

PLAN DE SALUD DE CATALUÑA

1999-2001

© Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Primera edició: Marzo 2000
Tirada: 1.000 exemplares
Depósito legal: B-18.974-2000
ISBN: 84-393-5097-X

Traducción: Jordi Curell
Diseño y compaginación: Víctor Oliva
Impresión: T.G. Hostench, SA

Índice

Presentación	5
Introducción	7
1. La salud de los catalanes a finales del siglo XX	9
1. Características de la población	
1.1 Evolución	
1.2 Estructura	
1.3 Perspectivas de futuro	
2. Estado de salud	17
2.1 Mortalidad	17
2.2 Morbilidad atendida en los hospitales de agudos	29
2.3 Morbilidad atendida en los centros de salud mental	35
2.4 Morbilidad atendida en los servicios sociosanitarios	35
2. Intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña 1999-2001	39
3. Objetivos e intervenciones para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables	47
4. Objetivos e intervenciones sobre los problemas de salud	53
1. Problemas de salud cardiovasculares	54
2. Cáncer	58
3. Enfermedades del aparato respiratorio	62
4. Hábito tabáquico	65
5. Lesiones producidas por accidentes y violencias	72
6. Problemas de salud del aparato digestivo	83
7. Consumo excesivo de alcohol	87
8. Consumo de drogas no institucionalizadas	90
9. Infección por VIH	94
10. Enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones	99
11. Enfermedades de transmisión sexual	104
12. Problemas de salud laboral	107
13. Tuberculosis	111
14. Caries dental	115
15. Problemas de salud mental	118
16. Diabetes <i>mellitus</i>	124
17. Problemas de salud del aparato locomotor	127
18. Medio ambiente e higiene de los alimentos	130
19. Problemas de salud relacionados con la maternidad, la infancia y la menopausia	134
20. Infecciones nosocomiales	141
21. Dolor y calidad de vida	145
22. Trastornos cognitivos y de la conducta	148
5. Utilización de medicamentos	151
6. Acciones orientadas a la mejora de la satisfacción de los usuarios y los ciudadanos respecto al sistema sanitario catalán	167
7. El Plan de salud de Cataluña más allá del 2001	173
Formulación de las políticas sanitarias para el siglo XXI en el entorno internacional	174
Información sanitaria para la planificación y la evaluación	182
Evaluación de la política de salud y de servicios	187
Anexos	191
Índice de cuadros, gráficos y tablas	192
Elaboración del Plan de salud de Cataluña 1999-2001	196

Presentación

El Plan de salud de Cataluña ha representado una nueva orientación en la tradición de la planificación sanitaria durante los últimos diez años. La definición de objetivos de salud ha sido la referencia fundamental para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que debían realizarse por parte del sistema sanitario y de los demás ámbitos e instituciones implicados en la salud.

La elaboración del Plan de salud se ha caracterizado por ser un proceso dinámico y participativo, que incorpora periódicamente los cambios en el estado de salud de la población, los avances en el conocimiento y los resultados de la evaluación. La participación de los profesionales de la salud, como principales agentes para hacer realidad las propuestas del Plan, ha estado siempre presente tanto en la formulación como en la aplicación de las intervenciones. La incorporación de la visión y el compromiso de otros sectores e instituciones no estrictamente sanitarios pero implicados en la salud de la población es un aspecto en el que también se ha ido avanzando. Por otra parte, la representación ciudadana está garantizada mediante los órganos formales de participación del sistema sanitario.

El proceso de planificación, tal como establece la Ley de ordenación sanitaria de Cataluña, se lleva a cabo de forma descentralizada, de modo que el Plan de salud de Cataluña integra todos los elementos comunes a las regiones sanitarias y las especificidades de cada territorio se reflejan en los planes de salud de las regiones sanitarias.

El Plan de salud de Cataluña 1999-2001 que ahora presentamos corresponde al tercer ciclo de planificación, que cierra el periodo iniciado a principios de los años noventa con el Documento marco para la elaboración del Plan de salud, que establecía los objetivos de salud para el año 2000 de acuerdo con la estrategia europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Salud para todos en el año 2000.

Este Plan de salud debe consolidar y dar continuidad a las acciones emprendidas desde el primer Plan (1993-1995) en todo el territorio a través de las regiones sanitarias, para alcanzar al máximo posible los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo para el año 2000. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios; y la satisfacción de los ciudadanos siguen siendo los ejes en torno a los cuales se articulan las intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud 1999-2001.

El Plan contiene asimismo las bases de la planificación más allá del año 2001, en el que se abrirá un nuevo periodo de planificación a largo plazo, con objetivos de mejora de nuestra realidad y coherentes con las políticas de salud del entorno europeo. Presenta las líneas de trabajo de preparación del nuevo ciclo de planificación e incorpora la discusión iniciada por la OMS en Europa en torno a las políticas de salud, una vez superado el hito del 2000. Cataluña se sumará, una vez más, a la política de Salud para todos en el siglo XXI, recogiendo y adaptando los veintiún objetivos y las cuatro estrategias propuestos por la OMS.

Las orientaciones nacionales e internacionales de la política sanitaria serán una referencia para el Plan de salud del futuro, como también lo será, sin duda, el análisis del estado de salud de la población catalana y de los factores que la condicionan, a fin de conocer su evolución y tendencias e identificar las necesidades sanitarias de la población. La información es un requisito fundamental de la calidad del conocimiento, por lo que en los próximos tres años habrá que intensificar la recopilación y el desarrollo de fuentes de información, de estudios de investigación sobre servicios sanitarios y de evaluación de tecnologías médicas que nos permitan mejorar el análisis de nuestra realidad con la calidad necesaria para poder establecer los nuevos marcos de referencia de la política de salud y de servicios del próximo siglo.

Otra referencia fundamental para el planteamiento de futuro debe ser la evaluación del periodo global (1993-2001) del Plan de salud. De hecho, la evaluación es la pieza que permite vincular

con coherencia un ciclo de planificación con otro y, en definitiva, da vitalidad a la planificación. Los estudios de evaluación que se desarrollarán durante este periodo han de permitir conocer la consecución de los objetivos que se fijaron para el año 2000 y valorar el impacto del Plan en la salud, los servicios y la satisfacción de los ciudadanos, así como la repercusión organizativa y económica de las acciones emprendidas.

En este momento, podemos afirmar que la dinámica regular del Plan de salud, como marco de referencia de la política de salud y servicios, que se renueva periódicamente, es un hecho. Este marco de referencia tiene una clara vocación de proyectarse en la realidad. La traslación de los objetivos del Plan de salud a los contratos para la compra de servicios sanitarios y sociosanitarios, la incorporación de los resultados de la evaluación y las líneas de investigación que ha impulsado el Plan reflejan esta voluntad de incidir en la práctica de los servicios sanitarios. Sin duda, este proceso marca una línea a seguir y así habrá que continuar avanzando en el reto de traducir la política de salud en los servicios: añadiendo calidad a la compra de servicios sanitarios y sociosanitarios, mediante el conocimiento de las necesidades, las demandas de la población y la evaluación de la adecuación de la atención y, también, reforzando la implicación de todo el sistema sanitario en el Plan de salud.

Un gran número de personas ha participado en los trabajos de elaboración de los planes de salud de Cataluña y de las regiones sanitarias, desde 1991 hasta la actualidad. En esta ocasión en que, como decíamos anteriormente, el final de una etapa vinculada al hito del año 2000 coincide con la renovación de los planteamientos cara a los próximos años, quiero extender mi agradecimiento a todos los profesionales e instituciones que han colaborado a lo largo de estos años, tanto en los trabajos de elaboración y discusión de los distintos planes de salud como en hacer realidad las propuestas de los mismos con su trabajo diario. Su colaboración ha hecho posible que hoy dispongamos del Plan de salud consolidado como instrumento de planificación que ha de contribuir, desde la perspectiva de la salud, al desarrollo y progreso de nuestra sociedad.

Eduard Rius Pey
Consejero de Sanidad y Seguridad Social

Introducción

La Ley de ordenación sanitaria de Cataluña marcó el punto de partida de un nuevo enfoque de la planificación sanitaria al establecer el desarrollo del Plan de salud como el instrumento indicativo y marco de referencia de todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud.

Esta nueva etapa de planificación se inicia en el año 1991 con el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña, que fija los objetivos generales de salud y disminución de riesgo en el horizonte del año 2000. El Plan de salud se desarrolla en varias etapas que configuran un proceso cíclico y dinámico que se renueva cada tres años.

En estos años de aplicación del Plan de salud se han impulsado aspectos tan relevantes como la incorporación de actividades preventivas en la atención primaria, el cribaje poblacional del cáncer de mama y el empleo de criterios comunes para la reducción de la variabilidad en la práctica clínica con el consenso y la participación de los profesionales.

Por otra parte, existen ámbitos en los que el trabajo ha sido desigual y donde deberá efectuarse un importante esfuerzo en el futuro, como la proyección del Plan de salud en los servicios mediante el contrato para la compra de servicios sanitarios, la colaboración y coordinación intersectoriales y la participación de los ciudadanos.

El Plan de salud 1999-2001 contiene las propuestas de actuación del Plan de salud de Cataluña e integra los anteproyectos de planes de salud de las regiones sanitarias para el mismo periodo. El Plan completa el último periodo de esta década de planificación constituyendo el instrumento oportuno para consolidar las acciones emprendidas en la totalidad del territorio a fin de alcanzar los objetivos de salud y disminución de riesgo para el año 2000. En este sentido, el Servicio Catalán de la Salud, el 25 de marzo de 1998, acordó dar al Plan de salud 1999-2001 un carácter de continuidad y consolidación con respecto a los planes de salud anteriores.

Pese al carácter de continuidad de este Plan, se han incorporado al mismo nuevas intervenciones dirigidas a problemas de salud emergentes, como la anorexia y la bulimia nerviosas, y otras, como las úlceras por presión, con impacto importante en la calidad de vida de las personas. También se propone iniciar un programa piloto para evaluar la aceptabilidad del cribaje del cáncer colorrectal.

En el año 2000 habrán transcurrido diez años de aplicación del Plan de salud, lo que permitirá efectuar una valoración de la consecución de los objetivos de salud y de disminución de riesgo, conocer la evolución de los indicadores de salud y sus condicionantes, así como el impacto del Plan en los servicios y en la organización. Así pues, el peso fundamental de la evaluación debe situarse en el final de esta década extendiéndose a los tres ciclos del Plan de salud.

Más allá del 2001, el Plan de salud de Cataluña incorporará las nuevas orientaciones de política sanitaria definidas por la OMS para las dos primeras décadas del próximo siglo, Salud para todos en el siglo XXI. Se prevé que los principales retos que deberá afrontar la política de salud en Cataluña consistirán, en gran parte, en dar respuesta a los problemas de salud y a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población, y a los relacionados con las enfermedades crónicas, las discapacidades y los factores condicionantes de salud, como los estilos de vida de la población, el entorno social y el medio ambiente.

Esto requerirá un planteamiento multisectorial de la política de salud, reforzando la implicación y cooperación de todos los sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud. El sistema sanitario debe asumir una parte importante del liderazgo para asegurar mejores beneficios en salud y un mayor grado de satisfacción de la población, potenciando unos servicios eficientes y de calidad.

También habrá que incorporar la preocupación por la equidad y por la disminución de las desigualdades en salud, focalizando las intervenciones en los grupos de población más vulnerables. No puede pensarse en reducir las desigualdades en salud si no se actúa sobre otros aspectos como el trabajo, la educación y la cultura, entre otros.

En Cataluña, al igual que en otros países de nuestro entorno, existe una gran inquietud en cuanto a que las necesidades de salud y las expectativas de la población estén en consonancia con la disponibilidad de los recursos. En el futuro, el proceso de identificación de problemas y selección de intervenciones debe evolucionar para lograr destacar aquellos problemas a los que hay que dar mayor prioridad.

Para que, en las próximas décadas, las políticas de salud y servicios respondan cada vez más a las necesidades, expectativas y preferencias de la población se requiere la participación de los ciudadanos, participación que debe incluir a las organizaciones ciudadanas implicadas en la mejora de la salud, pero especialmente a la comunidad educativa, a las organizaciones sindicales y empresariales, a las sociedades científicas y a los profesionales.

El documento del Plan de salud 1999-2001 se estructura en siete grandes capítulos. El primero presenta el estado de salud actual de la población catalana, a partir del análisis de la estructura de la población y de los datos más recientes disponibles referentes a mortalidad y morbilidad atendida en los servicios sanitarios. El segundo capítulo contiene un resumen de las intervenciones y acciones prioritarias que el Plan propone para este periodo. El tercer y cuarto capítulos se refieren a los objetivos e intervenciones relativos a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y a los problemas de salud prioritarios, respectivamente. Los relacionados con el empleo de medicamentos se exponen en el capítulo quinto. El capítulo sexto recoge las acciones orientadas a la mejora de la satisfacción de los usuarios y los ciudadanos con el sistema de salud catalán.

Finalmente, en el último capítulo, se expone la orientación que deberá tener la planificación sanitaria en Cataluña en los próximos años. También se incluyen apartados dedicados a instrumentos fundamentales para la formulación de la política sanitaria más allá del 2001, como las necesidades de información para la planificación y evaluación, así como sobre el enfoque que debe darse a la evaluación de la política de salud y servicios llevada a cabo en los últimos diez años.

1

La salud de los catalanes a finales del siglo XX

El análisis de la situación en el Plan de salud de Cataluña pretende identificar los problemas de salud más importantes y los principales condicionantes que inciden en ellos. El periodo transcurrido desde el último ejercicio de planificación es demasiado corto como para que se hayan producido variaciones importantes en los principales indicadores de salud. Por este motivo, el propósito del análisis de la situación que se presenta es actualizar los datos más relevantes a partir de las fuentes de información básicas disponibles sobre demografía, mortalidad y morbilidad atendida, siendo, en este sentido, más reducido que en las ediciones anteriores.

Se han empleado los últimos datos de población procedentes del padrón municipal de habitantes del año 1996 y las proyecciones demográficas del Instituto de Estadística de Cataluña, que muestran escenarios y perspectivas de futuro en relación con la evolución de la población en Cataluña, del Registro de mortalidad del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH) en los hospitales de agudos y en los hospitales psiquiátricos, que gestiona el Servicio Catalán de la Salud. También se han utilizado los resultados de la encuesta de valoración multidimensional de pacientes en servicios sociosanitarios de internamiento.

Otros datos disponibles de fuentes de información específicas, como los procedentes de los registros de enfermedades de declaración obligatoria, interrupciones voluntarias del embarazo, accidentalidad laboral y cáncer, entre otros, se presentan en los apartados correspondientes a los problemas de salud a los que se refieren.

Este trabajo se ha desarrollado partiendo de unos criterios metodológicos consensuados y unos indicadores comunes para las regiones sanitarias y para el conjunto de Cataluña, presentando el estado de situación global en Cataluña y en las regiones sanitarias. Los anteproyectos de planes de salud de las regiones sanitarias recogen información más exhaustiva y específica de su territorio.

Como resumen de los resultados del análisis de la situación, puede destacarse que se mantienen la estabilidad en el número de habitantes de Cataluña y la tendencia al envejecimiento de la población, como consecuencia de una fecundidad y una mortalidad bajas y de un saldo migratorio muy reducido. Cataluña presenta una esperanza de vida entre las más elevadas del mundo y una mortalidad infantil muy baja. En lo que respecta a la mortalidad, las principales causas de muerte en el conjunto de la población son las enfermedades cardiovasculares; en los jóvenes y adultos ocupan un lugar destacado el SIDA y los accidentes de tráfico; en los hombres, el cáncer de pulmón; y en las mujeres, el cáncer de mama. En cuanto a la morbilidad atendida en los hospitales de agudos, se ha producido una modificación en el orden de las dos primeras causas de hospitalización, puesto que las enfermedades del aparato circulatorio han pasado a ser la primera, seguidas de las enfermedades de los aparatos digestivo y respiratorio.

1. Características de la población

Los datos demográficos utilizados corresponden a los más recientes disponibles, elaborados por el Instituto de Estadística de Cataluña y procedentes del último padrón municipal de habitantes de Cataluña del año 1996.

1.1 Evolución

En las últimas décadas, la evolución demográfica catalana ha sido bastante discontinua. Tras un período de crecimiento importante, entre 1960 y 1975, se da una etapa caracterizada por el estancamiento demográfico que perdura hasta nuestros días. A partir del año 1975, la natalidad empieza a descender, la esperanza de vida al nacer sigue aumentando, pero a un ritmo cada vez más lento dada la baja mortalidad ya alcanzada, y el saldo migratorio se sitúa cerca de cero. Entre 1975 y 1996, el crecimiento de la población ha sido muy bajo, poco más de 400.000 personas, y la población en 1996 se sitúa en 6.090.040 habitantes, de los que 3.118.251 son mujeres (51,2%) y 2.971.789 (48,8%) (tabla 1).

Año	Población	Periodo	Crecimiento absoluto	Crecimiento anual relativo (%)
1960	3.887.479			
1975	5.660.393	1960-1975	1.772.914	3,04
1981	5.956.414	1975-1981	296.021	0,87
1986	5.978.638	1981-1986	22.224	0,07
1991	6.059.494	1986-1991	80.856	0,27
1996	6.090.040	1991-1996	30.546	0,10

Tabla 1. Crecimiento de la población de Cataluña, 1960-1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña. Censos de población y padrones municipales de habitantes, años 1960, 1975, 1981, 1986, 1991 y 1996.

Estos últimos datos correspondientes al año 1996 confirman la tendencia iniciada en el año 1975, caracterizada por una disminución de la fecundidad, una baja mortalidad y un saldo migratorio casi nulo. De todos modos, pese a la estabilidad en el número total de habitantes de Cataluña, la estructura por sexos y edades y la distribución geográfica de la población han experimentado cambios importantes.

Con relación a la evolución de la población por regiones sanitarias, se observa que en todas ellas ha aumentado el número de habitantes en los últimos veinte años, excepto en la Región Sanitaria Barcelona Ciudad donde ha disminuido de manera importante. El crecimiento poblacional más alto se ha registrado en las regiones sanitarias Tarragona, Centre y Girona (tabla 2).

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

Tabla 2. Evolución de la población, por región sanitaria. Cataluña, 1975, 1986 y 1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña. Padrones municipales de habitantes, años 1975, 1986 y 1996.

1.1.1 Movimiento migratorio

A partir de 1975, y tras un periodo de fuerte inmigración en Cataluña, el movimiento migratorio ha sido mucho más débil e irregular. Hasta el año 1981 el saldo migratorio es positivo, entre 1981 y 1986 se estima la pérdida de 90.000 habitantes, entre 1986 y 1991 el saldo es positivo en más de 36.000 habitantes, y entre 1991 y 1996 vuelve a serlo en más de 16.000 habitantes. Este pequeño saldo positivo es debido especialmente a las migraciones procedentes del extranjero, puesto que en el resto de comunidades autónomas es negativo en el último periodo.

Actualmente, se estima que casi las dos terceras partes de los catalanes han nacido o han vivido de forma continuada durante toda su vida en Cataluña, mientras el resto, poco más de dos millones, ha nacido fuera de Cataluña o ha cambiado de residencia con el paso de los años.

1.1.2 Movimiento natural

El crecimiento natural de la población en Cataluña en los últimos años ha sido casi nulo. El mantenimiento de la fecundidad en unos niveles muy bajos, junto con el incremento del número de defunciones a causa del envejecimiento de la población, explican este hecho. El crecimiento natural de la población presentaba, en 1975, un saldo positivo de 64.720 personas, habiéndose reducido hasta 1.168 en 1996 por la aproximación del número de nacimientos y defunciones.

El número de nacidos vivos en los últimos años se ha reducido en más de la mitad pasando de 110.336 nacimientos en el año 1975 a 54.542 en 1996. Esta reducción se ha producido a pesar de que el número de mujeres en edad fértil ha crecido en poco más de 200.000. Así, el índice de fecundidad, que era de 2,72 hijos por mujer, se ha reducido a 1,15 en el año 1996.

La reducción de la fecundidad ha ido acompañada de un retraso en la edad de maternidad, con lo que no sólo disminuye la fecundidad real, sino que al retrasarse el nacimiento del primer hijo se acorta el tiempo de fecundidad potencial.

Aunque en Cataluña la esperanza de vida al nacer era de 74,2 años en 1975 y se ha estimado en 78,8 en 1996, la tasa bruta de mortalidad ha pasado de 8,06 defunciones por 1.000 habitantes en el año 1975 a 8,76 en 1996. Este incremento del número de defunciones es un reflejo del envejecimiento de la estructura de la población (tabla 3).

Tabla 3. Movimiento natural de la población. Cataluña, 1975, 1986 y 1996

	1975	1986	1996
Nacidos vivos	110.336	60.409	54.542
Tasa de natalidad /1.000 habitantes	19,5	10,1	9,0
Tasa de fecundidad /1.000 mujeres entre 15-49 años	79,6	41,8	34,4
Índice de fecundidad	2,7	1,4	1,2
Edad media al nacimiento del primer hijo	28,3	28,5	30,4
Tasa de mortalidad /1.000 habitantes	8,1	7,8	8,8

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

1.2 Estructura

La evolución de la población catalana en los últimos 20 años muestra, como principal característica, el envejecimiento como consecuencia de las tendencias observadas en el movimiento natural y en el movimiento migratorio durante este periodo.

La estructura de población de 1975 presentaba una sociedad muy joven. La base de la pirámide era superior a cualquier otro grupo de edad, con un total de 493.361 niños menores de 5 años y cerca de un millón y medio de jóvenes menores de 15 años, que representaban el 25% de la población total. Durante los 20 años siguientes, disminuyen los efectivos del tramo más joven de la población como consecuencia de la caída de la fecundidad, aumentando el número de personas de más de 64 años. En la pirámide de 1996, los menores de 15 años son 892.431, mientras las personas de 65 años y más son casi un millón, representando el 14,65% y el 16,28% del total, respectivamente (gráfico 1).

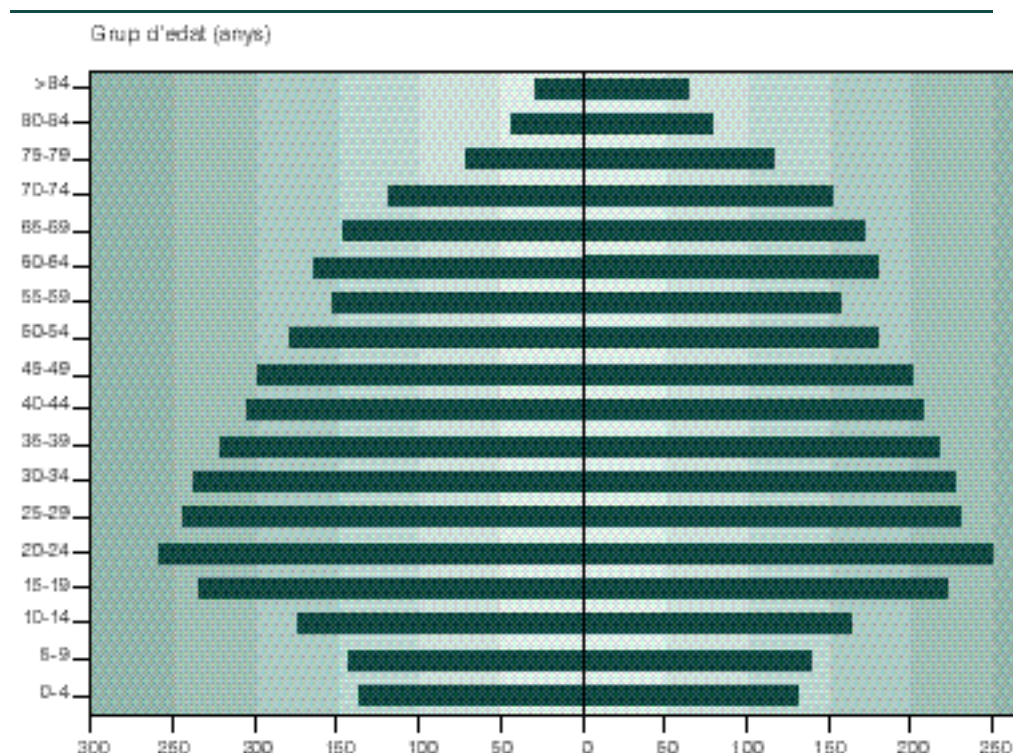


Gráfico 1. Estructura de la población, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña. Padrón municipal de habitantes 1996.

En el año 1975, por cada 100 jóvenes había 40 personas de 65 años o más, y el año 1986, por cada 100 jóvenes había cerca de 57. En 1996, por primera vez el número de personas de 65 años o más supera al de jóvenes menores de 15 años, con 111 personas de edad avanzada por cada 100 jóvenes menores de 15 años (tabla 4).

	1975	1986	1996
Población (cifras absolutas)	5.660.213	5.956.429	6.090.040
Jóvenes (0-14 años)	1.448.886	1.282.739	892.431
Adultos (15-64 años)	3.631.901	3.946.857	4.205.903
Ancianos (65 años o más)	579.426	726.833	991.706
Población (cifras relativas, %)			
Jóvenes (0-14 años)	25,6	21,5	14,7
Adultos (15-64 años)	64,2	66,3	69,1
Ancianos (65 años o más)	10,2	12,2	16,3
Índice de envejecimiento	40,0	56,7	111,1
Índice de sobreenvejecimiento	5,6	8,4	9,7

Tabla 4. Evolución de la población, por grupo de edad. Cataluña, 1975, 1986 y 1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña. Padrón municipal de habitantes 1996.

El envejecimiento de la población catalana se observa tanto en cifras absolutas como en los datos relativos. Por otra parte, las personas mayores de 64 años no son un grupo homogéneo. Este colectivo está cada vez más envejecido y tiene una mayor representación femenina, como consecuencia de la mortalidad masculina más elevada en todas las edades y de la mayor esperanza de vida femenina. A partir de 65 años, por cada 100 hombres hay 140 mujeres, acentuándose esta feminización de la población con la edad (tabla 5).

Tabla 5. Población mayor de 64 años, según grupo de edad. Cataluña, 1996

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
65-69	146.786	170.282	317.068
70-74	119.530	150.530	270.060
75-79	72.178	110.968	183.146
80-84	45.310	80.330	125.640
85-89	21.607	45.884	67.491
90-94	6.585	17.008	23.593
95 o más	1.183	3.525	4.708
Total	413.179	578.527	991.706

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña. Padrón municipal de habitantes 1996.

La estructura de la población presenta diferencias significativas en las ocho regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud. Las más envejecidas son Tortosa, Barcelona Ciutat y Lleida, siendo las más jóvenes Costa de Ponent y Barcelonès Nord i Maresme.

1.3 Perspectivas de futuro

A menudo, los ejercicios de proyección demográfica definen varios escenarios que reflejan las diferentes hipótesis sobre la evolución de la población. A fin de disponer de un conjunto de escenarios, se ha elegido el ejercicio de proyección de la ponencia técnica inicial del Instituto de Estadística de Cataluña para las Jornadas sobre Proyecciones Demográficas en Cataluña que se celebraron en 1997. Dicho ejercicio presenta 10 escenarios de evolución de la población hasta el 2030 sobre diferentes hipótesis de comportamiento de la mortalidad, la fecundidad y las migraciones.

En las tablas 6 y 7 se muestran los datos resumidos de las previsiones para los años 2005 y 2010 de 4 escenarios distintos, a fin de dar idea del rango de variación de dichas proyecciones.

Escenario bajo o viejo 2010: fecundidad baja (1,43), evolución favorable de la esperanza de vida (hombres: 77,7; mujeres 84,7) y migración neta baja (negativa con el resto del Estado y positiva con el extranjero).

Escenario central 2010; crecimiento moderado de la fecundidad (1,73) y la emigración y crecimiento bajo de la esperanza de vida (hombres 75,6; mujeres 82,9).

Escenario tendencial 2010: como en el central pero con mayor crecimiento de la esperanza de vida (hombres: 77,7; mujeres 84,7). Representa una proyección conservadora de la situación actual.

Escenario alto o joven 2010: recuperación de la fecundidad (1,90), crecimiento de la migración, sobre todo extranjera, y lento crecimiento de la esperanza de vida (hombres: 75,6; mujeres 82,9).

Grupo de edad (años)	Viejo	Escenario		
		Central	Tendencial	Joven
0-14	880.708 14,3%	970.316 15,5%	970.751 15,4%	1.031.220 16,2%
15-64	4.130.535 67,0%	4.171.529 66,6%	4.180.394 66,3%	4.208.289 66,1%
65-84	1.011.637 16,4%	995.847 15,9%	1.016.201 16,1%	999.589 15,7%
>84	139.991 2,3%	129.701 2,1%	141.470 2,2%	130.152 2,0%
Total	6.162.871 100%	6.267.393 100%	6.308.816 100%	6.369.250 100%

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña.

Tabla 6. Proyección de la población, por grupo de edad. Cataluña, 2005

Grupo de edad (años)	Viejo	Escenario		
		Central	Tendencial	Joven
0-14	934.166 15,0%	1.090.217 17,1%	1.091.189 16,9%	1.193.952 18,2%
15-64	4.066.413 65,4%	4.125.653 64,6%	4.141.498 64,1%	4.191.218 63,8%
65-84	1.039.949 16,7%	1.012.745 16,0%	1.045.998 16,2%	1.020.904 15,6%
>84	181.048 2,9%	160.067 2,4%	183.773 2,8%	160.826 2,4%
Total	6.221.576 100%	6.388.682 100%	6.462.458 100%	6.566.900 100%

Fuente: Generalidad de Cataluña. Instituto de Estadística de Cataluña.

Tabla 7. Proyección de la población, por grupo de edad. Cataluña, 2010

En lo referente a la planificación, hay que tener presente que tanto el número de efectivos como la estructura de la población a medio plazo pueden presentar una variación considerable según cuál acabe siendo el comportamiento de los fenómenos demográficos. De éstos, la mortalidad es el menos incierto, pero en la actualidad tanto la fecundidad como las migraciones presentan peculiaridades que dificultan la predicción.

Actualmente tenemos las tasas de fecundidad más bajas de Europa y resulta muy difícil valorar si se producirá una recuperación, cuándo tendrá lugar y con qué intensidad.

En cuanto a las migraciones, y en cualquiera de las hipótesis, el vacío demográfico que se observa en los nacidos después de 1975 debido a la baja fecundidad, de seguro que ejercerá efectos intensos en el mercado de trabajo y estimulará la migración, que probablemente será exterior, dado que no podrá venir del resto del Estado porque éste se encuentra en una situación similar.

En los diferentes escenarios se prevé un incremento positivo del número de habitantes de más de 64 años (y más de 84), que tan solo se ve matizado por la llegada a estas edades de las generaciones relativamente más vacías de los nacidos en la guerra y la inmediata postguerra. También se prevé un aumento en el número de nacimientos en el futuro inmediato por efecto de la estructura de edades (coincidiendo con el paso por las edades de máxima fecundidad de las generaciones más numerosas), que puede determinar que en términos relativos la proporción de personas de edad avanzada no crezca con la misma intensidad que las cifras absolutas.

En cualquier caso, se prevé que la dinámica demográfica se caracterizará por un crecimiento muy débil debiendo esperarse cambios en la estructura por edades de la población, donde se consolidarán la continuidad en el proceso de envejecimiento y una tasa de dependencia creciente en las próximas décadas. De acuerdo con los padrones municipales de habitantes de 1996, se estimó que las personas de edad avanzada superarían el millón de habitantes el año 1997, y que el año 2015 este número podría ser superior a 1.200.000 personas. Por consiguiente, el envejecimiento de la población catalana será la principal característica demográfica a tener en cuenta en las prestaciones de servicios sociales y sanitarios en el futuro.

2. Estado de salud

2.1 Mortalidad

Los datos que se utilizan para el análisis de la mortalidad corresponden a las defunciones ocurridas en Cataluña durante los años 1994, 1995 y 1996, según los datos del registro de mortalidad del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Para el cálculo de las tasas de mortalidad se ha empleado, como numerador, la media anual de las defunciones del trienio y, como denominador, la población correspondiente según el padrón de 1996.

En Cataluña, el estado de salud de la población se caracteriza por una esperanza de vida al nacer entre las más altas del mundo tanto para los hombres como para las mujeres, y superior en éstas, y por una baja mortalidad infantil. Este modelo, propio de los países occidentales, presenta una alta concentración de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer como principales causas de muerte.

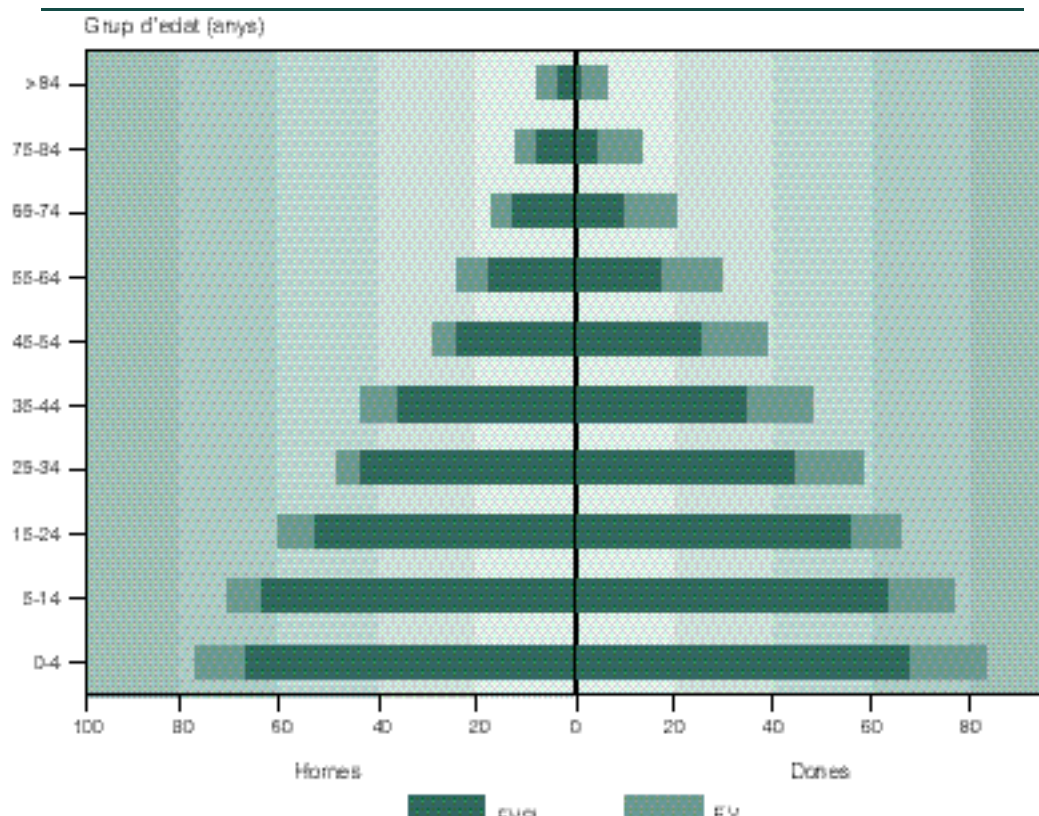
2.1.1 Evolución de la mortalidad

La esperanza de vida al nacer para el conjunto de la población ha pasado de 74,2 años en 1975 a 78,8 años en 1996. Pese a este aumento, las ganancias no se han repartido del mismo modo entre los dos sexos. Las mujeres son las que han experimentado el mayor aumento, teniendo una esperanza de vida de 7,2 años superior a la de los hombres en 1996 (tabla 8).

A partir de la información disponible sobre la mortalidad y las discapacidades de la población, se conoce el tiempo que las personas pueden esperar vivir en buena salud. El indicador que lo mide es la esperanza de vida sin incapacidad (EVS).

El número de años sin incapacidad decrece progresivamente con la edad. En el año 1994, la EVS al nacer era de 67,6 años de media para el conjunto de la población de Cataluña. A partir de esa edad, la esperanza de vida sin incapacidad en las mujeres presenta una evolución más desfavorable que en los hombres. Es decir, las mujeres viven más años, pero sufren más discapacidades que los hombres (gráfico 2).

Gráfico 2. Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida sin incapacidad (EVS), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1994



Fuente: Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat. Catalunya i regions sanitàries, 1994. Instituto Universitario de Salud Pública de Cataluña.

El número de defunciones en Cataluña entre 1975 y 1996 ha aumentado en 7.758, con lo que la tasa bruta ha pasado de 8,1 a 8,8 defunciones por 1.000 habitantes, respectivamente. Este incremento del número de defunciones es reflejo del envejecimiento de la población.

Tabla 8. Tasa de mortalidad y esperanza de vida, por sexo. Cataluña, 1975, 1986 y 1996

	1975	1986	1996
Esperanza de vida al nacer (años)	74,2	77,4	78,8
Hombres	71,4	74,0	75,2
Mujeres	76,7	80,5	82,4
Esperanza de vida a los 65 años (años)	—	17,4	18,7
Hombres	13,8	15,4	16,5
Mujeres	16,7	19,0	20,5
Tasa de mortalidad (por 1.000 habitantes)	8,1	7,8	8,8
Hombres	8,5	8,3	9,5
Mujeres	7,7	7,3	8,0

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

2.1.2 Mortalidad general durante el trienio 1994-1996

En Cataluña, durante el periodo 1994-1996 se han registrado 159.217 defunciones de la población residente, cifra que supone una tasa bruta de mortalidad de 8,71 por 1.000 habitantes y año. El 53% de las defunciones corresponde a hombres, con una tasa bruta de mortalidad de 7,99 por 1.000 mujeres y año. La sobremortalidad masculina se produce en todas las edades (tabla 9), aun cuando el número de defunciones en las mujeres a partir de los 75 años es superior al de los hombres.

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
< 15 años	49,6	40,8	45,3
15 a 64 años	370,7	146,3	258,5
65 a 74 años	2.616,4	1.170,9	1.826,6
> 74 años	8.952,3	6.950,0	7.676,8

Tabla 9. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes y año, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1994-1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Durante el periodo 1994-1996, la mortalidad infantil, con 787 defunciones de menores de 1 año, fue de 4,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La mortalidad perinatal fue en este mismo periodo de 7,4 muertes por cada 1.000 nacimientos (nacidos vivos y muertos), con 1.217 casos que corresponden a defunciones en la primera semana de vida y nacidos muertos con más de 180 días de gestación.

El estudio de la mortalidad por causas durante este periodo muestra que las muertes por enfermedades del aparato circulatorio, tumores y enfermedades del aparato respiratorio son las más frecuentes agrupando cerca del 75% de las defunciones. Aunque las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores son las dos primeras causas de muerte para los hombres y para las mujeres, tienen diferente peso en cada sexo, puesto que es mucho más importante la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en las mujeres (tablas 10, 12 y 13).

	Hombres			Mujeres			Total		
	N ¹	Tasa ²	%	N ¹	Tasa ²	%	N ¹	Tasa ²	%
Aparato circulatorio	8.948	301,1	31,8	10.827	347,2	43,4	19.775	324,7	37,3
Tumores	8.760	294,8	31,1	5.494	176,2	22,0	14.254	234,1	26,9
Aparato respiratorio	2.954	99,4	10,5	1.785	57,3	7,2	4.739	77,8	9,0
Aparato digestivo	1.527	51,4	5,4	1.268	40,7	5,1	2.795	45,9	5,3
Causas externas	1.777	59,8	6,3	829	26,6	3,3	2.606	42,8	5,0
Glándulas endocrinas	1.387	46,7	4,9	1.082	34,7	4,3	2.469	40,5	5,7
Trastornos mentales	636	21,4	2,3	1.254	40,2	5,0	1.890	31,0	3,6
Sistema nervioso	550	18,5	2,0	623	20,0	2,5	1.173	19,3	2,2
Aparato genitourinario	507	17,1	1,8	523	16,8	2,1	1.029	17,0	2,0
Resto de grupos	1.100	37,1	3,9	1.241	39,8	5,0	2.343	38,5	4,4

Tabla 10. Mortalidad por las principales causas de muerte, por 17 grandes grupos, por sexo. Cataluña 1994-1996

¹ Media anual del número de defunciones del periodo 1994-1996.

² Tasa anual por 100.000 habitantes.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

En Cataluña, en el periodo 1994-1996, los años potenciales de vida perdidos (APVP) entre la población de 1 a 70 años fueron 241.097 años de media anual, con una tasa de 44,7 años por 1.000 habitantes. Los APVP presentan diferencias importantes en función del sexo. En este periodo, los APVP masculinos representaron una tasa anual de 63,8 años por 1.000 hombres. Las mujeres, con una mortalidad más baja en las edades más jóvenes, tienen un número inferior de APVP, con una tasa de 25,6 años por 1.000 mujeres. Las principales causas de APVP en los hombres son los accidentes de tráfico, el SIDA, los tumores de tráquea, bronquios y pulmón; y, entre las mujeres, el cáncer de mama y los accidentes de tráfico.

El nivel de mortalidad de la población catalana podría disminuir si también lo hiciera la mortalidad por determinadas causas consideradas sanitariamente evitables. Entre las causas de defunción seleccionadas como innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables, en el conjunto del trienio 1994-1996, destacan el SIDA, los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, la cirrosis, las enfermedades crónicas de hígado, la enfermedad hipertensiva y cerebrovascular y los accidentes de tráfico (tabla 11).

Tabla 11. Muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables. Cataluña, 1994-1996

Causas de muerte (CIM-9a)	Edad	Hombres		Mujeres	
		N ¹	Tasa ²	N ¹	Tasa ²
Tuberculosis (010-018)	5-64	79	1,09	11	0,15
Tumores malignos de cuello uterino (180)	15-64	—	—	148	2,35
Tumores malignos de cuerpo uterino (182)	15-64	—	—	46	0,73
Enfermedad de Hodgkin (201)	5-64	51	0,70	24	0,33
Enfermedad reumática cardiaca crónica (393-398)	5-44	13	0,25	9	0,18
Enfermedades del aparato respiratorio (450-519)	1-14	10	0,78	11	0,90
Asma (493)	5-44	16	0,31	9	0,18
Apendicitis aguda (540)	5-64	2	0,03	1	0,01
Hernia abdominal (550-553)	5-64	6	0,08	6	0,08
Colelitiasis y colecistitis (574,575.0.1)	5-64	24	0,33	6	0,08
Enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares (401-405, 430.438)	35-64	901	26,70	450	13,03
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (630-676)	Totes	—	—	2	0,02
Enfermedades infecciosas (001,033,037,055)	0-64	1	0,01	0	0
Osteomielitis (730)	1-64	1	0,01	2	0,03
Tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón (162)	5-64	2.496	34,36	249	3,45
Otras enfermedades congénitas de hígado y cirrosis (571)	15-74	1.933	27,20	903	12,41
Accidentes de tráfico de vehículos a motor (E810-E825)	Todas	1.551	16,67	537	6,67
Sida (279)	20-49	2.123	51,70	534	13,10

¹ Número de defunciones acumuladas en el trienio 1994-1996.

² Tasa anual por 100.000 habitantes del grupo de edad correspondiente.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

2.1.3 Patrones de mortalidad

2.1.3.1 Mortalidad infantil (<1 año)

Las causas de muerte que afectan a los niños menores de 1 año son muy específicas de estas edades. Las dos más frecuentes son las afecciones perinatales y las anomalías congénitas, que suponen dos terceras partes del total de defunciones de este grupo de edad (gráfico 3).

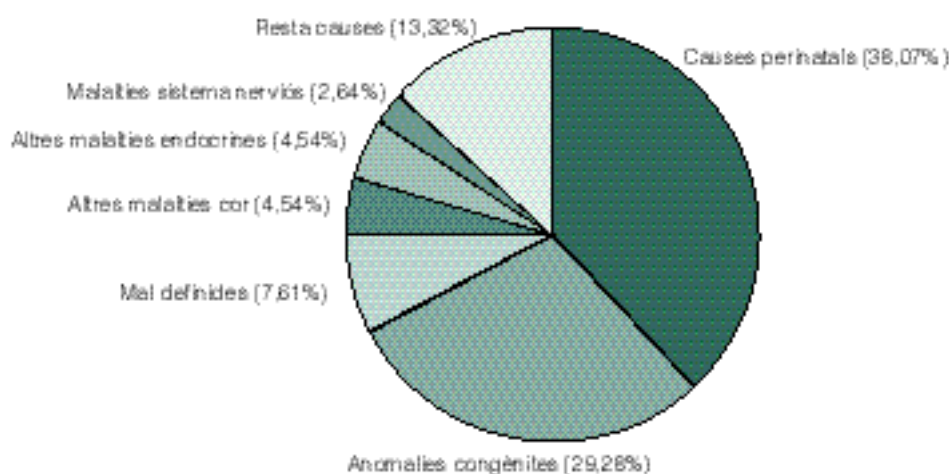


Gráfico 3. Mortalidad infantil, por causa de muerte. Cataluña, 1994-1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

2.1.3.2 Mortalidad de los niños y de las niñas (1-14 años)

La tasa de mortalidad de este grupo de edad es de 21,10 muertes por 100.000 habitantes y año, siendo menor en el caso de las niñas (18,60 por 100.000) que en los niños (23,40 por 100.000).

De las 530 muertes registradas durante el trienio, los accidentes de tráfico y otras causas externas y las anomalías congénitas son las causas más frecuentes en ambos sexos con un 27% del total de defunciones de este grupo de edad.

2.1.3.3 Mortalidad de los jóvenes (15-24 años)

La tasa de mortalidad específica para este grupo de edad ha sido de 57,92 muertes por 100.000 habitantes y año (1.687 defunciones en los tres años). Los accidentes de tráfico, con una tasa de 17,82 por 100.000 en ambos sexos, y los suicidios y autolesiones (5,46 por 100.000) son las causas externas declaradas con mayor frecuencia con un total de 678 muertes, es decir, el 40,2% del total de muertes de este grupo de edad. Los accidentes de tráfico son especialmente importantes entre los hombres. La diferencia entre sexos también se observa en lo que respecta a suicidios y autolesiones, puesto que la mortalidad es muy superior en los hombres que en las mujeres.

2.1.3.4 Mortalidad de los adultos jóvenes (25-44 años)

El número de defunciones de ese grupo de edad es de 8.553 muertes, cifra que supone una tasa de mortalidad de 156,80 muertes por 100.000 habitantes y año.

Las causas de muerte más relevantes son el SIDA y las derivadas del consumo de drogas, si bien a partir de los 35 años también hay que destacar el cáncer de pulmón en los hombres y el cáncer de mama en las mujeres.

2.1.3.5 Mortalidad de los adultos (45-64 años)

La tasa de mortalidad de este grupo de edad es de 526,60 defunciones por 100.000 habitantes y año, con un total de 22.385 muertes durante el trienio estudiado. En este grupo de edad existen diferencias según el sexo en lo que respecta a las principales causas de mortalidad. En las mujeres, la causa más frecuente es el tumor maligno de mama (16,33%) y en los hombres el de pulmón (14,36%). Es de destacar que en este grupo de edad las enfermedades isquémicas del corazón ya aparecen entre las primeras causas de muerte, si bien en los hombres las tasas son más elevadas constituyendo la segunda causa de muerte a partir de los 45 años, mientras en las mujeres se observan a partir de los 55 años como tercera causa.

2.1.3.6 Mortalidad de las personas de edad avanzada (65-74 años)

La mortalidad en este grupo de edad ha sido de 32.174 muertes, cifra que representa un 20,2% del total de defunciones del periodo. La tasa de mortalidad es de 1.826,63 muertes por 100.000 habitantes y año con un claro predominio de los hombres (2.616,44 por 100.000 hombres y 1.170,99 por 100.000 mujeres).

Por causas específicas de mortalidad, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares son las más frecuentes. No obstante, en los hombres el cáncer de pulmón sigue teniendo un peso muy importante.

2.1.3.7 Mortalidad de los ancianos (75 años o más)

Éste es el grupo de edad con mayor número de defunciones, con 93.177 casos registrados en el periodo estudiado. La tasa de mortalidad es de 7.676,89 defunciones por 100.000 habitantes y año, con 8.952,33 muertes por 100.000 hombres y de 6.950,05 muertes por 100.000 en las mujeres.

Las enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas del corazón son las causas más frecuentes en ambos sexos con tasas de 1.090,02 muertes por 100.000 habitantes y 829,18 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente. El grupo Otras enfermedades del corazón, que representa la segunda causa de muerte en este grupo, incluye las disritmias cardíacas, la insuficiencia cardíaca y las miocardiopatías.

Grupo de edad (años)	Tres primeras causas	N ²	Tasa ³	%
1-4	Anomalías congénitas	15	4,57	12,30
	Accidentes de tráfico	12	3,65	9,84
	Ahogamientos y sumersiones accidentales	11	3,35	9,02
5-14	Accidentes de tráfico	28	2,93	15,64
	Anomalías congénitas	22	2,30	12,29
	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	20	2,09	11,17
15-24	Accidentes de tráfico	403	27,19	32,47
	Resto de causas externas	153	10,32	12,33
	Suicidios y autolesiones	129	8,70	10,39
25-34	Sida	1.162	80,15	36,91
	Drogas	391	26,97	12,42
	Accidentes de tráfico	314	21,66	9,97
35-44	Sida	761	59,38	23,86
	Tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón	210	16,39	6,59
	Accidentes de tráfico	186	14,51	5,83
45-54	Tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón	713	62,59	13,57
	Enfermedades isquémicas del corazón	548	48,11	10,43
	Cirrosis y otras enfermedades hepáticas	309	27,13	5,88
55-64	Tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón	1.558	162,84	14,75
	Enfermedades isquémicas del corazón	1.285	134,31	12,17
	Otras enfermedades del corazón	631	65,95	5,97
65-74	Enfermedades isquémicas del corazón	2.838	355,22	13,58
	Tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón	2.670	334,19	12,77
	Enfermedades cerebrovasculares	1.551	194,13	7,42
75 y más	Enfermedades cerebrovasculares	4.773	1.083,32	12,10
	Enfermedades isquémicas del corazón	4.468	1.014,10	11,33
	Otras enfermedades del corazón	3.915	888,58	9,93

Tabla 12. Principales causas de muerte, por 67 grupos,¹ por grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1994-1996

¹ 65 grupos de la clasificación D del registro de mortalidad de Cataluña más 2 grupos diferenciales (sida y drogas).

² Número de defunciones acumuladas del trienio.

³ Tasa anual por 100.000 hombres del grupo de edad correspondiente.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Tabla 13. Principales causas de muerte, por 67 grupos,¹ por grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1994-1996

Grupo de edad (años)	Tres primeras causas	N ²	Tasa ³	%
1-4	Anomalías congénitas	14	4,42	16,47
	Accidentes de tráfico	8	2,53	9,41
	Sida	8	2,53	9,41
5-14	Accidentes de tráfico	18	1,96	12,50
	Resto de causas externas	14	1,53	9,72
	Anomalías congénitas	12	1,31	8,33
15-24	Accidentes de tráfico	116	8,11	26,01
	Resto de causas externas	44	3,08	9,87
	Suicidios y autolesiones	30	2,10	6,73
25-34	Sida	358	25,14	34,59
	Drogas	81	5,69	7,83
	Accidentes de tráfico	78	5,48	7,54
35-44	Tumores malignos de mama	212	16,32	17,95
	Sida	143	11,01	12,11
	Tumores malignos de otras localizaciones	80	6,16	6,77
45-54	Tumores malignos de mama	441	38,30	20,45
	Tumores malignos de otras localizaciones	213	18,50	9,88
	Enfermedades cerebrovasculares	111	9,64	5,15
55-64	Tumores malignos de mama	632	62,98	14,32
	Tumores malignos de otras localizaciones	386	38,47	8,75
	Enfermedades isquémicas del corazón	283	28,20	6,41
65-74	Enfermedades isquémicas del corazón	1.103	114,61	9,79
	Enfermedades cerebrovasculares	1.074	111,59	9,53
	Otras enfermedades del corazón	935	97,15	8,30
75 y más	Enfermedades cerebrovasculares	8.457	1.093,84	15,74
	Otras enfermedades del corazón	7.955	1.028,91	14,80
	Enfermedades isquémicas del corazón	5.596	723,80	10,41

¹ 65 grupos de la clasificación D del registro de mortalidad de Cataluña más 2 grupos diferenciados (sida y drogas).

² Número de defunciones acumuladas del trienio.

³ Tasa anual por 100.000 hombres del grupo de edad correspondiente.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

2.1.3.8 Análisis territorial

La distribución de la mortalidad por sexo y grupo de edad de las diferentes regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud presenta diferencias altamente significativas tanto en los grupos de edad intermedios como en los grupos extremos de la vida (tabla 14).

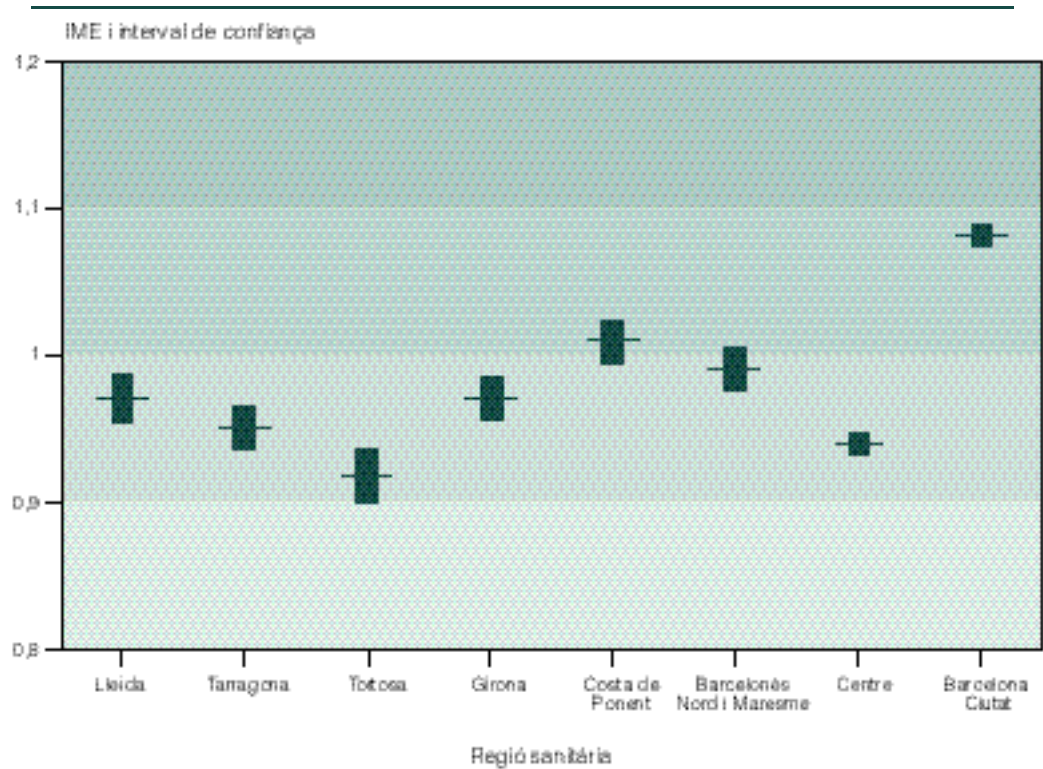
Grupo de edad (años)	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelonès Nord i Maresme	Centre	Barcelona Ciutat
0	436,66	360,00	721,23	484,53	408,56	358,76	353,83	527,83
1-4	30,00	36,66	22,63	44,23	27,30	40,63	46,63	33,80
5-14	16,66	11,53	26,76	21,43	17,83	15,26	17,06	17,90
15-24	73,33	61,80	70,46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

Tabla 14. Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes y año, por grupo de edad y región sanitaria. Cataluña, 1994-1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

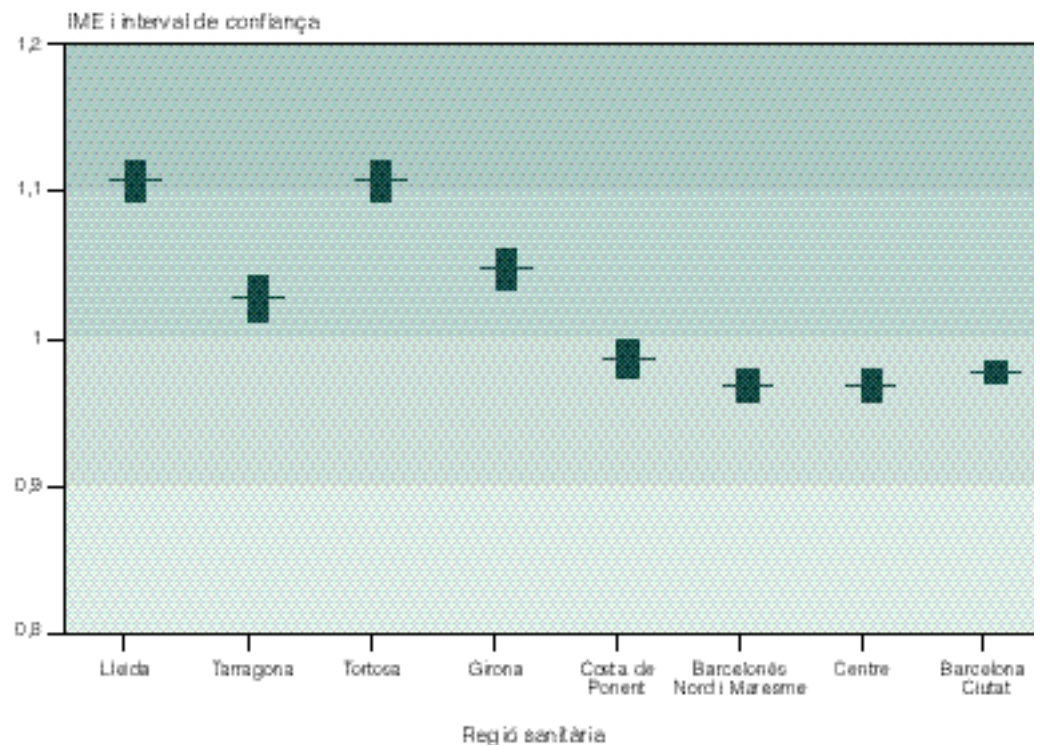
El análisis de la mortalidad de las regiones sanitarias, comparado con el del conjunto de Cataluña mediante los índices de mortalidad estandarizada, muestra que las regiones con mortalidad significativamente inferior a la de Cataluña son Tarragona, Tortosa y Centre, en los hombres, y Barcelonès Nord i Maresme y Centre, en las mujeres. Barcelona Ciutat, en lo que respecta a los hombres, y Lleida, Tortosa y Girona, para las mujeres, presentan una mortalidad significativamente superior a la del conjunto de Cataluña (gráficos 4 y 5).

Gráfico 4. Índice de mortalidad estandarizada (IME), por región sanitaria. Hombres. Cataluña, 1994-1996



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Gráfico 5. Índice de mortalidad estandarizada (IME), por región sanitaria. Mujeres. Cataluña, 1994-1996



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Los años potenciales de vida perdidos presentan diferencias cuando se estudian por regiones sanitarias. La Región Sanitaria Barcelona Ciutat tiene una mortalidad prematura superior a la del conjunto de Cataluña tanto en hombres como en mujeres, mientras las regiones sanitarias Costa de Ponent y Centre tiene una mortalidad prematura inferior en las mujeres (gráficos 6 y 7).

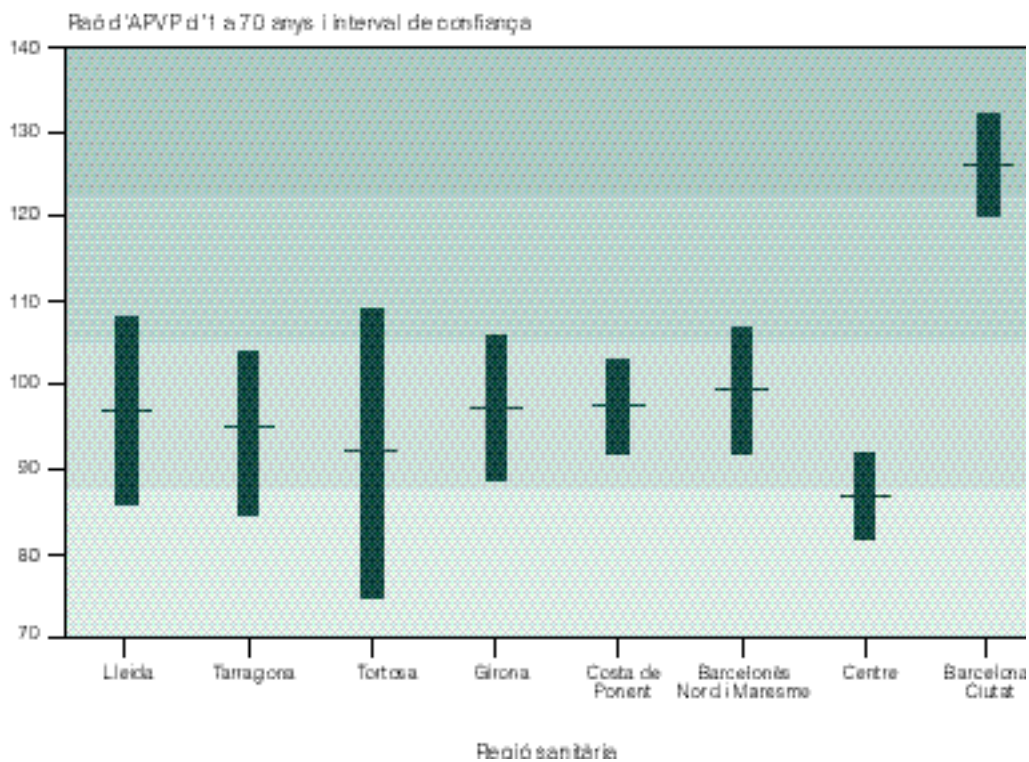
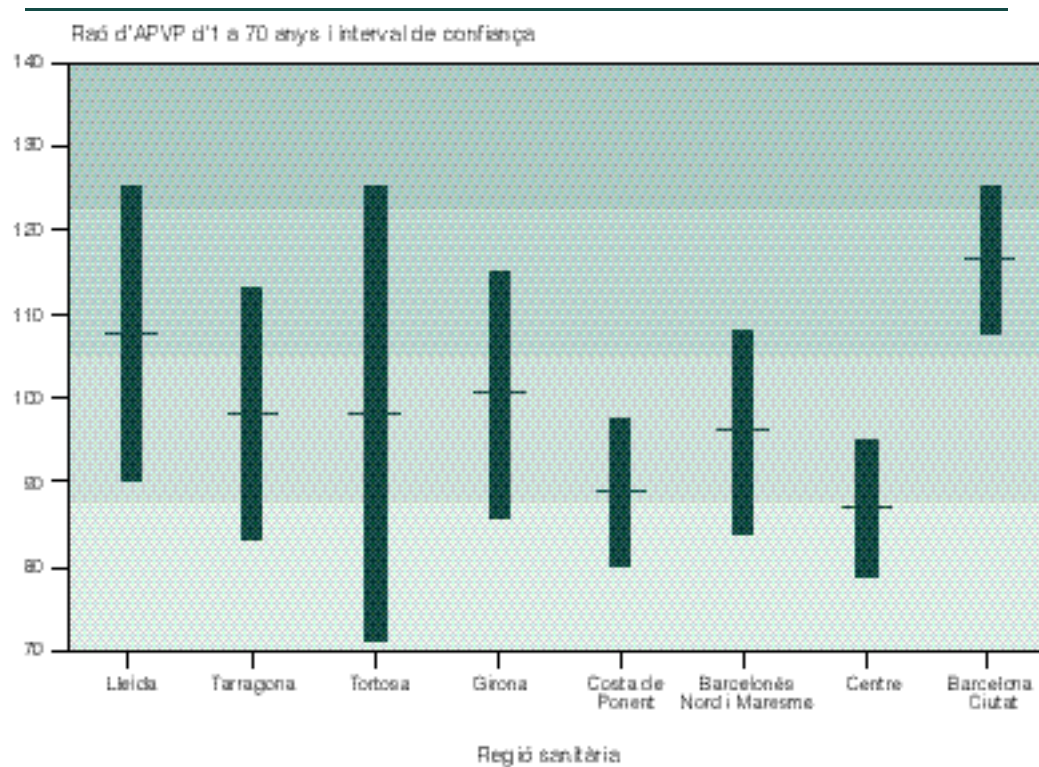


Gráfico 6. Años potenciales de vida perdidos (APVP), por región sanitaria. Hombres. Cataluña, 1994-1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Gráfico 7. Años potenciales de vida perdidos (APVP), por región sanitaria. Mujeres. Cataluña, 1994-1996



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

2.2 Morbilidad atendida en los hospitales de agudos

El registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH) recoge información sobre la actividad de los hospitales de agudos de Cataluña y es la principal fuente de información sobre mortalidad hospitalaria atendida en Cataluña.

Las altas registradas corresponden a 79 hospitales de agudos de Cataluña y a 11 hospitales monográficos de psiquiatría, que suponen el 100% de las altas de los hospitales de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y psiquiátricos y aproximadamente el 33% de las altas de los hospitales que no pertenecen a la XHUP. El total de altas declaradas en el registro del CMBDAH durante el año 1997, correspondientes a la población residente en Cataluña, son 656.879. Según los datos procedentes de este registro, la tasa de hospitalización ha sido de 107,86 altas por 1.000 habitantes.

La distribución de altas por grupo de edad y sexo muestra unos valores más elevados en los años extremos de la vida. Las hospitalizaciones son superiores en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en la etapa fértil de las mujeres, en la que aumentan con motivo del ingreso para la atención al parto (gráfico 8).

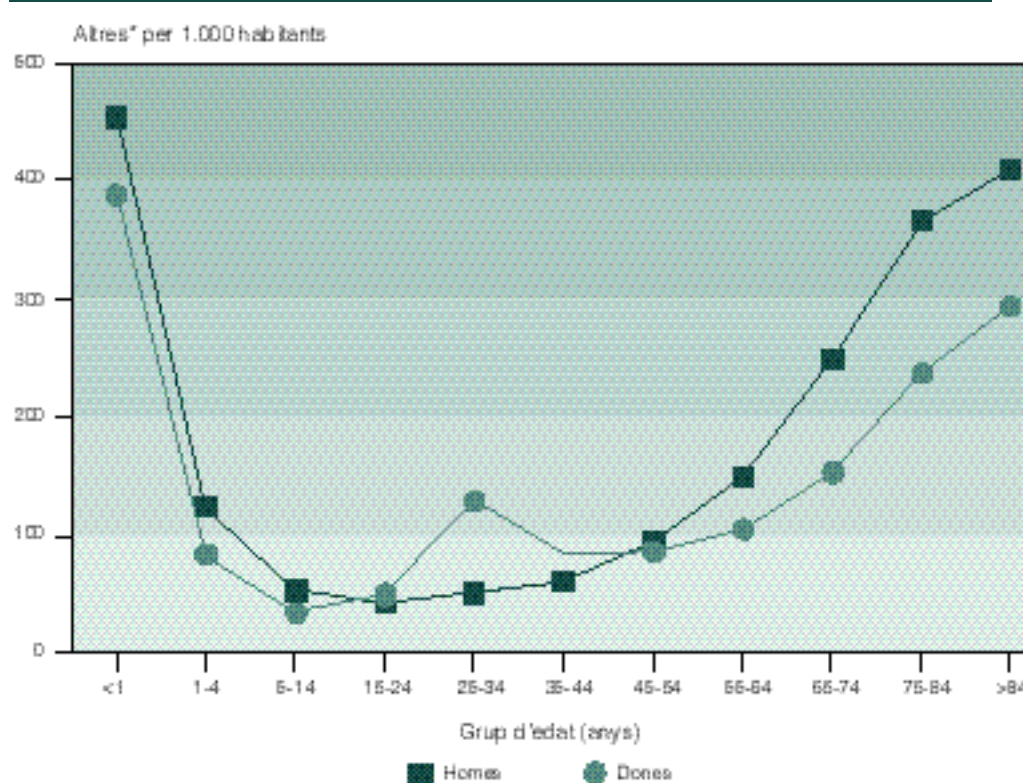
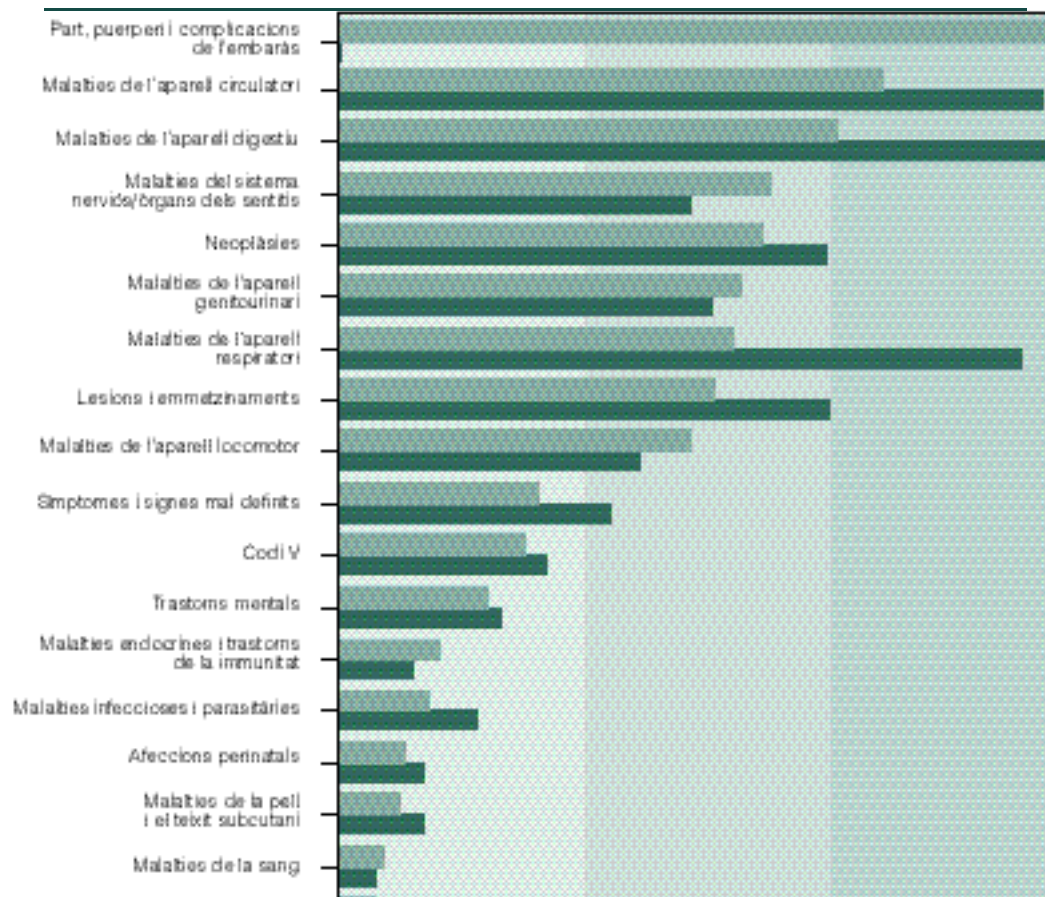


Gráfico 8. Altas en hospitales de agudos, por sexo y grupo de edad. Cataluña, 1997

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

Por causas de hospitalización, los hombres muestran tasas superiores a las de las mujeres en la mayoría de grupos diagnósticos, especialmente por lo que se refiere a enfermedades del aparato respiratorio (13,93 altas por 1.000 en hombres y 8,03 altas por 1.000 en mujeres), enfermedades del aparato digestivo (14,95 altas por 1.000 en hombres y 10,17 altas por 1.000 en mujeres) y enfermedades del aparato circulatorio (14,33 altas por 1.000 en hombres y 11,11 altas por 1.000 en mujeres) (gráfico 9).

Gráfico 9. Altas en hospitales de agudos, por sexo, según los principales grupos diagnósticos. Cataluña, 1997



Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

Las tres primeras causas de hospitalización en Cataluña en el año 1997 fueron las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades del aparato respiratorio, que produjeron el 33,5% de los ingresos tablas (15 y 16).

Por grupos de edad y en ambos sexos, la principal causa de hospitalización se debe, en los menores de 1 año, a afecciones perinatales, que suponen más del 40% de las altas en este grupo de edad. Entre 1 y 14 años, son las enfermedades del aparato respiratorio, que representan el 32,5% de las altas en los niños de 1 a 4 años y el 18,1% en los de 5 a 14 años.

En lo que respecta a los jóvenes de 15 a 34 años, las lesiones y envenenamientos son la causa más frecuente de hospitalización ocasionando el 10,7% de las altas en este grupo de edad.

Las enfermedades del aparato digestivo constituyen la primera causa de hospitalización en la población de 35 a 54 años (13,5%). En la población de 55 a 74 años las patologías que causan más ingresos son las enfermedades del aparato circulatorio (17,4%), las enfermedades del aparato respiratorio (13,6%) y las enfermedades del aparato digestivo (12,8%) y, a partir de los 75 años, las enfermedades del aparato respiratorio y las del aparato circulatorio, que representan el 21,7% y el 15%, respectivamente.

Grupo de edad (años)	1ª causa	2ª causa	3ª causa	4ª causa
< 1	Afecciones originadas en el periodo perinatal (41,65%) t:189,04	Enfermedades del aparato respiratorio (13,95%) t:63,32	Clasificación Código V (12,08%) t:54,85	Anomalías congénitas (5,87%) t:26,64
1-4	Enfermedades del aparato respiratorio (32,53%) t:40,40	Enfermedades del aparato digestivo (11,58%) t:14,38	Enfermedades del aparato genitourinario (11,00%) t:13,66	Enfermedades infecciosas y parasitarias (8,90%) t:11,06
5-14	Enfermedades del aparato respiratorio (16,41%) t:8,84	Lesiones y envenenamientos (16,17%) t:8,72	Enfermedades del aparato genitourinario (15,52%) t:8,36	Enfermedades del aparato digestivo (12,44%) t:6,70
15-24	Lesiones y envenenamientos (28,69%) t:11,90	Enfermedades del aparato digestivo (11,19%) t:4,64	Enfermedades del aparato locomotor (10,35%) t:4,29	Enfermedades del aparato respiratorio (9,90%) t:4,10
25-34	Lesiones y envenenamientos (19,43%) t:9,29	Enfermedades del aparato digestivo (13,93%) t:6,66	Enfermedades del aparato locomotor (11,99%) t:5,73	Enfermedades del aparato respiratorio (9,25%) t:4,42
35-44	Enfermedades del aparato digestivo (19,09%) t:11,30	Lesiones y envenenamientos (13,58%) t:8,04	Enfermedades del aparato locomotor (11,10%) t:6,57	Enfermedades del aparato circulatorio (8,90%) t:5,27
45-54	Enfermedades del aparato digestivo (18,52%) t:17,09	Enfermedades del aparato circulatorio (14,71%) t:13,57	Neoplasias (11,00%) t:10,15	Lesiones y envenenamientos (8,86%) t:4,18
55-64	Enfermedades del aparato circulatorio (18,01%) t: 26,73	Enfermedades del aparato digestivo (16,10%) t:23,89	Neoplasias (13,38%) t:19,86	Enfermedades del aparato respiratorio (9,92%) t:14,72
65-74	Enfermedades del aparato circulatorio (19,83%) t:48,75	Neoplasias (14,21%) t:34,92	Enfermedades del aparato digestivo (13,53%) t:33,25	Enfermedades del aparato respiratorio (13,26%) t: 32,59
75-84	Enfermedades del aparato circulatorio (20,83%) t:76,09	Enfermedades del aparato respiratorio (18,20%) t:66,46	Neoplasias (12,38%) t:45,20	Enfermedades del aparato digestivo (12,33%) t:45,05
85 y más	Enfermedades del aparato respiratorio (21,34%) t: 87,15	Enfermedades del aparato circulatorio (20,93%) t:85,48	Enfermedades del aparato digestivo (11,76%) t:48,03	Neoplasias (9,54%) t:38,94
Total	Enfermedades del aparato digestivo (14,11%) t:14,95	Enfermedades del aparato circulatorio (13,53%) t:14,33	Enfermedades del aparato respiratorio (13,15%) t:13,93	Lesiones y envenenamientos (9,42%) t:9,98

Tabla 15. Principales causas de hospitalización, según grupo diagnóstico y grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1997

%: porcentaje respecto al total de altas con diagnóstico conocido registradas en el CMBDAH por cada grupo de edad.

t: tasa de hospitalización por 1.000 hombres de cada grupo de edad.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

Tabla 16. Principales causas de hospitalización, según grupo diagnóstico y grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1997

Grupo de edad (años)	1ª causa	2ª causa	3ª causa	4ª causa
< 1	Afecciones originadas en el periodo perinatal (42,64%) t:165,28	Clasificación Código V (13,81%) t:53,54	Enfermedades del aparato respiratorio (11,50%) t:44,58	Síntomas y signos mal definidos (6,50%) t:25,19
1-4	Enfermedades del aparato respiratorio (32,40%) t:27,14	Enfermedades del aparato digestivo (11,32%) t:9,48	Enfermedades infecciosas y parasitarias (10,97%) t:9,19	Síntomas y signos mal definidos (9,62%) t: 8,06
5-14	Enfermedades del aparato respiratorio (21,01%) t:7,33	Enfermedades del aparato digestivo (12,69%) t:4,43	Lesiones y envenenamientos (11,70%) t:4,08	Síntomas y signos mal definidos (9,98%) t:3,48
15-24	Parto, puerperio y complicaciones del embarazo (33,81%) t:16,33	Enfermedades del aparato digestivo (8,95%) t:4,32	Lesiones y envenenamientos (8,84%) t:4,27	Enfermedades del aparato locomotor (7,53%) t:3,64
25-34	Parto, puerperio y complicaciones del embarazo (66,21%) t:83,12	Enfermedades del aparato genitourinario (5,73%) t:7,20	Enfermedades del aparato digestivo (4,09%) t:5,14	Enfermedades del aparato locomotor (2,84%) t:3,56
35-44	Parto, puerperio y complicaciones del embarazo (26,85%) t:22,01	Enfermedades del aparato genitourinario (11,99%) t:9,84	Neoplasias (10,58%) t:8,68	Enfermedades del aparato digestivo (7,93%) t:6,50
45-54	Neoplasias (16,32%) t:13,74	Enfermedades del aparato genitourinario (14,92%) t: 12,56	Enfermedades del aparato locomotor (11,49%) t:9,68	Enfermedades del aparato digestivo (11,4%) t:9,61
55-64	Enfermedades del aparato locomotor (13,22%) t:13,82	Enfermedades del aparato circulatorio (13,15%) t:13,76	Enfermedades del aparato digestivo (12,63%) t:13,21	Neoplasias (12,57%) t:13,15
65-74	Enfermedades del aparato circulatorio (17,07%) t:26,06	Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (13,05%) t:19,93	Enfermedades del aparato digestivo (12,26%) t:18,72	Neoplasias (10,91%) t:16,66
75-84	Enfermedades del aparato circulatorio (21,56%) t:51,13	Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (14,96%) t: 35,46	Enfermedades del aparato digestivo (11,32%) t:26,84	Lesiones y envenenamientos (11,32%) t:26,84
85 y más	Enfermedades del aparato circulatorio (24,83%) t:72,60	Lesiones y envenenamientos (16,23%) t:47,47	Enfermedades del aparato respiratorio (14,43%) t: 42,19	Enfermedades del aparato digestivo (11,31%) t:33,08
Total	Parto, puerperio y complicaciones del embarazo (17,20%) t:18,25	Enfermedades del aparato circulatorio (10,47%) t:11,11	Enfermedades del aparato digestivo (9,58%) t: 10,17	Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (8,30%) t:8,81

%: porcentaje respecto al total de altas con diagnóstico conocido registradas en el CMBDAH por cada grupo de edad.

t: tasa de hospitalización por 1.000 mujeres de cada grupo de edad.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

Las categorías diagnósticas propuestas por la Agencia de Política e Investigación de la Atención Sanitaria (AH CPR) del Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de Estados Unidos agrupan los diagnósticos según la clasificación clínica por política e investigación sanitaria (CCHPR) permitiendo un análisis más detallado de las causas de hospitalización. El análisis según estas categorías muestra que los diagnósticos más frecuentes en los hombres son la hernia inguinal y otras hernias abdominales, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y condiciones asociadas y las cataratas (12,3% de las altas en hombres). En las mujeres, el embarazo y el parto normal, las cataratas y las enfermedades de las vías biliares son las causas más frecuentes de hospitalización representando un 11,4% de las altas en mujeres (gráficos 10 y 11).

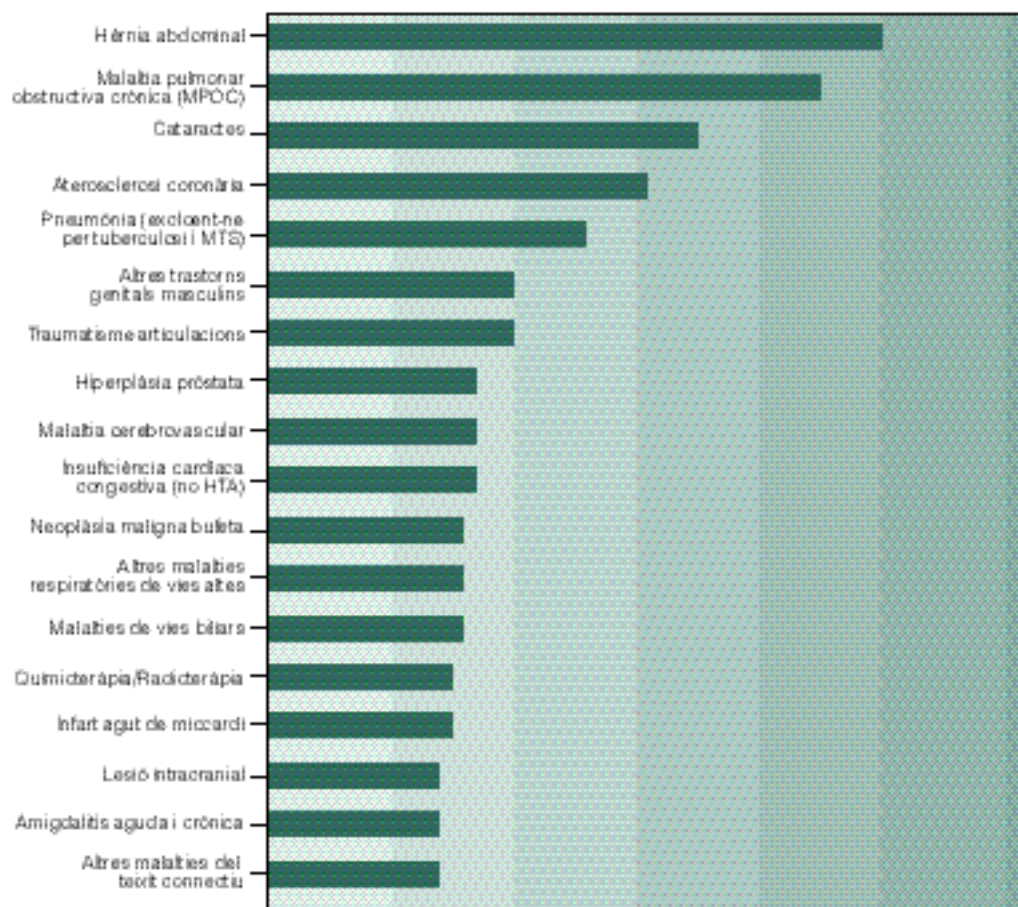
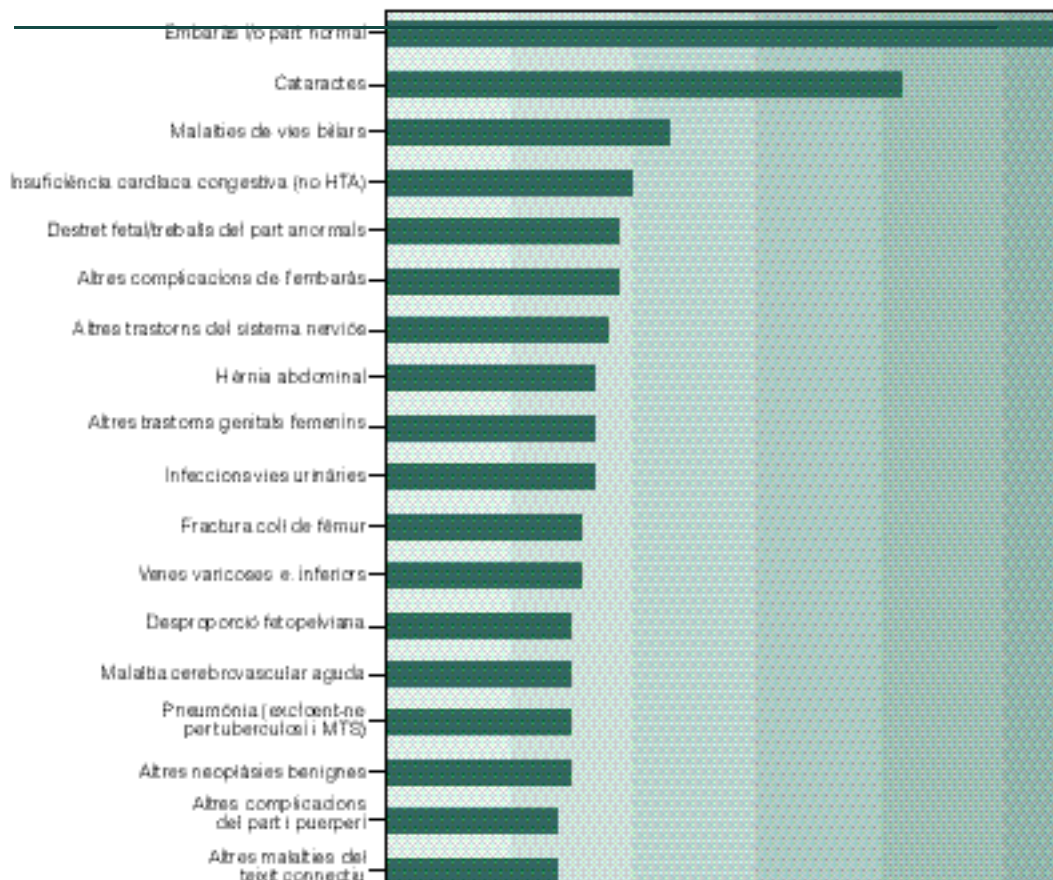


Gráfico 10. Principales causas de hospitalización, según grupos diagnósticos seleccionados de la CCHPR. Hombres. Cataluña, 1997

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

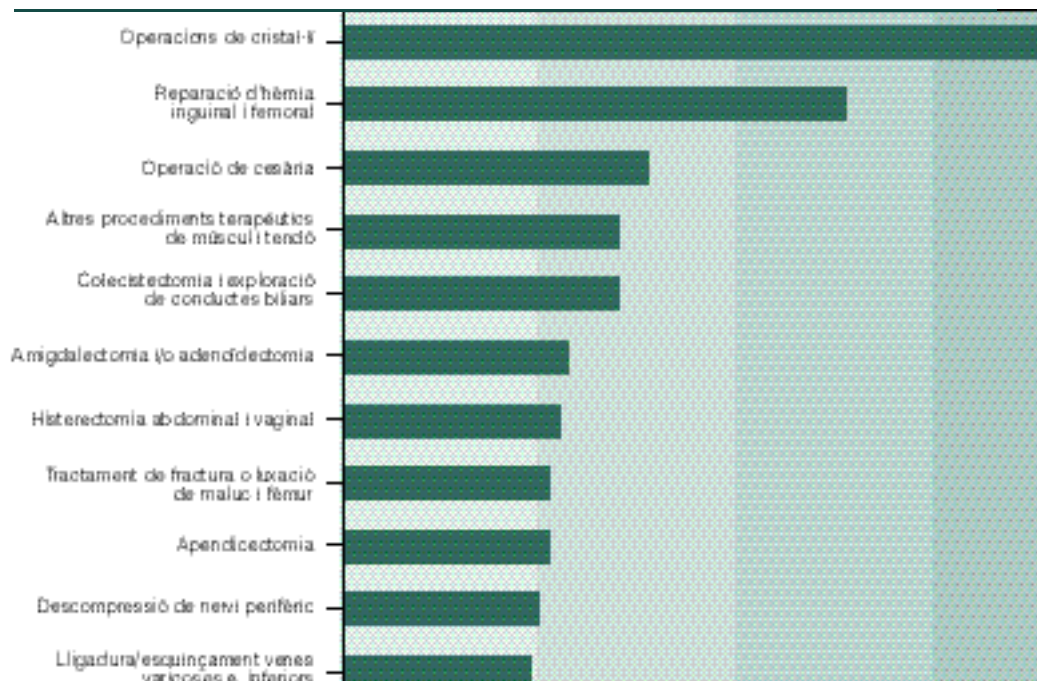
Gráfico 11. Principales causas de hospitalización, según grupos diagnósticos seleccionados de la CCHPR. Mujeres. Cataluña, 1997



Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

En lo referente a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, los más frecuentes son los de asistencia al parto, las operaciones de cristalino y la reparación de hernia inguinal y femoral, representando el 15% del total de altas registradas en el CMBDAH que tienen informado el procedimiento (gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución de las altas¹ en los hospitales de agudos, según categorías de procedimientos CCHPR. Cataluña, 1997



Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

2.3. Morbilidad atendida en los centros de salud mental

En enero de 1998 se inició la notificación sistemática de la actividad de los centros de salud mental de Cataluña mediante el conjunto mínimo de datos de los centros de salud mental (CMBDCSM), registro que permite disponer de datos de la atención psiquiátrica ambulatoria en Cataluña (tabla 17).

El registro del CMBDCSM dispone de información sanitaria completa de la actividad asistencial del 76,6% (72 unidades de un total de 94) de centros de salud mental de Cataluña. Durante el año 1998 ha incluido información sobre 122.211 pacientes atendidos en dichos centros.

	Centros de salud mental	Centros con información	Pacientes incluidos
Lleida	8	2	2.896
Tarragona	7	7	12.961
Tortosa	2	2	2.913
Girona	8	7	8.184
Costa de Ponent	17	12	24.536
Barcelonès Nord i Maresme	10	9	17.200
Centre	19	14	26.344
Barcelona Ciutat	23	19	27.177
Total	94	72	122.211

Tabla 17. Distribución de centros de salud mental y del CMBDCSM, por región sanitaria. Cataluña, 1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDCSM.

Según el sexo, la proporción de pacientes que han recibido atención ambulatoria en los centros de salud mental de adultos (CSMA) durante el año 1998 ha sido del 35,7% hombres y el 64,3% de mujeres. Por lo que respecta a los centros de atención infantil y juvenil (CSMI), la distribución ha sido del 58,9% hombres y el 41,1% de mujeres.

En lo que respecta a la casuística atendida en los CSMA, según la clasificación de la CCHPR, en el año 1998 los diagnósticos más frecuentes han sido la depresión y los trastornos afectivos (34,7%), seguidos de la ansiedad y los trastornos de personalidad (26,5%). La esquizofrenia se presenta en el 9,9% de los pacientes atendidos y el 28,9 restante agrupa todos los diagnósticos restantes.

En los pacientes menores de 18 años, el 22,5% de los diagnósticos corresponde a ansiedad y trastornos de la personalidad, el 19,3% a trastornos adaptativos, el 8,4% a depresión y trastornos afectivos, el 3,8% a trastornos de la conducta alimentaria y el 46,0% restante a otros trastornos mentales.

2.4 Morbilidad atendida en los servicios sociosanitarios

Se dispone de información sobre las características clínicas y funcionales de los pacientes atendidos en servicios sociosanitarios de internamiento y de hospital de día a partir de la encuesta de valoración multidimensional a 5.819 pacientes que ocupaban una plaza sociosanitaria en el mes de diciembre de 1996.

El 70% ocupaba una cama tipificada administrativamente como de larga estancia (atención de larga duración de enfermos geriátricos y crónicos con dependencia funcional física y/o cognitiva), el 13% una cama de convalecencia (por rehabilitación funcional o convalecencia después de un proceso agudo y objetivo de retorno a domicilio), el 4% una cama de cuidados paliativos (destinados a la atención de enfermos en fase terminal), el 1% una cama de SIDA (por atención paliativa a pacientes en fase terminal de esta enfermedad) y el 12% una plaza de hospital de día (para rehabilitación funcional tras un proceso agudo o por atención rehabilitadora en caso de enfermos psicogerítricos).

Esta información fue útil para agrupar a los usuarios según parámetros clínicos, funcionales y de provisión de servicios. El sistema de clasificación empleado (sistema de clasificación RUG-III) utiliza un algoritmo de decisión que ubica a los usuarios, de acuerdo con el criterio predominante, en 7 categorías mayores jerárquicas y 44 grupos de utilización homogénea de recursos. La distribución de los usuarios valorados según este sistema, global y por tipo de recurso, se muestra en la tabla 18.

2.4.1 Pacientes de larga estancia

La dependencia física y el deterioro cognitivo eran los rasgos más definitorios de los usuarios de larga estancia. De éstos, el 37,5% eran independientes o presentaban dependencia leve, el 27,8% dependencia moderada y el 34,7%, dependencia elevada. En cuanto al deterioro cognitivo, el 34,8% presentaba capacidad cognitiva intacta o border-line, mientras el 17,3% presentaba deterioro leve a moderadamente grave, y en el 44,8% el deterioro era grave o muy grave. La enfermedad cerebrovascular (32,3%) y las demencias (39,1%) eran las enfermedades con mayor prevalencia en estos pacientes.

2.4.2 Pacientes de convalecencia

El 51% eran independientes o presentaban dependencia leve, el 28,1% dependencia moderada y el 20,9% dependencia elevada. Respecto a la capacidad cognitiva, en el 65,2% de los pacientes estaba intacta o era border-line, y únicamente el 19,7% presentaban deterioro grave a muy grave.

Los diagnósticos principales más frecuentes eran las fracturas (28,6%) y la enfermedad cerebrovascular (21,9%). Como diagnósticos coexistentes con el diagnóstico principal, los más frecuentes eran el síndrome ansiedad/depresión (26,2%), las demencias (18,8%), la diabetes *mellitus* (23,1%) y enfisema/asma/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (18,3%).

2.4.3 Pacientes de cuidados paliativos

La terapia paliativa del dolor, el control de síntomas y el soporte emocional son los rasgos más definitorios de estos servicios. Los diagnósticos más prevalentes en los pacientes de cuidados paliativos eran cáncer (71,6%), síndrome ansiedad/depresión (27,0%), enfisema/asma/EPOC (15,3%) y demencia (21,2%). La sintomatología predominante de los pacientes era la siguiente: dolor (44,6%), estreñimiento (35,1%), disnea (17,6%), fiebre (17,1%), edema (14,9%) y vómitos (13,5%).

2.4.4 Pacientes de unidades de SIDA

Las unidades de SIDA participan conceptualmente del mismo modelo terapéutico que los de cuidados paliativos, debiendo atender a pacientes afectados de SIDA en fase terminal.

Los diagnósticos acompañantes más frecuentes en estos pacientes eran la tuberculosis (36,1%), el síndrome ansiedad/depresión (21,3%), la demencia (18%), la hepatitis vírica (11,5%) y el cán-

cer (8,2%); el 18% de los pacientes presentaba sociopatía. El diagnóstico explícito de terminalidad (previsión de exitus antes de 6 meses) sólo estaba presente en el 21% de los pacientes. Los síntomas más frecuentes eran: dolor (23,0%), fiebre (26,2%), estreñimiento (14,8%), vómito (11,5%) y edema (9,8%). El 27% de los pacientes recibió tratamiento psicoterápico.

2.4.5 Pacientes de hospital de día

En lo que respecta al perfil funcional físico, el 68,9% eran independientes o presentaban dependencia leve, el 23,2% dependencia moderada y el 7,9% dependencia elevada. Respecto a la capacidad cognitiva, en el 47,3% de los pacientes estaba intacta o era border-line, en el 29,1% presentaba deterioro leve a moderadamente grave, y en el 23,5% deterioro grave a muy grave.

Los diagnósticos más frecuentes eran los siguientes: enfermedad cerebrovascular (36,6%), demencias (33,7%), ansiedad/depresión (29,9%), diabetes *mellitus* (19,6%) y enfermedad vascular periférica (12,9%).

	Total	Larga estancia	Convalecencia	Cuidados paliativos	SIDA	Hospital de día
Número de pacientes	5.819	4.056	761	222	61	719
Distribución RUG-III	%	%	%	%	%	%
Rehabilitación especial	19,5	13,6	47,0	12,6	16,4	25,9
Tratamientos extensivos	2,0	2,1	1,4	8,6	4,9	0,1
Cuidados especiales	11,6	13,0	8,8	25,7	4,9	3,2
Complejidad clínica	25,9	25,2	24,4	42,8	45,9	24,8
Deterioro cognitivo	9,0	10,0	2,5	0,9	4,9	12,9
Problemas de comportamiento	1,3	1,5	0,3	0,5	1,6	1,5
Funciones físicas reducidas	30,7	34,7	15,5	9,0	21,3	31,6
Total	100	100	100	100	100	100

Tabla 18. Distribución de los pacientes valorados, según el sistema de clasificación RUG-III. Cataluña, 1996

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Programa Vida als Anys.

2.4.6 Utilización de servicios de atención sociosanitaria

El crecimiento de recursos en estos años ha supuesto un incremento en la actividad global. Entre los servicios de internamiento, los que presentaban incrementos más importantes en el número de usuarios atendidos eran los de cuidados paliativos/sida y los de convalecencia. La eficiencia de los recursos, medida según la media de usuarios atendidos en un año por cama/plaza o por equipo, también ha ido creciendo de forma global y especialmente en cuidados paliativos/sida y hospital de día. Asimismo, este incremento en la eficacia se pone de manifiesto en las camas de larga estancia, caracterizadas por una baja rotación producida básicamente a expensas de los exitus. En los últimos años, la rotación se ha incrementado gracias a la incentivación de nuevas fórmulas, como el ingreso temporal de pacientes, mayoritariamente psicogerátricos (tabla 19).

Tabla 19. Evolución del número y de la media de usuarios atendidos en servicios sociosanitarios. Cataluña, 1992 y 1997

	Número de usuarios atendidos			Media de usuarios atendidos ¹		
	1992	1997	Incremento 1992-1997 (%)	1992	1997	Incremento, 1992-1997 (%)
Larga estancia	7.594	9.517	25	2,0	2,1	5
Convalecencia	1.682	7.186	417	3,8	7,0	81
Cuidados paliativos/SIDA	751	3.837	411	4,6	10,1	121
Hospital de día	788	3.590	355	2,1	4,3	105
Pades	4.540	10.954	141	146,4	214,7	46
Ufiss	2.978	13.948	368	165,4	317,0	91
Total	17.633	49.032	178			

¹ Media de usuarios atendidos: por cama/plaza (servicios de internamiento y de hospital de día), por equipo (Pades, Ufiss).

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Programa Vida als Anys.

2

Intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña 1999-2001

Las intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña para el periodo 1999-2001 mantienen la coherencia y continuidad con el planteamiento y los objetivos de los anteriores planes de salud de Cataluña (1993-1995 y 1996-1998). Las actuaciones propuestas se orientan a la consecución de los objetivos de salud y de disminución de riesgo formulados para el año 2000 por el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña, y también al logro de los objetivos relacionados con otros ámbitos de intervención priorizados. Los principales ejes en torno a los cuales se articulan las acciones siguen siendo:

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- La equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios.
- La satisfacción de los usuarios.

En este apartado se presentan, de forma resumida, las intervenciones y acciones seleccionadas para afrontar los problemas prioritarios de salud y servicios identificados, a partir de los recursos disponibles en un entorno de moderación de los presupuestos sanitarios (cuadro 1). Las propuestas para este periodo son mayoritariamente de continuidad, si bien por primera vez se formulan propuestas para abordar problemas como la anorexia, la bulimia y las úlceras por presión, previéndose iniciar un programa piloto para la detección del cáncer colorrectal. Los capítulos correspondientes contienen la descripción y justificación de estas nuevas intervenciones. En lo que respecta a las intervenciones de continuidad, se enuncian en cada capítulo, pero están descritas y justificadas con detalle en el capítulo correspondiente del Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Intervenciones

Al hablar de intervenciones nos referimos básicamente a actuaciones que se sitúan dentro de los tres niveles clásicos de prevención y cuya finalidad es reducir la probabilidad de aparición de determinados factores de riesgo o enfermedades, o bien interrumpir o retrasar su progresión.

Para la selección de las intervenciones se ha tenido en cuenta la evidencia sobre su eficacia y la factibilidad de llevarlas a cabo. También se ha indicado el grupo de población en el que se recomienda la intervención con objeto de centrar los esfuerzos en los grupos más susceptibles y en aquellos en que la intervención puede aportar mayores beneficios.

A fin de disminuir la probabilidad de presentación y, por consiguiente, la incidencia de problemas de salud, se prevén medidas de prevención primaria como las vacunaciones sistemáticas y no sistemáticas y las actividades de información y educación sanitaria para la promoción de hábitos y estilos de vida, que pretenden capacitar a los individuos para efectuar elecciones saludables en relación con la alimentación, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y la sexualidad, entre otras.

Otras medidas de prevención primaria se orientan a la protección de la salud: la prevención de riesgos laborales, el control sanitario del medio ambiente y la higiene de los alimentos.

La prevención secundaria, dirigida a la detección precoz, tratamiento y control de los problemas de salud y factores de riesgo, ocupa una parte central del Plan de salud. En casi todos los problemas de salud tratados en el Plan se plantea este tipo de intervención.

Así, con relación al cáncer, se propone proseguir la extensión de los programas de cribaje poblacional del cáncer de mama. Para determinados factores de riesgo detectados en la población se recomienda la práctica del consejo asistido (counseling), especialmente indicado para abordar enfermedades de carácter crónico y aquellos problemas de salud que guardan relación con los estilos de vida de la población, como el hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol y el consumo de drogas.

Cuando las lesiones son irreversibles y la enfermedad está bien establecida y ha pasado a ser crónica, pueden aplicarse medidas de prevención terciaria. En este sentido, el Plan de salud formula propuestas como los cuidados paliativos en enfermos terminales y la rehabilitación en los pacientes con trastornos mentales graves (TMS).

Para el desarrollo de las intervenciones, se propone que los servicios sanitarios lleven a cabo una estrategia oportunista tanto para algunas actividades de prevención como para la detección de casos en la población de mayor riesgo, con la finalidad de tratarlos precozmente, curar la enfermedad o evitar el paso a la cronicidad y la aparición de secuelas e invalideces.

Cuadro 1.
Intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña, 1999-2001

Intervención	Población	Ámbito
1. Información y educación sanitaria		
• hábito tabáquico	• población general • población atendida	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios
• cáncer	• población general	• comunidad, servicios sanitarios
• consumo excesivo de alcohol	• población general • población atendida • adolescentes atendidos • embarazadas atendidas	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios
• consumo de drogas no institucionalizadas	• población general • población atendida • adolescentes atendidos • embarazadas atendidas	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios, prisiones
• infección por VIH	• población general • población atendida • personas con comportamientos de riesgo • adolescentes atendidos • embarazadas atendidas	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios, prisiones
• enfermedades de transmisión sexual	• población general • población atendida • personas con comportamientos de riesgo • adolescentes atendidos	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios, prisiones
• problemas de salud relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio	• mujeres en edad fértil y embarazadas	• servicios sanitarios, prisiones
• accidentes de tránsito	• población general	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios
• accidentes infantiles	• padres y madres • personas que cuidan niños	• servicios sanitarios
• accidentes en las personas de edad avanzada	• personas que cuidan personas de edad avanzada • población >64 años atendida	• comunidad, servicios sanitarios
• anorexia y bulimia	• personas vinculadas a los adolescentes (familia, docentes)	• comunidad, escuelas, servicios sanitarios
2. Prevención de enfermedades mediante vacunas		
• difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubéola, parotiditis, hepatitis B, <i>Haemophilus influenzae</i>	• población escolar • población atendida	• escuelas, servicios sanitarios, empresas y prisiones
• neumonía neumocócica, gripe, hepatitis B, rubéola	• grupos de riesgo	• servicios sanitarios, empresas y prisiones

Intervención	Población	Ámbito
3. Detección, tratamiento y control		
• hipertensión arterial	• población de 15 y más años atendida	• servicios sanitarios
• hábito tabáquico	• población de 15 y más años atendida	• servicios sanitarios
• hipercolesterolemia	• población atendida de 35 a 64 años en hombres y de 45 a 64 años en mujeres familiares de pacientes dislipémicos o con antecedentes de cardiopatía isquémica en edad joven	• servicios sanitarios
• diabetes <i>mellitus</i>	• población atendida con factores de riesgo cardiovascular • embarazadas atendidas	• servicios sanitarios
• consumo excesivo de alcohol	• población de 15 y más años atendida • embarazadas atendidas	• servicios sanitarios
• consumo de drogas no institucionalizadas	• población de 15 a 40 años atendida • Embarazadas atendidas	• servicios sanitarios, prisiones
• cáncer de mama	• mujeres de 50 a 64 años (cribaje poblacional)	• servicios sanitarios
• cáncer de cuello uterino	• mujeres de 25 a 64 años atendidas	• servicios sanitarios
• cáncer de piel	• población atendida	• servicios sanitarios
• cáncer colorrectal	• población de 50 a 59 años (cribaje poblacional programa piloto)	• servicios sanitarios
• infección por VIH	• población atendida con comportamientos de riesgo • embarazadas atendidas • jóvenes y adolescentes atendidos	• servicios sanitarios, prisiones
• enfermedades de transmisión sexual	• población atendida con comportamientos de riesgo • embarazadas atendidas • jóvenes y adolescentes atendidos	• servicios sanitarios, prisiones
• tuberculosis	• población atendida con comportamientos de riesgo	• servicios sanitarios, prisiones
• enfermedades relacionadas con el trabajo	• población trabajadora atendida	• servicios sanitarios, empresas
• caries	• población escolar	• escuelas
• anomalías congénitas	• embarazadas atendidas	• servicios sanitarios
• trastornos mentales	• población atendida • población atendida con trastornos mentales	• servicios sanitarios, prisiones
• anorexia y bulimia	• jóvenes y adolescentes atendidos	• servicios sanitarios
• trastornos cognitivos y de la conducta	• población atendida	• servicios sanitarios
• malos tratos infantiles	• niños y adolescentes atendidos	• servicios sanitarios
• abuso sexual	• niños y adolescentes atendidos por abuso sexual	• urgencias hospitalarias y forenses

Intervención	Población	Ámbito
4. Búsqueda activa y tratamiento de contactos		
• tuberculosis	• contactos de los casos	• servicios sanitarios, prisiones
• enfermedades de transmisión sexual		• servicios sanitarios, prisiones
5. Consejo asistido		
• hábito tabáquico	• población fumadora atendida	• servicios sanitarios
• consumo excesivo de alcohol	• bebedores de riesgo detectados	• servicios sanitarios
• consumo de drogas no institucionalizadas	• consumidores de drogas detectados	• servicios sanitarios, prisiones
• diabetes <i>mellitus</i>	• diabéticos afectados, familiares y cuidadores	• servicios sanitarios
6. Programa de mantenimiento con metadona y Programa de intercambio de jeringas		
• riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral	• usuarios de drogas por vía parenteral	• servicios sanitarios, prisiones
7. Prevención de riesgos laborales		
• actividades de especial peligrosidad	• población trabajadora	• empresas
8. Control sanitario del medio ambiente y establecimientos alimentarios		
• aguas de consumo público		• comunidad, servicios sanitarios, prisiones, empresas
• equipamientos de uso colectivo y asentamientos humanos no permanentes		
• residuos sanitarios		
• aplicación de plaguicidas de uso ambiental y de uso en la industria alimentaria		

Acciones

En este apartado también se presenta un resumen de lo que se denominan acciones, las cuales tienen un carácter complementario o instrumental y, a menudo, la finalidad de contribuir a crear las condiciones necesarias para poder llevar a cabo con éxito los objetivos planteados.

Se formulan propuestas relacionadas especialmente con la mejora de la calidad del proceso de atención a determinados problemas de salud. Otras medidas se orientan a mejorar el apoyo a los pacientes y a sus familias, así como a su satisfacción, proponiéndose también acciones explícitas de carácter intersectorial.

La puesta en práctica de las intervenciones y acciones que se proponen y, en última instancia, la consecución de los objetivos del Plan, dependen en gran parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, como expertos en su área de responsabilidad, puesto que trabajan en contacto directo con la población y con la realidad y son quienes deciden cómo y con qué recursos deben tratarse los problemas. Debe reconocerse la autonomía de los profesionales en la gestión clínica e incorporar sus conocimientos y experiencia en la elaboración de recomendaciones de práctica clínica para mejorar la calidad asistencial y reducir la variabilidad de la práctica clínica.

Gran parte de las propuestas del Plan son actuaciones que recaen de manera especial en los servicios sanitarios y sociosanitarios y, especialmente, en la atención primaria de salud (APS) que, por sus características, es un ámbito clave para la aplicación de estas propuestas.

La APS es el primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario, estableciéndose a lo largo del tiempo una relación entre las personas que utilizan los servicios y los profesionales de este nivel asistencial que permite una visión global del paciente en las diferentes etapas de su vida. Asimismo, da la oportunidad de ofrecer actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, detectar precozmente los problemas, intervenir ante problemas de salud o situaciones de riesgo, efectuar el oportuno seguimiento y, en su caso, derivar al paciente a los servicios especializados.

Se precisa, por tanto, una red de atención primaria que pueda desarrollar todo su potencial preventivo, educativo y de respuesta a las necesidades de salud de la población y que cuente con el apoyo de los servicios especializados y trabaje en estrecha colaboración con los mismos.

Los servicios especializados sanitarios y sociosanitarios también desempeñan un papel esencial en la promoción y mantenimiento de la salud y la mejora de la calidad de vida de las personas.

Los problemas de salud que afectan a las personas de edad avanzada y a determinadas enfermedades, como el cáncer, los trastornos mentales, el SIDA y los accidentes requieren un tratamiento especializado y a menudo multidisciplinar y en estrecha colaboración con la atención primaria.

No obstante, no son éstos los únicos ámbitos desde los que se puede dar respuesta a las necesidades de salud. Existen problemas sanitarios, como los relacionados con los hábitos y las conductas, las condiciones sociales y el medio ambiente, en los que las intervenciones pueden ser más efectivas si se llevan a cabo desde la comunidad que si se realizan desde los servicios sanitarios exclusivamente como, por ejemplo, la educación para la salud en la escuela.

Acción	Problema de salud/ámbito
1. Elaboración de recomendaciones, con participación de los profesionales, para la mejora de la calidad del proceso de atención y para la reducción de la variabilidad de la práctica clínica	<ul style="list-style-type: none"> • infarto de miocardio y accidente vascular cerebral • patología digestiva • asma • consumo de drogas no institucionalizadas • consumo excesivo de alcohol • trastornos cognitivos y de la conducta • patología del aparato locomotor • tuberculosis • caídas accidentales de las personas de edad avanzada • seguridad vial • dolor • úlceras por presión • parto y puerperio • problemas de salud relacionados con el trabajo • menopausia
2. Sensibilización y capacitación de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • consentimiento informado • diabetes <i>mellitus</i> • hábito tabáquico • problemas de salud mental • anorexia y bulimia • malos tratos infantiles • trastornos cognitivos y de la conducta • dolor • patología del aparato locomotor • salud laboral
3. Información y apoyo psicosocial a los pacientes y a las familias	<ul style="list-style-type: none"> • trastornos mentales severos • infección por VIH • dolor • cáncer • anorexia y bulimia • trastornos cognitivos y de la conducta
4. Cooperación y coordinación intersectoriales	<ul style="list-style-type: none"> • anorexia y bulimia • malos tratos infantiles • sanidad ambiental • seguridad y salud laboral • salud en la escuela (PESE) • seguridad vial • hábito tabáquico
5. Mejora de la satisfacción de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • información al ciudadano sobre los servicios • accesibilidad al sistema sanitario • sistemas de quejas y sugerencias • calidad de vida y satisfacción de los enfermos más vulnerables • comunicación entre los profesionales y los pacientes • conocimiento sobre las expectativas y la satisfacción de los usuarios y de los ciudadanos

3

Objetivos e intervenciones para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables

Los estilos de vida son uno de los principales determinantes de la salud, particularmente en los países desarrollados. Por este motivo, y como expresión concreta de uno de los ejes que articulan la planificación sanitaria en Cataluña, es preciso que el Plan de salud potencie las intervenciones dirigidas a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. De acuerdo con las estrategias formuladas en el documento *Health 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region* y con las propuestas de la declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI, es prioritario impulsar y consolidar políticas de promoción de la salud mediante actuaciones intersectoriales que afecten a los comportamientos de los individuos y de las comunidades.

En distintos apartados del Plan de salud se prevé la promoción de hábitos y estilos de vida directamente relacionados con determinados problemas de salud como, por ejemplo, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, los accidentes o las enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Aun así, hay que potenciar el carácter transversal de las intervenciones de promoción de la salud, ya que los factores conductuales que influyen en la salud son múltiples y a menudo están interrelacionados afectando al mismo tiempo a varios ámbitos (servicios sanitarios, enseñanza, entorno laboral, medio ambiente, servicios sociales, tiempo libre, etc.). Esto hace que se plantee la necesidad de definir intervenciones que, desde una visión global e integral, permitan priorizar los estilos de vida y ámbitos sobre los que debe actuarse, atendiendo a criterios de efectividad, aceptabilidad, factibilidad y eficiencia.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

El Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña especifica los objetivos generales que deben alcanzarse en el año 2000. Así, entre los objetivos generales formulados dentro de los apartados correspondientes a los problemas de salud, una parte considerable están relacionados con los estilos de vida. Al igual que en anteriores periodos del Plan de salud, se mantienen los siguientes objetivos formulados específicamente en relación con hábitos y estilos de vida:

- De aquí al año 2000 la prevalencia de la anemia ferropénica en la población femenina en edad fértil debe ser inferior al 2%, y en la población infantil al 1%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la aportación de grasas en la dieta a menos del 35% de la energía y, específicamente, la aportación de grasas saturadas a menos del 10% del total calórico.
- Habrá que disminuir el consumo de azúcares o hidratos de carbono refinados hasta 60 g por habitante y día en el año 2000.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar el aporte calórico en hidratos de carbono complejos, para que no sea inferior al 50% de la ración energética diaria.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar el aporte de fibra en la dieta hasta 30 g por habitante y día.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar la prevalencia de adultos que caminan más de 30 minutos diarios en un 50%.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar la prevalencia de personas de 15 años y más que efectúan ejercicio durante el tiempo de ocio en un 50%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir al menos en un 40% la prevalencia de personas de 15 años y más absolutamente sedentarias durante el tiempo de ocio.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar la prevalencia de adultos que realizan actividades físicas vigorosas durante el tiempo de ocio como mínimo tres veces por semana, en un 50%.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

- De aquí al año 2000 se debe reducir el porcentaje de abandono de la práctica de ejercicio físico en el tiempo de ocio en los menores de 35 años en un 30%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de sobrepeso de la población en un 20%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de obesidad en la población en un 25%.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones y acciones propuestas en este apartado tienen en cuenta unos criterios coherentes con las grandes líneas políticas de promoción de la salud vigentes en Cataluña, siendo, en este sentido, actuaciones de continuidad respecto a los anteriores planes de salud.

Así, el concepto de salud que fundamenta este Plan implica que las acciones sobre los estilos de vida han de evitar la culpabilización de los individuos y el paternalismo de la Administración pública. También hay que tener presente que ciertos grupos poblacionales, debido a factores sociales, educativos, generacionales o de otro tipo, se enfrentan a mayores dificultades en la elección de sus estilos de vida o en la práctica regular de hábitos saludables. Ello conlleva la necesidad de seleccionar y priorizar las intervenciones mediante una determinación previa de necesidades y grupos de población diana.

Otro aspecto importante a desarrollar es el componente de evaluación de estas intervenciones y acciones, en lo que respecta a mejorar su efectividad (beneficios en cuanto a salud) y eficiencia (adecuación del proceso de intervención). En un entorno caracterizado por la limitación de recursos y por la insuficiente evidencia científica de gran parte de las intervenciones sobre los estilos de vida, resulta más necesario evaluar el impacto de dichas actuaciones.

Al igual que en el anterior Plan de salud, los principales hábitos relacionados con los problemas de salud incluidos en este Plan son: el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas no institucionalizadas, la alimentación, el ejercicio físico, la sexualidad y la afectividad, los hábitos relacionados con los accidentes y malos tratos, los relacionados con la salud mental, los hábitos higiénicos y la utilización de medicamentos. Muchos de ellos tienen apartados específicos con intervenciones y objetivos operacionales concretos y, además, todos son objeto del planteamiento transversal e integrador de este apartado.

Las intervenciones y acciones propuestas por el Plan de salud 1999-2001 son:

- Potenciación de la educación para la salud en la escuela.
- Impulso y apoyo a la aplicación del consejo educativo en los servicios sanitarios.
- Utilización de las oportunidades que ofrece el medio laboral para la promoción de hábitos saludables.
- Promoción de las conductas saludables entre los jóvenes.
- Desarrollo y aplicación de estrategias globales de promoción de la salud.

Potenciación de la educación para la salud en la escuela

La incorporación de la educación para la salud en la escuela facilita, en etapas vitales con un alto potencial de sensibilización y aprendizaje, que los individuos adquieran unos estilos de vida que les permitan prevenir problemas de salud y mejorar su bienestar físico y mental. Así, el marco escolar, por la importante influencia que ejerce en la educación, desempeña un papel primordial en la promoción de la salud: la escuela entera debe ser promotora de salud y el educador un agente de salud fundamental.

* Ver la descripción y justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

El Programa de educación para la salud en la escuela (PESE) tiene como objetivo la incorporación de la educación sanitaria a los centros de educación primaria y secundaria. A través de las actividades del PESE se proponen las acciones siguientes:

- Promover la introducción de contenidos de educación para la salud en los centros de educación secundaria, mediante la oferta de créditos variables tipificados y créditos de síntesis.
- Elaborar materiales educativos para la integración de la promoción de la salud en los proyectos curriculares de los centros de enseñanza, en relación con los temas priorizados en el Plan de salud.
- Impulsar la formación de los profesionales docentes en relación con la educación para la salud en la escuela.
- Evaluar las actividades de educación para la salud desarrolladas en los centros de enseñanza.
- Dar apoyo a los proyectos de innovación, en materia de educación para la salud, en los centros de enseñanza.
- Dar apoyo a las actividades de coordinación intersectorial para el desarrollo de proyectos de educación para la salud en la escuela, en ámbitos territoriales específicos y, particularmente, entre los profesionales sanitarios y docentes.

Impulso y apoyo a la aplicación del consejo educativo en los servicios sanitarios

Tal como se indicaba en el anterior Plan de salud, hay que continuar potenciando la educación sanitaria en forma de consejo personalizado como una actividad habitual en las consultas de atención primaria y, en general, en todos los ámbitos asistenciales.

No obstante, el consejo preventivo individual, para ser efectivo, requiere el cumplimiento de unos criterios bien definidos en lo que respecta a su impacto y desarrollo: procedimientos, habilidades de los profesionales y condiciones del entorno. En este sentido, es fundamental que las actividades de consejo preventivo estén basadas en la evidencia científica y sean periódicamente evaluadas.

El Plan de salud propone las actuaciones siguientes:

- Impulsar el consenso de los profesionales de la atención primaria para la aplicación progresiva de la promoción de hábitos saludables, con una visión integral de los diferentes grupos poblacionales y aplicando criterios de priorización y tratamiento específico.
- Potenciar la formación de los profesionales de la salud en técnicas de consejo, así como ofrecer más recursos de apoyo para mejorar sus habilidades.
- Fomentar la evaluación del consejo educativo, principalmente en el ámbito de la atención primaria.

Utilización de las oportunidades que ofrece el medio laboral para la promoción de hábitos saludables

De acuerdo con las intervenciones y objetivos del apartado "Problemas de salud laboral", sigue considerándose necesario llevar a cabo una estrategia dirigida al desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a la población trabajadora, adaptadas a la realidad específica del ámbito laboral.

Promoción de conductas saludables entre los jóvenes

La prevención de conductas de riesgo y la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes sigue siendo uno de los objetivos prioritarios de las políticas de salud de los países desarrollados, siendo asimismo uno de los objetivos propuestos por la OMS para principios del siglo XXI.

Las acciones preventivas en la población joven tienen unas características estrechamente ligadas a comportamientos específicos de este grupo de población: escasa relación con los servicios sanitarios, influencia de mensajes contradictorios, estilos de vida muy variados y dinámicos, etc., lo que implica dar mucha importancia al carácter intersectorial de las intervenciones propuestas.

Así, se propone seguir potenciando el desarrollo de las acciones formuladas en los planes interdepartamentales coordinados por la Secretaría General de Juventud y desarrolladas en los distintos ámbitos. Dichas actuaciones son las siguientes:

- Potenciar globalmente la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.
- Desarrollar acciones de prevención en relación con la infección por VIH, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Fomentar actuaciones en el ámbito deportivo con elementos básicos de educación para la salud.
- Fomentar actuaciones de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Potenciar acciones dirigidas a la reducción del número y gravedad de los accidentes de tráfico.
- Aumentar las acciones de promoción de la salud mental entre los jóvenes.

Asimismo, deben impulsarse nuevas acciones dirigidas al abordaje de problemas de salud emergentes, especialmente la prevención de conductas violentas, la prevención de trastornos alimentarios y el fomento de la actividad física de tiempo libre, sobre todo entre las chicas.

Desarrollo y aplicación de estrategias globales de promoción de la salud

Esta intervención se concreta en tres ámbitos, generados a partir de las ideas expresadas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (1986), que dan continuidad a intervenciones formuladas en el Plan de salud 1996-1998:

- Lograr un entorno más saludable

El entorno físico, social, cultural y económico es un condicionante fundamental para la adquisición y modificación de hábitos. Por consiguiente, avanzar en la construcción de un entorno más saludable es una condición previa para facilitar la práctica de estilos de vida saludables. Ello requiere impulsar y reforzar decididamente políticas intersectoriales en esta línea.

- Reforzar el sistema de apoyo social

El sistema de apoyo social (familia, grupos de iguales, grupos de autoayuda, etc.) y el empleo de recursos informales y comunitarios tiene gran influencia en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. Hay que potenciar los elementos organizados de apoyo (grupos de afectados y de autoayuda, voluntariado, asociaciones ciudadanas, centros de jóvenes y de personas de edad avanzada, etc.) para que puedan ayudar a los individuos y grupos más vulnerables a afrontar los problemas.

- Promover alternativas saludables

Es necesario que las personas puedan conocer y tener a su alcance alternativas saludables que resulten fáciles y atractivas. La elaboración y difusión de materiales educativos y la existencia de instrumentos y recursos que faciliten los hábitos saludables y ofrezcan alternativas a los nocivos son los medios que han de posibilitar el desarrollo de las acciones en esta línea. Las labores de búsqueda y evaluación sobre el impacto, calidad y accesibilidad de dichas acciones también forman parte de esta intervención.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6. Copenhagen, 1988.
2. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997. (No publicado.)
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
4. Organización Mundial de la salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Rev San Hig Pub 1987; 61: 129-33.
5. Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. BMJ 1997; 315: 361-3.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

4

Objetivos e intervenciones sobre los problemas de salud

1. Problemas de salud cardiovasculares

Aunque la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, al igual que en la mayoría de países mediterráneos, es de las más bajas del mundo y que la mortalidad por esta causa ha disminuido de forma considerable en Cataluña en los últimos años, este grupo de enfermedades sigue siendo importante como problema de salud.

El grupo de enfermedades del aparato circulatorio constituye la primera causa de muerte y en el año 1997 representó el 36,0% del total de defunciones. Más de la mitad de las muertes (55,7%) por enfermedad del aparato circulatorio se debieron a enfermedades isquémicas del corazón (93,3 por 100.000 habitantes y año) y a enfermedades cerebrovasculares (86,4% por 100.000 habitantes y año). Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en los hombres en el grupo de edad de 65 a 74 años y de 75 y más años y también en las mujeres entre 65 y 74 años. Las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte en las mujeres a partir de los 75 años.

Las enfermedades del aparato circulatorio representaron, en el año 1997, el 11,8% de las altas hospitalarias siendo la primera causa de hospitalización.

Los datos del Registre Geroni del Cor (REGICOR), que comprenden el ámbito territorial de la Región Sanitaria Girona excepto la comarca del Ripollès, muestran una incidencia de infarto agudo de miocardio, para esta área de estudio, de las más bajas del mundo industrializado tanto en hombres como en mujeres. En el año 1995, la tasa de incidencia de infarto de miocardio* en la población entre 35 y 64 años fue, en los hombres, de 111 por 100.000, y en las mujeres de 20 por 100.000. En el periodo comprendido entre 1990 y 1995 se ha registrado un aumento moderado de la incidencia en las mujeres del grupo de edad de 45 a 54 años. Por otra parte, algunos estudios llevados a cabo recientemente en el ámbito de determinados hospitales de Cataluña muestran que la mortalidad a los 28 días y la morbilidad y la mortalidad a los 6 meses después de un infarto agudo de miocardio es superior en las mujeres que en los hombres.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo**

- De aquí al año 2000 la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en las personas de menos de 65 años se debe reducir por lo menos en un 15%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en un 20%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica en un 5%.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar la proporción de hipertensos tratados en un 50%.
- De aquí al año 2000 se debe aumentar la proporción de hipertensos controlados en un 75%.
- Se debe mantener el consumo bajo de sal en la dieta y, eventualmente, reducirlo cuando supere los 6 g por día.
- De aquí al año 2000 se debe reducir el nivel medio de colesterol plasmático de la población de 35 a 64 años por debajo de 220 mg/dl.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de prevalencia de hipercolesterolemia en la población catalana por debajo del 20%.

* Casos incidentes sin infarto previo, según la definición estricta de infarto agudo de miocardio, que incluye los casos en que existen pruebas de infarto de miocardio clínicas concluyentes y los casos fatales en que hay algún registro clínico incompleto o no concluyente y/o antecedentes de cardiopatía isquémica. Tasa estandarizada por edad y sexo, según la población mundial.

** Objetivos definidos en el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones y acciones propuestas son de continuidad respecto a las del Plan de salud 1996-1998 y se centran fundamentalmente en la actuación sobre los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, hábito tabáquico, hipercolesterolemia y diabetes *mellitus*) y en la mejora de la calidad del proceso de atención al infarto agudo de miocardio, al accidente vascular cerebral y a las complicaciones que se derivan de los mismos.

Es un hecho ampliamente aceptado que la etiología de las enfermedades cardiovasculares es multifactorial y que los factores de riesgo tienen efectos multiplicativos. A fin de que los beneficios que se pueden obtener de la prevención de las enfermedades cardiovasculares sean los máximos posibles es necesario que la prevención se efectúe desde una perspectiva multifactorial e integrada, de acuerdo con la cual, y sin abandonar la actuación sobre cada uno de los factores de riesgo, hay que hacer hincapié en el abordaje integral teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular y tratando a las personas globalmente más que factores a de riesgo aislados.

Para el periodo 1999-2001 se proponen las siguientes intervenciones y acciones prioritarias:

- Detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- Prevención y detección del hábito tabáquico. (Esta intervención se plantea en el apartado específico sobre el hábito tabáquico.)
- Detección, tratamiento y control de la hipercolesterolemia.
- Mejora de la calidad del proceso de atención a las enfermedades cardiovasculares, mediante consenso entre los profesionales en los principales aspectos del manejo clínico en relación con el infarto agudo de miocardio y el accidente vascular cerebral.
- Detección, tratamiento y control de la diabetes *mellitus* y de las complicaciones que se derivan de la misma. (Esta intervención se plantea en el apartado específico sobre la diabetes *mellitus*.)
- Realización de estudios clinicoepidemiológicos y de investigación evaluativa que permitan el seguimiento de los indicadores y las intervenciones propuestas.

Objetivos operacionales **

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se continuará monitorizando la tendencia de la prevalencia de la hipertensión arterial en Cataluña.

Evaluación

Estudio poblacional transversal.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, debe haberse medido la presión arterial en al menos, el 70% de la población de 15 años y más atendida por los equipos de atención primaria.

Evaluación

Porcentaje de población de 15 años y más atendida por los equipos de atención primaria, a la que se ha medido la presión arterial.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, debe haberse medido la presión arterial en, al menos, el 50% de la población entre 15 y 44 años atendida por los equipos de atención primaria.

* Ver la descripción y justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

** Ver también los objetivos de los apartados correspondientes al capítulo 4 "Hábito tabáquico" y al capítulo 16 "Diabetes *mellitus*".

Evaluación

Porcentaje de población de entre 15 y 44 años atendida por los equipos de atención primaria, a la que se ha medido la presión arterial.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, al menos el 80% de los hipertensos atendidos por los equipos de atención primaria deben estar en situación de control aceptable y el 35% en situación de control óptimo.

Evaluación

Porcentaje de hipertensos conocidos atendidos por los equipos de atención primaria en situación de control aceptable y óptimo.

5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud se seguirá monitorizando la tendencia de la hipercolesterolemia en Cataluña.

Evaluación

Estudio poblacional transversal.

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, al menos el 60% de las personas diagnosticadas de hipercolesterolemia atendidas por los equipos de atención primaria deben estar en situación de control.

Evaluación

Porcentaje de personas diagnosticadas de hipercolesterolemia atendidas por los equipos de atención primaria en situación de control.

Referencias bibliográficas

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

2. Cáncer

El cáncer constituye uno de los problemas de salud prioritarios en Cataluña, siendo la segunda causa de muerte, con una tasa bruta de mortalidad por tumores de 240,91/100.000 habitantes en el año 1997 (304,41 muertes por 100.000 en los hombres y 180,40 por 100.000 en las mujeres). Por otra parte, el análisis de las tendencias temporales pone de manifiesto un aumento de la mortalidad por cáncer, que en los hombres se estima en un 2% de media anual, mientras que en las mujeres este aumento es mínimo.

En lo que respecta a la incidencia, las estimaciones se han efectuado a partir de los datos procedentes del Registro de Cáncer de Tarragona, del Registro de Mortalidad de Cataluña y de la relación mortalidad/incidencia. Asumiendo que la frecuencia de la aparición del cáncer en el conjunto de Cataluña siguiese las mismas tasas que en Tarragona en el año 1992, habría que esperar anualmente unos 12.500 nuevos casos de cáncer diagnosticados entre los hombres y 9.100 entre las mujeres. Los tipos de cáncer más frecuentes (diagnósticos con más de 1.000 casos nuevos por año) son los de pulmón, próstata y vejiga urinaria en los hombres, y los de mama y colon en las mujeres. En función de estas estimaciones, se podría concluir que alrededor de 82.000 hombres y 105.000 mujeres (2,9% de la población de Cataluña) viven con un diagnóstico de cáncer. Con relación a la exposición a factores de riesgo, hay que destacar que 1 de cada 3 casos de cáncer es o ha sido un fumador moderado/importante y en los casos de cánceres de pulmón, laringe o vejiga urinaria dicha proporción se incrementa a 9 de cada 10 casos.

El análisis de la evolución de la incidencia y la mortalidad por cáncer se ha utilizado para proyectar el número futuro de nuevos casos teniendo en cuenta la estructura de edad y la evolución demográfica de la población catalana, pero sin incorporar el efecto potencial de cambios en los factores de riesgo o en las estrategias terapéuticas. Los resultados, por consiguiente, deben valorarse con cuidado, especialmente si se produjeran cambios notables en las terapias oncológicas o en cualquier otro factor que pudiera afectar a la mortalidad. La estimación se ha efectuado para los principales tumores en ambos sexos y hasta el año 2005. Así, a partir del número estimado de casos de cáncer que se diagnosticaron en Cataluña en el periodo 1992-1993, se prevé que estas cifras aumenten hasta 16.000 casos nuevos en los hombres y 11.700 en las mujeres en los años 1998-1999 y hasta 18.900 y 13.500, respectivamente, el año 2005.

El incremento previsible del número de casos de cáncer tiene una distribución desigual según el grupo de edad. El mayor aumento se produce en el grupo de 75 años y más, mientras en los grupos de edad intermedia es más moderado observándose cierta estabilización en los menores de 45 años. Por tumores, hay que destacar la importancia que adquiere el cáncer de colon en el conjunto de ambos sexos y el crecimiento de los cánceres de pulmón y de mama.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por cáncer de las personas de menos de 65 años en un 15%.
- De aquí al año 2000 se debe estabilizar la tendencia creciente de la mortalidad por cáncer de mama en el sexo femenino y por cáncer de pulmón en el sexo masculino.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 25%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Las intervenciones y acciones prioritarias que se proponen, con continuidad y coherencia con el periodo de planificación anterior, son las mismas que recogía el Plan de salud de Cataluña

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

1996-1998. No obstante, en función de la situación epidemiológica del cáncer colorrectal en nuestro medio y de la evidencia de la eficacia del cribaje, se plantea la necesidad de disponer de evaluaciones sobre la aceptabilidad de la prueba y la viabilidad del cribaje de este tumor antes de recomendar su aplicación de forma generalizada.

Cribaje del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal ocupa la segunda posición en cuanto a incidencia en ambos sexos, si se excluye el cáncer de piel no melanoma, siendo también el segundo tumor en lo que respecta a mortalidad por cáncer. En Cataluña representa, anualmente, la aparición de 1.800 casos nuevos en los hombres y 1.500 en las mujeres y es responsable de unas 830 y 470 muertes, respectivamente.

La historia natural del cáncer colorrectal no se conoce con exactitud, pero se acepta que una proporción importante de cánceres de colon y recto se desarrolla a partir de pólipos adenomatosos. La presencia de pólipos es frecuente en la población y tan solo un pequeño porcentaje progresa hasta el cáncer. El tiempo medio necesario para completar esta progresión es largo, probablemente de 10 o más años. Hay que señalar que la supervivencia de este cáncer está muy relacionada con la extensión del tumor en el momento del diagnóstico. Estas características de la historia natural sugieren que la identificación precoz del cáncer colorrectal, mediante el cribaje, contribuiría a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por este tumor por un doble efecto de detección y tratamiento en estadios precoces de cáncer invasivo y/o de identificación y extirpación de pólipos considerados precursores del cáncer.

A finales de 1996 se publicaron dos ensayos clínicos aleatorizados que demostraron de forma concluyente que el cribaje del cáncer colorrectal mediante la detección de sangre oculta en heces es eficaz para reducir la mortalidad por este tumor en un 15%.

Es preciso, no obstante, hacer algunas consideraciones. En primer lugar, hay que hablar de la participación, que fue del orden del 40% a lo largo de los diez años que duraron los diferentes estudios. En segundo lugar, debe hacerse referencia a las limitaciones de la prueba de cribaje, básicamente a su baja sensibilidad, y a la evolución que ha experimentado en estos años permitiendo mejorar la validez de la misma.

La positividad en la prueba de cribaje supone una exploración completa del colon y del recto mediante una técnica invasiva, la colonoscopia. La ventaja de este paso en la secuencia del cribaje es que la prueba diagnóstica también puede ser terapéutica.

Por lo que se refiere al cribaje mediante exploración endoscópica (sigmoidoscopia y colonoscopia), la evidencia en cuanto a su eficacia es todavía más limitada y habrá que esperar hasta que se disponga de los resultados de los ensayos que se están llevando a cabo actualmente. Esta exploración, como prueba de cribaje, presentaría la ventaja de una mayor sensibilidad.

A fin de conseguir un impacto en la reducción de la mortalidad en el entorno poblacional es preciso que cualquier prueba de cribaje que se proponga sea, además de eficaz, aceptable para la población a la cual va dirigida. La información disponible sobre el cribaje con sangre oculta en heces indica una participación media del 40-65% en una ronda de cribaje, con una disminución significativa en las rondas sucesivas a partir de los 70 años. Respecto a la colonoscopia, la información es más limitada y variable, con una participación entre el 12 y el 70%. No existen, no obstante, datos sobre la aceptación de estas pruebas en la población catalana y en el sistema sanitario catalán.

Por este motivo, se propone: a) investigar la aceptación del cribaje del cáncer colorrectal en Cataluña e identificar los motivos del rechazo a la participación, y b) evaluar los recursos necesarios para practicar dicho cribaje y su impacto en los servicios asistenciales.

Las intervenciones y acciones prioritarias propuestas por el Plan de salud de Cataluña 1999-2001 son:

- Prevención y detección del hábito tabáquico
- Extensión de los programas poblacionales de cribaje del cáncer de mama.
- Mantenimiento de las actividades de detección precoz del cáncer de cuello uterino.
- Consejo sobre la exposición solar y detección precoz del cáncer de piel.
- Evaluación de la aceptabilidad y viabilidad del cribaje del cáncer colorrectal.
- Mejora del proceso asistencial, incluido el soporte psicosocial a los enfermos.
- Potenciación de los sistemas de información sanitaria y de la investigación oncológica.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud seguirá difundiendo entre los profesionales sanitarios y la población los consejos preventivos recogidos en el Código Europeo contra el Cáncer.

Evaluación

Valoración de las actividades de difusión realizadas.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, a fin de garantizar la equidad en las oportunidades de prevención secundaria, se habrá alcanzado una cobertura poblacional del cribaje del cáncer de mama en Cataluña del 50%.

Evaluación

Grado de consecución de la cobertura poblacional de los programas de cribaje del cáncer de mama en Cataluña.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud promoverá el desarrollo de acciones para mantener y mejorar la calidad de los programas poblacionales de cribaje del cáncer de mama en Cataluña.

Evaluación

Valoración de las acciones desarrolladas.

4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, con objeto de evaluar la aceptabilidad y viabilidad del cribaje del cáncer colorrectal en Cataluña, se llevará a cabo una prueba piloto de cribaje poblacional de este tumor.

Evaluación

Grado de aceptación del cribaje e identificación de variables asociadas.

5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud seguirá cooperando con las organizaciones de voluntarios y los grupos de ayuda mutua a fin de abrir nuevas oportunidades al desarrollo de modalidades de soporte psicosocial a los pacientes afectados de cáncer.

Evaluación

Acciones favorecedoras de las diferentes modalidades de soporte psicosocial a los pacientes afectados de cáncer.

Referencias bibliográficas

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

3. Enfermedades del aparato respiratorio

Las enfermedades del aparato respiratorio constituyen un importante problema de salud por la elevada morbilidad que causan.

En Cataluña, el año 1997, las enfermedades del aparato respiratorio fueron la tercera causa de mortalidad después de las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, con una tasa de 85,0 muertes por 100.000 habitantes (106,2 muertes por 100.000 en los hombres y 64,8 muertes por 100.000 en las mujeres).

Por causas específicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (bronquitis, enfisema y asma) supuso, en el año 1997, una tasa de 44,2 muertes por 100.000 habitantes (64,2 muertes por 100.000 en los hombres y 25,0 muertes por 100.000 en las mujeres).

Las infecciones respiratorias agudas fueron causa de 2,0 muertes por 100.000 habitantes (1,6 en hombres y 2,5 en mujeres) mientras las neumonías causaron 14,3 muertes por 100.000 habitantes (15,4 en hombres y 13,3 en mujeres).

En lo que respecta a la morbilidad, las enfermedades del aparato respiratorio fueron la tercera causa de hospitalización en el año 1998 tras las enfermedades de los aparatos digestivo y circulatorio, con una tasa de 12,1 altas por 1.000 habitantes (14,6 en hombres y 9,5 en mujeres) cifra que representa un 10,2% del total de altas registradas en este año.

En relación con la notificación de enfermedades de declaración obligatoria, las neumonías han pasado de 33.537 casos notificados en el año 1996 a 42.542 casos en el año 1997 (698,5 por 100.000 habitantes), lo que sitúa esta enfermedad en la franja de elevada incidencia.

En cuanto a la morbilidad percibida, según la Encuesta de salud de Cataluña 1994, las enfermedades respiratorias del tracto superior y la gripe son las causas más frecuentes de restricción de actividad en los últimos 15 días (12,1%), mientras el asma es referido por un 1,4% de los que declaran algún tipo de restricción de actividad.

El asma y la bronquitis son declarados como trastorno crónico por un 4,7 y un 6,7% de la población mayor de 14 años, respectivamente.

Objetivo general de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias en un 10% (siempre que no se produzca una pandemia gripal).

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones propuestas en el Plan de salud de Cataluña 1999-2001, con relación a las enfermedades del aparato respiratorio, se basan en actividades de detección y seguimiento de estos problemas de salud y de coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. Las intervenciones planteadas en el Plan de salud 1996-1998 con relación al cáncer de pulmón y la vacunación contra la gripe y la neumonía neumocócica siguen vigentes.

- Detección y prevención del hábito tabáquico.
- Detección y prevención de problemas del aparato respiratorio relacionados con el trabajo.
- Elaboración y difusión de recomendaciones de práctica clínica para el abordaje de la patología respiratoria crónica tanto en lo que respecta al asma (infantil y del adulto), como en lo referente a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Objetivo operacional

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud establecerá las recomendaciones para la atención del asma infantil y del adulto y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, impulsando fórmulas de trabajo que permitan el consenso entre los profesionales.

Evaluación

Existencia de recomendaciones para la atención del asma infantil y del adulto.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Referencias bibliográficas

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

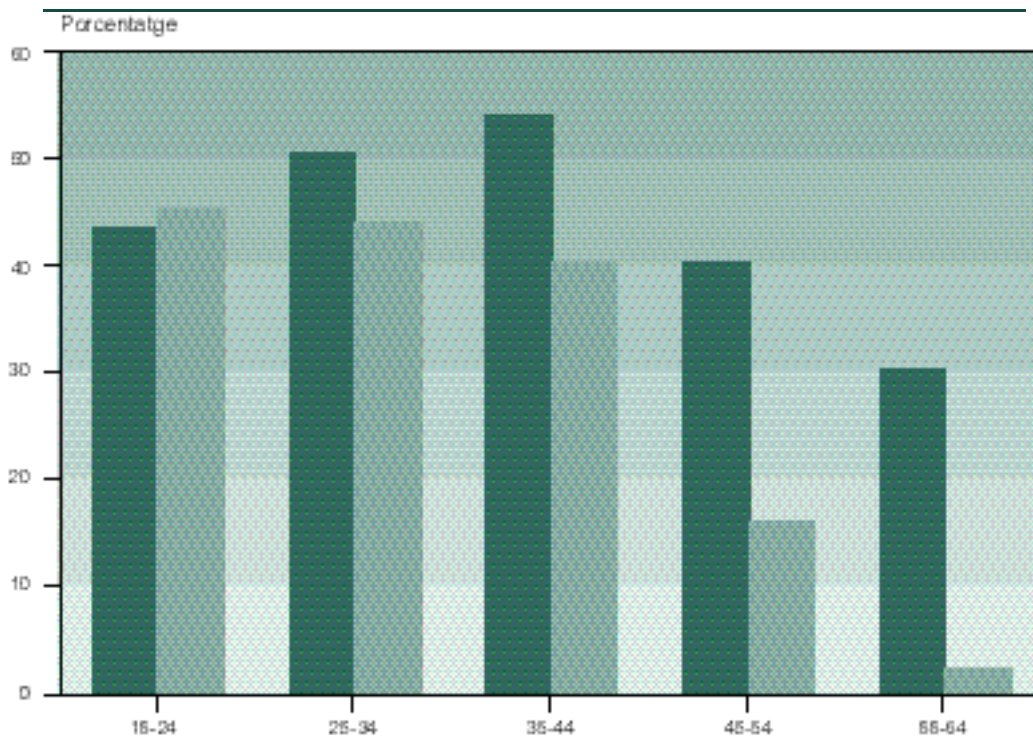
4. Hábito tabáquico

El hábito tabáquico es el factor de riesgo individual más importante de pérdida de salud prematura y evitable en nuestro entorno, y también uno de los principales problemas de salud pública susceptibles de prevención. El tabaquismo es factor de riesgo de numerosas enfermedades entre las que destacan las cardiovasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer.

Los cánceres asociados al hábito tabáquico son los de pulmón, cavidad oral, laringe, esófago, vejiga urinaria, páncreas, riñón y cérvix. El más importante por su incidencia y mortalidad es el cáncer de pulmón.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento Políticas de salud para todos en Europa. 21 objetivos para el siglo XXI, estima que el 50% de los europeos que fuman regularmente morirán debido al tabaco, la mitad de ellos prematuramente y en el periodo más activo y productivo de sus vidas. Si no se producen cambios, el tabaco causará el 20% de las muertes en Europa en el año 2000.

En Cataluña, el año 1998, la prevalencia de fumadores de 15 a 64 años fue del 37,5% (30,7% en mujeres y 44,4% en hombres), cifra que representa un incremento del 6,2% con relación al año 1994.



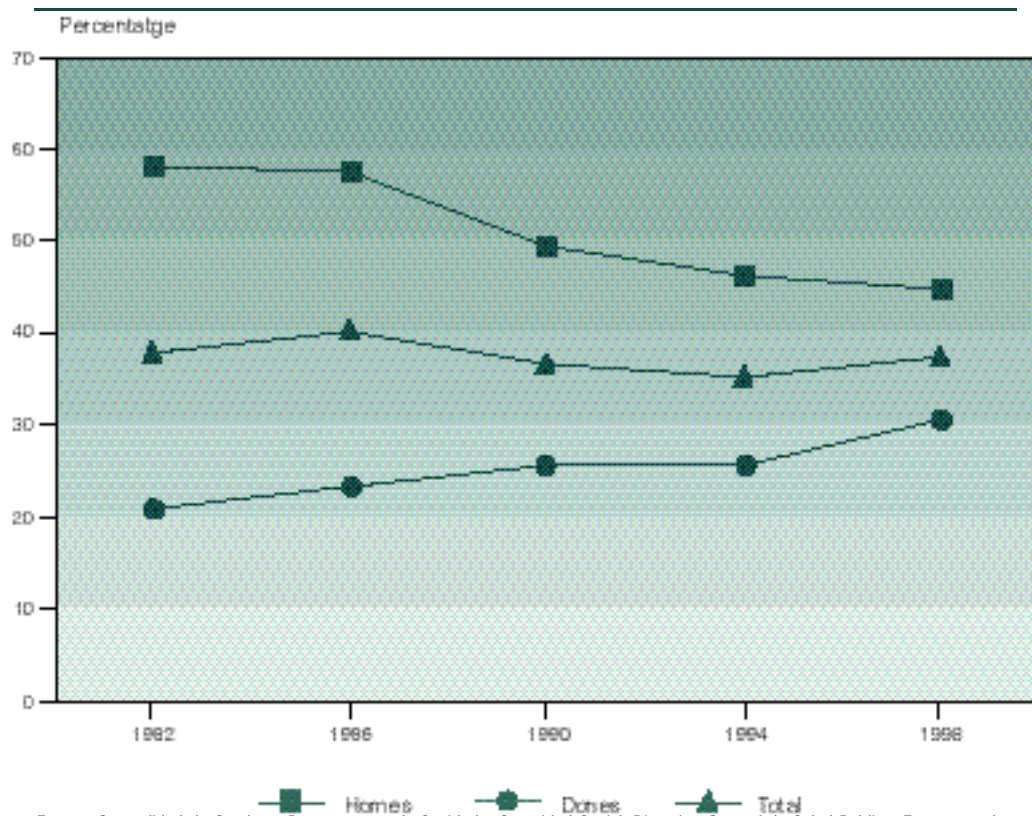
Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de hábito tabáquico a la población catalana 1998.

Gráfico 13. Prevalencia del hábito tabáquico, según grupo de edad y sexo. Cataluña, 1998

Por grupo de edad y sexo (gráfico 13), los hombres de 35 a 44 años son los que presentan cifras de prevalencia más altas (53,9%). Entre las mujeres, las de 15 a 24 años presentan la prevalencia más alta (45,1%), por encima de los jóvenes del mismo grupo de edad, con un incremento del 33,8% respecto al año 1994.

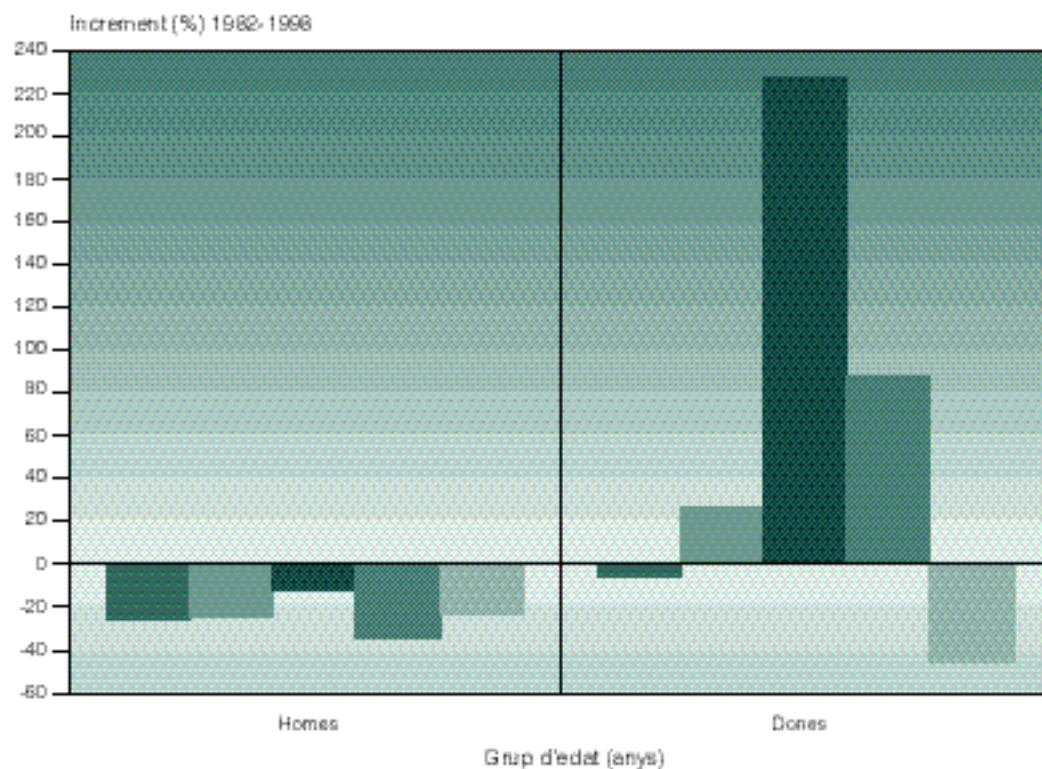
En lo que respecta a los restantes grupos de edad, la prevalencia es superior en los hombres, si bien en las mujeres se ha incrementado un 20% con relación al año 1994 mientras en los hombres ha disminuido ligeramente en el mismo periodo (4%).

Gráfico 14. Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por sexo. Cataluña, 1982-1998



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre consumo y actitudes respecto al tabaco, alcohol y otras drogas en Cataluña, 1982, 1986, 1990. Encuesta de hábito tabáquico a la población catalana 1998. Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Encuesta de salud de Cataluña 1994.

Gráfico 15. Cambio en la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1982 y 1998



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre consumo y actitudes respecto al tabaco, alcohol y otras drogas en Cataluña, 1982, 1986, 1990. Encuesta de hábito tabáquico a la población catalana 1998.

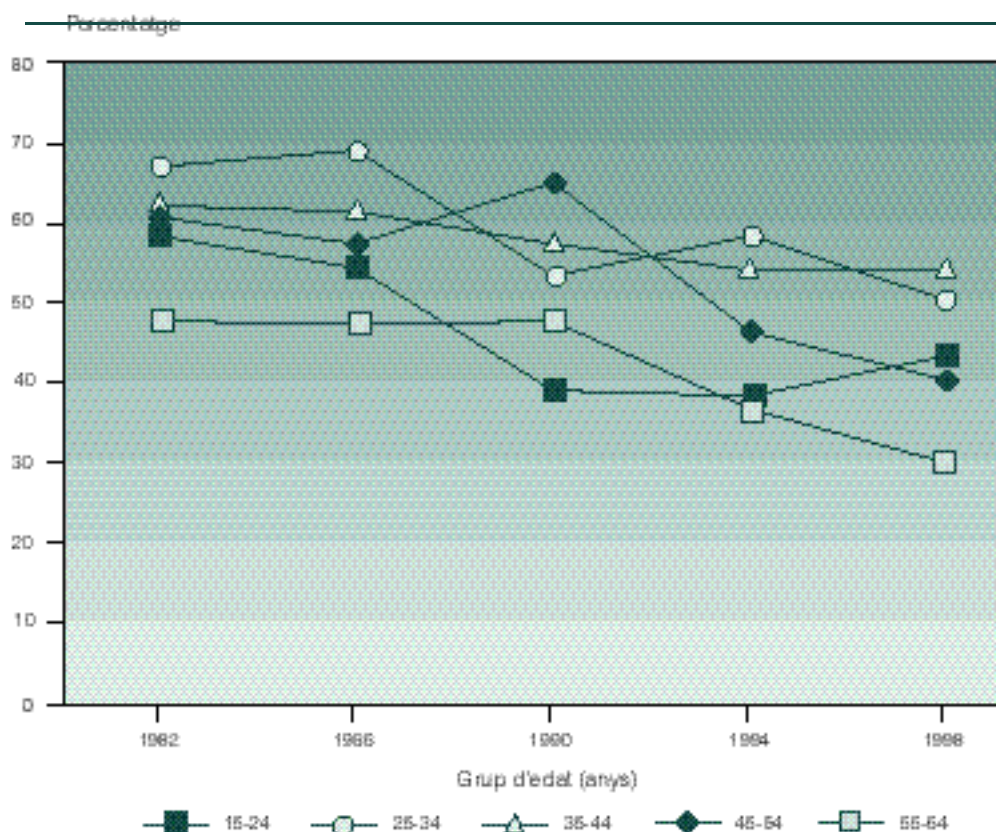


Gráfico 16. Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1982-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre consumo y actitudes respecto al tabaco, alcohol y otras drogas en Cataluña, 1982, 1986, 1990. Encuesta de hábito tabáquico a la población catalana 1998. Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Encuesta de salud de Cataluña 1994.

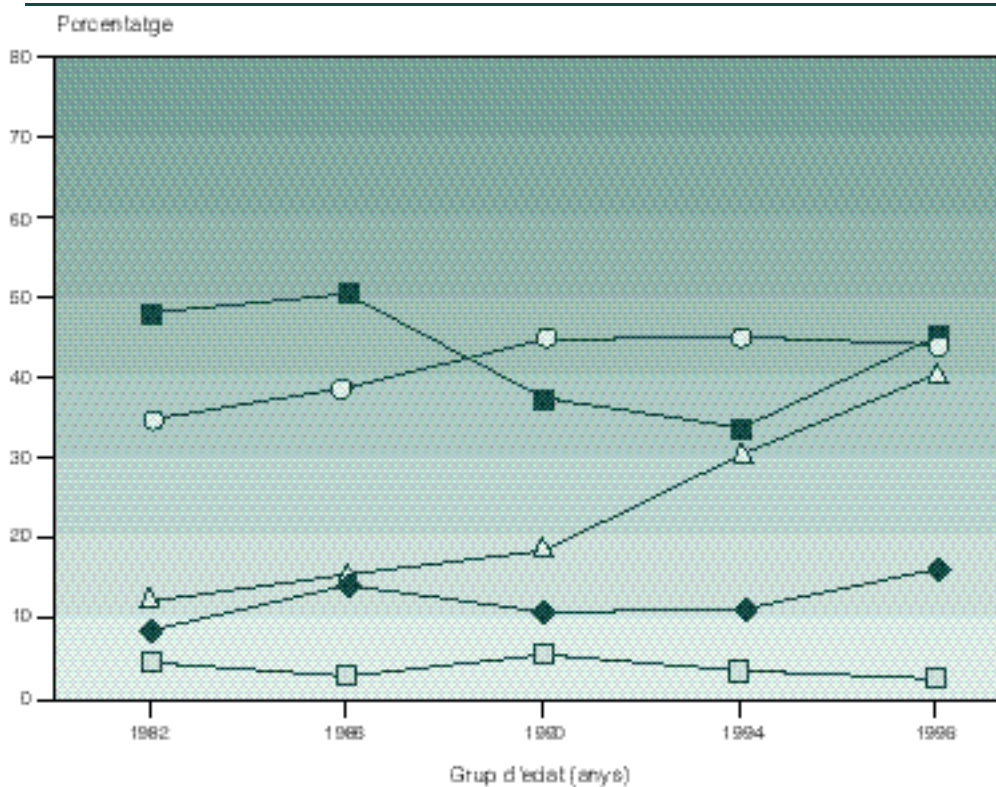


Gráfico 17. Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1982-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Encuesta sobre consumo y actitudes respecto al tabaco, alcohol y otras drogas en Cataluña, 1982, 1986, 1990. Encuesta de hábito tabáquico a la población catalana 1998. Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Encuesta de salud de Cataluña 1994.

La evolución del hábito tabáquico en Cataluña en los últimos años (gráficos 14-17) muestra una tendencia ascendente especialmente en lo que respecta a los jóvenes y las mujeres. En los hombres, la tendencia descendente desde el año 1986 se ha moderado por el incremento registrado desde el año 1994 en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico en la población general hasta el 20%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico en la población comprendida entre los 15 y los 24 años hasta el 18%.
- De aquí al año 2000 se debe incrementar el porcentaje de cese en el hábito tabáquico en la población general hasta el 30%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico entre los médicos hasta el 25%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico entre los diplomados en enfermería hasta el 30%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico entre los maestros y profesores hasta el 25%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la prevalencia del hábito tabáquico entre los farmacéuticos hasta el 25%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Las intervenciones y acciones prioritarias de este Plan de salud siguen siendo las propuestas para el periodo de planificación 1996-1998 y se dirigen a reducir la prevalencia del hábito tabáquico, incidiendo especialmente en la información y educación desde la escuela con objeto de evitar la iniciación en el hábito de los jóvenes. Deben mantenerse las acciones encaminadas a lograr que los fumadores abandonen el hábito y a potenciar estrategias intersectoriales y multidisciplinarias que permitan un abordaje integral del problema, considerando aspectos legislativos, económicos y sociales para la prevención y el control del tabaquismo en nuestra sociedad. Hay que mencionar, en este sentido, algunas de las conclusiones de la conferencia Mujeres y tabaco: comprender el pasado, cambiar el futuro, organizada por la Red Europea de Prevención del Tabaquismo, en el marco del Programa europeo contra el cáncer, así como la 2ª Conferencia Europea y 1ª Conferencia Iberoamericana sobre tabaco y salud, donde se propuso la armonización internacional de las políticas en publicidad, información y legislación sobre protección a los no fumadores contra la exposición involuntaria al humo de tabaco.

Las intervenciones y acciones prioritarias para el periodo 1999-2001 son las siguientes:

- Conocimiento de la evolución y características del hábito tabáquico en nuestra población y en algunos grupos profesionales.
- Adecuación y potenciación de las medidas legislativas de defensa de los no fumadores.
- Información y educación a toda la población, especialmente a los grupos de población escolar, jóvenes y mujeres.
- Detección del hábito tabáquico en la población joven y adulta.
- Consejo antitabáquico sistemático a la población fumadora atendida.
- Capacitación de los profesionales de la salud para el diagnóstico y manejo del paciente fumador.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el Servicio Catalán de la salud monitorizarán la tendencia de la prevalencia del hábito tabáquico y de la tasa de cesación en la población general de Cataluña.

Evaluación

Estudio poblacional transversal.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social realizará actividades de sensibilización con relación al hábito tabáquico en la población general a través de los medios de comunicación, haciendo especial hincapié en los grupos de población joven y en las mujeres.

Evaluación

Actividades realizadas.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social realizará actividades específicas de sensibilización y promocionará el abandono del hábito tabáquico y la participación activa en la estrategia de cese tabáquico entre los colectivos profesionales ejemplares (sanitarios, docentes) y en los estudiantes de ciencias de la salud.

Evaluación

Actividades realizadas.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los equipos de atención primaria habrán detectado el hábito tabáquico en el 70%, como mínimo, de la población atendida de 15 años y más.

Evaluación

Porcentaje de población de 15 años y más atendida por los equipos de atención primaria a la que se ha realizado anamnesis sobre el consumo de tabaco.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los equipos de atención primaria habrán detectado el hábito tabáquico en el 50%, como mínimo, de la población atendida de 15 a 19 años.

Evaluación

Porcentaje de población de 15 a 19 años atendida por los equipos de atención primaria, a la que se ha realizado anamnesis sobre el consumo de tabaco.

6. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los equipos de atención primaria conocerán el porcentaje de cesación en el hábito tabáquico en la población adulta atendida.

Evaluación

Porcentaje de población fumadora de 15 años y más atendida por los equipos de atención primaria que ha abandonado el hábito tabáquico durante un periodo determinado.

7. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud el Departamento de Sanidad y Seguridad Social promoverá los cambios necesarios en la legislación para obtener un mayor grado de cumplimiento en la limitación de acceso de los jóvenes al tabaco y en la defensa de los derechos de la población no fumadora.

Evaluación

Cambios en la normativa vigente y número de expedientes sancionadores abiertos por incumplimiento.

8. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Consejo Asesor sobre Tabaquismo de Cataluña establecerá estrategias para el abordaje del hábito tabáquico de forma integral, intersectorial y multidisciplinar.

Evaluación

Tipos y características de las actividades desarrolladas.

Referencias bibliográficas

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

5. Lesiones producidas por accidentes y violencias

En el año 1997, las causas externas seguían siendo la quinta causa de mortalidad global en Cataluña, con un peso muy importante entre las defunciones de los grupos más jóvenes de población: la primera causa de muerte en los hombres y en las mujeres entre 5 y 34 años, la segunda en el grupo de 35 a 44 años y la tercera en el de 45 a 54 años.

La tasa de mortalidad por causas externas de la población general, en el año 1997, fue de 42,8 por 100.000 habitantes, siendo del 58,5 para los hombres y del 27,8 para las mujeres. El año 1997, en Cataluña, el número de muertes por accidente o violencia fue de 2.608, lo que supone el 4,8% de todas las defunciones. Estos datos representan una ligera reducción de la mortalidad respecto a 1996.

Según el informe del CMBDAH correspondiente al año 1997, el grupo diagnóstico lesiones y envenenamientos supone el quinto motivo más frecuente de hospitalización, con 53.670 altas, un 8,2% del total de altas registradas en los hospitales de agudos.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por accidentes, envenenamientos y violencias en un 25%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los hombres de 15 a 24 años en un 35%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por caídas accidentales en un 15%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de mortalidad por ahogamiento y sumersión en un 25%.

Accidentalidad de tráfico

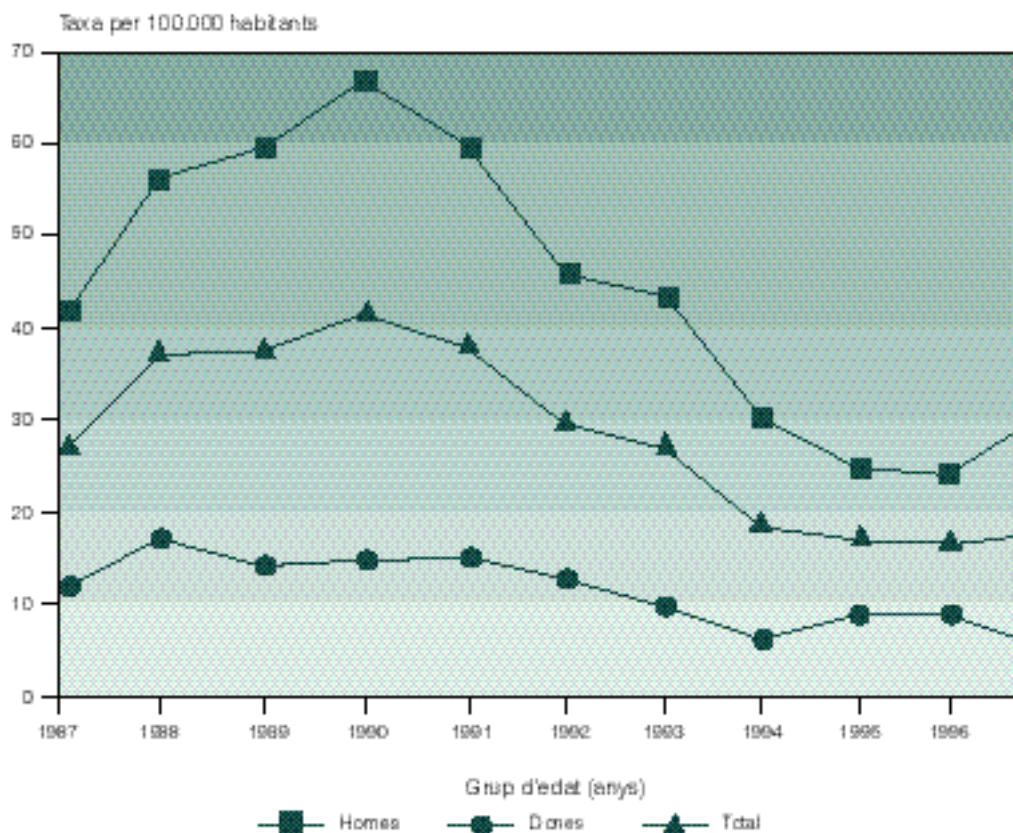
En Cataluña, el grupo principal de defunciones entre las causas externas lo siguen constituyendo los accidentes de tráfico. En 1997, las tasas de mortalidad por accidentes de tráfico más elevadas se dieron en los mayores de 74 años (23,5 por 100.000 habitantes) y en los de 15 a 24 años (17,8 por 100.000 habitantes), para ambos sexos. El número más alto de muertes por accidentes de tráfico en el año 1997 se produjo en los hombres entre 15 y 24 años (tabla 20). El gráfico 18 muestra la evolución de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los jóvenes de este grupo de edad.

Tabla 20. Muertes por accidente de tráfico y tasa por 100.000 habitantes (CIE-9 E810-E819), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1997

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

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Registro de mortalidad.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

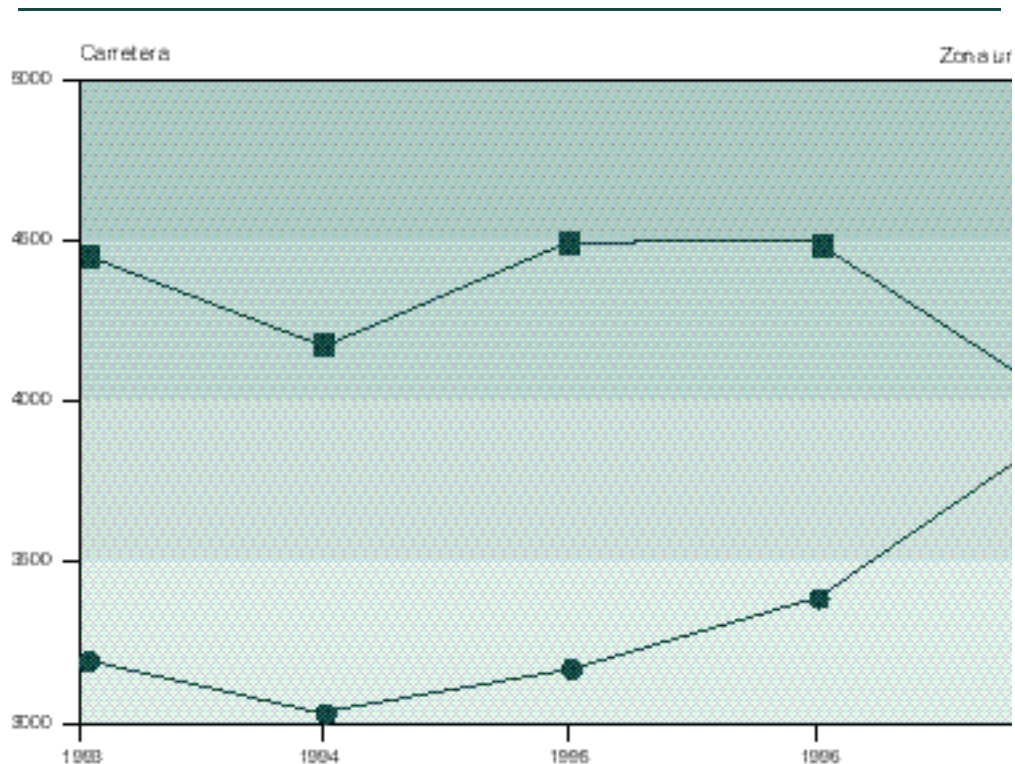


Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Registro de mortalidad.

Gráfico 18. Evolución de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los jóvenes de 15 a 24 años, por sexo. Cataluña, 1987-1997

Según datos del Servicio Catalán de Tráfico, en el periodo 1993-1997 existe cierta variabilidad en lo que respecta a la tendencia de la evolución de los accidentes de tráfico con víctimas. Aun cuando en 1997 los accidentes en carretera disminuyeron en un 10,4% respecto al año 1996, durante 1995 se había producido un incremento del 7,6% respecto al año anterior. Por lo que se refiere a la zona urbana, se observa un claro incremento del número de accidentes con víctimas a partir del año 1995 (gráfico 19).

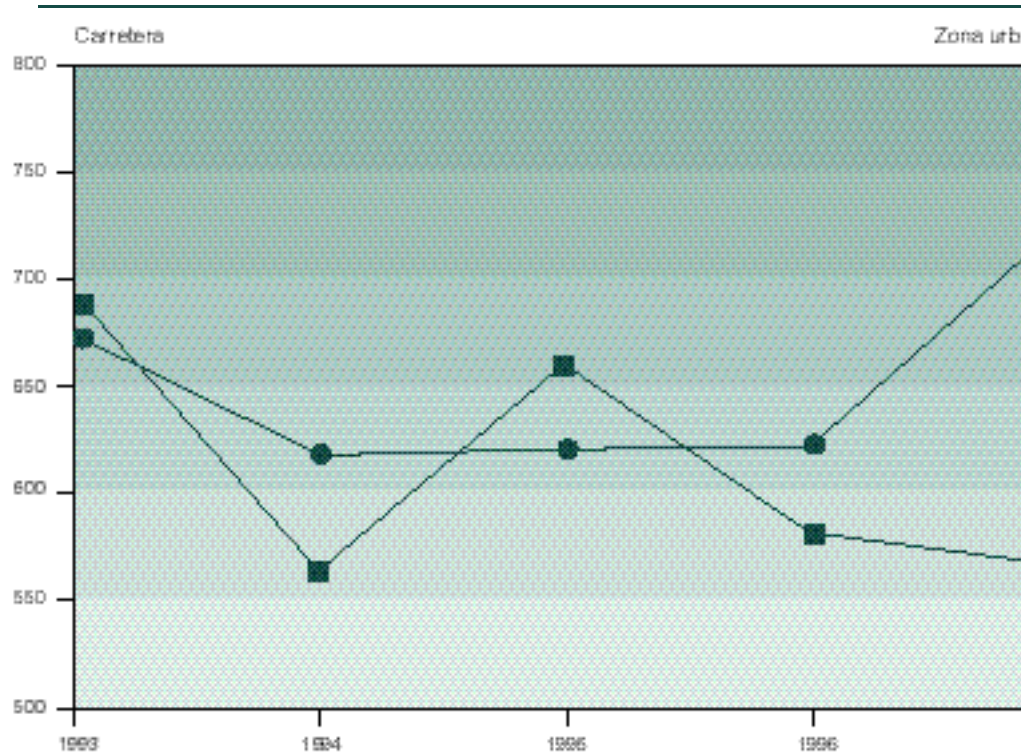
Gráfico 19. Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, según el ámbito. Cataluña, 1993-1997



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio Catalán de Tráfico.

Durante 1997 las muertes por accidentes de tráfico presentaban, con relación al año anterior, un aumento claramente localizado en zona urbana del 17,5%, pese a la disminución del 2,2% en carretera (gráfico 20).

Gráfico 20. Evolución del número de muertes en accidentes de tráfico, según el ámbito. Cataluña, 1993-1997



Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio Catalán de Tráfico.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones y acciones prioritarias que propone el Plan de salud de Cataluña 1999-2001 para este periodo son:

- Promoción del uso de elementos de seguridad por parte de los usuarios de vehículos a motor.
- Promoción de hábitos saludables con relación a la seguridad vial: información, sensibilización y educación sanitaria dirigidas a la población general y, concretamente, a niños y jóvenes.
- Promoción de actuaciones para el cumplimiento de la normativa legal en seguridad vial.
- Inicio de acciones dirigidas al perfeccionamiento de los procedimientos que se realizan con relación a los reconocimientos médicos para conductores, con la finalidad de mejorar la evaluación de las aptitudes y la prescripción de adaptaciones, restricciones y otras limitaciones.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 75% de las escuelas de enseñanza primaria habrán integrado en las diferentes áreas del proyecto curricular, objetivos, actividades y contenidos de educación para la salud con relación a la prevención de accidentes de tráfico en niños y adolescentes.

Evaluación

Porcentaje de escuelas de enseñanza primaria que han integrado en las diferentes áreas del proyecto curricular, objetivos, actividades y contenidos de educación para la salud con relación a la prevención de accidentes de tráfico en niños y adolescentes (información del Servicio Catalán de Tráfico y del Departamento de Enseñanza).

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 95% de las escuelas de enseñanza secundaria habrán desarrollado actividades de educación para la salud con relación a la prevención de accidentes de tráfico en niños y adolescentes.

Evaluación

Porcentaje de escuelas de enseñanza secundaria que han desarrollado actividades de educación para la salud con relación a la prevención de accidentes de tráfico en niños y adolescentes (información del Servicio Catalán de Tráfico y del Departamento de Enseñanza).

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y el Servicio Catalán de Tráfico difundirán las recomendaciones elaboradas sobre contenidos y estrategias para la extensión del consejo preventivo sobre seguridad vial en la atención primaria.

Evaluación

Porcentaje de centros de atención primaria que disponen de las recomendaciones.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 95%, como mínimo, de usuarios de vehículos motorizados habrá de cumplir la normativa sobre medidas de seguridad (uso de casco y el cinturón de seguridad, entre otras).

Evaluación

Porcentaje de usuarios de vehículos motorizados que cumplen la normativa sobre medidas de seguridad (mediante escrutinios puntuales del Servicio Catalán de Tráfico sobre uso del casco y el cinturón de seguridad).

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 80% de los menores de 3 años utilizarán dispositivos adecuados de sujeción y seguridad en el automóvil.

Evaluación

Porcentaje de utilización de medidas y dispositivos adecuados de sujeción y seguridad en el automóvil de los menores de 3 años (mediante una encuesta de la Dirección General de Salud Pública).

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 95% de los conductores de vehículos a motor no deben sobrepasar los valores reglamentarios de alcoholemia.

Evaluación

Porcentaje de conductores de vehículos a motor que no sobrepasen los valores reglamentarios de alcoholemia (estadísticas del Servicio Catalán de Tráfico, a partir de fuentes de información policiales, que informen sobre los valores de alcoholemia de los conductores de vehículos a motor).

7. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Gobernación (Servicio Catalán de Tráfico) dará impulso a las propuestas para la prevención integral de los accidentes de los usuarios de bicicletas.

Evaluación

Acciones realizadas por el Servicio Catalán de Tráfico para impulsar la prevención de los accidentes de los usuarios de bicicletas.

Accidentalidad infantil

En Cataluña, en el año 1997, los accidentes fueron la primera causa de mortalidad en el grupo de edad de 5 a 14 años, representando la tercera causa de mortalidad en los niños de 1 a 4 años.

Entre 1991 y 1995 murieron 353 niños de menos de 15 años, lo que supone una tasa global del 7,1 por 100.000 habitantes (tabla 21). En lo que respecta a la distribución de las causas de mortalidad por accidentes en los menores de 15 años, predominan los accidentes de tráfico seguidos de los ahogamientos y sumersiones y, en tercer lugar, de la inhalación e ingestión de alimentos causantes de obstrucción de las vías respiratorias.

Tabla 21. Número de defunciones y tasa de mortalidad específica por causas externas por 100.000 habitantes, por grupo de edad, en los menores de 15 años. Cataluña, 1991-1995

Causas externas	Código E CIM-9	< 1 año		1-4 años		5-14 años		Total (0-14)	
		N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Accidentes de vehículos a motor	E810-E825	9	3,05	35	3,13	89	2,50	133	2,67
Ahogos y sumersiones accidentales	E910	3	1,02	19	1,70	19	0,53	41	0,82
Inhalación e ingestión de alimentos con obstrucción o sofocación	E911-E912	22	7,47	9	0,80	4	0,11	35	0,70
Caidas accidentales	E880-E888	2	0,68	5	0,45	13	0,36	20	0,40
Sofocación mecánica accidental	E913	7	2,38	2	2,18	3	0,08	12	0,24
Otras	—	11	3,73	24	2,15	77	2,16	112	2,25
Todas las causas externas	E800-E999	54	18,32	94	8,41	205	5,75	353	7,09

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Registro de mortalidad.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Durante el periodo 1999-2001 se propone desarrollar las intervenciones y acciones prioritarias siguientes:

- Promoción de hábitos saludables en relación con la seguridad y prevención de los accidentes: información y educación sanitaria dirigidas a la población en general y, especialmente, a los padres y a las personas que tienen niños a su cuidado.
- Incremento de las actividades de prevención, especialmente el consejo educativo, en el ámbito de la atención pediátrica y de las actividades de educación sanitaria por parte de los equipos de salud escolar.

Objetivos operacionales

8. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 90% de los equipos de pediatría de atención primaria realizarán consejo preventivo de accidentes con arreglo a las recomendaciones de los Protocolos de medicina preventiva en la edad pediátrica del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Porcentaje de equipos de pediatría de atención primaria que han realizado consejo preventivo de accidentes según las recomendaciones de los Protocolos de medicina preventiva en la edad pediátrica del Departamento de Sanidad y Seguridad Social (a partir de la encuesta de la Dirección General de Salud Pública sobre actividades del Programa de Seguimiento del Niño Sano).

9. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 40% de los centros de enseñanza primaria, sobre los que actúa el Programa de salud escolar, habrán desarrollado actividades de asesoramiento en materia de prevención de accidentes, a cargo de los equipos de salud escolar.

Evaluación

Porcentaje de centros de enseñanza primaria, sobre los que actúa el Programa de salud escolar, que han desarrollado actividades de asesoramiento en materia de prevención de accidentes (estadísticas de actividad de los equipos de salud escolar, recogidas mediante el Programa de salud escolar de la Dirección General de Salud Pública).

Accidentalidad de las personas de edad avanzada

Las lesiones producidas a causa de accidentes son uno de los problemas de salud más importantes, por su frecuencia y gravedad, en las personas de edad avanzada. Este hecho cobra cada vez mayor importancia debido al creciente peso, relativo y absoluto, de los mayores de 64 años en nuestra estructura poblacional. El año 1996, la proporción de personas mayores de 64 años fue del 16,3%, superior a la proporción de las menores de 15 años (14,7%).

La tasa de mortalidad por causas externas en Cataluña, el año 1997, entre los individuos de 65 a 74 años fue de 48,4 por 100.000 habitantes, y entre los mayores de 74 años de 191,7 por 100.000 habitantes (tasa de población general: 42,8 por 100.000 habitantes).

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Los accidentes entre los mayores de 64 años son, principalmente, de dos tipos: caídas y accidentes de tráfico (sobre todo como peatones). La caída, en las personas de edad avanzada, es un hecho muy frecuente que ejerce un elevado protagonismo en su estado de salud, generando una elevada morbimortalidad tanto por el traumatismo como por las secuelas del mismo.

Según la clasificación por causas D, la frecuencia más alta de mortalidad por lesión accidental es, en primer lugar, para los accidentes de tráfico y, en segundo lugar, para las caídas (tabla 22).

Tabla 22. Tasa de mortalidad¹ por cuatro causas D² en la población de 65 años y más, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1997

Causa D	Hombres			Mujeres			Total		
	65-74	>74	Total	65-74	>74	Total	65-74	>74	Total
Accidentes de vehículos a motor (57)	21,47	38,88	17,03	7,39	15,00	5,32	13,78	23,78	11,03
Caidas accidentales (58)	6,29	62,85	6,12	6,46	70,12	7,15	6,39	67,45	6,65
Ahogos y sumersiones accidentales (59)	2,96	4,54	1,75	0,00	2,62	0,61	1,34	3,33	1,17
Accidentes de tipo industrial (60)	0,37	1,30	0,71	0,00	0,00	0,03	0,17	0,48	0,36
Resto de causas externas (62)	22,95	99,13	21,90	11,08	61,50	10,32	16,47	75,29	15,97

¹ Por 100.000 habitantes.

² Clasificación D del registro de mortalidad de Cataluña por 65 grupos de causas.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio de Información y Estudios. Registro de mortalidad de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias

Las características de este problema de salud requieren unas actuaciones estratégicas y básicamente sanitarias, pero que también implican a otros ámbitos como los servicios sociales, urbanismo y tráfico, entre otros.

Las intervenciones y acciones prioritarias que se plantean para el periodo 1999-2001 comprenden:

- Elaboración de instrumentos para la planificación y evaluación de la accidentalidad de las personas de edad avanzada, principalmente fuentes de información y líneas de investigación.
- Promoción de hábitos y conductas saludables relativas a la prevención de los accidentes de tráfico de las personas de edad avanzada.
- Control y atención al estado de salud de las personas de edad avanzada, sobre todo en lo que respecta a las funciones motrices y sensoriales.
- Planificación y ejecución de medidas para aumentar la seguridad del entorno de las personas de edad avanzada (vivienda, vías públicas, transportes, centros residenciales, etc.).
- Mejora de la accesibilidad de los recursos de apoyo social dirigidos a las personas de edad avanzada afectas de discapacidades.

Gran parte de este conjunto de actuaciones recomendadas deberá formar parte de una serie de estrategias dirigidas a la prevención y atención de los accidentes entre las personas de edad avanzada, de acuerdo con lo que expresa el objetivo operacional siguiente:

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones del Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Objetivo operacional

10. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, el Departamento de Bienestar Social y otras instituciones implicadas difundirán las recomendaciones para la prevención y la atención de las caídas accidentales de las personas de edad avanzada.

Evaluación

Actividades de difusión efectuadas.

Malos tratos infantiles

Los malos tratos son un problema que repercute de forma determinante en la salud y calidad de vida de las personas. Cuando afectan a personas pertenecientes a grupos de población especialmente vulnerables, como los niños y adolescentes, originan graves repercusiones en la salud de las víctimas tanto en el momento en que se producen como en su futuro desarrollo.

Existe consenso en cuanto a que en todo el mundo se está produciendo un aumento alarmante de las violencias que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos pero, especialmente, a las mujeres y a los niños. La OMS declaró, en la 49 Asamblea Mundial de 1996, que la violencia es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pidió a los estados miembros que analizaran el estado de situación de este problema en los respectivos territorios y previó emprender acciones sanitarias para contribuir a su disminución.

Los datos disponibles en nuestro entorno, que permitieron efectuar una aproximación a la magnitud del problema en el anterior Plan de salud, se obtuvieron a partir del estudio "Los malos tratos infantiles en Cataluña", publicado por la Dirección General de Atención a la Infancia el año 1991. Dicho estudio evidenció que en 1988 aproximadamente el 5% de la población comprendida entre 0 y 16 años había sido detectada como víctima de maltrato o con sospecha importante de serlo. Según los datos del Sistema de protección a la infancia y la adolescencia (SPIA), en el mes de marzo de 1999 se estaba efectuando un seguimiento a 10.151 menores de 18 años, es decir, un 8,8 por 1.000 de la población residente en Cataluña perteneciente a este grupo de edad.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones y acciones propuestas en el Plan de salud 1996-1998, que actualmente siguen vigentes, tienen como finalidad mejorar la detección, tratamiento y derivación adecuada de los malos tratos infantiles por parte de los servicios sanitarios, mejorar la información sobre la incidencia y la prevalencia de los malos tratos infantiles en Cataluña, así como impulsar la implicación y corresponsabilización intersectorial para el abordaje de este problema, en la misma línea que las propuestas de actuación de la OMS.

Se incluye una nueva acción para este nuevo periodo, a partir del problema evidenciado por el Síndic de Greuges, en lo referente a la multiplicidad de exploraciones médicas que a menudo se practican a los niños y adolescentes que son atendidos en los servicios sanitarios por sospecha de maltrato por abuso sexual. Se trata de evitar las consecuencias de la victimización secundaria de estas personas, es decir, el perjuicio que ocasiona a estos niños y adolescentes la práctica de exploraciones y pruebas diagnósticas, frecuentemente duplicadas, dirigidas a la confirmación diagnóstica, la repetición de diligencias y las dilaciones de los procesos judiciales. Por este motivo, se ha creado una comisión de trabajo interdepartamental que efectuará propuestas en la línea de impulsar el trabajo conjunto del personal médico de los hospitales y los médicos forenses, mejorando la coordinación de todas las instituciones que intervienen en la atención a estas personas.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1988.

Por lo tanto, las acciones propuestas para el trienio 1999-2000 se refieren a:

- Impulso de la detección, tratamiento, declaración y derivación de casos y de las sospechas de casos de malos tratos infantiles, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud, los servicios de urgencias hospitalarios, los Programas de Atención a la Mujer y la red de atención a las drogodependencias.
- Promoción de la detección precoz de situaciones de riesgo de malos tratos infantiles, especialmente en el ámbito de la atención primaria de salud.
- Mejora de la información sobre la frecuencia de malos tratos infantiles en Cataluña.
- Impulso a los mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial para el abordaje de los malos tratos infantiles entre los diferentes sectores, instituciones y servicios implicados.
- Potenciación de la sensibilización y la formación continuada de los profesionales de la salud.
- Promoción de la coordinación entre el personal médico de los servicios de urgencias hospitalarias y los profesionales médicos forenses para efectuar el reconocimiento de los niños que han sufrido maltrato por abuso sexual.

Objetivos operacionales

11. Durante el periodo de vigencia del Plan de salud, se ampliará la difusión y se impulsará la aplicación en los servicios sanitarios de las recomendaciones para la detección, tratamiento y derivación adecuada de los malos tratos infantiles en los centros sanitarios propuestas en la Guía per a l'abordatge del maltractament en la infància, Llibre d'en Pau.

Evaluación

Actividades de difusión realizadas.

12. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, la Dirección General de Atención a la Infancia del Departamento de Justicia desarrollará progresivamente un sistema de información integrado sobre malos tratos infantiles en Cataluña que permita tanto la gestión individual de los casos como las agrupaciones específicas que posibiliten el seguimiento y la evaluación por ámbitos de interés y territorios.

Evaluación

Existencia del sistema de información, de acuerdo con las fases de desarrollo previstas para este periodo.

13. Durante el año 1999, la Dirección General de Atención a la Infancia del Departamento de Justicia desarrollará un estudio descriptivo sobre el estado de situación de los malos tratos infantiles en Cataluña que actualice el realizado el año 1991.

Evaluación

Resultados del estudio

14. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Justicia y otros departamentos de la Generalidad de Cataluña crearán las bases de un futuro Plan integral de atención a la infancia y la adolescencia.

Evaluación

Existencia del Plan y programas de actuación desarrollados.

15. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se aumentará progresivamente la detección y declaración de la sospecha de casos, así como de los casos diagnosticados, de malos tratos infantiles en los centros de atención primaria, servicios de urgencias hospitalarios, red de atención a las drogodependencias y centros integrados en el Programa de Atención a la Mujer.

Evaluación

Evolución de la declaración de casos y sospecha de casos de malos tratos infantiles atendidos en los dispositivos asistenciales mencionados y declarados a la Dirección General de Atención a la Infancia del Departamento de Justicia.

Porcentaje de centros que disponen de un protocolo de detección, tratamiento, declaración y derivación de los malos tratos infantiles.

16. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social definirá los centros hospitalarios de referencia para la atención a niños y adolescentes víctimas de abuso sexual y elaborará un protocolo de atención en los servicios de urgencias hospitalarios, que explicitará las pautas de exploración y diagnóstico conjunto con los profesionales médicos y forenses.

Evaluación

Existencia de protocolo.

Referencias bibliográficas

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

6. Problemas de salud del aparato digestivo

El año 1997, las enfermedades del aparato digestivo continuaban siendo la cuarta causa de muerte en el conjunto de la población, con un 5,1% de la mortalidad total y una tasa de 45,9 muertes por 100.000 habitantes.

Entre las enfermedades del aparato digestivo, la cirrosis es la principal causa de muerte. El año 1997, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado causaron el 36,2% de las muertes dentro de este grupo y el 1,9% del total de muertes en Cataluña. Según el sexo, la mortalidad por enfermedades del aparato digestivo presenta algunas diferencias.

Así, en las mujeres, la tasa de mortalidad es de 43,1 por 100.000 y supone el 5,2% de las muertes. En lo que se refiere a los hombres, la tasa es de 49,0 muertes por 100.000 y supone el 5,1%.

Hay que señalar que la mortalidad por cáncer de este aparato no está incluida en los datos anteriores y que está tratada en el apartado específico sobre cáncer. El año 1997, los tumores malignos de estómago y los de colon y recto representaron el 5,0% de la mortalidad en Cataluña, y el tumor maligno de hígado y de los conductos biliares intrahepáticos y el de páncreas, el 2,9%.

El año 1997, las enfermedades del aparato digestivo fueron la segunda causa de ingreso hospitalario, con un 11,6% de las altas de los hospitales de agudos de Cataluña. El año 1997, los principales motivos de ingreso dentro del grupo de enfermedades del aparato digestivo fueron: la hernia de la cavidad abdominal (28,3%), la colelitiasis (13,4%), la apendicitis aguda (7,8%) la enfermedad hepática crónica y la cirrosis (6,1%) y las úlceras gástricas y duodenales (5,6%). En la atención primaria, los problemas de salud del aparato digestivo también constituyen uno de los principales motivos de consulta.

El número de trasplantes hepáticos practicados en Cataluña durante el año 1997 fue de 172, lo que representa una tasa de 28,4 trasplantes por millón de habitantes.

Durante el año 1997, la incidencia de las hepatitis víricas A y B aumentó ligeramente. Según el registro de enfermedades de declaración obligatoria, la tasa de hepatitis A fue de 5,6 casos por 100.000 habitantes y la de hepatitis B de 2,8 por 100.000 habitantes, mientras los casos agrupados en Otras hepatitis víricas se han mantenido con la misma tasa, de 2,8 por 100.000 habitantes.

El registro de enfermedades de declaración obligatoria también da información sobre el número de casos notificados de enteritis y diarreas. Los casos notificados en 1997 representan una tasa de 6.116 afectados por 100.000 habitantes.

En el anterior Plan de salud, y en relación con la variabilidad en la aplicación de determinados procedimientos quirúrgicos, se efectuó un análisis de las hospitalizaciones por colecistitis y colelitiasis, de acuerdo con la clasificación por grupos relacionados con el diagnóstico (GDR)* de los datos del Conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria (CMBDAH), que demostraba que además de la alta frecuencia de este problema de salud existía una alta variabilidad respecto al tratamiento y consumo de recursos.

El año 1997, las colecistitis/colelitiasis supusieron 11.023 altas hospitalarias que generaron 82.764 estancias. El 31,6% de las altas correspondía a episodios médicos y el 68,4% restante a episodios quirúrgicos. (tabla 23).

* GRD quirúrgicos 195, 196, 197, 198, 493, 494; GRD médicos 207, 208.

Tabla 23. Tratamiento quirúrgico de la colelitiasis según la técnica quirúrgica, Cataluña 1994 y 1997

Técnica quirúrgica	1994 Porcentaje	1997 Porcentaje
Laparotomía abierta	58,5	37,0
Laparoscopia	41,5	63,0

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

Durante el periodo 1994-1997 se observa una reducción de la estancia media por colecistitis/colelitiasis, que ha pasado de 9,05 días el año 1994 a 7,51 días el año 1997. Para este último año, la estancia media de los episodios médicos ha sido de 7,94 días, y en lo que respecta a los episodios quirúrgicos, de 5 en caso de la laparoscopia y de 11,24 en el de la laparotomía (tabla 24).

Tabla 24. Estancia media por colecistectomía, por GRD. Cataluña 1994 y 1997

GRD	Descripción	EM 1994	EM 1997
195	Colecistectomía c/ECBC s/CC	20,37	19,11
196	Colecistectomía c/ECBC s/CC	20,87	14,96
197	Colecistectomía abierta s/ECBC c/CC	17,29	14,95
198	Colecistectomía abierta s/ECBC s/CC	8,95	8,13
493	Colecistectomía laparoscópica s/ECBC c/CC	12,73	9,98
494	Colecistectomía laparoscópica s/ECBC s/CC	5,59	4,16

EM: estancia media.

c/: con.

s/: sin.

ECBC: exploración del conducto biliar común.

CC: complicaciones y/o comorbilidades.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH.

El tratamiento quirúrgico de la colecistectomía se ha modificado en el periodo 1994-1997, por cuanto se ha registrado un importante incremento de las intervenciones por vía laparoscópica. Es ampliamente aceptado que entre los beneficios que aporta esta técnica quirúrgica se encuentran la reducción de la estancia hospitalaria y del tiempo de convalecencia, una menor morbilidad relacionada con la intervención quirúrgica, así como una mayor satisfacción por parte del paciente.

Objetivos generales de salud

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por cirrosis hepática en Cataluña en un 15%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad declarada por hepatitis B al 30% de la morbilidad declarada por esta enfermedad en el año 1990.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias

Durante el periodo 1999-2001, y a fin de proseguir con la prevención de las enfermedades del aparato digestivo y la mejora del proceso de atención, continúan vigentes las intervenciones propuestas en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998:

- Prevención, detección y tratamiento del consumo excesivo de alcohol
- Vacunación antihepatitis B de la población escolar y de la población de riesgo.
- Promoción de hábitos y estilos de vida saludables.
- Mejora del diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades digestivas.

En el apartado sobre problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol se exponen las actuaciones dirigidas a la prevención de las enfermedades asociadas al mismo. En los apartados de consumo de otras drogas, enfermedades de transmisión sexual y enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones, se proponen actuaciones dirigidas a la prevención de la infección por el virus de la hepatitis B.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud habrá impulsado la elaboración, con la participación de los profesionales, de recomendaciones relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la dispepsia no ulcerosa y del reflujo gastroesofágico

Evaluación

Existencia y difusión de las recomendaciones.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud habrá impulsado una investigación evaluativa sobre el manejo clínico de la colecistitis y la colelitiasis.

Evaluación

Existencia de la investigación.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1996. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1997; 18:143-150.
2. Díaz-Rubio M. Aparato Digestivo. Madrid: Sanidad y Ediciones, 1997.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social 1997.

7. Consumo excesivo de alcohol

El consumo excesivo y la dependencia del alcohol son causa de una parte importante de la mortalidad asociada a patologías orgánicas, producidas por el efecto tóxico del alcohol, y/o psicosociales, como las alteraciones de la conducta u otras circunstancias favorecidas por el consumo excesivo de alcohol.

El año 1994, el número de muertes atribuidas al consumo excesivo de alcohol en Cataluña fue de 2.764 (el 65,1% hombres y el 34,9% mujeres), lo que representa el 5,3% del total de muertes en Cataluña durante el mismo año.

Las cirrosis hepáticas, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de tráfico, el cáncer de esófago y el cáncer de estómago representan el 56,6% del total de muertes atribuibles al consumo excesivo de alcohol.

El año 1997, 4.508 personas iniciaron tratamiento debido a la dependencia del alcohol en centros ambulatorios de la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD), lo que supuso el 40,1% del total de inicios de tratamiento ambulatorio en dichos centros. La edad media de los usuarios fue de 42 años, siendo el 80,6% hombres y el 19,4% mujeres.

Un estudio reciente ha estimado que el gasto sanitario atribuible al consumo excesivo de alcohol representó, en todo el Estado español, un total de 177.081 millones de pesetas el año 1997.

Datos correspondientes a la Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas, así como una muestra de la población catalana de 1.043 personas de 15 y más años, ponen de manifiesto una prevalencia de consumo moderado de bebidas alcohólicas del 55,7% (63,1% en los hombres y 48,3% en las mujeres) y un consumo de riesgo del 5,5% (7,6 en hombres y 3,4% en mujeres), con arreglo a los valores establecidos por los Criterios comunes mínimos para la atención a problemas de salud. El porcentaje de abstemios era de 38,8% (29,3% en hombres y 48,3% en mujeres).

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la incidencia del síndrome alcohólico fetal en un 25%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de consumidores de más de 75 cc de alcohol puro al día en la población general (de 15 a 65 años) hasta el 4,5%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de consumidores de más de 75 cc de alcohol puro al día en la población de jóvenes (de 15 a 29 años) en un 25%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Las actuaciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras para hacer frente a los problemas derivados del consumo de riesgo de alcohol propuestas en el Plan de salud 1996-1998 siguen vigentes.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Así, las intervenciones y acciones prioritarias que se proponen para este nuevo periodo de aplicación del Plan son las siguientes:

- Información y educación sanitarias sobre el consumo de alcohol dirigidas a la población general, adolescentes y grupos de especial interés.
- Detección y tratamiento del consumo de riesgo de alcohol.
- Promoción del consejo educativo para la reducción del consumo de alcohol en los bebedores de riesgo detectados.
- Atención a las patologías orgánicas y/o psicosociales asociadas al consumo de riesgo de alcohol.
- Mejora de los instrumentos de medida del consumo de alcohol.

Objetivos operacionales*

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con la colaboración de expertos, habrán elaborado y difundido las recomendaciones para la detección, tratamiento y control de los consumidores de alcohol de riesgo basadas en el desarrollo de los criterios comunes mínimos y los resultados del estudio colaborativo internacional de la OMS sobre técnicas de cribaje e intervenciones breves a los bebedores de alcohol de riesgo.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones. Edición y difusión en la atención primaria de salud, consultas de embarazo y otros dispositivos asistenciales.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá detectado el consumo de alcohol del 70%, como mínimo, de la población de más de 17 años atendida por los equipos de atención primaria. Para los adolescentes entre 15 y 17 años, el porcentaje deberá ser del 40%, como mínimo.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de atención primaria (HCAP) de mayores de 17 años, de los equipos de atención primaria, que tienen registrado el consumo de alcohol.

Porcentaje de HCAP de adolescentes entre 15 y 17 años, de los equipos de atención primaria, que tienen registrado el consumo de alcohol.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, con la colaboración de expertos, a efectos de mejorar los dispositivos de información e investigación sobre alcoholismo, habrán elaborado y acordado la aplicación de un instrumento homogéneo de medida del consumo de alcohol, utilizable a nivel poblacional.

Evaluación

Existencia y difusión del instrumento de medida del consumo de alcohol.

* Ver capítulo 6 "Problemas de salud del aparato digestivo".

Referencias bibliográficas

1. Alsedá M, Godoy P. Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña: 1994. Rev Esp Salud Pública 1998; 72 (1): 25-31.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya. Distribució dels inicis de tractament ambulatori en centres de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències segons la droga principal que motiva el tractament. Catalunya, 1997. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.
3. Portella E, Ridaó M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1998.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Alcohol. En: Criteris comuns mínims par a l'atenció de problemes de salut (I); Quaderns del Pla de salut nº 6. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1995.
5. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas. Madrid, 1997.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

8. Consumo de drogas no institucionalizadas

Las consecuencias sociales y sanitarias del consumo y la dependencia de las drogas no institucionalizadas constituyen un problema de salud importante, aun cuando tanto el consumo como la dependencia presenten una prevalencia relativamente baja entre la población de Cataluña.

De acuerdo con los datos de la Delegación de Barcelona del Instituto Nacional de Toxicología, en el año 1997 se registraron en Cataluña un total de 228 muertes por reacción adversa al consumo de opiáceos o de cocaína.

En Cataluña sigue observándose una tendencia a la disminución del uso de la vía parenteral entre los consumidores de heroína. El año 1997, el 57,3% de los 4.253 usuarios que iniciaron tratamiento por la dependencia de heroína en la Red de Atención a las Drogodependencias (XAD) declaró haber utilizado principalmente esta vía para administrarse la heroína (tabla 25). La disminución del uso de la vía parenteral ha sido muy inferior en Cataluña que en otros lugares del Estado español. No se conocen suficientemente las causas de estos cambios en los patrones del consumo de heroína, pero es probable que las características de la heroína que circula en el mercado desempeñen un papel importante.

Tabla 25. Distribución de los inicios de tratamientos ambulatorio en centros de la Red de Atención a las Drogodependencias según la droga principal que motiva el tratamiento. Cataluña, 1997

Droga principal que motiva el tratamiento	Casos	%
Heroína	4.253	37,8
Cocaína	954	8,5
<i>Cannabis</i>	337	3,0
Tabaco	813	7,2
Alcohol	4.508	40,1
Otras drogas	385	3,4
Total	11.250	100,0

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Órgano Técnico de Drogodependencias.

Los inicios de tratamiento por la dependencia de la cocaína están aumentando en Cataluña y en el conjunto del Estado español desde 1987. Este incremento, más acentuado a partir de 1995, se ve acompañado recientemente por un aumento de la demanda de atención sanitaria urgente de los consumidores de cocaína de Barcelona y varias ciudades españolas.

La tabla 26, sobre frecuencia de consumo de diferentes drogas, muestra una proporción comparativamente elevada de consumidores de derivados de cannabis y proporciones menores de consumidores de cocaína, anfetaminas y derivados anfetamínicos de síntesis, alucinógenos e inhalantes. Estos datos indican un incremento de la prevalencia del consumo de cocaína y de las drogas de síntesis con respecto al año 1994.

Tabla 26. Frecuencia de consumo de drogas en la población general (mayores de 14 años) por tipo de droga. Cataluña, 1997

	Alguna vez (%)	Últimos 12 meses (%)	Últimos 30 días (%)
Inhalantes	1,5	0,2	0,0
<i>Cannabis</i>	14,2	6,9	2,5
Cocaína	3,9	1,7	0,3
Drogas de síntesis	1,3	0,9	0,1
Anfetaminas	2,5	0,9	0,1
Alucinógenos	2,7	0,9	0,1
Heroína	1,2	0,6	0,4

Fuente: Órgano Técnico de Drogodependencias. Elaboración a partir de los datos correspondientes a la muestra de Cataluña de la Encuesta domiciliar sobre uso de drogas. Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas, 1997.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por patología infecciosa no asociada a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en un 50%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por reacción adversa al consumo de drogas en un 50%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la incidencia del síndrome de abstinencia a los opiáceos en recién nacidos en un 40%.
- De aquí al año 2000 se debe la prevalencia de la dependencia de los opiáceos en la población de jóvenes (de 15 a 29 años) hasta un máximo del 0,4%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de consumidores de cannabis en la población de jóvenes (de 15 a 29 años) en un 25%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

En los últimos años se ha mejorado y adecuado el registro de inicios de tratamiento del sistema de información sobre drogodependencias en lo referente a disponibilidad y calidad de la información generada por los procesos de atención a los drogodependientes. Aunque en el periodo 1999-2001 no se plantean intervenciones ni objetivos operacionales, se seguirán desarrollando acciones destinadas a mejorar el sistema de información sobre drogodependencias y la diseminación de los datos obtenidos.

Teniendo en cuenta que se mantienen vigentes las propuestas del periodo de aplicación del Plan anterior, las intervenciones y acciones prioritarias son las siguientes:

- Información y educación sanitaria sobre el consumo de drogas no institucionalizadas dirigidas a la población general, adolescentes y grupos de especial interés.
- Detección precoz y consejo educativo para la abstinencia y disminución de riesgos asociados al consumo de drogas no institucionalizadas.
- Extensión de programas orientados a la disminución de los riesgos asociados al consumo de drogas no institucionalizadas, especialmente por vía parenteral.
- Tratamiento de la drogadicción y de las patología asociadas.

Objetivos operacionales***

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social deberá ampliar la oferta de programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos en un 10% anual, en la población general.

Evaluación

Evolución del número de usuarios de drogas por vía parenteral en tratamiento mediante programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos, en la población general.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

*** Ver capítulo 9 "Infección por VIH" y capítulo 13 "Tuberculosis".

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los servicios penitenciarios aumentarán la cobertura de programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos en un 5% anual, en la población interna en centros penitenciarios.

Evaluación

Evolución del número de usuarios de drogas por vía parenteral internos en centros penitenciarios en tratamiento mediante programas con metadona y otros agonistas opiáceos.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, más del 90% de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) que inicien tratamiento en los centros de la XAD deben ser sometidos a cribaje de las enfermedades siguientes: enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH, infección y enfermedad tuberculosas, hepatitis víricas y ser incluidos en un programa de vacunación contra la hepatitis B.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de UDVP tratados durante tres meses o más en la XAD donde conste la solicitud de cribaje de las enfermedades consideradas.

Porcentaje de historias clínicas de UDVP tratados durante tres meses o donde conste la indicación de la vacuna contra la hepatitis B.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, más del 90% de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) internos en centros penitenciarios deben ser sometidos a cribaje de las enfermedades siguientes: enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH, infección y enfermedad tuberculosas, hepatitis víricas y ser incluidos en un programa de vacunación contra la hepatitis B.

Evaluación

Porcentaje de UDVP internos en centros penitenciarios a los que se ha practicado el cribaje de las enfermedades consideradas.

Porcentaje de UDVP internos en centros penitenciarios incluidos en un programa de vacunación contra la hepatitis B.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social habrán elaborado y difundido las recomendaciones para la detección, control y seguimiento de los consumidores de drogas no institucionalizadas, que deberán incluir el consejo dirigido a la abstinencia y el consejo para la prevención de los riesgos asociados al uso de drogas en Cataluña, basadas en el desarrollo de los criterios comunes mínimos existentes.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones para la detección, control y seguimiento de los usuarios de drogas por vía parenteral y consumidores de drogas de síntesis.

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, deberá disponerse de información sobre el consumo de drogas no institucionalizadas (opiáceos, cocaína y otros estimulantes, derivados del cannabis, alucinógenos, inhalantes, etc.) del 50%, como mínimo, de la población de 15 a 40 años atendida por los equipos de atención primaria.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de la población de 15 a 40 años atendida por los equipos de atención primaria que tienen registrado el consumo de drogas no institucionalizadas.

Referencias bibliográficas

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

9. Infección por VIH

A partir del año 1996 se observa un marcado descenso de los casos de SIDA notificados. Por primera vez desde el año 1990, el número de casos de SIDA diagnosticados en el año 1997 es inferior al millar, exactamente 945, lo que representa un 34% menos que los del año anterior.

La tasa anual de incidencia aumentó progresivamente hasta llegar a 25,4 casos por 100.000 habitantes en el año 1994, coincidiendo con la expansión de la definición epidemiológica de caso de SIDA (inclusión de tres nuevas enfermedades en la definición de caso de SIDA: tuberculosis pulmonar, neumonías bacterianas recurrentes y cáncer invasivo de cérvix en personas infectadas por VIH).

En Cataluña, desde el año 1993, el SIDA es la primera causa de muerte en hombres y mujeres de 20 a 39 años. Sin embargo, la tasa de mortalidad por SIDA disminuyó un 14% el año 1996 respecto al año 1995. La tasa de letalidad se ha mantenido en torno al 20% entre 1989 y 1994 con tendencia al descenso.

La mayoría de casos de SIDA diagnosticados tienen una edad comprendida entre 25 y 39 años (el 82% son hombres). La media de edad de las personas mayores de 13 años en el momento del diagnóstico se ha ido incrementando (30 años durante el periodo 1981-1987, 35 años durante el periodo 1994-1998).

En lo que se refiere a casos de SIDA durante el periodo de octubre de 1981 a junio de 1998, el principal grupo de transmisión del VIH tanto para los hombres como para las mujeres es el de usuarios de drogas por vía parenteral (57,3%). El grupo de hombres homosexuales o bisexuales representa el segundo más importante entre los hombres (24,2%), mientras que el segundo entre las mujeres es el de transmisión heterosexual (29,5%). Esta vía de transmisión ha aumentado considerablemente pasando del 4% de los casos en el año 1988 al 24% en 1997.

En lo que respecta a los casos de SIDA pediátricos, hasta finales del mes de junio de 1998 se han notificado 203 casos (114 niños y 89 niñas) en menores de 13 años. El 92% son niños que se han infectado por vía vertical, siendo los principales grupos de transmisión de las madres de estos 187 niños el de uso de drogas por vía parenteral (52%) y la vía heterosexual (39%).

Durante el periodo 1994-1998 la tuberculosis, pulmonar y extrapulmonar, es la enfermedad indicativa de SIDA diagnosticada con mayor frecuencia (32,3% de los casos). También se han identificado 59 mujeres infectadas por VIH con cáncer invasivo de cérvix desde la introducción de la nueva definición de SIDA el año 1994.

El año 1996, y en lo que se refiere a la infección por VIH, la prevalencia global de anticuerpos anti VIH en la población general hospitalaria de Cataluña era del 1,5%. En los recién nacidos, donde la presencia de anticuerpos anti VIH es reflejo de una infección materna y, por extensión, de la correspondiente a la población femenina sexualmente activa, la prevalencia se ha estimado en 0,22%.

Según el informe epidemiológico del Ministerio de Sanidad y Consumo, Cataluña, con una tasa acumulada de 103,9 casos por millón de habitantes, sigue siendo la cuarta comunidad autónoma más afectada tras Madrid (148,6), las Baleares (147,2) y el País Vasco (122,9), lo que representa el 22,5% de la totalidad de casos declarados en el Estado español hasta entonces.

Con relación a los demás países europeos, España presenta la tasa de incidencia acumulada más alta de Europa (1.186,4 casos por millón de habitantes hasta el mes de junio de 1997), seguida por Francia (714,8) e Italia (655,4).

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe disminuir la incidencia de la infección por VIH por todas las vías de transmisión.
- De aquí al año 2000 se debe retrasar la aparición de nuevos casos de SIDA y aumentar la supervivencia de las personas infectadas por VIH.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la tasa de transmisión vertical del VIH.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir la frecuencia de las prácticas de riesgo para la infección por VIH por vías parenteral y sexual.
- De aquí al año 2000 el proceso de atención a los enfermos e infectados se debe desarrollar en el nivel asistencial adecuado a las diferentes fases de la historia natural de la enfermedad y que exista coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

Intervenciones y acciones prioritarias**

El Plan de salud 1999-2001 propone las intervenciones y acciones prioritarias siguientes:

- Información y educación sanitaria a la población general, especialmente a los jóvenes y adolescentes y a las mujeres en edad fértil, incluyendo medidas de prevención adecuadas para cada una de las vías de transmisión.
- Extensión de los programas orientados a la disminución de la frecuencia de las prácticas de riesgo para la infección por VIH y de los riesgos asociados al consumo de drogas, especialmente por vía parenteral.
- Promoción de cambios de conductas sexuales y del uso de preservativo en las personas que mantienen relaciones sexuales de riesgo, mantienen relaciones sexuales con personas infectadas por VIH o practican conductas de riesgo para esta infección.
- Detección precoz (primer trimestre de gestación) de la infección por VIH en gestantes, de acuerdo con las directrices establecidas en el Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, a fin de poder ofrecer las alternativas terapéuticas y profilácticas disponibles.
- Mejora del proceso asistencial:
 - Garantía de que la solicitud y la práctica de la prueba de detección de anticuerpos se realicen correctamente, previo consentimiento informado, confirmando los resultados, garantizando el seguimiento clínico de los casos positivos y proporcionando consejo asistido.
 - Cumplimiento del tratamiento.
 - Coordinación adecuada entre niveles asistenciales y apoyo a los enfermos y familiares.
- Mantenimiento y mejora de los sistemas de información específicos para contar con los indicadores de morbilidad, mortalidad, conductuales y de actividad necesarios.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Objetivos operacionales*

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social deberá ampliar la oferta de programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos en un 10% anual en la población general.

Evaluación

Evolución del número de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) en tratamiento mediante programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos en la población general.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los servicios penitenciarios aumentarán la cobertura de programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos en un 5% anual en la población interna de los centros penitenciarios.

Evaluación

Evolución del número de UDVP internos en centros penitenciarios en tratamiento mediante programas de mantenimiento con metadona y otros agonistas opiáceos.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los UDVP infectados por VIH que resulten positivos en el cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas y se encuentren en programas de mantenimiento con metadona en centros de la XAD recibirán la quimioprofilaxis y la quimioterapia antituberculosas adecuadas, de forma supervisada y ligada a la administración de metadona.

Evaluación

Proporción de UDVP infectados por VIH que resulten positivos al cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas que se encuentren en programas de mantenimiento con metadona en centros de la XAD y que han recibido profilaxis o tratamiento antituberculoso supervisado.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los UDVP infectados por VIH internos en centros penitenciarios que resulten positivos en el cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas y se encuentren en programas de mantenimiento con metadona recibirán la quimioprofilaxis y la quimioterapia antituberculosas adecuadas, de forma supervisada y ligada a la administración de metadona.

Evaluación

Proporción de UDVP infectados por VIH internos en centros penitenciarios que resulten positivos al cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona y han recibido profilaxis o tratamiento antituberculoso supervisado.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los centros donde se presta asistencia maternal ofrecerán a todas las embarazadas, durante el primer trimestre de la gestación, la prueba de detección de anticuerpos anti VIH, de acuerdo con el Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Porcentaje de embarazadas a las que se ha ofrecido una prueba de detección de anticuerpos anti VIH durante el primer trimestre de gestación.

* Ver capítulo 8 "Consumo de drogas no institucionalizadas", capítulo 13 "Tuberculosis" y capítulo 19 "Problemas de salud relacionados con la maternidad, la infancia y la menopausia".

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se evaluarán la adecuación de las solicitudes de pruebas de detección de anticuerpos anti VIH y la práctica de las determinaciones diagnósticas.

Evaluación

Realización de estudios específicos (oferta del test y encuesta periódica a todos los laboratorios, entre otras).

7. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se difundirán los criterios para la elaboración del protocolo de preparación al alta para los enfermos VIH/SIDA, incluida la atención en fase terminal.

Evaluación

Difusión realizada.

8. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud se continuarán monitorizando la infección por VIH y los indicadores conductuales en las poblaciones consideradas prioritarias para las intervenciones preventivas.

Evaluación

Información sobre los nuevos métodos de diagnóstico de la infección por VIH.

Información sobre mortalidad.

Información sobre morbilidad declarada de SIDA.

Información sobre prevalencia de la infección VIH en poblaciones centinela.

Indicadores referentes a conductas de riesgo.

Indicadores de actividad asistencial.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Vigilància epidemiològica de la SIDA. Situació fins al 30 de juny de 1998. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19: 119-24, 130.
2. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV/sida a Catalunya (SIVES). Informe anual. Document tècnic núm. 7. Barcelona; Departament de Sanitat i Seguretat Social.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Sida. Vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral nº 4, 1997. Situación a 31 de diciembre de 1997.
4. World Health Organisation. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in the European Community and COAST countries. Third Quarterly Report 1997.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

10. Enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones

Las enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones para las que el Plan de salud de Cataluña establece objetivos son la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la hepatitis B y la gripe (tabla 27).

Prosigue el descenso de la incidencia de la tos ferina, la rubéola y la parotiditis observado en los últimos años, no habiéndose declarado caso alguno de difteria, de poliomielitis ni de rubéola congénita.

En lo que respecta al sarampión, aun cuando 1995 se consideró un año de actividad epidémica, la incidencia de esta enfermedad ha seguido disminuyendo.

En relación con la incidencia de la hepatitis B, a partir del año 1994 las tasas observadas se mantienen por debajo de 3 casos por 100.000 habitantes y año.

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

Tabla 27. Incidencia anual¹ de enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunaciones. Cataluña, 1993-1997

¹ Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

En el periodo comprendido entre 1993 y 1997, el número de casos declarados de tétanos se mantienen entre 9 y 11 anuales. En los años 1995 y 1996 se produjeron 3 y 2 defunciones, respectivamente, por esta causa.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al 2000 se debe mantener la eliminación de la difteria, el tétanos neonatal y la poliomielitis; se debe reducir de manera importante el número de casos de tétanos, tos ferina, parotiditis y rubéola, y se debe eliminar el sarampión autóctono y la rubéola congénita.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la morbilidad declarada por esta enfermedad en el año 1990.
- De aquí al año 2000 se debe eliminar la rubéola de las mujeres en edad fértil (15-49 años).
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia del Hbs Ag en la población de 15 años y más hasta el 1,5%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B en el grupo de edad de 15 a 24 años al 1%.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Para alcanzar el objetivo de eliminar el sarampión autóctono en el año 2000, pese al descenso observado en la incidencia de esta enfermedad como consecuencia del programa de vacunación con triple vírica, es conveniente adelantar la edad de administración de la segunda dosis de esta vacuna desde los 11 a los 4 años de edad.

La correspondiente modificación del calendario de vacunaciones sistemáticas también afecta a las primovacunas contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis, cuya administración se adelanta a los 2, 4 y 6 meses de edad. Asimismo, se incorpora en estas edades y a los 18 meses la vacuna anti *Haemophilus influenzae* tipo b, dada la contrastada eficacia de dicho preparado en la prevención de la enfermedad invasiva por esta bacteria.

Puesto que en los últimos años se ha constatado un incremento de la población joven susceptible de contraer hepatitis A y la nueva vacuna antihepatítica A+B se muestra eficaz frente a ambos virus, se establece un programa piloto de vacunación antihepatítica A+B a los niños y niñas de 12 años de edad con una vigencia correspondiente a los cursos escolares 1998-1999, 1999-2000 y 2000-2001.

Durante el periodo 1999-2001 de aplicación del Plan de salud, en relación con las enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones, se proponen las intervenciones siguientes:

- Vacunación a la población infantil, con arreglo al calendario de vacunaciones sistemáticas del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Vacunación de la población adulta contra el tétanos y la difteria (vacuna Td).
- Vacunación de los correspondientes grupos de riesgo contra la hepatitis B, la neumonía neumocócica y la gripe (cuadros 2-4).
- Vacunación de las mujeres en edad fértil seronegativas contra la rubéola.

Cuadro 2. Población diana para la vacunación antigripal

- Adultos y niños con procesos crónicos cardiovasculares o respiratorios que hayan solicitado tratamiento médico u hospitalario durante el año precedente.
- Residentes en instituciones para enfermos crónicos.
- Individuos sanos a partir de 65 años.
- Adultos y niños con enfermedades metabólicas crónicas, insuficiencia renal, anemia, asma o inmunodepresión.
- Personal sanitario y familiares en contacto con pacientes de riesgo.

Cuadro 3. Población diana para la vacunación antineumocócica

- Pacientes de 2 y más años inmunodeprimidos por enfermedad hematológica, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplantes, quimioterapia antineoplásica, disfunción esplénica y enfermos esplenectomizados o que deban ser sometidos a esplenectomía.
- Pacientes con cardiopatía avanzada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, cirrosis, alcoholismo y fistulas de líquido cefalorraquídeo secundarias a traumatismo o neurocirugía con peligro de meningitis neumocócica recurrente.
- Pacientes infectados por VIH.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

**Cuadro 4. Población
diana para la
vacunación
antihepatitis B**

- Personal sanitario en contacto con sangre y derivados.
- Estudiantes de medicina, odontología y enfermería.
- Recién nacidos hijos de madres HBs Ag positivo.
- Enfermos afectados de insuficiencia renal crónica que estén siguiendo o hayan de iniciar un programa de hemodiálisis o de transfusiones periódicas.
- Deficientes mentales internados en instituciones cerradas.
- Personas que practiquen punciones cutáneas frecuentes, no controladas médicamente (usuarios de drogas por vía parenteral, entre otros).
- Internos en instituciones penitenciarias.
- Hombres homosexuales.
- Personas heterosexuales con contactos heterosexuales promiscuos.
- Personal no sanitario con profesión de riesgo (funcionarios de instituciones penitenciarias, personal de ambulancia, bomberos, personal de limpieza que pueda tener contacto con sangre y derivados, entre otros).
- Cónyuges y convivientes con portadores crónicos de HBsAg.
- Personas que viajen a países de alta prevalencia de infección por virus de la hepatitis B.
- Personas pertenecientes a comunidades de alta endemia.
- Menores en régimen de protección y reforma.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar a los niños y niñas a los 2, 4, 6 y 18 meses contra la difteria, el tétanos, la tos ferina (DTP), la poliomielitis y el *Haemophilus influenzae* tipo b, y a los 15 meses contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (triple vírica) para alcanzar una cobertura vacunal del 99%.
2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis (triple vírica) a los niños y niñas de 4 años, para alcanzar una cobertura vacunal del 97%.
3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar contra la difteria, el tétanos la tos ferina (DTPa)* y la poliomielitis a los niños y niñas de edad comprendida entre los 4 y 6 años, para alcanzar la cobertura vacunal del 93%.
4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar contra el tétanos y la difteria (Td) a los niños y niñas de edad comprendida entre 14 y 16 años, para alcanzar una cobertura vacunal del 93%.
5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar contra la hepatitis B a los niños y niñas de 12 años, para mantener una cobertura vacunal superior al 85%.

Evaluación

Cobertura vacunal a las diferentes edades con relación a las vacunas que se explicitan en los objetivos 1, 2, 3, 4 y 5.

* DTPa: difteria, tétanos, tos ferina acelular.

6. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar contra el tétanos y la difteria (Td) a la población adulta de 15 y más años, para alcanzar una cobertura vacunal superior al 50%.

Evaluación

Cobertura vacunal contra el tétanos y la difteria en la población adulta.

7. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso alcanzar una cobertura vacunal contra la gripe superior al 70% en la población de riesgo atendida en la atención primaria.

Evaluación

Cobertura vacunal contra la gripe en la población de riesgo atendida.

8. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar a los hijos de madres HBs Ag positivo, para alcanzar una cobertura vacunal del 95%.

Evaluación

Cobertura vacunal de los hijos de madres HBs Ag positivo.

9. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, es preciso vacunar a la población de riesgo ingresada en prisiones contra el tétanos, la difteria, la gripe y la hepatitis B, para alcanzar una cobertura vacunal superior al 70%.

Evaluación

Cobertura vacunal contra el tétanos, la difteria, la gripe y la hepatitis B de la población de riesgo ingresada en prisiones.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'eliminació del xarampió a Catalunya per a l'any 2000. Bases científiques i programa. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
2. Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se establece el calendario de vacunaciones sistemáticas. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 2847.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Brots epidèmics declarats a Catalunya l'any 1997. Resum de les malalties de declaració obligatòria durant l'any 1997. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19: 177-92.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

11. Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) incluyen las enfermedades conocidas clásicamente como enfermedades venéreas (sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal), así como otras enfermedades causadas por diferentes agentes (bacterias, virus, hongos, protozoos y artrópodos) entre los cuales se encuentra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Aun cuando la infección por VIH contraída por vía sexual es cada vez más frecuente, el abordaje de este problema de salud se describe en el capítulo sobre la infección por el VIH.

Las tasas de incidencia medias correspondientes a los años 1996 y 1997 muestran una tendencia a la disminución con relación a las tasas medias del periodo 1993-1995 en todas las ETS notificadas. Así, los casos declarados de sífilis y de infección gonocócica han disminuido (3,6 y 21,0 por 100.000 habitantes en el periodo 1993-1995 frente a 1,8 y 9,6 por 100.000 habitantes entre 1996 y 1997). Las demás ETS siguen disminuyendo de forma considerable, pasando de una tasa media de 147,5 por 100.000 habitantes a una tasa de 96,2.

Esta tendencia a la disminución se observa también en la infección genital por clamidias, que ha pasado de una tasa media de incidencia de 8,1 por 100.000 en el periodo 1993-1995 a 7,5 por 100.000 durante el periodo 1996-1997.

El número de notificaciones de oftalmía neonatal se mantiene prácticamente constante en los últimos años (8 casos declarados el año 1993, 7 casos los años 1994 y 1995, 8 casos durante el año 1996 y 13 casos el año 1997) con unas tasas de incidencia de 0,12 por 100.000 habitantes en el periodo 1993-1995 y de 0,17 en los años 1996-1997.

A través de la información procedente de los centros de prevención y control de las ETS se conoce que, en los últimos años, el número total de ETS ha ido disminuyendo. Por otra parte, las enfermedades que siguen experimentando un incremento son las víricas (especialmente los condilomas acuminados, la infección por VIH y, con un incremento menor, el herpes genital).

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la incidencia de la sífilis en un 30%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la incidencia de la gonococia en un 25%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la proporción de gonococia causada por cepas de *Neisseria gonorrhoeae* productoras de beta b-lactamasa en un 50%.
- De aquí al año 2000 se debe eliminar la oftalmía neonatorum.
- De aquí al año 2000 se debe eliminar la sífilis congénita.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual en un 20%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Las estrategias que han de guiar las intervenciones van dirigidas, fundamentalmente, a evitar el contagio de ETS y a cerrar la cadena de infección, basándose preferentemente en:

- Información y adecuación a la población, especialmente a jóvenes y adolescentes.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

- Diagnóstico de todos los enfermos afectos de ETS y detección oportunista en los grupos con comportamiento de riesgo actual o previo de padecer ETS (personas promiscuas, personas que ejercen la prostitución, usuarios de la prostitución, consumidores de drogas por vía parenteral), especialmente en las mujeres (en las que se manifiestan de forma asintomática).
- Tratamiento correcto de los infectados e información y educación sanitarias sobre el riesgo que conllevan las ETS tanto para el infectado como para sus compañeros sexuales.
- Estudio de los compañeros sexuales de los infectados y tratamiento de los mismos, en caso necesario.
- Promoción de cambios de comportamiento sexual, especialmente de aquellas personas con mayor riesgo y probabilidad de contraer y/o diseminar las ETS.

Para el Plan de salud de Cataluña 1999-2001 se han mantenido las intervenciones propuestas por el Plan de salud de Cataluña 1996-1998, basadas en las actividades de prevención, detección y control de las ETS, la mejora de la vigilancia epidemiológica y la promoción de hábitos saludables:

- Información y educación sanitarias a la población general y a los grupos con comportamiento de riesgo.
- Cribaje a hombres y mujeres con comportamiento de riesgo.
- Detección precoz en todas las mujeres embarazadas de la sífilis, la hepatitis B, la infección por VIH y la infección por *Streptococcus agalactiae*, y a las mujeres embarazadas con comportamiento de riesgo cribaje de la infección por *Neisseria gonorrhoeae* y de la infección por *Chlamydia trachomatis*, de acuerdo con las directrices establecidas por la Guía para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y el Protocolo de seguimiento del embarazo, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Vigilancia epidemiológica.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrán realizado las acciones necesarias para conocer y aumentar en un 10% la cobertura de declaración de las ETS en los centros sanitarios donde se diagnostica este problema de salud.

Evaluación

Acciones realizadas para conocer la cobertura de declaración de las ETS en los centros sanitarios donde se diagnostican y evolución de la cobertura de declaración de las ETS.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, y a fin de prescribir el tratamiento específico, se incrementan el diagnóstico etiológico de las ETS y los estudios de contactos mediante el desarrollo de acciones específicas en ámbitos asistenciales concretos.

Evaluación

Evolución de la proporción de diagnósticos de sospecha que han sido confirmados etiológicamente, mediante un registro específico de ETS.

Referencias bibliográficas

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

12. Problemas de salud laboral

Los problemas de salud relacionados con el trabajo son importantes en nuestro entorno, tanto por la frecuencia y gravedad con que se producen como por las repercusiones socioeconómicas que ocasionan. Los riesgos a los que está expuesta la población trabajadora en su actividad laboral son cambiantes. Sin embargo, dichos riesgos son modificables, por lo que la mayoría de problemas de salud que llevan asociados son susceptibles de prevención.

La accidentalidad laboral, después de presentar una tendencia descendente entre los años 1990 y 1994, a partir de 1995 vuelve a mostrar una evolución creciente. El año 1997 se produjeron en Cataluña 133.861 accidentes de trabajo con baja durante la jornada laboral (76,2 accidentes por 10.000 asalariados), de los que 175 constaron como accidentes mortales (10,0 accidentes mortales por 100.000 asalariados). También se notificaron 8.670 accidentes de trabajo con baja in itinere y 147.497 accidentes de trabajo sin baja.

El año 1997 el número de enfermedades declaradas fue de 2.298, clasificadas casi la totalidad como enfermedades profesionales leves.

Por otra parte, a través del sistema de vigilancia epidemiológica de determinadas enfermedades relacionadas con el trabajo en los ámbitos territoriales de actuación de las unidades de salud laboral Costa de Ponent y Sabadell y del Programa Trabajo en el CAP en cinco EAP de Barcelona se notificaron 287 casos durante el año 1997. El 55% de dichos casos correspondía a enfermedades musculoesqueléticas (epicondilitis, síndrome del canal carpiano, tendinitis, afecciones de la columna vertebral y otras patologías de extremidades superiores); el 21% a secuelas de accidentes de trabajo; el 9% a patologías respiratorias (asma, silicosis, asbestosis y otros trastornos respiratorios); el 6% a dermatitis y el 9% restante a otros diagnósticos.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de morbilidad por accidentes laborales con baja en el lugar de trabajo en un 15%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la tasa de mortalidad por accidentes laborales en el lugar de trabajo en un 20%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

En los próximos años hay que proseguir el desarrollo de la política de seguridad y salud laboral, de acuerdo con la Ley de prevención de riesgos laborales, siguiendo las directrices consensuadas con los agentes sociales en el Plan de prevención de riesgos laborales de Cataluña, consolidando y profundizando las intervenciones y acciones prioritarias en materia de salud laboral señaladas en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Las intervenciones y acciones prioritarias que se planteen se llevarán a cabo mediante colaboración interdepartamental, fundamentalmente entre la administración sanitaria y la laboral.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Durante el periodo 1999-2001 se proponen las intervenciones y acciones prioritarias siguientes:

- Regulación de la vigilancia de la salud de la población trabajadora en las empresas, en función de los riesgos laborales específicos de las diferentes actividades y ocupaciones.
- Detección de las enfermedades relacionadas con el trabajo de la población trabajadora atendida en la red sanitaria general a fin de emprender actuaciones preventivas, con el apoyo de las unidades de salud laboral.
- Detección de actividades de especial peligrosidad y actuación para prevenirlas y controlarlas.
- Establecimiento de recomendaciones para la prevención y atención de los problemas de salud relacionados con el trabajo.
- Despliegue de actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a los trabajadores y a las empresas.
- Desarrollo del sistema de información sanitaria en salud laboral, de modo que incorpore e integre la información sanitaria y laboral, facilitando el uso compartido de las fuentes de información de diferente titularidad.
- Diseño de un plan de formación de personal sanitario de los servicios de prevención de las empresas y de la red de atención primaria en temas de salud laboral, especialmente en lo referente a detección de enfermedades relacionadas con el trabajo y aplicación de los protocolos de vigilancia de la salud de la población trabajadora.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se elaborarán los protocolos para la vigilancia de la salud de la población trabajadora en las empresas, adaptados a los riesgos laborales específicos y teniendo en cuenta las actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la población adulta en relación con los problemas de salud priorizados en el Plan de salud.

Evaluación

Protocolos elaborados.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud evaluará las unidades de salud laboral puestas en funcionamiento y, en función de los resultados, planificará el despliegue de las unidades de salud laboral en las diferentes regiones sanitarias.

Evaluación

Existencia del informe sobre planificación y estrategia de despliegue de las unidades de salud laboral, incluyendo los resultados de la evaluación de las unidades de salud laboral puestas en funcionamiento.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrán evaluado el protocolo de actuaciones conjuntas y el circuito de información entre los centros de seguridad y condiciones de salud en el trabajo y las unidades de salud laboral.

Evaluación

Existencia del informe de evaluación del protocolo.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrán identificado las actividades económicas que, de acuerdo con el proceso productivo, los productos utilizados o la organización y ordenación del trabajo, se consideren de especial peligrosidad, al tiempo que se priorizarán las tareas preventivas y de control a efectuar sobre dichas actividades.

Evaluación

Existencia del documento donde se relacionen las actividades económicas identificadas como de especial peligrosidad, con indicación de las actuaciones preventivas a desarrollar y/o en marcha.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá definido la estrategia para la aplicación de las actividades preventivas y de promoción de la salud a empresas, en relación con los problemas de salud priorizados en el Plan de salud.

Evaluación

Existencia del documento donde se defina la estrategia de aplicación de las actividades preventivas y de promoción de la salud en las empresas.

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá implantado un sistema de información sanitaria en salud laboral.

Evaluación

Existencia del sistema de información.

7. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá diseñado y puesto en marcha el plan de formación del personal sanitario sobre salud laboral.

Evaluación

Existencia del plan de formación con las propuestas de desarrollo en relación con el personal sanitario de los servicios de prevención de las empresas y el personal sanitario de atención primaria.

Referencias bibliográficas

1. Ajuntament de Barcelona. Centre de Salut Laboral. Resum de casos notificats durant el 1997. Butlletí Treball al CAP 1998; 19.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Consell Català de Seguretat i Salut Laboral. Pla de prevenció de riscos laborals de Catalunya. Barcelona: Departament de Treball, 1996.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Treball. Sinistralitat laboral a Catalunya. Any 1997. Barcelona: Departament de Treball, 1998.
4. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Unitat de Salut laboral Costa de Ponent. Notificació de patologies relacionades amb el treball. Informe de l'any 1997. Salut laboral Costa de Ponent 1998.
5. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut.  rea Sanitària. Informe d'activitat unitats de salut laboral 1997. (No publicat.)
6. Ajuntament de Sabadell. Unitat de Salut Laboral Sabadell. Full epidemiològic informatiu de les malalties relacionades amb el treball notificades anualment a la Unitat de Salut Laboral. Sabadell. 1997.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

13. Tuberculosis

En Cataluña, el año 1996, se notificaron 2.669 casos de tuberculosis, lo que supone una tasa de 43,8 por 100.000 habitantes, una de las más elevadas de los países desarrollados. No obstante, la tasa de incidencia específica ha disminuido, siendo el cuarto año consecutivo en que se comprueba un descenso en el número de casos y en la tasa de incidencia de la tuberculosis. La mortalidad se mantiene en unas tasas muy bajas, con una ligera tendencia decreciente (gráfico 21).

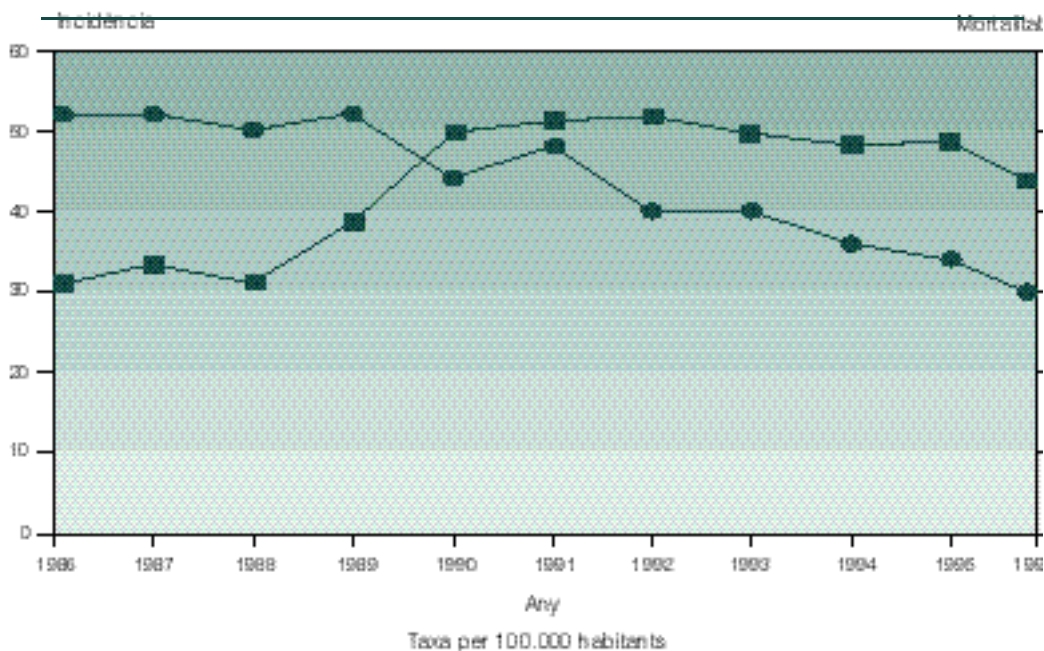


Gráfico 21. Evolución de la morbilidad y la mortalidad en la tuberculosis. Cataluña, 1986-1996

¹ Tasa por 100.000 habitantes.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. La tuberculosis en Cataluña. BEC 1998; 19: 35-38.

En lo que respecta a la evolución del número de casos de tuberculosis notificados en ambos sexos en Cataluña en el periodo 1986-1996, hay que significar que es una enfermedad que afecta predominantemente a los hombres (razón hombre:mujer superior a 2). A partir del año 1988 se observó un incremento importante de la tuberculosis, que se estabilizó en 1990 y se produjo fundamentalmente en los hombres. Dicho incremento se atribuye a la coincidencia con otros factores de riesgo para la tuberculosis como la infección por VIH, el uso de drogas por vía parenteral, el consumo excesivo de alcohol, la inmigración desde países de alta endemia, la indigencia o el ingreso en centros penitenciarios.

En Cataluña, durante el año 1996, se diagnosticaron 863 enfermos de tuberculosos con baciloscopia positiva (tasa de 14,1 por 100.000 habitantes), el 91% de los cuales presentaban tuberculosis respiratoria. De estos enfermos con baciloscopia positiva, el 56% eran jóvenes entre 20 y 44 años y el 24% mujeres, lo que explica el alto riesgo de infección y enfermedad tuberculosas de los niños y una tasa de incidencia de tuberculosis infantil más alta que en otros países occidentales de características sociales y económicas similares a las de Cataluña.

La coexistencia de varios factores de riesgo de carácter social y psicopatológico en muchos de los enfermos, las dificultades para acceder o ser retenidos en el sistema sanitario o una total imposibilidad para seguir correctamente el tratamiento son causa frecuente de recidiva. Las recidivas, además de incrementar el tiempo y la capacidad de contagio de los enfermos, pueden crear resistencias bacilares primarias que requieren tratamientos más complejos y prolongados que el habitual.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad por tuberculosis por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes/año (siempre y cuando no se produzca un aumento significativo de la transmisión de bacilos multirresistentes).
- De aquí al año 2000 se debe invertir la tendencia al aumento en las tasas de tuberculosis respiratoria en la población autóctona.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de infección y lograr una reactivación en el descenso del riesgo anual de infección (RAI) en los niños de 6 a 7 años de edad.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Durante el periodo 1999-2000, las intervenciones y acciones prioritarias siguen siendo:

- Cribaje de la enfermedad en los grupos de riesgo (individual o comunitario) a fin de diagnosticar y tratar precozmente los casos.
- Identificación de los infectados en los grupos de alto riesgo (individual o comunitario) y generalización de la quimioprofilaxis supervisada en los casos en que sea factible.
- Tratamiento supervisado de los enfermos bacilíferos, especialmente de aquellos que presenten factores de riesgo asociados al incumplimiento del tratamiento.
- Diseño de actividades dirigidas a evitar la infección nosocomial en los centros sanitarios.
- Mejora de la vigilancia epidemiológica de la enfermedad a fin de disponer de datos de mejor calidad:
 - Promoción de la declaración de casos y del estudio de los contactos.
 - Práctica de antibiogramas a las cepas bacilares aisladas en enfermos con riesgo de presentar resistencias (UDVP, infectados por VIH, pacientes malos colaboradores, internos en cárceles, fracasos terapéuticos o recaídas e inmigrantes de áreas con tasas de resistencia altas, entre otros) y a los contactos de los enfermos con farmacorresistencias demostradas.
- Educación sanitaria de los enfermos y sus contactos a fin de que consulten con profesionales sanitarios ante sintomatología sugestiva, tomen correctamente la pauta quimioterápica o de quimioprofilaxis indicada y no adopten actitudes que favorezcan la aparición de bacilos con farmacorresistencias.

Objetivos operacionales ***

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los centros hospitalarios, centros sociosanitarios, centros de salud mental y demás instituciones sanitarias en régimen de internamiento de Cataluña elaborarán protocolos adaptados a sus necesidades, para la prevención y control de la tuberculosis, con el consenso de los diferentes profesionales implicados y basados en las recomendaciones del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Existencia y disponibilidad de los protocolos adaptados.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

*** Ver el capítulo 8 "Consumo de drogas no institucionalizadas" y el capítulo 9 "Infección por VIH".

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá practicado el cribaje de la infección y la enfermedad tuberculosas a más del 90% de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) que inicien el tratamiento de mantenimiento con metadona en centros de la XAD.

Evaluación

Proporción de UDVP que inicien el tratamiento de mantenimiento con metadona en centros de la XAD a los que se ha practicado el cribaje de la infección y la enfermedad tuberculosas.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los UDVP que hayan resultado positivos al cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas y se encuentren en programas de mantenimiento con metadona en centros de la XAD recibirán la quimioprofilaxis y la quimioterapia antituberculosa adecuada, de forma supervisada y ligada a la administración de metadona.

Evaluación

Proporción de UDVP infectados o afectados de tuberculosis que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona en centros de la XAD y que han recibido profilaxis o tratamiento antituberculoso supervisado.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, los UDVP internos en centros penitenciarios que hayan resultado positivos al cribaje de la infección o la enfermedad tuberculosas y se encuentren en programas de mantenimiento con metadona recibirán la quimioprofilaxis y la quimioterapia antituberculosa adecuada, de forma supervisada y ligada a la administración de metadona.

Evaluación

Proporción de UDVP internos en centros penitenciarios, infectados o afectados de tuberculosis, que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona en centros de la XAD y que han recibido profilaxis o tratamiento antituberculoso supervisado.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá practicado el cribaje de la infección y la enfermedad tuberculosas a las personas internas en centros penitenciarios de Cataluña y se habrá indicado el tratamiento, supervisado por los profesionales sanitarios de prisiones, a los infectados o enfermos que lo requieran.

Evaluación

Proporción de personas internas en centros penitenciarios a las que se ha practicado el cribaje de la infección y la enfermedad tuberculosas.

Proporción de personas con infección o enfermedad tuberculosas internas en centros penitenciarios y con quimioterapia supervisada.

6. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social dispondrá de información sobre los estudios de contactos realizados en el 75%, como mínimo, de los enfermos bacilíferos notificados.

Evaluación

Proporción de enfermos bacilíferos notificados que disponen de estudio de contactos.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La tuberculosi a Catalunya. Butlletí Epidemiològic de Catalunya 1998; 19:35-38.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

14. Caries dental

La caries dental es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población. Este hecho, junto con el elevado coste del tratamiento de las secuelas de la enfermedad, ha motivado que la caries dental sea uno de los problemas de salud prioritarios del Plan de salud de Cataluña.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social ya inició, en 1982, una serie de actuaciones preventivas, mayoritariamente dirigidas a la población escolar de Cataluña, a fin de controlar y prevenir este problema de salud. Algunas de esas actuaciones –programa de enjuagues con soluciones fluoradas en las escuelas, fluoración de las aguas de abastecimiento público de Girona, Salt i Sarrià de Ter– han demostrado que son efectivas en las correspondientes evaluaciones practicadas.

La prevalencia de caries entre los escolares catalanes está bien documentada a partir de los diferentes estudios y encuestas de salud realizados durante los últimos años. Los resultados de las tres últimas encuestas de salud dental efectuadas con la misma metodología han permitido conocer la evolución de los principales indicadores de salud dental desde el año 1984 hasta la actualidad, así como observar una tendencia a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad en la población escolar. En la última encuesta se ha observado una clara disminución de la prevalencia de caries en todos los grupos de edad y para la totalidad de índices estudiados, y también una mejora en la evolución de los índices de restauración, aunque todavía más del 50% de las caries susceptibles de obturación no han recibido tratamiento (tabla 28).

Año	Edad (años)	CAOD ¹	cod ²	Niños libres de caries (%)	Índice de restauración (%)
1984	6	0,38	2,41	39,0	—
	12	2,98	0,39	14,0	—
	14	5,02	0,04	10,0	12,0
1991	6	0,27	1,34	54,0	32,0
	12	1,66	0,43	38,0	35,0
	14	2,46	0,06	35,0	34,0
1997	6	0,06	0,82	70,2	11,6
	8	0,35	1,22	50,8	33,6
	12	0,90	0,33	53,1	44,6
	14	1,46	0,04	48,3	52,2

Tabla 28. Evolución de la caries dental. Cataluña, 1984, 1991 y 1997

¹ Número de dientes permanentes cariados (C), ausentes debido a caries (A) y obturados (O) por individuo.

² Número de dientes deciduos (temporales) cariados y obturados por individuo.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Encuestas de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña, 1984, 1991 y 1997.

Estos resultados consolidan la tendencia en lo que respecta a la disminución de la prevalencia de caries y muestran una evolución hacia la consecución de los objetivos de salud fijados por el Plan de salud de Cataluña para el año 2000 (tabla 29). Dos de los tres objetivos han sido alcanzados, mientras el tercero (75% de escolares de 6 años libres de caries) queda a menos de cinco puntos (70%).

	1984	1991	1997	Objetivos de salud para el año 2000
Escolares de 12 años libres de caries	14,0%	38,0%	53,4%	50%
Índice CAOD ¹ a los 12 años	2,98	1,66	0,90	<2
Escolares de 6 años libres de caries	21,0%	54,0%	70,2%	75%

Tabla 29. Evolución de los indicadores en relación con la caries dental y la consecución de los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña fijados para el año 2000

¹ Número de dientes permanentes cariados (C), ausentes debido a caries (A) y obturados (O) por individuo.

Comparando los resultados obtenidos con los del resto del Estado y con los de algunos países de nuestro entorno, los indicadores de Cataluña se sitúan entre los más favorables. La tendencia observada de disminución de la prevalencia de caries se da en la mayoría de países industrializados. Este fenómeno no parece estar asociado con el tipo de cobertura dental odontológica y sí, en cambio, con la política preventiva realizada por cada comunidad.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 el 50%, como mínimo, de los escolares de 12 años debe estar libre de caries.
- De aquí al año 2000 el 75%, como mínimo, de los escolares de 6 años debe estar libre de caries.
- De aquí al año 2000 el índice CAOD en los escolares de 12 años debe ser inferior a 2.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Durante el periodo 1999-2001, y a fin de mantener la tendencia en la disminución de la prevalencia de caries observada en los escolares en las últimas encuestas epidemiológicas realizadas en Cataluña, las intervenciones propuestas en el Plan de salud 1996-1998 siguen vigentes; por consiguiente, es preciso reforzarlas y hacerlas extensivas. Al respecto, se establece:

- Mejora del cumplimiento del Programa de enjuagues con soluciones fluoradas en las escuelas.
- Detección de escolares con riesgo elevado de presentar caries y aplicación de las medidas preventivas y asistenciales, de acuerdo con las recomendaciones del Programa marco de salud bucodental en las áreas básicas de salud.

Objetivos operacionales

- 1 Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se debe conseguir una cobertura del 75% del Programa de enjuagues con soluciones fluoradas en los escolares de 6 a 11 años (1º a 6º de primaria).

Evaluación

Cobertura del Programa de enjuagues con soluciones fluoradas en los escolares de 6 a 11 años (1º a 6º de primaria)

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrá practicado el cribaje para la detección de individuos con alto riesgo de caries en el 70% de los escolares de 6, 8, 10, 12 y 14 años (1º, 3º, 5º de primaria; 1º y 3º de ESO, respectivamente) atendidos por los equipos de atención primaria que dispongan de odontólogo.

Evaluación

Cobertura del cribaje para la detección de individuos con alto riesgo de caries en el 70% de los escolares de 6, 8, 10, 12 y 14 años (1º, 3º, 5º de primaria; 1º y 3º de ESO, respectivamente) atendidos por los equipos de atención primaria que dispongan de odontólogo.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Comitè d'Experts per a la Higiene Dental i el Control i la Prevenció de la Càries de la Generalitat de Catalunya. Manual de Prevenció i Control de la Càries Dental. Barcelona, 1982.
2. Gili M et al. Resultats de l'enquesta preliminar de càries dentària en la població escolar del Priorat, la Ribera d'Ebre i la Terra Alta, 2a part. *Ann Med* 1984; 3: 76-80.
3. Cuenca E. Encuesta de la OMS sobre salud buco-dental en España. Una aproximación personal. *Arc Odontostomat* 1986; 2: 15-20.
4. Cuenca E, Canela J, Salleras L. Estudi de la prevalença de càries entre els escolars de Catalunya. *Salut Catalunya* 1988; 2: 60-3.
5. Manau C, Cuenca E, Canela J, Salleras L. Resultats preliminars de l'avaluació del Programa preventiu de càries entre els escolars de Catalunya. *Salut Catalunya* 1989; 3: 27-8.
6. Cuenca E, Batalla J, Manau C, Taberner JL, Salleras L. Encuesta de prevalencia de caries entre los escolares de Cataluña. *Arch Odont-Estomatol Prev y Comunit* 1992; 1: 60-6.
7. Orden de 13 de julio de 1982, sobre aprobación y ejecución de programas de prevención de la caries dental. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* nº 247, 1982.
8. Cuenca E, Manau C, Martínez I, Ramón JM, Serra L, Salleras L. Evaluación de la efectividad de la fluoración del agua de abastecimiento público de Gerona. *ROE* 1996; 1(7): 489-96.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
10. OMS. Oral Health Surveys. Basic methods, 3ª ed, OMS, Ginebra, 1987.
11. Cuenca E, Casals E, Martínez Lizán I, Manau C, Salleras L. Encuesta epidemiològica de caries entre los escolares de Cataluña 1997. *Arch Odont-Estomatol Prev y Comunit* 1997; 13: 765-72.
12. O'Mullane D, Whelton H, Manau C et al. Efficiency in Oral Health Care. The evaluation of oral health systems in Europe. BIOMED 1. European Union. (Informe sin publicar.)
13. Krasse B. From the art of filling teeth to the science of dental caries prevention: a personal review. *Journal of Public Health Dentistry. Special Issue*, 1995; 56(5): 271-7.
14. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

15. Problemas de salud mental

Si bien es difícil precisar el peso de los trastornos mentales en la morbilidad y mortalidad que afecta a la población, se estima que actualmente una de cada veinte personas padece trastornos mentales graves y que la prevalencia de trastornos mentales menos graves es tres veces superior.

La OMS prevé que los trastornos mentales constituirán uno de los principales problemas de salud en la región europea en los próximos años. De acuerdo con el informe elaborado por Murray y López por encargo del Banco Mundial y la OMS, considerando los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad, medidos en años de vida ajustados por discapacidad, la depresión, los trastornos bipolares y la esquizofrenia tienen un peso importante en la salud de la población europea (9,5% del total de enfermedad y discapacidad).

El envejecimiento de la población y el incremento de factores de riesgo con repercusión sobre la salud mental como el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de apoyo familiar y social, así como el aumento del abuso de sustancias, la soledad y la ruptura de las redes sociales son factores que contribuirán al incremento de los trastornos mentales en las próximas décadas.

En la década de los noventa, el suicidio es una causa importante de muerte en los adolescentes y adultos jóvenes en Europa (responsable del 15% de las muertes en la población de 15-24 años), estando relacionado frecuentemente, en este grupo, con el consumo de alcohol y drogas. Por otra parte, el suicidio está aumentando en las personas de edad avanzada, sobre todo en los hombres mayores de 85 años.

Existe evidencia de que el suicidio está relacionado con la depresión, el abuso de sustancias y otros problemas psiquiátricos. La mejora en la detección de estos problemas y otros factores de riesgo de suicidio (duelo, divorcio, enfermedades graves, paro) puede reducir de forma importante su incidencia. Entre la mitad y dos tercios de los pacientes que consuman el suicidio habían visitado al médico en un periodo inferior a un mes antes del incidente y entre un 10 y un 40%, la semana anterior.

En Cataluña, el año 1997, el análisis de la mortalidad por causas relacionadas con la salud mental muestra que la tasa de mortalidad por suicidio y autolesiones fue de 7,6 por 100.000 habitantes. Se observa un aumento de las tasas de suicidio en los grupos de mayor edad, con máxima expresión en los mayores de 74 años. Por otra parte, destaca que constituye la tercera causa de muerte en el grupo entre 15 y 24 años y la cuarta en el grupo entre 25 y 34 años. Para todos los grupos de edad, la mortalidad por suicidio es casi tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres.

La tasa bruta de mortalidad por trastornos mentales fue de 39,9 muertes por 100.000 habitantes el año 1997. Las psicosis orgánicas, especialmente la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer, son la causa fundamental de estas muertes y están aumentando en los últimos años como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población.

En lo que respecta a la morbilidad atendida por trastornos mentales, las enfermedades con mayor impacto en la hospitalización son los trastornos esquizofrénicos, las psicosis afectivas, los trastornos neuróticos y el síndrome de dependencia del alcohol, que representaron, el año 1997, aproximadamente el 50% de los ingresos por problemas de salud mental. En cuanto a la atención ambulatoria, durante el año 1998 los diagnósticos más frecuentes son la depresión, los trastornos afectivos y la ansiedad, así como los trastornos de la personalidad, que agrupan el 56,6% de los diagnósticos.

Un problema de salud emergente y con fuerte impacto social lo constituyen los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia y la bulimia nerviosas son trastornos de etiología multifactorial que afectan mayoritariamente a mujeres jóvenes y que se caracterizan por alteraciones importantes en la ingesta de alimentos con consecuencias nutricionales y psicobiológicas.

Aunque no se dispone de datos globales sobre la magnitud del problema en Cataluña, la incidencia y prevalencia de dichos trastornos ha aumentado durante las últimas dos décadas en los países industrializados. Los datos internacionales estiman que la prevalencia de estos trastornos en la población de mujeres jóvenes de 14 a 30 años es del 0,5 al 1,5% en el caso de la anorexia nerviosa y del 2 al 3% en el de la bulimia nerviosa, aunque en los últimos años están aumentando los casos de anorexia nerviosa prepuberal. La anorexia nerviosa puede ser leve y transitoria, pero también grave y de larga duración, y sus complicaciones pueden llegar a comprometer la vida de las pacientes, estimándose que la mortalidad se encuentra en torno al 6% de los casos.

Por otra parte, en lo que respecta a la atención a las personas con trastornos mentales, pese a la frecuencia de estos problemas, la detección de la morbilidad psíquica por parte de los médicos de atención primaria resulta insuficiente. Según varios estudios, la detección se sitúa en torno al 50% de los casos, haciendo hincapié en la importancia del reconocimiento precoz, por parte de los profesionales de atención primaria, de los síntomas relacionados con problemas de salud mental en los pacientes que atienden.

La insuficiente coordinación y complementariedad entre los servicios, tanto sanitarios como sociales, y la insuficiente adhesión de los pacientes a los centros, son problemas que afectan a la continuidad del proceso asistencial y que resultan especialmente relevantes en la atención a los pacientes con trastornos mentales graves (TMS).

Intervenciones y acciones prioritarias*

En el ámbito de la salud mental, el Plan de salud de Cataluña 1999-2001 propone, en la línea de las intervenciones propuestas en el anterior Plan, seguir avanzando en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas de salud mental con medidas orientadas a la mejora de la detección, atención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales (TM), en el soporte a sus familias y en el respeto a los derechos fundamentales de los pacientes.

Tanto por lo que respecta a la detección de los trastornos mentales como a la atención y rehabilitación, la colaboración y complementariedad intersectorial entre escuelas, servicios sanitarios y sociales y administración de justicia, entre otros, es esencial, puesto que en la atención a los trastornos mentales la respuesta de los dispositivos asistenciales implicados es clave y puede condicionar la remisión del proceso o bien la evolución del mismo hacia la cronicidad.

Por otra parte, el Plan formula por primera vez intervenciones y acciones en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, proponiendo iniciar un plan de actuación que considere medidas preventivas y asistenciales para la atención a estos trastornos, la colaboración con los grupos de ayuda mutua de pacientes y familiares y la mejora de la información a la población en general y, en especial, a los grupos de riesgo y a las personas relacionadas con ellos.

De acuerdo con la opinión de los expertos, se recomienda dirigir las medidas de prevención primaria hacia grupos diana de la población con gran vinculación con la población adolescente, como profesores de ballet y de gimnasia, profesores y tutores de escuelas e institutos y asociaciones de padres de alumnos, entre otros. En cambio, no se considera adecuado llevar a cabo estrategias poblacionales dirigidas a los jóvenes con esta finalidad.

Por esta razón, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social promoverá el desarrollo de un Plan interdepartamental cuyos objetivos son llevar a cabo programas informativos y formativos dirigidos a los grupos diana mencionados, que contará con la participación del Departamento de Enseñanza, la Secretaría General del Deporte y la Secretaría General de Juventud del Departamento de Cultura, el Departamento de Industria, Comercio y Turismo, el Instituto Catalán de la Mujer, adscrito al Departamento de Presidencia, y el Departamento de Bienestar Social.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Las actuaciones sanitarias se dirigen a favorecer la detección precoz y la mejora del proceso asistencial de los trastornos de la conducta alimentaria y a facilitar a los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales formación específica e instrumentos, como guías de práctica clínica, que contribuyan a la mejora del manejo clínico de estos problemas de salud. Por otra parte, se prevé potenciar los recursos asistenciales actuales de la red pública para la atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.

En el ámbito de la enseñanza, se propone la inclusión de esta temática en el Programa de educación para la salud en la escuela y el establecimiento de protocolos dirigidos al profesorado y otros educadores. Asimismo, se formulan acciones en el ámbito de la cultura, el deporte, la industria y el comercio. También se propone la colaboración con grupos de familiares y enfermos, que se orientará a potenciar la participación del tejido asociativo, así como a favorecer el apoyo al voluntariado.

Por otra parte, para la mejora de la atención a los enfermos mentales internados en los centros penitenciarios de Cataluña, en el ámbito de la colaboración establecida con el Departamento de Justicia, se propone impulsar actuaciones para mejorar la capacidad y las habilidades de los profesionales sanitarios de estos centros, así como la coordinación y el trabajo conjunto con la red de salud mental.

Para el periodo 1999-2001, el Plan de salud propone las siguientes intervenciones:

- Mejora de la detección precoz de los problemas de salud mental y de las situaciones de riesgo, del tratamiento, de la rehabilitación y de la reinserción social en la población infantil, juvenil y adulta.
- Desarrollo de medidas específicas para la mejora de la atención a las urgencias psiquiátricas.
- Potenciación de la capacidad y las habilidades de los profesionales de atención primaria para la detección precoz y la atención a los problemas de salud mental, mediante el trabajo conjunto de los profesionales de las redes de salud mental y de atención primaria de salud.
- Establecimiento de medidas dirigidas a la mejora de los enfermos con TMS, especialmente medidas dirigidas a la continuidad asistencial y al apoyo a las familias de los pacientes.
- Desarrollo de medidas para avanzar en el respeto a los derechos de los pacientes con TM, especialmente en lo que respecta al consentimiento informado y la valoración de la competencia mental.
- Desarrollo de acciones interdepartamentales que contribuyan a la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Impulso de medidas para favorecer la detección precoz y la mejora del proceso asistencial de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Colaboración y apoyo a las asociaciones de familiares y enfermos mentales, potenciando que participen en la información y difusión de medidas preventivas a las familias y favoreciendo el apoyo del voluntariado.
- Continuidad en el desarrollo de las acciones interdepartamentales que contribuyan a una mejor atención a los enfermos con trastornos mentales internados en los centros penitenciarios de Cataluña.
- Establecimiento de medidas dirigidas a la mejora de la atención a enfermos con TMS internados en los centros penitenciarios haciendo especial hincapié en las dirigidas a la mejora de la continuidad asistencial.
- Potenciación de la capacidad y las habilidades de los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios para la atención a los internos que padecen trastornos mentales, mediante el trabajo conjunto de los profesionales de la red de salud mental y de los centros penitenciarios.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se alcanzará la implantación del Programa de colaboración y apoyo entre los equipos de atención primaria (EAP) y los de salud mental, debiendo incluir la interconsulta periódica con un especialista de referencia en el 80% de las áreas básicas de salud (ABS) en funcionamiento.

Evaluación

Evolución del porcentaje de EAP donde se ha implantado este programa.

Valoración de la utilidad y grado de satisfacción de los profesionales de los EAP respecto al programa.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los centros hospitalarios implantarán un protocolo de preparación del alta hospitalaria de los pacientes ingresados por trastorno mental que deberá incluir la cita previa para la visita del paciente en el centro de salud mental (CSM) de referencia en un plazo inferior a 15 días después del alta.

Evaluación

Centros hospitalarios que disponen del protocolo de preparación del alta.

Porcentaje de pacientes dados de alta que han recibido atención en los CSM de adultos en el plazo indicado.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud elaborará unas recomendaciones para la atención a las urgencias psiquiátricas, que incluirán medidas específicas para los diferentes niveles asistenciales, con la participación de los profesionales y usuarios, y desarrollará acciones para la aplicación de dichas medidas.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones y valoración del grado de aplicación de las mismas.

4. Durante el año 1999, el Servicio Catalán de la Salud establecerá los criterios para la definición de población de riesgo de TMS en la población infantil y juvenil con la participación y el consenso de los profesionales del ámbito de la atención a la salud mental.

Evaluación

Existencia de los criterios.

5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los CSM establecerán medidas para mejorar la adhesión de los pacientes con TMS atendidos.

Evaluación

Porcentaje de pacientes con TMS que han recibido como mínimo 10 visitas sucesivas en el plazo de un año en el centro o en su domicilio.

6. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los CSM dispondrán de un protocolo de atención y apoyo a las familias de los pacientes con TMS que contendrá información sobre la enfermedad y el proceso de atención, así como sobre los servicios de atención y orientación disponibles.

Evaluación

Valoración del grado de satisfacción de las familias de los pacientes con TMS atendidos en los CSM respecto al apoyo recibido por parte de los centros.

7. Durante el periodo de vigencia de Plan de salud, los centros de día de la red de salud mental aplicarán las recomendaciones del Servicio Catalán de la Salud para la rehabilitación de los pacientes con TMS.

Evaluación

Valoración de la aplicación de las recomendaciones.

8. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social impulsará el desarrollo de un Plan interdepartamental para favorecer la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria.
9. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud desarrollará, en colaboración con otras instituciones, estrategias específicas de formación y coordinación entre los diferentes servicios y niveles asistenciales a fin de mejorar la detección, el tratamiento y la continuidad de la atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

Evaluación de los objetivos 8 y 9

Valoración de las acciones propuestas para el trienio con relación a la atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

10. Durante el periodo de vigencia de Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud impulsará líneas de colaboración con las asociaciones de familiares y enfermos mentales.

Evaluación

Valoración de las líneas de colaboración establecidas.

11. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Justicia, conjuntamente con el Servicio Catalán de la Salud, impulsará la implantación de medidas dirigidas a la mejora de la detección y la atención a los internos afectados de trastornos mentales, haciendo especial hincapié en la atención a los TMS.

Evaluación

Valoración de las acciones emprendidas.

12. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud ampliará la implantación de programas de apoyo entre los dispositivos asistenciales de la red de salud mental y de los servicios penitenciarios, a fin de potenciar la capacidad y las habilidades de los profesionales en la atención a los internos que padecen trastornos mentales.

Evaluación

Valoración de los programas implantados.

Referencias bibliográficas

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

16. Diabetes *mellitus*

La diabetes *mellitus* es un problema de salud cuya importancia se manifiesta en que es una de las principales causas de muerte, morbilidad e invalidez, así como uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

En Cataluña, el año 1996 se produjeron 1.175 defunciones por diabetes *mellitus*, lo que supone una tasa de mortalidad de 19,3 por 100.000 habitantes (23,5 por 100.000 habitantes en las mujeres y 14,8 por 100.000 habitantes en los hombres).

El año 1995 la prevalencia de la diabetes *mellitus* tipo 2 era del 10,3% en la población de 30 a 89 años. En el grupo de edad de 70 a 89 años la prevalencia era del 24,0% y en el de 50 a 69 años del 14,4%. La prevalencia de diabetes conocida era del 6,7% y la de la ignorada del 3,6%. La prevalencia de tolerancia disminuida a la glucosa (TDG) era del 11,6%. Aproximadamente, 1 de cada 5 personas mayores de 30 años presenta una alteración de la tolerancia a la glucosa, en mayor o menor grado.

La incidencia de diabetes *mellitus* tipo 1 en personas de 0 a 29 años en el periodo 1987-1994 fue de 11,3 por 100.000 habitantes y año (12,8 en los hombres y 9,8 en las mujeres).

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe disminuir la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los diabéticos en un 20%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir los nuevos casos de insuficiencia renal crónica en diabéticos en un 25%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir los nuevos casos de amaurosis en diabéticos en un 25% o más.
- De aquí al año 2000 se debe reducir las amputaciones por gangrena diabética en un 50%
- De aquí al año 2000 se debe conseguir el mismo resultado en la gestación de la embarazada diabética "ya conocida" que en la mujer no diabética, en lo que respecta a mortalidad perinatal y a malformaciones congénitas.
- De aquí año 2000 se debe incrementar el número de diabéticos ya conocidos en un 25%, como mínimo, lo que significa conseguir que el 60% de los diabéticos sean conocidos mediante cribaje de los grupos de riesgo.

Intervenciones y acciones prioritarias**

Se mantienen las intervenciones y acciones propuestas en el Plan de salud 1996-1998, que se centran fundamentalmente en la detección, tratamiento y control de la diabetes *mellitus* y sus complicaciones, la educación sanitaria de la población y la sensibilización de los profesionales.

- Detección, tratamiento y control de la diabetes *mellitus* y de las complicaciones derivadas de la misma, en la población diana, en las consultas de atención primaria, siguiendo una estrategia de detección oportunista y la aplicación de criterios comunes mínimos para la atención a la diabetes *mellitus* y la diabetes gestacional.
- Concienciación de la población general y de los profesionales de la salud sobre las posibilidades preventivas de la diabetes y sus complicaciones.
- Promoción de programas de formación y educación diabetológica para los diabéticos de todas las edades, sus familiares, así como los equipos sanitarios.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud se seguirán monitorizando las tendencias de la diabetes y de las complicaciones derivadas de la misma.

Evaluación

Estudios adecuados.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se debe haber medido la glucemia en el 70%, como mínimo, de la población diana definida en los criterios comunes mínimos para la atención de la diabetes *mellitus* atendida por los equipos de atención primaria.

Evaluación

Proporción de personas con factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad) que tienen medida la glucemia.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, y con objeto de prevenir la ceguera, el 70% de los diabéticos conocidos y atendidos ha de tener revisado el fondo de ojo, de acuerdo con los criterios comunes mínimos para la atención a la diabetes *mellitus*.

Evaluación

Proporción de diabéticos conocidos y atendidos que tiene revisado el fondo de ojo de acuerdo con los criterios establecidos.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 90%, como mínimo, de los pacientes diabéticos atendidos tendrá valores de HbA1c inferiores al 10%.

Evaluación

Proporción de pacientes diabéticos atendidos con valores de HbA1c inferiores al 10%.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 80% de los diabéticos conocidos ha de tener detectados los demás factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad) de acuerdo con los criterios comunes mínimos para la atención a la diabetes *mellitus*.

Evaluación

Proporción de diabéticos conocidos que tienen detectados otros factores de riesgo cardiovascular.

Referencias bibliográficas

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

17. Problemas de salud del aparato locomotor

La prevalencia poblacional de las enfermedades del aparato locomotor, si bien presumiblemente es muy elevada, es difícil de estimar con precisión por la falta de homogeneidad metodológica utilizada en las diferentes fuentes de información y estudios disponibles. Uno de los principales problemas para conocer la magnitud del problema es la heterogeneidad en la denominación de los diferentes procesos o enfermedades del aparato locomotor.

En una reciente revisión bibliográfica de la Sociedad Española de Reumatología sobre el impacto de las enfermedades del aparato locomotor en España, se estima que casi una cuarta parte de la población española sufre alguna enfermedad del aparato locomotor. Estas enfermedades representan el 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria y el 10% de las urgencias en centros hospitalarios. Además, causan el 15% de las incapacidades laborales transitorias y constituyen la primera causa de incapacidad laboral permanente.

Diferentes estudios específicos de prevalencia de enfermedades del aparato locomotor, realizados en los años noventa, parecen indicar que la artrosis y el reumatismo de partes blandas, incluido el dolor lumbar, son los responsables de esta morbilidad. Además, la morbilidad por enfermedades del aparato locomotor se incrementa con la edad siendo más alta en mujeres que en hombres.

Según la Encuesta de salud de Cataluña 1994, casi un 23% de la población catalana refiere haber padecido restricción de capacidad en los últimos 15 días por artrosis, dolor de espalda o patología de la columna cervical. Por otra parte, las causas de restricción de actividad en el último año referidas con mayor frecuencia son la artrosis y el dolor de espalda (20%), la artrosis de columna, la patología de la columna cervical y las deformidades adquiridas de la columna. Por último, el 32,2% de los catalanes refiere padecer o haber padecido artrosis como trastorno crónico.

Otras encuestas de nuestro entorno publicadas recientemente aportan cifras semejantes que corroboran estos resultados. Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS-95), reumatismo, artrosis, artritis, ciática, lumbalgia o dolor de espalda constituyen la primera causa de restricción de actividad de más de 10 días. En esta misma encuesta, la sintomatología o dolor percibido con mayor frecuencia en las últimas dos semanas fue el de origen óseo, de columna o de articulaciones.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones propuestas en el Plan de salud 1999-2001 en relación con las enfermedades del aparato locomotor se basan en actividades de detección y seguimiento de este problema de salud y de coordinación entre profesionales sanitarios y niveles asistenciales. En este sentido, y en coherencia con el Plan de salud de Cataluña 1996-1998, se seguirán definiendo recomendaciones para la atención a las enfermedades del aparato locomotor más prevalentes con la participación y el consenso de los profesionales sanitarios y las sociedades científicas.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Para el periodo 1999-2001 se proponen las siguientes intervenciones:

- Definición de recomendaciones con participación y consenso entre los profesionales sanitarios a fin de mejorar la detección, tratamiento y control de los problemas de salud del aparato locomotor.
- Sensibilización de la población demandante y de los profesionales sanitarios sobre el carácter crónico de gran parte de los problemas de salud del aparato locomotor, la complejidad de su tratamiento y las posibilidades de mejora, a fin de favorecer la integración de los pacientes en su entorno habitual minimizando las consecuencias que de ello se derivan.
- Potenciación del papel del nivel especializado como apoyo a la atención primaria, a fin de mejorar su capacidad de resolución y favorecer la continuidad de la atención.

Objetivo operacional

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud definirá recomendaciones para la atención de los problemas de salud del aparato locomotor con participación y consenso de los diferentes profesionales sanitarios de los servicios asistenciales implicados.

Evaluación

Existencia de recomendaciones.

Referencias bibliográficas

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

18. Medio ambiente e higiene de los alimentos

El medio ambiente constituye uno de los factores determinantes de la salud, actuando de forma compleja e interrelacionada sobre la salud de la población. Para conseguir un medio ambiente saludable es necesaria la participación de los individuos y de la comunidad, así como la colaboración y coordinación intersectorial.

Cada vez se pone más de manifiesto que es prácticamente imposible eliminar totalmente el riesgo de los diferentes contextos en que pueden situarse las personas, por lo que hay que asegurar el equilibrio entre los riesgos y las ventajas, estableciendo prioridades y utilizando los recursos de una manera eficaz, es decir, gestionando el riesgo. Es responsabilidad del sistema sanitario asegurar que se identifiquen los vínculos entre la salud y los cambios que se suceden en el medio ambiente. La evaluación de riesgos se convierte en un instrumento de gestión decisivo para la adaptación de las actividades de protección de la salud en un entorno cambiante.

Debe reconocerse una mayor función de la sociedad civil en la protección de la salud, potenciando la participación de las personas y las comunidades en el proceso de formulación de decisiones. En este sentido, hay que intensificar y proseguir el impulso del autocontrol de las industrias y establecimientos, corresponsabilizando al mismo tiempo a los ciudadanos a través de la comunicación del riesgo que originan las diferentes actividades y situaciones y mediante la educación ambiental.

Según el registro de enfermedades de declaración obligatoria, la incidencia de las enfermedades infecciosas de transmisión hídrica y/o alimentaria, en general, no presenta grandes cambios en los últimos años. La tasa de incidencia de la hepatitis A fue de 5,3 casos por 100.000 habitantes en el año 1996 y de 5,6 en el año 1997. En lo que respecta a la enteritis y las diarreas en esos mismos años, las tasas fueron de 5.827,2 y 6.115,9 por 100.000 habitantes, respectivamente. En lo que respecta a la fiebre tifoidea y paratifoidea, presentó una tasa de 0,6 casos por 100.000 habitantes en el año 1997.

Durante el año 1997 se produjeron 100 toxoinfecciones alimentarias (TIA), que afectaron a 1.167 personas. Las TIA se mantienen como el tipo de brote epidémico más frecuente y suponen el 50% de brotes. La distribución de los mismos entre los ámbitos familiar y de la restauración colectiva mantiene una proporción próxima al 50%, aunque en el año 1997 la proporción se incrementó ligeramente en el ámbito de la restauración colectiva.

En lo referente a las zoonosis, pese al incremento en el número de animales sacrificados, siguen siendo enfermedades de muy baja incidencia en Cataluña. El año 1997 se sacrificaron 13.814.321 animales de abasto (bovino, ovino, porcino, equino) y 249.627.260 aves y conejos.

La brucelosis, tras el aumento de incidencia pasajero registrado en 1996, en 1997 ha vuelto a los valores de endemia habituales, con una tasa de 2,3 casos por 100.000 habitantes. En lo que respecta a la triquinosis, sigue sin existir caso alguno.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 la morbilidad declarada por fiebre tifoidea debe ser inferior a 1 caso por 100.000 habitantes y año.
- De aquí al año 2000 la morbilidad declarada por enteritis y diarreas debe ser inferior a 4.500 casos por 100.000 habitantes y año.
- De aquí al año 2000 se deben reducir los brotes declarados por toxoinfecciones alimentarias en un 30%.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

- De aquí al año 2000 la morbilidad declarada por brucelosis debe ser inferior a 3 casos por 100.000 habitantes.
- De aquí al año 2000 se debe eliminar la triquinosis de Cataluña.
- De aquí al año 2000 se debe conseguir que no se dé caso alguno de intoxicación aguda secundaria ni de contaminación química de los alimentos derivada del uso inadecuado de productos fitosanitarios y zoonosarios.

Medio ambiente saludable

El fenómeno de la globalización supone, entre otras cosas, el incremento del comercio de productos nocivos para la salud y el medio ambiente. La evaluación ambiental es uno de los instrumentos que permiten actuar de forma preventiva sobre las futuras amenazas para el medio y la salud. De acuerdo con la Ley 3/1998, de intervención integral de la administración ambiental, hay que definir cuál es el papel de los profesionales de la salud en el proceso de evaluación.

El trabajo interdepartamental e intersectorial constituye un factor decisivo para conseguir la protección de la salud de las personas frente a los riesgos medioambientales. En este sentido, es especialmente relevante proseguir y optimizar la coordinación entre el Departamento de Medio Ambiente y el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Las actuaciones dirigidas a la protección de la salud que se realizan son acordes con el Programa para la continuidad de la aplicación de la Agenda 21, aprobado el año 1997 por la Asamblea General de las Naciones Unidas: asegurar un suministro de agua potable, controlar y gestionar los residuos, tratar cuidadosamente las sustancias y productos químicos peligrosos y controlar los plaguicidas, entre otras.

Al igual que se viene aplicando el autocontrol a la industria alimentaria, debe impulsarse la implicación directa por parte de las entidades gestoras del abastecimiento de agua de consumo público y de las empresas aplicadoras de plaguicidas de uso ambiental y de uso en la industria alimentaria. En estos sectores se promueve la aplicación de guías de buenas prácticas para facilitar el autocontrol y minimizar los riesgos para la salud.

Por otra parte, la Directiva 98/83/CE, relativa a la calidad de las aguas destinadas al consumo humano, define los objetivos mínimos de calidad del medio ambiente que deben alcanzarse para mantener y fomentar el uso sostenible de las aguas destinadas al consumo humano. Ello supone aplicar nuevos parámetros de control de las aguas de consumo referidos a efectos sobre la salud.

Objetivos generales de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe controlar sanitariamente el 100% de las reutilizaciones de aguas residuales depuradas.
- De aquí al año 2000 el 100% de las piscinas de uso colectivo debe cumplir el reglamento sanitario vigente.
- De aquí al año 2000 se debe reducir el número de playas actualmente calificadas en los niveles C y D en un 70%.
- De aquí al año 2000 se debe erradicar los incumplimientos por parámetros tóxicos o microbiológicos de las redes de abastecimiento público de Cataluña.
- De aquí al año 2000 se debe controlar sanitariamente el 100% de los asentamientos humanos.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias

- Optimización de la vigilancia y seguimiento de la calidad sanitaria de las aguas de consumo público.
- Control de los asentamientos humanos no permanentes, en aquellos aspectos que puedan tener incidencia sanitaria.
- Control intracentro de los residuos sanitarios.
- Control de las empresas aplicadoras de plaguicidas de uso ambiental y de uso en la industria alimentaria.
- Coordinación interdepartamental para las actuaciones de sanidad ambiental.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se evaluarán los valores de los parámetros químicos y biológicos de interés sanitario del agua de distribución pública.

Evaluación

Existencia del informe y de las propuestas de actuación.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrán establecido los protocolos de actuación de los agentes sanitarios en la evaluación del riesgo de las actividades clasificadas.

Evaluación

Existencia de los protocolos de actuación.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud se proseguirá la implementación de la gestión avanzada de los residuos sanitarios biológicos y químicos en los centros sanitarios.

Evaluación

Porcentaje de centros sanitarios que han implementado la gestión avanzada de los residuos biológicos y químicos.

4. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá elaborado una guía de buenas prácticas en la aplicación de plaguicidas de uso ambiental y de uso en la industria alimentaria.

Evaluación

Existencia de la guía de buenas prácticas.

Higiene de los alimentos

La calidad sanitaria de los alimentos es una preocupación creciente en todo el mundo. El incremento de las transacciones comerciales de productos alimentarios, junto con los avances tecnológicos (en el campo de la genética y en los procesos de producción alimentaria, entre otros), determina que deba prestarse una especial atención al ámbito de la salud alimentaria a fin de evitar los posibles efectos negativos de las transformaciones en curso.

En Cataluña, el sector de la industria alimentaria tiene unas grandes dimensiones. Únicamente el 42,9% de su producción se consume dentro de Cataluña, lo que implica que las medidas de control alimentario alcancen ahora una dimensión de competitividad. Durante el año 1997 se llevaron a cabo 187.190 inspecciones sobre establecimientos de este tipo. Uno de los objetivos fundamentales de dichas inspecciones fue implementar, en el marco del autocontrol de las

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

industrias del sector de la alimentación, la aplicación de programas de formación para el personal en materia de higiene alimentaria.

Objetivos generales de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 la totalidad de las carnes que salgan de los mataderos de Cataluña deben estar libres de residuos derivados de la administración de promotores de crecimiento ilegales al ganado.
- De aquí al año 2000 las instalaciones y equipamientos de todos los mataderos deben reunir las condiciones higienicosanitarias fijadas por la normativa vigente.
- De aquí al año 2000 la totalidad de los establecimientos que distribuyan alimentos manufacturados, tanto si los venden al público como si los sirven en el ámbito de la restauración colectiva, deben estar sometidos a intervenciones de control sanitario.

Intervenciones y acciones prioritarias**

- Vigilancia y control sanitario de las industrias y establecimientos alimentarios que elaboran, manipulan y distribuyen alimentos.
- Fomento e impulso de la adopción de sistemas de autocontrol por parte de las industrias y establecimientos alimentarios.
- Formación de los manipuladores de alimentos.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, todas las empresas alimentarias de Cataluña deben establecer sistemas de autocontrol de la calidad higiénica de los alimentos que elaboran, aplicando los correspondientes códigos de Buenas prácticas de Elaboración y Manipulación.

Evaluación

Porcentaje de empresas dotadas de sistemas de autocontrol que apliquen los códigos de Buenas prácticas de Elaboración y Manipulación.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, todas las empresas alimentarias deben haber formado a su personal manipulador en materia de higiene alimentaria, de acuerdo con la Directiva 93/43/CEE.

Evaluación

Porcentaje de empresas alimentarias que han formado a su personal manipulador en materia de higiene alimentaria.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, proseguirá la investigación de la presencia de residuos derivados de la administración de promotores de crecimiento ilegales al ganado.

Evaluación

Existencia del informe de los resultados de la investigación.

4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se mantendrá el programa de vigilancia sobre la encefalopatía espongiforme bovina y el scrapie del ovino y el caprino en los mataderos de Cataluña.

Evaluación

Existencia del programa y el informe de los resultados de la vigilancia.

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

19. Problemas de salud relacionados con la maternidad, la infancia y la menopausia

En los últimos años ha proseguido la mejora de los indicadores de salud maternoinfantil. La mortalidad infantil y la mortalidad perinatal siguen disminuyendo y la mortalidad materna se mantiene en muy pocos casos anuales.

El año 1997, las principales causas de mortalidad infantil son las perinatales y las anomalías congénitas. Las primeras causas de mortalidad por afecciones perinatales continúan siendo la prematuridad, el bajo peso y los problemas respiratorios (asfixia y distrés respiratorio), mientras entre las anomalías congénitas las principales causas son las cardíacas y/o las cromosómicas.

En lo que respecta a la morbilidad de los niños en el año 1997, los problemas de salud más frecuentes en el primer año de vida siguen siendo las afecciones respiratorias, el bajo peso y la prematuridad. Estos dos últimos problemas son también importantes causas de mortalidad perinatal.

En 1997, las altas hospitalarias muestran el mismo patrón de morbilidad que en años anteriores. La tasa de ingresos hospitalarios de los menores de 15 años es de 71,4 por 1.000. El grupo de edad con tasa más elevada es el de menores de 1 año, con 388,6 hospitalizaciones por 1.000.

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en Cataluña, entre los años 1995 y 1996, presentan una tasa similar. No obstante, se observa un aumento del porcentaje de abortos correspondientes a mujeres jóvenes, mujeres no usuarias de centros de planificación familiar y aquellas que ya habían tenido un aborto anteriormente.

Por lo que respecta a la variabilidad en la práctica clínica, en Cataluña se mantiene la proporción de cesáreas sobre el total de partos observada en los últimos años. Sigue observándose una gran variabilidad entre los centros de la XHUP en lo que respecta a la práctica de partos con cesárea. Por otra parte, la tasa de cesáreas en los centros públicos sigue siendo inferior a la de los privados. También se observa variabilidad en la atención a los problemas de salud relacionados con la menopausia e incerteza sobre la efectividad de las diferentes tecnologías diagnósticas y terapéuticas disponibles actualmente.

Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos ¹	4,17
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos o muertos ¹	7,31
Mortalidad materna, número de muertes	0
Tasa de embarazos por 1.000 mujeres menores de 18 años	4,9
Tasa de abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años	7,2
Tasa de abortos por 1.000 mujeres de 14 a 17 años	3,2
Razón de abortos por 100 nacidos vivos en mujeres menores de 18 años	186,4
Razón de abortos por 100 nacidos vivos	17,5
Porcentaje de mujeres que han abortado no usuarias de centros de planificación familiar	62%
Porcentaje de mujeres que han abortado y que ya habían tenido un aborto anterior	26%
Morbilidad al nacer	
Bajo peso	7,3%
Prematuridad	6,8%
Tasa de hospitalización por 1.000 habitantes menores de 15 años ²	71,4
Tasa de hospitalización por 1.000 niños menores de 15 años ²	82,3
Tasa de hospitalización por 1.000 niñas menores de 15 años ²	60,0
Tasa de hospitalización por 1.000 niños y niñas menores de un año ²	388,6
Causas de hospitalización:	
< 1 año:	
Problemas perinatales	46,7%
Anomalías congénitas	5,7%
Enfermedades del aparato respiratorio	11,2%
1 a 14 años:	
Enfermedades del aparato respiratorio	24,9%
Enfermedades del aparato digestivo	12,9%
Lesiones y envenenamientos	13,7%
Partos con cesárea en los hospitales de Cataluña	22,7%
Partos con cesárea en los hospitales de la XHUP	19,5%
Porcentaje de recién nacidos que inician lactancia materna durante los 3 primeros días	82%

Tabla 30. Principales indicadores de salud y de servicios maternoinfantiles. Cataluña, 1997

¹ Tasa corregida.

² Eliminados los ingresos durante el año.

Fuentes: Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Recursos Sanitarios. Registro de mortalidad y Registro de interrupciones voluntarias del embarazo. Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Registro del CMBDAH. Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Dirección General de Salud Pública. Registro de datos básicos de salud en la etapa perinatal e infantil en Cataluña.

Objetivos generales de salud y de disminución de riesgo*

- De aquí al año 2000 se debe mantener la mortalidad materna relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio por debajo de 10 por cada 100.000 nacidos vivos.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad perinatal hasta el 6,5 por 1.000 nacimientos.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la mortalidad infantil hasta el 6,5 por 1.000 nacidos vivos.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de prematuridad cronológica por debajo del 5%.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de bajo peso al nacer por debajo del 5%.
- De aquí al año 2000 se debe disminuir el índice de embarazos en mujeres menores de 18 años por debajo del 4 por 1.000

* Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Durante este periodo el Plan de salud propone reducir los embarazos no deseados, evitar las anomalías congénitas susceptibles de prevención y reducir las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. También se sigue proponiendo la mejora de la calidad asistencial mediante la disminución de la variabilidad en la práctica clínica y la mejora de la declaración de la mortalidad perinatal y materna.

En lo que respecta a la salud infantil, se propone continuar impulsando las actividades preventivas en el ámbito de la atención primaria de salud. Y en cuanto a la salud de la mujer, se proponen medidas para la mejora de la calidad de vida en la etapa de la menopausia.

Para alcanzar estas propuestas siguen vigentes las intervenciones del periodo anterior:

- Educación sanitaria para la promoción de actitudes y hábitos de salud positiva en las etapas pregestacional y gestacional y, especialmente, la dirigida a los adolescentes.
- Detección prenatal de anomalías congénitas.
- Adopción de criterios comunes de actuación para la atención del embarazo, el parto y el puerperio.
- Detección precoz de problemas de salud en la población infantil, mediante el Programa de seguimiento del niño sano.
- Mejora de la calidad de la información referente a la mortalidad infantil, perinatal y materna.
- Adopción de las recomendaciones para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y para la atención a problemas de salud derivados de la menopausia.

Hay que señalar que en los apartados de este documento sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades del aparato respiratorio, lesiones producidas por accidentes y violencias, enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunaciones y cáncer también se proponen intervenciones que afectan a la salud maternoinfantil, de los niños y adolescentes así como de la mujer en la etapa adulta.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 90% de los servicios integrados en el Programa de Atención a la Mujer (PAD) y de los centros de planificación y orientación familiar dispondrán de un servicio de información sexual y consejo reproductivo ofrecido especialmente a los jóvenes.

Evaluación

Porcentaje de PAD que disponen de un servicio de información sexual y consejo reproductivo en horario diferenciado específico para jóvenes.

Porcentaje de PAD que disponen de la línea telefónica para jóvenes.

Actividades de información dirigidas a la comunidad sobre sexualidad y salud reproductiva.

Evolución del número de interrupciones voluntarias del embarazo en usuarias de servicios de planificación familiar.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social efectuará una campaña informativa sobre métodos contraceptivos y sobre los servicios y centros de información y atención en el área de la sexualidad y la salud reproductiva existentes en el territorio, a fin de mejorar el conocimiento de la población acerca de los recursos y métodos disponibles para prevenir el embarazo no deseado.

Evaluación

Existencia de información sobre los aspectos mencionados.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los centros que efectúan interrupciones voluntarias del embarazo elaborarán y aplicarán un protocolo de consejo sexual y reproductivo así como de información sobre la oferta de servicios de planificación familiar al alcance de las mujeres atendidas por una interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Evaluación

Existencia del protocolo en los centros.

Porcentaje de mujeres que han abortado y que ya lo habían hecho anteriormente.

4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los centros que proporcionen atención al embarazo aplicarán el protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de embarazadas donde conste el número adecuado de ecografías durante todo el embarazo, de acuerdo con los criterios del protocolo anteriormente mencionado.

5. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 80% de las embarazadas habrá recibido la primera visita de control del embarazo dentro de las 12 primeras semanas de gestación, de acuerdo con las indicaciones del Protocolo de seguimiento del embarazo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de embarazadas donde conste que han sido visitadas durante las 12 primeras semanas de gestación.

Porcentaje de historias clínicas de embarazadas con anotación de las variables relacionadas con el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y otras drogas y los hábitos alimentarios.

6. Antes del año 2000, los centros donde se presta atención maternal ofrecerán el diagnóstico prenatal para la detección de anomalías congénitas al 90% de las mujeres gestantes de acuerdo con el Protocolo de diagnóstico prenatal del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, facilitando información completa y comprensible sobre los procedimientos que deben aplicarse.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de embarazadas donde conste la oferta de diagnóstico prenatal.

7. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrá practicado la ecografía de estudio morfológico fetal a las 18-20 semanas de gestación al 70% de las mujeres embarazadas.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas de embarazadas a las que se ha efectuado la ecografía de estudio morfológico entre las 18 y 20 semanas de gestación.

8. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 90% de las embarazadas habrán sido tipificadas según su riesgo y habrán sido atendidas en las unidades maternas del nivel asistencial que les corresponda, de acuerdo con los criterios del Protocolo de seguimiento del embarazo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Porcentaje de historias clínicas donde conste la evaluación continuada del riesgo según el protocolo.

Porcentaje de recién nacidos de bajo peso atendidos en las unidades del nivel asistencial adecuado según el protocolo.

Porcentaje de recién nacidos prematuros atendidos en las unidades del nivel asistencial adecuado según el protocolo.

9. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, se habrán evaluado, elaborado y difundido unas recomendaciones para la atención al parto y al puerperio del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones.

Valoración del grado de aplicación de las recomendaciones.

10. Antes de la finalización del periodo de vigencia de esta Plan de salud, el porcentaje de partos con cesárea será inferior al 19%.

Evaluación

Porcentaje de cesáreas sobre el total de partos.

Existencia de auditorías internas en las unidades de atención maternal para estudiar este procedimiento y proponer medidas de mejora.

11. Durante el periodo de vigencia de esta Plan de salud, el 80%, como mínimo, de los niños de 1 mes de edad serán total o parcialmente alimentados con lactancia materna.

Evaluación

Porcentaje de centros que presten atención al embarazo, parto y/o puerperio que dispongan de un programa y/o información escrita que favorezca la lactancia materna.

12. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 90% de los hospitales con unidades de atención maternoinfantil dispondrá de una política explícita de atención al usuario en lo que respecta a:

- Posibilidad de elección de anestesia en el parto, siempre y cuando no se contradiga con las indicaciones médicas.

- Posibilidad de contar con un acompañante durante el proceso de dilatación y parto.

- Facilitar el contacto del recién nacido con la madre durante toda la estancia en el centro.

Evaluación

Porcentaje de hospitales que faciliten los tres puntos anteriores.

13. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el 80% de niños de 2 años atendidos en atención primaria habrá recibido los cribajes indicados en el programa de seguimiento del niño sano.

Evaluación

Porcentaje de niños de 2 años atendidos en atención primaria de salud con anotación en la historia clínica de atención primaria del peso, talla, perímetro craneal, desarrollo psicomotor y dosis de vacuna de acuerdo con el calendario de vacunación del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

14. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrá mejorado el sistema de información de la mortalidad infantil y perinatal con objeto de profundizar en el conocimiento de las características y los factores que intervienen en la misma mediante la investigación activa de casos en los hospitales.

Evaluación

Porcentaje de declaración de nacidos vivos de más de 180 días de gestación muertos antes de las 24 horas en los hospitales.

Porcentaje de declaración de nacidos muertos de más de 180 días de gestación en los hospitales.

Porcentaje de hospitales con unidades de atención maternal que dispongan de registros médicos de muertes en el periodo.

Existencia de auditorías internas en las unidades de atención maternal para estudiar las muertes y proponer medidas de mejora.

15. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrá mejorado el sistema de información de la mortalidad materna con objeto de profundizar en el conocimiento de las características y los factores que intervienen en la misma mediante la investigación activa hospitalaria.

Evaluación

Porcentaje de declaración de defunciones de mujeres en edad fértil con causa de muerte primaria derivada de las afecciones del embarazo, el parto y el puerperio en los hospitales.

Porcentaje de declaración de defunciones de mujeres en edad fértil con causa de muerte secundaria derivada de las afecciones del embarazo, el parto y el puerperio en los hospitales.

Existencia de auditorías internas en las unidades de atención maternal para estudiar las muertes y proponer medidas de mejora.

16. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud se habrán elaborado, consensado y difundido unas recomendaciones para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y para la atención a problemas de salud de las mujeres durante la menopausia.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones.

Actividades de difusión dirigidas a los profesionales.

Referencias bibliográficas

1. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Preventive Clinical Services, 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
2. Starfield B. La eficacia en la atención médica. Barcelona: Masson y Salud y Gestión, 1989
3. Rajmil L, Gispert R. Els indicadors de salut infantil a Catalunya I: utilitzats i limitacions dels indicadors de mortalitat. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 129-134.
4. McGlynn E, Halfon N, Leibowitz A. Assessing the Quality of Care for Children. Prospects Under Health Reform. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149.
5. Díaz E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud maternoinfantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit* 1995; 9: 224-31.
6. Grup català de la calcitonina. La calcitonina en el tractament de l'osteoporosi idiopàtica. AATM, 1995 (nº IN95002).
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Complicaciones patológicas de la menopausia. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, 1995.
8. Hailey D, Sampietro-Colom L, Marshall D, Rico R, Granados A, Asua J, Sheldon T. Efectividad de la medida de densidad ósea y de los tratamientos asociados en la prevención de fracturas. Alberta: INHATA, 1996.
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'Embaràs a Catalunya, 1998.
10. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària. Unitat de Pla de salut i Avaluació. La salut de les dones a Catalunya: realitats i percepcions. Barcelona, Merk Sharp & Dome España, 1999.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6. Copenhagen: WHO. 1999
12. Prats R, Armelles M, Huidobro G, Canela J, Salleras L. Alletament matern a Catalunya. Factors associats. *Ped Cat* 1999; 59. (En premsa.)
13. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

20. Infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales u hospitalarias constituyen una eventual complicación de la asistencia hospitalaria que, pese a los adelantos en el conocimiento y control de las mismas registrados en los últimos 20 años, siguen siendo un importante problema de salud tanto por la morbilidad y mortalidad que causan como por el coste económico y social que suponen.

En los patrones asistenciales se encuentran factores que influyen directamente en el desarrollo de este tipo de infecciones: aumento de pacientes de edad avanzada con procesos graves o importante afectación de su estado general, implantación de intervenciones diagnósticas o terapéuticas más agresivas y aparición de resistencias bacterianas por empleo de antibióticos de amplio espectro, que podrían explicar la dificultad de su tratamiento. En muchas de estas situaciones la infección puede considerarse como un riesgo difícilmente evitable.

Según el análisis evolutivo del Proyecto EPINE del periodo 1990-1997, los datos muestran una tendencia la descenso de la prevalencia de infecciones nosocomiales para el conjunto del Estado español, que pasan del 9,9 al 8,1%. Dicho resultado puede considerarse como muy aceptable en el contexto europeo, habiendo intervenido múltiples factores en esta disminución, entre los que destaca el cambio de patrón de las estancias (aumento del número de pacientes con estancias muy cortas, de 1 o 2 días, y cortas, de menos de 15 días, y disminución de pacientes de larga estancia). El Proyecto EPINE también pone de manifiesto el aumento de la edad media de los pacientes ingresados en todas las áreas de asistencia (de 49,2 años en 1990 a 54,7 años en 1997).

La prevalencia de infecciones nosocomiales en Cataluña en el año 1997 es del 8,2% y la de pacientes afectados de infección nosocomial del 7,0%. Respecto a las cifras de 1990 se observa, por consiguiente, una ligera disminución en ambos casos (gráfico 22). No obstante, constituye un problema cada vez más importante el aumento de la gravedad y persistencia de algunos brotes específicos (particularmente por gérmenes oportunistas).

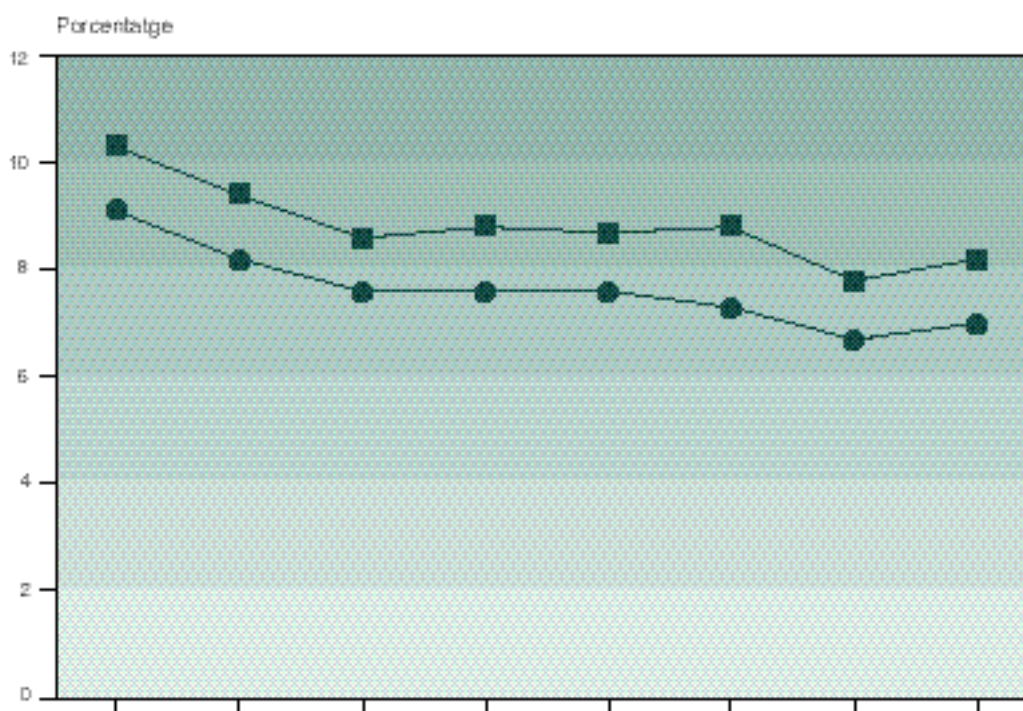


Gráfico 22. Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales. Cataluña, 1990-1997

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

Las principales localizaciones de las infecciones son las vías urinarias, relacionadas generalmente con el uso de sondas uretrales, y las heridas quirúrgicas superficiales, seguidas de las neumonías a menudo en relación con el empleo de dispositivos de ventilación asistida, las heridas quirúrgicas profundas y las bacteriemias relacionadas con el uso de catéteres intravasculares. Durante el periodo 1990-1997 ha disminuido la prevalencia de las infecciones de localización urinaria y de herida quirúrgica, habiendo aumentado las de localización respiratoria y las bacteriemias.

La prevalencia de infecciones nosocomiales ha disminuido en todas las áreas, excepto en las unidades de cuidados intensivos, que presentan la mayor prevalencia. Tras una notable disminución entre los años 1990 y 1994 (38,2 a 30,9%, respectivamente), la prevalencia de infección nosocomial en dichas unidades ha aumentado de tal forma que en el año 1997 se ha vuelto a registrar una tasa similar a la del año 1990. La disminución más acentuada ha sido en las áreas de pediatría y cirugía.

Objetivos generales de salud*

- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña en un 15%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de pacientes afectados de infección nosocomial en los hospitales de Cataluña en un 15%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de infecciones nosocomiales en las áreas de cuidados intensivos de los hospitales de Cataluña en un 10%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de infecciones nosocomiales en las áreas de cirugía de los hospitales de Cataluña en un 20%, como mínimo.
- De aquí al año 2000 se debe reducir la prevalencia de infecciones de herida quirúrgica limpia a menos del 3%.

Intervenciones y acciones prioritarias**

En los últimos años, la evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales en Cataluña puede considerarse como positiva, pero debe intensificarse la vigilancia a fin de mejorar la situación de algunos centros hospitalarios y evitar posibles crecimientos puntuales.

El control de las infecciones nosocomiales se basa en el desarrollo de un sistema propio de vigilancia epidemiológica a fin de conocer la magnitud y características del problema, los agentes causales, los mecanismos de transmisión y los factores de riesgo.

En la red de atención hospitalaria ha aumentado el peso de los centros sociosanitarios debido al progresivo envejecimiento de la población, no disponiéndose actualmente de datos globales de prevalencia de infección nosocomial en dichos centros. En este sentido, el diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica específica para la red de centros sociosanitarios se ha considerado una acción prioritaria.

Dado que todas las actuaciones que se planteaban en el Plan de salud 1996-1998 estaban dirigidas a la reducción de la infección nosocomial, en razón de su vigencia y de la pertinencia de las acciones iniciadas, para el nuevo periodo se propone sustituir las intervenciones y acciones prioritarias anteriores por una única intervención dirigida a la mejora de la calidad de la atención hospitalaria con relación a la prevención de las infecciones nosocomiales.

** Objetivos definidos el año 1991 en el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña.

** Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Para el periodo 1999-2001 se propone la siguiente intervención:

- Mejora de la calidad de la atención hospitalaria a fin de disminuir la prevalencia y consecuencias de la infección nosocomial.

Objetivos operacionales

1. Antes de la finalización del periodo de vigencia de esta Pan de salud, el Servicio Catalán de la Salud y la Red Hospitalaria de Utilización Pública definirán unos indicadores comunes para utilizar en todos los centros de la XHUP, a fin de monitorizar la prevalencia anual de infección nosocomial en cada centro.

Evaluación

Existencia de los indicadores.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud habrá diseñado e iniciado la aplicación de la estrategia para el conocimiento de las infecciones nosocomiales en los centros sociosanitarios y las propuestas de actuación en relación con la vigilancia y control de las mismas.

Evaluación

Existencia y grado de aplicación de las propuestas.

Referencias bibliográficas

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

21. Dolor y calidad de vida

La contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas es un objetivo fundamental del sistema sanitario catalán. Determinados problemas de salud, especialmente las enfermedades crónicas, las situaciones de terminalidad y algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos ocasionan a menudo un importante padecimiento físico y/o psíquico que podría ser sanitariamente evitado o paliado.

El dolor es un padecimiento innecesario que puede prevenirse, controlarse y paliarse en la mayoría de los casos. Los resultados de la Encuesta de salud de Cataluña 1994 muestran que se trata de un problema de gran prevalencia en la población catalana de 15 años y más. Así, hay que destacar que el 25,8% de los entrevistados manifiesta padecer dolor o malestar el día de la entrevista y más del 30% declara padecer o haber padecido artrosis, reumatismo o dolor de espalda crónico. El dolor afecta con mayor frecuencia a las mujeres y a los grupos de más edad.

Algunos estudios efectuados en nuestro entorno muestran que tanto el dolor agudo como el crónico son un motivo importante de demanda asistencial y que a menudo son tratados de forma insuficiente. En el momento actual, el control del dolor es una prioridad social y sanitaria, así como un signo de eficiencia, buena práctica clínica y calidad.

Otro problema con fuerte impacto en la calidad de vida son las úlceras por presión, que constituyen un problema importante para los pacientes que las padecen, así como para el entorno familiar y las personas encargadas de su cuidado. La aparición de úlceras por presión en un enfermo afecta tanto a su calidad de vida como a las posibilidades de recuperar su estado de salud, e incluso pueden poner en peligro su vida.

Las úlceras por presión se presentan con mayor frecuencia en pacientes con disminución o falta de sensibilidad, pacientes debilitados, pacientes que padecen parálisis o que, por razón de su patología, utilizan silla de ruedas o deben guardar cama durante un periodo prolongado.

La incidencia y prevalencia de las úlceras por presión constituye asimismo un indicador que ha sido relacionado con la calidad asistencial. Los diferentes ámbitos y servicios asistenciales, los hospitales de agudos, los centros sociosanitarios y la atención a domicilio deben afrontar este problema que no sólo ejerce un impacto importante en términos de salud y calidad de vida, sino también en términos de coste y consumo de recursos.

En el entorno internacional, los datos sobre prevalencia de las úlceras por presión oscilan entre un 5 y un 15% en los hospitales de agudos, y entre un 3,5 y un 20% en centros sociosanitarios. Según distintos estudios, el coste del tratamiento de una úlcera por presión es 2,5 veces superior al de su prevención, y la estancia de un paciente hospitalizado con úlceras por presión se incrementa 3,5 veces.

Actualmente, no se dispone de información que permita valorar la importancia del problema en el conjunto de Cataluña, pero se cuenta con datos obtenidos en estudios puntuales sobre la incidencia y prevalencia de las úlceras por presión, como los de un estudio efectuado en los centros sociosanitarios de Cataluña, que muestra que un 5% de pacientes presentaba úlceras de estasis, mientras un 19% presentaba úlceras de decúbito y un 12% historia de úlceras de decúbito curadas o resueltas.

Intervenciones y acciones prioritarias*

El Plan de salud de Cataluña 1996-1998 propuso intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas en lo que respecta a la prevención y paliación del dolor. Durante el periodo 1999-2001 será preciso avanzar en la aplicación de las propuestas anteriores e iniciar actuaciones dirigidas a la prevención y mejora de la atención de las úlceras por presión.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Actualmente se conoce la historia natural de las úlceras por presión así como las intervenciones que resultan eficaces para prevenir su aparición en los enfermos que presentan mayor riesgo. En este sentido, se considera que las úlceras por presión son un problema sanitariamente evitable en el 95% de los casos. La principal medida para evitar la aparición de las mismas consiste en atenuar la presión en las zonas sensibles, la inspección de la piel en los enfermos con riesgo de desarrollar úlceras por presión y las medidas higiénicas para mantener la zona expuesta seca y libre de presión.

Los conocimientos actuales sobre las úlceras por presión aportan elementos suficientes para que los diferentes niveles asistenciales y servicios desarrollen líneas de trabajo encaminadas a mejorar el conocimiento de la magnitud de este problema, prevenir su aparición y tratarlo con medidas de probada eficacia.

El Plan de salud de Cataluña 1999-2001 propone las intervenciones y acciones siguientes para este periodo:

- Sensibilización de los profesionales sanitarios, los pacientes, sus familias y la sociedad en general sobre la existencia de dolor y las posibilidades de aliviarlo.
- Impulso a la formación de los profesionales sanitarios en lo que respecta al tratamiento del dolor.
- Elaboración de recomendaciones para la prevención, tratamiento y control del dolor, con la participación y el consenso de profesionales de todos los niveles asistenciales.
- Elaboración de recomendaciones para la mejora de la prevención y la atención de las úlceras por presión, con participación de los profesionales.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud promoverá la realización de estudios descriptivos con la finalidad de disponer de datos de prevalencia del dolor en los diferentes ámbitos asistenciales.

Evaluación

Resultados de los estudios.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud impulsará el establecimiento de recomendaciones para la prevención, tratamiento y control del dolor en Cataluña, con participación y consenso de los expertos y sociedades académicas y científicas.

Evaluación

Resultados de los estudios.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, los servicios sanitarios promoverán la creación de comités de dolor con objeto de diseñar un protocolo de atención al dolor, de acuerdo con las recomendaciones establecidas para Cataluña.

Evaluación

Existencia de los comités de dolor y del protocolo.

4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud proporcionará información específica a los médicos de atención primaria sobre las condiciones de prescripción y las indicaciones de utilización de los analgésicos opiáceos.

Evaluación

Descripción de las actividades informativas específicas.

5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud elaborará unas recomendaciones para la prevención y atención a las úlceras por presión, con participación de profesionales asistenciales.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones.

Referencias bibliográficas

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

22. Trastornos cognitivos y de la conducta

En los próximos 20 años se prevé un incremento significativo de la población mayor de 65 años en Europa, aumento que estará causado fundamentalmente por el grupo de población de mayor edad, como el de 80 años y más.

Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el proceso de envejecimiento pueden repercutir de forma muy diferente en las habilidades que permiten a los individuos desarrollar una vida activa y plena. Muchas personas son activas y completamente autónomas incluso hasta muy cerca del final de sus vidas. Pero una parte considerable, y especialmente las mujeres, no podrá disfrutar de una buena calidad de vida libre de discapacidad en esta última etapa vital. Según los datos disponibles en Cataluña en el año 1994, la población disfruta de una longevidad importante, estando libre de discapacidad el 85,9% del total de tiempo de expectativa de vida. Los hombres de 65 años y más tienen una esperanza de vida de 16,5 años y las mujeres de 20,5 años, pero mientras el 64% de este tiempo de vida de los hombres estará libre de discapacidad, tan solo el 50% de este tiempo de vida estará libre de discapacidad en las mujeres.

Entre los problemas de salud que afectan más a las personas de edad avanzada, los trastornos cognitivos y de la conducta constituyen un problema de salud importante por su magnitud y gravedad, así como por su impacto en la calidad de vida de las personas y de sus familias y cuidadores. Pese a que no se conoce la frecuencia de este problema, se estima que la prevalencia de la demencia moderada-grave en la población de más de 65 años es del 5% y la de la demencia leve, del 5 al 10%.

Algunos estudios epidemiológicos efectuados en nuestro entorno muestran prevalencias de demencia en la población mayor de 64 años del 13,9% para ambos sexos (el 7,6% en los hombres y el 18,7% en las mujeres) al 14,9% (11,6% en los hombres y el 17,9% en las mujeres).

Otros estudios muestran que alrededor del 50% de la población institucionalizada en centros sociosanitarios presenta trastornos cognitivos y de la conducta. En lo que respecta a la incidencia de la demencia, se estima que es del 1%, aproximadamente, de la población de 65 años, siendo más elevada en mujeres, probablemente debido a su esperanza de vida superior a la de los hombres.

Las personas afectas de demencia presentan mayor mortalidad y su supervivencia es menor en los casos de inicio presenil y en los hombres.

En las próximas décadas puede preverse un incremento de este problema, junto con otros que afectan a las personas de edad avanzada como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población, por lo que será preciso rediseñar políticas sanitarias y sociales dirigidas al mantenimiento de la autonomía de las personas de edad avanzada, una movilización importante de los recursos sanitarios, sociosanitarios y comunitarios y un especial impulso a la solidaridad intergeneracional.

Intervenciones y acciones prioritarias*

Las intervenciones que el Plan propone desarrollar durante el periodo 1999-2001 tienen continuidad respecto al trienio anterior y hacen referencia a:

- Sensibilización de los profesionales del ámbito sanitario, los pacientes, sus familias y la comunidad respecto a los trastornos cognitivos y de la conducta.
- Mejora de la identificación y evaluación precoz de los trastornos cognitivos y de la conducta.
- Promoción del consenso entre profesionales y entre niveles asistenciales en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este problema de salud.
- Promoción del asociacionismo de los familiares de los enfermos.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud, a través del Consejo Asesor sobre Trastornos Cognitivos y de la Conducta, elaborará y difundirá unas recomendaciones para la identificación y evaluación precoz, diagnóstico y tratamiento de los trastornos cognitivos y de la conducta, con participación y consenso de profesionales de diferentes niveles asistenciales.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones.

Actividades de difusión realizadas.

2. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud, a través de un grupo de trabajo del Consejo Asesor sobre Trastornos Cognitivos y de la Conducta, elaborará y difundirá unas recomendaciones sobre los aspectos bioéticos a considerar en la atención a los trastornos cognitivos y de la conducta, como la información genética, las intervenciones de alto riesgo y la duración y finalización del tratamiento, entre otras.

Evaluación

Existencia de las recomendaciones.

3. Antes de la finalización del periodo de vigencia de este Plan de salud, las regiones sanitarias habrán identificado los recursos específicos de su territorio (asistenciales, asociaciones cívicas, etc.) para la atención a los trastornos cognitivos y de la conducta, a fin de facilitar dicha información a los profesionales sanitarios y sociales y a las familias de los enfermos.

Evaluación

Disponibilidad de la información.

Actividades de difusión realizadas.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Referencias bibliográficas

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Els trastorns cognitius i de la conducta en l'atenció sociosanitària. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998.
2. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat a Catalunya i regions sanitàries. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Universitari de Salut Pública, 1996 (Informe ISP-21/95).
3. López Pousa S, Pujol-Gómez C. Registros de demencias: situación actual en Cataluña. Revista de Neurología 1998; 27 (155):96-101.
4. Pi J, Olivé J M, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalonia, Spain. Neuroepidemiology 1996; 15: 33-41.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1997.

5

Utilización de medicamentos

Los medicamentos constituyen uno de los principales medios terapéuticos en el proceso asistencial, puesto que la mayoría de las intervenciones curativas y determinadas actuaciones preventivas incluyen la utilización de un medicamento como mecanismo intermedio para obtener un objetivo de salud concreto. Además, su empleo presenta la particularidad de ser un elemento común de los diferentes niveles de atención sanitaria, lo que le confiere la propiedad de transversalidad dentro del continuo asistencial.

El abordaje de los medicamentos desde el punto de vista de la salud debe centrarse en la utilización racional de los mismos, es decir que cada paciente tome en el momento oportuno, durante el periodo de tiempo necesario, en la dosis y forma farmacéutica adecuada, el medicamento que más convenga a su situación clínica, al menor coste posible para él y para la comunidad.

De acuerdo con esto, la utilización de medicamentos debe considerar diferentes aspectos: la facilitación del acceso a los medicamentos necesarios, la garantía de la calidad de los medicamentos comercializados, la utilización más efectiva y eficiente de los recursos farmacológicos, y los problemas de salud (mortalidad y morbilidad) derivados directa o indirectamente del uso de los medicamentos.

Consumo de medicamentos

En Cataluña, el año 1998, el número de recetas por habitante en el ámbito de la atención primaria de salud es de 15, con un gasto a precio de venta al público por habitante de 28.387 pesetas y un precio medio por receta de 1.886 pesetas.

La evolución del consumo de medicamentos (tabla 29) muestra que el número de envases de especialidades farmacéuticas consumidas aumenta en los años 1996 y 1997, disminuyendo en 1998 debido, entre otras razones, a la aplicación del Real Decreto de Financiación Selectiva de ese mismo año (RDFS-98). En el conjunto de los tres años se ha producido un incremento del 3%, aproximadamente.

Se observa un incremento en la exposición de la población a los medicamentos que podría explicarse, en parte, por un incremento de la detección y tratamiento de enfermedades crónicas, la introducción de nuevas alternativas de tratamiento y el envejecimiento de la población.

Por lo que respecta al gasto sin aportación del usuario, se produce un incremento del 17,7% en los recursos asignados a la prestación farmacéutica en el periodo 1996-1998. El porcentaje de gasto que corresponde a los pensionistas se mantiene prácticamente constante en torno al 77%, rompiendo la tendencia de crecimiento de casi dos puntos anuales de años anteriores.

El porcentaje de especialidades farmacéuticas con valor intrínseco elevado presenta un incremento de 6 puntos, en línea con el crecimiento de otros años. Nuevamente, los factores explicativos de este incremento serían: el impacto del RDFS-98 y las acciones realizadas para promover la utilización de productos de eficacia contrastada por parte del Servicio Catalán de la Salud y de las entidades proveedoras de servicios sanitarios.

Tabla 31. Evolución del consumo de medicamentos financiados por el Servicio Catalán de la Salud. Cataluña, 1996-1998

	1996	1997	1998
Facturación de farmacia: total recetas médicas (millones de pesetas)	134.097	145.169	159.468
Facturación de farmacia: recetas médicas de pensionistas	76,6%	76,8%	76,9%
Envases especialidades farmacéuticas (millones)	88,6	91,4	91,0
Valor farmacológico intrínseco elevado	76%	78%	82%

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

En lo referente al número de envases prescritos, los grupos terapéuticos que han presentado un mayor incremento entre los años 1996 y 1998 son los hipolipemiantes (35,2%), los antidepresivos (26,3%), los antihipertensivos (16,2%) y los tranquilizantes-hipnóticos-sedantes (12,3%). Los dos grupos más prescritos en envases son AINE-analgésicos-antipiréticos y antihipertensivos, que representan, en 1998, el 27,4% del conjunto de las especialidades.

En el gráfico 23 se muestra la evolución en participación sobre el total de especialidades en precio de venta al público de los diferentes subgrupos terapéuticos entre los años 1996 y 1998. En cuanto al importe, los dos grupos más prescritos en 1998 son los antihipertensivos (14,8%) y los destinados a la patología digestiva (10,8%).

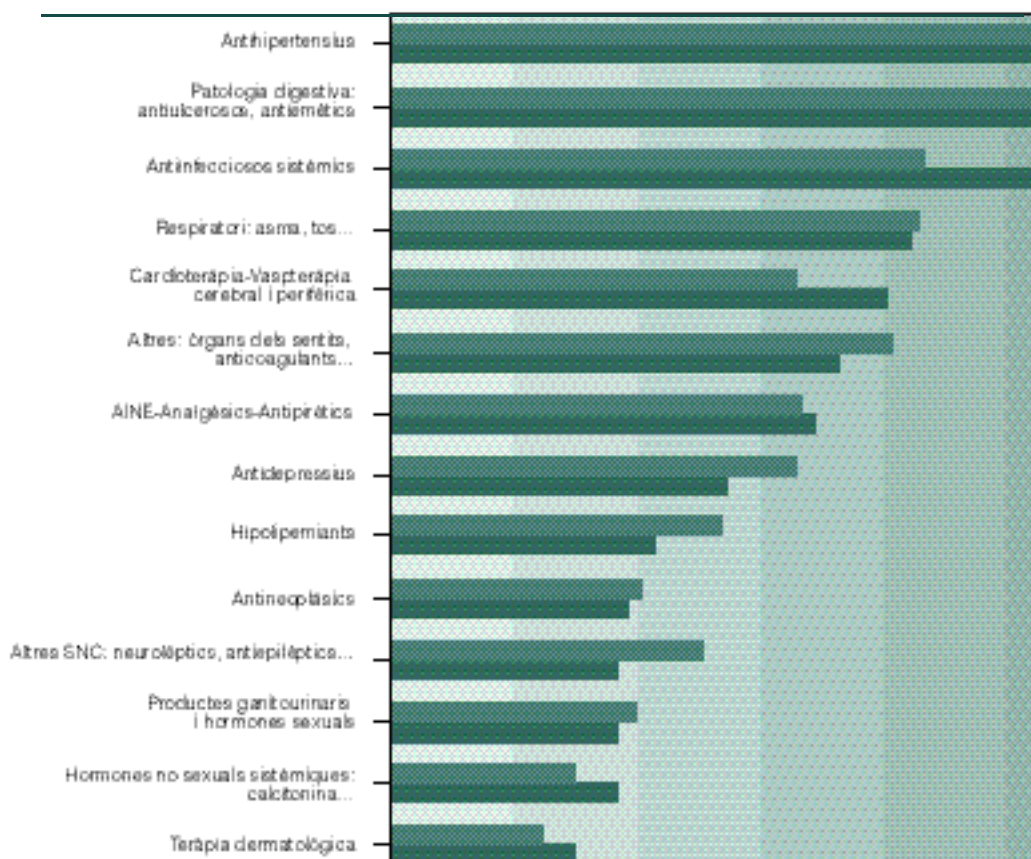


Gráfico 23. Evolución del gasto por subgrupos farmacológicos en atención primaria. Cataluña, 1996 y 1998

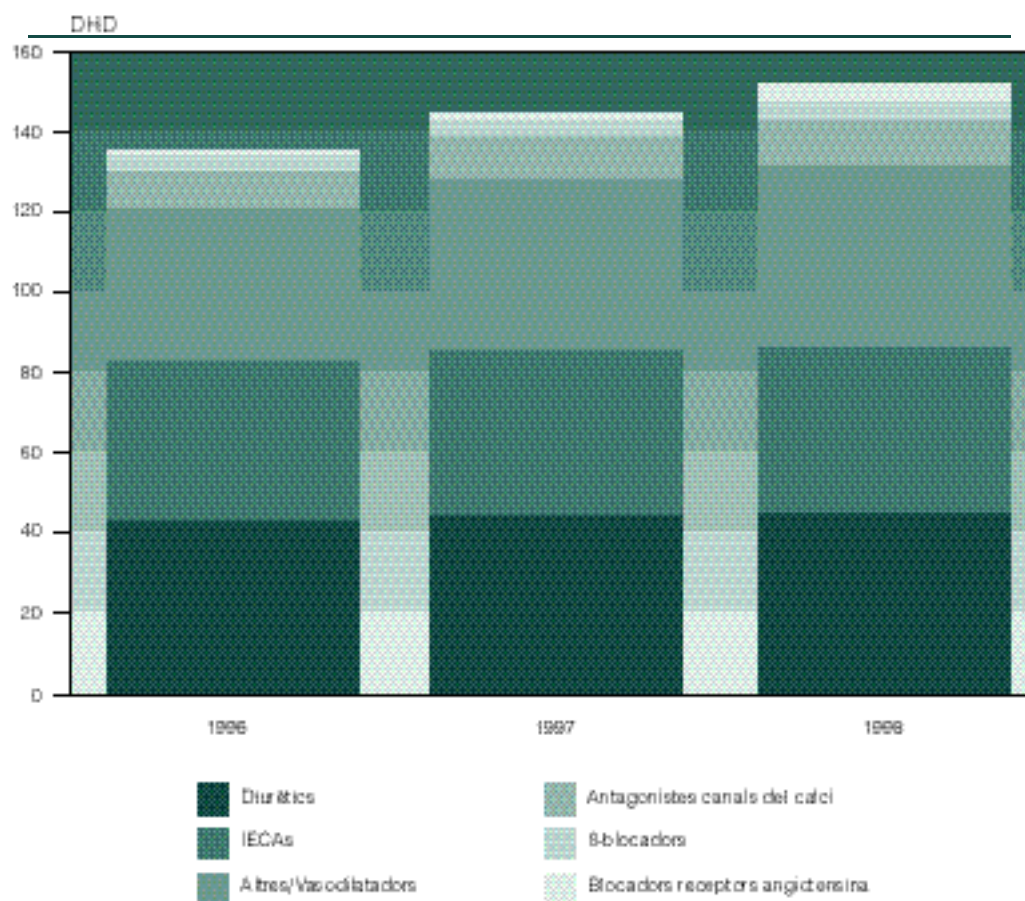
Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Los subgrupos terapéuticos que han presentado mayor incremento son los neurolepticos (181,2%) –debido a un incremento en igual proporción del coste del envase– los antiparkinsonianos (51,0%) y los hipolipemiantes (48,9%). Se han seleccionado aquellos grupos farmacológicos que guardan relación con los problemas priorizados por el Plan de salud de Cataluña. Para el análisis comparativo del consumo de medicamentos se utiliza la dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD).

Antihipertensivos

El incremento en el consumo de DHD entre el año 1996 y el año 1998 ha sido del 12,6%, destacando el crecimiento del consumo de los inhibidores del enzima conversor de angiotensina (IECA) y del nuevo grupo de bloqueadores de los receptores de la angiotensina. Los grupos restantes están estabilizados o en ligero crecimiento (gráfico 24).

Gráfico 24. Consumo de antihipertensivos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998



Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Antidepresivos

Durante el periodo estudiado el crecimiento del consumo de estos fármacos en DHD ha sido de un 37%. Aun cuando se ha moderado el ritmo de crecimiento, sigue siendo muy elevado. Como en periodos anteriores, son los inhibidores de la recaptación de serotonina los que provocan este incremento (gráfico 25).

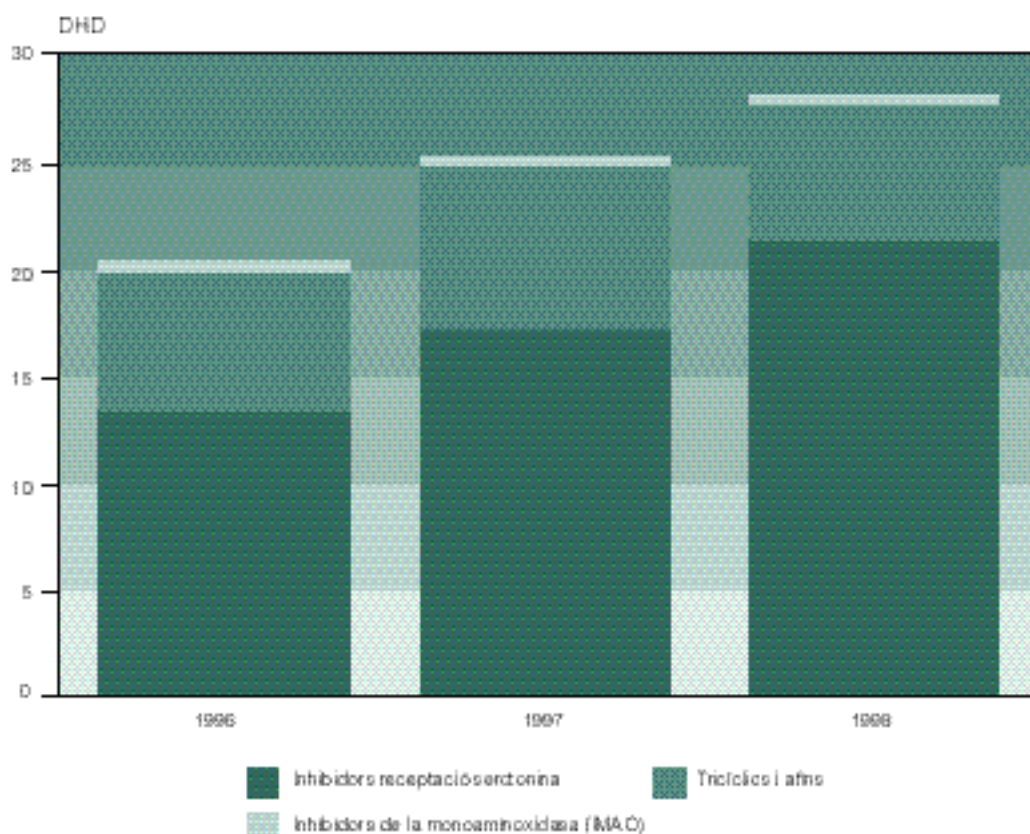


Gráfico 25. Consumo de antidepresivos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Estupefacientes mayores

La nueva normativa del año 1995 reguladora del empleo de estupefacientes por receta médica ha propiciado un incremento positivo del 80% en la utilización de morfina entre el año 1994 y el año 1998 (tabla 32).

Fármacos	1996	1997	1998
Morfina (oral)	0,133	0,134	0,143
Morfina (parenteral)	0,010	0,011	0,010
Total morfina	0,143	0,145	0,153

Tabla 32. Consumo de morfina en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Antidiabéticos

Tabla 33. Consumo de antidiabéticos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fármacos	1996	1997	1998
Insulinas	8,442	9,007	9,634
Sulfonilureas	14,416	15,264	17,546
Biguanidas	1,698	2,112	2,661
Otros ¹	1,987	2,319	2,536
Total	26,543	28,702	32,377

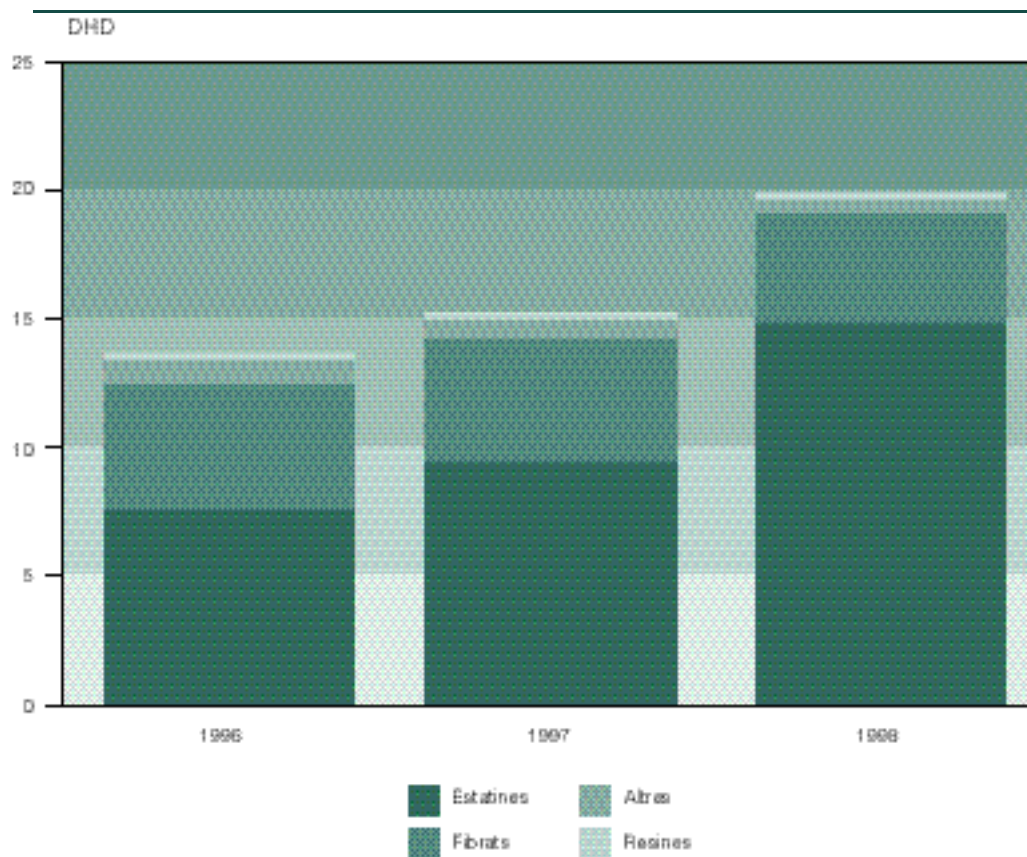
¹ Acarbosa, goma guar.

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Hipolipemiantes

El fuerte incremento del consumo del grupo de las estatinas ha motivado el incremento del consumo de hipolipemiantes en un 45,3% en DHD y en un 48,9% en importe a lo largo del periodo analizado (gráfico 26).

Gráfico 26. Consumo de hipolipemiantes en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998



Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Antibióticos

La utilización de antibióticos se ha reducido ligeramente, debido principalmente a una reducción en el empleo de las penicilinas de amplio espectro. En cambio, el grupo de los macrólidos presenta una tendencia creciente, en términos de participación sobre el total (tabla 34).

Grupo	1996	1997	1998
Penicilinas de amplio espectro	7,082	6,973	6,495
Penicilinas de espectro reducido	0,229	0,440	0,035
Tetraciclinas	0,610	0,611	0,545
Cafalosporinas	1,863	1,630	1,570
Macrólidos	3,194	3,351	3,343
Quinolonas	2,320	2,249	2,158
Otros antibacterianos	1,386	0,333	0,674
Total	16,684	15,587	14,820

Tabla 34. Consumo de antibióticos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Benzodiacepinas

El incremento del consumo en este grupo ha sido del 11,9% en DHD y del 20,1 en importe (tabla 35).

Fármacos	1996	1997	1998
Loracepam	9,899	10,962	12,115
Alprazolam	8,087	9,850	11,597
Lometacepam	7,868	8,921	10,068
Diacepam	7,841	8,000	8,091
Cloracepato dipotásico	5,233	5,308	5,342
Flunitracepam	2,704	2,236	1,449
Ketazolam	1,288	1,229	1,207
Loprazolam	1,236	1,218	1,201
Fluracepam	1,034	0,980	0,943
Medacepam	1,008	0,927	0,409
Otros	3,393	3,081	3,038
Total	49,537	52,712	55,460

Tabla 35. Consumo de benzodiacepinas en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Antiinflamatorios no esteroides (AINE)

El consumo de antiinflamatorios no esteroides en DHD ha experimentado un crecimiento del 10,2% durante el periodo 1996-1998, inferior al de periodos anteriores (tabla 36).

Tabla 36. Consumo de antiinflamatorios no esteroides en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998

Fármacos	1996	1997	1998
Diclofenac sódico	7,506	7,056	7,490
Aciclofenac	3,384	4,038	4,193
Piroxicam	5,267	4,972	4,730
Naproxeno	3,679	3,627	3,765
Indometacina	1,665	1,804	1,747
Nabumetona	1,492	0,968	0,680
Tenoxicam	1,279	0,799	0,600
Ibuprofén	1,252	1,828	2,991
Ketoprofén	0,523	0,384	0,301
Flurbiprofén	0,360	0,296	0,274
Oltros	1,064	3,668	3,505
Total	27,471	29,440	30,276

Fuente: Generalidad de Cataluña. Servicio Catalán de la Salud. Sistema de información de farmacia.

Destaca positivamente que se haya incrementado muy significativamente el consumo de ibuprofén, así como la disminución en el 9,2% del consumo de envases de AINE tópicos.

Efectividad y eficiencia en la utilización de medicamentos

El ámbito del medicamento se caracteriza, entre otras cosas, por un alto grado de innovación que determina la constante aparición de nuevos fármacos eficaces para la prevención y tratamiento de las diferentes patologías. Además, estas innovaciones son incorporadas muy rápidamente a la práctica clínica habitual, lo que supone que en términos de salud tengamos que hablar de efectividad en su empleo, la cual está condicionada fundamentalmente por la idoneidad de la indicación y el cumplimiento del tratamiento.

Por otra parte, los nuevos medicamentos disponibles aportan mejoras de diferente relevancia para la clínica, desde posibilitar el tratamiento de enfermedades que hasta ese momento no tenían una alternativa terapéutica, hasta el aumento del abanico terapéutico existente para el abordaje de determinada patología. Por consiguiente, resulta necesaria la protocolización de las estrategias terapéuticas y la selección de los medicamentos en términos de eficiencia.

La efectividad del tratamiento viene determinada en gran parte por el cumplimiento de la terapéutica. El incumplimiento de los tratamientos puede ocasionar reagudizaciones de las enfermedades tratadas o, en el caso específico de los antibióticos, la aparición de resistencias bacterianas. Las principales causas de incumplimiento de la terapéutica son el olvido, la remisión de los síntomas y el desconocimiento o falta de información sobre el proceso y la pauta de tratamiento.

Existe una amplia variabilidad en los porcentajes de incumplimiento, en función tanto del tipo de tratamiento como de los diseños de los estudios y la metodología de evaluación. Así, por ejemplo, el incumplimiento se ha estimado ente el 29 y el 66% en el tratamiento antihipertensivo, entre el 40 y el 60% en el tratamiento hipolipemiente, entre el 24 y el 50% en el tratamiento antibiótico –según se trate de niños o adultos, respectivamente–, entre el 20 y el 30% en la profilaxis de la tuberculosis o entre el 25 y el 56% en el tratamiento del asma bronquial y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Un reciente estudio realizado en dos ABS de Barcelona

en el ámbito de la atención primaria ha mostrado que el cumplimiento del tratamiento antibiótico en la edad pediátrica oscila entre el 63 y el 73%, mejorando dichas tasas con intervenciones de consejo asistido realizado conjuntamente por farmacéuticos y pediatras.

Otro aspecto relevante para el buen uso efectivo y eficiente de los medicamentos es la evidente influencia ejercida por las actividades de promoción y publicidad sobre la prescripción, dispensación y consumo de medicamentos y, por tanto, la importancia de garantizar su calidad en términos de objetividad, veracidad y promoción del uso racional de los mismos. En Cataluña, concretamente, en 1998, se han contabilizado 2.403 campañas publicitarias correspondientes a 337 principios activos y 553 especialidades farmacéuticas.

El empleo de medicamentos es un elemento común a todos los niveles de atención sanitaria, siendo compartido por los diferentes profesionales sanitarios con un mismo objetivo, la prevención o tratamiento de los problemas de salud, los cuales pueden ser tratados desde diferentes niveles asistenciales. Esta propiedad de transversalidad del medicamento tendría que estimular la coordinación entre profesionales, ámbitos y niveles asistenciales con el objetivo final de una utilización segura, efectiva y eficiente de estos recursos terapéuticos.

Problemas de salud ligados a la utilización de los medicamentos

En nuestro medio no se dispone de información exhaustiva relativa al impacto sanitario y económico de la iatrogenia medicamentosa. La mortalidad atribuible a los fármacos y consignada en los registros de mortalidad es muy baja. Algunos estudios realizados en el ámbito hospitalario (servicios de medicina interna) sitúan la mortalidad por iatrogenia entre el 3,8 y el 5,4%. En otros países, como Estados Unidos, se ha estimado que el empleo inadecuado de medicamentos provoca 200.000 muertes anuales, de las cuales un 60% se consideran evitables mediante intervenciones específicas.

En lo que respecta a la morbilidad durante el año 1997, el conjunto mínimo de datos del alta hospitalaria (CMBDAH) de Cataluña ha registrado 6.411 altas hospitalarias con motivo de ingreso "fármacos, sustancias medicinales y biológicas que causan efectos adversos en el uso terapéutico", que suponen aproximadamente un 11% de todas las causas externas registradas y el 1% del total de ingresos registrados aquel año. Se observa un incremento sustancial respecto al año 1994, en el que se registraron 1.091 causas por este concepto, debido probablemente, en parte, a una mejora en el sistema de registro de las causas externas. En este sentido, la mejora continua de los sistemas de registro permite intuir que los datos relativos a la morbimortalidad causada por medicamentos se vaya ajustando cada vez más a la realidad advertida por estudios específicos.

Estudios realizados en hospitales de nuestro entorno y similares estiman que entre el 1,1% y el 18,3% de los ingresos totales hospitalarios por urgencias son motivados por reacciones adversas a medicamentos, en función de los diferentes criterios de inclusión utilizados en cada estudio. Otros estudios de nuestro entorno estiman que el riesgo de padecer iatrogenia durante un ingreso hospitalario se sitúa entre el 9 y el 20%, debiéndose en el 70% de los casos a medicamentos.

Recientemente, un estudio efectuado en un hospital de alta tecnología de Barcelona puso de manifiesto que el 30% de los enfermos que ingresaban en urgencias presentaba algún problema relacionado con los medicamentos (PRM) y que en el 70% de dichos enfermos el PRM era el motivo de ingreso. Las reacciones adversas representaron una tercera parte de estos problemas, siendo los más frecuentes la toxicodermia y las alteraciones gastrointestinales. El segundo PRM detectado fue la prescripción inapropiada, especialmente en la analgesia y la hipertensión. En el 9% de los casos se detectó mal cumplimiento. No se observaron diferencias en la incidencia de PRM entre ambos sexos, pero se registraron más problemas en las personas mayores de 65 años y en las que tomaban mayor número de fármacos.

En las personas de edad avanzada, la mayor prevalencia de polimedicación debida a la pluri-patología asociada a la vejez, conjuntamente con las variaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos ligadas a la edad favorece la aparición de PRM como interacciones medicamentosas, efectos adversos, falta de cumplimiento, errores de medicación, etc. Existen relativamente pocos estudios que determinen la incidencia de estos problemas, observándose tasas muy variables de incidencia de ingreso hospitalario por urgencias que van desde el 0,2% al 21,7% con una media estimada del 5% en función de la definición de PRM, el tipo de población estudiado y la metodología empleada. Algunos estudios estiman que entre el 19 y el 66% de estas PRM puede prevenirse.

Por lo que se refiere a reacciones adversas a medicamentos, durante el año 1998 el Programa de farmacovigilancia de Cataluña recibió 1.197 notificaciones, habiéndose observado el 57,2% de casos en mujeres. En cuanto a gravedad, el 67,6% correspondía a reacciones adversas leves, un 23,7% eran de gravedad moderada, el 8,3% amenazaron directamente la vida del paciente y el 0,4 fueron mortales. Los órganos y sistemas más afectados fueron el aparato digestivo (19,1%), la piel y anejos cutáneos (18,7%) y el sistema nervioso (12,1%). En lo que respecta a los fármacos, los analgésicos y antimigrañosos (13,7%), los antiinfecciosos y las vacunas (13,3%) y los antiinflamatorios y antirreumáticos (11,2%) estuvieron implicados en más de una tercera parte de las reacciones.

Las interacciones entre medicamentos también pueden ser causa de mortalidad, identificándose como un motivo de ingreso hospitalario y un problema relativamente frecuente en el ámbito de la atención primaria.

Otro problema relacionado con el empleo de medicamentos es la aparición de resistencias bacterianas debidas a la elevada utilización de antibióticos, aspecto que adquiere importante relevancia en la aparición y tratamiento de las infecciones nosocomiales en el ámbito hospitalario. Concretamente, según el estudio EPINE, la prevalencia global de la infección nosocomial en el Estado español en el año 1997 fue del 8,1% y en las UCI en torno al 30%. Entre un 30 y un 40% de los pacientes hospitalizados recibe algún antibiótico, considerándose incorrectos entre el 25 y el 50% de estos tratamientos.

La utilización de medicamentos también se asocia a diferentes tipos de accidentes (laborales, de tráfico, en el hogar, etc.). Por sus características (color, olor, sabor) los medicamentos resultan especialmente atractivos para los niños. Se calcula que alrededor del 80% de las intoxicaciones se producen en niños y que el 30% de las mismas se debe a la ingestión de medicamentos.

El consumo de algunos medicamentos, como antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, antihistamínicos, estimulantes y antiepilépticos, puede convertir la conducción y el trabajo con maquinaria peligrosa en un acto inseguro dando lugar a accidentes de tráfico y laborales.

La automedicación no responsable puede llegar a ser una forma de mala utilización de medicamentos. Los fármacos que se utilizan sin supervisión médica más habitualmente son los analgésicos y los antigripales (que casi siempre contienen también analgésicos). En lo que respecta al tratamiento no supervisado del dolor, hay que señalar el elevado consumo de antiinflamatorios no esteroides (AINE), que presentan mayor riesgo de efectos secundarios que los analgésicos simples. La hemorragia gastrointestinal, a partir de un úlcus gástrico o duodenal, es el efecto indeseable más grave asociado al consumo de AINE. La incidencia de este problema de salud en nuestro medio es de 650 casos por millón de habitantes y año, de los que más del 40% son atribuibles a los AINE.

Otro efecto indeseable del consumo crónico de analgésicos y AINE es la nefritis intersticial, que causa insuficiencia renal. Resultados coincidentes, procedentes de diferentes estudios, ponen de manifiesto que el consumo crónico de dichos fármacos sería responsable del 11%, como mínimo, de todos los casos de insuficiencia renal terminal, cuya incidencia en Cataluña es de unos 120 casos nuevos por millón de habitantes y año.

Por lo que respecta a la utilización de analgésicos opioides en el ámbito de la atención primaria, pese a que se ha multiplicado por 5,2 en los últimos 10 años, estudios recientes siguen mostrando una elevada proporción de pacientes con dolor no tratados y muchas prevenciones por parte de los profesionales a la hora de administrar un opiode potente para el tratamiento del dolor grave, debido al desconocimiento de su manejo y al temor a la dependencia. Un colectivo especialmente afectado son las personas de edad avanzada afectas de cáncer.

Desde la perspectiva de la utilización experimental de los medicamentos, debe garantizarse la calidad y los criterios éticos de los estudios, de acuerdo con los requerimientos previstos en la normativa establecida. En Cataluña se llevan a cabo gran parte de los ensayos clínicos que se realizan en el Estado español; concretamente, el año 1998 se contabilizaron en Cataluña 485 ensayos clínicos controlados con medicamentos, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria.

Intervenciones y acciones prioritarias*

De acuerdo con el análisis de situación, y en continuidad y coherencia con el Plan de salud 1996-1998, el abordaje de la utilización de medicamentos en este Plan considera tres grandes líneas:

- Uso efectivo y eficiente de los recursos terapéuticos farmacológicos.
- Morbimortalidad derivada directa o indirectamente de la utilización de medicamentos.
- Abordaje transversal de la utilización segura, efectiva y eficiente de los medicamentos en los diferentes problemas de salud priorizados en el Plan, y coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Según este enfoque, para el periodo 1999-2001 se plantean las intervenciones siguientes:

- Establecimiento de criterios diagnósticos y terapéuticos relacionados con la utilización de medicamentos, con participación y consenso de los profesionales y las sociedades científicas.
- Potenciación de líneas de investigación en el ámbito del medicamento.
- Mejora del sistema de información de farmacia.
- Difusión de información objetiva sobre medicamentos y su utilización con criterios de seguridad, adecuación, efectividad y eficiencia.
- Potenciación de los aspectos que garanticen la calidad de los estudios preclínicos y clínicos con medicamentos.
- Promoción de actividades de educación sanitaria sobre utilización de medicamentos en la población.
- Profundización en el conocimiento de la morbilidad derivada directa o indirectamente del uso de medicamentos, y potenciación de los sistemas de información y notificación.

Objetivos operacionales

1. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud consensuará con los profesionales sanitarios y las sociedades científicas los criterios y medidas relacionados con la evaluación de la calidad de la prescripción, dispensación y utilización de medicamentos, de acuerdo con aspectos de idoneidad diagnóstica, eficacia, seguridad, eficiencia y necesidad, en los ámbitos de la atención primaria y especializada.

* Ver la descripción y la justificación de las intervenciones en el Plan de salud de Cataluña 1996-1998.

Evaluación

Existencia de los criterios y las medidas, y valoración de la metodología empleada mediante consenso.

2. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud promoverá el establecimiento de guías consensuadas para el tratamiento de las patologías priorizadas en el Plan.

Evaluación

Existencia de las guías y valoración de la metodología empleada mediante consenso.

3. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud promoverá la selección de medicamentos mediante formularios en los ámbitos de la atención primaria y especializada.

Evaluación

Número de formularios elaborados.

Grado de adhesión a los formularios.

Grado de implantación de la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas.

4. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud desarrollará pruebas piloto para el establecimiento de la coordinación necesaria entre los equipos de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios, a efectos de la integración de las actividades preventivas en las oficinas de farmacia.

Evaluación

Resultado de la experiencia.

5. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud elaborará programas específicos de prevención de la iatrogenia medicamentosa y de la mejora del cumplimiento terapéutico, tanto desde el punto de vista asistencial médico como farmacéutico, en lo que respecta a los problemas de salud priorizados en este Plan.

Evaluación

Existencia, en los centros sanitarios, de programas específicos de prevención de la iatrogenia y de mejora del cumplimiento terapéutico.

6. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud facilitará información a los profesionales sanitarios sobre medicamentos y el uso que se hace de los mismos.

Evaluación

Boletines de información terapéutica elaborados y distribuidos.

Otras iniciativas y/o documentos facilitados a los profesionales.

7. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud verificará que en la realización de estudios preclínicos y clínicos con medicamentos se apliquen los criterios establecidos que aseguran la calidad de los resultados obtenidos y la protección de las personas incluidas en los estudios clínicos.

Evaluación

Grado de aplicación de los criterios.

8. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud desarrollará programas de educación sanitaria dirigidos a la población sobre la utilización de medicamentos, específicamente en aspectos de automedicación, cumplimiento terapéutico y correcta administración y conservación de los medicamentos.

Evaluación

Número de programas realizados.

9. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud realizará actividades de sensibilización de los profesionales sanitarios para promover la notificación/declaración de problemas de salud relacionados con los medicamentos.

Evaluación

Actividades de sensibilización realizadas.

Evolución del número de reacciones adversas notificadas al registro de Cataluña.

Evolución del número de altas hospitalarias registradas por PRM en el CMBDAH.

10. Durante el periodo de vigencia de este Plan de salud, el Servicio Catalán de la Salud habrá diseñado el sistema de información y registro de los problemas de salud relacionados con los medicamentos.

Evaluación

Diseño de sistemas de información y registro de los problemas de salud relacionados con los medicamentos.

Referencias bibliográficas

1. De Escalante Yangüela B, Oncins Torres R, Lacasa Marzo J, Candel Calderón M, Sampedro Feliu JA. Estudio de mortalidad hospitalaria en el servicio de medicina interna en un hospital comarcal. *An Med Interna* 1994; 11: 381-4.
2. Memòria del Programa de Farmacovigilància a Catalunya.
3. Anónimo. Efectes indesitjats: un cost no només econòmic. *But Groc* 1999; 1: 1-3.
4. Butlletí de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica, nº 19, 1998.
5. Piñero F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado de control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulínica y dislipemias. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 565-7.
6. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 795-6.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La insuficiència renal terminal a Catalunya l'any 1995. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* 1997; 18: 87-91.
8. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 1997. Madrid, 1997.
9. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Manual sobre política hospitalaria de antibióticos, 1992.
10. Bonal J. Competencia, farmacia clínica y resultados de salud. *El farmacéutico* 1994; 146: 37-8.
11. Izquierdo J, Delàs J. Prevención de los accidentes de tráfico desde la consulta. *Med Clin (Barc)* 1991; 10: 399.
12. Carbajal A, García del Pozo J, Martín LH, Martín de Diego I, Rueda AM, Caro-Paltrón T et al. Cambios en el patrón de consumo de analgésicos opioides en España. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 281-3.
13. Baños JE. Dolor y opioides: razones de una sinrazón. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 294-6.
14. MacDonald N, Findlay HP, Bruera E, Dudgeon D, Kramer J. A Canadian survey of issues in cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 1997; 6: 332-42.
15. Dennehy CE, Kishi DT, Louie C. Drug related illness in emergency department patients. *Am J Health Sys Pharm* 1996; 53: 1422-6.
16. Schneitman-McIntire O, Farnen TA, Gordon N, Chan J, Toy WA. Medication misadventures resulting in emergency department visits at an HMO medical center. *Am J Health Syst Pharm* 1996; 53: 1416-21.
17. Stoukides CA, D'Agostino PR, Kaufman MB. Adverse drug reaction surveillance in an emergency room. *Am J Hosp Pharm* 1993; 50: 712-4.
18. Enarson TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 1993; 27: 832-40.
19. Pearson TF, Pittman DG, Longley JM, Grapes ZT, Vigliotti DJ, Mullis SR. Factors associated with preventable adverse drug reactions. *Am J Hosp Pharm* 1994; 51: 2268-72.
20. Johnson AJ, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1949-56.

21. ACCP Report. American College of Clinical Pharmacy, 1995; 14 1-2.
22. Ibáñez L, Laporte JR, Carné X. Adverse drug reactions leading to hospital admission. *Drug Saf* 1991; 6: 450-9.
23. Sampereiz Legarre AL, Rubio Obanos MT, Escobar Catellón F, Alfonso Martínez JL, Lanas Arbeloa A, Ayuso Blanco T. Estudio de la patología iatrógena en un servicio de medicina interna. *Rev Clin Esp* 1994; 457-63.
24. Grymonpre Re, Mitenko PA, Sitar DS, Aoki FY, Montgomery PR. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36: 1092-8.
25. Sáez Calvo A, Ausejo Segura M, Cruz Martos E, González Álvaro A, Pérez Cayuela P, Rosado López A. Interacciones medicamento-medicamento y asesoramiento farmacéutico. *Aten Primaria* 1996; 17: 559-63.
26. Torre Cisneros J, Fernández de la Puebla R, López-Miranda J, Nicolás Puiggari M, López-Segura F, Pérez-Jiménez F. Estudio del cumplimiento del tratamiento y control de la hipertensión arterial en un medio urbano. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 103-6.
27. Gil V, Martínez J, Muñoz C, Alberola T, Belda J, Merino J et al. Estudio durante cuatro años de la observancia terapéutica en pacientes hipertensos. *Rev Clin Esp* 1993; 193: 351-6.
28. Val-Jiménez, Amorós G, Martínez P, Fernández ML, León M. Estudio descriptivo del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y validación del test de Morisky y Green. *Aten Primaria* 1992; 10: 767-70.
29. González Portillo L. Adhesión terapéutica y conocimiento en hipertensión de pacientes incluidos en las consultas de enfermería. *Aten Primaria* 1993; 12: 469-73.
30. Hortonedá Jiménez M, Alfonso Sánchez JL, Cortés Vizcaino C, Sabater Pons A. Quimioprofilaxis antituberculosa: hepatotoxicidad y cumplimiento terapéutico. *An Med Intern* 1993; 10: 587-9.
31. Muñoz JG, Dueñas-Laita A, Velasco Martín A. Consumo y actitud hacia el medicamento en una comunidad rural. *Farm Clin* 1991; 8: 491-508.
32. Panel de Expertos. Resistencia microbiana ¿Qué hacer? Informe del Panel de Expertos, *Rev Esp Salud Pública* 1995; 69: 445-61.
33. Gavira R, Gómez F, Otero MJ, Barrueco M, Domínguez Gil A. Seguimiento del tratamiento antituberculoso. *Rev Clin Esp* 1994; 194: 677-81.
34. Sagalés M, Pardo C, Mas MP. Cumplimiento del tratamiento farmacoterapéutico. *Farm Clin* 1990; 7: 415-21.
35. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

6

Acciones orientadas a la mejora de la satisfacción de los usuarios y los ciudadanos respecto al sistema sanitario catalán

La mejora de la satisfacción de los usuarios y de los ciudadanos, a partir de los recursos disponibles en un entorno de moderación de los presupuestos sanitarios, es un objetivo central del sistema sanitario catalán y constituye uno de los ejes en torno a los cuales se formulan las propuestas del Plan de salud. Las acciones propuestas para el trienio 1996-1998 en relación con la mejora de la satisfacción de los usuarios y ciudadanos tenían, en su mayor parte, un carácter general y se planteaban con un horizonte temporal a medio y largo plazo. Este enfoque tenía como propósito que los diferentes niveles de responsabilidad del sistema sanitario formularan acciones concretas a desarrollar paulatinamente en su ámbito de actuación.

Así pues, las propuestas de actuación para el periodo 1999-2001 pretenden que los diferentes niveles asistenciales y organizativos planteen acciones concretas que permitan avanzar en la dirección marcada en las anteriores ediciones del Plan de salud. Durante este trienio también habrá que efectuar estudios de evaluación con objeto de identificar líneas de acción prioritarias para mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios y de los ciudadanos, así como la participación de los mismos en las decisiones sanitarias en los próximos años.

Por consiguiente, en el periodo 1999-2001, hay que continuar impulsando las líneas de actuación y acciones referentes a:

- Mejorar la información del ciudadano acerca de la oferta de servicios sanitarios y sociosanitarios a su alcance.
- Facilitar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario, introducir mecanismos que racionalicen el tiempo de espera y simplificar los circuitos administrativos.
- Mejorar la gestión de los sistemas de quejas y sugerencias de los usuarios incorporándolas a la toma de decisiones.
- Mejorar la comunicación entre los profesionales y los pacientes, la participación del paciente en las decisiones asistenciales, la protección de la intimidad y la progresiva implantación del consentimiento informado en todos los ámbitos asistenciales.
- Incrementar la sensibilidad de la organización y de los servicios sanitarios respecto a la calidad de vida y la satisfacción de los enfermos más vulnerables, haciendo hincapié en el respeto a los derechos fundamentales y a las preferencias de las personas, a la información y comunicación, al soporte a los familiares y cuidadores, así como a la integración social de los enfermos.
- Impulsar la participación ciudadana en las decisiones sanitarias, tanto en lo que respecta a la política de salud y servicios como a la oferta y funcionamiento de los mismos.
- Promover la participación del voluntariado, de los grupos de ayuda mutua y de los familiares y cuidadores de enfermos como elementos de soporte al proceso asistencial.

A continuación se destacan, de forma resumida, el conjunto de acciones prioritarias que deberán impulsar los diferentes niveles de la organización sanitaria durante el periodo 1999-2001. El marco conceptual y la justificación de dichas acciones fueron descritos con mayor extensión en la anterior edición del Plan y siguen vigentes.

Mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud y los ciudadanos

La comunicación entre los profesionales de la salud y los usuarios de los servicios sanitarios y sociosanitarios es un aspecto imprescindible para acercar los servicios a los ciudadanos. Especialmente, hay que impulsar la consolidación de los aspectos bioéticos en la relación asistencial mejorando la transmisión de información a los usuarios y a sus familiares, como elemento fundamental para garantizar su participación en el proceso de atención que afecta a la salud y calidad de vida de los pacientes. Durante este periodo se propone desarrollar acciones orientadas a:

- Impulsar la formación de los profesionales en técnicas de comunicación y en el análisis de las necesidades de los pacientes.
- Promover la sensibilización de los profesionales de la salud en el ámbito de la bioética, a fin de revalorizar las relaciones humanas entre los profesionales y los usuarios de los servicios.
- Impulsar la implantación, en los centros sanitarios y sociosanitarios, de comités de ética asistencial y grupos de trabajo interdisciplinarios que fomenten actividades de sensibilización, debate y formación de los profesionales de la salud en el ámbito de la bioética y, especialmente, en lo referente a la implantación efectiva del consentimiento informado.
- Impulsar la implantación del consentimiento informado en los centros sanitarios, entendido como un proceso de transmisión de información y de comunicación que permita la participación del paciente en las decisiones asistenciales que le afecten, de acuerdo con la Guía de recomendaciones sobre el consentimiento informado del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.
- Avanzar en la evaluación cualitativa de la aplicación del consentimiento informado para conocer si las estrategias implantadas son adecuadas y la satisfacción de los usuarios es la deseable.

Proceso de atención a los grupos de población más vulnerables

Determinados grupos de población son especialmente vulnerables en lo que respecta a su salud y calidad de vida, así como en lo referente a las posibilidades de actuar con suficiente autonomía para que los derechos humanos fundamentales sean respetados. En este sentido, para el periodo 1999-2001, el Plan de salud sigue proponiendo potenciar acciones dirigidas a la humanización del proceso asistencial, la mejora de la calidad de vida, el respeto a los derechos humanos fundamentales, la información y el soporte a los familiares de todos los pacientes y, de forma prioritaria –en la línea recomendada por la OMS–, a los niños y adolescentes hospitalizados, las personas de edad avanzada ingresadas en centros sociosanitarios y los enfermos crónicos graves y terminales.

Por este motivo, el Plan de salud propone que los centros sanitarios y sociosanitarios avancen durante el periodo 1999-2001 en la aplicación de acciones dirigidas a:

1. Atención a los niños y adolescentes hospitalizados

- Evitar las hospitalizaciones y estancias que no sean estrictamente necesarias.
- Proporcionar información clara y comprensible para el niño y su familia en el momento del ingreso garantizando la admisión conjunta del paciente y uno de sus familiares o responsable.
- Favorecer la participación de los padres o responsables del niño y del adolescente durante todo el proceso de atención.
- Facilitar la presencia física de un familiar o responsable en los momentos más angustiosos del proceso de atención (proceso de anestesia, servicio de urgencias).
- Facilitar el desarrollo de las actividades cotidianas del niño y del adolescente ingresado (juego, educación y vínculos con la escuela).
- Proporcionar apoyo psicológico específico a los niños, adolescentes y familiares cuando sea necesario.
- Preparar el alta del paciente proporcionando la información necesaria a los familiares respecto al tipo de atención y servicios a su alcance a fin de asegurar la continuidad asistencial posterior al alta.

2. Atención a las personas de edad avanzada ingresadas en centros sanitarios y sociosanitarios

- Extremar el respeto a los derechos fundamentales de los pacientes ingresados en centros sanitarios y sociosanitarios y avanzar en la implantación del consentimiento informado.
- Reflejar en los protocolos de atención a las personas de edad avanzada institucionalizada en centros sanitarios y sociosanitarios objetivos de mejora de la calidad de vida, desarrollando líneas específicas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y de sus familiares y cuidadores.
- Facilitar la integración de las personas de edad avanzada en su entorno social cotidiano potenciando la rehabilitación, la atención domiciliaria, el soporte a los familiares y cuidadores y promoviendo la participación del voluntariado y de los grupos de ayuda mutua.
- Mejorar las habilidades de los profesionales de la salud en psicogeriatría.
- Potenciar la implantación de protocolos de preparación al alta de pacientes en riesgo sociosanitario en los hospitales y centros sociosanitarios.

3. Atención a los enfermos en situación de especial gravedad, enfermos terminales o enfermos con discapacidad grave

- Promover las actuaciones necesarias para ayudar a morir con el mínimo sufrimiento posible a los enfermos terminales, mediante la implantación de protocolos que especifiquen criterios de actuación con respecto a cuidados paliativos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y soporte psicosocial a los pacientes y sus familias, asegurando el respeto a la dignidad del paciente y a su voluntad libremente expresada o la de sus representantes debidamente acreditados.
- Definir objetivos específicos de mejora de la calidad de vida en los protocolos de atención a los enfermos en situaciones de especial gravedad, enfermos terminales o enfermos con discapacidad grave, desarrollando líneas específicas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y de sus familiares y cuidadores.
- Impulsar la participación del paciente y sus familiares como elementos centrales de las decisiones del proceso de atención que les afecten, sobre todo en aquellos de especial dureza, atentos siempre a conocer y respetar la voluntad del paciente.
- Implantar paulatinamente el consentimiento informado en el proceso de atención a los enfermos en situación de especial gravedad, enfermos terminales o enfermos con discapacidad grave.
- Estimular la participación y colaboración de las familias y de los grupos de ayuda mutua, como elementos de soporte en el proceso de atención a enfermos en situación de especial gravedad, enfermos terminales o enfermos con discapacidad grave.

Satisfacción de los usuarios de los servicios y participación de los ciudadanos

La satisfacción de los usuarios es un indicador fundamental de la calidad de los servicios y, por lo tanto, un aspecto que los centros sanitarios y sociosanitarios deben conocer para aproximarse a las preferencias y necesidades percibidas por la población. Por otra parte, debe avanzarse en la incorporación de la opinión y en la participación activa de los ciudadanos en las políticas de salud y servicios.

Por estos motivos, el Plan de salud propone seguir desarrollando acciones para:

- Impulsar actividades de evaluación en los servicios sanitarios analizando especialmente aquellas dimensiones del proceso asistencial que pueden comprometer en mayor medida la satisfacción de los usuarios, con metodologías válidas que permitan utilizar sus resultados en la toma de decisiones en su entorno.
- Impulsar líneas de investigación en relación con la accesibilidad a los servicios sanitarios y sociosanitarios por parte de la población.
- Avanzar en la mejora del conocimiento de la opinión, satisfacción y preferencias de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios y las políticas priorizadas.
- Avanzar en la incorporación de la opinión de los ciudadanos a las decisiones sanitarias.

Referencias bibliográficas

1. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. Copenhague: Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa, 1994.
2. Communautés Européennes. Parlement Européen. Rapport sur une charte européenne des enfants hospitalisés du 14 avril 1986. Documents de séance. Résolution du 13 mai 1986 sur une charte européenne des enfants, 1986.
3. Ley 8/1995, de 27 de julio, de atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/1991, de 30 de diciembre, sobre medidas de protección de menores desamparados y de la adopción. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 2083, 1995.
4. Drane J. Los componentes legales y éticos del consentimiento informado. Ponencia presentada en el II Simposio sobre Bioética. Información clínica y consentimiento informado. 1995; Badalona. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995. (No publicado.)
5. Abel F. Consideracions bàsiques sobre el consentiment informat. En: Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. El consentiment informat en els hospitals de l'ICS. Barcelona: Institut Català de la Salut, 1995.
6. Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med Clin 1993; 100: 659-63.
7. Broggi MA. La información clínica y el consentimiento informado. Med Clin, 1995; 104: 218-20.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia de recomanacions sobre el consentiment informat. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
9. Scott A, Smith R. Keeping the customer satisfied: issues in the interpretation and use of patient satisfaction surveys. Int J Qual Health Care 1994, 6: 353-9.
10. Ross C, Steward C, Sinacore J. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Medical Care 1993; 31: 1138-49.
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.

7

El Plan de salud de Cataluña más allá del 2001

Formulación de las políticas sanitarias para el siglo XXI en el entorno internacional

Durante los últimos años, coincidiendo con profundos cambios en el sistema sanitario catalán, se ha trabajado para la consecución de los objetivos de salud y de disminución del riesgo definidos en el Plan de salud de Cataluña con un horizonte temporal situado en el año 2000, de acuerdo con la estrategia Salud para todos de la Oficina Regional Europea de la OMS.

Las nuevas orientaciones de política sanitaria definidas por la OMS para las dos primeras décadas del próximo siglo, contenidas en el documento Salud para todos en el siglo XXI, serán un marco de referencia que debe guiar la política de salud en Cataluña en los próximos años. La OMS mantiene como objetivo principal alcanzar el mayor potencial de salud para todo el mundo, mediante la promoción y protección de la salud de las personas en las diferentes etapas de la vida y la reducción de la incidencia de enfermedades y del sufrimiento a causa de los principales problemas de salud.

Las necesidades de salud como base para el establecimiento de la política sanitaria

El estudio iniciado por el Banco Mundial en el año 1992 y dirigido por la OMS The Global Burden of Disease (GBD), realiza una proyección para las próximas décadas del peso que los diferentes problemas de salud tendrán a nivel mundial, y de las diferencias que se prevén entre zonas geográficas según el grado de desarrollo. Dicho estudio es de gran interés puesto que, además de las proyecciones sobre la mortalidad, profundiza en el análisis de la incapacidad.

El conocimiento y la cuantificación del impacto de la incapacidad en la vida de las personas, y más teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida, es fundamental para el establecimiento de las políticas de salud en función de las necesidades, ya que una parte de los años que puede esperarse vivir se vivirán con alguna incapacidad más o menos importante.

Pese a la complejidad conceptual y de definición para medir el nivel de salud y la calidad de vida, en los últimos años se están desarrollando indicadores que, combinando los datos de morbilidad e incapacidad, permiten realizar una aproximación a este conocimiento. En este sentido, el Plan de salud de Cataluña incluye la esperanza de vida sin incapacidad entre los indicadores utilizados para el análisis de la situación de salud y sus condicionantes.

El estudio mencionado, además de proyecciones sobre la esperanza de vida sin incapacidad, también utiliza otros indicadores como la esperanza de vida ajustada según el grado de incapacidad y los años de vida ajustados según el grado de incapacidad. Este último, que considera la mortalidad prematura y la incapacidad, permite comparar la importancia, a nivel poblacional, de los diferentes problemas de salud (tabla 37). Se prevé que en el año 2020, los cinco problemas con mayor peso en la salud sean las enfermedades isquémicas del corazón, la depresión, las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes de tráfico y las enfermedades derivadas del consumo de alcohol.

Un aspecto que no puede dejar de considerarse es que el 11,6% del conjunto de la mortalidad y de la incapacidad que padece la población mundial corresponde a las regiones desarrolladas y, sin embargo, su gasto en salud representó el 90,2% del total mundial.

Problema de salud	Peso relativo (%)	
	1990	2020
Enfermedades isquémicas del corazón	9,9	11,2
Depresión	6,1	6,1
Enfermedades cerebrovasculares	5,9	6,2
Accidentes de tráfico	4,4	4,3
Consumo de alcohol	4,0	3,8
Osteoartritis	2,9	3,5
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	2,9	4,5
Demencia y otras enfermedades degenerativas del SNC	2,4	3,4
Lesiones autoinfligidas	2,3	2,4
Anomalías congénitas	2,2	1,0

Tabla 37. Peso relativo de los principales problemas de salud y proyección para el año 2020, según los años de vida ajustados por grado de incapacidad

Incluye tanto los países de economía de mercado como los integrantes de la denominada Europa del Este.

Fuente: Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, 1996. (Global Burden of Disease and injury Series: Volumen 1.)

Por lo que respecta a Cataluña, la esperanza de vida alcanzada en el año 1996 fue de 75,2 años para los hombres y de 82,4 años para las mujeres siendo, junto con la de Suecia, la más elevada de la Unión Europea. No obstante, el aumento experimentado en la esperanza de vida de la población no siempre se acompaña de buena salud.

La esperanza de vida sin incapacidad al nacer, en Cataluña, en 1994, era de 67,6 años. La población catalana presenta, por consiguiente, una longevidad importante, pero gran parte del tiempo que puede esperar vivir se acompañará de algún problema de salud que requerirá apoyo familiar, sanitario y social. Así, por ejemplo, en lo que respecta a salud mental, el gráfico 27 muestra la esperanza de vida con salud mental, que se interpreta como el número de años que una persona puede esperar vivir en una situación de buena salud mental.

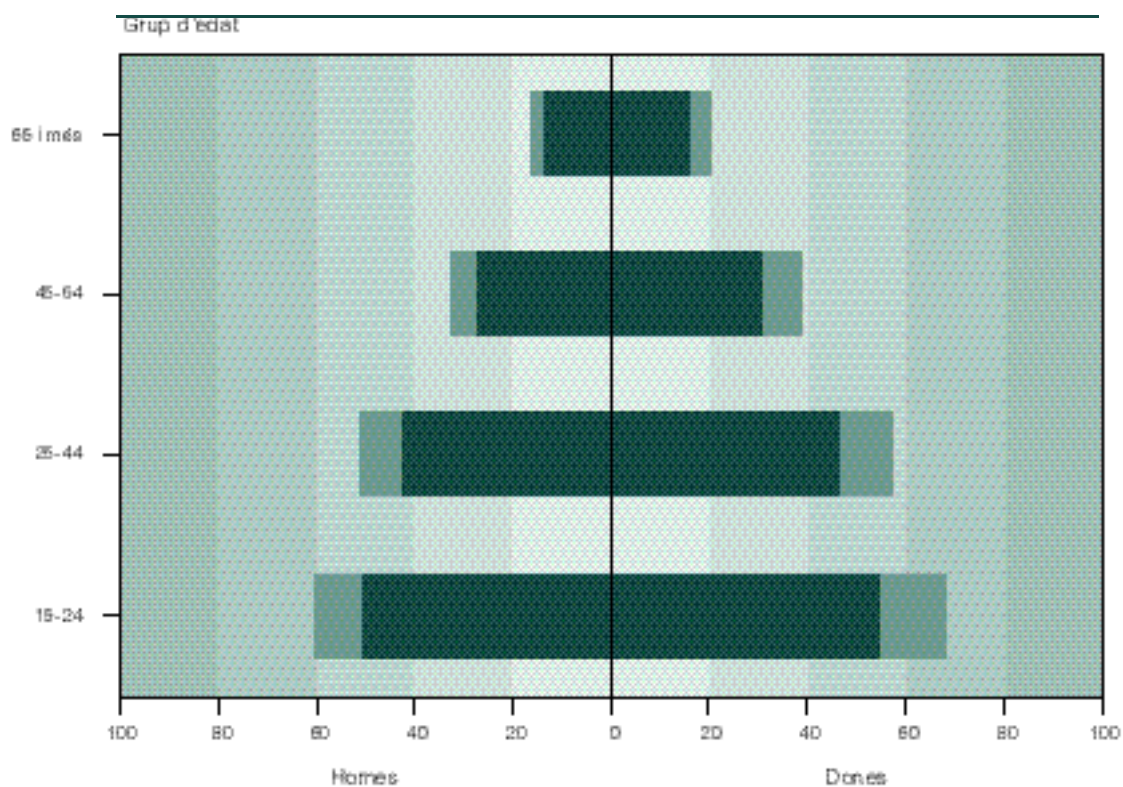


Gráfico 27. Esperanza de vida con salud mental (EVSM) y esperanza de vida con trastornos mentales (EVTM), Cataluña, 1994

Fuente: Gispert R, Ritchie K, Rajmil L, Rué M, Glutting JP, Roset M: Mental health expectancy: an indicator to bridge the gap between clinical and public health perspectives of population mental health. Acta Psychiatr Scand 1998; 98: 182-6.

En la línea de lo que prevé para Europa el GBD para los países desarrollados, los problemas de salud que posiblemente afectarán a la población catalana en las próximas décadas serán las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, el cáncer, los trastornos mentales (depresión y demencias) y las lesiones e incapacidades derivadas de los accidentes. Por otra parte, a pesar de la reducción constatada de la mayor parte de enfermedades infecciosas, deberán afrontarse otras como la infección por VIH, la hepatitis C o la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

En consecuencia, si se mantienen estas previsiones, los principales retos que tendrá que afrontar la política de salud en Cataluña consistirán, en gran parte, en dar respuesta a los problemas de salud y a las necesidades derivadas del envejecimiento de la población, a los relacionados con las enfermedades crónicas, las discapacidades y los factores condicionantes de la salud, como los estilos de vida de la población, el entorno social y el medio ambiente.

Por otra parte, la constante aparición de nuevas tecnologías y los crecientes costes de la atención a la salud en un entorno con intensas tensiones financieras y de recursos limitados, obligará a decidir donde se sitúan los recursos para dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de la población.

El marco de referencia de la OMS para las políticas de salud para el siglo XXI en la Región Europea

Las orientaciones de la OMS para el establecimiento de políticas de salud y servicios en Europa para las dos primeras décadas del siglo XXI se concretan en 21 objetivos (cuadro 5) y se basan en 4 estrategias principales para la acción:

- Estrategias multisectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud, teniendo en cuenta la perspectiva del entorno físico, económico, social, cultural y de sexo y asegurando la evaluación de su impacto en la salud.
- Programas orientados a los resultados en salud e inversiones para el desarrollo de la salud y la atención sanitaria.
- Atención primaria de salud orientada a la comunidad y la familia, apoyada por un sistema hospitalario flexible y receptivo.
- Proceso participativo que implique a los agentes relevantes en el desarrollo de la salud –en casa, en la escuela, en el trabajo y en la comunidad, tanto en el entorno local como regional–, que promueva la toma de decisiones conjuntas, la puesta en práctica de estas decisiones y la transparencia.

Fomentar la equidad y la solidaridad en el desarrollo de la salud entre los Estados miembros de la Región y entre los grupos dentro de cada país

1. Solidaridad para la salud en la Región Europea.
2. Equidad en la salud.

Reforzar la salud a lo largo de la vida

3. Inicio saludable de la vida (contrarrestar desventajas iniciales, apoyo familiar, proteger los derechos del niño, reconocer y tratar los maltratos infantiles).
4. La salud de los jóvenes (accidentes, drogas, embarazos no deseados, elecciones saludables, acceso a la educación y al trabajo, educación sexual, empresas saludables).
5. Envejecer con salud (preparar el envejecimiento saludable con la promoción y protección de la salud a lo largo de toda la vida, soporte a las personas de edad avanzada en la vida cotidiana, aumento de la autonomía y de la productividad social).

Reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades y otras causas de mortalidad a los niveles más bajos factibles

6. Mejorar la salud mental (reducción del suicidio, promoción y protección de la salud mental a lo largo de la vida, particularmente en los grupos social y económicamente desfavorecidos, detección precoz de la depresión, estrés, paro, calidad en el trabajo).
7. Reducir las enfermedades transmisibles.
8. Reducir las enfermedades no transmisibles.
9. Reducir las lesiones producidas por violencia y accidentes.

Crear una salud sostenible a través de un entorno físico, económico, social y cultural más saludable

10. Un entorno físico saludable y seguro.
11. Vivir con más salud.
12. Reducir los daños derivados del alcohol, las drogas y el tabaco.
13. Espacios saludables (casa, jardín de infancia, escuelas, lugar de trabajo, ciudad).
14. Responsabilización multisectorial para la salud.

Orientar el sector sanitario para asegurar mayores ganancias en salud, equidad y eficiencia

15. Construir un sector sanitario integrado, basado en la atención primaria y en políticas de salud comunitaria.
16. Gestionar para la calidad de la atención (medida de los resultados; variabilidad en la práctica clínica, atención basada en la eficacia de las medidas; identificación de recursos liberables para atender necesidades emergentes).
17. Financiar los servicios de salud y asignar los recursos.
18. Desarrollar los recursos humanos para la salud (soporte de los profesionales sanitarios y de otros ámbitos para la acción multisectorial).

Crear un amplio movimiento social para la salud a través de asociaciones innovadoras, unificar políticas y prácticas de gestión adaptadas a las nuevas realidades de Europa

19. Investigación y conocimiento para la salud.
20. Movilizar a los agentes para la salud y promover la transparencia, la responsabilización y la participación.
21. Desarrollar políticas y estrategias para la salud para todos (marco de referencia para establecer prioridades, elegir estrategias y movilizar los recursos para la acción de la salud en toda la sociedad; privilegiar la construcción de redes, alianzas y asociaciones para la salud a nivel nacional, regional y local dando protagonismo a la población).

Cuadro 5. Los 21 objetivos de la OMS para el siglo XXI, en la Región Europea

Cataluña se suma a la orientación de la OMS: Salud para todos en el siglo XXI

Al establecer políticas de salud, Cataluña, al igual que otros países de Europa, deberá privilegiar la calidad respecto a la cantidad, priorizando la mejora de la expectativa de vida en buena salud y no sólo el aumento del número de años vividos.

El estado de salud de la población está influido por la calidad del medio ambiente, las condiciones socioeconómicas, el trabajo, la educación, el urbanismo, la accesibilidad a los servicios sanitarios y al soporte social, entre otros factores. Las desigualdades en cuanto a salud están también muy mediatizadas por estos factores. Será preciso, por consiguiente, centrarse en los condicionantes para la salud, lo que requerirá motivar y fomentar la cooperación sistemática de un amplio abanico de sectores que hasta ahora no habían sido plenamente reconocidos como corresponsables en el ámbito de la salud, a fin de que adquieran un compromiso explícito en la definición de los objetivos de salud y las intervenciones para alcanzarlos, por lo que se requerirán nuevas fórmulas para la coordinación y la cooperación intersectoriales.

Todos los sectores tendrían que conceder mayor importancia a las actuaciones de protección y promoción de la salud y seleccionar las intervenciones más efectivas, eficientes y que tengan mayor grado de aceptación social. Este planteamiento multisectorial de la política de salud ha de incorporar, además, la preocupación por la equidad y por la disminución de las desigualdades en salud focalizando determinadas intervenciones en los grupos de población más vulnerables. No puede pensarse en reducir las desigualdades en salud si no se actúa sobre otros aspectos relacionados con el bienestar como el trabajo, la educación y la cultura, entre otros.

Sin duda, el sistema sanitario es una pieza clave en el mantenimiento y mejora de la salud de la población. De acuerdo con los objetivos de la OMS para el siglo XXI, y a fin de garantizar mayores beneficios en salud, equidad y eficiencia, habrá que construir un sector sanitario integrado basado en la atención primaria y estrechamente relacionado con los servicios especializados y comunitarios. La gestión para la calidad y la medida de los resultados en salud han de ser rasgos característicos de los servicios sanitarios.

Para realizar con éxito las acciones que se derivan de esta orientación hay que contar con profesionales que tengan altos conocimientos, motivación y capacidades. Es especialmente relevante que los programas de formación de los profesionales de la salud y de otras ramas como educadores, arquitectos, periodistas y economistas, entre otros, además de capacitación técnica en su ámbito, incorporen una visión intersectorial con relación a la salud que los prepare para el trabajo con los demás sectores.

Hay que estimular la participación de la sociedad en las estrategias de salud para todos, crear alianzas, buscar la colaboración de los diferentes sectores sociales y, también, difundir información transparente que favorezca la implicación de los ciudadanos y estimule un debate abierto en torno a la salud y los servicios sanitarios. En este sentido, el papel de los medios de comunicación es fundamental para la creación de opinión y la transmisión de la información sobre temas sanitarios que llega a la población.

Proceso de elaboración del Plan de salud en el inicio del siglo XXI

El Plan de salud se desarrolla en diferentes etapas que configuran un proceso cíclico y dinámico periódicamente renovado. Se inicia con el análisis de la situación de salud, sus condicionantes y servicios, la identificación de los problemas prioritarios y la definición de objetivos e intervenciones. Sigue con la elaboración de las propuestas del Plan y la evaluación de la consecución de los objetivos. Esta última etapa enlaza con la elaboración del Plan para el periodo siguiente.

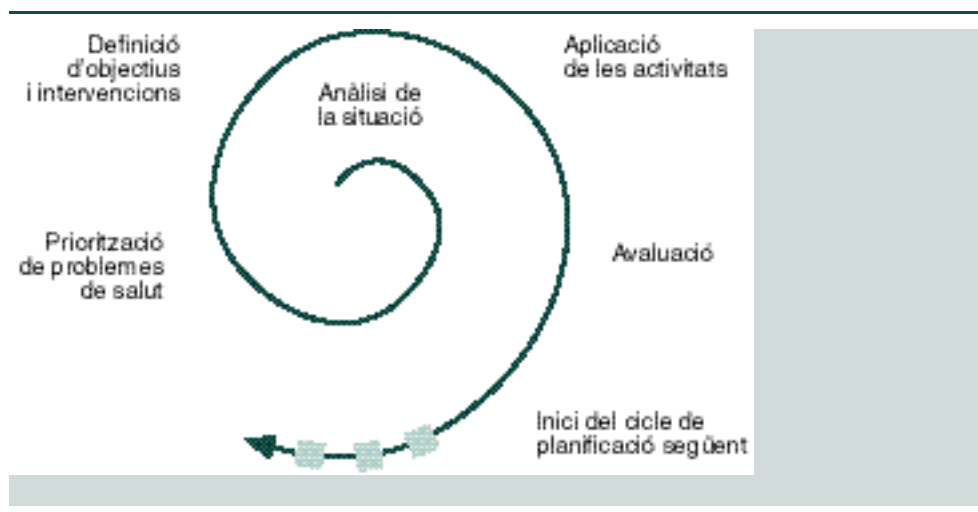


Gráfico 28. Etapas del Plan de salud

La experiencia adquirida en el periodo 1993-2001 es un capital de partida para afrontar los retos que plantea la planificación en salud en el siglo XXI. En este periodo se ha avanzado, en mayor o menor grado, en el análisis de la situación de salud, en el diseño e implantación de las intervenciones y en la evaluación de los resultados obtenidos en términos de salud y satisfacción de los usuarios. No obstante, habrá que incorporar nuevos planteamientos que enriquezcan la totalidad del proceso de planificación de modo que los objetivos e intervenciones que se prioricen sean los más pertinentes y adecuados a las necesidades de la población.

Actualmente, existe una gran preocupación en cuanto a que la respuesta a las necesidades de salud y expectativas de la población esté en consonancia con la disponibilidad de recursos. También existe el reconocimiento, más o menos explícito, de que es imprescindible decidir la asignación de los recursos destinados a la salud en términos de prioridades a satisfacer.

Diferentes países de todo el mundo han buscado estrategias que permitan establecer las prioridades sanitarias y determinar cuáles son los problemas más relevantes, cuáles son las intervenciones más pertinentes y dónde y cómo se asignarán los recursos. Las experiencias de Oregón, Nueva Zelanda, Australia y Canadá han originado un amplio debate internacional al respecto.

En Europa, algunos países han creado comisiones gubernamentales para formular y sugerir prioridades sanitarias. Podríamos decir que en el proceso de establecimiento de prioridades en salud pública con cierta metodología apenas se ha empezado a caminar, y que las diferentes estrategias ensayadas no han estado exentas de críticas. Los criterios empleados, los participantes seleccionados, la información disponible sobre la eficacia de las intervenciones, las implicaciones éticas que de ello pueden derivarse y quién, en definitiva, tomará las decisiones finales, son los aspectos que más preocupan en relación a los procesos para la determinación de prioridades.

En Cataluña, la selección de los problemas de salud y las intervenciones prioritarias del Plan de salud ha incorporado sucesivamente la experiencia adquirida en las diferentes etapas y ha introducido nuevos elementos que han supuesto mejoras cualitativas en el proceso.

En una primera etapa, el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña sigue básicamente un criterio epidemiológico. En función de los datos sobre mortalidad, morbilidad e incapacidad, se seleccionan los problemas e intervenciones prioritarios, utilizando como criterio la magnitud y gravedad de los problemas y el potencial de mejora de la salud de las intervenciones disponibles. A partir del análisis de situación, se fijan los objetivos y los niveles a alcanzar para el año 2000, teniendo en cuenta la estrategia Salud para todos en el año 2000 de la OMS para Europa.

En una segunda etapa, se elabora el Plan de salud de Cataluña 1993-1995, a partir de los objetivos de salud y de disminución de riesgo y los criterios generales de planificación sanitaria contenidos en el Documento marco. Este proceso se lleva a cabo de forma descentralizada con la participación de las regiones y los sectores sanitarios, lo que permite incorporar la especificidad del territorio en la identificación de los problemas. Los profesionales de las regiones sanitarias son invitados a participar en el proceso, de tal forma que esta consulta permite ampliar la lista de problemas identificados en el análisis de la situación del Documento marco, como, por ejemplo, los trastornos mentales, la diabetes *mellitus*, los problemas de salud materno-infantil y las enfermedades osteoarticulares.

En el proceso de elaboración del Plan de salud 1996-1998 se incorporan nuevos elementos. Se amplía la información sociodemográfica y de salud disponible y se cuenta con los resultados de la evaluación del periodo 1993-1995. También se conoce la opinión de más de 3.000 profesionales sobre aspectos del Plan y de su práctica profesional, así como la percepción de la población con relación a su salud, a través de la Encuesta de salud de Cataluña 1994 realizada a 15.000 personas representativas de la población catalana. Esta información lleva a identificar nuevos problemas de salud susceptibles de ser abordados: el dolor, los trastornos cognitivos y de la conducta y los malos tratos infantiles.

Los criterios de referencia para la identificación de problemas prioritarios se han basado en la magnitud, gravedad e impacto social y económico que estos problemas ocasionan. En lo que respecta a la selección de las intervenciones y acciones prioritarias, se considera la efectividad, coste, factibilidad y aceptabilidad de las mismas. No obstante, en la práctica no siempre es técnicamente posible contar con todos los elementos necesarios para conducir el proceso de acuerdo con los criterios teóricos. En este sentido, no siempre es fácil disponer de la información relativa a la efectividad, coste, aceptabilidad o factibilidad de las intervenciones.

En la selección de las intervenciones se ha contado, fundamentalmente, con la participación de profesionales expertos, especialmente del ámbito sanitario. La creación de grupos de trabajo multidisciplinares ha permitido incorporar la visión de los diferentes ámbitos asistenciales y colectivos profesionales. Las propuestas resultantes se han sometido a la consideración de las sociedades científicas.

Por lo que respecta a la participación de otros sectores, la colaboración y el trabajo conjunto han sido desiguales, no habiendo llegado al nivel que era de esperar en razón del carácter intersectorial e interdisciplinar que debería tener la planificación sanitaria. Por otra parte, la participación de los ciudadanos ha estado representada por los órganos de participación formal.

En el futuro, el proceso de identificación de problemas y selección de intervenciones debe evolucionar a fin de lograr destacar aquellos problemas a los que hay que dar mayor prioridad (gráfico 29).

El desarrollo de estos procesos ha de alcanzar un mayor carácter intersectorial. Desde el liderazgo del sistema sanitario en la formulación de los objetivos y las propuestas del Plan de salud, se tendrá que avanzar todavía más en el consenso, implicación y compromiso de las demás instituciones y sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud.

A fin de que, en las próximas décadas, las políticas de salud y servicios sanitarios respondan cada vez más a las necesidades, expectativas y preferencias de la población es necesaria la participación de los ciudadanos, participación que debe incluir a las organizaciones ciudadanas implicadas en la mejora de la salud y, especialmente, a la comunidad educativa, las organizaciones sindicales y empresariales, las sociedades científicas y los profesionales.

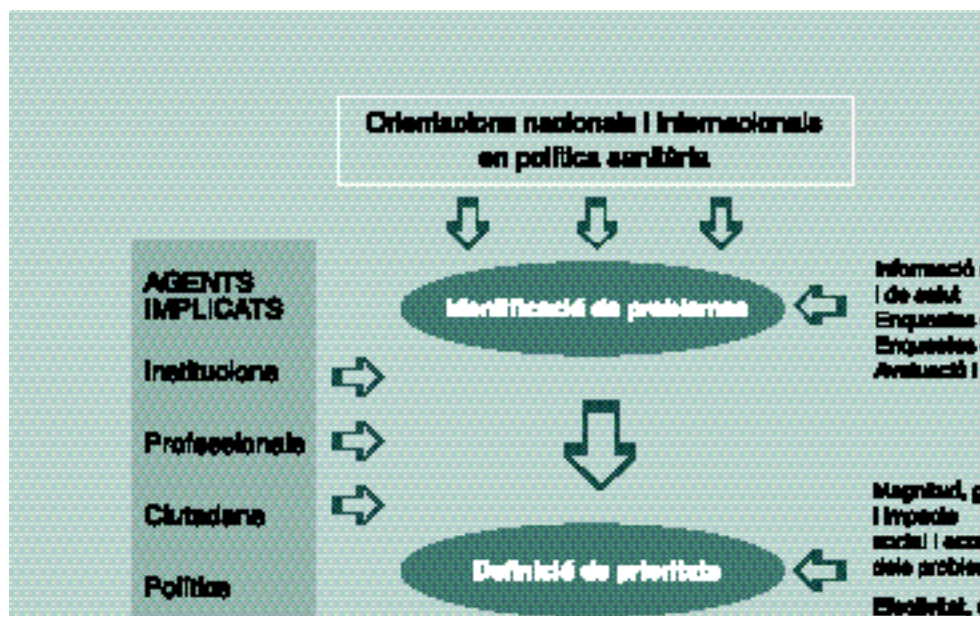


Gráfico 29. Elementos para la definición de las prioridades en salud más allá del 2001

Mejorar cualitativamente la participación en este proceso aportará, sin duda, una visión más plural de los problemas y un mayor grado de aceptabilidad, compromiso y corresponsabilización individual y colectiva, al tiempo que se ganará en transparencia en las decisiones.

Por otra parte, tanto para la identificación de necesidades como para la selección de intervenciones y para conocer los resultados en cuanto a salud y satisfacción de la población, disponer de información de calidad es un elemento imprescindible. Al efecto, se presentan seguidamente algunas propuestas que hay que desarrollar desde ahora para mejorar el sistema de información sanitaria y las líneas de evaluación que han de nutrir el proceso de elaboración del Plan de salud más allá del 2001.

Información sanitaria para la planificación y la evaluación

La capacidad para identificar problemas de salud, detectar cambios y monitorizar tendencias, evaluar intervenciones o movilizar recursos por necesidades de salud depende en gran medida de la disponibilidad de información de calidad y de la accesibilidad a dicha información por parte de todos los agentes implicados en la mejora de la salud de la población.

El sistema sanitario debe ser capaz de generar la información necesaria, aprovechar la disponible y ponerla eficientemente a disposición de todos los profesionales sanitarios, sean clínicos, gestores o planificadores. También debe facilitar la información relevante a los diferentes sectores implicados en la salud y a los ciudadanos a fin de que los diferentes actores dispongan de información suficiente para poder opinar y participar de forma efectiva en las decisiones sanitarias.

Las necesidades de información no han de considerarse aisladamente, sino en el marco de un sistema de información sanitaria más amplio. El rasgo diferencial de este sistema de información más amplio y globalizador tendrá que centrarse en el carácter poblacional, cuyo núcleo central es el individuo.

Generar, mantener y diseminar información eficaz, fiable y segura con criterios de equidad, territorialidad y confidencialidad implica también diseñar procesos de acreditación en función de estándares nacionales e internacionales de calidad, que permitan garantizar la consistencia y comparabilidad de los sistemas de información propios con los del entorno.

Habrà que considerar aspectos relacionados con la estandarización internacional de indicadores sanitarios, el consenso de criterios clínicos de codificación y estándares tecnológicos de transmisión y seguridad de la información, entre otros. Con esta finalidad, la OMS está desarrollando actualmente instrumentos estandarizados como la Encuesta de salud europea u otros sistemas de recogida de información orientados a ámbitos específicos como la alimentación o el medio ambiente.

El inevitable desarrollo paralelo de las tecnologías de la información ha de desempeñar un papel importante para agilizar el flujo de información que permita alcanzar los grados de accesibilidad y oportunidad necesarios. La multidireccionalidad del flujo de información necesaria para una estrategia intersectorial cada vez más importante requiere mecanismos de coordinación de los diferentes estamentos implicados en el diseño, recogida, gestión, explotación y diseminación de información en la totalidad del sistema para hacerla accesible a todos los niveles de decisión.

Para el despliegue de un sistema de información sanitaria de acuerdo con estas características, será preciso un consenso entre todos los usuarios del sistema y la elaboración, a corto plazo, de un plan de implantación riguroso, abierto y flexible.

Indicadores utilizados en la elaboración del Plan de salud de Cataluña en el periodo 1993-2001

Para la elaboración del Plan de salud en el periodo 1993-2001 se han utilizado unos indicadores comunes que aportan información relevante para el análisis de la situación tanto a nivel de Cataluña como de las regiones sanitarias. Los ámbitos temáticos de los indicadores seleccionados hacen referencia a los factores condicionantes de la salud, el estado de salud y los servicios sanitarios y sociosanitarios.

El cuadro 6 muestra los indicadores más relevantes utilizados.

Cuadro 6. Indicadores utilizados para la elaboración del Plan de salud de Cataluña

Sociodemográficos	<p>Número de habitantes Población por edad y sexo Índices de dependencia: global, juvenil y senil Índice de envejecimiento Tasa de natalidad Tasa de fecundidad Índice sintético de fecundidad Tasa de crecimiento vegetativo Tasa de crecimiento demográfico Población por tipo de hogar Población según procedencia y año de llegada a Cataluña Población activa según actividad y según ocupación Población según situación laboral principal Tasa de actividad Tasa de paro Renta familiar per capita Densidad de población Extensión territorial Clase social según ocupación Nivel de instrucción</p>
Mortalidad general	<p>Tasa de mortalidad general Tasa de mortalidad infantil Tasa de mortalidad evitable Tasa de mortalidad específica por causas Esperanza de vida Años potenciales de vida perdidos Índice de mortalidad estandarizada</p>
Servicios sanitarios (morbilidad atendida y utilización)	<p>Tasa de hospitalización Tasa de hospitalización por diagnóstico Índices de penetración y procedencia Prevalencia de infecciones nosocomiales Visitas a la atención primaria por problema de salud/hab./año Visitas a la atención primaria por motivo de salud/hab./año Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares Usuarios según el grado de satisfacción en relación con la atención recibida Prescripción de medicamentos</p>
Estilos de vida	<p>Prevalencia de consumo de tabaco Frecuencia de consumo de drogas Prevalencia de consumo de alcohol Inicios de tratamiento por tipo de droga Morbilidad asociada al consumo excesivo de alcohol Mortalidad atribuible al consumo excesivo de alcohol Mortalidad por reacción adversa al consumo de opiáceos o cocaína Prevalencia de la práctica de ejercicio físico según la intensidad Población según los hábitos de alimentación y el consumo de nutrientes Prevalencia de sobrepeso y obesidad Escolares que se cepillan los dientes a diario Uso de elementos de seguridad en la conducción de vehículos (cinturón, casco, sillita infantil) Población que se automedica Población que se somete a prácticas preventivas (examen médico, tensión arterial, nivel de colesterol, mamografía, citología, etc.)</p>

Salud laboral	<p>Tasa de mortalidad por accidentes laborales</p> <p>Tasa de incidencia de accidentes laborales</p> <p>Tasa de incidencia de enfermedades profesionales declaradas</p> <p>Casos de enfermedades relacionadas con el trabajo notificados a las unidades de salud laboral</p> <p>Prevalencia de riesgo laboral percibido</p>
Salud maternoinfantil	<p>Tasa de mortalidad materna</p> <p>Tasas de mortalidad perinatal y neonatal</p> <p>Tasa de incidencia de enfermedades congénitas</p> <p>Tasa de incidencia de nacidos con bajo peso</p> <p>Tasa de incidencia de nacidos prematuramente</p> <p>Embarazos en mujeres <18 años</p> <p>Partos con cesárea</p> <p>Edad media de maternidad</p> <p>Prevalencia de lactancia materna el 3er día</p> <p>Tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)</p> <p>Razón IVE/nacidos vivos</p> <p>Tasa de IVE en mujeres <18 años</p> <p>Cobertura vacunal infantil</p> <p>Índices cod y CAOD y escolares libres de caries</p>
Salud mental	<p>Tasa de suicidio</p> <p>Tasa de mortalidad por causas relacionadas con trastornos mentales</p> <p>Morbilidad atendida por trastornos mentales (TM)</p> <p>Prevalencia de TM</p>
Problemas de salud crónicos	<p>Esperanza de vida sin incapacidad</p> <p>Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, hipocolesterolemia, tabaco</p> <p>Prevalencia de discapacidades</p> <p>Tasa de incidencia y prevalencia de cáncer</p> <p>Prevalencia de diabetes <i>mellitus</i> tipo 2</p> <p>Tasa de incidencia de diabetes <i>mellitus</i> tipo 1</p> <p>Prevalencia de otros trastornos crónicos percibidos (aparatos digestivo, circulatorio, respiratorio y locomotor; dolor)</p> <p>Prevalencia y tasa de incidencia de insuficiencia renal crónica con tratamiento sustitutivo</p> <p>Trasplantes hepáticos y renales</p> <p>Prevalencia de demencia</p> <p>Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares e isquémicas del corazón</p> <p>Tasa de mortalidad por cáncer: pulmón, mama, colorrectal</p> <p>Tasa de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado</p> <p>Tasa de mortalidad relacionada con el tabaco</p> <p>Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias: EPOC, asma</p>
Enfermedades infecciosas	<p>Tasa de incidencia de enfermedades vacunables</p> <p>Tasa de incidencia de zoonosis</p> <p>Tasa de incidencia de enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Tasa de incidencia de tuberculosis</p> <p>Tasa de mortalidad por tuberculosis</p> <p>Tasa de incidencia de sida</p>

	Tasa de mortalidad por sida
	Prevalencia de anticuerpos anti-VIH en recién nacidos
	Prevalencia de infección por VIH en poblaciones centinela
	Brotos de toxoinfecciones alimentarias y otros brotes epidémicos
	Tasa de incidencia de hepatitis víricas
	Tasa de incidencia de enteritis y diarreas
	Defunciones por tétanos
Accidentes y violencias	Tasa de incidencia de accidentes
	Tasa de mortalidad por accidentes
	Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en hombres de 15-24 años
	Tasa de mortalidad por accidentes infantiles
	Tasa de mortalidad por accidentes en las personas de 65 y más años
	Morbilidad por accidentes infantiles
	Morbilidad por accidentes en las personas de 65 y más años
	Accidentes de tráfico con víctimas
	Personas que declaran haber sufrido un accidente
	Prevalencia de maltratos infantiles

Necesidades de información

En los últimos años se han realizado importantes esfuerzos dirigidos a la mejora de la calidad de la información en salud disponible. Aun así, sigue siendo necesario mejorar la calidad de la información sanitaria, ya sea por el vacío de información en determinados aspectos, por problemas de fiabilidad de los datos, por falta de integración de la información o, en algunos casos, por la dificultad de acceder a la misma.

Las principales necesidades de información hacen referencia a:

- Desigualdades en salud: diferencias en la frecuencia de los problemas de salud y en el acceso a los servicios en función de la edad, sexo, grupo social y territorio.
- Estilos de vida: prevalencia del consumo de drogas no institucionalizadas, prevalencia del consumo de alcohol, conducta sexual (educación sexual y conductas de riesgo), hábitos conductuales de los escolares.
- Servicios sanitarios y sociosanitarios: variabilidad de la práctica clínica, hospitalizaciones evitables, adecuación de la atención (hospitalización, urgencias, atención domiciliaria, medicamentos, tecnologías), morbilidad atendida en la atención primaria, efectividad de las actividades preventivas, actividad de los servicios de rehabilitación, redes de soporte social y familiar, expectativas de la población y satisfacción de los usuarios, morbilidad atendida sin internamiento en la atención especializada, morbilidad atendida por los dispositivos de atención urgente.
- Salud laboral: morbilidad por problemas de salud relacionados con el trabajo, riesgos emergentes, lesiones por accidentes de trabajo.
- Salud maternoinfantil: cribajes prenatales, defectos congénitos/anomalías congénitas, mortalidad perinatal y materna (corrección de la infradeclaración), lactancia al 6º mes, cobertura vacunal.
- Salud mental: prevalencia de trastornos mentales, incidencia de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), prevalencia de demencia y trastornos cognitivos.
- Problemas de salud crónicos: incidencia de complicaciones agudas y tardías de la diabetes *mellitus*, prevalencia de dolor, incidencia y prevalencia de úlceras por presión.

- Enfermedades infecciosas: cobertura vacunal en los adultos, incidencia de infección por VIH, prevalencia de infección nosocomial.
- Accidentes y violencias: incidencia de lesiones por accidentes, prevalencia de discapacidades producidas por accidentes, incidencia de accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, incidencia de accidentes domésticos, incidencia de malos tratos infantiles y domésticos.
- Medio ambiente: riesgos medioambientales para la salud.
- Uso de medicamentos: problemas de salud relacionados con los medicamentos.
- Impacto económico de las intervenciones sanitarias: coste-beneficio, coste-efectividad, coste-utilidad.

En el futuro, habrá que seguir mejorando el trabajo de obtención, tratamiento y análisis de los datos disponibles de las fuentes de información sistemáticas, desarrollar otras o actualizar la información que se obtiene mediante cortes transversales en el tiempo y, en algunos casos, realizar estudios específicos utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas. En este sentido, la Encuesta de salud de Cataluña 2000 será una fuente de información fundamental para conocer los comportamientos y determinantes de la salud de la población, la percepción que ésta tiene de su salud y la utilización y satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios.

Asimismo, hay que desarrollar sistemas de información que integren la información procedente de los diferentes servicios del sistema sanitario y de los demás sectores, para responder a las necesidades de la planificación, la gestión y la evaluación y, en general, a las de la comunidad científica y de la población. En el futuro será preciso esforzarse para desarrollar y adaptar la red de información según las tecnologías más avanzadas, en función de las necesidades de un sistema sanitario moderno.

Evaluación de la política de salud y de servicios

La evaluación es una de las partes fundamentales del proceso de planificación del Plan de salud, cuya finalidad es conocer y emitir juicios de valor sobre las intervenciones y actuaciones propuestas tanto en lo que respecta al desarrollo como a los resultados obtenidos en relación con los objetivos de salud y servicios fijados. También permite identificar los aspectos positivos y negativos, así como el alcance del impacto de la aplicación de la política sanitaria.

La periodificación de la planificación estratégica debe ser suficientemente amplia para poder evaluar el impacto de las actuaciones propuestas en el Plan de salud sobre la salud y los servicios sanitarios. Ahora, después de casi diez años de aplicación del Plan de salud, es el momento de hacer balance para valorar su impacto en la salud, los servicios y la satisfacción de los ciudadanos, así como la repercusión organizativa y económica de las propuestas.

La evaluación de este periodo pasa a ser una de las piezas clave para introducir actividades correctoras que mejoren la elaboración, contenidos y aplicación del Plan de salud en el futuro, y será una de las bases para la definición de las políticas de salud y servicios más allá del 2001.

Este planteamiento de evaluación se enmarca en el enfoque de la estrategia *conocer y evaluar* del Plan de salud de Cataluña 1996-1998 orientada a:

- Avanzar en el desarrollo de un sistema de información eficaz para conocer, gestionar y evaluar las políticas de salud y de servicios.
- Analizar los resultados de las actuaciones en términos de salud, satisfacción de los ciudadanos e impacto en el sistema sanitario, a fin de formular y corregir las propuestas del Plan de salud.
- Evaluar la calidad y eficiencia de los servicios y de las tecnologías utilizadas.
- Impulsar la investigación sobre las necesidades de salud y la calidad de vida de los ciudadanos, así como sobre la opinión y las expectativas en relación con el sistema sanitario.

Evaluación durante el periodo 1999-2001

El principal contenido de la evaluación durante los próximos tres años será el análisis de la consecución de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo, definidos el año 1991 en el horizonte del año 2000, y los objetivos operacionales e intervenciones correspondientes al periodo de aplicación del Plan de salud hasta el 2000.

Las líneas y proyectos de evaluación que se proponen se han seleccionado según los objetivos del Plan de salud y conforme a criterios de relevancia, pertinencia, utilidad y factibilidad. La evaluación del Plan de salud seguirá siendo un proceso participativo, intersectorial y que identifique las especificidades y desigualdades territoriales en la consecución de las propuestas.

En este periodo deberán sentarse las bases y acordar los indicadores y líneas de trabajo para llevar a cabo la evaluación correspondiente a la etapa de planificación mencionada y que, en coherencia con los contenidos del Plan de salud, harán referencia a los ámbitos siguientes:

- Hábitos, estilos de vida y factores condicionantes de la salud.
- Estado de salud y calidad de vida de la población.
- Equidad, eficiencia y calidad del proceso asistencial y de los servicios sanitarios.
- Opinión y expectativas de los usuarios y de la población.
- Impacto del Plan de salud en los diferentes servicios del sistema sanitario.

Durante el periodo 1999-2001 se llevarán a cabo proyectos de evaluación e investigación que permitirán disponer de resultados para incorporarlos a la elaboración del Plan de salud más allá del 2001. Prioritariamente, se desarrollarán proyectos de evaluación relacionados con:

- Consecución de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo fijados para Cataluña para el año 2000.
- Percepción del estado de salud.
- Mejora de la calidad y eficiencia de los servicios sanitarios y de las tecnologías y procedimientos empleados.
- Incorporación de actividades preventivas a los servicios sanitarios (detección, seguimiento y consejo educativo de problemas de salud, acceso de la población a las actividades preventivas, entre otras).
- Extensión de los programas de cribaje poblacional de cáncer de mama (participación y cobertura del programa y calidad del proceso).
- Impacto de las actividades de las Unidades de Salud Laboral, adecuación de las estructuras desarrolladas y calidad del soporte en la atención primaria.
- Desarrollo de las estrategias propuestas en el ámbito de la atención primaria para potenciar la detección precoz y la atención a los problemas de salud mental más frecuentes.
- Desarrollo de las actividades de educación para la salud en los centros de enseñanza de Cataluña e incorporación como eje transversal en los proyectos curriculares de los centros, mediante el Programa de educación para la salud en la escuela.
- Incorporación de contenidos del Plan de salud a la formación de los estudiantes y profesionales en ciencias de la salud.
- Utilización de recomendaciones, guías y protocolos para la atención a problemas de salud, en relación con intervenciones y objetivos del Plan de salud, por parte de los profesionales de la salud.
- Adecuación de la utilización de medicamentos desde las vertientes de la prescripción, dispensación y consumo.
- Magnitud e impacto sanitario y económico de los problemas relacionados con los medicamentos.
- Utilización de medicamentos en grupos específicos de población (niños, mujeres embarazadas y personas de edad avanzada, entre otros).
- Satisfacción, expectativas y preferencias de los usuarios y de la población respecto al sistema sanitario.
- Impacto del Plan de salud en el sistema sanitario y en los diferentes dispositivos asistenciales.

Los resultados de la evaluación deben permitir conocer la evolución del estado de salud y la satisfacción de los usuarios y de la población, el avance en promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el progreso en la mejora del proceso asistencial y de los servicios. También han de posibilitar valorar la participación e implicación de los profesionales en el Plan de salud y los avances en los sistemas de información y en la cooperación intersectorial.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. European regional strategy for attaining health for all. Copenhagen: WHO, 1981 (EUR/RC 30/Rev. 2).
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for health for all. Copenhagen: WHO, 1985.
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
7. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ampliació del Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc. Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
9. Murray CJL, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1296-76.
10. Murray CJL, Lopez AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1347-52.
11. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1436-42.
12. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504.
13. Malek M. Setting priorities in health care. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 1994.
14. The Royal College of Physicians of London. Setting priorities in the NHS. A framework for decision-making. Londres. Royal College of Physicians of London, 1995.
15. Allebeck P. Priorities in public health. *Eur J Public Health* 1998; 195-6.
16. Trabucchi M, Vanara F, Rapporto Sanità'98. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità. Bolònia: Società editrice il Mulino, 1998.
17. European Health Interview Survey. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO regional publication. European series 5. Copenhagen: WHO, 1996.

Anexos

Índice de cuadros, gráficos y tablas

Cuadros

Cuadro 1.	Intervenciones y acciones prioritarias del Plan de salud de Cataluña, 1999-2001	42
Cuadro 2.	Población diana para la vacunación antigripal	100
Cuadro 3.	Población diana para la vacunación antineumocócica	100
Cuadro 4.	Población diana para la vacunación antihepatitis B	101
Cuadro 5.	Los 21 objetivos de la OMS para el siglo XXI, en la Región Europea	177
Cuadro 6.	Indicadores utilizados para la elaboración del Plan de salud de Cataluña .	183

Gráficos

Gráfico 1.	Estructura de la población, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1996 . .	13
Gráfico 2.	Esperanza de vida (EV) y esperanza de vida sin incapacidad (EVSI), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1994	18
Gráfico 3.	Mortalidad infantil, por causa de muerte. Cataluña, 1994-1996	21
Gráfico 4.	Índice de mortalidad estandarizada (IME), por región sanitaria. Hombres. Cataluña, 1994-1996	26
Gráfico 5.	Índice de mortalidad estandarizada (IME), por región sanitaria. Mujeres. Cataluña, 1994-1996	26
Gráfico 6.	Años potenciales de vida perdidos (APVP), por región sanitaria. Hombres. Cataluña, 1994-1996	27
Gráfico 7.	Años potenciales de vida perdidos (APVP), por región sanitaria. Mujeres. Cataluña, 1994-1996	28
Gráfico 8.	Altas en hospitales de agudos, por sexo y grupo de edad. Cataluña, 1997	29
Gráfico 9.	Altas en hospitales de agudos, por sexo, según los principales grupos diagnósticos. Cataluña, 1997	30
Gráfico 10.	Principales causas de hospitalización, según grupos diagnósticos seleccionados de la CCHPR. Hombres. Cataluña, 1997	33
Gráfico 11.	Principales causas de hospitalización, según grupos diagnósticos seleccionados de la CCHPR. Mujeres. Cataluña, 1997	34
Gráfico 12.	Distribución de las altas en los hospitales de agudos, según categorías de procedimientos CCHPR. Cataluña, 1997	34
Gráfico 13.	Prevalencia del hábito tabáquico, según grupo de edad y sexo. Cataluña, 1998	65

Gráfico 14.	Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por sexo. Cataluña, 1982-1998	66
Gráfico 15.	Evolución en la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1982 y 1998	66
Gráfico 16.	Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1982-1998	67
Gráfico 17.	Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico, por grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1982-1998	67
Gráfico 18.	Evolución de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en los jóvenes de 15 a 24 años, por sexo. Cataluña, 1987-1997	73
Gráfico 19.	Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, según el ámbito. Cataluña, 1993-1997	74
Gráfico 20.	Evolución del número de muertes en accidentes de tráfico, según el ámbito. Cataluña, 1993-1997	74
Gráfico 21.	Evolución de la morbilidad y la mortalidad en la tuberculosis. Cataluña, 1986-1996	111
Gráfico 22.	Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales. Cataluña, 1990-1997	141
Gráfico 23.	Evolución del gasto por subgrupos farmacológicos en atención primaria. Cataluña, 1996 y 1998	153
Gráfico 24.	Consumo de antihipertensivos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	154
Gráfico 25.	Consumo de antidepresivos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	155
Gráfico 26.	Consumo de hipolipemiantes en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	156
Gráfico 27.	Esperanza de vida con salud mental (EVSM) y esperanza de vida con trastornos mentales (EVTM), Cataluña, 1994	175
Gráfico 28.	Etapas del Plan de salud	179
Gráfico 29.	Elementos para la definición de las prioridades en salud más allá del 2001	181

Tablas

Tabla 1.	Crecimiento de la población de Cataluña, 1960-1996	11
Tabla 2.	Evolución de la población, por región sanitaria. Cataluña, 1975, 1986 y 1996	11
Tabla 3.	Movimiento natural de la población. Cataluña, 1975, 1986 y 1996	12

Tabla 4.	Evolución de la población, por grupo de edad. Cataluña, 1975, 1986 y 1996	13
Tabla 5.	Población mayor de 64 años, según grupo de edad. Cataluña, 1996 . . .	14
Tabla 6.	Proyección de la población, por grupo de edad. Cataluña, 2005	15
Tabla 7.	Proyección de la población, por grupo de edad. Cataluña, 2010	15
Tabla 8.	Tasa de mortalidad y esperanza de vida, por sexo. Cataluña, 1975, 1986 y 1996	18
Tabla 9.	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes y año, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1994-1996	19
Tabla 10.	Mortalidad por las principales causas de muerte, por 17 grandes grupos, por sexo. Cataluña 1994-1996	19
Tabla 11.	Muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables. Cataluña, 1994-1996	20
Tabla 12.	Principales causas de muerte, por 67 grupos, por grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1994-1996	23
Tabla 13.	Principales causas de muerte, por 67 grupos, por grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1994-1996	24
Tabla 14.	Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes y año, por grupo de edad y región sanitaria. Cataluña, 1994-1996	25
Tabla 15.	Principales causas de hospitalización, según grupo diagnóstico y grupo de edad. Hombres. Cataluña, 1997	31
Tabla 16.	Principales causas de hospitalización, según grupo diagnóstico y grupo de edad. Mujeres. Cataluña, 1997	32
Tabla 17.	Distribución de centros de salud mental y del CMBDCSM, por región sanitaria. Cataluña, 1998	35
Tabla 18.	Distribución de los pacientes valorados, según el sistema de clasificación RUG-III. Cataluña, 1996	37
Tabla 19.	Evolución del número y de la media de usuarios atendidos en servicios sociosanitarios. Cataluña, 1992 y 1997.	37
Tabla 20.	Muertes por accidente de tráfico y tasa por 100.000 habitantes (CIE-9 E810-E819), por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1997	72
Tabla 21.	Número de defunciones y tasa de mortalidad específica por causas externas por 100.000 habitantes, por grupo de edad, en los menores de 15 años. Cataluña 1991-1995	76
Tabla 22.	Tasa de mortalidad por cuatro causas D en la población de 65 años y más, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 1997	78
Tabla 23.	Tratamiento quirúrgico de la colestiasis según la técnica quirúrgica. Cataluña 1994 y 1997	84
Tabla 24.	Estancia media por colecistectomía, por GRD. Cataluña 1994 y 1997 . . .	84

Tabla 25.	Distribución de los inicios de tratamiento ambulatorio en centros de la Red de Atención a las Drogodependencias según la droga principal que motiva el tratamiento. Cataluña, 1997	90
Tabla 26.	Frecuencia de consumo de drogas en la población general (mayores de 14 años) por tipo de droga. Cataluña, 1997	90
Tabla 27.	Incidencia anual de enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunaciones. Cataluña, 1993-1997	99
Tabla 28.	Evolución de la caries dental. Cataluña, 1984, 1991 y 1997	115
Tabla 29.	Evolución de los indicadores en relación con la caries dental y la consecución de los objetivos de salud del Plan de salud de Cataluña fijados para el año 2000	115
Tabla 30.	Principales indicadores de salud y de servicios maternoinfantiles. Cataluña, 1997	135
Tabla 31.	Evolución del consumo de medicamentos financiados por el Servicio Catalán de la Salud. Cataluña, 1996-1998	152
Tabla 32.	Consumo de morfina en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	155
Tabla 33.	Consumo de antidiabéticos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	156
Tabla 34.	Consumo de antibióticos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	157
Tabla 35.	Consumo de benzodiazepinas en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	157
Tabla 36.	Consumo de antiinflamatorios no esteroideos en dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día (DHD). Cataluña, 1996-1998	158
Tabla 37.	Peso relativo de los principales problemas de salud y proyección para el año 2020, según los años de vida ajustados por grado de incapacidad	175

Elaboración del Plan de salud de Cataluña 1999-2001

Dirección del proyecto

Emilia Sánchez

Equipo coordinador y redactor del Plan de salud de Cataluña

Pilar Brugulat, Josep Fusté, Salvi Juncà, Vicenç Martínez, Antònia Medina, Mercè Mercader, Elisa Séculí.

Equipo coordinador y redactor de los planes de salud de las regiones sanitarias

Josep M. Argimon, Felip Benavent, M. Luisa de la Puente, M. Teresa Faixedas, Daniel Fernández, Lluís Franch, Ferran Garcia, Àlex Guarga, Josep Jiménez, Pilar Magrinyà, Carme Medina, Enric Rovira, Ignasi Ruano, M. Rosa Sala, Núria Sardà.

Soporte administrativo para la elaboración del Plan de salud de Cataluña

Yerma Adsuar, Joan Aloy, Victòria Ferrando, Fina Lladós, Isabel Pedreño.

Agradecimientos

A las unidades, servicios y programas del Departamento de Sanidad y Seguridad Social y del Servicio Catalán de la Salud y a todos los profesionales y las instituciones que han participado y colaborado en la elaboración de las propuestas de las diferentes ediciones del Plan de salud de Cataluña. Sus valiosas aportaciones han hecho posible la definición y aplicación de intervenciones y acciones dirigidas a la consecución de los objetivos del Plan de salud fijados para Cataluña en el horizonte del año 2000.