Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010

Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut

2a part

Per accedir a la pàgina web cliqueu a l'adreça següent:
www.gencat.cat/salut/pladesalut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ÍNDEX

I. PRESENTACIÓ 4

II. INTRODUCCIÓ 7

III. EIX 1) EL COMPROMÍS INTERSECTORIAL EN LA SALUT 11

L'atenció a les persones amb problemes de salut que comporten dependència 13
L'atenció a la població nouvinguda 15
Les accions contra la violència vers les dones, els infants i la gent gran 18
Les intervencions per a la salut en entorns urbans fràgils 21
Les lesions no intencionades 24
La salut laboral 29

IV. EIX 2) LES ACCIONS COMUNITÀRIES PER A LA SALUT 32

El medi ambient 34
La seguretat alimentària 40
El consum de tabac 44
L'activitat física 48
L'alimentació 52

V. EIX 3) L'ATENCIÓ SANITÀRIA, SOCIOSANITÀRIA I DE SALUT PÚBLICA ORIENTADA A LES NECESSITATS DE SALUT 56

Els serveis orientats a les necessitats 58

La salut maternoinfantil i l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva 60
La salut bucodental 66

LES MALALTIES TRANSMISSIBLES 70
Les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions 70
Les infeccions de transmissió sexual (ITS) 75
Les infeccions pel virus d'immunodeficiència humana i la sida 79
La tuberculosi 84

LES MALALTIES CRÒNIQUES 87
El càncer 87
Les malalties de l'aparell circulatori 92
La diabetis mellitus 95
L'obesitat 99
Les malalties de l'aparell respiratori 103
Les malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor 107
Les malalties neurològiques cròniques que cursen amb discapacitat (MND) 110
El deteriorament cognitiu lleuger i les demències 113

La salut mental i les addiccions 116

L'envelliment saludable *124*
L'atenció al final de la vida *127*

La seguretat dels pacients *130*
Les infeccions nosocomials *133*
L'ús adequat dels medicaments *137*
Els trasplantaments i la donació d'òrgans i teixits *141*

VI. EIX 4) ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT 144

Els professionals de la salut *146*

VII. EIX 5) EL PAPER DE LA CIUTADANIA 150

Els governs territorials de salut (GTS): la descentralització del sistema sanitari català *152*
La participació ciutadana i dels pacients en la salut i el sistema sanitari *155*

PROFESSIONALS I INSTITUCIONS QUE HAN PARTICIPAT EN L'ELABORACIÓ DEL PLA DE SALUT DE CATALUNYA A L'HORITZÓ 2010 160

I. Presentació

El Pla de salut a l'horitzó 2010 incorpora, en relació amb les edicions anteriors, canvis substancials quant a l'enfocament, el contingut i la forma. A més, cal situar-lo en un context de transformació molt destacable, tant en el mateix entorn sanitari, amb una nova organització territorial i nous instruments de planificació, com en l'entorn polític i social.

A Catalunya, la població creix, envelleix i és més diversa. Els catalans i les catalanes cada cop vivim més anys i ens sentim millor, i els indicadors de salut i qualitat de vida, en general, són bons. L'evolució dels indicadors relacionats amb problemes importants –com ara el càncer, les malalties cardiovasculars o els accidents– presenta una tendència favorable. No obstant això, no s'observen uns resultats tan bons en aspectes com el sedentarisme, l'alimentació o el consum de tabac, alcohol i altres drogues. Així mateix, les malalties cròniques i les discapacitats són molt presents a la nostra societat. D'altra banda, les necessitats assistencials són cobertes per uns serveis de qualitat que generen confiança en la ciutadania, però en els quals hi ha aspectes –molt valorats per la població– que són susceptibles de millora.

El nou Pla de salut s'estructura en dues parts. La primera, anomenada "Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut", conté l'anàlisi de situació i l'avaluació del període de planificació anterior. La segona part és el document que teniu a les vostres mans, els "5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut", que presenta les propostes estratègiques del Govern de la Generalitat en matèria de salut amb vista a l'any 2010, les quals es troben en la línia de les orientacions i directrius d'organismes i experts nacionals i internacionals.

Crec que és important remarcar que la planificació en l'àmbit de la salut ha anat adquirint una elevada complexitat, sobretot pel que fa a l'establiment apropiat dels objectius de salut i les estratègies per fer front als problemes. Això és conseqüència dels importants canvis sociodemogràfics, epidemiològics i tecnològics en què està immersa la societat actual.

Així, el Pla de salut que us oferim pretén ser una eina d'utilitat per desenvolupar accions intersectorials, orientades a assolir resultats en salut, amb polítiques de serveis integrades i amb una forta participació i compromís dels professionals i de la ciutadania; amb el repte

innovador, a més, de contribuir a la reducció de les desigualtats en salut per raó de gènere, de classe social o de territori.

Desitjo, doncs, que aquest document, que ha estat elaborat amb la implicació dels professionals, les institucions i els agents socials, sigui una eina molt valuosa i adequada per impulsar les accions adreçades a assolir la finalitat principal de l'activitat sanitària a Catalunya, que no és altra que la millora constant de la salut i la qualitat de vida de les persones.

II. Introducció

El Pla de salut, d'acord amb el que estableix el Pla de Govern 2007-2010,1 és l'agenda estratègica del Govern de la Generalitat de Catalunya pel que fa a la salut. Integra i dóna coherència a les polítiques de salut i serveis dels àmbits sanitaris i socials implicats en la salut, i afegeix una visió àmplia on els aspectes socioeconòmics i els determinants de la salut prenen tanta importància com les actuacions preventives i assistencials.

Catalunya va iniciar, ara fa quasi dues dècades, la planificació per objectius de l'àmbit de la salut, que es va plasmar en el *Document marc per a l'elaboració del Pla de salut*. L'elaboració d'aquest Pla i la seva aplicació i avaluació configuren un cicle que es renova periòdicament. L'experiència assolida durant les etapes anteriors i la seva avaluació han estat la base necessària per a l'elaboració del nou Pla de salut, el qual està en consonància amb les prioritats de govern a Catalunya, ja que incorpora els objectius formulats amb vista a l'any 2010, encara vigents, i té en compte les orientacions internacionals de política sanitària.

El Pla de Salut s'emmarca en un context de canvi molt destacable, tant en el mateix entorn sanitari, amb una nova organització territorial i uns nous instruments de planificació, com en l'entorn polític i social.

Així, a partir de l'any 2005 s'ha desplegat una nova organització territorial sanitària que ha conformat el territori català en set noves regions sanitàries: Alt Pirineu i Aran, Lleida, Girona, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i Barcelona. Posteriorment, s'ha regulat i desenvolupat la creació dels governs territorials de salut (GTS), que defineixen un nou model de governança que inclou els diferents actors responsables de la provisió dels serveis de salut i socials, els ciutadans i les entitats que els representen. L'objectiu dels GTS és reforçar l'adequació de les polítiques sanitàries i de l'oferta de serveis sanitaris i socials a les necessitats ciutadanes i a les peculiaritats de cada territori, a través de la col·laboració entre la Generalitat i els governs locals.

Un altre element innovador ha estat la posada en marxa de nous instruments de planificació sanitària, complementaris del Pla de salut, lligats a àmbits estratègics d'alta prioritat: el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública, els plans directors i els plans d'innovació i ordenació de serveis.

[1] www.gencat.cat/pladegovern/cat/index.htm

Les responsabilitats corresponents a l'àrea de la salut pública també es troben implicades en un profund procés de definició, ordenació i estructuració que ha de convergir en la futura Agència de Salut Pública de Catalunya, tot aprofitant l'experiència de les agències ja existents de Protecció de la Salut i de Seguretat Alimentària.

En aquest sentit, el nou Pla de salut adapta, a aquest entorn en procés de canvi el seu repte emblemàtic: la millora dels guanys en salut i qualitat de vida de la població catalana i la reducció de les desigualtats en salut per raó de gènere, territori i condició social.

El Pla de salut de Catalunya s'estructura en dues parts molt diferenciades:

La primera part del Pla de salut, titulada "Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut", presenta l'anàlisi de la situació actual i l'evolució recent de l'estat de salut de la població i dels serveis sanitaris a Catalunya, i el monitoratge dels objectius de salut fixats per a l'any 2010, amb l'ús d'indicadors consensuats, representatius de l'àmbit estudiat i comparables temporalment i territorialment, incloent al final una part metodològica.

La segona part, "Els 5 eixos estratègics que articulen les polítiques de salut", conté les línies estratègiques de l'agenda política en matèria de salut del Govern de la Generalitat de Catalunya i és l'expressió més global de la política sanitària. En relació amb cada factor de risc, problema de salut o situació específica es desenvolupen els apartats següents: justificació, efectivitat de les intervencions, objectius de salut per a l'any 2010, avaluació, proposta estratègica per a l'any 2010, indicadors lligats a l'estratègia, referències bibliogràfiques i altres enllaços.

El primer eix, "El compromís intersectorial en la salut", parteix de la premissa que, per tal de fer efectives determinades polítiques de salut, cal un abordatge intersectorial i que la millora de la salut només és possible si s'actua sobre aspectes relacionats amb el benestar i la qualitat de vida, com ara el treball, l'educació, l'habitatge o la cultura i, en general, sobre les condicions de vida de la població.

El segon eix, "Les accions comunitàries per a la salut", formula els objectius i les estratègies orientades a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, i a afavorir el

desenvolupament de les condicions, els entorns i les eines que afavoreixin les eleccions saludables per part de la població.

El tercer eix, "L'atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut", engloba bona part de les propostes dirigides a oferir serveis de salut de qualitat, tenint en compte aspectes com l'efectivitat, l'accessibilitat i l'equitat, amb bons resultats a un cost raonable i amb un alt grau de satisfacció per als professionals i la ciutadania.

A l'eix 4, "Els professionals de la salut", s'aborden estratègies orientades als professionals, els quals en un context de coneixements i recursos limitats tenen el difícil compromís d'actuar amb competència per garantir als pacients intervencions segures i de qualitat.

Finalment, el cinquè eix, "El paper de la ciutadania", presenta estratègies que han de permetre la seva participació i l'exercici dels seus drets i deures, tenint en compte l'adequació de les polítiques de salut a la realitat territorial i social, i les vies de participació dels diferents actors de sistema sanitari, especialment de la ciutadania.

L'elaboració del Pla de salut s'ha dut a terme de forma descentralitzada; així integra elements comuns a les regions sanitàries i especificitats dels diferents territoris (GTS). El contingut expressa les diferències i desigualtats identificades per gènere, condició social i territori. La selecció dels problemes de salut i les intervencions s'ha basat en la informació disponible sobre la magnitud i gravetat dels problemes i el potencial de millora derivat de la seva reducció mitjançant la posada en marxa d'intervencions i mesures efectives per afrontar-los. També s'han considerat criteris que la societat actual valora, com són la qualitat de vida i la seguretat davant els riscos per a la salut potencialment evitables, en què han participat professionals de la salut i d'altres sectors, i també pacients i ciutadans.

L'edició i difusió del nou Pla de salut de Catalunya s'ha previst en dos formats: l'edició impresa, que ara teniu a les mans, i el format en línia, on trobareu les referències i els enllaços amb els documents considerats de més interès i disponibles a Internet.

III. Eix 1) El compromís intersectorial en la salut

Eix 1) El compromís intersectorial en la salut

El manteniment i la millora de la salut només és possible si s'actua sobre els diferents aspectes estructurals relacionats amb el benestar i la qualitat de vida, com ara són el treball, l'educació, l'habitatge i l'urbanisme o la cultura i, en general, sobre les condicions materials de vida de la població. Per tal de fer efectives les polítiques de salut cal un abordatge multisectorial.

L'atenció a les persones amb problemes de salut que comporten dependència

Justificació

La dependència és l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, tenen necessitat de suport d'una a vàries persones o suport important per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seva autonomia personal.

En les darreres dècades s'observa un increment del nombre de persones que assoleixen edats avançades, tot i que en molts casos aquest guany de longevitat va acompanyat de discapacitats i trastorns crònics que comporten dependència. La proporció de persones que declaren tenir dificultats greus per fer les activitats de la cura de la llar i altres activitats quotidianes varia amb l'edat. Així, el 0,7% dels nens entre 0 i 14 anys, el 2,3% dels adulta de 15 a 64 anys i el 20,6% de la població de 65 anys i més, que en total suposen prop de 235.000 persones. No totes les dificultats greus comporten dependència. De les persones de 65 anys i més[1], que el 2006 són prop d'1,2 milions, s'estima que el 9,2%, aproximadament 105.000 individus, estan en situació de dependència greu (dependència greu i gran dependència)[2].

L'11 de desembre de 2006 el Congrés dels Diputats va aprovar la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència[3], amb l'objectiu d'atendre les necessitats d'aquelles persones en situació de dependència que requereixen suport per desenvolupar les activitats essencials de la vida diària, per assolir més autonomia personal i per poder exercir plenament els seus drets de ciutadania.

El Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències (ProdeP)[4], adscrit al Departament d'Acció Social i Ciutadania[5], va ser creat el maig de 2005 pel Govern de la Generalitat de Catalunya amb el propòsit de desenvolupar un model d'acció integrada entre els serveis socials i els serveis de salut orientat a les persones en situació de dependència i als seus cuidadors. El programa preveu prestacions socials segons el calendari establert en relació amb el grau de dependència de cada persona:

- 2007: Gran dependència, nivells 2 i 1.
- 2008-2009: Dependència greu, nivell 2.
- 2009-2010: Dependència greu, nivell 1.
- 2011-2012: Dependència moderada, nivell 2.
- 2013-2015: Dependència moderada, nivell 1.

[1] www.idescat.net/territ/BasicTerr?TC=8&V3=669&V4=498&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&V0=3&V1=0&CTX=B&VN=3&VOK=Confirmar
[2] Informe de salut a Catalunya: punts 201 a 205.
[3] www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2006/21990
[4] www.gencat.cat/benestar/persones/dependencia/index.htm
[5] www.gencat.cat/benestar

Efectivitat de les intervencions

Hi ha consens en el fet que les persones amb discapacitats físiques, cognitives o de desenvolupament requereixen una atenció integral[6] centrada en la persona que permeti fer front a totes les seves necessitats. Aquest concepte se sobreposa necessàriament amb el d'integració assistencial a l'hora de portar-lo a la pràctica, per assolir objectius comuns i resultats òptims pel que fa a accessibilitat, qualitat, satisfacció i eficiència.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per tal de millorar la qualitat de vida de les persones en situació de dependència i donar suport a les famílies i persones que en tenen cura, es proposa:

1. Oferir el Programa individual d'atenció integral (PIAI) a totes les persones classificades en el grups de gran dependència o dependència greu. El PIAI desenvolupa i fa operativa la integració assistencial social i sanitària o acció integrada de les persones dependents.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal estimar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- les persones classificades com a grans dependents o dependents greus en relació amb les persones que han sol·licitat la prestació de dependència,
- les persones que disposen de PIAI en relació amb les que han estat classificades com a grans dependents o dependents greus.

Referències

WHO. Integration of health care delivery: Report of a study group. WHO Technical Report series,No. 861.

Resolución 2008/C 75/01. Resolución del Consejo de la Unión Europea y los representantes de los Gobiernos de los Estados miembros reunidos en el Consejo el 17 de marzo de 2008, relativa a la situación de las personas con discapacidad en la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea de 26/3/2008.

www.envelliment.org Institut de l'Envelliment

www.mtas.es/inicioas/dependencia.htm La dependència al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

www.who.int/topics/disabilities/es/ Les discapacitats a l'Organització Mundial de la Salut

www.cndisc.gov.ar/ Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas

www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancodependencia-01.pdf Libro Blanco de la Dependencia

[6] www.seg-social.es/imserso/dependencia/may_libroblanco.html#capitulo

L'atenció a la població nouvinguda

Justificació

En els darrers cinc anys, l'afluència de població immigrant ha estat el principal factor de creixement demogràfic[7]. L'any 2006 s'estima que els estrangers empadronats[8] superen les 900.000 persones i representen el 12,8% de la població catalana.

La població immigrant es compon majoritàriament de persones d'edats joves i amb un bon estat de salut. Tanmateix, arran de la major exposició d'aquests col·lectius a situacions de vulnerabilitat social[9], la població immigrant pot presentar més risc de patir determinats problemes de salut, com ara trastorns mentals[10], malalties infeccioses[11], pitjor salut bucodental[12] en nens, malalties i accidents laborals[13] i violència de gènere[14]. L'arribada de dones en edat de tenir fills ha incidit en l'increment de la natalitat –l'any 2005, el 20,8% dels nascuts vius eren de mare estrangera–; també ha fet augmentar la demanda de determinats serveis sanitaris assistencials relacionats amb l'embaràs, part i puerperi, i amb els especialistes en ginecologia i pediatria.

El Pla de ciutadania i immigració 2005-2008[15] de la Secretaria per a la Immigració[16] proposa un concepte nou de ciutadania que pretén avançar en la igualtat de drets i deures dels ciutadans residents amb independència de la seva nacionalitat, país d'origen o situació administrativa. El Pla defineix dotze objectius, quatre dels quals afecten directament la salut o els serveis sanitaris, i tres àmbits d'actuació prioritari, un d'aquests és el de la salut.

En aquest sentit, el Pla Director d'Immigració (PDI)[17] del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya té la missió de millorar l'accés als serveis sanitaris i l'estat de salut de la població immigrada en el marc del model existent d'atenció i organització dels serveis. Actualment, d'acord amb la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social[18], la població nouvinguda empadronada té dret a assistència sanitària, amb igualtat de condicions que la població autòctona. A més, els estrangers no empadronats tenen dret a l'assistència sanitària pública d'urgència en cas de malalties greus o accidents; les estrangeres embarassades tenen dret d'assistència sanitària durant l'embaràs, part i postpart, i els menors de 18 anys tenen assistència sanitària completa.

[7] Informe de salut a Catalunya: punts 12 a 16.
[8] www.Idescat.net/territ/BasicTerr?TC=8&V3=864&V4=680&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&V0=3&V1=0&CTX=B&VN=3&VOK=Confirmar)
[9] Idpàgina 2.1.4
[10] Idpàgina 2.3.4
[11] Idpàgina 2.3.2
[12] Idpàgina 2.3.1.2
[13] Idpàgina 2.1.6
[14] Idpàgina 2.1.3
[15] www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/pla/introduccio/index.htm
[16] www.gencat.cat/benestar/societat/convivencia/immigracio/index.htm
[17] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/immidefini2006.pdf
[18] www.gencat.cat/benestar/immi/normativa/docunorma/A01139-01150.pdf

Efectivitat de les intervencions

Tot i la dificultat d'obtenir evidència quant a l'efectivitat de les intervencions realitzades en l'àmbit de la salut amb població nouvinguda, la millora de les condicions d'accés als serveis sanitaris suposa més oportunitats per a aquests col·lectius d'assolir i mantenir un estat de salut favorable que els permeti una integració plena en la societat.

Proposta estratègica per a l'any 2010

La proposta del Departament de Salut pel que fa a l'atenció a la població nouvinguda és aprofundir en la implementació del Pla Director d'Immigració (PDI) a través de tres eixos fonamentals: els plans d'acollida, de mediació i de formació de professionals; la qual cosa comporta:

1. La creació de les taules d'immigració a nivell central, a les regions sanitàries i als governs territorials de salut (GTS), que hauran de detectar les necessitats d'acolliment, mediació i formació en els territoris, formular els programes d'acord amb els criteris del PDI, donar suport als agents en el territori i avaluar els resultats de les actuacions. Aquesta acció s'emmarca en el procés actual de descentralització del sistema sanitari català[19].
2. El projecte de "Mediació i salut 2008-2010", que dotarà de mediadors els serveis sanitaris i socials en el territori.
3. Generar coneixement sobre l'impacte de les intervencions endegades a partir de l'avaluació de la seva efectivitat.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- La població d'origen estranger.
- Els indicadors d'utilització de serveis, d'estils i condicions de vida i d'estat de salut de la població d'origen estranger.
- La constitució de la taula de salut central i de les taules d'immigració de regió sanitària i de GTS.
- L'existència dels plans de cada taula en acollida, mediació i formació.
- Els indicadors d'avaluació del programa "Mediació i Salut 2008-2010".
- Els resultats de l'enquesta de satisfacció adreçada a professionals i a la població immigrada.

[19] Idpàgina 2.5.1

Referències

Enquesta de salut de Catalunya 2006

www.mtas.es/sec_emi/index.htm La immigració i l'emigració al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir468/index.html Salut per als immigrants al Departament de Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir441/index.html Salut i immigració al Departament de Salut

Les accions contra la violència vers les dones, els infants i la gent gran

Justificació

L'*Informe mundial sobre la violència i la salut* de l'OMS presenta la violència com a problema de salut pública[20] i n'analitza els tipus, la magnitud, les causes i la prevenció. La violència és prevenible i evitable, però cal avançar en el seu coneixement i aconseguir el compromís de diversos sectors socials i governamentals per a una acció coordinada. Dones, menors i gent gran són col·lectius especialment vulnerables en la violència. L'any 2006 es van produir 20.239 denúncies per violència envers les dones i 12 dones van morir per aquesta causa a Catalunya[21]. En el conjunt de l'Estat espanyol van morir 68 dones[22], de les quals el 30% són estrangeres. El mateix any, el Departament d'Acció Social i Ciutadania va atendre 7.052 menors de 18 anys (5,5 per mil de la població de Catalunya d'aquest grup d'edat). Pel que fa als maltractaments vers la gent gran, s'estima una prevalença del 6%[I]; la negligència, l'autonegligència i l'abús psicològic en són els tipus més freqüents.

En el marc normatiu estatal i autonòmic actual[23], a Catalunya es du a terme un treball coordinat de tots els departaments contra la violència vers les dones mitjançant el Pla d'acció i desenvolupament de les polítiques de dones a Catalunya[24] que incorpora el Programa per a l'abordatge integral de les violències vers les dones[25], i l'establiment del Protocol marc i circuit nacional per a la intervenció en les violències contra les dones a Catalunya[26]. En matèria de maltractaments a menors es disposa del Protocol d'actuació clinicoassistencial de maltractaments aguts a la infància[27], del Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors[28], i s'ha posat en marxa el Registre Unificat de Maltractaments a la Infància (RUMI)[29] en l'àmbit hospitalari. Quant als maltractaments a la gent gran es fa necessari disposar d'un marc de referència.

Efectivitat de les intervencions

Per a la detecció[II] diagnòstic i el tractament de les lesions psicològiques i físiques a causa dels maltractaments és clau la intervenció dels serveis sanitaris, socials i educatius perquè són la porta d'entrada de les persones que demanen ajut davant d'una agressió o quan es troben en situació de risc[III, IV, 30].

[20] Informe de salut a Catalunya: punts 175 a 177
[21] www. gencat.cat/icdona/estadis3.htm
[22] www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia
[23] www.gencat.cat/icdona/enllacos_legislacio_esp.htm
[24] www.gencat.cat/icdona/indexpla.htm, www.gencat.cat/icdona/pla_procesparticipatiu.htm
[25] www.gencat.cat/icdona/plaviolencia.htm
[26] www.gencat.cat/icdona/intervenciocoordinada.htm
[27] www.gencat.cat/benestar/pdf/maltractaments_infan.pdf
[28] www.gencat.cat/benestar/pdf/protocol_menors.pdf
[29] www.gencat.cat/benestar/dgaia/legislacio/normes/O276.htm
[30] www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/famviolence/famviolrev.htm

Proposta estratègica per a l'any 2010

En relació amb les accions contra la violència vers les dones, els infants i la gent gran, el Departament de Salut proposa:

1. La difusió i implementació territorial de protocols per a la prevenció, la detecció precoç, el tractament i la rehabilitació en els casos de violència:
   - La implementació territorial del Protocol i circuit per a l'atenció a la violència vers les dones en l'àmbit de la salut a Catalunya[V] que preveu la realització d'una prova pilot de caràcter policèntric i la seva avaluació.
   - La implementació territorial del Protocol de maltractaments aguts a la infància i l'extensió del RUMI[31] havent fet prèviament una prova pilot a l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron.
2. L'elaboració d'un protocol sobre maltractaments a la gent gran.
3. Que les regions sanitàries estableixin el circuit d'actuació perquè diferents sectors implicats puguin respondre de manera ràpida i coordinada davant les situacions de maltractaments.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social, nivell d'estudis i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- L'evolució del nombre i característiques de les persones que han sofert maltractaments.
- Els resultats de l'avaluació de la prova pilot en la implantació del Protocol sanitari d'atenció a la violència vers les dones.
- Els resultats de l'avaluació de la prova pilot del Registre Unificat de Maltractaments a la Infància (RUMI).
- L'existència del protocol sobre maltractaments a la gent gran.

Referències

I. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

II. MacMillan HL, Wathen CN, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention and treatment of violence against women: Systematic review & recommendations. CTFPHC Technical Report #01-4. Londres, ON: Canadian Task Force, 2001.

III. MacMillan HL, Wathen CN. Violence against women: integrating the evidence into clinical practice. CMAJ 2003;169:570-1.

[31] www.gencat.cat/benestar/dgaia/legislacio/normes/O276.htm

IV. Wathen CN, MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:582-4.

V. Departament de Salut. Protocol per a l'atenció a la violència vers les dones en l'àmbit de la salut a Catalunya (eina de ruta interactiva d'abordatge de la violència vers les dones en l'àmbit de la salut). Document en fase d'elaboració.

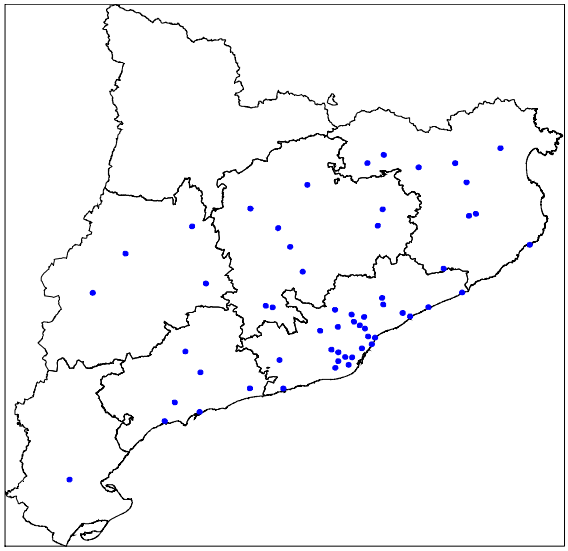
Les intervencions per a la salut en entorns urbans fràgils

Justificació

Existeix una relació entre la classe social, el nivell de renda i l'estat de salut segons la qual les classes més desfavorides[32] presenten pitjors resultats en salut respecte a les classes mitjanes i les més benestants.

El Parlament de Catalunya va aprovar l'any 2004 la Llei de barris[33], amb què el Govern pretén la rehabilitació integral d'entorns urbans fràgils per evitar-ne la degradació urbanística i millorar les condicions de vida dels seus habitants. El Departament de Política Territorial i Obres Públiques n'és l'impulsor a través d'intervencions urbanístiques, que es complementen amb altres actuacions de caire econòmic i social desenvolupades per programes específics dels departaments de Medi Ambient i Habitatge, Salut, Treball[34] i Acció Social i Ciutadania. Arran de les convocatòries públiques[35] dels anys 2004, 2005, 2006 i 2007, prop de setanta barris de ciutats catalanes es beneficien d'aquests ajuts.

Municipis beneficiaris de les quatre convocatòries de la Llei de barris



Efectivitat de les intervencions

La millora de les condicions socioeconòmiques i la creació d'entorns saludables repercuteix positivament sobre l'estat de salut de la població, que és encara més important quan va acompanyada de mesures que comporten una millora de l'atenció i de l'accessibilitat als serveis sanitaris. Tanmateix, l'evidència sobre l'efectivitat d'aquestes intervencions és inicialment difícil de mesurar, atès que els resultats només es perceben a mitjà i llarg termini.

Proposta estratègica per a l'any 2010

[32] Informe de salut a Catalunya: punts 428 a 434
[33] www10.gencat.cat/ptop/AppJava/cat/documentacio/normativa/ciutat/arquitectura/llei22004.jsp
[34] www.oficinatreball.net/socweb/export/sites/default/socweb_ca/empreses/prog_desenv_local/barris.html
[35] www10.gencat.cat/ptop/AppJava/cat/actuacions/departament/barris/convocatories_2004_2007.jsp

L'estratègia del Departament de Salut en el marc de la intervenció en entorns urbans fràgils es concreta en el Programa de salut als barris[36] que té com a objectiu reduir les desigualtats socials en salut mitjançant l'acció local, promovent la creació de xarxes i generant oportunitats per a la cohesió social, especialment en el col·lectius de població més vulnerables. El programa s'operativitza en dos eixos principals:

1. Els barris seleccionats han de ser prioritzats en la implementació dels programes de prevenció i promoció de la salut així com en l'accés als serveis, especialment pel que fa a:
    - El Programa salut i escola[37].
    - El Programa de seguiment de la infància. Consells de puericultura[38].
    - El Pla integral d'activitat física i alimentació saludable (PAAS)[39].
    - La prevenció de les drogodependències[40].
    - L'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva[41].
    - El Programa d'atenció a les persones en situació de dependència (ProdeP)[42].
    - La creació d'una finestreta única de serveis socials i salut.
    - L'accés preferent al tractament de deshabituació del tabac[43].
    - La salut bucodental[44].
    - La posada en marxa de tallers per a la prevenció del deteriorament cognitiu[45] i de trastorns mentals en la gent gran.
2. Els plans de salut de cada regió sanitària concreten les propostes estratègiques que cal dur a terme en els barris seleccionats del seu territori, tenint en compte els problemes de salut prioritzats[46], les propostes d'intervencions, la disponibilitat de recursos, el calendari, el pressupost i la necessitat d'una avaluació posterior. Els plans estratègics pluriennals dels governs territorials de salut (GTS) reflectiran les actuacions concretes que s'efectuaran en els barris del seu territori.
3. Generar coneixement sobre l'impacte de les intervencions endegades a partir de l'avaluació de la seva efectivitat.

Les actuacions es duran a terme en coordinació amb altres administracions, especialment amb els ajuntaments i amb la participació dels professionals de la salut, mediadors interculturals, treballadors socials, agents de salut, entitats especialitzades i societat civil.

Indicadors lligats a l'estratègia

[36] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/Du1/index.html
[37] www.gencat.cat/educacio/butlleti/professors/noticies/salutiescola.htm
[38] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/index.html
[39] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf
[40] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir470/index.html
[41] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutjove/index.html
[42] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/publicacions/doc12092.html
[43] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir469/doc11735.html
[44] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/dir1_l9_doc_3049.html
[45] Idpàgina 2.3.3.8
[46] Informe de salut a Catalunya: punts 433 a 434

- El grau d'avenç de cadascun dels barris en la fase de diagnosi qualitativa que té per objectiu l'anàlisi de situació prèvia a la presentació de resultats.
- El plans estratègics pluriennals aprovats en GTS amb intervencions sobre entorns urbans fràgils.
- Introducció de les accions a efectuar en els barris en els plans estratègics pluriennals dels GTS.
- Avaluació de la satisfacció de la població mitjançant una anàlisi qualitativa dels programes prioritzats a cada barri.

Referències

Idpàgina 2.1.1. L'atenció a les persones amb problemes de salut que comporten dependència

Idpàgina 2.1.2. L'atenció a la població nouvinguda

Idpàgina 2.1.3. Les accions contra la violència vers les dones, els infants i la gent gran

Idpàgina 2.2.3. El consum de tabac

Idpàgina 2.2.4. L'activitat física

Idpàgina 2.2.5. L'alimentació

Idpàgina 2.3.1.1. La salut maternoinfantil i l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva

Idpàgina 2.3.1.2. La salut bucodental

Idpàgina 2.3.2.1. Les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions

Idpàgina 2.3.2.2. Les infeccions de transmissió sexual

Idpàgina 2.3.2.3. Les infeccions pel virus d'immunodeficiència humana i la sida

Idpàgina 2.3.2.4. La tuberculosi

Idpàgina 2.3.3.4. L'obesitat

Idpàgina 2.3.4. La salut mental i les addiccions

Idpàgina 2.5.1. Els governs territorials de salut (GTS): el model de descentralització del sistema sanitari català

Les lesions no intencionades

Justificació

Les lesions no intencionades[47] tenen un impacte molt important sobre la salut de la població. Els principals mecanismes responsables de les lesions mortals són les col·lisions de vehicles a motor seguides de les caigudes.

Les defuncions[48] derivades de les col·lisions de vehicles a motor afecten especialment els grups més joves de la població, esdevenen la primera causa de pèrdua d'anys potencials de vida a Catalunya i representen prop d'un terç de les defuncions entre la població d'1 a 34 anys, amb un màxim del 58% del total de les defuncions en la població de 15 a 24 anys. La principal causa de discapacitat en població jove són els traumatismes cranioencefàlics, amb una incidència que s'estima en 300-400 nous casos l'any per cada 100.000 habitants, un 10% dels quals són greus i deixaran seqüeles[I]. En el cas de les lesions derivades del trànsit, la política preventiva de la Generalitat de Catalunya es recull principalment en el Pla català de seguretat viària[49], amb la col·laboració del Departament de Salut i d'altres departaments de la Generalitat, les administracions locals i diverses organitzacions socials i professionals.

Les caigudes en la gent gran són una important causa de morbimortalitat. El 20,2% de la població de 65 anys i més declara que ha patit un accident en el darrer any segons l'Enquesta de salut de Catalunya de 2006[50], que en el 95,2% dels casos es tracta de caigudes. A Catalunya, com a la resta de països del nostre entorn, la prevenció de les caigudes en la població de 65 anys i més és una política de salut prioritària perquè la magnitud tendeix a accentuar-se amb l'envelliment de la població[51].

Efectivitat de les intervencions

- La prevenció de les lesions produïdes per vehicles de motor inclou accions orientades a modificar el comportament individual, les normes socials, les característiques dels vehicles i les infraestructures viàries, entre d'altres factors. Els serveis de salut, però, tenen un paper preventiu basat principalment en tres estratègies preventives[52] clau: a) incrementar l'ús adequat de dispositius de retenció infantils; b) incrementar l'ús de cinturons de seguretat, i c) reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol Altres estratègies són: la utilització del casc entre els passatgers de ciclomotors i motocicletes[II], i entre els ciclistes[III]. També poden ser efectives les intervencions orientades a reduir la conducció de vehicles per part de persones que tenen afectades les seves capacitats per efecte de l'alcohol, altres drogues o certs medicaments, o com a conseqüència d'algunes deficiències i malalties.

[47] Informe de salut a Catalunya: punts 169 a 174, i 447 a 449
[48] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor05.pdf
[49] www.gencat.cat/transit/pla.htm
[50] Enquesta de salut de Catalunya 2006
[51] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/gentgran/csggca02.htm
[52] www.thecommunityguide.org/library/book/

- Les lesions per caigudes en persones d'edat poden prevenir-se amb estratègies[53] basades en la modificació de l'entorn, actuacions comunitàries i la correcció de factors de risc (polimedicació, debilitat muscular o deficiències sensorials).
- Pel que fa a les lesions que afecten els infants[54, IV, V] existeix evidència contrastada de l'efectivitat de diferents estratègies de prevenció de les lesions infantils basades en la intervenció a nivell comunitari, familiar i individual[VI, VII, VIII].

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir l'impacte de lesions accidentals a la població l'any 2010, el Pla de salut de Catalunya[55] proposa **reduir**:

- en un 20% la mortalitat per lesions per causes accidentals en els tres principals grups de població;

- en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població;

- en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor en els homes i dones de 15 a 24 anys;

- en un 50% la mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor associats a graus excessius d'alcoholèmia dels conductors;

- en un 25% la prevalença de lesionats greus per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població;

- en un 20% la mortalitat per caigudes accidentals en les persones més grans de 64 anys;

- en un 10% la incidència de caigudes accidentals que originen lesions i que han estat ateses pels recursos sanitaris en les persones més grans de 64 anys;

- en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys.

Avaluació

En termes generals, la mortalitat per lesions no intencionades es manté dins d'una certa estabilitat. La mortalitat per col·lisions de vehicles a motor ha disminuït en tots els grups d'edat i en ambdós sexes. La mortalitat per aquesta causa associada a l'alcoholèmia, tot i que s'ha reduït, es troba lluny de l'objectiu fixat per al 2010. L'objectiu de reducció de la mortalitat per caigudes en població de 65 anys i més s'ha assolit, no així els objectius relacionats amb la reducció de la incidència de lesions per caigudes.

Indicador		2000	2004	2010	Valoració
Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per lesions accidentals en els tres grups de població. (1)	0-14	5,2	5,3	4,2	--
	15-64	28,2	19,0	22,6	++
	65 i més	68,4	71,4	54,7	--

[53] www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021fullguideline.pdf
[54] www.unicef-irc.org/publications/pdf/repcard2e.pdf
[55] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per accidents de trànsit de vehicles a motor en els tres principals grups de població. (1)	0-14	2,7	1,9	1,4	++
	15-64	15,2	9,5	7,6	++
	65 i més	15,7	10,3	7,9	++
Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per accidents de trànsit de vehicles a motor en homes i dones de 15 a 24 anys. (1)	Homes	38,7	22,9	19,4	++
	Dones	11,2	5,9	5,6	++
	Total	25,3	14,6	12,7	++
Evolució dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals (% positius). (2)		40,9	37,1	20,5	+/-
Evolució anual de les taxes d'hospitalització per 10.000 h. per accidents de trànsit de vehicles a motor segons les altes amb estades superiors a 14 dies per grans grups de població. (3)	0-14	0,6	0,3	0,5	++
	15-64	2,6	2,0	2,0	++
	65 i més	2,3	2,1	1,7	+/-
Evolució anual de les taxes de mortalitat per 100.000h. per caigudes accidentals en la població més gran de 64 anys. (1)		15,2	11,3	12,2	++
Evolució del percentatge de població més gran de 64 anys que ha caigut i ha requerit atenció sanitària (%). (4)		17,9	20,9	16,1	--
Evolució anual de la taxa d'ingrés hospitalari per 10.000h. per fractura de coll de fèmur (maluc) en la població entre 65 i 84 anys. (3)		42,2	44,0	33,8	--

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de:
(1) Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
(2) Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2000 i 2004. Servei Català de Trànsit.
(3) Registre del CMBD AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut.
(4) Enquesta de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.

Nota: Hospitalitzacions: taxes específiques/10.000 h referides a l'any 2005 (any 2000: població de referència és el padró 2005; població de referència RCA a 31-12-2005). Lesionats greus: > 14 dies d'hospitalització.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

La prevenció de les lesions no pot centrar-se exclusivament en les actuacions preventives i assistencials desenvolupades pels serveis de salut, sinó que és necessari que aquestes s'inscriguin en estratègies intersectorials més àmplies per tal de:

- Reduir la mortalitat i la discapacitat derivada de les lesions no intencionades, especialment les que es deriven de les col·lisions de vehicles a motor, les caigudes i les que afecten els infants.
- Fomentar l'ús de dispositius de seguretat en el ocupants de vehicles (cinturons de seguretat, dispositius de retenció i casc).
- Disminuir la conducció de vehicles sota els efectes de l'alcohol o en altres situacions en què les habilitats implicades en la conducció es poden veure afectades per l'ús de

substàncies, o per la presència de patologies o deficiències.

Amb aquesta finalitat el Departament de Salut es proposa:

1. Col·laborar en l'elaboració i difusió de materials didàctics de suport a les activitats d'educació viària als centres educatius.
2. Impulsar les activitats per a la detecció, des dels serveis sanitaris, de factors de risc i el consell preventiu en relació amb les lesions per trànsit, prestant especial atenció als menors de 35 anys i als majors de 64.
3. Impulsar les activitats de consell per a la utilització de dispositius de retenció i la prevenció de lesions a la llar i el lleure en les consultes de pediatria.
4. Impulsar accions per prevenir la reincidència dels conductors sancionats per conduir sota els efectes de l'alcohol o altres drogues.
5. Impulsar l'adopció de protocols per a la prevenció de les lesions per caigudes des dels equips d'atenció primària i altres dispositius que ofereixen assistència a la gent gran.
6. Millorar la qualitat de l'atenció a les persones lesionades, garantint l'equitat territorial, social, d'edat i gènere.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- El percentatge d'utilització del cinturó de seguretat en tots els desplaçaments en automòbil en la població de 15 anys i més.
- El percentatge d'utilització de dispositius de retenció adequats a la talla en tots els desplaçaments en automòbil en la població infantil de 0 a 14 anys.
- L'índex de mortalitat estàndard per accidents de trànsit de vehicles a motor.
- L'índex de mortalitat estàndard per caigudes accidentals.

Referències

I. Observatori del Risc. Trànsit: civilització o barbàrie. Informe 2006. Barcelona: Observatori del risc, 2006.

II. Liu B, Ivers R, Norton R, Blows S, Lo SK. Helmets for preventing injury in motorcycle riders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004;2:CD004333.

III. Thompson DC, Rivara FP, Thompson R. Helmets for preventing head and facial injuries in bicyclists.Cochrane Database of Systematic Reviews 1999;4:CD001855.

IV. Braun PA, Beaty BL, DiGiuseppi C, Steiner JF. Recurrent early childhood injuries among isadvantaged children in primary care settings. Injury Prevention 2005;11:251-5.

V. Kendrick D, Mulvaney C, Burton P, Watson M. Relationships between child, family and neighbourhood characteristics and childhood injury: A cohort study. Social Science and Medicine 2005;61:1905-15.

VI. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence: A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 1. Injury Prevention 2001;7: 161-64.

VII. Towner E, Dowswell T, Jarvis S. Updating the evidence: A systematic review of what works in preventing childhood unintentional injuries: Part 2. Injury Prevention 2001;7: 249-53.

VIII. Spinks A, Turner C, McClure R, Nixon J. Community based prevention programs targeting all injuries for children. Injury Prevention 2004;10:180-5.

www.gencat.cat/transit/pdf/infotransit_06_08.pdf InfoTrànsit

www.envelliment.org/recerca/recerca_01.shtml Mobilitat, caigudes i exercici físic a l'Institut de l'envelliment

www.euro.who.int/Document/E84938.pdf How can injuries in children and older people be prevented?

Enquesta de salut de catalunya 2006

La salut laboral

Justificació

Les lesions per accident de treball, malalties professionals i malalties relacionades amb el treball són manifestacions de la presència de determinats riscos a l'àmbit laboral[56]. En els últims sis anys (2001-2006), la incidència d'accidents de treball mortals i no mortals[57] ha disminuït un 22,3%, especialment les lesions mortals (32,7% entre 2002 i 2006). Malgrat això, el nombre continua sent important: es produeixen gairebé 500 lesions amb baixa per accident de treball al dia, una de les quals és mortal cada dos dies. La incidència de malalties professionals[58] s'ha mantingut estable fins a l'any 2005, moment a partir del qual s'observa un descens important (31,3%) coincidint amb el canvi en la gestió de la indemnització. Aquest fet contrasta amb la incidència de malalties relacionades amb el treball[59] que no tenen reconeixement jurídic com a malaltia professional i són ateses per la xarxa pública d'assistència sanitària, les quals s'han doblat entre 2001 i 2005, especialment pel que fa als trastorns musculosquelètics i mentals.

A més, s'estima que en el 2005 es van produir 35.892 morts atribuïbles a riscos laborals, i que entre 1994 i 2002 es van produir un total de 9.864 morts per càncer atribuïbles al treball a les regions sanitàries de Girona i Tarragona[I].

El Govern ha posat en marxa actuacions conjuntes entre diferents agents implicats en la salut laboral que permetran un major control de la gestió de les lesions per accident de treball i malalties professionals, com l'Acord marc de col·laboració entre els departaments de Treball i Salut[60], la nova Instrucció sobre valoració de la contingència professional[61], els protocols de vigilància sanitària específica, com és el cas del de l'amiant[62], i la memòria conjunta dels serveis de prevenció[63] de riscos laborals entre els departaments de Salut i Treball.

Efectivitat de les intervencions

L'experiència dels darrers anys mostra que les mesures de prevenció de riscos laborals han aconseguit reduccions molt importants en la incidència de lesions mortals per accident de treball i malalties professionals.

Des del punt de vista econòmic, la reducció de les lesions per accident de treball suposa un estalvi significatiu en termes de prestacions socials, costos sanitaris i costos indirectes[64] que sovint recauen majoritàriament sobre les economies familiars i de les empreses.

Però queda pendent quantificar correctament les malalties laborals i actuar per prevenir-les, raó per la qual és important que, tal com estableix el Pla de Govern per a la Prevenció de Riscos Laborals 2005-2008[65], es millori el sistema d'indicadors en seguretat i salut laborals.

---

[56] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/slaboral2004.pdf
[57] Informe de salut a Catalunya: punts 127 a 128
[58] Informe de salut a Catalunya: punts 129
[59] Informe de salut a Catalunya: punts 130
[60] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/acordm07.pdf
[61] www.sap.es/wp-content/instruccio-determinacio-contingencies.pdf
[62] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/amiant332.pdf
[63] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir146/doc12523.html
[64] Informe de salut a Catalunya: punts 367 a 370
[65] www.gencat.cat/economia/acord/docs/PLARISCOSNOVAVERSIO.pdf

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir la morbimortalitat relacionada amb el treball, el Pla de salut de Catalunya[66] proposa, per a l'any 2010**, disminuir**:

- en un 10 % la morbiditat per accident de treball amb baixa en el lloc de treball;

- en un 10% la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball.

Avaluació

Si les tendències actuals no es modifiquen, els objectius establerts per a l'any 2010 seran assolits.

Indicadors	2001	2006	2010	Valoració
Morbiditat, per 1.000 treballadors afiliats a la Seguretat Social, per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball.	82,5	62,8	74,3	++
Taxa de mortalitat, per 100.000 treballadors afiliats a la Seguretat Social, per accidents de treball en el lloc de treball.	6,8	5,9	6,1	++

Font: Registre d'accidents amb baixa i accidents sense baixa. Departament de Treball.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Malgrat la tendència decreixent de les lesions per accident de treball en els darrers sis anys a Catalunya, el fort augment de la incidència de malalties relacionades amb el treball i la marcada subnotificació de malalties professionals a partir de 2005 afegeixen nous reptes en matèria de seguretat i salut laboral. El Departament de Salut proposa la consolidació de l'estructura de la salut laboral dins del marc de l'Agència de Salut Pública de Catalunya[67], amb les funcions següents:

1. Promoure la cooperació entre els òrgans i les institucions implicades en la salut laboral.
2. Millorar els registres i afavorir la notificació d'accidents de treball i malalties professionals.
3. Integrar tota la informació disponible en matèria de seguretat i salut laboral (dades de lesions per accident de treball, malalties professionals i malalties relacionades amb el treball, enquestes de salut i condicions de treball, gestió d'incapacitat temporal, recursos i activitats preventives i assistencials, i informació assistencial de mútues) en un sistema d'indicadors de seguretat i salut laborals.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar i si escau per sexe, grup d'edat, territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per

[66] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[67] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir446/index.html

governs territorials de salut), activitat econòmica i ocupació:

- La incidència de malalties professionals reconegudes;
- La incidència de malalties relacionades amb el treball;
- La relació entre els recursos preventius i assistencials públics dedicats a la seguretat i salut laboral i les empreses i treballadors;
- L'evolució de les dades d'activitat assistencial de mútues d'accident de treball i malaltia professional;
- L'evolució de les dades d'activitat de les unitats de salut laboral.

Referències

I. Departament de Salut i Departament de Treball. Anàlisi de la situació de la salut laboral a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut i Departament de Treball; en elaboració.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir146/index.html La salut laboral al Departament de Salut.

www.gencat.cat/treball/ambits/seguretat_salut/estadistiques/index.html Estadístiques de sinistralitat al Departament de Treball.

www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=13404 Institut Català d'Avaluacions Mèdiques

IV.Eix 2) Les accions comunitàries per a la salut

Eix 2) Les accions comunitàries per a la salut

Les estratègies de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia han de ser contemplades com una inversió en salut i desenvolupament. Cal posar en marxa polítiques per crear les condicions, els entorns i les eines que afavoreixin els comportaments saludables, tant col·lectiva com individualment.

El medi ambient

Justificació

Una gestió apropiada del medi ambient és clau per aconseguir un entorn saludable i afavoridor de la salut[69]. El medi ambient[70] pot influir en la salut de la població per exposicions a perills físics, químics o biològics que poden ser presents a l'aigua, l'aire, el sòl, en instal·lacions o edificis, de forma natural o per l'activitat humana, amb conseqüències a curt, mitjà o llarg termini.

La percepció ciutadana de la relació existent entre el medi ambient i la salut és cada cop més present, així com també la demanda d'actuacions preventives i correctores. L'Agència de Salut Pública de Catalunya[71] les ha recollit i en el document de bases per a la seva creació incorpora, en l'esglaó més alt de prioritat, la salut mediambiental. D'altra banda, per aconseguir un medi ambient saludable és necessària la participació activa dels individus i de la comunitat, així com la col·laboració i coordinació intersectorial. Per això és imprescindible desenvolupar també instruments d'informació i comunicació dirigits a la població, als professionals, als sectors empresarials i als sectors socials.

En aquest sentit s'estan enfocant les polítiques europees. En el 1989 els ministres de Medi Ambient i de Sanitat de la regió europea de l'OMS van adoptar la Carta Europea de Medi Ambient i Salut, que, juntament amb les declaracions de Hèlsinki (1994) i de Londres (1999), van determinar els plans nacionals per al medi ambient i la salut (NEHAP)[72]. L'any 2002 el Consell Europeu va aprovar l'Estratègia de Desenvolupament Sostenible de la Unió Europea, i l'any següent la Comissió de les Comunitat Europees plantejava la necessitat d'establir una nova estratègia que integrés la informació, la investigació, la intervenció en matèries de salut i medi ambient i la incorporació de les consideracions de salut i medi ambient a altres polítiques i actuacions comunitàries. Per desenvolupar aquesta estratègia es va formular el Pla d'acció europeu de medi ambient i salut 2004-2010[73].

A Catalunya s'estan desenvolupant diferents eines de vigilància, control i gestió dels diferents factors de risc del medi[74] que poden repercutir en la salut, en consonància amb la línia estratègica europea i els seus objectius.

Efectivitat de les intervencions

Amb la protecció i el control del medi protegim la salut. Per això són importants les actuacions encaminades a detectar el més aviat possible qualsevol alteració d'algun compartiment ambiental que pugui produir una disminució de la salut de la població i eliminar o reduir les conseqüències negatives, mitjançant instruments de vigilància, avaluació i gestió dels riscos. Les mesures que estableixen les normatives vigents d'aigües de consum, reutilització d'aigües regenerades, aigües de bany, productes químics i plaguicides, prevenció i control de la legionel·losi, residus sanitaris, piscines i assentaments humans ens aporten eines necessàries per portar a terme aquestes actuacions.

[69] www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/home.htm
[70] Informe de salut a Catalunya: punts 29 a 42, 52 a 59
[71] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/docbase2007.pdf
[72] www.euro.who.int/envhealthpolicy/plans/20020807_1
[73] europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/es/com/2004/com2004_0416es01.pdf
[74] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/ambiental/index.html

Objectius de salut per a l'any 2010

El Pla de salut de Catalunya[75] estableix objectius de diferent naturalesa relacionats amb el medi ambient. Per una banda, el control sanitari dels establiments públics per assegurar-ne les condicions higienicosanitàries i evitar brots i, per una altra, la vigilància d'aspectes mediambientals que pugin tenir repercussió sobre la salut de la població. Concretament, el Pla de salut estableix per al 2010:

Reduir:

- En un 30% els brots d'origen hídric declarats en instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves.
- La incidència de legionel·losi en un 30%.
- La grandària dels brots per legionel·losi en un 50%.
- En un 30% els brots declarats per intoxicacions causades per l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental en locals tancats.

Mantenir:

- La morbiditat declarada per febre tifoïdea inferior a 0,5 casos per 100.000 habitants i per any.
- El control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves.
- El control de les condicions higienicosanitàries dels càmpings de Catalunya.

Aconseguir que:

- La letalitat de la Legionella sigui inferior al 10%.
- El 100% de les entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya estableixin sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren.
- El 100% de les xarxes de distribució d'aigua de consum públic subministrin aigua amb continguts de nitrats d'acord amb el valor paramètric de la normativa vigent.
- Els ajuntaments controlin les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i pírcing de Catalunya.
- El personal que treballa en centres de tatuatge i pírcing disposi de la formació necessària, d'acord amb normativa d'aplicació.
- El 100% de les empreses que utilitzin biocides estiguin registrades en el Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable en cada moment.
- El 99% de les torres de refrigeració estiguin censades i disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció.
- El 99% de les instal·lacions d'alt risc passin una revisió periòdica a càrrec d'empreses de revisió degudament autoritzades per la Direcció General de Salut Pública.
- El 100% del sector sanitari tingui implantada la gestió intracentre de residus químics, biocontaminants i citotòxics.

[75] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

- El 99% de les platges compleixin la normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany.
- Es programin i executin les inspeccions necessàries per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya.
- El 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades s'hagin sotmès a una avaluació del risc sanitari i portin a terme una gestió adient del risc.

Avaluació

La valoració dels objectius és molt positiva i, de mantenir-se la tendència actual la majoria dels objectius proposats són assolibles.

Indicador (%)	2000	2006	2010	Valoració
Nombre de casos de febre tifoidea per 100.000 habitants i any	0,5*	0,3*	< 0,5	++
Nombre de brots d'origen hídric declarats en instal.lacions destinades a activitats amb infants i joves	1*	6*	< 1	--
Taxa d'incidència de legionel·losi per 100.000 h	3,5*	4,8*	2,5	--
Mitjana de casos afectats per brot de legionel·losi	13*	5*	7	++
Taxa de letalitat per Legionel·la (%)	13,4*	7*	10	++
Nombre de brots declarats per intoxicacions causades per l'aplicació de plaguicides d'ús ambiental en locals tancats	2	2	1	--
Entitats gestores del subministrament d'aigua de consum humà de Catalunya que estableixen sistemes d'autocontrol de la qualitat de l'aigua que subministren.	89,0	96,5	100,0	++
Xarxes de distribució d'aigua de consum públic que subministren aigua amb continguts de nitrats d'acord amb el valor paramètric de la normativa vigent.	92,9	96,6	100,0	++
Control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves.	90,0	91,0	100,0	++
Control de les condicions higienicosanitàries dels càmpings de Catalunya	92,0	97,5	100,0	++
Ajuntaments que controlen les condicions higienicosanitàries dels centres de tatuatge i piercing de Catalunya (1 i 2)	0,0	50,0	100,0	+/-
Control del personal que treballa en centres de tatuatge i piercing disposi de la formació necessària, d'acord amb normativa d'aplicació (1 i 2)	0,0	70,0	100,0	++
Empreses que utilitzen biocides estiguin registrades en el Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides, d'acord amb la normativa aplicable a cada moment (3)	92,4	100,0	100,0	++
Proporció de centres sanitaris que tenen implantada	70,0	85,0	100,0	++

la gestió intracentre de residus químics, biocontaminants i citotòxics (4)				
D'aquí a l'any 2010 cal que el 99% de les instal·lacions d'alt risc estiguin censades i disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció.	0,0	82,0	99,0	++
Instal·lacions d'alt risc passin una revisió periòdica a càrrec d'empreses de revisió degudament autoritzades per la Direcció General de Salut Pública.	0,0	30,0	99,0	+/-
Percentatge de platges que són classificades com de qualitat "molt bona" en compliment de a normativa europea de qualitat sanitària de les aigües de bany	90,0**	95,3***	99	++
Inspeccions programades i executades per tal de comprovar l'aplicació homogènia de la legislació que estableix les normes sanitàries aplicables a les piscines d'ús públic en l'àmbit de Catalunya.	0,0	0,0	100,0	--
Reutilitzacions d'aigües residuals depurades s'hagin sotmès a una avaluació del risc sanitari i portin a terme una gestió del risc adient.	ND	100,0	100,0	++

Font: Subdirecció General de Protecció de la Salut. Departament de Salut.
*Servei de Vigilància epidemiològica. Anys 2000 i 2004.
(1) El Decret de regulació del seu control data del 2001.
(2) Any 2005.
(3) Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides.
(4) Registre de centres generadors de residus sanitaris, any 2005.
**Agència Catalana de l'Aigua. Departament de Mediambient. Any 2003: 210 platges analitzades.
***Agència Catalana de l'Aigua. Departament de Mediambient. Any 2006: 211 platges analitzades.
Qualitat molt bona: s'han de complir tots els següents requisits:
- a) almenys el 95% dels mostrejos no sobrepassen els valors imperatius de Coliforms totals i Coliforms fecals
- b) almenys el 80% dels mostrejos no sobrepassen els valors guia de Coliforms totals i Coliforms fecals
- c) almenys el 90% dels mostrejos no sobrepassen els valors guia d'Estreptococs fecals

NOTA: A la temporada de bany-2008 es començarà a aplicar la nova Directiva d'aigües de bany 2006/7 CE
++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
ND: No disponible

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut proposa com a estratègia principal la implantació de l'Agència de Protecció de la Salut[76] dins de l'Agència de Salut Pública de Catalunya[77] el que comporta:

- Aigües de consum públic:

1. Fomentar i impulsar l'adopció dels sistemes d'autocontrol fixats en la normativa comunitària per part de les entitats gestores del subministrament d'aigües de consum humà.
2. Mantenir i adequar el programa de vigilància de la qualitat de les aigües de consum de Catalunya a la normativa vigent, per tal de conèixer la conformitat de les aigües als paràmetres i valors paramètrics establerts.

- Aire:

3. Controlar que totes les torres de refrigeració disposin d'un programa de manteniment, neteja i desinfecció.

- Instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves

4. Intensificar el control de les condicions higienicosanitàries de les instal·lacions destinades a activitats amb infants i joves, especialment pel que fa a l'aigua distribuïda.

- Càmpings

5. Controlar l'estat higienicosanitari dels càmpings, fent especial incidència en aquells aspectes relacionats amb l'aigua de consum públic.

- Plaguicides

6. Mantenir el Registre Oficial d'Establiments i Serveis Plaguicides i adaptar-lo a les noves àrees d'actuacions establertes en la normativa vigent.

- Productes químics

7. Millorar el sistema de gestió de les alertes rebudes a través del Sistema d'intercanvi ràpid d'informació de productes químics.

- Gestió de residus en el sector sanitari

8. Continuar la formació, educació i divulgació en matèria de residus sanitaris.
9. Verificar l'adopció de les mesures de gestió intracentre de residus i la implantació de sistemes de gestió mediambiental en centres sanitaris en general.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar per territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut) i, si escau, per sexe i grup d'edat:

- la població exposada a aigua de consum no desinfectada;

[76] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esref7.pdf
[77] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir446/index.html

- el nombre de brots originats per l'aigua de consum;
- els subministraments d'aigua de consum que disposen de pla d'autocontrol;
- la població exposada a nitrats a través de l'aigua de consum;
- el grau d'adequació sanitària de les torres de refrigeració i condensadors evaporatius per a la prevenció de la legionel·losi;
- el nombre d'hospitalitzacions per legionel·losi;
- el grau d'adequació sanitària de les aigües de bany;
- el grau d'adequació sanitària del control de plagues i l'ús de plaguicides a l'àmbit urbà i a la indústria alimentària;
- el grau d'adequació sanitària de productes químics;
- el grau d'adequació sanitària d'assentaments humans;
- el nombre de brots i casos atribuïts a productes químics en aire interior.

Referències

Organización Mundial de la Salud. Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización mundial; 2005.

World Health Organization. Effects of air pollution on children's health and development. A review of the evidence. European Center for Environment and Health Bonn Office; 2005.

Downs SH, Schindler C, Liu JS [et al.]. Reduced Exposure to PM10 and Attenuated Age-Related Decline in Lung Function. N Engl J Med 2007;357:2338-47.

McCreanor J, Cullinan P, Nieuwenhuijsen MJ [et al.]. Respiratory Effects of Exposure to Diesel Traffic in persons with Asthma. N Engl J Med 2007;357:2348-58.

europa.eu/scadplus/leg/es/s15000.htm Legislació europea de medi ambient

www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/home.htm La salut i el medi ambient al Ministerio de Sanidad y Consumo

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html El medi ambient i la salut dels nens a l'Organització Mundial de la Salut

www.creal.cat/content_cat/index Centre de recerca en epidemiologia ambiental

www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr32/es/index.html Els riscos ambientals i la salut a l'Organització Mundial de la Salut

www.gencat.cat/mediamb/revista/portada31.htm Influència del medi ambient en la salut humana

www.cancercode.org/ Codi europeu contra el cancer

La seguretat alimentària

Justificació

Els problemes de salut originats a partir del consum d'aliments han constituït històricament una important preocupació dins l'àmbit de la salut pública. En les darreres dècades han aparegut nous problemes sanitaris relacionats amb la manipulació i el consum dels aliments, per la qual cosa la seguretat alimentària s'ha situat al centre de les preocupacions de la ciutadania, dels mitjans de comunicació i de les polítiques governamentals[78].

A Catalunya, actualment és vigent el Pla de seguretat alimentària 2007-2010[79], elaborat per l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària (ACSA)[80], ens autònom del Departament de Salut, en col·laboració amb tots els organismes de la Generalitat de Catalunya i administracions locals amb responsabilitat en la matèria, a partir del mandat establert a la Llei 20/2002, de 5 de juliol, de seguretat alimentària[81]. Aquest Pla recull les polítiques i intervencions que s'han de desenvolupar en aquest àmbit i actua com a marc de referència en tot allò relacionat amb la seguretat alimentària i, en especial, en l'acció de prevenció i control adreçada a la població catalana. En aquest sentit, el Pla de seguretat alimentària és l'instrument complementari del Pla de salut de Catalunya[82] per desenvolupar les estratègies i les activitats específiques en l'àmbit del control dels aliments i dels seus efectes sobre la salut de les persones.

Efectivitat de les intervencions

Les diferents mesures aplicades, incloses les legislatives[83] que incorporen l'evidència científica quant a l'avaluació, gestió i comunicació correctes dels riscos en relació amb la seguretat alimentària, tenint en compte tots els components i agents implicats en la cadena alimentària, poden reduir el risc i la incidència de malalties transmissibles per via alimentària, minimitzar la presència de perills biològics, químics o físics en els aliments, protegir els interessos dels consumidors i incrementar-ne la confiança.

Objectius de salut per a l'any 2010

Per millorar la seguretat alimentària, el Pla de salut de Catalunya[84] estableix per al 2010:

- Evitar l'augment del nombre total de brots de toxiinfeccions alimentàries.
- Mantenir l'eliminació de cap transmissió de la triquina a l'ésser humà pel consum de carn distribuïda per establiments autoritzats sanitàriament.
- Que no es produeixi cap cas de transmissió de la triquina a l'ésser humà per consum de carn de caça no controlada sanitàriament.
- Que la morbiditat declarada per brucel·losi sigui inferior a 1 cas per 100.000 habitants.
- Mantenir la situació d'absència de casos d'intoxicació aguda pel consum d'aliments

[78] www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/dir1349/doc16136.html
[79] www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/dir1299/doc16409.html
[80] www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/Du12/
[81]. www.gencat.cat/diari/3679/02186062.htm
[82] Informe de salut a Catalunya: punts 43 a 51.
[83] www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/dir1296/doc3729.html
[84] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

contaminats per l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zoosanitaris.

- Mantenir el control de tots els porcins i equins sacrificats a Catalunya per a la investigació de triquina, tal com estableix la normativa vigent.
- Que totes les espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina comercialitzades per establiments ubicats a Catalunya hagin estat sotmeses a una investigació de triquina abans de la seva comercialització.
- Que tota la població potencialment consumidora d'espècies cinegètiques susceptibles de transmetre la triquina coneguin els riscos per a la salut derivats d'aquest tipus de consum sense l'anàlisi prèvia de la triquina.
- Que tota la població amb risc de contraure la brucel·losi (ramaders, treballadors d'escorxadors) estigui informada i conegui les mesures per prevenir la malaltia.
- Que totes les carns i productes d'origen animal produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de medicaments veterinaris il·legals o per sota dels límits màxims establerts per la normativa vigent.
- Que els productors d'animals destinats a l'alimentació humana estiguin informats dels - riscos derivats de la utilització fraudulenta i incorrecta dels productes zoosanitaris i fitosanitaris.
- Que tots els aliments produïts a Catalunya estiguin lliures de residus de productes fitosanitaris, il·legals o per sota dels límits màxims de residus establerts per la normativa vigent.
- Mantenir el control del contingut en metalls pesats, hidrocarburs aromàtics policíclics, dioxines i, en general, tòxics ambientals persistents en els aliments produïts a Catalunya.
- Disminuir l'exposició humana a les dioxines, als furans i als bifenils policlorats (PCB).
- Mantenir el nombre de brots notificats de toxiinfeccions alimentàries.
- Disminuir en un 25% el nombre de brots de toxiinfecció alimentària per salmonel·la produïts en l'àmbit de l'hostaleria i les cases de colònies.

Avaluació

Indicador		2000	2004	2010	Valoració
Salut alimentària					
Nombre de brots de toxiinfeccions alimentàries.		110	185	110	--
Nombre de casos de triquinosi per consum de carn distribuïda en establiments autoritzats, per 100.000 h.		0	0	0	++
Nombre de casos de triquinosi per consum de caça no controlada sanitàriament, per 100.000 h.		0	0	0	++
Taxa d'incidència per brucel·losi per 100.000h. (1)		1,9	0,8	<1	++
Incidència d'intoxicació aguda derivada del consum d'aliments contaminants amb productes fitosanitaris i zoosanitaris (casos)		0	0	0	++
Triquina					
Nombre de porcins i equins analitzats	Porcins	12.645.771 (2)(3)	15.310.203 (2) (4)	100%	++
	Equins	9.935 (2) (3)	7.575 (2) (4)	100%	++
Casos positius per 100.000 animals analitzats.		8,3 (3)	7,2 (4)		++
Realització d'activitats educatives (%).		ND	100	100	++

Brucel·la					
Realització d'activitats (%).		ND	100	100	++
Residus de la producció primària					
Nombre de casos positius en els programes de mostreig (%).		16,0 (3)	0,9	0	++
Realització d'activitats d'informació			(5)		++
Nombre de casos positius en els programes de mostreig (%).	Plaguicides	1,5 (3)	1,0 (4)	0	++
Tòxics ambientals persistents					
Manteniment del programa de seguiment de la presència d'aquests producte als aliments (%).		ND	ND	100	NV
Canvis en els nivells detectats en el programa de seguiment			No es disposa de suficients dades per detectar possibles canvis		NV
Toxiinfeccions alimentàries					
Nombre de brots per Salmonel·la produïts en l'àmbit de l'hostaleria i les cases de colònies.		17	86	13	--

Font: Subdirecció General de Protecció de la Salut, 2000 i 2004. Departament de Salut.
(1) Servei de Vigilància Epidemiològica. Departament de Salut.
(2) Nombre d'inspeccions realitzades amb cap cas positiu.
(3) Any 2002.
(4) Any 2005.
(5) Es constitueix, junt amb el sector productor i altres departaments, la Comissió de Seguiment de la Carn de Vedella per, entre d'altres aspectes, fomentar la lluita contra l'ús i la presència de substàncies utilitzades en l'engreix animal.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable
ND: No disponible NV: No valorable.

El control veterinari i la vigilància exhaustiva en relació amb la producció, la distribució, la comercialització i el consum alimentaris d'acord amb el compliment de les diferents directives europees en aquesta matèria han fet disminuir la transmissió de malalties per via alimentària, la qual cosa farà possible l'assoliment dels objectius definits per al 2010. Tanmateix, el nombre de brots d'origen alimentari i el de toxiinfeccions no només no s'ha reduït sinó que n'hi ha hagut un increment.

Proposta estratègica per a l'any 2010

En matèria de seguretat alimentària el Departament de Salut proposa:

1. Desplegar i consolidar el Pla de seguretat alimentària de Catalunya 2007-2010[85] que pretén la detecció i resolució precoç dels problemes identificats, tenint en compte la cadena alimentària de forma global, i les aliances entre els agents implicats i l'avaluació dels resultats. Aquest pla ja incorpora els objectius i indicadors per donar cobertura a tots els àmbits de la seguretat alimentària.

[85] www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/dir1299/Dd11123/psa_3.pdf

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010 i d'acord amb el que estableix el Pla de seguretat alimentària de Catalunya, cal estimar segons el territori:

- La incidència de malalties transmissibles per via alimentària.
- El nivell d'exposició dels consumidors als perills vehiculats per la via alimentària.
- Les taxes de conformitat amb les normes vigents quant al compliment de:
  - límits màxims de perills microbiològics i químics en aliments;
  - condicions preventives en la producció i comercialització d'aliments.

Referències

www.aesa.msc.es/ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

www.efsa.europa.eu/EFSA/efsa_locale-1178620753812_home.htm. European Food Safety Authority EFSA

www.who.int/topics/food_additives/es/ Els additius alimentaris a l'Organització Mundial de la Salut

www.gencat.cat/salut/acsa/Du12/html/ca/dir1299/doc11122.html Pla de seguretat alimentària de Catalunya 2007-2010

www.cancercode.org/ Codi europeu contra el càncer

www.consum.cat/ Agència catalana del consum

El consum de tabac

Justificació

El consum de tabac[86] és la primera causa de pèrdua de salut[87] i de morts evitables i prematures que es pot prevenir. És un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars[88], respiratòries[89], cròniques, així com d'un nombre important de càncers[90]. A més, l'exposició passiva al fum ambiental del tabac incrementa el risc de càncer de pulmó en els no fumadors i d'altres malalties del sistema respiratori, sobretot en els infants.

Des de finals de 2005, a Catalunya existeix una nova legislació sobre tabaquisme, la Llei 28/2005, de 26 de desembre[91], de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac.

Efectivitat de les intervencions

Els beneficis del fet de deixar de fumar[92] són clars: reducció del risc de mort prematura, millora de la qualitat de vida, disminució del risc de patir les malalties relacionades amb el tabac, com el càncer de pulmó o la cardiopatia coronària. L'abandonament abans de les setze setmanes de gestació afavoreix la probabilitat de tenir un fill amb un pes en néixer semblant al de les embarassades[93] no fumadores. Es considera demostrada l'efectivitat, en major o menor grau, d'intervencions[94] com el consell breu dels metges, l'assessorament individual i en grup, els materials d'autoajuda i la utilització dels tractaments de reemplaçament nicotínic i antidepressius. Diferents revisions conclouen que els programes de cessació durant el període prenatal són efectius.

Aconseguir l'abandonament de l'hàbit tabàquic[95], però, no és fàcil i les accions adreçades a disminuir la freqüència del consum s'han de dur a terme des d'una perspectiva global i multidisciplinària. Les campanyes preventives adreçades a reduir la iniciació en els joves poden ser efectives si s'acompanyen d'accions en l'àmbit escolar i a curt o mitjà termini.

Objectius de salut per a l'any 2010

Per disminuir la prevalença del consum de tabac, el Pla de salut de Catalunya[96] proposa per al 2010:

Reduir la prevalença de tabaquisme:

- fins al 28% entre la població de 15 anys i més;

[86] Informe de salut a Catalunya: punts 92 a 101
[87] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/monogt.pdf
[88] Idpàgina 2.3.3.2
[89] Idpàgina 2.3.3.5
[90] Idpàgina 2.3.3.1
[91] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/llei282005.pdf
[92] www.surgeongeneral.gov/tobacco/
[93] Idpàgina 2.3.1.1
[94] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/actipreve2005.pdf
[95] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir469/index.html
[96] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

- fins al 32% entre els joves de 15 a 24 anys;
- fins al 22% entre les dones de 15 anys i més;
- fins al 34% entre els homes de 15 anys i més;
- fins al 20% entre els metges;
- fins al 30% entre el personal d'infermeria;.
- fins al 17% entre els farmacèutics;
- fins al 25% entre els docents.

Assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme del 35% en la població de 15 anys i més.

Avaluació

Els objectius relacionats amb el consum de tabac presenten globalment una evolució positiva que permet esperar-ne, si es manté la tendència actual, l'assoliment en l'horitzó 2010.

Indicador	2002	2006	2010	Valoració
Prevalença de tabaquisme en la població de 15 anys i més d'edat (%)	32,1	29,4	28,0	++
Prevalença de tabaquisme en la població de 15 a 24 anys (%)	40,0	36,1	32,0	++
Prevalença de tabaquisme en dones de 15 anys i més d'edat (%)	26,6	24,3	22,0	++
Prevalença de tabaquisme en homes de 15 anys i més d'edat (%)	38,0	34,5	34,0	++
Proporció d'abandonament en la població de 15 anys i més d'edat (%)	30,4	42,0	35,0	++
Prevalença del tabaquisme en metges i metgesses (%)	24,5	ND	20,0	NV
Prevalença del tabaquisme en personal d'infermeria (%)	35,1	ND	30,0	NV
Prevalença del tabaquisme en professionals farmacèutics (%)	20,4	ND	17,0	NV
Prevalença del tabaquisme en docents (%)	29,8	ND	25,0	NV

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
NV: No valorable ND: No disponible

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per tal de mantenir la tendència favorable que s'ha observat, el Departament de Salut proposa continuar amb la implantació i el desplegament de les activitats del Programa de prevenció i control del tabaquisme[97], fent èmfasi en la perspectiva territorial i per classe social, i aprofundint encara més en la de gènere.

El desplegament d'aquesta estratègia comporta:

1. Sensibilitzar la població sobre els efectes negatius de l'exposició al fum del tabac, especialment en els grups de població que en pateixen més les conseqüències, com ara els infants, els pacients amb malalties cròniques cardiovasculars[98] i respiratòries[99], i els treballadors de bars i restaurants.
2. Sensibilitzar la població sobre els perjudicis del consum de tabac amb especial èmfasi en els grups de població jove, les dones i els grups socioeconòmics més desfavorits.
3. Estendre al territori les experiències i programes de prevenció de l'inici[100] (amb base a l'escola o no) que han demostrat efectivitat.
4. Promoure la utilització de serveis d'ajut personalitzat mitjançant línies telefòniques[101] i/o pàgines web.
5. Detectar l'hàbit tabàquic i donar consell antitabàquic en els serveis sanitaris a la població fumadora atesa[102].
6. Capacitar els professionals de la salut per al diagnòstic, maneig i tractament del pacient fumador[103].
7. Editar materials específics adreçats a alguns grups professionals diana -pediatres, ginecòlegs, llevadores i altres- en el marc de programes específics adreçats a la població maternoinfantil i altra.
8. Establir estratègies per a l'abordatge del consum de tabac de forma integral[104] (des de la prevenció fins a l'abandonament), intersectorial i multidisciplinària que tinguin en compte els aspectes específics de gènere i de classe social, a tot el territori de Catalunya.
9. Garantir el compliment homogeni i exhaustiu de la legislació vigent, mitjançant la integració dels aspectes relacionats amb el tabac en les tasques rutinàries d'inspecció i sanció, promovent els canvis necessaris[105].

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadores que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar segons el sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per

[97] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/tabac/index.html
[98] Idpàgina 2.3.3.2
[99] Idpàgina 2.3.3.5
[100] www.xtec.net/innovacio/salut/classesensefum/
[101] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/dmstabac070530.pdf
[102] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/actipreve2005.pdf
[103] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/tabac/dir1_l14_doc_2596.html
[104] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/llei282005.pdf
[105] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/esaltojor.pdf

regió sanitària i per govern territorial de salut):

- La taxa d'abandonament: proporció d'abandonament (en %) = exfumadors / exfumadors + fumadors actuals (diaris + ocasionals) x 100.
- L'índex de mortalitat estàndard per tumor maligne de pulmó.
- L'índex de mortalitat estàndard per malalties de l'aparell respiratori.

Altres enllaços

www.who.int/topics/tobacco/es/ El tabac a l'Organització Mundial de la Salut

www.who.int/topics/smoking/es/ El tabaquisme a l'Organització Mundial de la Salut

Enquesta de salut de Catalunya 2006

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir490/index.html Oncologia al Departament de Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir469/index.html El tabac al Departament de Salut

www.xtpt.net/gpcc.htm Prevenció i control del càncer a l'Institut Català d'Oncologia

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/dadesfum.pdf Enquesta sobre hàbits i actituds respecte al tabaquisme en professionals sanitaris, 2002

www.cancercode.org/ Codi europeu contra el càncer

www.healthpromotionagency.org.uk/Work/Tobacco/menu.htm Tabac a Health Promotion Agency

L'activitat física

Justificació

La manca d'activitat física es troba entre les principals causes de morbiditat i mortalitat. El 23,9% de la població catalana es declara sedentària[106].

Practicar activitat física de manera regular juntament amb un estil de vida actiu[107] són factors prioritaris per mantenir i millorar la salut. El sedentarisme incrementa el risc de patir malalties cardiovasculars[108], càncer[109], excés de pes[110] i diabetis mellitus[111], entre d'altres.

Efectivitat de les intervencions

Està demostrada l'eficàcia[112] de l'activitat física com a eina de prevenció[113] primària, secundària i terciària. El sedentarisme i la manca d'activitat física[114] s'associen amb malaltia[I, II, IIII]. Un estil de vida actiu[115] millora la salut[IV]. Existeixen intervencions eficaces per fer augmentar el nivell d'activitat física en diferents àmbits com el comunitari[116], el laboral[117] el de l'atenció primària[118,V].

Objectius de salut per a l'any 2010

El Pla de salut de Catalunya[119], amb el propòsit de reduir l'impacte de la inactivitat física en la salut de la població, proposa els objectius següents:

Reduir:

- Per sota del 16% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys absolutament sedentàries.

Augmentar:

- Per sobre del 55% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure.

- Per sobre del 75% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris.

- Per sobre del 14% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada cinc cops o més per setmana o una quantitat equivalent.

---

[106] Enquesta de salut de Catalunya 2006
[107] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[108] Idpàgina 2.3.3.2
[109] Idpàgina 2.3.3.1
[110] Idpàgina 2.3.3.4
[111] Idpàgina 2.3.3.3
[112] www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16534088
[113] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/gentgran/index.html
[114] www.who.int/moveforhealth/publications/pah_vuori_health_benefits.pdf
[115] www.who.int/dietphysicalactivity/en/
[116] www.thecommunityguide.org/pa/default.htm
[117] www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/hwi/about_us/index.htm
[118] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/actipreve2005.pdf
[119] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Avaluació

Segons els resultats observats, els objectius d'activitat física són difícilment assolibles en dos casos i no s'han pogut avaluar en uns altres dos.

Indicador	2002	2006	2010	Valoració
Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que són absolutament sedentàries (%) (1)	18,1	21,7	< 16	--
Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que fan exercici durant el temps de lleure (%) (2)	50,6	ND	> 55	NV
Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen més de 30 minuts diaris (%) (2)	62,8	ND	> 75	NV
Prevalença de persones entre 18 i 74 anys que realitzen activitats físiques de lleure d'intensitat moderada cinc cops o més per setmana o una quantitat equivalent (%) (1)	13,0	11,3	> 14	--

Font: (1) Enquestes de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.
(2) Examen de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable NV: No valorable
ND: No disponible

L'any 2006 s'ha produït un canvi d'instrument en la mesura del nivell d'activitat física en l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA): per a la categorització de les respostes de l'activitat física en temps de lleure s'ha utilitzat l'adaptació del Qüestionari Internacional d'Activitat Física (IPAQ)[120] en la versió curta, que permet realitzar comparacions internacionals. Es preveu que aquest nou instrument es continuï utilitzant en futures edicions de l'ESCA. Per aquest motiu, dos dels objectius relacionats amb l'activitat física establerts l'any 2002 han estat reformulats i s'avaluaran prenent com a punt de partida els resultats de l'ESCA 2006[121].

Reformulació dels objectius 2 i 3*	2006	2010
Disminuir en un 10% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que tenen un nivell insuficient d'activitat física durant el lleure (%)	32,4	28,8
Augmentar en un 20% la prevalença de persones entre 18 i 74 anys que caminen 30 minuts al dia com a mínim	45,5	54,6

Font: Enquesta de salut de Catalunya 2006. Departament de Salut.

* S'han reformulat aquests objectius perquè els indicadors s'obtenen mitjançant unes preguntes que no s'havien utilitzat en anteriors edicions de l'ESCA i, per tant, no permeten fer comparació amb dades anteriors.

[120] www.ipaq.ki.se/ipaq.htm
[121] Enquesta de salut de Catalunya 2006

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut proposa implementar el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)[122], incorporant la perspectiva territorial, de classe social, d'edat i de gènere, i atenent a criteris d'equitat i sostenibilitat en els àmbits escolar, laboral, comunitari i assistencial. Això comporta:

1. Fomentar l'activitat física en els àmbits escolar[123], comunitari[124], sanitari[125] i laboral[126].
2. Desenvolupar accions per a la detecció i tractament de la inactivitat física .
3. Desenvolupar mesures de coordinació entre l'atenció primària de salut i els equipaments comunitaris.
4. Implementar accions que permetin la creació d'un entorn propici per a les opcions més saludables.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut).

- Les accions de promoció d'activitat física lligades al PAAS en els diferents àmbits (escolar, laboral, comunitari, assistencial).

- Les accions de coordinació entre l'atenció primària de salut i equipaments esportius comunitaris en el territori.

- El percentatge d'històries d'atenció primària de salut amb informació sobre consell o prescripció d'activitat física.

Referències

I. Vuori I. Physical inactivity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. Perspectives 2004; volum 6. World Health Organization.

II. WHO. The european health report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; European Series No.97; 2002.

III. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ 2006;174(6):801-9.

IV. Racioppi F et al. A physically active live through everyday transport. With a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002.

V. WHO Europe. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.

[122] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf
[123] www16.gencat.cat/esport/esportalescola/
[124] www.bacc.info
[125] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir512/index.html
[126] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf

www.euro.who.int/document/e75662.pdf A physically active life through everyday transport a l'Organització Mundial de la Salut

www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsphys.htm Counseling to Promote Physical Activity a U.S. Preventive Services Task Force

www.who.int/topics/physical_activity/es/ L'activitat física a l'Organització Mundial de la Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/piramidefisica2006.pdf Piràmide de l'activitat física

www16.gencat.cat/esport/esportalescola/ Esport a l'escola al Departament d'Educació i la Secretaria General de l'Esport

www.cancercode.org/ Codi europeu contra el càncer

www.healthpromotionagency.org.uk/Work/Physicalactivity/menu.htm Activitat física a Health Promotion Agency

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12372.html Guia de prescripció d'exercici físic per a la salut (PEFS)

www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=38983 Physical activity and environment: Guidance

L'alimentació

Justificació

L'alimentació equilibrada és un dels components fonamentals d'un estil de vida saludable. Aproximadament, una tercera part de les malalties cròniques poden estar relacionades amb l'alimentació[127]. Mantenir un patró saludable d'alimentació, com és la dieta mediterrània, és una prioritat de salut pública.

Les dues enquestes dels hàbits nutricionals dels catalans de 1992 i de 2003[128] han permès conèixer les tendències de consum d'aliments i nutrients a Catalunya. Entre els aspectes positius es troben l'increment del consum d'oli d'oliva, de derivats làctics (sobretot baixos en greix), de fruita seca i de sucs de fruita, i la reducció del consum de carns. Els aspectes negatius són la reducció del consum de fruita fresca, hortalisses i peix, i l'increment del consum de brioixeria.

Efectivitat de les intervencions

Hi ha evidència[129] del fet que esmorzar cada dia incideix favorablement sobre la correcta distribució dels àpats i l'adequat repartiment calòric i nutricional al llarg del dia. També sobre la millora del rendiment físic i psíquic dels escolars[I, II, III]. S'ha observat en diversos estudis que el fet de menjar en família de forma habitual té una influència favorable sobre els hàbits i comportaments alimentaris, especialment de la població infantil[IV, V]. El consum excessiu de begudes ensucrades s'ha correlacionat amb l'increment de la ingesta energètica global i, en conseqüència, com a factor de risc de sobrepès i obesitat en població infantil i juvenil[VI]. Finalment, es recomana el consum de fruites, verdures i hortalisses en la dieta habitual pels seus efectes favorables sobre la salut en incrementar l'aportació en micronutrients, fibra i fitonutrients, i disminuir la densitat energètica de la ingesta.

Hi ha evidència insuficient per fer una recomanació a favor o en contra del consell sistemàtic per promoure una alimentació saludable a persones no seleccionades ateses a l'àmbit de l'atenció primària. Es recomana el consell alimentari intensiu[130] a persones adultes amb factors de risc cardiovasculars o amb malalties cròniques relacionades amb l'alimentació.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar els hàbits en l'alimentació de la població, el Pla de salut de Catalunya[131] proposa per al 2010:

Reduir:

- el consum de productes dolços en una quantitat de tres o menys vegades al dia;
- l'aportació de greixos saturats de la dieta per sota del 10% de l'energia;
- el risc d'ingestes deficitàries de vitamines i minerals en un 25%.

[127] www.fao.org/docrep/meeting/007/J1250s/J1250s00.htm
[128] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/encat2003semi.pdf
[129] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/index.html
[130] www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
[131] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Incrementar:

- el consum poblacional de verdures i hortalisses per sobre de 300 g/dia;
- el consum poblacional de fruites per sobre de 400 g/dia;
- el consum de fibra en la dieta en un 25%;
- l'aportació de folats en un 30%.

Avaluació

L'avaluació d'aquests objectius no ha estat possible perquè requereix enquestes complexes i poc eficients per a períodes relativament curts.

Amb el nivell de coneixements actual, sembla que el més pertinent, amb vista a l'any 2010, és orientar l'avaluació a conèixer:

- el percentatge de població de 6 a 17 anys que no esmorza mai abans d'anar a l'escola, en especial les noies;
- el percentatge de població de 6 a 17 anys que no esmorza a mig matí en jornada escolar;
- el percentatge de població de 6 a 17 anys que habitualment (4 cops o més per setmana) pren begudes amb sucre;
- la població de 6 anys i més que menja 5 racions o més de fruites, verdures i hortalisses al dia o habitualment (4 cops o més per setmana);
- la població de 6 a 17 anys que fa un àpat en família cada dia o habitualment.

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut proposa implementar el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)[132], incorporant la perspectiva territorial, de classe social, d'edat i de gènere i atenent a criteris d'equitat i sostenibilitat en els àmbits escolar, laboral, comunitari i assistencial. Això comporta:

- Desenvolupar accions informatives i educatives i intervencions sobre els problemes derivats de determinats estils de vida.
- Sensibilitzar la població perquè percebi com a assumibles opcions que promoguin la salut mitjançant la pràctica regular d'activitat física i d'una alimentació saludable.
- Promoure acords i compromisos en els diferents àmbits per potenciar estratègies de cooperació, per ser més eficients en la utilització de recursos.

Les propostes del PAAS se centren en els àmbits escolar, sanitari, comunitari i laboral:

- En l'àmbit escolar:

1. Incloure coneixements i habilitats en alimentació i activitat física saludables al

[132] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf

currículum escolar.

2. Definir estàndards a la programació de menús escolars[133] i al contingut de les màquines dispensadores d'aliments i begudes[134].

- En l'àmbit sanitari:

3. Formar els professionals sanitaris en la prevenció i tractament de l'obesitat.
4. Elaborar materials de suport per a l'educació sanitària de la població.

- En l'àmbit comunitari:

5. Implantar accions de sensibilització a l'àmbit de la restauració col·lectiva[135].
6. Desenvolupar accions de sensibilització i educació sanitària per a la gent gran.
7. Establir mesures de coordinació i de suport a les activitats d'àmbit local.

- En l'àmbit laboral:

8. Desenvolupar accions per a la promoció de l'alimentació i activitat física saludables: informatives i facilitadores (pàgina web, materials d'educació sanitària, contingut saludable de màquines expenedores d'aliments o begudes[136], promoció de l'ús d'escales i de circuits saludables).

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors dels objectius de salut per a l'any 2010 revisats, cal estimar en els quatre àmbits -escolar, laboral, comunitari i assistencial- i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- L'evolució de la cobertura de les revisions dels menús.
- La disponibilitat dels documents de recomanacions sobre alimentació saludable en l'àmbit laboral i comunitari.
- L'evolució del nombre d'intervencions PAAS de promoció d'hàbits alimentaris saludables.
- L'evolució del nombre de restaurants promotors d'alimentació mediterrània.
- L'evolució del nombre de màquines expenedores d'aliments i begudes[137] saludables en els diversos àmbits.

Referències

I. Pollit E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrative summary. Am J Clin Nutr 1998;67:804S-813S.

II. Friedman BJ, Hurd-Crixell SL. Nutrient intake of children eating school breakfast. J Am Diet Assoc 1999;99:219-21.

[133] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/doc11316.html
[134] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12662.html
[135] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/doc12165.html
[136] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12662.html
[137] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12662.html

III. Serra-Majem Ll, Aranceta J. Estudio enKid (1998-2000). Desayuno y equilibrio alimentario. Barcelona: Masson, 2000.

IV. Ebbeling CB, Pawlack DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002;360:473-82.

V. Lobstein T, Baur L, Uavy R, for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev. 2004;5,supl 1:4-85.

VI. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between comsumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a propspective observational analysis. Lancet 2001;357:505-8.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/index.html Alimentació i nutrició al Departament de Salut

Enquesta de salut de Catalunya 2006

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12619.html Reunió de seguiment de PAAS

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/aliments/index.html Salut alimentària al Departament de Salut

www.healthpromotionagency.org.uk/Work/Nutrition/menu.htm Nutrició a Health Promotion Agency

V. Eix 3) L'atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut

Eix 3) L'atenció sanitària, sociosanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut

Uns serveis de salut de qualitat responen a les necessitats de salut de la població. Se centren en el pacient. Són efectius, accessibles i equitatius, amb bons resultats a un cost raonable i resulten satisfactoris tant per als usuaris com per als professionals. Inclouen la prevenció, l'assistència sanitària i sociosanitària, la rehabilitació i l'atenció i el suport al final de la vida.

Els serveis orientats a les necessitats

Justificació

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública[138] és l'instrument de planificació mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per fer efectiu el desenvolupament dels serveis que conformen el sistema sanitari públic i adequar-los a les necessitats de la població, d'acord amb el Pla de salut de Catalunya i altres criteris de planificació del Departament de Salut. El Mapa respon a criteris d'equitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció de la ciutadania[139].

El Pla de salut aporta l'expressió dels problemes de salut prioritaris i planteja la definició de les intervencions més efectives per abordar-los. Sobre aquestes consideracions, el Mapa proposa els serveis més adequats per dur a terme aquestes intervencions. Les línies estratègiques d'orientació dels serveis que preveu el Mapa[140] estableixen, amb una perspectiva de futur, el marc estratègic per a la presa de decisions i són les coordenades de referència del sistema en l'adaptació dels serveis a les necessitats de salut.

La definició de les intervencions del Pla de salut no és independent de les possibilitats d'actuació en els serveis. El Pla troba en els criteris de planificació del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública les tendències d'evolució del model d'atenció, les quals són una referència cabdal sobre la factibilitat de les intervencions.

Propostes estratègiques

Les tendències principals en el desenvolupament i l'adequació dels serveis de salut que assenyala el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública en l'horitzó de l'any 2015 són:

- **Integració de serveis** en l'àmbit del GTS, desenvolupant xarxes i equips territorials de professionals per coordinar les activitats dels serveis i centres. **Atenció primària** més accessible, amb una dotació més adequada de professionals, amb millor suport de l'atenció especialitzada (consultories) i amb més poder de resolució.
- **Infermeria** amb més protagonisme en tot el sistema i, especialment, en atenció primària i atenció a la salut mental.
- **Atenció especialitzada** amb l'estabilització de les taxes d'internament, l'augment de l'assistència ambulatòria i el treball en xarxa, amb equips professionals compartits.
- **Atenció urgent** amb més capacitat a l'atenció primària, reorganització de base territorial, estabilització/disminució de l'ús d'urgències hospitalàries, sistemes de coordinació i d'informació compartida entre els dispositius assistencials.
- **Serveis sociosanitaris** amb consolidació de la xarxa i equilibri territorial; desenvolupament de línies d'innovació com ara l'atenció a pacients subaguts, l'atenció al final de la vida i l'adaptació al nou context d'atenció a la dependència.
- **Salut mental i addiccions** amb un model més comunitari, amb més capacitat de

[138] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[139] https://www.gencat.cat/diari/5070/08029120.htm
[140] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/mapa07estrat.pdf

resolució i major suport a l'atenció primària, reconversió psiquiàtrica i integració funcional dels serveis de salut mental i de drogodependències.

- **Salut pública**: desplegament del model de l'Agència de Salut Pública.
- **Tecnologies de la informació i la comunicació** amb la implantació de la història clínica compartida, la recepta electrònica i el desenvolupament de la telemedicina.

En l'estratègia de planificació sanitària[141], acompanyen al Mapa els plans d'innovació i d'ordenació de serveis sobre àmbits específics prioritzats:

- Pla d'innovació de l'atenció primària i salut comunitària
- Pla d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària
- Pla d'atenció maternoinfantil i d'atenció a la salut sexual i reproductiva
- Pla d'atenció al pacient nefrològic
- Pla d'ordenació de l'atenció especialitzada ambulatòria
- Pla d'atenció al pacient amb politraumatisme i traumatisme greu
- Programa per al desenvolupament del diagnòstic per la imatge
- Comissió de terciarisme (àmbits d'atenció d'alta especialitzaciói/o concentració)
- Estratègia de codis d'emergència

[141] www.gencat.cat/salut/planificaciosanitaria.htm

La salut maternoinfantil i l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva

Justificació

La salut reproductiva és la capacitat de les persones de gaudir d'una vida sexual satisfactòria sense riscos i de procrear amb llibertat per decidir de fer-ho o no, quan i amb quina freqüència. D'acord amb aquesta definició, l'atenció a la salut sexual i reproductiva[142] és el conjunt de mètodes, tècniques i serveis dirigits a les persones i orientats a aquesta finalitat.

Catalunya és un dels països del món amb millors indicadors de salut maternoinfantil. En els darrers anys, principalment arran del fenomen migratori[143], s'ha modificat l'estructura sociodemogràfica i les tendències de la fecunditat i la natalitat. Entre l'any 1995 i el 2005 el nombre de naixements[144] s'ha incrementat en un 47,8% fins a arribar als 79.547, dels quals el 20,8% són de mares estrangeres. Aquest mateix any, la taxa de fecunditat, en dones de 15-49 anys, ha estat de 46 naixements per cada mil dones i l'edat mitjana a la maternitat és de 30,9 anys. En joves de 14 a 17 anys, en el mateix decenni, s'observa un increment dels naixements, que han passat de 5 a 11 per cada mil dones. També, en aquest període s'ha triplicat el percentatge d'interrupcions voluntàries de l'embaràs[145] en dones d'aquest grup d'edat.

S'ha estabilitzat la proporció de nadons amb baix pes en néixer i la prematuritat[146], encara que un 10% dels prematurs són casos extrems (< 1.000 g i < 33 setmanes de gestació). En la seva etiologia es troben les malalties maternes, els embarassos múltiples (originats, en gran part, amb les tècniques de reproducció humana assistida). També hi influeixen, entre d'altres, les situacions socials que comporten un entorn i una atenció prenatal inadequats i el consum de tabac durant la gestació[147], que a Catalunya supera el 37%[I].

A Catalunya, com en altres països[II, III], en els darrers anys s'ha produït un increment considerable del percentatge de cesàries[148]. L'any 2005, el total de cesàries a Catalunya va ser del 28,6%[IV]. Aquest fet és objecte de debat en l'àmbit científic i assistencial, on l'anàlisi de l'adequació de la indicació de cesària i dels indicadors ajustats per complexitat de l'embaràs i/o part és essencial.

La situació descrita posa de manifest un procés de canvi que planteja millores de qualitat en la pràctica clínica[149] en base a l'evidència científica, i des d'un model d'atenció centrat en la persona que afavoreix la participació de la dona en la pressa de decisions.

Efectivitat de les intervencions

El seguiment sistemàtic de l'embaràs[150], amb cribratges seriats, consells de salut i preparació psicofísica, i participació de la dona en l'elecció del Pla de naixement, millora el procés del part i el desenvolupament del nadó.

[142] www.who.int/reproductive-health/index.htm
[143] Informe de salut a Catalunya: punts 12 a 24
[144] Informe de salut a Catalunya: punts: 3 a 5
[145] Informe de salut a Catalunya: punt 86
[146] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/dir1_l33_doc_3332.html
[147] Informe de salut a Catalunya: punt 96
[148] Informe de salut a Catalunya: punts 227 a 229
[149] www.mad.es/Ficheros/ley41_2002.pdf

Conèixer el grau de risc o la seva absència en l'embaràs i el part evita la medicalització i l'intervencionisme excessius, també la oferta de l'assistència natural al part normal[V, 151], amb l'objectiu que el part sigui tant fisiològic com es pugui i que la dona i la seva parella participin activament en la pressa de decisions, amb criteris d'evidència científica, aporta seguretat i benestar[152] tant a la mare com al nadó.

El cribratge prenatal combinat bioquímic i ecogràfic del primer trimestre de l'embaràs permet assolir una taxa de detecció d'anomalies congènites fetals del 90%[VI, VII].

La intervenció en el control del tabaquisme durant la gestació pot fer millorar el baix pes de nadons de mares que fumen durant l'embaràs[VIII].

La lactància materna[153] aporta beneficis per a la salut del nadó i la mare[IX]. Mantenir el contacte físic mare-fill després del part i iniciar la lactància materna durant la primera hora de vida afavoreix aquest procés.

En l'etapa neonatal, la detecció precoç[154] de l'hipotiroïdisme congènit, la fenilcetonúria, la fibrosi quística i la hipoacúsia fa millorar el pronòstic d'aquestes malalties.

El cribratge de patologies en l'etapa infantil, així com els consells a la família, permeten detectar de forma precoç malalties evolutives i millorar-ne el pronòstic[X].

Objectius de salut per l'any 2010

Amb el propòsit de millorar la salut maternoinfantil i l'atenció a la salut afectiva sexual i reproductiva, el Pla de salut de Catalunya[155] estableix per al 2010:

Mantenir:

- la mortalitat materna per sota de 7 per 100.000 nascuts vius;
- la mortalitat perinatal per sota de 6 per 1.000 nascuts vius i morts;
- la prevalença de baix pes en néixer (< 2.500 g) per sota de 7 per 100 nascuts vius;
- la prevalença de molt baix pes en néixer (< 1.500 g) per sota d'1 per 100 nascuts vius;
- la prevalença de nadons preterme (< 37 setmanes de gestació) per sota de 7 per 100 nascuts vius.

Reduir:

- la mortalitat infantil per sota de 4 per 1.000 nascuts vius;
- la prevalença de nadons de < 33 setmanes de gestació per sota d'1 per 100 nascuts vius.
- l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per sota de 7 per 1.000.

Avaluació

L'evolució dels indicadors de mortalitat materna, perinatal i infantil[156] ha estat positiva. La

[150] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/index.html
[151] www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3794
[152] www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf
[153] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/lactue07.pdf
[154] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir472/doc11908.html
[155] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

lluny de l'objectiu fixat per a l'any 2010[157]. L'evolució de la taxa d'embarassos en adolescents fa preveure que no serà possible assolir l'objectiu fixat. Els canvis en els patrons de comportament afectiu i sexual, així com els demogràfics dels darrers cinc anys amb la incorporació de població nouvinguda, han tingut un impacte important en el nombre d'embarassos entre la població jove.

Indicador	2000	2005	2010	Valoració
Taxa de mortalitat materna per 100.000 nascuts vius	0,0	3,7	< 7	++
Taxa de mortalitat perinatal per 1.000 nascuts vius i morts	4,6	4,3	< 6	++
Taxa de mortalitat infantil per 1.000 nascuts vius	3,4	2,7	< 4	++
Prevalença de baix pes en néixer (< 2.500 g) per 100 nascuts vius	7,6	7,4	< 7	--
Prevalença de molt baix pes en néixer (< 1.500 g) per 100 nascuts vius	0,7	0,7	< 1	++
Prevalença de nadons preterme (< 37 setmanes de gestació) per 100 nascuts vius	7,6	7,5	< 7	--
Prevalença de nadons de < 33 setmanes de gestació per 100 nascuts vius	1,1	1,2	< 1	--
Índex d'embarassos en dones menors de 18 anys per 1.000 dones	7,9	10,9	< 7	--

Font: Direcció General de Salut Pública, 2000 i 2005. Departament de Salut.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per tal de millorar l'atenció a la salut maternoinfantil i l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva, el Departament de Salut proposa la implementació en el territori del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció maternoinfantil, el Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva i el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària, i les accions de salut pública en l'àmbit de la prevenció i promoció de la salut, entre les quals destaquen les següents:

1. Cribratge prenatal d'anomalies congènites fetals del primer trimestre basat en el test combinat bioquímic i ecogràfic: Programa de diagnòstic prenatal[XI].
2. Adequació de l'atenció a l'embaràs, part i puerperi d'acord amb la classificació del risc segons el protocol: Programa d'educació maternal, Protocol d'assistència i seguiment a l'embaràs[158], Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó[159], Protocol per a l'assistència al part normal[160] i Recomanacions per a la millora de l'atenció maternoinfantil.

[156] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/t1978-2002.pdf
[157] Informe de salut a Catalunya: punts 475 a 476.
[158] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protsegui2006.pdf
[159] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protpart.pdf
[160] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/part2007.pdf

3. Sensibilització dels professionals de la salut per incrementar les taxes de cessació del tabaquisme durant l'embaràs i reduir les recaigudes en el postpart: Programa Embaràs sense Fum[161], Guia clínica per promoure l'abandonament del tabac durant l'embaràs[162].
4. Oferta del Pla de naixement[163] que dóna l'opció a la dona a l'assistència natural al part normal en els centres hospitalaris.
5. Cribratge neonatal per a la detecció de la hipoacúsia.
6. Millora de l'atenció al neonat de risc, amb orientacions als pares per a la cura dels nadons prematurs a casa i la implantació del protocol per a l'atenció d'aquests nadons: Protocol hospitalari d'assistència domiciliària per a nadons preterme o de baix pes i Recomanacions per a la millora de l'atenció maternoinfantil, respectivament.
7. Promoció de la lactància materna[164] amb l'objectiu d'incrementar el nombre de dones que s'hi inicien i el temps de lactància, facilitant l'accés en situacions especials (prematuritat, escolarització, entre d'altres) i continuant monitorant les tendències d'aquesta pràctica en la població.
8. Consells de salut generals i per grups de risc, i cribratges esglaonats de problemes de salut evolutius a la infància, amb el Programa de seguiment de la infància i els *Consells de puericultura*.
9. Orientació a la població jove en relació amb la salut afectiva, sexual i reproductiva. Consulta oberta en els centres educatius: Programa salut i escola[165], Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR), Tardes Joves i el web Sexe Joves[166].
10. Intervencions adreçades a la prevenció d'embarassos no desitjats en adolescents incidint en poblacions vulnerables[167], considerant aspectes específics relacionats amb les desigualtats socials Pla d'accessibilitat als preservatius[168], Programa Anticoncepció d´Emergència[169], Programa Salut i Escola[170], PASSIR, Tardes joves, Cartera de serveis de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de suport a l'atenció primària i al web Sexe joves[171].

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar i, si escau, per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- el percentatge de dones embarassades a les quals s'ha ofert el cribratge d'anomalies congènites del primer trimestre;

[161] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/protembaras2007fum.pdf
[162] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/catalegcatdefset06.pdf
[163] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/formupart2007.pdf
[164] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir472/doc9901.html
[165] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/psie2006.pdf
[166] www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php
[167] Idpàgina 2.1.4
[168] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/doc6351.html
[169] www.gencat.cat/ics/professionals/guies/contracepcio/contracepcio.htm
[170] www.gencat.cat/educacio/butlleti/professors/noticies/salutiescola.htm
[171] www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php

- la proporció d'interrupcions voluntàries d'embaràs per Síndrome de Down sobre el total d'embarassos amb Síndrome de Down;
- l'evolució de la taxa de cesàries;
- la taxa de cessació tabàquica durant l'embaràs;
- l'evolució del nombre de centres hospitalaris que ofereixen l'assistència natural al part normal;
- l'evolució del nombre de territoris (GTS) que durant l'embaràs i el part elabora el Pla de naixements;
- la proporció de mares que donen el pit als 3, 6 i 12 mesos després del part;
- la cobertura del Programa de seguiment de la infància;
- el nombre de visites realitzades als infants als 2, 6 i 14 anys dins del Programa de seguiment a la infància;
- proporció de consultes realitzades per nois i noies a la consulta oberta del programa Salut i Escola en relació amb la salut afectiva, sexual i reproductiva;
- l'evolució del nombre de consultes a la Web de Sexe Jove.

Referències

I. Jané M, Tomás Z, Martínez C, Prats B, Vidal JM, Prats R, Cabezas C, Plasencia A. Aspectos asociados al mantenimiento del tabaquismo en el posparto en Catalunya. Gac Sanit 2007;21-6.

II. Ecker JI, Frigoletto FD. Cesarean Delivery and the Risk-Benefit Calculus. N Engl J Med 2007;(9) 356:885-8.

III. Campillo C. El aumento de las tasas de cesárea: ¿què hacer? Gestión clínica y sanitaria (2007); volum 9; núm. 2.

IV. Jané M, Prats R, Plasència A. Indicadors de Salut Maternoinfantil a Catalunya 2003-2005. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Salut Pública, 2008.

V. The Royal College of Midwives of London. Midwifery Practice Guideline. The Royal College of Midwives of London, 2005

VI. Spencer K, Spencer CE, Power M, Dawson C, Nicolaides KH. Screening for chromosomal abnormalities in the first trimester using ultrasound and maternal serum biochemistry in a one-stop clinic. A review of three years prospective experience. Br J Obstet Gynecol 2003;110:281-6.

VII. Borrell A, Casals E, Fortuny A, Farre MT, Gonce A, Sanchez A, Soler A, Cararach V, Vanrell JA. First-trimester screening for trisomy 21 combining biochemistry and ultrasound at individually optimal gestational ages. An interventional study. Prenat Diagn 2004;14:541-5.

VIII. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). A: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, Uk: John Wiley & Sons, Ltd.

IX. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39-46.

X. Pericas Bosch J i Grupo PrevInfad ¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado? A: AEPap ed. Curso de actualización de Pediatría 2004, Madrid: Exlibris Ediciones, 2004:43-55.

XI. Instrucció CatSalut: Programa de diagnòstic prenatal d'anomalies congènites fetals a Catalunya EN PRENSA

www.idescat.net/cat/idescat/serveis/premsa/NPnaix2005.pdf La natalitat a Catalunya l'any 2005

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/infantil/index.html Indicadors de salut maternoinfantil a Catalunya, 2003-2005

www.federacion-matronas.org/_federacion-matronas/archivos/411_es_definicion-sa-sexual-reproductiva.pdf Declaració de salut sexual i reproductiva

www.idescat.net/cat/poblacio/poblfluxos.html Institut d'Estadística de Catalunya

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm Salut sexual i reproductiva al Ministeri de Sanitat i Consum

www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionPartoNormal.PDF Estratègia del part normal del Ministeri de Sanitat i Consum

www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf Recomanacions sobre l'assistència al part , Gener 2008

www.federacion-matronas.org/matronas/asociaciones/i/413/56/associacio-catalana-de-llevadores-acll Associació Catalana de Llevadores (ACLL)

www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062PublicInfo.pdf Cura prenatal sistemàtica per un embaràs saludable. Març 2008

www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf Cura durant el part. Un part saludable per les dones i els seus infants durant el naixement. Setembre 2007

www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG37NICEguideline.pdf Cura postnatal sistemàtica per les dones i els seus infants. Juliol 2006

La salut bucodental

Justificació

Els problemes de salut bucodental –la càries i les malalties periodontals– són un important problema de salut pública per l'alta prevalença i la repercussió que tenen sobre els costos sanitaris i socials, encara que generalment, pel fet que no ocasionen mortalitat directa, durant molt de temps s'han abordat de manera individual i no poblacional.

Catalunya va iniciar fa més de dues dècades programes de prevenció de la càries en població escolar[I,II]. La millora progressiva dels indicadors de salut bucodental obtinguda durant aquest període s'ha trencat, i en alguns casos s'ha invertit la tendència[172, III].

Les dades de l'enquesta epidemiològica de càries entre els escolars de Catalunya de 2006 com les de l'ESCA del mateix any mostren que l'hàbit de la raspallada dental com a mínim dos cops al dia en nens menors de 15 anys[173] se situa entre el 40,6% i el 57,5%, depenent de la font d'informació utilitzada i el grup d'edat considerat.

Les tendències actuals apunten que s'ha d'incidir amb mesures especials sobre els grups d'alt risc que acumulen un percentatge molt més elevat de càries dental que la resta de la població. Entre un 5 i un 11% dels nens preescolars de 3 i 4 anys a Espanya acumulen entre el 50 i el 60% del total de càries del grup[IV].

El marc legal de referència per a les actuacions d'atenció a la salut bucodental és el fixat pel Reial decret 1030/2006[174], en què s'organitza la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització. L'article 11.1 del Reial decret estableix que cada comunitat autònoma pot aprovar la seva pròpia cartera de serveis, sempre que inclogui com a mínim la cartera de serveis comuns del SNS.

Efectivitat de les intervencions

L'ús regular i supervisat de glopeig bucal fluorat s'associa amb una clara reducció de càries, que és d'un 26% de l'índex CAOD (dents permanents cariades, absents i obturades), en comparar el grup de tractament inclòs en programes de glopejos setmanals o quinzenals amb el grup de control[V].

La raspallada dental amb pasta fluorada és el mètode més important de subministrament de fluor en la superfície dental i ha demostrat ser una mesura efectiva en la prevenció de càries[VI, VII, VIII]. Així mateix, la raspallada dental és fonamental per a la prevenció de les malalties de les genives (gingivitis i periodontitis).

Els estudis sobre l'efectivitat del segellament de fissures per a la prevenció de càries en dents permanents de nens i adolescents demostren que les molars definitives a les quals s'aplica aquesta intervenció tenen una probabilitat menor de desenvolupar càries que aquelles en què no s'aplica[IX].

[172] Informe de salut a Catalunya: punts 458 a 460 i taula 96.
[173] Informe de salut a Catalunya: punts 87 a 91.
[174] http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2006/16212.

En el context actual sembla eficient la proposta recollida en el Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut a la infància[X] que estableix que el cribratge de la càries dental la faci el pediatre i derivi els casos detectats a l'odontòleg.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir la morbiditat bucodental, el Pla de salut de Catalunya[175] estableix:

Assolir:

- que almenys el 80% dels escolars de 6 anys estiguin lliures de càries;
- que almenys el 60% dels escolars de 12 anys estiguin lliures de càries, i
- que l'índex de restauració als 12 anys se situï per sobre del 65%.

Mantenir:

- l'índex CAOD per sota d'1 a l'edat de 12 anys.

Avaluació

Els indicadors relacionats amb els escolars de 6 anys lliures de càries mostra una inversió en la tendència i s'observa una disminució del percentatge d'escolars sense patologia. En els escolars de 12 anys, la tendència és d'estancament, amb la qual cosa aquests objectius semblen difícils d'assolir, tant per les xifres actuals com pel trencament de les tendències observades en els últims anys.

L'objectiu relacionat amb la quantitat total de patologia acumulada mostra una disminució contínua, la qual cosa fa pensar que els objectius fixats per a l'any 2010 seran assolibles.

L'objectiu relacionat amb la restauració de les lesions de càries segueix una tendència positiva, ja evidenciada en els darrers anys, tot i que el seu lent creixement farà difícil aconseguir la fita establerta per a l'any 2010[176].

Indicadors	1997	2006	2010	Valoració
Prevalença d'escolars de 6 anys lliures de càries	70,2	63,3	80	--
Prevalença d'escolars de 12 anys lliures de càries	53,4	54,2	60	+/-
Índex CAOD a l'edat de 12 anys	0,9	0,7	< 1	++
Índex de restauració als 12 anys (%)	44,6	52,5	> 65	+/-

Font: Enquesta epidemiològica de prevalença de càries dental en els escolars de Catalunya, 1997 i 2006. Departament de Salut.
CAOD: dents permanents cariades, absents i obturades sobre el total de peces.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

[175] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html.
[176] Informe de salut a Catalunya: punts 458 a 460 i taula 96.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per tal de millorar la salut bucodental de la població, el Departament de Salut, tot continuant les activitats de prevenció, cribratge i tractament de la població de risc, prioritzant els escolars i les dones gestants, incorporant la perspectiva territorial i atenent criteris d'equitat i sostenibilitat, proposa incidir en les intervencions següents:

1. Informació, educació per a la salut i, si escau, ensinistrament en matèria d'higiene i salut bucodental.
2. Tractament de processos aguts odontològics.
3. Exploració preventiva de la cavitat oral a les dones embarassades.
4. Instruccions sanitàries sobre dieta i salut bucodental tant als nens com als pares.
5. Revisió bucal als escolars per tal de detectar nens amb risc de càries, malaltia periodontal i maloclusions.
6. Atenció odontològica a nens en grups de risc de càries i nens amb malalties periodontals, que inclogui segellament de fissures, aplicacions amb gel de fluor i profilaxi periodontal.

Indicadors de l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010 i dels proposats en el Reial decret 111/2008[177] avalat pel conveni entre el Ministeri de Sanitat i Consum i el Departament de Salut per a l'atenció odontològica als nens de 7-8 anys durant l'any 2008[XI], cal estimar segons sexe, grup d'edat i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- la cobertura territorial i poblacional de la distribució de material informatiu i educatiu en matèria d'higiene i salut bucodental;
- l'evolució del percentatge de dones gestants ateses a l'atenció primària de salut a les quals s'ha fet una exploració preventiva oral;
- l'evolució del percentatge de nens als quals s'ha fet una revisió de la boca segons grups d'edat;
- l'evolució del percentatge de nens segons grups d'edat amb aplicació de fluor tòpic;
- l'evolució del percentatge de nens segons grups d'edat amb segellats de fissures.

Referències

I. Ordre de 13 de juliol de 1982, sobre aprovació i execució de programes de prevenció de la càries dental.

II. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Programa Marc de Salut Bucodental a les Àrees Bàsiques de Salut. Barcelona; 1993.

[177] http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2008/01904.

III. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta epidemiològica de càries entre els escolars de Catalunya 2006.

IV. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta Nacional Española de Salud Oral en Preescolares 2007. RCOE 2006;12(3).

V. Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Enjuagues dentales fluorados para la prevención de caries en niños y adolescentes (Revisió Cochrane traduïda). A: La Biblioteca Cochrane Plus, núm. 1, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traduïda de The Cochrane Library, 2008 Issue Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

VI. Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutrition 2004;7(1A):201–26.

VII. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. OMS, Serie de Informes Técnicos, 2003. Núm. 916:110-31.

VIII. Sutcliff P. Oral cleanliness and dental caries. A: Murray JJ, ed. The prevention of oral disease. Oxford: Oxford University Press, 1996:68-77.

IX. Ahovuo-Saloranta A, Hiiri A, Nordblad A, Worthington H, Mäkelä M. Selladores de puntos y fisuras para la prevención de caries en dientes permanentes de niños y adolescentes (Revisió Cochrane traduïda). A: La Biblioteca Cochrane Plus, núm. 1, 2008. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: http://www.update-software.com. (Traduïda de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

X. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa d'activitats preventives i de promoció de la salut a la infància (en premsa).

XI. Conveni entre el Ministeri de Sanidat i Consum i la Comunitat Autònoma de Catalunya per a la promoció d'activitats per a la salut bucodental infantil durant l'any 2008.

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/spesbu.htm. Consells de salut bucodental

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/professionals/spfluor.htm. Actualitzacions sobre l'ús del fluor

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/bocaidents.pdf. Higiene bucodental

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutjove/cssj3.htm. Guia de salut per a joves (salut bucodental)

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir463/csbas3.htm. Prevenció de la càries dental

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/dentfort2006.pdf. Glopeig i raspallat

Les malalties transmissibles

Les malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions

Justificació

La immunització activa és una de les millors tècniques preventives que la salut pública pot oferir[I] per controlar l'exposició a una bona part de malalties transmissibles. L'aplicació de vacunes de forma sistemàtica comporta una disminució molt significativa de la morbiditat i la mortalitat de les malalties contra les quals han estat administrades en la població. Les vacunes també són capaces d'eliminar malalties infeccioses en amplis territoris geogràfics i, fins i tot, d'eradicar-les del món[II]. A Catalunya disposem de vacunes contra vint-i-quatre malalties diferents[III, 178].

Efectivitat de les intervencions

Pràcticament totes les vacunes que s'utilitzen tenen una alta eficàcia, efectivitat i seguretat. Les vacunes que s'administren de forma sistemàtica[179] tenen un impacte important en termes de salut pública, ja que algunes de les malalties objecte de vacunació han estat eliminades o s'ha aconseguit disminuir-ne de forma important la incidència i letalitat[IV, V].

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir l'impacte de les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunacions a la població, per a l'any 2010, el Pla de salut de Catalunya[180] proposa:

Mantenir:

- l'eliminació de la diftèria, el tètanus neonatal, la poliomielitis salvatge i el xarampió autòcton;
- la proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població > de 10 anys per sota del 15% del total de casos declarats.

Eliminar:

- la rubèola postnatal autòctona i la poliomielitis vacunal en la població autòctona;
- els casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys en la població autòctona;
- la malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* tipus B en els menors de 19 anys en la població autòctona.

Reduir:

- el nombre anual de casos de tètanus (< 2), tos ferina (< 50) i parotiditis (< 50) en la

[178] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/vacunes/index.html
[179] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/cartellvacunes2005.pdf
[180] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

població autòctona:

- la morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per sota de 0,5/100.000 h.;
- la prevalença de HBsAg+ en la població autòctona de 15 anys i més per sota del 0,5%;
- la prevalença de l'antecedent d'infecció pel virus de l'hepatitis B (antiHBc+) en la població autòctona de 15 a 24 anys per sota del 0,5%;
- la incidència d'hepatitis A en la població autòctona per sota d'1/100.000 h.;
- la incidència de varicel·la per sota de 100/100.000 h.;
- la incidència de pneumònia pneumocòccica bacterièmica en els nens menors de dos anys per sota de 2/100.000 h;
- la incidència de meningitis pneumocòccica en els nens menors de dos anys per sota d'1/100.000 h.;
- la incidència de malaltia pneumocòccica invasora en les persones de 65 anys i més en un 40% per sota de 16,7/100.000 h.

Avaluació

Indicador	2000	2004	2010	Valoració
Nombre de casos de diftèria, tètanus neonatal, poliomielitis salvatge i xarampió autòcton	0	0	0	++
	0	0	0	++
	0	0	0	++
	1	12 importats 0 autòctons	0	++
Nombre de casos de rubèola postnatal autòctona i poliomielitis vacunal en la població autòctona	2	5	0	+/-
	0	0	0	++
Nombre de casos de malaltia meningocòccica pel serogrup C en els menors de 19 anys en la població autòctona	46	10	0	+/-
Nombre anual de casos de tètanus, tos ferina i parotiditis en la població autòctona	5	6	< 2	--
	193	206	< 50	--
	115	104	< 50	+/-
Nombre de casos de malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* tipus B en els menors de 19 anys en la població autòctona	2	4	0	--
Taxa de morbiditat declarada per hepatitis B en la població autòctona per 100.000 h	1,2	2,1	< 0,5	--
Taxa de prevalença de HBsAg+ en la població autòctona	ND	ND	< 0,5	NV

de 15 anys i més anys				
Taxa de prevalença de l'antecedent d'infecció per virus de l'hepatitis B (antiHBc+) en la població autòctona de 15 a 24 anys	ND	ND	< 0,5	NV
Taxa d'incidència d'hepatitis A en la població autòctona per 100.000 h.	2,8	3,3	< 1	--
Taxa d'incidència de varicel·la per 100.000 h	553*	498*	< 100	+/-
Taxa d'incidència de pneumònia pneumocòccica bacterièmica en els nens < 2 anys per 100 000 h[1]	11,2 **	13,9***	< 2	--
Taxa d'incidència de meningitis pneumocòccica en els nens < 2 anys per 100 000 h [1]	6,4**	3,2***	< 1	++
Taxa d'incidència de malaltia pneumocòccica invasora en persones ≥ 65 anys per 100 000 h [1]	17,7**	15,8***	< 16,7	++
Proporció de casos de tos ferina en els adolescents i adults (població > de 10 anys) respecte al total de casos declarats	23,3	28	< 15	--

Font: Sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO). Departament de Salut.
*Taxes calculades segons el Padró municipal d'habitants de 1996.
** Dades de l'any 2001 i taxes calculades amb el cens del 2001.
*** Taxes calculades amb el cens del 2001.
[1] Sistema de notificació microbiològica de Catalunya. Departament de Salut.
++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable
ND: No disponible/sense dades: NV: No valorable

Hi ha una marcada reducció de la incidència en la població autòctona de la majoria de malalties vacunables[181] i les dades han permès poder plantejar-ne l'eliminació d'algunes com la del xarampió o la de la rubèola. Caldrà seguir de prop altres malalties com la tos ferina, el tètanus, la malaltia invasora per *Haemophilus influenzae* tipus B o les hepatitis, per l'existència de bosses de població susceptibles. Entre 2000 i 2004 s'ha produït un augment de la incidència de pneumònia pneumocòccica en nens menors de 2 anys.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb la finalitat de continuar mantenint les altes cobertures de les vacunacions sistemàtiques[182], de garantir l'accessibilitat i el compliment de la població al programa de vacunacions, i adequar-lo a la nova estructura sociodemogràfica de Catalunya, el Departament de Salut proposa:

1. Implantar un sistema d'informació global amb dades individualitzades de vacunació tant a partir dels registres dels centres públics com de les consultes privades.
2. Realitzar activitats d'educació sanitària i utilització de les noves tecnologies de comunicació.
3. Reforçar, amb caràcter general, l'estratègia de vacunació del calendari de vacunacions per augmentar les cobertures vacunals actuals:
   - Triple vírica (xarampió, rubèola i galteres): tota la població adulta susceptible (població autòctona nascuda després de 1966), fent èmfasi en la població immigrada i el personal sanitari.
   - Meningitis C conjugada: població d'1 a 19 anys.

[181] Informe de salut a Catalunya: punts 463 a 467.
[182] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/vacunes/index.html

- Hepatitis B: fills de mare portadora, especialment en gestants procedents d'àrees d'alta endèmia; escolars, especialment on es detectin cobertures baixes; joves no vacunats nascuts després de 1980 que pertanyen a les cohorts vacunades als 12 anys a l'escola, així com els nascuts abans de 1981 amb algun factor de risc.
- Hepatitis A: grups de risc, especialment viatgers a àrees endèmiques i nens procedents d'aquestes àrees que resideixen a Catalunya. Manteniment del programa pilot actual fins al 2013-2014.
- Antipneumocòccica 23 valent població de 60 a 65 anys.
- Virus del papil·loma humà (VPH): nenes que cursin 6è d'educació primària amb l'objectiu d'assolir una cobertura > 70%.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar segons sexe i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- L'evolució del compliment del calendari de vacunacions sistemàtiques de Catalunya.

- La cobertura poblacional de la vacunació triple vírica en la població adulta nascuda després del 1966, en la població immigrada i el personal sanitari.

- La cobertura poblacional de la vacunació contra la meningitis C conjugada en la població d'1 a 19 anys.

- L'evolució del nombre de vacunats contra l'hepatitis B: fills de mare portadora; escolars, especialment on es detectin cobertures baixes; joves nascuts després de 1980 de les cohorts vacunades als 12 anys a l'escola i els nascuts abans de 1981 amb factors de risc.

- L'evolució del nombre de vacunats contra l'hepatitis A: viatgers a àrees endèmiques i nens procedents d'aquestes àrees que resideixen a Catalunya.

- La cobertura poblacional de la vacunació antipneumocòccica 23 valent en la població de 60 anys i més.

- La cobertura poblacional de la vacunació antigripal en la població de 60 anys i més i nombre de vacunats menors de 60 anys que pertanyen a grups de risc.

- La cobertura poblacional de la vacunació contra el VPH en nenes que cursin sisè d'educació primària.

Referències

I. Orenstein WA, Rodewald LE, Hinman AR. Immunization in the United States. A: Plotkin SA, Orenstein WA eds. Vaccines Fourth Edition. Filadèlfia: Saunders, 2004.

II. Fenner F, Henderson DA, Arita I et al. Smallpox and its erradication. Ginebra: World Health Organization, 1988.

III. Batalla J, Bayas JM, Campins M, Urbiztondo L, Vidal J. Manual de vacunacions. 4a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Quaderns de Salut Pública 14, 2006.

IV. Salleras L, Taberner JL, Batalla J et al. Enfermedades prevenibles mediante vacunaciones sistemáticas. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud para el año 2000. Med Clin (Barc) 2003; 121(supl 1):74-8.

V. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Evolució de les malalties immunoprevenibles. Catalunya, 1983-2003. BEC 2005; XXVI (extraordinari 2n trimestre):59-68.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir473/index.html Les vacunacions al Departament de Salut

www.euro.who.int/vaccine La vacunació a la regió europea segons l'Organització Mundial de la Salut

www.who.int/vaccines/es/indexspanish.shtml Projecte d'immunització i vacunes de l'Organització Mundial de la Salut

www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunasProfesionales.htm Programa de vacunació del Ministeri de Sanitat i Consum

Les infeccions de transmissió sexual (ITS)

Justificació

La importància de les infeccions de transmissió sexual (ITS) rau en la seva elevada incidència i en les conseqüències sanitàries i socioeconòmiques que comporten. Les formes asimptomàtiques o poc aparents d'aquestes malalties són força freqüents, especialment en les dones. Quan no es tracten poden ocasionar complicacions i seqüeles. Aquestes solen ser més importants en les dones, com és la malaltia inflamatòria pelviana que, a més de la gravetat clínica amb què pot cursar, és causa possible d'embarassos ectòpics, infertilitat i esterilitat[I].

La sífilis congènita, l'oftàlmia i la pneumònia per clamídies i l'herpes són exponents clars de la transcendència que poden assolir aquestes malalties, sobretot tenint en compte que les dones joves en edat fèrtil constitueixen un col·lectiu especialment afectat. Així mateix, actualment està ben establerta l'existència d'una ferma relació causal entre la infecció pel papil·lomavirus humà i el càncer de coll d'úter o la seva lesió precursora[II].

També cal considerar l'associació entre la presència d'infeccions genitals i la probabilitat d'infecció pel VIH. La presència de determinades ITS (ulceratives com la sífilis, l'herpes o el xancre tou, i supuratives com la gonocòccia, la infecció genital per clamídia o la tricomonosi) incrementa substancialment el risc de transmissió del VIH. Així, la prevenció i el control d'altres ITS tenen un paper important en l'estratègia de prevenció de la infecció pel VIH.

L'Organització Mundial de la Salut[183] estima que l'any 1999 la incidència global de sífilis, gonocòccia, infecció per *Chlamydia trachomatis* i tricomonosi va ser de 340 milions de casos nous en homes i dones en edats compreses entre els 15 i els 49 anys. A Catalunya, les ITS són objecte de vigilància epidemiològica i s'han de declarar de forma obligatòria els casos de sífilis, sífilis congènita, gonocòccia, limfogranuloma veneri, infecció genital per clamídies, infecció pel papil·loma humà, infecció per tricomones, herpes genital, oftàlmia neonatal i altres ITS. L'hepatitis B i la sida són malalties de declaració obligatòria.

L'evolució de les ITS[184] objecte d'avaluació en el període 1989-2006 s'ha caracteritzat per una disminució fins al principi del nou mil·lenni, que és quan es comença a observar un increment en les taxes d'incidència per a totes les ITS sotmeses a declaració obligatòria.

Efectivitat de les intervencions

Diferents estudis mostren la importància de les mesures per evitar el contagi[185], així com les de millora de l'atenció als malalts. En aquest sentit són eficaces i efectives les intervencions de reducció del risc mitjançant preservatius, espermicides o altres sistemes, i les de consell, informació i educació pels professionals de la salut o els àmbits educatius o juvenils.

Les activitats d'informació i educació sanitàries han fet èmfasi en els centres d'ESO, batxillerat i ensenyament superior, i també en l'àmbit sanitari, especialment dirigides a joves i grups amb comportaments de risc, a través de les unitats monogràfiques de transmissió

[183] www.who.int/hiv/pub/sti/who_hiv_aids_2001.02.pdf
[184] www.ceescat.org/Documents/SIVES2005Cat_Morbiditat_ITS.pdf
[185] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/2007lb24.pdf

sexual (UITS), dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR), dels equips d'atenció primària (EAP) i de recursos d'informació juvenil. Així mateix, s'ha conduït un programa específic en els centres penitenciaris per a la detecció precoç, el diagnòstic i tractament de les ITS. Per a les dones embarassades i les persones amb comportament de risc, s'ha impulsat el cribratge d'algunes ITS d'acord amb les directrius establertes a la Guia de pràctica clínica sobre les ITS.

En aquest sentit, un dels principals instruments d'intervenció ha estat l'elaboració del Model Assistencial Integrat per al Procés ITS, que comporta la reordenació dels fluxos de treball de tota la xarxa d'atenció sanitària en relació amb les ITS, per donar una resposta única, basada en la millor evidència científica disponible, dirigida a millorar la satisfacció dels pacients i el treball dels professionals.

Altres accions, com la millora dels coneixements i l'actualització sobre el maneig preventiu i clínic de les ITS, a través d'activitats formatives, la millora de la vigilància epidemiològica o la implementació de protocols específics a les regions sanitàries han contribuït a la millora de la situació d'aquestes malalties.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de disminuir les infeccions de transmissió sexual, el Pla de salut de Catalunya[186] estableix que:

Cal reduir:

- un 10% la incidència de sífilis;
- un 10% la incidència de gonocòccia;
- un 10% la incidència d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis*;
- la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 15%.

Cal eliminar:

- l'oftàlmia neonatal.

Cal mantenir:

- l'eliminació de la sífilis congènita.

Avaluació

Les dades d'incidència de sífilis, gonocòccia, infecció genital per *Chlamydia trachomatis*, altres ITS i oftàlmia neonatal augmenten i, per tant, si es manté aquest increment no serà possible l'assoliment d'aquests objectius el 2010. Per altra banda, l'any 2006 s'han declarat tres casos sospitosos de sífilis congènita al sistema de vigilància.

Indicador	2000	2006	2010	Valoració
Taxa d'incidència de sífilis per 100 000 h.	1,5	5,2	1,4	--
Taxa d'incidència de gonocòccia per 100 000 h.	3,5	5,8	3,2	--

[186] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Taxa d'incidència d'infecció genital per *Chlamydia trachomatis* per 100 000 h.	3,3	5,1	3,0	--
Taxa d'incidència d'oftàlmia neonatal per 100 000 nascuts vius	23,6	29,2	0	--
Taxa d'incidència de sífilis congènita per 100 000 nascuts vius	0	*	0	NV
Taxa d'incidència d'altres malalties de transmissió sexual per 100 000 h.	60,5	67,8	51,4	--

Font: Font: Direcció General de Salut Pública, 2000. Departament de Salut.
Centre d'Estudis Epidemiològics de les ITS i sida a Catalunya (CEEISCAT), 2006. Departament de Salut.

* Sífilis congènita: 3 casos sospitosos.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
NV: No valorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per fer possible l'assoliment dels objectius de salut al 2010, el Departament de Salut proposa.

1. Elaborar i aplicar el Model Assistencial Integrat per al procés ITS.
2. Reforçar i millorar al Departament de Salut els sistemes de informació formals per a la vigilància epidemiològica de les ITS, mitjançant els registres de les MDO numèriques i individualitzades i el Sistema de Notificació Microbiològica.
3. Implementar i consolidar la vigilància epidemiològica i microbiològica reforçada de les ITS, mitjançant el Registre de les ITS de Catalunya i la Xarxa sentinella de les ITS de Catalunya.
4. Monitorar les ITS a la població general i poblacions vulnerables, mitjançant la realització d'estudis transversals de prevalença i conductes.
5. Potenciar la integració dels sistemes de informació de infecció pel VIH/SIDA i les ITS.
6. Promoure la informació i educació sanitàries a la població general i als grups amb comportament de risc.
7. Homogeneïtzar les pràctiques preventives, diagnòstiques i clíniques en relació amb les ITS i el seu maneig, amb el suport de l'evidència científica disponible.
8. Optimitzar la detecció i tractament de les ITS mitjançant la incorporació de les ITS en la cartera de serveis dels EAP i els PASSIR.
9. Fomentar la provisió de consell assistit preventiu sobre les ITS en els punts assistencials de la xarxa de salut.
10. Dissenyar un protocol d'actuació en cas de brots epidèmics d'ITS.
11. Dissenyar i implementar un Model d'Estudi de Contactes per a les ITS.
12. Afavorir i participar en la millora dels coneixements sobre les ITS dels professionals de la salut, a través d'activitats de formació continuada.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors relacionats amb els objectius de salut per al 2010, cal estimar, si escau, per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- l'evolució del nombre de casos notificats al Registre de les ITS;
- l'evolució del nombre de participants inclosos a la Xarxa sentinella de les ITS;
- l'evolució del nombre de poblacions vulnerables estudiades.

Així com disposar de:

- un model assistencial integrat;
- la guia de pràctica clínica;
- un model d'estudi de contactes;
- un protocol d'actuació en cas de brot epidèmic;
- el nombre d'accions dutes a terme per a la formació continuada dels diferents professionals que duen a terme activitats de prevenció i control de les ITS.

Referències

I. Cates W, Rolfs RT, Aral SO. Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease and infertility: an epidemiologic update. Epidemiologic Reviews 1990;12:199-219.

II. Jay N, Moscicki B. Human papilloma virus infection in women. A: Goldman MB, Hatch MC. Women & Health. San Diego: Academic Press, 2000:324-35.

www.ceescat.org Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya

www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/es/ Les malalties de transmissió sexual a l'Organització Mundial de la Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir454/index.html Les infeccions de transmissió sexual al Departament de Salut

www.who.int/reproductive-health/publications/stisstrategy/index.html Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015

www.who.int/reproductive-health/strategy.htm Les estratègies de salut reproductiva a l'Organització Mundial de la Salut

ecdc.europa.eu/Health_topics/STI/Index.html European Center for Diseases Prevention and Control (ECDC)

www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php Sexe joves

Les infeccions pel virus d'immunodeficiència humana i la sida

Justificació

Actualment, la infecció pel VIH[187] afecta prop de 33.000 persones a Catalunya i continua sent un problema de salut pública prioritari després de l'impacte demogràfic, sanitari i econòmic que ha suposat aquesta malaltia en el nostre entorn.

A partir de l'any 1996, coincidint amb la introducció de pautes de tractament antiretroviral de gran activitat (TARGA), la incidència de casos de sida[188] a Catalunya va començar a disminuir i aquest descens es manté actualment. D'aquesta manera, l'any 2000 s'havia produït una disminució del 67% respecte als casos diagnosticats l'any 1995. Les diferents poblacions afectades per la infecció del VIH no s'han beneficiat de la mateixa manera de les successives teràpies. Així, el nombre de casos de sida entre les persones que van adquirir la infecció per relacions heterosexuals sense protecció ha disminuït en menor proporció en relació amb els infectats per l'ús de drogues per via parenteral.

En el mateix sentit, la mortalitat causada per la sida[189] a Catalunya, que havia augmentat progressivament des de l'inici de l'epidèmia fins a l'any 1995, a partir de l'any 1996 va començar un descens progressiu, i el 1998 va deixar de ser la primera causa de mort entre els joves de 20 a 39 anys.

Els resultats procedents del sistema d'informació de nous diagnòstics d'infecció pel VIH indiquen que la via de transmissió sexual és el principal mecanisme d'infecció pel VIH[I, II].

Per altra banda, la confirmació de l'increment de persones recentment diagnosticades procedents d'altres països (24% dels nous diagnòstics d'infecció) orienta la necessitat d'intervenció cap a un nou col·lectiu en situació de risc.

Quant a la vigilància epidemiològica del VIH/sida, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el document sobre la vigilància epidemiològica de segona generació[190], insisteix en la necessitat de monitorar tant les poblacions més vulnerables a la infecció com les conductes relacionades amb l'adquisició de la infecció pel VIH.

Efectivitat de les intervencions

L'increment de temps entre la infecció pel VIH i el desenvolupament de la sida ha estat motivat, bàsicament, per l'aparició de les noves pautes de tractaments, però no és menys cert que les mesures de prevenció també han tingut el seu paper.

Així, hi ha algunes estratègies de prevenció que han demostrat efectivitat:

- La reducció dels danys associats al consum de drogues per via parenteral n'és la principal.
- El tractament antiretroviral administrat a la dona durant l'embaràs per a la reducció del risc de transmissió de la infecció pel VIH al fetus està aconseguint una reducció notable dels

[187] www.ceescat.org/Documents/SIVES2005Cat_VigEpiVIH_sida.pdf
[188] www.ceescat.org/Documents/SIVES2005Cat_VigEpiVIH_sida.pdf
[189] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/xifres/index.html
[190] data.unaids.org/pub/Manual/2005/20050101_GS_GuidePreSurveillanceAssmnt_en.pdf

casos de nens amb infecció pel VIH i sida. D'altra banda, també s'està subministrant, gratuïtament, llet artificial als nadons de mares seropositives durant el primer any de vida per evitar la transmissió de la infecció a través de l'alletament.

- Pel que fa a la via de transmissió sexual, que és la que percentualment s'ha incrementat més en els darrers anys, la reducció de la propagació del VIH demana la utilització correcta dels preservatius, que es confirma com una mesura eficaç per prevenir la infecció en homes i dones. Sense l'accés als preservatius i la seva utilització, altres estratègies preventives –com la comunicació sobre els canvis de comportament, l'educació sobre salut sexual i reproductiva a les escoles i les campanyes de planificació familiar– perden gran part de la seva eficàcia potencial.
- Finalment, entre les estratègies que cal preveure amb criteris d'efectivitat destaquen l'educació entre iguals, la participació de mediadors en els programes, el treball d'apropament, l'enfocament específic de gènere i l'ús dels mitjans de comunicació.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de disminuir la població infectada pel VIH i els malalts de sida, el Pla de salut de Catalunya[191] estableix que:

Cal **reduir**:

- Els nous casos de sida a Catalunya: un 30% en els usuaris de drogues injectades (UDVP), un 20% en els homes que tenen relacions sexuals amb homes (HSH) i un 15% en els homes i dones que mantenen relacions heterosexuals.
- La freqüència de les pràctiques de risc per a la infecció pel VIH per via parenteral i sexual en els HSH.

Cal **mantenir**:

- El temps de supervivència dels infectats pel VIH i augmentar la supervivència als 18 mesos en un 5% en els casos de sida.
- Els anys potencials de vida perduts per sida per sota dels nivells del 2001 entre la població de 13 a 65 anys.
- La transmissió vertical del VIH per sota del 2,5%.
- La prevalença d'infeccions pel VIH a les poblacions sentinella representatives de la població general.

Avaluació

En conjunt, els objectius fixats per al 2010 seran assolibles si es manté la tendència actual, tant pel que fa a la infecció pel VIH com als casos de sida. Les millores diagnòstiques i terapèutiques, així com la disponibilitat de sistemes d'informació de vigilància epidemiològica cada vegada més vàlids i exhaustius són, entre d'altres, algunes de les raons d'aquesta tendència positiva. Tanmateix, cal tenir en compte alguns objectius que marquen una tendència negativa: els nous casos de sida en els homes homosexuals i en els homes i dones heterosexuals.

[191] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Indicador		2000	2004	2010	Valoració
Nous casos de sida a Catalunya en UDVP, en HSH i en homes i dones que mantenen relacions heterosexuals*, taxes per 100.000 h.	UDVP	47,6	37,3	33,3	++
	HSH	15,1	23,1	12,1	--
	Heterosexuals	25,1	35,4	19,3	--
Temps de supervivència dels infectats pel VIH i dels casos de sida als 18 mesos (%)	VIH	99,9	100,0	99,9	++
	Sida	78,9	92,7	82,9	++
Anys potencials de vida perduts per sida entre la població de 13 a 65 anys (anys)		3,9	3,4	< 3,9	++
Proporció de persones que fan pràctiques de risc en les poblacions de risc (%)		31 han acceptat i 33 han passat xeringues usades	15,6 han acceptat i 13,0 han passat xeringues usades	< 31 < 33	++
		71 HSH utilitzen sempre preservatiu en la penetració anal amb parella ocasional	65,6 HSH utilitzen sempre preservatiu en la penetració anal amb parella ocasional	> 71	--
Taxa de transmissió vertical del VIH** (%)		1,8	3,8	< 2,5	NV
Prevalença d'infeccions pel VIH a les poblacions sentinella (%)	Nadons IVE Laboral Donacions	0,20 0,15 0,04 0,0081	0,19 0,11 0,00 0,0051	< 0,20 < 0,15 < 0,04 < 0,0081	++

Font: Centre d'Estudis Epidemiològics de les Infeccions de transmissió Sexual (ITS) i la sida a Catalunya (CEEISCAT), 2000 i 2004. Departament de Salut.

* UDVP: usuaris de drogues per via parenteral; HSH: homes que practiquen sexe amb altres homes.
** Dades procedents de l'estudi clínicoepidemiològic de les parelles mares-fills exposades a l'VIH i/o als fàrmacs ATR (NENEXP), no generalitzables a la resta de Catalunya.

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable
NV: No valorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per fer possible l'assoliment dels objectius de disminució de la població infectada pel VIH i els malalts de sida, el Departament de Salut proposa:

1. Elaborar un nou Pla d'acció 2009-2011, que serà aprovat per la Comissió Interdepartamental de la Sida a Catalunya.
2. Fomentar els plans locals d'intervenció en el territori, a través de la Xarxa de Sida i Món local i dels governs territorials de salut.
3. Millorar els sistemes d'informació de la vigilància de la infecció pel VIH mitjançant la

declaració obligatòria i individualitzada del VIH.

4. Estendre el monitoratge conductual a les treballadores del sexe comercial (TSC) i els joves.
5. Consolidar el monitoratge epidemiològic, clínic i assistencial mitjançant estudis observacionals prospectius.
6. Potenciar la integració dels sistemes d'informació del VIH/sida amb els de les infeccions de transmissió sexual (ITS).
7. Fomentar els hàbits saludables a la població general i, específicament, als diferents subgrups de poblacions més vulnerables a l'exposició de situacions de risc d'infecció pel VIH.
8. Ampliar la cobertura de l'accés al preservatiu en el territori, a través del Programa Màquina (cessió gratuïta de màquines expenedores de preservatius a baix preu).
9. Ampliar i optimitzar les mesures de detecció de la infecció pel VIH, tant a nivell sanitari com comunitari.
10. Optimitzar el tractament antiretroviral dels pacients a través de programes de millora del compliment terapèutic i d'adequació terapèutica.
11. Desenvolupar programes per evitar l'estigmatització i discriminació de les persones afectades en els diferents àmbits de la vida (laboral, social, escolar...)
12. Revisar el model assistencial integrat en el procés d'infecció pel VIH/sida a Catalunya.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors dels objectius de salut per a l'any 2010, cal conèixer, si escau, per sexe, grup d'edat, classe social i territorial (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- l'elaboració i la difusió del Pla d'acció 2009-2011;
- l'evolució del nombre de plans locals d'intervenció;
- l'evolució del nombre de nous diagnòstics de VIH;
- l'evolució del nombre de tests diagnòstics del VIH per 1.000 habitants;
- la realització d'estudis transversals en aquest col·lectiu (TSC i joves); la prevalença de conductes de risc i de VIH en UDVP, HSH, TSC i joves;
- l'evolució del nombre d'estudis transversals fets amb recollida de mostres per determinar el VIH i altres ITS;
- l'elaboració d'indicadors per a l'avaluació dels programes de prevenció per línies estratègiques;
- l'evolució del nombre de màquines instal·lades i de preservatius dispensats;
- el percentatge de pacients VIH positius amb tractament antiretroviral; l'adequació del tractament a les recomanacions de les guies nacionals actuals;
- el percentatge de compliment del tractament.

Referències

I. Romaguera A, Binefa G, Casabona J, Garcia de Olalla P, Cayla J, Camps N et al. Declaración de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Cataluña. Implementación y resultados. Gac Sanit 2005;19(5):356-62.

II. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/SIDA Surveillance in Europe. Mid-year report, 2002. Report No. 67. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2002.

www.ceescat.org Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/sida/index.html La sida i el VIH al Departament de Salut

www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm La sida al Ministeri de Sanitat i Consum

www.who.int/topics/hiv_infections/es/ La sida i el VIH a l'Organització Mundial de la Salut

www.who.int/hiv/es/index.html Programa VIH i sida de l'Organització Mundial de la Salut

ecdc.europa.eu/Health_topics/AIDS/Index.html European Center for Disease Prevention and Control (ECDC)

www.cdc.gov/hiv/ El VIH i la sida al Centers for Disease Control and Prevention

www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php Sexe joves

La tuberculosi

Justificació

La tuberculosi (TB) és un problema de salut pública a escala mundial[192]. La taxa d'incidència de la TB a Catalunya és de les més altes entre els països de la Unió Europea. En els països desenvolupats, la TB es considera una malaltia infecciosa reemergent a conseqüència de diversos factors, com el control inadequat de la malaltia, l'epidèmia del VIH, el deteriorament socioeconòmic en determinades àrees de les grans ciutats i la immigració procedent de països amb elevada endèmia tuberculosa[193]. Les característiques dels malalts amb TB s'ha modificat. Així, la tuberculosi associada a persones infectades pel VIH ha disminuït, alhora que l'increment de la població d'origen estranger a Catalunya ha comportat un augment de la proporció d'immigrants entre els casos de TB, que ha passat del 16,8% l'any 2000 al 35,0% el 2006. A Catalunya, la disminució progressiva de la TB, iniciada fa quinze anys, ha estat interrompuda el 2005, quan s'estima una incidència de 23,3 casos per 100.000 habitants, quasi el 8% superior a l'any anterior. El repte més immediat és evitar el comportament desfavorable de la incidència de la tuberculosi en els últims dos anys[194].

Efectivitat de les intervencions

La prevenció i el control de la infecció i de la malaltia tuberculosa[195] s'adreça a trencar la cadena epidemiològica[l]. S'ha demostrat que és efectiu:

- Identificar, diagnosticar i tractar precoçment i en règims estandarditzats els malalts, especialment aquells amb bacil·loscòpia positiva.
- Estudiar i tractar, si cal, els contactes dels malalts, especialment dels que presenten bacil·loscòpia positiva d'esput.
- Supervisar el tractament en aquells casos amb risc de no compliment i, especialment, els casos infectats per soques resistents.
- Realitzar el tractament de la infecció tuberculosa latent amb alt risc d'emmalaltir.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir l'impacte de la tuberculosi a la població, el Pla de salut de Catalunya[196] proposa per al 2010:

Mantenir:

- La mortalitat per tuberculosi per sota d'un cas per 100.000 habitants.

Reduir:

- La incidència de tuberculosi en la població general en un 25% per tal d'assolir una taxa

[192] www.who.int/topics/tuberculosis/es/
[193] www.eurotb.org/
[194] 146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/tuberculosi/index.html
[195] www.euro.who.int/document/E81794.pdf
[196] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

inferior a 21 casos per 100.000 habitants.

- La incidència de tuberculosi pulmonar bacil·lífera a la població general en un 40% per tal d'assolir una taxa de 8 casos per 100.000 habitants.

- L'aïllament de bacils farmacoresistents en un 25%.

Avaluació

La tendència en les taxes de mortalitat apunta cap a l'assoliment de la fita proposada per a l'any 2010, sempre que la tendència no variï. No obstant això, no passa el mateix amb la incidència de la malaltia, ja que la davallada experimentada entre el 2000 i el 2004 s'ha estancat, i el 2005 s'aprecia un canvi en la tendència[197].

Indicador	2000	2006	2010	Valoració
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per tuberculosi*	0,5	0,2*	<1,0	++
Taxa d'incidència per 100.000 h. de tuberculosi en la població general	27,6	21,6	<21,0	+/-
Taxa d'incidència per 100.000 h. de tuberculosi pulmonar bacil·lífera en la població general	13,7	8,1	≤8,0	+/-
Proporció de bacils farmacoresistents aïllats	ND	ND		NV

Font: * Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
Sistema de Vigilància Epidemiològica, 2006 Departament de Salut.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
ND: No disponible; NV: No valorable

L'objectiu establert per al 2010 d'aïllament de bacils farmacoresistents en un 25% es considera poc pertinent pel que fa a la seva formulació i, atès que entre els indicadors lligats a l'estratègia per al 2010 proposats més endavant ja s'inclou la realització d'antibiograma en el cas de tuberculosi amb cultiu positiu, en conseqüència queda anul·lat.

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut, per a la prevenció i el control de la tuberculosi, proposa:

1. Disminuir el retard diagnòstic de la TB, especialment de la tuberculosi pulmonar bacil·lífera.
2. Adaptar les activitats de prevenció i control a la nova realitat sociodemogràfica de Catalunya, caracteritzada per un augment de la població estrangera procedent de països d'alta endèmia[198].
3. Constituir unitats funcionals de TB en els centres sanitaris on es diagnostiquin 20 casos o més de tuberculosi a l'any.

[197] Informe de salut a Catalunya: punts 471 a 473
[198] 146.219.26.6/depsan/units/sanitat/pdf/protubimmi.pdf

4. Diversificar i ampliar formes supervisades de tractament i garantir la continuïtat del subministrament de fàrmacs antituberculosos de primera i segona línia a tot el territori.
5. Reforçar el sistema de vigilància epidemiològica de la TB.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar, si escau, per sexe i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- El percentatge de centres d'atenció primària en què s'han realitzat accions de sensibilització per tal de reduir el retard de diagnòstic de TB.
- El percentatge de casos amb TB pulmonar bacil·lífera que tenen estudi de contactes realitzat.
- El percentatge de casos amb TB amb cultiu positiu que tenen antibiograma realitzat.
- El percentatge de centres sanitaris on es diagnostiquin més de 20 casos de TB a l'any que disposin d'una unitat clínica funcional per al seguiment de casos i l'estudi de contactes.
- El percentatge de casos de TB amb criteris de tractament directament observat (TDO) que han rebut aquest servei.
- La implantació d'un sistema de vigilància de la TB que inclogui: una base de dades única de brots, la integració de dades clíniques, microbiològiques i de salut pública, i les dades procedents de soques resistents a fàrmacs de primera i segona línia.

Referències

I. Broekmans JF, Miglior GB , Rieder HL, Lees J, Ruutu P, Loddenkemper R, Raviglione MC. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. Recommendations of the World Health Organization (WHO), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) and Royal Netherlands Tuberculosis Association (KNCV) Working Group. Eur Respir J 2002;19:765-75.

www.aspb.es/uitb/novedades.asp?i=2 Unitat d'investigació en tuberculosi de Barcelona.

146.219.26.6/depsan/units/sanitat/pdf/tuber2005.pdf Situació epidemiològica i tendència de l'endèmia tuberculosa a Catalunya. Informe 2005.

Les malalties cròniques

El càncer

Justificació

A Catalunya, l'any 2005, el càncer és la primera causa de mortalitat[199] en els homes i la segona en les dones, representa bona part de les morts prematures[200] i té un gran impacte social i econòmic[201]. Entre 1995 i 2004, la mortalitat global per càncer va disminuir un 1,0% anual en els homes, i un 1,4% en les dones. La meitat de les persones diagnosticades de càncer estan vives als cinc anys del diagnòstic. La supervivència[202] relativa és, per al conjunt de càncers del 47% i 60%, homes i dones respectivament, per al període 1994-2002.

A Catalunya s'estima que es diagnostiquen[203] uns 37.500 nous casos de càncer l'any, excloent el càncer de pell no melanoma. La incidència de càncer mostra una tendència creixent, tant en homes com en dones, de prop de l'1,5% anual. Més de la meitat dels casos es diagnostiquen en persones més grans de 65 anys. Els tumors més freqüents en els homes són el càncer de pròstata (19,6%), pulmó (16,1%), i colorectal (14,6%). En les dones, els més freqüents són el de mama (29,9%), colorectal (15,1%) i endometri (5,9%). El conjunt de tumors relacionats amb el tabac (cavitat oral i faringe, laringe, esòfag, pàncrees, pulmó, bufeta urinària i ronyó) representen el 45% del total de tumors en homes davant de l'11% en les dones. Els tumors de l'aparell genital femení i el de mama suposen el 42% dels càncers en les dones.

Efectivitat de les intervencions

La reducció de la morbiditat i mortalitat del càncer a llarg termini requereix d'un pla integrat que contempli intervencions efectives al llarg de tota la historia natural de la malaltia: des de la prevenció primària fins a l'atenció al final de la vida[I, II, III].

[199] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor05.pdf
[200] Informe de salut a Catalunya: punts 339 a 340 i taula 67.
[201] Informe de salut a Catalunya: punts 362 a 365.
[202] Registre Poblacional de Càncer de Girona i Tarragona
[203] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir490/index.html
[204] Codi Europeu contra el Càncer, Evidence-based cancer prevention: strategies for NGOs. A UICC Handbook for Europe
[205] Idpàgina 2.2.3
[206] Idpàgina 2.2.5
[207] Idpàgina 2.2.4.
[208] Idpàgina 2.3.3.4.

S'estima que més del 50% dels casos de càncer es podrien prevenir[204] amb mesures com l'abandonament del consum de tabac[205], la millora dels hàbits alimentaris[206], la realització d'activitat física[207], el control del pes[208] i evitant les cremades solars produïdes a la infància[IV].

Per a alguns tumors, com el de mama, el de coll d'úter i el colorectal, la detecció precoç constitueix una important estratègia de control de la malaltia.

El consell genètic és una estratègia d'atenció que pot beneficiar a població amb un alt risc de patir càncer relacionat amb la història familiar.

Hi ha consens en la millora dels resultats quan el pacient es tracta en el context d'un equip multidisciplinari degut a la complexitat i combinació de tractament i a la participació de diverses especialitats en l'atenció de la majoria de càncers[II, III].

Les guies de pràctica clínica[209] són una eina important per a la millora de la qualitat de l'atenció oncològica i per ajudar a garantir l'equitat terapèutica dels pacients.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el pròposit de reduir l'impacte del càncer en la població, el Pla de salut de Catalunya[210] estableix per a l'any 2010:

Reduir:

- la incidència per càncer en els tumors relacionats amb el tabac (cavitat oral, faringe, laringe, pàncrees, pulmó, bufeta urinària i ronyó) en un 5%;
- la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%;
- la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes, i del càncer de pròstata en un 10%;
- la mortalitat per càncer de mama, coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones en un 10%;
- la mortalitat per càncer d'estómac i endometri.

Estabilitzar:

- -la tendència de la incidència de càncer de mama i colorectal.

Incrementar:

- la supervivència global per càncer als 5 anys en un 15% principalment a expenses dels tumors de mama, colorectal i pròstata.

Desenvolupar i aplicar:

- els protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada del càncer en tots els hospitals de Catalunya.

[209] www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/ca/dir303/doc7291.html
[210] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Avaluació

La incidència de càncer presenta una tendència a l'alça. La mortalitat per aquesta causa, en general i per alguns càncers específics, presenta una tendència a la baixa i la supervivència augmenta. La situació actual[211] es caracteritza per una prevalença creixent adquirint la malaltia, en molts casos, caràcter de cronicitat.

Indicadors			**2000**	**2004**	**2010**	**Valoració**
Taxa d'incidència de càncer en els tumors relacionats amb el tabac* (1)	Homes Dones		129,0 20,3	110,4 19,8	122,5 19,3	++ ++
Taxa d'incidència de càncer de mama i colorectal per 100 000 h (1)	Colorectal	Homes Dones	42,0 26,4	47,4 26,2	42,0 26,4	-- ++
	Mama		69,5	72,9	69,5	--
Taxa de mortalitat per càncer en persones de menys de 65 anys (2)			74,5	73,5	63,3	--
Taxa de mortalitat per càncers relacionats amb el tabac* en homes, i càncer de pròstata (2)	Relacionats amb el tabac*		131,9	126,4	118,7	+/-
	Pròstata		26,1	25,5	23,5	+/-
Taxa de mortalitat per càncer de mama, coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones (2)	Mama		24,9	22,2	22,4	++
	Coll d'úter		2,5	1,9	2,2	++
	Colorectal	Homes Dones	36,1 18,6	37,1 19,1	32,5 16,7	-- --
Taxa de mortalitat per càncer d'estómac i endometri (2)	Estómac		12,1	11,0	12,0	++
	Endometri		4,6	3,8	4,5	++
Supervivència relativa global per càncer als 5 anys (%) (3)	Homes Dones		42 56	47 60	48,3 64,4	++ ++
Desenvolupament i aplicació dels protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada del càncer en tots els hospitals de Catalunya.			ND	ND		NV

Font: (1) Registre de càncer de Girona, 2000 i 2002. Taxes per 100.000 h. estandarditzades a la població mundial.
(2) Servei del Pla de salut a partir de les dades del registre de Mortalitat a Catalunya, 2000 i 2004. Departament de Salut. Taxes per 100.000 h. estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
(3) L'any 2000 inclou el període 1994-2000 i l'any 2004 el període 1994-2002.

* Tumors relacionats amb el tabac: cavitat oral, faringe, laringe, esòfag, pàncrees, pulmó, bufeta urinària i ronyó

++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable
ND: No disponible/Sense informació; NV: No valorable

[211] Informe de salut a Catalunya: punts 439 a 445.

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut mitjançant el Pla Director d'Oncologia[212], tot incorporant la perspectiva territorial i de gènere i atenent a criteris d'equitat i sostenibilitat, proposa:

1. El foment del coneixement en la població de les principals causes de càncer i la seva prevenció[213].
2. El desenvolupament i avaluació del Programa de detecció precoç de càncer de mama (PDPCM) segons els estàndards europeus[VI].
3. La implantació del protocol de prevenció i cribratge de càncer de coll d'úter[214].
4. L'extensió del Programa de detecció precoç de càncer colorectal[215] a tot el territori per homes i dones de 50 a 69 anys.
5. La implantació d'un model organitzatiu per a valorar i tractar els pacients i les famílies amb possible predisposició hereditària de càncer i l'elaboració d'una guia de consell genètic.
6. L'ampliació del circuït de diagnòstic ràpid (CDR) del càncer als tumors de pròstata i bufeta urinària i l'avaluació dels resultats per a tots els tumors inclosos.
7. La millora en l'accés[216] a la radioteràpia i la quimioteràpia.
8. L'elaboració i actualització d'oncoguies dels tumors més freqüents i l'avaluació del seu seguiment.
9. L'establiment progressiu d'un nou model d'atenció oncològica[217] a Catalunya.
10. Promoure l'atenció multidisciplinària en tota la xarxa hospitalària[218].
11. La constitució del registre de càncer de Catalunya.
12. El suport al voluntariat i als grups d'ajuda mútua.
13. La implementació de programes de recerca aplicada en oncologia i la recerca epidemiològica i sobre prevenció del càncer.

Indicadors lligats a les estratègies

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar segons sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- Taxa de participació en el Programa de detecció precoç de càncer de mama de Catalunya (PDPCM).
- Taxa de detecció de càncer per 1000 dones cribrades al PDPCM.
- Percentatge de cirurgia conservadora en càncer de mama.

[212] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir490/index.html
[213] Codi Europeu contra el Càncer
[214] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/collut.pdf
[215] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/informecacc2006.pdf
[216] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[217] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[218] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm

- Cobertura territorial del Programa de cribratge de càncer colorectal. - Mediana de temps entre l'entrada al circuit de diagnòstic ràpid i l'inici del tractament per als càncers inclosos al circuit: mama, pulmó, colorectal, bufeta urinària i pròstata. - Índex de mortalitat estandarditzada per càncer en general i càncer de mama, pulmó, colorectal, bufeta i pròstata.

Referències

I. Albreht T, McKee M, Alexe DM, Coleman MP, Martin-Moreno JM. Making progress against cancer in Europe in 2008. European Journal of Cancer . En premsa 2008.

II. Coleman MP, Alexe D-M, Alberht T, MvKee M, editors .Responding to the challenge of cancer in Europe. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, 2008.

III. Gouveia J, Coleman MP, Haward R, Zanetti R, Hakama M, Borras JM et al. Improving cancer control in the European Union: Conclusions from the Lisbon round-table under the Portuguese EU Presidency, 2007. European Journal of Cancer. En premsa; 2008.

IV. Stewart B, Kleihues P, editors. World cancer report. IARC Press. Lyon, 2003.

V. Hakama M, Coleman MP, Alexe DM, Auvinen A. Cancer screening: Evidence and practice in Europe 2008. European Journal of Cancer. En premsa 2008.

VI. European Comission. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th edition. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L, editors. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/estratcancersns.pdf Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo

www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/cancer/home.htm El càncer a la web del Ministerio de Sanidad y Consumo

www.uicc.org International Unions Against Cancer

www.who.int/topics/cancer/es/ El càncer a la web de l'Organització Mundial de la Salut

www.who.int/cancer/nccp/en/ National cancer control programmes

www.todocancer.com/esp Associació espanyola contra el càncer

www.iconcologia.net/catala/professionals/pic_cancer/index.htm El servei de prevenció i control del càncer de l'Institut Català d'Oncologia

Les malalties de l'aparell circulatori

Justificació

Les malalties de l'aparell circulatori es troben entre les principals causes de morbiditat i mortalitat[219]. A més, suposen un elevat cost econòmic i social[220]. A les Estratègies de salut per a l'any 2010[221] del Pla de salut se situen les malalties de l'aparell circulatori[222] entre els problemes de salut més prioritaris de Catalunya.

Efectivitat de les intervencions

Les malalties cardiovasculars comparteixen diversos factors de risc i es coneixen intervencions efectives per a la prevenció, tractament i control[223] En la síndrome coronària aguda o l'accident vascular cerebral, el tractament en la fase aguda millora el pronòstic vital i funcional. També les intervencions sobre processos crònics com la insuficiència cardíaca, tant en la fase d'agudització com en els períodes més estables incloent-hi la rehabilitació, s'han mostrat eficaces.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir la morbimortalitat per malalties del sistema circulatori, el Pla de salut de Catalunya[224] estableix:

Reduir:

- en un 15% la mortalitat per malaltia coronària;
- en un 15% la mortalitat per accident vascular cerebral;
- en un 5% la mortalitat per insuficiència renal crònica en la població menor de 75 anys.

Incrementar:

- en un 50% la proporció de persones hipertenses que estan ben controlades;
- en un 50% la proporció de persones amb hipercolesterolèmia ben controlades.

Avaluació

Els resultats mostren una evolució molt favorable dels objectius proposats: una reducció de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori i una evolució positiva[225] dels indicadors de controls de factors de risc cardiovascular, com ara la hipertensió i la hipercolesterolèmia.

[219] Informe de salut a Catalunya: punts 162, 276 a 278, 339 a 344 i 437 a 438
[220] Informe de salut a Catalunya: punts 366 a 370
[221] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[222] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir491/index.html
[223] www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/cardiovascular.pdf
[224] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Indicadors	2000	2004	2010	Valoració
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per malaltia coronària estandarditzada per edat.	69,4	60,0	59,0	++
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per malaltia cerebrovascular estandarditzada per edat.	62,7	50,7	53,3	++
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per insuficiència renal estandarditzada per edat.	1,9	1,8	1,8	++
Proporció de persones hipertenses controlades a la població (%). (1)	29,7	36,0	44,7	+/-
Proporció de persones amb hipercolesterolèmia controlades a la població (%). (1)	57,1	67,9	85,6	+/-

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades de l'Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2004. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
(1) Examen de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut.
Nota: control de la hipercolesterolèmia: colesterol LDL< 160 mg/dl.
++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per mantenir la tendència favorable, el Departament de Salut proposa continuar la implementació del Pla director de malalties de l'aparell circulatori[226] incorporant la perspectiva territorial i, si escau, la classe social i el sexe, i atenent a criteris d'equitat i sostenibilitat. Això comporta:

1. Fomentar hàbits saludables en la població, com una bona alimentació[227], la realització d'activitat física[228], el control de l'excés de pes[229], l'abandonament del consum de tabac[230] o el control de la diabetis[231].
2. Desenvolupar accions per a la detecció, tractament i control dels factors de risc vasculars[232].
3. Implantar accions[233] que millorin el tractament de la fase aguda de l'infart de miocardi i de l'accident vascular cerebral[234].
4. Implantar accions[235] que millorin l'atenció a la insuficiència cardíaca i la rehabilitació per malalties de l'aparell circulatori.
5. Establir mesures de coordinació entre l'hospital i l'atenció primària per al seguiment i control de les malalties de l'aparell circulatori.
6. Afavorir la igualtat en l'accés als serveis i reduir la variabilitat en la pràctica clínica.

[225] Informe de salut a Catalunya: punts 437 a 438
[226] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_circulatori_2510.pdf
[227] Idpàgina 2.2.5
[228] Idpàgina 2.2.4
[229] Idpàgina 2.3.3.4
[230] Idpàgina 2.2.3
[231] Idpàgina 2.3.3.3
[232] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_circulatori_2510.pdf
[233] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[234] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12197.html
[235] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar, si escau, per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- la incidència d'ictus,
- la incidència de malaltia coronària,
- la supervivència i la qualitat de vida de les persones que pateixen ictus,
- l'accés de les persones amb ictus[236] a l'atenció urgent,
- l'accés de les persones amb infart de miocardi[237] a l'atenció urgent,
- l'índex de mortalitat estàndard per malalties del sistema circulatori i, concretament, per malalties isquèmiques del cor i malalties cerebrovasculars,
- proporció de persones hipertenses controlades,
- proporció de persones amb hipercolesterolèmia controlada,
- proporció de reingressos hospitalaris per insuficiència cardíaca en els 30 dies posteriors a l'alta hospitalària.

Referències

www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/enfCardiovasculares.htm Les malalties cardiovasculars al Ministeri de Sanitat i Consum

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CARDIOPATIA/opsc_est20.pdf Estrategia en Cardiopatías Isquémicas del Sistema Nacional de Salud

www.catcardio.com/ Societat Catalana de Cardiologia

www.escardio.org/ European Society of Cardiology

www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.pdf?pident=10810 Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca

www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.pdf?pident=13078554 Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica

[236] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/auditcat006.pdf
[237] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12197.html

La diabetis *mellitus*

Justificació

La diabetis mellitus (DM) és una malaltia crònica del metabolisme, de prevalença creixent i alt cost sanitari i social derivat de l'elevada morbiditat i mortalitat associades. Entre els anys 1994 i 2006, la prevalença de la diabetis declarada[238] en persones de 15 anys i més ha passat del 4,7% al 5,9%. La DM és un problema de salut considerat prioritari tant a Catalunya[239] com a Espanya[240] com a escala internacional[241].

Efectivitat de les intervencions

Existeix evidència sobre l'eficàcia de la prevenció de la diabetis tipus 2 mitjançant la modificació d'estils de vida[I, II] com ara el consum de tabac[242], l'alimentació saludable[243] o l'activitat física[244]. La detecció precoç[245] de la diabetis en població de risc seguint una estratègia oportunista millora el pronòstic de la malaltia[III, IV]. El bon control de la diabetis redueix la incidència de complicacions tardanes, sobretot microvasculars[V, VI]. El control d'altres factors de risc com l'obesitat[246] o la hipertensió redueix l'aparició de les complicacions macrovasculars[VII], com la cardiopatia isquèmica, l'accident vascular cerebral i la malaltia vascular[247].

L'educació sanitària i l'exploració periòdica de persones amb diabetis comporten una reducció de l'aparició de lesions als peus així com de la necessitat de realitzar amputacions proximals. La detecció i el tractament precoç de la retinopatia i la nefropatia eviten la progressió a fases més avançades d'aquestes malalties[VIII].

[238] Informe de salut a Catalunya: punts 451 a 453
[239] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[240] www.msc.es/estrategiassns
[241] www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es
[242] Idpàgina 2.2.3
[243] Idpàgina 2.2.5
[244] Idpàgina 2.2.4
[245] www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es
[246] Idpàgina 2.3.3.4
[247] Idpàgina 2.3.3.2

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar el control de les persones amb diabetis mellitus, el Pla de salut de Catalunya[248] estableix per al 2010:

Disminuir:

- en un 15% la letalitat per malaltia isquèmica del cor en les persones amb diabetis menors de 75 anys;
- en un 50% les amputacions en persones amb diabetis entre 45 i 74 anys.

Retardar:

- la mitjana d'edat dels nous casos d'insuficiència renal crònica en persones amb diabetis, tant la de tipus 1 (retardar-la cinc anys) com la de tipus 2 (retardar-la tres anys).

Augmentar:

- en un 20% la proporció de persones adultes que saben que són diabètiques.

Avaluació

L'evolució dels indicadors[249] és positiva amb relació al retard en la mitjana d'edat dels pacients diabètics tipus 1 que inicien tractament renal substitutiu per insuficiència renal crònica; en canvi, no ho és en el cas dels pacients amb diabetis tipus 2. Difícilment serà assolible, si es manté la tendència actual, l'objectiu relacionat amb la reducció de la letalitat per malaltia isquèmica del cor en pacients menors de 75 anys amb diabetis.

L'objectiu d'incrementar la proporció de persones adultes que saben que són diabètiques no es pot avaluar. Cal un estudi específic com el que es va fer l'any 1996, en el qual la pràctica d'un test de tolerància a la glucosa va permetre detectar les persones que desconeixien que ho eren.

Indicador		2000	2005	2010	Valoració
Proporció de defuncions entre les persones amb diabetis menors de 75 anys que ingressen per infart agut de miocardi (IAM) (%).*		4,7	6,4	4,0	--
Mitjana d'edat de les persones amb diabetis que inicien tractament renal substitutiu (anys).**	Tipus 1	49,7	52,2	54,7	++
	Tipus 2	68,0	68,5	71,0	--
Taxa d'amputacions per 10.000 h. entre les persones amb diabetis de 45 a 74 anys ingressades per realitzar amputació.		33,3	31,2	16,7	--
Proporció de persones adultes que saben que són diabètiques (%).		ND	ND		NV

Font: *Registre del CMBD AH. Servei Català de la Salut.
** Organització Catalana de Trasplantaments.
Nota: Letalitat: referida a la mortalitat hospitalària.
Amputacions: taxes referides als anys 2002 i 2005, fent servir com a denominador l'estimació poblacional de les persones que a l'Enquesta de salut de Catalunya manifesten ser diabètiques.
++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
ND: No disponible NV: No valorable

[248] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[249] Informe de salut a Catalunya: punts 451 a 453.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb la voluntat de reduir l'impacte de la diabetis en la salut de la població, el Departament de Salut proposa per a l'any 2010:

2. Fomentar els hàbits saludables en la població general amb l'aplicació del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)[250].
3. Desenvolupar accions de cribratge oportunista en població de risc a l'atenció primària de salut per tal de millorar la detecció, el tractament i el control de la diabetis, de les seves complicacions microvasculars i macrovasculars, i dels factors de risc vasculars[251].
4. Mesurar i registrar a l'atenció primària l'índex turmell-braç d'acord amb els protocols.
5. Establir mesures de coordinació entre nivells assistencials per al seguiment i control de la diabetis (atenció primària i atenció especialitzada; pediatria i adults).

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadores que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar segons sexe, grups d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut) la proporció de persones diabètiques que:

- duen un bon control de la diabetis (HbA1c<7,5);
- controlen els factors de risc cardiovascular:
    - tensió arterial ≤ 130/80
    - no fumadores
- fan revisió del fons d'ull per a la detecció de la retinopatia;
- tenen estimat el risc cardiovascular;
- tenen estudi de l'índex turmell-braç.

Referències

I. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001;344:1341-50.

II. Knowler WWC, Barret-Connor E, Fowler SE et al, for The Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.

III. Screening for diabetes mellitus. Guide to clinical preventive services. Report of the U.S. preventive services Task Force, Update 2006 Release.

IV. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Llibre Blanc. Consell sobre les activitats

[250] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf.
[251] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_circulatori_2510.pdf.

preventives a l'edat adulta dins l'atenció primària. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2005

V. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in IDDM. N Engl J Med 1993;329:977-86.

VI. UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet 1998;352:837-53.

VII. The UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. UKPDS 38. BMJ 1998;317:703-13.

VIII. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB et al.. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: A consensus statement from ADA and EASD. Diabetologia 2006;49:1711-21.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutimalaltia/dir1_l5_doc_3001.html La diabetis al Departament de Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/salutimalaltia/csdiabetis.htm Informació bàsica sobre la diabetis

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/diabetes.htm Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud

www.sediabetes.org/web/home.asp Sociedad Española de Diabetes

www.idf.org/ International Diabetes Federation

L'obesitat

Justificació

L'obesitat, tant en la població infantil com en l'adulta, comporta un gran nombre de malalties associades. Per la seva tendència creixent i l'impacte sanitari i econòmic, s'ha convertit en un important problema de salut pública en la majoria dels països desenvolupats[252], i es considera una de les principals causes de mortalitat prevenible. L'increment de l'obesitat ha adquirit una veritable expressió d'epidèmia, especialment entre la població infantil[253] la qual cosa fa preveure un increment exponencial del problema.[I,II,III,IV]

A Catalunya, l'any 2006, més de la meitat de la població entre 18 i 74 anys té excés de pes: el 39,6% té sobrepès i el 16,5% està obesa[254]. L'excés de pes és superior en els homes que en les dones. Entre 1994 i 2006 ha augmentat el sobrepès i l'obesitat s'ha mantingut estable. Entre la població infantil i juvenil de 6 a 17 anys, el 19,5% pateix sobrepès o obesitat, el sexe femení en proporcions superiors que el masculí.

Efectivitat de les intervencions

Existeixen intervencions efectives per a la prevenció i reducció de la prevalença de l'obesitat, tot i que les activitats centrades en l'educació sanitària han tingut un caràcter aïllat i amb resultats modestos. Cal incidir més, doncs, sobre els factors ambientals i no només educacionals en relació amb el problema de l'obesitat, dissenyant i implementant estratègies multifactorials[V,VI]

Objectius de salut per a l'any 2010

El Pla de salut de Catalunya[255] estableix que per al 2010 cal:

- **disminuir** la mitjana poblacional de l'índex de massa corporal (IMC) per sota de 25 kg/m;[2]

- **aconseguir** que la prevalença d'obesitat en població adulta de 18 a 74 anys no augmenti en relació amb la de l'any 2002;

- que la prevalença d'obesitat en població infantil i juvenil no augmenti i sigui inferior al 10%.

Avaluació

Si bé no s'ha assolit l'objectiu relacionat amb la disminució de la mitjana poblacional de l'IMC, s'observa una evolució favorable dels objectius de mantenir la prevalença d'obesitat tant en el grup de 18 a 74 anys com en la població infantil i juvenil.

---

[252] www.who.int/topics/obesity/es/
[253] www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr81/es/index.html,
[254] Informe de salut a Catalunya: punts 74 a 85.
[255] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Indicadors	2002	2006	2010	Valoració
Mitjana poblacional d'IMC (kg/m^2). *	26,1	26,0	<25	--
Prevalença d'obesitat en la població de 18 a 74 anys (%). *	16,6	16,5	16,0	+/-
Prevalença d'obesitat en la població infantil i juvenil (6 a 17 anys) (%). **	9,8	ND	<10	NV

Font: * Examen de salut de Catalunya, 2002 i 2006. Departament de Salut.
** Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid., pp 81-108. Barcelona: Masson, S.A, 2001.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
NV: No valorable ND: No disponible

Proposta estratègica per a l'any 2010

Per tal de fer front a la tendència creixent de l'obesitat, el Departament de Salut ha desenvolupat el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS)[256], que comporta:

- Desenvolupar accions informatives i educatives i intervencions sobre els problemes derivats de determinats estils de vida.
- Sensibilitzar la població perquè percebi com a assumibles opcions que promoguin la salut mitjançant la pràctica regular d'activitat física i d'una alimentació saludable.
- Promoure acords i compromisos en els diferents àmbits per potenciar estratègies de cooperació per ser més eficients en la utilització de recursos.

Les propostes del PAAS se centren en els àmbits escolar, sanitari, comunitari i laboral.

1. En l'àmbit escolar:

- Incloure coneixements i habilitats en alimentació i activitat física saludables al currículum escolar.
- Definir estàndards en la programació de menús escolars i en el contingut de les màquines expenedores d'aliments i begudes.

2. En l'àmbit sanitari:

- Formar els professionals sanitaris en la prevenció i tractament de l'obesitat.
- Elaborar materials de suport per a l'educació sanitària de la població.

3. En l'àmbit comunitari:

- Implantar accions de sensibilització en l'àmbit de la restauració col·lectiva.
- Desenvolupar accions de sensibilització i educació sanitària per a la gent gran.

[256] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/paas.pdf

- Establir mesures de coordinació i de suport a les activitats d'àmbit local.

4. En l'àmbit laboral:

- Desenvolupar accions per a la promoció de l'alimentació i l'activitat física saludables en l'àmbit laboral: informatives i facilitadores (pàgina web, materials d'educació sanitària, contingut saludable màquines expenedores d'aliments o begudes, promoció de l'ús d'escales i de circuits saludables).

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadores que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal estimar segons sexe, grups d'edat, classe social i territori:

- la cobertura de la població que participa en les accions PAAS en relació amb l'any 2005;
- la disponibilitat dels documents de recomanacions en l'àmbit laboral i comunitari (residències per a la gent gran) en percentatge;
- el nombre d'intervencions del PAAS en els quatre àmbits en relació amb el 2005;
- el percentatge d'històries clíniques que contenen pes i talla;
- mitjana poblacional d'IMC (kg/m2);
- prevalença d'obesitat en la població de 18 a 74 anys;
- prevalença d'obesitat en la població infantil i juvenil (6 a 17 anys).

Referències

I. European Association for the Study of Obesity. Obesity in Europe. The case for action. Londres: International Obesity Task Force; 2002.

II. Jeffery RW, Utter J. The changing environment and population obesity in the United States. Obes RES 2003;11:12S-22S.

III. Lobstein T, Baur L, Uauy R, for the IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Obes Rev 2004;5 (supl 1):4-85.

IV. Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. Istanbul, novembre de 2006.

V. Bautista-Castaño I, Doreste J, Serra-Majem Ll. Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. Eur J Epidemiol. 2004;19:617-22.

VI. IOTF. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Technical report series núm. 894. Ginebra, 2000.

www.euro.who.int/obesity L'obesitat a Europa a l'Organització Mundial de la Salut

www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/index.htm L'obesitat i el sobrepés al Centers for Disease Control and Prevention

www.msc.es/campannas/campanas07/obesidad.htm Campaña de prevención de la obesidad infantil al Ministerio de Sanidad y Consumo

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/index.html Alimentació i nutrició al Departament de Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir210/doc11316.html Programacions de menús dels centres escolars de Catalunya

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12662.html Màquines expenedores d'aliments i begudes

www16.gencat.cat/esport/esportalescola/ Esport a l'escola al Departament d'Educació i a la Secretaria General de l'Esport

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12619.html II reunió de seguiment del PAAS

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/piramidefisica2006.pdf Piràmide de l'activitat física

Enquesta de salut de Catalunya 2006

Les malalties de l'aparell respiratori

Justificació

Les malalties cròniques de l'aparell respiratori (asma, malalties pulmonars obstructives cròniques, al·lèrgies respiratòries, malalties pulmonars d'origen laboral o hipertensió pulmonar) són un dels grups de patologies que produeixen una morbimortalitat més elevada i la tercera causa de mort[257] a Catalunya, amb prop del 10% del total de defuncions. L'any 2006 va concentrar el 8,6% del pressupost total del CatSalut[258] .

La malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC)[I] deteriora molt la qualitat de vida de les persones i s'estima que afecta el 9% de la població entre 40 i 70 anys[II]. El consum de tabac[259] és la principal causa d'MPOC. Es considera que un 50% de les persones de més de 50 anys que fumen o han fumat i tenen símptomes respiratoris crònics com tos, expectoració i/o sibilàncies poden tenir una MPOC sense diagnosticar[III].

Segons l'OMS[260], l'any 2020 l'MPOC serà la cinquena causa d'anys de vida perduts i d'anys de vida viscuts amb discapacitat. A Catalunya, l'any 2005 es varen produir 6.925 defuncions per malalties respiratòries[261], el 60% de les quals van ser d'homes, si bé hi ha estudis recents que afirmen que la prevalença d'MPOC està augmentant en les dones[262] El 2005, el nombre de contactes hospitalaris per malalties de l'aparell respiratori va ser de 93.331 (10,2% del total de contactes), el 21% dels quals per MPOC, i d'aquests el 8,7% dels pacients van reingressar abans dels trenta dies posteriors a l'alta[263].

Efectivitat de les intervencions

Hi ha evidència de la relació entre l'exposició al tabac i el deteriorament de la funció pulmonar[IV]. Deixar de fumar frena la progressió de la malaltia i disminueix el nombre i la gravetat de les aguditzacions. Altres factors de risc associats menys freqüentment són l'exposició laboral, la contaminació ambiental, els antecedents d'hiperreactivitat bronquial o les infeccions respiratòries infantils repetitives.

La detecció precoç de la malaltia crònica respiratòria mitjançant espirometria forçada és important en termes de cost-efectivitat[V]. Així, en el cas de l'MPOC, el maneig ambulatori adequat de la malaltia inclou establir pautes de deshabituació tabàquica, realitzar espirometries a l'atenció primària, abordar les aguditzacions des de l'atenció primària i impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada. Això ha de repercutir en una important reducció de costos, ja que l'hospitalització és la partida més important de cost sanitari derivat de l'atenció a les aguditzacions de l'MPOC[VI].

L'oxigenoteràpia domiciliària juntament amb deixar de fumar són els dos únics tractaments que canvien la història natural de l'MPOC[VII].

---

257 Informe de salut a Catalunya: punts 341 a 343
258 Informe de salut a Catalunya: punts 361 a 365
259 Idpàgina 2.2.3
260 www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html
261 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor05.pdf
262 db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13083272
263 Informe de salut a Catalunya: punts 325 a 327

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar l'atenció als pacients amb malalties cròniques de l'aparell respiratori, el Pla de salut de Catalunya[264] proposa per a l'any 2010:

Reduir en un 10% la mortalitat per:

- grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en la població ≥ 60 anys;
- malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys.

Avaluació

Si es manté la tendència o s'estabilitza en els nivells actuals, els objectius per a l'any 2010, pel que fa a les malalties de l'aparell respiratori, són assolibles[265].

Indicador	2000	2004	2010	Valoració
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en població ≥ de 60 anys	57,4	41,5	51,7	++
Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per 100.000 h. per MPOC en població de més de 40 anys	204,5	174,6	184,0	++

Font: Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de Mortalitat de Catalunya, 2004. Departament de Salut.
Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar l'atenció a les persones malaltes amb patologies respiratòries i de reduir-ne l'impacte en la salut de la població, el Departament de Salut preveu la creació del Pla director de malalties de l'aparell respiratori.

Aquest Pla definirà accions orientades a la promoció de la salut, la prevenció, el diagnòstic precoç, el tractament, la rehabilitació i la reordenació de recursos, incorporant criteris d'equitat territorial i sostenibilitat. La implantació d'aquest Pla director implica:

1. Fomentar estils de vida saludables en la població i, especialment entre els pacients amb MPOC, la deshabituació tabàquica[266] i l'activitat física[267].
2. Desenvolupar, a l'atenció primària[268], accions per a la detecció i el tractament del tabaquisme i per a la vacunació antigripal i antipneumocòccica en la població de risc.

[264] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[265] Informe de salut a Catalunya: punt 446
[266] Idpàgina 2.2.3
[267] Idpàgina 2.2.4

3. Detectar i tractar precoçment l'MPOC i l'asma en tots els nivells assistencials.
4. Promoure circuits clars i àgils per a la indicació i seguiment dels pacients amb oxigenoteràpia domiciliària.
5. Establir mesures de coordinació entre l'hospital i l'atenció primària[269] per al seguiment i control de l'MPOC per tal de donar una resposta integral a les necessitats dels pacients que incloguin activitats preventives i programes de rehabilitació[VIII].
6. Reduir la variabilitat en la pràctica clínica, especialment en el maneig de les aguditzacions dels pacients amb MPOC.
7. Impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per a malalts amb MPOC aguditzada.

Indicadors lligats a l'estratègia

- Existència i difusió del Pla director de malalties de l'aparell respiratori.

Referències

I. Devereux G. ABC of chronic obstructive pulmonary disease. BMJ 2006;332:1142-4.

II. Sobradillo V, Miravitlles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, Viejo JL, Fernández-Fau L. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicenter epidemiological study. Chest 2000;118:981-9 (pàgina 235).

III. Miravitlles M, Ferrer M, Sobradillo V, Masa JF, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Viejo JL et al. Desarrollo de un modelo clínico predictor de EPOC basado en los resultados del estudio IBERPOC. Arch Bronconeumol 2002:38 (supl 2):30.

IV. Sobradillo V, Miravitlles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Vilasante C, Masa JF et al. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. Chest 2000;118:981-9.

V. Miravitlles M, Fernández I, Guerrero T i Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en Atención primaria. El proyecto PADOC. Arch Bronconeumol 2000;36:500-5.

VI. Miravitlles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R. On behalf of the DAFNE study group. Costs of chronic bronquitis and COPD. A one year follow-up study. Chest 2003; 123:784-91.

VII. Garcia-Aymerich J, Monsó E, Marrades RM, Escarrabill J, Félez MA, Sunyer J, Antó JM; EFRAM Investigators. Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. EFRAM study. Am J Respir Crit Care Med 2001;164(6):1002-7.

VIII. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Procés MPOC. Programa multidisciplinari entre l'atenció primària i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

[268] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/llibreblancprimaria.pdf
[269] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm

per a la millora assistencial de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). Barcelona: Departament de Salut, CatSalut; 2006.

www.who.int/respiratory/es/index.html Les malalties respiratòries cròniques a l'Organització Mundial de la Salut

www.who.int/topics/asthma/es/ L'asma a l'Organització Mundial de la Salut

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/2007lb10.pdf La malaltia pulmonar obstructiva crònica segons el Departament de Salut

www.forumclinic.org/enfermedades/epoc/informacion/que_es/la-mpoc La malaltia pulmonar obstructiva crònica segons Fòrum Clínic

Les malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor

Justificació

Les malalties de l'aparell locomotor se situen entre els principals problemes de salut de la població i tenen un gran impacte sanitari, econòmic i social. Segons l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA 2006), entre la població de 15 anys i més, el mal d'esquena lumbar, el mal d'esquena cervical i l'artrosi, l'artritis i el reumatisme, figuren entre els principals trastorns crònics[270] declarats, i són més freqüents en les dones que en els homes. Gairebé una de cada tres persones va declarar haver consumit medicaments per al dolor o antiinflamatoris. Les dades del Servei Català de la Salut de l'any 2006 assenyalen que més de 3 de cada 10 homes i més de 4 de cada 10 dones tenen una recepta de medicaments prescrita per a malalties del sistema musculosquelètic[271].

L'artrosi afecta al voltant del 60% de la gent més gran de 60 anys, i el mal d'esquena al 50% de la població en algun moment de la vida. Aquests problemes de salut constitueixen el primer motiu de baixa laboral[I].

Segons dades de l'estudi epidemiològic de prevalença de malalties reumatològiques a la població espanyola major de 20 anys (EPISER) de l'any 2000[II] la prevalença de fribromiàlgia a Espanya és del 2,4% amb major freqüència en les dones. El 70% dels casos amb síndrome de fatiga crònica (SFC), presenten també fibromiàlgia com a comorbiditat associada. Cal destacar que pot haver una proporció important de persones afectades per fibromiàlgia que també presenten com a comorbiditat associada la SFC.

Les malalties reumatològiques representen el 15% de les consultes de l'atenció primària[III] i originen al voltant d'1,8 milions de visites anuals de l'atenció especialitzada[IV].

Efectivitat de les intervencions

Els factors de risc associats a les patologies de l'aparell locomotor (osteoporosi, lumbàlgia, tendinitis, etc.) estan relacionats amb l'estil de vida, tant per manca d'activitat física en alguns casos, com per sobrecàrregues ponderals i/o moviments repetitius en d'altres.

Si bé no s'ha demostrat que l'activitat física pot prevenir el dolor lumbar[272], la pràctica regular de l'activitat física té beneficis preventius sobre la salut, que inclouen la prevenció de la malaltia cardiovascular, la hipertensió, la diabetis tipus 2, l'obesitat i l'osteoporosi.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar l'atenció a les persones amb malalties reumatològiques o de l'aparell locomotor, el Pla de salut de Catalunya[273] proposa per a l'any 2010:

Reduir en un 20%:

- la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys.

[270] Informe de salut a Catalunya: punt 162
[271] Informe de salut a Catalunya: punt 289
[272] www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsback.htm
[273] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Avaluació

La morbiditat per fractures de coll de fèmur[274], mesurada a partir dels ingressos hospitalaris, ha augmentat lleugerament entre els anys 2000 i 2005 en el grup de 65 a 84 anys, la qual cosa farà difícilment assolible l'objectiu l'any 2010 en cas de mantenir-se aquesta tendència.

Indicador		2000	2005	2010	Valoració
Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants per fractura de coll de fèmur en persones de 65 a 84 anys.	Homes	22,9	27,0	18,3	--
	Dones	57,0	57,1	45,5	--
	Total	42,2	44,0	33,8	--

Font: Servei del Pla de Salut a partir del Registre del CMBD-AH. Servei Català de la Salut. Taxes estandarditzades per edat.
++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar l'atenció a les malalties reumatològiques i de l'aparell locomotor i de reduir-ne l'impacte en la salut de la població, el Departament de Salut preveu la creació del Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor que així mateix inclourà les recomanacions assistencials per a l'atenció de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica proposades l'any 2006 en el document de consens publicat pel Departament de Salut[275].

El Pla definirà accions orientades a la promoció de la salut, la prevenció, el diagnòstic, el tractament, la rehabilitació i la reordenació dels recursos assistencials incorporant criteris d'equitat territorial i sostenibilitat. Al llarg del bienni 2008-2009 es definiran de forma més específica els objectius i les estratègies que constituiran el pla, així com els projectes que se'n derivin i els indicadors i les eines d'avaluació.

Indicadors lligats a l'estratègia

Existència i difusió del Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.

Referències

I. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal results in the general population of Spain. Ann Rheum Dis 2001;60:1040-5.

II. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal disease in the general population of Spain: results from a national survey. Ann Rheum Dis. 2001;60:1040-5.

III. Roberts C, Adebajo AO, Long S et al. Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. Rheumatology Oxford 2002;41:503-8.

[274] Informe de salut a Catalunya: punt 461
[275] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/fm_sfccat.pdf

IV. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estructura i utilització de l'atenció especialitzada a Catalunya. Any 2004. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. febrer 2006.

V. Edmonds M, McGuire H, Price J. Tratamiento con ejercicios para el síndrome de fatiga crónica (Revisión Cochrane traducida) En: la Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Issue 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

VI. Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL et al. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2001;357:841-47.

Les malalties neurològiques cròniques que cursen amb discapacitat (MND)

Justificació

Gairebé totes les malalties neurològiques que cursen amb discapacitat (MND) tenen importància per les seves conseqüències a nivell personal, familiar i social[I,II,III,IV]. Afecten nens, joves, adults i persones grans. Són processos que poden estar presents des del naixement fins a la mort, o bé aparèixer al llarg de la vida de forma sobtada o progressiva, tenen caràcter crònic, requereixen atenció sanitària i social, així com suport de familiars i cuidadors.

Les MND[276,V,VI,VII] alteren diferents circuits neurològics, es poden localitzar en el sistema nerviós central i/o perifèric i/o autonòmic, i tenen etiologies molt diverses. Engloben diagnòstics com la malaltia de Parkinson o l'esclerosi múltiple i altres menys freqüents com les anomenades malalties neurològiques minoritàries (MNM). La principal causa de discapacitat en la població jove és el traumatisme cranioencefàlic[277], amb una incidència de 300-400 nous casos a l'any per cada 100.000 habitants, un 10% d'aquests són greus i deixaran seqüeles. L'esclerosi múltiple té una prevalença superior als 60 casos per 100.000 habitants. La malaltia de Parkinson afecta un 1% de les persones de més de 65 anys. Les distonies afecten 300 persones per milió d'habitants. La paràlisi cerebral infantil te una prevalença de 1,5 a 2,5 per 1.000 nadons.

El Pla de salut de Catalunya inclou, per primera vegada, entre les seves prioritats les MND amb l'objectiu de millorar-ne el coneixement quant a freqüència, distribució en el territori i necessitats que planteja per afavorir el diagnòstic i establir mesures de tractament i recursos.

Efectivitat de les intervencions

Algunes MND poden ser reversibles de forma total o parcial, sobretot si hi ha un diagnòstic ràpid i una intervenció precoç. Altres MND poden millorar o estabilitzar-se si s'introdueixen elements terapèutics adequats: mesures farmacològiques i no farmacològiques, quirúrgiques o rehabilitadores[VIII]. La informació, la formació, l'assessorament, l'atenció integral a la malaltia i el suport emocional al pacient i a la família tenen efectes positius.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb el propòsit de millorar l'atenció a les persones amb malalties neurològiques cròniques que cursen amb discapacitat, el Pla director sociosanitari del Departament de Salut[278] impulsa, planifica i coordina les actuacions estratègiques necessàries per aconseguir una millora de la qualitat de l'atenció sanitària als pacients afectats de MND. Aquestes actuacions es desenvolupen a tots els nivells assistencials per assegurar la continuïtat i la coordinació entre els professionals dels diferents recursos sanitaris i socials. Les propostes

[276] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_socisanitari271006.pdf
[277] Idpàgina 2.1.5
[278] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir494/index.html

estratègiques prioritzades són:

1. Millorar el coneixement de la freqüència i distribució de les MND a Catalunya, a través dels hospitals que incorporin el registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) per a malalts neurològics ambulatoris[279].
2. Actualitzar el mapa[280] de l'atenció neurològica a Catalunya identificant els centres de referència per als pacients i circuits recomanats.
3. Avançar en un model que prevegui la figura del gestor de cas més adequat a cada MND i que potenciï, si escau, el seguiment domiciliari de les persones afectades.
4. Potenciar les xarxes de teleconsulta i de teleneurorehabilitació[281] per a l'atenció a les MND.
5. Millorar l'accessibilitat equitativa en el territori, fent èmfasi en el transport dels malalts amb MND.
6. Implementar accions informatives, formatives i de suport a les famílies i cuidadors en els centres de referència de MND.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal estimar, si escau, per sexe, grup d'edat i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- El nombre de centres incorporats al projecte del Conjunt Mínim Bàsic de Dades (CMBD) de consultes ambulatòries de neurologia (com a mínim el 20% dels centres).
- Els pacients amb MND incorporats al CMBD, en primera o segona visita, en els centres participants en el projecte (com a mínim el 80% dels pacients).
- Els indicadors de fiabilitat i validesa elaborats per una auditoria externa per valorar la qualitat de les dades.
- El nombre de centres de referència per a MND amb programes d'informació (com a mínim el 90%), formació (com a mínim el 20%) i suport als malalts i/o familiars (com a mínim el 20%).
- Els centres de referència que disposin de teleconsulta i/o de telerehabilitació.
- L'estimació de la cobertura de transport sanitari per anar als centres de diagnòstic i tractament de les MND (com a mínim el 50% del territori).

Referències

I. NICE guideline for Parkinson's disease. Age Ageing 2007; 36:240-2.

II. NICE: Multiple Sclerosis: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care; 2004.

III. Aproximació social de les entitats federades a la FCMPF; 2007

[279] www10.gencat.cat/catsalut//cat/prov_cmbd.htm
[280] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[281] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm

IV. Càtedra de Recerca Qualitativa. Anàlisi de necessitats i desenvolupament d'accions adreçades a equiparar els drets i l'assistència als afectats per una malaltia minoritària (MM). Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2007.

V. Departament de Salut. Pla director sociosanitari. Barcelona: Departament de Salut; 2006.

VI. Defensor del pueblo. Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y socio sanitario. Madrid; 2005.

VII. Sociedad Española de Neurología. Plan Estratégico Nacional para el tratamiento integral de las enfermedades neurológicas. Madrid; 2002.

VIII. Centro Cochrane Iberoamericano. Eficàcia de la rehabilitació en malalties neurodegeneratives i de causa traumàtica. Cochrane; març de 2007.

www.guttmann.com/backoffice/html/docs/Pla_Director_Sociosanitaria.pdf L'atenció a les persones amb malalties neurodegeneratives i dany cerebral

www.enerca.org European Network for Rare and Congenital Anaemias

www.alzheimercatalunya.org/ Alzheimer Catalunya Fundació

www.gencat.cat/entitats/afacata.htm Associació de Familiars d'Alzheimer de Barcelona

Idpàgina 2.3.5 L'atenció al final de la vida

Idpàgina 2.5.2 La participació ciutadana i dels pacients en la salut i el sistema sanitari

iier.isciii.es/er/prg/er_bus2.asp?cod_enf=108 Esclerosis lateral amiotrófica

www.eurordis.org/ European Organisation for Rare Diseases

www.asem.es Associació Catalana de Malalties Neuromusculars

www.amicsdelaneurologia.org Associació Vallès Amics de la Neurologia

www.cermi.es Comitè Espanyol de Representants de Persones amb Discapacitat (CERMI).

www.gencat.cat/entitats/fem.htm Fundació Esclerosi Múltiple

www.fcmpf.entitatsbcn.net/?go=e6598a7e63ddfde814ae5064e41bc9ab93810880f66a0360f50c04504b5aff7cbf27a44dcfed81f444724dc76e3906fc7944f0360c8bdd7f Federació Catalana de Malalties Poc Freqüents

www.fedesparkinson.org Federación Española de Parkinson

www.catparkinson.org Associació Catalana de Parkinson

www.ecom.cat Federació ECOM

www.msif.org Multiple sclerosis international federation

www.feeneurologia.com Fundación española de enfermedades neurológicas

sedene.congress-uex.com/Home.cfm Sociedad Española de Enfermería Neurológica

www.sen.es Sociedad Española de Neurología

www.scn.cat Societat Catalana de Neurologia

www.enfermedadesraras.es/ Enfermedades raras

El deteriorament cognitiu lleuger i les demències

Justificació

El deteriorament cognitiu lleuger (DCL) i les demències són problemes de salut de tendència creixent que afecten, sobretot, persones més grans de 70 anys, però que també es poden presentar en persones joves. Entre la població de 70 anys i més s'estima que el DCL té una prevalença del 13% i la demència del 9,4%[I]. La malaltia d'Alzheimer[282] representa el 69% de totes les demències. Té una prevalença del 6,6% en la població de 70 anys i més, que augmenta amb l'edat. És de l'1% en les persones d'entre 60-65 anys, del 13% en el grup de 80-85 anys i del 32% en el grup de 90-95 anys.

Les persones afectades presenten trastorns de cognició, de conducta, d'ànim, de mobilitat, de continència, de la son i pèrdua de la capacitat de seguir desenvolupant les activitats avançades, instrumentals i/o finalment les bàsiques de la vida diària. El procés, en funció de l'etiologia (Alzheimer, vascular, Lewy i d'altres), pot durar entre 10 i 15 anys o més.

A Catalunya, les demències són un problema de salut prioritari[283] Tenen un gran impacte familiar, social i econòmic i generen un elevat consum de recursos sanitaris i socials[II]. A l'actualitat hi ha més de 30.000 persones amb demència que reben tractament[284] amb inhibidors de la acetilcolinesterasa i/o memantina.

Efectivitat de les intervencions

El diagnòstic ràpid del DCL i/o de la demència i l'inici del tractament poden modificar positivament el pronòstic a curt i a llarg termini. Hi ha demències secundàries potencialment reversibles, i moltes degeneratives que poden millorar amb mesures farmacològiques i no farmacològiques[III].

La bona comunicació i coordinació entre nivells assistencials i l'accessibilitat als recursos permet oferir una atenció de qualitat, satisfactòria per als pacients i per a les famílies. Disposar de professionals qualificats repercuteix positivament en tot el procés[IV].

Proposta estratègica per a l'any 2010

A Catalunya, l'atenció sanitària a les persones amb demència i el suport als cuidadors mostra aspectes susceptibles de millora. Per millorar l'atenció a les persones amb deteriorament cognitiu lleuger o demència, el Departament de Salut proposa un Pla de demències que permeti:

1. Elaborar una guia de pràctica clínica per a l'abordatge integral de la demència amb recomanacions per a la detecció, diagnòstic, tractament i seguiment que prevegi la coordinació entre els diferents nivells i serveis assistencials.
2. Aconseguir la intervenció ràpida, és a dir, escurçar l'interval de temps entre els

[282] archneur.ama-assn.org/cgi/content/full/59/11/1737
[283] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_socisanitari271006.pdf
[284] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/farmacia/dogc2393.htm

primers símptomes de la DCL i/o la demència i el diagnòstic i tractament.

3. Fer un tractament integrat[V] que combini el tractament farmacològic, la formació dels cuidadors i la implementació d'altres mesures complementàries[285], com l'estimulació cognitiva, el suport psicològic i els grups d'ajuda mútua[286].
4. Dissenyar i posar en marxa un pla d'actuació específic per a persones joves amb demència.
5. Implementar progressivament el Registre de Demències de Catalunya.
6. Posar en marxa programes estratègics (formació, suport a cuidadors i estimulació cognitiva) en el territori.
7. Continuar desplegant l'activitat del Consell Assessor Sobre el Tractament Farmacològic de la Malaltia d'Alzheimer (CATMA)[287] en l'assessorament del tractament farmacològic de les demències degeneratives, i ampliar les seves funcions d'informació, de formació i de suport als professionals.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal disposar, si escau, de la informació següent per sexe, grup d'edat i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- Disponibilitat de la guia de pràctica clínica.
- Existència del Registre de Demències de Catalunya, amb una exhaustivitat de com a mínim el 50% dels centres i el 80% dels pacients d'aquests centres.
- Anàlisis de la implementació de programes de formació a familiars vinculats als equips avaluadors de demència, amb una cobertura de com a mínim el 50% dels equips d'avaluació i el 50% de les famílies de malalts.
- Difusió anual de la activitat del CATMA: tractament farmacològic, formació i suport.
- Grau d'implementació i funcionament dels grups d'ajuda mútua lligats als centres de salut.

Referències

I. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, De Pedro-Cuesta J, Ramón JM, Manubens JM, Sánchez C, Hernández M, Estela J, Juncadella M, Rubio FR. Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON study. Neuroepidemiology 2007;28(4):224-34.

II. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla Director Sociosanitari. Barcelona: Departament de Salut, 2006.

III. NICE clinical guideline 42. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. Novembre de 2006.

[285] www.amicsdelaneurologia.org/
[286] www.gencat.cat/entitats/afacata.htm
[287] www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=8164

IV. L'Alzheimer, un repte per a la Infermeria. Barcelona: EUI Santa Madrona; 2005.

V. Understanding NICE guidance. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for Alzheimer's disease. Setembre de 2007.

www.amicsdelaneurologia.org/ AVAN. Associació Vallès Amics de la Neurologia

www.fundacioace.com Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades

www.ecom.es Federació ECOM. Federació d'entitats dedicades a l'atenció de persones amb discapacitats físiques

www.alzheimercatalunya.org Alzheimer Catalunya

www.alz.co.uk Alzheimer's Disease Internacional

www.alzheimer-europe.org Alzheimer Europa

www.ceafa.org Confederación Española de Familias de Enfermos de Alzheimer y otras demencias

www.fafac.info Federació Associacions de familiars d'Alzheimer

www.feeneurologia.com Fundación Española de enfermedades neurológicas

www.fundaciouab.com/CAT/int17.html Institut Català de l'Envelliment

www.scn.cat Societat Catalana de Neurologia

www.arrakis.es/~seegg/ Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica

sedene.congress-uex.com/Home.cfm Sociedad Española de Enfermería Neurológica

www.segg.es/segg/index.html Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

www.sen.es Sociedad Española de Neurología

La salut mental i les addiccions

Justificació

Els trastorns mentals i les addiccions són problemes de salut que tenen un fort impacte social, sanitari, econòmic i una important repercussió en la qualitat de vida de les persones que els pateixen i les seves famílies. El cost econòmic derivat d'aquestes malalties mentals s'estima al voltant del 3 al 4% del PNB, el 46% del qual correspon a costos sanitaris i socials directes, i la resta són costos indirectes associats, en bona part, a la incapacitat laboral[I]. El conjunt dels trastorns mentals són la causa més freqüent de malaltia a Europa, on la depressió, que representa el 6% de la càrrega total, ocupa el tercer lloc només per darrera de la isquèmia coronaria i dels accidents cerebrovasculars[II]. S'estima que el 3% de les persones experimenten algun episodi psicòtic al llarg de la seva vida. La psicosi més característica, l'esquizofrènia, presenta una incidència anual de l'1 per 10.000 habitants i una prevalença pròxima a l'1% de la població[III]. Actualment la salut mental figura com una prioritat sanitària en l'agenda política a Europa[288] l'Estat espanyol[289] i Catalunya[290].

A Catalunya, la prevalença vida per trastorns mentals és del 20,3% en els homes i del 26,9% en les dones[IV]. Entre els usuaris de l'atenció primària[291], la prevalença de trastorns mentals és del 31,7%[V]. El suïcidi és la quarta causa de mort prematura[292]. L'atenció a la salut mental ocupa el segon lloc en despesa (10,6%) del pressupost del Servei Català de la Salut[293].

Els problemes relacionats amb el consum d'alcohol contribueixen en el 4% a la morbiditat total en el món i l'alcohol ocupa el tercer lloc entre els factors de risc per a la salut en els països desenvolupats[VI]. Aproximadament el 60% de la mortalitat relacionada amb l'alcohol és per causes cròniques i el 40% restant és per causes agudes. En ambdós casos, tres de cada quatre defuncions són masculines. Les tres primeres causes de mort són les malalties digestives, les lesions intencionals i les no intencionals[VII]. A Catalunya, el consum de risc d'alcohol[294] en la població, tant jove com adulta, està augmentant. Pel que fa a les drogues il·legals, a Catalunya, l'any 2006, el 8,8% de les persones de 15 anys i més declaren haver consumit derivats del cànnabis en el darrer any, i l'1,8% haver consumit cocaïna[295] en el mateix període de temps. Dues sèries d'enquestes, una a població catalana de 15 a 64 anys i l'altra a adolescents escolaritzats de 14 a 18 anys, mostren un sensible increment del consum de cocaïna i de derivats del cànnabis des de la dècada de 1990, tot i que aquesta tendència creixent podria començar a estabilitzar-se[VIII,IX]. El consum d'heroïna continua representant un greu problema de salut (des de la dècada de 1980), agreujat per l'elevada freqüència de l'ús de la injecció intravenosa com a via d'administració, que contribueix a incrementar la incidència d'infecció pel VIH[296], hepatitis víriques i sobredosis, entre d'altres.

[288] www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf
[289] www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
[290] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf
[291] Informe de salut a Catalunya: punts 230 a 234
[292] Informe de salut a Catalunya: punt 339
[293] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/estudissalut2007.pdf
[294] Informe de salut a Catalunya: punts 102 a 106
[295] Informe de salut a Catalunya: punts 107 a 110
[296] Id pàgina 2.3.2.3
[297] Informe de salut a Catalunya: punts 230 a 251

En els darrers anys s'ha produït un increment rellevant dels pacients atesos[297] en els serveis sanitaris per trastorns mentals i addiccions.

Efectivitat de les intervencions

No hi ha evidència científica suficient per recomanar l'avaluació rutinària del risc de suïcidi en la pràctica clínica. Tanmateix, hi ha consens en la necessitat de detectar els signes d'alerta en poblacions de risc[298], com ara persones amb trastorn mental, depressió i/o abús de substàncies, recent temptativa d'autòlisi o antecedents familiars de suïcidi. La prevenció[299] i el tractament adequats de la depressió, la dependència de l'alcohol i l'esquizofrènia poden reduir les taxes de suïcidi, tant si es tracta d'intervencions individuals com si van dirigides a les famílies o a les escoles.

L'efectivitat dels psicofàrmacs en la remissió se situa en el 70-80%, depenent del tipus de patologia. Les intervencions psicoeducatives en famílies han mostrat una efectivitat del 50% en la prevenció de recaigudes i contribueixen a la recuperació dels pacients amb un nivell òptim de qualitat de vida[300]. L'efectivitat de les teràpies psicològiques[301] està demostrada en patologies com la depressió o l'ansietat, en combinació o no amb tractaments farmacològics. Existeixen proves emergents que la llarga durada de la psicosi no tractada és un indicador que prediu els pitjors resultats per al trastorn[X].

Es consideren mesures efectives per a la reducció del consum excessiu d'alcohol[302] l'augment dels preus de l'alcohol, la vigilància del compliment de les lleis, les mesures de planificació urbana, les estratègies comunitàries, el reforç del transport públic alternatiu i la gestió dels entorns de consum També es consideren efectius els programes educatius i les campanyes en mitjans de comunicació per prevenir la conducció sota els efectes del consum d'alcohol i la incentivació del conductor designat. A les escoles i universitats, les intervencions educatives fan reduir el nombre de persones disposades a pujar a un cotxe amb un conductor begut[XI]. En l'àmbit dels serveis de salut[303], es consideren eficaços els cribratges per identificar consumidors de risc d'alcohol i les intervencions breus[XII,XIII,XIV].

Per reduir el consum de drogues en l'àmbit educatiu, les estratègies més eficaces són les d'influència social i aplicació de mètodes interactius que estan liderades per persones amb la mateixa formació[XV,XVI], i que inclouen components familiars i reforç[XVII]. En grups de risc són efectius els programes d'informació i sensibilització desenvolupats en espais d'oci[304,XVIII,XIX].

En l'àmbit de les drogues il·legals hi ha evidència molt sòlida de l'eficàcia i de cost-eficàcia que dóna suport als programes amb substitutius (o de manteniment), els programes d'intercanvi de xeringues i els programes de proximitat[XX,XXI.XXII.XXIII.XXIV].

298 www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/suicide/suiciderr.htm
299 www.euro.who.int/HEN/Syntheses/suicideprev/20040714_1
300 www.nimh.nih.gov/about/director/publications/cure-therapeutics-and-strategic-prevention-raising-the-bar-for-mental-health-research.shtml
301 www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&o=10958
302 ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
303 www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/Du9/index.html
304 www.spora.ws/galeria/informes/oci_nocturn_i_substancies.pdf

Objectius de salut per a l'any 2010

Per millorar la salut de la població pel que fa a la salut mental i les addiccions, el Pla de salut de Catalunya[305] estableix que per al 2010 cal:

Reduir:

- La mortalitat per suïcidi en la població general, en els menors de 25 anys, així com en la població de 65 anys i més, almenys en un 10%.
- La repetició de les temptatives de suïcidi en els territoris en un 15%.
- La mortalitat per accidents de trànsit de vehicles a motor associats a graus excessius d'alcoholèmia dels conductors en un 50%.
- La morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en un 10%.
- La prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 grams en homes i > 168 grams en dones) en població major de 15 anys, i en el subgrup de 15-29 anys en un 10%.
- La mortalitat per reacció adversa a drogues en un 30%.
- La prevalença d'infecció per VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30% i entre els consumidors de cocaïna en un 15%.
- La prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys i de 15 a 29 anys en un 20%.

Avaluació

Els objectius de mortalitat per suïcidi[306] seran assolibles si es manté la tendència actual.

Els objectius relacionats amb la prevalença de consum excessiu d'alcohol[307], especialment en població jove de 15 a 29 anys, no seran assolibles si es manté la tendència actual, ja que aquesta està augmentant. Tampoc s'assolirien els relacionats amb la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol.

Els objectius sobre el consum de drogues no institucionalitzades[308] relacionats amb la mortalitat per reacció adversa a drogues seran assolibles el 2010 si es manté la tendència actual, així com els relacionats amb la reducció de la prevalença de la infecció per VIH en els consumidors d'opiacis i cocaïna. En canvi, no ho seran els relacionats amb la prevalença de consum, especialment en el grup de població més jove (de 15 a 29).

Indicador	2000	2004	2010	Valoració
Taxa de mortalitat per suïcidi per 100.000 h.[1]	6,7	6,3	6,0	++
Taxa de mortalitat per suïcidi per 100.000 h. en la població menor de 25 anys.[1]	2,2	2,0	2,0	++
Taxa de mortalitat per suïcidi per 100.000 h. en la població de 65 i més anys.[1]	14,6	13,7	13,1	++

[305] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Repetició de les temptatives de suïcidi		ND	ND		NV
Evolució dels resultats dels controls d'alcoholèmia realitzats als conductors que es veuen implicats en accidents mortals (% positius) [5]		40,9	37,1	20,5	--
Nombre de contactes d'hospitalització per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol [2]		1.685	1.929	1.516	--
Prevalença de consumidors excessius d'alcohol (> 280 g en homes i > 168 g en dones) en la població major de 15 anys (%).[3]	Homes Dones Total	8,9 7,1 8,0	10,3 6,7 8,5	8,0 6,4 7,2	-- +/- --
Prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys (%).[3]		10,4	12,6	9,4	--
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per reacció adversa a drogues [1]		2,9	1,7	2,0	++
Prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD (%).[4]		21,2	15,2	14,8	++
Prevalença d'infecció pel VIH entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD (%).[4]		8,6	4,8	7,3	++
Prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys (%).[3]		8,7	11,4	7,0	--
Prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys (%).[3]		19,7	26,9	15,8	--

Font: [1] Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir de les dades del Registre de mortalitat de Catalunya. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segons la població de Catalunya de 1991.
[2] Registre del CMBD AH. Contactes d'hospitalització. Servei Català de la Salut.
[3] Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2001 y 2003. Plan Nacional sobre Drogas.
[4] Sistema d'informació sobre drogodependències, 2000 i 2005. Departament de Salut.
[5] Anuari estadístic d'accidents a Catalunya, 2000 i 2004. Servei Català de Trànsit.
Nota: Prevalença d'infecció pel VIH entre consumidors de drogues fa referència a les persones ateses als centres de la XAD per inici de tractament.
NV: No valorable ND: No disponible

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable

[306] Informe de salut a Catalunya: punt 450
[307] Informe de salut a Catalunya: punts 455 a 456
[308] Informe de salut a Catalunya: punt 457

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut, mitjançant el Pla Director de salut mental i addiccions[309] proposa un nou model d'atenció per a les persones de totes les edats que integra la promoció de la salut i la prevenció, les activitats assistencials i de rehabilitació i impulsa la coordinació i cooperació entre els serveis d'atenció a les persones amb un alt component intersectorial. El desplegament de l'estratègia comporta:

1. Formular una estratègia de prevenció i promoció de la salut mental i d'eradicació de l'estigma associat a les persones amb trastorns mentals i elaborar el Pla de Prevenció sobre consum de drogues i problemes associats 2008-2013.
2. Integrar progressivament les xarxes de salut mental i addiccions.
3. Promocionar el cribratge del consum d'alcohol a l'atenció primària i estendre el programa Beveu menys a tots els serveis sanitaris.
4. Desenvolupar un pla de prevenció de la reacció adversa per consum d'opiacis 2008-2009.
5. Dur a terme canvis organitzatius i noves formes de treball, tant en l'atenció primària de salut com en l' especialitzada.
6. Estendre la implantació de la cartera de serveis de salut mental i addiccions en l'atenció primària de salut.
7. Estendre el model d'atenció intensiu i proactiu a la població amb un trastorn mental greu i a la psicosi incipient.
8. Coordinar recursos i serveis interdepartamentals d'acord amb el Pla d'atenció integral a les persones amb problemes de salut mental[310].
9. Completar el desplegament de la reordenació dels serveis per a l'atenció als trastorns de la conducta alimentària (TCA), les ludopaties, els trastorns límit de la personalitat (TLP), el trastorn de dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i altres addiccions no tòxiques.
10. Participar en el projecte Europeu contra la depressió i el risc de suïcidi impulsat per l'European Alliance Against Depression (EAAD)[311].
11. Crear la Comissió interdepartamental de drogodependències.
12. Elaborar un pla de desplegament de recursos de reducció de danys en drogodependències 2008, que prevegi una cartera de serveis i els protocols d'actuació.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010 i dels indicadors del Pla director de salut mental i addiccions[312] cal estimar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- l'evolució dels indicadors sobre detecció i adequació del tractament dels trastorns mentals més prevalents atesos a l'atenció primària;
- l'evolució del nombre de casos atesos als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) amb trastorns per ús de substàncies en adolescents;
- la proporció de població de 15 anys i més atesa a l'atenció primària amb cribratge de

[309] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf
[310] www10.gencat.cat/gencat/binaris/20071228_salut_mental_tcm32-68451.pdf
[311] www.eaad.net
[312] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/salutmental2006n.pdf

consum d'alcohol;

- la cobertura del programa Beveu menys als serveis sanitaris;
- la cobertura del programa de prevenció universal sobre drogues en els centres educatius;
- la freqüentació a la consulta oberta del Programa Salut i Escola en relació amb la salut mental i les addiccions, en nois i noies de 3r i 4t. d'ESO;
- la cobertura de programes adreçats a joves en els espais d'oci nocturn;
- els resultats de l'avaluació del Programa de reducció de danys a Catalunya.

Referències

I. Andlin-Sobocki P, Rösler W. Cost of psychotic disorders in Europe. Eur J Neurol 2005; 12:74-77.

II. Olesen J. Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. Eur J Neurol 2005; 12:47-77.

III. Programa d'atenció específica als trastorns psicòtics incipients.

IV. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J i Ferrer M. Epidemiology of mental health disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project. Actas Esp Psiquiatr 2003;3(3):00-00

V. Departament de Salut. Estudi de la prevalença de la depressió major i altres trastorns mentals a l'Atenció Primària de Salut. Catalunya 2006 (DASMAP). Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2007.

VI. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: World Health Organization; 2003.

VII. Ochoa R, Fierro I, Yánez JL, Álvarez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1999-2004. Valladolid: Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas, Universidad de Valladolid; 2006.

VIII. Direcció General de Salut Publica. Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Anàlisi de l'Enquesta Estatal sobre Ús de Drogues en Estudiants d'e Educació Secundària. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

IX. Subdirecció General de Drogodependències. Direcció General de Salut Pública. Subdirecció General de Drogodependències. Anàlisi de l'Enquesta Domiciliària sobre Alcohol i Drogues. Observatorio Español sobre Drogas . Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

X. Thornicroft G & Tansella M. The components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. British Journal of Psychiatry:2004; 185:283-290.

XI. Elder, R. W, Nichols, J. L, Shults , R. A, Slet , D. A, Barios, L. C, & Compton, R; Task force on Community Preventive Services. Effectiveness of school- based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: A systematic review. American Journal of Preventive Med 2005;28(5):288-304.

XII. Crawford , M. J, Patton , R, Touquet , R, Drumond , C, Byford , S, Baret , B , et al. Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomized controlled trial. The Lancet 2004;364(9442):1334-1339.

XIII. Rodriguez-Martos Dauer, A, Garcia-Fuentes, C, & Duran-Vinyeta, A. (2004). Evaluación de un programa piloto de formación en dispensación responsable de bebidas alcoholicas. [Electronic version]. Trastornos Adictivos 2004;6(4):240-247. [Data de consulta: 19 d'abril de 2007].

XIV. Segura L, Gual A, Montserrat O, Bueno A, Colom J. Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. Atención Primaria 2006; 37(9):484-90.

XV. Tobler NS. Adolescents respond best to interactive drug prevention programs. Roberd Wood Johnson Foundation; 2002.

XVI. Gottfredson, D. C, & Wilson, D. B. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prevention Science 2003:4;27-38.

XVII. Gates, S, McCambridge, J, Smith, L. A, & Foxcroft, D. R. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. Cochrane Database of Systematic Reviews (Online) 2006;CD005030.

XVIII. Faura, R, García, N, Caussa, A, Sampietro, H, Balasch, M, & Sánchez, V. Oci nocturn i substàncies psicoactives. avaluació de les polítiques i intervencions de salut pública amb adolescents i joves en espais d'oci nocturn a Catalunya. Barcelona: Spora Sinergies; 2007. www.spora.ws/galeria/informes/oci_nocturn_i_substancies.pdf [Data de consulta: 8 de maig de 2007

XIX. National Institute for Health and Clinical Excellence. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. [Data de consulta: 3 de maig de 2007].

XX. Gray, J. Operating needle exchange programmes in the hills of Thailand. AIDS Care 1995; 7(4):489-499.

XXI. Gibson, D. R, Flynn , N. M, & Perales, D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS 2001;(London, England), 15(11):1329-1341.

XXII. Rich JD, Wolf FA, Macalino G. Strategies to improve access to sterile syringes for injection drug users. AIDS Read 2002;12(12):527-535.

XXIII. Dolan, K, Rutter, S, & Wodak, A. D. Prison-based syringe exchange programmes: A review of international research and development. Addiction (Abingdon, England 2003); 98(2):153-158.

XXIV. Wodak, A, & Cooney, A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: A comprehensive review of the international evidence. Substance Use & Misuse 2006; 41(6-7):777-813.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir489/index.html Salut mental i addiccions al Departament de Salut

www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm Observatorio español sobre drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo

www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/oed/home.htm Informes del Observatorio español sobre drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/alcohol/butlleti55.html Butlletí Beveu menys

www.cermiaragon.org/es/index.php?mod=archive_document_detail&id=150&fil_id_category=5 Comité de entidades representantes de personas con discapacidad

L'envelliment saludable

Justificació

A Catalunya la població de 65 anys i més s'aproxima als 1,2 milions de persones[313]. L'any 2005 l'esperança de vida en néixer[314] es troba entre les més altes del món i és de 80,6 anys (77,3 anys en els homes i 83,8 en les dones). Però aquest guany de longevitat pot anar acompanyat de trastorns crònics, discapacitats o dependència. Així, en arribar als 65 anys, l'esperança de vida lliure de discapacitat[315] és de 9,6 anys i 8,2 anys per homes i dones, respectivament.

Alhora que augmenta l'esperança de vida, també és possible aconseguir millores en l'estat de salut i retardar l'aparició de la morbiditat, la discapacitat i la dependència. La imatge negativa de l'envelliment, que l'associa solament a malalties, deteriorament i càrregues socials i econòmiques ha de ser, en certa mesura, superada per la noció de què és possible un envelliment més saludable[316] i considerar la importància de les aportacions de la gent gran tant en l'àmbit familiar com social (Pla Director Sociosanitari)

Efectivitat de les intervencions

La promoció de la salut i l'adopció d'hàbits saludables per part de la gent gran i els grups propers als 65 anys influeixen molt positivament en el retard de l'aparició de malalties cròniques o degeneratives, o fins i tot en la seva eliminació, augmentant el nombre d'anys d'esperança de vida lliure de discapacitat i millorant la qualitat de vida[I].

Existeix evidència de l'efectivitat de mesures preventives de diferent naturalesa sobre la compressió de la morbiditat, és a dir, el retard en edats més tardanes de l'aparició de patologies cròniques. En la prevenció de la malaltia i la discapacitat es combinen mesures sanitàries com ara les vacunacions, els cribratges, el consell preventiu sobre els estils de vida, el control de malalties cròniques[317], així com mesures sobre l'entorn urbà i domèstic[II].

En termes econòmics, s'observa que retards discrets en l'aparició de la dependència tenen un efecte molt significatiu en el control de l' increment dels costos totals de l'atenció de llarga durada[III].

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit d'aconseguir una vellesa amb salut, el Pla de salut de Catalunya[318] proposa per a l'any 2010:

- Incrementar en un 10% o més l'esperança de vida lliure d'incapacitat (EVLI) d'homes i dones a l'edat de 65 anys.

---

[313] www.idescat.net/territ/BasicTerr?TC=8&V3=669&V4=498&ALLINFO=TRUE&PARENT=1&V0=3&V1=0&CTX=B&VN=3&VOK=Confirmar
[314] Informe de salut a Catalunya: punts 6 a 10
[315] Informe de salut a Catalunya: punts 148 a 158
[316] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir494/index.html
[317] www.ahrq.gov/research/tripage.htm
[318] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Avaluació

Si bé l'esperança de vida d'homes i de dones als 65 anys[319] ha augmentat lleugerament entre el 2000 i el 2005, l'esperança de vida lliure d'incapacitat ha disminuït. Si es manté la tendència actual aquest objectiu no s'assolirà. Tampoc no s'assoliran els objectius relacionats amb la reducció de les caigudes i la disminució de les fractures de fèmur entre la gent gran. Tanmateix, la reducció de la mortalitat per caigudes accidentals en la població més gran de 64 anys ja s'ha asolit.

Indicador		2000	2005	2010	Valoració
Esperança de vida lliure d'incapacitat dels homes i les dones de 65 anys (en anys) (1)	Homes	10,8	9,6	11,8	--
	Dones	11,1	8,2	12,3	--
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per caigudes accidentals en la població més gran de 64 anys (2)		15,2	11,3	12,2	++
Taxa de mortalitat per 100.000 h. per reaccions adverses als medicaments en les persones de 65 anys i més (2)*		0,3	0,4		NV
Defuncions anuals per tètanus en les persones de 65 anys i més (2)*		3	0	<3	NV
Població més gran de 64 anys que ha caigut i ha requerit atenció sanitària (3)		106,7	140,2	96,0	--
Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000h. per fractura de coll de fèmur (maluc) en la població entre 65 i 84 anys (4)		42,2	44,0	33,8	--

Font: (1) Departament de Salut. *Informe de salut a Catalunya. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010.*
(2) Elaboració del Servei del Pla de Salut a partir del Registre de Mortalitat de Catalunya. Departament de Salut. Taxes estandarditzades per edat segon la població de Catalunya de 1991.
(3) Enquesta de salut de Catalunya 2002 i 2006. Departament de Salut.
(4) Registre de CMBD-AH, 2005. Servei Català de la Salut.
* Referit a totes les edats
++: Tendència favorable **+/-**: Tendència estable **--**: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut proposa seguir impulsant les activitats preventives i assistencials per prevenir la malaltia i la discapacitat, retardar la dependència i comprimir la morbiditat per tal de promoure l'envelliment saludable en les persones grans[320] i en aquelles properes als 65 anys[321].

Les intervencions prioritàries són:

1. Vacunacions en poblacions diana (grip, pneumònia pneumocòccica)[322].
2. Detecció precoç en persones grans i properes als 65 anys de l'excés de pes[323], la

[319] Informe de salut a Catalunya: punts 148 a 153
[320] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/gentgran/index.html
[321] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/llibreblancprimaria.pdf
[322] ldpàgina 2.3..2.1

diabetis *mellitus*[324], la hipertensió arterial[325] i la hipercolesterolèmia[326].

3. Participació en cribratges poblacionals de càncer colorectal i de mama[327].
4. Control periòdic de persones amb trastorn visual o auditiu.
5. Consells preventius sobre estils de vida saludables i preparació de la gent gran amb trastorns crònics en pràctiques d'autocura i utilització adequada de medicaments[328].

Indicadors lligats a l'estratègia

A més de l'indicador lligat a l'objectiu de salut per a l'any 2010, cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- L'índex d'envelliment i de sobreenvelliment.
- El percentatge de població de 65 anys i més que viu sola.
- El percentatge de població de 60 anys i més amb vacunació antigripal.
- El percentatge de població de 65 anys i més amb obesitat, diabetis *mellitus*, hipertensió arterial i hipercolesterolèmia.
- El percentatge de població de 65 anys i més que es mesura la pressió arterial i els nivells de colesterol.

Referències

I. Fries J, Green LW, Levine S. Health promotion and the compression of morbidity. Lancet 1989 ; 1:481-3.

II. Mann WC, Ottenbacher KJ, Frass L, Tomita M, Granger CV. Effectiveness of assistive technology and environmental interventions in maintaining independence and reducing home care cost for the frail elderly. A randomized controlled trial. Arch Fam Med 1999; 8:210-7

III. The OECD Health Project: Long-term care for older people. OECD 2005.

www.fundaciouab.com/CAT/int17.html Institut Català de l'envelliment

www.oecd.org/document/50/0,3343,en_2649_37407_35195570_1_1_1_37407,00.html Long term Care for Older People. The OECD Health Project

www.who.int/topics/ageing/es/ L'envelliment a l'Organització Mundial de la Salut

[323] Idpàgina 2.3.3.4
[324] Idpàgina 2.3.3.3
[325] Idpàgina 2.3.3.2
[326] Idpàgina 2.3.3.2
[327] Idpàgina 2.3.3.1
[328] Idpàgina 2.5.2

L'atenció al final de la vida

Justificació

A Catalunya, l'any 2005, es van registrar 61.106 defuncions[329], de les quals es pot estimar que entre el 50 i el 60% van patir un procés evolutiu cap a una malaltia avançada i terminal[I], entre el 20 i el 30% van ser malalts de càncer i la resta, a causa d'altres patologies. Aquesta etapa es caracteritza pel patiment físic i psíquic del malalt i de la seva família, així com per l'elevada demanda assistencial. L'OMS declara com a bases per alleugerir el patiment de les persones que estan al final de la vida la necessitat de desenvolupar programes de cures pal·liatives, una millor formació dels professionals en aquest àmbit i la facilitació d'opioides[II].

Catalunya ha estat capdavantera en la implantació de programes de cures pal·liatives[330] i en el desenvolupament d'un model propi d'atenció al final de la vida per a malalts en fase avançada.[III] El Pla director sociosanitari[331] introdueix en l'atenció al final de la vida una visió transversal centrada en les necessitats globals de la persona i de les seves famílies. En la mateixa línia, l'Estatut d'autonomia de Catalunya de 2006[332], en l'article 20, estableix el dret a viure amb dignitat el procés de la mort i regula el dret de totes les persones a rebre un tractament adequat del dolor i cures pal·liatives integrals, i el dret a expressar la seva voluntat de manera anticipada[333], que ha de ser respectada especialment pel personal sanitari. El 2007, el Ministerio de Sanidad y Consumo desenvolupa l'Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud[334] per homogeneïtzar l'atenció pal·liativa en les diferents comunitats autònomes. El Departament de Salut ha impulsat un estudi sobre l'opinió de les persones que han viscut la mort d'un familiar pròxim i dels professionals de la salut que tenen cura dels pacients amb processos terminals[335,IV], que ha permès incorporar la visió dels professionals i dels ciutadans al Pla de salut. Finalment, la posada en marxa de l'Observatori Qualy Final de la vida ha de contribuir a identificar àrees de millora, elaborar propostes i generar coneixement.

Efectivitat de les intervencions

Diferents estudis evidencien que són eficaces[336] intervencions com el control del dolor i els seus símptomes, la millora de la comunicació, la fluïdesa de la informació, el suport a la famílies i als cuidadors, la coordinació dels serveis sanitaris i sociosanitaris, així com els serveis pal·liatius especialitzats.

---

329 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/evomor05.pdf
330 linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392407001261
331 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_socisanitari271006.pdf
332 www.gencat.cat/generalitat/cat/estatut/titol_1.htm#a20
333 Idpàgina 2.5.2
334 www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf
335 Informe de salut a Catalunya: punts 353 a 357
336 www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Hechos_Solidos.pdf

Proposta estratègica per a l'any 2010

El Departament de Salut proposa continuar amb la implementació dels objectius per a la millora en l'atenció al final de la vida mitjançant el Pla director sociosanitari[337]. Això comporta:

1. Desplegar a nivell territorial[338] un model integrador d'atenció al final de la vida.
2. Estendre la continuïtat assistencial entre serveis per garantir la cobertura les 24 hores.
3. Establir criteris de complexitat en l'accessibilitat a serveis específics.
4. Generalitzar guies de pràctica clínica per reduir la variabilitat en l'atenció al final de la vida en serveis específics i convencionals.
5. Introduir criteris de terminalitat en processos no oncològics en recursos convencionals (hospitals i atenció primària).
6. Implantar accions que millorin l'atenció pal·liativa en serveis convencionals, incloent les urgències.
7. Potenciar l'atenció precoç en cures pal·liatives tenint en compte, en tot moment, el suport al cuidador/família.
8. Potenciar els mecanismes d'autonomia del pacient[339] i fomentar la seva participació[340] en la presa de decisions[341] de com ha de ser l'atenció que rebi al final de la vida.
9. Formar els professionals i donar-los suport, tant en aspectes assistencials com emocionals.
10. Desenvolupar una xarxa de comitès d'ètica assistencial en l'àmbit dels serveis sociosanitaris.

Indicadors lligats a l'estratègia

Cal estimar, si escau, per sexe, grup d'edat i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- el grau d'implantació territorial del model integrador d'atenció al final de la vida,
- el percentatge de malalts no oncològics atesos en serveis específics pal·liatius,
- el percentatge de malalts amb criteris de terminalitat atesos per equips d'atenció primària, d'atenció domiciliària i en unitats o serveis hospitals especialitzats,
- l'evolució del grau d'utilització d'opioides de tercer esglaó,
- els professionals que han rebut formació específica bàsica, intermèdia o avançada en cures pal·liatives,
- els pacients terminals atesos en serveis d'urgències convencionals,

[337] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/pd_socisanitari271006.pdf
[338] www.gencat.cat/salut/mapasanitari.htm
[339] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/consentiment.pdf
[340] Idpàgina 2.5.2
[341] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir518/doc12500.html

- l'evolució del nombre de documents de voluntats anticipades,
- el percentatge de centres sociosanitaris amb comitès d'ètica assistencial de referència.

Referències

I. McNamara B et al. A method for destining and estimating. The palliative care population. J Pain Symptom Manage 2006;32:5-12.

II. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO,1994. Technical Report Series.

III. Gomez Batiste X et al. Catalonia WHO Palliative Care Demonstration Project at 15 years (2005). J. Pain Symptom Manage 2007;33:584-90.

IV. Departament de Salut. La millora de l'atenció al final de la vida. La perspectiva dels familiars de pacients i dels professionals de la salut. Barcelona: Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2008.

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir494/index.html Apartat Sociosanitari del web del Departament de Salut

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm Cuidados paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo

www.derecho.com/legislacion/boe/60904 Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut

Idpàgina 2.1.1 L'atenció a les persones amb problemes de salut que comporten dependència

www.secpal.com Sociedad Española de Cuidados Paliativos

www.todocancer.com/esp Asociación Española contra el cáncer

www.seom.org Sociedad Española de Oncología Médica

La seguretat dels pacients

Justificació

La seguretat dels pacients, entesa com la dimensió de la qualitat assistencial que busca reduir i prevenir els riscos associats a l'atenció sanitària, està adquirint un interès creixent i és un dels eixos de la política sanitària. La seva rellevància neix de l'imperatiu ètic de no maleficència ("primer de tot, no fer mal"), i del convenciment que no és acceptable que un pacient presenti danys derivats de l'atenció sanitària rebuda, de la qual s'espera que sigui curadora i proporcioni confort i qualitat de vida. L'informe *To err is human*[I] va representar una crida sobre la necessitat d'un sistema sanitari més segur, davant les estimacions que assenyalaven una xifra anual de fins a 98.000 morts que podien haver estat evitades als Estats Units. A Espanya, l'Estudi ENEAS[342,II] va mostrar que fins al 9,3% dels pacients ingressats en un hospital pateixen algun efecte advers relacionat amb l'atenció sanitària. Les principals causes identificades són l'ús de medicaments (37,4%), la infecció nosocomial (25,4%) i l'aplicació de tècniques i procediments (25,0%). En un 43% dels casos, aquests esdeveniments adversos podrien ser considerats com a evitables.
L'Organització Mundial de la Salut ha constituït la World Alliance for Patient Safety[343] i lidera i promou campanyes internacionals de sensibilització en aquest àmbit. La primera la va dedicar al rentat i higiene de mans, i ara presenta la campanya sobre la cirurgia segura. En aquest marc, el Ministeri de Sanitat i Consum ha definit en el Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut les actuacions prioritàries per a la seguretat dels pacients[344].

Catalunya s'ha adherit també a aquestes iniciatives. El Departament de Salut ha promogut l'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya[345] com a fórmula per impulsar les diferents iniciatives i actuacions per a la millora de la seguretat clínica. En aquesta iniciativa estan representats i hi participen els agents i els diferents grups d'interès, com són les organitzacions de professionals, les entitats proveïdores i les associacions de pacients.

Efectivitat de les intervencions

Hi ha evidència científica de l'efectivitat de determinades pràctiques que redueixen la probabilitat que es produeixin efectes adversos resultants de l'exposició a determinats procediments en l'atenció sanitària[346], entre les quals es troben:

- profilaxi antibiòtica per reduir les infeccions de l'espai quirúrgic;
- adequada profilaxi del tromboembolisme venós;
- ús de betabloquejants per evitar efectes adversos cardíacs en malalts operats;
- ús de barreres estèrils durant la inserció de catèters;
- verificació amb el pacient de la informació comunicada durant el consentiment informat;

342 www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
343 www.who.int/patientsafety/en/
344 www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf
345 www.seguretatpacient.org
346 www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/

- aspiració de secrecions per prevenir la pneumònia associada a ventilació mecànica;
- ús de materials que prevenen l'aparició de nafres per decúbit;
- estratègies nutricionals per reduir la morbimortalitat en pacients postquirúrgics i crítics;
- ús de catèter amb impregnació d'antibiòtics per reduir infeccions associades a l'ús de catèters venosos centrals.

Proposta estratègica per a l'any 2010

En el marc de l'estratègia internacional i nacional per a la seguretat dels pacients, el Departament de Salut[347], per tal de reduir la morbimortalitat evitable derivada de l'aparició d'efectes adversos relacionats amb l'atenció sanitària, promourà:

1. el rentat correcte de mans per a la prevenció de la infecció nosocomial[348];
2. l'adopció del protocol universal sobre cirurgia segura;
3. la reducció de la bacterièmia associada a l'ús de catèters centrals a les Unitats de Cures Intensives;
4. la realització d'actuacions per a prevenir les complicacions derivades de l'anestèsia;
5. la prevenció de les caigudes[349] dels pacients;
6. l'establiment d'estàndards de pràctiques segures en les unitats de major risc potencial en els hospitals;
7. l'ús adequat dels medicaments[350];
8. la formació continuada dels professionals en l'àmbit de la seguretat clínica i la creació i manteniment de xarxes professionals;
9. la recerca i l'adopció de bones pràctiques basades en l'evidència per a la millora de la seguretat dels pacients;
10. la difusió del coneixement, en relació a la seguretat dels pacients, a la comunitat científica i a la ciutadania;
11. la selecció i monitoratge d'indicadors rellevants en relació amb la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients: complicacions sentinelles, mortalitat, altres complicacions, reingressos i d'altres recomanats per la AHRQ, OMS i OCDE.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, pel que fa a l'estratègia de millorar la seguretat del pacient mitjançant la prevenció i reducció de la infecció nosocomial, i dels indicadors derivats de l'ús apropiat de la medicació, es mesurarà:

- l'evolució dels indicadors seleccionats per al monitoratge de la seguretat dels pacients;
- l'evolució dels indicadors del programa de vigilància de les infeccions nosocomials;
- la implicació dels professionals i gestors en actuacions per a la promoció de la qualitat assistencial i seguretat dels pacients, a través de la seva participació en els diferents projectes.

[347] www.seguretatpacient.org
[348] Idpàgina 2.3.6.1
[349] Idpàgina 2.1.5
[350] Idpàgina 2.3.6.3

Referències

I. Institute of Medicine of the Nacional Academies de Washington. To Err is Human. Building a Safer Health System. Novembre de 1999.

II. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Informe de febrer de 2006.

www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E3C600EB-043B-4E86-B04E-CA4A89AD5433/0/universal_protocol.pdf Protocol universal de Cirurgia Segura

www.qualitytools.ahrq.gov/summary/summary.aspx?view_id=1&doc_id=10351 Prevenció de la cirurgia del lloc erroni

www.jcipatientsafety.org/22816/ Evitar complicacions de l'anestèsia

www.ismp-espana.org/enlaces/ Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos

www.agemed.es/home.htm Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

es.jbiconnect.org/ Red Clínica on-line de Evidencia en Cuidados y Procedimientos

www.jcipatientsafety.org/22826/ Metes Internacionals de Seguretat 2008

www.jcipatientsafety.org/29083/ Prevenció de caigudes de pacients

www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=7091&nbr=004264&string=evidence-based+AND+safe+AND+practices#s23 National Guideline Clearinghouse AHRQ

www.ihi.org/IHI/Programs/InnovationCommunities/IMPACTICReducingHospital-AcquiredInfections.htm Reducció d'infeccions nosocomials

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 2006 355:2725-2 Prevenció d'infeccions relacionades amb catèters centrals a la UCI: Pronovost, Peter et al

www.qualityforum.org/pdf/reports/safe_practices/txspexecsummarypublic.pdf Infecció de l'espai quirúrgic

www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/index.htm University of Michigan. Patient Safety Toolkit: Improving Patient Safety in Hospitals:Turning Ideas into Action

Les infeccions nosocomials

Justificació

Les infeccions nosocomials són les adquirides durant l'estada en un centre hospitalari. Continuen sent un repte important en l'assistència sanitària moderna perquè són prevenibles, són causa de morbiditat i mortalitat i generen un cost econòmic elevat. Les mans del personal sanitari constitueixen la principal font de transmissió de microorganismes; per tant, la higiene de les mans és la mesura més senzilla i eficaç que es coneix per prevenir aquest tipus d'infeccions. A Catalunya, es considera que la prevalença d'infeccions nosocomials arriba al 6,9% dels pacients hospitalitzats[I,II,351]. En estudis realitzats en hospitals catalans s'estima que els casos d'infecció nosocomials[352] suposen una prolongació de l'estada hospitalària entre 7 i 10 dies, amb uns costos addicionals superiors als 2.000 euros per pacient[III].

Efectivitat de les intervencions

Diversos estudis han demostrat una relació entre l'increment de la higiene de les mans i una reducció en la incidència de la infecció nosocomial[IV]. La importància de la higiene de les mans[353] del personal sanitari en la prevenció de la infecció nosocomial es coneix des de fa temps, però hi ha un compliment baix d'aquesta pràctica. La taxa de compliment estimada en diversos estudis publicats varia entre el 5% i el 81%.

En els últims anys s'ha intentat aclarir les causes del baix compliment d'aquesta mesura i s'ha suggerit la introducció de l'ús de preparats amb alcohol per a la desinfecció de les mans i la millora de la disponibilitat i localització dels dispensadors de preparacions amb alcohol per posar-los a prop de cada pacient/llit.

Objectius de salut per a l'any 2010

Amb el propòsit de reduir les infeccions nosocomials, el Pla de salut de Catalunya[354] proposa per al 2010:

Reduir:

- la prevalença global de pacients amb infecció nosocomial per sota del 7%.

I aconseguir que la incidència de:

- infecció quirúrgica en pròtesi de maluc i genoll sigui inferior a l'1,5%;
- infecció quirúrgica en cirurgia programada de còlon sigui inferior al 15%;
- infecció quirúrgica en cesàries sigui inferior al 3%;

[351] www.vhebron.es/ac/preventiva/eindex2.htm
[352] www.gencat.cat/catsalut/vincat
[353] seguridadpaciente.org/cms/index.php?id=95&L=2
[354] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

- pneumònies associades a ventilació mecànica en les unitats de cures intensives sigui inferior a 15 per mil dies de ventilació mecànica;

- bacterièmies primàries i associades a catèter vascular en les unitats de cures intensives sigui inferior a 5 per mil dies de catèter vascular central;

- pacients amb infecció per *Staphylococcus aureus* amb resistència a la meticil·lina entre els pacients ingressats sigui inferior al 4 per mil.

Avaluació

La prevalença global de pacients amb infecció nosocomial serà un objectiu assolible per a l'any 2010, si es manté la tendència actual. La prevalença d'infecció quirúrgica en pròtesi de genoll, en cirurgia programada de còlon i en les cesàries té la mateixa valoració.

Indicador		2000	2005	2010	Valoració
Prevalença d'infecció nosocomial (%).		7,0	6,8	<7,0	++
Prevalença d'infecció quirúrgica en intervencions de pròtesi de maluc i genoll (%).	Maluc	1,6#	2,0	<1,5	+/-
	Genoll		1,2		++
Prevalença d'infecció quirúrgica en cirurgia programada de còlon (%).		16,3	15,9	<15	++
Prevalença d'infecció quirúrgica en cesària (%).		1,1	2,6	<3	++
Taxa d'incidència de pneumònies associades a ventilació mecànica en les unitat de cures intensives, per 1.000 dies de ventilació mecànica.		21,5 (1)	12,9 (3)	<15	NV
Taxa d'incidència de bacterièmies associades a catèter vascular central en les unitats de cures intensives, per 1.000 dies de catèter vascular central.		8,8 (2)	3,9 (3)	<5	NV
Taxa d'incidència de pacients amb infecció per *Staphylococcus aureus* amb resistència a la meticil·lina, per 1.000 pacients hospitalitzats.		2,8	5,3	<4	NV

Font: Estudio de la prevalencia de las infecciones nosocomiales (EPINE). Informe de Catalunya. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

(1) Fa rederència a totes les infeccions srespiratòries. (2) Fa referència a tots els serveis de l'hospital.

(3) Només hospitals de l'ICS, dades de vigilància d'infeccions nosocomials als hospitals de l'ICS (VINICS).

Pròtesi articular.

NOTA: El sistema d'informació d'infeccions nosocomials a Catalunya que recull tant taxes d'incidències com prevalences donarà els primers resultats el 2009, per la qual cosa per a l'avaluació a meitat de període d'aquests objectius s'han utilitzat les prevalences de l'Estudi EPINE ja que es consideren els millors estimadors actualment disponibles.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable
NV: No valorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

En el marc de l'estratègia mundial[355] per a la seguretat del pacient, el Sistema Nacional de Salut espanyol[V] defineix l'estratègia en aquest àmbit en un document[356] que serveix de referència a Catalunya. En aquest sentit, el Departament de Salut proposa:

1. Promoure una millora en el compliment de la higiene de les mans dels professionals sanitaris a través de la introducció de la pràctica de la desinfecció de mans amb preparats amb alcohol en aquelles unitats i departaments on s'administra assistència sanitària.
2. Millorar la disponibilitat i ubicació dels dispensadors de preparats amb alcohol i fomentar-ne l'ús a través d'una millora de la sensibilització i formació dels professionals.
3. Potenciar la instal·lació als centres sanitaris de dispensadors de preparats amb alcohol per a la higiene de mans (en forma de solució o gel) en l'entorn immediat al pacient.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més a més dels indicadors que mesuren l'evolució dels objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar, i si escau per sexe i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- L'evolució del percentatge de professionals de la salut que realitzen higiene correcta de mans amb preparats amb alcohol.
- L'evolució del percentatge de centres hospitalaris i sociosanitaris amb dispensadors de preparats amb alcohol correctament ubicats i distribuïts.
- L'evolució dels indicadors del programa de vigilància de les infeccions nosocomials a Catalunya (VINCat).

Referències

I. Bañeres J et al. Estudi català d'esdeveniments adversos hospitalaris. Principals resultats. A: Reunió de l'Aliança per a la millora de la seguretat dels pacients a Catalunya. Barcelona, 21 de novembre de 2006.

II. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales (EPINE) 2005, 16 Estudio. Informe global, versió 15.

III. Peña C, Puyol M, Pallares R, Corbella X, Vidal T, Tortras N et al. Estimación del coste atribuible a la infección nosocomial: prolongación de la estancia hospitalaria y cálculo de costes alternativos. Med Clin (Barc) 1996;106:441-4.

IV. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Morouga P, Slavan V, Touveneau S et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Lancet 2000;356:1307-12.

[355] www.who.int/patientsafety
[356] www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323TextoIntegro.pdf

V. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud Español. Resultados del periodo 2005-2007. A: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

VI. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in Health-care settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene. Task Force. MMWR 2002;51 (No. RR-16).

L'ús adequat dels medicaments

Justificació

El medicament és un dels principals recursos utilitzats en el procés assistencial, tant a nivell preventiu com curatiu. El seu ús s'ha incrementat a causa de diversos factors[357] com ara l'augment de la població, l'envelliment amb pluripatologia associada o l'extensió de les pràctiques preventives. A més, des d'un punt de vista social, l'ús dels medicaments s'ha incorporat com un element més de la vida quotidiana, de manera que se n'ha arribat a banalitzar l'ús, convertint-nos en una societat altament medicalitzada[358]. La despesa pública en medicaments i productes relacionats representa aproximadament una quarta part de la despesa sanitària. Si bé en els darrers anys s'observa una contenció del creixement[359] en aquesta despesa, és necessari mantenir els esforços per gestionar la prestació farmacèutica amb criteris de qualitat[360], efectivitat i eficiència.

El procés d'utilització de medicaments és complex, ja que hi intervenen diversos agents (prescriptors, dispensadors, indústria farmacèutica, administració i pacients), i en ocasions no s'assoleix l'objectiu perseguit amb el tractament a causa de diverses raons, com la variabilitat en l'efectivitat de les intervencions farmacològiques, relacionada entre d'altres amb els efectes adversos dels medicaments, amb l'adheriment als tractaments o amb els errors de medicació presents en la pràctica clínica habitual[I].

La importància dels errors de medicació, les seves greus conseqüències clíniques per al pacient i els elevats costos que generen són aspectes que han quedat demostrats a través de nombrosos estudis[II, III, IV]. La creixent preocupació de les administracions sobre aquest tema es veu reflectida en la normativa estatal sobre medicaments i el seu ús[361] i, a Catalunya, amb la creació d'un Programa específic per a la prevenció dels errors de medicació[362], des del que s'han emès recomanacions específiques[363], orientades a la utilització segura dels medicaments.

Efectivitat de les intervencions

Hi ha intervencions efectives per millorar la utilització de medicaments[364]. Pel que fa a les intervencions específiques per a la prevenció dels errors de medicació, estan recollides en les Recomanacions del Departament de Salut[365]. D'altra banda, l'establiment de mitjans per facilitar els registres i la millora del coneixement sobre els esdeveniments adversos i els errors de medicació evitables i la millora de la formació dels professionals s'ha mostrat eficaç[366] per avançar en aquest àmbit.

357 Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut: punts 283 a 292.
358 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/medicalitzacio2007.pdf
359 Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut: punts 316 a 321 i 361
360 www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/eqpf_2008.pdf
361 www.agemed.es/actividad/legislacion/espana/general.htm www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm
362 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/farmacia/dir1_l7_doc_3242.html
363 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/errme.pdf
364 www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=15&art=03
365 www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/errme.pdf
366 www.npsa.nhs.uk

Objectius de salut per a l'any 2010

Per tal de millorar la utilització dels medicaments, el Pla de salut de Catalunya[367] proposa per a l'any 2010:

Invertir la tendència creixent de la morbiditat derivada directament de la utilització de medicaments.

Avaluació

Tot i la dificultat per estimar la morbiditat derivada directament de la utilització de medicaments, la informació disponible indica que l'objectiu fixat serà assolible el 2010[368] si es manté la tendència actual.

Indicador	2000	2005	2010	Valoració
Taxa d'hospitalització per 10.000 h. per emmetzinament per medicaments i substàncies biològiques (1).	3,6	3,4	<3,6	++

Font: CMBD-AH, 2000 i 2005. Servei Català de la Salut.

(1) L'any 2000 la població de referència és el padró municipal d'habitants, l'any 2005 ho és el Registre Central d'Assegurats (RCA) a 31 de desembre de 2005.

++: Tendència favorable +/-: Tendència estable --: Tendència desfavorable

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb el propòsit d'avançar en la utilització adequada dels medicaments i mantenir la qualitat assistencial i la seguretat dels pacients el Pla de salut de Catalunya[369] proposa per a l'any 2010:

1. Proporcionar informació a la ciutadania sobre el bon ús dels medicaments.
2. Augmentar el nombre de centres assistencials que disposen de protocols de detecció, notificació i programes de prevenció d'errors de medicació[370].
3. Augmentar el nombre de centres assistencials que incorporen eines de suport a la prescripció segura de medicaments[V,VI] (PREFASEG o d'altres programes de revisió sistemàtica).
4. Establir programes de conciliació de la medicació[371] dels pacients entre els diferents nivells i línies assistencials i millorar la qualitat de la prescripció, amb especial atenció a la polimedicació en població fràgil[372, VII, VIII].
5. Millorar l'enregistrament en els sistemes d'informació disponibles per tal d'avançar en el coneixement dels efectes adversos i errors en l' ús dels medicaments.

[367] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[368] Informe de salut a Catalunya. Avaluació dels objectius de salut: punt 488 i taula 111.
[369] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html
[370] www.errorsmedicacio.org
[371] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/preven5207.pdf
[372] bmj.com/cgi/content/full/336/7644/606

Indicadors lligats a l'estratègia

A més de l'indicador lligat a l'objectiu de salut per a l'any 2010, cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut) l'evolució de:

- El nombre de visites a les webs[373] relacionades amb el bon ús del medicament.
- El nombre i percentatge de centres assistencials amb:
  - circuits de detecció i registres d'errors de medicació,
  - professionals de la salut formats en la seguretat en l'ús de medicaments,
  - lliurament al pacient d'un pla de medicació amb el seu tractament farmacològic complet,
  - mòduls de detecció d'interaccions, duplicitats entre medicaments i contraindicacions incorporades a la prescripció informatitzada,
  - programes de revisió de la medicació en pacients polimedicats, guies/formularis per a la conciliació de la medicació dels pacients.
- El percentatge de receptes electròniques sobre el total de prescripcions en l'atenció primària.
- El percentatge de prescripcions intrahospitalàries informatitzades sobre el total de prescripcions intrahospitalàries.
- La cobertura del registre d'efectes adversos i errors en l'ús dels medicaments a partir de les fonts d'informació disponibles.

Referències

I. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press;2000.

II. Martín MT, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Drug related problems as a cause of hospital admission. Med Clin (Barc) 2002;118(6):205-10.

III. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. J Am Pharm Assoc (Wash). 2001 Mar-Apr;41(2):192-9).

IV. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW. Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review Arch Intern Med. 2003 Jun 23;163(12):1409-16.

V. Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. J Am Med Inform Assoc. 2001 Jul-Aug;8(4):299-308.

VI. Ferner RE. Computer aided prescribing leaves holes in the safety net. May 2004; 328:1172–1173.

VII. Jameson JP, VanNoord GR. Pharmacotherapy consultation on polypharmacy patients in ambulatory care.. Ann Pharmacother. 2001 Jul-Aug;35(7-8):835-40.

[373] www.universitatpacients.org/

VIII. Milton JC, Jackson SH. Inappropriate polypharmacy: reducing the burden of multiple medication. Clin Med. 2007 Oct;7(5):514-7.

Arbas, E.; Garzón, R.; Suárez, A.; Buelga, C.; Pozo, M.; Comas Fuentes, A.; Alvarez, M.; González-Nuevo Quiñones, J.P.; Penedo, R.; Plaza, F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años : problemas potenciales y factores asociados. Atención primaria, 1998; 22(3):165-170.

Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A. Consumo de medicamentos en los ancianos. Resultados de un estudio poblacional. Rev Esp Salud Pública 1998; 72: 209-219.

Rey ME, Tamarit L. La polimedicació: un repte compartit. E-farma RSB. 2008; 2. Disponible a www10.gencat.cat/catsalut/rsb/farmacia/efarma/articles/editorial_polimedicacio.pdf.

www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/promocion_del_uso_racional_de_medicamentos_1.pdf Ús racional dels medicaments

www.seguretatpacient.org/cms/index_staging.html L'Aliança per a la Seguretat dels Pacients a Catalunya

www.ahrq.gov/Qual/nhqr06/nhqr06.htm National Health care Quality Report, U.S.

www.npsa.nhs.uk Safety in doses:medication safety incidents in the NHS

www.safetyandquality.org Australian Comisión on Safety and Quality in Health care

www.boe.es/boe/dias/2007/11/01/pdfs/A44631-44640.pdf Real decreto 1344/2007, de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano

www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03.htm Excelencia clínica en el Ministerio de Sanidad y Consumo

www.biomedcentral.com/1472-6963/8/75 Interventions designed to improve the quality and efficiency of medication use in managed care: a critical review of the literature, 2001-2007

Els trasplantaments i la donació d'òrgans i teixits

Justificació

La donació solidària i altruista d'òrgans i teixits i les millores tecnològiques assolides en aquest camp permeten que cada any més pacients candidats a trasplantament tinguin més oportunitats de rebre'n un.

El trasplantament d'òrgans és una tècnica eficient i ben consolidada a Catalunya que, en bona part dels casos, és l'única alternativa terapèutica per als pacients en llista d'espera pendents de rebre un trasplantament. El trasplantament de teixits, cada vegada més estès, permet una significativa millora de la qualitat de vida dels pacients candidats a rebre'l.

Efectivitat de les intervencions

Mantenir i incrementar l'índex de donació d'òrgans i teixits a Catalunya permet oferir oportunitats de vida a les persones pendents de rebre un trasplantament. Les dificultats de mantenir comparacions de les taxes d'activitat per milió d'habitants utilitzades fins ara, es deriven de l'increment de població immigrant que augmenta notablement el denominador, amb població sana d'una edat mitjana de 34 anys. Això suposa un descens de la taxa d'activitat, tot i que el nombre de donants cadàver es mantingués o fos superior. Per tant, la comparació amb anys anteriors de la taxa d'activitat per milió d'habitants resulta un mal indicador pel canvi en l'estructura per edats de la població, rejovenida amb l'arribada de població immigrant.

Objectius de salut per a l'any 2010

Per tal d'avançar en la donació d'òrgans i teixits destinats a transplantament, el Pla de salut de Catalunya[374] proposa, per a l'any 2010, **assolir**:

- Un increment dels donants vàlids procedents de donant cadàver, donant a cor aturat i donació de viu en nombre igual o superior a 300, amb una efectivitat màxima en la utilització dels seus òrgans (superior al 80% del total d'obtinguts en cada cas).

- Un increment del trasplantament renal de viu fins a que representi el 25% del total de trasplantaments fets a Catalunya cada any.

- Un increment de trasplantament hepàtic fins a una xifra igual o superior als 200 trasplantaments per any.

- Una disminució dels temps d'espera per al trasplantament renal a un nombre de dies igual o inferior a 180.

[374] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html

Avaluació

Les dades de trasplantament renal indiquen que, si no canvia la tendència actual, l'objectiu fixat per a l'any 2010 serà assolible, ja que les dades de 2005 estimen una taxa de trasplantament de ronyó superior a l'objectiu fixat. En el cas del trasplantament hepàtic, caldrà augmentar lleugerament la tendència de creixement observada per poder assolir l'objectiu fixat.

Indicadors	2000	2005	2010	Valoració
Taxa de trasplantaments de ronyó per milió d'habitants.	55,0	69,9	≥60	++
Taxa de trasplantaments de fetge per milió d'habitants.	30,3	32,4	≥35	+/-

Font: Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT). Servei Català de la Salut. Departament de Salut.

Proposta estratègica per a l'any 2010

Amb el propòsit d'avançar en l'àmbit de la donació i el trasplantament d'òrgans i teixits, el Pla de salut de Catalunya proposa per a l'any 2010:

1. La formació sobre donació d'òrgans i teixits, mitjançant programes específics de difusió en l'àmbit hospitalari i extrahospitalari.
2. La promoció de l'activitat de donació amb l'increment de l'efectivitat dels òrgans obtinguts peronació, amb la implementació en zones específiques del territori de Catalunya i amb la integració de tots els hospitals de la zona amb potencialitat d'obtenció d'òrgans i teixits.
3. L'augment del trasplantament de ronyó entre persones vives amb la implantació de les mesures tècniques i administratives necessàries.
4. La promoció d'estudis sociològics dirigits a col·lectius específics sobre les actituds davant la donació i aplicar-ne les accions derivades de les conclusions.

Indicadors lligats a l'estratègia

A més dels indicadors lligats als objectius de salut per a l'any 2010, cal mesurar, i si escau per sexe, grup d'edat, classe social i territori (a Catalunya, per regions sanitàries i per governs territorials de salut):

- El nombre total de donants vàlids en donant cadàver, donant a cor aturat i donació de viu.
- La instauració de la figura de coordinador territorial de trasplantament arreu de territori català.
- El percentatge de trasplantaments renals de viu sobre el total de trasplantaments renals.
- La mediana de dies d'espera dels receptors en llista d'espera d'un trasplantament pulmonar.
- L'estat de desenvolupament de les activitats derivades de les conclusions dels estudis.

Referències

www.ocatt.net Organització Catalana de Trasplantaments

www.fctransplant.org/ Fundació Catalana de Trasplantaments

www.transplant.org Eurotransplant International Foundation

www.ont.es Organización Nacional de Trasplantes

www.optn.org The Organ Procurement and Transplantion network

www.ilts.org International Liver Transplantation Society

www.era-edta.org European Renal Association

www.aebt.org Asociación Española de Bancos de Tejidos

www.aatb.org American Association of Tissue Banks

VI. Eix 4) Els professionals de la salut

Eix 4) Els professionals de la salut

Els professionals sanitaris, en el seu compromís de vetllar per la salut dels ciutadans, han de mantenir la competència per garantir actuacions segures i de qualitat en un context de coneixements i de recursos limitats. Ciutadans i professionals han de redefinir el seu marc de relació.

Els professionals de la salut

Justificació

El paradigma actual de l'atenció a la salut s'ha anat construint en els darrers cent anys i es fonamenta en el compromís del professional amb els pacients que demanen els seus serveis. És un model orientat a problemes aguts que té poc en compte el context social.[I]

El desenvolupament dels serveis nacionals de salut va representar un canvi d'orientació per donar resposta a les necessitats de la població, però no va alterar profundament els valors de les professions sanitàries. Els canvis produïts en els darrers anys se centren en el paper cada vegada més actiu del pacient/ciutadà en la presa de decisions i en el paper cada cop més important de l'Administració. Des de la perspectiva de la representació dels ciutadans, l'Administració no té un paper rellevant solament en el finançament i la regulació de la provisió dels serveis sinó també en el disseny de les polítiques sanitàries. És previsible que les futures generacions incrementin les exigències en l'atenció a la salut i que exerceixin pressió per forçar reformes.

Cal impulsar un debat social sobre la salut i la malaltia, els límits del sistema sanitari i del coneixement científic. Això ha de permetre visualitzar el que es pot esperar del sistema sanitari, de les professions sanitàries i dels ciutadans com a agents de la seva pròpia salut.[II] Així doncs, en el marc de la relació professional/pacient cal incloure-hi la dimensió social: el triangle professional/pacient/societat és indestriable. En aquest context de compromís dels professionals envers la societat, l'organització i el ciutadà[III,IV] els valors del professionalisme poden orientar-se cap a un nou paradigma.

Situació actual

Les càrregues de treball, les retribucions, el suport insuficient[V] i les expectatives dels ciutadans provoquen que els professionals sanitaris se sentin sotmesos a tensions laborals i professionals. Si bé hi hauria diferents aspectes que caldria tenir en compte, en el nostre entorn s'identifiquen cinc contradiccions o nuclis de tensió, la superació dels quals podria contribuir a la redefinició del professionalisme avui.

1. **Valoració percebuda** *versus* **valoració social esperada.** Els professionals sanitaris se senten poc valorats i reconeguts.[VI,VII] Tanmateix, aquesta percepció contrasta amb la valoració que fan els ciutadans dels professionals sanitaris en les enquestes on sistemàticament són valorats de forma molt positiva.[VIII,IX]

2. Pèrdua d'autonomia *versus* **llibertat clínica.** El professionals sanitaris tenen la percepció que han perdut autonomia i que cada cop és més limitada la seva capacitat de decisió, especialment pel que fa referència a l'organització del treball. Això contrasta amb l'alt grau d'autonomia amb què els professionals prenen decisions clíniques que poden tenir una important transcendència en l'ús dels recursos.

3. Retribució *versus* **compromís**. En el nostre país la majoria dels professionals sanitaris treballen com a assalariats. El model organitzatiu i retributiu actual no sembla incentivar el compromís dels professionals ni la qualitat assistencial, i no promou el reconeixement professional i social.

4.Troncalitat[X] *versus* **especialització**. L'especialització té un paper important en la visió del professionalisme. Tot i que l'especialització s'equipara a major qualitat, com més augmenta la complexitat més gran és la necessitat d'una visió global. Aquest és un debat que cal posar sobre la taula atès que l'opció per la troncalitat no és només estratègica per a la formació sinó també per a l'organització del sistema assistencial.

5. Jerarquia *versus* **lideratge.** Les línies jeràrquiques rígides en les organitzacions són poc adequades a les necessitats de les empreses del coneixement com són, per exemple, les sanitàries. El desenvolupament professional i el treball en equip necessiten un lideratge basat en la competència professional, les habilitats relacionals, la confiança i la capacitat per coordinar grups humans.

Propostes estratègiques per a l'any 2010

El Departament de Salut, en relació amb les cinc dimensions mencionades, fa les propostes estratègiques següents:

1. Contribuir a la redefinició del nou pacte social mitjançant elements[XI] com l'accés a la informació (fiable i transparent), la qualitat, la seguretat i la competència. En aquest sentit es preveu la creació de:
   - el Registre dels Professionals Sanitaris
   - l'Observatori de les Professions Sanitàries
   - el portal dels professionals per a l'accés a informació rellevant
2. Avançar en la participació efectiva dels professionals en els òrgans de govern i de gestió de les institucions sanitàries, en el marc de les propostes del Consell de la Professió Mèdica i del Consell de la Professió Infermera:
   - Identificar els òrgans de participació dels professionals en els centres sanitaris a Catalunya.
   - Estudiar la percepció dels professionals sobre l'estat actual de la participació envers aquests òrgans.
   - Implementar projectes pilot per introduir canvis organitzatius que promoguin la participació dels professionals i avaluar-ne l'impacte.
3. Estudiar l' impacte dels diferents models retributius en l'eficiència del sistema i la satisfacció dels professionals i dels pacients per tal d'orientar un nou model retributiu que inclogui el reconeixement del desenvolupament professional continuat individual (DPCI).
4. Impulsar la troncalitat de les especialitats sanitàries incorporant elements bàsics com ara les habilitats en comunicació, la millora de la seguretat clínica, el treball en equip o l'ètica clínica.
5. Promoure formació específica en lideratge clínic i innovació organitzativa dins del marc del desenvolupament professional i de la transformació de la organització.

Indicadors lligats a l'estratègia

- Resultats de la prova pilot i valoració de la qualitat de la informació del Registre dels Professionals Sanitaris.
- Creació de l'Observatori de les Professions Sanitàries.
- Posada en marxa del portal dels professionals i valoració de l'impacte.
- Implementació i avaluació dels projectes demostratius de participació.
- Existència d'un model de formació en lideratge i innovació organitzativa adreçat a professionals de la salut.

Referències

I. Tudor Hart J. A new kind of doctor. J R Soc Med 1981;74:871-83.

II. Generalitat de Catalunya. Llibre Blanc de les Professions Sanitàries a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003.

III. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP; 2005.

IV. Oriol Bosch A, Pardell Alentà H, Gual Sala A. Ser médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Informe de la Fundación Médica para el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006.

V. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ 2001;322:1073-4.

VI. Equipo de Investigaciones en Profesiones y Organizaciones de la Universitat de Barcelona y Col•legi Oficial de Metges de Barcelona. Redefiniendo la profesión. Los médicos de Barcelona en el nuevo milenio. Barcelona; 2003.

VII. Casino G. Crisis de cuidadores. Sobre la carencia de médicos y la devaluación de la profesión. Escepticemia.

VIII. Ania O, Brugulat P. Els ciutadans i les professions sanitàries: cap a un nou contracte social. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Institut d'Estudis de la Salut; 2003.

IX. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Documento de trabajo 98/2006. Fundación Alternativas.

X. Breen KJ. Medical professionalism: is it really under threat? Med J Aust 2007;186: 596-8.

XI. Cohen JJ, Cruess S, Davidson C. Alliance between society and medicine: the public's stake in medical professionalism. JAMA 2007;298:670-3.

www.bmj.com/cgi/content/fill/322/7296/1197/a Doctors explain their unhappiness

www.aacn.nche.edu/Accreditation/mission.htm American Association of Colleges of Nursing

www.ama-assn.org/ American Medical Association

www.bma.org.uk/ap.nsf/content/home British Medical Association

www.congresprofessio.org/ Congrés de la Professió mèdica

www.bmj.com/cgi/content/full/320/7232/432 Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons

scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000300009&lng=en&nrm= Fundació Educació Mèdica

www.icn.ch/ International Council for Nurses

www.kingsfund.org/ King´s Fund

www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243 Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter

www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/ Royal College of Physicians

www.wma.net/e/ethicsunit/professionalism.htm The World Medical Association

www.universitatpacients.org/ Universitat de Pacients

www.ifmsa.org/scome/wiki/index.php?title=World_Federation_for_Medical_Education_(WFME) World Federation for Medical Education

VII. Eix 5) El paper de la ciutadania

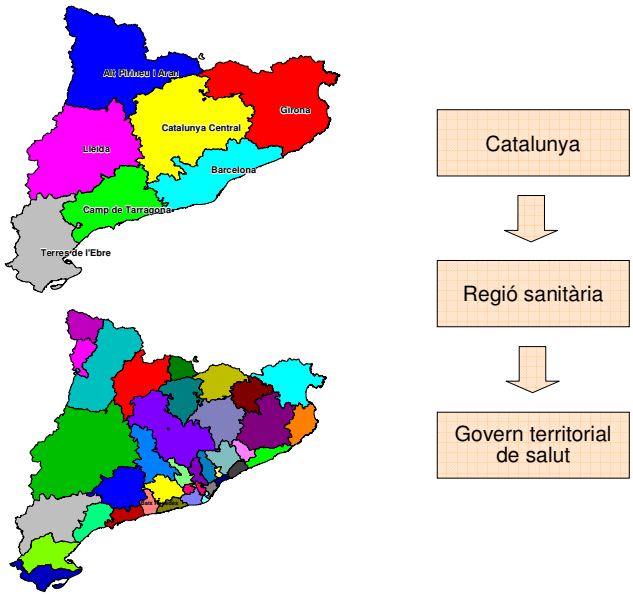
Eix 5) El paper de la ciutadania

La salut és un dret i una responsabilitat individual i col·lectiva. L'adequació de les polítiques de salut a la realitat territorial i social requereix la creació de noves estructures de govern a l'àmbit local i la revisió de les funcions, les responsabilitats i les vies de participació dels diferents actors del sistema sanitari, i especialment de la ciutadania.

Els governs territorials de salut (GTS): la descentralització del sistema sanitari català

Justificació

El model de descentralització[375] del sistema sanitari públic català s'inspira en els valors de proximitat al territori i de participació, i es concreta en la creació d'un marc de coordinació dels governs locals i autonòmic mitjançant la constitució d'estructures de govern compartit en el territori anomenades governs territorials de salut (GTS)[376], els quals defineixen un model de governança[I] relacional que incorpora els diferents actors responsables de la provisió dels serveis de salut i socials, els ciutadans i les entitats que els representen. L'objectiu és reforçar l'adequació de les polítiques sanitàries i de l'oferta de serveis sanitaris i socials a les necessitats ciutadanes i a les peculiaritats de cada territori.



La creació dels GTS[377] es formalitza amb la signatura dels pactes per a la salut, que estableixen com a funcions bàsiques dels GTS l'adaptació, la priorització i la coordinació dels recursos dels territoris per garantir la prestació efectiva de la cartera de serveis del sistema de salut.

La construcció del nou model de governança es preveu en tres fases: fase constitutiva, fase informativa i fase operativa.

- La fase constitutiva completa el desplegament dels 37 GTS i la creació dels òrgans que els componen: consell rector, consell de salut i comissió coordinadora d'entitats

375 www.iigov.org/gbz/article.drt?edi=665268&art=665274
376 www10.gencat.cat/catsalut/cat/coneix_models_gts.htm#
377 https://www.gencat.cat/eadop/imatges/4594/06061064.pdf

proveïdores.

- La fase informativa té com a objectiu dotar d'instruments els diferents òrgans dels GTS per a la realització de les seves funcions.
- La fase operativa consolida el marc de coordinació en cada un dels GTS, amb l'elaboració dels plans estratègics pluriennals (PEP), la seva implantació i avaluació.

Efectivitat de les intervencions

S'atribueix als models descentralitzats més capacitat de percebre les necessitats de la població i de determinar-ne les prioritats, i també més aptitud per a l'autoavaluació i la flexibilització enfront dels canvis, adoptant amb més freqüència solucions innovadores. Així mateix, es considera que promouen la motivació i la responsabilitat davant de la població, actuen de manera integrada entre els diferents agents de l'àmbit local[II] assoleixen més transparència i fomenten la rendició de comptes als ciutadans.

Tanmateix, la diversitat de models de descentralització existents[378] dificulta la creació d'evidència generalitzable justificativa d'aquests avantatges que es pugui transferir d'un model a un altre o avaluar les reformes descentralitzadores en conjunt.

Proposta estratègica per a l'any 2010

La proposta estratègica del Departament de Salut per a l'any 2010 és completar la constitució dels 37 GTS i avançar en les fases informativa i operativa.

1. Amb aquesta finalitat s'ha creat el Programa per a la implantació i el desenvolupament dels GTS[379], que ha de donar suport a la constitució dels diferents consorcis i a la posada en funcionament dels òrgans col·legiats de direcció i participació, amb les funcions de coordinar la creació i implantació dels GTS, fer el seguiment del desplegament i dissenyar instruments de gestió i avaluació.
2. En tot el procés cal generar coneixement sobre l'impacte de les intervencions endegades a partir de l'avaluació de la seva efectivitat.

Indicadors lligats a l'estratègia

De desplegament:

- GTS en procés de constitució el 2008.
- Consells de salut i comissions coordinadores d'entitats proveïdores constituïts el 2010.

De funcionament, anualment fins al 2010:

- GTS amb pla estratègic pluriennal elaborat.
- Avaluació de la posada en marxa dels consells rectors, consells de salut i comissions coordinadores d'entitats proveïdores: nombre de reunions realitzades, registre d'entitats representades als consells de salut, nombre i tipus d'aportacions dels consells de salut.

[378] www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,sid%253D10544%2526cid%253D123500,00.html
[379] www.gencat.cat/diari/4933/07197084.htm

Referències

I. Governant la salut. Sitges, 21 de juny. El nou model de govern de la salut a Catalunya. Any 2006.

II. Saltman RB, Figueras J. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2001/com2001_0428es01.pdf Llibre blanc de la governança europea

www10.gencat.cat/catsalut/archivos/Manual_def_gts2.pdf La nova governança del sistema públic de salut de Catalunya

www.deloitte.com/dtt/article/0,1002,sid%253D10544%2526cid%253D123500,00.html La governabilitat del sistema de salut: un procés compartit

La participació ciutadana i dels pacients en la salut i el sistema sanitari

Justificació

L'avenç cap a una societat més complexa implica que les persones reclamen cada cop més capacitat de decidir sobre els temes que les afecten com a comunitat o individualment. Al mateix temps, el compromís dels ciutadans, les organitzacions i els professionals[380] és cada cop més necessari per afrontar els nous reptes socials.

En l'àmbit de la salut, aquest canvi afecta principalment dos espais; d'una banda, el politicosocial, que és el marc de les polítiques públiques i, d'una altra banda, el dels ciutadans, concretament el de les decisions sobre la pròpia salut.

Espai politicosocial

La Comissió Europea, en el Llibre blanc de la governança europea[381], identifica la participació ciutadana entre els cinc principis fonamentals de governança democràtica. La Generalitat de Catalunya també reconeix la necessitat d'incorporar la participació ciutadana en el govern, com a mecanisme d'innovació democràtica[382]. Aquest fet comporta un canvi de mentalitat que suposa la transformació de rols socials, l'aparició de noves necessitats d'informació i capacitació i l'adaptació organitzativa, cultural i de les formes de treball. És, per tant, un procés a llarg termini.

El protagonisme de la participació ciutadana correspon a la societat civil i la tasca de l'administració és afavorir la creació d'un marc per fer-la efectiva.

En l'espai politicosocial, els objectius de la participació ciutadana són millorar l'adequació de les decisions polítiques a les necessitats dels ciutadans, assegurar l'efectivitat, acceptabilitat i eficiència de les intervencions i fomentar el capital social. Els principis de la participació ciutadana en aquest espai són:

- Informació, transparència i comunicació suficient perquè els ciutadans puguin prendre les seves decisions.
- Implicació dels ciutadans en temes socialment considerats importants.
- Els actors dels processos de participació han de reflectir la diversitat social i territorial de Catalunya.
- El lloc adient de la participació ciutadana és on es prenen les decisions polítiques.
- Compromís compartit dels ciutadans i del govern.

Les intervencions del Departament de Salut en participació ciutadana es poden classificar en quatre eixos:

1. Incorporació de processos participatius (directes o indirectes) en el disseny de les principals estratègies del Departament.

2. Espais estables de participació, tant en l'àmbit estratègic (Departament de Salut) com en

[380] Idpàgina 2.4
[381] eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2001/com2001_0428es01.pdf
[382] www10.gencat.cat/catsalut/archivos/Manual_def_gts2.pdfwww10.gencat.cat/drep/binaris/innovaciocat_tcm112-67013.pdf

el de la compra de serveis[I] (Servei Català de Salut), presents a diferent escala territorial. Es poden identificar dos tipus d'espais: els espais vinculats a una línia estratègica o programa (consells assessors de programes, plans directors, Mapa sanitari, Pla de salut...) i els espais de participació del sistema. El procés de descentralització del sistema sanitari[383], actualment en curs, és un impulsor clau del model de participació ciutadana en l'àmbit de la salut del Departament.

3. Diàleg amb associacions sanitàries i socials per detectar necessitats no cobertes, establir criteris de priorització de les demandes i donar suport i orientació a les associacions en la seva tasca.

4. Serveis d'atenció a l'usuari que recullen i donen resposta als comentaris i queixes dels usuaris del serveis.

5. Nous canals d'informació i comunicació amb la ciutadania que esdevenen palanques de capacitació per a una millor gestió de la seva pròpia salut. Aquest és l'objectiu del projecte Gencat Salut 2008-2010 que desenvoluparà una plataforma comuna de continguts i serveis a Internet per al sistema sanitari públic i espais per a la participació i el diàleg a disposició dels usuaris.

Espai individual del ciutadà

Vinculada a la participació política, però en l'àmbit personal, en els darrers anys s'ha posat de manifest la necessitat de més autonomia, compromís i responsabilitat de les persones envers la seva salut. Aquest fet ha estat propiciat per l'allargament de l'esperança de vida, que implica un increment de la població que ha de conviure amb problemes de salut crònics i discapacitat, i per un posicionament més actiu de la ciutadania, conscient dels seus drets com a usuària d'un servei públic i amb capacitat de decisió sobre la seva salut.

L'objectiu de la participació ciutadana en l'esfera individual és possibilitar que el ciutadà exerceixi un grau òptim d'autonomia en relació amb la seva salut. El respecte a l'exercici de l'autonomia suposa:

- El dret dels ciutadans i pacients a informació completa, adequada, comprensible i de fàcil accés sobre la seva salut, els tractaments i els riscos individuals i col·lectius importants que els afecten, de manera que es possibiliti la coparticipació en les decisions en un context de llibertat.
- La protecció de les dades personals dels pacients, de conformitat amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal[384] i Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació, concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica[385] .
- La generació de coneixement en salut, capacitats i habilitats d'autocura[386] dins dels

[383] Idpàgina 2.5.1
[384] www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LOPD19992.pdf
[385] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/eu22.pdf
[386] Idpàgina 2.1.1
[387] Idpàgina 2.2
[388] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/drets/doc12152.html
[389] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/drets/index.html
[390] www.gencat.cat/salut/portal/cat/voluntats1.pdf
[391] www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/pdf/consentiment.pdf

serveis sanitaris i socials, però també fora del sistema sanitari assistencial.[II]

- El reforç del diàleg i la comunicació entre pacients i personal sanitari assistencial per a la presa de decisions compartides i la minimització dels efectes de biaixos en la informació que reben els ciutadans.
- La responsabilitat del pacient, en la mesura de les seves possibilitats, envers el seu estat de salut i la utilització dels serveis assistencials, mitjançant l'adopció d'estils de vida saludables[387] i el compliment dels tractaments.
- El reconeixement i respecte del dret a decidir del pacient en tots els serveis per part del personal sanitari assistencial i del dret a sol·licitar un segona opinió mèdica[388].

La carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària[389] actualitza el marc de relació entre el ciutadà i els serveis sanitaris. El Departament de Salut desenvolupa els drets i deures de la carta referents a participació ciutadana mitjançant el document de voluntats anticipades[390], el consentiment informat[391], els comitès d'ètica assistencial dels centres sanitaris i el foment de la col·laboració entre el professional sanitari i el pacient en les decisions.

Efectivitat de les intervencions

El fet de considerar la participació ciutadana com un aspecte positiu de qualsevol govern democràtic, unit a la dificultat d'avaluar aquests tipus de processos, atès que els resultats d'aquestes iniciatives no es poden visualitzar a curt termini, implica que actualment no es disposa d'evidència concloent de l'efectivitat de la participació ciutadana d'acord amb uns objectius clars prefixats.

En l'espai individual, existeix consens del potencial de les pràctiques d'autocura en termes de millora de la salut i de la qualitat de vida, sobretot en relació amb malalties cròniques, enfront de l'enfocament únicament assistencial. La capacitació i responsabilització dels ciutadans respecte a la seva salut i la forma d'actuar davant el malestar o la malaltia tenen implicacions positives en el control de la despesa sanitària i de la utilització de recursos.

Proposta estratègica per a l'any 2010

La proposta estratègica del Departament de Salut per a l'any 2010 és impulsar la definició d'un model integrat de participació ciutadana del Departament de Salut.

L'objectiu de l'establiment del model és integrar i donar coherència a les iniciatives de participació que es posen en marxa, tant en l'espai politicosocial com en l'individual, des dels diferents àmbits territorials de govern i per a les diferents funcions del sistema sanitari.

D'acord amb els principis de la participació ciutadana, el model ha d'establir el marc conceptual de la participació en el Departament de Salut, els objectius i tipus de participació, els criteris metodològics per assegurar la representativitat i efectivitat dels òrgans de participació i els criteris de coordinació entre els diferents nivells i iniciatives de participació.

En l'espai politicosocial, el model de participació ciutadana del Departament de Salut ha de considerar:

1. Els processos participatius en el disseny de polítiques de salut.
2. La creació del Consell Social de Salut com a òrgan de participació ciutadana a nivell

central.

3. Els espais de participació política territorial: consells de salut dels GTS.
4. El reconeixement de les associacions com a agents del sistema sanitari, l'establiment de formes d'acreditació i promoció de la seva autonomia i l'organització de les relacions entre les associacions i el Departament.
5. El desenvolupament del projecte Gencat salut 2008-2010.

I en l'espai individual:

6. La incorporació en els serveis assistencials, i sobretot a l'atenció primària, dels valors d'autonomia, poder de decisió i responsabilitat del pacient envers la seva salut.
7. La consideració del consentiment informat i del document de voluntats anticipades com a instruments que formalitzen els valors d'autonomia i del dret a decidir del pacient, i la seva consideració per part dels professionals de tots els nivells assistencials.
8. La promoció dels valors comunitaris tant a nivell individual (donacions de sang i òrgans) com col·lectiu, concretament l'aclariment i el reforç del paper del tercer sector (voluntariat, organitzacions no governamentals...) en el sistema sanitari.

A més a més, durant tot el procés cal generar coneixement sobre l'impacte de les intervencions iniciades a partir de l'avaluació de la seva efectivitat.

Indicadors de l'estratègia

- Valoració de l'existència de la implantació del model de participació del Departament de Salut.
- Valoració del funcionament dels consells de salut dels GTS: nombre de consells de salut constituïts, nombre de reunions efectuades, avaluació de la representativitat dels consells i dels tipus de propostes aportades.
- Valoració pels mateixos professionals (metges, professionals d'infermeria i personal d'administració i gerència) del grau d'incorporació en els serveis del consentiment informat i de les voluntats anticipades.

Referències

I. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya.

II. El Programa Pacient Expert i la Universitat dels Pacients formen part d'un conjunt d'altres iniciatives de promoció del coneixement, les capacitats i habilitats en salut, implementades per alguns proveïdors dels serveis sanitaris i associacions amb el suport del Departament.

III. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Malalts de Salut? Reflexions al voltant de les noves demandes i les respostes del sistema sanitari. Volum 24; suplement 1; abril 2006.

IV. Abelson J, Eyles J. Public participation and citizen governance in the Canadian Health System. Commission on the Future of Health Care in Canada. Discussion Paper No. 7; juliol 2002.

V. Servei Català de la Salut. La participació ciutadana en la provisió de serveis de salut. Expectatives i mecanismes efectius dels ciutadans i ciutadanes de Catalunya per influir en la provisió i millora dels serveis públics de salut. Conèixer 1999;2.

www.health-inequalities.org/?uid=3e5b2a8654e999cc66c0ce99ac555d6f&id=Seite2113 Closing the gap. Strategies for Action to tackle Health Inequalities

www.camfic.org Societat catalana de medicina familiar i comunitària

www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/7_Abelson_E.pdf Public Participations and Citizen Governance in the Canadian Health System

www.gencat.cat/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/premsa/doc12175.html El pacient expert a l'Institut Català de la Salut

www.universitatpacients.org/ Universitat de pacients

www.sindic.cat/pacient/es/index.asp Defensor del pacient a la Sindicatura de Greuges

Professionals i institucions que han participat en l'elaboració del Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010

Direcció

Maria Luisa de la Puente, directora general de Planificació i Avaluació
Ricard Tresserras, subdirector general de Planificació Sanitària
Pilar Brugulat, cap del Servei del Pla de Salut

Pla de salut

Elia Benito, Servei del Pla de Salut
Cristina Colls, Servei del Pla de Salut
Vicenç Martínez, Servei del Pla de Salut
Antonia Medina, Servei del Pla de Salut
Carmen Medina, Servei del Pla de Salut
Anna Mompart, Servei del Pla de Salut
M. Antònia Pedro, Subdirecció General de Planificació Sanitària
Elisa Séculi, Fundació Josep Laporte

Regions sanitàries

Marta Miret, Lleida
Gerard Ferrer, Lleida
Pilar Magrinyà. Camp de Tarragona
Enric Rovira, Camp de Tarragona
Jeroni Ferrer, Camp de Tarragona
Ismael Roldan, Terres de l'Ebre
Lluïsa Brull, Terres de l'Ebre
Manel Chanovas, Terres de l'Ebre
M.Teresa Faixedas, Girona
Izabella Rohlfs, Girona
Remei Juncadella, Catalunya Central
Roser Martínez, Catalunya Central
Paulina Viñas, Catalunya Central
Felip Benavent, Alt Pirineu i Aran
Àlex Guarga, Barcelona
Josep Benet, Barcelona
Elvira Torné, Barcelona
Carme Beni, Barcelona

Direcció General de Planificació i Avaluació

Miquel Aguilar, Pla director sociosanitari
Diana Altabella, Direcció General de Planificació i Avaluació
Joan Aloy, Direcció General de Planificació i Avaluació
Estanislao Alonso, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Carles Benet, Secretaria d'Estratègia i Coordinació
Lluís Bohigas, vicepresident del Consell Assessor de Planificació i Avaluació
Josep M Borràs, Pla director d'oncologia
Anna Busqué, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carmen Caja, Pla director sociosanitari
Elena Calvo, Secretaria d'Estratègia i Coordinació
Dolors Costa, Direcció General de Planificació i Avaluació
Josep Alfons Espinàs, Pla director d'oncologia
David Frigola, Direcció General de Planificació i Avaluació
Josep Fusté, Direcció General de Planificació i Avaluació
Miquel Gallofré, Pla director de malalties circulatòries
Genís García, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carla Jané, Pla director de salut mental i addiccions
Esther Jordà, Pla director de salut mental i addiccions
Salvi Juncà, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carme Lacasa, Direcció General de Planificació i Avaluació
Marta Larrosa, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
Tona Lizana, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Rafel Masià, Pla director de malalties circulatòries
Mercè Mercader, Direcció General de Planificació i Avaluació
Cristina Minguell, Pla director sociosanitari
Cristina Molina, Pla director de salut mental i addiccions
Miquel Olivet, Direcció General de Planificació i Avaluació
Carme Ollé, Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
Roger Pla, Pla director d'oncologia
Maria Pueyo, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
Josep Ramos, Pla director de salut mental i addiccions
Antoni Salvà, Pla director sociosanitari
Laura Sampietro, Direcció General de Planificació i Avaluació
Xavier Surís, Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Departament de Salut i Servei Català de la Salut

Hortensia Aguado, Servei Català de la Salut
Mireia Alberny, Direcció General de Salut Pública
Luz Amado, Servei Català de la Salut
Olinda Ania, Institut d'Estudis de la Salut
Josep M. Argimón, Servei Català de la Salut
Montse Artigas, Servei Català de la Salut
Assumpta Atienza, Direcció de Serveis
Joan Batalla, Direcció General de Salut Pública
Irene Barrabeig, Direcció General de Salut Pública
Maria Assumpció Benito,Direcció General de Recursos Sanitaris
Silvina Berra, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya
Rosa Bosch. Servei Català de la Salut
Josep M. Busquets, Direcció General de Recursos Sanitaris
Montse Bustins, Servei Català de la Salut

Anna Bosch, Servei Català de la Salut
Iria Caamiña, Gabinet de la Consellera de Salut
Carmen Cabezas, Direcció General de Salut Pública
Montserrat Calmet, Direcció General de Salut Pública
Josefina Caminal, Direcció General de Salut Pública
Lourdes Camp, Servei Català de la Salut
Alfons Cantero, Servei Català de la Salut
Glòria Carmona, Direcció General de Salut Pública
Jordi Casabona, CEEISCAT
Carme Casas, Servei Català de la Salut
Elias Casals, Direcció General de Salut Pública
Conxa Castell, Direcció General de Salut Pública
Arantxa Catalán, Institut Català de la Salut
Ismael Cerdà, Servei Català de la Salut
Montse Clèries, Servei Català de la Salut
Pilar Ciruela, Direcció General de Salut Pública
Joan Colom, Subdirecció General de Drogodependències
Jordi Comas, Organització Catalana de Trasplantaments
Irene Corbella, Direcció General de Salut Pública
Ferran Cordón, Servei Català de la Salut
Glòria Cugat, Direcció General de Salut Pública
Sílvia Cutillas, Servei Català de la Salut
Núria de Lara, Direcció General de Salut Pública
Josep Lluís de Peray, Agència de Salut Pública de Catalunya
Pilar Duro, Direcció General de Salut Pública
David Elvira, Gabinet de la Consellera de Salut
Joan Escarrabill, Institut d'Estudis de la Salut
Jordi Espuñes, Direcció General de Salut Pública
Maria Jesús Félix, Organització Catalana de Trasplantaments
José Vicente Fernández, Direcció General de Salut Pública
Jaume Ferrer, Direcció de Serveis
Joan Maria Ferrer, Direcció General de Recursos Sanitaris
Cinta Floch, CEEISCAT
Cristina García, Servei Català de la Salut
Maria José Gaspar, Direcció General de Recursos Sanitaris
Antoni Gilabert, Servei Català de la Salut
Albert Giménez, Programa de Prevenció i Assistència de la sida
Rosa Gispert, Direcció General de Recursos Sanitaris
Carmen Guijarro, Servei Català de la Salut
Mateu Huguet, Institut d'Estudis de la Salut
Mireia Jané, Direcció General de Salut Pública
Josep M. Jansà, Subdirecció General de Vigilància Epidemiològica
Josefina Jardí, Institut Català d'Avaluacions Mèdiques
Josep Jiménez, Servei Català de la Salut
Montserrat Llevallol, Servei Català de la Salut
Xavier Llebaria, Agència de Salut Pública de Catalunya
Manel Llorens, Direcció General de Salut Pública
David Magem, Servei Català de la Salut
Josep Mañach, Servei Català de la Salut
Antoni Malé (†), Direcció General de Recursos Sanitaris
Francisco Martín, Institut d'Estudis de la Salut
Francesc Martínez, Servei Català de la Salut
Rosa Martínez, Servei Català de la Salut

Eduard Mata, Agència Catalana de Seguretat Alimentaria
Rosa Monterde, Direcció General de Salut Pública
Carlos Muñiz, Direcció General de Salut Pública
Montserrat Oliveras, Servei Català de la Salut
Jordi Pere, Direcció de Serveis
Mercè Peris. Institut Català d'Oncologia
Ivan Planas, Gabinet de la Consellera de Salut
Antoni Plasència, Direcció General de Salut Pública
Alba Prat, Servei Català de la Salut
Ramon Prats, Direcció General de Salut Pública
Joan Antoni Ponsà. Servei Català de la Salut
Anna Puigdefàbregas, Direcció General de Recursos Sanitaris
Neus Rams, Direcció General de Recursos Sanitaris
Eulàlia Roure, Direcció General de Salut Pública
Anna Rodés, Direcció General de Salut Pública
Ignasi Ruano, Servei Català de la Salut
Josep Maria Sabaté, Servei Català de la Salut
Rosa Sala, Servei Català de la Salut
Teresa Salas, Servei Català de la Salut
Esteve Saltó, Direcció General de Salut Pública
Gemma Salvador, Direcció General de Salut Pública
Xavier Salvador, Servei Català de la Salut
Emília Sánchez, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya
Alfons Sancho, Servei Català de la Salut
Marga Sanromà, Organització Catalana de Trasplantaments
Andreu Segura, Institut d'Estudis de la Salut
Lídia Segura, Direcció General de Salut Pública
Jaume Serra, Direcció General de Salut Pública
Isabel Sierra, Direcció General de Salut Pública
Josep M. Suelves, Direcció General de Salut Pública
Àngel Teixidó, Direcció General de Salut Pública
Lluís Torralba, Direcció General de Recursos Sanitaris
Lluís Urbiztondo, Direcció General de Salut Pública
Elisabet Vallès, Servei Català de la Salut
Roser Vicente, Servei Català de la Salut
Corinne Zara, Servei Català de la Salut

Altres departaments i institucions

Jordi Alonso, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Vicente Aparicio, IPSOS
Josep M. Aragay, Universitat de Barcelona
Carles Ariza, Agència de Salut Pública de Barcelona
Lucia Baranda, IDIBAP Jordi Gol
Ramon Bayés, Universitat Autònoma de Barcelona
Bonaventura Bolibar, IDIBAP Jordi Gol
Carme Borrell, Agència de Salut Pública de Barcelona
Xavier Busquet, PADES Manresa
Xavier Castells, Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona
Montse Espuña, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona
Mireia Farré, Institut d'Estadística de Catalunya
Montse Ferrer, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Anna García-Altés, Agència de Salut Pública de Barcelona
Pilar García, Universitat Pompeu Fabra

Ramon Gisbert, Universitat de Vic
Montse Guillén, Universitat de Barcelona
Teresa Guix, Factoria Web
Eva Gumà, Factoria Web
Josep Inglada, IPSOS
Albert Jovell, Fundació Biblioteca Josep Laporte
Olga López, Factoria Web
Francisco Lupiañez, Universitat Oberta de Catalunya
Marta Martínez, Factoria Web
Eulàlia Masachs, Consultoria
M. Dolors Navarro, Fundació Biblioteca Josep Laporte
Juan Oliva, Universidad de Castilla-La Mancha
Maribel Pasarín, Agència de Salut Pública de Barcelona
Isabel Pitarque, Universitat Pompeu Fabra
Xavier Puig, Universitat Politècnica de Catalunya
Àngels Pujol, Àrea Bàsica de Salut Montnegre
Anna Ripoll, Factoria Web
Ramon Serrano, IPSOS
Lluís Rajmil, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Cristina Ribas, Factoria Web
Maica Rodríguez, Agència de Salut Pública de Barcelona
Marta Roqué, Institut Català de l'Envelliment
Jordi Sunyer, Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques
Assumpta Trias, PADES Granollers
Cristina Vila, Factoria Web