



25è aniversari del BEC

Sumari

25è aniversari del BEC

El BEC: comunicació per a l'acció

Reptes del BEC en el segle XXI

Aquests 25 anys del BEC

Contingut i estructura del BEC en els 25 anys d'història

Evolució de les malalties immunoprevenibles. Catalunya, 1983-2003

La celebració dels 25 anys d'existència del *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* suposa una oportunitat per destacar el paper clau de la vigilància de la salut i dels serveis de salut pública en el seu conjunt en la garantia de la salut col·lectiva. Tot i que la seva activitat no sempre sigui clarament visible per al ciutadà, és quan sorgeix un brot d'una determinada malaltia o quan apareix una situació de risc col·lectiu que cal gestionar amb rapidesa i eficàcia que la societat es gira cap als serveis de salut pública. A Catalunya, els darrers 25 anys han suposat vells i nous reptes per a la salut pública, des de malalties ben conegudes fins a riscos nous per a la salut.

Un dels pilars que han permès fer-hi front de manera resolutiva ha estat la vigilància epidemiològica, la qual suposa una llarga cadena

de col·laboració, que sovint s'inicia amb els professionals assistencials a través dels quals es detecta una sospita epidemiològica, cadena en què intervenen de manera decisiva els serveis de salut pública en els seus diversos vessants (epidemiologia, control alimentari, sanitat ambiental, laboratoris, etc.) i nivells (serveis centrals, territorials i municipals), com també, i de manera creixent, la mateixa ciutadania. A tots ells, els vull manifestar la meua felicitació i el meu agraïment per aquests 25 anys de BEC, que són una clara expressió de la voluntat i del compromís del Govern de Catalunya, de la sanitat catalana, dels serveis de salut pública, i dels professionals, de protegir i restaurar la salut de la població.

Marina Geli
Consellera de Salut

EL BEC: comunicació per a l'acció

De la vigilància epidemiològica s'ha dit que és semblant a la presa del pols aplicada al conjunt de la comunitat. En aquest sentit, els sistemes d'informació són una eina fonamental de les funcions de vigilància. Així, la capacitat de detecció de casos de malalties que requereixen un control ràpid per evitar un risc col·lectiu, o la identificació i anàlisi de brots i d'epidèmies requereixen uns sistemes d'informació àgils i de qualitat. En els darrers 25 anys, aquests sistemes sens dubte s'han anat adaptant als nous reptes i a les noves necessitats de la salut col·lectiva, de vegades havent de fer front a nous riscos (com les *vaques boges*) i noves malalties (com la síndrome tòxica). El BEC és un testimoni allionador del paper fonamental de la vigilància de la salut a Catalunya, ja que difon no solament dades periòdiques o resultats de determinades investigacions, sinó que també reflecteix l'activitat tècnica i científica dels nombrosos professionals que donen suport a la salut pública. Cal agrair-ho a les persones que des dels successius equips editorials han fet possible la continuïtat del BEC,

incloent-hi la contribució destacada de la Dra. Àngela Domínguez i de l'actual equip editorial en el seu conjunt.

La coincidència d'aquest 25è aniversari amb un procés intens de reforma dels serveis de salut pública a Catalunya recalca la importància de la comunicació com a eina de relació entre la vigilància i l'acció. En aquest sentit, el BEC ha de seguir constituint un instrument àgil, útil i amè en suport a la funció de difusió que suposa la vigilància de la salut, i com a esglaó indispensable de l'acció en salut pública. En aquest rol, les tecnologies de la informació i la comunicació tenen un paper clau, amb un potencial que en bona part encara resta per explotar. Cal, doncs, felicitar-nos per la fita que aquí celebrem i alhora cal seguir treballant per consolidar i renovar totes aquelles eines que ens ajuden a aconseguir que, dia a dia, la nostra salut pública sigui cada vegada millor i més reconeguda.

Antoni Plasència

Director general de Salut Pública

Reptes del BEC en el segle XXI

La informació és una part molt important del sistema sanitari i és, sens dubte, l'element essencial per fer vigilància (recollida sistemàtica, anàlisi i difusió de les dades necessàries per adoptar mesures de control) dels problemes de salut pública.

D'ençà que, fa 25 anys, el Departament de Sanitat i Assistència Social (avui Departament de Salut) va prendre la iniciativa de publicar el primer número del *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC), s'han produït canvis molt importants en l'epidemiologia de les malalties transmissibles, que eren llavors i ho són encara avui la part més important dels problemes de salut pública objecte de vigilància.

En aquest número especial, que es fa amb motiu del XXV aniversari, l'article sobre les malalties immunoprevenibles posa clarament de manifest que les vacunes i els programes de vacunació del Departament han contribuït a controlar i fins i tot a eliminar algunes malalties de la nostra comunitat (com la poliomielitis o el xarampió autòcton), amb el consegüent benefici que suposa poder alliberar recursos cap a problemes que emergeixen (com per exemple la síndrome respiratòria

aguda greu o la legionel·losi) o reemergeixen (tuberculosi resistent a fàrmacs antituberculosos) i que cal vigilar.

És evident que el BEC ha d'adequar-se a les noves necessitats que planteja la vigilància dels problemes de salut pública, però afortunadament aquesta adequació no l'ha de fer en solitari sinó que ha de fer-la comptant amb les noves eines que té el sistema sanitari.

Fa sis anys es va incorporar el BEC al web del Departament (<http://www.gencat.net/salut/dep-san/units/sanitat/html/ca/publicacions/spbec.htm>), i això ha permès tenir-lo disponible a través d'Internet i poder accedir-hi des del mateix moment de la seva publicació, com també consultar tots els números dels darrers anys. En la mesura que el nivell de connexió a la xarxa dels destinataris arribi al 100%, caldrà plantejar-se que aquest sigui l'únic mitjà de publicació del BEC i que els recursos actualment destinats als aspectes relacionats amb la impressió es destinin a millorar altres facetes de la comunicació entre el consell de redacció i els professionals a qui va adreçada la publicació.

La frase que iniciava el primer BEC, l'any 1980, "La comunitat no pot permetre's més el luxe d'augmentar la despesa de serveis sense que estigui clara la contrapartida de l'eficàcia", continua tenint sentit, encara que hagi plogut molt des de llavors, tal com assenyala Andreu Segura, epidemiòleg que fou el primer director del BEC, en la seva contribució en aquest número d'aniversari.

En un futur, esperem que no massa llunyà, haurem de treballar per tal que la distància entre l'acceptació d'un article o l'elaboració d'una nota informativa sobre un tema concret i la seva accessibilitat a través d'Internet sigui mínima. Això permetrà que les informacions que el Departament elabori sobre problemes emergents arribin als professionals que participen en el sistema en un temps molt breu i, per tant, que les actuacions que es generin siguin oportunes i homogènies, la qual cosa incrementarà, sens dubte, no només l'efectivitat de les intervencions sinó també la credibilitat dels professionals sanitaris i la confiança dels ciutadans cap als qui vetllem per la salut col·lectiva.

És ben segur que les facilitats que proporcionen els mitjans de difusió electrònica de la informació, a més de millorar la distribució d'aquesta publicació, ens han de permetre d'arribar a més usuaris que els que la llegeixen fins ara. No tant pel fet de no tenir-hi accés com per la comoditat que proporciona el fet de tenir-la a mà, la qual cosa ha de permetre que el BEC estigui dintre de les consultes, farmàcies, laboratoris i altres entorns sanitaris i que esdevingui una eina de treball. Els temes tractats al Butlletí al llarg dels anys han estat molt variats, tal com mostra un dels treballs inclosos en aquest número. No obstant això, els continguts s'hauran d'a-

daptar perquè puguin interessar a un ventall més ampli d'usuaris, sense perdre la seva missió fonamental, que és la de servir de mitjà de comunicació per articular la vigilància epidemiològica i de la salut i donar-ne *feedback* als professionals implicats.

Des de la seva constitució, ha estat vocació del consell editorial que el BEC esdevingui un òrgan més participat pel conjunt de professionals i especialitats que interactuen dintre de l'àmbit de la salut pública específicament, però també del sistema sanitari en general. Malauradament, moltes vegades el dia a dia de gran part dels professionals del sistema no els permet disposar del temps suficient per difondre aquells aspectes de les seves activitats que poden ser enriquidors per a la resta de companys. Tot i mantenint el rigor metodològic en l'elaboració i en la comunicació de les aportacions que es facin, el BEC hauria de servir de plataforma on tinguessin ressò aquelles activitats de caire científic i tècnic que es duen a terme en el conjunt del sistema sanitari.

Convidem des d'aquí tots els professionals, vinculats o no directament a la salut pública, a comunicar les seves experiències en el camp de l'educació sanitària, la promoció de la salut, els sistemes d'informació sanitària, les anàlisis i intervencions sobre els serveis de salut, farmàcia i veterinària, i tots aquells estudis específics sobre temes concrets de salut o de serveis sanitaris que puguin ser d'interès per als altres professionals de la xarxa, i enriquir així amb les seves experiències el bagatge que entre tots hem anat construint, per garantir una millor salut pública i una millor salut a la població.

El consell de redacció

Aquests 25 anys del BEC

La primavera de l'any vuitanta el Departament de Salut -que llavors s'anomenava de Sanitat i Assistència Social per tal com el Molt Honorable President de la Generalitat restaurada havia volgut conservar la mateixa denominació del Departament durant la Segona República Espanyola- va iniciar l'edició del *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC), una publicació que, com altres similars, volia servir el propòsit d'informar els professionals de la salut pública i, per extensió, el conjunt de la sanitat, de l'evolució dels problemes de salut i els seus determinants a Catalunya.

L'article que encapçalava el número zero estava dedicat a la importància de la informació sanitària i començava dient que "La comunitat no pot permetre's més el luxe d'augmentar la despesa de serveis sense que estigui clara la contrapartida de l'eficàcia. Cal comprovar la utilitat de cada iniciativa i assegurar-nos que aprofitem els recursos al nostre abast de la millor manera possible; la qual cosa no significa renunciar a l'acció sinó bastir-la sobre un coneixement mínim previ que ens garanteixi, fins on sigui possible, que allò que fem no solament no serà perjudicial ni inútil sinó que serà el més eficaç."

D'aleshores ençà ha plogut molt i, com ens recorda en Raimon, no sempre bé, perquè al nostre país -potser al món sencer- la pluja no sap ploure, de manera que hem augmentat extraordinàriament la despesa sanitària sovint sense obtenir una contrapartida proporcional en salut.

Això no obstant, s'ha millorat sensiblement a aconseguir "[...] que la informació sanitària augmenti en quantitat i en qualitat i, el que és més important, que circuli entre els professionals i l'Administració i entre aquesta i els usuaris de forma que tothom disposi dels elements suficients per a desenvolupar la seva funció amb racionalitat." Un progrés que tots devem als professionals que s'hi dediquen.

Amb tot, em sembla que encara ens queda camí per traure tot el profit potencial de la informació a l'hora de prendre decisions, perquè no hi ha encara prou integració entre els professionals que duen a terme les intervencions sanitàries, i per tant prenen decisions, i els sistemes d'informació. Encara que les insuficiències no siguin avui espectacularment dramàtiques com ho eren abans, a conseqüència, es deia, de "[...] una manca notable de consciència de les fonts d'informació (sobre) la importància d'aquesta funció de sensors de l'estat de salut i, fins i tot, una certa desconfiança de [...] l'Administració [...]", per la qual cosa el Departament de Sanitat declarava assumir la seva responsabilitat i considerava "[...] imprescindible la corresponsabilització de tots [...] els serveis sanitaris."

Si bé el propòsit inicial del BEC és plenament vigent, la justificació de la seva existència tenia a veure també amb d'altres objectius més específics, relacionats amb la vigilància epidemiològica, no endebades és l'única publicació que dóna compte periòdicament i sistemàticament de la inci-

dència de les malalties de declaració obligatòria, i, d'ençà que el Departament va assumir la responsabilitat de millorar les estadístiques de mortalitat oficials, també de l'evolució de les defuncions.

No es tracta, però, de fer un balanç del que ha significat el BEC durant aquests vint-i-cinc anys, sinó d'aprofitar l'efemèride per saludar la continuïtat i la consolidació d'una publicació que va néixer amb més voluntat que mitjans, com he recordat en tornar a llegir els primers fulls i veure les gràfiques que dibuixàvem a mà des de la Secció d'Epidemiologia i Informació Sanitària, al despatx del Saló de Víctor Pradera número 7, que és com es deia llavors el passeig de Lluís Companys.

Aquell primer BEC era un document de quatre planes, imprès en blanc i negre, que es publicava cada quatre setmanes, atès que la setmana és la unitat temporal tradicional per a la notificació de malalties de declaració obligatòria. En escriure aquesta nota tinc al davant el número 11, que correspon al mes de novembre del 2004. Dotze planes que van de la 153 a la 162 del volum XXV. Una publicació a dues tintes de disseny molt més amable, que també es pot consultar electrònicament al web del Departament de Salut.

BEC és un acròstic gairebé automàtic però també és un nom substantiu d'ús comú, i diria que no em traeix la memòria en recordar que el seu significat directe va ser una de les raons per utilitzar-lo. Perquè en l'àmbit de la informació sanitària calien, i, encara calen, molts becs que ens estimulin.

Andreu Segura¹

*Àrea de Salut Pública i Recerca
en Serveis de Salut
Institut d'Estudis de la Salut*

¹ Primer director del BEC

Quan em van demanar de fer un article per a un número extraordinari del *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC), amb motiu dels 25 anys d'existència, immediatament, en una ràpida seqüència, vaig reviuir els meus primers anys al Departament (aleshores Departament de Sanitat i Assistència Social). I és que, en aquells anys, el BEC requeria força dedicació i constituïa una part molt important de les tasques de producció de publicacions.

En primer lloc, vull dir que considero un privilegi haver tingut l'oportunitat de formar part

de l'equip inicial que, amb molta empena, molt pocs mitjans i molt bona voluntat, va fer possible l'edició del BEC.

El BEC va ser la primera publicació periòdica que es va editar al Departament i una de les poques que ha tingut continuïtat i que ha mantingut una regularitat constant durant tots aquests anys. I Déu n'hi do el mèrit que cal reconèixer a totes les persones que hi han col·laborat d'una manera o altra per fer possible aquesta continuïtat, malgrat els canvis que s'han anat produint al Departament!

No sóc pas precisament la persona més adequada per fer una valoració d'aquests vint-i-cinc anys del BEC, però sí que puc recordar les primeres experiències en la seva edició i les vivències que per a mi van representar.

Era la primera vegada que feia la coordinació editorial d'una publicació periòdica, amb la dificultat que implicava disposar d'un espai limitat per encabir tota la informació, que de vegades variava força d'un número a l'altre, i mantenir sempre la mateixa estructura formal. Inicialment, van ser quatre pàgines en blanc i negre i, de vegades, alguns tramats en gris. Tot molt auster, d'acord amb els recursos limitats de què es disposava. Recordo perfectament que, al començament, les proves ens arribaven sovint molt mal compaginades perquè a la impremta no s'hi aclarien gaire a l'hora de col·locar els gràfics i les taules en el lloc que els corresponia, i havíem d'acabar retallant trossets del text i enganxant-los, de forma totalment artesanal.

Pel que fa als continguts, el BEC va significar el meu primer contacte seriós amb l'epidemiologia. És cert que ja havia corregit alguns textos sobre aspectes relacionats amb aquesta especialitat, però el BEC va representar la descoberta d'un món apassionant, pràcticament desconegut fins llavors i, sobretot, una experiència summament enriquidora que em va aportar uns coneixements importantíssims en el camp de la terminologia mèdica.

Ara que fa 25 anys, parlar de la meua relació amb el Butlletí és pensar en una petita experiència, retallada en el temps, però força enriquidora. Ja farà uns 6 anys que des de la Subdirecció de Serveis Sanitaris del Departament ens vam posar a repensar el dia a dia. En aquell moment, inspirats pel redisseny del que feia la Subdirecció General, de com podíem aportar un valor més gran a la tasca diària, de com serien més útils als professionals de la salut els documents, la informació, els serveis que prestàvem, també vam voler considerar el Butlletí.

Eren moments, i crec que no deixen mai de ser-ho, en què aquells que de manera més directa o indirecta tenim la sort de treballar pels serveis públics no podíem ni podem deixar de pensar periòdicament i sistemàtica en aquells a qui va dirigida la nostra feina. Aquesta no és tasca fàcil, i menys quan estem acostumats a fer les coses per dinàmiques establertes, per costums, o

Corregir els articles del BEC va ser tot un repte, per la dificultat de la terminologia i per la migradesa dels recursos lingüístics. Els únics amb què comptàvem, en aquell moment, al Departament eren el *Diccionari general de la llengua catalana* d'en Pompeu Fabra, de l'any 1932, i pel que fa a la terminologia mèdica, el *Vocabulari mèdic* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, editat l'any 1974, amb uns 4.000 termes, que tenint en compte la situació d'aquell moment eren molts però no suficients. Teníem molt pocs recursos, és cert, i molt pocs mitjans, però molta... moltíssima il·lusió per tirar endavant, posant-hi tots els esforços i tota la voluntat que calgués.

Ara, ja fa molt de temps que estic totalment desvinculada de l'edició del BEC, però he anat seguint la seva trajectòria. Al llarg d'aquests vint-i-cinc anys, el BEC ha anat transformant el seu aspecte amb uns dissenys molt més atractius i, evidentment, ha ampliat i millorat els continguts fins a esdevenir una eina indispensable per a la informació sanitària a Catalunya, però... quan hi penso, sempre el veig amb el seu primer disseny en blanc i negre, i sempre conservaré un record molt entranyable i un punt nostàlgic d'aquells primers números d'ara fa 25 anys.

M. Assumpta Atienza

Secció de Normalització Lingüística

Direcció de Serveis

Departament de Salut

senzillament per "no perdre pistonada". I aquesta va ser aquella etapa, en què un equip de persones del Departament ens vam preguntar pel Butlletí i per com podíem millorar-lo.

Així va sorgir el Butlletí que tenim avui, que volia incorporar el millor del que hi havia, tenir més clara la vocació d'informació que pogués ser d'interès per al professional, i que aportés abans que res coneixement. I la resposta, com acostuma a passar en organitzacions com les nostres, complexes, dinàmiques i expertes, la van donar les persones, l'equip. Vàrem constituir un consell de redacció més ampli, que integrés realment aquells àmbits de coneixement que tenien a veure amb el que esperàvem del Butlletí. La incorporació de professionals de la Direcció General de Salut Pública al projecte, de manera decisiva, coordinant, aportant no només dades sinó "coneixement" i estil, conjuntament amb el Servei d'Informació i Estudis, va enriquir la publicació.

D'aquell procés, el que millor recordo és l'oportunitat de redescobrir i conèixer millor els companys del Departament que hi van participar. Perquè descobrir noves maneres de veure allò que un està fent, aprendre a compartir les noves formes d'entendre les nostres realitats, ens fa més vius. I el que és millor, compartir projectes i omplir entre més persones el mateix nombre de pàgines, les fa clarament més riques.

És aquesta la riquesa que ens queda quan el temps passa, la que t'aporten les persones. El BEC i moltes altres publicacions i

serveis que rebem avui, ja des de fora, molts professionals, no són sinó les persones que les fan, les que les treballen. I quan darrera el Butlletí hi veus la gent que el fa possible, el sents encara més proper.

Felicitats, doncs, pels 25 anys, Butlletí, que ens mantens al dia, i als que el seguieu fent possible.

Jaume Duran
Director gerent
Fundació Hospital de Mollet

Els primers 25 anys del BEC coincideixen amb la meua etapa d'exercici professional. Crec que vaig consultar el BEC per primera vegada cap al 1985, quan era un MIR interessat en les malalties infeccioses. Descobrir que hi havia una font d'informació que proporcionava dades epidemiològiques per comarques va ser tot un regal per als estudis que aleshores fèiem a la comarca del Vallès Occidental. Encara més sorprenent va ser comprovar que tan sols demanant-ho es podia rebre el BEC a casa sense cost. Des d'aleshores el BEC ha estat present en la meua vida professional.

Em resulta fàcil dir que per a mi sempre ha sigut una publicació entranyable, que he consultat en nombroses ocasions buscant informació que em permetés situar un problema en la seva real dimensió (virtut de l'epidemiologia descriptiva). També moltes vegades he fullejat el BEC com a eina d'informació de cultura general mèdica, gaudint d'innombrables articles d'altíssim nivell. M'agradaria mencionar entre els meus preferits aquells que feien referència a brots epidèmics, objecte de tractament per als mitjans de comunicació generals, i que temps després hem pogut llegir descrits en format científic lluny de passions i manipulacions. Les anàlisis de mortalitat han estat també sempre entre els meus articles preferits, per això tan bàsic de saber de què ens morim.

Sempre m'ha fet una mica de pena comprovar les dificultats per mantenir un percentatge alt de declaració de "tot el que és declarable". Segurament és fruit d'una pràctica mèdica molt orientada a la resolució dels problemes del pacient i menys orientada a recollir informació rellevant des del punt de vista de la planificació sanitària. Tots hauríem de fer un esforç en aquest sentit, ja que disposar d'informació de qualitat facilitaria la presa de decisions de planificació sanitària. Malgrat això, seria injust no reconèixer que les dades que es reflecteixen en el BEC són fruit de l'esforç de milers de professionals compromesos a intentar registrar acuradament el que "fan o veuen" cada dia.

Des de la meua perspectiva personal, crec que un dels mèrits importants del BEC és que d'una forma lenta però constant i imparabile ha anat millorant al llarg dels anys, incorporant cada vegada més informació i anàlisis de més qualitat. En aquest sentit, diria que el BEC és una petita joia desaproveitada que molts professionals sanitaris, per desconeixement de la seva existència, es deixen perdre. Fóra bo que això millorés en els propers 25 anys.

Diego L. Van Esso
CAP Pare Claret
Institut Català de la Salut

En primer lloc, vull felicitar totes les persones que al llarg d'aquests 25 anys han format part de l'equip que ha fet que el BEC s'hagi constituït en l'òrgan de comunicació epidemiològica de l'Administració sanitària de Catalunya. També vull remarcar que l'esforç per mantenir l'edició d'una publicació periòdica, ininterrompudament, sobrevivint a

tots els canvis de govern, és considerable, però que se n'ha sortit molt bé.

L'inici de la meua activitat laboral com a professional de la salut pública va coincidir amb els primers anys de publicació del BEC. Sempre he pensat que és una revista seriosa i de qualitat, i que ha estat un encert de

combinar les seccions fixes (MDO) amb l'espai dedicat a donar a conèixer l'activitat i els resultats d'altres tasques que es duen a terme des de l'Administració en l'àmbit de l'epidemiologia.

La història de la nostra col·laboració amb el BEC ve de l'any 1985, quan depeníem de la Direcció General d'Ordenació Sanitària, i ens va permetre difondre les primeres dades del Registre de malalts renals de Catalunya i del Pla d'atenció a la insuficiència renal. Des de llavors fins ara, periòdicament, hem anat publicant la informació elaborada a partir dels registres que gestionem, quan érem Unitat de Registres, als inicis del Servei Català de la Salut, quan formàvem part de la Unitat de Gestió de Recursos d'Informació, i actualment des de l'Organització Catalana de Trasplantaments.

Voldria remarcar que la publicació del BEC va ser fruit d'una de les primeres decisions preses per la Conselleria de Sanitat un cop transpassades les competències i que, per

a mi, ha tingut una gran importància com a instrument de comunicació dins de la xarxa sanitària de Catalunya. A través del BEC, la informació obtinguda a partir dels registres ha pogut arribar més enllà de la difusió que es fa habitualment, adreçada als professionals de cada especialitat, explicant a tota la xarxa sanitària la situació de l'activitat de donació sanguínia, les característiques i l'evolució dels malalts que han rebut un trasplantament de fetge, de cor o de cèl·lules progenitores de l'hemopoesi, els resultats de l'hemodiàlisi en funció de les característiques de l'accés vascular, etc.

Per tot això, en nom de tot l'equip que treballam amb registres de malalts que han rebut un trasplantament i amb el registre de donacions de sang, us transmeto la més sincera enhorabona.

Montse Cleries

*Sistemes d'Informació de l'Organització
Catalana de Trasplantaments (OCATT)
Servei Català de la Salut*

El començament de la vida del *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC) va coincidir amb la transferència a la Generalitat de les competències d'higiene i sanitat interior i, per tant, ha estat marcada per la creació i consolidació dels elements bàsics de l'estructura organitzativa de la salut pública al nostre Departament. En aquests vint-i-cinc anys, els serveis de protecció de la salut (salut ambiental i alimentària) han sofert una transformació radical, de la qual pot servir d'exemple paradigmàtic el canvi experimentat per la veterinària de salut pública. Quan naixia el BEC el Govern central transferia uns 240 veterinaris titulars, funcionaris del Ministeri de la Governació, amb funcions de salut pública i de control pecuari, poc especialitzats i territorialment aïllats. Avui en dia, quan el BEC fa vint-i-cinc anys, el Departament de Salut compta amb 365 veterinaris oficials (més de 500 al conjunt de la Generalitat), amb competències professionals consolidades en salut pública, especialment en el control sanitari d'aliments, i organitzats territorialment. En tot aquest procés, influït sens dubte per les exigències de la Unió Europea, el BEC ha significat un element de referència important per refermar la cultura salubrista en aquest col·lectiu i ha contribuït a allò que

els estudiosos de les organitzacions anomenen "socialització interna".

Així, doncs, el BEC ha tingut influència en el creixement professional i científic dels professionals de la protecció de la salut però, alhora, en un clar exemple de *feedback*, ell mateix ha estat influït per aquest procés. En efecte, durant l'última etapa del BEC van irrompre i, cosa que és més important, s'han anat publicant de forma regular i constant diversos articles dedicats a analitzar els problemes de salut relacionats amb diversos elements del medi i els aliments, la qual cosa ha facilitat, en un altre exemple de "retroalimentació", que sigui considerat més seu per aquests col·lectius de la salut pública.

En aquests moments, en què s'està fent una reflexió i un replantejament de la salut pública a Catalunya, el BEC ha de continuar per aquest camí, sent referència per als professionals de protecció de la salut del nostre país.

Moltes felicitats i llarga vida !!!

Eduard Mata

*Director de l'Agència Catalana
de Seguretat Alimentària*

Els meus primers contactes amb el BEC es varen produir quan preparava les oposicions, cap a l'any 1989. Ja aleshores em meravellava el fet de poder consultar una informació tan valuosa, i exposada amb tant de rigor.

Aquest mateix rigor en la revisió dels continguts i en el manteniment de la qualitat de la informació, l'he viscut de primera mà quan l'any 2001 se'm va fer l'honor d'incorporar-me al consell de redacció i tenir l'oportunitat de compartir taula amb professionals de gran talla.

Sens dubte, el BEC és una font d'informació excel·lent per als professionals de la salut. L'exposició dels temes s'ajusta a un format que ens recorda sempre la nostra formació científica. Per això, després que alguns temes (com un brot de *Legionella* o de salmonel·losi) hagin estat notícia sensacionalista en tots els mitjans de comunicació, no deixa de produir-me una sensació especial d'alleujament poder revisar els articles elaborats pels tècnics que han estat treballant en aquests mateixos temes.

El BEC va néixer en un moment en què la cerca d'informació encara era molt difícil, però aviat es va convertir en tot un clàssic i ha resistit el pas del temps, tot sabent-se adaptar.

Ara, en un moment en què es pot accedir a grans quantitats d'informació amb una certa facilitat i gairebé en temps real, el repte del BEC és esdevenir molt àgil en la transmissió, tot mantenint el rigor i el nivell de qualitat dels continguts. Espero que entre tots puguem aconseguir-ho.

Des d'aquí vull donar les gràcies a aquells que varen iniciar aquesta publicació, perquè el seu esforç ens ha portat fins aquí.

FELICITATS!

Neus Rams

Cap del Servei de Planificació

Farmacèutica

Direcció General de Recursos Sanitaris

Departament de Salut

Contingut i estructura del BEC en els 25 anys d'història*

Introducció

El Butlletí Epidemiològic de Catalunya (BEC) es va publicar per primera vegada l'any 1980. Va néixer com un element de cohesió de les fonts d'informació sobre l'estat de salut de la població. Durant els seus 25 anys de vida han estat necessaris l'esforç i la implicació de tots aquells que participen en l'Administració i els serveis sanitaris. Amb el pas dels anys, aquesta publicació s'ha anat consolidant com una font d'informació per a totes les persones interessades en la vigilància, la prevenció i el control dels factors que afecten la salut de la població.

Per fer aquest article s'han consultat tots els BEC dels anys 1980 a 2004. Se n'ha revisat el format, l'estructura i altres aspectes formals de l'edició. Respecte al contingut, s'han comptat i classificat els articles per temes i anys.

Característiques de la publicació

Des del seu inici s'han editat 373 números del BEC, entre normals i extraordinaris. En tot aquest període ha estat estructurat en volums que corresponen a un any, començant pel volum 1, que correspon a l'any

1980. Cada volum conté diversos números que, com a tendència general, s'han anat incrementant al llarg del temps.

D'acord amb l'estructura i amb els altres aspectes formals de l'edició, i per tal d'ordenar-ne la descripció, es diferencien tres etapes:

Etapa inicial

Comprèn des de la seva creació fins a l'any 1990.

En aquesta etapa la publicació era quadrisetmanal, o sigui, 1 número cada 4 setmanes, i s'editaven 13 números a l'any. En alguns anys (1981, 1984, 1986 i 1988) es va publicar un exemplar extraordinari, que tractava d'un esdeveniment sanitari que per la seva especial rellevància requeria un nombre de pàgines superior i un tractament individualitzat.

Els temes tractats pertanyien a l'àmbit de les temàtiques del Departament de Salut. Hi havia una secció fixa referida al nombre de casos de malalties de declaració obligatòria (MDO) i al percentatge de declaració. A més es publicaven anualment informes, com ara els dedicats a la mortalitat, a la composició anual de la vacuna de la

grip o a la localització dels sèrums antiotífids. Uns altres articles tractaven sobre temes específics de salut pública, com les noves campanyes de promoció de la salut que s'anaven engegant (per exemple, campanyes de vacunacions), les malalties transmissibles, o la creació de programes concrets o protocols. També es publicaven articles associats a l'aparició de problemes de salut puntuals d'actualitat, com els que descrivien brots de malalties infeccioses, reaccions a alguna vacuna, o dedicats a l'oli de colza. Cal destacar la progressiva aparició d'articles sobre la sida a partir de 1983.

Al llarg d'aquesta etapa esporàdicament es publicaven articles referents als registres de nova creació o a l'estadística de l'evolució anual de casos de determinades malalties.

Etapa de transició

En aquesta etapa, que comprèn dels anys 1991 a 1997, el BEC va passar de quadrisetmanal a mensual, amb un total de 12 números per any, més els extraordinaris. L'any 1991 els números 1 al 5 es van fondre en un de sol, i només hi va haver un número extraordinari. L'any 1992 n'hi va haver 5, d'extraordinaris. L'any 1993 el BEC es va editar amb periodicitat quinzenal i no hi va haver cap número extraordinari. A partir de 1994 es va tornar a editar de forma mensual i es publicaven 4 números extraordinaris cada any.

El disseny i la impressió es van modernitzar. Es van fer successius canvis de color: primer de gris a sèpia; a partir de 1993 es va editar de nou en gris i al 1994 es va tornar a canviar a sèpia. Durant uns anys es va editar amb les pàgines centrals plegades cap a l'interior, però a partir del número de maig de 1996 es van convertir en pàgines normals. A partir de 1994 va augmentar el nombre de pàgines de cada número, per tal de mantenir el mateix volum d'informació.

Del contingut destaca una secció fixa basada, com en la dècada anterior, en les malalties infeccioses, bàsicament les MDO, ja dividides en numèriques i individualitzades. A partir de l'abril de 1997 es van incorporar les dades de la declaració urgent dels brots epidèmics. Un altre grup d'articles eren els referits a malalties cròniques, factors de risc i estils de vida. També es van començar a publicar dades sobre patologies recollides a partir de registres i enquestes de salut, articles sobre serveis sanitaris, i va anar aparei-

xent informació sobre l'evolució demogràfica de Catalunya.

S'hi van incorporar altres canvis formals, com l'aparició d'un índex anual al final de l'any (a partir de 1993), la possibilitat de citar bibliografia després dels articles (a partir de 1995), la publicació de correccions d'errades, formularis per a noves altes de subscriptors o canvis d'adreça, i la incorporació d'un rectangle al principi de cada BEC amb el títol dels articles (a partir de 1997).

Etapa actual

Va des de 1998 fins a l'actualitat.

Aquesta etapa va començar amb la possibilitat de consultar els BEC per Internet al lloc web del Departament (<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/publicacions/spbec.htm>), a partir de novembre de 1998.

Es va tornar a produir un canvi de format i de color (es va passar al blau), per tal d'oferir una imatge més moderna i atractiva.

Quant a l'estructura, durant tota l'etapa s'ha mantingut la publicació d'un BEC per mes, més 4 números extraordinaris a l'any (un per trimestre).

A partir del número d'octubre de 2002, els BEC s'editen sense grapar.

Pel que fa al contingut, es va diversificar i es va intentar que el BEC pogués ser una eina de reacció davant de temes d'actualitat, tot i tenint en compte el retard de calendari que hi ha des que es produeix la notícia fins que pot sortir publicat l'article. A més van haver-hi canvis més de fons, per exemple un recull de novetats editorials a la darrera plana, o la publicació de notícies curtes.

La principal novetat va ser, però, la creació d'un equip de redacció format per experts de les direccions generals de Salut Pública i de Recursos Sanitaris, per promoure i revisar la qualitat del contingut.

També es va acceptar la possibilitat que alguns articles no sistemàtics fossin signats amb el nom de l'autor, i que no aparegués només la unitat o servei al qual pertany.

Característiques del contingut

A la Figura 1 es classifica el contingut dels articles dels 25 anys de BEC en 18 temes.

Figura 1
Contingut del BEC segons els temes dels articles, període 1980-2004

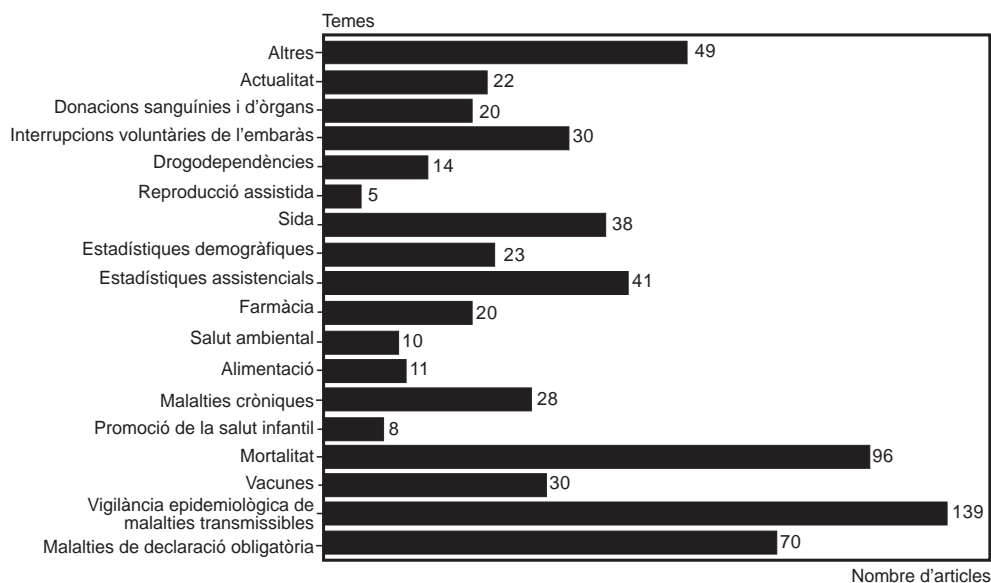
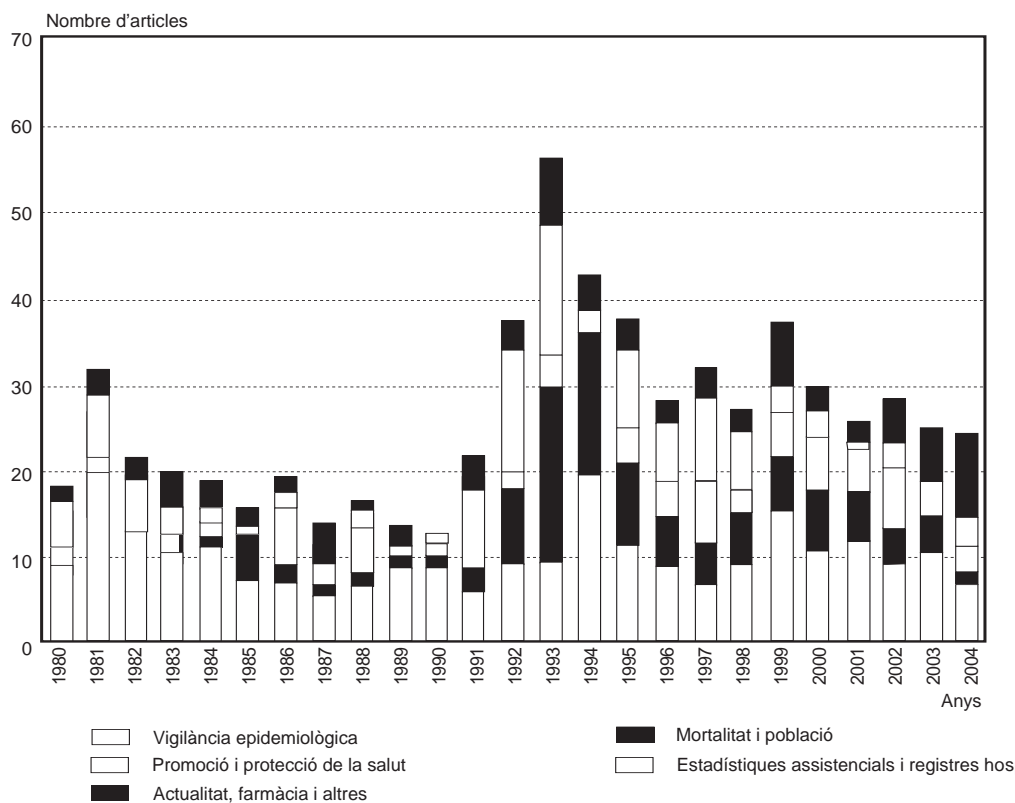


Figura 2
Distribució anual dels articles del BEC per grups temàtics, 1980-2004



* Informe elaborat per Puri Molina, Alfred Gibert, Anna Puigdefàbregas i Rosa Gispert, del Servei d'Informació i Estudis de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut.

En aquesta distribució no s'han tingut en compte les taules de les malalties de declaració obligatòria publicades sistemàticament (un total de 794 taules), ni tampoc les taules de mortalitat amb dades provisionals (un total de 61), publicades de manera sistemàtica entre els anys 1991 i 2000. Quant al volum d'articles, els temes més representats són la vigilància epidemiològica de malalties transmissibles, la mortalitat i les malalties de declaració obligatòria, ja sigui perquè estan presents des dels inicis de la publicació del BEC o perquè es nodreixen de dades periòdicament, fet que afavoreix la producció i diversitat d'articles.

A la Figura 2 es representa la distribució per temes dels BEC de cada any. Durant la primera etapa del BEC (1980-1990) s'observa a la gràfica una base estable formada per articles de vigilància epidemiològica, i poca variació temàtica. A partir de 1990 hi ha una tendència a la diversificació temàtica, es consoliden les seccions de vigilància epidemiològica i mortalitat, i s'observa una tendència a augmentar el nombre d'articles. Cal destacar l'elevat nombre d'articles (58) que es van publicar l'any 1993, ja que aquest any el BEC es va publicar amb periodicitat quinzenal.

Evolució de les malalties immunoprevenibles. Catalunya, 1983-2003*

Les vacunes són una de les intervencions sanitàries més efectives. La introducció de les immunitzacions sistemàtiques en els països desenvolupats ha permès, en alguns casos, reduir la incidència de malalties infeccioses que abans de disposar de vacuna ocasionaven una morbiditat i mortalitat elevades, i en d'altres, l'eradicació de la malaltia, com ha estat el cas de la verola, que l'any 1977 va ser eradicada del món.

A més de la verola, altres malalties també són potencialment eradicables, ja que compleixen els criteris biològics per poder-ho aconseguir. Aquest és el cas de malalties com la poliomièlitis, el xarampió, la rubèola, la parotiditis, la diftèria, l'hepatitis A, l'hepatitis B, la malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* tipus b o la malaltia meningocòccica per serogrup C⁽¹⁾.

En el calendari vacunal actualment vigent a Catalunya, a part de totes aquestes malalties, s'hi inclou també la vacunació contra el tètanus i la tos ferina.

A Catalunya, les malalties immunoprevenibles estan subjectes a vigilància i són malalties de declaració obligatòria (MDO). L'anàlisi de les notificacions que els professionals sanitaris realitzen a aquest sistema permet descriure'n l'evolució al llarg del temps i conèixer la tendència mostrada per cada una.

Les figures 1 a 8 mostren l'evolució de la

morbiditat declarada de les malalties immunoprevenibles. Pel que fa a la poliomièlitis i a la diftèria, des de l'any 1983 no s'ha declarat cap cas⁽²⁾.

A continuació es comenta l'evolució d'aquestes malalties, tot utilitzant les dades que han estat publicades en els resums anuals de les malalties de declaració obligatòria i altres articles del BEC.

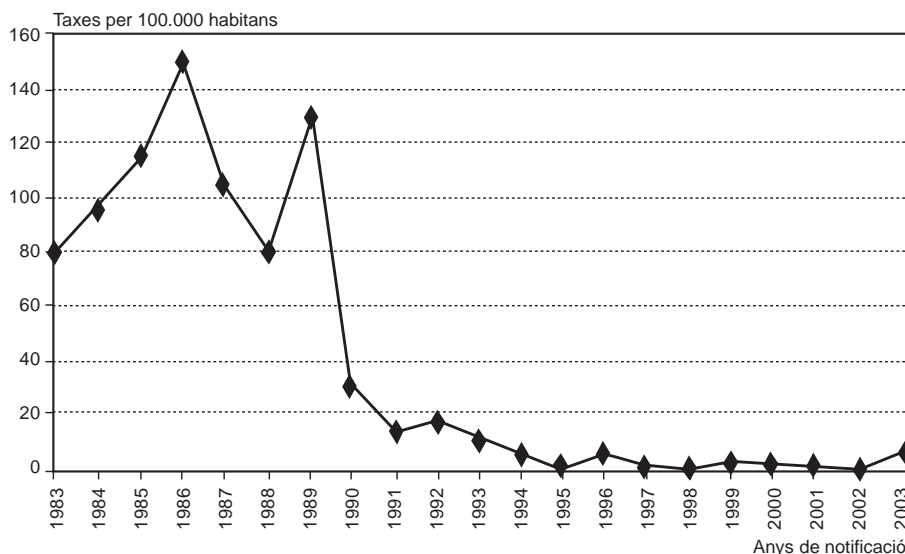
Tos ferina

En el calendari actualment vigent a Catalunya s'estableix la vacunació en tres dosis de DTPw/DTPa als nens de 2, 4 i 6 mesos, i dues dosis més als nens de 18 mesos i de 4 a 6 anys d'edat.

Aquesta malaltia es va començar a notificar al sistema MDO l'any 1981, de manera numèrica. A la Figura 1 s'observen pics que correspondrien a les epidèmies interanuals.

Fins a l'any 1989 es declarava amb el terme *catarro*, però aquesta denominació va comportar que molts metges pensessin que s'havien de declarar tot tipus de processos de vies respiratòries altes, i per aquest motiu, l'any 1990, la rúbrica va passar a dir-se *tos ferina*. Coincidint amb el canvi de nom s'observà un descens molt important de la incidència. L'altre descens important correspon a l'any 1997, quan aquesta malaltia es va incorporar al llistat

Figura 1
Morbidity declarada al sistema MDO per tos ferina.
Catalunya, 1983-2003



de malalties de declaració individualitzada.

Des de l'any 1997, en què la malaltia es declara individualment, s'observa certa estabilitat en les taxes d'incidència, fins a l'any 2002, i un increment l'any 2003. L'augment de la incidència observada l'any 2003 (3,9 per 100.000 habitants) ha estat força important, ja que ha significat un increment de 4 a 10 vegades sobre la taxa enregistrada en els darrers 6 anys. A aquest fet ha contribuït la vigilància realitzada durant el període de maig de 2003 a abril de 2004, en el context d'un Programa pilot per a la vigilància de la malaltia.

La vigilància de la tos ferina planteja alguns problemes derivats de la dificultat per fer-ne la confirmació analítica dels casos i de la subnotificació que es produeix, sobretot com a conseqüència del fet que en els adolescents i en els adults la malaltia sol cursar de forma subclínica. Això fa que, en passar desapercebuda, no sigui diagnosticada pel clínic i, per tant, tampoc declarada.

Les taxes d'incidència de tos ferina assolides tant a Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol comparades amb les enregistrades en altres països europeus es situen entre les més baixes del continent, ja que estan per sota de 5 per 100.000 habitants, juntament amb altres països com Anglaterra, País de Gal·les o Portugal. Ateses les dificultats diagnòstiques i la subnotificació, és difícil fer una valoració d'aquesta dada.

Tal com es recull a la distribució per grups

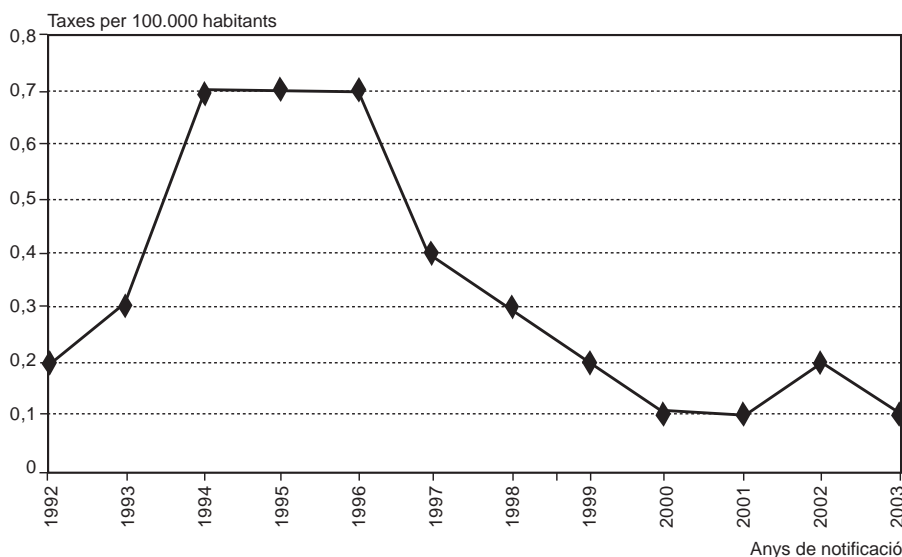
d'edat en els BEC del resum anual de les malalties de declaració obligatòria^(3,4), abans de la inclusió de la cinquena dosi en el calendari vacunal, les taxes d'incidència en el grup de 5 a 9 anys eren més altes que les enregistrades en el grup de 10 a 14 anys. L'any 2003, però, s'ha produït un canvi de tendència, i la taxa d'incidència en el grup de 10-14 anys ha superat la del grup d'edat de 5 a 9 anys (17,2 versus 13,1 per 100.000 habitants). El fet que fins a l'any 1999 no s'introduís la cinquena dosi de DTP als 4-6 anys explica l'augment de la incidència de la tos ferina en els majors de 9 anys, ja que la immunitat que van rebre als 18 mesos ja ha desaparegut.

Pel que fa a la distribució dels casos, segons el sexe, la malaltia ha estat més freqüent en el sexe femení que en el masculí, amb una raó dona/home d'1,9; aquesta troballa coincideix amb la dels països europeus del nostre entorn.

Malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* tipus b

La malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* tipus b es va incorporar al llistat de les MDO l'any 1992 i ho va fer en la categoria de malalties de declaració individualitzada i urgent. El fet que es tractés d'una malaltia per a la qual es disposava d'una vacuna d'eficàcia elevada enfront del serotip més freqüent (serotip b), juntament amb la possibilitat d'aplicar mesures de prevenció (quimioprofilaxi) en els contactes de risc dels casos i l'interès de conèixer la incidència que tenia a casa nostra van ser els princi-

Figura 2
Morbidity declarada al sistema MDO per malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae* tipus b. Catalunya, 1992-2003



pals factors determinants de la seva inclusió entre les malalties objecte de vigilància epidemiològica a Catalunya.

Des de l'any 1992 fins a l'any 1995 es notificaven tots els casos de malaltia invasiva per *Haemophilus influenzae*, independentment del serotip implicat, ja que la rúbrica no estava acotada al serotip b. L'any 1996 es va acotar la notificació al serotip b, ja que feia dos anys que a les farmàcies es podia aconseguir la vacuna contra la malaltia causada per aquest serotip i era important conèixer-ne l'impacte abans de decidir-ne la inclusió en el calendari de vacunacions sistemàtiques de la Generalitat de Catalunya.

En poblacions no vacunades, la majoria dels casos es concentren en els menors de 5 anys. La taxa d'incidència en aquest grup d'edat, l'any 1992, va ser de 4,9 per 100.000 habitants. Aquesta taxa va augmentar els anys següents fins arribar a 11,9 per 100.000 habitants l'any 1995. Des de l'any 1997 la tendència de la malaltia ha estat de disminució, i ha arribat l'any 2003 a presentar una taxa de 0,7 per 100.000 habitants⁽³⁻⁹⁾.

En la població general l'evolució de les taxes d'incidència d'aquesta malaltia també ha estat d'augment durant els anys 1992 a 1994, amb una estabilització posterior de les taxes durant els anys 1995 a 1997. A partir d'aquest any la tendència ha estat de disminució de la incidència i l'any 2003 ha presentat una taxa de 0,1 per 100.000 habitants (Figura 2).

El sistema MDO ha mostrat, doncs, una ten-

dència de disminució de la incidència al llarg dels anys, i aquesta disminució s'ha produït tant en els menors de 5 anys com en la resta d'edats⁽³⁻⁹⁾.

Hepatitis A

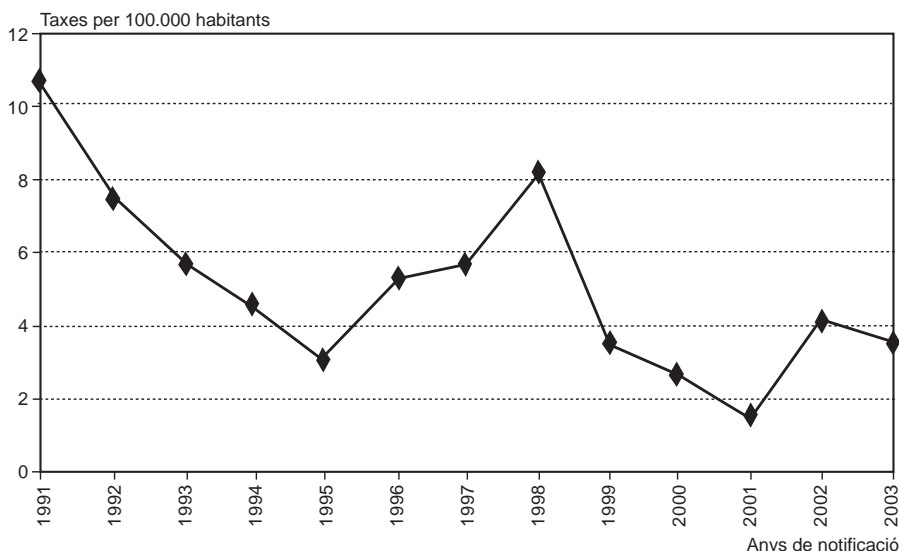
A Catalunya, les hepatitis formen part del llistat de les MDO des de l'any 1982. Des d'aquest any fins a l'any 1989 es notificaven totes les hepatitis sota una mateixa rúbrica "hepatitis víriques". L'any 1990 la notificació dels casos d'hepatitis víriques es va desglossar en tres entitats: hepatitis A, hepatitis B i "altres hepatitis víriques", i és a partir de l'any 1991 que es disposa d'informació específica d'hepatitis A.

A la Figura 3 s'observa l'evolució de la malaltia al llarg dels anys. L'any 1991 la taxa d'incidència que es va enregistrar va ser de 10,6 per 100.000 habitants, mentre que l'any 2003 va ser de 3,6 per 100.000 habitants; per tant, la tendència d'aquesta malaltia al llarg dels anys també ha estat de disminució de la incidència. L'existència d'un pic epidèmic l'any 1998 va ser conseqüència d'un brot per ingesta de marisc provenint d'unes partides infectades per aquest virus que es va distribuir a Catalunya.

L'any 1998 es va introduir un programa pilot de vacunació dels preadolescents a Catalunya en el qual es va utilitzar la vacuna combinada d'hepatitis A + hepatitis B.

Tal com es mostra als BEC corresponents als resums anuals de les malalties de declaració obligatòria, les taxes d'inciden-

Figura 3
Morbiditat declarada al sistema MDO per hepatitis A. Catalunya 1991-2003



cia en el grup de 10 a 14 anys han disminuït considerablement a partir de l'any 2000⁽⁶⁻⁹⁾ (2,9 per 100.000 habitants, en el període 2000-2003 versus 9,6 per 100.000 habitants en el mateix grup d'edat, en el període 1994-1997). Aquesta disminució de les taxes d'incidència reflecteix l'impacte del programa de vacunació que es va iniciar l'any 1998 en els preadolescents.

En tractar-se d'una malaltia que té un mecanisme de transmissió fecal-oral, el comportament de l'hepatitis A es veu afectat per les condicions higièniques i socioeconòmiques del país on es presenta. En els països desenvolupats el virus circula menys entre la població; per tant, hi ha menys probabilitats de posar-s'hi en contacte i emmalaltir. La conseqüència és que en aquests països es pot retardar l'edat de contraure la malaltia, i se'n produeixen casos després de la infància. En canvi, en els països en vies de desenvolupament, la malaltia és molt més freqüent en la infància, ja que hi ha més probabilitat d'entrar en contacte amb el virus en edats més joves.

Catalunya presenta un patró d'incidència propi dels països desenvolupats. Les taxes assolides en els adults joves (20-39 anys) reflecteixen el retard en l'edat de contraure la malaltia⁽³⁻⁹⁾.

El fenomen de la immigració a Catalunya ha impactat en les característiques de presentació de la malaltia en els darrers anys. Això ha quedat reflectit en la diferent proporció de casos en autòctons i importats, en els diferents grups d'edat. Així, pel que fa als menors de 10 anys, un 78% dels casos

reportats s'han produït en immigrants, mentre que en la resta d'edats, només un 25% de casos han estat en aquest col·lectiu. Un percentatge elevat de casos d'hepatitis A importats en menors de 10 anys han presentat com a antecedent epidemiològic la visita al seu país d'origen, sense haver estat vacunats prèviament.

Xarampió

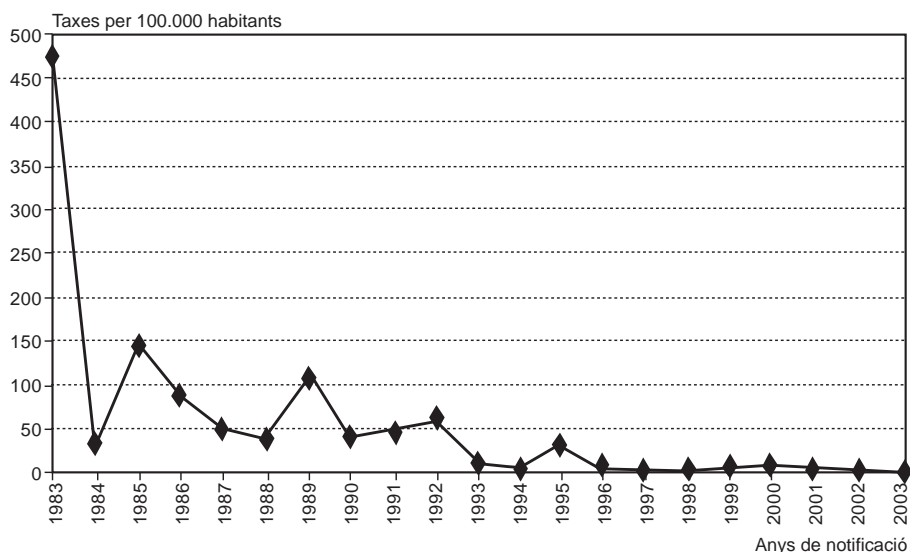
A Catalunya, el xarampió és una MDO numèrica des de l'any 1981. Atès que al llarg dels anys es va produir una disminució considerable de la incidència, a mitjan anys 90 ja es donaven les condicions per poder plantejar-se l'eliminació de la malaltia a casa nostra. L'any 1997 el xarampió va passar a pertànyer a la categoria de les malalties de declaració individualitzada, per tal de poder plantejar-se'n el control.

Les dades de morbiditat declarada al sistema MDO mostren una clara disminució de la incidència d'aquesta malaltia, ja que va passar d'una taxa de 470 per 100.000 habitants l'any 1983⁽¹⁾ a una taxa de 0,1 per 100.000 habitants l'any 2003⁽⁹⁾ (Figura 4).

El reservori del virus del xarampió és exclusivament humà i es disposa d'una vacuna viva atenuada que té una eficàcia protectora provada (95%-100%), capaç d'interrompre la transmissió i aconseguir l'eliminació del virus salvatge si s'obtenen cobertures vacunals elevades (85%-97%, segons uns models matemàtics, o 92%, segons altres).

En alguns països, com per exemple a

Figura 4
Morbiditat declarada al sistema MDO per xarampió.
Catalunya 1983-2003



Finlàndia, es va plantejar que, amb l'estratègia de vacunació amb dues dosis i amb cobertures elevades, es podia eliminar la malaltia.

A Catalunya, a finals de l'any 1998 es va posar en funcionament el Programa d'eliminació del xarampió autòcton a Catalunya per a l'any 2000. La seva implementació ha aconseguit interrompre la circulació del virus del xarampió autòcton en el nostre territori⁽¹⁰⁾.

Les dades de l'enquesta de seroprevalença realitzada a Catalunya l'any 1996 van mostrar que en els menors de 10 anys existia un cert buit immunitari, i es trobà que en aquesta franja d'edat hi havia un 5% de nens susceptibles.

Per aquest motiu, es va decidir avançar la segona dosi de vacuna triple vírica (TV) als 4 anys d'edat (estratègia escandinava) en comptes dels 11 anys, com s'havia fet fins aleshores.

A més de la decisió d'avançar la segona dosi, les activitats emmarcades en el Programa van ser les següents:

- Vacunació accelerada dels nens que en el moment de posar-se en funcionament el Programa d'eliminació tenien entre 5 i 9 anys amb l'administració d'una segona dosi de TV.
- Declaració del xarampió com a malaltia de declaració urgent en comptes d'individualitzada, per tal d'asegurar l'eficàcia

de les activitats de control sobre els contactes.

- Actuació davant la sospita d'un sol cas de malaltia, mitjançant la vacunació de tots els contactes de risc (vacunació amb TV).
- Confirmació analítica de tots els casos notificats, amb demostració d'IgM (+).

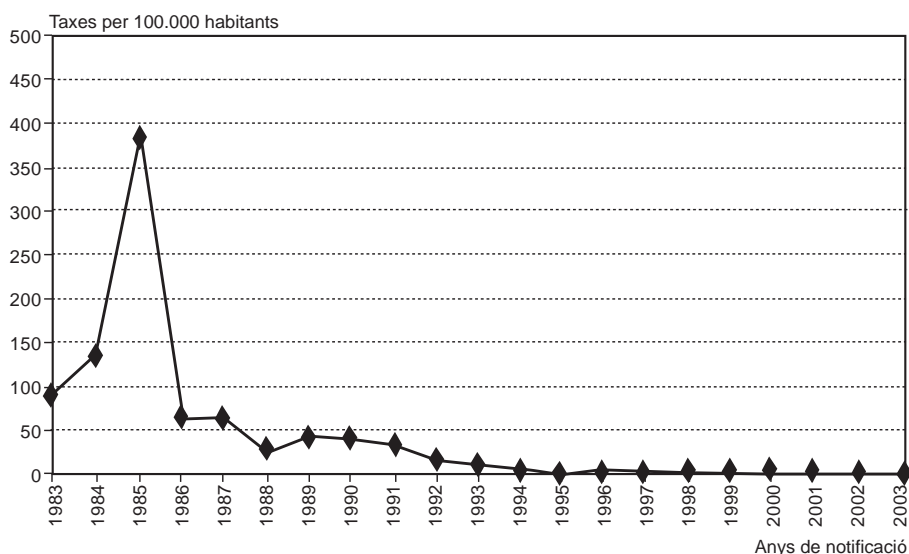
Durant el període de novembre de 1998 a desembre de 2003 s'han notificat un total de 151 casos sospitosos, dels quals 51 (33,8%) han estat confirmats.

La distribució per grups d'edat dels casos confirmats al llarg del Programa (novembre de 1998 - desembre de 2004) ha estat: 12 casos en menors de 15 mesos, 6 casos en el grup de 15 mesos a 4 anys; 7 casos en el grup de 5 a 9 anys, 12 casos en el grup de 10 a 19 anys, 21 en el grup de 20 a 29 anys i 6 casos en el grup d'edat de 30 a 39 anys. Per sexes, 33 han estat homes i 31 dones.

La distribució dels casos confirmats segons la classificació en autòctons o importats al llarg del Programa ha estat la següent: un 51% dels casos van ser autòctons versus un 49% que van ser etiquetats d'importats.

Pel que fa a la distribució dels casos importats confirmats, segons els països d'origen, han estat: 14 magrebins, 1 filipí, 2 romanesos, 1 alemany, 2 russes, 1 italiana, 2 pakistanesos i 2 catalans que van fer un viatge a Bali.

Figura 5
Morbidity declarada al sistema MDO per rubèola.
Catalunya, 1983-2003



El darrer cas autòcton de xarampió es va notificar el mes de juliol de l'any 2000. Va ser un home de 24 anys no vacunat. Aquest cas no va seguir la cadena de transmissió i, per tant, no es van produir casos secundaris. Pel que fa al darrer brot autòcton, es va produir el mes de juliol de l'any 1999. Es van comptabilitzar 11 casos de xarampió entre els membres d'una mateixa família (edats entre 5 i 24 anys) que eren detractors de vacuna.

Rubèola

A Catalunya, la rubèola és una MDO de declaració numèrica des de l'any 1981. L'any 1997 es va decidir passar aquesta malaltia a la categoria de notificació individualitzada. Aquesta decisió, com en el cas del xarampió, es fonamentava en el fet de la baixa taxa d'incidència que tenia en el nostre territori i a la factibilitat de poder-se plantejar un control eficaç sobre la malaltia.

El Programa d'eliminació dels casos autòctons de xarampió a Catalunya per a l'any 2000, amb la política d'avançament de la segona dosi de vacuna triple vírica als 4 anys d'edat, va afavorir indirectament la possibilitat de poder eliminar la rubèola del nostre territori. Amb aquesta finalitat, l'any 2002, es va endegar el Programa per a l'eliminació de la rubèola autòctona a Catalunya per a l'any 2005.

Quan es va introduir la vacuna triple vírica el 1981 en el calendari de vacunacions sistemàtiques a Catalunya, es va experimentar una ràpida davallada de casos de rubèola, però en els anys successius es va observar

un increment, probablement degut a una cobertura vacunal subòptima. La introducció l'any 1988 de la segona dosi de TV als 11 anys d'edat va augmentar la cobertura de la població i va fer que el descens fos més constant.

A la Figura 5 es mostra la morbiditat declarada de rubèola postnatal des de l'any 1983.

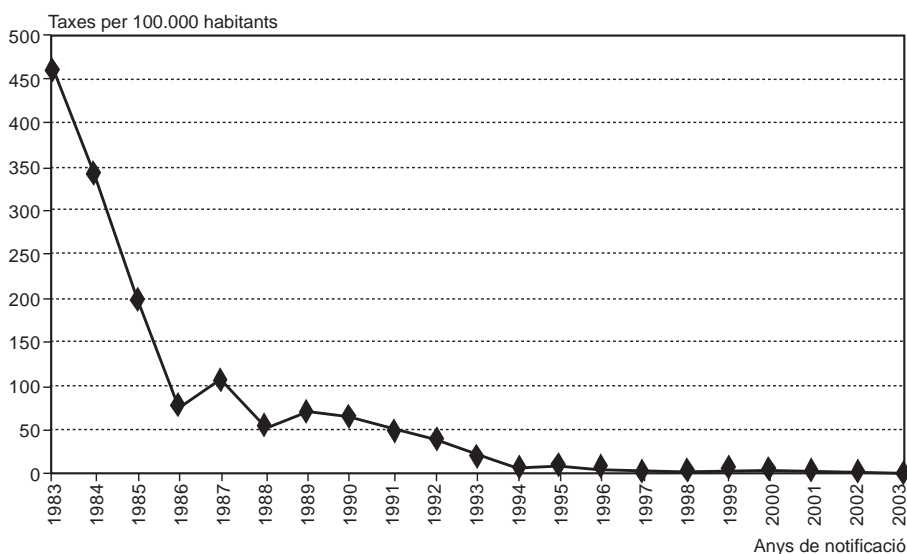
En els BEC dels resums anuals de les malalties de declaració obligatòria⁽³⁻⁷⁾ es mostra que en els darrers anys la concentració més gran de casos es produeix en els homes de 20 a 29 anys. Això ha estat com a conseqüència de la vacunació selectiva que s'ha estat fent a les nenes d'11 anys amb vacuna antirubèola simple des de l'any 1978; deu anys més tard es va substituir aquesta vacunació per una segona dosi de vacuna triple vírica que s'administrarà a nens i nenes indistintament.

Les estratègies per aconseguir l'eliminació de la rubèola a Catalunya per a l'any 2005 són:

- Manteniment dels nivells elevats d'immunització.
- Vigilància i notificació de la rubèola i de la rubèola congènita.
- Mesures de control immediates i apropiades davant d'un cas o un brot epidèmic.

Els resultats de la vigilància de la rubèola des del mes de maig de 2002 fins al mes de juliol de 2004 han estat els següents: s'han notificat un total de 38 casos sospitosos, dels quals 12 (26,3%) s'han confirmat.

Figura 6
Morbiditat declarada al sistema MDO per parotiditis.
Catalunya, 1983-2003



L'estudi dels casos ha mostrat que 10 (83%) han estat casos importats i 2 autòctons (17%). Els casos importats s'han produït en 5 equatorians, 2 magrebins, 1 romanès, 1 australià i un contacte amb estrangers.

El darrer cas autòcton confirmat de rubèola es va notificar el mes d'octubre de l'any 2004; era una dona de 21 anys no vacunada i no es va continuar la cadena de transmissió. Pel que fa als brots, el darrer autòcton es va produir l'abril de 1997: es van comptabilitzar 4 casos entre el grup d'amics menors de 20 anys que no estaven vacunats.

Pel que fa als casos de rubèola congènita, des de l'any 1991 fins a l'any 2003 no s'ha notificat cap cas i, des que es va iniciar el Programa d'eliminació d'aquesta malaltia, s'ha detectat un cas l'any 2004⁽¹⁾. Va tractar-se d'un nadó nascut l'1 de desembre de 2003 de mare espanyola (29 anys) i pare marroquí. La gestació es va controlar al Marroc i durant el primer trimestre de l'embaràs la mare va presentar un episodi d'exantema febril. El cas es va confirmar analíticament (IgM +).

Parotiditis

La Figura 6 mostra l'evolució descendent de la incidència de la parotiditis al llarg dels anys; l'any 1983 va enregistrar-se una taxa de 456,6 per 100.000 habitants versus una d'1,3 l'any 2003. Al contrari que en altres malalties, en el cas de la parotiditis el sistema MDO no ha detectat els pics epidèmics interanuals, a excepció del pic que s'observa l'any 1987. El fet que una tercera part

dels casos cursa de manera gairebé asimptomàtica pot explicar en part la dificultat per captar els pics epidèmics periòdics.

Pel que fa al comportament de la malaltia en els diferents grups d'edat, tal com s'observa en els BEC dels resums anuals de les malalties de declaració obligatòria, el 17,8% dels casos notificats durant el període 2000-2003 es van concentrar en els menors de 5 anys. Durant el període 1996-1999 el percentatge, en aquest grup d'edat, va ser de 33,5%. L'avançament de la segona dosi de triple vírica als 4 anys, en comptes dels 11, com a conseqüència del Programa d'eliminació del xarampió, ha contribuït a una disminució significativa del nombre de casos en aquest grup d'edat.

Encara que es notifiquen casos en totes les estacions de l'any, s'observa un cert predomini durant els mesos de maig a juliol, ja que el 29% dels casos notificats ho han estat en aquests mesos.

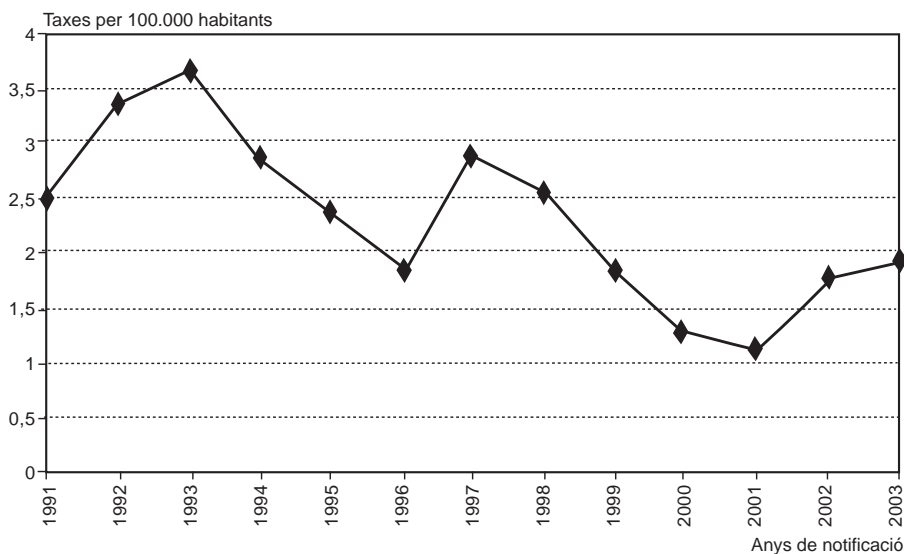
La raó home/dona en el període 1997-2003 ha estat d'1,4.

Poliomielitis

La poliomièlitis és una de les malalties eliminades en algunes zones del món, i properament potser també serà eradicada. A Catalunya, l'any 1983 va ser el darrer en què s'hi van notificar casos de poliomièlitis⁽¹⁾.

A Europa es va obtenir el Certificat d'eradicació de la poliomièlitis l'any 2002⁽¹²⁾, després que als països membres de la

Figura 7
Morbidity declarada al sistema MDO per hepatitis B.
Catalunya, 1991-2003



Regió Europea de l'OMS s'hagués fet vigilància intensiva de la paràlisi flàccida aguda (PFA) en els menors de 15 anys, per detectar els pacients amb aquesta patologia i investigar-los, per tal de descartar poliomielitis mitjançant la presa d'una mostra de femta del cas i dels contactes de risc, i analitzar-les microbiològicament, per tal de descartar l'aïllament de poliovirus. En cas que s'aïllés poliovirus, calia identificar el genotip per poder diferenciar si es tractava d'un poliovirus salvatge o vacunal.

La vigilància de les PFA a Catalunya no ha detectat cap cas de poliomielitis per virus vacunal, així com tampoc per virus salvatge.

Hepatitis B

La Figura 7 mostra l'evolució de l'hepatitis B des de l'any 1991, primer any del qual es disposa de dades desglossades d'aquesta malaltia a través del sistema de malalties de declaració obligatòria, fins a l'any 2003. Com es pot observar, la tendència ha estat de lleuger descens de la incidència, i s'ha passat d'una taxa de 2,5 per 100.000 habitants l'any 1991 a una d'1,9 l'any 2003. El fet de no disposar de dades desglossades anteriors a l'any en què es va començar a vacunar universalment (any 1991) fa que no s'apreciï suficientment l'impacte que va tenir aquesta intervenció.

Catalunya va ser la primera comunitat autònoma de l'Estat espanyol que va introduir en el calendari de vacunacions sistemàtiques la vacunació universal enfront de l'hepatitis B als nens d'11 anys, l'any 1991.

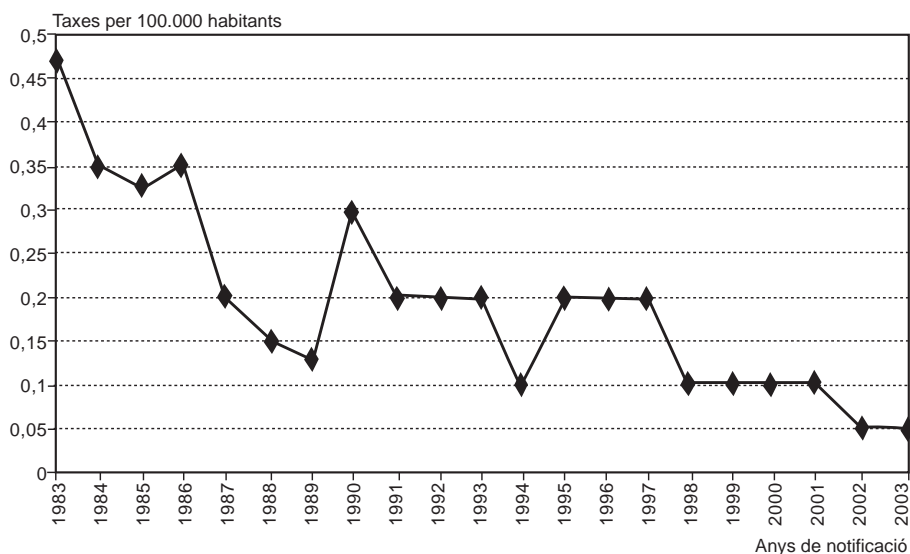
Posteriorment, l'any 1998, es va canviar l'hepatitis B per la vacuna combinada d'hepatitis A + hepatitis B.

Tanmateix, ja des de l'any 1984 s'havia posat en marxa un Programa de vacunació selectiva per als grups de risc, que es va desenvolupar en dues etapes, una primera en què la vacunació es va centrar en els grups de risc considerats prioritaris a Catalunya (personal sanitari, hemodialitzats, hemofílics i fills de mares HbsAg) i una segona etapa (1988) en què es van incorporar altres grups de risc (deficients mentals interns en institucions, cònjuges de portadors crònics d'HbsAg, UDVP, homes homosexuals i interns de presons).

Els canvis en la distribució per edat dels casos reflecteixen la política vacunal enfront d'aquesta malaltia que s'ha seguit a Catalunya. Com es pot veure en els BEC corresponents als resums anuals de les malalties de declaració obligatòria, l'evolució dels casos en els grups d'edat de 15 a 19 anys, i en els adults joves (20 a 39 anys d'edat) ha estat descendent al llarg dels anys⁽³⁻⁹⁾. L'increment del nombre de casos declarats durant els anys 2001 i 2002^(7,8), en nens menors de 9 anys, fruit dels canvis socials i d'immigració que ha sofert Catalunya darrerament, van portar, l'any 2002, a indicar la vacunació enfront de l'hepatitis B als 2, 4 i 6 mesos. L'any 2003 no s'ha declarat cap cas d'hepatitis B en menors de 9 anys⁽⁹⁾.

L'anàlisi dels casos notificats ha mostrat que la malaltia és més freqüent en els

Figura 8
Morbidity declarada al sistema MDO per tètanus.
Catalunya, 1983-2003



homes que en les dones amb una raó home/dona de 2,6.

Tètanus

El tètanus també ha presentat una tendència de disminució de la incidència al llarg dels darrers 20 anys. L'any 1983 va presentar una taxa de 0,47 per 100.000 habitants, enfront de 0,05 per 100.000 habitants, l'any 2003 (Figura 8). Les elevades cobertures vacunals aconseguides a la població han contribuït al descens de la malaltia i a mantenir-la amb taxes d'incidència baixes al llarg dels anys.

En el calendari de vacunacions sistemàti-

ques de Catalunya, actualment vigent, s'administra la vacuna DTPa als 2, 4, 6 i 18 mesos d'edat i la Td (antitetànica i antidiftèrica de tipus adult) als 14-16 i cada 10 anys.

Un 73,3% dels casos s'han concentrat en persones més grans de 60 anys en el període 1998-2003⁽⁴⁻⁹⁾; aquest fet està relacionat amb algunes mancances en la revacunació dels adults. Pel que fa a la distribució dels casos segons el sexe, en el període 1998-2003 el 50% dels casos han estat homes i el 50% dones.

En els darrers 8 anys no s'ha notificat cap cas de tètanus neonatal.

* Informe elaborat per Glòria Carmona, Manuel Oviedo i Àngela Domínguez del Servei de Vigilància Epidemiològica de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut.

1. L. Salleras, A. Domínguez, A. Cueto. Eliminación-erradicación de enfermedades transmisibles prevenibles por vacunas. A: Salleras L, editor. *Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones*. 2a ed, Masson 2003: 965-967.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Notificació de les malalties de declaració obligatòria l'any 1983. *BEC* 1984; V (1): 1-4.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria a Catalunya durant l'any 1997. *BEC* 1998; XIX (Extraordinari 4t trimestre): 175-182.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1998. *BEC* 1999; XX (Extraordinari 2n trimestre): 126-133.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1999. *BEC* 2000; XXI (9): 125-133.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 2000. *BEC* 2001; XXII (9): 125-133.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 2001. *BEC* 2002; XXIII (9): 121-130.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 2002. *BEC* 2003; XXIV (10): 145-153.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 2003. *BEC* 2004; XXV (Extraordinari 4t trimestre): 177-185.
10. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Situació del xarampió a Catalunya. Actualització. *BEC* 2003; XXIV (2): 9-11.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Vigilància de la rubèola postnatal i congènita a Catalunya, maig del 2002 - maig del 2004. *BEC* 2004; XXIV (8): 93-97.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La Regió Europea de l'OMS és declarada lliure de poliomielitis. Estratègies per a l'eradicació global. *BEC* 2002; XXIII (Extraordinari 4t trimestre): 191-194.

