicien tractament substitutiu renal és cada vegada més elevada.

L'hemodiàlisi assistida és el tipus de tractament substitutiu renal més realitzat, encara que aquesta tècnica disminueix en termes relatius per l'augment progressiu del trasplantament. No obstant, el nombre absolut de malalts en hemodiàlisi assistida es manté estable, a causa de l'augment de la incidència de la insuficiència renal terminal. Quant a la distribució dels malalts segons la regió sanitària de residència i el lloc de tractament, es constata que cada any hi ha una major proporció de malalts tractats en la seva pròpia regió.

Pel que fa a la malaltia renal primària (la que origina la insuficiència renal) la més freqüent a totes les regions sanitàries és la malaltia renal d'origen glomerular, seguida de la d'origen intersticial, la vascular, la poliquistosi i la diabetis.

La supervivència dels malalts residents a Catalunya és al primer any del 89%, mentre que al quart any és del 69%. En analitzar la supervivència per edats (figura 58), s'observa que els joves, entre els 15 i els 44 anys, són els que tenen un índex de supervivència més elevat.

La supervivència empitjora gradualment en augmentar l'edat. Als 4 anys, en els malalts de més de 64 anys és gairebé la meitat que en els joves, amb una probabilitat de supervivència del 47% i del 90%, respectivament.

Tendència creixent de la incidència i la prevalença de la insuficiència renal terminal

Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme mostren les taxes més altes de prevalença de la insuficiència renal terminal

Augment progressiu del trasplantament renal

Evolució de la insuficiència renal terminal a Catalunya, 1987-1991

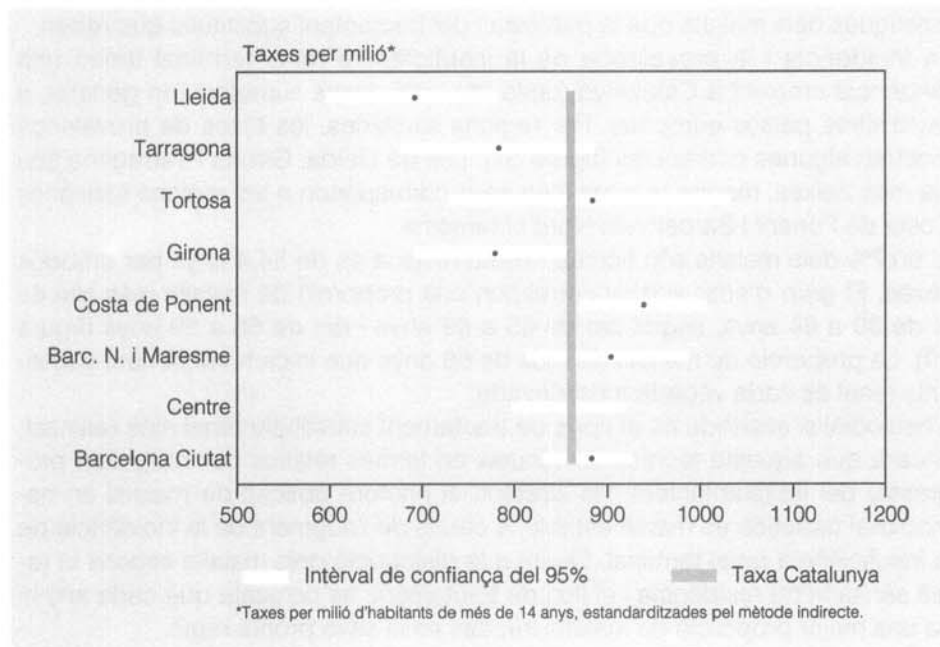
Taula 26

Any	Prevalença		Incidència		Trasplantament		Letalitat	
	Nombre	Taxa x 10 ⁶	Nombre	Taxa x 10 ⁶	Nombre	Taxa x 10 ⁶	Nombre	Taxa x 100
1987	2.946	492,7	471	78,8	253	42,3	259	8,1
1988	3.160	528,5	469	78,5	230	38,6	260	7,6
1989	3.522	589,1	508	83,8	263	43,4	291	7,6
1990	3.786	633,2	558	92,1	270	44,6	271	6,7
1991	4.055	669,2	627	103,5	306	50,5	361	8,2

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre de malalts renals de Catalunya.

Figura 57

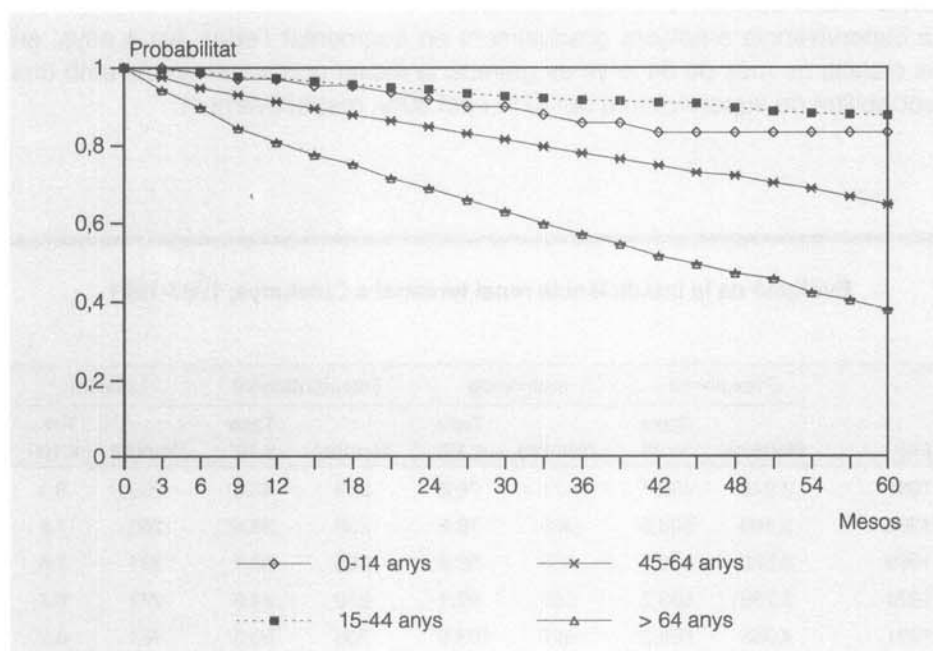
**Prevalença de la insuficiència renal terminal per regions sanitàries
Catalunya, 1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre de malalts renals de Catalunya.

Figura 58

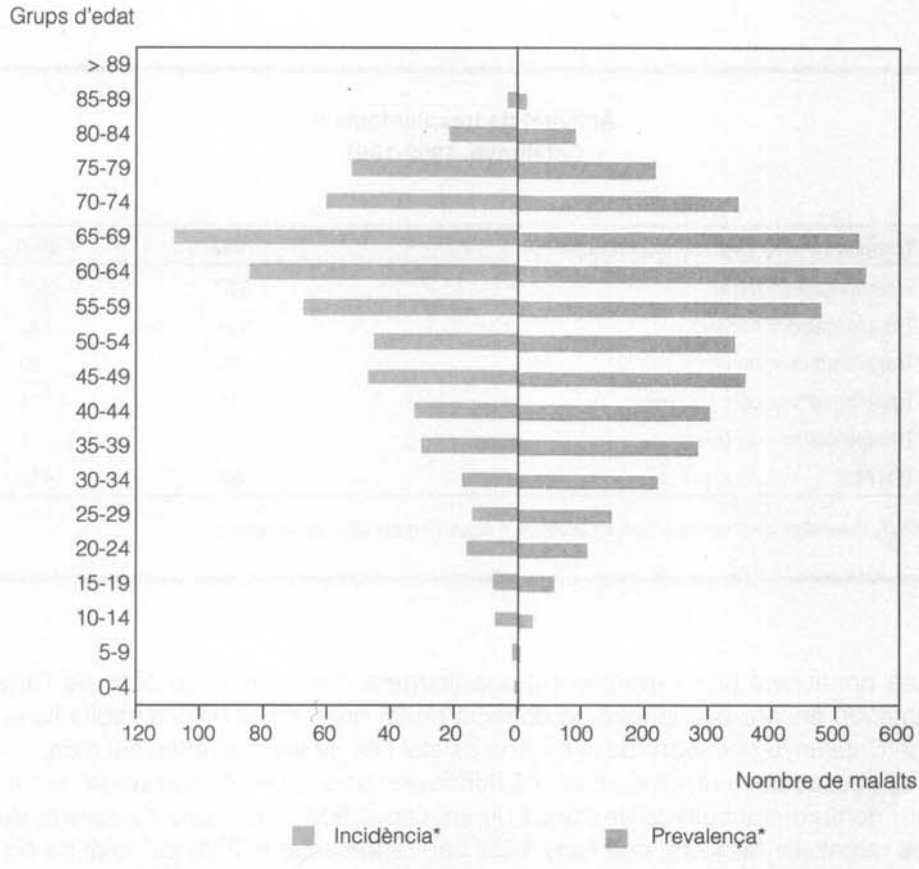
**Supervivència dels malalts renals terminals en tractament substitutiu
per grups d'edat
Catalunya, 1/1/84 - 31/12/91 (nous casos)**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre de malalts renals de Catalunya.

**Malalts amb insuficiència renal terminal per edats
Catalunya, 1991**

Figura 59



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre de malalts renals de Catalunya.

També s'observen diferències importants quan s'estudia la supervivència dels malalts en funció de la seva malaltia renal primària. El grup amb probabilitats de supervivència més baixes correspon als diabètics, dels quals un 79% sobreviuen al primer any amb tractament renal substitutiu i només un 50% al tercer any.

Trasplantaments

Els trasplantaments d'òrgans segueixen augmentant

A Catalunya, l'any 1992 s'han portat a terme 495 trasplantaments d'òrgans sòlids (taula 27). Aquesta xifra representa un 3,6% d'increment respecte a l'any 1991.

Taula 27

Activitat de trasplantament Catalunya, 1992-1991

Trasplantament segons tipus d'òrgan	1992	1991
Trasplantament renal	310	306
Trasplantament hepàtic	134	140
Trasplantament de cor	26	20
Trasplantament de pàncrees	18	11
Trasplantament de pulmó	7	1
TOTAL	495	478

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre de trasplantament.

Les donacions han experimentat una lleugera disminució respecte de l'any anterior, encara que la taxa de donació de 26 òrgans per milió d'habitants situa Catalunya per sobre de la mitjana estatal i és de les més altes del món.

Les causes de la disminució en les donacions poden ser, d'una banda, el menor nombre d'accidents de trànsit durant l'any 1992 i, de l'altra, l'augment de les negatives familiars, que l'any 1992 han representat el 23% del total de donants potencials. Tanmateix, en els darrers mesos de l'any 1992 s'ha observat que aquestes negatives han disminuït considerablement.

Accidents laborals

La informació disponible sobre l'accidentabilitat laboral prové del registre de les Notificacions d'Accident que de manera obligatòria han d'emplenar les empreses quan es produeix un accident. A Catalunya, el Departament de Treball realitza l'anàlisi estadística de l'accidentabilitat laboral a partir d'aquesta font d'informació.

Els accidents analitzats són els que han causat baixa tret dels «in itinere», és a dir, els que s'han produït a l'anada o la tornada al/del centre de treball abans de l'inici o després de la finalització de la jornada laboral.

El nombre total d'accidents laborals amb baixa notificats a Catalunya ha anat en augment (taula 28). Segons la gravetat dels accidents s'observa una disminució dels qualificats com a greus i dels accidents mortals i, per contra, els accidents lleus continuen incrementant.

La majoria dels accidents laborals amb baixa ocorreguts en els centres laborals són lleus. L'any 1990, els accidents lleus van representar el 98,6% del total d'accidents laborals amb baixa, els greus l'1,3% i els mortals el 0,1%.

Importància dels accidents de treball

Els accidents de treball han anat augmentant, sobretot els lleus

**Evolució del nombre d'accidents laborals
Catalunya, 1986-1990**

Taula 28

Any	Accidents totals	Accidents lleus	Accidents greus	Accidents mortals
1986	101.177	99.592	1.442	143
1987	113.991	112.111	1.710	170
1988	134.554	131.894	2.450	210
1989	150.345	147.897	2.233	215
1990	162.349	160.067	2.080	202

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Accidentabilitat laboral, 1990.

Pel que fa al tipus d'accident, els cops per objectes i eines i els sobre esforços constitueixen les formes més freqüents dels accidents lleus, mentre que en els accidents greus són les caigudes d'altura i en els mortals els accidents amb vehicles.

2.7 Discapacitats, deficiències i minusvàlues

L'estudi de les limitacions psíquiques, físiques o sensorials de la població té una importància cabdal en l'aproximació a l'estat de salut i en el mesurament de la qualitat de vida de la població.

A partir d'aquesta informació i de les dades de mortalitat es pot disposar d'un bon indicador de la qualitat de vida: l'Esperança de Vida Sense Incapacitat (EVSI). Progressivament es va imposant el convenciment que no n'hi ha prou d'afegir anys a la vida sinó que també cal afegir salut a la vida.

L'objectiu de l'EVSI és complementar la informació de l'indicador simple de mortalitat (esperança de vida) per tal de conèixer l'esperança de vida de la població sense limitació o discapacitats. A Catalunya, l'any 1986, l'EVSI en néixer era de 63,9 anys. Per a aquest mateix any l'esperança de vida en qual-sevol estat de salut era de 77,4 anys²⁹.

El coneixement de les discapacitats, deficiències i minusvàlues orienta també sobre els requeriments d'atenció que demandarà la població, com també sobre les mesures de prevenció que serà convenient endegar.

L'estudi de la importància d'aquests problemes de salut es va portar a terme per primera vegada l'any 1986 a tot l'Estat espanyol, amb la realització de l'Enquesta sobre discapacitats, deficiències i minusvàlues de l'Institut Nacional de Estadística (INE)³⁰. Per a Catalunya s'ha procedit a efectuar una explotació específica dels casos que li corresponen i analitzar-los per regions sanitàries³¹. Les dades que s'exposen a continuació permeten fer una primera aproximació al tema, que es pretén millorar més endavant amb la informació que es recollirà amb l'ESCA.

L'augment de l'esperança de vida comporta un augment del nombre d'anys viscuts amb incapacitat

²⁹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Abril 1991.

³⁰ INE. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

³¹ Atès que el disseny mostral seguit per l'INE implica una estratificació geogràfica per províncies, s'ha procedit a efectuar una post-estratificació de les dades per regions sanitàries.

L'Enquesta sobre discapacitats, deficiències i minusvàlues ha seguit el procediment de detectar primer aquelles persones amb alguna limitació per realitzar activitats quotidianes. Una vegada fet això, es classifiquen pels criteris definits per l'OMS en la Classificació Internacional de Deficiències, Discapacitats i Minusvàlues. Segons aquesta, una deficiència és qualsevol pèrdua o anomalia d'algun òrgan o de la funció pròpia d'aquest òrgan. Discapacitats són les conseqüències de la malaltia que produeixen en la persona i minusvàlues són els desavantatges que la malaltia origina a l'individu en la seva relació amb la resta de persones que formen el seu entorn.

L'any 1986 el 15% de la població catalana tenia una o més limitacions

A Catalunya, l'any 1986 hi havia aproximadament 931.000 persones (el 15% sobre el total de població) que tenien una o més limitacions per al desenvolupament d'alguna activitat.

Taula 29 Percentatges* de persones amb discapacitat per regions sanitàries i grups d'edat

Grups d'edat	Regions sanitàries**								Total Catalunya
	1	2	3	4	5	6	7	8	
0-14	2,1	0,6	1,0	1,5	3,0	3,0	3,2	2,2	2,5
15-64	11,1	7,9	8,2	12,4	11,3	13,0	14,7	8,4	11,1
65 i més	76,3	49,9	59,3	66,2	64,0	65,1	73,6	54,9	62,6
TOTAL	19,7	11,7	15,1	17,4	14,2	15,4	18,4	14,2	15,6
	69.236***	47.249	17.817	85.026	153.761	102.230	213.980	241.879	931.178

* Els percentatges fan referència al total del grup d'edat per regió sanitària.

** Regions sanitàries: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

*** Total població discapacitada de la regió sanitària.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

Taula 30 Percentatges d'homes amb discapacitat per regions sanitàries i grups d'edat

Grups d'edat	Regions sanitàries*								Total Catalunya
	1	2	3	4	5	6	7	8	
0-14	3,0	0,9	1,9	2,4	3,6	2,9	3,9	2,2	2,9
15-64	11,3	8,2	10,0	11,4	10,6	11,5	13,2	8,2	10,5
65 i més	65,3	52,7	51,6	56,8	51,7	49,8	62,5	49,1	54,3
TOTAL	17,5	11,4	14,3	14,7	12,0	12,1	15,3	11,8	13,2

* Regions sanitàries: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

El nombre de persones amb discapacitat augmenta en ambdós sexes segons l'increment de l'edat (taula 29). Per grups d'edat i sexe (taules 30 i 31) les dones presenten xifres menors que els homes fins als 34 anys. No obstant, caldria calcular les xifres estandarditzades per regions sanitàries per tal de controlar les diferències de població per grups d'edat i sexe.

Les regions sanitàries amb percentatges més alts de persones amb discapacitats són Lleida (19,7%), Centre (18,4%) i Girona (17,4%). La resta de regions sanitàries se situen per sota del percentatge global de Catalunya (15,6%).

La distribució per sexes no varia l'ordre de les regions amb una freqüència més elevada de persones discapacitades.

Les discapacitats més freqüents (taula 32) són les limitacions per córrer, pujar escales i les de dependència (persones que depenen d'aparells, instruments o dietes i les persones amb problemes d'equilibri). Per regions sanitàries es manté aquesta distribució, excepte a Lleida on la discapacitat d'audició ocupa el tercer lloc després de la limitació per córrer i pujar escales. Les possibles discapacitats futures fan referència als grups d'edat infantil, on és difícil saber el tipus de discapacitat que, per qualsevol anomalia o deficiència, es desenvoluparà en un futur.

Les causes més freqüents de discapacitats són les deficiències de l'aparell locomotor, de l'audició i de la visió (taula 33). Cal remarcar els alts percentatges en la categoria de deficiència no especificada que correspon als grups d'edat més vells.

Si bé la causa més important a totes les regions sanitàries és la deficiència de l'aparell locomotor, s'observen diferències entre elles. Les minusvàlues, ordenades de major a menor, pel conjunt de Catalunya són les següents: minusvàlues d'ocupació (29%), de mobilitat (14%), d'integració social (10%), d'insuficiència econòmica (9%) i d'orientació (7,3%)³².

Les limitacions per córrer, pujar escales i les de dependència són les més freqüents

Les deficiències de l'aparell locomotor, de l'audició i de la visió són les causes més freqüents de discapacitat

Les minusvàlues d'ocupació i de mobilitat són les més freqüents a Catalunya

Percentatges de dones amb discapacitat per regions sanitàries i grups d'edat

Taula 31

Grups d'edat	Regions sanitàries*								Total Catalunya
	1	2	3	4	5	6	7	8	
0-14	1,1	0,3	0,0	0,5	2,3	3,1	2,5	2,2	2,0
15-64	10,9	7,6	6,5	13,5	12,0	14,5	16,1	8,6	11,7
65 i més	85,5	47,8	65,5	72,9	72,4	75,0	81,3	58,3	68,2
TOTAL	21,9	11,9	15,8	20,1	16,5	18,6	21,3	16,4	17,9

* Regions sanitàries: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

³² Atès que els ítems d'aquesta classificació no són excloents cada percentatge es refereix al total de la població.

Taula 32 Distribució percentual de les discapacitats per tipus i regions sanitàries

Discapacitats	Regions sanitàries*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Visió	5,9	7,6	2,9	4,6	7,3	7,6	5,2	6,9
Audició	10,2	9,4	8,2	6,5	6,0	4,7	6,2	6,4
Llenguatge	2,0	1,7	1,1	0,8	0,8	1,2	0,9	0,9
Altres de comunicació	2,7	1,8	3,4	2,3	1,8	2,5	1,5	2,0
Cura personal	2,5	2,1	1,9	2,2	2,7	1,5	2,0	2,8
Caminar	5,1	5,9	5,8	5,7	6,0	5,8	4,6	6,2
Pujar escales	12,5	18,2	19,6	15,0	14,9	18,5	15,5	15,5
Córrer	30,6	27,6	29,4	29,8	28,3	27,5	28,7	28,7
Sortir de casa	4,4	5,0	4,2	3,9	5,6	4,1	4,2	6,9
Activitats vida diària	6,4	5,4	6,3	5,8	8,6	7,1	8,8	6,1
Dependència	9,3	10,7	10,6	14,0	10,6	12,2	14,9	10,0
Ambiental	8,1	4,5	6,6	9,4	7,0	7,2	7,3	7,4
Possibles disc. futures	0,1	0	0	0,1	0,3	0,1	0,2	0,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Regions sanitàries: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

Taula 33 Distribució percentual de les deficiències per tipus i regions sanitàries

Deficiències	Regions sanitàries*							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Psíquiques	4,5	4,0	8,1	8,9	4,2	7,9	5,0	5,8
Audició	13,3	15,7	14,0	9,5	9,6	8,6	9,8	11,2
Visió	8,9	13,8	4,3	7,6	12,1	12,8	8,4	11,8
Llenguatge	1,1	1,6	0,5	0,4	1,1	0,7	0,8	0,9
Altres sensorials	2,1	0,9	0	2,8	2,9	0,7	3,7	2,2
Aparell circulatori	10,0	6,6	11,3	8,1	8,0	9,3	11,1	11,6
Aparell respiratori	3,3	2,1	3,8	3,5	7,4	4,7	3,8	3,4
Aparell digestiu	1,8	2,6	5,4	3,6	2,4	2,1	2,6	2,3
Aparell gènito-urinari	1,5	0,9	0	0,8	0,9	1,2	1,2	0,8
Sistema nerviós	2,4	1,6	0	1,3	0,5	0,9	3,1	1,1
Sist. endoc. metab.	4,5	4,9	2,2	7,5	5,1	8,6	6,0	3,5
Locomoció	21,7	28,1	30,1	33,1	29,1	32,6	29,6	26,0
Altres físiques	0,6	0,9	0	0,2	0,7	0,7	1,1	0,1
Mixtes	0,1	0	0	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2
No especificades	24,2	16,2	20,4	12,4	15,7	9,1	13,4	19,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Regions sanitàries: 1 Lleida; 2 Tarragona; 3 Tortosa; 4 Girona; 5 Costa de Ponent; 6 Barcelonès Nord i Maresme; 7 Centre; 8 Barcelona Ciutat.

FONT: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986.

2.8 La percepció de la salut

L'estat de salut de la població generalment es coneix a partir dels sistemes permanents d'informació quantitativa que originen indicadors de morbiditat, mortalitat i incapacitat. Aquesta informació, fonamental per a la formulació de les polítiques de salut i la definició d'intervencions, necessita ser completada amb el coneixement de la percepció que tenen els individus sobre la seva salut.

L'aproximació a la salut percebuda per a la població es fa a partir de les enquestes de salut. La realització de l'ESCA proporcionarà informació sobre aquest tema, pel que fa al conjunt de la població catalana, també, desagregada per a cada regió sanitària. Tanmateix, es disposa actualment d'algunes dades a partir d'enquestes de salut d'abast local, de representativitat i validesa desiguals, portades a terme en els darrers anys a Catalunya.

Les enquestes disponibles aporten informació sobre dos aspectes interessants: l'autovaloració de l'estat de salut i els problemes crònics de salut percebuts per la població, no sempre expressats a través dels serveis sanitaris.

L'Enquesta de Salut de Catalunya permetrà conèixer la percepció de la salut per part de la població

La informació disponible sobre la percepció de la salut s'obté d'enquestes de salut d'àmbit local

Autovaloració de l'estat de salut (percentatges)

Taula 34

Estat de salut	Enquesta de Salut Sant Cugat 1989	Enquesta de Salut Barcelona 1986	Encuesta Nacional de Salud 1987*
Bo o molt bo	77,1	73,1	68,6
Regular	17,9	22,5	21,9
Dolent o molt dolent	4,9	3,3	9,1

* Dades referides a la mostra corresponent a la població de Catalunya.

FONT: Rivas, M.L. Aproximació a l'estat de salut de la població de Sant Cugat del Vallès (1988-1989).

Ajuntament de Barcelona. Enquesta de Salut de Barcelona, 1986.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1987.

Autovaloració de l'estat de salut segons edat i sexe (percentatges)
Enquesta de Salut de Barcelona, 1986

Taula 35

Estat de salut HOMES	Total	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 anys
		anys	anys	anys	anys	anys	i més
Bo o molt bo	79,1	90,4	88,3	86,9	75,9	67,3	66,8
Regular	18,2	9,1	11,1	11,8	22,6	27,2	26,9
Dolent o molt dolent	2,4	0,3	0,3	1,1	1,5	5,5	5,7
Estat de salut DONES							
Bo o molt bo	69,9	85,7	86,0	77,4	62,1	57,3	54,7
Regular	26,1	13,6	12,7	21,1	32,3	35,4	38,3
Dolent o molt dolent	4,1	0,7	1,2	1,5	5,6	7,3	6,7

FONT: Ajuntament de Barcelona. Enquesta de Salut de Barcelona, 1986.

Tres quartes parts de la població valora positivament la seva salut

La població manifesta alguns problemes crònics no recollits en la informació procedent dels serveis sanitaris

Al voltant de les tres quartes parts de la població entrevistada per les diferents enquestes de salut fan una autovaloració positiva de la seva salut (taula 34). L'autovaloració presenta perfils més negatius en els grups d'edat més avançada i en les dones (taula 35).

Comparant els problemes crònics de salut expressats per la població (taula 36) i els recollits a través dels registres de la demanda atesa en els serveis, s'observa que, si bé coincideixen majoritàriament, la població manifesta alguns problemes crònics no suficientment recollits en analitzar la morbiditat atesa (cefalees, restrenyiment).

Taula 36

**Principals problemes crònics de salut percebuts
(prevalences per 100 habitants)**

Problema crònic	Prevalença	Font (Enquesta de Salut)
Reuma, artrosi	22,8	Sant Cugat
	19,3	Barcelona 1986
	26,4	Borges Blanques
	19,3	Reus
Cefalees	15,4	Sant Cugat
	8,1	Barcelona 1986
	20,7	Borges Blanques
	15,5	Reus
Depressions, trastorns mentals	11,4	Sant Cugat
	18,1	Borges Blanques
	10,8	Reus
Problemes de la boca	10,4	Sant Cugat
Restrenyiment	10,4	Sant Cugat
	19,2	Borges Blanques
Problemes circulatoris	11,6	Barcelona 1986
	11,9	Reus
Al·lèrgia	10,4	Barcelona 1986
Varices	8,1	Barcelona
Mal d'esquena	26,5	Borges Blanques
	12,8	Reus

FONT: Rivas, M.L. Aproximació a l'estat de salut de la població de Sant Cugat del Vallès (1988-1989).

Ajuntament de Barcelona. Enquesta de Salut de Barcelona, 1986.

Servei Català de la Salut. Regió Sanitària Lleida. Enquesta de Salut de Borges Blanques. Explotació provisional 1990.

Ajuntament de Reus. Enquesta de Salut de Reus, 1987-88.



Els estils i les condicions de vida

Els estils i les condicions de vida i de l'entorn constitueixen uns dels principals determinants de la salut¹. La necessitat de conèixer com es presenten aquests factors condicionants és, doncs, evident.

En l'elaboració del Pla de Salut s'han analitzat aquests aspectes a partir de les diverses fonts d'informació i dels estudis específics disponibles, fonamentalment en l'àmbit de les regions sanitàries i en alguns casos en el dels sectors sanitaris.

En aquest capítol es tracta la informació que correspon, en general, a l'àmbit del total de Catalunya, i en els avantprojectes de Pla de Salut de les regions sanitàries, la que té més interès des de la perspectiva territorial concreta, elaborada a partir d'estudis d'àmbit local.

La visió global que necessàriament implica un capítol com aquest no exclou de cap manera l'adequació d'objectius i actuacions a la diversitat de grups, col·lectius i persones. Ben al contrari, com s'apunta en els apartats que formen el capítol, cal potenciar l'especificitat de les intervencions, missatges, vies de comunicació i suports educatius en funció de les característiques que les poblacions diana presentin en cada cas.

En aquest capítol es parla d'aquells factors sobre els quals es té més informació i que presenten una relació més evident amb l'estat de salut de la població: alimentació i nutrició, hàbit tabàquic, alcoholisme, ús de drogues no institucionalitzades, exercici físic, excés de pes i conducta sexual.

Així mateix, no es poden oblidar les repercussions que sobre la salut tenen determinats factors socio-culturals com la competitivitat, la recerca prioritària de l'èxit o el consumisme, que aboquen sovint a situacions d'angoixa, estrès i depressió quan no s'assoleixen les expectatives creades, quan el seu assoliment no aporta el nivell de gratificació esperat, o quan es percep una manca de control per part del propi subjecte en el procés endegat.

Alimentació i nutrició

Els hàbits alimentaris d'una població constitueixen un factor determinant del seu estat de salut. En els països desenvolupats la millora de l'estat nutricional ha contribuït al descens de les malalties infeccioses al llarg d'aquest segle. Mentre que a la primèria de segle el problema era la desnutrició que facilitava el desenvolupament de les malalties infeccioses, en les darreres dècades en els països desenvolupats el problema ha estat la «plètorà alimentària» que ha contribuït a l'increment d'una sèrie de malalties cròniques no infeccioses: malaltia coronària, malaltia cerebro-vascular, diversos càncers, diabetis *mellitus*, càlculs biliars, càries dental, patologies digestives, osteoporosi i altres afeccions òssies i articulars. Cal tenir en compte, però, que en el nostre àmbit hi ha grups de població amb desnutrició i manca d'aliments.

Pel que fa als hàbits alimentaris de la població catalana s'ha observat en els darrers anys una tendència a augmentar el consum de carn (principalment de boví i de porcí), peix, llet i derivats; i a disminuir el consum de pa, cereals, lle-

Els estils i les condicions de vida i de l'entorn són importants determinants de la salut

Els hàbits alimentaris són factors determinants de l'estat de salut

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. 1997.

gums i patates. L'enquesta alimentària realitzada a Catalunya el 1986 caracteritzava així el problema:

1. El grup d'edat de 64 anys i més és un grup de risc susceptible de presentar deficiències nutricionals.
2. Les dones de 19 anys i més constitueixen un grup de risc susceptible de presentar deficiències d'àcid fòlic i ferro.
3. La ingesta d'energia és presumiblement alta en ambdós sexes.
4. La ingesta proteica és superior a la recomanada.
5. La ingesta de carbohidrats, especialment dels complexos, és insuficient.
6. La ingesta de fibra és insuficient.
7. La ingesta de lípids totals és excessiva.
8. La ingesta d'àcids grassos saturats i de colesterol és excessiva.

Aquestes dades aviat podran ser actualitzades amb l'Enquesta d'Avaluació de l'Estat Nutricional de la Població Catalana de l'any 1992.

L'Enquesta de Salut realitzada a l'Hospitalet de Llobregat l'any 1990 per a la població d'entre 35 i 65 anys, conclou que la dieta era abundant en àcids grassos monoinsaturats, però també en greixos saturats i colesterol que, com ja se sap, estan relacionats amb el desenvolupament de la malaltia coronària. L'Enquesta de Salut de Sabadell de l'any 1991 no donava dades tan desagregades, però indicava que el 66,5% de la població feia una dieta bastant o molt equilibrada, mentre que el 4,3% la feia molt desequilibrada.

Els hàbits alimentaris han estat relacionats amb les patologies següents:

Els principals problemes de salut relacionats amb l'alimentació

- **Malaltia coronària:** l'elevat nivell de colesterol plasmàtic és un dels factors de risc modificables de la malaltia coronària. Els principals factors nutricionals que s'han relacionat amb un nivell de colesterol plasmàtic són els greixos, en particular els àcids grassos saturats i el colesterol. Altres constituents de la dieta, com la fibra o l'alcohol, poden interaccionar amb aquests factors de maneres diverses encara poc conegudes.
- **Hipertensió arterial:** els factors dietètics que ben segur contribueixen a la hipertensió són l'obesitat i la ingesta excessiva de sodi i alcohol.
- **Càncer:** malgrat que la relació entre els factors dietètics i el càncer encara no és clara, es calcula que un 35% dels càncers podrien estar relacionats amb la dieta i els hàbits alimentaris. Els factors dietètics estudiats per la seva possible relació amb el risc de càncer són l'excés de greixos i de calories, la manca de fibra i d'aliments rics en vitamina A i carotens, i el consum d'alcohol. Altres factors proposats són el dèficit de vitamina C, vitamina E i seleni, l'excés de proteïnes i els aliments fumats o salats.
- **Diabetis *mellitus*:** l'obesitat augmenta de forma important el risc de desenvolupar una diabetis *mellitus* no insulíndependent o tipus II en els subjectes genèticament predisposats. El control de l'obesitat pot contribuir a la reducció de la prevalença d'aquest tipus de diabetis. D'altra banda, tant la diabetis *mellitus* tipus I (insulíndependent) com la tipus II tenen una evolució condicionada pels hàbits alimentaris.
- **Obesitat:** l'elevada prevalença d'obesitat al nostre medi i la seva relació com a factor de risc amb la diabetis, la hipertensió arterial, la malaltia coronària i cerebro-vascular, malalties de la vesícula biliar i alguns tipus de càncer, fan que una reducció en el pes mitjà de la població general pugui suposar una millora de l'estat de salut.
- **Osteoporosi:** és un problema de salut pública a causa de la seva prevalença, les seves conseqüències per a la salut en la gent gran i les despeses

que produeix. Els factors alimentaris que hi estan implicats són el calci, el fosfat, la vitamina D, les proteïnes, el sodi, les calories i l'alcohol. La manera com aquests factors afecten el desenvolupament de la massa òssia és complexa i requereix més investigacions. Altres factors que poden reduir el risc d'osteoporosi són l'augment d'exercici i la disminució del consum de tabac, i una atenció correcta a la dona menopàusica. A Catalunya, el consum de calci és en alguns sectors de la població insuficient per cobrir les recomanacions.

- **Càries dental:** els principals factors alimentaris relacionats amb les malalties de les dents són els sucres i els fluorurs (factor protector). El consum freqüent de sucres, especialment sucrosa, afavoreix la formació de la placa dental, element clau que predisponeix a la càries i a les malalties periodontiques. El consum per càpita de sucre a Catalunya és d'uns 80 g/hab/dia.

- **Anèmia:** la prevenció de l'anèmia relacionada amb la dieta depèn d'una ingesta adequada de ferro, vitamina B12 i folats, com també d'altres nutrients essencials. Si s'exclouen els nens i les dones en edat reproductiva, els quals tenen un major risc de patir una deficiència en ferro, sembla que el consum actual de ferro és suficient per a la majoria de la població catalana, excepte per a les dones en la tercera edat.

- **Goll endèmic:** aquesta malaltia es troba directament relacionada amb la manca de iode a la dieta. L'any 1985, el Departament de Sanitat i Seguretat Social finalitzà un ampli estudi per determinar la prevalença de goll i la deficiència de iode a Catalunya. La prevalença de goll fou del 21%, la qual cosa catalogava la totalitat del territori rural de Catalunya com a zona d'endèmia lleu. En l'actualitat sembla que el problema s'ha reduït considerablement d'ençà de la introducció de la sal iodada en el consum habitual, des de l'any 1985.

Hàbit tabàquic

Avui dia hi ha acord general que el consum de tabac constitueix en els països desenvolupats la primera causa prevenible de pèrdua de la salut, i també la primera causa de mort evitable i prematura. El tabaquisme és, doncs, el principal condicionant de la salut susceptible de prevenció.

A Catalunya, les accions dirigides a reduir l'hàbit tabàquic van començar al principi de la dècada dels anys 80. És molt aviat, per tant, per treure'n conclusions. De tota manera, les enquestes sobre el tabaquisme en la població general, dutes a terme els anys 1982, 1986 i 1990 pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, permeten observar les tendències del tabaquisme a Catalunya:

1. La prevalença global de l'hàbit en ambdós sexes és força constant: 37,9% el 1982, 40,4% el 1986 i 36,7% el 1990.
2. Hi ha una tendència al descens de les taxes en els homes i a l'increment en les dones (figura 60).
3. El descens en els homes és degut, fonamentalment, al descens produït en el grup d'edat més jove, ja que en la resta de grups d'edat la prevalença no ha variat (taula 37).
4. En les dones, l'increment és degut a l'augment del consum en l'edat mitjana de la vida. De fet, en les dones joves es dona una tendència al descens igual que en els homes joves.
5. Els fumadors estan, en general, preocupats pels efectes del tabac sobre la salut (el 85% manifesten estar preocupats en diversos graus), si bé només un de cada quatre manifesta haver rebut consells del seu metge en relació amb el tabac.

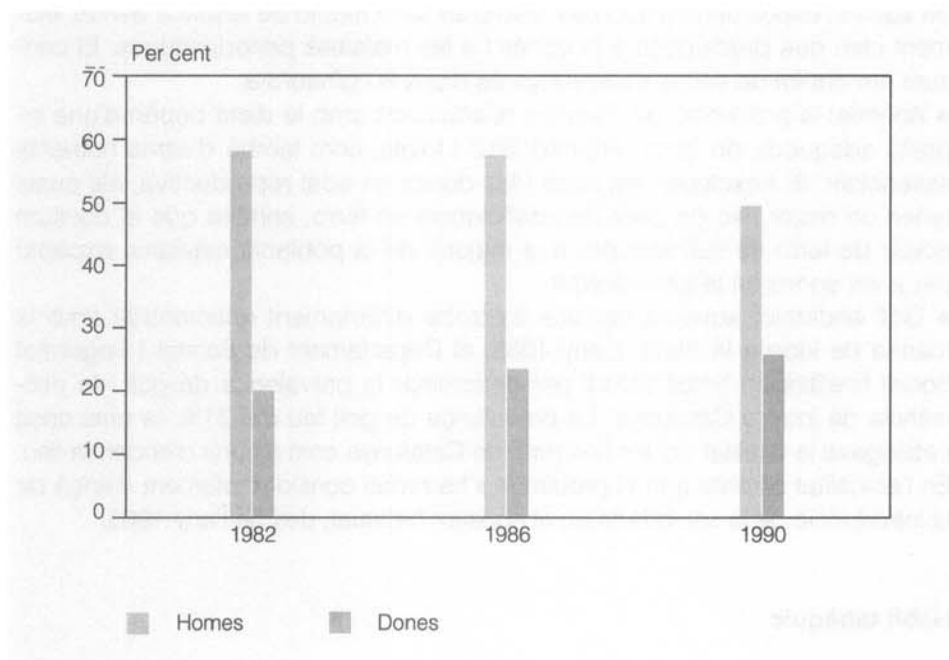
El tabac és la primera causa prevenible de pèrdua de salut en els països desenvolupats

La prevalença de l'hàbit tabàquic ha disminuït en els homes i s'ha incrementat en les dones

6. El 80% dels ex-fumadors afirmen haver deixat de fumar en 4 o menys intents. Els ex-fumadors enquestats esmenten, quasi exclusivament, el propi esforç com el mitjà emprat per abandonar l'hàbit (94,3%).

Figura 60

**Evolució de la prevalença del consum de tabac
Catalunya, 1982-1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum i actituds respecte el tabac, l'alcohol i altres drogues, 1982, 1986 i 1990.

Taula 37

**Prevalença de l'hàbit tabàquic segons l'edat i el sexe 1982-1986-1990
Percentatges de fumadors actuals (diaris i ocasionals)**

Grups d'edat	1982		1986		1990	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
15-24	58,6	48,0	54,4	50,4	39,1	37,4
25-34	66,9	34,8	69,0	38,7	53,4	44,6
35-44	61,3	12,3	61,4	15,4	57,3	18,5
45-54	61,3	8,6	57,2	14,3	65,1	10,8
55-64	47,6	4,4	47,4	2,8	47,8	5,5
Totes les edats	58,3	20,0	57,6	23,4	49,7	25,7

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum i actituds respecte el tabac, l'alcohol i altres drogues, 1982, 1986 i 1990.

**Prevalença de l'hàbit tabàquic
Enquestes de salut**

Taula 38

Enquesta	Any	Percentatges	
		Homes	Dones
Sabadell	1990	47,1	17,2
Alt Camp-Conca de Barberà	1991	45,1	15,4
Rubí-Sant Cugat	1989	46,2	24,3
Reus	1988	46,5	19,7
Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social)	1990	49,7	25,7

FONT: Ajuntament de Sabadell. Enquesta de Salut de Sabadell, 1990.
Institut Català de la Salut. Àrea de gestió 2 - Tarragona. Enquesta de Salut de l'Alt Camp i la Conca de Barberà, 1991.
Rivas, M.L. Aproximació a l'estat de salut de la població de Sant Cugat del Vallès (1988-1989).
Ajuntament de Reus. Enquesta de Salut de Reus, 1987-88.
Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum i actituds respecte el tabac, l'alcohol i altres drogues, 1990.

A la taula 38 es mostren els resultats sobre prevalença de l'hàbit d'altres enquestes realitzades a Catalunya els darrers anys.

Són especialment preocupants els comportaments i les actituds en relació amb l'hàbit tabàquic dels col·lectius de professionals exemplars. Quatre de cada deu metges i prop de la meitat dels professionals d'infermeria i dels mestres són fumadors actuals.

Les seves actituds són poc favorables a la lluita antitabàquica, ja que el 45,2% dels metges i el 46,6% dels professionals d'infermeria permeten fumar en les sales d'espera, i el 10,3% dels metges i el 4,4% dels professionals d'infermeria fumen en presència dels seus pacients. La situació és semblant pel que fa als mestres, ja que encara un 10% fuma davant dels alumnes a les aules. També és preocupant que només un 45% dels metges aconsellin sistemàticament als pacients que deixin de fumar.

Els efectes nocius de l'hàbit tabàquic es poden caracteritzar de la manera següent:

- L'hàbit de fumar és un factor de risc molt important de la malaltia coronària, de la malaltia vascular perifèrica, de la malaltia pulmonar obstructiva crònica, dels càncers de pulmó, de laringe, de faringe, de la cavitat bucal, de l'esòfag, del pàncrees i de la bufeta urinària i de l'úlceres d'estómac. A més, el consum de tabac durant l'embaràs produeix un retard en el creixement fetal i incrementa el risc de complicacions durant l'embaràs i de mort perinatal.
- L'exposició passiva al fum del tabac no només és causa de molèsties, sinó també de malalties. Els fumadors passius adults tenen, entre d'altres, més risc de patir càncer de pulmó; els nens fumadors passius tenen més risc de patir afeccions respiratòries agudes.
- Els fumadors presenten en conjunt, sobre els no fumadors, un excés de mortalitat atribuïble al tabac del 70%.
- El consum de dos o més paquets diaris de cigarretes disminueix de mitjana uns 8 anys l'esperança de vida dels fumadors. El consum d'un paquet diari la disminueix en 6 anys.

Hi ha una alta proporció de fumadors en els col·lectius de professionals sanitaris i de mestres

Els efectes nocius de l'hàbit tabàquic

L'abandonament de l'hàbit
tabàquic redueix notablement
el risc d'emmalaltir

- S'estima que el tabac és el responsable del 16% de la mortalitat a Catalunya (gairebé 8.500 morts l'any 1990).
- El problema afecta una proporció important de la població, ja que 1 de cada 3 ciutadans de Catalunya són fumadors actius i molts dels no fumadors són fumadors passius pel fet de conviure o treballar amb fumadors actius. D'altra banda, hi ha prou evidències en relació amb el benefici que representa l'abandonament de l'hàbit:
 - Després de 10-15 anys d'haver deixat de fumar, el risc de patir un càncer de pulmó pràcticament s'equipara amb el dels no fumadors.
 - Després d'uns 10 anys d'haver deixat de fumar, el risc de malaltia coronària arriba a igualar el dels no fumadors.
 - S'observa una reducció considerable i significativa de la taxa de reinfarts de miocardi en aquells que després d'un primer infart han deixat de fumar, en relació amb aquells que han continuat fumant.

Alcoholisme

L'alcoholisme és una de les
principals causes de reducció
de l'expectativa de vida

El consum excessiu de begudes alcohòliques genera una gran demanda sanitària, tant a nivell d'especialitat com de l'atenció primària de salut, i és una de les principals causes de reducció de l'expectativa de vida, la qual cosa comporta un cost econòmic i social extraordinari.

Encara no s'ha establert clarament quina quantitat d'alcohol consumit fa augmentar el risc de mortalitat; nombrosos estudis, però, coincideixen que, en general, el consum continuat durant anys de més de 80 grams d'alcohol pur² al dia en els homes o de més de 40 grams en les dones constitueix un risc important. A mesura que augmenta la quantitat d'alcohol consumit s'incrementen les possibilitats d'aparició de malaltia i s'escurça l'interval de temps previ a la seva presentació.

Les enquestes poblacionals
informen del consum d'alcohol
a Catalunya

Les dades sobre el consum d'alcohol a Catalunya s'han obtingut a partir de 3 enquestes efectuades pel Departament de Sanitat i Seguretat Social els anys 1982, 1986 i 1990 (taula 39). Les enquestes evidencien el següent:

1. Presència d'un elevat percentatge de joves que consumeix alcohol en quantitats que representen un risc seriós per a la seva salut. El 9,7% dels joves entre 15 i 29 anys consumeixen més de 525 cc d'alcohol pur a la setmana (75 cc d'alcohol pur/dia).
2. En la població general de Catalunya (entre 15 i 64 anys), aquest percentatge és inferior i se situa en el 7,1%.
3. Tant en els joves com en la població general l'any 1990 s'observa un augment molt significatiu del percentatge de bevedors de risc respecte als resultats de les enquestes del 1982 i 1986. Si bé es pot atribuir a un increment de les quantitats d'alcohol ingerides, cal considerar també el canvi en la metodologia utilitzada per a la recollida del consum al 1990, que ha permès corregir la possible subestimació que es donava en el 1982 i 1986.
4. Si s'analitzen les quantitats mitjanes d'alcohol consumit s'observa, també, que els joves beuen més alcohol que la població general (170,9 cc d'alcohol pur/setmana i 142,6 cc, respectivament).
5. En la població general es manté un clar predomini dels homes pel que fa a la ingesta d'alcohol (231,8 cc d'alcohol pur/setmana) respecte a les dones

² 1 gram d'alcohol pur = 0,8 cc d'alcohol pur.

(67,3 cc). Un 12,5% dels homes beuen més de 525 cc d'alcohol pur/setmana, mentre que per a les dones aquesta xifra és del 2,5%. Aquest fet es repeteix entre els joves de 15 a 29 anys (260,9 cc en els homes per 84,5 cc en les dones). Un 16,3% dels homes joves beuen més de 525 cc d'alcohol pur/setmana per un 3,3% de les dones joves.

6. Respecte al tipus de beguda alcohòlica consumida, s'ha detectat un descens important del consum de vi, que per primera vegada deixa de ser la principal beguda consumida.

7. Hi ha un increment important de les ingestes de cervesa i destil·lats (licors, whisky, combinats). En el cas de la població general, la cervesa passa a ser la principal beguda consumida, davant del vi. Els joves beuen destil·lats i cervesa amb més quantitat que vi, que queda situat en tercer lloc.

8. Respecte a la freqüència de consum, s'observa que un 22,7% de la població beu diàriament, un 25,2% beu entre 1 i 3 vegades a la setmana, un 16,6% ho fa amb menys freqüència i un 35,4% afirma no beure alcohol.

9. Tant en els joves com en la població general es constaten actituds favorables a una política de major restricció de l'oferta d'alcohol. El 49,4% de la població general està d'acord a prohibir tot tipus de publicitat de l'alcohol, i el 21,0% hi està en contra. El 57,8% és partidari de la introducció de més mesures legislatives tendents a restringir el consum de begudes alcohòliques, enfront d'un 32,9% que s'hi oposa.

**Freqüència de consum d'alcohol
Catalunya, 1982, 1986 i 1990**

Taula 39

Població general	1982 %	1986 %	1990 %
Tots o quasi tots els dies	40,9	36,2	22,7
2 o 3 cops/setmana	9,3	10,0	12,8
1 cop/setmana	11,5	12,3	12,4
Uns quants cops/mes	5,5	2,7	5,8
Algun/s cop/s l'any	12	20,5	10,8
Abstemis	20,8	18,3	35,4

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de consum i actituds respecte el tabac, l'alcohol i altres drogues, 1982, 1986 i 1990.

En l'Enquesta de Salut realitzada a l'Alt Camp i la Conca de Barberà, les dades són força coincidents i, en conclusió, s'observa una prevalença elevada de consumidors i un elevat consum en la població d'homes joves.

L'Enquesta de Salut de Sabadell dona les següents dades sobre el consum d'alcohol: es consideren abstemis el 20% dels homes i el 44% de les dones, bevedors ocasionals el 37,1% i el 41,3%, bevedors baix/moderats el 35,7% i el 11,8%, consum alt/excessiu un 1,8% i un 0,2% i, finalment, un 5,4% i un 2,7% d'antics bevedors, respectivament. Cal tenir en compte que, en general, les enquestes sobre l'hàbit de consum d'alcohol sovint reflecteixen un consum inferior al real.

L'enquesta revela que una part important de les persones —sobretot homes— que s'autovaloren com a bevedors ocasionals, fan a la pràctica un consum

A Catalunya el 4% de les morts són atribuïbles a l'alcohol. El consum excessiu d'alcohol és un risc per a la salut

propi dels bevedors habituals. A Catalunya, la mortalitat atribuïble a l'alcohol s'estima en un 4%.

Nombrosos estudis epidemiològics han demostrat que els bevedors excessius presenten un excés important de risc de mortalitat per una sèrie de malalties i afeccions en comparació amb els abstemis o bevedors moderats de la mateixa edat i sexe.

Algunes d'aquestes malalties són directament causades per l'efecte tòxic de l'alcohol, i les restants ho són per alteracions de la conducta o per circumstàncies que es veuen afavorides pel consum regular i excessiu de begudes alcohòliques.

Així, la incidència de cirrosi hepàtica, càncer de vies respiratòries i digestives altes, hipertensió arterial, pneumònies, cardiomiopatia, accidents de trànsit i laborals i suïcidis, és més elevada en els bevedors excessius que en els abstemis o en els bevedors moderats.

L'abús de begudes alcohòliques i la dependència de l'alcohol són responsables d'un nombre important de quadres neurològics i psiquiàtrics causats per l'efecte tòxic de l'etanol sobre el sistema nerviós o per alteracions metabòliques associades amb aquest consum.

La neuroadaptació que segueix la dependència de l'alcohol s'expressa sovint mitjançant una síndrome d'abstinència que apareix quan, per qualsevol causa (un intent d'autotractament, l'ingrés en un centre hospitalari per tractar un problema orgànic), s'interromp el consum d'alcohol. La síndrome d'abstinència, que en els casos més greus pot desencadenar un episodi conegut com «delirium tremens», és de difícil tractament i pot posar en risc la vida del malalt.

Cal tenir en compte que l'efecte tòxic de l'etanol pot variar considerablement en funció de les característiques personals (entre les quals el pes té un paper molt important), l'edat i el sexe (la mateixa quantitat d'alcohol té una acció tòxica més gran sobre la dona que sobre l'home).

Un problema addicional a tenir en compte en el cas dels alcohòlics és el risc de presentar interaccions medicamentoses, tant pel que fa a la inhibició competitiva del metabolisme de l'alcohol pel consum simultani d'altres fàrmacs, especialment els psicotrops, com pel que fa a una acceleració del metabolisme dels fàrmacs en consumidors regulars d'alcohol. En el primer cas es pot produir un augment dels efectes del fàrmac sobre el sistema nerviós i en el segon una reducció dels efectes terapèutics esperats.

Els costos socials de l'alcoholisme també són considerables. Així doncs, s'atribueix a l'alcohol del 40 al 50% dels accidents de trànsit, i del 15 al 25% dels accidents laborals. A més l'alcohol és responsable d'una bona part de l'absentisme laboral, i té una influència evident, encara que de difícil avaluació, en la disminució de la productivitat. També cal esmentar l'existència d'una associació del consum d'alcohol amb conductes delictives. Al voltant del 60% dels autors d'homicidis i del 50% de les víctimes es troben sota els efectes de l'alcohol en el moment de l'acte homicida. El consum excessiu d'alcohol també genera conflictes en l'àmbit familiar que, freqüentment, són causa d'agressions, divorcis i baix rendiment escolar en els fills.

L'alcoholisme està associat a greus problemes socials

Ús de drogues no institucionalitzades

El consum de drogues no institucionalitzades va lligat a problemes sanitaris, socials i legals

Malgrat la baixa prevalença aparent de consum d'algunes drogues (heroïna i altres opiàtics) la importància dels problemes lligats al seu consum va més enllà de l'àmbit estrictament sanitari.

La marginació social del col·lectiu consumidor de certes drogues i la problemàtica assistencial, social i legal que genera fa que calgui tenir-les molt en compte.

Malgrat que és difícil conèixer les xifres reals de prevalença del consum de les drogues no institucionalitzades, es disposa de 3 enquestes sobre el consum en l'àmbit de tot Catalunya (1982, 1986 i 1990), amb els resultats següents:

1. La cannabis és, entre les substàncies que poden generar dependència, la més consumida per la població catalana. Un 12,5% de la població d'entre 15 i 64 anys l'han consumida alguna vegada i un 2,8% ho havia fet durant els 30 dies anteriors a l'enquesta. Un de cada 5 joves entre 15 i 29 anys n'ha pres alguna vegada (20,5%) i un 7,5% n'havia consumit els darrers 30 dies. També un 3,2% dels escolars entre 12 i 14 anys afirmaven haver-ne consumit alguna vegada.

2. La resta de substàncies que es consumeixen en el nostre àmbit són les següents:

- Un 3,3% i un 2,8% de la població general ha consumit alguna vegada cocaïna i amfetamines, respectivament.
- Pel que fa als joves un 5,7% han pres alguna vegada a la vida cocaïna, un 4% al·lucinògens i un 3,8% amfetamines.

3. L'heroïna, que continua essent la droga no institucionalitzada que genera una conflictivitat social més alta i una major demanda de tractaments de deshabitació, presenta unes prevalences de consum més baixes: un 0,7% de la població general i un 1,8% dels joves l'han consumit alguna vegada al llarg de la seva vida.

4. El consum de drogues en el cas dels escolars (12 a 14 anys) se situa en valors clarament inferiors als dels joves i la població en general, excepte en el cas dels inhalants, que presenten unes dades de consum superiors (un 3,1% dels escolars afirmen haver-ne pres alguna vegada).

5. El consum d'ansiolítics presenta una alta prevalença entre la població general i amb menys grau entre els joves. Cal considerar que aquestes substàncies, tot i que poden ser objecte d'abús i generar dependència, són, també, àmpliament utilitzades amb finalitats terapèutiques.

6. En comparació amb les dades de les enquestes anteriors a l'any 1990, s'ha produït un descens important en el consum d'amfetamines i substàncies al·lucinògenes, especialment entre els joves de 15 a 29 anys. Aquesta disminució ja era evident l'any 1986. L'any 1982 un 15,1% dels joves afirmava haver consumit amfetamines alguna vegada i un 3,7% ho havia fet el darrer mes. Aquest percentatge ha disminuït l'any 1990 fins a un 3,8% dels joves que n'ha provat alguna vegada i un 0,4% que n'ha pres el darrer mes. En el cas dels al·lucinògens es partia d'un consum l'any 1982 del 10,4% (alguna vegada) i de l'1,5% (el darrer mes) que s'ha reduït l'any 1990 a un 4% (alguna vegada) i a un 0,3% (el darrer mes).

7. D'altra banda, s'observa un increment en el consum de cocaïna entre la població general. L'any 1982 un 1,9% de la població d'entre 15 i 64 anys havia pres alguna vegada a la vida cocaïna, i l'any 1990 s'ha incrementat fins al 3,3%.

8. Pel que fa a l'heroïna, no ha variat, excepte un descens des de l'any 1982 del percentatge de joves que deien haver-ne consumit alguna vegada (un 3,3%), que a l'any 1990 se situava en un 1,8% dels joves.

Es disposa d'enquestes que permeten una aproximació al consum de drogues a Catalunya

La cannabis, la cocaïna i les amfetamines són les tres drogues no institucionalitzades de major consum

9. Pel que fa a les actituds, tan la població general com els joves mantenen unes opinions similars a les manifestades en les enquestes anteriors respecte a les drogues i als toxicòmans:

- Actitud favorable a la política de prohibició i sanció (70,9%).
- Consideració de la persona drogaaddicta com un malalt (55,4%).

10. Un 51,2% dels enquestats mostren una actitud favorable a la distribució gratuïta de xeringues als toxicòmans per prevenir la SIDA i altres malalties, i un 29,1% s'hi mostra contrari.

11. Un 44,3% de la població d'entre 15 i 64 anys acceptaria l'emplaçament d'un centre de tractament de les toxicomanies prop de casa seva, i un 28,6% el rebutjarien.

L'administració parenteral dels opiacis i de la cocaïna comporta importants problemes sanitaris

D'entre tots els problemes sanitaris associats al consum de drogues no institucionalitzades, els que preocupen més són els que tenen a veure amb la utilització d'opiacis i de cocaïna, especialment quan aquestes substàncies s'auto-administren per via parenteral.

Diversos estudis han posat de manifest un increment important en la morbi-mortalitat dels consumidors d'opiacis i de cocaïna. Les causes més importants de mort d'aquestes persones són les reaccions adverses consecutives a l'administració d'aquestes substàncies, diverses malalties infeccioses atribuïbles a la utilització de la via parenteral, els accidents i les morts violentes.

El fet que les morts associades al consum d'opiacis i de cocaïna afectin majoritàriament persones de menys de 35 anys dóna una rellevància especial a aquest problema.

La via parenteral és la que més utilitzen els heroïnòmans catalans que segueixen tractament a la xarxa especialitzada. Un 73,3% de les persones que van iniciar el tractament de la dependència de l'heroïna l'any 1991 utilitzaven aquesta via i, tot i que no es disposa d'informació estadística relativa als anys anteriors, sembla que hi ha una tendència a la disminució en l'administració parenteral d'heroïna en favor del consum inhalatori o fumats.

Del fet que hi hagi una proporció de consumidors de drogues que comparteixen el material d'injecció o l'utilitzen en males condicions higièniques, es deriva una prevalença elevada de malalties infecto-contagioses, que representen un risc greu per a aquests malalts i per a la resta de la població. Les malalties infeccioses més importants que afecten els heroïnòmans són la infecció pel VIH, les hepatitis víriques, la tuberculosi pulmonar, les MTS, les endocarditis, els tètanus i les infeccions de les parts toves.

Pel que fa al consum de cocaïna, és important tenir present que, tot i que no genera encara una problemàtica social o sanitària de la mateixa gravetat que la originada pel consum d'heroïna, l'experiència d'altres països i la prevalença del consum d'aquesta droga aconsellen l'aplicació de mesures preventives.

Les persones que iniciaren un tractament per la dependència de la cocaïna l'any 1991 utilitzen la via parenteral només en un 11,8% dels casos, però tot i així, cal tenir en compte els riscos associats a aquesta via d'administració.

En general els problemes de salut més importants associats a l'ús de cocaïna són els que es deriven de la seva acció com a simpaticomimètic indirecte, que es tradueix en un augment de la freqüència cardíaca i de la pressió arterial, els quals poden provocar complicacions cardio-vasculars greus (disrítmies, infarts aguts de miocardi i malalties cerebro-vasculars, entre d'altres). D'altra banda, el consum de cocaïna pot provocar també trastorns neurològics («status epilèptic») i psiquiàtrics (trastorns afectius i psicòtics).

Exercici físic

Nombrosos estudis epidemiològics han demostrat els efectes beneficiosos que la pràctica de l'exercici físic comporta per al foment de la salut física, mental i social de la població.

D'altra banda, cada vegada més, l'exercici es considera positiu, no únicament per a la promoció de la salut sinó també per al seu restabliment.

No són gaires les dades de què es disposa sobre el nivell d'activitat física dels catalans i, d'altra banda, hi ha certes disparitats segons les fonts, molt probablement a causa de l'amplitud i l'ambigüitat del terme activitat física i dels objectius de cadascun dels estudis. Segons un treball³ sobre el comportament cultural dels espanyols, publicat pel Ministeri de Cultura l'any 1985, un 29% dels catalans de més de sis anys declaren practicar alguna mena d'esport com a mínim cada tres mesos (la mitjana nacional està per sobre el 27%). D'altra banda, segons l'Enquesta Nacional de Salut (1988) un 61,3% dels catalans no practiquen gairebé cap activitat durant el temps de lleure.

L'enquesta sobre la Pràctica Esportiva a la ciutat de Barcelona, portada a terme per l'Ajuntament de Barcelona (1988) utilitzant indicadors de pràctica real d'esports, estima que un 47,1% dels barcelonins practiquen esport regularment (freqüència setmanal).

L'any 1989, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va dur a terme una enquesta epidemiològica telefònica, en una mostra representativa de 1.000 persones de 15 a 65 anys de tot Catalunya.

Aquest estudi mostra que els hàbits de la població catalana són eminentment sedentaris i que estan molt relacionats amb l'ocupació i la condició social de cada persona. Un 46% de la població considera que la seva activitat física diària és moderada. Tanmateix, aquest estudi mostra que prop d'un 60% dels catalans no fan exercici físic durant el temps de lleure. Aquests són alguns dels resultats:

1. Només un 40% de la població catalana (entre 15 i 65 anys) diu que fa exercici físic durant el temps de lleure. No obstant això, hi ha un 32% més que assegura fer una altra activitat física, no catalogada com a exercici.
2. Els grups que fan menys exercici durant el temps de lleure són la gent de més edat, els qui tenen menys nivell educatiu i les dones.
3. Un 65% dels que fan exercici regularment (tan sols un 26% de la població total) en fan almenys dues vegades a la setmana, i un 22% en fan quasi diàriament (un 9% de la població total).
4. Les activitats físiques més practicades han estat caminar, nedar, jugar a tennis, anar amb bicicleta, jugar a futbol i córrer. No es té informació sobre la intensitat i la qualitat d'aquestes pràctiques.
5. Les motivacions per fer exercici que han estat més rellevants són la diversió i estar en forma física.
6. La manca de temps i la mandra són les principals raons de no fer exercici durant el temps de lleure.
7. No hi ha correlació entre la percepció d'activitat física a la feina diària i la pràctica d'exercici el temps de lleure.
8. En general, la població diu que camina força (el 61% camina més de 30 minuts/dia). Malgrat tot, es desconeix fins a quin punt aquest caminar es fa de forma contínua o a intervals curts de temps.

L'exercici físic és una pràctica positiva per a la promoció i el restabliment de la salut

La població catalana és majoritàriament d'hàbits sedentaris

³ Ministerio de Cultura. Comportamiento cultural de los españoles. Madrid 1985.

9. L'automòbil és el mitjà de transport més utilitzat en el grup de 25-49 anys.
10. Del 59% que no fa exercici regularment, un 40% diu no haver-ne fet mai. Així, doncs, aproximadament un 24% de la població total no recorda haver fet mai exercici durant el temps de lleure.
11. Entre els qui no fan actualment exercici durant el temps de lleure, la mitjana d'edat en el moment de l'abandonament de la pràctica va ser de 25 anys. S'assenyalen com a circumstàncies d'abandonament el fet de començar a treballar, el trasllat de domicili i el cansament.
12. Hi ha l'opinió generalitzada que les instal·lacions esportives són insuficients, especialment les públiques.

Les dades d'altres enquestes, com la de l'Alt Camp-Conca de Barberà, corroboren l'alta prevalença del sedentarisme (52,7%). De l'Enquesta de Salut de l'Hospitalet es desprèn que el 27% de la població d'entre 35 i 65 anys declara que no fa cap activitat física en el seu temps de lleure, ni tan sols lleugera, com pot ser caminar més de 20 minuts a la setmana, i només un 7% de la població practica algun esport de manera regular (més d'un cop a la setmana).

L'activitat física pot prevenir i controlar les malalties cardíco-vasculars, l'osteoporosi, la diabetis mellitus i determinades neoplàsies

Cada dia hi ha més evidència epidemiològica que la inactivitat física i la manca d'exercici estan relacionades amb el desenvolupament de diversos problemes de salut. La relació entre el nivell d'activitat física i el risc de desenvolupar cardiopatia coronària ha estat un dels aspectes més estudiats. Els resultats obtinguts posen de manifest aquesta relació i suggereixen, a més, que l'activitat física pot contribuir a prevenir i controlar moltes altres malalties com la hipertensió arterial, l'osteoporosi, la diabetis *mellitus* i determinats tipus de neoplàsies com el càncer de còlon.

Un estudi longitudinal realitzat recentment als Estats Units mostra que la bona forma física disminueix la mortalitat general ajustada per l'edat. És a dir, sembla que la bona forma física podria postergar la mortalitat per totes les causes i afectar especialment les taxes de mortalitat específica per malalties de l'aparell circulatori i per càncer.

Tot i que els mecanismes a través dels quals l'exercici físic pot actuar sobre l'estat d'ànim dels individus no són clars, l'exercici físic regular s'associa amb una millora dels estats depressius menors, i afavoreix el rendiment intel·lectual, les relacions socials i la tolerància a l'estrès. L'exercici físic intens produeix una sensació de benestar que té una durada de 2 a 5 hores després de finalitzar l'exercici i redueix l'estat d'ansietat.

L'exercici físic ajuda a la millora de les funcions intel·lectuals de les persones d'edat mitjana amb hàbit sedentari, redueix el temps de reacció per a tasques mentals amb participació de la memòria i millora la cognició.

En les persones grans, l'activitat física augmenta la capacitat aeròbica tant de la musculatura esquelètica com de la cardíaca. La manca d'activitat física en aquestes edats sembla que es relaciona directament amb la pèrdua de les funcions intel·lectuals.

L'exercici físic també pot comportar alguns riscos per a la salut

Cal dir, però, que l'exercici físic no està exempt d'alguns possibles problemes com lesions músculo-esquelètiques, alteracions de la funció endocrina relacionades amb la reproducció en les dones, trastorns durant l'embaràs, anèmia, mort sobtada per crisi cardíaca o accident vascular cerebral. Aquests riscos poden minimitzar-se amb mesures de cribatge de persones de risc i progressió correcta del programa d'exercici.

Cal assenyalar també que la pràctica d'exercici físic regular influeix positivament en l'adopció d'altres comportaments saludables en relació amb l'alimentació o amb el consum de tabac o alcohol.

Excés de pes

L'obesitat ha estat reconeguda com un problema nutricional i de salut important en la majoria dels països industrialitzats; no obstant això, fins ara no s'han dut a terme estudis homologats i estandarditzats en aquests països que permetin comparar les seves taxes d'excés de pes i obesitat.

Això dificulta enormement definir la magnitud del problema. L'elecció d'una definició epidemiològica és molt important, i en aquest sentit, en la primera conferència internacional sobre el Control del Pes celebrada a Montreaux, Suïssa, l'any 1985, s'arribà a la conclusió que la definició més simple i acceptada del pes ideal venia determinada per un Índex de Massa Corporal (IMC, pes en quilograms dividit per l'alçada en metres al quadrat, també anomenat índex de Quetelet) de 20 a 25.

L'excés de pes es pot classificar en funció de l'IMC en tres categories: excés de pes lleu o obesitat de grau I (IMC entre 25 i 30), obesitat definida o de grau II (IMC superior a 30) i obesitat mòrbida o de grau III (IMC superior a 40).

Un estudi realitzat pel Departament de Sanitat i Seguretat social l'any 1984 sobre una mostra de la població de Catalunya, exceptuant les comarques del Barcelonès, el Baix Llobregat i el Maresme, va evidenciar el següent:

1. Una prevalença d'excés de pes lleu del 27,8% en persones de més de 5 anys, del 26,5% en el sexe masculí i del 29,2% en el sexe femení, i que augmenta per sobre del 45% en persones de més de 45 anys.
2. Una prevalença d'obesitat definida de l'11,9%, del 8,9% en el sexe masculí i del 14,8% en el sexe femení; aquest indicador augmenta amb l'edat en ambdós sexes i s'observa una major prevalença en homes de 55 a 64 anys i una disminució de la mateixa a partir dels 65 anys.
3. Una prevalença d'obesitat mòrbida de quasi el 4% per a ambdós sexes.
4. S'ha observat que en persones de 50 anys o menys que tenen un IMC entre 19 i 27 en el sexe masculí i entre 19 i 25 en el sexe femení, la mortalitat és menor.
5. Entre els 50 i els 70 anys el valor de l'IMC a partir del qual el risc és major disminueix progressivament. A partir dels 70 anys l'excés de pes perd tot valor pronosticador.
6. Les taxes de mortalitat per malaltia cerebro-vascular i per malaltia coronària, per càncer de còlon i de mama i per diabetis augmenten progressivament a partir d'un IMC de 25.
7. La mortalitat per malaltia cerebro-vascular i per malaltia coronària és el doble en la població amb un excés de pes del 40% o més.
8. La mortalitat per malalties digestives augmenta 4 vegades en el sexe masculí i 2,3 vegades en el sexe femení en la població amb un excés de pes del 40% o més.
9. La mortalitat per diabetis augmenta 3,5 vegades en el sexe masculí i 3,8 vegades en el sexe femení en la població amb un excés de pes entre el 30% i el 40%; quan l'excés de pes supera el 40% la mortalitat es multiplica per 5,2 i 7,9 respectivament.

Un estudi realitzat a Catalunya l'any 1989 sobre una mostra de 704 persones de més de 14 anys ha demostrat que hi ha una prevalença d'obesitat d'un 11,9%, exactament igual a l'obtinguda en l'estudi anterior, la qual cosa fa pensar que la situació no s'ha modificat en els darrers anys. La d'obesitat mòrbida és del 4%.

Els resultats d'altres enquestes locals catalanes no específiques per a aquest tema sovint no són comparables per la manca d'uniformitat en els criteris,

L'obesitat és un problema de salut important

La prevalença d'obesitat en la població catalana és d'un 12 per cent

però el seu coneixement pot aportar informació complementària. L'Enquesta de Salut de Sabadell indica que l'excés de pes és present a la població sabadellenca en un 41,4% en els homes i en un 37,2% en les dones.

L'Enquesta de Salut realitzada a la Regió Sanitària Costa de Ponent l'any 1992 en població de 35 a 65 anys mostra que el 53,1% dels homes i el 42,7% de les dones tenen un excés de pes, dels quals un 15% i un 38,3%, respectivament, presenten obesitat definida o mòrbida.

Conducta sexual

L'OMS estableix la relació entre salut i sexualitat en tres aspectes:

1. Capacitat de gaudir i expressar la sexualitat sense sentiment de culpa o vergonya, en una relació emocional satisfactòria.
2. Capacitat de control de la fecunditat.
3. Prevenció de problemes de salut i de problemes de la funció sexual o reproductiva.

Cal fomentar la utilització de mesures preventives i de reducció del risc per a la salut relacionat amb la conducta sexual

En aquest context, problemes com l'embaràs adolescent, el càncer de cèrvix, les MTS i la infecció pel VIH aconsellen incidir d'alguna manera en aspectes dels estils de vida associats a la conducta sexual.

En aquest sentit, caldrà oferir un ventall el més ampli possible d'opcions que facilitin la prevenció d'aquests problemes. Opcions que, d'acord amb l'exercici de la llibertat individual, podran abastar des de les relacions monogàmiques amb una parella estable i duradora fins a la relació coexistent en el temps amb diverses parelles sexuals. Serà precisament en aquest darrer cas, quan la utilització de les mesures preventives i de reducció de risc hauran de fomentar-se amb la màxima eficàcia.

Determinats col·lectius i grups d'edat presenten característiques prou específiques en relació amb els problemes de salut associats a determinades conductes sexuals.

Un grup clau és el dels joves, tant pel fet de constituir un dels col·lectius on la prevenció pot tenir més sentit, com pel de ser, precisament pel tipus de comportaments sexuals que realitzen, població en risc d'alguns dels problemes esmentats.

Altres col·lectius d'especial interès són els relacionats amb la pràctica de la prostitució, tant les persones que l'exerceixen com les que la utilitzen, ja que les condicions i característiques d'aquesta pràctica faciliten l'aparició d'alguns dels problemes de salut esmentats.

No es disposa, en el nostre medi, de dades prou fiables i representatives respecte al tipus de pràctiques sexuals de la població. No obstant això, estudis realitzats arreu del món i dades qualitatives procedents de la pràctica diària de determinats dispositius socio-sanitaris (centres de planificació familiar i d'altres) i d'organitzacions no governamentals, indiquen que:

1. Els joves presenten una sèrie de característiques psico-socials i de grup que dificulten la incorporació de determinades conductes sexuals:

- Sobrevaloració de la seva invulnerabilitat, que els porta a menystenir bona part dels riscos que corren (accidents de trànsit, embaràs, infecció pel VIH/SIDA).

- Gran èmfasi en les gratificacions immediates de les seves conductes, que dificulta l'acceptació d'aquells canvis de comportament que suposen l'ajornament dels beneficis.
- Exaltació de l'espontaneïtat, que fa que sovint no es vulguin preveure determinades situacions (per la qual cosa, per exemple, s'evita portar preservatius).
- Baixa motivació en relació amb els temes de salut.
- Multiplicitat de parelles sexuals però en monogàmia serial (parelles monogàmiques successives), la qual cosa els proporciona una falsa sensació de seguretat.
- Confiança excessiva en la seva capacitat per seleccionar un company sexual no contagiat.

2. En el conjunt de la població s'observa, en general, una actitud de resistència a l'ús d'estrís preventius (preservatius), un baix i poc hàbil ús d'aquests, i certes restriccions per alguns col·lectius en la seva accessibilitat per motius econòmics i/o socials. Així mateix, es detecta també una baixa capacitat de les dones per negociar la realització de pràctiques més segures.

Els hàbits sexuals són difícils de modificar. Tota l'evidència científica respecte al tema indica que només amb informació no es pot modificar el comportament sexual de les persones. Altres factors tenen també un paper important: les actituds i els valors, tant de l'individu com del grup d'iguals, envers les conductes implicades; les habilitats per dur a terme de manera eficaç les pràctiques més saludables; l'accessibilitat a estrís i recursos que les facilitin; i la resposta de l'entorn immediat afavorint-ne o dificultant-ne la realització.

En aquest sentit, tot i la seva dificultat, els beneficis per a la salut de la població que poden derivar-se de la promoció d'una conducta sexual saludable, principalment entre els joves, converteixen en prioritàries les intervencions en aquest àmbit.

Cal prioritzar la promoció d'hàbits saludables en relació a la conducta sexual, sobretot entre la població jove

Característiques mediambientals i de l'entorn

Les característiques del medi ambient i, en general, de l'entorn depenen de molts factors (infraestructures de sanejament, desenvolupament econòmic, treball, habitatge, urbanisme, educació, condicions dels aliments) i l'anàlisi de la situació, en aquest àmbit, requereix la col·laboració de les diverses institucions que tenen competències per intervenir sobre aquests factors.

La importància dels factors ambientals sobre la salut va quedar àmpliament reconeguda quan, el desembre de 1988, 23 ministres de salut europeus van signar la Carta Europea de Medi Ambient i Salut, on s'identifiquen els principals agents ambientals amb repercussió sobre la salut i s'assenyalen les accions que cal realitzar.

Però ja molt abans la Generalitat de Catalunya havia endegat aquesta tasca, fonamentalment a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Així, Catalunya disposa de les següents Xarxes de Vigilància Ambiental:

- Aigües de subministrament públic.
- Contaminació atmosfèrica.
- Aigües de bany.
- Piscines d'ús públic.
- Assentaments humans.

El medi ambient és un important factor condicionant de la salut

Les Xarxes de Vigilància Ambiental a Catalunya actuen sobre les aigües de subministrament públic, la contaminació atmosfèrica, les aigües de bany, les piscines d'ús públic i els assentaments humans

Aquestes xarxes es fonamenten en les actuacions inspectores dels agents sanitaris i en les determinacions analítiques químiques, físiques i microbiològiques. Aquestes accions es complementen, quan és necessari, amb investigacions epidemiològiques com les realitzades sobre la repercussió en ingressos d'urgència per causes respiratòries en els hospitals de l'àrea de Tarragona.

La Xarxa de Vigilància de les Aigües de Subministrament Públic realitza anualment més de 250.000 determinacions analítiques i ha permès disposar d'un gran banc de dades sobre la qualitat d'aquestes aigües a Catalunya. Aquesta informació ha estat utilitzada en les actuacions pròpiament sanitàries, en el Pla de Sanejament i en el Programa d'Obres Hidràuliques.

La Xarxa de Vigilància de la Contaminació Atmosfèrica va ser creada pel Departament de Sanitat i traspasada a la Direcció General del Medi Ambient l'any 1988. Actualment es disposa de més de 150 punts de vigilància de la qualitat atmosfèrica. Aquesta xarxa ha permès prevenir les situacions d'emergència i identificar les àrees del país en zona d'atenció atmosfèrica especial. Un cop identificades aquestes zones, s'han creat els programes de descontaminació específics, que en alguns casos, com ara a Cassà de la Selva, han permès que el problema s'hagi resolt.

La Xarxa de Vigilància de les Aigües de Bany va ser creada pel Departament de Sanitat i traspasada al Departament de Medi Ambient l'any 1989. Es disposa de 130 punts de control de la qualitat de les aigües tant costaneres com de l'interior i permet classificar les platges segons la seva qualitat sanitària, la qual cosa facilita la informació a la població i establir els programes prioritaris d'actuació.

La Xarxa de Control de les Piscines d'Ús Públic comprèn actualment més de 3.000 piscines. L'experiència acumulada en el decurs dels cinc anys de vigència del programa ha permès la millora de moltes instal·lacions i la publicació d'un manual per a operadors de piscines distribuït l'any 1992. Actualment s'està realitzant, amb la col·laboració de tots els agents socials implicats, una actualització de la normativa.

La Xarxa de Control d'Assentaments Humans (càmpings, cases de colònies, albergs de joventut, balnearis, guarderies) preveu la inspecció sanitària d'aquests establiments, generalment regulats per normativa d'altres Departaments.

Aquestes accions, ja sistematitzades, s'han complementat recentment amb nous programes, dels quals cal destacar el de control sanitari de les aigües residuals depurades i el control de contaminació a l'interior dels habitatges.

En el camp de la contaminació de l'interior dels habitatges, el Departament de Sanitat realitzà durant 1990 i 1991 un ampli programa d'inspecció i analítica d'una mostra de 600 habitatges representativa de la totalitat dels habitatges de Catalunya. Aquesta campanya ha permès identificar les principals causes d'aquesta forma de contaminació i endegar la corresponent campanya d'educació sanitària.

Els factors del medi ambient que per les seves repercussions sanitàries cal tenir en compte a Catalunya són, principalment, els següents:

- La presència d'agents microbiològics i físico-químics a les aigües d'abastament públic.
- La reutilització d'aigües residuals, donada la disminució de recursos hídrics.
- L'existència d'abocadors incontrolats de residus sòlids urbans.
- L'existència de residus industrials i sanitaris no controlats, especialment en nuclis d'intensa industrialització.
- La contaminació atmosfèrica en determinats nuclis industrials.
- La contaminació a l'interior dels habitatges.

S'han identificat els principals factors mediambientals que poden influir en la salut de la població catalana

El treball d'anàlisi de situació, en aquest primer moment, s'ha centrat en els aspectes tradicionalment més lligats al sanejament ambiental i a la higiene dels aliments. Els problemes identificats des de les regions sanitàries, a partir de les dades que s'han pogut recollir i/o elaborar des d'aquests àmbits territorials, estan en la línia dels que es resumeixen al Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut, apuntats anteriorment.

La temàtica i l'abast d'aquest apartat seran objecte d'ampliació, durant l'any 1993, d'acord amb el que preveu l'Ordre de 23 d'octubre de 1992, per la qual s'estableixen la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut i, més concretament, quan es fa referència a l'ampliació del Pla de Salut 1993-1995, que se sotmetrà a aprovació el gener de 1994. La Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut, creada per l'esmentada Ordre, permetrà aprofundir més en l'anàlisi de la situació de les característiques mediambientals i de l'entorn, i també avançar en la definició d'objectius i intervencions per a un entorn més saludable, conjuntament, amb les altres institucions implicades.

El tema del medi ambient serà objecte d'ampliació del Pla de Salut

Els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris

El Servei Català de la Salut és l'entitat planificadora, avaluadora i finançadora dels serveis i té la responsabilitat de vetllar per la salut de la població

A Catalunya hi ha una provisió diversificada de serveis sanitaris i sòcio-sanitaris

L'Institut Català de la Salut és la principal entitat proveïdora de serveis sanitaris, especialment d'atenció primària

El Servei Català de la Salut té la responsabilitat de vetllar per la salut de la població i d'oferir serveis que, dins l'àmbit de l'assistència sanitària i sòcio-sanitària i de la salut pública, siguin adequats per aconseguir-ho.

El Servei Català de la Salut es configura com a l'entitat planificadora, avaluadora i finançadora dels serveis i de les prestacions. Per desenvolupar les seves funcions el Servei Català de la Salut s'estructura de forma desconcentrada i, a nivell territorial, s'organitza en regions sanitàries i sectors sanitaris. L'assistència es duu a terme per entitats proveïdores, que es comprometen a prestar uns serveis determinats amb un nivell de qualitat adequat, mitjançant els contractes que s'estableixin amb el Servei Català de la Salut.

Tradicionalment a Catalunya la provisió de serveis sanitaris i sòcio-sanitaris públics es realitza d'una manera força diversificada. D'una banda, hi participen entitats de diferent titularitat, majoritàriament públiques, però també privades. D'altra banda, existeixen diverses xarxes amb diferent grau d'especialització de l'atenció: la xarxa d'atenció primària de salut i la xarxa hospitalària d'utilització pública, la d'atenció sòcio-sanitària, la de salut mental i altres de més especialitzades, com pot ser la xarxa d'atenció a les drogodependències. La creació del Servei Català de la Salut permet reunir en una mateixa configuració les diverses xarxes, independentment de la seva titularitat, que presten serveis en l'àmbit de l'atenció sanitària pública de la població. A més, el Servei Català de la Salut té la responsabilitat de fixar i garantir l'assoliment dels objectius per a cadascun dels elements d'aquest sistema, i garantir també la coordinació entre aquests.

A l'any 1981, un cop assumides les competències sobre els serveis sanitaris de la Seguretat Social, a Catalunya es va crear l'Institut Català de la Salut com a entitat gestora d'aquests serveis. Si bé a Catalunya la diversificació de proveïdors sempre ha constituït una singularitat respecte a la resta de l'Estat, l'Institut Català de la Salut ha tingut un paper fonamental en l'articulació del sistema assistencial, a través de la gestió dels recursos de la Seguretat Social i dels de nova creació de la Generalitat de Catalunya, i també a través de la concertació amb altres entitats, en un primer moment. El nou model definit per la LOSC i el desenvolupament del Servei Català de la Salut, tal com s'esmentava anteriorment, és substancialment diferent i permetrà adaptar millor l'organització del sistema sanitari a la realitat de Catalunya. De tota manera, l'Institut Català de la Salut continua essent, en l'actualitat, la principal entitat proveïdora de serveis sanitaris, especialment en el primer nivell assistencial, el de l'atenció primària de salut.

A la part III.B d'aquest document es plantegen les línies d'actuació i els objectius que guiaran la política de serveis en el marc del Servei Català de la Salut i, en concret, del Pla de Salut, seguint les directrius de la LOSC i del Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya. Abans, però, cal analitzar la situació en què es troben actualment els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris a Catalunya per tal de poder definir, posteriorment, quins són els aspectes susceptibles de millora i que caldrà tenir en compte per desenvolupar la política de serveis.

En aquest capítol, doncs, es descriu, a grans trets, l'organització dels nivells assistencials d'utilització pública, la seva evolució en el temps i l'activitat que es porta a terme. També s'hi inclou un apartat específic sobre la utilització de

medicaments i, finalment, es fa referència als recursos econòmics de la Generalitat de Catalunya per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública.

4.1 L'atenció primària

A Catalunya, amb la publicació del Decret 84/85 de mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària (RAP), s'inicia un procés de canvi cap a un nou model que es pot caracteritzar pels trets fonamentals següents:

- L'assumpció d'activitats de promoció de la salut, de prevenció, de rehabilitació i d'atenció psico-social.
- La concepció integral de la salut.
- La projecció comunitària.
- La integració i la coordinació entre els diferents estaments de personal i entre els diversos nivells assistencials.

El procés iniciat amb la RAP incideix principalment en tres aspectes:

- La nova missió dels serveis d'atenció primària i el seu model organitzatiu i funcional bàsic, d'acord amb les característiques apuntades anteriorment.
- El marc territorial de referència,
- Les infraestructures necessàries per al desenvolupament de les noves funcions.

L'estructura organitzativa proposada per configurar el nucli de serveis bàsics d'atenció primària és l'Equip d'Atenció Primària (EAP), compost per un conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris que desenvolupen i dirigeixen les seves activitats de salut al conjunt de població que comprèn l'Àrea Bàsica de Salut (ABS).

En relació amb els aspectes territorials s'ha procedit a la delimitació i l'estructuració dels nous àmbits territorials funcionals per a l'atenció primària. L'ABS es configura com la unitat territorial per al desenvolupament de l'atenció primària i la unitat elemental de l'organització territorial del Servei Català de la Salut. Aquesta agrupa diversos municipis i nuclis poblacionals o parts de ciutats (barris o districtes) de característiques geogràfiques, culturals i socials similars. Durant l'any 1992 s'ha completat formalment la definició territorial d'ABS. De tota manera, aquesta es configura dins un procés dinàmic, de manera que pugui ser revisada a mesura que es requereixi.

Cada ABS té un centre de referència, el Centre d'Atenció Primària (CAP). A l'àrea rural, cadascun dels municipis que componen l'ABS compta amb un centre sanitari relacionat amb el CAP, l'anomenat Consultori Local, des d'on es presten les activitats bàsiques d'atenció directa de manera descentralitzada.

La RAP segueix un procés gradual d'implantació. Segons la LOSC, el procés s'ha d'anar completant fins arribar a la cobertura de la totalitat de la població en un termini de sis anys, a partir de l'entrada en vigor de l'esmentada llei. A finals de 1992 s'ha assolit el 44,5% d'implantació amb 149 EAP en funcionament. La cobertura poblacional de la xarxa reformada se situa en el 41% (taula 40).

La gradualitat de l'extensió del nou model fa que actualment convisquin a Catalunya dues xarxes d'atenció primària, les anomenades xarxa reformada i xarxa no reformada. Aquesta última funciona seguint el model tradicional, preexistent a la RAP, pel que fa a l'assignació de població als professionals, dedicació horària del personal i oferiment de serveis, si bé en alguns casos s'ha anat incorporant alguna de les funcions i els sistemes de treball que potencia la RAP.

La Reforma de l'Atenció Primària: cap a un nou model assistencial

L'Equip d'Atenció Primària és l'element central de la nova organització funcional de l'atenció primària

L'Àrea Bàsica de Salut és la unitat elemental de l'organització territorial del Servei Català de la Salut

La reforma és un procés dinàmic, gradual i pot ser susceptible de millora

Taula 40

Implantació de la Reforma per regions sanitàries
Catalunya

Regions sanitàries	Implantació a 31/12/91			Implantació a 31/12/92		
	Nombre ABS	% ABS func.	% població coberta	Nombre ABS	% ABS func.	% població coberta
Lleida	13	43,3	52,1	15	50,0	58,4
Tarragona	10	31,3	23,9	13	40,6	30,0
Tortosa	5	62,5	58,9	6	75,0	65,6
Girona	9	25,7	21,2	12	34,3	28,5
Costa de Ponent	26	45,6	44,1	35	61,4	60,8
Barc. N. i Maresme	10	26,3	28,2	15	39,5	41,8
Centre	29	43,3	38,3	36	53,7	50,7
Barcelona Ciutat	16	23,5	20,1	17	25,0	21,2
CATALUNYA	118	35,2	32,1	149	44,5	41,0

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.

La RAP i el treball desenvolupat pels EAP ha suposat una ampliació de l'oferta de serveis, un increment de la capacitat de resolució de problemes des de l'atenció primària i un increment en la qualitat de l'atenció.

Malgrat aquestes millores aportades pel nou model i suficientment constata- des, s'han identificat un conjunt d'aspectes susceptibles de millora¹, entre els quals es poden remarcar els següents:

- La planificació de les condicions d'obertura de les ABS.
- El suport tècnic i metodològic perquè els EAP puguin desenvolupar les funcions de prevenció, promoció i atenció als problemes de salut.
- La utilització desigual dels diferents sistemes de registre i dels criteris mí- nims per a la seva formalització.
- L'activitat avaluativa de la pràctica clínica.

Pel que fa a la provisió de serveis, l'Institut Català de la Salut és el proveïdor majoritari. En l'actualitat, s'han iniciat experiències de diversificació de la ges- tió dels serveis d'atenció primària, mitjançant la contractació d'altres entitats, des del Servei Català de la Salut.

La freqüentació dels serveis d'atenció primària se situa en 5,6 visites de medi- cina general i pediatria (sense incloure activitat d'infermeria), per habitant i any en la xarxa no reformada, i en 6,2 visites per habitant i any en la reformada.

Els estudis realitzats relatius al funcionament dels EAP mostren clarament un canvi en el comportament dels equips en relació amb la xarxa no reformada quant al perfil de l'activitat generada i que és realitzada per recursos aliens a l'equip propi. S'observa un major nombre de sol·licituds de proves comple- mentàries bàsiques en comparació amb les dades de la xarxa no reformada. D'altra banda, es constata una disminució, en relació amb la xarxa no refor-

S'han iniciat experiències de contractació de serveis d'atenció primària a entitats alienes

Les característiques del procés d'atenció són diferents a la xarxa reformada

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Aplicació de la metodologia de l'estudi del cas en l'avaluació de l'equip d'atenció primària. 1991.

mada, de les derivacions efectuades des dels equips a les consultes d'especialitats, la qual cosa indica un augment de la capacitat resolutive dels serveis d'atenció primària de la xarxa reformada.

Altrament, cal destacar que la mitjana de temps per visita en els EAP és molt superior a la que presenta la xarxa no reformada. Així mateix, es confirma una tendència a disminuir el nombre de receptes dispensades pels metges dels EAP, però no tan sols és en l'àmbit quantitatiu de la prescripció farmacèutica on es troben diferències; diverses anàlisis posen de manifest que el nou model assistencial presenta una prescripció amb unes característiques qualitatives millors (menor utilització de fàrmacs de valor dubtós o nul, menor nombre de tractaments de complaença).

A nivell qualitatiu, pel que fa al funcionament dels EAP, la tendència a treballar coordinadament i per objectius va en augment. Així, per exemple, el 37% dels EAP amb més d'un any de funcionament desenvolupen el Programa d'Atenció Domiciliària.

Estudis d'opinió realitzats en la població mostren clarament que el nou model d'atenció primària produeix efectes positius en la percepció de les atencions prestades al ciutadà, així com en la confiança global que mereix el sistema sanitari públic per solucionar els problemes dels ciutadans.

Els aspectes en els quals es manifesta un increment més notable de la satisfacció són:

- La informació facilitada pel metge de capçalera.
- L'atenció dispensada en la consulta.
- El temps dedicat al pacient durant la visita.
- L'eficàcia en la solució dels problemes de salut.

Altres processos de reordenació de serveis que afecten l'àmbit de l'atenció primària són els relatius al Programa Sanitari d'Atenció a la Dona i a la reforma de l'atenció especialitzada.

El Programa Sanitari d'Atenció a la Dona permetrà consolidar el procés d'adscripció dels centres de planificació familiar de diverses titularitats en un dispositiu integrat de cobertura pública en el marc del Servei Català de la Salut. Durant aquest any s'ha previst desplegar en 6 zones del territori l'esmentat programa. Aquest procés d'ordenació permetrà assolir una millor coordinació i complementaritat dels serveis, amb independència de quines siguin les entitats que facin efectiva la seva provisió.

D'altra banda s'ha iniciat el procés de reordenació de l'atenció especialitzada, que consolidarà el nou model de sistema sanitari basat en dos nivells d'atenció: primària i especialitzada.

Aquest procés es basa fonamentalment en l'adscripció i la integració de l'activitat d'atenció especialitzada ambulatoria a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) preservant en tot moment la continuïtat i l'accessibilitat de l'atenció. Aquest procés haurà de tenir en compte facilitar la resposta a les necessitats d'atenció especialitzada segons les característiques de cada zona i fer efectiu el paper de suport de l'atenció especialitzada als serveis d'atenció primària.

Paral·lelament al procés de reforma s'ha fet un esforç important en la inversió destinada a la nova construcció, adequació i equipament de centres d'atenció primària. Al mateix temps s'ha mantingut una política de suport al finançament dels CAP i Consultoris Locals de titularitat municipal.

El nou model d'atenció primària és valorat de forma positiva pels ciutadans

Continua el desenvolupament del Programa Sanitari d'Atenció a la Dona

S'ha iniciat el procés de reordenació de l'atenció especialitzada

4.2 L'atenció hospitalària

La modernització de la xarxa hospitalària i la potenciació dels hospitals comarcals

La consolidació de la XHUP

Cap a la millora de l'eficiència i la qualitat del procés assistencial

Des del començament de la dècada dels anys 80, quan la Generalitat de Catalunya va anar assumint les competències de planificació i ordenació sanitària i la responsabilitat sobre la provisió pública dels serveis sanitaris, el sector hospitalari ha evolucionat de manera molt important. Les primeres intervencions van anar adreçades a millorar els aspectes estructurals de l'atenció hospitalària i a racionalitzar el finançament, mitjançant l'acreditació de centres, l'acció concertada i la inversió pública destinada a la potenciació dels hospitals comarcals i a la modernització de la xarxa existent.

La necessitat de consolidar l'estructura per a la provisió pública de l'atenció hospitalària va donar lloc a la creació de la XHUP l'any 1985. Posteriorment, dins el marc de la planificació establerta en el Desplegament del Mapa Sanitari (1983) es va endegar el Pla de Reordenació Hospitalària pel període 1987-1991. En la mesura que la disponibilitat dels recursos econòmics ho ha permès, s'ha anat desenvolupant aquest Pla, la qual cosa ha significat, a més de continuar amb la política sobre els recursos, posar l'èmfasi sobre la racionalització de l'activitat i l'aplicació de nous models de pagament als hospitals per atendre les responsabilitats en la provisió pública dels serveis.

Com a resultat d'aquesta política, actualment es disposa d'una xarxa hospitalària més consolidada. Els hospitals comarcals tenen un pes molt important com a centres bàsics i més propers a la població, i amb una millor utilització i coordinació dels recursos. El repte actual és millorar l'eficiència i la qualitat del procés assistencial, en termes sanitaris, i donar més importància a la satisfacció de l'usuari com a objectiu, també fonamental, en la provisió dels serveis. El procés assistencial s'ha d'orientar cap a objectius que considerin els efectes sobre l'estat de salut i la qualitat de vida de cada pacient, tenint en compte la recuperació funcional, la millora de la percepció de la pròpia salut i la reintegració a la comunitat després de l'hospitalització.

Dins l'assistència sanitària que comporta l'internament es pot distingir l'atenció de malalts aguts, l'atenció sòcio-sanitària i l'atenció psiquiàtrica. En aquest apartat es tracta fonamentalment de l'atenció de malalts aguts i pel que fa als altres dos tipus d'atenció se'n farà una anàlisi més específica en els punts 4.3 i 4.4 que tracten sobre l'atenció sòcio-sanitària i l'atenció a la salut mental, respectivament.

De l'activitat d'atenció hospitalària de malalts aguts, unes dues terceres parts es realitzen per compte del Servei Català de la Salut. De tota manera, la proporció d'altres a càrrec del Servei Català de la Salut respecte al total d'altres d'aguts és molt diferent segons les regions sanitàries on s'ubiquen els centres hospitalaris. Així, el 1990, aquesta proporció era del 93% en les regions Costa de Ponent i Barcelonès Nord i Maresme, mentre que a la regió Barcelona Ciutat era del 55% (taula 41).

La XHUP aplega els recursos que serveixen per desenvolupar l'activitat hospitalària finançada pel Servei Català de la Salut. L'any 1991 l'esmentada xarxa tenia aproximadament 17.000 llits.

Els centres de la XHUP són de diferent tipus segons la seva grandària i la complexitat dels procediments diagnòstics i terapèutics del procés assistencial (taula 42). Els centres classificats com a hospitals generals bàsics tenen el 31% del total de llits, amb una mitjana de 120 llits per centre, els hospitals de referència apleguen el 41% dels llits i la seva grandària mitjana és de 330 llits. Els centres classificats en la categoria hospitals d'alta tecnologia, que tenen el 28% del total de llits de la xarxa, són els de més complexitat i els d'una grandària superior.

**Atenció hospitalària de malalts aguts a càrrec
del Servei Català de la Salut 1991**

Taula 41

Regions sanitàries	Altes	Estades	Visites		Urgències
			Cons.	Ext.	
Lleida	23.912	206.350	92.350	3.800	58.445
Tarragona	35.240	283.700	228.850	3.900	133.000
Tortosa	7.350	58.760	43.200	700	21.085
Girona	36.807	307.370	248.800	5.200	164.780
Costa de Ponent	78.790	753.600	662.950	19.200	492.615
Barc. N. i Maresme	43.482	402.700	347.650	15.800	325.430
Centre	101.976	908.800	584.200	14.200	644.235
Barcelona Ciutat	167.516	1.692.400	1.497.600	28.200	525.410
TOTAL	495.073	4.613.680	3.705.600	91.000	2.365.000

*FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Facturació de l'activitat concertada pel Servei Català de la Salut.
Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Sistema d'indicadors de gestió assistencial (SIGAS).*

**Centres i llits de la XHUP per nivells
Catalunya, 1991***

Taula 42

Nivell	Nombre de centres	Nombre de llits
H. General bàsic	45	5.322
H. Referència	21	6.990
H. Alta tecnologia	8	4.699
TOTAL	74	17.011

* S'han inclòs els centres que, no essent de la XHUP, donen suport a la Xarxa.

*FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Facturació de l'activitat concertada pel Servei Català de la Salut.
Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Sistema d'indicadors de gestió assistencial (SIGAS).*

En analitzar la morbiditat atesa als hospitals d'aguts (apartat 2.3) es posava de manifest que la freqüentació hospitalària havia anat en augment en els darrers anys. Aquesta evolució de la demanda atesa ha anat acompanyada del descens continuat en l'estada mitjana (taula 43).

Cal remarcar que el nombre d'altes en el nivell d'alta tecnologia ha disminuït, amb la qual cosa s'observa que aquest nivell ha perdut pes específic a favor dels dos primers nivells, el d'hospital general bàsic i el d'hospital de referència (figura 61). La disminució de l'estada mitjana també es presenta amb més intensitat en els primers nivells (figura 62).

L'estada mitjana als hospitals d'aguts ha disminuït mentre que la freqüentació ha anat augmentant

Taula 43

**Evolució de l'activitat d'hospitalització de la XHUP
Catalunya, 1989-1991**

Nivell	1989		1990		1991	
	Altes	EM*	Altes	EM*	Altes	EM*
H. General bàsic	139.301	8,8	146.102	8,6	155.155	8,4
H. Referència	179.989	9,6	197.083	9,4	201.950	9,3
H. Alta tecnologia	141.144	10,6	133.619	10,6	137.968	10,5
TOTAL	460.434	9,7	476.804	9,5	495.073	9,3

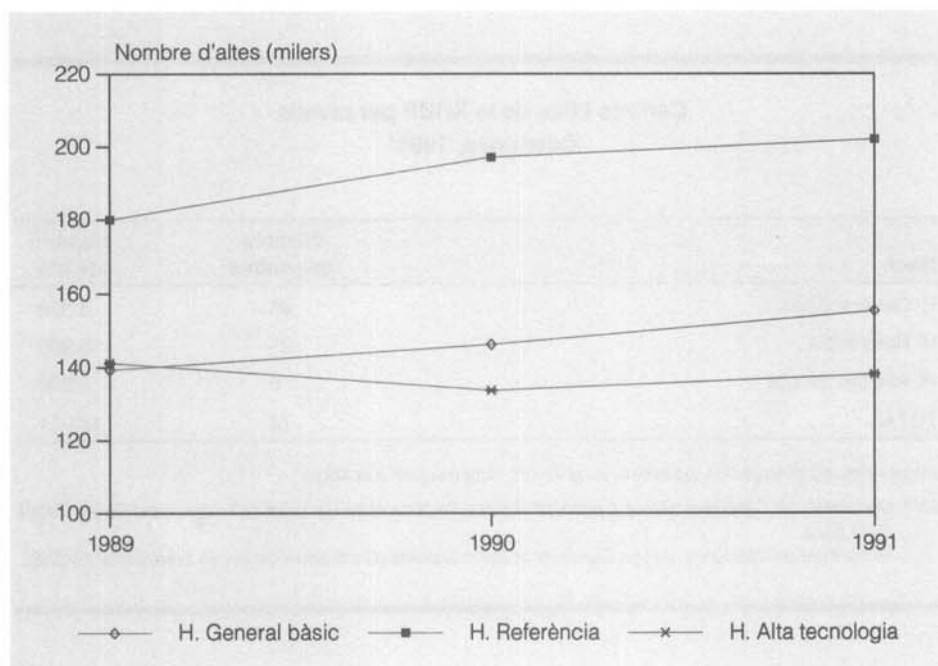
* EM: estada mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Facturació de l'activitat concertada pel Servei Català de la Salut.

Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Sistema d'indicadors de gestió assistencial (SIGAS).

Figura 61

**Evolució del nombre d'altres a la XHUP
Catalunya, 1989-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Facturació de l'activitat concertada pel Servei Català de la Salut.

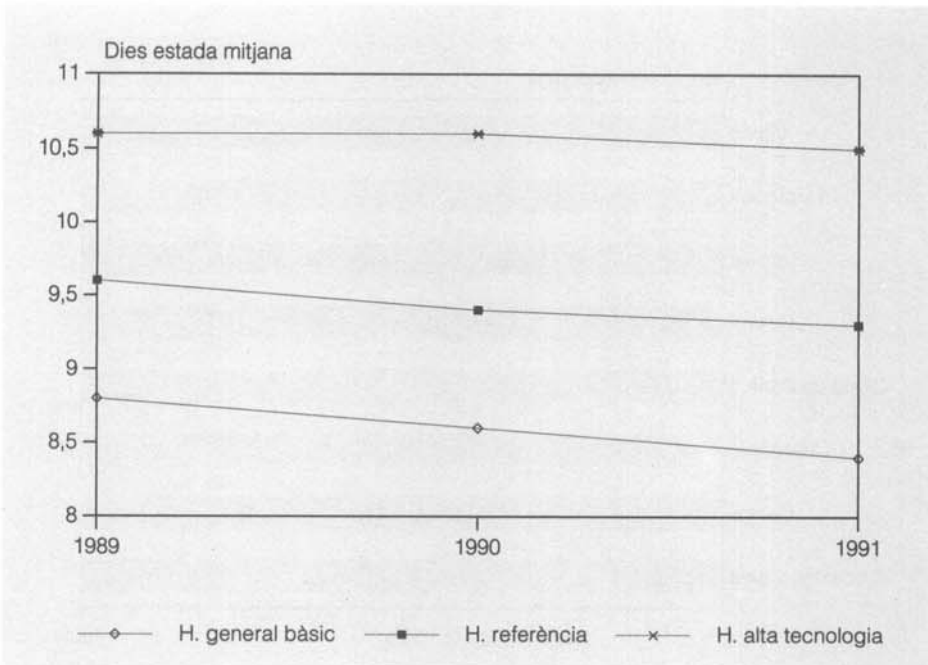
Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Sistema d'indicadors de gestió assistencial (SIGAS).

Augmenta l'activitat
ambulatòria realitzada
als hospitals

Pel que fa a l'activitat ambulatoria realitzada en els hospitals, en els darrers anys s'han produït increments importants. Les visites en les consultes externes, les urgències, les intervencions ambulatories i l'activitat d'hospital de dia han presentat augments superiors als observats respecte l'activitat d'internament.

**Evolució de l'estada mitjana a la XHUP
Catalunya, 1989-1991**

Figura 62



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Facturació de l'activitat concertada pel Servei Català de la Salut.
Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Sistema d'indicadors de gestió assistencial (SIGAS).

Les diferències observades en la freqüentació hospitalària, i la distribució territorial dels recursos hospitalaris en quantitat i en complexitat, així com les relacions econòmiques i socials entre els territoris i els hàbits de mobilitat geogràfica de la població, determinen l'existència de fluxos per a l'atenció hospitalària entre diferents unitats territorials. Si es relaciona el lloc on acudeixen a l'hospital les persones i la seva procedència es pot analitzar la mobilitat relacionada amb l'atenció hospitalària.

Les tres enquestes d'altres hospitalàries^{2,3} realitzades a Catalunya permeten mesurar la magnitud dels fluxos per hospitalització.

Una alta proporció, entre el 80% i el 90%, de la població ingressada resident a les regions sanitàries Lleida, Tarragona, Tortosa i Girona ho feia en els hospitals de la pròpia regió (figura 63). Les regions més properes a Barcelona, en canvi, són les que presenten una proporció més alta de població ingressada en hospitals de fora de la pròpia regió, mentre que en el cas de Barcelona Ciutat més del 95% ingressa als hospitals situats en el seu territori. No obstant, en el període 1982-1990 s'observa que totes les regions sanitàries, sobretot Costa de Ponent, Centre i Barcelonès Nord i Maresme augmenten la capacitat de penetració dels seus hospitals en la població que els correspon, tot millorant d'aquesta manera la cobertura intraregional.

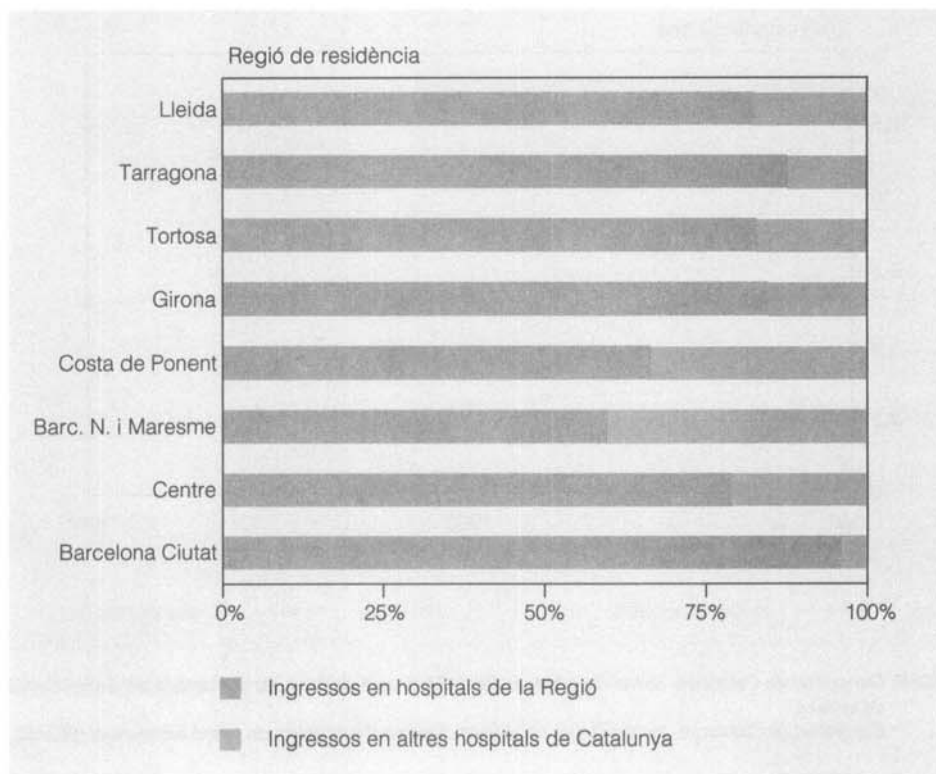
Augmenta l'atracció dels hospitals sobre les poblacions de les àrees on estan ubicats

² Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1982 i 1985. 1989.

³ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Figura 63

Fluxos d'hospitalització
Lloc d'ingrés dels malalts de cada regió sanitària
Catalunya, 1990



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Pel que fa a la procedència de la població atesa als hospitals (figura 64), s'observa, en general, que el percentatge d'ingressos de residents en la pròpia regió és molt alt, excepte en els hospitals de Barcelona Ciutat, on ingressen també malalts procedents d'altres regions, sobretot de Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme i Centre.

Anàlisi de les altes hospitalàries de la XHUP

CMBDAH és molt útil per al coneixement de l'activitat hospitalària

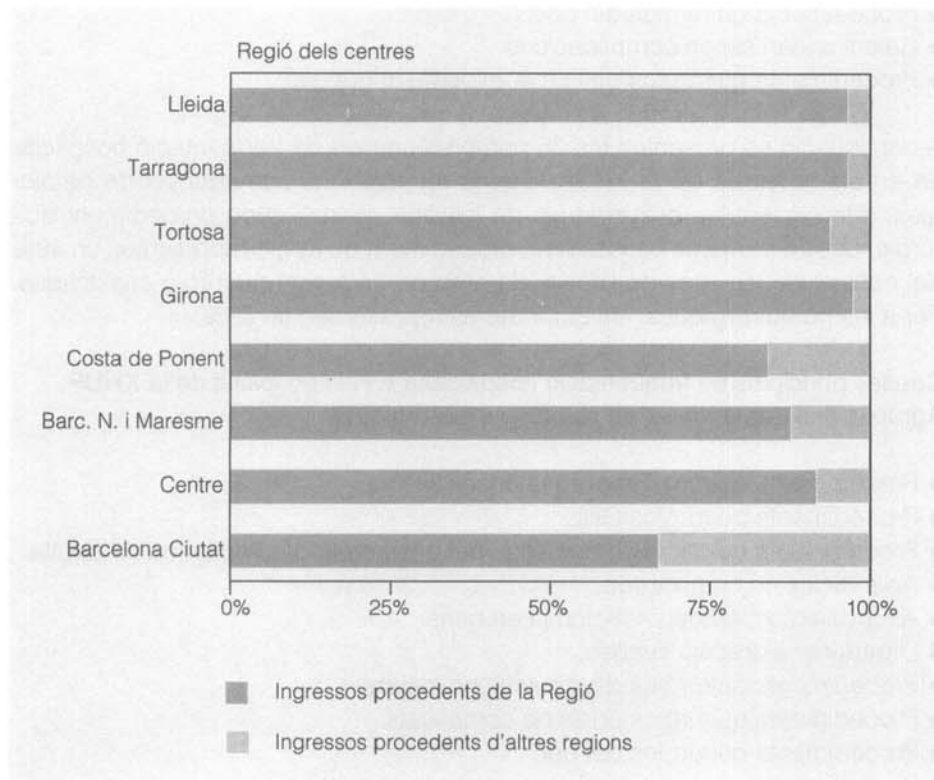
Les principals causes de freqüentació hospitalària

L'explotació de les dades del CMBDAH aporta informació nova i molt valuosa sobre l'activitat d'hospitalització. S'han analitzat les altes, produïdes l'any 1991, corresponents als 41 hospitals de la XHUP que van facilitar les dades al CMBDAH i que representen, aproximadament, el 69% del total de les altes de la XHUP. A continuació s'enumeren les 25 primeres causes de freqüentació hospitalària en els hospitals de la XHUP segons agrupacions homogènies⁴. El conjunt d'aquestes patologies representa aproximadament el 27% de totes les altes analitzades.

⁴ Grups de pacients clínicament homogenis tenint en compte el diagnòstic principal, els diagnòstics secundaris, l'edat, el sexe i el procediment.

**Procedència de la població hospitalitzada en els centres
de cada regió sanitària
Catalunya, 1990**

Figura 64



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Causes principals de freqüentació hospitalària en els hospitals de la XHUP:

- Part vaginal no complicat.
- Procediments quirúrgics sobre el cristal·lí.
- Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.
- Trastorns cerebro-vasculars excepte ictus transitori.
- Fallada cardíaca i xoc.
- Pneumònia simple i pleuritis en vells i/o amb complicacions.
- Patologia mèdica de columna vertebral.
- Esofagitis, gastro-enteritis en adults.
- Esofagitis, gastro-enteritis en nens i adolescents.
- Procediments quirúrgics ORL.
- Procediments quirúrgics hèrnia inguinal/femoral adults.
- Quimioteràpia.
- Apendicitis.
- Angor pectoris.
- Amigdalectomia/adenoïdectomia.
- Altra patologia respiratòria en vells i/o amb complicacions.
- Esofagitis/Gastro-enteritis en vells i/o amb complicacions.

- Neoplàsies respiratòries.
- Lligadura i extracció venosa.
- Procediments quirúrgics articulacions majors.
- Infart agut de miocardi sense complicació càrdio-vascular.
- Procediments quirúrgics anals no complicats.
- Procediments quirúrgics del peu.
- Càlcul urinari sense complicacions.
- Procediments quirúrgics de la mà, excepte el ganglió.

A continuació es presenten les 25 primeres causes de freqüentació hospitalària en els hospitals de la XHUP segons agrupacions homogènies de patologies, diferenciant les quirúrgiques de les que no impliquen procediment quirúrgic. Les 25 primeres causes amb procediment quirúrgic representen un 49% del conjunt de les altes de l'any 1991 amb procediment quirúrgic analitzades. Per a les no quirúrgiques, les 25 primeres representen un 39%.

Causes principals de freqüentació hospitalària en els hospitals de la XHUP. Agrupacions homogènies de patologies quirúrgiques:

- Procediments quirúrgics sobre el cristal·lí.
- Procediments quirúrgics ORL.
- Procediments quirúrgics hèrnia inguinal o femoral no complicada en adults.
- Apendicitis no complicada.
- Amigdalectomia/adenoidectomia en nens.
- Lligadura i extracció venosa.
- Procediments quirúrgics d'articulacions majors.
- Procediments quirúrgics anals no complicats.
- Procediments quirúrgics del peu.
- Procediments quirúrgics de la mà, excepte el ganglió.
- Histerectomia no radical no complicada.
- Colecistectomia sense exploració ductal no complicada.
- Cesària no complicada.
- Alliberament del tunel carpià.
- Procediments quirúrgics del genoll sense complicacions.
- Procediments quirúrgics del maluc o fèmur en vells i/o complicacions.
- Circumcisió en nens.
- Prostatectomia transuretral en vells i/o amb complicacions.
- Procediments quirúrgics hèrnia inguinal o femoral en vells i/o amb complicacions.
- Avortament amb legrat o histerectomia.
- Procediments quirúrgics sobre teixits tous no complicats en nens, adolescents i adults.
- Interrupció tubàrica mitjançant laparoscòpia.
- Procediments quirúrgics d'esquena i coll no complicats en nens, adolescents i adults.
- Procediments quirúrgics d'extremitat inferior i húmer no complicats en adults.
- Legrat i conització sense neoplàsia maligna.

Causes principals de freqüentació hospitalària en els hospitals de la XHUP. Agrupacions homogènies de patologies no quirúrgiques:

- Part vaginal no complicat.
- Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica.

- Trastorns cerebro-vasculars excepte ictus transitori.
- Fallada cardíaca i xoc.
- Pneumònia simple i pleuritis en vells i/o amb complicacions.
- Patologia mèdica de columna vertebral.
- Esofagitis, gastro-enteritis en adults.
- Esofagitis, gastro-enteritis en nens i adolescents.
- Quimioteràpia
- Angor pectoris.
- Altra patologia respiratòria en vells i/o amb complicacions.
- Esofagitis/Gastro-enteritis en vells i/o amb complicacions.
- Neoplàsies respiratòries.
- Infart agut de miocardi sense complicació càrdio-vascular.
- Càlcul urinari sense complicacions.
- Extraccions/reparacions dentals.
- Pneumònia simple/pleuritis en adults.
- Fractures extremitats inferiors o extremitats superiors adults.
- Bronquitis/asma en nens i adolescents.
- Pneumònia simple/pleuritis en nens i adolescents.
- Trastorns menstruals i d'altres de l'aparell genital femení.
- Trastorns sèrie roja en adults.
- Insuficiència renal sense diàlisi.
- Fractures de maluc i pelvis.
- Sagnat gastro-intestinal en vells i/o amb complicacions.

Un altre tipus de classificació, menys específica però que permet tractar el conjunt dels casos, és la basada en Categories Majors Diagnòstiques⁵. A la taula 44 es presenta la distribució de les altes hospitalàries de la XHUP segons Categories Majors Diagnòstiques ordenades per freqüències.

Segons l'estada (figura 65) s'han classificat les altes hospitalàries en els tres grups següents: les que han produït estades inferiors a 2 dies, les que han generat una estada entre 2 i 14 dies i, finalment, les d'estades superiors a 14 dies.

A la taula 45 es presenten les altes hospitalàries amb estades inferiors a 2 dies, que signifiquen el 10% del total d'altes analitzades, classificades segons Categories Majors Diagnòstiques i ordenades segons la proporció que representen dins de cada categoria. Aquestes altes «a priori» es podrien considerar potencialment ambulatories. El seu estudi, fet emprant agrupacions clínicament homogènies de pacients, permetrà identificar quins són els processos que les expliquen i plantejar tractaments alternatius.

Les altes hospitalàries que han generat estades entre 2 i 14 dies (taula 46) constitueixen el grup amb major pes específic i, concretament, representen el 73% del total d'altes, amb una estada mitjana de 6,2 dies i un coeficient de variació de 0,6. El valor de l'estada mitjana es troba comprès entre els 4,3 dies en Oto-rino-laringologia i els 9,11 dies en la categoria de Drogues.

El tercer grup, el de les altes que han generat estades superiors a 14 dies (taula 47), representa el 17% del total de les altes hospitalàries analitzades. L'estada mitjana en aquest grup és de 27,1 dies i el coeficient de variació de 0,6. El rang de les estades mitjanes entre les diferents categories oscil·la entre els 22,7 dies de la categoria Drogues i els 33,5 dies de la de Trastorns Mentals.

Les altes hospitalàries amb estades inferiors a 2 dies representen el 10%

Les altes hospitalàries amb estades entre 2 i 14 dies representen el 73%

Les altes hospitalàries amb estades superiors a 14 dies representen el 17%

⁵ Les Categories Majors Diagnòstiques són agrupacions de casos, a partir de la Classificació Internacional de Malalties, tenint en compte els diagnòstics i/o els procediments.

Les característiques dels pacients que han generat aquestes estades s'han d'estudiar considerant agrupacions homogènies de pacients que permetin aprofundir en l'anàlisi. En alguns casos, la durada de l'estada s'explica pel mateix procés, com en les cremades; en d'altres caldria distingir els pacients amb requeriments d'hospitalització en llits d'aguts dels que requereixen qual-sevol altre tipus d'atenció sanitària o dels lligats a la problemàtica socio-sanitària.

La classificació segons Categories Majors Diagnòstiques també permet diferenciar les altes hospitalàries que comporten procediment quirúrgic i les que no.

El 63% de les altes no presenten procediment quirúrgic

El 63% del total d'altes hospitalàries analitzades no presenten procediment quirúrgic, amb una estada mitjana global de 9 dies i un coeficient de variació global d'1,1. A la figura 66 i a la taula 48 se'n presenta la distribució segons Categories Majors Diagnòstiques.

El 72,3% d'altes no quirúrgiques corresponen a estades entre 2 i 14 dies, amb una estada mitjana de 6,2 i un coeficient de variació de 0,6. El rang de les estades mitjanes d'aquestes altes queda comprès entre els 4,3 dies de la Categoria d'Embaràs i Part i els 7,6 dies de la Categoria de Patologia Respiratòria. Sobre el total d'altes hospitalàries no quirúrgiques, un 11% són altes que han generat una estada inferior a 2 dies i un 16,7% són altes que han generat estades superiors a 14 dies, amb una estada mitjana de 26,2 dies i un coeficient de variació de 0,6. Els valors de les estades mitjanes del grup d'altes amb estades superiors a 14 dies es troben entre els 22,0 dies de la categoria d'Ulls i els 33,4 dies de la categoria de Trastorns Mentals.

Les altes hospitalàries amb procediment quirúrgic representen el 27%

El 27% del total d'altes hospitalàries han presentat almenys un procediment quirúrgic. L'estada mitjana pel conjunt d'aquestes altes és de 9,7 dies i el coeficient de variació d'1,1. La seva distribució segons Categoria Major Diagnòstica es presenta a la figura 67 i a la taula 49.

D'aquestes altes, el 6,8% han generat una estada i el 18% corresponen a altes amb estada superior a 14 dies. El 75,2% restant correspon a altes quirúrgiques amb estades entre 2 i 14 dies, amb una estada mitjana de 6,1 i un coeficient de variació de 0,6. El rang de les estades mitjanes d'aquestes altes queda comprès entre els 3,7 dies de la categoria d'Oto-rino-laringologia i els 9,7 dies de la categoria de Cremades.

El 18% de les altes quirúrgiques han generat estades superiors a 14 dies i presenten una estada mitjana de 28 dies i un coeficient de variació de 0,6. El rang de les seves estades mitjanes queda delimitat pels 22,7 dies de la categoria d'Embaràs i Part i els 46,7 dies de la categoria de Trastorns Mentals.

**Altes hospitalàries de la XHUP, recollides al CMBDAH,
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Taula 44

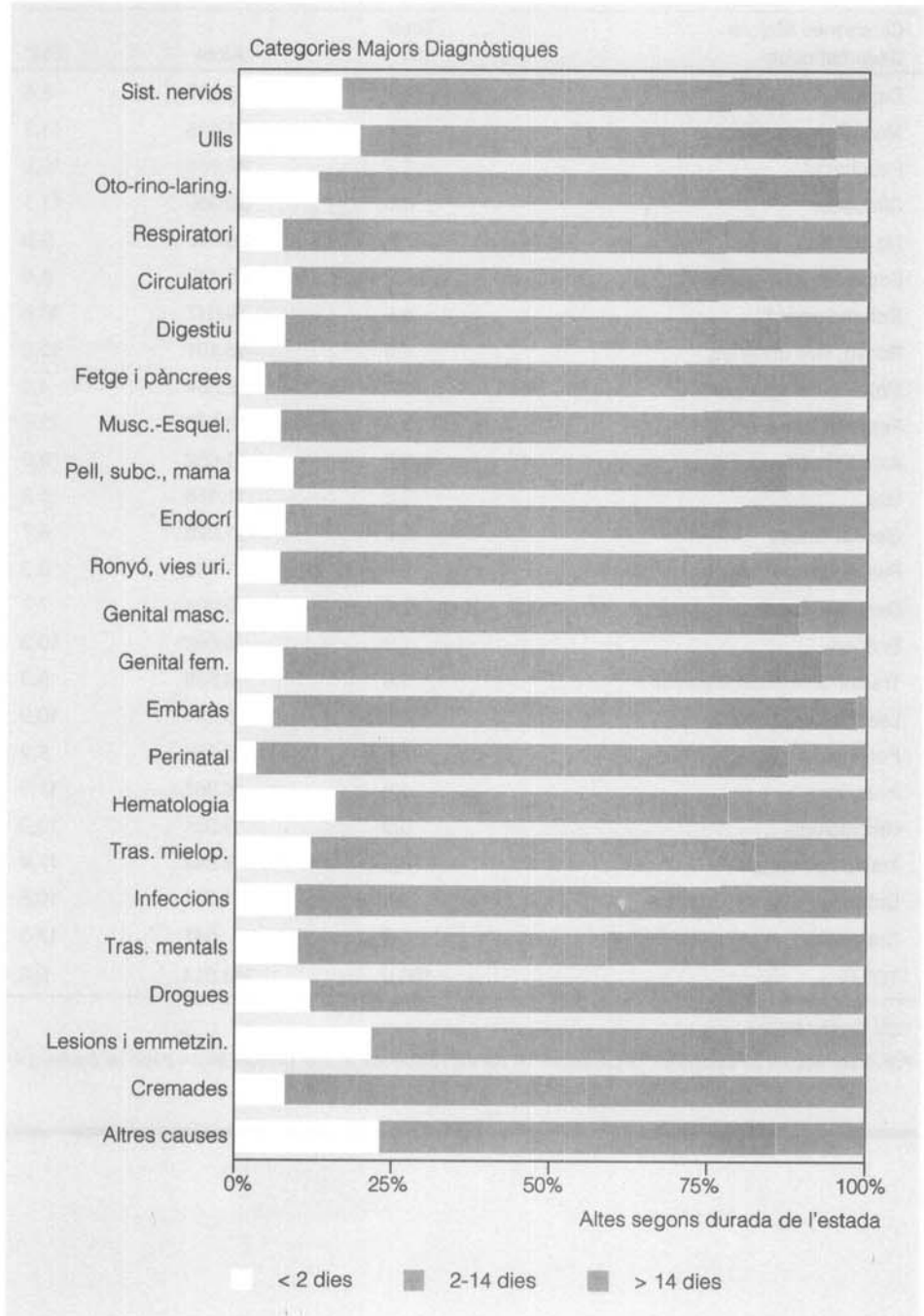
Categories Majors Diagnòstiques	Total %	Altes	EM*
Digestiu	12,3	43.327	8,6
Músculo-esquelètic	10,7	37.488	11,3
Respiratori	8,8	30.988	10,9
Circulatori	8,6	30.350	11,1
No consta	7,6	26.946	9,8
Embaràs	7,3	25.447	4,6
Sistema nerviós	5,6	19.617	10,4
Ronyó, vies urinàries	4,6	16.101	10,0
Oto-rino-laringologia	4,4	15.664	4,9
Fetge i pàncrees	3,9	13.683	12,6
Altres causes	3,3	11.652	8,0
Ulls	3,2	11.166	5,2
Genital femení	3,2	11.225	6,7
Pell, subcutani, mama	3,2	11.188	8,3
Genital masculí	2,6	9.204	7,7
Endocrí	1,9	6.685	10,3
Trastorns mieloproliferatius	1,9	6.539	9,3
Lesions i enverinaments	1,8	6.191	10,0
Perinatal	1,5	5.386	8,2
Infeccions	1,5	5.367	11,6
Hematologia	0,9	3.351	10,2
Trastorns mentals	0,8	2.842	17,4
Drogues	0,4	1.311	10,5
Cremades	0,2	641	17,3
TOTAL	100,0	349.814	9,3

* EM: Estada Mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

Figura 65

**Distribució de les altes hospitalàries de la XHUP
segons durada de l'estada
Catalunya, 1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

**Altes hospitalàries de la XHUP, recollides al CMBDAH,
amb estades inferiors a 2 dies,
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Taula 45

Categories Majors Diagnòstiques	Altes	%
Altres causes	2.720	23,2
Lesions i enverinaments	1.353	21,8
Ulls	2.208	19,4
Sistema nerviós	3.232	16,4
Hematologia	538	16,0
Oto-rino-laringologia	2.003	12,8
Trastorns mieloproliferatius	795	12,1
Drogues	159	12,1
Genital masculí	1.049	11,3
No consta	3.849	11,0
Trastorns mentals	289	10,1
Infeccions	518	9,6
Pell, subcutani, mama	1.000	9,0
Circulatori	2.576	8,5
Cremades	52	8,1
Endocrí	524	7,8
Digestiu	3.307	7,6
Genital femení	853	7,5
Respiratori	2.203	7,1
Músculo-esquelètic	2.592	7,0
Ronyó, vies urinàries	1.126	7,0
Embaràs	1.581	6,1
Fetge i pàncrees	616	4,5
Perinatal	322	3,4
TOTAL	35.465	0

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

Taula 46

**Altes hospitalàries de la XHUP, recollides al CMBDAH,
amb estades entre 2 i 14 dies,
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Categories Majors Diagnòstiques	Altes	%	EM*
Embaràs	23.454	92,3	4,5
Genital femení	9.581	85,5	5,6
Perinatal	4.371	84,2	5,2
Oto-rino-laringologia	12.873	82,2	4,3
Digestiu	34.012	79,0	6,0
Genital masculí	7.161	78,0	6,6
Pell, subcutani, mama	8.736	78,0	5,9
Ulls	8.356	75,3	4,9
Ronyó, vies urinàries	11.986	74,5	7,0
Endocrí	4.828	72,3	7,1
Drogues	926	70,7	9,1
Trastorns mieloproliferatius	4.588	70,3	5,3
Respiratori	21.741	70,2	7,6
No consta	17.920	69,9	6,0
Circulatori	20.641	68,0	7,5
Infeccions	3.605	67,3	6,7
Músculo-esquelètic	25.133	67,0	6,4
Fetge i pàncrees	9.073	66,4	7,6
Altres causes	7.281	62,8	5,3
Hematologia	2.078	62,1	7,2
Sistema nerviós	12.053	61,6	5,9
Lesions i enverinaments	3.669	59,4	6,0
Trastorns mentals	1.383	48,9	7,3
Cremades	309	47,9	7,4
TOTAL	255.758	0	6,2

* EM: Estada Mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

**Altes hospitalàries de la XHUP, recollides al CMBDAH,
amb estades superiors a 14 dies,
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Taula 47

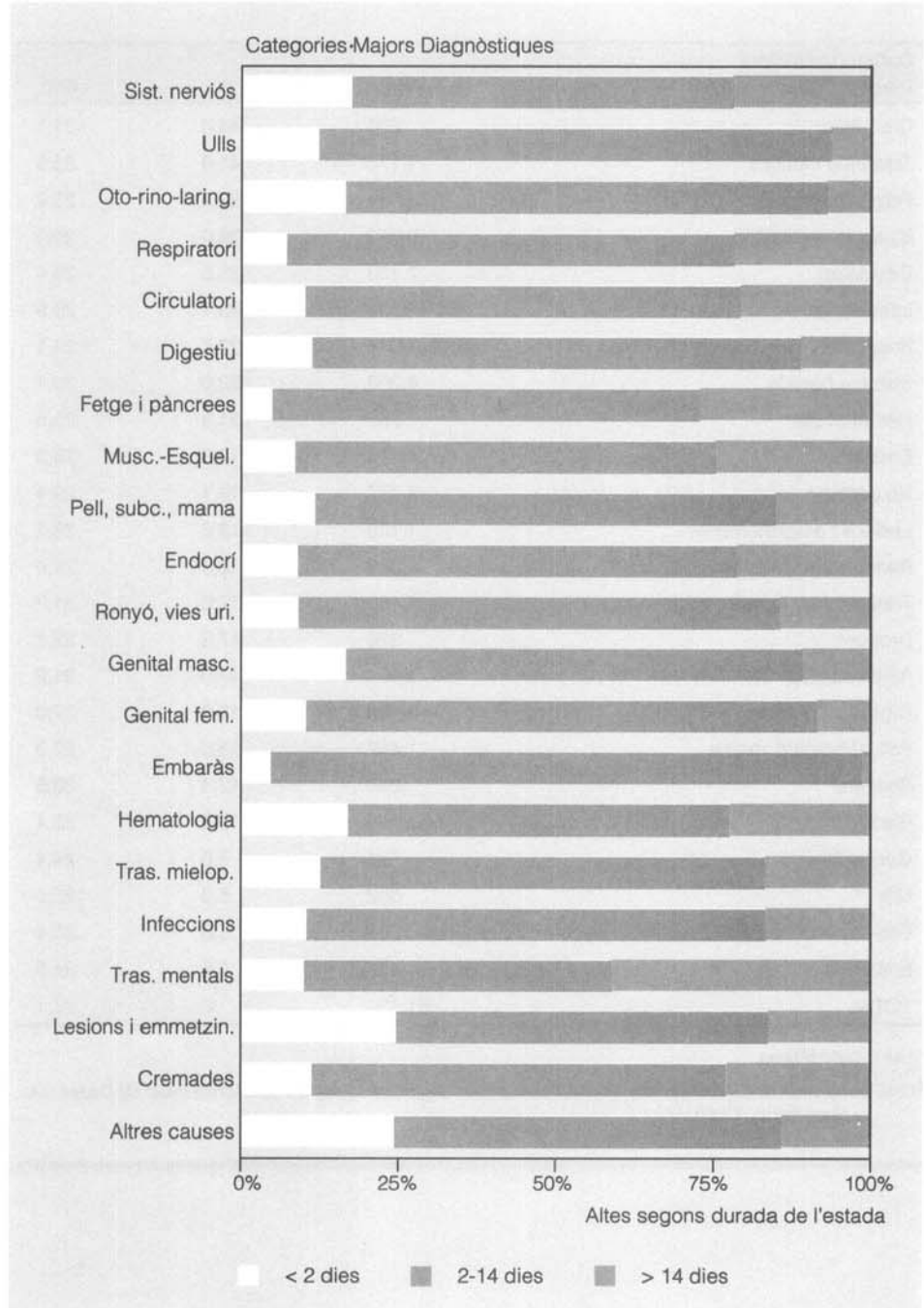
Categories Majors Diagnòstiques	Altes	%	EM*
Cremades	280	44,0	31,1
Trastorns mentals	1.170	41,0	33,5
Fetge i pàncrees	3.994	29,1	25,9
Músculo-esquelètic	9.763	26,0	26,9
Circulatori	7.133	23,5	25,4
Infeccions	1.244	23,1	29,9
Respiratori	7.044	22,7	24,1
Sistema nerviós	4.332	22,0	30,1
Hematologia	735	21,9	25,5
Endocrí	1.333	19,9	25,5
No consta	5.177	19,1	29,4
Lesions i enverinaments	1.169	18,8	33,1
Ronyó, vies urinàries	2.989	18,5	25,4
Trastorns mieloproliferatius	1.156	17,6	31,3
Drogues	226	17,2	22,7
Altres causes	1.651	14,0	31,2
Digestiu	6.008	13,8	27,0
Pell, subcutani, mama	1.452	13,0	27,3
Perinatal	693	12,4	30,5
Genital masculí	994	10,7	23,4
Genital femení	791	7,0	24,4
Ulls	602	5,3	23,3
Oto-rino-laringologia	788	5,0	25,4
Embaràs	412	1,6	24,5
TOTAL	61.136	0	27,1

* EM: Estada Mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

Figura 66

**Distribució de les altes hospitalàries mèdiques
segons durada de l'estada
Catalunya, 1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

**Altes hospitalàries no quirúrgiques de la XHUP, recollides al CMBDAH
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Taula 48

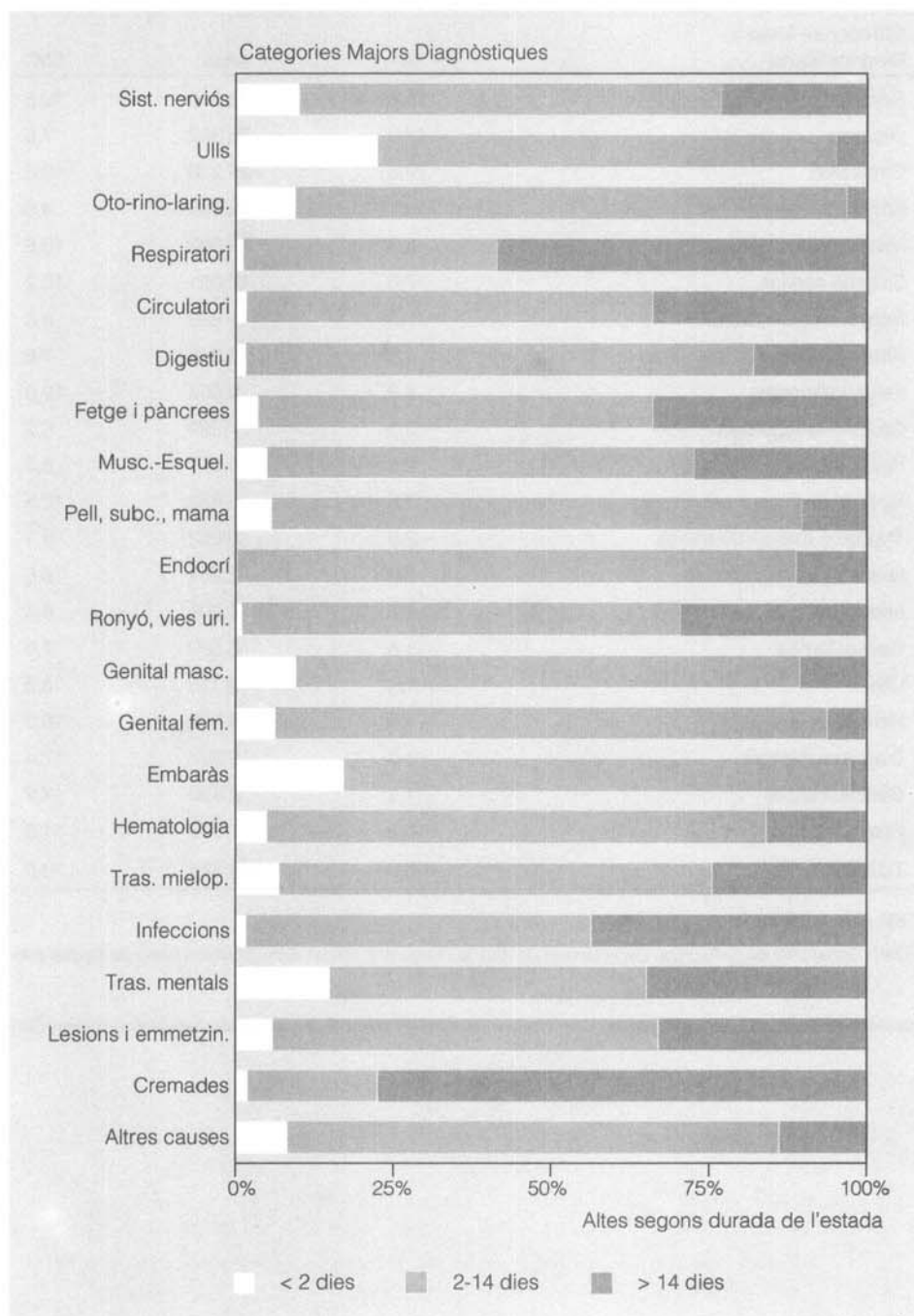
Categories Majors Diagnòstiques	%	Altes	EM*
Respiratori	13,6	30.312	10,6
Digestiu	12,0	26.882	7,5
Circulatori	10,8	24.236	10,2
Embaràs	10,1	22.635	4,5
Músculo-esquelètic	8,9	19.880	10,8
Sistema nerviós	7,6	17.031	10,2
Ronyó, vies urinàries	5,3	11.820	8,8
Altres causes	4,9	10.943	7,8
Fetge i pàncrees	4,3	9.664	12,0
Oto-rino-laringologia	3,3	7.327	5,7
Pell, subcutani, mama	2,6	5.947	8,7
Endocrí	2,6	5.832	10,5
Trastorns mieloproliferatius	2,6	5.862	9,1
Lesions i enverinaments	2,4	5.261	8,6
Infeccions	1,9	4.296	9,4
Genital femení	1,6	3.589	7,0
Ulls	1,4	3.115	5,8
Hematologia	1,4	3.099	10,3
Trastorns mentals	1,3	2.837	17,4
Genital masculí	1,1	2.430	7,2
Cremades	0,2	376	11,3
TOTAL	100,0	223.374	9,0

* EM: Estada Mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

Figura 67

**Distribució de les altes hospitalàries quirúrgiques
segons durada de l'estada
Catalunya, 1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

**Altes hospitalàries quirúrgiques de la XHUP, recollides al CMBDAH,
segons Categories Majors Diagnòstiques
Catalunya, 1991**

Taula 49

Categories Majors Diagnòstiques	%	Altes	EM*
Músculo-esquelètic	18,5	17.703	11,9
Digestiu	17,3	16.532	10,2
Oto-rino-laringologia	8,7	8.358	4,2
Ulls	8,6	8.256	4,9
Genital femení	8,1	7.750	6,4
Genital masculí	7,1	6.835	8,0
Circulatori	6,4	6.145	14,6
Pell, subcutani, mama	5,5	5.294	7,7
Ronyó, vies urinàries	4,5	4.329	13,3
Fetge i pàncrees	4,2	4.037	14,4
Embaràs	3,2	3.104	5,8
Sistema nerviós	2,8	2.664	11,8
Lesions i enverinaments	1,0	946	17,7
Endocrí	0,9	876	9,0
Respiratori	0,8	756	19,5
Altres causes	0,8	792	9,8
Trastorns mieloproliferatius	0,7	689	11,7
Cremades	0,3	240	26,3
Hematologia	0,3	261	9,8
Infeccions	0,2	222	19,0
Trastorns mentals	—	20	20,2
TOTAL	100,0	95.809	9,7

* EM: Estada Mitjana.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària (CMBDAH).

4.3 L'atenció socio-sanitària

El procés d'envelliment que pateixen les societats desenvolupades requereix un increment dels recursos específics per atendre a la gent gran

L'atenció socio-sanitària està en fase de desenvolupament i consolidació

En els darrers anys s'han incrementat les places d'internament

S'han creat nous recursos: els hospitals de dia, les unitats funcionals interdisciplinàries i els programes d'atenció domiciliària

La població catalana ha entrat, en els darrers anys, en un procés d'envelliment similar al que s'observa de manera generalitzada en les societats desenvolupades. Aquest fenomen ha anat paral·lel al desenvolupament de recursos específics per a l'atenció socio-sanitària a la gent gran amb malaltia i dependència funcional, als malalts crònics i als malalts terminals.

La creació del Programa Vida als Anys, l'any 1986, i l'impuls de la contractació per a la provisió de serveis han estat els instruments per al desenvolupament dels esmentats recursos específics. Actualment, els recursos d'atenció socio-sanitària es troben en fase de creixement i consolidació i de millora de l'accessibilitat i de la coordinació amb la resta de dispositius d'atenció sanitària i social.

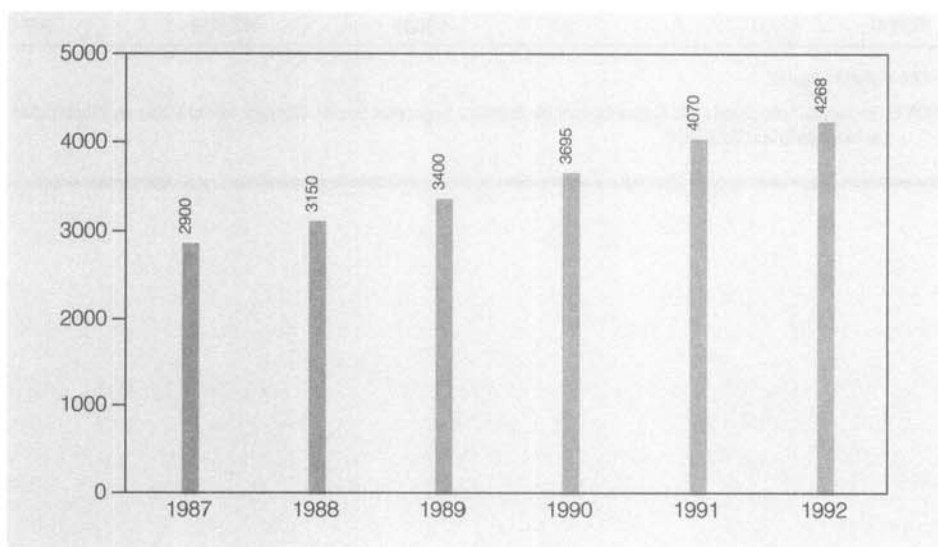
En l'àmbit de l'atenció socio-sanitària podem distingir dos tipus de situacions amb característiques diferents. D'una banda, els recursos clàssics d'internament de la població amb necessitats socio-sanitàries. De l'altra, la creació de models alternatius a la institucionalització d'aquesta població.

L'atenció amb internament ha anat evolucionant amb una tendència molt homogènia. L'increment acumulat, des de l'any 1987 fins a 1992, del nombre de places d'internament, és de gairebé el 50%, el qual es reparteix de manera bastant proporcional durant tot el període (figura 68).

Els nous recursos com les places d'hospital de dia, les Unitats Funcionals Interdisciplinàries (UFISS) o els programes d'atenció domiciliària (PADES), comencen a crear-se els anys 1989-1990 i han tingut un gran desenvolupament des d'aquell moment (figura 69).

Figura 68

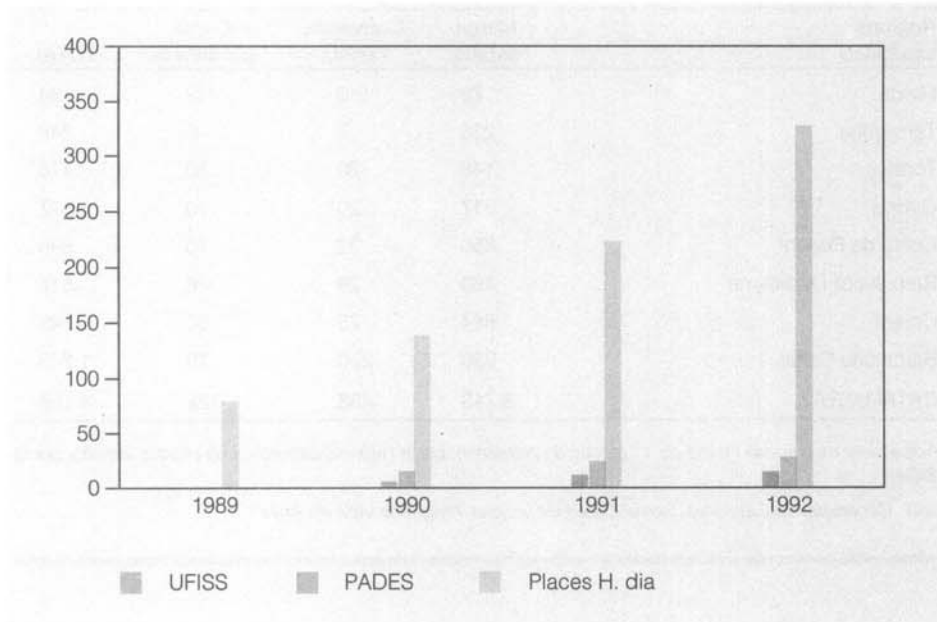
Evolució del nombre de places d'internament en centres socio-sanitaris Catalunya, 1987-1992



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

**Evolució de l'atenció socio-sanitària
Desenvolupament de recursos alternatius a l'internament
Catalunya, 1989-1992**

Figura 69



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

Les UFISS estan formades per un equip multidisciplinari de professionals i actuen en hospitals d'aguts i en centres socio-sanitaris, també relacionats funcionalment amb hospitals d'aguts. Aquests equips fan atenció directa a malalts geriàtrics, pacients en situació terminal, conjuntament amb els professionals del servei assistencial corresponent. També fan tasques de suport, connexió de recursos i recerca.

Els PADES són equips multidisciplinaris de connexió i suport a l'atenció primària en relació amb els malalts geriàtrics, crònics i terminals.

En els últims anys també s'ha iniciat la diferenciació en la contractació de places d'internament (taula 50) segons el tipus d'atenció (llarga estada, convalescència, cures paliatives, SIDA).

La previsió per als propers anys manté, a grans trets, la tendència observada fins ara.

Pel que fa a l'activitat de l'atenció socio-sanitària, actualment es disposa d'informació, fonamentalment, sobre l'atenció amb internament.

La distribució del temps d'estada en els centres d'internament (figura 70) mostra que només una proporció molt petita de població ingressada té estades de durada relativament baixes (fins a 3 mesos) i que més de la meitat segueix un patró de tipus «residencial», amb més d'un any d'estada. Cal fer esment, també, que un 11% de residents està internat als centres durant més de 5 anys.

Durant els darrers tres anys s'ha realitzat la tipologia dels pacients ingressats en centres socio-sanitaris, classificant-los en grups homogenis que delimiten un cert nombre de nivells segons la dependència i la càrrega assistencial.

Taula 50

**Nombre de places d'internament en centres socio-sanitaris*
per regions sanitàries
Catalunya, 1992**

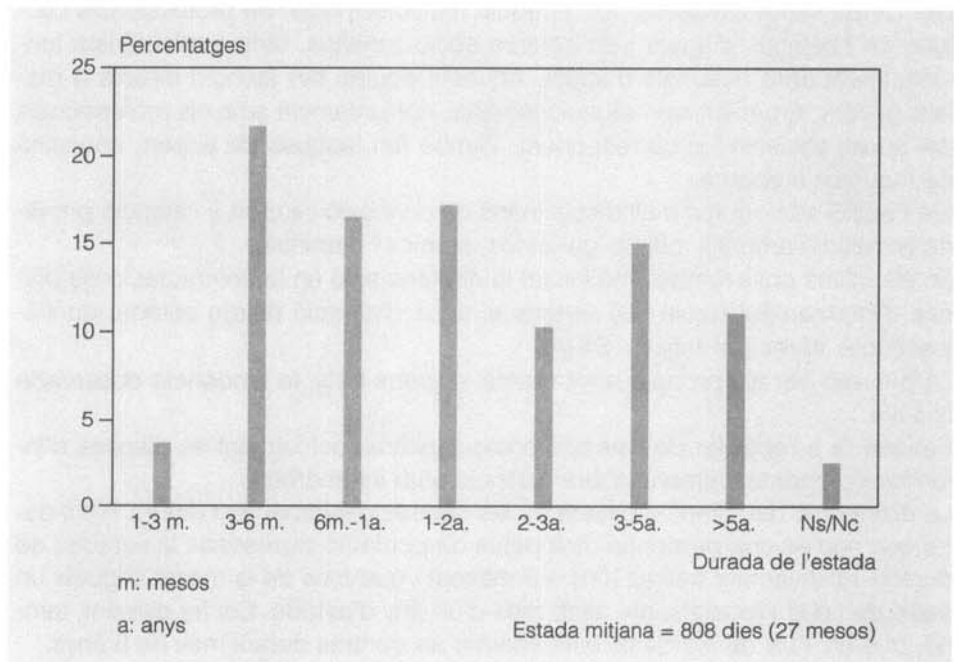
Regions sanitàries	Llarga estada	Convalescència	Cures pal·liatives	TOTAL
Lleida	72	0	12	84
Tarragona	236	7	5	248
Tortosa	148	20	10	178
Girona	317	20	10	347
Costa de Ponent	856	32	10	898
Barc. Nord i Maresme	480	29	6	515
Centre	624	75	50	749
Barcelona Ciutat	980	250	19	1.249
CATALUNYA	3.713	433	122	4.268

* Actualment es disposa també de 41 places d'internament per a l'atenció específica de malalts afectats per la SIDA.

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

Figura 70

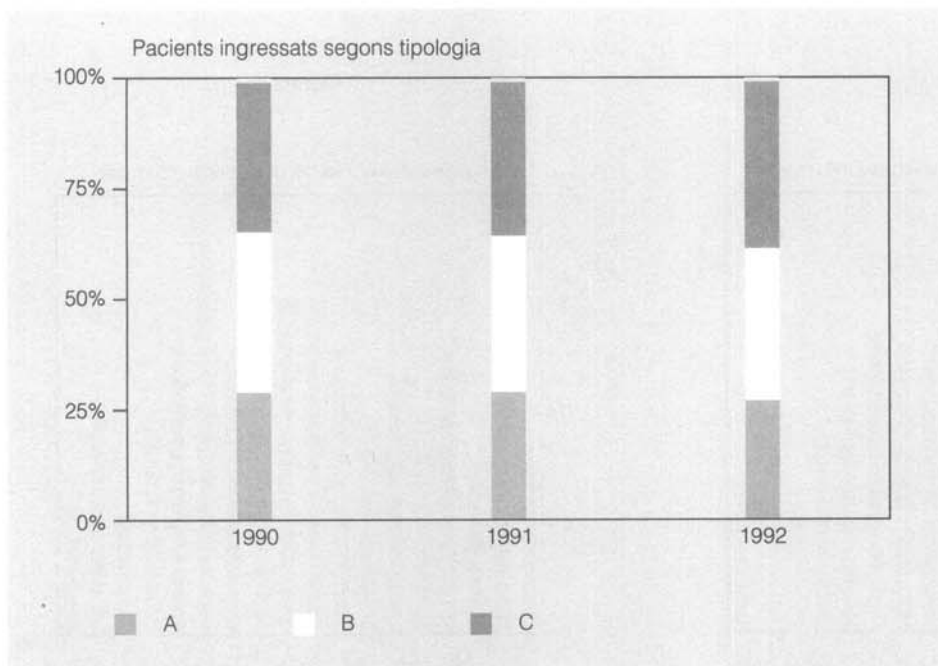
**Distribució de la població ingressada
segons la durada de l'estada
Catalunya, 1992**



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

**Evolució de la tipologia de pacients ingressats
en els centres socio-sanitaris
Catalunya, 1990-1992**

Figura 71



Dependència funcional: A baixa, B moderada, C alta.

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

L'evolució en els darrers tres anys (figura 71) apunta a un augment dels grups amb major dependència funcional (C), respecte als grups de dependència moderada (B) o baixa (A). Aquest fenomen és similar a l'enregistrat a la majoria dels països desenvolupats i implica una tendència a l'augment en les càrregues assistencials dels centres.

Per regions sanitàries, la tipologia de pacients ingressats, amb la classificació en tres grups (A, B i C), presenta diferències. El fet que el model assistencial socio-sanitari estigui en fase de desenvolupament i que els canvis que es produeixen en els serveis no coincideixin en el temps a tot arreu, pot explicar les diferències que s'observen per regions sanitàries en la composició de la població ingressada en els diversos centres.

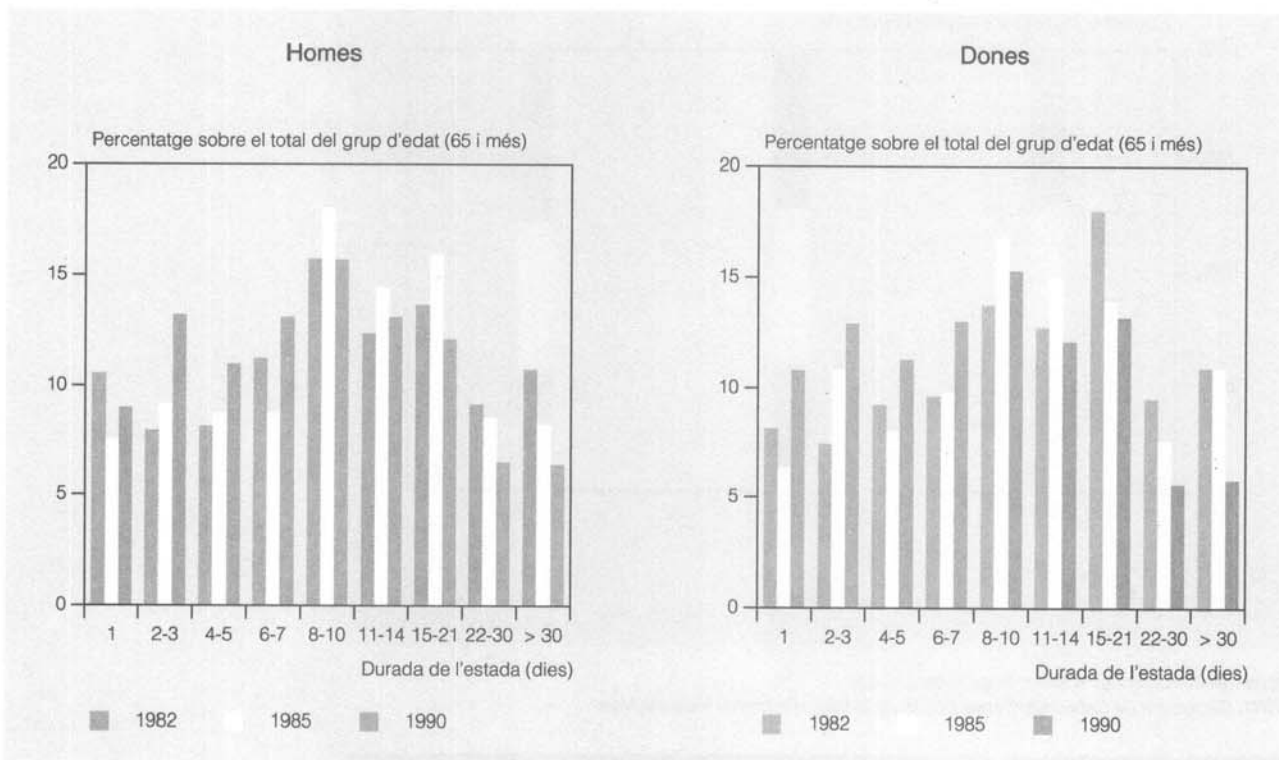
A més de l'internament en centres socio-sanitaris, la població de més edat també ingressa en els hospitals d'aguts. En analitzar la utilització dels hospitals d'aguts⁶, s'observa que aproximadament una quarta part de les altes corresponen a persones de més de 64 anys. Concretament, un 28% de les altes dels homes i un 25% de les de les dones. A més, a aquests grups de població els corresponen bona part de les estades de més llarga durada: així, els homes de més de 74 anys ocasionen el 22% de les estades de més de 30 dies i les dones del mateix grup d'edat el 36%.

**Augmenta la proporció de
persones amb un major grau
de dependència internades en
centres socio-sanitaris**

⁶ Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Figura 72

**Distribució de les altes hospitalàries de malalts de 65 anys i més
segons durada de l'estada, edat i sexe
Catalunya, 1982,1985 i 1990**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1982 i 1985. Barcelona 1989. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Les altes dels hospitals d'aguts de Catalunya, 1990.

Cal millorar la coordinació amb els hospitals d'aguts

L'increment en l'eficiència dels hospitals d'aguts ha tingut un efecte important sobre la població gran atesa. En els últims deu anys, ha anat disminuint progressivament la proporció, respecte al total de gent gran ingressada en els hospitals d'aguts, del grup amb estades molt llargues (figura 72). Aquest fet s'ha de valorar molt positivament des del punt de vista de l'adequació, però planteja la necessitat del reforçament paral·lel de l'atenció posterior a l'hospitalització (convalescència) amb altres recursos, ja siguin d'internament o domiciliaris, i la coordinació amb els hospitals d'aguts.

4.4 L'atenció a la salut mental

En els darrers anys s'inicia un canvi de model assistencial de salut mental

L'any 1981 marca l'inici de la Reforma Psiquiàtrica a les xarxes dependents de les diferents diputacions. Així mateix, es produeix una sèrie de canvis entre els quals destaquen: la sectorització de l'assistència, la creació d'una xarxa de Centres d'Atenció Primària de Salut Mental (CAP-SM) i d'hospitals de dia. També de forma progressiva es van diferenciar les unitats assistencials als Hospitals Psiquiàtrics per donar una millor atenció als pacients aguts i crònics.

Durant l'any 1990 es creen i consoliden els Centres d'Atenció Psiquiàtrica Infantil Primària (CAPIP), i s'inicia el desenvolupament de dispositius alternatius a la institucionalització en l'atenció d'adults: centres de dia, pisos i tallers.

L'any 1992 s'han produït les transferències dels recursos de salut mental de les diputacions de Tarragona, Girona i Lleida, la qual cosa permet l'homogeneïtzació dels dispositius assistencials i representa un pas decisiu per a la integració de l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en el sistema de cobertura pública del Servei Català de la Salut.

Actualment, la xarxa d'atenció a la salut mental es troba en fase de creixement i consolidació, tot millorant l'accessibilitat i promovent la coordinació amb la resta de dispositius d'atenció sanitària i social.

Els CAPIP que atenen la població compresa entre els 0 i els 18 anys i els CAP-SM que donen assistència a la població de més de 18 anys constitueixen els recursos destinats a prestar atenció ambulatoria especialitzada en salut mental (taula 51). Les seves funcions, com a servei d'atenció primària especialitzada, són les de donar suport als EAP, tant social com sanitari, a més de les de diagnòstic, orientació, tractament i seguiment. També han de desenvolupar funcions de prevenció de la malaltia i de promoció de la salut. Ambdós recursos estan formats per equips multidisciplinaris de professionals. Cal considerar també els recursos d'atenció especialitzada que hi ha als CAP de l'Institut Català de la Salut que tenen funcions similars, si bé amb dedicacions diferents.

L'hospitalització en psiquiatria planteja el repte més important, per tal de racionalitzar la multiplicitat de recursos que les diverses administracions havien generat.

Bàsicament hi ha dues xarxes que, fins ara, han actuat sobre una mateixa població, la qual cosa ha suposat una ineficiència en la utilització dels recursos.

Es creen i consoliden els CAPIP i es desenvolupen els dispositius alternatius a la institucionalització en l'atenció d'adults

S'inicia la integració de l'atenció a la salut mental en el Servei Català de la Salut

Cal fer un esforç per tal de racionalitzar la xarxa d'hospitalització de salut mental

Recursos d'Atenció Especialitzada Ambulatoria de Salut Mental infantil i d'adults per regions sanitàries Catalunya, 1992

Taula 51

Regions sanitàries	Atenció		
	infanto-juvenil	Atenció d'adults	
	CAPIP*	CAP-SM**	Especialistes***
Lleida	1	5	5
Tarragona	1	6	7
Tortosa	0	2	2
Girona	1	8	7
Costa de Ponent	4	9	10
Barc. Nord i Maresme	3	5	9
Centre	5	8	17
Barcelona Ciutat	9	12	26
CATALUNYA	24	55	83

* Centres d'Atenció Psiquiàtrica Infantil Primària.

** Centres d'Assistència Primària en Salut Mental.

*** Majoritàriament especialistes en psiquiatria, però també s'hi inclouen especialistes en neurologia, generalment treballant en Centres d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Gerència d'atenció psiquiàtrica i salut mental.

S'estan desenvolupant els recursos alternatius a la institucionalització

Pel que fa a l'hospitalització de curta estada s'ha determinat prioritzar els recursos que estiguin dins el territori de referència, fent que les condicions dels centres s'ajustin a les necessitats dels malalts.

L'esforç de racionalització que aquesta actitud representa comporta necessàriament una atenció especial per tal de millorar el sistema d'informació i de comunicació, tot atorgant un paper destacat als responsables dels àmbits territorials que han de vetllar perquè es garanteixi l'interès de l'usuari.

La redefinició de l'hospitalització de mitja i llarga estada va lligada a la implantació d'un procés de desinstitucionalització, que consideri les necessitats d'un grup de malalts que, malgrat el desplegament de recursos intermedis i terciaris, precisen d'un àmbit d'hospitalització total per un temps superior a un any però amb certes possibilitats de reinserció social i d'aquells altres que han estat atesos des de fa molts anys a les institucions psiquiàtriques (taula 52).

Per tal d'evitar la institucionalització i fer efectius els principis de la Reforma Psiquiàtrica, en els darrers anys s'ha produït una sèrie de canvis en l'atenció al pacient, d'entre els quals cal destacar el desenvolupament progressiu de recursos alternatius a la institucionalització, com els centres de dia, els pisos terapèutics i d'altres que permeten una vida socialment més integrada (taula 53). L'ampliació de la cobertura dels centres d'atenció terciària és un dels elements més destacables de les accions de millora dels recursos de salut mental adreçats a la població amb malalties greus. S'està fent un esforç important en el desplegament dels centres de dia, així com en l'avaluació dels pisos de la xarxa de les diputacions, portada a terme conjuntament amb el Departament de Benestar Social. Mitjançant reunions de consens amb els professionals, es treballa en la determinació dels dispositius necessaris i de la seva diversificació.

L'atenció dels malalts de llarga evolució comporta la coordinació de l'acció terapèutica amb els recursos socials i laborals de la comunitat. També cal considerar les conseqüències d'ordre legal, com poden ser els tractaments involuntaris o bé les situacions en les quals, per raó de la malaltia, ha d'intervenir el poder judicial.

Taula 52

**Nombre de llits psiquiàtrics per regions sanitàries
Catalunya, 1991**

Regions sanitàries	Curta*	Mitja-Llarga*
Lleida	48	40
Tarragona	60	1.496**
Tortosa	0	0
Girona	84	450
Costa de Ponent	372**	1.603**
Barc. Nord i Maresme	139**	412**
Centre	63	0
Barcelona Ciutat	308**	151**
CATALUNYA	1.074	4.152

* Estada. Curta: fins a 90 dies. Mitja-Llarga: a partir de 90 dies.

** Aquests llits donen cobertura a altres regions.

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Gerència d'atenció psiquiàtrica i salut mental.

**Recursos d'Atenció Especialitzada de Salut Mental
Dispositius assistencials alternatius a l'hospitalització per regions sanitàries
Catalunya, 1992**

Taula 53

Regions sanitàries	Centres de dia	Pisos
Lleida	0	0
Tarragona	2	3
Tortosa	0	0
Girona	3	0
Costa de Ponent	6	15
Barc. Nord i Maresme	1	3
Centre	5	0
Barcelona Ciutat	5	20
CATALUNYA	22	41

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Gerència d'atenció psiquiàtrica i salut mental.

La diversitat de dispositius que participen en el procés d'atenció en salut mental i la ubicació dels centres fan que un dels reptes més importants d'aquest procés sigui preservar, en tot moment, com a condició i indicador de qualitat, la relació entre els centres dels diferents nivells d'atenció, de manera que quedi garantida la continuïtat assistencial.

Finalment, hi ha grups de risc que, malgrat ser atesos per altres xarxes assistencials, es troben més exposats a patir trastorns mentals, la qual cosa fa que s'hagi d'actuar de manera coordinada amb els dispositius d'atenció a les drogodependències, SIDA, demències, grans invàlids i altres recursos sanitaris i socials.

Cal preservar la relació entre els centres dels diferents nivells per tal de garantir la continuïtat assistencial

4.5 L'atenció a les drogodependències

Les característiques i repercussions del problema de les drogodependències com a fenomen biològic, psicològic i social han generat la necessitat de desenvolupar un tipus d'atenció específica sanitària i psico-social. L'existència d'una xarxa específica, els requeriments de la coordinació amb els altres serveis sanitaris i socials i el fet que la prevenció i el control de les drogodependències siguin intervencions indefugibles en el Pla de Salut de Catalunya, justifiquen que en aquest capítol de descripció genèrica sobre els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris també s'inclouï un apartat dedicat a presentar l'organització, els recursos (taula 54) i l'activitat (taula 55) en l'atenció a les drogodependències.

D'acord amb el que estableix el Pla de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya, els centres que s'integren a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) s'agrupen en quatre nivells funcionals segons el tipus de servei que ofereixen:

Primer nivell: atenció primària sanitària i social. Els CAP 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 d'in-

Les drogodependències requereixen una atenció específica sanitària i psico-social

Els serveis de la XAD s'agrupen en 4 nivells funcionals

L'atenció primària sanitària i social

tervenció mínima (consells als fumadors i bevedors de risc, educació sanitària) o en col·laboració amb els centres de tractament especialitzat. El procés de RAP permet avançar en el grau de participació d'aquest primer nivell en l'atenció a les persones que pateixen problemes derivats del consum de drogues.

Taula 54

**Recursos de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències
per regions sanitàries
Catalunya, 1992**

Regions sanitàries	CAS*	UHD**	CDM***
Lleida	3	1	2
Tarragona	5	1	2
Tortosa	1	0	0
Girona	9	1	5
Costa de Ponent	6	1	0
Barc. N. i Maresme	7	1	3
Centre	7	2	3
Barcelona Ciutat	15	2	10
CATALUNYA	53	9	25

* CAS: Centres d'Atenció i Seguiment.

** UHD: Unitats Hospitalàries de Desintoxicació.

*** CDM: Centres de Dispensació de Metadona.

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

Taula 55

**Activitat assistencial dels centres de la Xarxa d'Atenció
a les Drogodependències per regions sanitàries
Catalunya**

Regions sanitàries	Visites CAS* (1991)	Usuaris PMM** (30/9/1992)	Altes UHD*** (1991)
Lleida	2.628	31	51
Tarragona	9.120	50	74
Tortosa	4.677	0	0
Girona	7.344	30	73
Costa de Ponent	63.072	0	73
Barc. N. i Maresme	14.628	264	99
Centre	10.560	42	231
Barcelona Ciutat	17.244	948	244
CATALUNYA	129.273	1.365	845

* Visites CAS: Nombre de visites individuals notificades pels Centres d'Atenció i Seguiment (total 1991).

** Usuaris PMM: Nombre d'usuaris en Programes de Manteniment amb Metadona (30/9/1992).

*** Altes UHD: Nombre d'altes a les Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (total 1991).

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogodependències.

Segon nivell: centres especialitzats de tractament ambulatori. Actualment existeixen a la XAD 54 centres, anomenats Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), que ofereixen tractament especialitzat en règim ambulatori als drogo-dependents. Aquests centres, integrats per equips multidisciplinaris, dissenyen un programa de tractament pel drogodependent que també pot incloure la utilització d'altres dispositius especialitzats de la XAD. Els centres de segon nivell realitzen, a més, una valuosa tasca de coordinació amb els altres dispositius sanitaris i socials situats al seu àmbit d'actuació i sovint col·laboren també en la implantació de programes de prevenció de les drogodependències.

Els centres especialitzats de tractament ambulatori

Tercer nivell: unitats hospitalàries de desintoxicació, comunitats terapèutiques, centres de dispensació de metadona.

A les Unitats Hospitalàries de Desintoxicació es realitza el tractament de la síndrome d'abstinència mitjançant un període de 10 a 15 dies d'estada en una unitat hospitalària. Aquesta manera de realitzar la desintoxicació és especialment indicada quan no resulta viable en règim ambulatori (per dificultats en l'entorn social o familiar, utilització simultània de diverses drogues). Es troben a disposició de la XAD 45 llits situats en 9 Unitats Hospitalàries de Desintoxicació.

Les unitats hospitalàries de desintoxicació, les comunitats terapèutiques i els centres de dispensació de metadona

Les comunitats terapèutiques ofereixen un tractament de llarga estada (al voltant de 9 mesos) en règim residencial que comporta la realització d'un conjunt de mesures terapèutico-educatives orientades a la integració social del pacient. La XAD disposa actualment de 360 places distribuïdes en 16 comunitats terapèutiques que reben finançament de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

Els Programes de Manteniment amb Metadona es dirigeixen a persones dependents dels opiacis i constitueixen una forma de tractament pal·liatiu de les conseqüències sanitàries i socials del consum d'aquestes substàncies, com també un recurs complementari als programes de deshabitació lliures de drogues. A Catalunya estan autoritzats 33 centres per a la prescripció de metadona i altres agonistes opiacis en programes de manteniment i 25 centres realitzen la dispensació d'aquestes substàncies.

Quart nivell: centres i programes de reinserció. La reinserció dels drogodependents en el medi social pot requerir la utilització de recursos especials amb el propòsit de dotar-los de les habilitats de relació, laborals i altres necessàries per afrontar la vida en societat en condicions d'adaptació. Aquests objectius s'aconsegueixen per mitjà de centres de reinserció (tallers, centres d'activitats) específicament destinats a persones drogodependents, o bé mitjançant programes que gestionen la utilització d'altres recursos de reinserció disponibles a la comunitat que no atenen només drogodependents. Actualment, els programes i els centres de reinserció a disposició de la XAD són 28, gestionats per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.

Els centres i programes de reinserció

En relació amb les persones que acudeixen als CAS per iniciar tractament, l'any 1991 es van notificar uns 8.000 casos, dels quals més de la meitat estaven relacionats amb el consum d'heroïna i el 36% amb el d'alcohol (taula 56). Durant el període 1988-1991 (figura 73) ha augmentat el nombre d'inicis de tractament per casos de dependència a l'heroïna en un 35%, mentre que en relació amb l'alcohol i el tabac la variació és menys important. Cal fer esment que, si bé la proporció de casos que corresponen a la cocaïna és molt baixa, el nombre d'inicis de tractament s'ha triplicat en aquests 4 anys.

Augmenta el nombre de casos d'inici de tractament per dependència a l'heroïna i a la cocaïna

Taula 56

**Inicis de tractament notificats pels Centres d'Atenció i Seguiment
per regions sanitàries
Catalunya, 1991***

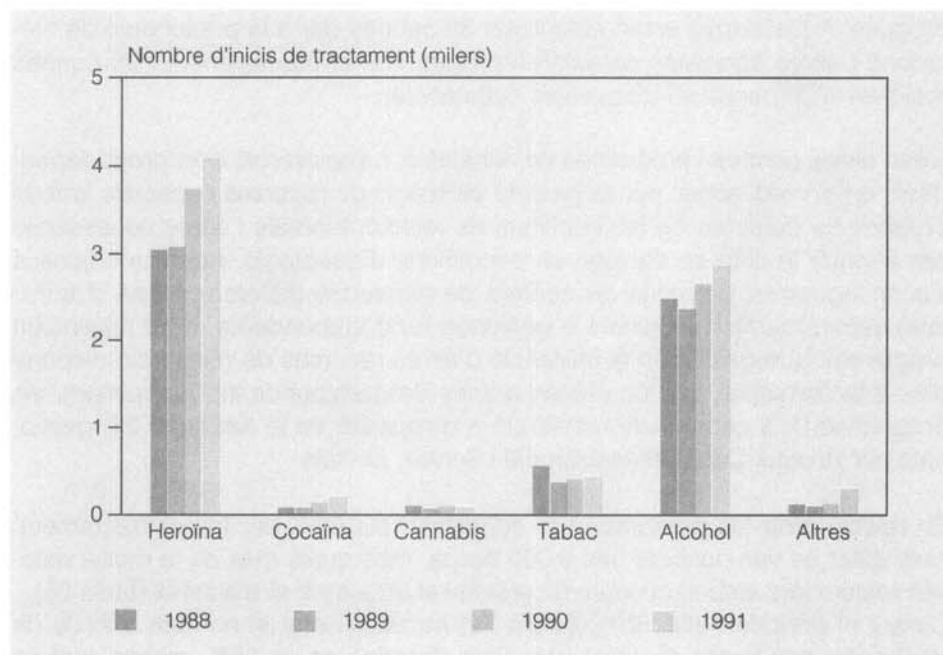
Regions sanitàries de residència	Heroïna	Cocaïna	Cannabis	Tabac	Alcohol	Altres drogues
Lleida	139	2	0	0	70	2
Tarragona	354	16	11	82	242	14
Tortosa	65	5	2	2	35	8
Girona	148	13	4	35	220	5
Costa de Ponent	603	33	8	51	419	15
Barc. N. i Maresme	455	26	9	59	310	9
Centre	497	26	15	63	564	30
Barcelona Ciutat	1.419	70	34	126	645	79

* Les diferències amb les dades totals de Catalunya corresponen als casos sense informació sobre lloc de residència.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogo-dependències.

Figura 73

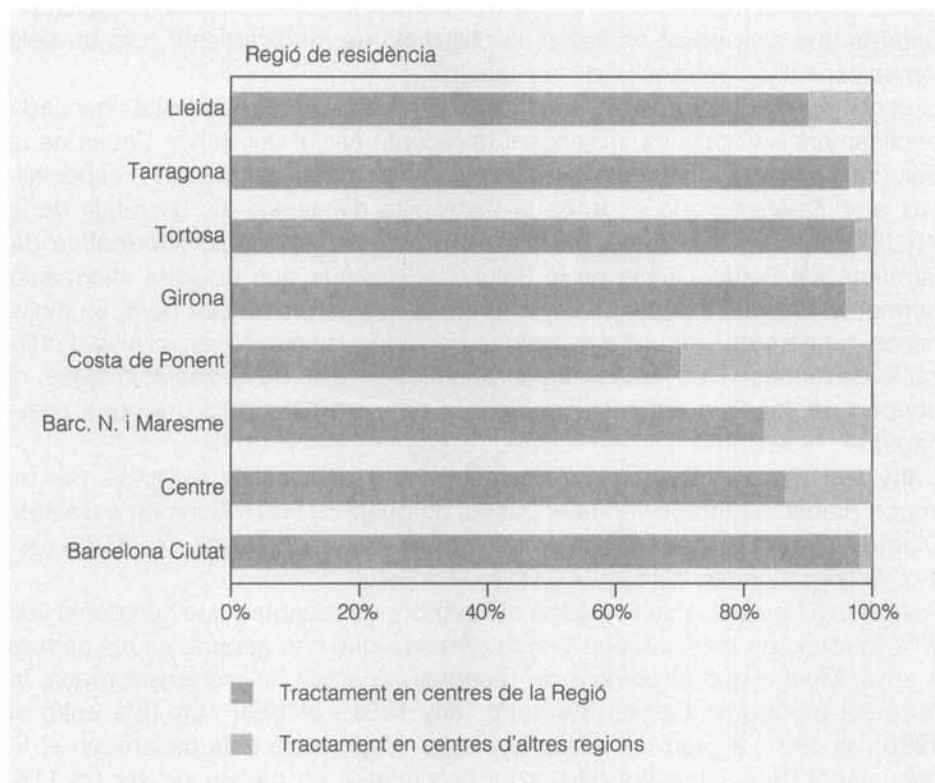
**Inicis de tractament notificats pels Centres d'Atenció i Seguiment
Catalunya, 1988-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogo-dependències.

**Lloc d'inici de tractament en Centres d'Atenció i Seguiment
segons lloc de residència de la població atesa
Catalunya, 1991**

Figura 74



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Sistema d'informació sobre drogo-dependències.

Si es relaciona la regió de residència de la població atesa amb la regió on ha iniciat el tractament, es poden estimar els fluxos de població per a l'atenció a les drogodependències (figura 74).

L'any 1991, els inicis de tractament dels residents a les regions sanitàries Lleida, Tarragona, Tortosa, Girona i Barcelona Ciutat es van produir majoritàriament en els CAS de la mateixa regió.

A la resta de regions sanitàries es presentava una proporció més alta d'inicis de tractament fora de la regió, fonamentalment en CAS situats a Barcelona. En concret, per a la Regió Sanitària Costa de Ponent només el 70% dels inicis de tractament es donaven en els centres de la regió, el 21% ho feien a Barcelona Ciutat i un 8% a la Regió Sanitària Centre. Per a les regions sanitàries Barcelonès Nord i Maresme i Centre, la proporció d'inicis de tractament que es produïen a Barcelona eren del 15% i el 10%, respectivament. La proximitat a Barcelona, el fet metropolità i una major necessitat de dispositius assistencials en aquestes 3 regions sanitàries poden ser l'explicació del comportament diferencial de la població atesa pel que fa als fluxos assistencials observats.

4.6 Utilització de medicaments

L'anàlisi de la utilització de medicaments és d'interès prioritari

Els medicaments constitueixen, actualment, un dels principals mitjans terapèutics en el procés assistencial. El seu consum generalitzat, el volum de despesa que significa i el reconeixement que l'ús més racional dels medicaments ha de comportar una millora de la seva efectivitat i eficàcia expliquen l'interès que s'ha posat en tractar la utilització de medicaments com un dels temes específics de l'anàlisi de la situació.

El contingut d'aquest apartat se centra en la prestació farmacèutica finançada públicament a Catalunya, mitjançant la recepta oficial del Servei Català de la Salut que s'utilitza fonamentalment a l'atenció primària i a l'atenció d'especialitats ambulatories i que es troba en fase pilot d'extensió als hospitals de la XHUP. La informació que s'ha utilitzat prové de l'aplicació informàtica de farmàcia del Servei Català de la Salut. Cal precisar que aquesta informació permet fer un estudi descriptiu dels fàrmacs que es prescriuen però, en molts casos, no permet extreure conclusions de l'adequació entre els nivells d'utilització de fàrmacs i les necessitats terapèutiques reals de la població atesa, ni tampoc de l'ús que aquesta població fa dels medicaments que se li prescriuen.

L'any 1991, es van finançar públicament uns 81 milions de receptes, per un import global, a preu de venda al públic, de quasi 89.000 milions de pessetes. D'aquest import global, l'aportació dels usuaris va ser del 9,7% i el 90,3% restant va anar a càrrec del Servei Català de la Salut.

L'increment de la despesa ha estat superior al del nombre de receptes, en la facturació al Servei Català de la Salut

A la taula 57 es presenta l'evolució del nombre de receptes que han donat lloc a l'adquisició de medicaments i de la despesa que han generat en els darrers 3 anys. Mentre que el nombre de receptes ha sofert un increment reduït, la despesa ha augmentat un 13% entre l'any 1989 i el 1990 i un 15% entre el 1990 i el 1991, a preu de venda al públic. L'aportació dels usuaris en el finançament de la despesa ha perdut pes relatiu, en passar de ser un 11% l'any 1989 a ser un 9,7% el 1991, per la qual cosa l'increment interanual de l'import líquid global finançat pel Servei Català de la Salut és lleugerament superior al que es donava en considerar la despesa a preu de venda al públic.

Taula 57

Evolució de la prescripció farmacèutica
Catalunya, 1989-1991

Productes	Nombre de receptes (milers)			Import a preu de venda al públic (milions de ptes.)		
	1989	1990	1991	1989	1990	1991
Especialitats farmacèutiques	75.396	77.715	78.215	57.668	65.327	76.097
Efectes i accessoris	1.828	1.888	1.934	3.432	3.854	4.512
Fórmules magistrals	1.084	906	586	3.628	2.003	1.489
Altres productes	422	643	699	3.258	5.728	6.643
TOTAL	78.730	81.152	81.435	67.985	76.912	88.741

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

La causa de l'increment de la despesa que s'ha produït és, fonamentalment, l'increment de l'import per recepta, que ha passat de 863,5 pessetes l'any 1989 a 1.089,7 pessetes el 1991. De tota manera, considerant l'increment generalitzat dels preus que es recull en l'Índex de Preus al Consum (IPC), la despesa ha augmentat, en termes reals, aproximadament un 6% entre l'any 1989 i el 1990 i un 9% entre el 1990 i el 1991.

La mitjana de receptes per habitant és aproximadament de 13 per any, i la despesa ha passat d'11.300 pessetes l'any 1989 a 14.600 pessetes el 1991.

La part proporcional de despesa que correspon a la prescripció al col·lectiu de pensionistes es manté constant al llarg del període estudiat i representa aproximadament el 70% de la prescripció total.

Pel que fa als tipus de producte, és remarcable el decrement de les fórmules magistrals, del 59% en import a preu de venda al públic i del 46% en nombre de receptes, i l'increment del grup d'altres productes, que ha duplicat la seva despesa en els 3 anys i ha augmentat en un 66% el nombre de receptes.

Les especialitats farmacèutiques representen el 96% del conjunt de receptes i el 86% de la despesa. Els grups terapèutics de més prescripció són, per aquest ordre, els que actuen sobre l'aparell digestiu, sobre el sistema nerviós central, sobre l'aparell respiratori, els antiinfecciosos i els que actuen sobre l'aparell locomotor. En conjunt, aquests grups representen aproximadament el 80% de la prescripció, tant en nombre d'envasos com en import.

Concretant una mica més, els subgrups terapèutics més prescrits durant els 3 anys són, en general, els mateixos tant en import com en nombre d'envasos. En l'ordenació dels subgrups terapèutics per ordre d'import, es troben entre els primers alguns dels que inclouen fàrmacs de comercialització recent amb preus elevats (hipotensors, antiulcerosos, hipolipemians, macròlids, cefalosporines, antidepressius i hormones). En relació amb els subgrups terapèutics ordenats per nombre d'envasos cal remarcar l'elevat pes específic de la terapèutica analgèsica i antiinflamatòria, per via sistèmica o tòpica, que abraça el 12% de les prescripcions. Així mateix, cal destacar que els fàrmacs per al tractament de l'ansietat i l'insomni suposen un 5% de la prescripció en nombre d'envasos.

Com a primera aproximació a la qualitat de la prescripció, s'ha analitzat la prescripció de 20 subgrups terapèutics que s'han definit com a indicadors negatius de la prescripció⁷. En el període estudiat es produeix un decrement, tant en import com en nombre d'envasos, en la prescripció d'aquests subgrups terapèutics. No obstant això, l'any 1991 encara representen el 20% dels envasos i el 17% de l'import global a preu de venda al públic (13.135 milions de pessetes). Aquesta evolució és comuna a totes les regions sanitàries però hi ha diferències en el pes d'aquests subgrups terapèutics considerats de prescripció poc racional. Així, els valors de les regions sanitàries van del 16,8% al 23,8% en nombre d'envasos, i del 15,1% al 20,7% en import.

Una altra possibilitat per analitzar la qualitat de la prescripció és classificar les especialitats farmacèutiques segons el seu Valor Intrínsec Farmacològic (VIF) i el seu Grau Potencial d'Ús (GPU) a l'atenció primària. S'han analitzat, concretament, les 50 especialitats farmacèutiques més prescrites, en nombre d'envasos i d'import, durant els 3 anys (1989-1990-1991).

Hi ha 5 grups terapèutics que representen el 80% de la prescripció

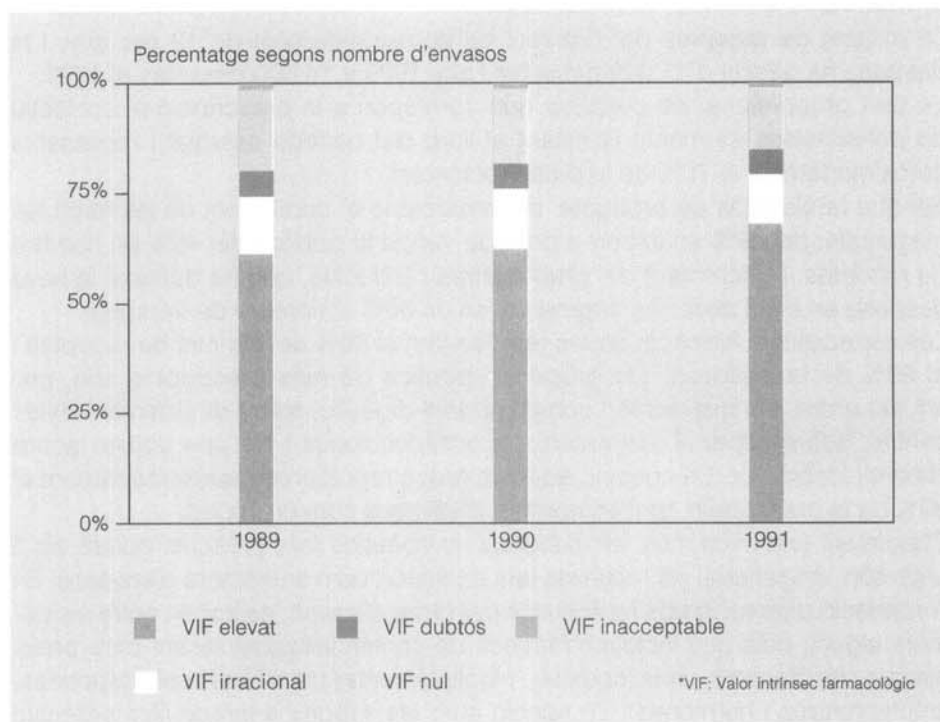
L'anàlisi dels indicadors negatius és molt útil en l'estudi de la qualitat de la prescripció

⁷ Aquests 20 subgrups terapèutics s'han definit d'acord amb els criteris següents:

- Aquells que inclouen productes pels quals hi ha alternatives no farmacològiques: vitamines, tòncics i reconstituents, estimulants de la gana, expectorants, anorexigens, antidiarreics, antivaricosos i hepatoprotectors.
- Aquells que inclouen productes sense indicació terapèutica i, per tant, sense necessitat de ser substituïts: vasodilatadors cerebrals, psicoestimulants, neurotònics i psicolèptics.
- Aquells que inclouen productes susceptibles de substitució per altres alternatives farmacològiques més racionals: antiespasmòdics, combinacions de rauwòlfia, lincomicina, aminoglicòsids i antigripals.

Figura 75

Distribució de les 50 especialitats més prescrites,
en nombre d'envasos, segons el seu VIF*
Catalunya, 1989-1990-1991



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

La prescripció millora pel que fa a l'eficàcia dels fàrmacs

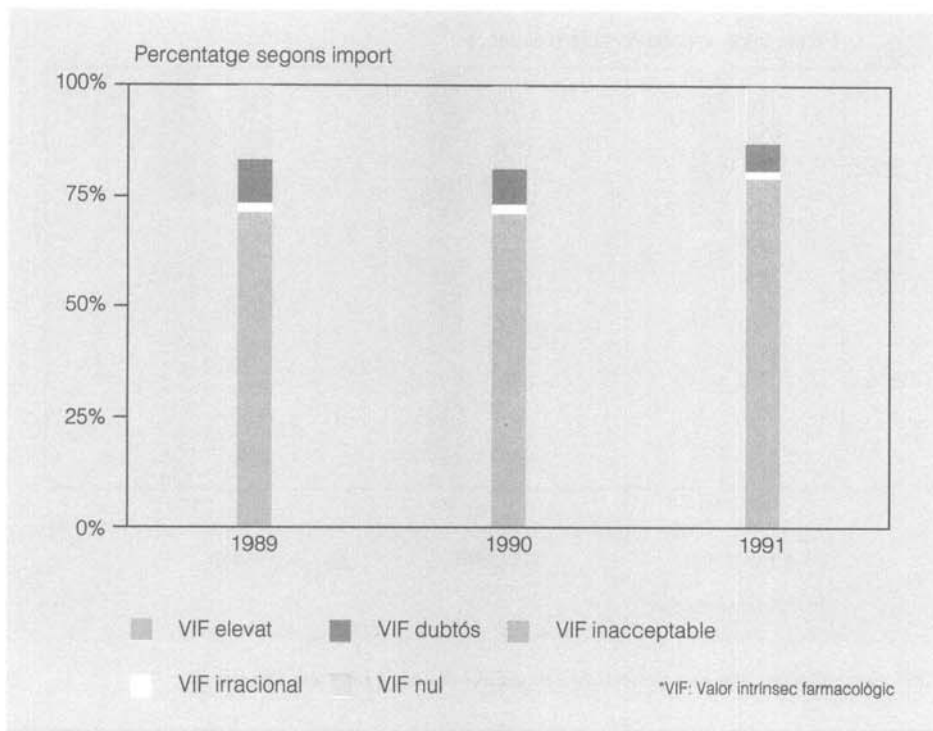
Pel que fa al VIF⁸ respecte de les 50 especialitats farmacèutiques seleccionades, el percentatge de les que tenen el VIF elevat ha augmentat en els darrers 3 anys, tant en nombre d'envasos com en import (figures 75 i 76). Cal remarcar que aquesta proporció sempre és més alta quan s'analitza per import que quan es fa per nombre d'envasos, la qual cosa apunta al fet que les especialitats farmacèutiques que no corresponen al grup de VIF elevat són relativament menys costoses.

⁸ Valor intrínsec farmacològic (VIF): valoració de la qualitat farmacològica intrínseca d'un fàrmac en funció de l'eficàcia i de la seguretat dels principis actius que conté. S'han establert les categories següents:

- VIF 1, elevat: fàrmacs o associacions, l'eficàcia clínica dels quals ha estat demostrada en assaigs clínics controlats o, sense que s'hagin fet aquests assaigs, d'eficàcia justificada per l'efecte immediat i obvi.
- VIF 2, irracional: especialitats farmacèutiques que són irracionals des d'un punt de vista farmacològic i terapèutic, perquè, juntament amb un principi actiu de VIF elevat, contenen una o més substàncies d'eficàcia dubtosa o nul·la, l'addició de les quals no modifica l'eficàcia terapèutica de la primera.
- VIF 3, dubtós: especialitats farmacèutiques que contenen principis actius, l'eficàcia clínica de les quals no ha estat demostrada de forma conclouent per assaigs clínics controlats o altres evidències. Aquest grup inclou també fàrmacs per als quals hi ha una controvèrsia segons la seva eficàcia, en la literatura internacional.
- VIF 4, nul: especialitats farmacèutiques que contenen principis actius, l'eficàcia de les quals no ha estat demostrada en assaigs clínics controlats. També inclou especialitats que contenen principis actius de VIF elevat però formulats a dosis insuficients, inclús per a ús pediàtric.
- VIF 5, inacceptable: especialitats farmacèutiques, la composició de les quals suposa una relació benefici/risc clarament desfavorable en qualsevol circumstància.

Distribució de les 50 especialitats més prescrites, en import, segons el seu VIF* Catalunya, 1989-1990-1991

Figura 76



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

En estudiar el GPU a l'atenció primària⁹ de les 50 especialitats farmacèutiques més prescrites, s'observa que en nombre d'envasos la proporció de les que tenen el GPU elevat ha augmentat (figura 77), però en import augmenta entre el 1989 i el 1990 i després disminueix, fins a situar-se el 1991 per sota del percentatge que tenia el 1989 (figura 78). L'any 1991, el 48,3% del total d'import per les 50 especialitats farmacèutiques analitzades corresponia a les de GPU elevat, mentre que el 30,7% a les de GPU relatiu que o bé tenen alternatives més efectives, o bé menys costoses, o bé que les seves indicacions terapèutiques no haurien de tenir un ús tan rellevant en l'atenció primària. La proporció d'aquestes especialitats farmacèutiques és la que més ha incrementat per import, i s'ha doblat entre el 1990 i el 1991.

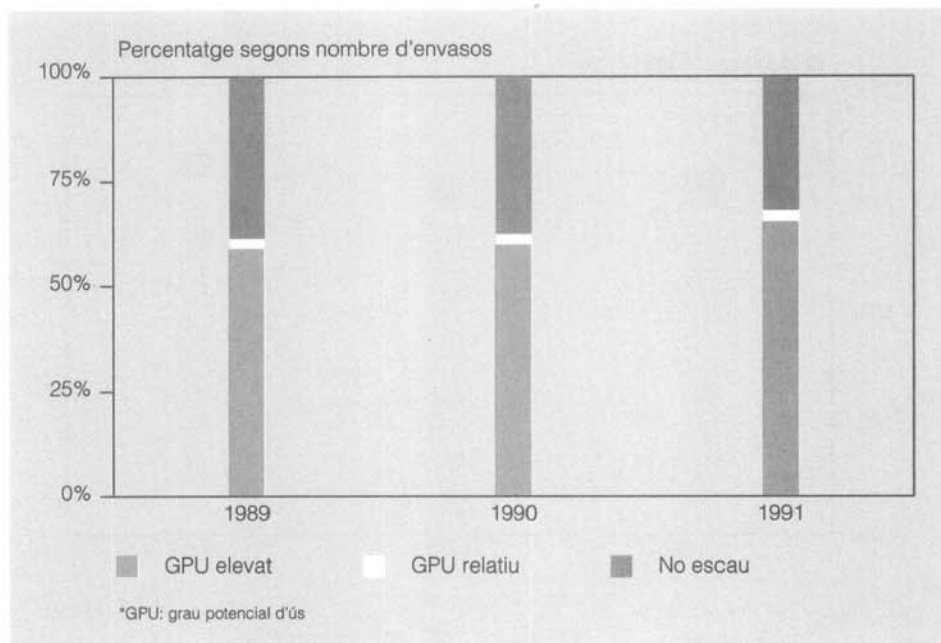
La prescripció millora l'eficàcia dels fàrmacs i pot millorar amb l'ús d'alternatives farmacològiques menys costoses

⁹ Grau potencial d'ús (GPU) a l'atenció primària: idoneïtat en la utilització d'un fàrmac, considerant, a més de l'eficàcia i seguretat, les seves indicacions i alternatives terapèutiques, en l'àmbit assistencial de l'atenció primària. S'han establert les categories següents:

- GPU 1, elevat: fàrmacs amb eficàcia terapèutica demostrada (VIF elevat) en indicacions que són freqüents. La classificació d'un fàrmac en aquest grup depèn més de la freqüència de la situació clínica que del coneixement comparatiu d'altres fàrmacs similars.
- GPU 2, relatiu: fàrmacs amb eficàcia terapèutica demostrada (VIF elevat), però per als quals hi ha alternatives millors. O són bàsicament d'ús hospitalari o haurien de ser prescrits principalment per especialistes, ja que requereixen un monitoratge dels pacients, o que s'utilitzen únicament en circumstàncies molt particulars.
- GPU 3, no escau: aquest grup inclou totes les especialitats classificades amb VIF 2, 3, 4 o 5.

Figura 77

**Distribució de les 50 especialitats més prescrites,
en nombre d'envasos, segons el seu GPU* a l'atenció primària
Catalunya, 1989-1990-1991**



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

Augmenta la utilització de
fàrmacs de nova
comercialització

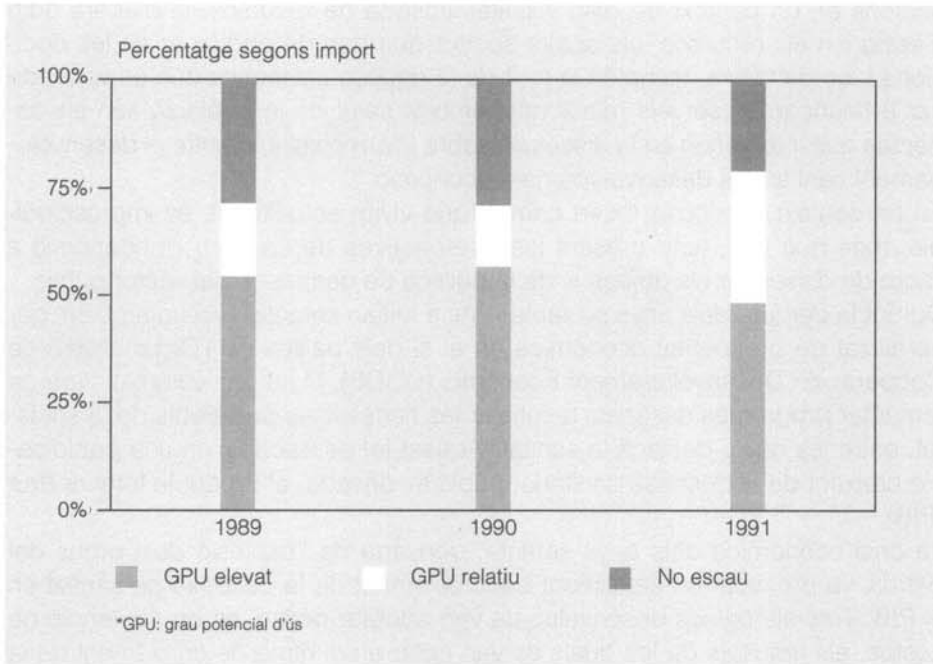
L'anàlisi global de les 50 especialitats farmacèutiques seleccionades fa pensar que si bé es produeix una millora quant a l'eficàcia dels fàrmacs receptats segons el seu VIF, aquesta millora ve donada per l'ús de productes que, segons el seu GPU, tenen alternatives menys costoses i que poden ser substituïts. D'altra banda, també s'ha analitzat el consum de medicaments en dosi diària definida/mil habitants/dia relacionats amb alguns dels problemes de salut que s'inclouen en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut. Per al conjunt de Catalunya, els resultats més rellevants d'aquesta anàlisi són els següents:

- Desplaçament de la utilització de fàrmacs clàssics a favor dels de nova comercialització amb un preu molt superior i menys experiència d'ús (antihiper-tensius, antiasmàtics, antibacterians, antiulcerosos i hipolipemians).
- Utilització elevada, amb tendència incremental, dels psicofàrmacs, fonamentalment de les benzodiacepines i els antidepressius tricíclics.
- Augment progressiu del consum d'antiasmàtics al llarg del període analitzat. S'observa un increment dels corticoides inhalats, a causa principalment de budesonida, un ús relatiu dels β -adrenèrgics inhalats i un consum excessiu de teofil·lines i altres antiasmàtics de segona línia (cromoglicat, ketotifè i bromur d'ipratropi).
- Ús relatiu dels hipoglicemians orals enfront de la insulina, de consum massa elevat en comparació amb el que es dona en altres països, encara que la utilització d'insulina s'ha incrementat significativament els darrers 3 anys (48%).

Aquests resultats són força similars als obtinguts amb aquest mateix tipus d'anàlisi a les regions sanitàries, pel que fa a l'evolució en la utilització dels diversos fàrmacs. De tota manera, s'observen diferències entre regions en el consum estimat de determinats medicaments (psicofàrmacs, antiasmàtics, hipoglucemians orals i insulines, tetraciclins i cefalosporines).

Distribució de les 50 especialitats més prescrites, en import, segons el seu GPU* a l'atenció primària Catalunya, 1989-1991

Figura 78



FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

VIF i GPU a l'atenció primària de les 50 especialitats farmacèutiques més prescrites, segons nombre d'envasos i segons import per regions sanitàries Catalunya, 1991

Taula 58

Regions sanitàries	Segons nombre d'envasos		Segons import	
	VIF 1* %	GPU 1** %	VIF 1* %	GPU 1** %
Lleida	60	56	74	40
Tarragona i Tortosa	60	55	67	46
Girona	64	60	79	37
Costa de Ponent	71	67	84	50
Barc. Nord i Maresme	70	68	77	45
Centre	69	66	79	50
Barcelona Ciutat	64	62	75	42
CATALUNYA	68	65	79	48

* VIF 1: valor intrínsec farmacològic elevat. ** GPU 1: grau potencial d'ús a l'atenció primària elevat.

FONT: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Aplicació informàtica de farmàcia.

4.7 Recursos econòmics per a la prestació dels serveis sanitaris

La relació entre el desenvolupament sanitari i el desenvolupament econòmic, una qüestió a debat

La quantitat de recursos econòmics que es destinen als serveis sanitaris és una qüestió de debat arreu del món. Els objectius i els criteris per prioritzar les accions en un context de disponibilitat limitada de recursos, la manera com s'assignen els recursos, els actors socials que han de participar en les decisions i, en definitiva, quina és la part de la riquesa col·lectiva que es vol dedicar a finançar els serveis relacionats amb la salut de la població són els aspectes que intervenen en la discussió sobre l'harmonització entre el desenvolupament sanitari i el desenvolupament econòmic.

En un context econòmic incert com el que vivim actualment, és imprescindible, més que mai, tenir present les perspectives de creixement econòmic a l'hora de dissenyar els objectius de la política de despeses del sector públic. Durant la dècada dels anys seixanta i fins a mitjan setanta, i en un ambient generalitzat de prosperitat econòmica en el si dels països de l'Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), hi ha una voluntat clara de fomentar programes destinats a satisfer les necessitats preferents de la societat, entre les quals destaca la sanitat. Aquest fet es tradueix en una participació creixent de la despesa sanitària, pública i privada, al Producte Interior Brut (PIB).

La crisi econòmica dels anys setanta, derivada de l'explosió dels preus del petroli, va provocar un alentiment del creixement de la despesa de sanitat en el PIB. Tots els països desenvolupats van adoptar polítiques de contenció de costos, els resultats de les quals es van notar en el ritme de creixement de la participació de la despesa sanitària pública al PIB a la dècada dels vuitanta.

A Espanya el procés de creixement de la despesa sanitària, com també en general els recursos destinats a la política social, s'ha iniciat amb retard en relació amb la major part dels països de l'OCDE i en una conjuntura econòmica menys favorable. Així, amb un nivell de despesa sanitària inferior a la mitjana dels països de l'OCDE, l'entorn econòmic restrictiu, sobretot pel que fa als pressupostos dels dos darrers anys, ha afectat especialment el marc econòmic sanitari.

A Espanya, però, cal ser conscients de la història recent per entendre els canvis en l'escenari general de la sanitat. El procés de canvi cap a la democràcia a l'Estat espanyol va suposar una reordenació institucional i constitucional que, òbviament, també afectà l'àmbit de la sanitat. El mateix text constitucional, a l'article 41, consagra el procés d'universalització de les prestacions de la Seguretat Social, cosa que ha suposat l'ampliació de la cobertura sanitària fins pràcticament el cent per cent de la població. D'altra banda, l'article 43 del mateix text legal reconeix el dret a la protecció de la salut i la seva garantia per part dels poders públics. Finalment, l'article 148 defineix la sanitat com una de les matèries de competència de les comunitats autònomes.

El corresponent procés de transferències sanitàries va ser iniciat per a Catalunya el 1981, any en què va assumir les competències en matèria de serveis sanitaris de la Seguretat Social. Malgrat que la transferència es va produir el 1981, no fou fins als acords de l'any 1986 que es va definir el sistema que s'utilitzaria per finançar els serveis transferits, els quals van ser recollits posteriorment en la Llei General de Sanitat que va establir el sistema de finançament de la sanitat a les comunitats autònomes. Es consolidava un model de participació, en funció de la població relativa, sobre la despesa sanitària de l'Estat, concretada en el pressupost de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD). El model que actualment s'utilitza es caracteritza per l'aplicació d'un

El finançament de la sanitat a les comunitats autònomes està condicionat al pressupost estatal de l'INSALUD

percentatge de participació sobre el pressupost de l'INSALUD, com a entitat gestora dels serveis sanitaris de la Seguretat Social. Aquest percentatge, que per a Catalunya era del 16,3% l'any 1984 i que es va ajustant en un termini de 10 anys al percentatge de població, s'aplica al pressupost inicial de l'INSALUD. El problema fonamental del model, però, és el fet que aquest pressupost s'elabora amb una subvaloració inicial dels crèdits necessaris, la qual cosa fa que mai sigui suficient per cobrir les necessitats reals de despesa. Els últims deu anys ha estat necessari realitzar tres operacions de sanejament dels deutes acumulats per l'INSALUD: el 1983, el 1989 i el 1992 s'han aprovat sengles expedients de reflatació de deutes que no havien estat comptabilitzats en els anys corresponents per manca de pressupost. A més, l'INSALUD es veu obligat cada any a ampliar el seu pressupost, durant l'exercici, per tal d'atendre aquella part de la desviació pressupostària que no pot traspasar a l'exercici següent.

Aquesta ampliació del pressupost de l'INSALUD es tradueix a final d'any en una desviació determinada respecte del seu pressupost inicial. Mentre l'INSALUD gaudeix d'aquestes ampliacions del seu finançament durant l'exercici, les comunitats autònomes han d'esperar a l'exercici següent, un cop s'ha tancat i liquidat el pressupost de l'esmentada entitat gestora, a rebre aquests fons addicionals. A més, un cop acordats els imports i els terminis de pagament d'aquests deutes, encara es produeixen endarreriments en el seu pagament efectiu per problemes de tresoreria.

Aquest fet ocasiona a les comunitats autònomes una situació d'estrangulament financer que obliga a endarrerir els pagaments als diversos tipus de proveïdors i a entrar en la via de les operacions d'endeutament —amb les consegüents despeses financeres— per tal d'esmoreir l'efecte d'ofec financer sobre la gestió.

En aquest context del sistema de finançament s'han emmarcat les negociacions que al llarg de l'any 1992 s'han desenvolupat en el si del Consell de Política Fiscal i Financera. Les grans directrius d'evolució econòmica dels pressupostos sanitaris s'han situat sempre en la referència del procés d'unió econòmica i monetària amb Europa. Així, les previsions de creixement dels pressupostos sanitaris públics han estat fixats pel Ministeri d'Economia i Hisenda a l'entorn del creixement del PIB. L'aspecte fonamental de la discussió, però, ha estat la delimitació del punt de partida d'aquesta evolució. En un àmbit de pressupostos històrics insuficients, l'entrada en una restricció de la velocitat de creixement, tenint presents els elements de pressió incessant sobre la despesa que té el sector, ha d'estar basada en un punt de partida real. Finalment, l'elaboració dels pressupostos de l'Estat per al 1993 ha donat prevalença a la conjuntura sobre la planificació i s'ha continuat amb la política històrica de pressupostar per sota de la realitat.

El pressupost de l'INSALUD per al 1993 és de 2.632 mil milions de pessetes, dels quals el 55,76% es transfereix a les comunitats autònomes que han assumit competències en matèria de sanitat (Catalunya, Andalusia, País Basc, València, Galícia i Navarra).

Aquest pressupost, finançat bàsicament per l'aportació finalista de l'Estat, representa un increment del 10,18% respecte al de 1992 i consolida el procés de davallada en el creixement anual del pressupost de l'INSALUD iniciat l'any 1991. Si comparem el pressupost del 1993 amb la despesa efectivament reconeguda per l'INSALUD el 1992, incloent la desviació produïda tant en els serveis no transferits com en els transferits, la variació que es produeix és una davallada d'un 0,78%, aproximadament. Òbviament, aquest nivell de restricció en la despesa no es correspon amb l'evolució del sector de la sanitat.

El pressupost de l'INSALUD per al 1993 continua essent insuficient per cobrir les necessitats reals de despesa sanitària i consolida el procés de davallada del seu creixement

El Servei Català de la Salut és el responsable de la provisió de serveis sanitaris públics a Catalunya

El finançament dels serveis sanitaris a Catalunya és fonamentalment públic

A més, cal no oblidar que aquests increments s'apliquen sobre pressupostos insuficients que no es corresponen amb la despesa real de l'exercici pressupostari. La desviació entre el pressupost inicial i el liquidat de l'INSALUD s'ha situat, en els darrers anys, a l'entorn del 10-12%.

Aquesta insuficiència pressupostària de l'INSALUD, pel mateix model actual de finançament de la sanitat, es trasllada automàticament a les comunitats autònomes amb serveis sanitaris transferits.

Com assenyala la LOSC, el Servei Català de la Salut és el responsable de la provisió de serveis sanitaris públics a Catalunya i, per tant, qui rep de l'INSALUD, mitjançant la Generalitat de Catalunya, els recursos necessaris per al seu finançament. El Servei Català de la Salut transfereix a l'Institut Català de la Salut el finançament dels serveis sanitaris que presta mitjançant els centres propis de l'Institut Català de la Salut. Tanmateix, el Servei Català de la Salut presta serveis a través d'altres centres de la XHUP i centres extrahospitalaris complementaris.

El finançament dels serveis sanitaris a Catalunya és fonamentalment públic. Així, segons dades del 1987, l'estructura de la despesa sanitària a Catalunya per fonts de finançament és la següent: el 69,6% correspon a la Generalitat de Catalunya, el 20,2% a les famílies i el 10,2% restant a institucions públiques i institucions privades sense afany de lucre.

El pressupost inicial aprovat per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya per al 1993 (taula 59) assoleix els 491.102 milions de pessetes i representa, aproximadament, un terç del pressupost de la Generalitat de Catalunya i suposa un increment respecte de l'any 1992 del 12,28%.

L'any 1981, any de la transferència dels serveis sanitaris de la Seguretat Social a la Generalitat de Catalunya, el pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública era de 92.940 milions de pessetes. Des d'aquell any fins ara, l'evolució de l'esmentat pressupost (taules 60 i 61), en termes reals, suposa aproximadament un increment del 114% i ha significat una millora del percentatge de participació d'aquest pressupost sobre el PIB de Catalunya, el qual se situa actualment a l'entorn del 3,9%¹⁰.

L'estructura econòmica del pressupost inicial del 1993 és la següent: el 94,9% correspon a despeses corrents, el 5,05% a despeses de capital i el 0,05% a despeses financeres. Pel que fa a l'estructura funcional d'aquest pressupost (figura 79), podem observar que els dos àmbits d'assistència sanitària (atenció primària i atenció especialitzada) comporten més del 96% del total de despeses.

L'entorn econòmic previsible per al 1993 confirma la moderació en el creixement dels pressupostos sanitaris. Precisament per això, ha de ser un moment de reflexió sobre els camins de futur i la necessitat d'adaptar la gestió a la línia que ha de permetre la consolidació de l'estructura sanitària del nostre país.

Així, doncs, l'any 1993 i els següents en què s'aplicarà per primera vegada el Pla de Salut, seran anys previsiblement difícils pel que fa als recursos econòmics disponibles per als serveis sanitaris. Aquesta situació obliga, encara més, a centrar els objectius del Pla de Salut en la millor distribució i en l'organització de les activitats i els serveis i, en conseqüència, a posar l'èmfasi en l'eficiència d'assignació.

¹⁰ Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social 1993.

**Pressupost inicial aprovat
per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública
de la Generalitat de Catalunya, 1993**

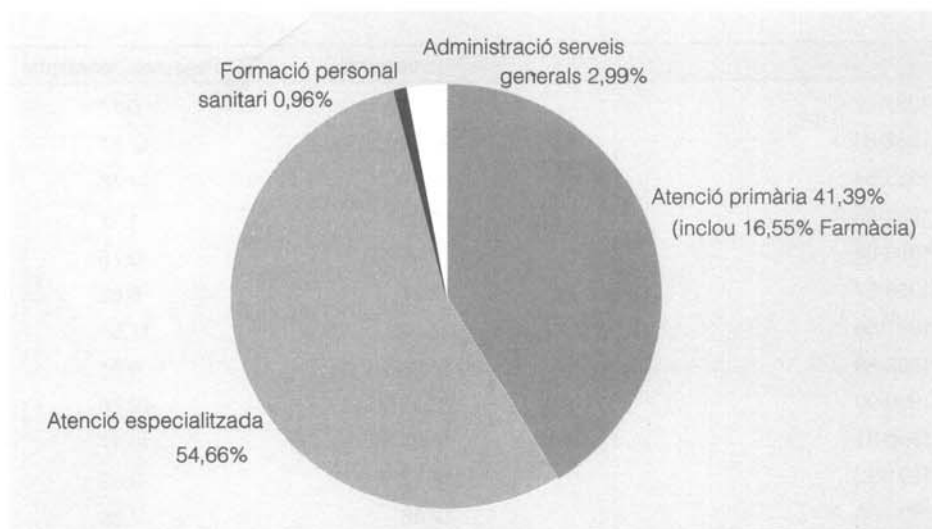
Taula 59

Capítols de despesa	Pressupost inicial aprovat (milions de pessetes)
Remuneracions de personal	155.331
Compra de béns i serveis	218.674
Interessos	0
Transferències corrents	91.090
Amortitzacions	943
OPERACIONS CORRENTS	466.038
Inversions reals	16.805
Transferències de capital	8.003
OPERACIONS DE CAPITAL	24.808
Actius financers	256
OPERACIONS FINANCERES	256
TOTAL	491.102

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993.

**Estructura funcional del pressupost
per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública
de la Generalitat de Catalunya, 1993**

Figura 79



FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993.

Taula 60

**Evolució del pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris
de provisió pública a Catalunya, 1981-1993**
Any base: 1981

	Pessetes corrents (milions de pessetes)	Pessetes constants (milions de pessetes)
1981*	92.940	92.940
1982	107.080	93.602
1983	135.498	105.651
1984	148.136	103.773
1985	163.073	104.992
1986	176.047	104.176
1987	197.641	111.071
1988	231.239	124.002
1989	271.439	136.169
1990	326.888	153.544
1991	379.946	169.162
1992	437.377	185.459
1993	491.102	198.960

* Pressupost de transferència segons el Reial Decret 1517/1981.

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993.

Taula 61

Percentatge de variació interanual

	Pessetes corrents	Pessetes constants
1981-82	15,21	0,71
1982-83	26,54	12,87
1983-84	9,33	-1,78
1984-85	10,08	1,17
1985-86	7,96	-0,78
1986-87	12,27	6,62
1987-88	17,00	11,64
1988-89	17,38	9,81
1989-90	20,43	12,76
1990-91	16,23	10,17
1991-92	15,12	9,63
1992-93	12,28	7,28

FONT: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Els recursos econòmics del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1993.

Si bé és cert que el context econòmic determina de forma molt important l'abast del Pla de Salut, també ho és que el Pla de Salut pot ser un element de racionalització i millora de la política de despeses en salut.

El Pla de Salut ha de ser l'instrument que faciliti orientar la política de serveis cap a resoldre els problemes de salut de la població, és a dir, enfocar les actuacions i el finançament/despesa cap a objectius de salut.

L'abordatge per problemes de salut i també per problemes de serveis, juntament amb l'avaluació de l'eficàcia, l'eficiència i l'efectivitat de les actuacions que s'estableix en el Pla de Salut, serà la base de prioritització per a la distribució d'uns recursos limitats.

D'altra banda, els plans de salut de les regions sanitàries, elaborats i aprovats des de la pròpia perspectiva territorial tenint en compte les característiques de la població i els problemes de salut i dels serveis que es presenten a cadascuna de les regions sanitàries, hauran de ser elements de referència fonamentals en la política de descentralització endegada pel Servei Català de la Salut i de reflexió per a l'assignació més eficient i equitativa dels recursos.

Finalment, la dimensió intersectorial del Pla de Salut, reconeixent que l'estat de salut no depèn només del sistema sanitari, facilitarà també la reflexió sobre la participació dels diversos actors que estan implicats en la salut i el benestar de la població i la prioritització dels recursos que es destinen per a la política de salut.

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



PLA DE SALUT DE CATALUNYA

Objectius i intervencions del Pla de Salut

Objectius i intervencions del Pla de Salut

En aquesta part es presenten els objectius i les intervencions que es formulen en el Pla de Salut 1993-1995, per a cadascun dels problemes de salut i aspectes dels serveis sanitaris i sòcio-sanitaris que són objecte d'actuació en aquest Pla.

A cada capítol d'aquesta part s'expliciten les intervencions que es desenvoluparan, tot tenint en compte els objectius i les directrius de referència que es plantegen en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut, l'eficàcia i l'efectivitat de les possibles accions i la factibilitat de dur-les a terme. El contingut de cada capítol s'estructura de la manera següent:

Objectius generals de salut. En els capítols referents a problemes de salut (part III.A), es reproduïxen els objectius generals de salut i els objectius generals de disminució de risc que es fixaven en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut. Aquests objectius, en general, es formulen en l'horitzó de l'any 2000 i s'entén que són els objectius de referència, és a dir, expressen els resultats que es pretenen assolir amb les intervencions que es desenvoluparan per afrontar els problemes de salut de que tracta el capítol corresponent i durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut.

Intervencions. S'indiquen quines són les intervencions que es desenvoluparan en el Pla de Salut 1993-1995, a partir de la reflexió sobre l'eficàcia, l'efectivitat i la factibilitat de les possibles accions en relació amb els problemes de salut o els aspectes dels serveis sanitaris i sòcio-sanitaris que es tracten en el capítol.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995. S'especifiquen els elements que conformen les intervencions que es plantegen, és a dir, s'explica com es desenvoluparan aquestes intervencions. Les línies d'actuació de cada intervenció constitueixen els diferents àmbits de treball que s'han de dur a terme, fan referència a aspectes cabdals de l'organització i s'adequen al grau de desenvolupament i context actual dels serveis.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995. Els objectius operacionals constitueixen la concreció de les línies d'actuació en el Pla de Salut 1993-1995, tot expressant-les de forma quantificada i periodificada.

Els objectius operacionals es classifiquen segons els àmbits en els que recau la responsabilitat de dur a terme les accions que comporten:

- *Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut.* En aquest grup d'objectius operacionals es recullen els que es plantegen a nivell del conjunt de Catalunya i que seran objecte d'actuacions, fonamentalment, des dels nivells centrals de l'organització del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut.
- *Regions sanitàries.* Aquest grup inclou els objectius operacionals comuns a totes les regions sanitàries i les actuacions que comporten seran desenvolupades des de les estructures en què s'organitza territorialment el Servei Català de la Salut.

Atès que hi ha un conjunt de problemes de salut i de característiques dels serveis que són comuns a totes les regions sanitàries, la determinació dels objectius i intervencions en relació amb aquests problemes s'ha fet de forma consensuada entre les regions sanitàries, amb la finalitat d'arribar a una manera homogènia d'abordar-los i fer possible la seva integració en objectius per al conjunt de Catalunya.

En molts casos es proposa definir uns criteris comuns mínims impulsant el consens entre els professionals. En aquests moments, a Catalunya, es disposa de criteris consensuats per experts, pel que fa a activitats preventives (educació sanitària, vacunacions i cribratges), molts dels quals estan recollits al Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Ara cal, doncs, mobilitzar tots els recursos existents al sistema per tal que tots els professionals els coneguin, els discuteixin i els adoptin en la seva pràctica diària. En aquest sentit, com a línia d'actuació quant als problemes de salut, es promou el consens entre els professionals per a l'aplicació i l'operativització d'aquests criteris.

Objectius i intervencions sobre els problemes de salut

Per a cadascun dels problemes de salut detectats en la fase d'anàlisi del Pla de Salut 1993-1995, s'han determinat els objectius i intervencions, en l'àmbit general de Catalunya i en el de les regions sanitàries, seguint els criteris següents:

- La magnitud i la gravetat del problema de salut, d'acord amb la informació disponible sobre la mortalitat, la morbiditat, les seqüeles incapacitants i/o la repercussió sobre els serveis sanitaris i socio-sanitaris.
- L'existència de poblacions amb més risc d'estar afectades pel problema de salut.
- L'eficàcia de les mesures per afrontar el problema de salut i el coneixement de la seva efectivitat.
- El nivell adequat per fer efectives les mesures d'eficàcia provada, en el nostre medi.

La magnitud i la gravetat dels problemes, l'eficàcia de les mesures i la factibilitat són els criteris bàsics que han orientat les propostes d'intervenció

Una vegada analitzats els problemes de salut, s'ha considerat la factibilitat de les intervencions que potencialment poden contribuir a reduir-los, tenint en compte, en cada cas, els aspectes següents:

- L'existència de condicions prèvies per a la posada en marxa de les accions, com són els recursos humans i materials, les disposicions legals i l'acceptabilitat política i social.
- L'existència d'activitats o programes ja endegats i desenvolupats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social i pel Servei Català de la Salut, tant als serveis centrals com a les regions sanitàries.
- L'existència d'experiències de formació i recerca iniciades.
- La disponibilitat de registres o altres sistemes d'informació.
- Les possibles repercussions en l'organització.
- Les repercussions en la despesa.
- L'àmbit sectorial adequat per al desenvolupament de les intervencions, distingint les que s'han de dur a terme dins l'àmbit sanitari de les que requereixen la participació d'altres sectors.

Durant tot el procés de definició dels objectius i intervencions, a més dels criteris esmentats, s'han considerat els elements de referència següents:

- Els objectius inclosos al Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut.
- La bibliografia científica disponible.
- Les propostes dels programes i de les unitats del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut i, en alguns casos, d'altres institucions (Departament d'Ensenyament, Institut Català de Seguretat Viària).

Malalties de l'aparell circulatori

Les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mort a Catalunya i la segona causa d'APVP

La malaltia cerebro-vascular i la malaltia isquèmica del cor són els dos motius principals de mort per aquest grup de malalties

Constitueixen la cinquena causa d'ingrés hospitalari i el segon motiu de consulta a l'atenció primària

Les malalties de l'aparell circulatori constitueixen la primera causa de mort en totes les regions sanitàries. La mortalitat per aquesta causa augmenta amb l'edat i és la primera a partir dels 65 anys en les dones i dels 75 anys en els homes. A més, constitueixen la segona causa d'APVP darrera els tumors, amb un 21,42% dels APVP de l'any 1990.

Entre les malalties de l'aparell circulatori, la malaltia cerebro-vascular i la malaltia isquèmica del cor són la primera i la segona causa de mort respectivament, en ambdós sexes. Per sexes, la malaltia cerebro-vascular és la primera causa de mort en les dones i la malaltia isquèmica del cor ho és en els homes. Quant a la morbiditat, les malalties de l'aparell circulatori són la cinquena causa d'ingrés hospitalari i representen el 9% del total d'ingressos. A l'atenció primària de salut constitueixen el segon motiu de consulta, i és la hipertensió arterial el problema de salut que genera més demanda en aquest nivell assistencial.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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 cerebro-vascular en un 20%. (Objectiu 48)

Intervencions

La hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia i el tabaquisme són els factors de risc sobre els quals es proposen intervencions

Aquest Pla de Salut, per tal de contribuir a la reducció de la morbi-mortalitat per malalties de l'aparell circulatori, proposa intervencions que es basen en les mesures d'eficàcia provada existents i s'adrecen a la disminució i el control dels principals factors de risc identificats: la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia i el tabaquisme¹.

La reducció de les xifres de pressió arterial en els hipertensos és la mesura més eficaç per a la prevenció de les complicacions càrdio-vasculars associades a la hipertensió, fonamentalment la malaltia cerebro-vascular. Es considera provada l'eficàcia del tractament farmacològic antihipertensiu per a normalitzar les xifres tensionals elevades. Les mesures higiènico-dietètiques constitueixen un complement molt útil al tractament farmacològic.

En relació amb la hipercolesterolèmia es considera provada l'eficàcia de l'aplicació de dietes pobres en greixos saturats i en colesterol total i riques en greixos poliinsaturats. Quant aquesta mesura és insuficient també ha estat demostrada l'eficàcia del tractament farmacològic.

¹ Altres intervencions relacionades amb la resta de factors de risc càrdio-vasculars es desenvolupen, de forma general, a l'apartat de problemes de salut relacionats amb els hàbits i els estils de vida (apartat 20).

El consell mèdic s'ha demostrat eficaç per a la cessació de l'hàbit tabàquic, en els canvis alimentaris i, en el cas de la hipertensió, com a mesura que contribueix a millorar l'observança terapèutica. Així mateix, la indicació d'augment de l'activitat física s'ha demostrat eficaç en la prevenció primària de la malaltia isquèmica del cor.

La diabetis també és un important factor de risc de les malalties de l'aparell circulatori, per la qual cosa es proposen accions per a la millora del diagnòstic, del tractament i del seguiment d'aquesta malaltia, que s'exposen a l'apartat 15.

En relació amb els serveis sanitaris, pel que fa a l'atenció i prevenció de les malalties de l'aparell circulatori, si bé tots els nivells assistencials tenen un paper rellevant, l'atenció primària de salut es configura com el marc idoni per al desenvolupament de les intervencions i de les activitats que es proposen, ateses les oportunitats de contacte de la població amb aquest nivell assistencial i el seu potencial, pel que fa a l'atenció longitudinal i integral de cada usuari.

D'altra banda, cal considerar l'escola un dels àmbits bàsics per incorporar hàbits, valors i comportaments favorables per a la salut. És per això que es proposen accions a dur a terme en el medi escolar que afavoreixin l'adquisició per part dels individus d'hàbits i estils de vida saludables en relació amb aquests factors de risc.

L'existència de mesures d'eficàcia provada per afrontar els diferents factors de risc per les malalties de l'aparell circulatori, la factibilitat de la seva aplicació, especialment des de l'atenció primària de salut i en l'àmbit escolar, permeten plantejar:

- a) Mesures de promoció de la salut referides a l'adquisició d'hàbits saludables.
- b) Mesures de prevenció primària sobre els principals factors de risc identificats: la hipertensió arterial, la hipercolesterolèmia i el tabaquisme.
- c) Mesures de prevenció secundària orientades a la reducció de la fase pre-hospitalària i al diagnòstic a temps de les complicacions agudes.

Aquestes mesures es concreten en les intervencions següents:

- Promoció d'hàbits saludables.
- Millora en la detecció i el control de la hipertensió arterial.
- Millora en la detecció i el control de la hipercolesterolèmia.
- Consell antitabac.
- Millora en el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la diabetis *mellitus*.

A continuació es descriuen les línies d'actuació i els objectius operacionals corresponents a cada una d'aquestes intervencions, si bé les relacionades amb la millora en el diagnòstic, el tractament i el seguiment de la diabetis *mellitus* i amb la promoció d'hàbits saludables es desenvolupen als apartats 15 i 20 d'aquest capítol, respectivament.

1.1 Detecció i control de la hipertensió arterial

La hipertensió arterial és un dels principals factors de risc de les malalties de l'aparell circulatori. Per consens s'accepten com a xifres de tensió arterial normals per a la població adulta les inferiors a 140 i 90 mmHg de sistòlica i diastòlica, respectivament. S'ha observat que amb una correcta detecció i

La diabetis és un altre factor de risc cardíaco-vascular sobre el que també es proposen accions

El marc idoni per desenvolupar les activitats que es proposen és l'atenció primària de salut

El correcte control de la hipertensió arterial redueix de forma significativa la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori

A Catalunya, la prevalença estimada d'hipertensió arterial és del 20% a la població adulta

control de la hipertensió es pot reduir en un 15% la mortalitat per malaltia isquèmica del cor i en un 35% per malaltia cerebro-vascular.

En les patologies cròniques en general, i especialment en la hipertensió arterial, és important conèixer no solament la prevalença sinó també la proporció d'hipertensos coneguts, la d'hipertensos que saben que ho són, els que segueixen el tractament adequat i, d'entre aquests últims, quants han assolit xifres tensionals considerades normals.

La prevalença estimada d'hipertensió a Catalunya se situa al voltant del 20% de la població major de 18 anys. Tanmateix, s'estima que hi ha entre un 30-40% d'hipertensos que no saben que ho són, un 25-30% d'hipertensos diagnosticats que no reben tractament i un percentatge molt baix dels hipertensos tractats té la pressió arterial controlada, és a dir, manté les xifres de tensió arterial dins els límits de la normalitat.

Per aquestes raons, es plantegen accions destinades a la millora de la detecció i del control de la hipertensió arterial.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de mortalitat per insuficiència renal crònica en un 5%. (Objectiu 49)

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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)

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Detecció oportunista de casos d'hipertensió arterial en les consultes de l'atenció primària de salut.
2. Educació sanitària a la població sobre les repercussions de la hipertensió arterial sobre la salut, les mesures de prevenció i l'observança terapèutica.
3. Promoció d'hàbits saludables en l'àmbit escolar.
4. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a la incorporació i l'operativització en els serveis dels criteris comuns d'abordatge de la hipertensió arterial².

² En aquests moments disposem de dues publicacions del Departament de Sanitat i Seguretat Social que recullen el consens dels experts sobre aquest tema: Guia per al control de la hipertensió arterial / Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació relativa als hipertensos detectats i als hipertensos controlats de cada Regió Sanitària.
- A.2. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits dietètics saludables.

Regions sanitàries

- A.3. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries elaboraran un protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial, que inclourà els criteris comuns mínims establerts, impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals.
- A.4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial.
- A.5. Abans de l'any 1995, les consultes d'atenció primària de salut disposaran d'esfigmomanòmetres de mercuri i d'un sistema de revisió i calibratge dels mateixos.
- A.6. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial en els serveis.
- A.7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol d'hipertensió arterial de la regió.
- A.8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrades les xifres de tensió arterial en més del 60% de les històries corresponents a població adulta (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.9. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, més del 45% dels pacients hipertensos detectats hauran d'estar controlats, segons els criteris del protocol.

1.2 Detecció i control de la hipercolesterolèmia

La hipercolesterolèmia es defineix com l'elevació mantinguda dels nivells de colesterol a la sang. Segons la noció de risc, malgrat que la xifra límit de colesterol a la sang ha estat objecte de discussió, actualment es considera que són diagnòstics els nivells superiors a 250 mg/dl (6,5 mmol/l) en la població adulta de forma persistent. Les xifres de colesterol entre 200 i 250 mg/dl es consideren límit, mentre que s'accepta com a nivell òptim xifres inferiors a 200 mg/dl, encara que a la pràctica també s'accepten com a òptims els nivells inferiors a 220 mg/dl.

La hipercolesterolèmia és un dels principals factors de risc de les malalties de l'aparell circulatori. Els assaigs clínics controlats han demostrat que el control

La hipercolesterolèmia és l'augment del colesterol plasmàtic per sobre de 250 mg/dl

La factibilitat aconsella
esglaonar les poblacions diana

de la hipercolesterolèmia pot reduir la mortalitat per malaltia isquèmica del cor. Segons dades del Programa CRONICAT (Programa de control i prevenció de malalties cròniques creat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social l'any 1981) la prevalença d'hipercolesterolèmia (≥ 250 mg/dl) en el grup de població de 30 a 64 anys és del 24%, amb una colesterolèmia mitjana de 224 mg/dl per als homes i de 220 mg/dl per a les dones.

Com a població diana per detectar la hipercolesterolèmia s'ha definit³ la població de 20 anys o més. Per tal d'avançar de manera progressiva i factible es poden considerar com a grups de màxima prioritat, en una primera etapa, els homes de 35 a 64 anys, i en una segona, els homes de 35 o més anys i les dones de 45 o més.

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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/dl⁴. (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)

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Detecció oportunista de casos de hipercolesterolèmia en les consultes de l'atenció primària de salut en la població diana.
2. Educació sanitària a la població pel que fa a les repercussions de la hipercolesterolèmia sobre la salut i les mesures de prevenció.
3. Educació per a la salut en l'àmbit escolar a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
4. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a la incorporació i l'operativització en els serveis dels criteris comuns existents per a la detecció i el control de la hipercolesterolèmia⁵.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.10. Abans de l'any 1994, s'hauran adoptat els criteris comuns mínims per a Catalunya per al diagnòstic, tractament i control de la hipercolesterolèmia, com també sobre aspectes d'educació sanitària de la població, impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals que permetin incorporar i operativitzar aquests criteris en els serveis.

³ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993

⁴ L'any 1990 era de 228 mg/dl.

⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993.

- A.11. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació relativa als pacients detectats i als pacients controlats d'hipercolesterolèmia de cada regió sanitària.
- A.12. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits dietètics saludables.

Regions sanitàries

- A.13. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.14. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació pel que fa al protocol sobre detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia adoptat.
- A.15. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia en els serveis.
- A.16. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran adaptat i consensuat el protocol d'hipercolesterolèmia de la regió.
- A.17. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el nivell de colesterol en més del 40% de les històries de la població diana (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.18. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, més del 40% dels pacients detectats d'hipercolesterolèmia hauran d'estar controlats, segons els criteris del protocol.

1.3 Consell antitabac

El tabac és un dels factors de risc de les malalties de l'aparell circulatori, de l'aparell respiratori i de moltes altres malalties, incloent-hi el càncer de pulmó i d'altres càncers. El 16% de totes les morts de Catalunya poden ser atribuïdes al consum de tabac. A més, és causa d'una elevada morbiditat que genera una gran demanda de serveis assistencials.

Hi ha estudis que han observat una reducció del risc de patir malaltia isquèmica del cor, malalties respiratòries i càncer de pulmó després d'abandonar l'hàbit tabàquic. Assaigs clínics controlats han demostrat l'eficàcia del consell antitabac per abandonar l'hàbit. A més, les enquestes mostren que les actituds i les opinions de la població general són favorables a les accions anti-tabàquiques.

Els serveis sanitaris i de manera especial el nivell d'atenció primària constitueixen un àmbit idoni per al desenvolupament de mesures encaminades a la cessació de l'hàbit tabàquic. Existeixen recomanacions dels experts⁶ pel que

La mortalitat atribuïble al tabac a Catalunya és del 16%

L'abandonament de l'hàbit tabàquic redueix el risc de patir malalties dels aparells circulatori i respiratori i tumors

El consell antitabac és una mesura eficaç per a l'abandonament de l'hàbit

⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993.

Cal enregistrar a la història clínica l'hàbit tabàquic de la població que acudeix a l'atenció primària

fa al consell antitabac i el contingut del missatge. Es proposa dirigir aquesta activitat a la població que acudeix als serveis sanitaris d'entre 15 i 64 anys, essent les embarassades un grup d'especial interès.

Per aquest motiu el personal sanitari ha de preguntar sistemàticament a tots els pacients que atengui l'existència d'hàbit tabàquic, la freqüència de consum i les seves característiques.

També cal desenvolupar mesures per promoure la cessació de l'hàbit tabàquic en els anomenats col·lectius exemplars, com és el cas del personal sanitari i dels ensenyants.

Atesa l'eficàcia del consell antitabac i l'acceptabilitat per part de la població de l'adopció de mesures antitabac, el Pla de Salut 1993-1995 proposa accions destinades a reduir el consum de tabac.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir en els homes de menys de 44 anys el percentatge de la mortalitat atribuïble al tabac, a Catalunya, en un 15%. (Objectiu 58)⁷

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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 els professors fins al 25%. (Objectiu 64)

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a la incorporació i l'operativització en els serveis del consell antitabac.
2. Educació sanitària a la població sobre les repercussions de l'hàbit tabàquic en la salut del fumador actiu i en la del passiu.

⁷ La mortalitat atribuïble al tabac per a l'any 1989 a Catalunya és del 16%.

3. Educació per a la salut a l'àmbit escolar a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
4. Disminució de la prevalença de l'hàbit tabàquic en els col·lectius de comportament exemplar (professionals sanitaris, mestres i professors).

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.19. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la introducció a l'escola de les accions antitabàquiques.

Regions sanitàries

- A.20. Durant l'any 1993 i successius, a les consultes d'atenció primària de salut es farà l'anamnesi i el registre sistemàtic sobre consum de tabac a la població atesa de més de 14 anys.
- A.21. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran elaborat un protocol de consell antitabac que inclourà els criteris comuns mínims existents impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals.
- A.22. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de consell antitabac adoptat.
- A.23. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de consell antitabac en els serveis.
- A.24. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament aplicaran a les seves consultes el consell mínim antitabac seguint el protocol establert.
- A.25. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat l'hàbit tabàquic en més del 60% de les històries corresponents a la població de més de 14 anys (excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.26. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries realitzaran accions específiques per disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els seus professionals.

Càncer

El càncer és la segona causa de mort a Catalunya i la primera causa d'APVP

A Catalunya el càncer és actualment un dels problemes de salut prioritaris essent la primera causa de mortalitat entre els 35 i 64 anys. L'any 1990 va constituir la segona causa de mort per a ambdós sexes, amb una taxa ajustada per a la població europea de 190 per 100.000 habitants, dada que situa a Catalunya en una posició intermèdia-baixa pel que fa a la mortalitat per càncer respecte als altres països europeus.

Els tumors constitueixen la primera causa d'APVP per a ambdós sexes. La mortalitat per tumors va representar, l'any 1990, el 32,6% del total d'APVP a Catalunya, amb un total de 192.224 anys.

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 Tarragona per al període 1984-1987 és de 331,7 casos per 100.000 habitants en el sexe masculí i de 254,6 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 supòsit que el conjunt de Catalunya tingués les mateixes taxes, el nombre de nous casos de càncer seria aproximadament de 18.000 per a ambdós sexes, excloent-ne els càncers esmentats anteriorment.

Els càncers de pulmó, de mama i de pell no melanoma són els més freqüents

Les dades de l'esmentat registre 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 i cos d'úter) en les dones.

Els tumors estan, a més, entre les 6 principals causes d'hospitalització per a ambdós sexes a partir dels 45 anys.

S'observa una tendència a l'augment de la mortalitat per càncer

Tenint en compte que el risc de patir càncer augmenta amb l'edat i que la tendència de la població catalana és cap a l'envelliment, cal preveure un augment de la incidència de càncer en els propers anys. D'altra banda, la modificació dels estils de vida que es dona en la nostra societat (canvis dietètics, sedentarisme, hàbit de fumar en dones joves, entre d'altres) pot afavorir l'increment de les taxes de freqüentació hospitalària i de la mortalitat per tumors.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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)

Intervencions

El càncer de coll d'úter és una malaltia de baixa incidència i baixa mortalitat a Catalunya, en comparació a d'altres països europeus o de la resta del món.

L'any 1990 va causar la mort de 93 dones a Catalunya amb una taxa de mortalitat global de 3,0 per 100.000 dones. Ateses aquestes característiques, un programa de cribratge poblacional no es considera d'elevada prioritat; però el fet de disposar d'un instrument sensible, com és el test de Papanicolau, per a la seva detecció precoç, fa que l'estratègia més adient sigui la de continuar la detecció de casos feta sistemàticament des de les consultes d'atenció primària. Les recomanacions¹ dels experts aconsellen inicialment fer dues citologies amb un interval d'un any entre ambdues. Posteriorment, la periodicitat recomanada és de cada tres anys per a les dones de 20 a 34 anys i de cada cinc anys per a les de 35 a 64 anys; en dones de 65 o més anys no és imprescindible continuar amb les citologies si han estat sotmeses a cribratges anteriorment (en cas contrari, es recomana realitzar-ne dues separades per un interval d'un any). Des d'un plantejament molt mínim, és important que tota dona en edat mitjana tingui almenys una citologia feta. Cal conèixer que el grup de risc més susceptible de patir aquest càncer és el de les dones amb múltiples parelles sexuals o que han iniciat precoçment les relacions sexuals.

El càncer colorectal ha mostrat una tendència cap a l'increment de les seves taxes de mortalitat en els darrers anys. Aquesta patologia tendeix a augmentar als països desenvolupats, parcialment a conseqüència dels canvis introduïts en la dieta. Tradicionalment és un tumor associat al desenvolupament econòmic i al grau d'occidentalització dels hàbits culturals. En l'actualitat s'estan desenvolupant diversos assaigs clínics per tal d'establir la possible eficàcia del cribratge utilitzant com a criteris de resultats la reducció de la mortalitat. Fins que no hi hagi resultats conclouents, no es pot recomanar la realització de cribratge poblacional pel càncer colorectal.

El càncer de pell (excloent-ne el melanoma) és el més freqüent entre els homes i les dones de Catalunya. L'estudi de la incidència que presenta és difícil 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 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 més llargues exposicions al sol per motius laborals les que presenten habitualment una incidència més elevada. La prevenció primària i el diagnòstic precoç són les dues accions a desenvolupar per part de l'atenció primària de salut, fent especial èmfasi en la detecció de signes d'alarma i lesions pre-malignes.

El 1990, els tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó van ser la primera causa de mortalitat en homes de 45 a 64 anys i la tercera per al conjunt dels homes. Presenta una taxa global de 39,8 morts per 100.000 habitants. A Catalunya, la tendència dels darrers anys mostra un augment de la mortalitat per aquest tipus de càncer. El consell antibac és una mesura eficaç per tal de disminuir el risc de càncer de tràquea, bronquis i pulmó.

A Catalunya, el càncer de mama és la primera causa de mort de les dones entre 35 i 64 anys. Va causar la mort a 1.015 dones durant l'any 1990, i la taxa corresponent és de 33,1 per 100.000 dones. Aquestes morts representen 20.070 APVP (el 8,66% dels APVP). La mitjana d'APVP calculada segons la diferència respecte de l'esperança de vida en el moment de la mort és de 23,3 anys. Per tal d'avançar en el diagnòstic precoç d'aquesta patologia el

Cal continuar la detecció sistemàtica del càncer de coll d'úter des de les consultes d'atenció primària

La prevenció i la detecció precoç del càncer de pell no melanoma són les dues accions a desenvolupar a l'atenció primària

El cribratge poblacional amb mamografia és la mesura més efectiva per disminuir la mortalitat per càncer de mama

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993.

Cal actuar sobre els factors de risc per prevenir el càncer de tràquea, bronquis i pulmó

cribratge poblacional amb mamografia es considera una mesura efectiva que pot arribar a disminuir la mortalitat per càncer de mama fins a un 30%.

La magnitud i la gravetat del càncer de pulmó i de mama, com també el fet de disposar d'instruments preventius efectius en ambdós casos i la factibilitat de la intervenció, justifiquen que per aquests dos tipus de càncer es proposi el següent:

a) Mesures de prevenció dels tumors de tràquea, bronquis i pulmó: els factors de risc més importants dels tumors malignes de l'aparell respiratori inclouen l'ús de tabac i l'exposició laboral a determinats carcinògens. S'ha estimat que el tabac és responsable del 90% de casos de càncer de tràquea, bronquis i pulmó, així com s'ha demostrat també l'excés de mortalitat atribuïble al tabac entre els fumadors respecte dels no fumadors. Per tant les accions que es proposen per a la prevenció del càncer de tràquea, bronquis i pulmó són les accions antitabàquiques que es descriuen a l'apartat A.1.3.

b) Cribratge del càncer de mama i millora del procés d'atenció d'aquesta patologia.

Cribratge del càncer de mama i millora del procés d'atenció

El càncer de mama és la principal causa de mort entre les dones d'edat mitjana

El càncer de mama és una de les principals causes de mort entre les dones d'edat mitjana dels països desenvolupats. A més, el càncer de mama mostra una tendència al creixement en aquests països que el converteix en un problema de salut comunitari a prioritzar, tant des del punt de vista preventiu com terapèutic.

S'ha d'anar més enllà de l'enfocament terapèutic

Tot i els avenços científics dels darrers anys i tenint en compte que la incidència va en augment, serà difícil d'aconseguir una disminució significativa de la mortalitat per càncer de mama si tan sols persisteix un enfocament terapèutic. Els tres mètodes més coneguts per detectar el càncer de mama en fase asintomàtica són: la mamografia, l'examen clínic i l'autoexploració mamària, que s'han assajat en combinació i de forma aïllada. La mamografia aïllada ha demostrat ser el mètode més eficaç en la reducció de la mortalitat per càncer de mama, perquè pot reduir-la fins a un 30%.

Diferents estudis mostren que l'acceptabilitat del programa de cribratge és bona, encara que disminueix a mesura que l'edat augmenta i a mesura que passa el temps i es repeteixen les proves de cribratge.

Els diferents estudis realitzats reflecteixen una sensibilitat per la mamografia d'entre el 75 i el 95%, amb una especificitat superior al 95%. La sensibilitat i l'especificitat de l'examen clínic i de l'autoexploració són molt inferiors.

La mamografia de cribratge és una tècnica efectiva, acceptable i vàlida

Pel que fa a la tècnica mamogràfica, el risc de l'efecte carcinogènic està minimitzat per les millores tècniques i no és valorable en comparació amb els beneficis potencials. En conclusió, la mamografia utilitzada com a mètode únic de cribratge és efectiva, acceptable i vàlida.

L'adequació de l'assistència i els cribratges, dues activitats a desenvolupar

La proposta dels experts per a Catalunya² és d'incloure als programes de cribratge totes les dones d'entre 50 i 64 anys i practicar la mamografia cada dos anys. Per a les dones incloses dins el grup de risc (amb història familiar —de primer grau— de càncer de mama, especialment de presentació premenopàusica), l'edat d'inici serà els 40 anys i la freqüència anual.

² Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993.

Es proposen, doncs, dues àrees de treball: la prevenció secundària del càncer de mama mitjançant les activitats de cribatge i l'adequació del dispositiu assistencial a les necessitats d'atenció per a aquesta patologia.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Posada en marxa de programes experimentals de cribatge poblacional del càncer de mama, vinculats a l'atenció primària de salut.
2. Impuls del consens entre els professionals per al diagnòstic i tractament del càncer de mama.
3. Formació específica per a la interpretació de mamografies de cribatge.
4. Adequació dels recursos sanitaris a la demanda de serveis per a aquesta patologia.
5. Millora de la coordinació de serveis entre els diferents nivells assistencials implicats.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.27. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut posarà en marxa quatre programes experimentals de cribatge poblacional del càncer de mama vinculats a l'atenció primària de salut.
- A.28. Abans de l'any 1994, s'hauran adoptat els criteris comuns mínims per al diagnòstic i el tractament del càncer de mama, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.

Regions sanitàries

- A.29. Abans de l'any 1994, s'haurà identificat el grau d'adequació dels recursos disponibles per absorbir la demanda potencial derivada de les activitats de cribatge i tractament del càncer de mama.
- A.30. Abans de l'any 1994, s'haurà dut a terme l'anàlisi de la llista d'espera per mamografia.
- A.31. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà d'assegurar la disponibilitat de radiòlegs amb formació específica en mamografies.
- A.32. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un estudi de factibilitat per a la posada en marxa d'un programa experimental de cribatge de càncer de mama a nivell territorial.
- A.33. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran el sistema de coordinació de serveis adequat per assegurar la continuïtat en l'atenció als pacients amb càncer de mama.

Malalties de l'aparell respiratori

Les malalties de l'aparell respiratori constitueixen la tercera causa de mort a Catalunya

Són el principal motiu de consulta a l'atenció primària

Les malalties de l'aparell respiratori constitueixen un important problema de salut a Catalunya, amb una mortalitat i morbiditat molt elevades. L'any 1990 van constituir la tercera causa de mort després de les malalties de l'aparell circulatori i el càncer i van ser les responsables del 5,7% dels APVP.

L'any 1990 la taxa de mortalitat per infeccions respiratòries agudes i pneumònies va ser de 18,8 defuncions per 100.000 habitants i la causada per bronquitis-emfisema-asma de 42,1 per 100.000.

Pel que fa a la morbiditat, les malalties respiratòries constitueixen el primer motiu de consulta en l'atenció primària de salut i un dels principals motius de freqüentació hospitalària, principalment a partir dels 65 anys d'edat. Segons la informació obtinguda de les MDO, tant la pneumònia com la grip mostren una tendència creixent. L'any 1991 es van declarar 419.441 casos de grip i 33.091 de pneumònia.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

- 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)

Intervencions

El principal factor de risc és l'hàbit tabàquic, amb una prevalença del 36,7% en població de 15 a 64 anys

El coneixement actual de l'etiopatogènia d'algunes d'aquestes malalties permet saber com abordar-les per tal de reduir la morbi-mortalitat que produeixen.

El tabac és un important agent causal i factor de risc de les alteracions del flux aeri. La prevalença global de fumadors¹ s'estima al voltant del 36,7 per cent de la població general entre 15 i 64 anys (any 1990). Diversos estudis preveuen que entre el 15 i el 20% dels fumadors habituals presentaran obstrucció de les vies aèries. Així mateix, el 80% de les bronquitis cròniques, en malalts de més de 40 anys, són atribuïbles al consum de tabac.

L'existència d'estudis que demostren la reducció de les limitacions funcionals després de l'abandonament de l'hàbit tabàquic, l'actitud favorable de la població envers les accions adreçades en aquest sentit i l'eficàcia del consell antitabac justifiquen el plantejament d'aquesta darrera acció.

La vacunació contra la grip i contra la pneumònia pneumocòccica ha demostrat la seva eficàcia per a la disminució de la mortalitat per malalties respiratòries, en ser administrada a grups de risc degudament seleccionats.

El malalt amb patologia respiratòria crònica ha de rebre un tractament complex, que requereix la participació de diversos dispositius assistencials, la coordinació dels quals s'haurà de garantir.

Les vacunacions contra la grip i la pneumònia pneumocòccica són mesures eficaces per disminuir la mortalitat per aquestes malalties

¹ Fumen actualment i han fumat de forma continuada durant 6 mesos o més en el passat.

Es plantegen, doncs, les intervencions següents:

- a) Accions antitabàquiques (consell antitabac).
- b) Vacunacions no sistemàtiques (vacunació contra la grip, vacunació anti-pneumocòccica) a grups de risc.
- c) Millora del tractament i control de les malalties cròniques de l'aparell respiratori.

Les intervencions referents al consell antitabac i a les vacunacions no sistemàtiques es desenvolupen en els apartats A.1.3 i A.9, respectivament. A continuació es desenvolupa la intervenció dirigida a frenar la progressió de les malalties respiratòries i a millorar la capacitat funcional dels malalts amb aquesta patologia.

Millora del tractament i control de les malalties cròniques de l'aparell respiratori

Les malalties cròniques de l'aparell respiratori (bronquitis, emfisema i asma) constitueixen un important problema de salut a Catalunya. L'any 1990, la taxa de mortalitat estandard per 100.000 habitants per ambdós sexes era de 42,1, i constitueix la quarta causa de mortalitat, precedida de les malalties cerebrovasculars, les malalties isquèmiques del cor i les altres malalties del cor i de la circulació pulmonar.

Així mateix, generen una apreciable demanda de serveis, tant d'atenció primària com d'atenció hospitalària, a més de repercutir de manera important en la qualitat de vida dels pacients i en els àmbits social i familiar.

L'asma bronquial és una causa important de morbiditat a l'edat infantil i el seu tractament suposa un consum constant de recursos assistencials. Aquesta malaltia és el quart motiu de consulta en l'atenció primària en els nois de 7 a 14 anys i el sisè en les noies del mateix grup d'edat². Nombrosos estudis han demostrat que l'asma és la responsable d'aproximadament un terç dels trastorns crònics en la infància i és una de les principals causes de dies d'escolaritat perduts atribuïbles a malalties cròniques. És conegut, però, que el tractament mèdic és capaç de modificar la morbiditat i la mortalitat causada per l'asma. Els estudis realitzats confirmen la importància de l'accés a una atenció mèdica continuada que permet prevenir els símptomes i la incapacitat que aquesta patologia provoca.

Bronquitis, emfisema i asma són el quart motiu de mortalitat per causes específiques a Catalunya

L'asma és una malaltia tractable que genera molta demanda de recursos i té una gran importància a l'edat infantil

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Impuls del consens clínic entre els professionals per a l'abordatge de les patologies cròniques de l'aparell respiratori.
2. Coordinació dels diferents nivells i àmbits assistencials.
3. Avaluació del procés d'atenció de l'asma infantil.

² Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7-Centre. Anàlisi de l'Activitat II (Anac II).

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.34. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'atenció de la patologia respiratòria crònica impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.35. Abans de l'any 1995, es realitzarà un estudi d'avaluació sobre la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de l'asma infantil.

Regions Sanitàries

- A.36. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol per al diagnòstic i el tractament de la patologia respiratòria crònica que inclogui els criteris comuns mínims adoptats.
- A.37. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran el sistema de coordinació de serveis per assegurar la continuïtat assistencial dels malalts amb patologia respiratòria crònica.

Accidents, enverinaments i violències

Les causes externes, que agrupen els accidents, els enverinaments i les violències, constitueixen la cinquena causa de mort. L'any 1990 van representar 97.036 APVP, i van constituir el tercer motiu d'APVP, amb el 16,4%, després dels tumors i les malalties de l'aparell circulatori.

L'any 1991, el nombre de morts per causes externes va ser de 2.960, que correspon al 5% del total de morts a Catalunya.

Les causes externes també són font important de morbiditat i generen anualment elevades despeses, tant pel que fa al tractament de les lesions com per les conseqüències de les seqüeles.

Un estudi de les altes hospitalàries realitzat el 1989¹ mostra que la major part de les altes per causes externes corresponen a diagnòstics principals de traumatisme o enverinament. En el mateix estudi es detecta una major incidència en homes que en dones, a excepció de les altes per efectes adversos dels medicaments i suïcidis que no presenten diferències significatives. Els malalts més joves es troben en els casos d'accidents de trànsit i els més vells en els d'efectes adversos medicamentosos.

Les causes externes són la cinquena causa de mort i la tercera d'APVP

Els traumatismes i els enverinaments són les principals causes externes que ocasionen ingressos hospitalaris

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut a Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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)

Intervencions

Actualment se sap que molts dels accidents es poden atribuir a un error humà o a la interacció home-medi i, per tant, són susceptibles de ser previnguts mitjançant una intervenció sobre els determinants de les conductes humanes de risc, com és el cas dels accidents de trànsit o els enverinaments.

Encara que la prevenció té sentit en qualsevol edat, coneixent que les morts per causes externes són innecessàriament prematures i sanitàriament evita-

Cal emfasitzar la prevenció dels accidents de trànsit i els enverinaments accidentals en els joves

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Morbiditat per causa externa. Explotació de les altes hospitalàries amb causa externa (Codi E). 1989.

bles i considerant els APVP, caldrà fer èmfasi en el grup de 15 a 34 anys pel que fa referència als accidents de trànsit i als enverinaments accidentals. Altres causes externes, com les caigudes accidentals, són de difícil prevenció. La mortalitat per caigudes accidentals es dona principalment en l'edat adulta, a partir dels 55 anys i, sobretot, a partir dels 75 anys d'edat. Encara que la taxa s'ha mantingut estable en els darrers anys, a causa de la creixent proporció de gent gran dins la població catalana, es pot esperar un augment de les morts per aquest motiu. Les condicions de l'entorn, l'abolició de les barres arquitectòniques i la prevenció de discapacitats i minusvàlues poden ser instruments eficaços per a la prevenció de la mortalitat per aquesta causa. Per tot això es plantegen intervencions sobre els problemes següents:

Els accidents de trànsit són el principal motiu de mortalitat per causes externes

El principal motiu de mort per enverinaments és la sobredosi de drogues per via parenteral

- a) Accidents de trànsit: els accidents de trànsit constitueixen el principal motiu de mortalitat per causes externes, amb una taxa de mortalitat estandarditzada de 17,6 defuncions per 100.000 habitants (1991). La importància d'aquest problema i l'existència de mesures eficaces per a combatre'l justifiquen la intervenció des dels dos aspectes: la prevenció dels accidents, de caire intersectorial, i l'atenció als accidentats quan l'accident ja s'ha produït, qüestió que afecta molt més directament els serveis sanitaris.
- b) Enverinaments: el principal volum de morts codificades amb aquest epígraf correspon a mortalitat per sobredosi de drogues per via parenteral. La taxa estandarditzada per edat i sexe s'ha triplicat en els darrers anys, passant de 2 defuncions per 100.000 habitants l'any 1987 a 4,5 l'any 1991. Les intervencions sobre aquest problema es recullen a l'apartat A.7.

Prevençió dels accidents de trànsit i atenció a l'accidentat²

Els accidents per vehicles de motor constitueixen un dels grans problemes de salut pública dels darrers anys a Catalunya. El 1990 van ser responsables del 2,3% de la mortalitat ocorreguda a Catalunya (1.170 morts). El mateix any, els accidents per vehicles de motor van representar el 8% dels APVP (46.950 anys). Aquest percentatge suposa pràcticament la meitat dels APVP per causes externes, pel fet que el 35% de les morts en accidents de trànsit corresponen a joves entre 15 i 24 anys.

Anualment tenen lloc a Catalunya uns 100.000 accidents de trànsit. D'aquests, 28.000 ho són amb víctimes, i produeixen al voltant d'uns 40.000 ferits.

Malgrat la manca d'informació exhaustiva sobre el cost social que suposen els accidents, tot fa pensar que comporten un elevat cost sanitari i social per a la comunitat, bé de forma directa (tractaments i rehabilitació dels malalts), o bé de forma indirecta (pèrdues de producció i d'escolaritat, pensions de viduïtat i d'invalidesa).

Els accidents de trànsit són un important problema sanitari, econòmic i social

Hi ha tres factors que determinen els accidents de trànsit

Les accions preventives en relació amb els accidents de trànsit han de realitzar-se sobre els tres grans factors que els determinen:

A. Les infraestructures i la senyalització de les vies

La identificació dels punts negres i trams perillosos i les solucions per eliminar-los, l'anàlisi de la senyalització, la necessitat de definir una política única a

² Aquest apartat ha estat elaborat conjuntament amb l'Institut Català de Seguretat Viària.

Catalunya en l'establiment de límits de velocitat i el perfeccionament de les proteccions centrals i laterals de les vies són punts en què cal incidir per tal de disminuir el nombre d'accidents o, si més no, reduir la morbi-mortalitat.

B. El vehicle

També constitueixen accions preventives les que suposen una millora en el disseny de seguretat dels vehicles de motor (xassís, interiors, exteriors, etc.), la introducció d'elements de seguretat (cinturó, casc, «air-bag», frens, cadiretes per als nens, etc.) i el manteniment i les revisions periòdiques (Inspecció Tècnica de Vehicles).

C. El conductor i els ocupants

Són molts els factors que cal tenir en compte per incidir sobre aquest problema des del punt de vista del conductor i dels ocupants:

- L'educació viària, des de tots els vessants: familiar, institucional (a les escoles) i en les escoles universitàries de formació de professorat.
- Perfeccionament dels conductors, a través dels cursos de seguretat viària, bé formant els formadors (autoescoles, policies locals, mestres d'escola), bé amb classes d'autoconeixement i actituds per als conductors novells, activitats específiques per a professionals d'empreses de missatgers, venedors i flotes de distribució, entre d'altres.
- Campanyes divulgatives i publicacions.
- Actuacions sobre l'alcoholèmia, amb estudis sobre el nivell d'alcoholèmia dels conductors implicats en accidents, actuacions preventives i operatives. Deixant de banda els aspectes de prevenció, un cop s'ha produït l'accident són possibles diverses accions paliatives:
 - L'avís eficient per a la ràpida mobilització dels recursos assistencials.
 - L'assistència in situ el més aviat possible (idealment menys de 10 minuts) i el trasllat dels ferits al centre més adequat, realitzat per personal i serveis de transport medicalitzat especialitzats i coordinats.
 - L'optimització de l'ús dels serveis assistencials i la seva coordinació amb el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).
 - La rehabilitació per a la recuperació de les lesions produïdes i la integració dels accidentats amb seqüeles permanents dins la societat.

La diversitat de factors que determinen els accidents de trànsit fa que l'abordatge preventiu del tema hagi de ser interdisciplinari. Un àmbit en el qual intervenen camps tan diferents com l'enginyeria, l'ensenyament, el dret, l'epidemiologia o els serveis sanitaris ha d'enfocar-se necessàriament des d'un punt de vista intersectorial.

La coordinació de tots els departaments, institucions i entitats implicades és duta a terme per l'Institut Català de Seguretat Viària.

Per a la prevenció dels accidents és necessària una intervenció intersectorial

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Millorar la informació sobre la mortalitat i la morbiditat deguda als accidents.
2. Promoure la recerca sobre les causes productores dels accidents greus de circulació per tal de polaritzar adientment les mesures preventives.

3. Introduir l'educació sobre seguretat viària a l'escola o altres àmbits i incrementar la sensibilització de la població general.
4. Detectar els grups de risc per als accidents de trànsit.
5. Informar als professionals de l'atenció primària de salut sobre la detecció dels grups de risc i el consell educatiu que cal desenvolupar en la consulta.
6. Coordinar tots els serveis d'atenció urgent als accidentats i establir els plans d'actuació entre el SEM i els serveis hospitalaris de referència, en el context del Pla de Serveis a l'Accidentat de Trànsit a Catalunya.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.38. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'aprofundirà en el coneixement de la morbiditat hospitalària assistida per accidents de trànsit a Catalunya.
- A.39. Abans de l'any 1995, es disposarà d'informació més exhaustiva sobre les principals causes d'accidentabilitat i morbiditat per accidents de trànsit a Catalunya, així com sobre els grups de risc.
- A.40. Abans de l'any 1994, el nombre d'accidents de trànsit amb víctimes³ a Catalunya s'ha d'haver reduït un 10% respecte al 1990. Aquest percentatge ha de ser del 18% el 1995.
- A.41. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits i conductes segures en relació a la prevenció d'accidents i a la seguretat viària.
- A.42. Abans de l'any 1994, el 85% dels centres d'ensenyament secundari i el 50% dels d'ensenyament primari tractaran aspectes de seguretat viària. Aquests percentatges seran, respectivament, del 90 i el 75% abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut.
- A.43. Abans de l'any 1994, el percentatge de conductors que no segueixin les normes de conducció tranquil·la per tal de tenir un trànsit moderat i el més conviencial possible ha de ser inferior al 12%. El percentatge serà inferior al 8% abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut⁴.
- A.44. Abans de l'any 1994, l'ús del cinturó de seguretat en zona urbana i del casc en conductors de motocicletes i ciclomotors, també en zona urbana, ha de ser del 60 i el 90%, respectivament. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut els percentatges seran del 75 i el 95%.
- A.45. Abans de l'any 1994, cal que el percentatge de morts en accident amb l'alcoholèmia superior o igual a 0,8 gr/l. sigui inferior al 30%. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut haurà de ser inferior al 20%⁵.
- A.46. Abans de l'any 1995, es desenvoluparà una recerca sobre la prevalença de l'alcoholèmia en els conductors de Catalunya.

³ Victimes: morts, ferits greus i lleus.

⁴ El 1992 és el 15%.

⁵ El 1992 és el 45%.

Regions sanitàries

- A.47. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que el 70% dels professionals d'atenció primària de salut coneguin els grups de risc i les mesures que cal canviar o adoptar en la prevenció dels accidents.
- A.48. Abans de l'any 1995, el 100% dels trasllats interhospitalaris (transport secundari) dels accidentats greus hauran d'estar coordinats pel Sistema d'Emergències Mèdiques.

Malalties de l'aparell digestiu

Les malalties de l'aparell digestiu constitueixen la quarta causa de mort per ambdós sexes a Catalunya

El càncer colorectal i les hepatopaties cròniques són les patologies digestives que generen més mortalitat

La patologia derivada de les hepatitis és un important problema de salut

Les malalties de l'aparell digestiu constitueixen una causa important de morbiditat i mortalitat.

Per al conjunt de Catalunya, i en general per a les diverses regions sanitàries, constitueixen la quarta causa de mort en ambdós sexes, tot prenent importància relativa en la població d'edat adulta, assolint la proporció més alta com a causa de mort entre els 45 i els 64 anys, per la qual cosa la mesura de la gravetat d'aquest problema de salut augmenta en considerar els APVP.

En relació amb la morbiditat cal recordar que és el quart grup patològic en nombre de consultes a l'atenció primària en els homes i el novè en les dones i la primera causa de freqüentació en l'atenció hospitalària, sense tenir en compte les relacionades amb l'embaràs i el part.

L'úlcera, ja sigui gàstrica o duodenal, l'hèrnia d'hiatus, el còlon irritable, la gastritis inespecífica, la pancreatitis, la colelitiasi i el restrenyiment, entre d'altres, són patologies habituals en el nostre medi.

Dins el grup de les malalties de l'aparell digestiu, però, cal remarcar el càncer colorectal i la cirrosi junt amb les altres malalties cròniques del fetge, representant aquestes últimes gairebé la meitat del nombre de morts per malalties de l'aparell digestiu.

Les hepatitis, segons el registre de MDO, presenten, en general, una tendència a la baixa, encara que per al 1991 el nombre de casos d'hepatitis declarats és superior al de l'any anterior, sobretot pel que fa a l'hepatitis A. En relació amb l'hepatitis B, s'estima que cada any a Catalunya es produeixen unes 9.000 infeccions pel virus, de les quals el 65% són asimptomàtiques, el 10% donen simptomatologia clínica però són anictèriques, el 24,8% són icteriques i el 0,3% són fulminants. Tanmateix, s'estima que anualment es presenten 675 nous casos d'hepatitis crònica secundària a les infeccions agudes esmentades, tant si han estat clíniques com subclíniques. S'estima, també, que la incidència anual de cirrosi hepàtica i de carcinoma hepatocel·lular relacionats amb la infecció pel virus de l'hepatitis B a Catalunya és de 180 i 30 casos, respectivament.

La identificació, el 1988, del virus de l'hepatitis C obrí les portes a la recerca sobre aquesta patologia. Els estudis publicats fins ara demostren que aquest virus és el responsable de més del 80% de les hepatopaties cròniques no secundàries a l'hepatitis B, a l'alcohol o a processos metabòlics.

També se sap que és un factor etiològic important en el desenvolupament de cirrosi i de carcinoma hepatocel·lular.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

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

A més d'aquest objectiu cal tenir en compte el que fa referència a l'hepatitis B, inclòs a l'apartat de malalties susceptibles de ser previngudes amb programes de vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques. (Objectiu 25)

Intervencions

Els problemes de salut exposats van associats, en molts casos, a factors de risc lligats als estils de vida, com el consum d'alcohol en relació amb la cirrosi i l'ús de drogues per via parenteral en relació amb l'hepatitis B, entre d'altres. La infecció pel virus de l'hepatitis B, d'altra banda, és prevenible mitjançant la vacunació antihepatitis B i el cribratge en els bancs de sang.

Poc se sap sobre les vies de transmissió de l'hepatitis C. Des de 1990, però, és possible actuar sobre una de les principals vies, la transfusional, a través del desenvolupament de tests comercials per a la seva detecció i l'obligatorietat de practicar aquest cribratge als bancs de sang (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 1275, de 2 d'abril de 1990).

En relació amb la cirrosi hepàtica, la vacunació antihepatitis B, el cribratge del virus de l'hepatitis B i de la C en els bancs de sang i l'educació sanitària que promou la moderació del consum d'alcohol i l'adopció d'hàbits saludables són mesures d'eficàcia provada per fer front a aquest problema. El fet de disposar de mesures eficaces i la importància d'aquest problema de salut fan que es proposin les intervencions següents:

- a) Prevenció i control de l'alcoholisme.
- b) Vacunacions.
- c) Promoció d'hàbits saludables.

Les línies d'actuació i els objectius d'aquestes intervencions es desenvolupen als apartats sobre alcoholisme i altres drogodependències, malalties susceptibles de ser prevenides amb programes de vacunacions sistemàtiques i no sistemàtiques i a l'apartat de problemes de salut relacionats amb els hàbits i els estils de vida (apartats 6, 7, 9 i 20 respectivament). D'altra banda, el càncer colorectal es menciona a l'apartat A.2.

El canvi en els estils de vida i la vacunació contra l'hepatitis B són mesures cabdals per disminuir la morbiditat i la mortalitat per les malalties de l'aparell digestiu

Alcoholisme

L'alcoholisme i les circumstàncies que envolten aquest fenomen tenen conseqüències greus en termes de morbiditat i de qualitat de vida dels afectats. Entre les dades disponibles destaquen les següents:

L'alcoholisme causa la meitat de les cirrosi hepàtiques a més d'altres problemes de salut importants

Quasi la meitat dels accidents de trànsit estan associats al consum d'alcohol

- Les malalties de l'aparell digestiu constitueixen la quarta causa de mort a Catalunya i, dins d'aquestes, la cirrosi hepàtica és responsable d'aproximadament el 50% de morts, és a dir, quasi el 3% del total de defuncions. La meitat de les cirrosi hepàtiques es relacionen directament amb el consum d'alcohol.
- El consum d'alcohol s'associa amb alteracions neurològiques, fetopaties, trastorns psiquiàtrics i problemes socials diversos.

- S'estima que entre el 40 i el 50% dels accidents de trànsit i el 15% dels accidents laborals estan associats amb el consum d'alcohol.

Cada any, unes 3.000 persones inicien tractament per la dependència de l'alcohol en centres de la XAD.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat per malalties atribuïbles a l'alcoholisme en un 15%¹. (Objectiu 12)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal en un 25%. (Objectiu 17)

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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%². (Objectiu 168)

Intervencions

Les intervencions per tal de fer front als problemes derivats del consum excessiu d'alcohol s'han de basar necessàriament en mesures de caire preventiu i mesures assistencials i rehabilitadores.

¹ La mortalitat atribuïble a l'alcohol per a l'any 1988 a Catalunya s'estima en el 4%.

² El 1990 és aproximadament el 10%.

La prevenció del consum excessiu d'alcohol es fonamenta en un conjunt d'intervencions que han de tenir per objectiu tant la informació com l'educació sanitària de la població general i, d'una manera especial, d'aquells grups que, bé per factors relacionats amb el procés de desenvolupament psico-social (com ara els joves), o bé per altres factors, es troben en una situació de risc especial. A més d'aquestes intervencions, que tenen per objecte la reducció de la demanda, cal també una intervenció orientada a la reducció de l'oferta d'alcohol.

L'experiència acumulada tant a Catalunya com a la resta del món occidental en relació amb el consum d'alcohol posa de manifest la dificultat per eliminar i/o disminuir aquest consum. Factors com els valors culturals i de grup, les característiques personals i la pròpia acció de la substància expliquen bona part d'aquesta dificultat. A més, els efectes gratificants del consum (psicològics, socials, culturals i físics) són pràcticament segurs i, el que encara és més important, immediats i, en canvi, les conseqüències negatives que se'n deriven són només probables i, la majoria d'elles, a mitjà o llarg termini, la qual cosa dificulta encara més la consecució de canvis en aquestes conductes.

Per tot això, resulta evident que la informació, tot i ser una condició necessària, és insuficient per poder canviar determinades conductes.

D'altra banda, l'abordatge terapèutic de les persones dependents de l'alcohol reclama un tractament integral que prevegi alhora els aspectes biològics, psicològics i socials del tractament d'aquests malalts. La intervenció assistencial ha d'anar orientada a millorar i facilitar l'accés dels malalts a les xarxes d'atenció social i sanitària, no només amb el propòsit d'aconseguir aturar el consum excessiu d'alcohol, sinó també amb un objectiu de reducció de les seves conseqüències negatives.

En aquest context, adquireix una rellevància especial el consell educatiu adreçat a la població general i a grups que per les seves característiques es troben en situació de més risc: adolescents, jubilats i desocupats entre d'altres.

Per tal de fer possible aquestes mesures, cal dotar de coneixements i d'instruments per a la intervenció no només els professionals sanitaris, sinó també altres col·lectius professionals implicats com els ensenyants o els treballadors socials.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, mitjançant l'Òrgan Tècnic de Drogodependències, és el responsable de dissenyar, planificar i avaluar les activitats de prevenció i control de l'alcoholisme i les altres drogodependències. Així mateix, cal comptar amb la col·laboració dels departaments de la Generalitat de Catalunya amb competències en el camp de les drogodependències, dels ajuntaments i d'altres institucions i entitats del mateix teixit social i de l'atenció primària especialitzada.

Les intervencions que en relació amb l'alcoholisme es proposen són les següents:

- a) Prevenció, detecció precoç i control de l'alcoholisme.
- b) Promoció d'hàbits saludables.

A continuació es desenvolupa la primera intervenció; la segona es recull a l'apartat A.20.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Informació i educació sanitària adreçades a la població general, als grups de risc i, de manera sistemàtica, als alumnes de Formació Professional,

La prevenció del consum excessiu d'alcohol ha de fonamentar-se en la informació i l'educació considerant els factors que dificulten els canvis de conducta

Cal un tractament integral basat en el consell educatiu

S'han de donar coneixements i instruments per a la intervenció a tots els professionals implicats

- BUP i ensenyament universitari. Es potenciarà l'educació per a la salut en l'àmbit escolar mitjançant el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
2. Potenciació del sistema d'informació sobre el consum excessiu d'alcohol amb la difusió de les dades obtingudes.
 3. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a l'adopció i operativització en els serveis dels criteris per a la prevenció, la detecció, el control i el seguiment dels consumidors excessius d'alcohol³.
 4. Formació continuada dels professionals d'atenció primària i de la resta de nivells assistencials implicats.
 5. Coordinació dels professionals d'atenció primària de salut amb els equips especialitzats (centres de la XAD i altres serveis socio-sanitaris) i amb els recursos comunitaris implicats.
 6. Detecció oportunista a les consultes d'atenció primària de salut i altres, del consum excessiu d'alcohol mitjançant l'anamnesi i el registre sistemàtics.
 7. Control i seguiment, pel que fa a l'alcohol, de la normativa vigent en relació amb l'oferta de drogues institucionalitzades i obertura d'expedients sancionadors pel seu incompliment.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.49. Abans de l'any 1995, cal augmentar fins al 85% el percentatge de la població coneixedora dels efectes nocius del consum excessiu d'alcohol.
- A.50. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya per a la prevenció (individual i comunitària), la detecció, el control i el seguiment dels consumidors excessius d'alcohol en l'àmbit de l'atenció primària de salut, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.51. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum d'alcohol.

Regions sanitàries

- A.52. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.53. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol adoptat.
- A.54. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb criteris de factibilitat, promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats.

³ Els criteris sobre el consum excessiu d'alcohol es recullen en el Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial.

- A.55. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats.
- A.56. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el consum d'alcohol en més del 60% de les històries d'adults (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.57. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels bevedors detectats hauran rebut consell educatiu de moderació de consum d'alcohol.
- A.58. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran l'estratègia de coordinació de l'atenció primària de salut amb altres nivells assistencials i amb l'àmbit intersectorial, per a l'abordatge del consum excessiu d'alcohol (En els centres docents, a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola).
- A.59. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció dels problemes de salut derivats del consum de l'alcohol, així com la prevenció del seu consum excessiu.

Altres drogodependències¹

L'addicció a les drogues i les circumstàncies que l'envolten tenen conseqüències greus en termes de morbiditat i de qualitat de vida dels afectats. Entre les dades disponibles destaquen les següents:

El 60% de malalts de SIDA són o han estat usuaris de drogues per via parenteral

- El 60% dels malalts de SIDA residents a Catalunya són o han estat usuaris de drogues per via parenteral.
- L'ús de drogues per via parenteral s'associa amb hepatitis víriques, tuberculosi, diverses MTS, alteracions neurològiques, fetopaties, trastorns psiquiàtrics i problemes socials diversos, amb una repercussió important en l'àmbit legal.

Cada any, més de 4.000 persones inicien tractament per la dependència de les drogues² en centres de la XAD.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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)
- 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)

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença de dependència dels opiacis en la població de joves (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%³. (Objectiu 168)

¹ Queden exclosos d'aquest capítol el consum de tabac i d'alcohol, ja que aquest Pla de Salut dedica capítols específics als problemes de salut derivats d'ambdós consums.

² Exclosos el tabac i l'alcohol.

³ El 1990 és aproximadament el 10%.

Intervencions

Les intervencions per tal de fer front als problemes derivats del consum de drogues s'han de basar necessàriament en mesures de caire preventiu i mesures assistencials i rehabilitadores.

La prevenció d'aquest consum es fonamenta en un conjunt d'intervencions que han de tenir per objectiu la informació i l'educació sanitària de la població general i, d'una manera especial, d'aquells grups que, bé per factors estretament relacionats amb el procés de desenvolupament psico-social (com ara els joves), o bé per altres factors, es troben en situació de risc. Així mateix, cal una intervenció orientada a la reducció de l'oferta de drogues.

Hi ha evidència en relació amb la dificultat per eliminar i/o disminuir el consum de drogues. Factors com els valors culturals i de grup, les característiques personals i l'acció de cada substància expliquen bona part d'aquesta dificultat. A més, en general, els efectes gratificants (psicològics, sòcio-culturals, físics) del consum són segurs i, el que és més decisiu, immediats i, en canvi, les conseqüències negatives que se'n deriven són només probables i, la majoria d'elles, a mitjà o llarg termini, la qual cosa dificulta encara més la consecució de canvis en aquestes conductes.

Resulta evident, per tant, que la informació, tot i ser una condició necessària per poder canviar determinades conductes, serà insuficient per aconseguir-ho. Hi ha altres factors que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar els antecedents conductuals dels problemes de salut: les actituds, els valors i les creences envers la conducta de què es tracti, les habilitats per dur-la a terme, l'existència i l'accessibilitat als recursos que poden facilitar-la, i la resposta del medi (parella, amics, grup d'iguals, família, i personal sòcio-sanitari, entre d'altres).

D'altra banda, l'abordatge terapèutic de les persones dependents de les drogues reclama un tractament integral que prevegi alhora els aspectes biològics, psicològics i socials del tractament d'aquests malalts. La intervenció assistencial ha d'anar orientada a millorar i facilitar l'accés dels malalts a les xarxes d'atenció social i sanitària, no només amb el propòsit d'aconseguir aturar el consum de drogues, sinó també amb un objectiu de reducció de les conseqüències negatives del seu ús.

Per això cal dotar de coneixements i d'instruments per a la intervenció als professionals sanitaris i també a altres col·lectius professionals com els ensenyants, els treballadors socials, les forces policials i el personal de serveis penitenciaris.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, mitjançant l'Òrgan Tècnic de Drogodependències, és el responsable de dissenyar, planificar i avaluar les activitats de prevenció i control de l'alcoholisme i les altres drogodependències. No obstant això, el treball en el camp de les drogues se situa en una perspectiva multisectorial que ha d'incloure necessàriament l'actuació coordinada dels departaments de la Generalitat de Catalunya, de les administracions locals i del mateix teixit social, com també l'atenció primària i l'especialitzada.

És per tot això que les intervencions que es proposen són les següents:

- a) Prevenció, detecció precoç i control de les drogodependències.
- b) Promoció d'hàbits saludables.

A continuació es desenvolupa la primera intervenció; la segona es recull a l'apartat A.20.

La prevenció ha de fonamentar-se en la informació i l'educació sanitària de la població

Cal tenir en compte els factors que dificulten el canvi de conducta

S'ha de dotar d'instruments als professionals

La multisectorialitat i la coordinació han de ser presents en l'abordatge d'aquest problema

Es proposen accions sobre prevenció, detecció, control i promoció d'hàbits saludables

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Informació i educació sanitària adreçades a la població general, als grups de risc i, de manera sistemàtica, als alumnes de Formació Professional, BUP i ensenyament universitari. Es potenciarà l'educació per a la salut en l'àmbit escolar mitjançant el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
2. 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 les tècniques correctes de venopunció.
3. Potenciació del sistema d'informació sobre el consum de drogues amb la difusió de les dades obtingudes.
4. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a l'adopció i l'operativització en els serveis dels criteris per a la prevenció, la detecció, el control i el seguiment dels consumidors de drogues.
5. Formació continuada dels professionals que pertanyen als centres de la XAD, a d'altres àmbits relacionats amb les drogodependències i a l'atenció primària de salut.
6. Coordinació dels professionals d'atenció primària de salut amb els equips especialitzats (centres de la XAD i altres serveis socio-sanitaris) i amb els recursos comunitaris implicats.
7. Detecció oportunista a les consultes d'atenció primària de salut i d'altres del consum de drogues mitjançant l'anamnesi sistemàtica i el registre a la història clínica d'atenció primària.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995**Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut**

- A.60. Abans de l'any 1995, cal augmentar fins al 85% el percentatge de la població coneixedora dels efectes nocius del consum de drogues.
- A.61. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya per a la prevenció (individual i comunitària), la detecció, el control i el seguiment dels drogodependents en l'àmbit de l'atenció primària de salut, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.62. Abans de l'any 1995, cal realitzar cribatges de les malalties de transmissió sexual, de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana, dels marcadors per a la tuberculosi, i també incloure en un programa de vacunació contra l'hepatitis B el 90% dels usuaris de drogues per via parenteral que hagin seguit tractament, almenys durant 3 mesos consecutius, als centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.
- A.63. Abans de l'any 1995, tots els centres penitenciaris de Catalunya coneixeran els criteris comuns mínims per a la detecció i el tractament del consum de drogues i problemes associats.
- A.64. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum de drogues.

Regions sanitàries

- A.65. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.66. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol d'atenció a les drogodependències adoptat.
- A.67. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb criteris de factibilitat, promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats.
- A.68. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats.
- A.69. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el consum de drogues en més del 50% de les històries d'adults (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.70. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels consumidors de drogues detectats hauran rebut consell educatiu de moderació de consum de drogues.
- A.71. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert l'estratègia de coordinació de l'atenció primària de salut amb els centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències i altres nivells preventius i assistencials (En els centres docents, a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola).
- A.72. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció dels problemes de salut derivats de l'ús de drogues, així com la prevenció de les drogodependències.

SIDA

Hi ha un augment exponencial de la incidència de SIDA a Catalunya

La SIDA afecta sobretot a joves, i té una taxa de letalitat molt alta

La incidència de la SIDA i de la infecció pel VIH augmenta exponencialment a tot Catalunya, bàsicament entre joves i adults joves, homes UDVP i homes que tenen relacions sexuals amb homes.

L'elevat nombre de malalts de SIDA a Catalunya, com també la incidència que aquest trastorn té en totes les regions sanitàries, el fet que és una malaltia que afecta principalment la gent jove, l'elevada taxa de letalitat que li correspon, el fet que presenta grans problemes de marginació dels afectats, la inexistència de vacunes eficaces i tractaments curatius i les seves conseqüències econòmiques, socials i demogràfiques fan que es consideri com un problema de salut especialment greu.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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 socio-sanitaris adequats. (Objectiu 21)
- Cal que els malalts de SIDA hospitalitzats per problemes socials disposin d'atenció alternativa. (Objectiu 22)

Intervencions

L'educació sanitària i la millora de l'accessibilitat als recursos preventius són mesures a adoptar

Els problemes de salut que comporta la SIDA i la infecció pel VIH són susceptibles de millora si s'aconsegueix que s'adoptin mesures preventives mitjançant l'educació sanitària de la població i la millora de l'accessibilitat a estris i recursos preventius, si es promou una resposta social constructiva, i si es disposa d'una informació més exhaustiva relativa tant a dades epidemiològiques com a les variables que incideixen en l'adopció, el manteniment i la desaparició de determinades pautes de comportament associades al risc de contreure el VIH.

La multisectorialitat i la interdisciplinarietat són característiques de les intervencions a fer

La infecció pel VIH i la SIDA incideixen tant en els aspectes biomèdics com en els psicològics i socials. És per això que les intervencions en aquest camp hauran de tenir necessàriament un enfocament multisectorial i interdisciplinari. Cal consolidar doncs un model d'atenció global suficientment flexible per a poder adequar-se a les diverses situacions i necessitats que la infecció per VIH provoca de forma constant i dinàmica. En aquest sentit, el fet de disposar

per exemple de terapèutiques útils en fases asimptomàtiques de la infecció aconsella facilitar l'accés a les proves serològiques i als tractaments precoços que se'n derivin. A més, algunes de les característiques d'aquest problema de salut demanen necessàriament una adequació específica dels recursos i una capacitació dels professionals. És el cas de l'afrontament de l'impacte que provoquen en l'equip assistencial determinats factors com les alteracions emocionals en afectats i familiars, la por al contagi, la sensació de fracàs terapèutic i la presència de la mort, entre d'altres. S'haurà de garantir també l'accessibilitat d'aquests professionals als diferents dispositius i recursos de suport, siguin institucionals o no, públics o privats, governamentals o no governamentals. En resum, doncs, caldrà emfasitzar els aspectes de formació dels professionals, potenciant les seves capacitats per afrontar el repte que suposa una malaltia tan nova i amb característiques tan peculiars.

Els recursos necessaris per a tractar la malaltia varien segons la fase clínica i la situació social de l'afectat. És per això que el model assistencial s'ha de basar en la coordinació dels diferents recursos de prevenció, assistencials i de suport: hospitals de la XHUP, CAP, centres d'atenció socio-sanitària (llarga estada, cures pal·liatives, hospitalització de dia, equips de suport domiciliari), centres dependents de serveis socials (serveis socials d'atenció primària, centres d'acollida, ajut a domicili), CAS de les drogodependències, centres de MTS, centres penitenciaris, centres de planificació familiar i organitzacions no governamentals.

En aquest sentit, el paper dels diferents nivells assistencials és clau. L'atenció primària de salut ha d'emfasitzar els aspectes preventius i d'educació sanitària, així com l'atenció clínica i psico-social als afectats que es troben en estadis clínics inicials. L'atenció hospitalària s'ha de centrar fonamentalment en l'abordatge de les fases agudes de la malaltia i en estadis clínics avançats, potenciant alternatives a l'hospitalització (hospital de dia, atenció en centres socio-sanitaris, atenció en centres socials). Finalment, i en relació amb els afectats que es troben en fases terminals de la malaltia, els dispositius assistencials i de suport hauran de garantir una atenció adequada en aquestes fases concretes, en la línia dels tractaments pal·liatius orientats a procurar confort al malalt. En tots els casos, caldrà un abordatge interdisciplinari que incorpori professionals com metges, infermeres, psicòlegs, assistents socials i altres professionals implicats.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, mitjançant el Programa per a la Prevenció i el Control de la SIDA, és el responsable de dissenyar, planificar i avaluar les activitats de prevenció i control de la SIDA. No obstant, el treball en aquest camp se situa en una perspectiva multisectorial que ha d'incloure necessàriament l'actuació coordinada dels departaments de la Generalitat de Catalunya, especialment el de Benestar Social, de les administracions locals i del mateix teixit social, com també de l'atenció primària i l'especialitzada.

És per tot això que es proposen intervencions al voltant de tres grans eixos:

- a) Atenció mèdica, psicològica i social.
- b) Prevenció i educació sanitària.
- c) Vigilància epidemiològica.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Disseny i implementació dels sistemes d'informació necessaris per a la realització de la vigilància epidemiològica.

La coordinació dels diferents recursos de prevenció, assistencials i de suport són la base del model assistencial

Tots els nivells assistencials tenen un paper cabdal en el procés d'atenció

2. Informació sistemàtica i formació continuada dels professionals sanitaris i d'atenció social sobre el VIH i la SIDA, la prevenció (individual i comunitària) i l'atenció als malalts de la SIDA, als infectats pel VIH i a les persones amb pràctiques de risc.
3. Impuls del consens clínic entre els professionals per a l'establiment de protocols de prevenció, d'atenció i de seguiment dels malalts de la SIDA, dels infectats pel VIH i de les persones amb pràctiques de risc.
4. Adequació dels diversos dispositius assistencials a les necessitats que, en un procés clarament dinàmic, es van detectant en els afectats.
5. Coordinació entre àmbits, nivells assistencials i recursos, institucionals i no institucionals, que atenen els malalts i les persones infectades pel VIH, potenciant el paper de l'atenció primària de salut.
6. Informació, educació sanitària i consell assistit als malalts de la SIDA, als infectats pel VIH i als grups amb conductes de risc, a través dels contactes amb el dispositiu assistencial implicat.
7. Educació per a la salut en l'àmbit escolar mitjançant el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.73. Abans de l'any 1994, s'hauran dissenyat i implantat els sistemes d'informació necessaris per a la realització de la vigilància epidemiològica dels casos de SIDA i pel monitoratge de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana a Catalunya.
- A.74. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a la prevenció, l'atenció i el seguiment dels malalts de la SIDA, dels infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana, i de les persones amb pràctiques de risc, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.75. Abans de l'any 1994, s'hauran avaluat les activitats desenvolupades per les Unitats Funcionals de SIDA.
- A.76. Abans de l'any 1995, s'haurà efectuat almenys una experiència de centre obert sòcio-sanitari per a l'atenció de malalts de la SIDA en situació de cronificació.
- A.77. Durant l'any 1993 i successius, es desenvoluparan progressivament unitats sòcio-sanitàries específiques per a malalts terminals de la SIDA.
- A.78. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb la SIDA.

Regions Sanitàries

- A.79. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert les estratègies de promoció d'hàbits saludables i de difusió de les mesures de prevenció a la població general, a les persones amb pràctiques de risc, als infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana i als malalts de la SIDA.
- A.80. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continua-

da dels professionals sanitaris i d'atenció social incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció als malalts de la SIDA, als infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana, i als grups de població amb pràctiques de risc.

- A.81. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert els canals de difusió de la informació sistemàtica sobre els temes relacionats amb la SIDA per als professionals sanitaris i d'atenció social.
- A.82. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de prevenció (individual i comunitària), d'atenció i de seguiment sobre la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.83. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% de les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran incorporat el protocol de prevenció, atenció i seguiment sobre la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana.
- A.84. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran la coordinació efectiva entre els dispositius assistencials relacionats amb l'atenció de la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana.

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

S'ha de seguir el calendari vigent de vacunacions sistemàtiques

Les vacunacions no sistemàtiques són recomanables per a determinats grups de risc

Les vacunacions es realitzen des de l'atenció primària, els serveis de salut municipals i l'atenció especialitzada

Tot i que avui, en el nostre medi, ningú no discuteix la importància de la vacunació, cal dir que si bé moltes malalties infeccioses no disposen d'un tractament específic per al seu guariment, poden prevenir-se de manera eficaç mitjançant la vacunació.

Les malalties infeccioses per a les quals es disposa de vacunes d'eficàcia provada i que són d'interès per al nostre medi són les següents: diftèria, tètanus, tos ferina, poliomièlitis, xarampió, rubèola, parotiditis i hepatitis B, les quals estan incloses en el calendari vigent de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

D'altra banda, les vacunes de la grip i de la pneumònia pneumocòccica com també les de l'hepatitis B i la rubèola, formen part de les vacunacions no sistemàtiques actualment recomanades per a determinats grups de risc.

La protecció que s'adquireix amb les vacunes per prevenir les malalties assenyalades oscil·la entre el 95 i el 100% (excepte diftèria, tos ferina i grip) i, en general, els efectes secundaris són lleus, transitoris i no deixen seqüeles. El seu cost és, en general, baix i el benefici marginal considerable.

El patró epidemiològic de l'hepatitis B a Catalunya justifica l'aplicació d'un programa de vacunació selectiva adreçat als grups de risc elevat i als adolescents. La vacunació contra la grip i la pneumònia pneumocòccica ha demostrat la seva eficàcia en la disminució de la morbiditat i la mortalitat per malalties respiratòries, en ser administrada de manera selectiva a grups de risc.

Pel que fa a la rubèola congènita, malgrat que la prevalença d'anticossos en les dones en edat fèrtil de Catalunya és del 97%, l'elevat risc que tenen de contreure la rubèola congènita els fills de mares seronegatives infectades durant els tres primers mesos de gestació fa necessari que totes les dones en edat fèrtil i seronegatives siguin vacunades.

De tota manera, cal tenir en compte que l'efectivitat de la vacunació no depèn només de la seva eficàcia, sinó també de la cobertura poblacional que s'assoleixi, i és l'efectivitat i no l'eficàcia la que es tradueix en una millora de l'estat de salut de les poblacions.

Així doncs, davant dels problemes de salut que s'han referit en aquest apartat, l'acció més eficaç i amb una relació benefici/cost i benefici/risc més favorable és la vacunació. Per al desenvolupament de la intervenció es diferencien les vacunacions sistemàtiques i les d'aplicació a grups de risc o no sistemàtiques.

Les activitats de vacunació es realitzen des de l'atenció primària i els serveis de salut municipals i, en alguns casos, des de l'atenció especialitzada (centres de planificació familiar, serveis hospitalaris d'obstetrícia).

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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. (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 eliminar la rubèola en les dones en edat fèrtil embarassades. (Objectiu 26)

A més d'aquests objectius de salut, que s'inclouen específicament en aquest apartat, també cal tenir en compte els que es fixen en l'apartat sobre les malalties de l'aparell respiratori.

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la prevalença del HBs Ag en la població de 15 anys i més fins a l'1,5%. (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)

9.1 Vacunacions sistemàtiques

A Catalunya, com a la resta dels països desenvolupats, la vacunació sistemàtica de la població infantil contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola i la parotiditis ha contribuït de forma important a la disminució de la morbiditat i mortalitat per aquestes malalties i fins i tot a l'eliminació de la diftèria i de la poliomièlitis.

Tanmateix, la inclusió d'aquestes malalties infeccioses entre les prioritats de salut a Catalunya s'explica fonamentalment pel fet de disposar d'un instrument efectiu com són les vacunes. La no prioritització d'aquest grup de malalties podria portar a l'aplicació incorrecta o a l'abandonament de la política de vacunacions sistemàtiques i, per tant, a la creació d'un problema de salut greu i de primera magnitud.

Pel que fa a l'hepatitis B, els resultats de recents estudis epidemiològics posen de manifest que per tal de disminuir més eficaçment la incidència de la infecció pel virus de l'hepatitis B i aconseguir a mig termini el control d'aquesta malaltia a Catalunya, és convenient l'administració de la vacuna antihepatitis B de manera sistemàtica a tots els nens i nenes de 12 anys. Per aquesta raó, es va aprovar un nou calendari de vacunacions sistemàtiques que inclou la vacuna contra l'hepatitis B.

La vacunació sistemàtica ha contribuït a un important descens de la morbiditat i la mortalitat

S'ha d'administrar la vacunació antihepatitis B a tots els nens i nenes de 12 anys

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Aplicació del calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
2. Increment de la vacunació del tètanus a la població adulta, seguint una estratègia oportunista en tots els àmbits assistencials.

3. Potenciació del sistema d'informació poblacional, que permet fer el seguiment de la cobertura vacunal.
4. Manteniment de la coordinació amb el Departament d'Ensenyament per tal de garantir el control vacunal dels nens per part de guarderies, llars d'infants i escoles.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Regions sanitàries

- A.85. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà vacunar els nens i 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 d'assolir i mantenir un nivell de cobertura vacunal bàsica del 93%.
- A.86. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà revacunar contra la diftèria, el tètanus (DT) i la poliomièlitis els nens d'edat compresa entre els 4 i 6 anys, per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal bàsica del 93%.
- A.87. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà vacunar contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica) als nens i les nenes d'11 anys per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal del 93%.
- A.88. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà revacunar del tètanus els nois i les noies d'edat compresa entre els 14 i 16 anys per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal del 93%.
- A.89. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà assolir un nivell de cobertura vacunal antihepatitis B del 80% en els adolescents, mitjançant vacunació a l'escola.
- A.90. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà d'haver assolit un mínim de 50% de cobertura en la vacunació del tètanus, a la població atesa de més de 14 anys.
- A.91. Abans de l'any 1995, el 90% dels serveis assistencials hauran adoptat un sistema de registre que permeti realitzar el control vacunal de la població i el seguiment del calendari de vacunacions.
- A.92. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert els mecanismes per a la integració de la informació relativa a la cobertura vacunal de la població procedent dels diversos àmbits, especialment l'escola, i dels diferents nivells d'atenció, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya.

9.2 Vacunacions no sistemàtiques

Cal administrar la vacunació de la grip, la pneumònia pneumocòccica, l'hepatitis B i la rubèola als grups de risc

Hi ha un conjunt de malalties infeccioses —que inclou la grip, la pneumònia, l'hepatitis B i la rubèola en les dones en edat fèrtil— que poden ser prevenudes mitjançant vacunacions no sistemàtiques. En el moment actual les recomanacions dels experts aconsellen practicar la vacunació enfront d'aquestes malalties prioritzant els grups de risc¹.

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. 1993.

Pel que fa a la vacunació antigripal el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya recomana la seva pràctica en els següents grups:

- Adults i nens amb alteracions cardíco-vasculars i/o pulmonars cròniques, la severitat de les quals hagi requerit revisions mèdiques periòdiques o hospitalització durant l'any anterior.
- Residents en clíniques de repòs o en altres institucions per a malalts crònics.
- Adults i nens amb malalties metabòliques cròniques (diabetis *mellitus* inclosa), disfunció renal, anèmia, immunosupressió o asma que hagin requerit revisions mèdiques periòdiques o hospitalització durant l'any anterior.
- Individus sans de més de 65 anys.
- Personal sanitari en contacte amb pacients d'alt risc.

Respecte a la vacunació pneumocòccica es considera població de risc:

- 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 cèfalo-raquidi secundàries a traumatisme o neurocirurgia amb perill de meningitis pneumocòccica recurrent.
- Malalts seropositius pel VIH.
- Persones de 65 anys o més.

Per a la vacunació contra la pneumònia pneumocòccica, seguint un criteri de progressivitat en la seva extensió als diversos grups de risc, s'ha optat per prioritzar la vacunació dins l'àmbit de l'hospital i, des de l'atenció primària, a la població amb malalties cardíco-vasculars i respiratòries cròniques.

A més de la vacunació sistemàtica de l'hepatitis B als nens i les nenes de 12 anys (inclosa en el nou calendari de vacunacions sistemàtiques del Departament de Sanitat i Seguretat Social), es considera indicada l'administració d'aquesta vacuna en els grups de risc següents:

- Personal sanitari en contacte amb sang o derivats.
- Estudiants de medicina, odontologia i infermeria.
- Nadons fills de mare HBs Ag positiu.
- Malalts que segueixen o han d'iniciar un programa d'hemodiàlisi o transfusions periòdiques.
- Deficients mentals internats en institucions tancades.
- Persones que convisquin amb portadors crònics del virus de l'hepatitis B.
- Persones que practiquin punçons cutànies freqüents, no controlades mèdicament (drogaaddictes, entre d'altres).
- Interns en institucions penitenciàries.
- Homes homosexuals.
- Persones heterosexuals amb contactes sexuals promiscus.
- Personal no sanitari amb professió de risc (funcionaris d'institucions penitenciàries, personal d'ambulància, de serveis funeraris, bombers, persones que tenen cura de deficients mentals, personal de neteja que pot tenir contacte amb sang i derivats, entre d'altres).
- Persones que viatgin a països d'alta prevalença d'infecció del virus de l'hepatitis B.
- Persones que han sofert lesions o punxades de risc (profilaxi postexposició).
- Persones pertanyents a comunitats d'alta endèmia.
- Menors en règim de protecció i reforma.

La vacunació de la pneumònia pneumocòccica s'ha d'administrar a la població amb determinades malalties cròniques

Totes les dones en edat fèrtil han d'estar vacunades contra la rubèola

Pel que fa a la incidència de rubèola en les dones en edat fèrtil embarassades no es disposa de dades fiables, però la baixa incidència de casos declarats de rubèola congènita (1 cas el 1990 i cap cas el 1991) i la prevalença elevada d'anticossos (97%) en les dones en edat fèrtil de Catalunya, posat de manifest per les enquestes seroepidemiològiques efectuades els darrers anys fan pensar que és molt baixa. No obstant, atès l'elevat risc que tenen els fills de mares seronegatives infectades durant els tres primers mesos de gestació de contreure la rubèola congènita, cal que totes les dones en edat fèrtil seronegatives siguin vacunades. Per aconseguir-ho, cal aprofitar qualsevol contacte d'una dona en edat fèrtil amb el sistema de salut (planificació familiar, exàmens de salut laboral, assistència primària, entre d'altres) per investigar els antecedents vacunals i en cas que no pugui aportar proves documentals d'haver estat vacunada procedir a la determinació d'anticossos antirubèola i en cas de negativitat a la vacunació amb protecció anticonceptiva.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Vacunació contra l'hepatitis B, la grip i la pneumònia pneumocòccica dels grups de risc definits pel Departament de Sanitat i Seguretat Social.
2. Administració de la vacuna contra la rubèola a les dones en edat fèrtil seronegatives, seguint una estratègia oportunista en tots els àmbits assistencials.
3. Establiment de la coordinació necessària entre els serveis d'obstetrícia dels hospitals i els centres d'atenció primària per tal de tenir coneixement dels fills de mare HBs Ag positiu.
4. Establiment d'un sistema de registre que permeti identificar la població atesa susceptible de ser vacunada contra la grip i la pneumònia pneumocòccica.
5. Extensió de la implantació del Carnet vacunal d'adults.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Regions sanitàries

- A.93. Abans de l'any 1994, s'haurà establert la coordinació entre els serveis d'obstetrícia dels hospitals i els centres d'atenció primària per tal de tenir coneixement dels fills de mare HBs Ag positiu.
- A.94. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, en el 90% de les històries clíniques dels fills de mare HBs Ag positiu hi ha de constar l'administració de les tres dosis vacunals.
- A.95. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà incrementar la cobertura vacunal antihepatitis B en els grups de població de risc elevat fins al 85%.
- A.96. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut tindran un sistema de registre que permeti identificar, entre la població atesa, la susceptible de ser vacunada contra la grip i la pneumònia pneumocòccica.
- A.97. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de dos anys de funcionament hauran d'assolir un 70% de cobertura en la vacunació contra la grip, en la població de risc atesa.
- A.98. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de dos anys de funcionament

hauran d'assolir un 70% de cobertura en la vacunació contra la pneumònia pneumocòccica, en la població de risc atesa.

- A.99.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 70% de les dones en edat fèrtil seronegatives hauran rebut la vacunació contra la rubèola.
- A.100.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 70% dels nens i les nenes de 14 anys disposaran del Carnet vacunal d'adults.
- A.101.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% de les persones adultes que rebin la vacunació contra la grip, la pneumònia pneumocòccica, l'hepatitis B i/o la rubèola, així com la vacunació antitetànica, disposaran del Carnet vacunal d'adults.

Malalties de transmissió sexual

Hi ha un augment de la incidència d'algunes MTS

A partir de la dècada dels anys vuitanta les MTS han esdevingut una de les principals preocupacions dels responsables sanitaris dels diversos països. L'augment de la incidència d'algunes d'elles va acompanyat de la disponibilitat de nous mètodes diagnòstics i de l'avenç en el coneixement de l'epidemiologia i de les conseqüències clíniques de les MTS. Aquest seria el cas de les infeccions per *Chlamydia trachomatis*, dels condilomes genitals, de l'herpes genital i de les infeccions per *Mycoplasma* i pel virus de l'hepatitis B. L'aparició del VIH i la seva inclusió entre els agents causals de les MTS ha donat una nova dimensió a aquest grup de malalties.

Les dades d'incidència obtingudes a partir del Sistema de MDO i dels registres de pacients atesos en els centres de MTS, mostren una tendència descendent per a la sífilis (tant la primària com la secundària), la gonocòccia i el xancre tou. En canvi, les uretritis i les cervicitis no gonocòcciques (sobretot les degudes a *Chlamydia* i *Mycoplasma*) i les malalties víriques (condiloma acuminat, especialment) es troben en augment.

Algunes MTS són causa de mortalitat perinatal i alteracions congènites

L'oftalmia neonatal i la sífilis congènita són exemples de transmissió perinatal i transplacentària, respectivament, MTS que poden ser causa de mortalitat perinatal i alteracions congènites, la qual cosa incrementa la magnitud del problema. Finalment, cal dir que el nombre de casos de malaltia inflamatòria pèlvica, amb els corresponents problemes d'esterilitat i d'infertilitat i també el de càncer genital associat al papil·lomavirus humà, està augmentant tot i que aquests problemes encara no han estat ben quantificats.

Per la seva importància i per la disponibilitat de mesures eficaces per a la prevenció, la detecció i el control es proposen les MTS com un problema de salut prioritari.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de sífilis un 30%. (Objectiu 27)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la incidència de gonocòccia un 25%. (Objectiu 28)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la proporció de gonocòccia causada per soques de *Neisseria gonorrhoeae* productores de betalactamasa 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)

Intervencions

Algunes mesures preventives i d'educació sanitària són efectives per al conjunt de les MTS

La informació i l'educació sanitària, la detecció i el tractament precoç dels casos, el control dels contactes, i la vigilància epidemiològica han demostrat la seva eficàcia i efectivitat en la prevenció i el control de les MTS. Cal assenya-

lar que bona part de les mesures preventives i d'educació sanitària que es proposen són efectives per combatre el conjunt de MTS, ja que en general són les mateixes conductes de risc les implicades en l'aparició d'una o més MTS. No s'ha d'oblidar que les MTS van lligades al comportament humà, i per això cal una actuació intersectorial (escoles, mitjans de comunicació, llocs de treball, entre d'altres), conjuntament amb un paper actiu dels serveis sanitaris i dels seus professionals per a la prevenció, la detecció i el control d'aquestes patologies.

Cal utilitzar tots els dispositius assistencials implicats (centres de planificació familiar, serveis de ginecologia i obstetrícia, centres de MTS i especialment CAP) en una acció coordinada per tal d'optimitzar els recursos existents i facilitar l'accés als dispositius de diagnòstic i seguiment.

Caldrà, d'altra banda, millorar la capacitat d'intervenció dels diferents professionals mitjançant activitats de formació continuada.

L'atenció primària de salut es configura com el marc idoni per desenvolupar les activitats de prevenció, detecció i control. La introducció dels consells per a la prevenció de les MTS a través dels contactes dels individus amb l'atenció primària de salut serà un dels objectius prioritaris a desenvolupar conjuntament amb la millora dels procediments de detecció i control. La població diana per al consell és la de 15 anys i més. Així mateix els homes i les dones de 15 a 45 anys amb múltiples parelles sexuals constitueixen un grup que cal considerar de risc.

Com ja s'ha esmentat, aquestes patologies van molt lligades al comportament humà i per tant poden estar molt relacionades amb creences i valors individuals que requeriran una sensibilitat especial per part dels professionals en el moment d'abordar-los i d'orientar el tipus de consell, a fi de no provocar actituds negatives o de rebuig per part de la població diana.

Un altre àmbit d'especial interès per a la informació i l'educació sanitària és l'escola. És per això que es proposa una intervenció específica per promoure hàbits saludables en relació amb les MTS.

Finalment, la millora de la vigilància epidemiològica i especialment la sensibilització dels professionals en relació amb la notificació obligatòria de les MTS, és un altre dels objectius que es plantegen respecte a aquest problema de salut.

En conseqüència, les intervencions que es proposen es basen en:

- a) Prevenció, detecció i control de les MTS.
- b) Millora en l'aplicació de la vigilància epidemiològica.
- c) Promoció d'hàbits saludables.

Les característiques d'aquest tercer punt queden més àmpliament explicades en l'apartat A.20.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Informació i educació sanitària adreçades a la població en general i especialment als joves i individus amb comportaments de risc, en relació amb els mecanismes de transmissió i amb l'adopció de mesures protectores.
2. Millora en l'aplicació de la vigilància epidemiològica.
3. Manteniment de la coordinació entre nivells assistencials i interdepartamentals.
4. Formació continuada dels professionals en relació amb la prevenció (individual i comunitària) i amb l'atenció de les MTS.

Cal una actuació intersectorial en el desenvolupament de les diferents activitats

L'atenció primària i l'escola són els marcs idonis per a les intervencions de consell i l'educació sanitària

5. Impuls de fórmules de treball amb participació dels professionals per a la incorporació i l'operativització en els serveis dels criteris per a la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les MTS.
6. Educació per a la salut en l'àmbit escolar a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.102. Durant l'any 1993 i successius, s'avançarà en la coordinació interdepartamental per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual.
- A.103. Abans de l'any 1995 cal que el sistema de vigilància epidemiològica permeti estimar la incidència de les principals malalties de transmissió sexual i orientar les accions que cal emprendre per efectuar un control efectiu d'aquestes malalties.
- A.104. Abans de l'any 1995, s'haurà promogut la incorporació dels criteris comuns mínims per a Catalunya en la prevenció (individual i comunitària), el diagnòstic i el tractament de les malalties de transmissió sexual des dels centres d'atenció primària i des de les especialitats i els àmbits que s'hi relacionen (dermatologia, urologia, ginecologia, planificació familiar, serveis sanitaris penitenciaris), impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals¹.
- A.105. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb les malalties de transmissió sexual.

Regions sanitàries

- A.106. Durant l'any 1993 i successius, s'hauran establert les estratègies de coordinació entre els diversos nivells assistencials i serveis de suport per tal d'assegurar una assistència ràpida i correcta dels pacients que presentin processos compatibles amb una malaltia de transmissió sexual.
- A.107. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 70% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre els criteris comuns mínims adoptats en relació amb el que s'explicita a l'objectiu operacional A.104.
- A.108. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut i especialistes de suport implicats incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a la prevenció, tant individual com comunitària, i per a l'atenció de les malalties de transmissió sexual.
- A.109. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran actuacions per informar i sensibilitzar els professionals sobre la notificació de les malalties de transmissió sexual.

¹ En aquests moments es disposa de la Guia per a la prevenció i control de les malalties de transmissió sexual, que recull el consens del grup d'experts del Departament de Sanitat i Seguretat Social. També es disposa dels criteris sobre el consell per a la prevenció de les malalties de transmissió sexual i la SIDA. Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial.

Problemes de salut laboral

El treball ocupa el 25% de la totalitat dels temps de la població activa. Per tant, és evident que les oportunitats de contacte dels treballadors amb els factors de risc laboral són continuades.

El treball satisfactori en un ambient segur i agradable és una font de salut i benestar. Tanmateix, l'ambient laboral físic i psicològic és massa sovint responsable de lesions i malalties.

Els problemes de salut laboral es relacionen estretament amb l'organització i les condicions del treball: amb els procediments productius, les matèries emprades, els horaris, els incentius, els estils de direcció, les mesures de protecció i el coneixement que tenen els treballadors sobre els riscos, les seves conseqüències i l'efectivitat de les mesures de protecció que se'ls recomanen.

Les manifestacions dels problemes de salut laboral són les malalties laborals, agudes i cròniques, i els accidents, bé en el lloc de treball, bé en els desplaçaments.

La informació de què es disposa sobre els accidents en el lloc de treball i les malalties professionals s'ha de millorar. Les taxes de malalties laborals declarades són baixes en relació amb la resta de països europeus i es pot considerar que hi ha una infradeclaració molt significativa.

Moltes de les accions dirigides a disminuir els riscos i a millorar la salut laboral no depenen exclusivament de les instàncies sanitàries i, per tant, no seran abordades en el Pla de Salut fins que no s'hagi constituït la Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut segons l'ordre que determina la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut (Ordre de 23 d'octubre de 1992). No obstant, cal continuar la col·laboració existent amb el Departament de Treball i amb el Consell Català de Seguretat i Salut Laboral.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la taxa de morbiditat¹ 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 morbiditat¹ per malalties professionals en un 30% (objectiu 35).

Intervencions

Les actuacions sanitàries sobre el medi ambient laboral, a través dels dispositius especialitzats, dirigides a la detecció del risc, la promoció de la salut, la prevenció de les malalties i els accidents laborals, la informació als empresaris i la comprovació de les condicions de treball a partir de les patologies detectades són mesures d'eficàcia comprovada que cal desenvolupar.

El treball és una font de salut i benestar però sovint també comporta lesions i malalties

La informació sobre els problemes de salut laboral a Catalunya és insuficient

¹ El punt de referència és la morbiditat declarada.

Importància de la formació dels professionals en la detecció i control de les malalties professionals

La formació dels professionals sanitaris en la detecció de la patologia d'origen laboral, especialment en l'àmbit de l'atenció primària, facilitarà l'atenció als afectats i el coneixement de la veritable magnitud dels problemes de salut laboral en el nostre medi, tant en relació amb els treballadors en actiu com en aquells casos en què la malaltia es presenta una vegada finalitzada la vida laboral activa.

El desenvolupament d'un sistema d'informació sanitària ha de donar suport a la planificació de les activitats i els recursos necessaris.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Creació d'unitats de salut laboral integrades en la xarxa sanitària d'utilització pública, amb 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.
- El suport tècnic a les estructures assistencials.
- L'atenció directa en els casos pertinents.
- La inspecció per a l'acreditació i l'autorització dels serveis mèdics d'empresa.

Les unitats de salut laboral col·laboraran amb el Departament de Treball donant suport a:

- L'elaboració de l'anàlisi de situació en relació amb els riscos laborals.
- La detecció de la relació entre les patologies diagnosticades i el lloc de treball, com també l'elaboració de propostes per a la seva correcció.
- La recerca aplicada a la salut laboral.

2. Coordinació efectiva entre els dispositius assistencials especialitzats i amb la xarxa sanitària d'utilització pública.

3. Formació continuada dels professionals sanitaris.

4. Desenvolupament d'un sistema de vigilància epidemiològica basada en la detecció de malalties d'origen laboral per part de professionals de la xarxa sanitària d'utilització pública adscrits voluntàriament al projecte.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.110. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els àmbits territorials que compleixen les condicions de desenvolupament industrial i agrícola, d'implantació de la reforma de l'atenció primària, de suport administratiu i de suport hospitalari adequades per a la ubicació d'una Unitat de Salut Laboral.

A.111. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran posat en marxa almenys quatre unitats de salut laboral en els territoris que s'hagin definit com prioritaris per a la creació i el desenvolupament d'aquestes unitats.

- A.112. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert les bases per a la coordinació efectiva dels dispositius assistencials especialitzats de salut laboral a Catalunya, així com dels departaments implicats i que també realitzen tasques relacionades amb la protecció de la salut i la prevenció dels riscos laborals.
- A.113. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert les bases per a la coordinació de les unitats de salut laboral que es posin en marxa amb la xarxa sanitària d'utilització pública.
- A.114. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà perquè tots els proveïdors de serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin els aspectes referents a la detecció de patologies d'origen laboral.
- A.115. Abans de l'any 1994 s'haurà posat en marxa almenys en quatre àmbits territorials del Servei Català de la Salut el sistema de vigilància epidemiològica per a la detecció de patologies d'origen laboral, amb la participació dels professionals de la xarxa sanitària d'utilització pública adscrits voluntàriament al projecte.

Tuberculosi

La mortalitat per tuberculosi es manté estacionària però és superior a la de la majoria dels països del nostre entorn

La morbiditat també és estacionària però amb una certa tendència a augmentar, probablement a causa de les drogodependències i de la SIDA

La mortalitat per tuberculosi a Catalunya roman estacionària i ha perdut el valor epidemiomètric que tenia, ja que l'ús de la quimioteràpia evita, en general, la mort. Tanmateix, la taxa de mortalitat a Catalunya és entre 3,5 i 4 vegades superior a la dels Estats Units.

Actualment l'indicador més important en l'epidemiologia de la tuberculosi és la infecció tuberculosa. La morbiditat declarada resta estacionària entre 30-40 persones per 100.000 habitants, amb una certa tendència a l'increment, que previsiblement respon en bona part a una major declaració, tot i que cal tenir en compte que en els últims anys, sobretot en el grup d'edat de 15 a 34 anys, la morbiditat ha augmentat, probablement a causa de les drogodependències i de la SIDA. En qualsevol cas, l'anàlisi del consum de fàrmacs antituberculosos suggereix una morbiditat més pròxima a les 50 persones per 100.000 habitants. La prevalença d'infecció tuberculosa en nens de 6 i 7 anys ha experimentat un descens important des de l'any 1982, cosa que pot significar una davallada de les fonts de contagi¹.

La magnitud del problema de la tuberculosi en termes de morbiditat i d'infecció, la situació clarament desfavorable a Catalunya en comparació amb la dels països del nostre entorn i la sensibilitat del problema a les intervencions han fet que la tuberculosi s'hagi considerat un problema de salut prioritari.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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)

Intervencions

Existeixen mesures eficaces i efectives per a la prevenció i el control de la malaltia

El diagnòstic i el tractament dels malalts, la recerca activa de casos entre els grups considerats de risc elevat per l'alta possibilitat d'emmalaltir (usuaris de drogues per via parental, persones grans, malalts mentals internats i malalts de SIDA, entre d'altres) o bé per perill de contagi per a la comunitat (ensenyants, personal de guarderies, entre d'altres), el control dels contactes, la detecció i el tractament preventiu dels individus infectats i la vigilància epide-

¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de tuberculosi.

miològica constitueixen instruments eficaços i efectius en la prevenció i el control de la tuberculosi.

Tanmateix hi ha dificultats per millorar l'efectivitat dels programes de control de la tuberculosi. Entre les principals es troben:

- Les condicions de vida dels afectats. La infecció i la malaltia tuberculosa es relacionen amb les condicions socio-econòmiques de la comunitat. En l'actualitat aquest problema es veu agreujat, ja que alguns dels principals grups de risc no accedeixen amb facilitat als serveis sanitaris i són de difícil detecció i control.
- La presentació subclínica de la malaltia, que afavoreix l'existència de malalts bacil·lífers asimptomàtics que són focus de contagi per als convivents (el 50% dels contactes explorats ja estan infectats i s'estima que hi ha un 12% de malalts desconeguts).
- El freqüent mal compliment del tractament per part dels malalts, cosa que pot afavorir l'aparició de bacils resistents als fàrmacs. Això pot suposar un problema sanitari que ja ha estat detectat en alguns països.

És per tot això que el diagnòstic precoç i el tractament en tots els casos és la mesura més eficaç i eficient per al control de la malaltia. Per tant, l'atenció primària i la coordinació de tots els recursos disponibles tenen un paper fonamental, tant per al diagnòstic i el tractament com per a la recerca activa de casos. La quimioprofilaxi o tractament dels individus infectats és l'únic mètode disponible per evitar l'aparició de nous casos per reactivació endògena, la qual cosa és molt important en les circumstàncies epidemiològiques actuals de la infecció per VIH. La vacuna no és una mesura sanitària d'eficàcia suficientment contrastada, en canvi la població susceptible de contagi pot ser perfectament protegida amb la quimioprofilaxi primària. A més de la disminució de les fonts de contagi, també dificulten la transmissió del bacil a la comunitat la millora de les condicions socio-econòmiques, sanitàries i laborals.

La factibilitat de l'aplicació d'aquestes mesures fa que la tuberculosi sigui un problema susceptible de ser reduït a Catalunya. Cal, però, endegar accions conjuntes amb d'altres sectors a més del sanitari, especialment els d'ensenyament, justícia i serveis socials.

Les característiques de la malaltia dificulten la millora de l'efectivitat dels programes contra la tuberculosi

El diagnòstic precoç i el tractament de tots els casos són les mesures més eficaçes i eficients per controlar-la

Calen accions conjuntes amb altres sectors per reduir la prevalença de la infecció

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal reduir el risc anual d'infecció en els nens de 6 i 7 anys fins a 0,05%. (Objectiu 236)

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Adequació i generalització dels mètodes de diagnòstic i tractament actuals, com també la instauració i el perfeccionament dels mètodes de control dels pacients i dels seus contactes.
2. Recerca activa de casos i control dels contactes dels malalts diagnosticats en els diferents nivells d'atenció.
3. Vigilància epidemiològica, mitjançant el registre sistemàtic de casos per sectors i regions, que han de comunicar les dades als serveis centrals.

4. Coordinació efectiva entre els diferents dispositius assistencials que atenen malalts tuberculosos i població d'alt risc.
5. Formació continuada dels professionals sanitaris encarregats de dur a terme les activitats de prevenció i control de la tuberculosi.
6. Educació sanitària de la població, especialment adreçada als principals grups de risc, als malalts i als contactes.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.116. Durant l'any 1993 i successius, es disposarà d'informació sobre els malalts i els infectats de tuberculosi de cada regió sanitària.
- A.117. Abans de l'any 1995, s'haurà establert la coordinació entre l'atenció primària de salut, els dispositius assistencials específics i tots aquells que atenen població d'alt risc de patir la tuberculosi.

Regions sanitàries

- A.118. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de diagnòstic, tractament i control de la tuberculosi, que contindrà els criteris comuns mínims per a Catalunya².
- A.119. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de diagnòstic, tractament i control de la tuberculosi.
- A.120. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert el sistema de coordinació de serveis per millorar l'efectivitat de la detecció, el diagnòstic i el tractament dels malalts tuberculosos i dels infectats pel bacil tuberculós.
- A.121. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert el sistema de seguiment de la prescripció de tuberculostàtics a partir de les dades de les regions sanitàries, amb la finalitat d'avaluar l'ús d'aquests fàrmacs.
- A.122. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran establert el programa de treball amb els organismes adients per a l'educació sanitària i la recerca activa de malalts de tuberculosi entre els grups de risc.
- A.123. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la detecció, el tractament i el control de la tuberculosi.
- A.124. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries disposaran d'informació relativa als malalts i als infectats de tuberculosi.

² Les directrius d'actuació en el diagnòstic, el tractament, la prevenció i el control de la tuberculosi estan recollides a la Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosi del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Problemes de salut buco-dental

La càries dental constitueix un dels problemes de salut amb més alta prevalença en la nostra societat.

Els resultats dels estudis epidemiològics realitzats a Catalunya els anys 1979, 1983 i 1991 revelen un increment de la prevalença de càries dental en els escolars de 12 anys d'edat entre els anys 1979 i 1983, i una disminució important entre el anys 1983 i 1991.

Si bé l'índex CAO (D), pel total de Catalunya, es troba per sota del que s'estableix en l'objectiu de salut 47 del Document marc, no totes les regions sanitàries han assolit aquest nivell. Per aquest motiu i per tal de mantenir la tendència a la disminució de la prevalença de càries a tot Catalunya, es proposen intervencions orientades a continuar i fer extensives les mesures per a la prevenció d'aquesta malaltia.

Hi ha una elevada morbiditat de càries dental a Catalunya

Cal mantenir la tendència a la disminució de l'índex CAO(D)

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 50% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries¹. (Objectiu 45)
- D'aquí a l'any 2000 cal que almenys el 75% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries¹. (Objectiu 46)
- D'aquí a l'any 2000 cal que l'índex CAO (D)² en els escolars de 12 anys sigui inferior a 2³. (Objectiu 47)

Intervencions

L'existència de mesures preventives d'elevada sensibilitat i efectivitat justifica el desenvolupament d'intervencions dirigides a la prevenció de la càries, les quals s'han de basar en: la utilització preventiva del fluor, l'educació sanitària de la població en matèria d'alimentació i nutrició per tal de promoure la disminució del consum de sucres refinats, la promoció de la raspallada sistemàtica de les dents i la identificació dels grups de població de risc elevat.

Hi ha dos àmbits d'especial interès per a l'aplicació d'aquestes mesures: l'escola, per la importància que té l'adquisició d'hàbits saludables en l'edat infantil, i els serveis d'atenció primària, atès l'enfocament preventiu que es dona en l'actualitat als serveis de salut buco-dental d'aquest nivell assistencial.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social, seguint les recomanacions del Comitè d'experts en Salut Dental⁴, va iniciar programes preventius de càries del curs 1982-1983 adreçats a la població escolar.

Existeixen mesures preventives d'elevada sensibilitat i efectivitat per a la prevenció de la càries

L'escola i l'atenció primària són àmbits d'especial interès per al desenvolupament d'activitats preventives pel que fa a la salut buco-dental

¹ L'any 1984 només el 14% dels escolars de 12 anys i el 21% dels escolars de 6 anys estan lliures de càries.

² Dents permanents cariades, absents i obturades.

³ L'any 1984 l'índex CAO (D) en els escolars de 12 anys era de 2,9.

⁴ Generalitat de Catalunya. Secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Comitè d'experts en prevenció de la càries dental de la Generalitat de Catalunya. Manual de Prevenció i control de la càries dental. Barcelona 1982.

D'altra banda, la RAP preveu la incorporació de l'atenció a la salut buco-dental a les ABS, tant pel que fa als aspectes estructurals com als funcionals que permeten un enfocament preventiu en aquest àmbit.

En l'actualitat es disposa dels criteris mínims adoptats pel Departament de Sanitat i Seguretat Social en relació amb les activitats preventives i d'educació sanitària per a la millora de la salut buco-dental⁵.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Potenciació de les activitats preventives que ja s'estan realitzant, com el programa de glopeigs de fluor, la raspallada dental a l'escola i la fluoració de les aigües de consum públic.
2. Educació sanitària de la població sobre mesures de prevenció de la càries.
3. Educació per a la salut en l'àmbit escolar a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
4. Formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut en salut buco-dental.
5. Detecció d'individus amb risc elevat de patir càries, concretament entre els escolars i les dones gestants.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.125. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà per tal que mesures preventives com són el programa de glopeigs periòdics, la incorporació de la raspallada dental i altres aspectes d'educació sanitària siguin d'aplicació en l'àmbit escolar.
- A.126. Durant l'any 1993 i successius, es potenciarà la formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut en salut buco-dental.
- A.127. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut disposarà d'informació relativa als escolars lliures de càries i a la prevalença de càries.
- A.128. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits higiènics i dietètics a l'escola en relació amb la salut buco-dental.

Regions sanitàries

- A.129. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries disposaran d'un protocol que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya continguts en el Programa marc de salut buco-dental en les Àrees Bàsiques de Salut.
- A.130. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol d'atenció buco-dental.

⁵ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa marc de salut buco-dental en les Àrees Bàsiques de Salut. 1990.

- A.131. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut que disposin d'odontòleg i amb més d'un any de funcionament hauran d'haver adaptat el protocol d'atenció buco-dental de la regió.
- A.132. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% dels nens de 6 a 12 anys de les Àrees Bàsiques de Salut de la regió que disposin d'odontòleg hauran rebut atenció odontològica d'acord amb els criteris del protocol acordat.
- A.133. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels odontòlegs i estomatòlegs d'atenció primària de salut tinguin en compte els aspectes preventius, els de promoció de la salut i els assistencials en l'atenció buco-dental.
- A.134. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que els programes de formació continuada dels professionals sanitaris d'atenció primària de salut s'orientin sobre criteris i accions prioritàries de promoció d'hàbits saludables a fi que incloguin en les seves tasques assistencials el consell en salut buco-dental.
- A.135. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran per tal que mesures preventives com són el programa de glopeigs periòdics, la incorporació de la raspallada dental i altres aspectes d'educació sanitària siguin d'aplicació en l'àmbit escolar.
- A.136. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'informació relativa als escolars lliures de càries i a la prevalença de càries.

Problemes de salut mental

Els trastorns mentals són una de les condicions que causen més sofriment i incapacitat a la població

Els trastorns mentals són una de les condicions que causen més sofriment i incapacitat en la població. En la seva major part presenten un curs crònic o recurrent que es tradueix en una càrrega greu per a l'individu que pateix el problema, la família i la comunitat.

Els principals problemes de salut mental en la població adulta atesos a l'atenció primària són l'ansietat i la depressió

Pel que fa als problemes relacionats amb la salut mental i dins el marc de les patologies que arriben als serveis sanitaris, cal considerar el gran nombre de casos que, etiquetats o no com a problemes de salut mental, són atesos pels metges generalistes i pediatres i d'altres professionals de la xarxa d'atenció primària de salut.

Els problemes de salut mental de la població infantil i juvenil atesa a l'atenció primària són diferents dels de la població adulta

A partir d'estudis realitzats en el nostre medi sobre la demanda atesa en les consultes de medicina general¹, s'evidencia que els problemes relacionats amb la salut mental se situen entre els primers motius de consulta, i cal destacar que, en la població adulta, els trastorns mentals representen el 5,8% del total de consultes. Si considerem conjuntament l'ansietat i la depressió, aquests problemes de salut suposen al voltant de les dues terceres parts de les consultes per trastorns mentals en ambdós sexes. És la població femenina, i a partir de la tercera dècada de la vida, la que presenta més demanda d'atenció per aquests motius.

El principal problema de salut mental atès a la xarxa especialitzada és el grup de les psicosis

D'altra banda, la magnitud d'aquests problemes es reflecteix de manera indirecta en les dades de consum farmacèutic. Els antidepressius, els tranquil·litzants i els ansiolítics apareixen entre els grups farmacològics més prescrits. El consum expressat en DHD (dosi/habitant/dia) s'ha incrementat un 14% (antidepressius) i en un 15% (tranquil·litzants i ansiolítics) l'any 1991 respecte del 1989. Pel que fa a la població infantil i juvenil, els problemes de salut més freqüents atesos pels metges generalistes, els pediatres i d'altres professionals de l'atenció primària són: en el nadó, nodrissó i pre-escolar, els trastorns de les funcions —l'alimentació i el control d'esfínters—, els trastorns en l'adquisició del llenguatge, l'anorèxia, l'insomni i la hipersòmnia; en l'escolar, la depressió, els trastorns del comportament, els problemes de rendiment i l'adaptació escolar; i en la pubertat i l'adolescència, el fracàs escolar, els trastorns del comportament i la sociabilitat i les dificultats de comunicació.

El suïcidi tendeix a augmentar en els grups d'edat extrems i té una major incidència en el sexe masculí

Pel que fa a les patologies que arriben a la xarxa especialitzada de salut mental, tant a nivell hospitalari com ambulatori, el grup patològic més prevalent és el de les psicosis, i dins d'aquestes les psicosis afectives (mania, depressió i bipolars). D'altra banda, també són prevalents els quadres psicòtics delirants i al·lucinatoris en les seves formes agudes i cròniques. Destaquen els quadres esquizofrènics per la seva malignitat evolutiva. Aquests problemes de salut tenen importants conseqüències sanitàries i socials. Per al seu abordatge cal un enfocament integral que emfasitzi la prevenció de les recaigudes, el desenvolupament de programes rehabilitadors i eviti al màxim la pèrdua de contacte del pacient amb la seva realitat quotidiana.

Pel que fa al suïcidi, l'anàlisi de la mortalitat per aquesta causa revela una tendència a l'augment en els grups d'edat extrems (15-24 i majors de 74 anys) i una major incidència en el sexe masculí. Malgrat que sembla acceptat que les accions preventives en l'àmbit de la població general no s'han traduït en

¹ Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7-Centre. Anàlisi de l'Activitat II (Anac II).

una disminució de les taxes de suïcidi, hi ha evidències de l'eficàcia de les intervencions dirigides a persones de risc elevat, ja que en salut mental la importància recau sobre la personalitat suïcídaria i els intents de suïcidi.

La magnitud creixent i la gravetat dels problemes relacionats amb la salut mental, la gran demanda d'atenció sanitària i l'alt cost sòcio-econòmic que representen suggereixen que cal potenciar línies d'intervenció que es concretin en la prevenció, la detecció i l'atenció de l'ansietat, la depressió i els trets psicòtics i neuròtics en el nen, l'adolescent i l'adult.

Hi ha també altres problemes de salut mental que afecten la nostra societat de forma punyent i que cal abordar des del mateix teixit social: la violència, la marginació, els abusos sexuals, els maltractaments a la infantesa, el vandalisme i la xenofòbia.

Intervencions

Una de les principals dificultats per a l'abordatge dels problemes de salut mental és la mesura de l'abast social de totes les possibles formes de presentació. Per tant, s'hauran d'endegar diversos estudis relatius al risc d'emmalaltir i a les necessitats d'atenció.

En la mateixa línia caldrà aprofundir en la determinació dels principals grups de risc per tal d'establir programes de detecció precoç i de prevenció des dels diversos recursos existents.

La detecció precoç dels problemes de salut mental i el seu tractament preventiu exigeixen una formació acurada dels professionals de l'assistència primària, com també una correcta coordinació entre els diversos recursos existents en altres àmbits com ensenyament, serveis socials, treball i justícia.

Quant al suïcidi, caldrà incidir sobre les possibles causes en els grups de risc per tal d'evitar-ne la progressió actual.

Davant la creixent magnitud i gravetat dels problemes relacionats amb la salut mental de la població es fa del tot necessària la participació activa dels mateixos pacients, dels seus familiars i de la societat en general, organitzats en associacions d'autoajuda que col·laborin amb els professionals de la salut mental. Finalment, caldrà promoure un debat intens en el si de la mateixa societat sobre els problemes de salut mental que ens afecten col·lectivament per tal d'aprofundir en les seves causes, proposar mesures de prevenció i actuar, conjuntament i solidàriament, per a la contenció de les seqüeles.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Mesura dels riscos de patir malalties mentals i de les necessitats assistencials que se'n derivin.
2. Detecció precoç i prevenció dels grups d'alt risc de patir malalties mentals.
3. Formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut en matèria de salut mental.
4. Millora de la coordinació dels recursos de les diferents institucions que tenen relació amb la salut mental.
5. Educació per a la salut a l'àmbit escolar a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
6. Promoció de l'associacionisme de pacients i familiars que col·laborin en el procés terapèutic.
7. Impuls de debats socials sobre problemes de salut mental que afecten la nostra societat.

Hi ha un conjunt de problemes de salut mental que requereixen un abordatge social

Cal estudiar el risc de patir malalties mentals

Es necessària la formació continuada dels professionals i la correcta coordinació dels recursos

Cal promoure associacions d'autoajuda entre els malalts i els seus familiars

S'ha de promoure un debat social sobre els problemes de salut mental

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.137. Abans de l'any 1995, es desenvoluparan estudis epidemiològics sobre riscos de patir malalties mentals entre la població general, així com estudis sobre les necessitats assistencials per fer-los front.
- A.138. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà per tal que les activitats de formació continuada en salut mental dels professionals de l'atenció primària de salut s'orientin a la prevenció, la detecció i l'atenció de l'ansietat, la depressió i els trets psicòtics i neuròtics en el nen, l'adolescent i l'adult.
- A.139. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris de coordinació dels dispositius relacionats amb la salut mental dels àmbits de sanitat, serveis socials, ensenyament, treball i justícia.
- A.140. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb la salut mental.
- A.141. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut impulsarà la creació d'associacions d'autoajuda de pacients mentals i familiars.
- A.142. Durant els anys 1993 i 1994, el Servei Català de la Salut impulsarà debats públics sobre problemes individuals i col·lectius que afecten la salut mental de la població, en els quals participaran personalitats científiques i socials.

Regions sanitàries

- A.143. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert el sistema de coordinació entre els serveis assistencials de salut mental i els diferents àmbits institucionals i comunitaris relacionats amb la salut mental.
- A.144. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la prevenció i el tractament de problemes de salut mental.

Diabetis mellitus

La diabetis és una causa important de mortalitat prematura, un dels principals factors de risc de les malalties de l'aparell circulatori, una de les primeres causes de morbiditat atesa en l'atenció primària de salut i una causa important d'incapacitat.

La taxa de mortalitat per diabetis a Catalunya l'any 1990 va ser de 21,2 per 100.000 habitants. Cada any a Catalunya es produeixen al voltant d'unes 1.300 defuncions per diabetis.

La prevalença de la diabetis coneguda (clínicament diagnosticada) a Catalunya s'estima al voltant del 2,1 per cent de la població, i és aproximadament del 8,9 per cent en els majors de 65 anys.

La incidència de diabetis insulíndependent a Catalunya és de 10,7 casos nous per 100.000 habitants/any per al grup de 0-29 anys, i d'11,5 casos per 100.000 habitants/any per al grup de 0-14 anys. Catalunya, entre els països europeus, és un país amb una incidència mitjana.

Respecte a les complicacions tardanes de la diabetis i les incapacitats que provoca, hi ha poques dades a Catalunya, però s'estima que al voltant del 15% de la població diabètica presenta malaltia isquèmica del cor, el 6,3% malalties cerebro-vasculars, el 3% insuficiència renal i el 2% amaurosi o ceguesa. La diabetis és la principal causa de ceguesa; s'ha detectat retinopatia en més del 70% dels malalts diabètics de més de 25 anys d'evolució. També és causa de neuropatia en la meitat dels pacients amb més de 25 anys d'evolució de la malaltia.

Així mateix, la nefropatia afecta més del 10% dels casos i ocasiona el 14% del total dels nous pacients de diàlisi en el nostre medi, amb una prevalença del 6% de tots els malalts renals crònics en tractament substitutiu.

La diabetis és una causa important de mortalitat prematura i un dels principals factors de risc de les malalties de l'aparell circulatori

Les complicacions tardanes de la diabetis són la malaltia isquèmica del cor, la malaltia cerebro-vascular, la insuficiència renal i la ceguesa

Objectius generals de salut

El Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya no conté objectius específics per a la diabetis *mellitus*. Malgrat això, els objectius generals de salut de la diabetis *mellitus* es relacionen molt amb els objectius fixats en l'esmentat document que fan referència a les malalties de l'aparell circulatori, a la reducció dels corresponents factors de risc i a la promoció d'hàbits saludables. Per tant, al Pla de Salut de Catalunya s'incorporen els objectius definits per l'Organització Mundial de la Salut en la declaració de St. Vincent de 1989:

- D'aquí a l'any 2000 cal disminuir la mortalitat per malaltia isquèmica del cor en els diabètics en un 20%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els nous casos d'insuficiència renal crònica en diabètics com a mínim en un 25%.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els nous casos d'amaurosi en els diabètics en un 25% o més.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir les amputacions per gangrena diabètica en un 50%.
- D'aquí a l'any 2000 cal aconseguir el mateix resultat de la gestació en l'embarassada diabètica «ja coneguda» que en la dona no diabètica, pel que fa a la mortalitat perinatal i a les malformacions congènites.

- D'aquí a l'any 2000 cal incrementar el nombre de diabètics coneguts almenys en un 25%, cosa que significa aconseguir que el 60% dels diabètics siguin coneguts mitjançant cribratge dels grups de risc.

Intervencions

La prevenció secundària i terciària permeten millorar substancialment el pronòstic de la diabetis *mellitus* i reduir la morbiditat i la mortalitat derivada i el cost social del problema.

La prevenció primària no sembla possible en l'actualitat ja que, tot i que en l'etiologia de la diabetis *mellitus* insulíndependent s'han implicat factors genètics i ambientals, cap d'ells no ha estat definitivament demostrat. En el cas de la diabetis *mellitus* no insulíndependent, s'han detectat alguns factors de risc, com l'obesitat i la manca d'exercici, que afavoreixen l'aparició de la malaltia. En aquest cas s'han demostrat efectius els programes de modificació d'estils de vida i promoció d'hàbits saludables en la prevenció de la malaltia (especialment l'exercici físic i el control de l'obesitat).

Ni en el cas de la diabetis *mellitus* insulíndependent ni en el de la diabetis *mellitus* no insulíndependent resulta indicada la pràctica de cribratge poblacional. En el cas de la diabetis *mellitus* no insulíndependent es recomana el cribratge de grups de risc (ho són les persones amb història familiar de diabetis *mellitus*, les persones amb obesitat, les persones amb intolerància a la glucosa i les persones de més de 40 anys amb altres factors de risc cardío-vasculars).

L'educació diabetològica i l'ensinistrament dels pacients en tècniques d'autoanàlisi i autocura permeten reduir la incidència de les complicacions, i un cop aconseguit el control glicèmic, el tractament i el control dels factors de risc cardío-vasculars han demostrat ser tan efectius com en la població general.

L'educació diabetològica, el control dels factors de risc cardío-vasculars, el control metabòlic i el diagnòstic precoç de les complicacions cròniques han demostrat la seva capacitat de retardar-ne l'aparició i millorar-ne el pronòstic.

La detecció precoç de la diabetis gestacional i el tractament adequat permeten reduir les complicacions fetals.

Es defineixen dos tipus d'intervencions per a l'abordatge de la diabetis *mellitus*:

- a) Millora de la detecció, el diagnòstic, el tractament i el control de la malaltia.
- b) Promoció d'hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció a la diabetis.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Detecció oportunista de la diabetis *mellitus* no insulíndependent en els grups de risc en les consultes d'atenció primària de salut.
2. Detecció precoç de la diabetis gestacional.
3. Impuls dels consens clínic entre els professionals en relació amb la diabetis *mellitus*.
4. Formació continuada dels professionals.
5. Promoció d'hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció a la diabetis (entre la població a través del consell assistit individual i les intervencions d'educació sanitària comunitàries).

No sembla possible la prevenció primària en la diabetis *mellitus*

El cribratge poblacional no està indicat, però sí que es recomana per als grups de risc de la diabetis *mellitus* no insulíndependent

L'educació diabetològica i l'ensinistrament dels pacients permeten reduir la incidència de les complicacions

La detecció precoç de la diabetis gestacional i el tractament adequat permeten reduir les complicacions fetals

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995**Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut**

- A.145. Abans de l'any 1994, s'haurà definit l'estratègia per a la detecció oportunista de la diabetis *mellitus* no insulíndependent en els grups de risc en les consultes d'atenció primària de salut.
- A.146. Abans de l'any 1994, s'haurà de generalitzar la utilització del protocol per a la detecció precoç de la diabetis gestacional.
- A.147. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya en el diagnòstic, el tractament i el control de la diabetis *mellitus*, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens clínic entre professionals.
- A.148. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà establert l'estratègia per a la promoció d'hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció de la diabetis *mellitus*.

Regions sanitàries

- A.149. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament utilitzaran el protocol de detecció precoç de la diabetis *mellitus* no insulíndependent en els grups de població de risc.
- A.150. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries mantindran l'aplicació del protocol de diagnòstic i tractament de la diabetis *mellitus* gestacional.
- A.151. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de diagnòstic i tractament de la diabetis que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.152. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrada la xifra de glucèmia en el 60% de les històries clíniques corresponents a la població de risc cardíoc-vascular (excloent les històries clíniques que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.153. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% dels pacients diabètics detectats han d'estar controlats, segons els criteris del protocol.
- A.154. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal aconseguir que el percentatge de diabètics coneixedors de les repercussions d'aquesta malaltia sobre la seva salut augmenti en un 25%.
- A.155. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que tots els diabètics coneguts rebin educació diabetològica adaptada al grau d'evolució de la malaltia.
- A.156. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats relacionades amb el diagnòstic, el tractament i el control de la diabetis *mellitus*.
- A.157. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries definiran i aplicaran una estratègia per promoure actituds i hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció a la diabetis *mellitus* considerant el consell assistit individual i les intervencions comunitàries.

Patologia òsteo-articular

La patologia òsteo-articular és un dels primers motius de consulta a l'atenció primària, principalment l'artrosi i el mal d'esquena

La patologia òsteo-articular se situa dins dels quatre primers motius de consulta en l'atenció primària de salut. Si es considera únicament la patologia crònica, representa el segon grup de morbiditat crònica assistida, després de les malalties de l'aparell circulatori. L'artrosi i el mal d'esquena acumulen entre el 50 i el 60% de les visites per aquest motiu¹.

Pel que fa als resultats de les enquestes de salut realitzades a diferents àmbits de Catalunya en relació amb la salut percebuda per la població, les malalties de l'aparell locomotor i el teixit conjuntiu són el motiu més freqüent de limitació crònica de l'activitat.

Intervencions

La patologia òsteo-articular té una important repercussió en la qualitat de vida de l'individu i en el seu entorn familiar, social i laboral

La necessitat de plantejar intervencions en relació amb la patologia òsteo-articular ve determinada per la freqüència d'aquest problema com a motiu de consulta en els serveis sanitaris i per les repercussions que provoca en els àmbits de la salut individual pel que fa a qualitat de vida, en els entorns familiar, social i laboral.

La tendència a l'augment de l'esperança de vida de la població incrementarà la prevalença de gran part dels processos patològics que s'inclouen en el grup de patologia òsteo-articular.

Sota aquest terme s'inclouen una sèrie d'entitats nosològiques a les quals corresponen diferents abordatges a nivell de prevenció, tractament i tipus de seguiment que requereixen actuacions específiques.

Calen intervencions tant a nivell de l'atenció primària com de l'especialitzada

La freqüència d'aquestes patologies, concretament a nivell de l'atenció primària de salut, i la utilització de serveis que generen pel seu diagnòstic i seguiment, fa que les actuacions s'hagin d'incloure a tots els nivells assistencials.

Per tal d'avançar en l'abordatge d'aquestes patologies i en la racionalització de l'atenció als pacients es proposen les intervencions següents:

- a) Millorar la detecció i seguiment de la patologia òsteo-articular.
- b) Potenciar la coordinació entre professionals i nivells assistencials.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Impuls del consens clínic entre els professionals per a l'abordatge de la patologia òsteo-articular.
2. Formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut sobre patologia òsteo-articular.
3. Potenciació de la coordinació dels professionals de l'atenció primària de salut amb altres nivells assistencials.

¹ Institut Català de la Salut. Àrea de Gestió 7-Centre. Anàlisi de l'Activitat II (Anac II).

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.158. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'atenció de la patologia òsteo-articular impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.

Regions sanitàries

A.159. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb la patologia òsteo-articular.

A.160. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries establiran l'estratègia de coordinació entre l'atenció primària, l'especialitzada i la de suport diagnòstic de referència pel que fa als criteris de derivació entre nivells, a la millora de la qualitat de la prescripció i a la rehabilitació física.

Malalties relacionades amb el medi ambient i amb la higiene dels aliments

Cal continuar tenint cura de les condicions de l'entorn per la seva forta repercussió comunitària

La manipulació no higiènica dels aliments contribueix a l'aparició de les toxi-infeccions alimentàries

La utilització inadequada de productes fitosanitaris i zoonutaris pot comportar la contaminació química dels aliments

Malgrat que actualment les malalties infeccioses ja tenen menys pes pel que fa a la mortalitat, continua essent necessari abordar-ne algunes en el Pla de Salut, bàsicament perquè presenten una forta repercussió comunitària, en relacionar-se amb les condicions de l'entorn i, per tant, manifestar-se de manera col·lectiva.

Amb l'anàlisi dels brots epidèmics declarats i de les MDO, s'observa que algunes malalties infeccioses de transmissió hídrica i/o alimentària mantenen alta o augmenten la seva incidència en els darrers anys. Dins d'aquest grup de malalties hi ha les enteritis i les diarrees, l'hepatitis vírica de tipus A i la febre tifoide i paratifoide, relacionades directament amb les condicions sanitàries de l'aigua de consum, així com les TIA.

Pel que fa a les TIA cal recordar que, en les inspeccions a què han donat lloc, s'ha observat que els factors que més han contribuït en la seva aparició han estat la manipulació no higiènica dels aliments i la utilització de matèries incomplint la legislació vigent¹.

Quant a la brucel·losi, malgrat que la seva incidència ha anat disminuint, a Catalunya encara es presenten actualment prop de 200 casos per any, i és més important en les regions sanitàries Lleida i Girona.

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 zoonutaris.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen els objectius següents:

- 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 any². (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 any². (Objectiu 125)
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir els brots declarats de toxi-infeccions 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. (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 zoonutaris. (Objectiu 140)

¹ Generalitat de Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. Vol. XII, núm. 9, setembre 1991 i vol. XIII, juliol 1992 (núm. extraordinari).

² La morbiditat declarada per febre tifoide l'any 1989 és de 2,1 casos per 100.000 habitants i per enteritis i diarrees de 5.073,5 casos per 100.000 habitants.

Intervencions

Les malalties que s'han indicat anteriorment han estat incloses en el Pla de Salut per l'interès que presenten des del punt de vista comunitari i de salut pública, i tenen en comú que el seu origen es troba en les condicions de vida i de l'entorn físic de la població. També, però, s'hi han inclòs perquè actualment existeixen intervencions efectives per a la protecció de la salut dels individus i de la comunitat, en relació amb aquestes condicions de l'entorn, desenvolupades tradicionalment des de la salut pública, a través de la higiene dels aliments i del sanejament ambiental, i en un sentit més ampli des de la política de medi ambient saludable.

Així, doncs, les actuacions específiques que es duran a terme per abordar el problema de salut al qual es refereix aquest apartat s'agrupen en les intervencions següents:

- a) Medi ambient saludable.
- b) Higiene dels aliments.

Cal desenvolupar una bona política de medi ambient saludable

17.1 Medi ambient saludable

Amb les intervencions sobre el medi ambient s'espera reduir la morbiditat i la mortalitat per determinades malalties amb les quals es relaciona (malalties de transmissió hídrica, respiratòries, problemes oculars, altres malalties infeccioses i parasitàries, acumulació de metalls pesants i altres substàncies nocives i efectes negatius de les radiacions ionitzants, entre d'altres).

Les qüestions del medi ambient i, en general, l'equilibri ecològic de la Terra són objecte d'una creixent preocupació d'abast internacional, la qual es tradueix també, des de la perspectiva de la política de salut, en un interès renovat pel medi ambient, com un dels principals factors condicionants de la salut, més enllà del que s'havia anomenat sanejament ambiental.

La Conferència Europea sobre Medi Ambient i Salut³ reconegué la magnitud del problema de salut creat per determinades condicions del medi ambient i recomanà els processos de diagnòstic que haurien de permetre la posada en marxa d'accions comunes en aquesta matèria, d'acord amb les estratègies següents:

- a) Gestió del medi com un recurs positiu per a la salut i el benestar.
- b) Col·laboració intersectorial per a la protecció de la salut, i promoció de la recerca mèdica en dues àrees claus: la toxicologia ambiental i l'epidemiologia ambiental.
- c) Impuls de programes interdisciplinaris de recerca en epidemiologia ambiental per tal de clarificar les relacions entre el medi i la salut.
- d) Responsabilitat del sector de la sanitat de la vigilància epidemiològica, mitjançant la recollida, l'anàlisi de dades i l'avaluació de l'impacte dels factors ambientals sobre la salut, com també informació a la població i els sectors socials sobre línies d'actuació i prioritats.
- e) Programes nacionals i internacionals de formació multidisciplinària, educació sanitària i informació a institucions públiques i privades.

Existeix gran preocupació internacional pel medi ambient com un dels principals factors condicionants de la salut

³ Vegeu *European Charter on Environment and Health, Frankfurt am Main, 1989.*

L'assoliment d'un medi ambient més saludable no es pot deslligar de l'estratègia global de conservació del medi

Cal la coordinació interinstitucional per a la integració de les polítiques de medi ambient

L'estratègia regional europea de l'OMS, de la salut per a tothom l'any 2000, dedica 6 dels 38 objectius al tema del medi ambient físic (cooperació multi-sectorial per a la protecció del medi ambient; vigilància, avaluació i control dels riscos ambientals relacionats amb la salut; control de la contaminació de l'aigua; control de la contaminació de l'aire; control dels residus perillosos; condicions de vida en vivendes i col·lectivitats).

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 ser plantejats des d'una perspectiva intersectorial.

El Pla de Salut de Catalunya estableix objectius i intervencions sobre el medi ambient. En una primera etapa, aquestes intervencions se centren fonamentalment sobre aspectes que s'emmarquen dins les competències pròpies del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

L'enfocament intersectorial, que es requereix per a les actuacions sobre el medi ambient, fa necessària la coordinació interinstitucional per a la integració de les polítiques de medi ambient i de salut, tot establint els objectius, conjuntament, des dels organismes que tenen competències sobre els diversos aspectes que afecten el medi ambient i la salut. La Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut, creada per l'Ordre de 23 d'octubre de 1992, sobre la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, permetrà avançar en aquesta línia.

L'esmentada Ordre estableix que, excepcionalment, pel fet que es tracta del primer Pla de Salut, durant l'any 1993, aquest serà objecte d'ampliació que se sotmetrà també a l'aprovació del Govern de la Generalitat el gener de 1994. En aquest sentit, l'àmbit de medi ambient saludable serà un dels que veuran ampliat els objectius i les intervencions. Així, doncs, a més dels objectius que es fixen en aquest primer moment del Pla de Salut de Catalunya, el proper any serà possible establir-ne de nous, amb un millor nivell de definició i de consens, sobretot pel que fa a la pertinença i factibilitat de les accions que s'hauran de desenvolupar.

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen, entre d'altres, els objectius següents:

- 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)

A més dels esmentats anteriorment, es creu convenient fixar els objectius generals de disminució de risc següents:

- 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.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Vigilància epidemiològica i avaluació de l'impacte sobre la salut dels factors mediambientals.
2. Elaboració d'un programa específic per a la millora de les aigües de subministrament públic.
3. Elaboració d'un programa de medi ambient saludable a la llar.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.161. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert un sistema per avaluar epidemiològicament el 100% dels episodis de contaminació del medi ambient, a partir de les dades facilitades per les instàncies competents en la matèria.
- A.162. Durant l'any 1993 i successius, s'actualitzarà de manera continuada la informació sobre els equipaments d'ús col·lectiu que han de ser controlats per possibles riscos per a la salut.
- A.163. Durant l'any 1993 i successius, s'actualitzarà de manera continuada la informació sobre el risc per a la salut dels principals factors que es relacionen amb la contaminació interior dels habitatges.
- A.164. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb el control sanitari del 100% dels càmpings, de les cases de colònies i dels albergs de joventut.
- A.165. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert els criteris d'excepcionalitat aplicables a Catalunya, d'acord amb el Reial Decret 1138/90.
- A.166. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert la figura del responsable sanitari a tots els sistemes d'aigües de subministrament públic de Catalunya.

17.2 Higiene dels aliments

Aquesta intervenció es planteja per tal de fer front als problemes de salut que es relacionen amb l'estat i la manipulació dels aliments.

Els aliments de consum humà aporten l'energia i els nutrients necessaris per al manteniment de la integritat corporal i per a la realització de les tasques de la vida diària. Però els aliments també són potencialment perillosos per a la salut, ja que poden actuar com a vehicles de transmissió o com a medi de cultiu de microorganismes causants de malalties i de contaminants orgànics i inorgànics i ser causa d'intoxicacions agudes o cròniques.

Els aliments són la font d'energia necessària per viure però al mateix temps són potencialment perillosos per a la salut

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut es fixen els objectius següents:

- 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 higiènic-sanitàries fixades per la normativa vigent. (Objectiu 142)

A més dels esmentats anteriorment, es creu convenient fixar l'objectiu general de disminució de risc següent:

- D'aquí a l'any 2000 cal que tots els establiments que distribueixen aliments manufacturats, els venen al públic o serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva estiguin sotmesos a intervencions de control sanitari.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Vigilància i control sanitari dels establiments que elaboren, manipulen i distribueixen els aliments.
2. Formació dels manipuladors d'aliments.
3. Adaptació sistemàtica de les normes de vigilància alimentària a les directrius comunitàries.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.167. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, tots els escorxadors s'hauran d'haver adaptat a la normativa sanitària comunitària.
- A.168. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà de completar la base de dades d'establiments que distribueixen aliments manufacturats, els venen al públic o els serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva.
- A.169. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'establiran els criteris comuns mínims 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.
- A.170. 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 el 90% apliquin els corresponents codis de Bones Pràctiques d'Elaboració i Manipulació.
- A.171. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 100% dels manipuladors d'aliments de l'àmbit de la restauració i de la pastisseria hauran rebut educació sanitària en matèria d'higiene alimentària i hauran de disposar de carnet de manipuladors.
- A.172. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb l'adaptació sistemàtica de la normativa de vigilància alimentària a les directrius comunitàries.

Problemes de salut materno-infantil

Durant els darrers decennis hi ha hagut una notable millora dels indicadors del nivell de salut materno-infantil a Catalunya. L'any 1900 la taxa de mortalitat infantil s'apropava a 150 per 1.000 nascuts vius, i es reduí fins a 7 per 1.000 nascuts vius l'any 1990. Així mateix, la mortalitat materna ha experimentat un important descens en el mateix període, passant d'una taxa de 541,2 morts per 100.000 nascuts vius l'any 1900 a una taxa de 4 per 100.000 nascuts vius l'any 1990. Aquestes taxes situen a Catalunya en una posició comparable a la dels altres països desenvolupats.

Múltiples factors s'han conjugat per assolir aquest avenç tan espectacular. Potser els més importants han estat els impressionants descensos en la morbiditat i la mortalitat atribuïbles a les malalties transmissibles i a la virtual desaparició de les malalties ocasionades per dèficits nutricionals. Tanmateix, les causes principals de la disminució de la magnitud d'aquestes patologies han estat la millora del nivell de vida i de l'alimentació, el progressiu sanejament ambiental i la major cobertura vacunal de la població infantil.

Durant aquests darrers anys s'hi podrien afegir d'altres factors determinants, com són la millora de l'atenció obstètrica pel que fa al seguiment de la gestació i l'atenció al part i especialment l'elevadíssim percentatge de parts ateses en centres hospitalaris, l'ús dels antibiòtics a gran escala i l'aplicació de les facilitats d'accés a l'atenció pediàtrica.

Malgrat que els indicadors de mortalitat infantil (nens morts de menys d'un any) mostren un bon nivell de salut del grup de població infantil, si s'analitza la importància relativa de les diferents causes de mort en aquest grup d'edat, cal destacar que les causes perinatals i les anomalies congènites representen el 75,9% del total de defuncions registrades a Catalunya l'any 1989.

Així mateix, cal remarcar que, entre les causes de mortalitat perinatal, la hipòxia i l'asfíxia, juntament amb les complicacions de placenta, cordó o membranes poden representar més del 40% de les causes. Es pot atribuir als factors assistencials una gran influència sobre aquestes defuncions¹.

Pel que fa a la morbiditat perinatal, cal destacar que actualment a Catalunya el 6,1% dels nadons són de baix pes i el 6% són prematurs. La tipificació dels embarassos d'acord amb el risc, la racionalització del procés d'atenció a l'embaràs, el part i el puerperi i l'establiment de circuits adequats d'atenció perinatal, poden disminuir la mortalitat i la morbiditat perinatal per aquestes causes. Igualment, les patologies perinatals associades al part distòcic com les anòxies, les asfíxies i els traumes obstètrics i les seves conseqüències (discapacitats físiques i psíquiques) poden disminuir mitjançant la millora de l'atenció als parts de risc.

El patró de morbiditat dels infants de 0 a 14 anys ha evolucionat també en els darrers decennis. Actualment la situació es caracteritza per:

- L'origen pluricausal dels problemes de salut, molt lligats als estils de vida (sedentarisme, obesitat).
- L'inici a l'edat infantil de problemes de salut amb tendència a la cronicitat en l'edat adulta (malalties cardíoc-vasculars, càncer).

En les darreres dècades s'ha observat un descens de la mortalitat materna i infantil

La millora de l'atenció obstètrica i pediàtrica i l'antibioticoteràpia són factors determinants per a la disminució de la morbiditat i la mortalitat materno-infantil

Les causes perinatals i les anomalies congènites són les principals causes de mort en la població infantil

Les patologies associades al part distòcic, han disminuït mitjançant la millora de l'atenció als parts de risc

Hi ha factors que condicionen que el patró de morbiditat dels infants de 0 a 14 anys s'hagi modificat en les darreres dècades

¹ Ajuntament de Barcelona. Àrea de Salut Pública de l'Institut Municipal de la Salut. Enquesta confidencial de mortalitat perinatal a Barcelona. Barcelona 1991.

- L'existència de patologies, l'evolució de les quals pot ser millorada si es detecten en el període presimptomàtic (problemes d'agudesa sensorio-motora, criptorquídies, certes anomalies d'extremitats i de raquis, càries dental).

Objectius generals de salut

- 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 el 6,5 per 1.000 naixements.
- D'aquí a l'any 2000 cal reduir la mortalitat infantil fins el 6,5 per 1.000 nascuts vius

Objectius generals de disminució de risc

- 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.

Intervencions

D'acord amb aquest nou patró de morbi-mortalitat infantil sorgeix la necessitat de reorientar l'atenció sanitària cap a:

- a) Detecció precoç de les malalties congènites.
- b) Millora de l'atenció i el seguiment de l'embaràs, el part i el puerperi, com també de l'atenció perinatal.
- c) Millora del seguiment del desenvolupament del nen sa.
- d) Promoció d'actituds i hàbits de salut positiva en els adolescents i les dones gestants, com també en els nens i les seves famílies en relació amb la salut materno-infantil.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Continuar amb les activitats de diagnòstic prenatal i neonatal precoç per tal de detectar les malalties congènites i els problemes de salut infantil susceptibles d'intervenció.
2. Potenciar l'aplicació i l'operativització dels criteris comuns mínims establerts per a Catalunya per a l'atenció i el seguiment de l'embaràs normal i de risc, al part i al puerperi, com també de l'atenció perinatal.
3. Estendre la implantació del protocol de seguiment del nen sa.
4. Promoure la incorporació d'actituds i hàbits de salut positiva en els adolescents i les dones gestants com també en els nens i les seves famílies en relació amb la salut materno-infantil, mitjançant l'educació sanitària.
5. Potenciar la formació específica de professionals en ecografies per a la detecció de malformacions congènites.
6. Promoure la coordinació entre els centres, els serveis i els nivells assistencials implicats en l'atenció materno-infantil.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995**Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut**

- A.173. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb l'aplicació dels criteris comuns mínims per a Catalunya en la detecció precoç de les malalties congènites i els problemes de salut infantils definits en el protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites a Catalunya i en el protocol del nen sa, respectivament.
- A.174. Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal mantenir cobertures del 98% en el cribratge de la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme congènit dels nascuts a Catalunya i donar continuïtat als mecanismes de seguiment i control a nivell hospitalari dels nadons positius a aquests cribratges.
- A.175. Abans de l'any 1994, es definiran criteris d'educació sanitària adreçats a la promoció d'hàbits saludables de l'adolescent, la dona gestant, el nen i la seva família, en relació amb la salut materno-infantil.
- A.176. Durant l'any 1993 i successius, es donarà continuïtat als programes de formació d'ecografistes per a la detecció precoç de malformacions congènites.
- A.177. Abans de l'any 1994, s'establiran els criteris de coordinació dels recursos i els nivells d'atenció implicats en l'atenció materno-infantil.

Regions sanitàries

- A.178. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran l'aplicació progressiva del protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites a Catalunya per a la detecció de malformacions congènites en els embarassos normals i els de risc.
- A.179. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol consensuat d'atenció i seguiment de l'embaràs normal i de risc, d'atenció al part i al puerperi, com també d'atenció perinatal que inclogui, entre d'altres, aspectes sobre la informació que cal facilitar a les dones gestants, els criteris de tipificació i d'atenció dels embarassos de risc, la documentació sanitària específica per facilitar el control i el seguiment de l'embaràs, i els criteris d'eficàcia i seguretat per al trasllat de prematurs i nadons als centres hospitalaris, així com criteris d'atenció perinatal.
- A.180. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries avaluaran els aspectes qualitius i quantitius de l'aplicació del protocol de seguiment del nen sa en l'àmbit d'atenció primària de salut.
- A.181. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran l'aplicació progressiva del protocol de seguiment del nen sa en l'àmbit d'atenció primària de salut.
- A.182. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries definiran i aplicaran una estratègia d'informació i educació sanitària per tal d'incorporar actituds i hàbits saludables, tant en els adolescents i les dones gestants, com en els nens i les seves famílies en relació amb la salut materno-infantil, fent èmfasi especial en les activitats de preparació per al part i l'educació maternal, la promoció de la lactància natural, la informació sexual i la planificació familiar.

Problemes de salut dels immigrants estrangers

Manca bona informació sobre el nombre i les característiques dels immigrants estrangers a Catalunya

La població immigrant estrangera a Catalunya ha augmentat un 22,4% en 3 anys

S'estima que l'any 1991 hi havia a Catalunya 30.000 immigrants estrangers en situació il·legal

Les perspectives de futur quant a la immigració estrangera a Catalunya són bastant incertes

La població immigrant estrangera presenta problemes de salut i problemes relacionats amb els estils de vida i l'accés als serveis sanitaris

La població immigrant estrangera a Catalunya es considera d'especial interès sanitari pel context polític, social, econòmic, cultural, laboral i legal

Les dades disponibles sobre el nombre d'immigrants estrangers a Catalunya, les característiques socio-demogràfiques que presenten i la situació legal en què es troben són incompletes i confuses. La nacionalitat d'aquesta població és, per ordre d'importància, la següent: alemanya, francesa, marroquí i sud-americana. Tanmateix, la situació laboral, legal i cultural d'aquests grups és ben diferent. Les fonts de dades bàsiques de què es disposa són els censos i els permisos de residència, que permeten conèixer la població legal. Pel que fa a la població il·legal sempre es treballa amb estimacions.

Segons aquestes fonts, l'any 1989 hi havia a Catalunya 63.542 residents legals de nacionalitat estrangera, dada que, comparada amb la de l'any 1986 (51.934), demostra un creixement del 22,4% en tres anys (7,5% anual).

Segons la Direcció General de Migracions del Ministeri de Treball, s'estima que al final de l'any 1991 a Catalunya hi havia 30.000 immigrants en situació il·legal, dada que arriba a partir de les sol·licituds de regulació de residència.

Les perspectives de futur quant a la immigració estrangera són bastant incertes, sobretot pel marc legal que hi pot haver i que determinarà la situació laboral. Es preveu que, en principi, els immigrants podran procedir d'Àfrica del nord i dels països de l'Est, amb l'objectiu de trobar feina, o del nord d'Europa, amb la intenció de viure aquí després de la jubilació. Aquesta situació evolucionarà en funció del marc legal i del desenvolupament dels aspectes polítics, econòmics i socials del nostre país.

Un altre fenomen a valorar està relacionat amb la mobilitat de la població general que, per motius culturals i de negocis, canvia amb freqüència de país. El turisme creixent als països del Tercer Món suposa un risc d'importació de malalties tropicals que cal tenir molt en compte a partir d'ara.

Els principals problemes de salut de la població immigrant estrangera són la SIDA, les MTS, la salut materno-infantil, els problemes nutricionals, els problemes de salut mental, l'estat immunitari (vacunacions) i les malalties tropicals. Quant als problemes relacionats amb els estils de vida, destaquen els que es refereixen als hàbits alimentaris i nutricionals, als hàbits higiènics i a la conducta sexual.

Respecte a l'ús dels serveis els problemes es refereixen sobretot a la dificultat d'accés i a les dificultats de comunicació per la seva condició cultural i idiomàtica. Cal considerar aspectes com la comunicació lingüística, el concepte cultural del procés salut-malaltia, la por, el tipus de demanda sol·licitada, les condicions laborals i la relació que estableixen amb el professional. Tots aquests aspectes dificulten l'accés als serveis sanitaris, la realització de l'anamnesi i el seguiment del procés.

Tot això, lligat a la manca de dades demogràfiques, de les condicions laborals i culturals, obstaculitzen encara més el control epidemiològic de les malalties transmissibles i l'establiment de polítiques de prevenció i d'educació sanitària.

Podem considerar el grup de població immigrant a Catalunya com d'especial interès sanitari pel context polític, social, econòmic, cultural, laboral i legal que determina la presència de problemes específics de salut, d'estils de vida i d'utilització de serveis. És per això que en el Pla de Salut 1993-1995 es proposen un conjunt de línies d'actuació per a la millora de l'atenció de la població immigrant estrangera.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Millora de la identificació i la caracterització d'aquesta població en el territori.
2. Promoció de la formació continuada dels professionals per tal de millorar la capacitat de resolució dels problemes de salut específics d'aquest col·lectiu.
3. Promoció de la coordinació entre centres, nivells i serveis assistencials, així com d'altres institucions i organitzacions no governamentals, per tal de valorar la integració social i cultural d'aquest col·lectiu.
4. Incorporació dels aspectes específics d'aquest col·lectiu en totes les activitats de l'atenció i endegar mesures concretes pel que fa al tracte i l'accessibilitat.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995**Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut**

- A.183. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació més exhaustiva relativa a la identificació i caracterització de la població immigrant estrangera en el territori.
- A.184. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert criteris generals de formació continuada dels professionals en els aspectes específics dels problemes de salut dels immigrants estrangers.
- A.185. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els criteris comuns mínims generals de coordinació de centres, dels nivells de les administracions públiques i de les organitzacions no governamentals en relació a l'atenció a la població immigrant estrangera a Catalunya.
- A.186. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris comuns mínims per a Catalunya mitjançant la participació dels professionals, tant per a l'atenció de les malalties tropicals com per a l'atenció dels aspectes diferencials del col·lectiu d'immigrants estrangers en els protocols de la SIDA, les malalties de transmissió sexual, la salut materno-infantil, els problemes nutricionals, els del compliment del calendari de vacunacions i els de salut mental.
- A.187. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els criteris comuns mínims d'atenció sanitària i sòcio-sanitària a la població immigrant estrangera pel que fa al tracte i l'accessibilitat.
- A.188. Durant l'any 1993 i successius, i mitjançant la Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut, es proposaran un conjunt de mesures que permetin aprofundir en el coneixement de la població immigrant estrangera i establir els criteris generals de coordinació entre tots els àmbits relacionats amb aquest col·lectiu.

Regions sanitàries

- A.189. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran de la informació relativa a la identificació i la caracterització de la població immigrant estrangera en el territori.
- A.190. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació conti-

nuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en l'atenció sanitària i socio-sanitària de la població immigrant estrangera.

- A.191. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran adoptat criteris de coordinació de centres, dels nivells de les administracions públiques i de les organitzacions no governamentals en relació a l'atenció a la població immigrant estrangera que inclouran els criteris comuns mínims establerts per a Catalunya.
- A.192. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries incorporaran progressivament aspectes específics per aquest col·lectiu en els protocols de les malalties tropicals, de la SIDA, de les malalties de transmissió sexual, de la salut materno-infantil, dels problemes nutricionals, de compliment del calendari de vacunacions i de salut mental.
- A.193. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran adoptat mesures d'atenció específica per aquest col·lectiu, tant a nivell dels serveis com dels professionals, pel que fa a l'accessibilitat i al tracte.
- A.194. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran incorporat els aspectes diferencials de la població immigrant estrangera en les activitats d'educació sanitària que s'estableixin a la regió.

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

Bona part de les patologies que provoquen més morbi-mortalitat a Catalunya tenen relació amb els hàbits de conducta de la població, confirmant el fet, prou contrastat ja, que els estils de vida són en l'actualitat un dels principals determinants de la salut en els països desenvolupats.

La promoció d'hàbits saludables és una de les mesures que més pot contribuir a la millora de l'esperança i la qualitat de vida de la població. Això no obstant, l'adquisició, la modificació o l'eliminació d'hàbits no és fàcil. Menys encara quan es volen modificar i/o eliminar hàbits culturalment molt arrelats (per exemple el consum de greixos), que produeixen cert tipus de gratificacions immediates (ús d'alcohol o altres drogues), o que constitueixen, en determinats grups, elements d'integració social (ús del tabac).

Malgrat aquestes dificultats, l'impacte enormement positiu que en el conjunt de la població i en determinats grups etaris en particular, com el dels joves, representaria l'adquisició de determinats hàbits saludables, converteix en prioritària una intervenció en aquest àmbit.

És per això que el Pla de Salut de Catalunya incorpora en l'abordatge de bona part dels problemes de salut identificats intervencions adreçades a promoure hàbits saludables i a modificar i/o eliminar aquells que no ho són.

Els estudis realitzats han posat de manifest que és més fàcil introduir nous hàbits que modificar els que estan sòlidament instaurats. Això determina els tipus d'actuacions que cal dur a terme. En aquest sentit, és prioritari endegar accions sobre la població infantil i juvenil, tant en el medi escolar com en l'extra-escolar. En relació a la població adulta amb determinats hàbits ja adquirits que caldria modificar, és important abordar el tema a partir del disseny d'objectius progressius i realistes que en facilitin la modificació.

El medi escolar és, per raons diverses (cobertura, fase d'aprenentatges, moment «plàstic» dels escolars), un medi idoni per dur a terme programes de promoció d'hàbits saludables en la població infantil i juvenil.

D'altra banda, els grups no escolaritzats d'aquesta població constitueixen precisament un col·lectiu d'alt risc respecte a conductes poc saludables. En aquest sentit, caldrà valorar la importància d'intervencions preventives i de promoció d'hàbits saludables en medis extra-escolars com els casals de joves i les escoles-taller de formació ocupacional, entre d'altres.

En aquest context, el paper dels serveis sanitaris pot concretar-se en un reforçament de les accions educatives i en l'establiment del consell assistit¹ i de la intervenció comunitària². 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 del professional, i perquè el ciutadà quan accedeix als serveis, té una actitud positiva per acceptar missatges i propostes que facilitin el seu benestar. En aquest sentit, caldrà potenciar l'educació sanitària en forma de consell individual, com una activitat habitual a les consultes d'atenció primària i en general a tots els àmbits assistencials.

Els hàbits i els estils de vida són un dels principals determinants de la salut als països desenvolupats

La població infantil i juvenil és un grup prioritari d'actuació

Els medis escolar i extra-escolar són els més idonis per dur a terme intervencions de promoció d'hàbits saludables

Cal potenciar el consell assistit com una activitat habitual de l'atenció primària

¹ Diàleg i relació permanents entre l'usuari i el professional, amb l'objectiu de prevenir els problemes de salut i aportar suport psico-social, tot potenciant les capacitats de l'usuari per conduir el seu propi procés.

² Aquella que parteix de les necessitats concretes detectades en la comunitat de referència, i que utilitza i potencia els recursos existents en la pròpia comunitat, a fi que aquesta assumeixi un paper actiu en la intervenció.

Les accions educatives han de tenir en compte els factors que incideixen en l'adquisició, el manteniment o la desaparició dels hàbits

Acceptant que la informació és una condició necessària però insuficient per a canviar conductes, caldrà dissenyar intervencions que tinguin en compte altres variables que incideixen en l'adquisició, el manteniment o la desaparició d'hàbits i conductes:

- Actituds, valors i creences de l'individu i del grup de pertinença respecte a la conducta que es vol modificar i a la que s'intenta fomentar: percepció de risc i valoració de les conseqüències negatives, importància de la conducta com a element de cohesió del grup o valoració prioritària de les seves conseqüències gratificants en front de les conseqüències negatives que se'n puguin derivar.
- Habilitats en la realització de la conducta que es vol modificar, de manera que aquesta sigui prou eficaç.
- Existència d'estrís i recursos que facilitin els hàbits saludables i ofereixin alternatives als nocius (per exemple: guies per deixar de fumar, centres dispensadors de metadona, preservatius).
- Accessibilitat (física, psico-social, econòmica) als estris i als recursos esmentats.
- Resposta del medi social i familiar a la conducta concreta de l'individu.

Cal subratllar també la importància que en aquest tema té el sistema de suport social (família, grups d'iguals, grups d'autoajuda) i la utilització de recursos informals i comunitaris.

No es pot oblidar tampoc que, sovint, els hàbits que es volen modificar tenen per a l'individu conseqüències positives pràcticament segures i gairebé sempre immediates (plaer, disminució del malestar, acceptació per part del grup); i, en canvi, les conseqüències negatives que se'n deriven són només probables i, en molts casos, a mitjà o llarg termini. En general, l'individu prefereix la gratificació segura i immediata, fins i tot si és menor, que el seu ajornament encara que pugui ser superior, per tant les intervencions encaminades a promoure hàbits saludables haurien de proporcionar a l'individu beneficis segurs i immediats, siguin socials, psicològics, econòmics o de qualsevol altre tipus. És per això que en l'elaboració de materials preventius caldrà potenciar els missatges que associïn la realització d'hàbits saludables amb els valors socialment dominants —plaer, èxit, suport social, bon aspecte físic, aventura—, i evitar aquells que puguin significar una culpabilització de la població diana. En resum, les intervencions sobre hàbits i estils de vida es dirigiran als àmbits i grups etaris següents:

- Escola, serveis i altres.
- Infantil i juvenil, adults i vellesa.

Objectius generals de salut

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixa l'objectiu següent:

- 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)

La promoció d'hàbits saludables ha de proporcionar a l'individu beneficis segurs i immediats

Objectius generals de disminució de risc

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya es fixen, entre d'altres, els objectius següents³:

- 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 de persones de 15 anys i més que són absolutament sedentàries durant el temps de lleure, almenys en un 40%. (Objectiu 106)
- D'aquí a l'any 2000 cal augmentar la prevalença d'adults que realitzen activitats físiques intenses 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)

Intervencions

Atès que les diverses actuacions factibles es troben força relacionades i que no és possible, en una primera fase, dur a terme totes les desitjables, caldrà dissenyar un conjunt d'actuacions prioritàries i integrades. És a dir, definir un «grup mínim» de problemes de salut sobre els quals cal actuar segons els àmbits i els grups etaris esmentats, i amb la intenció d'ampliar-lo progressivament. D'acord amb les conclusions i les propostes elaborades en el «Llibre Blanc de Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial», i afegint-hi, per la seva rellevància, l'ús de medicaments, els temes de què es parteix per a l'elaboració del «grup mínim» són:

Cal prioritzar inicialment un grup mínim de problemes de salut, ampliable progressivament

³S'hi inclouen els objectius relacionats amb l'alimentació, la nutrició, l'activitat física i l'excés de pes. No s'hi inclouen d'altres relacionats amb els hàbits de la població, ja que reben un tractament especial en aquest Pla de Salut.

- a) Accidents.
- b) Alcohol i altres drogodependències.
- c) Alimentació.
- d) Exercici físic.
- e) Salut buco-dental.
- f) Medicaments.
- g) MTS i SIDA.
- h) Tabac.

D'acord amb les característiques dels problemes detectats, dels grups etaris implicats i dels àmbits d'actuació, s'ha elaborat la taula 72.

Taula 72

Àmbits d'actuació implicats en la promoció d'hàbits saludables

Hàbits en relació amb:	Serveis sanitaris	Escola	Altres ¹
Accidents	x ²	xx ³	x
Alcohol i altres drogodependències	xx	xxx ⁴	xx
Alimentació	xx	xx	x
Exercici físic	xx	xx	x
Salut buco-dental	xx	xxx	x
Medicaments	xxx	xxx	x
MTS i SIDA	xx	xxx	xx
Tabac	xxx	xxx	xx

1 Mitjans de comunicació, comunitat, presons i altres

2 Nivell baix d'implicació

3 Nivell mitjà d'implicació

4 Nivell alt d'implicació

Els àmbits d'actuació són els serveis sanitaris, l'escola i d'altres de caràcter intersectorial

La implicació de l'àmbit «Serveis sanitaris» en la promoció d'hàbits saludables queda recollida en l'abordatge que contempla el Pla de Salut en relació amb cadascun dels problemes de salut identificats i sobre els quals es fixen objectius.

La implicació de l'àmbit «Escola» en la promoció d'hàbits saludables queda reflectida en les propostes del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, que per les seves característiques i el seu pes específic en el tema es presenten en aquest capítol en un apartat propi i amb els corresponents objectius operacionals.

La implicació de l'àmbit «Altres» en la promoció d'hàbits saludables es reflecteix en els apartats on el Pla de Salut aborda els problemes identificats, i comporta, en general, un nivell d'abordatge intersectorial.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Desplegament del «Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola».
2. Aplicació dels «grups mínims» de problemes de salut (conjunt d'actuacions prioritàries i integrades) per àmbits d'intervenció i grups etaris.

3. Impuls del consens clínic entre els professionals per a la incorporació dels criteris existents en relació amb la promoció d'hàbits saludables entre la població.
4. Formació dels professionals de l'atenció primària de salut respecte a la promoció d'hàbits saludables entre la població, tant a partir del consell assistit com mitjançant la intervenció comunitària.
5. Elaboració de materials educatius de suport, específicament adreçats a poblacions concretes.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A més dels objectius que es plantegen com a específics en aquest apartat, cal recordar que en l'abordatge de diversos problemes de salut que apareixen en aquest Pla de Salut es contemplen altres objectius operacionals relacionats amb la promoció d'hàbits saludables.

- A.195. Abans de l'any 1994, s'haurà establert un Pla d'actuació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, que inclogui el grau de participació de les escoles, així com els temes propis del programa.
- A.196. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris que facilitin el disseny integrat i progressiu dels «grups mínims» de problemes de salut o factors de risc sobre els quals actuar.
- A.197. Abans de l'any 1995, s'hauran elaborat els materials educatius de suport a les intervencions realitzades des de les regions sanitàries.

Regions Sanitàries

- A.198. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 50% de les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament tindran un protocol per a la incorporació del consell assistit i la intervenció comunitària en relació amb la promoció d'hàbits saludables, d'acord amb els criteris proposats a nivell de Catalunya.
- A.199. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació dels professionals de l'atenció primària de salut incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb la promoció i la facilitació d'hàbits saludables entre la població.
- A.200. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert l'estratègia de coordinació amb el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, a fi d'endegar el Pla d'actuació.

Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola⁴

El Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, creat mitjançant el Decret 79/1990 de 20 de març, neix amb la voluntat de ser un instrument eficaç per a potenciar la incorporació dels continguts i de les estratègies positives de salut en el marc de l'escola.

El Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola incorpora objectius per promoure estils de vida sans dins el desenvolupament integral de l'individu

⁴Aquest apartat ha estat elaborat conjuntament amb el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.

L'Educació per a la Salut considerada com a instrument bàsic per promoció-hàbits, valors i comportaments favorables per a la salut troba un lloc idoni en el marc de l'escola, on l'objectiu clau és el desenvolupament integral de l'individu en edat evolutiva i on es disposa de materials i instruments formatius per a la realització d'aquesta tasca.

La incorporació de l'educació per a la salut a l'escola facilita que els individus adquireixin un estil de vida sa que els permeti prevenir problemes de salut relacionats amb els hàbits i els comportaments.

Des d'aquesta perspectiva, els objectius de l'educació per a la salut a l'escola es concreten principalment en aquests punts:

- Incorporar coneixements, actituds i habilitats bàsiques a l'escola, que afavoreixin la promoció de la salut individual i col·lectiva.
- Estimular l'adquisició d'hàbits saludables i capacitar els infants i els joves perquè tinguin cura d'ells mateixos.
- Introduir continguts de l'educació per a la salut a l'escola al llarg del desenvolupament curricular en les diferents etapes educatives.
- Potenciar la participació de tots els membres i estaments de la comunitat educativa, i sectors implicats en els projectes d'educació per a la salut a l'escola.

Per assolir aquests objectius, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola ha desenvolupat diferents activitats en relació amb els temes següents:

- Higiene i salut.
- Alimentació i nutrició.
- Prevenció de malalties.
- Salut i medi ambient.
- Pedagogia de la sexualitat i l'afectivitat.
- Prevenció de les drogodependències.
- Activitat física i salut.
- Salut mental.
- Prevenció d'accidents.

Fins el moment, les accions dutes a terme pel Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola han comprès la formació del professorat, l'elaboració de materials didàctics, l'assessorament continuat a les persones implicades en l'educació per a la salut, la coordinació amb diversos departaments i programes i l'obtenció de dades que permetin el disseny de les accions futures.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

En el marc del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, les línies bàsiques d'actuació són:

1. Informació i formació continuada dels professionals docents i no docents implicats en l'educació per a la salut a l'escola, en els temes del Programa.
2. Elaboració de materials informatius i didàctics sobre els temes del Programa.
3. Suport a la integració de programes d'Educació per a la Salut a l'Escola.
4. Coordinació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola amb els serveis sanitaris, socials, socio-sanitaris i educatius.
5. Realització d'estudis de situació i de necessitats.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.201. Abans de l'any 1995, caldrà disposar de dades sobre el nivell d'implantació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.
- A.202. Abans de l'any 1995, s'inclouran en la formació continuada dels professionals docents els temes d'educació per a la salut a l'escola.
- A.203. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit l'estratègia d'integració dels seus programes en l'àmbit de l'escola.
- A.204. Abans de l'any 1995, els centres docents de primària i secundària a Catalunya disposaran dels quaderns que contenen els criteris i les orientacions bàsiques per a la seva aplicació en l'ensenyament obligatori dels temes propis del Programa d' Educació per a la Salut a l'Escola.
- A.205. Durant l'any 1993 i successius, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola es coordinarà amb el Servei Català de la Salut pel que fa a la detecció de necessitats i problemes prioritaris dels diferents àmbits territorials.
- A.206. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà de dades dels estudis sobre l'estat de salut de la població de 12 a 16 anys a Catalunya, el nivell de salut mental i de fracàs pedagògic dels ensenyants i l'estrès i la salut dels mestres.



B.

Objectius i intervencions sobre els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris

Les intervencions que en relació amb els serveis es proposen en el Pla de Salut de Catalunya 1993-1995 s'inscriuen en l'enfocament normatiu que proporciona la LOSC i que defineix el Servei Català de la Salut com a entitat planificadora, avaluadora i finançadora dels serveis. El Servei Català de la Salut, per assolir els seus objectius, no gestiona directament els serveis, sinó que contracta la seva prestació amb entitats proveïdores.

L'organització del Servei Català de la Salut es diferencia clarament de la organització sanitària que havia existit fins ara. S'estructura d'una manera desconcentrada i es dota de serveis centrals i territorials. Les regions sanitàries, els sectors sanitaris i les ABS són els tres nivells territorials del Servei Català de la Salut.

A l'hora de definir les intervencions i els objectius en relació amb els serveis s'han de tenir presents les funcions que són pròpies de les diferents estructures territorials del Servei Català de la Salut. Les regions sanitàries i els sectors sanitaris tenen la responsabilitat de planificar i avaluar la correcta prestació dels serveis per part dels diversos proveïdors, i de garantir la participació comunitària i la satisfacció dels ciutadans amb l'atenció sanitària rebuda.

La creació del Servei Català de la Salut configura, doncs, un nou escenari que implica canvis substancials en l'estructura, el funcionament i la cultura de l'organització sanitària.

Des d'aquesta perspectiva les accions a desenvolupar en relació als serveis s'han d'orientar a:

- Dotar el Servei Català de la Salut dels instruments necessaris per poder desenvolupar les funcions que li són encomanades d'acord amb la LOSC.
- Iniciar, estendre i consolidar aquells processos de reordenació dels serveis que tendeixin a l'optimització i la racionalització dels recursos i que permetin configurar una xarxa d'atenció sanitària més equitativa i eficient.
- Potenciar aquelles activitats que condueixin a la millora dels resultats, centrant els esforços en la prestació d'una atenció que reforci els aspectes assistencials, consideri el ciutadà com el centre d'atenció del sistema i els professionals com els veritables actors del canvi.
- Vetllar des de la regió sanitària, com a estructura desconcentrada del Servei Català de la Salut, perquè les diverses entitats que realitzin la provisió de serveis ho facin d'acord amb els criteris de qualitat i d'eficiència que estableixi el Servei Català de la Salut i amb les polítiques generals del Departament de Sanitat i Seguretat Social. El sector sanitari és la unitat operativa on s'aniran desenvolupant de manera especial les estratègies i els mecanismes d'avaluació més lligats a la provisió dels serveis.

Les intervencions que es proposen es basen en la política de serveis del Departament de Sanitat i Seguretat Social ja exposada en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya i molt especialment en els aspec-

El Servei Català de la Salut és l'entitat planificadora, avaluadora i finançadora dels serveis sanitaris públics

tes relacionats amb l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis, amb l'usuari i amb els professionals. Aquestes, alhora, han de fer possible el desenvolupament de les activitats orientades al manteniment i a la millora de l'estat de salut de la població i a realitzar les accions encaminades a restablir la salut perduda. D'altra banda, per tal de fer efectiva la política de salut i de serveis, cal actuar sobre aspectes organitzatius i crear les condicions que permetin assolir els objectius plantejats. Això vol dir actuar també sobre un conjunt d'aspectes que han de tenir el paper d'instruments.

Aquests instruments són de diversa naturalesa. Alguns com la informació sanitària, resulten imprescindibles per a la planificació i l'avaluació. Altres, com són la formació continuada i la participació dels professionals, es converteixen en elements importants de motivació per assolir tant els resultats esperats com els canvis substancials que han de tenir lloc en l'organització.

La millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis és un dels eixos cabdals del Pla de Salut.

Les intervencions del Pla de Salut 1993-1995 en relació amb els serveis es desenvolupen en els següents apartats:

La millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis és un dels eixos cabdals del Pla de Salut

Cal desenvolupar els instruments que permetin fer efectives les polítiques de salut i de serveis

- Millorar l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis:
 - Atenció primària de salut.
 - Atenció hospitalària.
 - Atenció socio-sanitària.
 - Atenció a la salut mental.
 - Atenció sanitària urgent.
- Desenvolupar i consolidar instruments per tal de fer efectives les polítiques de salut i de serveis:
 - Sistema d'informació sanitària.
 - Elements de planificació.
 - Instruments per a la compra de serveis.
 - Formació continuada dels professionals.
 - Recerca.
 - Participació dels professionals.
- Millorar la utilització de medicaments en l'atenció primària de salut.

Per cada una d'aquestes intervencions es proposa un conjunt de línies d'actuació que constitueixen els diferents àmbits de treball i que recauen en aspectes cabdals de l'organització, adequant-se, alhora, al grau de desenvolupament i al context actual dels serveis.

Les línies d'actuació es concreten en una sèrie d'objectius operacionals. Aquests incorporen en la seva formulació el grau d'assoliment al qual s'ha d'arribar, la concreció en el temps i el nivell de l'organització amb responsabilitat directa sobre el desenvolupament de les accions necessàries per al seu assoliment.

Les línies d'actuació i els objectius operacionals en què es concreten les intervencions, han de guiar les accions de tots els àmbits del sistema sanitari i ser incorporades en els instruments de què es disposi per dirigir la política de serveis, especialment els contractes per a la compra de serveis, l'avaluació, la coordinació, el monitoratge de la satisfacció dels ciutadans i els criteris per a la presa de decisions.

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

Les línies d'actuació per a la millora de l'eficiència i de la qualitat dels serveis se centren en propostes de reorientació organitzativa i funcional dels serveis i en la introducció d'activitats sistematitzades relacionades amb el procés d'atenció. Cal consolidar el procés de planificació estratègica iniciat a l'àmbit sanitari mitjançant actuacions adreçades a estendre i consolidar els processos de reordenació dels serveis que contribueixin a configurar una xarxa d'atenció sanitària més eficient.

Un dels aspectes clau que ha de permetre fer efectiva l'optimització i racionalització dels serveis és la coordinació entre els diferents nivells i àmbits relacionats amb la salut. La coordinació ha de facilitar la utilització adequada de cada tipus de recurs tot evitant les duplicitats, garantint la idoneïtat de les actuacions i la continuïtat assistencial.

Assolir millores en l'equitat, l'eficiència i la qualitat en l'atenció requereix introduir, en el funcionament habitual dels serveis sanitaris, accions específiques relacionades amb les diferents facetes del procés d'atenció. Per això és important arribar a acordar criteris comuns i normalitzar procediments per a l'abordatge dels problemes de salut i del funcionament dels serveis. Cal arribar a aquests criteris comuns a partir del consens entre els professionals. Per això, el Servei Català de la Salut ha d'impulsar fórmules de treball i facilitar els mitjans que permetin la participació dels professionals en aquestes activitats.

Un altre aspecte rellevant és desenvolupar accions encaminades a la racionalització de la despesa. Per aquest motiu es proposen línies d'actuació que han de permetre anar incorporant la noció d'eficiència en determinats tipus de prestacions sanitàries i serveis, tot preservant-ne la qualitat i l'atenció a les necessitats de la població. La prescripció de medicaments i la utilització de les tecnologies mèdiques, tractats de manera específica en aquest document, són àmbits prioritaris d'actuació.

Finalment, cal desenvolupar activitats d'avaluació sobre l'eficiència i la qualitat de l'atenció relacionades amb els problemes de salut prioritzats, sobre els diferents processos de reordenació que s'estan duent a terme i sobre la utilització de medicaments. També és necessari impulsar i donar suport a les iniciatives d'autoavaluació que proposin els professionals.

L'avaluació, a més de servir per a mesurar el grau d'assoliment dels objectius, ha de ser un instrument per conèixer la capacitat d'adaptació del sistema sanitari i incorporar els seus resultats a la planificació, a la gestió i al reequilibri dels recursos globals del sistema en un context de limitació d'aquests.

A continuació es desenvolupen les línies d'actuació i els objectius operacionals pel que fa a l'atenció primària, l'atenció hospitalària, la salut mental, l'atenció socio-sanitària i l'atenció sanitària urgent.

1.1 Atenció primària de salut

L'atenció primària es configura com el primer graó de l'assistència sanitària, per tant els serveis que la presten han de ser d'accés directe de la població i constituir el nucli fonamental del sistema sanitari.

La reorientació organitzativa i funcional dels serveis permetrà estendre i consolidar el procés de planificació estratègica

La coordinació entre nivells ha de contribuir a l'optimització i racionalització dels serveis

Introduir activitats sistematitzades en els serveis és una estratègia per millorar l'eficiència i la qualitat de l'atenció als problemes de salut

Cal incorporar el concepte d'eficiència en les prestacions sanitàries preservant-ne la qualitat

L'avaluació de la pròpia pràctica per part dels professionals és un element que ha de caracteritzar el canvi en la cultura sanitària

L'atenció primària té cura de l'individu amb una dimensió globalitzadora a llarg de la seva vida. Integra l'atenció preventiva, curativa i rehabilitadora i la promoció de la salut de l'individu i de la comunitat.

L'ABS, definida com la unitat territorial elemental des d'on es presten les activitats pròpies de l'atenció primària, s'ha de coordinar amb els recursos públics existents i amb els serveis de suport a l'atenció primària, els d'atenció especialitzada i els serveis socials.

La concepció d'aquest model fa que els serveis i recursos necessaris per desenvolupar les activitats pròpies de l'atenció primària s'orientin cap a un apropament a la població, a prestar una atenció globalitzadora dirigida a l'individu com a part d'una comunitat i a potenciar que aquest deixi de ser receptor passiu de les prestacions i passi a participar en la formulació dels objectius de salut que es pretenen assolir tot autoresponsabilitzant-se de la seva salut. Aquest model pretén fer que els serveis d'atenció primària de salut siguin accessibles, acceptables per la població, capaços d'identificar problemes de salut que poden ser previnguts, modificats o tractats i que s'utilitzin amb polivalència els recursos humans i materials per afrontar les necessitats sanitàries de la població.

Els serveis d'atenció primària de salut, per la seva pròpia naturalesa, són el marc idoni per a desenvolupar accions de prevenció i promoció de la salut. La seva proximitat amb la població, pel que fa al grau d'utilització i contactes continuats amb el ciutadà, fa possible desenvolupar estratègies de captació que possibilitin la realització d'activitats de prevenció i promoció de la salut i per tant es puguin donar els consells mèdics que permetin millorar la informació i l'educació sanitària del ciutadà.

Caldrà posar èmfasi en totes aquelles línies d'actuació que condueixin a preservar la continuïtat de l'atenció de l'individu. Per tant, s'haurà de potenciar la coordinació entre recursos i serveis, el treball en equip des de l'enfocament de la multidisciplinarietat i complementarietat de recursos humans i avançar en el coneixement de l'entorn en què cada servei està immers per poder, progressivament, identificar necessitats i formular objectius de salut més ajustats a la realitat de cada ABS.

S'ha de continuar amb el procés de reforma de l'atenció primària emfasitzant la dimensió globalitzadora i la millora de la qualitat en l'atenció a l'usuari

L'atenció primària de salut és el nivell assistencial idoni per al desenvolupament d'activitats preventives i de promoció de la salut

La continuïtat en l'atenció, la multidisciplinarietat i la complementarietat són components bàsics de l'atenció primària

Potenciar l'atenció domiciliària i avançar en el desplegament del Programa d'Atenció a la Dona són accions a impulsar des de l'atenció primària

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Estendre el procés de RAP, vetllant perquè les activitats dutes a terme pels EAP s'orientin als objectius establerts en el Pla de Salut.
2. Continuar en la reordenació progressiva de l'atenció especialitzada.
3. Potenciar els serveis d'atenció domiciliària, mitjançant l'extensió del Programa d'Atenció Domiciliària en els EAP.
4. Avançar en la implantació progressiva del Programa d'Atenció a la Dona en els diferents àmbits territorials i ordenar els centres i els serveis d'orientació i planificació familiar en un dispositiu únic de cobertura pública.
5. La regió sanitària, d'acord amb les directrius dels serveis centrals del Servei Català de la Salut i per tal que la provisió de serveis permeti assolir els objectius del Pla de Salut, establirà criteris sobre els aspectes següents:
 - Organització i funcionament de les ABS d'acord amb els objectius prioritzats al Pla de Salut de la regió.
 - El tipus d'activitats avaluatives a desenvolupar en relació amb l'atenció primària de salut.
 - L'orientació de la formació continuada dels professionals de l'atenció primària.

- La coordinació de l'atenció primària amb els altres nivells assistencials.
- La planificació de les condicions d'obertura de les ABS.

Objectius operacionals Pla de Salut 1993-1995

Atenció primària de salut

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.1. Abans de l'any 1995, s'haurà assolit el nivell d'implantació d'equips d'atenció primària en funcionament segons les previsions de la Llei d'Ordrenació Sanitària de Catalunya i atenent les disponibilitats pressupostàries de cada exercici.
- B.2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 50% dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut hauran iniciat el procés de reordenació de l'atenció especialitzada.
- B.3. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris de funcionament de les diferents especialitats quant a la coordinació i al suport dels serveis d'atenció primària.
- B.4. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat els criteris i els indicadors d'avaluació i seguiment del procés de reordenació de l'atenció especialitzada.
- B.5. Abans de l'any 1994, s'haurà consensuat el programa marc d'atenció domiciliària amb la participació dels professionals.
- B.6. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat els criteris i els procediments comuns per a l'atenció dels problemes de salut més freqüents que requereixen atenció domiciliària.
- B.7. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsarà l'elaboració de les propostes del Programa d'Atenció a la Dona de cada sector sanitari del Servei Català de la Salut.

Regions sanitàries

- B.8. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran els criteris comuns mínims d'aplicació a l'atenció primària de salut respecte a:
 - La incorporació de les activitats preventives de promoció de la salut i d'atenció que permetin l'assoliment dels objectius prioritzats al Pla de Salut de la regió.
 - Els continguts mínims dels sistemes de registre ja normalitzats (història clínica d'atenció primària i fitxes d'edat i sexe) i d'aquells altres que s'estableixin per al seguiment i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut de la regió.
- B.9. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran de proporcionar als proveïdors els documents tècnics de suport disponibles, per tal que els professionals coneguin:
 - Les característiques i l'estat de salut de la població de referència.
 - Els procediments estandarditzats (protocols o d'altres) per a l'atenció dels problemes de salut prioritzats al Pla de Salut.
- B.10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels equips d'atenció primària amb més d'un any de funcionament hauran incorporat el Programa d'Atenció Domiciliària.

- B.11. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris per a la coordinació de l'atenció primària de salut amb altres nivells assistencials i altres proveïdors de serveis.
- B.12. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran d'assegurar que, en totes les Àrees Bàsiques de Salut que es posin en funcionament, la població, els professionals i les administracions locals i comarcals afectats hagin rebut informació respecte als canvis organitzatius i de funcionament que suposa la creació de les Àrees Bàsiques de Salut.
- B.13. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran d'assegurar la participació dels professionals i de les administracions locals i comarcals en la formulació de les normes de funcionament de les Àrees Bàsiques de Salut que respectivament els afectin, prèviament a la seva obertura.

1.2 Atenció hospitalària

La funció principal de l'hospital és donar atenció especialitzada en el marc d'un procés assistencial entès com un continu entre els diferents nivells de provisió de serveis a la població.

L'organització hospitalària

En els darrers anys s'ha modificat el paper de l'hospital dins l'àmbit sanitari i social. Actualment s'accepta que l'hospital és una organització amb professionals que tenen una alta capacitat de decisió sobre el procés assistencial i que presta serveis amb uns productes complexes i de difícil definició.

Fins ara, la cultura sanitària ha centrat el procés diagnòstic i terapèutic en l'hospital; en general, s'ha relacionat la qualitat de l'activitat amb la complexitat de les tecnologies emprades i amb la dificultat diagnòstica i terapèutica. D'altra banda, en molts casos ha calgut augmentar la quantitat de producció amb una aportació necessàriament limitada de recursos i sense disposar d'instruments de mesura de resultats en termes de salut i necessitats.

La conjunció d'aquests factors, el pes específic dels professionals i la necessitat d'una gestió que optimitzés els recursos, han provocat que, en ocasions, les decisions dels gestors no coincidissin o, fins i tot, fossin contradictòries amb el que els professionals consideren que ha de ser la seva tasca i les maneres de dur-la a terme.

Malgrat tot, s'ha iniciat ja un canvi cultural que, tenint en compte el pacient des d'una òptica globalitzadora, dóna importància a altres formes de treball més integradores.

El Pla de Salut ha de ser l'instrument que permeti variar aquesta situació, incentivant que la gestió dels centres i, en general, totes les decisions que afectin el sector hospitalari, s'orientin a donar suport al procés assistencial, introduint elements explícits de prioritització i marcant uns objectius sanitaris clars a assolir pels centres.

L'assistència hospitalària pública a Catalunya

L'atenció hospitalària s'ha de basar en una xarxa de centres consolidada capaç d'oferir uns recursos d'utilització pública que prestin uns serveis cada cop més equitatius, quan a la distribució territorial i a l'accessibilitat i resposta

En l'àmbit hospitalari, cal avançar cap a un sistema de treball més integrador

L'activitat de l'hospital s'ha d'orientar a assolir objectius de salut, de qualitat, d'eficiència i de satisfacció de l'usuari

a les necessitats de la població. Això implica orientar l'activitat dels hospitals cap a objectius de salut, qualitat, eficiència, equitat i satisfacció dels usuaris. Des de la seva creació, la XHUP ha emprès aquest camí, sempre tenint en compte la realitat de cada moment (vegeu apartat 4.2).

Línies d'avenç en l'atenció hospitalària

Aquesta realitat, juntament amb el canvi que es proposa en la política sanitària a Catalunya, defineix el que haurà de ser el futur i, consegüentment, les línies d'actuació a endegar.

El procés assistencial ha de considerar els efectes de les seves accions sobre l'estat de salut i la qualitat de vida de cada pacient i ha d'orientar-se per objectius d'aquesta mena, que contemplin la recuperació de la capacitat funcional, la millora de la percepció de la pròpia salut, així com la reintegració a la comunitat després de l'hospitalització. Els hospitals, a partir dels seus professionals, han d'anar assumint cada cop més un paper de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia, implicant-se en unes funcions que fins ara han estat desenvolupades fonamentalment per l'atenció primària.

Aquest enfocament exigeix que l'hospital es relacioni activament amb l'atenció primària i amb els serveis socio-sanitaris, per tal que el procés assistencial sigui un continu globalitzador. Per aquest motiu, aquesta relació ha de tenir un caràcter complementari en lloc de subsidiari com ha estat tradicionalment.

Paral·lelament, el sector hospitalari ha d'assolir una optimització i racionalització dels recursos que utilitza, per tal d'anar cap a una atenció més eficient i de millor qualitat i orientada cap a les necessitats de la població i la satisfacció d'aquesta respecte als serveis que rep.

Els hospitals han de ser flexibles, adaptables i polivalents, tant des del punt de vista organitzatiu com estructural, per tal de facilitar els canvis en la provisió de serveis i en la dotació de tecnologia, que es produiran en un curt termini de temps. S'han de continuar introduint noves fórmules organitzatives, de direcció i de gestió, que permetin als hospitals adaptar-se a les necessitats i apropar-se als usuaris. Conseqüentment, s'han de continuar realitzant esforços per a la millora d'infraestructura física, de dotació tecnològica i, fins i tot, de les pautes d'actuació dels professionals.

L'hospital ha de conèixer l'estat de salut i la demanda generada per la població que atén i orientar amb aquestes perspectives la seva activitat. Cal preveure les tendències de futur que porten cap a un nou concepte d'hospital d'acord amb variables de tipus socio-demogràfiques, de salut, tecnològiques, normatives i econòmiques. També s'han de preveure les noves tecnologies, que un cop avaluades amb criteris d'eficàcia i eficiència, s'hauran d'anar introduint per tal d'oferir un servei de qualitat.

Una de les actuacions més necessàries des d'una perspectiva de futur és la introducció i la potenciació d'aquelles alternatives a l'hospitalització més satisfactòries pels malalts i amb una major capacitat per a millorar l'eficiència global del sistema. De la mateixa manera, l'hospital haurà de diversificar els seus objectius tradicionals. L'endegament de línies de docència i de recerca haurà de constituir cada cop més una funció bàsica i estesa a la totalitat de la xarxa d'utilització pública i no estar limitada a un reduït nombre de centres.

També caldrà aprofundir en l'atenció personalitzada a l'usuari, potenciant la seva condició de client al qual cal garantir un servei de qualitat, la possibilitat d'escollir dins d'un marge prèviament establert, un tracte digne i un nivell adequat de confort hotel·ler.

Les activitats preventives i de promoció de la salut no són exclusives de l'atenció primària i l'hospital ha d'assumir el seu paper en aquests àmbits

Per a garantir la continuïtat del procés assistencial és imprescindible la coordinació efectiva de l'hospital amb l'atenció primària i els serveis socio-sanitaris

S'ha d'avançar cap a noves fórmules organitzatives, de direcció i de gestió per tal que l'hospital s'adapti a les necessitats i s'apropi als usuaris

L'hospital ha d'orientar l'activitat d'acord amb les característiques socio-demogràfiques i epidemiològiques de la població

Els programes de cirurgia ambulatoria i les unitats d'hospitalització de dia són alternatives a l'hospitalització convencional

Els criteris per a la distribució dels recursos

Cal tenir en compte que part de la demanda pot ser induïda pel sistema sanitari

És ben conegut en el sistema sanitari que l'oferta i els agents que en depenen generen i indueixen una part substancial de la demanda, però és igualment cert que les formes de finançament també condicionen l'oferta dels proveïdors de serveis. En conseqüència els criteris de finançament establerts, així com els instruments de compra amb els quals el Servei Català de la Salut es dota, hauran d'estimular que l'activitat dels hospitals s'orienti cap als objectius de salut, qualitat, eficiència, equitat i satisfacció dels usuaris que aquí s'assenyalen.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Aprofundir en la consolidació de la xarxa d'hospitals comarcals com a eina d'equilibri territorial.
2. Millorar, modernitzar i renovar l'estructura hospitalària per tal de garantir una assistència de qualitat.
3. Estudiar les llistes d'espera, com a indicador de l'accessibilitat als serveis hospitalaris i de l'adopció de les mesures encaminades a la seva correcció.
4. Afavorir la coordinació de serveis entre els diferents hospitals i entre els diferents nivells assistencials, per tal d'optimitzar els recursos i millorar l'eficiència i la qualitat del procés.
5. Optimitzar els recursos humans i físics existents mitjançant la sistematització de l'atenció de les patologies més prevalents preservant la integritat del procés assistencial.
6. Potenciar la qualitat tècnica del procés assistencial donant prioritat a fórmules de consens i participació dels professionals.
7. Millorar l'homogeneïtat de les pautes d'atenció diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitadores, afavorint la participació dels professionals.
8. Dotar d'instruments per a la millora de la gestió a nivell hospitalari.
9. Fomentar la recerca sobre les pautes, els procediments i les actituds dels professionals en l'atenció als problemes de salut més prevalents.
10. Promoure les alternatives a l'hospitalització convencional mitjançant el desenvolupament, entre d'altres, de la cirurgia ambulatoria i l'hospitalització de dia.
11. Potenciar el canvi cultural dels professionals dels hospitals vers l'acceptació d'un model d'atenció on la millora del tracte, el respecte a la intimitat i la informació als pacients, vagin obtenint un major protagonisme.

Objectius operacionals Pla de Salut 1993-1995

Atenció hospitalària

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.14. Durant l'any 1993 i successius, es continuaran potenciant les reformes en els hospitals per garantir una xarxa d'hospitals d'utilització pública moderna i eficaç.
- B.15. Durant l'any 1993 i successius, continuarà la construcció i l'equipament dels hospitals ja iniciats d'acord amb els criteris del nou model d'hospital que es reflecteix en el Document marc per a l'elaboració del Pla de

Salut (flexibilitat d'espais, polivalència, possibilitats d'adaptació a noves tendències, entre d'altres).

- B.16. Durant l'any 1993 i successius, s'actuarà sobre les llistes d'espera mitjançant la concertació de programes específics per a les següents patologies i procediments: cataractes, hemodinàmia i cirurgia cardíaca, entre d'altres.
- B.17. Abans de l'any 1994, s'haurà creat una comissió de coordinació entre l'assistència primària, l'hospitalària i la socio-sanitària per tal d'aprofundir en la coordinació de serveis entre els diferents nivells assistencials.
- B.18. Abans de l'any 1994, es coneixerà el consum relatiu de recursos per procés per a les patologies de més alta freqüentació, mitjançant l'exploració dels sistemes d'informació disponibles, en especial el Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària.
- B.19. Abans de l'any 1995, s'hauran creat grups de treball amb participació de professionals per a la definició dels criteris comuns mínims per a l'assistència de qualitat, en almenys quatre patologies, que responguin a una o diverses de les categories següents:
- Problemes prioritzats pel Pla de Salut.
 - Patologies més freqüents ateses a l'hospital.
 - Patologies amb tractaments alternatius.
 - Patologies que generen un elevat consum de recursos.
- B.20. Abans de l'any 1995, s'hauran realitzat estudis d'avaluació en relació amb l'adequació i la pertinença de la utilització dels diferents recursos, a nivell assistencial, al llarg de tot el procés d'atenció per almenys tres patologies de les que generin més freqüentació hospitalària.
- B.21. Abans de l'any 1994, s'haurà realitzat una anàlisi de les diferents alternatives a l'hospitalització i s'iniciarà un Programa Pilot de Cirurgia Major Ambulatoria en diversos hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública i diferents nivells assistencials.
- B.22. Abans de l'any 1995, s'haurà analitzat l'actual sistema de pagament i s'adoptaran les modificacions pertinents per tal que s'incentivin les mesures que es derivin d'aquest Pla.

Regions sanitàries

- B.23. Abans de l'any 1995, es farà l'anàlisi quantitativa de les llistes d'espera i s'elaborarà una proposta d'obtenció d'informació qualitativa, tant d'hospitalització com d'activitat ambulatoria.
- B.24. Abans de l'any 1994, es crearà un grup de treball per regió sanitària amb la participació de professionals, per millorar la coordinació entre els diferents hospitals.

1.3 Atenció socio-sanitària

L'actual gran repte dels serveis sanitaris i socio-sanitaris és l'adaptació de la seva estructura i la seva pràctica al nou tipus de demanda d'atenció socio-sanitària. Aquesta s'origina a partir de les necessitats de la gent gran amb malaltia i dependència funcional, dels malalts amb patologies cròniques i terminals, així com de la combinació d'aquests problemes amb limitacions d'autosuficiència econòmica, integració social i mancances del suport familiar i social. Donar resposta a aquesta problemàtica suposa avançar en la incorporació dels criteris d'equitat en l'assignació dels recursos i en l'accessibilitat de la

És necessari un enfocament dinàmic dels serveis sanitaris i socio-sanitaris, per donar resposta a les conseqüències de l'envelliment de la població

Diversificar l'oferta de serveis sòcio-sanitaris constitueix una estratègia per adequar l'oferta a les necessitats

L'equitat, l'accessibilitat, la integralitat, la intersectorialitat i la coordinació són principis bàsics en l'atenció sòcio-sanitària

població als serveis. L'assoliment de l'equitat té uns requeriments quantitius pel que fa a la distribució de recursos en el territori i un component qualitatiu d'implantació d'un model assistencial adreçat a respondre a la nova presentació de les necessitats.

L'atenció sòcio-sanitària ha de considerar com a elements essencials la integralitat, la multidisciplinarietat i la coordinació dels serveis. Això implica a més innovacions importants en les metodologies i els instruments de treball dels professionals. D'altra banda, l'assoliment de nivells de qualitat acceptables en aquests serveis requereix dur a terme iniciatives de planificació i finançament equitatius del sector, la intervenció activa sobre la qualificació i la formació dels professionals, l'exigència d'estàndards bàsics de qualitat en tots els centres i serveis, així com el foment i el suport a les propostes d'avaluació internes de les institucions i els professionals més motivats.

És evident que per possibilitar el desenvolupament de l'atenció sòcio-sanitària en els termes expressats anteriorment és imprescindible un sistema d'informació per a la mesura dels problemes, la planificació, la gestió i l'avaluació. Els nous requeriments assistencials fan necessari impulsar iniciatives per a la millora del coneixement, la utilització i l'harmonització per part dels professionals, d'instruments de mesura i classificació que superin els enfocaments clàssics per sistemes i entitats patològiques i s'apropin a la mesura multidimensional de la capacitat funcional dels malalts.

Finalment, cal remarcar la importància que en l'atenció sòcio-sanitària tenen les accions i la col·laboració intersectorial i, de manera especial, la dels departaments de Benestar Social i Sanitat i Seguretat Social, a través dels seus programes interdepartamentals.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Diversificació del ventall de recursos alternatius sòcio-sanitaris, adequant l'oferta quant a nombre i funcions a les necessitats existents:
 - Augment del nombre de places residencials amb suport sanitari, mitjançant el finançament del mòdul sanitari de places i centres de dia socials.
 - Increment dels recursos alternatius a la institucionalització.
 - Reconversió de places de llarga estada a convallescència o a cures paliatives.
2. Optimització i adaptació dels recursos estàndards a les noves demandes.
3. Promoció de l'eficiència i la qualitat en els serveis sòcio-sanitaris.
4. Integració i coordinació entre els serveis sanitaris i socials i d'aquests amb la comunitat.

Aquestes línies d'actuació tenen com a finalitats, d'una banda, desenvolupar els recursos alternatius que permetin als usuaris restar el més a prop possible de la seva comunitat i, de l'altra, impulsar els mecanismes necessaris de suport a les famílies de forma coordinada amb els serveis sanitaris i socials.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995*Atenció socio-sanitària***Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut**

- B.25. Durant l'any 1993 i successius, es desenvoluparan de manera progressiva els recursos alternatius a la institucionalització, per tal de facilitar que l'usuari resti a prop de la seva comunitat.
- B.26. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà desenvolupat una política de suport i potenciació de la realització de programes de qualitat assistencial als centres socio-sanitaris.
- B.27. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà elaborat i implantat els instruments per a l'avaluació de la qualitat assistencial als centres socio-sanitaris.
- B.28. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà avaluat la cobertura i l'eficàcia de l'atenció domiciliària.
- B.29. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat, conjuntament amb altres nivells i àmbits assistencials, els criteris i els procediments en relació amb els problemes de salut que requereixin atenció domiciliària.
- B.30. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà desenvolupat els instruments de mesura del producte en l'àmbit socio-sanitari que permetin apropar-se al finançament més equitatiu possible.
- B.31. Abans de l'any 1995, es disposarà d'informació sobre les necessitats socio-sanitàries de la població i la seva cobertura.
- B.32. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà avaluat les necessitats prioritàries d'intervenció sobre l'estructura física i de personal del sector socio-sanitari.

Regions sanitàries

- B.33. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert la coordinació per l'atenció sanitària i socio-sanitària entre els professionals dels diferents serveis (hospitals, Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio-sanitàries, programa d'atenció domiciliària-equips de suport, Centres socio-sanitaris i serveis d'atenció primària).
- B.34. Abans de l'any 1994, els centres hospitalaris d'aguts i els serveis socio-sanitaris hauran elaborat un protocol de preparació de l'alta en situació de risc socio-sanitari.
- B.35. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un sistema unificat de llistes d'espera i dels mecanismes tècnics per a la ubicació adequada de la demanda socio-sanitària, conjuntament amb els serveis socials de cada àmbit territorial.
- B.36. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran analitzat els circuits administratius i aplicat les mesures correctores per facilitar l'accés als serveis socio-sanitaris.

1.4 Atenció a la salut mental

Cal avançar en la
homogeneïtzació dels
recursos de salut mental
transferits per les diputacions

La coordinació entre els
professionals i les institucions
és l'element principal per evitar
la cronificació i la marginació

La diversificació dels
equipaments ha de contribuir a
la desinstitucionalització i a
afavorir la rehabilitació i la
reinserció a la comunitat

La integració de l'atenció a la salut mental al sistema sanitari català està prevista a la LOSC i té com a primer pas la transferència dels serveis i establiments de les diputacions, ja realitzada a nivell de les regions sanitàries Lleida, Girona, Tarragona i Tortosa.

L'atenció a la salut mental ha de respondre als criteris que es desprenen de la Reforma Psiquiàtrica i que passa per donar una assistència basada en la comunitat, que tingui en compte la persona en els aspectes biològic, psicològic i social, a partir de serveis comprensius i integrats per equips pluridisciplinaris que assegurin una atenció que preservi la continuïtat assistencial.

Les actuacions coordinades dels professionals dels EAP, les dels professionals de la xarxa de salut mental i els professionals del treball social en l'àmbit de la salut mental, han de permetre una acció preventiva i guaridora que eviti l'agreuament i les situacions de marginació de les poblacions infantil, juvenil i adulta.

Cal avançar en la transformació dels equipaments hospitalaris, atorgant el nivell d'atenció que calgui a cada malalt, que eviti estades innecessàries i asseguri la continuïtat assistencial basada en la promoció de recursos comunitaris i en la diversificació dels equipaments d'atenció a nivell de la comunitat, incidint en aquells grups de població que presenten factors de risc i en aquells altres que, per raó de la malaltia mental, sofreixen processos que limiten les capacitats i/o l'autonomia personal. Cal prestar una atenció especial als malalts que presenten patologies greus i que han sofert un procés d'institucionalització, potenciant-ne la rehabilitació i la reinserció a la comunitat.

Finalment, cal desplegar sistemes d'informació que permetin conèixer millor les necessitats en el camp de la salut mental, així com optimitzar els recursos sanitaris, fent possible la coordinació de tots els equipaments socio-laborals i socials.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Integrar l'atenció psiquiàtrica i de salut mental en el sistema de cobertura pública del Servei Català de la Salut amb una atenció especial a la psiquiatria infantil i a la psicogeriatria.
2. Integrar i homogeneïtzar els recursos de salut mental transferits de les diputacions en l'estructura territorial del Servei Català de la Salut.
3. Aconseguir una disminució de la pressió assistencial en els centres d'atenció primària de salut mental mitjançant la coordinació amb els equips d'atenció primària i l'adequació de la xarxa de centres a les necessitats dels diferents àmbits territorials.
4. Consolidar el desplegament de dispositius alternatius a la institucionalització: centres de dia, pisos i llars-residències semiassistides.
5. Coordinar els diferents dispositius i recursos de la xarxa de salut mental, i aquests amb d'altres àmbits sanitaris i socials.
6. Avançar en la definició i el desenvolupament de recursos alternatius en els àmbits socio-laboral i social per tal d'afavorir el procés de desinstitucionalització.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Atenció a la salut mental

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.37. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran integrat els especialistes de salut mental de la xarxa sanitària pública en els centres de salut mental, d'acord amb el procés de reordenació de l'atenció especialitzada.
- B.38. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els circuits d'atenció que assegurin la continuïtat assistencial i la coordinació dels recursos sanitaris, socio-sanitaris i de salut mental.
- B.39. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris de coordinació amb els equips d'atenció primària per tal d'assegurar l'atenció als malalts mentals de llarga evolució, que s'inclouran en els programes d'atenció domiciliària.
- B.40. Durant l'any 1993 i successius, es definiran les necessitats d'equipaments alternatius a la institucionalització dels malalts mentals de llarga evolució.

Regions sanitàries

- B.41. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb els criteris del Servei Català de la Salut, establiran la coordinació entre els dispositius d'atenció a la salut mental i els de la xarxa sanitària i socio-sanitària, així com amb altres àmbits institucionals.

En relació amb l'atenció a la salut mental en l'apartat A.14 es plantegen altres objectius operacionals sobre l'abordatge de determinats problemes de salut mental i la formació dels professionals.

1.5 Atenció sanitària urgent

L'atenció a la demanda d'assistència en les àrees d'urgència dels hospitals ha esdevingut en els darrers anys un problema important dels serveis sanitaris. La utilització dels serveis d'urgència hospitalaris a Catalunya ha experimentat un important increment, semblant al que s'ha produït als països desenvolupats del nostre entorn.

Diversos estudis han mostrat que la demanda d'atenció urgent als hospitals és, en bona part, per patologia banal. El percentatge d'urgències ingressades en relació amb el total de les urgències ateses és un indicador que orienta sobre la gravetat de la demanda atesa, i se situa al voltant del 12%. També cal considerar les expectatives i el comportament de la població quant a la utilització dels serveis, preferint la immediatesa del diagnòstic i tractament dels serveis d'urgències hospitalaris enfront d'altres alternatives.

L'excés de demanda als serveis d'urgència dels hospitals pot perjudicar l'atenció dels malalts que realment necessiten atenció urgent, generar malestar entre els professionals, insatisfacció entre els usuaris i ser causa d'ineficiència dels serveis.

Malgrat que la problemàtica de l'atenció a la demanda sanitària urgent es manifesta de manera més punyent en els serveis d'urgències dels hospitals, per abordar-la cal considerar diferents components que s'hi relacionen, com són

La pressió assistencial en els serveis d'urgències dels hospitals és un problema creixent que cal afrontar

Cal incidir en l'atenció mèdica immediata dels serveis d'atenció primària, en la derivació i trasllat urgent a centres especialitzats

l'atenció continuada, els serveis ordinaris i especials d'urgències, el transport sanitari i la coordinació dels serveis.

Per tant, cal impulsar el procés de reordenació de tots els serveis implicats de cara a l'optimització i la racionalització dels recursos existents. La millora de l'atenció de la demanda urgent permet avançar en:

- L'eficiència dels serveis, reduint la demanda de casos no urgents atesos en els hospitals i que col·lapsen els seus serveis, orientant-la cap al nivell assistencial adequat per a la seva resolució.
- La reducció de la morbi-mortalitat de les malalties greus de presència sobtada, principalment cardiopatia isquèmica i politraumatismes per accidents.
- La millora de la satisfacció dels usuaris.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Millorar l'atenció a la demanda urgent mitjançant el disseny d'un model organitzatiu i funcional que permeti l'optimització dels dispositius existents i el seu ús racional.
2. Definir un tipus d'enfocament organitzatiu de l'atenció continuada que es basi en l'optimització dels recursos existents, s'adapti a les característiques específiques de cada territori i preservi la continuïtat assistencial. La implantació efectiva de la nova organització d'atenció continuada s'ha de finalitzar paral·lelament al procés de reforma de l'atenció primària de salut.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Atenció sanitària urgent

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.42. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims de l'organització i la coordinació de l'atenció continuada.
- B.43. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims de l'organització i la coordinació de l'atenció urgent.
- B.44. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'organització del transport sanitari urgent.
- B.45. Abans de l'any 1994, s'hauran realitzat almenys dos estudis avaluatius sobre experiències organitzatives d'atenció a les urgències en l'àmbit hospitalari i extrahospitalari.

Regions sanitàries

- B.46. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran definit l'organització dels serveis per a l'atenció continuada, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.
- B.47. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran definit l'organització dels serveis per a l'atenció a les urgències, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.
- B.48. Abans de l'any 1995, s'hauran instaurat les estratègies per a la coordinació de les derivacions urgents interhospitalàries, com també per a la resta del transport sanitari urgent, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.

Desenvolupar i consolidar instruments per fer efectives les polítiques de salut i de serveis

Per tal de fer efectives les polítiques de salut i de serveis cal disposar dels instruments que permetin dur-les a terme, tenint en compte la seva adequació permanent a les necessitats d'una organització que presenta la característica d'operar en un entorn canviant.

En aquest apartat es tracten de manera individualitzada cada un dels instruments sobre els quals es fixen intervencions i es proposen línies concretes d'actuació i objectius operacionals pel present Pla de Salut:

- El sistema d'informació.
- Els elements de planificació que permetin l'operativització del Pla de Salut.
- Els instruments per a la compra de serveis.
- La formació continuada dels professionals.
- La recerca.
- La participació dels professionals.

2.1 Sistema d'informació

La informació generada per l'organització actualment està enfocada en gran part a la producció de dades quantitatives, dirigides a alimentar un sistema de gestió que es basa en la mesura dels productes intermedis dels serveis i, per tant, molt limitat a l'hora d'orientar les decisions en base a objectius de salut.

En conjunt, els subsistemes d'informació sanitària es troben mancats d'homogeneïtat i d'integració i caldrà adaptar-los a les necessitats que tindran les regions, els sectors sanitaris i els serveis centrals del Servei Català de la Salut, en funció de les activitats de planificació, avaluació i control de resultats propis de cada nivell.

Els serveis centrals del Servei Català de la Salut hauran de tenir capacitat d'intercanviar informació de manera àgil amb les seves estructures territorials, les regions i els sectors, i alhora també amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social. Això implica disposar d'una xarxa física i d'una capacitat tècnica adequada.

Cal, doncs, dur a terme la coordinació de les bases de dades existents i desenvolupar els aspectes relacionats amb els objectius de salut, amb l'eficiència i la qualitat dels serveis, evitant duplicitats, homogeneïtzant metodologies i, especialment, orientant-les als objectius del Servei Català de la Salut i del Departament de Sanitat i de Seguretat Social.

D'altra banda, l'estat de salut de la població depèn de factors externs al sistema sanitari, que són competència d'altres organismes. Així, caldrà avançar en la definició i el consens dels indicadors relatius als factors condicionants de la salut i en la integració d'aquesta informació en el sistema d'informació de la salut.

El Servei Català de la Salut requereix un sistema d'informació que permeti la planificació, l'avaluació i el control de resultats com a suport al procés d'assignació general de recursos a les regions sanitàries. Això implica disposar de dades relacionades amb la població, els recursos dels diferents serveis, els costos, els factors condicionants i l'estat de salut.

El sistema d'informació sanitària ha de permetre al Servei Català de la Salut la planificació, l'avaluació i el control de resultats i ha de servir de suport al procés d'assignació dels recursos

S'ha d'avançar en la definició i el consens dels indicadors relatius als factors condicionants per a la salut i en la seva integració en el sistema d'informació

Per aconseguir un sistema d'informació útil per a la presa de decisions, cal que aquest integri la informació relativa a la població, a l'estat de salut i als serveis

Moltes de les dades es produiran en les estructures de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris, però d'altres representen un subproducte dels sistemes d'informació dels serveis dels diversos proveïdors o d'altres estructures sanitàries o externes al sistema sanitari.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

Les línies d'actuació que es proposen a continuació tenen com a finalitat disposar d'un sistema d'informació de la salut que integri la informació produïda pels diferents sectors relativa a l'estat de salut, als factors condicionants i als serveis.

1. Definició i consens sobre els indicadors bàsics a utilitzar en els processos de planificació i avaluació, d'acord amb els objectius del Pla de Salut.
2. Millora de les explotacions de les fonts d'informació introduint les modificacions i les ampliacions necessàries per a resoldre els problemes i mancances que s'han detectat en l'elaboració del Pla de Salut.
3. Homogeneïtzació i consens sobre els sistemes d'informació en l'atenció primària de salut.
4. Millora de la difusió i el retorn de la informació entre les diferents unitats usuàries de la informació.
5. Realització de l'Enquesta de Salut de Catalunya amb una mostra representativa de cada regió sanitària.
6. Disseny i implantació del sistema d'informació del Servei Català de la Salut, que, orientat a la integració de la informació relativa a la població, a l'estat de salut i als serveis, sigui útil per prendre decisions.
7. Avançar en la integració al sistema d'informació de les dades relatives als factors condicionants, les quals procedeixen en gran part d'organismes i institucions no sanitàries.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Sistema d'informació

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.49. Abans de l'any 1994, s'haurà valorat la metodologia, els indicadors i les fonts d'informació utilitzats en el procés d'elaboració del Pla de Salut.
- B.50. Abans de l'any 1995, s'hauran incorporat les recomanacions que resultin de la valoració de la metodologia, els indicadors i les fonts d'informació utilitzats en el procés d'elaboració del Pla de Salut, a les explotacions de les fonts d'informació del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut.
- B.51. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els mecanismes per tenir accés a les bases de dades d'interès sanitari i els criteris que garantiran la confidencialitat de la informació.
- B.52. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà creat els circuits necessaris per tal que les regions sanitàries tinguin accés a les bases de dades que s'hagin consensuat referents a la demografia, l'estat de salut i els serveis.

- B.53. Abans de l'any 1994, les explotacions de les fonts d'informació del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut hauran incorporat els àmbits territorials del Servei Català de la Salut adequats segons el tipus de dades de què es tracti.
- B.54. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà dels resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya.
- B.55. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut haurà definit un sistema d'indicadors mínims relatius a la població, l'estat de salut i els serveis, que permetin la planificació i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut.
- B.56. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran dissenyat i consensuat els indicadors mínims sobre els factors condicionants per a la salut amb els departaments de la Generalitat de Catalunya i altres organismes amb competències en àmbits relacionats amb la salut.
- B.57. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els indicadors per a l'avaluació de les activitats dels equips d'atenció primària i que seran la base per al monitoratge dels contractes.
- B.58. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà definit, consensuat i homogeneïtzat els criteris comuns mínims en relació amb la utilització dels registres sistemàtics i els circuits d'informació de l'atenció primària.
- B.59. Abans de l'any 1994, es realitzarà la revisió d'indicadors de suport a la presa de decisions, en l'àmbit hospitalari.
- B.60. Abans de l'any 1994, tots els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública facilitaran la informació pel Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària.
- B.61. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà elaborat el conjunt mínim de dades per tal de sistematitzar la informació sobre les característiques de la demanda i la provisió de serveis socio-sanitaris.
- B.62. Abans de l'any 1994, tots els centres hospitalaris psiquiàtrics i el 70% dels dispositius alternatius a l'hospitalització facilitaran la informació pel Conjunt Mínim Bàsic de Dades-Informe d'Admissió i Alta Psiquiàtrica.
- B.63. Abans de l'any 1994, s'haurà implantat a totes les regions sanitàries el Sistema d'Informació d'Atenció Primària en Salut Mental d'atenció als adults.
- B.64. Abans de l'any 1994, s'haurà definit el sistema d'informació per als Centres d'Atenció Primària Infanto-Juvenil Psiquiàtrica.
- B.65. Abans de l'any 1995, es farà el tractament de la informació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades-Informe d'Admissió i Alta Psiquiàtrica per tal de coordinar i determinar els fluxos i l'evolució dels malalts que presenten patologia mental aguda.

Regions sanitàries

- B.66. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran definit i consensuat les variables que, en relació amb els problemes prioritzats en el Pla de Salut, hauran de quedar enregistrades per tal de possibilitar-ne el monitoratge i/o l'avaluació.
- B.67. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran definit un conjunt d'indicadors relatius a la població, l'estat de salut i els serveis, que permetin la planificació i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut en el seu territori i que inclourà els indicadors comuns mínims per a Catalunya.

B.68. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran definit i consensuat els criteris en relació amb la utilització dels registres sistemàtics i els circuits d'informació de l'atenció primària, d'acord amb els criteris comuns mínims establerts per a Catalunya.

2.2 Elements de planificació que permetin l'operativització del Pla de Salut

Cal dotar al Servei Català de la Salut dels instruments per poder desenvolupar les funcions que li atorga la LOSC

Tal com assenyala la LOSC, el Pla de Salut constitueix l'instrument principal de planificació sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social i és on es defineixen els programes i les actuacions que han de permetre assolir els objectius definits com a prioritaris. Conseqüentment, el Servei Català de la Salut s'ha de dotar de diversos elements de planificació que, en tots els àmbits, permetin portar a terme aquestes accions, tant a curt com a mitjà i llarg termini.

En l'actualitat, la política de serveis sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social es troba definida en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya i complementada per diferents plans amb abast i vigència diversa: el Desplegament del Mapa Sanitari del 1983, el Pla de Reordenació Hospitalària i els diversos plans sectorials, entre d'altres.

L'Ordre de 23 d'octubre de 1992, per la qual s'estableix la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya, dota el Servei Català de la Salut dels elements de planificació que permeten l'operativització dels objectius de salut i de serveis definits prèviament. Aquests elements són els següents:

El Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris és l'instrument del Servei Català de la Salut, que defineix els criteris de macroplanificació del sistema públic

- El Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris (PSSS).
- El Pla de Regió Sanitària (PRS).
- Els criteris per a l'assignació de recursos econòmics.

El PSSS és l'instrument mitjançant el qual el Servei Català de la Salut determina les línies directrius del desenvolupament dels serveis sanitaris, en funció de les preestablertes al Pla de Salut de Catalunya.

A partir de l'anàlisi de les necessitats, de les tendències socio-demogràfiques, dels canvis en les tecnologies, dels procediments i de l'organització dels serveis, el PSSS definirà les actuacions a dur a terme incloent criteris de factibilitat i periodicitat i establirà els criteris d'avaluació de les actuacions i dels programes endegats. Així mateix, assenyalarà les línies de desenvolupament dels serveis d'utilització pública en els aspectes d'estructura, tecnologia, oferta i coordinació de serveis.

El PSSS ha de ser un pla integral, és a dir, que defineixi els criteris de macroplanificació del sistema sanitari públic en tots els seus vessants, fent especial esment de la coordinació dels diversos nivells assistencials: atenció primària de salut, atenció hospitalària, atenció socio-sanitària i atenció a la salut mental. Igualment, es considera imprescindible, en un entorn fortament canviant, explicitar previsions de les tendències de futur quant a les necessitats, la demanda i l'oferta de serveis.

En el context de la planificació de serveis sanitaris, es considera imprescindible la introducció, en aquells casos en els quals encara no existeix, de l'elaboració de plans directors (també anomenats estratègics) dels diferents centres assistencials. L'entorn variable i el fet que es tracta d'organitzacions altament complexes, tant per la idiosincràsia com pel volum de recursos que consumeixen

xen, ho fan del tot necessari. Òbviament, aquells centres amb una activitat finançada pel Servei Català de la Salut han de tenir en compte en la seva planificació les línies, els objectius i les actuacions que defineix el Pla de Salut de Catalunya.

El PRS és l'instrument de planificació de les regions sanitàries del Servei Català de la Salut mitjançant el qual es marquen els objectius a curt i mitjà termini i les actuacions concretes per assolir-los. A partir del Pla de Salut de Catalunya i del PSSS, el PRS ha de concretar les accions que s'han de portar a terme de forma estructurada i valorades econòmicament. Cal fer especial esment de la importància que han de tenir en aquest pla les actuacions adreçades a la compra de serveis, a la millora de la qualitat i de l'eficiència i a la coordinació dels diferents serveis i nivells assistencials.

Els criteris per a l'assignació de recursos econòmics, tal com estableix l'Ordre esmentada anteriorment, «s'orientaran a la millora de l'eficiència de la gestió econòmica per tal d'alliberar recursos i dedicar-los als objectius prioritaris a assolir, i a augmentar l'eficiència i l'equitat en l'assignació global de recursos, en funció de les necessitats de la població».

El Pla de Regió Sanitària, és l'instrument de planificació de les regions sanitàries, que concreta en el territori les directrius del Pla de Salut i del PSSS

La incorporació dels criteris d'equitat i eficiència representen un avenç en l'assignació dels recursos econòmics

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Elaboració del PSSS.
2. Elaboració i difusió dels criteris generals per a l'elaboració del plans directors dels centres d'utilització pública.
3. Creació de les condicions que facilitin l'elaboració dels PRS.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Elements de planificació

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.69. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat i difós les recomanacions per a la planificació estratègica dels centres sanitaris.
- B.70. Abans de l'any 1994, es definiran els criteris generals del Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris de Catalunya.
- B.71. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà elaborat el Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris de Catalunya.

Regions sanitàries

- B.72. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran iniciat l'elaboració dels plans de regió sanitària.

2.3. Instruments per a la compra de serveis

La creació del Servei Català de la Salut facilita el marc idoni per a la instauració de noves fórmules de gestió dels serveis sanitaris i crea un model organitzatiu que facilita la diversificació en la provisió dels serveis. Així mateix, la tra-

La LOSC situa al Servei Català de la Salut com a entitat planificadora, avaluadora i finançadora dels serveis

dició de Catalunya per la qual institucions de naturaleses jurídiques diverses participen en la gestió dels serveis sanitaris ha permès la consolidació de la XHUP. Si bé aquests antecedents, dins el sistema sanitari públic, han predominat en el nivell hospitalari, el marc jurídic actual permet estendre a altres nivells assistencials l'experiència i que aquesta es pugui dur a terme mitjançant fórmules i entitats diverses.

L'instrument que materialitza la relació entre el Servei Català de la Salut i les entitats proveïdores és el contracte de serveis

Cal, doncs, dotar-se de l'instrument adequat que integri els continguts sanitaris, els criteris de seguiment i d'avaluació i que garanteixi que el procés de diversificació de la gestió sigui el més eficaç possible. Aquest instrument és el contracte per a la compra de serveis, del qual ja n'hi ha experiències en l'àmbit hospitalari i de l'atenció primària. En aquest sentit, cal establir els criteris, els mecanismes i les estratègies que permetin dur a terme el procés de contractació amb les entitats proveïdores, garantint la cobertura sanitària de la població d'acord amb les polítiques de salut i de serveis que estableix el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Vetllar perquè els objectius de salut i de serveis prioritzats en aquest Pla de Salut s'incorporin en els contractes de serveis que estableixi el Servei Català de la Salut amb les entitats proveïdores.
2. Avançar en l'establiment dels criteris, els mecanismes i les estratègies que permetin el seguiment i l'avaluació dels contractes.
3. Incorporar el contracte per a la compra de serveis als àmbits de l'atenció socio-sanitària i de l'atenció a la salut mental.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Instruments per a la compra de serveis

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.73. Abans de l'any 1994, s'haurà definit l'oferta de serveis d'atenció primària del Servei Català de la Salut.
- B.74. Abans de l'any 1995, s'haurà consolidat i estès el nou model de contractació d'atenció primària.
- B.75. Abans de l'any 1994, s'haurà definit el nou model de contractació de serveis socio-sanitaris.
- B.76. Abans de l'any 1995, s'haurà consolidat i estès el nou model de contractació per als centres d'atenció primària de salut mental i per als centres d'atenció primària infantil psiquiàtrica.
- B.77. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà definit un grup d'indicadors bàsics que, partint del monitoratge dels contractes, permeti avaluar els resultats de l'activitat quant a eficiència i qualitat dels serveis en l'atenció primària de salut, l'atenció socio-sanitària i l'atenció de salut mental.

2.4 Formació continuada dels professionals

L'adaptació permanent al progrés dels coneixements, a la incorporació de noves tecnologies, als canvis organitzatius i de l'evolució social és una preocupació dels professionals. L'accés a les activitats de formació continuada de qualitat esdevé una eina que permet l'actualització de coneixements i, alhora, constitueix un element de motivació.

El Pla de Salut de Catalunya proporciona una anàlisi de la situació social i sanitària i unes propostes d'intervenció a dur a terme en els propers anys que es reflecteixen en determinats objectius de salut. Qualsevol pla de formació coherent ha de partir d'aquesta realitat i analitzar quines intervencions requereixen mesures formatives i fer-ne els dissenys i les propostes corresponents. Per tant, les prioritats en les intervencions també han de ser prioritats en els plans de formació.

En el cas dels metges la formació es durà a terme en el marc del Consell Coordinador de la Formació Mèdica Continuada.

Les prioritats en formació del Pla de Salut 1993-1995 són les següents:

- L'actualització dels coneixements per a l'abordatge de les activitats preventives i de promoció de la salut, tant pel que fa a les bases científiques com a la seva realització i avaluació.
- El disseny d'estratègies que permetin assolir nivells òptims d'eficiència en la pràctica clínica. S'entén que l'eficiència està relacionada directament amb la qualitat assistencial i l'optimització dels recursos existents. En aquest sentit, per aconseguir que els professionals facin activitats que aconseguixin bons estàndards de qualitat amb els recursos disponibles, cal potenciar tasques específiques de recerca que es generalitzin a través de la formació.
- El disseny d'estratègies per a la coordinació entre els nivells assistencials. La formació en aquest aspecte és un bon coadjuvant dels canvis estructurals i organitzatius. La coordinació afavoreix consensuar les actuacions de diferents professionals davant de problemes de salut diversos i això implica no tan sols actualitzar els coneixements sinó també desenvolupar habilitats i actituds de treball multiprofessional.
- L'adquisició d'actituds i habilitats en relació amb l'atenció, la informació i el tracte amb l'usuari, molt especialment en el context del procés assistencial. Aquests conceptes han de marcar el contingut de les activitats de formació a desenvolupar des de les mateixes estructures del Departament de Sanitat i Seguretat Social o bé pels proveïdors.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. L'abordatge dels problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut 1993-1995, en els aspectes de promoció, prevenció, diagnòstic i seguiment.
2. L'eficiència i la qualitat dels serveis tant en l'àmbit de l'atenció com de la gestió.
3. L'atenció a l'usuari en relació amb els aspectes d'informació, comunicació i tracte.

La formació continuada és una eina d'actualització dels coneixements i motivació dels professionals

Les prioritats en les intervencions són també prioritats en formació

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Formació continuada dels professionals

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.78. Durant l'any 1993 i successius, es potenciarà la realització d'activitats formatives adreçades als professionals dels diferents nivells i àmbits d'atenció, dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb l'abordatge dels problemes de salut prioritaris, l'eficiència i la qualitat en el procés assistencial i l'atenció a l'usuari.
- B.79. Abans de l'any 1994, s'haurà creat una comissió intersectorial per a la formació de personal en relació amb el trasllat de malalts urgents i traumàtics.
- B.80. Abans de l'any 1994, s'hauran dut a terme activitats de formació, dirigides a directius i quadres intermedis de l'àmbit hospitalari, especialment orientades a l'atenció a l'usuari.
- B.81. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut oferirà als equips directius dels hospitals activitats de formació sobre direcció estratègica.
- B.82. Durant l'any 1994 i successius, es realitzaran activitats de formació en planificació i gestió de recursos adreçades als professionals hospitalaris amb responsabilitats de gestió.
- B.83. Durant l'any 1993 i successius, es facilitarà la formació continuada dels professionals assistencials, mitjançant la coordinació entre els hospitals bàsics i els de referència.
- B.84. Abans de l'any 1994, s'hauran definit les activitats de formació i coordinació entre els professionals d'atenció a la salut mental i els equips d'atenció primària per tal de donar resposta adequada a la demanda en les patologies psiquiàtriques més freqüents.

Regions sanitàries

B.85. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària i d'altres nivells i àmbits s'orientin a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats com a mínim en els aspectes següents:

a) Promoció, prevenció, diagnòstic i seguiment dels problemes de salut:

- Accidents.
- Alcoholisme.
- Altres drogodependències.
- Càncer de mama.
- Patologia òsteo-articular.
- SIDA.
- Malalties de transmissió sexual.
- Salut buco-dental.
- Salut mental.
- Tuberculosi.
- Diabetis *mellitus*.

b) Eficiència i qualitat en l'atenció:

- La detecció, l'avaluació i la intervenció precoç sobre les situacions de risc social.
- La utilització de medicaments i l'avaluació de la qualitat de la prescripció.

c) Atenció a l'usuari:

- Tècniques i habilitats en relació amb la informació, la comunicació i el tracte.

2.5 Recerca

Els estils de vida, les condicions socio-demogràfiques, econòmiques i ambientals influeixen en l'estat de salut i en la qualitat de vida de la població. La recerca en ciències de la salut ha d'afrontar el repte de considerar aquesta condició multifactorial en un context de canvi permanent per establir estratègies que promoguin accions en salut i proporcionin una atenció sanitària efectiva i eficient. Aquestes estratègies també han de preveure mecanismes d'informació per a la seva avaluació.

Tradicionalment la recerca en salut s'ha desenvolupat en àmbits molt lligats a la clínica i a la docència. Cal potenciar la incorporació de la recerca científica en els àmbits assistencial i de gestió.

Així mateix, qualsevol infraestructura de la qual es doti la recerca a Catalunya ha d'estar orientada a afrontar les necessitats detectades pel Pla de Salut de Catalunya i coordinada amb el mateix.

El Pla de Salut constitueix el marc de referència per establir les prioritats i el desplegament del Pla de Recerca en Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Aquest Pla de Recerca haurà de considerar la seva coherència i adequació als objectius del Pla de Salut i haurà de preveure les accions intersectorials d'altres departaments que puguin contribuir a la consecució d'aquests objectius.

Així doncs, el Pla de Recerca en Salut haurà de tenir els mateixos principis bàsics que el Pla de Salut. També haurà de tenir en compte els aspectes intersectorials en la seva col·laboració amb el Pla de Recerca de Catalunya elaborat per la Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica (CIRIT).

Un dels àmbits que també cal considerar pel que fa a la recerca és el de les tecnologies mèdiques per la constant evolució tecnològica a què estan sotmeses, per les possibles repercussions de la seva aplicació sobre els pacients i per les implicacions econòmiques que representen. És per això, que el Departament de Sanitat i Seguretat Social creà l'any 1991 l'Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (OTATM), que té per objectiu l'avaluació de les tecnologies mèdiques segons el seu estat de desenvolupament i del coneixement existent sobre les conseqüències sanitàries de la seva aplicació. L'OTATM incorpora en el seu procés d'avaluació l'anàlisi dels resultats de projectes de recerca específicament adreçats a generar informació sobre les conseqüències de la introducció, la difusió i la utilització de les tecnologies mèdiques.

S'entén per tecnologia mèdica 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 d'aquesta definició.

En aquest context cal prioritzar la recerca en relació als equipaments i procediments que encara no hagin demostrat que són segurs i eficaços i que s'uti-

Les estratègies en recerca han de contemplar els múltiples factors que influeixen en la salut

S'ha de vetllar per la coherència del Pla de Recerca en Salut amb el Pla de Salut de Catalunya

L'avaluació de les tecnologies mèdiques és una prioritat en l'àmbit de la recerca

litzin per donar suport o mantenir les funcions vitals dels pacients, que s'implantin en l'organisme o que els efectes potencialment adversos siguin més importants que els beneficis esperables.

La recerca en aquest àmbit s'ha de centrar en els problemes de salut més rellevants per les repercussions sanitàries i socio-econòmiques que presenten. Les malalties de l'aparell circulatori, el càncer, les malalties respiratòries, les malalties digestives, la salut mental, l'envelliment i els nous problemes de salut de la comunitat són els problemes de salut prioritaris per a l'avaluació d'aquestes tecnologies.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Recerca epidemiològica sobre l'estat general de salut i de nutrició de la població, dels factors i grups de risc, i sobre els estils de vida i de l'entorn social, econòmic i ambiental que afecten la salut.
2. Recerca avaluativa sobre la política sanitària definida en el Pla de Salut en relació a la incorporació del desenvolupament de noves tecnologies en la prevenció i l'assistència, i sobre els resultats relacionats amb els problemes de salut detectats pel Pla de Salut.
3. Recerca operativa sobre l'anàlisi dels procediments organitzatius de la prevenció i de la assistència i sobre els processos assistencials.
4. Promoció de la introducció de noves tecnologies en el sistema sanitari català condicionada a un projecte d'avaluació de les conseqüències de la seva aplicació.
5. Anàlisi de la difusió de les noves tecnologies, especialment en relació amb els problemes d'accessibilitat, demanda potencial i utilització apropiada.
6. Avaluació dels patrons d'utilització de les tecnologies d'impacte elevat sobre el sistema sanitari, mesurada en termes econòmics i sanitaris.
7. Estudi de les variacions de la pràctica mèdica i de les seves repercussions sobre els resultats clínics observats.
8. Formulació de recomanacions sobre els sistemes d'informació sanitària rellevants per a l'anàlisi de les tecnologies mèdiques.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Recerca

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.86. Durant l'any 1993 i successius, es proposaran les línies de recerca que en relació amb el Pla de Salut es considerin prioritàries, per tal que s'incorporin al Pla de Recerca en Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- B.87. Durant l'any 1993 i successius, s'establiran convenis específics amb institucions de recerca d'àmbit nacional i internacional com a suport a la política sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- B.88. Abans de l'any 1995, haurà finalitzat el desenvolupament de les unitats d'investigació dels centres hospitalaris i d'atenció primària, així com la millora de la seva connexió a la xarxa informàtica d'altres unitats d'investigació.

- B.89. Abans de l'any 1995, s'haurà planificat i realitzat l'Enquesta de Salut de Catalunya.
- B.90. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsaran línies de recerca per a la millora dels coneixements sobre l'efecte de les intervencions sanitàries, útils per a la planificació i l'avaluació.
- B.91. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'establiran els instruments per a l'anàlisi de les necessitats quantitatives i qualitatives dels recursos humans.
- B.92. Durant l'any 1993 i successius, es proposaran estudis específics a nivell de regió per a la detecció de problemes sanitaris, necessaris per a la presa de decisions organitzatives, administratives i assistencials.
- B.93. Durant l'any 1993 i successius, a nivell de regió es realitzaran estudis d'avaluació sobre els procediments organitzatius de la prevenció i els processos assistencials relacionats amb els problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut.
- B.94. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran avaluat les tecnologies següents:
- Oxigenoteràpia domiciliària: utilització apropiada de les diverses formes d'administració.
 - Cirurgia ambulatoria: anàlisi de l'impacte de la seva extensió.
 - Patrons d'utilització de la ressonància magnètica, oxigenoteràpia domiciliària, radioteràpia i mamografia.
 - Unitats de Cures Intensives: disponibilitat de recursos i sistemes d'informació.
 - Impacte del sistema de concertació en la difusió de tecnologies mèdiques.
 - Anàlisi de les variacions en la pràctica mèdica.
 - Tomografia per emissió de positrons.
 - Desfibril·ladors implantables.
 - Teràpies per làser: anàlisi de cost i patrons d'utilització.
 - Litotripsia biliar.
 - Colecistectomia laparoscòpica.
 - Transmissió i arxiu d'imatges (teleradiologia).
- B.95. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'un Registre i d'un Mapa de Tecnologies Mèdiques a Catalunya.

Regions sanitàries

- B.96. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran la recerca relacionada amb els objectius del Pla de Salut.

2.6 Participació dels professionals

Tal com expressa el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut, la nova organització del Servei Català de la Salut ha de funcionar amb agilitat i ha de respondre amb facilitat davant d'un entorn complex i canviant. Per això és fonamental donar suport constant als veritables actors del canvi, és a dir, als professionals del sistema.

La participació ha estat present en totes les fases d'elaboració d'aquest Pla de Salut, però sobretot és imprescindible incorporar-los en el moment de l'operativització dels objectius i, per tant, s'han d'afavorir fórmules de treball

S'han d'impulsar mecanismes que permetin la participació i el consens entre els professionals

L'adopció de criteris clínics i de coordinació és l'objecte principal de les activitats de consens

que permetin aquesta participació i la corresponsabilització en el seu assoliment.

Les fórmules de participació els han de permetre incorporar la seva opinió i els seus coneixements i experiències en els àmbits clínics i de gestió. També és imprescindible que col·laborin en la presa de decisions, fonamentalment en aquells aspectes en els quals és necessari considerar el coneixement qualitatiu i quantitatiu dels problemes.

Els principals àmbits en els quals s'ha de fer efectiva aquesta participació són els que es relacionen amb l'abordatge dels problemes de salut i amb el funcionament dels serveis, especialment en la coordinació.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Potenciar els mecanismes de comunicació i els canals d'informació adreçats als professionals per tal que coneguin els continguts del Pla de Salut.
2. Impulsar des del Servei Català de la Salut fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals per a l'abordatge dels problemes de salut, tant en els aspectes clínics com de funcionament dels serveis.
3. Facilitar instruments tècnics als professionals que afavoreixin l'operativització dels objectius del Pla de Salut.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Participació dels professionals

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.97. Durant l'any 1993 i successius, es realitzaran activitats d'informació per difondre els objectius del Pla de Salut.
- B.98. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsaran fórmules de treball amb la participació dels professionals que permetin arribar al consens sobre aspectes clínics, de coordinació de serveis, de formació continuada i de promoció d'hàbits de salut positius en relació als aspectes següents:
- Hipercolesterolèmia.
 - Càncer de mama.
 - Patologia respiratòria crònica.
 - Consum excessiu d'alcohol.
 - Altres drogodependències.
 - SIDA.
 - Malalties de transmissió sexual.
 - Diabetis *mellitus*.
 - Patologia òsteo-articular.
 - Malalties tropicals i aspectes específics diferencials del col·lectiu d'immigrants estrangers.
 - Criteris i procediments en relació amb els problemes de salut que requereixen atenció domiciliària.
 - Criteris comuns mínims hospitalaris per a l'assistència de qualitat almenys en quatre patologies, que responguin a una o diverses de les categories següents:

Problemes prioritzats pel Pla de Salut.

Patologies més freqüents ateses a l'hospital.

Patologies amb tractaments alternatius.

Patologies que generen un elevat consum de recursos.

- Criteris d'avaluació sistemàtica de la prescripció de medicaments.
- Criteris comuns mínims per a Catalunya, acordats mitjançant consens clínic per a l'abordatge dels problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut que hauran d'explicitar pautes d'actuació adreçades específicament a la satisfacció de l'usuari sobre: el nivell i el tipus d'informació que ha de rebre, les condicions de confort ambiental i psico-social, com també els mecanismes de coordinació dels nivells d'atenció per garantir la continuïtat del servei.

Regions sanitàries

- B.99. Durant l'any 1993 i successius, es realitzaran activitats d'informació per difondre els objectius del Pla de Salut, especialment entre els professionals de les regions sanitàries.
- B.100. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries promouran la participació dels professionals en totes aquelles activitats relacionades amb l'adopció de criteris clínics i de coordinació de serveis i la incorporació d'aquests a la pràctica assistencial.

Millorar la utilització de medicaments en l'atenció primària de salut

En el període 1989-1991 hi ha una millora substancial quant a l'eficàcia dels fàrmacs utilitzats

En l'anàlisi global de la tendència de la prescripció de medicaments a Catalunya i a les regions sanitàries per als anys 1989, 1990 i 1991 s'observa que si bé hi ha una millora substancial quant a l'eficàcia dels fàrmacs utilitzats (fàrmacs de VIF elevat), aquesta millora ve donada per la utilització de productes que, tot i ser efectius, tenen alternatives menys costoses (fàrmacs amb un GPU relatiu a l'atenció primària) i que són, per tant, candidats a ser substituïts per altres fàrmacs que tinguin una relació cost-efectivitat més adequada.

L'anàlisi qualitativa de les 50 primeres especialitats farmacèutiques més venudes, en nombre d'envasos i import, durant aquests anys, segons la classificació del VIF i del GPU a l'atenció primària, mostra les dades següents:

S'ha incrementat la prescripció d'especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic i grau potencial d'ús a l'atenció primària elevats

- Pel que fa al nombre d'envasos:

Que l'increment de les especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic elevat ha passat del 61,3% del total d'envasos de la mostra l'any 1989 al 62,4% l'any 1990 i al 68,1% a l'any 1991.

L'increment al llarg del període analitzat de la prescripció d'especialitats farmacèutiques amb GPU a l'atenció primària elevat ha passat del 58,9% del total d'envasos de la mostra a l'any 1989 al 59,9% l'any 1990 i al 65,4% l'any 1991.

L'any 1991 un 31,9% d'envasos de la mostra encara correspon a especialitats farmacèutiques de VIF no elevat i un 34,6% a especialitats farmacèutiques GPU no elevat.

- Pel que fa a l'import:

L'increment del percentatge de l'import corresponent a especialitats farmacèutiques de VIF elevat ha passat del 71,5% l'any 1989 al 71,2% el 1990 i al 79,1% el 1991, de manera similar al que succeeix quan es considera el nombre d'envasos.

- Pel que fa al GPU a l'atenció primària:

Durant el període 1989-1990 s'observa un increment del percentatge de l'import corresponent a especialitats farmacèutiques de GPU elevat que passa de 54,5% l'any 1989 a 56,9% el 1990. Durant el període 1990-1991 aquest percentatge disminueix fins a arribar al 48,3% l'any 1991.

El percentatge de l'import de la mostra analitzada l'any 1991 que correspon a especialitats farmacèutiques amb GPU elevat, és del 48,3%, mentre que el 30,7% de l'import de la mostra correspon a productes de grau potencial d'ús relatiu que o bé tenen alternatives més efectives, o bé alternatives menys costoses, o bé també que per les seves indicacions terapèutiques no haurien de presentar un ús tan rellevant en l'atenció primària.

En el període 1989-1991 s'ha incrementat el percentatge de l'import corresponent a especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic elevat

S'ha produït un decrement del percentatge de l'import corresponent a les especialitats farmacèutiques amb grau potencial d'ús elevat

El 30,7% de l'import de les prescripcions de l'any 1991 correspon a especialitats farmacològiques que tenen alternatives menys costoses o més efectives

Cal remarcar que l'any 1989 aquests productes de grau potencial d'ús relatiu a l'atenció primària tan sols representen un 17,1% del global de l'import de la mostra.

Intervencions

L'OMS defineix els estudis d'utilització de medicaments com els que fan referència a la comercialització, la distribució, la prescripció i l'ús de medicaments en una societat posant especial èmfasi en les conseqüències mèdiques, socials i econòmiques que se'n deriven.

L'ús de medicaments que fa la població és mediatitzat directament o indirectament per un gran nombre de factors d'influència que actuen des de diversos àmbits socials.

És evident, per tant, que les intervencions adreçades a millorar la qualitat de la utilització de medicaments poden tenir un resultat diferent en funció dels factors sobre els quals actuen.

Ateses les competències de la Generalitat de Catalunya sobre els medicaments i des de l'òptica del Pla de Salut de Catalunya es plantegen aquelles intervencions que són factibles des del Servei Català de la Salut. En aquesta línia, les intervencions que es proposen estan dirigides als proveïdors assistencials i als consumidors potencials de medicaments, és a dir, incideixen sobre els prescriptors i sobre les persones que en fan ús, i recullen aspectes de protocolització, selecció, informació, formació continuada i promoció d'hàbits saludables en l'ús de medicaments entre grups de població específics.

Degut a la importància que tenen els professionals sanitaris en la prescripció dels medicaments, cal endegar mesures d'incentivació d'aquests professionals en funció de la millora de la qualitat de la prescripció i de la racionalització de la despesa. Alhora, cal considerar el desplegament de l'article 11 de la Llei 31/1991, de 13 de desembre, d'ordenació farmacèutica de Catalunya, que permeti la incorporació progressiva de farmacèutics a l'atenció primària de salut, segons la disponibilitat pressupostària.

Les intervencions que es duren a terme per abordar els aspectes referits a la utilització de medicaments a l'atenció primària de salut sobre les quals es fixen objectius operacionals són les següents:

- a) Millora de la selecció dels medicaments a l'atenció primària de salut per part dels professionals sanitaris.
- b) Millora dels sistemes d'informació.
- c) Promoció d'hàbits saludables en relació amb la utilització dels medicaments a grups específics de població (grans consumidors, dones gestants i dones amb fills petits) a través del contacte amb els serveis sanitaris.

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

1. Sistematitzar l'avaluació de la qualitat de la prescripció de medicaments.
2. Promoure la selecció de medicaments dels grups farmacològics més prescrits, amb criteris d'eficàcia, efectivitat, eficiència i necessitat.
3. Promoure la incorporació de protocols terapèutics per a les patologies més prevalents a l'atenció primària de salut.
4. Establir l'estratègia per a la difusió de la informació sobre els medicaments entre els professionals.
5. Promoure la formació continuada dels professionals.
6. Disposar d'informació fiable i amb el grau d'agregació i d'anàlisi suficient sobre la prescripció dels medicaments en l'àmbit dels sectors i de les ABS.
7. Conèixer l'ús dels fàrmacs que fa la població a partir de l'ESCA.
8. Promoure la notificació sistemàtica de les reaccions adverses als medicaments entre els professionals assistencials a partir del Sistema de Farmacovigilància.
9. Promoure hàbits saludables en matèria d'ús de medicaments entre la població mitjançant el consell assistit individual i les intervencions en educació sanitària adreçats a grups de població específics (grans consumidors, dones gestants i dones amb fills petits) i de manera especial a l'àmbit escolar.

Múltiples factors influeixen en l'ús de medicaments que fa la població

Per millorar la utilització dels medicaments a l'atenció primària calen intervencions dirigides tant als professionals sanitaris com a la població

S'han d'aplicar mesures d'incentivació dels professionals en relació a la prescripció farmacèutica

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995*Utilització de medicaments*

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.101. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal augmentar fins al 85% el nombre d'especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic elevat facturades al Servei Català de la Salut, tant en nombre d'envasos com en import.
- B.102. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal augmentar el nombre d'especialitats farmacèutiques de grau potencial d'ús en l'atenció primària elevat, fins al 75% en nombre d'envasos i al 60% en import, facturades al Servei Català de la Salut.
- B.103. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà definit els criteris d'avaluació sistemàtica de la prescripció de medicaments impulsant fórmules de treball que afavoreixin el consens entre els professionals.
- B.104. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà de la informació relativa a les activitats d'avaluació de la prescripció realitzades.
- B.105. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsarà l'establiment de programes de selecció de medicaments amb criteris d'eficàcia, efectivitat, eficiència i necessitat.
- B.106. Durant l'any 1993 i successius, s'adoptaran els criteris comuns mínims en la selecció de medicaments per al tractament de la hipertensió arterial, l'ansietat i la depressió, l'asma, la diabetis, les infeccions urinàries i de les vies respiratòries altes, l'ulcus gàstric i duodenal, l'esofagitis, l'hipercolesterolèmia, les malalties òsteo-articulars i del dolor en els malalts terminals.
- B.107. Durant l'any 1993 i successius, es mantindrà la protocol·lització a tots els nivells assistencials dels fàrmacs amb un risc potencial d'ús ineficient (hormona del creixement, interferó i eritropoetina humana) mitjançant els consells assessors creats per a cada fàrmac. També s'estudiaran les diferents alternatives de protocol·lització per als nous medicaments d'aquestes característiques que es comercialitzin.
- B.108. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut realitzarà de manera progressiva la difusió sistemàtica i periòdica d'informació sobre medicaments per als professionals sanitaris i vetllarà per la qualitat de les activitats d'informació que es realitzin a les regions sanitàries.
- B.109. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà perquè els programes de formació continuada adreçats als professionals s'orientin a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la selecció de medicaments i en l'avaluació de la qualitat de la prescripció.
- B.110. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut disposarà d'una base de dades sobre els metges en exercici que integri la informació procedent dels col·legis de metges i la de la base de dades de la Gestió Informatitzada del Personal del Servei Català de la Salut.
- B.111. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut proporcionarà als sectors sanitaris informació agregada i analitzada referent als seus metges i centres (informació farmacològica i dosi diària definida per 1.000 habitants i dia).

- B.112. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació sobre l'ús dels medicaments per part de la població a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya.
- B.113. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb l'ús dels medicaments.
- B.114. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb l'ús dels medicaments.

Regions sanitàries

- B.115. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris i mecanismes d'avaluació específics de la prescripció de medicaments.
- B.116. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran realitzat activitats d'avaluació sobre la prescripció dels medicaments en els centres d'atenció primària de salut.
- B.117. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries promouran la selecció de medicaments per a l'atenció primària amb criteris d'eficàcia, efectivitat, eficiència i necessitat per a, almenys, tres dels grups farmacològics que s'especifiquen a continuació:
- Antihipertensius.
 - Psicofàrmacs.
 - Antiasmàtics.
 - Antidiabètics.
 - Antibacterians.
 - Antiulcerosos.
 - Hipolipemians.
 - Antiinflamatoris no esteroïdals i analgèsics.
- B.118. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries i els seus professionals sanitaris disposaran dels criteris comuns mínims, d'acord amb els paràmetres d'eficàcia, efectivitat, seguretat i eficiència per a, almenys, el tractament de tres dels quadres patològics següents:
- Malalties òsteo-articulars.
 - Infeccions de les vies respiratòries altes.
 - Infeccions urinàries.
 - Asma.
 - Ansietat i depressió.
 - Hipertensió arterial.
 - Úlcus gàstric i duodenal.
 - Esofagitis.
 - Hipercolesterolèmia.
 - Diabetis *mellitus*.
 - Dolor en els malalts terminals.
- B.119. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, els professionals sanitaris disposaran d'informació respecte al que s'explicita en els objectius operacionals 117 i 118.
- B.120. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries realitzaran de manera progressiva la difusió d'informació sobre el medicament, dirigida als professionals de l'atenció primària, mitjançant centres d'informació de medicaments, edició de butlletins i sessions bibliogràfiques i farmacoterapèutiques.
- B.121. Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes

de formació continuada dels professionals incloguin les orientacions dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats, almenys, en la selecció dels medicaments i en la metodologia de la seva avaluació.

- B.122.** Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries vetllaran perquè els programes de formació i avaluació de les entitats proveïdores incloguin informació sobre la notificació de les reaccions adverses als medicaments (Sistema de Farmacovigilància).
- B.123.** Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries definiran els criteris per promoure l'ús adequat dels medicaments mitjançant el consell individual i les intervencions sobre grups de població específics.



C.

PLA DE SALUT DE CATALUNYA

OBJECTIUS I INTERVENCIONS
DEL PLA DE SALUT

305

Objectius i intervencions orientats a la millora de la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut

El Servei Català de la Salut ha de garantir que els serveis de salut donin protagonisme i se centrin en els usuaris com a clients. Tanmateix, es pot observar que si bé el canvi cultural ja ha estat endegat per la nova organització encara cal incorporar idees i conceptes coneguts des de fa temps però que no han arrelat prou, com és el d'orientar els serveis vers la satisfacció dels usuaris del Servei Català de la Salut.

Caldrà que el Pla de Salut de Catalunya sigui l'instrument de planificació que permeti definir, executar i avaluar les estratègies orientades a la satisfacció dels usuaris.

Consideracions prèvies

La qualitat del servei

Són prou conegudes les dificultats per mesurar la qualitat del producte d'un servei de salut. Quan un usuari utilitza un servei de salut disposa de poques evidències tangibles que li permetin avaluar-ne la qualitat com són, per exemple, les característiques de l'estructura física, de l'equipament o bé del personal. Per tant, haurà d'utilitzar altres criteris per valorar els diversos elements que integren la qualitat del servei.

Així mateix, la intangibilitat dels serveis sovint fa que els proveïdors trobin dificultats per conèixer i comprendre quina percepció de qualitat en tenen els usuaris.

Quan es parla de qualitat d'un servei s'ha de tenir present que sovint hi ha discrepàncies de criteris i valors entre els usuaris, els professionals, els gestors, les entitats proveïdores i l'Administració. Per aquest motiu, és important que els proveïdors siguin capaços de satisfer interessos tan diversos.

La satisfacció de l'usuari

La satisfacció de l'usuari també és un concepte difícilment mesurable, ja que és funció de moltes variables, fonamentalment qualitatives i relacionades amb les característiques de les persones i de l'entorn organitzatiu del servei.

Així, quan les persones utilitzen els serveis sanitaris valoren, tant o més que el resultat del servei en termes d'eficàcia tècnica, la manera en què aquest s'ha realitzat (la qualitat funcional de tot el procés d'atenció). Sovint, les dimensions que més es valoren són aquelles que fan referència a l'accessibilitat (proximitat i facilitat per contactar amb el servei), la cortesia (amabilitat, in-

El Servei Català de la Salut ha de garantir que els serveis de salut donin protagonisme i se centrin en els usuaris com a clients

És difícil mesurar la qualitat del producte d'un servei de salut

A l'hora de definir la qualitat d'un servei hi ha discrepàncies entre els usuaris, els professionals i l'Administració

La mesura de la satisfacció dels usuaris d'un servei de salut no és una tasca fàcil

L'usuari valora fonamentalment l'accessibilitat, la cortesia, la comunicació i l'agilitat del servei

Per conèixer el nivell de satisfacció de l'usuari s'ha de mesurar el nivell de concordància entre les seves expectatives i les percepcions posteriors a la utilització del servei

La LOSC i el seu desplegament normatiu s'orienta cap a l'assoliment d'una bona atenció a l'usuari

Cal definir i desenvolupar estratègies d'apropament dels serveis a la població

El coneixement de la població i de la satisfacció pel que fa a la provisió de serveis, contribueix a conèixer els usuaris

terès, respecte, educació), la comunicació (informació comprensible, la possibilitat de ser escoltat) i l'agilitat del servei.

Cal tenir en compte també que per aproximar-se al coneixement del nivell de satisfacció d'un usuari s'ha de mesurar la diferència o el nivell de concordança que hi ha entre les seves expectatives abans del servei i les percepcions després del servei.

El Marc Normatiu

Els objectius estratègics de l'organització en relació amb els usuaris del Servei Català de la Salut queden explicitats a la LOSC i el desplegament normatiu de què es disposa, actualment és —en principi— el marc de partida per garantir una bona atenció a l'usuari mitjançant la personalització del tracte, el respecte als seus drets, a la confidencialitat, a la llibertat i a la dignitat, i la informació suficient i comprensible.

Així doncs, el repte de l'organització és ara el de marcar objectius específics adreçats a la satisfacció dels usuaris en relació amb els serveis i desenvolupar el sistema d'avaluació corresponent.

Objectiu general

El Servei Català de la Salut té com a responsabilitat definir i desenvolupar estratègies d'apropament dels serveis a la població per tal de garantir que els serveis que contracta s'orientin i s'aproximin tant a les necessitats en termes de salut (mitjançant la qualitat tècnica adequada) com a les expectatives personals de l'usuari (mitjançant mesures orientades a la seva satisfacció).

Línies d'actuació del Pla de Salut 1993-1995

Les línies d'actuació en relació amb la millora de la satisfacció dels usuaris formen part de l'estratègia d'apropament i adequació dels serveis a la població i es plantegen d'acord amb dues dimensions:

- a) Conèixer els usuaris.
- b) Orientar els serveis vers la satisfacció dels usuaris.

a) Conèixer els usuaris

Les línies d'actuació que es proposen a continuació s'han d'entendre com un conjunt d'elements que facilitaran el coneixement de la població:

Conèixer el mercat potencial d'usuaris

- Identificant les necessitats de la població de referència en termes de salut, com també aquelles característiques de la població que puguin tenir repercussió sobre el seu estat de salut i sobre la utilització de serveis.
- Identificant els grups de població amb més dificultats d'accés al sistema i susceptibles de requerir atenció sanitària.

Conèixer en quina mesura la provisió de serveis és satisfactòria per a la població

- Identificant tant les expectatives com les percepcions dels clients en relació amb el funcionament dels serveis dependents de diversos tipus de proveïdors.
- Recollint l'opinió expressada pels usuaris mitjançant circuits de reclamacions i suggeriments.

b) Orientar els serveis vers la satisfacció dels usuaris

Les línies d'actuació que es proposen a continuació s'han d'entendre com un conjunt d'elements que facilitaran el disseny d'estratègies d'orientació dels serveis vers la satisfacció de l'usuari i es plantegen en funció de les següents dimensions de l'atenció sanitària:

- Les condicions d'accés.
- L'acollida.
- El procés d'atenció.
- La continuïtat del servei.
- El paper dels professionals.
- La informació a la població.

L'accés, l'acollida, l'atenció, la continuïtat del servei, el paper dels professionals i la informació a la població són elements per a l'orientació dels serveis vers la satisfacció dels usuaris

Les condicions d'accés

Cal establir mesures d'ordenació i racionalització dels serveis per tal de garantir que les condicions d'accés a aquests:

- S'adeqüin a les característiques socio-culturals i econòmiques dels usuaris.
- S'orientin a la supressió de les barreres geogràfiques, físiques i organitzatives.
- Simplifiquin tant els circuits assistencials com els administratius.
- Es faciliti l'accés als grups de població amb més dificultats d'accés i més susceptibles de requerir atenció sanitària.

L'acollida

Cal adoptar mesures adreçades a garantir unes condicions d'acollida i tracte a l'usuari per part de tots els dispositius sanitaris:

- La informació suficient i comprensible sobre els serveis oferts, la seva organització i la identificació del personal, com també sobre els circuits assistencials i administratius existents.
- El tracte amb cortesia i amabilitat, com també actituds d'interès per escoltar i resoldre el seu problema.
- Els elements de confort quant a les condicions ambientals de l'entorn físic i les característiques organitzatives.
- La possibilitat d'expressar la seva opinió i de consultar els professionals quan ho desitgi.

El procés d'atenció

Cal dissenyar estratègies i instruments per garantir que tots els serveis orientin el procés d'atenció sanitària vers la satisfacció dels usuaris i que ofereixin sempre:

- La informació acurada, comprensible i adequada a les característiques de la persona sobre el seu problema de salut i les diverses alternatives de diagnòstic, tractament i seguiment, com també la referent a les activitats preventives i de promoció de la salut que es realitzin.

- La informació adequada que permetrà a l'usuari valorar l'acceptabilitat de tots els procediments que se li practiquin i poder participar en les decisions que l'afecten.
- Els elements de confort quant a les condicions ambientals de l'entorn físic i a les característiques organitzatives, com també pel que fa als condicionants psico-socials de l'individu.

La continuïtat del servei

Cal adoptar mesures organitzatives adreçades a garantir la continuïtat de l'atenció sanitària a la població, mitjançant:

- La definició dels mecanismes de coordinació dels diferents nivells d'atenció implicats en l'abordatge del problema de salut.
- La definició de circuits administratius senzills, àgils i flexibles, com també de les alternatives per a la seva simplificació.

El paper dels professionals

És evident que per poder orientar la provisió de serveis vers la satisfacció de la població, els professionals tenen un paper fonamental, per la seva relació directa amb l'usuari.

Caldrà, doncs, adoptar mesures de formació continuada, de sensibilització i de motivació de tots els professionals dels serveis sanitaris en relació amb l'acollida i el tracte, i pel que fa a les tècniques i les habilitats de comunicació.

La informació a la població

S'hauran de potenciar mecanismes d'informació clara i contínua sobre l'oferta de serveis, i adequada als diversos àmbits i col·lectius de població (població general, empreses, professionals de la salut, Administració).

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- C.1. Durant l'any 1993 i successius, els criteris comuns mínims per a Catalunya, acordats mitjançant consens per a l'atenció als problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut, hauran d'explicitar pautes d'actuació adreçades específicament a la satisfacció de l'usuari sobre: el nivell i el tipus d'informació que ha de rebre, les condicions de confort ambiental i psico-social, com també els mecanismes de coordinació dels nivells d'atenció per garantir la continuïtat del servei.
- C.2. Abans de l'any 1995, els proveïdors de serveis sanitaris i socio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques d'adequació a les característiques i les necessitats de la població, mesures per a la millora de les condicions d'accés, de les condicions d'acollida, del procés d'atenció i de la coordinació de nivells per garantir la continuïtat de l'atenció.
- C.3. Abans de l'any 1995, els serveis sanitaris i socio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques per potenciar els profes-

sionals de salut com a protagonistes de la relació i el tracte directe amb els usuaris.

- C.4. Abans de l'any 1995, els serveis sanitaris i socio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques per a la difusió de la informació a la població sobre l'oferta de serveis.

Regions sanitàries

- C.5. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries establiran mecanismes per garantir que els serveis adoptin mesures adreçades a la satisfacció de la població, començant per identificar les característiques de la població que siguin rellevants per poder adequar els serveis tant a les seves necessitats com a les seves expectatives.
- C.6. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran analitzat els circuits administratius i hauran aplicat les mesures correctores per facilitar l'accés als serveis sanitaris i socio-sanitaris.
- C.7. Abans de l'any 1994, les unitats administratives de les regions sanitàries responsables de l'atenció al públic pel que fa a la informació general sobre els serveis i la tramitació de reclamacions i suggeriments realitzaran aquesta funció en horari de matí i tarda; així mateix, la regió vetllarà perquè els proveïdors facilitin l'accés de la població a aquest tipus de servei durant l'horari de funcionament dels centres, sempre que això sigui possible.
- C.8. Abans de l'any 1994, tots els serveis sanitaris i socio-sanitaris implantaran sistemes de citació i programació de visites que tinguin en compte les característiques i les necessitats de la població, per tal d'afavorir-ne l'accessibilitat.
- C.9. Abans de l'any 1995, els centres implantaran mecanismes especials d'accés per aquells grups de població amb més dificultats per accedir als serveis i que requereixen atenció sanitària i/o socio-sanitària.
- C.10. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries obtindran i analitzaran la informació —quantitativa i qualitativa— sobre les llistes d'espera de tots els nivells d'atenció sanitària i socio-sanitària del seu àmbit territorial.
- C.11. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries donaran directrius als proveïdors i vetllaran perquè garanteixin la continuïtat de l'atenció sanitària i socio-sanitària mitjançant la derivació i la coordinació entre els diversos nivells d'atenció.
- C.12. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un banc de dades i editaran una guia de serveis sobre els recursos, l'organització i les activitats dels serveis sanitaris i socio-sanitaris del seu àmbit territorial que faciliti als professionals de la salut, i en especial al personal de les unitats d'admissions i d'atenció a l'usuari, una informació correcta, fiable i actualitzada sobre l'oferta de serveis.
- C.13. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran i editaran una guia de serveis que es distribuirà a tots els centres per oferir a la població la informació més comprensible possible sobre l'oferta de serveis i pautes recomanables per a la seva utilització.
- C.14. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries establiran les mesures necessàries per garantir que tots els sectors, les Àrees Bàsiques de Salut, i els centres sanitaris i socio-sanitaris facilitin a la població la informació referent als seus drets i deures com a usuaris del Servei Català de la Salut.

- C.15. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris comuns mínims d'organització i funcionament dels circuits de reclamacions i suggeriments en tots els serveis.
- C.16. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries faran efectius els mecanismes que garanteixin la incorporació de l'opinió dels usuaris, expressada mitjançant els circuits de reclamacions i suggeriments, i la seva incidència real en la planificació i la gestió dels serveis.
- C.17. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran identificat les necessitats de formació continuada en tècniques i habilitats de comunicació dels diferents tipus de professionals de la salut i hauran definit un pla de formació específic.

Avaluació del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació del Pla de Salut 1993-1995

L'avaluació ha de formar part dels procediments habituals de planificació i de gestió dels serveis de salut. Qualsevol acció planificadora ha d'incorporar l'avaluació que permeti, en funció d'una situació o d'uns resultats obtinguts, formular noves hipòtesis i endegar activitats correctores per millorar-los i adaptar-se a les realitats canviants.

L'avaluació és especialment necessària per a la planificació i la presa de decisions en uns moments en què l'aparició de nous fenòmens de tipus social, demogràfic i sanitari configuren uns escenaris complexos i de canvi permanent, als quals el sistema sanitari, en el seu conjunt, ha de donar una resposta àgil i adequada en termes sanitaris, socials i econòmics. En aquest context són especialment destacables l'envelliment progressiu de la població, l'augment de la prevalença de determinades malalties cròniques, l'aparició de noves entitats patològiques com és el cas de la SIDA, amb les conseqüents repercussions en els diversos àmbits, les innovacions tecnològiques i els processos de reordenació de recursos endegats dins del mateix sistema sanitari.

L'avaluació ha de ser un instrument per conèixer la capacitat de l'organització per adaptar-se a aquests canvis i incorporar els seus resultats a la planificació, la gestió i la redistribució dels recursos globals del sistema en un context de limitació dels mateixos.

És també important que l'avaluació sigui incorporada de manera sistemàtica per tots els nivells de l'organització sanitària i pels seus professionals, considerant-la un dels elements cabdals en el procés de canvi organitzatiu i cultural que ha de caracteritzar el Servei Català de la Salut. És per això que l'avaluació ha d'estar incorporada com un aspecte més en la pràctica quotidiana dels professionals en tots els procediments i activitats del procés d'atenció.

El Pla de Salut de Catalunya, que té una vigència triennal, és el punt de referència que ha de guiar la gestió duta a terme en els diferents nivells territorials del Servei Català de la Salut, alhora que ha de permetre al Departament de Sanitat i Seguretat Social i al mateix Servei Català de la Salut realitzar l'avaluació de les diferents accions sanitàries empreses.

El Departament de Sanitat i Seguretat Social formula els criteris generals de la planificació sanitària, i fixa els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries objecte d'inclusió en el Pla de Salut. El Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut, conté els objectius de salut i de disminució de risc sobre els problemes prioritaris. En general en la seva formulació s'estableix un horitzó temporal que se situa l'any 2000.

L'avaluació de l'efectivitat de les intervencions proposades pel Pla de Salut es realitzarà a partir d'indicadors que permetin analitzar l'evolució de la mortalitat, la morbiditat i la prevalença dels factors de risc. Així mateix, s'utilitzaran estudis específics per a fer un seguiment de l'evolució dels coneixements, actituds i hàbits de la població que tenen a veure amb la incorporació de comportaments saludables.

L'avaluació ha de formar part del procés de planificació i de gestió dels serveis de salut

L'avaluació és un instrument necessari per a l'adaptació del sistema a les necessitats i situacions canviants

Cal incorporar l'avaluació en tots els nivells de l'organització, com a part del procés de canvi organitzatiu i cultural del Servei Català de la Salut

L'avaluació del Pla de Salut permetrà conèixer el nivell d'assoliment dels objectius establerts

També caldrà realitzar l'avaluació en termes d'eficàcia, eficiència, qualitat i equitat, sobretot pel que fa a les activitats preventives, als processos assistencials, al funcionament dels serveis i a l'assignació dels recursos.

El Servei Català de la Salut avaluarà anualment l'aplicació del Pla de Salut tal com assenyala l'Ordre de 23 d'octubre de 1992, per la qual s'estableix la metodologia i el termini per a l'elaboració del Pla de Salut. L'avaluació anual ha de permetre conèixer l'evolució dels indicadors d'assoliment dels objectius.

Els punts de referència per a la formulació dels objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995 han estat els objectius de salut i de disminució de risc continguts en el Document marc i els principis generals que inspiren la política del Servei Català de la Salut. Els objectius operacionals concreten les intervencions i les línies d'actuació expressant-les de manera periodificada i quantificada, indicant el nivell on recau la responsabilitat per dur a terme les accions que comporten: els serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut, i les seves estructures territorials. Aquestes accions es relacionen directament o indirectament amb l'assoliment dels objectius de salut. Cal remarcar que per aquest primer Pla de Salut també es fan propostes orientades a crear condicions més favorables per fer possible el desenvolupament posterior de les accions, per exemple potenciar la formació continuada dels professionals, la millora del sistema d'informació i la normalització de procediments entre d'altres. Aquestes intervencions se centren especialment en les activitats preventives, el procés assistencial, el funcionament dels serveis i els processos de reordenació endegats.

Els àmbits i la metodologia d'avaluació que s'adopta són determinats per l'abast dels objectius operacionals establerts. En la mesura que aquest Pla de Salut serà objecte d'ampliació el desembre de 1993, també serà ampliat i precisat l'abast de l'avaluació.

A continuació es presenten els objectius operacionals d'aquest Pla de Salut i l'avaluació d'acord amb els criteris i el període fixats en la formulació de cada objectiu.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Detecció i control de la hipertensió arterial

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.1. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació relativa als hipertensos detectats i als hipertensos controlats de cada Regió Sanitària.
- A.2. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits dietètics saludables.

Regions sanitàries

- A.3. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries elaboraran un protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial, que inclourà els criteris comuns mínims establerts, impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals.
- A.4. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial.
- A.5. Abans de l'any 1995, les consultes d'atenció primària de salut disposaran d'esfigmomanòmetres de mercuri i d'un sistema de revisió i calibratge dels mateixos.
- A.6. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de detecció i seguiment de la hipertensió arterial en els serveis.
- A.7. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol d'hipertensió arterial de la regió.
- A.8. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrades les xifres de tensió arterial en més del 60% de les històries corresponents a població adulta (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).

Avaluació dels objectius

Disponibilitat de la informació per regió sanitària.

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits dietètics saludables.

Existència del protocol.

Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.

Evolució del percentatge de consultes que disposen d'esfigmomanòmetres de mercuri. Existència del sistema de revisió i calibratge dels esfigmomanòmetres.

Evolució del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o de monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del percentatge d'històries clíniques on consta la xifra de tensió arterial.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.9. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, més del 45% dels pacients hipertensos detectats hauran d'estar controlats, segons els criteris del protocol.

Avaluació dels objectius

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o de monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del:

- percentatge de pacients hipertensos detectats,
- percentatge de pacients hipertensos controlats d'acord amb els criteris establerts al protocol.

Detecció i control de la hipercolesterolèmia

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.10. Abans de l'any 1994, s'hauran adoptat els criteris comuns mínims per a Catalunya per al diagnòstic, tractament i control de la hipercolesterolèmia, com també sobre aspectes d'educació sanitària de la població, impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals que permetin incorporar i operativitzar aquests criteris en els serveis.

Existència dels criteris.

Valoració de la metodologia emprada per al consens.

A.11. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació relativa als pacients detectats i als pacients controlats d'hipercolesterolèmia de cada regió sanitària.

Disponibilitat de la informació per regió sanitària.

A.12. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits dietètics saludables.

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits dietètics saludables.

Regions sanitàries

A.13. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.

Existència del protocol.

A.14. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació pel que fa al protocol sobre detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia adoptat.

Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.

A.15. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de detecció, tractament i control de la hipercolesterolèmia en els serveis.

Evolució del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.

A.16. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran adaptat i consensuat el protocol d'hipercolesterolèmia de la regió.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.17. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el nivell de colesterol en més del 40% de les històries de la població diana (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.18. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, més del 40% dels pacients detectats d'hipercolesterolèmia hauran d'estar controlats, segons els criteris del protocol.

Consell antitabac

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.19. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la introducció a l'escola de les accions antitabàquiques.

Regions sanitàries

- A.20. Durant l'any 1993 i successius, a les consultes d'atenció primària de salut es farà l'anamnesi i el registre sistemàtic sobre consum de tabac a la població atesa de més de 14 anys.
- A.21. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran elaborat un protocol de consell antitabac que inclourà els criteris comuns mínims existents impulsant fórmules de treball amb participació dels professionals.
- A.22. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de consell antitabac adoptat.
- A.23. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries d'acord amb criteris de factibilitat promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de consell antitabac en els serveis.
- A.24. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament aplicaran a les seves consultes el consell mínim antitabac seguint el protocol establert.

Avaluació dels objectius

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del percentatge d'històries clíniques on consta el nivell de colesterol.

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del:

- percentatge de pacients amb hipercolesterolèmia detectats,
- percentatge de pacients diagnosticats d'hipercolesterolèmia controlats d'acord amb els criteris establerts al protocol.

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats per a l'abordatge de les accions antitabàquiques.

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució de la pràctica de l'anamnesi i del registre sistemàtic sobre el consum de tabac.

Existència del protocol.

Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.

Evolució del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.25.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat l'hàbit tabàquic en més del 60% de les històries corresponents a la població de més de 14 anys (excloent-ne les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.26.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries realitzaran accions específiques per disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic entre els seus professionals.

Cribatge del càncer de mama i millora del procés d'atenció

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.27.** Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut posarà en marxa quatre programes experimentals de cribatge poblacional del càncer de mama vinculats a l'atenció primària de salut.
- A.28.** Abans de l'any 1994, s'hauran adoptat els criteris comuns mínims per al diagnòstic i el tractament del càncer de mama, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.

Regions sanitàries

- A.29.** Abans de l'any 1994, s'haurà identificat el grau d'adequació dels recursos disponibles per absorbir la demanda potencial derivada de les activitats de cribatge i tractament del càncer de mama.
- A.30.** Abans de l'any 1994, s'haurà dut a terme l'anàlisi de la llista d'espera per mamografia.
- A.31.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà d'assegurar la disponibilitat de radiòlegs amb formació específica en mamografies.
- A.32.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un estudi de factibilitat per a la posada en marxa d'un programa experimental de cribatge de càncer de mama a nivell territorial.
- A.33.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran el sistema de coordinació de serveis adequat per assegurar la continuïtat en l'atenció als pacients amb càncer de mama.

Avaluació dels objectius

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del percentatge d'històries clíniques on consta el registre sobre el consum de tabac.

Tipus d'accions endegades entre els professionals per disminuir la prevalença de l'hàbit tabàquic. Resultats de l'enquesta sobre consum i actituds respecte del tabac, l'alcohol i altres drogues a Catalunya.

Programes experimentals de prevenció del càncer de mama endegats.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Valoració de l'adequació dels recursos a la demanda potencial.

Anàlisi de les llistes d'espera per a la realització d'aquesta exploració.

Disponibilitat de radiòlegs amb aquesta formació.

Valoració de la factibilitat d'endegar programes de cribatge en el territori.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Millora del tractament i control de les malalties cròniques de l'aparell respiratori

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.34. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'atenció de la patologia respiratòria crònica impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.35. Abans de l'any 1995, es realitzarà un estudi d'avaluació sobre la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment de l'asma infantil.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Disponibilitat de l'estudi.

Regions Sanitàries

- A.36. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol per al diagnòstic i el tractament de la patologia respiratòria crònica que inclogui els criteris comuns mínims adoptats.
- A.37. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran el sistema de coordinació de serveis per assegurar la continuïtat assistencial dels malalts amb patologia respiratòria crònica.

Existència del protocol.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Prevenició dels accidents de trànsit i atenció a l'accidentat

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.38. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'aprofundirà en el coneixement de la morbiditat hospitalària assistida per accidents de trànsit a Catalunya.
- A.39. Abans de l'any 1995, es disposarà d'informació més exhaustiva sobre les principals causes d'accidentabilitat i morbiditat per accidents de trànsit a Catalunya, així com sobre els grups de risc.
- A.40. Abans de l'any 1994, el nombre d'accidents de trànsit amb víctimes a Catalunya s'ha d'haver reduït un 10% respecte al 1990. Aquest percentatge ha de ser del 18% el 1995.
- A.41. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits i conductes segures en relació a la prevenció d'accidents i a la seguretat viària.

Explotació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària.

Disponibilitat de la informació.

Evolució del nombre d'accidents de trànsit amb víctimes (Estadística d'accidents amb víctimes segons informació policial de la Direcció General de Trànsit).

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats en relació a la seguretat viària.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.42.** Abans de l'any 1994, el 85% dels centres d'ensenyament secundari i el 50% dels d'ensenyament primari tractaran aspectes de seguretat viària. Aquests percentatges seran, respectivament, del 90 i el 75% abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut.
- A.43.** Abans de l'any 1994, el percentatge de conductors que no segueixin les normes de conducció tranquil·la per tal de tenir un trànsit moderat i el més convivencial possible ha de ser inferior al 12%. El percentatge serà inferior al 8% abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut.
- A.44.** Abans de l'any 1994, l'ús del cinturó de seguretat en zona urbana i del casc en conductors de motocicletes i ciclomotors, també en zona urbana, ha de ser del 60 i el 90%, respectivament. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut els percentatges seran del 75 i el 95%.
- A.45.** Abans de l'any 1994, cal que el percentatge de morts en accident amb l'alcoholèmia superior o igual a 0,8 gr/l. sigui inferior al 30%. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut haurà de ser inferior al 20%.
- A.46.** Abans de l'any 1995, es desenvoluparà una recerca sobre la prevalença de l'alcoholèmia en els conductors de Catalunya.

Regions sanitàries

- A.47.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que el 70% dels professionals d'atenció primària de salut coneguin els grups de risc i les mesures que cal canviar o adoptar en la prevenció dels accidents.
- A.48.** Abans de l'any 1995, el 100% dels trasllats interhospitalaris (transport secundari) dels accidentats greus hauran d'estar coordinats pel Sistema d'Emergències Mèdiques.

Alcoholisme

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.49.** Abans de l'any 1995, cal augmentar fins al 85% el percentatge de la població coneixedora dels efectes nocius del consum excessiu d'alcohol.

Avaluació dels objectius

Evolució del percentatge del nombre de centres escolars que han incorporat activitats en relació a la seguretat viària.

Enquestes.
Anàlisi d'infraccions de trànsit i d'aforaments.

Enquestes periòdiques sobre l'ús del casc i del cinturó.

Enquestes i projectes permanents sobre l'existència d'alcohol a la sang i les seves conseqüències.
Evolució del percentatge de morts en accident amb nivells d'alcoholèmia superiors al límit establert.

Disponibilitat de l'estudi.

Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.

Percentatge de trasllats interhospitalaris d'accidentats de trànsit, coordinats pel Sistema d'Emergències Mèdiques.

Evolució del percentatge de població coneixedora dels efectes nocius del consum d'alcohol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.50. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya per a la prevenció (individual i comunitària), la detecció, el control i el seguiment dels consumidors excessius d'alcohol en l'àmbit de l'atenció primària de salut, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.51. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum d'alcohol.

Regions sanitàries

- A.52. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.53. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol adoptat.
- A.54. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb criteris de factibilitat, promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats.
- A.55. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol de prevenció i detecció del consum excessiu d'alcohol i problemes associats.
- A.56. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el consum d'alcohol en més del 60% de les històries d'adults (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.57. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels bevedors detectats hauran rebut consell educatiu de moderació de consum d'alcohol.
- A.58. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran l'estratègia de coordinació de l'atenció primària de salut amb altres nivells assistencials i amb l'àmbit intersectorial, per a l'abordatge del consum excessiu d'alcohol. (En els centres docents, a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola).

Avaluació dels objectius

- Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum d'alcohol.
- Existència del protocol.
- Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.
- Evolució del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.
- Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.
- Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del percentatge d'històries clíniques on consta el consum d'alcohol.
- Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evolució del percentatge de consumidors excessius que han rebut consell educatiu.
- Existència i valoració del sistema de coordinació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.59. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció dels problemes de salut derivats del consum de l'alcohol, així com la prevenció del seu consum excessiu.

Altres drogodependències

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.60. Abans de l'any 1995, cal augmentar fins al 85% el percentatge de la població coneixedora dels efectes nocius del consum de drogues.

A.61. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya per a la prevenció (individual i comunitària), la detecció, el control i el seguiment dels drogodependents en l'àmbit de l'atenció primària de salut, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.

A.62. Abans de l'any 1995, cal realitzar cribatges de les malalties de transmissió sexual, de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana, dels marcadors per a la tuberculosi, i també incloure en un programa de vacunació contra l'hepatitis B el 90% dels usuaris de drogues per via parenteral que hagin seguit tractament, almenys durant 3 mesos consecutius, als centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.

A.63. Abans de l'any 1995, tots els centres penitenciaris de Catalunya coneixeran els criteris comuns mínims per a la detecció i el tractament del consum de drogues i problemes associats.

A.64. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum de drogues.

Regions sanitàries

A.65. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran un protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.

Avaluació dels objectius

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb el consum d'alcohol.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Evolució del percentatge de població coneixedora dels efectes nocius del consum de drogues.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Evolució del percentatge d'usuaris de drogues per via parenteral que han estat sotmesos a activitats de cribatge.
Evolució del percentatge d'usuaris de drogues per via parenteral als quals s'ha administrat la vacuna antihepatitis B.

Centres penitenciaris que han rebut la informació.

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables en relació amb el consum de drogues.

Existència del protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.66. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol d'atenció a les drogodependències adoptat.
- A.67. Durant l'any 1994 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb criteris de factibilitat, promouran l'extensió progressiva de l'aplicació del protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats.
- A.68. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran consensuat i adaptat el protocol de prevenció i detecció del consum de drogues i problemes associats.
- A.69. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrat el consum de drogues en més del 50% de les històries d'adults (segons els criteris que estableixi el protocol i excloent les que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.70. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels consumidors de drogues detectats hauran rebut consell educatiu de moderació de consum de drogues.
- A.71. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert l'estratègia de coordinació de l'atenció primària de salut amb els centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències i altres nivells preventius i assistencials. (En els centres docents, a través del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola).
- A.72. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut incloquin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció dels problemes de salut derivats de l'ús de drogues, així com la prevenció de les drogodependències.

Avaluació dels objectius

- Evulsió del percentatge de professionals que han rebut la informaci3.
- Evulsi3 del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.
- Evulsi3 del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.
- Estudis d'avaluaci3 d'hist3ries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evoluci3 del percentatge d'hist3ries clíniques on consta el consum de drogues.
- Estudis d'avaluaci3 d'hist3ries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per conèixer l'evoluci3 del percentatge de consumidors de drogues que han rebut consell educatiu.
- Existència i valoraci3 dels criteris explícits de coordinaci3.
- Existència d'activitats de formaci3 continuada en relaci3 amb l'atenció a les drogodependències. Evulsi3 del nombre de professionals que han participat en les activitats de formaci3 continuada.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

SIDA

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|---|---|
| <p>A.73. Abans de l'any 1994, s'hauran dissenyat i implantat els sistemes d'informació necessaris per a la realització de la vigilància epidemiològica dels casos de SIDA i pel monitoratge de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana a Catalunya.</p> | <p>Existència del sistema d'informació per a la vigilància epidemiològica de la SIDA i de la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana.</p> |
| <p>A.74. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a la prevenció, l'atenció i el seguiment dels malalts de la SIDA, dels infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana, i de les persones amb pràctiques de risc, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.</p> | <p>Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.</p> |
| <p>A.75. Abans de l'any 1994, s'hauran avaluat les activitats desenvolupades per les Unitats Funcionals de SIDA.</p> | <p>Disponibilitat de l'avaluació.</p> |
| <p>A.76. Abans de l'any 1995, s'haurà efectuat almenys una experiència de centre obert sòcio-sanitari per a l'atenció de malalts de la SIDA en situació de cronicació.</p> | <p>Valoració de l'experiència.</p> |
| <p>A.77. Durant l'any 1993 i successius, es desenvoluparan progressivament unitats sòcio-sanitàries específiques per a malalts terminals de la SIDA.</p> | <p>Evolució del nombre d'unitats sòcio-sanitàries desenvolupades.</p> |
| <p>A.78. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb la SIDA.</p> | <p>Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables en relació amb la SIDA.</p> |

Regions Sanitàries

- | | |
|---|---|
| <p>A.79. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert les estratègies de promoció d'hàbits saludables i de difusió de les mesures de prevenció a la població general, a les persones amb pràctiques de risc, als infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana i als malalts de la SIDA.</p> | <p>Valoració del tipus d'informació facilitada i de les activitats de difusió.</p> |
| <p>A.80. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals sanitaris i d'atenció social incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a l'atenció als malalts de la SIDA, als infectats pel Virus de la Immunodeficiència Humana, i als grups de població amb pràctiques de risc.</p> | <p>Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la SIDA.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.81.** Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert els canals de difusió de la informació sistemàtica sobre els temes relacionats amb la SIDA per als professionals sanitaris i d'atenció social.
- A.82.** Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de prevenció (individual i comunitària), d'atenció i de seguiment sobre la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana, que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.
- A.83.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% de les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament hauran incorporat el protocol de prevenció, atenció i seguiment sobre la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana.
- A.84.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran la coordinació efectiva entre els dispositius assistencials relacionats amb l'atenció de la SIDA i la infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana.

Avaluació dels objectius

Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.

Existència del protocol.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Vacunacions sistemàtiques

Regions sanitàries

- A.85.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà vacunar els nens i 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 d'assolir i mantenir un nivell de cobertura vacunal bàsica del 93%.
- A.86.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà revacunar contra la diftèria, el tètanus (DT) i la poliomièlitis els nens d'edat compresa entre els 4 i 6 anys, per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal bàsica del 93%.
- A.87.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà vacunar contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis (triple vírica) als nens i les nenes d'11 anys per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal del 93%.
- A.88.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà revacunar del tètanus els nois i les noies d'edat compresa entre els 14 i 16 anys per tal de mantenir un nivell de cobertura vacunal del 93%.

Evolució de la cobertura vacunal dels nens i nenes de diferents edats en relació amb les vacunes sistemàtiques que s'expliciten en els objectius operacionals 85, 86, 87, 88 i 89.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- A.89. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà assolir un nivell de cobertura vacunal antihepatitis B del 80% en els adolescents, mitjançant vacunació a l'escola.
- A.90. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà d'haver assolit un mínim de 50% de cobertura en la vacunació del tètanus, a la població atesa de més de 14 anys.
- A.91. Abans de l'any 1995, el 90% dels serveis assistencials hauran adoptat un sistema de registre que permeti realitzar el control vacunal de la població i el seguiment del calendari de vacunacions.
- A.92. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert els mecanismes per a la integració de la informació relativa a la cobertura vacunal de la població procedent dels diversos àmbits, especialment l'escola, i dels diferents nivells d'atenció, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya.

Evolució de la cobertura vacunal antitetànica de la població atesa de més de 14 anys.

Existència i valoració del sistema de registre.

Disponibilitat de la informació relativa a la cobertura vacunal.

Vacunacions no sistemàtiques

Regions sanitàries

- A.93. Abans de l'any 1994, s'haurà establert la coordinació entre els serveis d'obstetrícia dels hospitals i els centres d'atenció primària per tal de tenir coneixement dels fills de mare HBs Ag positiu.
- A.94. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, en el 90% de les històries clíniques dels fills de mare HBs Ag positiu hi ha de constar l'administració de les tres dosis vacunals.
- A.95. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, caldrà incrementar la cobertura vacunal antihepatitis B en els grups de població de risc elevat fins al 85%.
- A.96. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut tindran un sistema de registre que permeti identificar, entre la població atesa, la susceptible de ser vacunada contra la grip i la pneumònia pneumocòccica.
- A.97. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de dos anys de funcionament hauran d'assolir un 70% de cobertura en la vacunació contra la grip, en la població de risc atesa.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Evolució del percentatge d'històries clíniques de fills de mare HBs Ag positiu on consta la informació.

Evolució del percentatge de cobertura vacunal antihepatitis B en els grups de població de risc elevat.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que disposa d'aquest sistema de registre.

Evolució de la cobertura vacunal contra la grip en la població de risc atesa.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.98. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de dos anys de funcionament hauran d'assolir un 70% de cobertura en la vacunació contra la pneumònia pneumocòccica, en la població de risc atesa.
- A.99. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut el 70% de les dones en edat fèrtil seronegatives hauran rebut la vacunació contra la rubèola.
- A.100. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 70% dels nens i les nenes de 14 anys disposaran del Carnet vacunal d'adults.
- A.101. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% de les persones adultes que rebin la vacunació contra la grip, la pneumònia pneumocòccica, l'hepatitis B i/o la rubèola, així com la vacunació antitetànica, disposaran del Carnet vacunal d'adults.

Avaluació dels objectius

- Evolució de la cobertura vacunal contra la pneumònia pneumocòccica en la població de risc atesa.
- Evolució de la cobertura vacunal contra la rubèola en les dones en edat fèrtil seronegatives.
- Evolució del percentatge de nens i nenes de 14 anys que tenen el Carnet vacunal d'adults.
- Evolució del percentatge de població adulta que disposa del Carnet vacunal d'adults.

Malalties de transmissió sexual

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.102. Durant l'any 1993 i successius, s'avançarà en la coordinació interdepartamental per a l'atenció a les malalties de transmissió sexual.
- A.103. Abans de l'any 1995 cal que el sistema de vigilància epidemiològica permeti estimar la incidència de les principals malalties de transmissió sexual i orientar les accions que cal emprendre per efectuar un control efectiu d'aquestes malalties.
- A.104. Abans de l'any 1995, s'haurà promogut la incorporació dels criteris comuns mínims per a Catalunya en la prevenció (individual i comunitària), el diagnòstic i el tractament de les malalties de transmissió sexual des dels centres d'atenció primària i des de les especialitats i els àmbits que s'hi relacionen (dermatologia, urologia, ginecologia, planificació familiar, serveis sanitaris penitenciaris), impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.
- A.105. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb les malalties de transmissió sexual.

- Existència i valoració de criteris explícits de coordinació.
- Valoració del sistema de vigilància epidemiològica.
- Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables respecte a les malalties de transmissió sexual.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Regions sanitàries

- A.106.** Durant l'any 1993 i successius, s'hauran establert les estratègies de coordinació entre els diversos nivells assistencials i serveis de suport per tal d'assegurar una assistència ràpida i correcta dels pacients que presentin processos compatibles amb una malaltia de transmissió sexual.
- A.107.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 70% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre els criteris comuns mínims adoptats en relació amb el que s'explicita a l'objectiu operacional A.104.
- A.108.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut i especialistes de suport implicats incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats per a la prevenció, tant individual com comunitària, i per a l'atenció de les malalties de transmissió sexual.
- A.109.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran actuacions per informar i sensibilitzar els professionals sobre la notificació de les malalties de transmissió sexual.

- Existència i valoració del sistema de coordinació.
- Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb les malalties de transmissió sexual. Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.
- Valoració de les actuacions endegades.

Problemes de salut laboral

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.110.** Abans de l'any 1994, s'hauran establert els àmbits territorials que compleixen les condicions de desenvolupament industrial i agrícola, d'implantació de la reforma de l'atenció primària, de suport administratiu i de suport hospitalari adequades per a la ubicació d'una Unitat de Salut Laboral.
- A.111.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran posat en marxa almenys quatre unitats de salut laboral en els territoris que s'hagin definit com prioritaris per a la creació i el desenvolupament d'aquestes unitats.

- Haver identificat els àmbits territorials on es donin les condicions de factibilitat que permetin la ubicació d'unitats de salut laboral.
- Nombre d'unitats de salut laboral creades.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.112. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert les bases per a la coordinació efectiva dels dispositius assistencials especialitzats de salut laboral a Catalunya, així com dels departaments implicats i que també realitzen tasques relacionades amb la protecció de la salut i la prevenció dels riscos laborals.
- A.113. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert les bases per a la coordinació de les unitats de salut laboral que es posin en marxa amb la xarxa sanitària d'utilització pública.
- A.114. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà perquè tots els proveïdors de serveis de la xarxa sanitària d'utilització pública garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin els aspectes referents a la detecció de patologies d'origen laboral.
- A.115. Abans de l'any 1994 s'haurà posat en marxa almenys en quatre àmbits territorials del Servei Català de la Salut el sistema de vigilància epidemiològica per a la detecció de patologies d'origen laboral, amb la participació dels professionals de la xarxa sanitària d'utilització pública adscrits voluntàriament al projecte.

Avaluació dels objectius

- Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.
- Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la detecció de patologies d'origen laboral.
Evolució del nombre de professionals que han participat en activitats de formació continuada.
- Àmbits territorials en què s'hagi posat en marxa el sistema de vigilància epidemiològica per a la detecció de patologies d'origen laboral.
Valoració de la participació dels professionals en el projecte.

Tuberculosi

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.116. Durant l'any 1993 i successius, es disposarà d'informació sobre els malalts i els infectats de tuberculosi de cada regió sanitària.
- A.117. Abans de l'any 1995, s'haurà establert la coordinació entre l'atenció primària de salut, els dispositius assistencials específics i tots aquells que atenen població d'alt risc de patir la tuberculosi.

Disponibilitat de la informació.

Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.

Regions sanitàries

- A.118. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de diagnòstic, tractament i control de la tuberculosi, que contindrà els criteris comuns mínims per a Catalunya.

Existència del protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.119. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol de diagnòstic, tractament i control de la tuberculosi.
- A.120. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert el sistema de coordinació de serveis per millorar l'efectivitat de la detecció, el diagnòstic i el tractament dels malalts tuberculosos i dels infectats pel bacil tuberculós.
- A.121. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert el sistema de seguiment de la prescripció de tuberculostàtics a partir de les dades de les regions sanitàries, amb la finalitat d'avaluar l'ús d'aquests fàrmacs.
- A.122. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran establert el programa de treball amb els organismes adients per a l'educació sanitària i la recerca activa de malalts de tuberculosi entre els grups de risc.
- A.123. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la detecció, el tractament i el control de la tuberculosi.
- A.124. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries disposaran d'informació relativa als malalts i als infectats de tuberculosi.

Avaluació dels objectius

- Evolució del percentatge de professionals sanitaris que han rebut la informació.
- Existència i valoració del sistema de coordinació.
- Avaluació de la utilització de tuberculostàtics.
- Existència del programa de treball amb els organismes adients.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la tuberculosi.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.
- Disponibilitat de la informació.

Problemes de salut buco-dental

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.125. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà per tal que mesures preventives com són el programa de glopeigs periòdics, la incorporació de la raspallada dental i altres aspectes d'educació sanitària siguin d'aplicació en l'àmbit escolar.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat el programa de glopeigs periòdics i/o estratègies d'educació sanitària en relació amb la salut buco-dental.
- A.126. Durant l'any 1993 i successius, es potenciarà la formació continuada dels professionals de l'atenció primària de salut en salut buco-dental.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la salut buco-dental.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.127. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut disposarà d'informació relativa als escolars lliures de càries i a la prevalença de càries.
- A.128. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits higiènics i dietètics a l'escola en relació amb la salut buco-dental.

Regions sanitàries

- A.129. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries disposaran d'un protocol que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya continguts en el Programa marc de salut buco-dental en les Àrees Bàsiques de Salut.
- A.130. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels professionals de les regions sanitàries disposaran d'informació sobre el protocol d'atenció buco-dental.
- A.131. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut que disposin d'odontòleg i amb més d'un any de funcionament hauran d'haver adaptat el protocol d'atenció buco-dental de la regió.
- A.132. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% dels nens de 6 a 12 anys de les Àrees Bàsiques de Salut de la regió que disposin d'odontòleg hauran rebut atenció odontològica d'acord amb els criteris del protocol acordat.
- A.133. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels odontòlegs i estomatòlegs d'atenció primària de salut tinguin en compte els aspectes preventius, els de promoció de la salut i els assistencials en l'atenció buco-dental.
- A.134. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que els programes de formació continuada dels professionals sanitaris d'atenció primària de salut s'orientin sobre criteris i accions prioritaries de promoció d'hàbits saludables a fi que incloguin en les seves tasques assistencials el consell en salut buco-dental.
- A.135. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran per tal que mesures preventives com són el programa de glopeigs periòdics, la incorporació de la raspallada dental i altres aspectes d'educació sanitària siguin d'aplicació en l'àmbit escolar.

Avaluació dels objectius

- Disponibilitat de la informació.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits higiènics i dietètics en relació amb la salut buco-dental.
- Existència del protocol.
- Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.
- Evolució del nombre d'Àrees Bàsiques de Salut que disposen d'odontòleg que utilitzen el protocol.
- Evolució del percentatge de nens de 6 a 12 anys que han rebut atenció odontològica d'acord amb el protocol.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la salut buco-dental.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.
- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la salut buco-dental.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat el programa de glopeigs periòdics i/o activitats d'educació sanitària en relació amb la salut buco-dental.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.136. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'informació relativa als escolars lliures de càries i a la prevalença de càries.

Problemes de salut mental

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.137. Abans de l'any 1995, es desenvoluparan estudis epidemiològics sobre riscos de patir malalties mentals entre la població general, així com estudis sobre les necessitats assistencials per fer-los front.

A.138. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà per tal que les activitats de formació continuada en salut mental dels professionals de l'atenció primària de salut s'orientin a la prevenció, la detecció i l'atenció de l'ansietat, la depressió i els trets psicòtics i neuròtics en el nen, l'adolescent i l'adult.

A.139. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris de coordinació dels dispositius relacionats amb la salut mental dels àmbits de sanitat, serveis socials, ensenyament, treball i justícia.

A.140. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb la salut mental.

A.141. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut impulsarà la creació d'associacions d'autoajuda de pacients mentals i familiars.

A.142. Durant els anys 1993 i 1994, el Servei Català de la Salut impulsarà debats públics sobre problemes individuals i col·lectius que afecten la salut mental de la població, en els quals participaran personalitats científiques i socials.

Regions sanitàries

A.143. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran establert el sistema de coordinació entre els serveis assistencials de salut mental i els diferents àmbits institucionals i comunitaris relacionats amb la salut mental.

Avaluació dels objectius

Disponibilitat de la informació.

Disponibilitat dels estudis.

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la salut mental.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Existència i valoració de criteris explícits de coordinació.

Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables en relació a la salut mental.

Nombre d'associacions d'autoajuda creades.

Debats públics realitzats.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.144. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la prevenció i el tractament de problemes de salut mental.

Diabetis mellitus

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.145. Abans de l'any 1994, s'haurà definit l'estratègia per a la detecció oportunista de la diabetis *mellitus* no insulíndependent en els grups de risc en les consultes d'atenció primària de salut.

A.146. Abans de l'any 1994, s'haurà de generalitzar la utilització del protocol per a la detecció precoç de la diabetis gestacional.

A.147. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a Catalunya en el diagnòstic, el tractament i el control de la diabetis *mellitus*, impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens clínic entre professionals.

A.148. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà establert l'estratègia per a la promoció d'hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció de la diabetis *mellitus*.

Regions sanitàries

A.149. Abans de l'any 1995, les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament utilitzaran el protocol de detecció precoç de la diabetis *mellitus* no insulíndependent en els grups de població de risc.

A.150. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries mantindran l'aplicació del protocol de diagnòstic i tractament de la diabetis *mellitus* gestacional.

A.151. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran d'un protocol de diagnòstic i tractament de la diabetis que inclourà els criteris comuns mínims per a Catalunya.

Avaluació dels objectius

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la salut mental.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Existència dels criteris.

Grau d'utilització del protocol.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Existència dels criteris.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Evolució del percentatge de serveis que utilitzen el protocol.

Existència del protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.152. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les Àrees Bàsiques de Salut amb més de tres anys de funcionament hauran de tenir enregistrada la xifra de glucèmia en el 60% de les històries clíniques corresponents a la població de risc cardíoc-vascular (excloent les històries clíniques que tinguin menys de tres visites en els darrers dos anys).
- A.153. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 60% dels pacients diabètics detectats han d'estar controlats, segons els criteris del protocol.
- A.154. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal aconseguir que el percentatge de diabètics coneixedors de les repercussions d'aquesta malaltia sobre la seva salut augmenti en un 25%.
- A.155. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal que tots els diabètics coneguts rebin educació diabetològica adaptada al grau d'evolució de la malaltia.
- A.156. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats relacionades amb el diagnòstic, el tractament i el control de la diabetis *mellitus*.
- A.157. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries definiran i aplicaran una estratègia per promoure actituds i hàbits saludables per a la prevenció i l'atenció a la diabetis *mellitus* considerant el consell assistit individual i les intervencions comunitàries.

Avaluació dels objectius

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per a conèixer l'evolució del percentatge d'històries clíniques de la població de risc, on consta la xifra de glucèmia.

Estudis d'avaluació d'històries clíniques i/o monitoratge del procés assistencial per a conèixer l'evolució del percentatge de pacients diabètics controlats.

Percentatge de diabètics coneixedors de les repercussions de la malaltia.

Estudis d'avaluació que permetin valorar els coneixements adquirits sobre la diabetis *mellitus* dels diabètics coneguts.

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la diabetis *mellitus*.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Valoració de les activitats per a la promoció d'actituds i hàbits saludables sobre la prevenció i l'atenció a la diabetis *mellitus*.

Patologia òsteo-articular

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.158. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'atenció de la patologia òsteo-articular impulsant fórmules de treball que permetin arribar al consens entre els professionals.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Regions sanitàries

- A.159. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb la patologia òsteo-articular.
- A.160. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries establiran l'estratègia de coordinació entre l'atenció primària, l'especialitzada i la de suport diagnòstic de referència pel que fa als criteris de derivació entre nivells, a la millora de la qualitat de la prescripció i a la rehabilitació física.

Medi ambient saludable

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.161. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert un sistema per avaluar epidemiològicament el 100% dels episodis de contaminació del medi ambient, a partir de les dades facilitades per les instàncies competents en la matèria.
- A.162. Durant l'any 1993 i successius, s'actualitzarà de manera continuada la informació sobre els equips d'ús col·lectiu que han de ser controlats per possibles riscos per a la salut.
- A.163. Durant l'any 1993 i successius, s'actualitzarà de manera continuada la informació sobre el risc per a la salut dels principals factors que es relacionen amb la contaminació interior dels habitatges.
- A.164. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb el control sanitari del 100% dels càmpings, de les cases de colònies i dels albergs de joventut.
- A.165. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert els criteris d'excepcionalitat aplicables a Catalunya, d'acord amb el Reial Decret 1138/90.
- A.166. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà establert la figura del responsable sanitari a tots els sistemes d'aigües de subministrament públic de Catalunya.

Avaluació dels objectius

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la patologia òsteo-articular.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Existència del sistema i disponibilitat de la informació.

Disponibilitat de la informació.

Disponibilitat de la informació.

Evolució del percentatge de càmpings, de cases de colònies i d'albergs de joventut controlats.

Existència dels criteris.

Existència de la figura de responsable sanitari.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Higiene dels aliments

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|--|--|
| <p>A.167. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, tots els escorxadors s'hauran d'haver adaptat a la normativa sanitària comunitària.</p> <p>A.168. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà de completar la base de dades d'establiments que distribueixen aliments manufacturats, els venen al públic o els serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva.</p> <p>A.169. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'establiran els criteris comuns mínims 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.</p> <p>A.170. 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 el 90% apliquin els corresponents codis de Bones Pràctiques d'Elaboració i Manipulació.</p> <p>A.171. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 100% dels manipuladors d'aliments de l'àmbit de la restauració i de la pastisseria hauran rebut educació sanitària en matèria d'higiene alimentària i hauran de disposar de carnet de manipuladors.</p> <p>A.172. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb l'adaptació sistemàtica de la normativa de vigilància alimentària a les directrius comunitàries.</p> | <p>Evolució del percentatge d'escorxadors que s'han adaptat a la normativa comunitària.</p> <p>Disponibilitat de la base de dades completa.</p> <p>Existència dels criteris.</p> <p>Evolució del percentatge d'empreses alimentàries que disposen d'aquests sistemes.
Evolució del percentatge d'empreses que apliquen aquests codis.</p> <p>Evolució del percentatge de manipuladors que han participat en activitats de formació.
Evolució del percentatge de manipuladors que disposen del carnet.</p> <p>Valoració del procés d'adaptació sistemàtica de la normativa comunitària.</p> |
|--|--|

Problemes de salut materno-infantil

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|---|--|
| <p>A.173. Durant l'any 1993 i successius, es continuarà amb l'aplicació dels criteris comuns mínims per a Catalunya en la detecció precoç de les malalties congènites i els problemes de salut infantils definits en el protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites a Catalunya i en el protocol del nen sa, respectivament.</p> | <p>Grau d'aplicació dels criteris.</p> |
|---|--|

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- A.174. Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal mantenir cobertures del 98% en el cribratge de la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme congènit dels nascuts a Catalunya i donar continuïtat als mecanismes de seguiment i control a nivell hospitalari dels nadons positius a aquests cribratges.
- A.175. Abans de l'any 1994, es definiran criteris d'educació sanitària adreçats a la promoció d'hàbits saludables de l'adolescent, la dona gestant, el nen i la seva família, en relació amb la salut materno-infantil.
- A.176. Durant l'any 1993 i successius, es donarà continuïtat als programes de formació d'ecografistes per a la detecció precoç de malformacions congènites.
- A.177. Abans de l'any 1994, s'establiran els criteris de coordinació dels recursos i els nivells d'atenció implicats en l'atenció materno-infantil.

Regions sanitàries

- A.178. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran l'aplicació progressiva del protocol de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites a Catalunya per a la detecció de malformacions congènites en els embarassos normals i els de risc.
- A.179. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un protocol consensuat d'atenció i seguiment de l'embaràs normal i de risc, d'atenció al part i al puerperi, com també d'atenció perinatal que inclogui, entre d'altres, aspectes sobre la informació que cal facilitar a les dones gestants, els criteris de tipificació i d'atenció dels embarassos de risc, la documentació sanitària específica per facilitar el control i el seguiment de l'embaràs, i els criteris d'eficàcia i seguretat per al trasllat de prematurs i nadons als centres hospitalaris, així com criteris d'atenció perinatal.
- A.180. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries avaluaran els aspectes qualitius i quantitius de l'aplicació del protocol de seguiment del nen sa en l'àmbit d'atenció primària de salut.
- A.181. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran l'aplicació progressiva del protocol de seguiment del nen sa en l'àmbit d'atenció primària de salut.

Avaluació dels objectius

- Evolució de la cobertura en el cribratge de la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme.
- Existència dels criteris.
- Activitats de formació.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació.
- Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.
- Evolució de l'aplicació del protocol.
- Existència del protocol.
- Disponibilitat de l'avaluació.
- Evolució del percentatge de centres d'atenció primària de salut que apliquen el protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.182. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries definiran i aplicaran una estratègia d'informació i educació sanitària per tal d'incorporar actituds i hàbits saludables, tant en els adolescents i les dones gestants, com en els nens i les seves famílies en relació amb la salut materno-infantil, fent èmfasi especial en les activitats de preparació per al part i l'educació maternal, la promoció de la lactància natural, la informació sexual i la planificació familiar.

Avaluació dels objectius

Valoració de les activitats d'informació i educació desenvolupades a la regions sanitàries.

Problemes de salut dels immigrants estrangers

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

A.183. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació més exhaustiva relativa a la identificació i caracterització de la població immigrant estrangera en el territori.

Disponibilitat de la informació.
Valoració de l'adequació de la mateixa.

A.184. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran establert criteris generals de formació continuada dels professionals en els aspectes específics dels problemes de salut dels immigrants estrangers.

Definició dels criteris generals de formació continuada en relació amb els problemes de salut dels immigrants estrangers.

A.185. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els criteris comuns mínims generals de coordinació de centres, dels nivells de les administracions públiques i de les organitzacions no governamentals en relació a l'atenció a la població immigrant estrangera a Catalunya.

Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.

A.186. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris comuns mínims per a Catalunya mitjançant la participació dels professionals, tant per a l'atenció de les malalties tropicals com per a l'atenció dels aspectes diferencials del col·lectiu d'immigrants estrangers en els protocols de la SIDA, les malalties de transmissió sexual, la salut materno-infantil, els problemes nutricionals, els del compliment del calendari de vacunacions i els de salut mental.

Existència dels criteris.

A.187. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els criteris comuns mínims d'atenció sanitària i socio-sanitària a la població immigrant estrangera pel que fa al tracte i l'accessibilitat.

Existència dels criteris.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

A.188. Durant l'any 1993 i successius, i mitjançant la Comissió assessora de participació intersectorial en el Pla de Salut, es proposaran un conjunt de mesures que permetin aprofundir en el coneixement de la població immigrant estrangera i establir els criteris generals de coordinació entre tots els àmbits relacionats amb aquest col·lectiu.

Regions sanitàries

A.189. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries disposaran de la informació relativa a la identificació i la caracterització de la població immigrant estrangera en el territori.

A.190. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en l'atenció sanitària i sòcio-sanitària de la població immigrant estrangera.

A.191. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran adoptat criteris de coordinació de centres, dels nivells de les administracions públiques i de les organitzacions no governamentals en relació a l'atenció a la població immigrant estrangera que inclouran els criteris comuns mínims establerts per a Catalunya.

A.192. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries incorporaran progressivament aspectes específics per aquest col·lectiu en els protocols de les malalties tropicals, de la SIDA, de les malalties de transmissió sexual, de la salut materno-infantil, dels problemes nutricionals, de compliment del calendari de vacunacions i de salut mental.

A.193. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran adoptat mesures d'atenció específica per aquest col·lectiu, tant a nivell dels serveis com dels professionals, pel que fa a l'accessibilitat i al tracte.

A.194. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran incorporat els aspectes diferencials de la població immigrant estrangera en les activitats d'educació sanitària que s'estableixin a la regió.

Avaluació dels objectius

Existència de la proposta.

Disponibilitat de la informació.

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la població immigrant estrangera.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Existència dels criteris.

Existència de mesures específiques.

Incorporació dels aspectes diferencials en les estratègies i els continguts d'educació sanitària.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

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

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.195. Abans de l'any 1994, s'haurà establert un Pla d'actuació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, que inclogui el grau de participació de les escoles, així com els temes propis del programa.
- A.196. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris que facilitin el disseny integrat i progressiu dels «grups mínims» de problemes de salut o factors de risc sobre els quals actuar.
- A.197. Abans de l'any 1995, s'hauran elaborat els materials educatius de suport a les intervencions realitzades des de les regions sanitàries.

Existència del Pla d'actuació.

Existència dels criteris.

Disponibilitat dels materials educatius.

Regions sanitàries

- A.198. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 50% de les Àrees Bàsiques de Salut amb més d'un any de funcionament tindran un protocol per a la incorporació del consell assistit i la intervenció comunitària en relació amb la promoció d'hàbits saludables, d'acord amb els criteris proposats a nivell de Catalunya.
- A.199. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació dels professionals de l'atenció primària de salut incloguin activitats dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb la promoció i la facilitació d'hàbits saludables entre la població.
- A.200. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran establert l'estratègia de coordinació amb el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola, a fi d'endegar el Pla d'actuació.

Evolució del percentatge d'Àrees Bàsiques de Salut que utilitzen el protocol.

Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la promoció d'hàbits saludables.
Evolució del nombre de professionals que han participat en activitats de formació continuada.

Existència i valoració del sistema de coordinació.

Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- A.201. Abans de l'any 1995, caldrà disposar de dades sobre el nivell d'implantació del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola.

Disponibilitat de les dades.

PLA DE SALUT DE CATALUNYA

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- | | |
|---|---|
| <p>A.202. Abans de l'any 1995, s'inclouran en la formació continuada dels professionals docents els temes d'Educació per a la Salut a l'Escola.</p> | <p>Existència d'activitats de formació continuada.</p> |
| <p>A.203. Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit l'estratègia d'integració dels seus programes en l'àmbit de l'escola.</p> | <p>Existència dels criteris d'integració.</p> |
| <p>A.204. Abans de l'any 1995, els centres docents de primària i secundària a Catalunya disposaran dels quaderns que contenen els criteris i les orientacions bàsiques per a la seva aplicació en l'ensenyament obligatori dels temes propis del Programa d'Educació per a la salut a l'Escola.</p> | <p>Evolució del nombre de centres escolars que disposen del material.</p> |
| <p>A.205. Durant l'any 1993 i successius, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola es coordinarà amb el Servei Català de la Salut pel que fa a la detecció de necessitats i problemes prioritaris dels diferents àmbits territorials.</p> | <p>Existència dels mecanismes de coordinació.</p> |
| <p>A.206. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà de dades dels estudis sobre l'estat de salut de la població de 12 a 16 anys a Catalunya, el nivell de salut mental i de fracàs pedagògic dels ensenyants i l'estrès i la salut dels mestres.</p> | <p>Disponibilitat de la informació.</p> |

Atenció primària de salut

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|--|--|
| <p>B.1. Abans de l'any 1995, s'haurà assolit el nivell d'implantació d'equips d'atenció primària en funcionament segons les previsions de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya i atenent les disponibilitats pressupostàries de cada exercici.</p> | <p>Evolució del nivell d'implantació de la reforma de l'atenció primària.</p> |
| <p>B.2. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 50% dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut hauran iniciat el procés de reordenació de l'atenció especialitzada.</p> | <p>Evolució del percentatge dels sectors sanitaris que han iniciat el procés de reordenació de l'atenció especialitzada.</p> |
| <p>B.3. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els criteris de funcionament de les diferents especialitats quant a la coordinació i al suport dels serveis d'atenció primària.</p> | <p>Existència dels criteris.</p> |
| <p>B.4. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat els criteris i els indicadors d'avaluació i seguiment del procés de reordenació de l'atenció especialitzada.</p> | <p>Existència dels criteris i els indicadors.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- B.5. Abans de l'any 1994, s'haurà consensuat el programa marc d'atenció domiciliària amb la participació dels professionals.
- B.6. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat els criteris i els procediments comuns per a l'atenció dels problemes de salut més freqüents que requereixen atenció domiciliària.
- B.7. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsarà l'elaboració de les propostes del Programa d'Atenció a la Dona de cada sector sanitari del Servei Català de la Salut.

Regions sanitàries

- B.8. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries establiran els criteris comuns mínims d'aplicació a l'atenció primària de salut respecte a:
- La incorporació de les activitats preventives de promoció de la salut i d'atenció que permetin l'assoliment dels objectius prioritzats al Pla de Salut de la regió.
 - Els continguts mínims dels sistemes de registre ja normalitzats (història clínica d'atenció primària i fitxes d'edat i sexe) i d'aquells altres que s'estableixin per al seguiment i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut de la regió.
- B.9. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran de proporcionar als proveïdors els documents tècnics de suport disponibles, per tal que els professionals coneguin:
- Les característiques i l'estat de salut de la població de referència.
 - Els procediments estandarditzats (protocols o d'altres) per a l'atenció dels problemes de salut prioritzats al Pla de Salut.
- B.10. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el 90% dels equips d'atenció primària amb més d'un any de funcionament hauran incorporat el Programa d'Atenció Domiciliària.
- B.11. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris per a la coordinació de l'atenció primària de salut amb altres nivells assistencials i altres proveïdors de serveis.
- B.12. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran d'assegurar que, en totes les Àrees Bàsiques de Salut que es posin en funcionament, la població, els professionals i les administracions locals i comarcals afectats hagin rebut informació respecte als canvis organitzatius i de funcionament que suposa la creació de les Àrees Bàsiques de Salut.

Avaluació dels objectius

Existència del programa marc.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Existència dels criteris i dels procediments.

Evolució del nombre de propostes.

Existència dels criteris.

Valoració de la informació lliurada.

Evolució del percentatge d'equips d'atenció primària que han incorporat el programa.

Existència i valoració de criteris explícits de coordinació.

Valoració de la difusió de la informació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

B.13. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran d'assegurar la participació dels professionals i de les administracions locals i comarcals en la formulació de les normes de funcionament de les Àrees Bàsiques de Salut que respectivament els afectin, prèviament a la seva obertura.

Atenció hospitalària

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

B.14. Durant l'any 1993 i successius, es continuaran potenciant les reformes en els hospitals per garantir una xarxa d'hospitals d'utilització pública moderna i eficaç.

B.15. Durant l'any 1993 i successius, continuarà la construcció i l'equipament dels hospitals ja iniciats d'acord amb els criteris del nou model d'hospital que es reflecteix en el Document marc per a l'elaboració del Pla de Salut (flexibilitat d'espais, polivalència, possibilitats d'adaptació a noves tendències, entre d'altres).

B.16. Durant l'any 1993 i successius, s'actuarà sobre les llistes d'espera mitjançant la concertació de programes específics per a les següents patologies i procediments: cataractes, hemodinàmia i cirurgia cardíaca, entre d'altres.

B.17. Abans de l'any 1994, s'haurà creat una comissió de coordinació entre l'assistència primària, l'hospitalària i la sòcio-sanitària per tal d'aprofundir en la coordinació de serveis entre els diferents nivells assistencials.

B.18. Abans de l'any 1994, es coneixerà el consum relatiu de recursos per procés per a les patologies de més alta freqüentació, mitjançant l'explotació dels sistemes d'informació disponibles, en especial el Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària.

B.19. Abans de l'any 1995, s'hauran creat grups de treball amb participació de professionals per a la definició dels criteris comuns mínims per a l'assistència de qualitat, en almenys quatre patologies, que responguin a una o diverses de les categories següents:

- Problemes prioritzats pel Pla de Salut.
- Patologies més freqüents ateses a l'hospital.
- Patologies amb tractaments alternatius.
- Patologies que generen un elevat consum de recursos.

Avaluació dels objectius

Valoració de la participació.

Evolució del nombre i de la distribució territorial dels centres hospitalaris on s'han produït reformes.

Evolució del nombre i de la distribució territorial dels centres hospitalaris construïts i equipats.

Evolució de les llistes d'espera.

Existència de la comissió i valoració de l'activitat desenvolupada.

Disponibilitat de la informació.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- B.20.** Abans de l'any 1995, s'hauran realitzat estudis d'avaluació en relació amb l'adequació i la pertinença de la utilització dels diferents recursos, a nivell assistencial, al llarg de tot el procés d'atenció per almenys tres patologies de les que generin més freqüentació hospitalària.
- B.21.** Abans de l'any 1994, s'haurà realitzat una anàlisi de les diferents alternatives a l'hospitalització i s'iniciarà un Programa Pilot de Cirurgia Major Ambulatoria en diversos hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública i diferents nivells assistencials.
- B.22.** Abans de l'any 1995, s'haurà analitzat l'actual sistema de pagament i s'adoptaran les modificacions pertinents per tal que s'incentivin les mesures que es derivin d'aquest Pla.

Regions sanitàries

- B.23.** Abans de l'any 1995, es farà l'anàlisi quantitativa de les llistes d'espera i s'elaborarà una proposta d'obtenció d'informació qualitativa, tant d'hospitalització com d'activitat ambulatoria.
- B.24.** Abans de l'any 1994, es crearà un grup de treball per regió sanitària amb la participació de professionals, per millorar la coordinació entre els diferents hospitals.

Atenció socio-sanitària

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.25.** Durant l'any 1993 i successius, es desenvoluparan de manera progressiva els recursos alternatius a la institucionalització, per tal de facilitar que l'usuari resti a prop de la seva comunitat.
- B.26.** Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà desenvolupat una política de suport i potenciació de la realització de programes de qualitat assistencial als centres socio-sanitaris.
- B.27.** Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà elaborat i implantat els instruments per a l'avaluació de la qualitat assistencial als centres socio-sanitaris.
- B.28.** Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà avaluat la cobertura i l'eficàcia de l'atenció domiciliària.

Avaluació dels objectius

Disponibilitat dels estudis d'avaluació.

Disponibilitat de l'anàlisi.
Existència del Programa Pilot de Cirurgia Major Ambulatoria.

Disponibilitat de l'anàlisi.
Valoració de les mesures correctores.

Disponibilitat de l'anàlisi.
Existència de la proposta d'obtenció d'informació.

Existència del grup de treball i dels criteris explícits de coordinació.

Evolució del tipus i distribució territorial dels recursos alternatius.

Valoració dels programes desenvolupats.

Existència d'instruments i grau d'implantació.

Disponibilitat de l'avaluació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- | | |
|---|--|
| <p>B.29. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat, conjuntament amb altres nivells i àmbits assistencials, els criteris i els procediments en relació amb els problemes de salut que requereixin atenció domiciliària.</p> | <p>Existència dels criteris i dels procediments.</p> |
| <p>B.30. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà desenvolupat els instruments de mesura del producte en l'àmbit socio-sanitari que permetin apropar-se al finançament més equitatiu possible.</p> | <p>Existència dels instruments.</p> |
| <p>B.31. Abans de l'any 1995, es disposarà d'informació sobre les necessitats socio-sanitàries de la població i la seva cobertura.</p> | <p>Disponibilitat de la informació.</p> |
| <p>B.32. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà avaluat les necessitats prioritàries d'intervenció sobre l'estructura física i de personal del sector socio-sanitari.</p> | <p>Disponibilitat de l'avaluació.</p> |

Regions sanitàries

- | | |
|--|---|
| <p>B.33. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert la coordinació per l'atenció sanitària i socio-sanitària entre els professionals dels diferents serveis (hospitals, Unitats Funcionals Interdisciplinàries Socio-sanitàries, programa d'atenció domiciliària-equips de suport, Centres Socio-sanitaris i serveis d'atenció primària).</p> | <p>Existència i valoració del sistema de coordinació.</p> |
| <p>B.34. Abans de l'any 1994, els centres hospitalaris d'aguts i els serveis socio-sanitaris hauran elaborat un protocol de preparació de l'alta en situació de risc socio-sanitari.</p> | <p>Existència del protocol.</p> |
| <p>B.35. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un sistema unificat de llistes d'espera i dels mecanismes tècnics per a la ubicació adequada de la demanda socio-sanitària, conjuntament amb els serveis socials de cada àmbit territorial.</p> | <p>Existència del sistema.</p> |
| <p>B.36. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran analitzat els circuits administratius i aplicat les mesures correctores per facilitar l'accés als serveis socio-sanitaris.</p> | <p>Disponibilitat de l'anàlisi.
Valoració de les mesures correctores.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Atenció a la salut mental

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|--|--|
| <p>B.37. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran integrat els especialistes de salut mental de la xarxa sanitària pública en els centres de salut mental, d'acord amb el procés de reordenació de l'atenció especialitzada.</p> | <p>Valoració del procés d'integració.
Evolució del nombre d'especialistes integrats.</p> |
| <p>B.38. Abans de l'any 1994, s'hauran establert els circuits d'atenció que assegurin la continuïtat assistencial i la coordinació dels recursos sanitaris, socio-sanitaris i de salut mental.</p> | <p>Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.</p> |
| <p>B.39. Abans de l'any 1995, s'hauran definit els criteris de coordinació amb els equips d'atenció primària per tal d'assegurar l'atenció als malalts mentals de llarga evolució, que s'inclouran en els programes d'atenció domiciliària.</p> | <p>Existència i valoració dels criteris explícits de coordinació.</p> |
| <p>B.40. Durant l'any 1993 i successius, es definiran les necessitats d'equipaments alternatius a la institucionalització dels malalts mentals de llarga evolució.</p> | <p>Valoració de necessitats.</p> |

Regions sanitàries

- | | |
|--|---|
| <p>B.41. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries, d'acord amb els criteris del Servei Català de la Salut, establiran la coordinació entre els dispositius d'atenció a la salut mental i els de la xarxa sanitària i socio-sanitària, així com amb altres àmbits institucionals.</p> | <p>Existència i valoració del sistema de coordinació.</p> |
|--|---|

Atenció sanitària urgent

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|---|----------------------------------|
| <p>B.42. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims de l'organització i la coordinació de l'atenció continuada.</p> | <p>Existència dels criteris.</p> |
| <p>B.43. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims de l'organització i la coordinació de l'atenció urgent.</p> | <p>Existència dels criteris.</p> |
| <p>B.44. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris comuns mínims per a l'organització del transport sanitari urgent.</p> | <p>Existència dels criteris.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

B.45. Abans de l'any 1994, s'hauran realitzat almenys dos estudis avaluatius sobre experiències organitzatives d'atenció a les urgències en l'àmbit hospitalari i extrahospitalari.

Regions sanitàries

B.46. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran definit l'organització dels serveis per a l'atenció continuada, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.

B.47. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran definit l'organització dels serveis per a l'atenció a les urgències, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.

B.48. Abans de l'any 1995, s'hauran instaurat les estratègies per a la coordinació de les derivacions urgents interhospitalàries, com també per a la resta del transport sanitari urgent, d'acord amb els criteris comuns mínims per a Catalunya i amb les característiques del seu territori.

Sistema d'informació

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

B.49. Abans de l'any 1994, s'haurà valorat la metodologia, els indicadors i les fonts d'informació utilitzats en el procés d'elaboració del Pla de Salut.

B.50. Abans de l'any 1995, s'hauran incorporat les recomanacions que resultin de la valoració de la metodologia, els indicadors i les fonts d'informació utilitzats en el procés d'elaboració del Pla de Salut, a les explotacions de les fonts d'informació del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut.

B.51. Abans de l'any 1995, s'hauran establert els mecanismes per tenir accés a les bases de dades d'interès sanitari i els criteris que garantiran la confidencialitat de la informació.

B.52. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà creat els circuits necessaris per tal que les regions sanitàries tinguin accés a les bases de dades que s'hagin consensuat referents a la demografia, l'estat de salut i els serveis.

Avaluació dels objectius

Disponibilitat dels estudis.

Existència de la proposta d'organització.

Existència de la proposta d'organització.

Existència i valoració dels sistemes de coordinació.

Disponibilitat de la valoració.

Incorporació de les recomanacions.

Existència i valoració dels mecanismes i dels criteris.

Existència i valoració dels circuits.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- | | |
|---|---|
| <p>B.53. Abans de l'any 1994, les explotacions de les fonts d'informació del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut hauran incorporat els àmbits territorials del Servei Català de la Salut adequats segons el tipus de dades de què es tracti.</p> | Explotació de les fonts d'informació pels àmbits territorials del Servei Català de la Salut. |
| <p>B.54. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà dels resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya.</p> | Disponibilitat dels resultats de l'Enquesta de Salut de Catalunya. |
| <p>B.55. Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut haurà definit un sistema d'indicadors mínims relatius a la població, l'estat de salut i els serveis, que permetin la planificació i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut.</p> | Existència dels indicadors. |
| <p>B.56. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran dissenyat i consensuat els indicadors mínims sobre els factors condicionants per a la salut amb els departaments de la Generalitat de Catalunya i altres organismes amb competències en àmbits relacionats amb la salut.</p> | Existència dels indicadors. |
| <p>B.57. Abans de l'any 1994, s'hauran definit els indicadors per a l'avaluació de les activitats dels equips d'atenció primària i que seran la base per al monitoratge dels contractes.</p> | Existència dels indicadors. |
| <p>B.58. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà definit, consensuat i homogeneïtzat els criteris comuns mínims en relació amb la utilització dels registres sistemàtics i els circuits d'informació de l'atenció primària.</p> | Existència dels criteris. |
| <p>B.59. Abans de l'any 1994, es realitzarà la revisió d'indicadors de suport a la presa de decisions, en l'àmbit hospitalari.</p> | Valoració de l'adequació dels indicadors. |
| <p>B.60. Abans de l'any 1994, tots els hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública facilitaran la informació pel Conjunt Mínim Bàsic de Dades de l'Alta Hospitalària.</p> | Evolució del percentatge d'hospitals que faciliten la informació.
Valoració del nivell de qualitat de la informació. |
| <p>B.61. Abans de l'any 1995, el Servei Català de la Salut haurà elaborat el conjunt mínim de dades per tal de sistematitzar la informació sobre les característiques de la demanda i la provisió de serveis socio-sanitaris.</p> | Existència del conjunt mínim de dades |
| <p>B.62. Abans de l'any 1994, tots els centres hospitalaris psiquiàtrics i el 70% dels dispositius alternatius a l'hospitalització facilitaran la informació pel Conjunt Mínim Bàsic de Dades-Informe d'Admissió i Alta Psiquiàtrica.</p> | Evolució del percentatge de centres i dispositius alternatius que faciliten la informació. |
| <p>B.63. Abans de l'any 1994, s'haurà implantat a totes les regions sanitàries el Sistema d'Informació d'Atenció Primària en Salut Mental d'atenció als adults.</p> | Regions on s'ha implantat el sistema d'informació. |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- B.64. Abans de l'any 1994, s'haurà definit el sistema d'informació d'atenció primària per als Centres d'Atenció Primària Infanto-Juvenil Psiquiàtrica.
- B.65. Abans de l'any 1995, es farà el tractament de la informació del Conjunt Mínim Bàsic de Dades-Informe d'Admissió i Alta Psiquiàtrica per tal de coordinar i determinar els fluxos i l'evolució dels malalts que presenten patologia mental aguda.

Existència del sistema d'informació.

Disponibilitat de la informació.

Regions sanitàries

- B.66. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran definit i consensuat les variables que, en relació amb els problemes prioritzats en el Pla de Salut, hauran de quedar enregistrades per tal de possibilitar-ne el monitoratge i/o l'avaluació.
- B.67. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries hauran definit un conjunt d'indicadors relatius a la població, l'estat de salut i els serveis, que permetin la planificació i l'avaluació dels objectius del Pla de Salut en el seu territori i que inclourà els indicadors comuns mínims per a Catalunya.
- B.68. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran definit i consensuat els criteris en relació amb la utilització dels registres sistemàtics i els circuits d'informació de l'atenció primària, d'acord amb els criteris comuns mínims establerts per a Catalunya.

Existència de les variables.

Existència dels indicadors.

Existència dels criteris.

Elements de planificació que permetin l'operativització del Pla de Salut

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.69. Abans de l'any 1994, s'hauran elaborat i difós les recomanacions per a la planificació estratègica dels centres sanitaris.
- B.70. Abans de l'any 1994, es definiran els criteris generals del Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris de Catalunya.
- B.71. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà elaborat el Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris de Catalunya.

Existència de les recomanacions i valoració de la seva difusió.

Existència dels criteris.

Existència del Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-Sanitaris de Catalunya.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Regions sanitàries

- B.72. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries hauran iniciat l'elaboració dels plans de regió sanitària.

Regions sanitàries que han iniciat l'elaboració dels plans.

Instrumentes per a la compra de serveis

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.73. Abans de l'any 1994, s'haurà definit l'oferta de serveis d'atenció primària del Servei Català de la Salut.
- B.74. Abans de l'any 1995, s'haurà consolidat i estès el nou model de contractació d'atenció primària.
- B.75. Abans de l'any 1994, s'haurà definit el nou model de contractació de serveis socio-sanitaris.
- B.76. Abans de l'any 1995, s'haurà consolidat i estès el nou model de contractació per als centres d'atenció primària de salut mental i per als centres d'atenció primària infantil psiquiàtrica.
- B.77. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'haurà definit un grup d'indicadors bàsics que, partint del monitoratge dels contractes, permeti avaluar els resultats de l'activitat quant a eficiència i qualitat dels serveis en l'atenció primària de salut, l'atenció socio-sanitària i l'atenció de salut mental.

Existència de l'oferta de serveis.

Evolució del nombre d'Àrees Bàsiques de Salut en les quals s'aplica el nou model de contractació.

Existència del nou model de contractació.

Evolució del nombre de centres d'atenció primària de salut mental i de centres d'atenció primària infantil psiquiàtrica als quals s'aplica el nou model de contractació.

Existència i valoració dels indicadors.

Formació continuada dels professionals

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.78. Durant l'any 1993 i successius, es potenciarà la realització d'activitats formatives adreçades als professionals dels diferents nivells i àmbits d'atenció, dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en relació amb l'abordatge dels problemes de salut prioritàris, l'eficiència i la qualitat en el procés assistencial i l'atenció a l'usuari.
- B.79. Abans de l'any 1994, s'haurà creat una comissió intersectorial per a la formació de personal en relació amb el trasllat de malalts urgents i traumàtics.

Existència d'activitats de formació.

Existència de la comissió intersectorial i de les propostes resultants.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- B.80.** Abans de l'any 1994, s'hauran dut a terme activitats de formació, dirigides a directius i quadres intermedis de l'àmbit hospitalari, especialment orientades a l'atenció a l'usuari.
- B.81.** Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut oferirà als equips directius dels hospitals activitats de formació sobre direcció estratègica.
- B.82.** Durant l'any 1994 i successius, es realitzaran activitats de formació en planificació i gestió de recursos, adreçades als professionals hospitalaris amb responsabilitats de gestió.
- B.83.** Durant l'any 1993 i successius, es facilitarà la formació continuada dels professionals assistencials, mitjançant la coordinació entre els hospitals bàsics i els de referència.
- B.84.** Abans de l'any 1994, s'hauran definit les activitats de formació i coordinació entre els professionals d'atenció a la salut mental i els equips d'atenció primària per tal de donar resposta adequada a la demanda en les patologies psiquiàtriques més freqüents.

Regions sanitàries

- B.85.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals de l'atenció primària i d'altres nivells i àmbits, s'orientin a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats com a mínim en els aspectes següents:
- a) Promoció, prevenció, diagnòstic i seguiment dels problemes de salut:
- Accidents
 - Alcoholisme
 - Altres drogodependències
 - Càncer de mama
 - Patologia òsteo-articular
 - SIDA
 - Malalties de transmissió sexual
 - Salut buco-dental
 - Salut mental
 - Tuberculosi
 - Diabetis *mellitus*
- b) Eficiència i qualitat en l'atenció:
- La detecció, l'avaluació i la intervenció precoç sobre les situacions de risc social.
 - La utilització de medicaments i l'avaluació de la qualitat de la prescripció.
- c) Atenció a l'usuari:
- Tècniques i habilitats en relació amb la informació, la comunicació i el tracte.

Avaluació dels objectius

- Activitats de formació desenvolupades.
Nombre de professionals que han participat en les activitats de formació.
- Activitats de formació desenvolupades.
Nombre de professionals que han participat en les activitats de formació.
- Activitats de formació desenvolupades.
Nombre de professionals que han participat en les activitats de formació.
- Activitats de formació desenvolupades.
Nombre de professionals que han participat en les activitats de formació.
- Existència de les propostes d'activitats de formació i coordinació.

- Existència d'activitats de formació continuada en relació amb els aspectes que s'expliciten a l'objectiu operacional.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Recerca

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- | | |
|--|--|
| <p>B.86. Durant l'any 1993 i successius, es proposaran les línies de recerca que en relació amb el Pla de Salut es considerin prioritàries, per tal que s'incorporin al Pla de Recerca en Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social.</p> | <p>Propostes de recerca incorporades.</p> |
| <p>B.87. Durant l'any 1993 i successius, s'establiran convenis específics amb institucions de recerca d'àmbit nacional i internacional com a suport a la política sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social.</p> | <p>Convenis establerts.</p> |
| <p>B.88. Abans de l'any 1995, haurà finalitzat el desenvolupament de les unitats d'investigació dels centres hospitalaris i d'atenció primària, així com la millora de la seva connexió a la xarxa informàtica d'altres unitats d'investigació.</p> | <p>Evolució del procés d'implantació d'unitats d'investigació.</p> |
| <p>B.89. Abans de l'any 1995, s'haurà planificat i realitzat l'Enquesta de Salut de Catalunya.</p> | <p>Evolució de les activitats en relació amb l'Enquesta de Salut de Catalunya.</p> |
| <p>B.90. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsaran línies de recerca per a la millora dels coneixements sobre l'efecte de les intervencions sanitàries, útils per a la planificació i l'avaluació.</p> | <p>Recerques endegades.</p> |
| <p>B.91. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'establiran els instruments per a l'anàlisi de les necessitats quantitatives i qualitatives dels recursos humans.</p> | <p>Disponibilitat dels instruments d'anàlisi.</p> |
| <p>B.92. Durant l'any 1993 i successius, es proposaran estudis específics a nivell de regió per a la detecció de problemes sanitaris, necessaris per a la presa de decisions organitzatives, administratives i assistencials.</p> | <p>Disponibilitat dels estudis.</p> |
| <p>B.93. Durant l'any 1993 i successius, a nivell de regió es realitzaran estudis d'avaluació sobre els procediments organitzatius de la prevenció i els processos assistencials relacionats amb els problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut.</p> | <p>Disponibilitat dels estudis.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- B.94. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, s'hauran avaluat les tecnologies següents:
- Oxigenoteràpia domiciliària: utilització apropiada de les diverses formes d'administració.
 - Cirurgia ambulatoria: anàlisi de l'impacte de la seva extensió.
 - Patrons d'utilització de la ressonància magnètica, oxigenoteràpia domiciliària, radioteràpia i mamografies.
 - Unitats de Cures Intensives: disponibilitat de recursos i sistemes d'informació.
 - Impacte del sistema de concertació en la difusió de tecnologies mèdiques.
 - Anàlisi de les variacions en la pràctica mèdica.
 - Tomografia per emissió de positrons.
 - Desfibril·ladors implantables.
 - Teràpies per làser: anàlisi de cost i patrons d'utilització.
 - Litotripsia biliar.
 - Colecistectomia laparoscòpica.
 - Transmissió i arxiu d'imatges (teleradiologia).

Disponibilitat de l'avaluació.

- B.95. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'un Registre i d'un Mapa de Tecnologies Mèdiques a Catalunya.

Existència del Registre i del Mapa de Tecnologies Mèdiques a Catalunya.

Regions sanitàries

- B.96. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries impulsaran la recerca relacionada amb els objectius del Pla de Salut.

Recerques endegades.

Participació dels professionals

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.97. Durant l'any 1993 i successius, es realitzaran activitats d'informació per difondre els objectius del Pla de Salut.

Activitats d'informació desenvolupades.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- B.98.** Durant l'any 1993 i successius, s'impulsaran fórmules de treball amb la participació dels professionals que permetin arribar al consens sobre aspectes clínics, de coordinació de serveis, de formació continuada i de promoció d'hàbits de salut positius en relació amb els aspectes següents:
- Hipercolesterolèmia.
 - Càncer de mama.
 - Patologia respiratòria crònica.
 - Consum excessiu d'alcohol.
 - Altres drogodependències.
 - SIDA.
 - Malalties de transmissió sexual.
 - Diabetis *mellitus*.
 - Patologia òsteo-articular.
 - Malalties tropicals i aspectes específics diferencials del col·lectiu d'immigrants estrangers.
 - Criteris i procediments en relació amb els problemes de salut que requereixen atenció domiciliària.
 - Criteris comuns mínims hospitalaris per a l'assistència de qualitat almenys en quatre patologies que responguin a una o diverses de les categories següents:
 - Problemes prioritzats del Pla de Salut.
 - Patologies més freqüents ateses a l'hospital.
 - Patologies amb tractaments alternatius.
 - Patologies que generen un elevat consum de recursos.
 - Criteris d'avaluació sistemàtica de la prescripció de medicaments.
 - Criteris comuns mínims per a Catalunya, acordats mitjançant consens clínic per a l'abordatge dels problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut que hauran d'explicitar pautes d'actuació adreçades específicament a la satisfacció de l'usuari sobre: el nivell i el tipus d'informació que ha de rebre, les condicions de confort ambiental i psico-social, com també els mecanismes de coordinació dels nivells d'atenció per garantir la continuïtat del servei.

Regions sanitàries

- B.99.** Durant l'any 1993 i successius, es realitzaran activitats d'informació per difondre els objectius del Pla de Salut, especialment entre els professionals de les regions sanitàries.
- B.100.** Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries promouran la participació dels professionals en totes aquelles activitats relacionades amb l'adopció de criteris clínics i de coordinació de serveis i la incorporació d'aquests a la pràctica assistencial.

Avaluació dels objectius

Realització de les activitats de consens que s'especifiquen en l'objectiu operacional.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Activitats d'informació desenvolupades.

Nombre de professionals i activitats en les quals han participat.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Utilització de medicaments

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- B.101. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal augmentar fins al 85% el nombre d'especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic elevat facturades al Servei Català de la Salut, tant en nombre d'envasos com en import.
- B.102. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, cal augmentar el nombre d'especialitats farmacèutiques de grau potencial d'ús en l'atenció primària elevat, fins al 75% en nombre d'envasos i al 60% en import, facturades al Servei Català de la Salut.
- B.103. Abans de l'any 1994, el Servei Català de la Salut haurà definit els criteris d'avaluació sistemàtica de la prescripció de medicaments impulsant fórmules de treball que afavoreixin el consens entre els professionals.
- B.104. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà de la informació relativa a les activitats d'avaluació de la prescripció realitzades.
- B.105. Durant l'any 1993 i successius, s'impulsarà l'establiment de programes de selecció de medicaments amb criteris d'eficàcia, efectivitat, eficiència i necessitat.
- B.106. Durant l'any 1993 i successius, s'adoptaran els criteris comuns mínims en la selecció de medicaments per al tractament de la hipertensió arterial, l'ansietat i la depressió, l'asma, la diabetis, les infeccions urinàries i de les vies respiratòries altes, l'ulcus gàstric i duodenal, l'esofagitis, l'hipercolesterolèmia, les malalties òsteo-articulars i del dolor en els malalts terminals.
- B.107. Durant l'any 1993 i successius, es mantindrà la protocolització a tots els nivells assistencials dels fàrmacs amb un risc potencial d'ús ineficient (hormona del creixement, interferó i eritropoetina humana) mitjançant els consells assessors creats per a cada fàrmac. També s'estudiaran les diferents alternatives de protocolització per als nous medicaments d'aquestes característiques que es comercialitzin.

Avaluació dels objectius

Evolució del percentatge d'especialitats farmacèutiques de valor intrínsec farmacològic elevat facturades.

Evolució del percentatge d'especialitats farmacèutiques de grau potencial d'ús en l'atenció primària elevat facturades.

Existència dels criteris.
Valoració de la metodologia emprada per al consens.

Disponibilitat de la informació.

Existència de programes de selecció de medicaments.

Valoració de l'aplicació dels criteris.

Valoració de l'aplicació del protocol.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- B.108.** Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut realitzarà de manera progressiva la difusió sistemàtica i periòdica d'informació sobre medicaments per als professionals sanitaris i vetllarà per la qualitat de les activitats d'informació que es realitzin a les regions sanitàries.
- B.109.** Durant l'any 1993 i successius, el Servei Català de la Salut vetllarà perquè els programes de formació continuada adreçats als professionals s'orientin a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats en la selecció de medicaments i en l'avaluació de la qualitat de la prescripció.
- B.110.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut disposarà d'una base de dades sobre els metges en exercici que integri la informació procedent dels col·legis de metges i la de la base de dades de la Gestió Informatitzada del Personal del Servei Català de la Salut.
- B.111.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, el Servei Català de la Salut proporcionarà als sectors sanitaris informació agregada i analitzada referent als seus metges i centres (informació farmacològica i dosi diària definida per mil habitants i dia).
- B.112.** Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, es disposarà d'informació sobre l'ús dels medicaments per part de la població a partir de l'Enquesta de Salut de Catalunya.
- B.113.** Abans de l'any 1994, s'hauran definit els criteris per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb l'ús dels medicaments.
- B.114.** Abans de l'any 1995, el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola haurà definit i instaurat les estratègies per a la promoció d'hàbits saludables en relació amb l'ús dels medicaments.

Regions sanitàries

- B.115.** Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris i mecanismes d'avaluació específics de la prescripció de medicaments.
- B.116.** Abans de l'any 1995, les regions sanitàries hauran realitzat activitats d'avaluació sobre la prescripció dels medicaments en els centres d'atenció primària de salut.

Avaluació dels objectius

- Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.
- Existència d'activitats de formació en relació amb la selecció de medicaments i l'avaluació de la qualitat de la prescripció.
- Existència de la base de dades.
- Disponibilitat de la informació per part dels sectors sanitaris.
- Disponibilitat de la informació.
- Existència dels criteris.
- Evolució del nombre de centres escolars que han incorporat activitats de promoció d'hàbits saludables en relació amb l'ús dels medicaments.

Existència dels criteris i mecanismes.

Disponibilitat de l'avaluació.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- | | |
|--|---|
| <p>B.117. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries promouran la selecció de medicaments per a l'atenció primària amb criteris d'eficàcia, efectivitat, eficiència i necessitat per a, almenys, tres dels grups farmacològics que s'especifiquen a continuació:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensius • Psicofàrmacs • Antiasmàtics • Antidiabètics • Antibacterians • Antiulcerosos • Hipolipemians • Antiinflamatoris no esteroïdals i analgèsics | <p>Activitats desenvolupades per promoure la selecció de medicaments.
Estudis d'avaluació específics per conèixer el grau de compliment dels criteris.</p> |
| <p>B.118. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries i els seus professionals sanitaris disposaran dels criteris comuns mínims, d'acord amb els paràmetres d'eficàcia, efectivitat, seguretat i eficiència per a, almenys, el tractament de tres dels quadres patològics següents:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malalties òsteo-articulars • Infeccions de les vies respiratòries altes • Infeccions urinàries • Asma • Ansietat i depressió • Hipertensió arterial • Úlcus gàstric i duodenal • Esofagitis • Hipercolesterolèmia • Diabetis <i>mellitus</i> • Dolor en els malalts terminals | <p>Existència dels criteris.
Estudis d'avaluació específics per conèixer el grau de compliment dels criteris.</p> |
| <p>B.119. Abans de la finalització del període de vigència d'aquest Pla de Salut, els professionals sanitaris disposaran d'informació respecte al que s'explicita en els objectius operacionals 117 i 118.</p> | <p>Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.</p> |
| <p>B.120. Durant l'any 1993 i successius, les regions sanitàries realitzaran de manera progressiva la difusió d'informació sobre el medicament, dirigida als professionals de l'atenció primària, mitjançant centres d'informació de medicaments, edició de butlletins i sessions bibliogràfiques i farmacoterapèutiques.</p> | <p>Evolució del percentatge de professionals que han rebut la informació.</p> |
| <p>B.121. Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries vetllaran perquè tots els proveïdors garanteixin que els programes de formació continuada dels professionals incloguin les orientacions dirigides a millorar els coneixements, les actituds i les habilitats, almenys, en la selecció dels medicaments i en la metodologia de la seva avaluació.</p> | <p>Existència d'activitats de formació continuada en relació amb la utilització de medicaments.
Evolució del nombre de professionals que han participat en les activitats de formació continuada.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

- B.122.** Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries vetllaran perquè els programes de formació i avaluació de les entitats proveïdores incloguin informació sobre la notificació de les reaccions adverses als medicaments (Sistema de Farmacovigilància).
- B.123.** Durant el període de vigència d'aquest Pla de Salut, les regions sanitàries definiran els criteris per promoure l'ús adequat dels medicaments mitjançant el consell individual i les intervencions sobre grups de població específics.

Inclusió d'aquests continguts en les activitats de formació.

Existència dels criteris.

Millora de la satisfacció dels usuaris

Serveis centrals del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Servei Català de la Salut

- C.1.** Durant l'any 1993 i successius, els criteris comuns mínims per a Catalunya, acordats mitjançant consens per a l'atenció als problemes de salut prioritzats en el Pla de Salut, hauran d'explicitar pautes d'actuació adreçades específicament a la satisfacció de l'usuari sobre: el nivell i el tipus d'informació que ha de rebre, les condicions de confort ambiental i psico-social, com també els mecanismes de coordinació dels nivells d'atenció per garantir la continuïtat del servei.
- C.2.** Abans de l'any 1995, els proveïdors de serveis sanitaris i sòcio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques d'adequació a les característiques i les necessitats de la població, mesures per a la millora de les condicions d'accés, de les condicions d'acollida, del procés d'atenció i de la coordinació de nivells per garantir la continuïtat de l'atenció.
- C.3.** Abans de l'any 1995, els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques per potenciar els professionals de salut com a protagonistes de la relació i el tracte directe amb els usuaris.
- C.4.** Abans de l'any 1995, els serveis sanitaris i sòcio-sanitaris de cobertura pública hauran establert mesures específiques per a la difusió de la informació a la població sobre l'oferta de serveis.

Existència de criteris específics en relació a la satisfacció de l'usuari.

Existència de mesures específiques d'adequació i millora dels serveis.

Existència de mesures específiques de potenciació dels professionals.

Activitats d'informació desenvolupades.

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

Avaluació dels objectius

Regions sanitàries

- | | |
|---|---|
| <p>C.5. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries establiran mecanismes per garantir que els serveis adoptin mesures adreçades a la satisfacció de la població, començant per identificar les característiques de la població que siguin rellevants per poder adequar els serveis tant a les seves necessitats com a les seves expectatives.</p> | <p>Existència dels mecanismes.</p> |
| <p>C.6. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran analitzat els circuits administratius i hauran aplicat les mesures correctores per facilitar l'accés als serveis sanitaris i socio-sanitaris.</p> | <p>Disponibilitat de l'anàlisi.
Valoració de les mesures correctores.</p> |
| <p>C.7. Abans de l'any 1994, les unitats administratives de les regions sanitàries responsables de l'atenció al públic, pel que fa a la informació general sobre els serveis i la tramitació de reclamacions i suggeriments, realitzaran aquesta funció en horari de matí i tarda; així mateix, la regió vetllarà perquè els proveïdors facilitin l'accés de la població a aquest tipus de servei durant l'horari de funcionament dels centres, sempre que això sigui possible.</p> | <p>Valoració de l'accessibilitat a les unitats d'atenció al públic.</p> |
| <p>C.8. Abans de l'any 1994, els serveis sanitaris i socio-sanitaris implantaran sistemes de citació i programació de visites que tinguin en compte les característiques i les necessitats de la població, per tal d'afavorir-ne l'accessibilitat.</p> | <p>Valoració de l'accessibilitat als serveis sanitaris i socio-sanitaris.</p> |
| <p>C.9. Abans de l'any 1995, els centres implantaran mecanismes especials d'accés per aquells grups de població amb més dificultats per accedir als serveis i que requereixen atenció sanitària i/o socio-sanitària.</p> | <p>Existència dels mecanismes especials d'accés.</p> |
| <p>C.10. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries obtindran i analitzaran la informació —quantitativa i qualitativa— sobre les llistes d'espera de tots els nivells d'atenció sanitària i socio-sanitària del seu àmbit territorial.</p> | <p>Disponibilitat de l'anàlisi de la informació sobre les llistes d'espera.</p> |
| <p>C.11. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries donaran directrius als proveïdors i vetllaran perquè garanteixin la continuïtat de l'atenció sanitària i socio-sanitària mitjançant la derivació i la coordinació entre els diversos nivells d'atenció.</p> | <p>Anàlisi de fluxos i estudis específics sobre circuits d'informació.</p> |
| <p>C.12. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries disposaran d'un banc de dades i editaran una guia de serveis sobre els recursos, l'organització i les activitats dels serveis sanitaris i socio-sanitaris del seu àmbit territorial que faciliti als professionals de la salut, i en especial al personal de les unitats d'admissions i d'atenció a l'usuari, una informació correcta, fiable i actualitzada sobre l'oferta de serveis.</p> | <p>Existència de la informació i valoració de la seva difusió.</p> |

Objectius operacionals del Pla de Salut 1993-1995

- C.13. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries elaboraran i editaran una guia de serveis que es distribuirà a tots els centres per oferir a la població la informació més comprensible possible sobre l'oferta de serveis i pautes recomanables per a la seva utilització.
- C.14. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries establiran les mesures necessàries per garantir que tots els sectors, les Àrees Bàsiques de Salut, i els centres sanitaris i sòcio-sanitaris facilitin a la població la informació referent als seus drets i deures com a usuaris del Servei Català de la Salut.
- C.15. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran establert els criteris comuns mínims d'organització i funcionament dels circuits de reclamacions i suggeriments en tots els serveis.
- C.16. Abans de l'any 1995, les regions sanitàries faran efectius els mecanismes que garanteixin la incorporació de l'opinió dels usuaris, expressada mitjançant els circuits de reclamacions i suggeriments, i la seva incidència real en la planificació i la gestió dels serveis.
- C.17. Abans de l'any 1994, les regions sanitàries hauran identificat les necessitats de formació continuada en tècniques i habilitats de comunicació dels diferents tipus de professionals de la salut i hauran definit un pla de formació específic.

Avaluació dels objectius

- Existència de la informació i valoració de la seva difusió.
- Existència de les mesures.
- Existència i valoració dels criteris.
- Existència i valoració dels mecanismes.
- Existència del pla de formació.

Annexos

Annex 1

Abreviatures utilitzades en el Pla de Salut de Catalunya 1993-1995

ABS	Àrea Bàsica de Salut	IPC	Índex de Preus al Consum
ANAC II	Anàlisi de l'Activitat II. Sistema d'Informació per a la Gestió en l'atenció primària	IVE	Interrupcions Voluntàries de l'Embaràs
APVP	Anys Potencials de Vida Perduts	LNH	Limfoma No Hodgkinià
AVD	Activitats de la Vida Diària	LOSC	Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya
CAO (D)	Dents permanents cariades, absents i obturades	MDO	Malalties de Declaració Obligatòria
CAP	Centre d'Atenció Primària	MPOC	Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica
CAP-SM	Centre d'Atenció Primària de Salut Mental	MTS	Malalties de Transmissió Sexual
CAPIP	Centre d'Atenció Psiquiàtrica Infantil Primària	OCDE	Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic
CAS	Centre d'Atenció i Seguiment	OMS	Organització Mundial de la Salut
CIM	Classificació Internacional de Malalties	OTATM	Oficina Tècnica d'Avaluació de Tecnologia Mèdica
CIPSAP-2 D	Classificació Internacional de Problemes de Salut a l'Atenció Primària - 2 Definida	PADES	Programa d'Atenció Domiciliària
CIRIT	Comissió Interdepartamental de Recerca i Innovació Tecnològica	PIB	Producte Interior Brut
CMBDAH	Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària	PRS	Pla de Regió Sanitària
DHD	Dosi per habitant i dia	PSSS	Pla de Serveis Sanitaris i Sòcio-sanitaris
DTP	Vacuna contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina	RAP	Reforma de l'Atenció Primària
EAP	Equip d'Atenció Primària	SEM	Sistema d'Emergències Mèdiques
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya	SIDA	Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida
EVSI	Esperança de Vida Sense Incapacitat	TIA	Toxi-Infecció Alimentària
GPU	Grau Potencial d'Ús	UDVP	Usuaris de Drogues per Via Parenteral
IMC	Índex de Massa Corporal	UFISS	Unitats Funcionals Interdisciplinàries
IME	Índex de Mortalitat Estàndard	VIF	Valor Intrínsec Farmacològic
INE	Instituto Nacional de Estadística	VIH	Virus de la Immunodeficiència Humana
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud	XAD	Xarxa d'Atenció a les Drogodependències
		XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública