

ESTRATEGIAS DE SALUD  
PARA EL AÑO 2010

# Plan de Salud de Catalunya

Versión reducida

ESTRATEGIAS DE SALUD PARA EL AÑO 2010 • Plan de Salud de Catalunya • Versión reducida







ESTRATEGIAS DE SALUD  
PARA EL AÑO 2010

# Plan de Salud de Cataluña

Versión reducida



Generalitat de Catalunya  
**Departament  
de Salut**

© 2005 Generalitat de Catalunya  
Departamento de Salud

Edita: Dirección General de Salud Pública  
1ª Edición: Barcelona, Septiembre 2005  
Tirada: 1.000 ejemplares

Producción editorial: Ediciones Doyma, S.L.

Queda rigurosamente prohibida, sin autorización por escrito del titular del Copyright, bajo las sanciones establecidas por la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluida la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Depósito legal: B-29.840-2005

Impresión: Press-Line

## Índice

<b>1. Presentación</b> .....	1
<b>2. Establecimiento de prioridades de salud para la primera década del siglo XXI</b> .....	3
<b>3. Evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000</b> .....	9
<b>4. Objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2010</b> .....	33
4.1. Promoción de hábitos saludables .....	35
4.2. Las enfermedades crónicas y los accidentes .....	37
4.3. Prevención y control de las enfermedades transmisibles .....	46
4.4. La mejora de la salud maternoinfantil .....	51
4.5. Por un envejecimiento saludable .....	52
4.6. La protección de la salud .....	54
4.7. Problemas de salud emergentes .....	57
4.8. El buen uso de los medicamentos .....	59
4.9. Donación de órganos y trasplantes .....	60
<b>5. Estrategias para hacer efectivas las políticas de salud</b> .....	61
<b>6. Profesionales e instituciones que han participado en la elaboración del Plan de Salud de Cataluña</b> .....	69



## Presentación

Durante los últimos veinte años, en los países desarrollados se ha acumulado una gran experiencia en planificación sanitaria. Fruto de esta experiencia ha sido la adopción de la planificación por objetivos de salud y la consolidación de los planes de salud como instrumento indicativo y marco de referencia de la política de salud de un país.

Un hecho incuestionable de nuestro tiempo es que los recursos económicos de los sistemas sanitarios son limitados, mientras que las necesidades de salud crecen de forma exponencial a medida que avanzan los conocimientos científicos y se dispone de nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas y preventivas que cada vez son más sofisticadas y costosas. De ahí la necesidad de la planificación, única forma de garantizar la utilización adecuada de los recursos disponibles.

En Cataluña, la Ley de Ordenación Sanitaria, aprobada el año 1990 por el Parlamento de Cataluña, estableció que el Plan de salud sería un instrumento fundamental de la política sanitaria del gobierno de la Generalitat. En el plan se deberían fijar los objetivos de salud en Cataluña y las líneas de actuación que se tendrían que desarrollar de forma prioritaria para conseguirlos.

De acuerdo con la ley citada, el Departamento de Salud de la Generalitat publicó, el año 1991, el Documento marco para la elaboración del Plan de salud de Cataluña, donde se fijaban los objetivos de salud y de disminución de riesgo que se debían conseguir en el año 2000. Posteriormente, se publicaron los planes de salud 1993-1995, 1996-1998 y 1999-2001, donde se establecían las líneas de intervención prioritarias para cada uno de los períodos de tres años y se fijaban los objetivos operacionales relacionados con las actividades que debían desarrollar con la finalidad de conseguir los objetivos generales fijados para el año 2000. El Plan de salud integra los anteproyectos elaborados por las regiones sanitarias.

La evaluación de los objetivos formulados para el año 2000 en el documento marco y en el Plan de salud ha dado un balance positivo. De los objetivos de salud y de disminución de riesgo evaluados se han conseguido completamente el 67,3%, y parcialmente, el 8,9%.

Con el documento *Estrategias de salud para el año 2010* que tengo el honor y la satisfacción de presentar, se exponen objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2010, y se inicia una nueva etapa en la planificación sanitaria de Cataluña que abarcará los diez primeros años del siglo XXI.

Este documento recoge una parte del titulado *Estrategias de salud para el año 2010. Plan de Salud de Cataluña 2002-2005* (<http://www.gencat.net/sanitat>), donde, además de los objetivos para el año 2010, se presentan los objetivos operacionales para el período 2002-2005 y las intervenciones y actividades que se deberán desarrollar durante este período.



# 2

---

## **Establecimiento de prioridades de salud para la primera década del siglo XXI**



## Introducción

Al inicio del siglo XXI, el nivel de salud de la población catalana se corresponde al patrón que caracteriza a los países occidentales desarrollados. Durante el siglo pasado se produjeron importantes cambios en el patrón de la morbimortalidad de la población. La mejora de las condiciones socioeconómicas, los avances científicos y tecnológicos y el desarrollo de los servicios preventivos y asistenciales han contribuido al incremento de la esperanza de vida de la población, a la vez que han aportado mayor calidad a los años de vida vividos. La esperanza de vida al nacer en Cataluña en el año 2000 se sitúa en 79,9 años (76,5 en hombres y 83,2 en mujeres) y la esperanza de vida sin incapacidad, en 67,89 años (66,78 en hombres y 69,0 en mujeres).

Las enfermedades infecciosas, que en el pasado constituían la principal causa de enfermedad y de muerte y que afectaban principalmente a la población infantil, han sido desplazadas por otras causas. En la actualidad, las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la edad adulta y de la vejez ocupan un lugar relevante. También ciertos problemas de salud relacionados con los hábitos y estilos de vida, entre los que se encuentran los accidentes y la adicción a determinadas sustancias, que están teniendo un especial impacto entre los jóvenes, caracterizan el estado de salud de la población catalana.

## Elección de los problemas prioritarios

El criterio fundamental que ha presidido la elección de los problemas de salud y las intervenciones recogidas en el documento *Estrategias de salud para el año 2010 en Cataluña. Plan de salud 2002-2005* ha sido el potencial de mejora de la expectativa de vida en buena salud.

Este criterio otorga una clara prioridad a las intervenciones dirigidas a la reducción de las enfermedades crónicas, los accidentes y las enfermedades infecciosas de mayor incidencia, especialmente el sida y las prevenibles mediante vacunación (tabla 1). El orden en la prioridad de los problemas de salud que afectan a los ciudadanos de Cataluña es el que se detalla en la tabla 2. El potencial de mejora de la salud, como consecuencia de las intervenciones (es el caso de la modificación de los estilos de vida relacionados con la salud), también se ha considerado un criterio muy importante (tabla 3). En este punto hay que destacar la prioridad dada a la lucha contra el tabaquismo, donde los avances han sido escasos en los últimos diez años, a la promoción de hábitos alimentarios saludables, en la línea de la clásica dieta mediterránea, y a la promoción de la actividad física. Estas dos últimas intervenciones serán fundamentales para hacer frente al extraordinario incremento observado en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad durante los últimos años.

También se han tenido en cuenta criterios que la sociedad actual valora como fundamentales en el momento de decidir las políticas de salud: la calidad de vida y la seguridad frente a los riesgos para la salud potencialmente evitables. El primer criterio ha logrado que se consideren prioritarios problemas como la salud bucodental, las enfermedades del aparato locomotor, la salud mental y el envejecimiento. El segundo ha dado prioridad a intervenciones orientadas a conseguir un medio ambiente saludable, seguridad alimentaria y, en especial, a algunos problemas sanitarios emergentes, como la legionelosis y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, o que han reemergido con fuerza, como las toxiinfecciones alimentarias. También se han considerado susceptibles de intervención la utilización de medicamentos y los trasplantes de órganos.

Tabla 1. Priorización de los problemas de salud en Cataluña según los indicadores disponibles

	Mortalidad Cifras absolutas (%)	Morbilidad hospitalaria Cifras absolutas (%)	Casos declarados de enfermedades de declaración obligatoria	Años potenciales de vida perdidos de 1 a 70 años (APVP <sub>1-70</sub> ) (%)
<b>Enfermedades crónicas</b>				
Enfermedad cerebrovascular	5.103 (9,2%)	15.543 (2%)		6.162,5 (3,1%)
Cardiopatía coronaria	5.399 (9,8%)	23.822 (2,9%)		11.597,5 (5,7%)
EPOC	2.758 (0,5%)	27.156 (3,4%)		2.522,5 (1,2%)
Diabetes mellitus	1.338 (2,4%)	6.309 (0,8%)		1.687,5 (0,8%)
Suicidio	452 (0,8%)			8.600 (4,3%)
Cáncer de pulmón	2.849 (5,2%)	5.124 (0,6%)		15.230 (7,5%)
Cáncer de mama	1.017 (1,9%)	5.170 (0,6%)		6.177,5 (3,1%)
Cirrosis	1.204 (2,2%)	1.829 (0,2%)		9.315 (4,3%)
<b>Accidentes</b>				
Accidentes de tráfico	820 (1,5%)	8.388 (1,0%)		24.149 (12,0%)
<b>Enfermedades infecciosas vacunables</b>				
Difteria			0	
Poliomielitis aguda			0	
Rubéola			2	
Meningitis meningocócica C	8 (0,01%)		46	304 (0,57%)
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b			3	
Sarampión			1	
Hepatitis A			171	
Hepatitis B			73	
Tétanos	3 (0,01%)		5	2,5 (0,0%)
Parotiditis			115	
Varicela	2 (0,0%)		33.672	70 (0,13%)
Tos ferina			193	
<b>Enfermedades infecciosas no vacunables</b>				
Sida	249 (0,45%)	1.697 (0,2%)	419	7.127 (3,5%)
Tuberculosis	74 (0,13%)	1.112 (0,10%)	1.744	182,5 (0,09%)
Enfermedades de transmisión sexual	2 (0,0%)	59 (0,01%)	4.303	0
Infecciones nosocomiales		46.743 (7%)*		
Legionela	5 (0,01%)	145 (0,017%)	213	70 (0,013%)
Toxiinfecciones alimentarias	0	88 (0,01%)	1.884	

APVP: años potenciales de vida perdidos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.  
\*Estimación.

Problemas de salud	A	B	C	D	A + B	C × D	(A + B) × C × D
Cardiovasculares	7	8	3	1,5	15	4,5	67,5
Salud mental	8	8	2	1,5	16	3,0	48,0
Cáncer	5	10	2	1,5	15	3,0	45,0
Accidentes	5	10	2	1,5	15	3,0	45,0
Diabetes	5	8	3	1,0	13	3,0	36,0
Tuberculosis	2	4	3	1,5	6	4,5	27,0
Enfermedades vacunables	2	4	4	1,0	6	4,0	24,0
Sida	1	10	2	1,0	11	2,0	22,0
Maternoinfantil	2	2	3	1,5	4	4,5	18,0
Salud bucodental	10	2	3	0,5	12	1,5	18,0
Enfermedades de transmisión sexual	3	2	3	1,0	5	3,0	15,0
Infecciones nosocomiales	1	4	3	1,0	5	3,0	15,0
Salud laboral	3	4	2	1,0	7	2,0	14,0
EPOC	5	8	2	0,5	13	1,0	13,0
Alcohol y drogas	5	8	1	1,0	13	1,0	13,0
Cirrosis hepática	1	6	2	0,5	7	1,0	7,0
Enfermedades osteoarticulares	9	4	1	0,5	13	0,5	6,5
Legionelosis	1	4	2	0,5	5	1,0	5,0
Toxiinfecciones alimentarias	1	2	3	0,5	3	1,5	4,5

Tabla 2. Prioridades del Plan de salud de Cataluña 2002-2005

A: magnitud, según la morbilidad general (prevalencia/incidencia) (1-10).

B: gravedad, según la mortalidad, años potenciales de vida perdidos, incapacidad, y percepción subjetiva de carga social y económica (1-10).

C: efectividad, según la valoración de expertos sobre la efectividad en Cataluña de las medidas de eficacia probada para prevenir o tratar el problema de salud (1-4). Se refiere sólo a la parte asumible desde el sistema.

D: potencial de incrementar la esperanza de vida en buena salud dividido en 3 categorías: 0,5 = bajo, 1,0 = intermedio y 1,5 = alto.

Entre los problemas de salud priorizados en el Plan de salud de Cataluña se consideran tres niveles de prioridad. Los cinco primeros son de prioridad alta, los cinco siguientes, de prioridad intermedia y el resto, de prioridad más baja.

Factor de riesgo	Mortalidad atribuible	Potencial incremento de EVBS	Potencial incremento de la salud positiva
Tabaquismo	16,4% <sup>a</sup>	Muy alto	Muy alto
Inactividad física	11,7% <sup>b</sup>	Alto	Alto
Consumo excesivo de alcohol	5,5% <sup>c</sup>	Alto	Muy alto
Alimentación	? <sup>d</sup>	Alto	Alto

Tabla 3. Principales factores de riesgo relacionados con la conducta, considerados en el Plan de salud de Cataluña

<sup>a</sup>Departamento de Salud. Mujer y Tabaco. Barcelona. 2001.

<sup>b</sup>Mortalidad atribuible en los países de economía de mercado establecida. (Murria JL, Lopez AD. The global burden of disease. Washington. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank. 1996).

<sup>c</sup>Revuelta E, Godoy P, Farreny M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña 1988-1997. Aten Primaria. 2002;30:112-8.

<sup>d</sup>No se dispone de estimaciones globales de este indicador pero se considera que la mortalidad atribuible es alta, dado que se le atribuyen un tercio de los casos de cáncer.

EVBS: expectativa de vida en buena salud.

## Formulación de los objetivos generales de salud y de reducción de riesgo

Los objetivos generales de salud y de reducción de riesgo se han formulado a largo plazo, para el año 2010, teniendo presente la experiencia adquirida en la etapa anterior, cuando se formularon los objetivos para el año 2000.

En primer lugar, aunque se han tenido en cuenta, se ha decidido dejar de asumir de manera exacta los objetivos formulados por la OMS-Europa o por la Unión Europea. Estos organismos formulan objetivos de acuerdo con la situación global del problema que se debe reducir, sin considerar las importantes diferencias que se establecen entre los estados miembros. En segundo lugar, sólo se han incluido los objetivos cuya evaluación se pueda realizar con toda seguridad, es decir, de los que se dispone de indicadores cuantificables.

En relación con los niveles a alcanzar en los objetivos formulados, se ha tenido en cuenta la evaluación de los resultados obtenidos en el año 2000 y la opinión de los expertos sobre la previsible evolución del problema en los próximos años (evolución de la epidemiología descriptiva del problema, efectividad de las intervenciones y posibilidad de disponer a corto plazo de intervenciones más efectivas). Hay que destacar que en algunos casos, en que las perspectivas de reducción del problema no son favorables (como en el caso de las toxiinfecciones alimentarias), el objetivo formulado ha sido mantener los niveles actuales.

En total se han formulado 177 objetivos generales para alcanzar el año 2010. Para conseguirlos habrá que desarrollar intervenciones, cuya efectividad y eficiencia hayan sido probadas, y con una aplicación factible y aceptación segura por parte de la población.

## Consenso con las sociedades científicas, organizaciones de profesionales sanitarios y ciudadanía

En la elección de los problemas y las intervenciones prioritarias han participado las sociedades científicas y las organizaciones de profesionales sanitarios. Así, se ha llegado a un consenso con las sociedades científicas interesadas en este ámbito y con los colegios profesionales de ciencias de la salud. También los ciudadanos han participado en este proceso mediante la Encuesta de salud de Cataluña 2002, su participación en grupos de discusión y a través de la web disponible a tal efecto.

# 3

---

## **Evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2000**



La evaluación es uno de los elementos fundamentales del proceso de planificación. Su importancia radica en dos hechos básicos: en primer lugar, permite estudiar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos establecidos y, en segundo, es el elemento clave para orientar la formulación de los nuevos objetivos de cara al futuro.

Los objetivos de salud se definieron partiendo de la reducción de problemas de salud considerados prioritarios para la población de Cataluña y, en general, se refieren a las tasas de mortalidad o de incidencia de enfermedad. En el caso de los objetivos de disminución de riesgo, se refieren a factores de riesgo y se basaron en la distribución de las exposiciones en la población o, en su caso, en función de los niveles de control que se habían alcanzado para los mencionados factores de riesgo.

Con toda seguridad, el impacto de las intervenciones sanitarias es limitado, de manera que cuando se evalúa su impacto en términos de niveles de salud alcanzados en la población, no sería correcto considerar que toda la mejora o el empeoramiento observados son fruto de las intervenciones llevadas a cabo. Muchas actividades no sanitarias afectan al estado de salud de las poblaciones y no es fácil, ni siempre posible, separar el impacto de cada una de ellas. No obstante, cuando se establecen objetivos que se basan en los conocimientos sobre el impacto potencial que tienen determinadas intervenciones sobre la salud, es razonable pensar que los resultados obtenidos son, por lo menos parcialmente, atribuibles a las intervenciones llevadas a cabo.

El proceso de planificación basado en objetivos, tal como se ha hecho en los planes de salud, supone un mayor compromiso político con la salud de las personas y, además, permite establecer comparaciones con otros países y comunidades de nuestro entorno. Esto constituye un marco enriquecedor de aprendizaje y también ha supuesto un estímulo para el debate social sobre los problemas de salud más frecuentes; asimismo, ha comportado una mayor participación de varios sectores de la sociedad en la elaboración de los planes de salud, lo cual probablemente nunca antes se había conseguido. Por otro lado, al formular los objetivos de forma que fueran alcanzables se ha clarificado lo que se quería alcanzar y de qué manera, lo cual tendría que ser un buen soporte a la gestión de los servicios sanitarios.

La evaluación de la consecución de los objetivos de salud para el año 2000 se ha efectuado analizando la evolución de los indicadores de cada objetivo. Se ha considerado que los objetivos se han alcanzado completamente cuando los niveles del indicador han mostrado cambios iguales o superiores a la dirección esperada durante el período 1989-2000 («A» en las tablas). Cuando los niveles alcanzados no eran los fijados, pero se estaba en la tendencia deseada a un nivel de por lo menos el 50% de cambio previamente definido, el objetivo se ha considerado parcialmente alcanzado («PA» en las tablas). En caso contrario, se ha determinado que el objetivo no se había alcanzado («NA» en las tablas).

Algunos objetivos, por su definición, requerían alcanzar distintos niveles según la enfermedad; en estos casos, como se tenían que analizar diferentes indicadores, los resultados se muestran tomando cada indicador como un objetivo diferente.

Hay cinco objetivos relacionados con la alimentación que no se podrán evaluar hasta que finalice la Encuesta de alimentación y nutrición de Cataluña del año 2003 y se han catalogado como pendientes de evaluación («PE» en las tablas).

Al hacer una valoración global se observa que, aparte de los cinco objetivos citados, en cinco casos no se dispone del indicador adecuado para su evaluación (indicador no disponible, en las tablas «IND»). Sesenta y nueve (68,3% de los evaluados) objetivos se han alcanzado completamente y ocho (7,9% de los evaluados) parcialmente. Veinticuatro (23,8% de los evaluados) objetivos no se han alcanzado (tabla 1). A continuación se presentan, de forma resumida, los resultados principales de la evaluación de los objetivos de salud y disminución de riesgo del Plan de salud de Cataluña para el año 2000.

Tabla 1. Resumen de la evaluación de los objetivos para el año 2000 del Plan de salud de Cataluña

Situación de los objetivos el año 2000		Número de objetivos
Objetivos no evaluados	No evaluable	5
	Evaluables en el año 2003	5
Objetivos evaluados	No alcanzados	24 (23,8%*)
	Parcialmente alcanzados	8 (7,9%*)
	Completamente alcanzados	69 (68,3%*)
TOTAL		111

\*Sobre los 101 objetivos evaluados.

Como se puede observar en la tabla 1, hay cinco objetivos de salud o de disminución de riesgo que no se han podido evaluar. Así, no ha sido posible evaluar el objetivo sobre la anemia ferropénica en las mujeres en edad fértil, ya que el examen de salud que se ha realizado no ha permitido obtener la información necesaria para hacer la catalogación de anemia. Tampoco se dispone del indicador adecuado para evaluar la mortalidad por enfermedad infecciosa no asociada al VIH en usuarios de drogas por vía parenteral. No se ha podido conocer la incidencia de insuficiencia renal terminal en diabéticos, ya que, aunque en Cataluña se dispone de un registro muy consolidado de pacientes con enfermedades renales, éste sólo permite saber cuántos pacientes con insuficiencia renal tienen diabetes, pero no la incidencia de insuficiencia renal en los diabéticos. Tampoco ha sido posible obtener un indicador para Cataluña que permita comparar los resultados de la gestación entre mujeres diabéticas y las que no lo son (tabla 2). También existen otros cinco objetivos relacionados con

Tabla 2. Objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000 que no se podrán evaluar por no disponer del indicador adecuado, y objetivos relacionados con la alimentación y la nutrición que se evaluarán en el año 2003

Indicador	Valoración
• Reducir la prevalencia de anemia ferropénica en mujeres en edad fértil (< 2%) y en población infantil (< 1%)	IND
• Conseguir el mismo resultado en la gestación de la diabética embarazada «ya conocida» que en la mujer no diabética, con respecto a la mortalidad perinatal y a las malformaciones congénitas	IND
• Reducir los nuevos casos de insuficiencia renal crónica en diabéticos en, como mínimo, un 25%	IND
• Reducir la mortalidad por patología infecciosa no asociada a la infección por VIH entre UDVP por lo menos en un 50%	IND
• Invertir la tendencia al aumento en las tasas de tuberculosis respiratoria en la población autóctona (casos por 100.000 habitantes/año)	IND

Indicador	Nivel de partida	Nivel diana	Valoración
• Reducir la aportación de grasas en la dieta a < 35% de la energía y el de grasas saturadas a < 10% del total calórico	41,5% <sup>1986-87</sup>	< 35%	PE
	15,0% <sup>1986-87</sup>	< 10%	
• Reducir el consumo de hidratos de carbono refinados hasta 60 gr/habitante/día	91,9 <sup>1993</sup>		PE
• Aumentar la aportación calórica por hidratos de carbono complejos > 50% de la ración energética diaria	42,0% <sup>1986-87</sup>	≥ 50%	PE
• Aumentar la aportación de fibra hasta 30 g/habitante/día	16,8 <sup>1993</sup>	≥ 30%	PE
• Mantener el consumo de sal en la dieta y reducirlo cuando supere los 6 g/día			PE

UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral.

la alimentación y la nutrición que no se podrán evaluar hasta que se disponga de la información de la encuesta sobre hábitos nutricionales que se está llevando a cabo y que finalizará a mediados de 2003 (tabla 2).

No se han alcanzado los objetivos relacionados con la práctica de ejercicio físico durante el tiempo de ocio, aunque es cierto que tres de los cinco objetivos siguen la tendencia esperada y uno alcanza casi el 50% del cambio previsto. La tendencia muestra que no se han producido cambios importantes en el patrón de práctica de ejercicio físico durante el tiempo de ocio (tabla 3).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Aumentar un 50% la prevalencia de adultos que caminan 30 min/día (por 100)	61,0	60,5 <sup>1</sup>	≥ 91,5	NA
• Aumentar un 50% la prevalencia de > 14 años que practican ejercicio físico en el tiempo de ocio (por 100)	41,0	49,0 <sup>1</sup>	≥ 61,5	NA
• Reducir > 40% la prevalencia de > 14 años absolutamente sedentarios durante el tiempo de ocio (por 100)	27,0	21,7 <sup>2</sup>	≤ 16,2	PA
• Aumentar un 50% la prevalencia de adultos que realizan actividad física vigorosa en el tiempo de ocio a > 3 veces por semana (por 100)	13,0	13,6 <sup>2</sup>	≥ 19,5	NA
• Reducir en un 30% el abandono del ejercicio físico durante el tiempo de ocio en los menores de 35 años (por 100)	77,8	78,0 <sup>1</sup>	≤ 54,5	NA

<sup>1</sup>Examen de salud de Cataluña 2002.

<sup>2</sup>Encuesta de salud de Cataluña 2002.

Tabla 3. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la actividad física. Cataluña, 1989-2000

Tampoco se han alcanzado los objetivos relacionados con la obesidad y el exceso de peso. En este caso, mientras que se formularon objetivos de reducción de la exposición en la población general adulta (18 a 74 años), los datos muestran que, durante el período, tanto la prevalencia de exceso de peso como de obesidad han aumentado de forma considerable en la población de Cataluña. Los datos de la Encuesta de alimentación y nutrición de Cataluña, que finalizará el año 2003, facilitarán información complementaria que, junto con la de actividad física, permitirán valorar la evolución de los indicadores de obesidad y exceso de peso (tabla 4).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la prevalencia de exceso de peso en un 20% (por 100)	27,8	38,9	≤ 22,2	NA
• Reducir la prevalencia de obesidad en un 25% (por 100)	11,9 <sup>1</sup>	17,0 <sup>2</sup>	≤ 8,9	NA

<sup>1</sup>Población > 14 años.

<sup>2</sup>Población de 18 a 74 años.

Tabla 4. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el exceso de peso y la obesidad. Cataluña, 1989-2000

Se ha alcanzado la mayoría de los objetivos relacionados con la salud cardiovascular; sólo en el caso de la mortalidad por insuficiencia renal, que se ha mantenido estable, no se ha llegado a los niveles esperados. Se han alcanzado los objetivos de mortalidad cardiovascular general y por accidente cerebrovascular (figs. 1-3). Hay que destacar que la mortalidad

Figura 1. Evolución de la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en personas menores de 65 años. Cataluña, 1983-2000

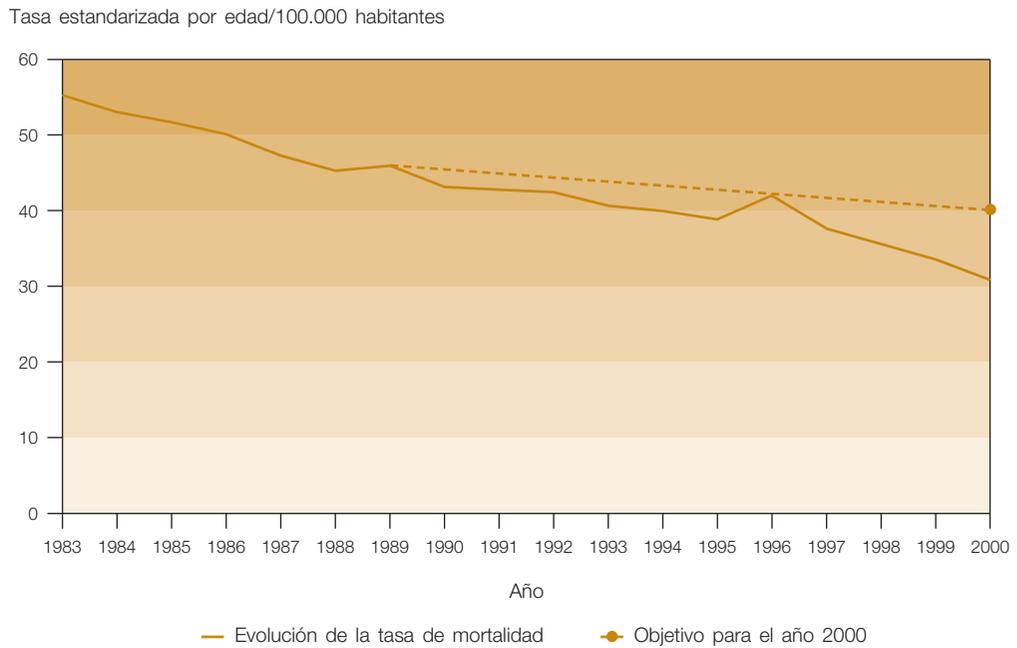
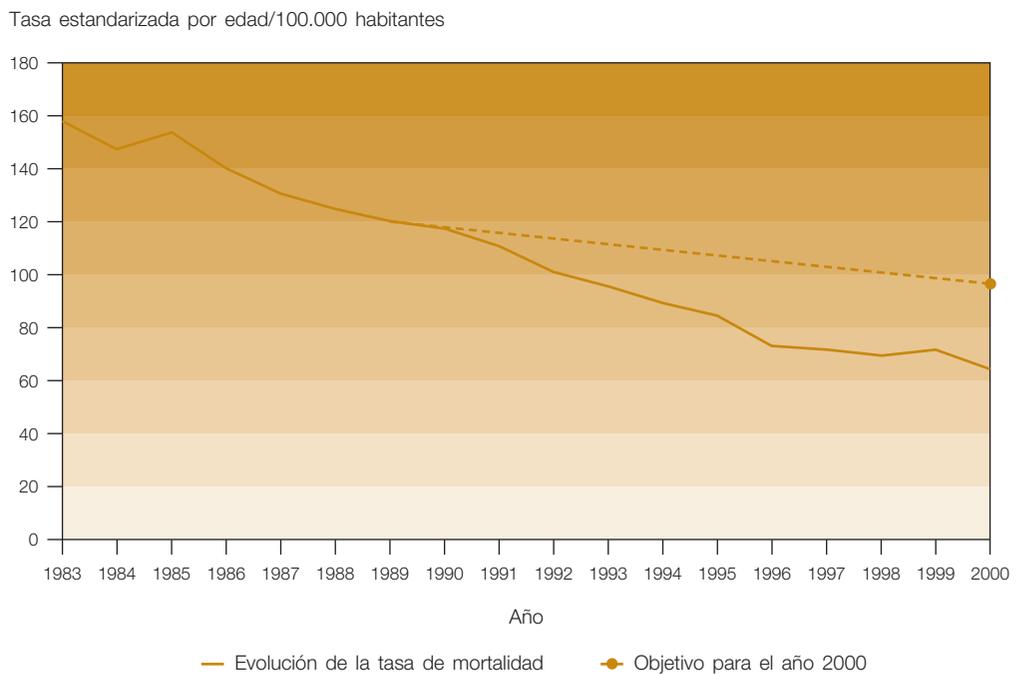


Figura 2. Evolución de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Cataluña, 1983-2000



cerebrovascular ha mostrado una evolución muy favorable, con una reducción superior al doble de la esperada. Los datos del examen de salud también indican que se han alcanzado los objetivos de disminución de riesgo para la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial (tabla 5).

Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes

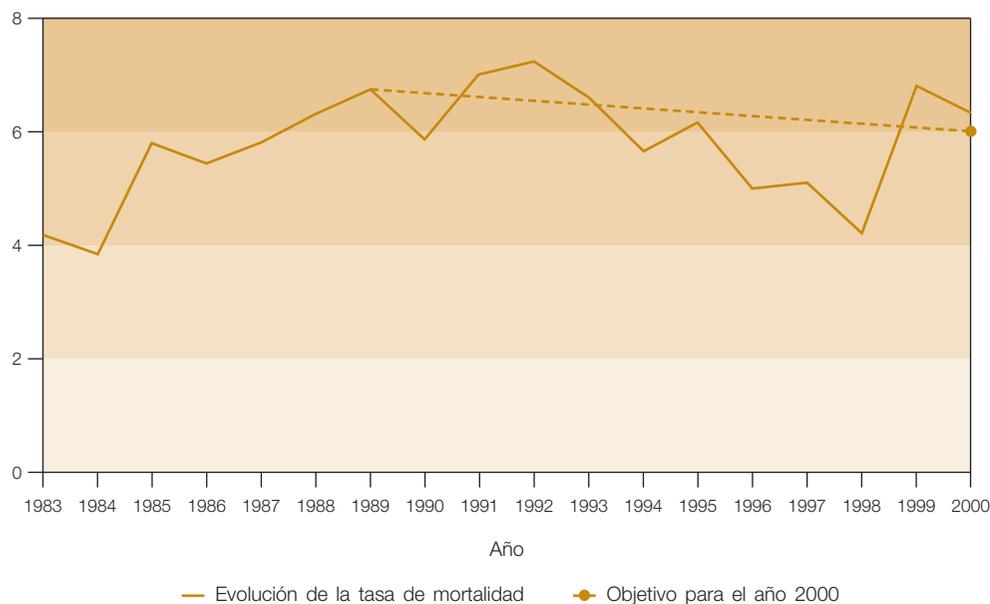


Figura 3. Evolución de la mortalidad por insuficiencia renal crónica. Cataluña, 1983-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en < 65 años un 15% (por 100.000)	46,6	31,4	≤ 39,6	A
• Reducir la mortalidad cerebrovascular un 20% (por 100.000)	120,6	69,7	≤ 96,5	A
• Reducir la mortalidad por insuficiencia renal crónica un 5% (por 100.000)	6,4 <sup>1990</sup>	6,4	≤ 6,1	NA
• Aumentar la proporción de hipertensos tratados en un 50%	40% <sup>1990</sup>	64,2% <sup>1</sup>	≥ 60%	A
• Aumentar la proporción de hipertensos controlados en un 75% (PA < 160/95 mmHg)	20% <sup>1990</sup>	38,5% <sup>1</sup>	≥ 35%	A
• Reducir el colesterol plasmático medio (35 a 64 años) en < 220 mg/dl	228 <sup>1990</sup>	202,6 <sup>1</sup>	< 220	A
• Reducir la prevalencia de hipercolesterolemia a < 20% (> 250 mg/dl) (por 100)	> 20,0 <sup>1990</sup>	16,5 <sup>1</sup>	< 20	A

<sup>1</sup>Examen de salud de Cataluña 2002.

Tabla 5. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. Cataluña, 1989-2000

Los objetivos de mortalidad por cáncer, tanto por cáncer en general en menores de 65 años como por cáncer de pulmón en hombres y de mama en mujeres, de todas las edades, se han alcanzado (figs. 4-7). La evolución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino muestra una reducción durante el período estudiado, inferior al establecido, y el objetivo sólo puede considerarse parcialmente alcanzado (tabla 6).

Figura 4. Evolución de la mortalidad por cáncer en personas menores de 65 años. Cataluña, 1983-2000

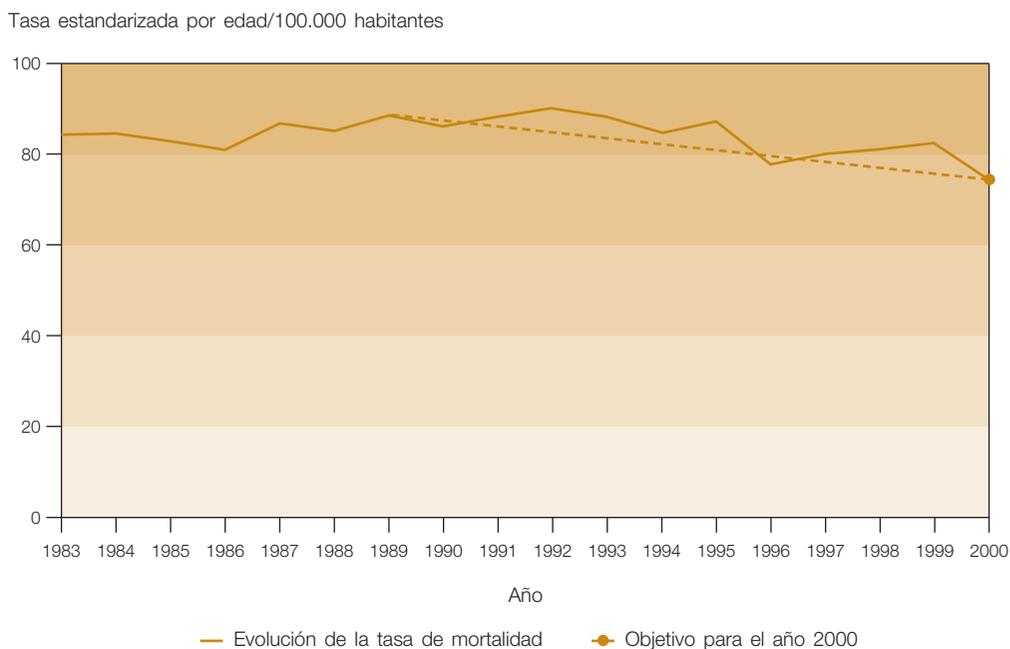
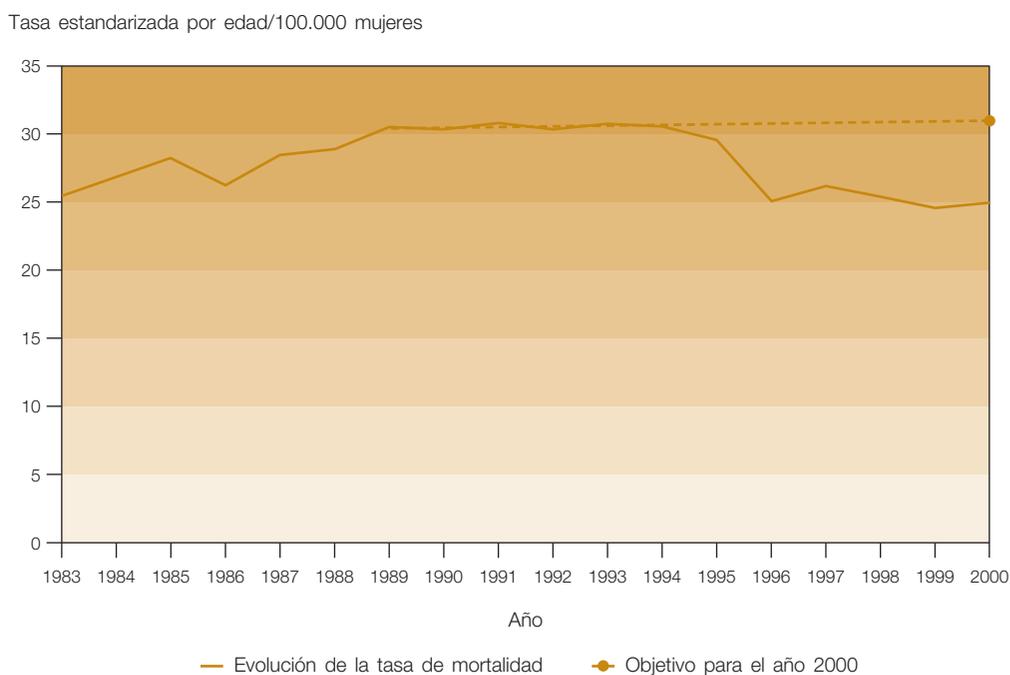


Figura 5. Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en el sexo femenino. Cataluña, 1983-2000



Tasa estandarizada por edad/100.000 hombres

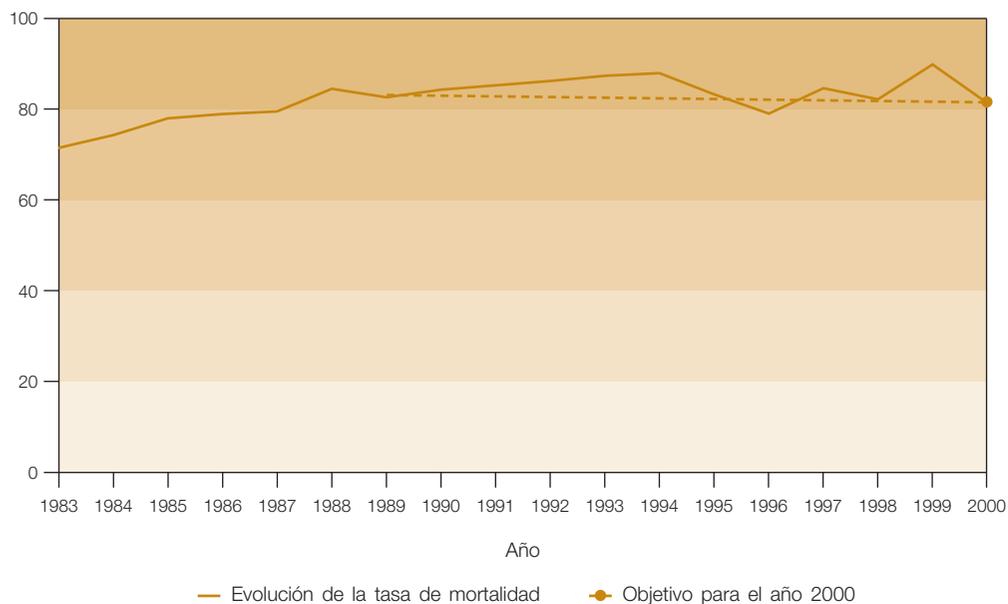


Figura 6. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón en el sexo masculino. Cataluña, 1983-2000

Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes

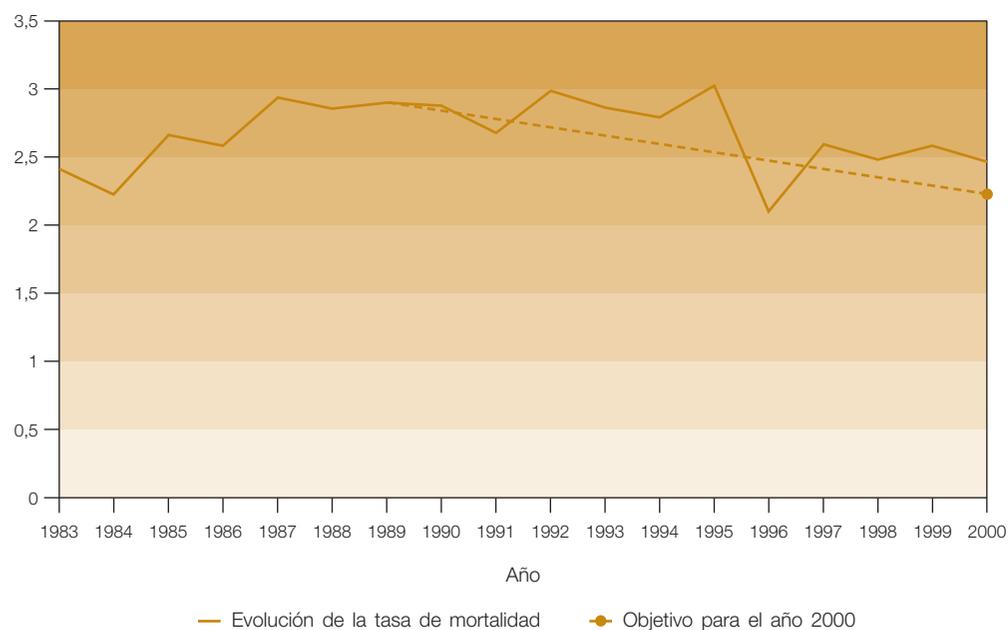


Figura 7. Evolución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el sexo femenino. Cataluña, 1983-2000

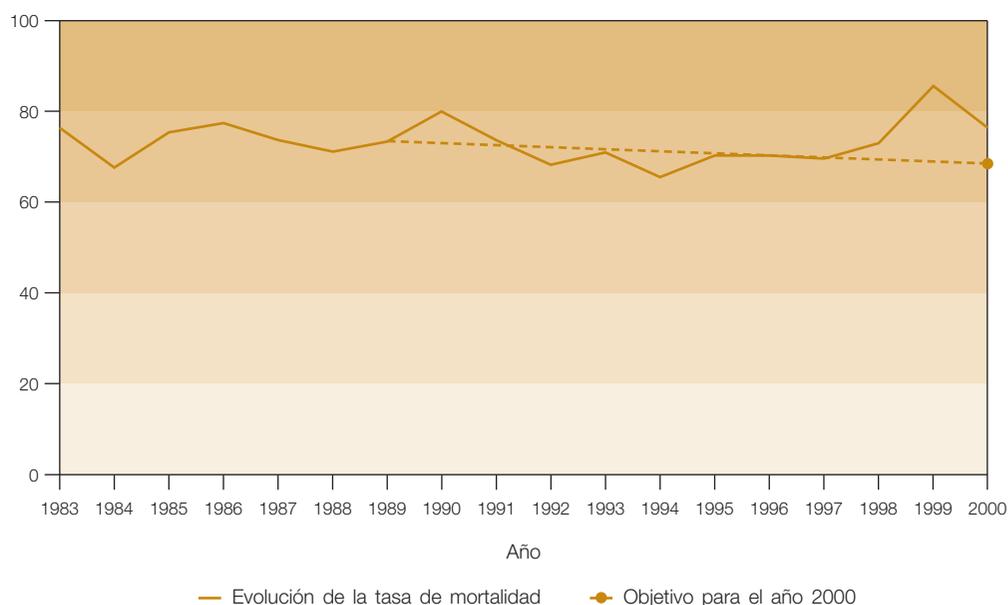
Tabla 6. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el cáncer. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por cáncer en menores de 65 años en un 15% (por 100.000)	89,1	74,5	≤ 75,7	A
• Estabilizar la tendencia creciente de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres y pulmón en hombres (por 100.000)	♀ 30,9 ♂ 83,6	♀ 24,9 ♂ 82,6	♀ ≤ 30,9 ♂ ≤ 83,6	A/A
• Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en un 25% (por 100.000)	2,9	2,5	≤ 2,2	PA

La mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio se ha mantenido estable durante la década y, por lo tanto, el objetivo de reducción que se había establecido no se ha alcanzado (fig. 8). En relación con el principal factor de riesgo de esta patología, se observa que la prevalencia de tabaquismo observada en el año 2002 en la población de más de 14 años y en la de 15 a 24 ha quedado muy alejada del objetivo que se estableció siguiendo las recomendaciones de la Oficina europea de la OMS<sup>7</sup>. A pesar de todo, se ha alcanzado el objetivo de abandono del hábito en la población general. Los objetivos relacionados con la prevalencia de tabaquismo en las poblaciones ejemplares muestran que éstos se han alcanzado en el caso de los profesionales de la medicina y farmacia, mientras que los objetivos para el personal docente y el de enfermería se han alcanzado parcialmente (tabla 7).

Figura 8. Evolución de la mortalidad por enfermedades respiratorias. Cataluña, 1983-2000

Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes



EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE SALUD Y DE DISMINUCIÓN DE RIESGO PARA EL AÑO 2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por enfermedades respiratorias en un 10% (por 100.000)	74,9	74,1	≤ 67,4	NA
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población general (> 14 años) hasta el 20%	33,7 <sup>1990</sup>	32,1 <sup>1</sup>	≤ 20	NA
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población entre 15 y 24 años hasta el 18%	38,3 <sup>1990</sup>	40,0 <sup>1</sup>	≤ 18	NA
• Incrementar la proporción de abandono del tabaquismo en la población general hasta el 30% (en > 14 años)	20,3% <sup>1990</sup>	30,4% <sup>1</sup>	≥ 30%	A
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en el personal médico hasta el 25%	38,0 <sup>1990</sup>	24,5 <sup>2</sup>	≤ 25	A
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en el personal de enfermería hasta el 30%	40,4 <sup>1990</sup>	35,1 <sup>2</sup>	≤ 30	PA
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en el personal docente hasta el 25%	36,8 <sup>1990</sup>	29,8 <sup>2</sup>	≤ 25	PA
• Disminuir la prevalencia de tabaquismo en el personal farmacéutico hasta el 25%	32,3 <sup>1990</sup>	20,4 <sup>2</sup>	≤ 25	A

<sup>1</sup>Encuesta de salud de Cataluña 2002.

<sup>2</sup>Encuesta de tabaquismo en profesionales 2002.

Tabla 7. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las enfermedades respiratorias y el consumo de tabaco. Cataluña, 1989-2000

Los objetivos formulados en relación con la mortalidad producida por accidentes, intoxicaciones y violencia se han alcanzado tanto con respecto a la tendencia general como para las específicas de accidentes de tráfico, ahogos y caídas (figs. 9-12). En el caso de la mortalidad por accidentes de tráfico en los hombres jóvenes, el objetivo se ha considerado alcanzado aunque la reducción es ligeramente menor a la prevista (el 34,7 frente al 35,0%) (tabla 8).

Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes

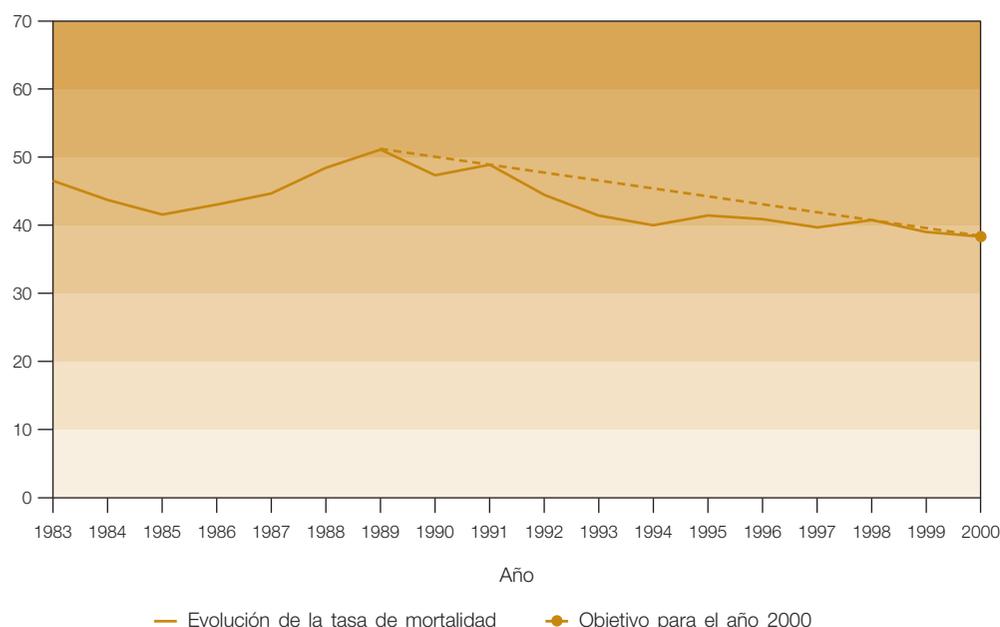


Figura 9. Evolución de la mortalidad por causas externas. Cataluña, 1983-2000

Figura 10. Evolución de la mortalidad por accidentes de vehículos de motor en los hombres de 15 a 24 años. Cataluña, 1983-2000

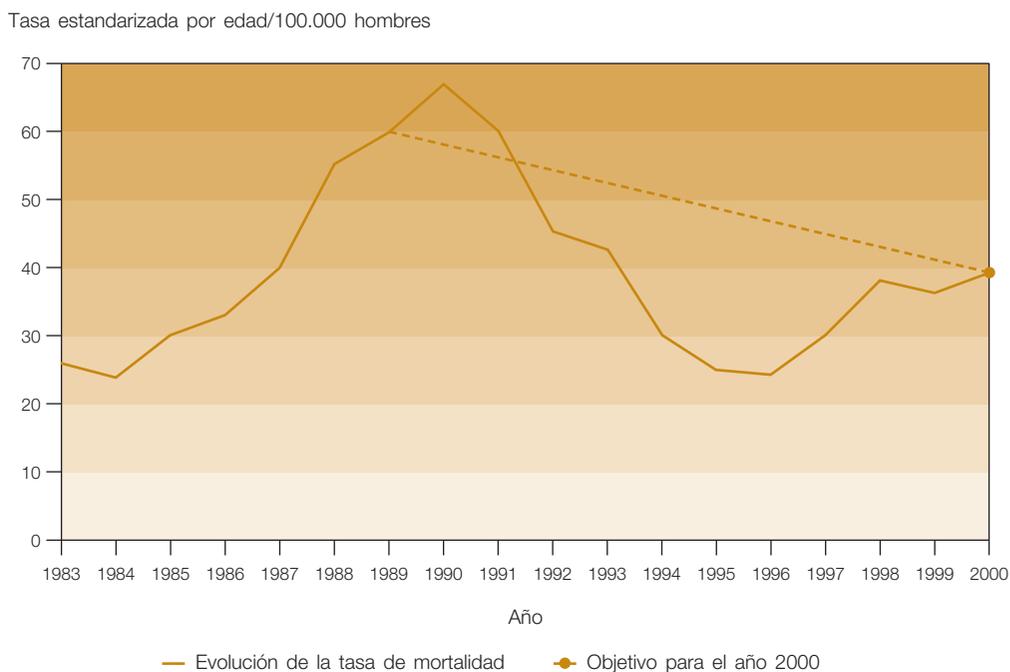
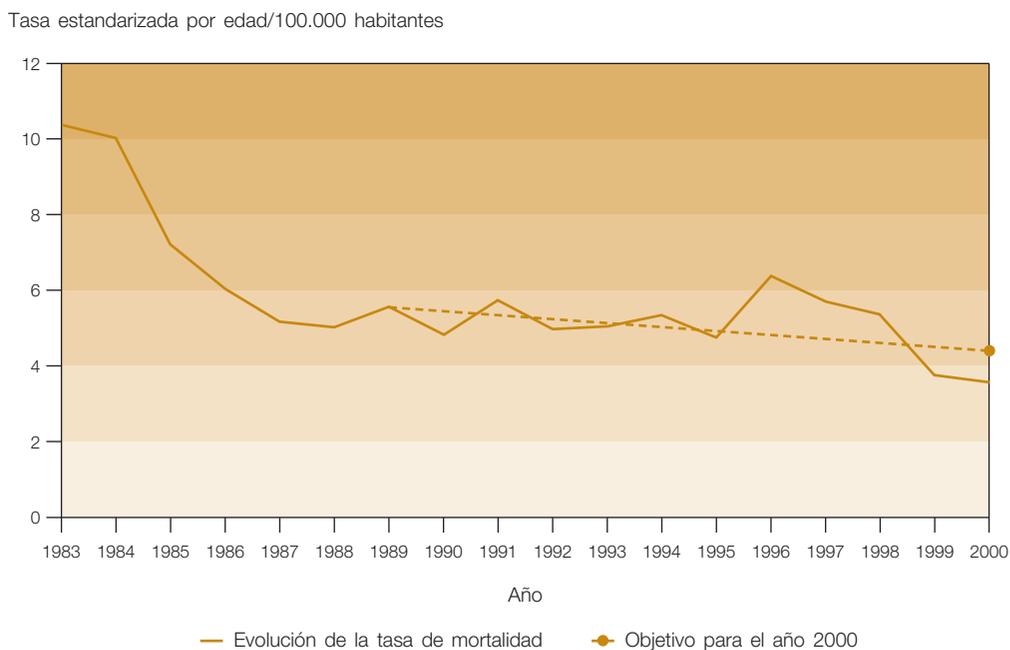


Figura 11. Evolución de la mortalidad por caídas accidentales. Cataluña, 1983-2000



Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes

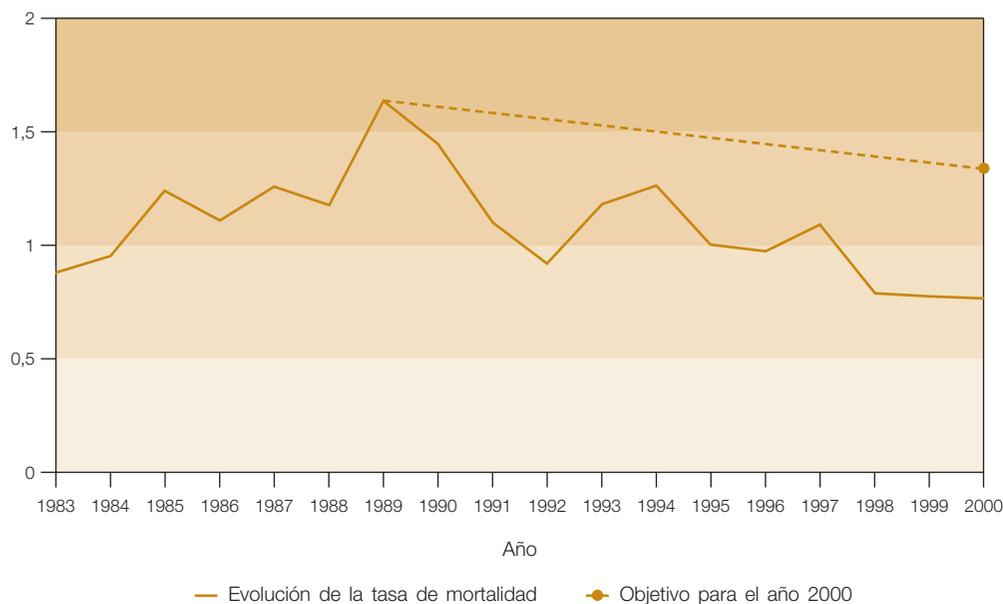


Figura 12. Evolución de la mortalidad por ahogos y sumersiones. Cataluña, 1983-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Disminuir la mortalidad por causas externas en un 25% (por 100.000)	51,1	38,1	≤ 38,3	A
• Reducir la mortalidad por accidentes de tráfico en hombres de 15 a 24 años en un 35% (por 100.000)	59,5	38,8	≤ 38,6	A
• Reducir la mortalidad por ahogo y sumersión en un 25% (por 100.000)	1,7	0,8	≤ 1,3	A
• Reducir la mortalidad para caídas accidentales en un 15% (por 100.000)	5,4	3,2	≤ 4,6	A

Tabla 8. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las causas externas. Cataluña, 1989-2000

En relación con las enfermedades del aparato digestivo, se han alcanzado los objetivos formulados tanto por lo que respecta a la mortalidad por cirrosis hepática (fig. 13) como la morbilidad declarada por hepatitis B (tabla 9).

Se han alcanzado los objetivos que se establecieron para los problemas relacionados con el consumo de alcohol, como la incidencia del síndrome alcohólico fetal y la prevalencia de consumo excesivo en la población general y en jóvenes (tabla 10). Debido a las dificultades metodológicas que supone el cálculo de la mortalidad atribuible a la ingesta de alcohol a partir de los datos disponibles, no se consideró adecuada la permanencia del objetivo relativo a este aspecto.

Respecto a los objetivos relacionados con el consumo de drogas, el objetivo que tiene que ver con la mortalidad por reacción adversa (fig. 14) y el relacionado con la prevalencia de dependencia a opiáceos se han conseguido parcialmente. No obstante, no se han alcanzado los objetivos del síndrome de abstinencia a los opiáceos en los bebés y el de la prevalencia de consumidores de cannabis entre los jóvenes (tabla 11).

Figura 13. Evolución de la mortalidad por cirrosis y enfermedades crónicas del hígado. Cataluña, 1983-2000

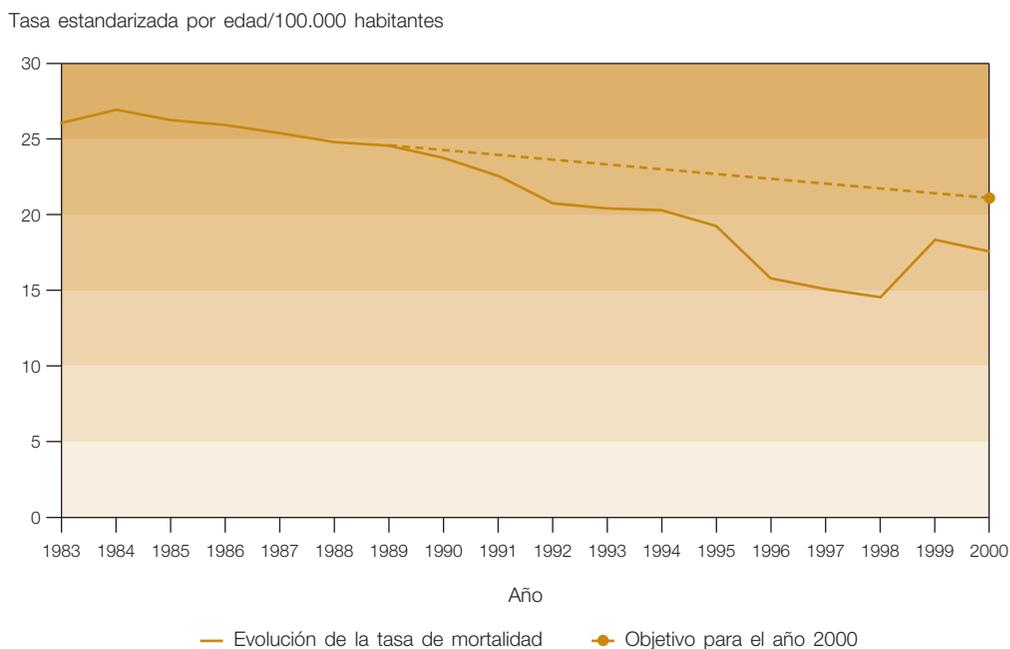


Tabla 9. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las enfermedades digestivas. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por cirrosis hepática en un 15% (por 100.000)	24,7	17,1	≤ 21,0	A
• Reducir la morbilidad por hepatitis B al 30% de la declarada en 1990 (por 100.000)	3,5 <sup>1990</sup>	1,2	≤ 1,1	A

Tabla 10. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la incidencia del síndrome alcohólico fetal en un 25% (por 1.000 partos)	0,2 <sup>1993</sup>	0,1	≤ 0,2	A
• Reducir la prevalencia de consumidores de > 75 cc de alcohol puro al día en población general de 15-65 años hasta el 4,5% (por 100)	7,1 <sup>1990</sup>	4,5 <sup>1</sup>	≤ 4,5	A
• Reducir la prevalencia de consumidores de > 75 cc de alcohol puro al día en población de 15-29 años en un 25% (por 100)	9,7 <sup>1990</sup>	3,0 <sup>1</sup>	≤ 7,3	A

<sup>1</sup>Encuesta de salud de Cataluña 2002.

Tasa estandarizada por edad/100.000 habitantes

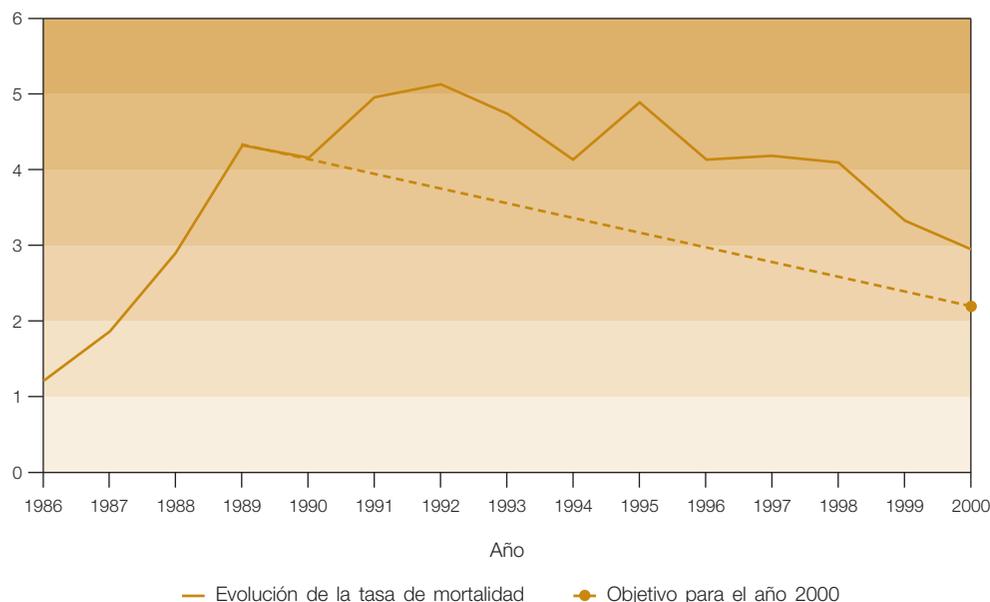


Figura 14. Evolución de la mortalidad por reacción adversa al consumo de drogas. Cataluña, 1986-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por reacción adversa al consumo de drogas en por lo menos un 50% (por 100.000)	4,2 <sup>1990</sup>	2,9	≤ 2,1	PA
• Reducir la incidencia del síndrome de abstinencia a los opiáceos en los bebés en un 40% (por 1.000 partos)	1,6 <sup>1993</sup>	1,8	≤ 1,0	NA
• Reducir la prevalencia de dependencia a opiáceos (15-29 años) hasta un máximo del 0,4. (Consumo de heroína los últimos 30 días) (por 100)	1,7 <sup>1995</sup>	0,2 <sup>1999</sup>	≤ 0,4	PA
• Reducir la prevalencia de consumidores de cannabis (15-29 años) en un 25%. (Consumo de cannabis los últimos 30 días) (por 100)	5,7 <sup>1995</sup>	8,5	≤ 4,3	NA

Tabla 11. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el consumo de drogas ilegales. Cataluña, 1989-2000

Los objetivos relacionados con la disminución de la infección por el VIH no se han modificado esencialmente, pero a partir del año 1996 se corrigieron en lo referente a su formulación debido a las dificultades para obtener algunas informaciones, así como por los cambios en la dinámica propia de la infección. Estos objetivos han sido alcanzados excepto en el caso de la seroprevalencia en hombres homosexuales. También se han alcanzado los objetivos sobre las prácticas sexuales de riesgo y los relacionados con la atención a los pacientes con sida, el aumento de la supervivencia y la disminución de la transmisión vertical (tabla 12).

Referente a los objetivos que se establecieron para las enfermedades susceptibles de ser prevenidas mediante vacunas, como la difteria, el tétanos neonatal, la poliomielitis, la tos ferina, la parotiditis, la rubéola, la rubéola congénita, el sarampión autóctono y la prevalencia de infección por hepatitis B y del antígeno HBsAg, todos ellos han sido alcanzados (tabla 13).

Tabla 12. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el sida. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Disminuir la incidencia de la infección por el VIH por todas las vías de transmisión. Población centinela:				
– Prevalencia de anticuerpos anti-VIH en bebés (por 100)	0,3 <sup>1994</sup>	0,2 <sup>1</sup>	< 0,3	A
– Prevalencia del VIH en saliva, en UDVP (reclutados en la calle) (por 100)	51,0 <sup>1993</sup>	39,3	< 51,0	A
– Seroprevalencia del VIH en saliva de hombres homosexuales (por 100)	14,2 <sup>1995</sup>	17,9	< 14,2	NA
• Disminuir la frecuencia de prácticas de riesgo para la infección por el VIH por vías parenteral y sexual (% de no utilización de preservativo/% de UDVP)	4,3% <sup>1995</sup> 66,3% <sup>1993</sup>	1,4% 46,5%	< 4,3% < 66,3%	A A
• El proceso de atención a los enfermos e infectados por VIH tiene que desarrollarse en el ámbito asistencial adecuado a las diferentes fases de la historia natural de la enfermedad y que exista coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales		( <sup>2</sup> )		A
• Retrasar la aparición de nuevos casos de sida y aumentar la supervivencia de las personas infectadas por el VIH (tasa de letalidad a los 6 meses del diagnóstico de sida) (por 100)	21,3 <sup>1990</sup>	12,8 <sup>1</sup>	< 21,3	A
• Reducir la tasa de transmisión vertical del VIH. (Prevalencia de anticuerpos anti-VIH en bebés) (por 100)	0,3 <sup>1994</sup>	0,2 <sup>1</sup>	< 0,3	A

<sup>1</sup>Año 1999.

<sup>2</sup>Se establece un servicio integral sanitario por parte del Departamento de Salud.

UDVP: usuarios de drogas por vía parenteral.

Tabla 13. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las enfermedades susceptibles de ser prevenidas mediante vacunación. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Mantener la eliminación de la difteria, el tétanos neonatal y la poliomielitis (número de casos registrados)	0/0/0 <sup>1990</sup>	0/0/0	0/0/0	A/A/A
• Reducir de manera importante el número de casos de (número de casos registrados):				
– Tétanos	12 <sup>1990</sup>	5		A
– Tos ferina	10.460 <sup>1990</sup>	193		A
– Parotiditis	4.403 <sup>1990</sup>	115	Reducción importante	A
– Rubéola	2.464 <sup>1990</sup>	3		A
• Eliminar el sarampión autóctono y la rubéola congénita (número de casos registrados):				
Rubéola congénita	1 <sup>1990</sup>	0	0	A
Sarampión autóctono	1.242 <sup>1990</sup>	1	0	A
• Reducir la prevalencia del HBsAg en la población > de 14 años hasta el 1,5%	1,3 <sup>1994</sup>	0,9 <sup>1</sup>	1,5	A
• 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%	9,3% <sup>1996</sup>	0,9	1,0	A
• Eliminar la rubéola en las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años)	2 <sup>1997</sup>	0	0	A

<sup>1</sup>Año 2001.

En el caso de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), los objetivos para la incidencia de sífilis, sífilis congénita, gonococia y otras ETS, se han alcanzado completamente. En relación con el objetivo sobre la tasa de incidencia de la oftalmia *neonatorum*, en el año 2000 ha sido de 0,3 por 100.000 habitantes y, por lo tanto, a pesar de la importante disminución de la tasa, no se ha alcanzado el objetivo (tabla 14).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la incidencia de la sífilis en un 30% (por 100.000)	7,1	1,5	≤ 4,9	A
• Reducir la incidencia de gonococia en un 25% (por 100.000)	78,9	3,6	≤ 59,3	A
• Reducir la proporción de gonococia causada por cepas de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> productoras de betalactamasa en un 50%	20,4%	6,1%	≤ 10,2%	A
• Eliminar la oftalmia <i>neonatorum</i> (por 100.000)	0,5	0,3	0	NA
• Eliminar la sífilis congénita (por 100.000)	0,01 <sup>1990</sup>	0,0	0	A
• Reducir la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual en un 20% (por 100.000)	113,2	65,5	≤ 90,4	A

Tabla 14. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las enfermedades de transmisión sexual. Cataluña, 1989-2000

Se ha conseguido el cumplimiento del objetivo de reducción de la mortalidad por accidentes en el puesto de trabajo (fig. 15), pero no el de reducción de la morbilidad por accidentes de trabajo, que se ha mantenido estable durante el período (tabla 15).

Tasa/100.000 asalariados (Encuesta de Población Activa)

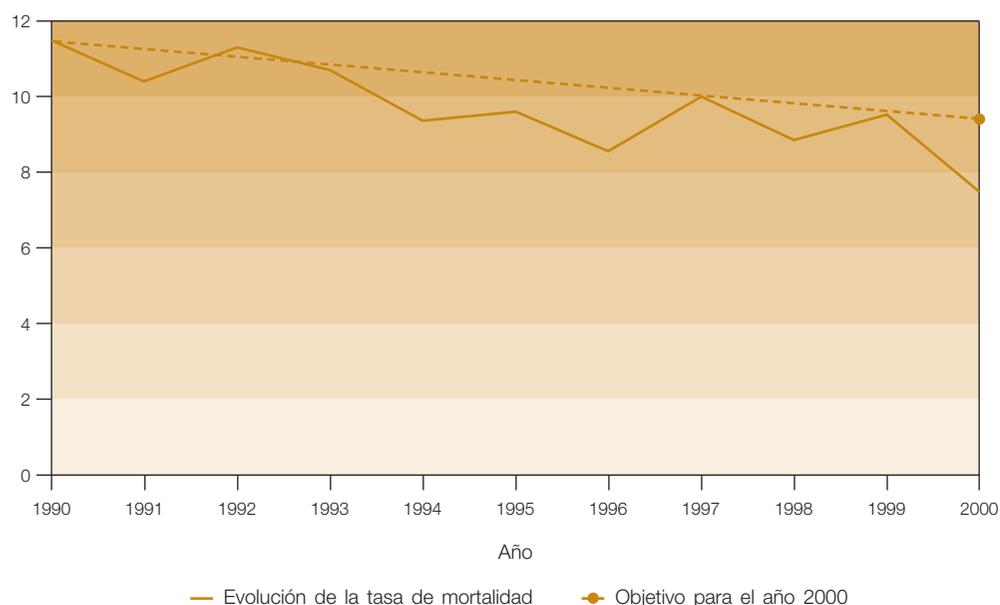


Figura 15. Evolución de la mortalidad por accidentes de trabajo en la jornada. Cataluña, 1990-2000

Tabla 15. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la salud laboral. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la tasa de morbilidad por accidentes de trabajo con baja en el puesto de trabajo en un 15% (por 1.000)	92,6 <sup>1990</sup>	90,5	≤ 78,7	NA
• Reducir la tasa de mortalidad por accidentes de trabajo en el puesto de trabajo en un 20% (por 100.000)	11,5 <sup>1990</sup>	7,5	≤ 9,2	A

La reducción de la mortalidad por tuberculosis ha sido superior a lo establecido en el objetivo (fig. 16). En cambio, no se ha conseguido estabilizar la tasa de incidencia por tuberculosis respiratoria y sólo se ha podido evaluar de forma parcial el objetivo de riesgo anual de infección en los niños de 6 a 7 años de edad (tabla 16).

Figura 16. Evolución de la mortalidad por tuberculosis. Cataluña, 1989-2000

Evolución de los casos por 100.000 habitantes

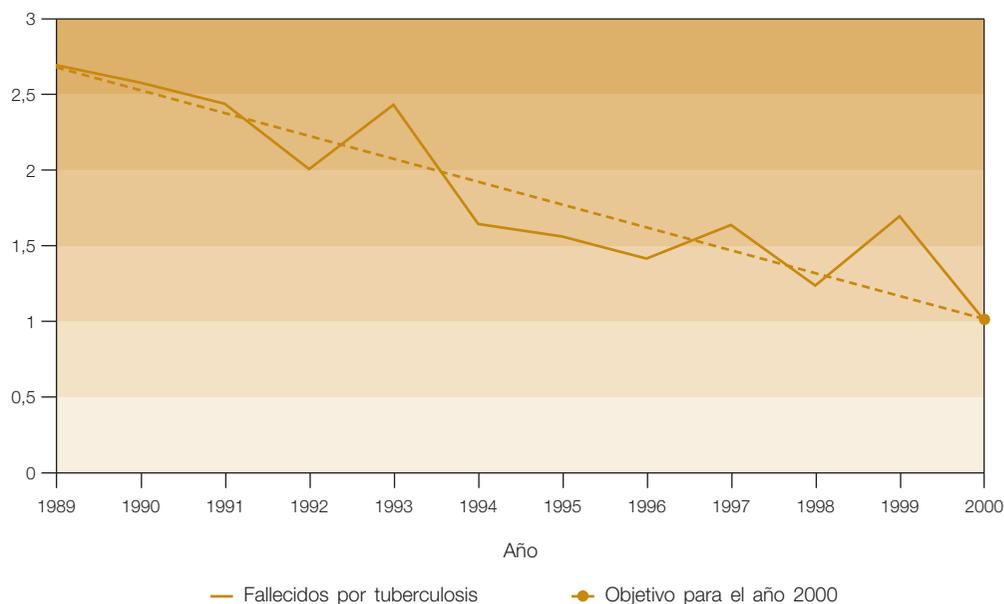


Tabla 16. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la tuberculosis. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la mortalidad por tuberculosis por debajo de un caso por 100.000 habitantes/año, siempre y cuando no se produzca un aumento significativo de la transmisión de bacilos multirresistentes	2,7	0,97	< 1	A
• Reducir la prevalencia de infección tuberculosa y conseguir una reactivación en el descenso del riesgo anual de infección (RAI) en los niños de 6 a 7 años de edad (positividad en el cribado de niños de 6 años en Barcelona) (por 100)	0,9 <sup>1991-92</sup>	0,5 <sup>1</sup>	< 0,9	A

<sup>1</sup>1997-1998.

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE SALUD Y DE DISMINUCIÓN DE RIESGO  
PARA EL AÑO 2000

A la luz de los resultados obtenidos en el estudio epidemiológico de 1997, se han alcanzado los objetivos que se formularon para la prevalencia de niños libres de caries dental y reducción del índice CAOD (piezas permanentes cariadas, obturadas o ausentes) en los niños de 12 años de edad. En el caso de los niños de 6 años, la prevalencia de niños libres de caries en el año 1997 no llegó a los niveles esperados para el año 2000; por lo tanto, este objetivo se considera parcialmente alcanzado (tabla 17).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• El 50%, como mínimo, de los escolares de 12 años tienen que estar libres de caries (por 100)	38,0 <sup>1991</sup>	53,4	≥ 50	A
• El 75%, como mínimo, de los escolares de 6 años tienen que estar libres de caries (por 100)	54,0 <sup>1991</sup>	70,2	≥ 75	PA
• El índice CAOD en los escolares de 12 años tiene que ser inferior a 2	1,7 <sup>1991</sup>	0,9	< 2	A

Tabla 17. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la salud bucodental. Cataluña, 1989-2000

Respecto de los objetivos que se establecieron para la diabetes siguiendo las recomendaciones de la Oficina Europea de la OMS en la Declaración de Saint Vincent, la evaluación ha resultado extraordinariamente difícil. Como ya se comentó en dos de los objetivos, insuficiencia renal crónica en diabéticos y mortalidad perinatal y malformaciones congénitas en madres diabéticas, se ha considerado que los objetivos no se podían evaluar con la información disponible. En tres de los objetivos, los indicadores utilizados son aproximados y se mantienen estables, excepto en el caso de la cardiopatía isquémica en diabéticos, en que el objetivo se ha considerado parcialmente alcanzado. También se ha conseguido el objetivo de incrementar la frecuencia de diabetes conocida en la población adulta (tabla 18).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Disminuir la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los diabéticos en un 20% (por 100)	11,9 <sup>1993</sup>	10,0	≤ 9,6	PA
• Reducir los nuevos casos de amaurosis en diabéticos en un 25% o más (por 100)	2 <sup>1993</sup>	2	≤ 1,5	NA
• Reducir las amputaciones por gangrena diabética en un 50% (por 1.000)	18,6 <sup>1993</sup>	18,7	≤ 9,3	NA
• 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 el cribado de los grupos de riesgo	50% <sup>1</sup>	62,6	≥ 60%	A

<sup>1</sup>Estimación del año 1993.

Tabla 18. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la diabetes. Cataluña, 1989-2000

En general, se consiguen todos los objetivos establecidos para los diversos aspectos del medio ambiente y la higiene de los alimentos, excepto en el caso de la morbilidad declarada por enteritis y diarreas, la reducción de los brotes de toxiinfección alimentaria y la erradicación de los parámetros tóxicos y microbiológicos del agua de las redes de suministro público. En el caso de la triquinosis, el objetivo tampoco se ha considerado alcanzado porque, a pesar de que durante el período 1990-2000 no se registró ningún caso de triquinosis, en el año 2000 se registraron cuatro, debidos al consumo de carne de jabalí que no se había sometido a los análisis de triquina. Esta carne, por lo tanto, en ningún momento entró en el circuito de comercialización para el consumo público, ya que el consumo se restringió a los familiares y

amigos de los propios cazadores. A pesar de que el objetivo no se puede considerar alcanzado, está claro que, en principio, estamos en el camino adecuado, siempre que los cuatro casos que ocurrieron en el año 2000 conformen un fenómeno aislado (tabla 19).

Tabla 19. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con el medio ambiente y la higiene de los alimentos. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• La morbilidad declarada por fiebre tifoide tiene que ser inferior a 1 caso por 100.000 habitantes y año	2,1	0,5	< 1	A
• La morbilidad declarada por enteritis y diarreas tiene que ser inferior a 4.500 casos por 100.000 habitantes y año	5.305,9 <sup>1990</sup>	5.636,8	< 4.500	NA
• Reducir los brotes declarados de toxiinfecciones alimentarias en un 30%	113	110	≤ 45	NA
• La morbilidad declarada por brucelosis tiene que ser inferior a 3 casos por 100.000 habitantes y año	3,3	1,9	< 3	A
• Eliminar la triquinosis en Cataluña	0 <sup>1990</sup>	4	0	NA
• Conseguir que no se dé ningún caso de intoxicación aguda secundaria ni de contaminación química de los alimentos, derivada del uso inadecuado de productos fitosanitarios y zoonosarios	0 <sup>1995</sup>	0	0	A
• Controlar sanitariamente el 100% de las reutilizaciones de aguas residuales depuradas		100% controlados		A
• El 100% de las piscinas de uso colectivo tiene que cumplir el reglamento sanitario vigente (número de inspecciones, 100% de las piscinas de utilización públicas)	1.500	2.075		A
• Reducir el número de playas actualmente calificadas en los niveles C y D en un 70%	13 playas	5 playas	< 4	PA
• Erradicar los incumplimientos por parámetros tóxicos o microbiológicos de las redes de aguas de suministro público de Cataluña:				
– Muestras en el agua donde los metales pesados (cromo, mercurio, níquel y/o selenio) superan los límites establecidos en el Real Decreto 1138/90		0,3%		
– Muestras en el agua donde el plomo superó los niveles establecidos por el Real Decreto 1138/90		1,2%		NA
– Exámenes en el agua donde los hidrocarburos aromáticos superan los límites máximos		0%		
• Controlar sanitariamente el 100% de los asentamientos humanos (número de inspecciones, 100% de las casas de colonias y albergues)	590	765		A
• La totalidad de las carnes que salgan de los mataderos de Cataluña tienen que estar libres de residuos derivados de la administración al ganado de promotores de crecimiento ilegales (porcentaje de muestras con residuos ilegales)	8,6%	0%		A
• Las instalaciones y los equipamientos de todos los mataderos tienen que reunir las condiciones 100% higienicosanitarias fijadas por la normativa vigente		100% autorizadas		A
• La totalidad de los establecimientos que distribuyen alimentos manufacturados, tanto si los venden al público como si los sirven en el ámbito de la restauración colectiva, tienen que estar sometidos a intervenciones de control sanitario				
Número de inspecciones, 100% del total:				
– Cocinas centrales	2.953	2.631		
– Comedores colectivos	10.955	14.276		
– Detallistas	15.320	13.001		A

Se han alcanzado los objetivos de reducción de la mortalidad materna, infantil y perinatal, y se han observado unas tasas claramente inferiores a las establecidas (figs. 17-19). Por otro lado, se ha observado un incremento de la frecuencia de prematuridad cronológica y bajo peso al nacer. Tampoco se ha alcanzado el objetivo de reducción del índice de embarazos en mujeres menores de 18 años, ya que se ha observado un incremento durante la última década (tabla 20).

Tasa estandarizada por edad/100.000 nacidos vivos

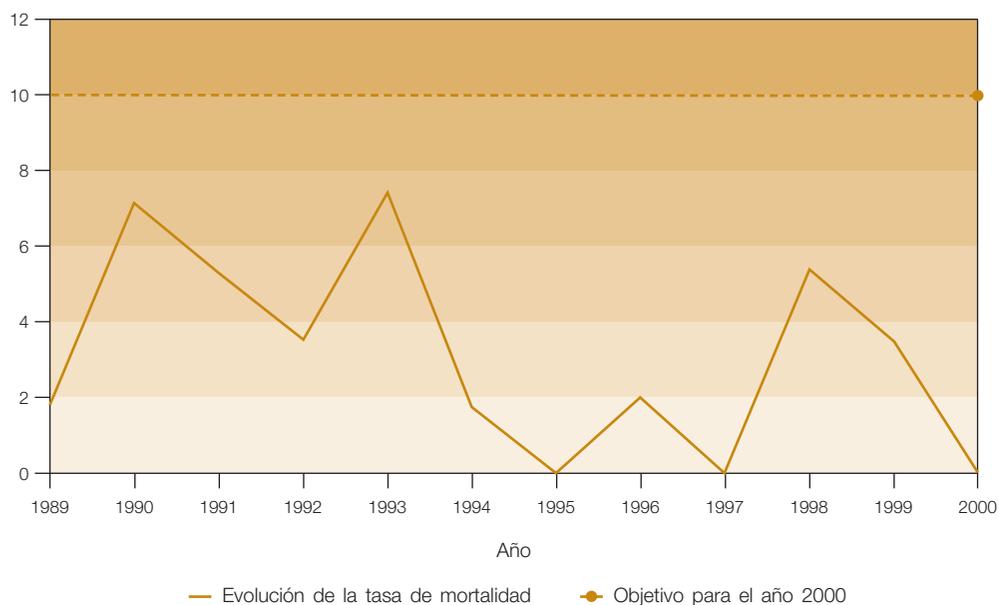


Figura 17. Evolución de la mortalidad materna relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Cataluña, 1989-2000

Tasa estandarizada por edad/1.000 nacidos vivos

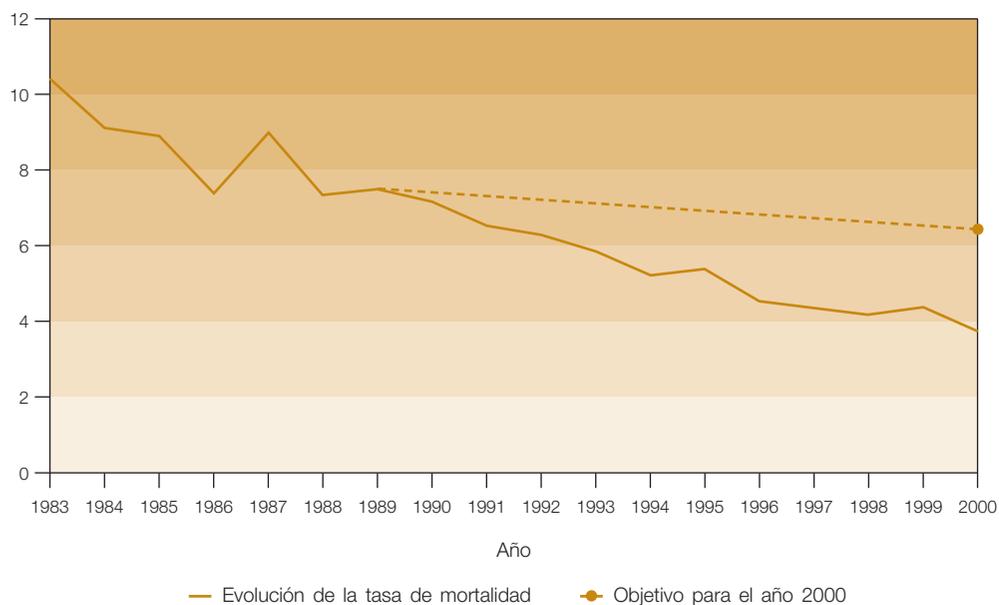


Figura 18. Evolución de la mortalidad infantil. Cataluña, 1983-2000

Figura 19. Evolución de la mortalidad perinatal. Cataluña, 1986-2000

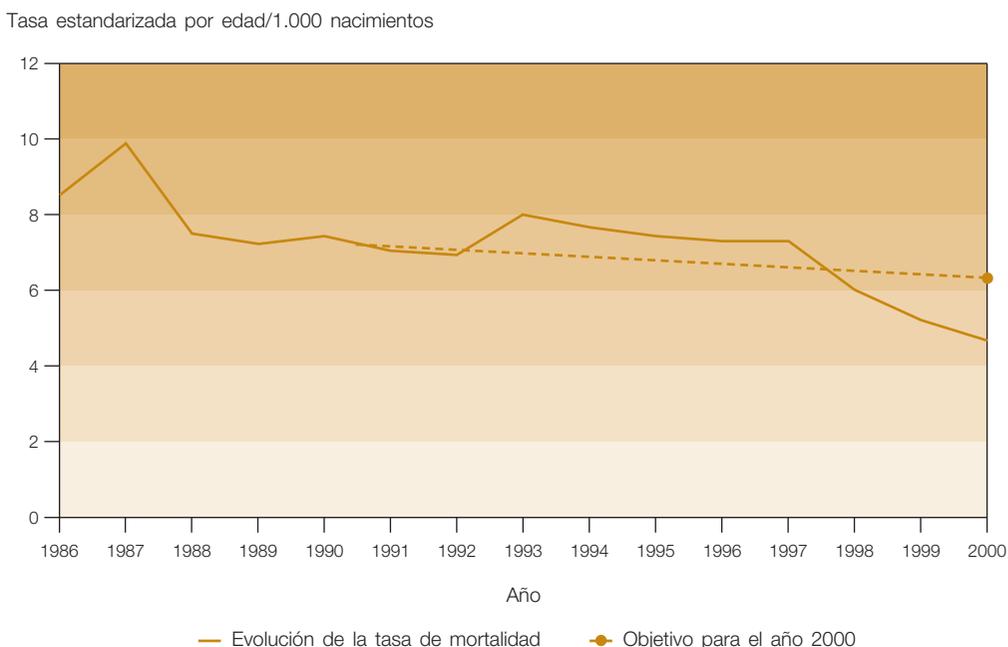


Tabla 20. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con la salud maternoinfantil. Cataluña, 1989-2000

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Mantener la mortalidad materna relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio por debajo de 10 por cada 100.000 nacidos vivos	1,8	0	< 10	A
• Reducir la mortalidad perinatal hasta el 6,5 por 1.000 nacimientos	7,0	4,6	≤ 6,5	A
• Reducir la mortalidad infantil hasta el 6,5 por 1.000 nacidos vivos	7,3	3,4	≤ 6,5	A
• Reducir la prevalencia de premaduración cronológica por debajo del 5% (por 100)	5,5 <sup>1993</sup>	7,6	< 5,0	NA
• Reducir la prevalencia de bajo peso al nacer por debajo del 5% (por 100)	5,8 <sup>1993</sup>	7,6	< 5,0	NA
• Disminuir el índice de embarazos en mujeres menores de 18 años por debajo del 4 por 1.000	4,0 <sup>1990</sup>	7,9	< 4,0	NA

En los hospitales de Cataluña se han alcanzado todos los objetivos formulados en relación con las infecciones nosocomiales, tanto en el caso de la prevalencia general como en los casos específicos de unidades de cuidados intensivos, áreas quirúrgicas y heridas quirúrgicas, siempre considerando como punto de partida los niveles observados durante el año 1988, y a partir de los datos proporcionados por el estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales (EPINCAT) desarrollado anualmente con carácter voluntario por un amplio grupo de hospitales (tabla 21).

Indicador	Nivel de partida	Nivel en 2000	Nivel diana	Valoración
• Reducir la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales de Cataluña en por lo menos un 15% (por 100)	12,1 <sup>1988</sup>	8,1	≤ 10,3	A
• Reducir la prevalencia de pacientes afectados de infección nosocomial en hospitales de Cataluña en por lo menos un 15% (por 100)	10,8 <sup>1988</sup>	7,0	≤ 9,2	A
• Reducir la prevalencia de infección nosocomial en áreas de cuidados intensivos de los hospitales de Cataluña en un 10% (por 100)	42,8 <sup>1988</sup>	32,6	≤ 38,5	A
• Reducir la prevalencia de infección nosocomial en áreas de cirugía de los hospitales de Cataluña por lo menos un 20% (por 100)	15,1 <sup>1988</sup>	7,2	≤ 12,1	A
• Reducir la prevalencia de infecciones de herida quirúrgica limpia a menos del 3%	5,5 <sup>1988</sup>	2,2	≤ 3,0	A

Tabla 21. Evaluación de los objetivos del Plan de salud de Cataluña para el año 2000, relacionados con las infecciones nosocomiales. Cataluña, 1989-2000

Haciendo una aproximación general a los objetivos no alcanzados destaca que muchos de ellos están relacionados con los hábitos y estilos de vida; así, respecto a los objetivos relacionados con el ejercicio físico, en general se observa que los indicadores han evolucionado en la dirección marcada por los objetivos, aunque a un ritmo más lento que el establecido. Es decir, el nivel de actividad física es un poco mejor en el año 2000 que en el año 1989. En relación con la falta de consecución de los objetivos, hay que tener en cuenta que los objetivos iniciales se establecieron partiendo de informaciones y recomendaciones internacionales, pero en aquel momento no se disponía de datos objetivos de Cataluña que permitieran estimar la velocidad de los cambios propugnados y, a la luz de los resultados, las intervenciones puntuales que se han llevado a cabo durante estos años no han sido bastante efectivas. Además, el nivel de actividad física de la población de Cataluña es similar al observado en estudios realizados en otros países de nuestro entorno. La práctica de actividad física está influida por multitud de factores y, de hecho, en el ámbito mundial se está observando un aumento de las conductas sedentarias. Sólo en los países de Europa donde hace más años que se están realizando intervenciones para aumentar el nivel de actividad física de la población desde diferentes ámbitos se observan resultados positivos.

En relación con el sobrepeso y la obesidad, debe destacarse que hay una tendencia universal hacia la occidentalización, con pérdida de los estilos de vida tradicionales y la adopción de hábitos menos activos asociados al desarrollo socioeconómico. El entorno actúa como un elemento favorecedor de la obesidad, respecto a la ingesta alimenticia, con más consumo de alimentos ricos en grasas y en mayor cantidad. Finalmente, cabe nombrar el insuficiente gasto energético que acompaña las mejoras en los transportes y, en general, en el ámbito laboral y doméstico, y que han facilitado las tareas de manera que se ha reducido el gasto energético de la actividad diaria.

La mortalidad por insuficiencia renal crónica ha mostrado una gran inestabilidad durante el período que es, por lo menos en parte, atribuible al reducido número de personas que fallecen por esta causa. Un caso que puede considerarse parecido es el del cáncer de cuello uterino. En efecto, el número de defunciones por este cáncer es muy bajo y las tasas muestran unas oscilaciones que hacen muy difícil de prever cuál puede ser su evolución para un año determinado. Esto tiene que hacer pensar si es apropiado mantener este tipo de objetivos, que guardan relación con causas de mortalidad poco frecuentes, en los futuros planes de salud.

El objetivo sobre la mortalidad respiratoria no se ha alcanzado. Aunque la tendencia era bastante favorable, en los últimos años se ha producido un incremento de la mortalidad, que

parece que podría explicarse, en parte, por la incorporación de la 10.<sup>a</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades. También se debe tener en cuenta que ciertas medidas preventivas, como la vacunación antineumocócica en población de riesgo y personas mayores, todavía no se han podido reflejar en la evolución de la mortalidad para este grupo de enfermedades.

Los objetivos relacionados con las prevalencias de tabaquismo en la población general y en la población joven claramente no se han alcanzado. Estos objetivos se formularon siguiendo un afán de homologación con el objetivo general que promovía en aquel momento la Oficina Regional de Europa de la OMS. Tan solo Suecia, y sólo si no se tiene en cuenta el tabaco masticado, ha alcanzado estos objetivos. Las tendencias observadas en Cataluña muestran un incremento entre los jóvenes y muy especialmente entre las mujeres.

Los objetivos sobre el consumo de drogas ilegales son especialmente difíciles de evaluar y no cabe duda de que la evolución de las características del consumo de drogas y del tipo de drogas que se consumen en la actualidad era imprevisible hace diez años. El indicador del síndrome de abstinencia a opiáceos ha mostrado fuertes oscilaciones durante el período y, además, esta evolución puede haber estado muy influida por el aumento de exhaustividad del registro de altas hospitalarias. De todos modos, con la información de que se dispone, se puede afirmar que el objetivo no se ha alcanzado. El consumo de cannabis ha aumentado durante los últimos años y el objetivo no se ha alcanzado. Éste es un fenómeno que no es exclusivo de Cataluña, sino que se ha observado en la mayoría de los países de la Unión Europea.

El objetivo de salud laboral sobre la accidentalidad no se ha alcanzado, aunque parece que ésta se ha mantenido bastante estable y, sobre todo, a cuenta de los accidentes leves. El número de accidentes de trabajo parece que está relacionado con las condiciones de trabajo, tanto por lo que respecta a la contratación temporal como a las medidas de seguridad.

La adopción de forma directa de los objetivos propuestos por la OMS en la Declaración de Saint Vincent ha condicionado que algunos de los objetivos sobre la diabetes no se hayan podido evaluar por falta de fuentes de información adecuadas. Para evaluar los objetivos, tal como están formulados, se tendría que disponer de una amplia cohorte de pacientes diabéticos que, seguida durante todo el período, permitiría ir evaluando los diferentes objetivos. Las dificultades inherentes a este tipo de estudio no han hecho posible su aplicación. No obstante, las fuentes que nos han permitido la aproximación a la evaluación de algunos objetivos indican una tendencia estable.

Dentro del área de medio ambiente e higiene de los alimentos, no se han alcanzado los objetivos de reducción de los brotes de toxoinfección alimentaria ni el número de personas afectadas por estos brotes. Se considera que la mejora de los sistemas de declaración y de los sistemas de vigilancia epidemiológica ha sido decisiva en estos resultados.

Referente a la salud maternoinfantil, los objetivos de prevalencia de prematuridad y bajo peso al nacer no se han alcanzado. Durante los últimos diez años se han observado cambios importantes, tanto en la edad de las madres –que ha aumentado de forma considerable– como en el aumento del número de embarazos múltiples, en muchos casos después de fecundación asistida. Tampoco se ha alcanzado el objetivo de disminución de embarazos en mujeres menores de 18 años, a pesar de que, comparado con los países de nuestro entorno, nos encontramos entre los que tienen niveles más bajos.

# 4

---

## **Objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2010**



## Introducción

A continuación se presentan los objetivos de salud y de disminución de riesgo establecidos para Cataluña con un horizonte temporal que se sitúa en el año 2010. Éstos se orientan a dar respuesta, fundamentalmente, a los problemas de salud prioritarios que se derivan 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.

Para hacer efectivas las políticas de salud se requiere un planteamiento multisectorial, lo que implica la cooperación de todos los sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud, aunque el sistema sanitario ha de asumir una parte importante del liderazgo con el fin de incrementar las ganancias en salud y una mayor equidad y satisfacción de los ciudadanos.

Para la consecución de estos objetivos, el Plan de salud establece también objetivos operacionales e intervenciones a medio plazo, que para el período 2002-2005 se exponen en el documento *Estrategias de salud para el año 2010. Plan de salud de Cataluña 2002-2005*, disponible en: <http://www.gencat.net/sanitat>

## Promoción de hábitos saludables

### Consumo de tabaco

En los países desarrollados, el consumo de tabaco constituye la primera causa prevenible de pérdida de salud y de muertes evitables y prematuras. El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más relevante de las principales enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, así como de un número importante de neoplasias.

En Cataluña se ha estimado que en el año 1997 se produjeron 8.931 muertes atribuibles al hábito tabáquico, lo que representó un 16,4% de todas las muertes. De éstas, 7.484 fueron en hombres y 1.447 en mujeres, lo que supuso el 27,4 y el 5,7%, respectivamente, de todas las muertes producidas en población mayor de 35 años.

En el año 2002, la prevalencia de fumadores de 15 años o más fue del 32,1% (el 38,0% en los hombres y el 26,6% en las mujeres). Los hombres de 25 a 34 años y las mujeres de 15 a 24 años son los que presentan las prevalencias más elevadas (el 48,6 y el 42,5%, respectivamente). Aunque el hábito de fumar es más frecuente en los hombres, es necesario destacar el aumento entre las mujeres de entre 15 y 24 años, que fuman más que los hombres de la misma edad.

La evolución del tabaquismo en Cataluña en los últimos años muestra una tendencia ascendente por lo que se refiere a las mujeres y descendente en los hombres, en línea con las tendencias evolutivas que ha tenido la epidemia tabáquica en España.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre la población de 15 y más años hasta el 28%.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre los jóvenes de 15 a 24 años hasta el 32%.

3. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de 15 y más años hasta el 22%.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre los hombres de 15 y más años hasta el 34%.
5. De aquí al año 2010 se debe conseguir un porcentaje de abandono del tabaquismo en la población de 15 y más años del 35%.
6. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre los médicos hasta el 20%.
7. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre el personal de enfermería hasta el 30%.
8. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre los farmacéuticos hasta el 17%.
9. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de tabaquismo entre los docentes hasta el 25%.

## Hábitos alimentarios

La dieta mediterránea es un modelo alimentario muy saludable que se asocia a unas tasas menores de enfermedades crónicas y degenerativas. Los efectos beneficiosos provienen de la combinación y sinergia de determinados alimentos, como aceite de oliva, cereales, pan y derivados, legumbres, frutas, verduras y hortalizas, derivados lácteos (leche, queso), frutos secos, vino, pescado y carne (en pequeña cantidad) y condimentos, que forman parte de la dieta mediterránea.

Según los resultados provisionales de la Encuesta de alimentación y nutrición de 2002-2003, se valora positivamente que en Cataluña, en los últimos años, se haya incrementado el consumo de derivados lácteos y descremados, cereales, aceite de oliva, frutos secos y legumbres y disminuido el consumo de carne y vísceras. En cambio, se valora negativamente la disminución del consumo de pescado, frutas, verduras y hortalizas.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe incrementar el consumo de verduras y hortalizas por encima de 300 g/día.
2. De aquí al año 2010 se debe incrementar el consumo de frutas por encima de 400 g/día.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir el consumo de productos dulces en una cantidad de tres o menos veces al día.
4. De aquí al año 2010 se debe incrementar el consumo de fibra en la dieta en un 25%.
5. De aquí al año 2010 se debe incrementar la aportación de folatos en un 30%.
6. De aquí al año 2010 hay que reducir la aportación de grasas saturadas de la dieta por debajo del 10% de la energía.
7. De aquí al año 2010 se debe reducir el riesgo de ingesta deficitaria de vitaminas y minerales en un 25%.

## Ejercicio físico

La práctica regular de actividad física moderada es beneficiosa para la mayoría de personas y reduce el riesgo de presentar o de fallecer por enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer de colon e hipertensión arterial. Por término medio, las personas que son físicamente activas sobreviven a las que son inactivas. La actividad física regular también ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y mejora la calidad de vida de personas de todas las edades. Una mala forma física aumenta el riesgo de muerte en personas con otros factores de riesgo, como el tabaquismo, la diabetes y las enfermedades del corazón y los pulmones.

En el año 2002, el 50,6% de la población de entre 18 y 74 años declara que practica ejercicio físico durante el tiempo libre (el 56,7% de los hombres y el 44,2% de las mujeres). Entre los que realizan ejercicio físico, el 8,4% practica actividades físicas vigorosas diariamente (el 10,0% de los hombres y el 7,5% de las mujeres); el 24,1% hace ejercicio vigoroso 4-6 veces por semana (el 29,6% de los hombres y el 17,6% de las mujeres) y el 52,0% lo realiza 2-3 veces por semana (el 47,8% de los hombres y el 57,2% de las mujeres).

Asimismo, el 62,8% de la población de entre 18 y 74 años declara que camina, como mínimo, 30 minutos al día. Con la edad, se observa un aumento de la proporción de personas (más acusado en los hombres) que caminan más de 30 minutos al día. Esto conlleva que hasta los 44 años, las mujeres caminan más que los hombres, y a partir de 45 años, los hombres caminan más que las mujeres.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, la prevalencia de personas de entre 18 y 74 años absolutamente sedentarias debe ser inferior al 16%.
2. De aquí al año 2010, la prevalencia de personas de entre 18 y 74 años que hacen ejercicio durante el tiempo libre debe ser superior al 55%.
3. De aquí al año 2010, la prevalencia de personas de entre 18 y 74 años que caminan más de 30 minutos diarios debe ser superior al 75%.
4. De aquí al año 2010, la prevalencia de personas de entre 18 y 74 años que realizan actividades físicas de ocio de intensidad moderada cinco o más veces por semana o una cantidad equivalente debe ser superior al 14%.

## Las enfermedades crónicas y los accidentes

### Enfermedades cardiovasculares

En Cataluña, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en el conjunto de la población y entre las mujeres, y en hombres es la segunda causa por detrás del cáncer. En el año 2000, el 32,8% de la mortalidad fue a causa de enfermedades cardiovasculares, con una tasa bruta de 293,5 muertos por 100.000 habitantes (270,6 en hombres y 315,4 en mujeres). Como en la mayoría de países mediterráneos, las tasas de mortalidad por estas enfermedades han sido tradicionalmente más bajas en comparación con las de los países anglosajones y del norte y el centro de Europa.

Dentro de este grupo de enfermedades destacan, por su frecuencia, la enfermedad cerebrovascular, con una tasa de 82,7 muertos por 100.000 habitantes (71,5 en hombres y 93,3 en mujeres), y la enfermedad isquémica del corazón, con una tasa de 87,5 muertos por 100.000 habitantes (102,2 en hombres y de 73,4 por 100.000 mujeres). La enfermedad coronaria es más frecuente en el grupo de edad de 65 a 74 años y en los hombres, mientras que los accidentes cerebrovasculares lo son en los mayores de 75 años y en las mujeres. Cabe señalar que, aunque se trata de enfermedades que aparecen más a menudo en personas mayores, implican una pérdida muy importante de años potenciales de vida (17.760 años), concretamente es la tercera causa entre 1 y 70 años, detrás del cáncer y las causas externas.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de hospitalización, y representan el 11,9% del total de ingresos hospitalarios. Además, son el segundo motivo de consulta en atención primaria, y destaca, dentro de este grupo, la hipertensión arterial como motivo de consulta más frecuente.

Las enfermedades cardiovasculares comparten diversos factores de riesgo, como la hipertensión, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la obesidad. Además, el sedentarismo y la diabetes son factores adicionales para la enfermedad cardíaca.

En Cataluña, en los últimos años (ESCA) se ha incrementado la proporción de personas que declaran tomarse periódicamente la presión arterial, de manera que se ha pasado del 24,4 al 49,3% entre los años 1994 y 2002. También se ha incrementado el porcentaje de personas que controlan sus valores de colesterol, que ha pasado del 17,8 al 45,3%.

Según datos procedentes de las historias clínicas de la población atendida en la red de atención primaria reformada en el año 2000, constaba el diagnóstico de hipertensión en el 32,9% y el de hipercolesterolemia en el 24,2%. El 32,3% de los hipertensos y el 31,2% de los pacientes con hipercolesterolemia se encontraban en situación de control (presión arterial sistólica [PAS] < 140 mmHg y presión arterial diastólica [PAD] < 90 mmHg; colesterol LDL < 160 mg/dl).

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por enfermedad coronaria en un 15%.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por accidente cerebrovascular en un 15%.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por insuficiencia renal crónica en las personas menores de 75 años en un 5%.
4. De aquí al año 2010 se debe incrementar en un 50% la proporción de personas hipertensas que están bien controladas (< 140/90 mmHg).
5. De aquí al año 2010 se debe incrementar en un 50% la proporción de personas con hipercolesterolemia bien controlada.

## Cáncer

En Cataluña, el cáncer es la causa de muerte más frecuente en los hombres y la segunda en las mujeres. El año 2000, por esta causa ocurrieron 15.088 defunciones, lo que representa una tasa de 244,5 fallecimientos por 100.000 habitantes (310 en hombres y 181,8 en mujeres). El tumor que causa más mortalidad en los hombres es el de pulmón y en las mujeres, el de mama. En segundo lugar se sitúa el cáncer de colon para ambos sexos.

Se estima que en Cataluña se diagnosticaron unos 27.500 nuevos casos de cáncer (excepto cáncer de piel no melanoma). La incidencia del cáncer muestra una tendencia creciente tanto en hombres como en mujeres. El riesgo de presentar cáncer aumenta con la edad y la mayoría de los casos se dan en adultos y gente mayor, más de la mitad de los casos se diagnosticaron en personas de edad superior a los 65 años. A lo largo de toda la vida, aproximadamente uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres desarrollarán un cáncer.

La incidencia de cáncer en Cataluña puede estimarse a partir del Registro de Cáncer de Tarragona y de Girona, el Registro de Mortalidad de Cataluña y la razón incidencia/mortalidad. De forma global, los datos de Girona y Tarragona son similares, con unas tasas brutas de alrededor de 500 nuevos casos por 100.000 en hombres y de 350 nuevos casos por 100.000 en mujeres.

Los tumores más frecuentes en los hombres son el cáncer de pulmón (17%), seguido del de próstata (15%) y del colorrectal (14%). En las mujeres, el tumor más frecuente es el de mama (28%) seguido del cáncer colorrectal (15%). El conjunto de tumores relacionados con el tabaco (cavidad oral y faringe, laringe, páncreas, pulmón, vejiga urinaria y riñón) representan el 45% del total de tumores en hombres frente al 11% en las mujeres. Los tumores del aparato genital femenino juntamente con el de mama representan el 42% del cáncer en las mujeres.

Se prevé que el año 2005 se diagnosticarán unos 19.800 casos en hombres y 13.460 en mujeres. Esto supone un aumento del 20% en hombres y del 14% en mujeres en 4 años. Por tumores, se debe destacar la gran importancia del cáncer colorrectal para ambos sexos, el crecimiento del cáncer de pulmón en los hombres y del de mama en las mujeres. Los tumores relacionados con el tabaco también muestran un aumento importante, tanto en los hombres como en las mujeres. Este aumento también se observa en el conjunto de tumores hematológicos, pero de forma mucho menos importante.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia por cáncer en los tumores relacionados con el tabaco en un 5%.
2. De aquí al año 2010 se debe conseguir estabilizar la incidencia de cáncer de mama y colorrectal.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por cáncer de las personas menores de 65 años en un 15%.
4. De aquí al año 2010 se debe mantener la reducción de la mortalidad por tipos de cáncer relacionados con el tabaco en hombres, y del cáncer de próstata en un 10%.
5. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por cáncer de mama, cuello uterino en mujeres y cáncer colorrectal en hombres y mujeres en un 10%.
6. De aquí al año 2010 se debe mantener la reducción sostenida en la mortalidad por cáncer de estómago y endometrio.
7. De aquí al año 2010 se debe incrementar la supervivencia global por cáncer a los 5 años en un 15%, principalmente a expensas de los tumores de mama, colorrectal y próstata.
8. De aquí al año 2010 se debe desarrollar y aplicar los protocolos de control del dolor y otros síntomas en la enfermedad avanzada del cáncer en todos los hospitales de Cataluña.

## Enfermedades respiratorias

En Cataluña, en el año 2000, las enfermedades del sistema respiratorio supusieron la tercera causa de mortalidad en los dos sexos, después de los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 97,4 muertes por 100.000 habitantes (77 en mujeres y 118,8 en hombres). Por grupos de edad, las enfermedades del sistema respiratorio están entre las tres primeras causas de mortalidad en los dos sexos a partir de los 65 años. Por causas específicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma son las más frecuentes, con una tasa específica de 44,69 muertes por 100.00 habitantes.

Las enfermedades del sistema respiratorio, en el año 2000, continúan siendo la tercera causa de ingreso hospitalario (10,1%) después de las enfermedades del sistema circulatorio (11,9%) y digestivo (11,1%). Durante este año se produjeron 18.421 altas hospitalarias en personas mayores de 64 años por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cifra que representa un importante incremento global (27,7%) en la tasa de hospitalización por esta causa desde 1997.

Referente a la morbilidad percibida, según la ESCA 2002, las enfermedades respiratorias del tracto superior (10,5%) y la gripe (25,2%) son las causas más frecuentes de restricción de actividad en los últimos 15 días. El asma y la bronquitis se declaran como trastorno crónico por un 5,7 y un 6,5% de la población mayor de 14 años, respectivamente.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por gripe, enfermedad infecciosa aguda del aparato respiratorio y neumonía en un 10% entre la población de 60 años y más.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre la población de más de 40 años en un 10%.

## Lesiones producidas por accidentes y violencia

En el año 2000, las causas externas son la cuarta causa de mortalidad global en Cataluña, con un peso muy importante entre las defunciones de los grupos más jóvenes de la población: primera causa de defunción entre los hombres de 1 a 44 años y entre las mujeres de 1 a 34 años.

La tasa bruta de mortalidad por esta causa fue de 42 muertes por 100.000 habitantes (59,3 en hombres y 25,5 en mujeres), con 2.594 defunciones, que suponen el 4,7% de la mortalidad total. Este dato representa una reducción de más del 25% de la mortalidad respecto al año 1989. Es la segunda causa de años potenciales de vida perdidos, después de los tumores, con 53.604 años (42.211 en hombres y 11.393 en mujeres).

El grupo principal de defunciones entre las causas externas lo constituyen los accidentes de tráfico, que ocasionaron 820 muertes (617 en hombres y 203 en mujeres).

El grupo diagnóstico «lesiones y envenenamientos» supone el cuarto motivo más frecuente de hospitalización, con 62.649 altas, un 7,7% del total de altas registradas, y una estancia media de 8,3 días. Son la principal causa de ingreso en el grupo de población de 15 a 24 años. Entre los ingresos traumatológicos destacan, por su frecuencia, las caídas accidentales (22.090 altas) y los accidentes de tráfico (8.388 altas).

En el año 2002, el 25% de la población catalana manifiesta haber experimentado uno o más accidentes, en el curso del último año, que han requerido asistencia sanitaria o han genera-

do alguna restricción de la actividad habitual. Los accidentes afectan, principalmente, a los niños y a las personas mayores. En los menores de 15 años la incidencia en los primeros quince días es del 17,7% para los niños y del 16,1% para las niñas. En este grupo de edad, las caídas y los golpes son los tipos de accidentes más frecuentes. Entre los mayores de 64 años, la proporción de mujeres que se accidentan (15,9%) casi duplica la de los hombres (9,6%) y las caídas son el motivo principal de accidente.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la mortalidad por lesiones por causas accidentales en los tres principales grupos de población.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor en los tres principales grupos de población.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor en los hombres y mujeres de 15 a 24 años.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 50% la mortalidad por accidentes de tráfico de vehículos a motor asociados a grados excesivos de alcoholemia de los conductores.
5. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 25% la prevalencia de lesionados graves por accidentes de tráfico de vehículos a motor en los tres principales grupos de población (0-14 años, 15-64 años y más de 64 años).
6. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la mortalidad por caídas accidentales en los mayores de 64 años.
7. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 10% la incidencia de caídas accidentales, que originan lesiones y que han sido atendidas por los recursos sanitarios, en los mayores de 64 años.
8. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la incidencia de fracturas de cuello de fémur en las personas de entre 65 y 84 años.

### Problemas de salud mental

La alta prevalencia de los trastornos mentales se relaciona con las rápidas transformaciones sociales que se están produciendo. El envejecimiento de la población y las transformaciones socioeconómicas, como las tensiones económicas, políticas y étnicas, el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de soporte familiar y social, la soledad y la ruptura de redes sociales son circunstancias que contribuyen a aumentar la prevalencia de suicidio, conductas antisociales, violencia, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión y otros problemas de salud mental.

En Cataluña, en el año 2000, la tasa de mortalidad por trastornos mentales es de 42,9 muertes por 100.000 habitantes (28,1 en hombres y 57,1 en mujeres).

Entre las causas de mortalidad relacionadas con los problemas de salud mental se debe considerar, por su impacto, el suicidio y las autolesiones que, en el año 2000, produjeron 452 casos en Cataluña. La tasa de mortalidad por suicidio y autolesiones es de 7,3 por 100.000 habitantes (11 en hombres y 3,9 en mujeres). Se destaca que las tasas más elevadas de mortalidad por suicidio se observan a partir de los 75 años y en los jóvenes, para los cuales representan la segunda causa de muerte (43 muertes en los grupos de 15 a 24 años), detrás de los accidentes de tráfico. El suicidio conllevó una pérdida de 26,4 años de vida como media por defunción por esta causa.

En cuanto a la morbilidad por trastorno mental, la información procedente de los hospitales psiquiátricos y de los hospitales generales de Cataluña indica que en el año 2000 se produjeron alrededor de 20.000 altas por trastornos mentales.

Según la ESCA 2002, la prevalencia de trastorno mental, medida como la probabilidad de ser caso en el momento de la entrevista, es del 17,9% en la población de 15 años y más (el 20% en las mujeres y el 15,6% en los hombres). Estos resultados nos sitúan en un nivel intermedio en relación con otros estudios poblacionales en España y otros países. Por grupos de edad y sexo, la probabilidad de presentar un trastorno mental es más elevada en las mujeres de todos los grupos de edad. Según la clase social, se observa una mayor prevalencia de la probabilidad de ser caso en las clases más desfavorecidas y especialmente en las mujeres de estas clases.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, se debe reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un 10%.
2. De aquí al año 2010, se debe reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población menor de 25 años, al menos en un 10%.
3. De aquí al año 2010, se debe reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población de 65 y más años, al menos en un 10%.
4. De aquí al año 2010, se debe disminuir la repetición de las tentativas de suicidio en un 15%.

### Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica del metabolismo que constituye un problema sanitario importante derivado de la prevalencia creciente, de la morbilidad y mortalidad elevadas y de su papel como factor de riesgo cardiovascular; además, tiene un elevado coste sanitario y social. Cursa con hiperglucemia secundaria a un déficit absoluto o relativo de insulina. La libre evolución causa complicaciones graves a corto y largo plazo: a corto plazo la diabetes mal controlada puede ocasionar descompensaciones hiperglucémicas y, a largo plazo, favorece la presencia de complicaciones, como la retinopatía, la nefropatía, la neuropatía y la enfermedad cardiovascular. En consecuencia, las personas con diabetes tienen un elevado riesgo de presentar ceguera, insuficiencia renal crónica, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputaciones.

En el año 2000 se produjeron 1.338 defunciones por diabetes mellitus, lo que representa una tasa de mortalidad de 21,7 por 100.000 habitantes (23,4 en mujeres y 19,8 en hombres). Según la ESCA 2002, la prevalencia declarada de diabetes es del 5,6% en la población mayor de 14 años.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe disminuir en un 15% la letalidad por enfermedad isquémica del corazón en las personas menores de 75 años con diabetes.
2. De aquí al año 2010 se debe retrasar la media de edad de los nuevos casos que presentan insuficiencia renal crónica en personas con diabetes, tanto tipo 1 (retrasar 5 años) como tipo 2 (retrasar 3 años).
3. De aquí al año 2010 se deben reducir en un 50% las amputaciones en personas de 45 a 74 años con diabetes.

4. De aquí al año 2010 se debe aumentar en un 20% la proporción de personas adultas diabéticas que saben que lo son.

## Obesidad

La obesidad se ha convertido en un importante problema de salud pública, con una carga de enfermedad asociada muy importante (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia, etc.) y se considera una causa de mortalidad prevenible. Según datos preliminares procedentes del estudio sobre hábitos alimentarios en la población de más de 10 años (ENCAT 2002-2003), la prevalencia de obesidad oscilaría entre el 12 y el 16%, si bien los datos del Examen de Salud de Cataluña del año 2002, han estimado una prevalencia de obesidad del 17% en personas de 18 a 74 años.

El incremento de la prevalencia de obesidad en la edad pediátrica, sobre todo en niños pre-púberos, es motivo de análisis y preocupación en los países desarrollados y es un tema prioritario de su agenda de salud pública. Según el estudio EnKid (1998-2000), la prevalencia de obesidad en España en el grupo de 2 a 24 años fue del 13,9% y en Cataluña del 9,5%.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, la media poblacional del índice de masa corporal (IMC) debe ser inferior a 25 kg/m<sup>2</sup>.
2. De aquí al año 2010 se debe conseguir que la prevalencia de obesidad (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) en la población adulta de 18 a 74 años no aumente en relación con la del año 2002.
3. De aquí al año 2010, la prevalencia de obesidad en la población infantil y juvenil no debe aumentar y ha de ser  $<$  10%.

## Consumo excesivo de alcohol

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es responsable de una elevada morbimortalidad en nuestra población. Aunque la mortalidad atribuible al alcohol es difícil de cuantificar, un estudio reciente realizado en Cataluña establece que durante el período 1988-1997, un total de 28.788 muertes fueron atribuibles directa o indirectamente al consumo de alcohol, lo que representa el 5,5% de la mortalidad total.

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito muy prevalente en la población catalana. El 61,1% de la población de entre 15 y 64 años declara haber consumido bebidas alcohólicas en el transcurso de los últimos 30 días (70,4% los hombres y 51,8% las mujeres). Entre los jóvenes de 14 a 18 años es especialmente relevante señalar que la prevalencia de consumos alcohólicos en el curso de los últimos 30 días en las chicas (58,3%) es ligeramente superior a la de los chicos (57,8%); eso constata la progresiva incorporación de la mujer al consumo habitual de bebidas alcohólicas.

Determinar la prevalencia de consumo de riesgo en la población no es fácil y depende mucho de los criterios que se utilicen. Los últimos datos de que disponemos establecen que entre un 4,5% (6,6% los hombres y 2,5% las mujeres) y un 6,4% (8,7% los hombres y 4% las mujeres) de los catalanes de entre 15 y 65 años son bebedores de riesgo, es decir, consumen más de 280 g de alcohol semanales en el caso de los hombres y más de 168 g en el caso de las mujeres.

Uno de los indicadores que ayudan a conocer la magnitud del problema del alcohol en Cataluña es la accidentabilidad. El alcohol está implicado directamente no sólo en los acciden-

tes de tráfico, sino que se le atribuye también un tercio de los accidentes laborales. En el caso concreto de la accidentalidad viaria, estudios realizados recientemente en el Estado español sitúan en un 32,6% el porcentaje de alcoholemias superiores a 0,5 g/l en los conductores muertos por accidente. Así mismo, el alcohol es la sustancia que motiva más inicios de tratamiento en la Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña (RAD), con un 42% (5.189 personas) de todos los inicios registrados durante el año 2001.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por accidentes de tráfico asociado a grados excesivos de alcoholemia en los conductores en un 50%.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la morbilidad atendida en los centros hospitalarios por enfermedades hepáticas producidas por el alcohol en un 10%.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de consumidores excesivos de alcohol (> 280 g en hombres y > 168 g en mujeres) en un 10% en la población mayor de 15 años.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de consumidores excesivos de alcohol en la población de 15 a 29 años en un 10%.

### Consumo de drogas no institucionalizadas

El abuso y la dependencia de sustancias aditivas ocasionan complicaciones orgánicas y psiquiátricas asociadas directamente con la sustancia y/o con la vía de administración, y a menudo también tiene otras repercusiones sociales y familiares derivadas de las condiciones en las que se desarrolla este consumo. Así, a pesar de que el uso de drogas ilegales afecta a una proporción relativamente baja de la población, sus consecuencias sanitarias y sociales continúan siendo de gran importancia.

En el año 2000, la tasa de mortalidad por esta causa fue de 2,93 muertes por 100.000 habitantes. Ese mismo año, 12.310 personas iniciaron un tratamiento en los centros de la RAD, de las cuales 3.262 lo hicieron por la dependencia a la heroína.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por reacción adversa a drogas en un 30%.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 30% la prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de opiáceos detectados en los centros de la RAD.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 15% la prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de cocaína detectados en los centros de la RAD.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la prevalencia de consumidores de drogas no institucionalizadas en la población de 15 a 64 años.
5. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la prevalencia de consumidores de drogas no institucionalizadas en la población de 15 a 29 años.

## Salud bucodental

Durante los últimos 20 años, se observa una disminución de la prevalencia de caries en la población infantil; no obstante, los datos epidemiológicos indican que este problema de salud aún presenta una prevalencia elevada entre los escolares de Cataluña.

El porcentaje de escolares libres de caries ha mantenido una tendencia continuada al aumento, lo que se relaciona positivamente con los programas preventivos desarrollados. Según la última encuesta epidemiológica realizada en Cataluña, el 53,1% de escolares de 12 años y el 70,2% de los de 6 años están libres de caries. El índice CAOD a los 12 años es de 0,9 y el de restauración, de 44,6%.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, al menos el 80% de los escolares de 6 años debe estar libre de caries.
2. De aquí al año 2010 al menos el 60% de los escolares de 12 años debe estar libre de caries.
3. De aquí al año 2010, el índice CAOD debe ser inferior a 1 a la edad de 12 años.
4. De aquí al año 2010, el índice de restauración a los 12 años debe ser superior al 65%.

## Problemas de salud del aparato locomotor

Las enfermedades del aparato locomotor no sólo son las enfermedades crónicas más frecuentemente experimentadas por la población adulta, sino también las que mayor impacto tienen sobre la calidad de vida física y psíquica y sobre la capacidad funcional relacionada con la movilidad o la habilidad para desarrollar las actividades cotidianas, lo que favorece una actitud aún más sedentaria por parte de quien las presenta.

Cerca del 60% de la población adulta española declara alguna enfermedad crónica conocida o diagnosticada por un profesional sanitario, y las enfermedades del aparato locomotor son, globalmente, las consideradas más frecuentes, seguidas de la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia.

En Cataluña, según la ESCA 2002, la proporción de personas que manifiesta tener dolor lumbar crónico es del 27,0% (22,2% en hombres y 31,6% en mujeres). Respecto al dolor cervical, la prevalencia es del 25% (el 17,1% en hombres y el 33,6% en mujeres), así mismo, la proporción de personas que declara tener artrosis u otros reumatismos es del 22,4% (el 15,1% en hombres y el 29,3% en mujeres) siendo el incremento superior a medida que aumenta la edad, especialmente en mujeres.

Por otro lado, el 3,7% de la población mayor de 14 años declara tener osteoporosis. La edad es un factor importante que se debe considerar a la hora de relacionar la densidad del hueso y el riesgo de fracturas. Se ha calculado que más del 70% de las mujeres mayores de 80 años tienen osteoporosis densitométrica. Las fracturas de cadera están asociadas con altos grados de incapacidad y mortalidad, mientras que las fracturas vertebrales lo están con el dolor y la restricción de actividad.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la incidencia de fracturas de cuello de fémur en las personas de entre 65 y 84 años.

## Problemas de salud laboral

La exposición de los trabajadores a los múltiples riesgos y condiciones ambientales a los que se encuentran sometidos en su ámbito laboral puede llegar a traducirse en una pérdida de salud, que se puede manifestar en forma de accidente de trabajo, enfermedad profesional o bien como enfermedad relacionada con el trabajo.

La evolución de la siniestralidad laboral en Cataluña indica una tendencia al aumento progresivo de estos procesos en los últimos años. En el año 2001 se produjeron 76,4 accidentes con baja por mil ocupados. El número de accidentes mortales fue de 155.

Las enfermedades profesionales han mostrado una tendencia ascendente estos últimos años, que ha afectado a todos los sectores de producción. La evolución insinúa una ralentización en esta progresión debido a la estabilidad de estos procesos en los sectores de la industria y la construcción. Hace falta destacar la continuidad de la tendencia ascendente en el sector servicios, dado el cada vez más importante peso específico de este sector como generador de trabajo.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 10% la tasa de morbilidad por accidentes de trabajo con baja en el puesto de trabajo.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 10% la tasa de mortalidad por accidentes de trabajo en el lugar de trabajo.

## Prevención y control de las enfermedades transmisibles

### Enfermedades susceptibles de ser prevenidas mediante vacunaciones

La inmunización activa ocupa un lugar fundamental en la prevención de las enfermedades transmisibles. Hoy día se dispone de más de 25 vacunas para uso en humanos que han resultado ser eficaces y seguras y son un instrumento fundamental de la medicina preventiva actual.

Las enfermedades susceptibles de ser prevenidas mediante vacunaciones y para las cuales se establecen objetivos para el año 2010 son: la difteria, el tétanos, el tétanos neonatal, la poliomielitis, la tos ferina, el sarampión, la rubéola posnatal, la enfermedad meningocócica por el serogrupo C, el *Haemophilus influenzae* tipo B, la hepatitis B, la hepatitis A, la varicela, la neumonía neumocócica y la gripe.

En los últimos cinco años no se ha declarado ningún caso de difteria, poliomielitis ni rubéola congénita. Por lo que se refiere al tétanos, en este período los casos declarados han pasado de 11 a 5.

También se ha producido un descenso muy importante de las enfermedades víricas inmunoprevenibles mediante la vacuna triple vírica (el sarampión, la rubéola y la parotiditis). La incidencia de la tos ferina también se ha reducido considerablemente.

Se constata una elevada reducción en la prevalencia del antecedente de infección por el virus de la hepatitis B (antiHBc+) en el grupo de edad de 15 a 24 años, que ha pasado del 9,3% el año 1986 al 0,9% el año 2001. También hay una importante reducción en la morbilidad notificada por hepatitis B en el grupo de edad de 10 a 19 años, que ha pasado de ser de más de 2,5 por 100.000 jóvenes a principios de la década de los noventa, a menos del 0,5 por 100.000 jóvenes en la actualidad, lo que supone una reducción del 80% en el número de casos declarados.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe mantener la eliminación de la difteria, del tétanos neonatal, de la poliomielitis salvaje y del sarampión autóctono.
2. De aquí al año 2005 se debe eliminar la rubéola posnatal autóctona y la poliomielitis vacunal en la población autóctona.
3. De aquí al año 2010 se deben eliminar los casos de enfermedad meningocócica por el serogrupo C en los menores de 19 años de la población autóctona.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir de manera importante en la población autóctona el número anual de casos de tétanos (< 2), tos ferina (< 50) y parotiditis (< 50).
5. De aquí al año 2010 se debe eliminar la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo B en los menores de 19 años de la población autóctona.
6. De aquí al año 2010 se debe reducir la morbilidad declarada por hepatitis B en la población autóctona por debajo de 0,5 por 100.000.
7. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de HBsAg+ en la población autóctona de 15 y más años por debajo del 0,5%.
8. De aquí al año 2010 se debe reducir en la población autóctona la prevalencia del antecedente de infección por virus de la hepatitis B (antiHBc+) en el grupo de edad de 15 a 24 años, por debajo del 0,5%.
9. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de hepatitis A en la población autóctona por debajo de 1 por 100.000 habitantes.
10. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de varicela por debajo de 100 por 100.000 habitantes.
11. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de neumonía pneumocócica bacteriémica en los niños < 2 años por debajo de 2 por 100.000.
12. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de meningitis pneumocócica en los niños < 2 años por debajo de 1 por 100.000.
13. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en las personas  $\geq$  65 años en un 40% por debajo de 16,7 por 100.000.
14. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por gripe, enfermedades infecciosas agudas del aparato respiratorio y neumonía, en las personas de 60 y más años, por debajo de 15 por 100.000 habitantes (excepto en caso de que se produzca una pandemia gripal).
15. De aquí al año 2010 se debe mantener la proporción de casos de tos ferina en los adolescentes y adultos (población > 10 años) por debajo del 15% del total de los casos declarados.

## Infección por el VIH

En Cataluña se estima que la infección por el VIH afecta actualmente a 30.000 personas y continúa siendo un problema de salud pública prioritario dado el impacto demográfico, sanitario y económico que supone esta enfermedad en nuestro entorno.

Igual que en otros países occidentales, coincidiendo con la introducción de pautas de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y el consecuente aumento del período de incubación del síndrome, la incidencia del sida en Cataluña disminuyó consistentemente a partir del año 1996. Así, en el año 2000 se observa una disminución del 67% respecto a los casos diagnosticados el año 1995. En el mismo sentido, la mortalidad por sida, que había aumentado progresivamente desde el inicio de la epidemia hasta el año 1995, a partir del año 1996 empezó un descenso de las tasas, y en 1998 dejó de ser la primera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 39 años.

Se constata un cambio de patrón de transmisión con una importante subepidemia heterosexual en nuestro entorno. También se detecta un alto porcentaje (casi del 40%) de personas recientemente diagnosticadas con un estado inmunitario muy afectado por el síndrome (linfocitos CD4 inferior a 200 mm), lo que nos indica el retraso en el diagnóstico de la infección y la necesidad de incrementar la cobertura de la prueba diagnóstica. Por otro lado, la confirmación del incremento de personas recientemente diagnosticadas procedentes de otros países (24% de los nuevos diagnósticos de infección) orienta la necesidad de intervención en un nuevo colectivo en situación de riesgo.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe disminuir el número de nuevos casos de sida en Cataluña, en un 30% en los usuarios de drogas inyectadas, en un 20% en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en un 15% en los hombres y mujeres que mantienen relaciones heterosexuales.
2. De aquí al año 2010 se debe mantener el tiempo de supervivencia de los infectados por el VIH y aumentar en un 5% la supervivencia a los 18 meses en los casos de sida.
3. De aquí al año 2010 se deben mantener los años potenciales de vida perdidos por sida por debajo de los niveles del 2001 entre la población de 13 a 65 años.
4. De aquí al año 2010 se debe disminuir la frecuencia de las prácticas de riesgo para la infección por el VIH por vía parenteral y sexual.
5. De aquí al año 2010, la transmisión vertical del VIH debe ser inferior al 2,5%.
6. De aquí al 2010, como resultado de la disminución de la incidencia y el incremento de la supervivencia, la prevalencia de infecciones por el VIH en las poblaciones centinela representativas de la población general debe mantenerse estable.

## Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual son aquellas enfermedades de naturaleza infecciosa o parasitaria en las que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica, a pesar de que en algunas de ellas no es la vía principal de transmisión. Por lo tanto, se incluyen las enfermedades conocidas clásicamente como enfermedades venéreas (sífilis, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal) y otras enfermedades causadas por agentes diversos (bacterias, virus, hongos, protozoos y artrópodos). La más reciente de ellas es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que se trata en un capítulo aparte.

Las formas asintomáticas o poco aparentes de estas enfermedades son frecuentes, especialmente entre las mujeres. Así, en las mujeres, sólo entre un 10 y un 30% de las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* presentan sintomatología (cervicitis mucopurulenta o salpingitis). Estas infecciones se pueden controlar de manera eficaz mediante un diagnóstico temprano y un tratamiento con antibióticos. Pero cuando no se tratan pueden ocasionar complicaciones y secuelas que son más importantes en las mujeres, como la enfermedad inflamatoria pelviana que, además de la gravedad clínica con la que puede cursar, puede ser causa de embarazos ectópicos, infertilidad y esterilidad.

Durante el período 1989 y 2000 se ha reducido de manera significativa la incidencia de sífilis, sífilis congénita, gonococia, oftalmia *neonatorum* y *Chlamydia trachomatis*.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir un 10% la incidencia de sífilis.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir un 10% la incidencia de gonococia.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir un 10% la incidencia de infección genital por *Chlamydia trachomatis*.
4. De aquí al año 2010 se debe eliminar la oftalmia *neonatorum*.
5. De aquí al año 2010 se debe mantener la eliminación de la sífilis congénita.
6. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de otras enfermedades de transmisión sexual en un 15%.

## Tuberculosis

La tuberculosis continúa siendo en la actualidad un importante problema de salud pública. Un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* y es la causa más frecuente de mortalidad por enfermedad infecciosa, causada por un solo microorganismo, en la población general y entre las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

En el último decenio se ha observado un descenso de la tasa de mortalidad por tuberculosis en Cataluña, que en el año 2000 se situó en menos de un caso por 100.000 habitantes.

Desde el año 1988 hasta 1992 se produjo un notable aumento de la incidencia de la enfermedad tuberculosa, principalmente debido al sida; pero a partir de 1993 fue disminuyendo hasta alcanzar la tasa de 27,4 casos por 100.000 habitantes en el año 2001, una de las más altas de la Unión Europea. Sin embargo, su descenso se ha visto frenado por el incremento significativo del número de enfermos diagnosticados entre la población inmigrante procedente de países en vías de desarrollo.

La consecuencia inmediata del gran número de fuentes de contagio es el elevado riesgo de infección en la comunidad, puesto que muchos de los pacientes con tuberculosis son individuos poco integrados en la comunidad, ya que los propios factores de riesgo asociados a la enfermedad causan su marginalidad dentro de la sociedad. El año 2000, el 42,2% de todos los pacientes y el 43,4% de los enfermos con tuberculosis pulmonar bacilífera presentaron alguno de los factores de riesgo asociados con más frecuencia, como el sida, el uso de drogas por vía parenteral, el alcoholismo, la indigencia y, en los últimos años, la inmigración reciente por razones económicas.

En el período 1992-2000 han descendido considerablemente los casos de tuberculosis con sida, mientras que los casos de tuberculosis entre inmigrantes se han cuadruplicado. Los casos asociados con el alcoholismo y la indigencia no presentan cambios significativos.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe mantener la mortalidad por tuberculosis por debajo de un caso por 100.000 habitantes.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la tasa de incidencia de tuberculosis respiratoria en la población general en un 25%, con el fin de conseguir una tasa inferior a 16 casos por 100.000 habitantes.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar bacilífera en la población general en un 40%, para conseguir una tasa de 8 casos por 100.000 habitantes.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 25% el aislamiento de bacilos resistentes a fármacos.

## Infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales son aquellos procesos infecciosos que se adquieren durante la estancia en un centro hospitalario y que no estaban presentes ni se encontraban en período de incubación en el momento de la admisión del paciente en el centro. Eventualmente, también se pueden presentar con posterioridad al alta. Causan notables padecimientos, problemas personales y familiares, y representan una complicación importante para los hospitales debido al elevado coste económico que conllevan, ya que incrementan el período de estancia de los enfermos afectados en el hospital y el número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se les debe practicar.

En una elevada proporción son difícilmente evitables, ya que suelen presentarse en pacientes graves, ancianos frágiles, politraumatizados, pacientes que han recibido un trasplante y, en general, en los que se han sometido a instrumentaciones o terapias médicas y quirúrgicas complejas, intensas o duraderas. Todo ello no implica, en ningún caso, una tolerancia o aceptación de las infecciones como un hecho irreducible.

La prevalencia global media de pacientes con infección nosocomial en los hospitales de Cataluña en los tres últimos años (1998-2000) ha sido del 6,9%, muy similar a la observada en el conjunto de hospitales de España en el mismo período (6,8%). Estas cifras de prevalencia, muy cercanas al 7%, se encuentran dentro del que se puede considerar el ámbito endémico de infecciones nosocomiales en Europa.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, la prevalencia global de pacientes con infección nosocomial debe ser inferior al 7%.
2. De aquí al año 2010, la incidencia de infección quirúrgica en prótesis de cadera y rodilla debe ser inferior al 1,5%.
3. De aquí al año 2010, la incidencia de infección quirúrgica en cirugía programada de colon debe ser inferior al 15%.
4. De aquí al año 2010, la incidencia de infección quirúrgica en cesáreas debe ser inferior al 3%.

5. De aquí al año 2010, la incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica en las Unidades de Cuidados Intensivos debe ser inferior al 15 por 1.000 días de ventilación mecánica.
6. De aquí al año 2010, la incidencia de bacteriemias primarias y asociadas a catéter vascular central en las Unidades de Cuidados Intensivos debe ser inferior al 5 por 1.000 días de catéter vascular central.
7. De aquí al año 2010, la incidencia de pacientes con infección por *Staphylococcus aureus* con resistencia a la metilicina entre los pacientes ingresados debe ser inferior al 4 por 1.000.

## La mejora de la salud maternoinfantil

En Cataluña, la mortalidad infantil continúa disminuyendo, siguiendo la tendencia que se ha producido durante todo el siglo pasado. En el año 2000, la tasa de mortalidad infantil fue de 3,4 fallecidos por 1.000 nacidos vivos. Esta cifra sitúa a Cataluña entre los países con una mortalidad infantil más baja, sólo superada por algunos países nórdicos y Japón.

La mortalidad perinatal también ha experimentado un importante descenso. Ha pasado de 8,7 fallecimientos por 1.000 nacidos vivos y muertos el año 1986 a 4,6 el año 2000. Por otro lado, en el último decenio, la mortalidad materna directa se mantiene en muy pocos casos anuales.

La principal contribución al descenso de la mortalidad infantil ha sido la disminución de la frecuencia de las dos primeras causas de muerte en el primer año de vida: las afecciones originadas en el período perinatal y las enfermedades congénitas. Las primeras han pasado de 4,3 a 2,3 por 1.000 y las enfermedades congénitas de 2,9 a 1,0 por 1.000 entre 1987 y 1999. La muerte súbita del lactante, con una frecuencia de presentación muy baja, es la tercera causa de fallecimiento.

En Cataluña, la prevalencia de recién nacidos pretérmino y la prevalencia de bajo peso y muy bajo peso al nacer están aumentando de forma sostenida desde el año 1993. El aumento del número de recién nacidos prematuros se relaciona, en buena medida, con el aumento de las gestaciones múltiples. En el año 2000, el 53,1% (1.303) de los partos múltiples eran recién nacidos de bajo peso al nacer y el 46,3% (1.078) fueron prematuros. El incremento de los embarazos múltiples se relaciona, en parte, con las prácticas de reproducción asistida, ya que con el fin de incrementar la probabilidad de éxito de embarazo se origina también un incremento de la gestación múltiple (32% el año 1999), lo que comporta un aumento de nacimientos pretérmino y con bajo peso. Algunas enfermedades que afectan a la madre, como la diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, nefropatías y alteraciones del útero y de la placenta también están relacionadas con la prematuridad y el bajo peso.

En Cataluña, la tasa de embarazos en adolescentes y de interrupción voluntaria del embarazo muestra una tendencia creciente. El año 2000, la tasa de embarazos en menores de 18 años fue de 7,9 por 1.000 mujeres de esta edad, el 65,4% de los cuales acabó con una interrupción voluntaria del embarazo. Estas interrupciones han pasado de 1,3 por 1.000 mujeres menores de 18 años el año 1990 a un 5,1 el año 2000. A pesar del incremento observado en Cataluña, la tasa de embarazos en las adolescentes es más baja que en otros países de nuestro entorno socioeconómico, como el Reino Unido, Estados Unidos y Canadá, y también de los países de la Europa del Este, que tienen una tasa superior a 10.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe mantener la mortalidad materna por debajo de 7 por cada 100.000 nacidos vivos.
2. De aquí al año 2010 se debe mantener la mortalidad perinatal por debajo de 6 por 1.000 nacidos vivos y muertos.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad infantil por debajo de 4 por 1.000 nacidos vivos.
4. De aquí al año 2010 se debe mantener la prevalencia de bajo peso al nacer por debajo de 7 por 100 nacidos vivos.
5. De aquí al año 2010 se debe mantener la prevalencia de muy bajo peso al nacer por debajo de 1 por 100 nacidos vivos.
6. De aquí al año 2010 se debe mantener la prevalencia de bebés pretérmino por debajo de 7 por 100 nacidos vivos.
7. De aquí al año 2010 se debe reducir la prevalencia de bebés de < 33 semanas de gestación por debajo de 1 por 100 nacidos vivos.
8. De aquí al año 2010 se debe disminuir el índice de embarazos en mujeres menores de 18 años por debajo de 7 por 1.000.

## Por un envejecimiento saludable

Uno de los rasgos característicos de la población catalana es el envejecimiento. Las previsiones demográficas indican que a finales de la primera década del siglo XXI en Cataluña, alrededor de un millón doscientas mil personas sobrepasarán los 65 años de edad. El aumento del número de personas mayores no ha de implicar necesariamente mucho más volumen de personas enfermas y dependientes, ya que al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida también se puede producir la mejora del estado de salud y el retraso en la aparición de la morbilidad y la dependencia.

En el año 2000, la esperanza de vida fue de 76,5 años en los hombres y de 83,2 en las mujeres y, para ambos sexos, de 79,9 años. No obstante, parte del tiempo que puede esperarse vivir será en condiciones de discapacidad más o menos grave. El año 2000, la esperanza de vida sin incapacidad al nacer para el conjunto de la población se situaba en 67,9 años (66,8 en hombres y 69,0 en mujeres).

La tasa de mortalidad en los mayores de 64 años fue de 42,0 muertos por 100.000 habitantes (48,2 en hombres y 37,7 en mujeres). Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias son las principales causas de muerte entre los mayores.

La tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento fue de 42,9 por 100.000 habitantes, y el mayor número de las defunciones se concentra en los mayores de 75 años (tasas por 100.000 habitantes de 405,7 en hombres y 582,3 en mujeres) y son la demencia senil, vascular y demencia no especificada las que explican alrededor del 95% de las defunciones por trastornos mentales y del comportamiento. Entre las enfermedades del sistema nervioso, la enfermedad de Alzheimer representa el 54,3% del total de las defunciones de este grupo, con una tasa de 17,2 fallecimientos por 100.000 habitantes (10,8 en hombres y 23,3 en mujeres) y tiene su mayor expresión en los mayores de 75 años.

Entre las causas de mortalidad evitable son especialmente relevantes las caídas accidentales que, en el año 1999, ocasionaron 203 muertos en la población de más de 64 años (84 hombres y 119 mujeres). También destacan los accidentes por vehículos a motor, que fueron la causa de 118 muertes en hombres y 70 en mujeres.

La población mayor de 64 años es la que más utiliza los servicios asistenciales. En el año 2000, 279 personas de cada 1.000 de este grupo de edad ingresaron al menos una vez en un centro hospitalario de agudos. Las causas más frecuentes de ingreso de la población de 65 a 79 años son, en los hombres, las enfermedades del aparato circulatorio y, a partir de esta edad, las del aparato respiratorio. En las mujeres, la causa principal son las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, y a partir de los 80 años, las del aparato circulatorio. Por otro lado, el 88,3% de las personas mayores fue visitado por el médico de medicina general al menos una vez durante el año 2000 y, alrededor del 30% acudió al centro de atención primaria a visitarse seis o más veces durante ese mismo año.

En los pacientes ingresados en servicios sociosanitarios, los procesos más frecuentes son las neoplasias (20%), seguidas de las enfermedades del aparato circulatorio (18%), entre las cuales destaca la enfermedad cerebrovascular. En tercer lugar se sitúan los trastornos mentales (13,8%) representados casi exclusivamente por la demencia senil y las demencias inespecíficas, seguidos de los envenenamientos y las lesiones, entre las cuales la más frecuente es la fractura de fémur.

Según la ESCA 2002, entre los mayores de 64 años, el 54,6% de los hombres y el 41,9% de las mujeres manifiestan tener buena salud. El 9,9% de los hombres y el 14,7% de las mujeres declaran tener mala salud, mientras que en el conjunto de la población el 4,3% hace esta valoración sobre su estado de salud.

El 33,2% de los hombres y el 43,6% de las mujeres de 65 y más años manifiestan tener alguna discapacidad, especialmente a partir de los 80 años y en todas las edades declaran más las mujeres que los hombres. Las discapacidades declaradas con más frecuencia son las relacionadas con el aparato locomotor y siguen en importancia las limitaciones graves de los sentidos de la vista y el oído. Por otra parte, el 91,7% de los hombres y el 96,2% de las mujeres de 65 y más años presentan alguna enfermedad crónica, que son más frecuentes y en mayor número en las mujeres que en los hombres.

En relación con el consumo de fármacos, el 36,1% de la población mayor de 64 años ha consumido tres o más fármacos durante los dos días anteriores a la realización de la encuesta.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe incrementar, al menos en un 10%, la esperanza de vida libre de incapacidad de los hombres y las mujeres a la edad de 65 años.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la tasa de mortalidad por caídas accidentales en las personas de 65 y más años.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 10% la tasa de mortalidad por reacciones adversas a los medicamentos en las personas de 65 y más años.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir la mortalidad por tétanos en las personas de 65 y más años por debajo de tres casos anuales.
5. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en las personas de 65 y más años en un 40% por debajo de 16,7 por 100.000.
6. De aquí al año 2010 se deben reducir las caídas accidentales en las personas de 65 y más años en un 10%.

7. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 20% la incidencia de fracturas de fémur en las personas de 65 y más años.
8. De aquí al año 2010 se debe reducir en un 10% la prevalencia de desnutrición en las personas de 65 y más años.

## La protección de la salud

### Salud ambiental

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

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

Las actuaciones que se llevan a término, dirigidas a la protección de la salud, están de acuerdo con las propuestas del 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, tener precaución con las sustancias y productos químicos peligrosos y controlar la aplicación de plaguicidas, entre otros.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, la morbilidad declarada por fiebre tifoidea debe ser inferior a 0,5 casos por 100.000 habitantes y año.
2. De aquí al año 2010 se deben reducir en un 30% los brotes de origen hídrico declarados en instalaciones destinadas a actividades con niños y jóvenes.
3. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de legionelosis en un 30%.
4. De aquí al año 2010 se debe reducir el volumen de los brotes por legionelosis en un 50%.
5. De aquí al año 2010 se deben reducir en un 30% los brotes declarados por intoxicaciones causadas por la aplicación de plaguicidas de uso ambiental en locales cerrados.
6. De aquí al año 2010, el 100% de las entidades gestoras del suministro de agua de consumo humano de Cataluña deben establecer sistemas de autocontrol de la calidad del agua que suministran.
7. De aquí al año 2010, el 100% de las redes de distribución de agua de consumo público deben suministrar agua con contenidos de nitratos, de acuerdo con el valor paramétrico de la normativa vigente.
8. De aquí al año 2010 se debe mantener el control de las condiciones higienicosanitarias de las instalaciones (casas de colonias) destinadas a actividades con niños y jóvenes.
9. De aquí al año 2010 se debe mantener el control de las condiciones higienicosanitarias de los campings de Cataluña.

10. De aquí al año 2010, los ayuntamientos deben controlar las condiciones higienicosanitarias de los centros de tatuaje y *piercing* de Cataluña.
11. De aquí al año 2010 se debe controlar que el personal que trabaja en centros de tatuaje y *piercing* disponga de la formación necesaria, de acuerdo con normativa de aplicación.
12. De aquí al año 2010, el 100% de las empresas que utilicen biocidas deben estar incluidas en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas, de acuerdo con la normativa aplicable en cada momento.
13. De aquí al año 2010, el 100% del sector sanitario debe tener implantada la gestión de residuos químicos, biocontaminantes y citotóxicos.
14. De aquí al año 2010, el 99% de las instalaciones de alto riesgo debe estar censado y disponer de un programa de mantenimiento, limpieza y desinfección.
15. De aquí al año 2010, el 99% de las instalaciones de alto riesgo debe pasar una revisión periódica a cargo de empresas de revisión debidamente autorizadas por la Dirección General de Salud Pública.
16. De aquí al año 2010, el 99% de las playas debe cumplir la normativa europea de calidad sanitaria de las aguas de baño.
17. De aquí al año 2010 se programarán y ejecutarán las inspecciones necesarias con el fin de comprobar la aplicación homogénea de la legislación que establece las normas sanitarias aplicables a las piscinas de uso público en el ámbito de Cataluña.
18. De aquí al año 2010, el 100% de las reutilizaciones de aguas residuales depuradas se deberá someter a una evaluación del riesgo sanitario y llevar a cabo una gestión del riesgo apropiado.

## Seguridad alimentaria

La calidad sanitaria de los alimentos es una preocupación creciente en todo el mundo. Disponer de alimentos seguros y saludables contribuye significativamente a la salud y el bienestar de la población y se ha convertido en una exigencia irrenunciable de los consumidores.

El incremento de las transacciones comerciales de productos alimentarios, juntamente con la complejidad que ha adquirido el proceso de producción de alimentos y los nuevos riesgos emergentes (EEB, dioxinas) han puesto en evidencia la necesidad de tener una especial atención a la salud alimentaria y abordarla con un planteamiento global que comprenda toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el suministro a los consumidores finales, con la finalidad de alcanzar un elevado grado de protección de la salud de la población.

Las empresas alimentarias se convierten en los principales aseguradores de la salubridad de los productos mediante la aplicación de sistemas de autocontrol y de programas de formación para el personal manipulador de alimentos en materia de higiene alimentaria.

La Ley de seguridad alimentaria prevé que se desarrollará el Plan de seguridad alimentaria de Cataluña, con el objetivo de conseguir el máximo grado de seguridad y de garantizar a los consumidores la inocuidad de los alimentos en relación con los peligros biológicos, físicos y químicos que puedan contener.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe evitar el aumento del número total de brotes de toxoinfecciones alimentarias.
2. De aquí al año 2010 se debe mantener la eliminación de cualquier transmisión de la triquina al ser humano por el consumo de carne distribuida por establecimientos autorizados sanitariamente.
3. De aquí al año 2010 se debe evitar que se produzca algún caso de transmisión de la triquina al ser humano por consumo de carne de caza no controlada sanitariamente.
4. De aquí al año 2010, la morbilidad declarada por brucelosis debe ser inferior a un caso por 100.000 habitantes.
5. De aquí al año 2010 se debe mantener la situación de ausencia de casos de intoxicación aguda por el consumo de alimentos contaminados por el uso inadecuado de productos fitosanitarios y zoonosarios.
6. De aquí al año 2010 se debe mantener el control de todos los porcinos y equinos sacrificados en Cataluña para la investigación de triquina, tal y como establece la normativa vigente.
7. De aquí al año 2010, todas las especies cinegéticas susceptibles de transmitir la triquina, comercializadas por establecimientos ubicados en Cataluña deben haber estado sometidas a una investigación de triquina antes de su comercialización.
8. De aquí al año 2010, toda la población potencialmente consumidora de especies cinegéticas susceptibles de transmitir la triquina debe conocer los riesgos para la salud derivados de este tipo de consumo sin el análisis previo de la triquina.
9. De aquí al año 2010, toda la población con riesgo de contraer la brucelosis (ganaderos, trabajadores de mataderos) debe estar informada y conocer las medidas para prevenir la enfermedad.
10. De aquí al año 2010, todas las carnes y productos de origen animal producidos en Cataluña deben estar libres de residuos de medicamentos veterinarios ilegales o por debajo de los límites máximos establecidos por la normativa vigente.
11. De aquí al año 2010, los productores de animales destinados a la alimentación humana deben estar informados de los riesgos derivados de la utilización fraudulenta e incorrecta de los productos zoonosarios y fitosanitarios.
12. De aquí al año 2010, todos los alimentos producidos en Cataluña deben estar libres de residuos de productos fitosanitarios, ilegales o por debajo de los límites máximos de residuos establecidos por la normativa vigente.
13. De aquí al año 2010, se debe mantener el control del contenido en metales pesados, hidrocarburos aromáticos policíclicos, dioxinas y, en general, tóxicos ambientales persistentes en los alimentos producidos en Cataluña.
14. De aquí al año 2010 se debe disminuir la exposición humana a las dioxinas, furanos y a los PCB.

## Problemas de salud emergentes

### Toxiinfecciones alimentarias

Las toxiinfecciones alimentarias son un conjunto de enfermedades que tienen como características diferenciales que se transmiten por los alimentos, las causan los microorganismos patógenos o sus toxinas. Por lo general, los alimentos son un soporte activo de la multiplicación microbiana o de la liberación de las toxinas y crean síntomas predominantemente digestivos.

La mayoría de personas son susceptibles a las toxiinfecciones alimentarias, si bien determinados grupos de población, como los niños, la gente mayor o las personas con inmunodeficiencias de cualquier tipo lo son especialmente, y además, en ellos la sintomatología puede ser más grave, ya que presentan una mayor facilidad para la deshidratación o para la sepsia, lo que agrava el pronóstico de manera significativa.

En la última década, en Cataluña, la *Salmonella* ha sido el agente más implicado (54,5%) en los brotes notificados y, a mucha distancia, le siguen *Clostridium perfringens* y *Staphylococcus aureus*. No se ha llegado a conocer la etiología de un 36,6% de los brotes. El número total de brotes se mantenía más o menos estable hasta el año 2001, en que se incrementó notablemente, igual que el número de afectados y el de hospitalizados. Así, se pasó de un total de 110 brotes declarados el año 2000 con 1.884 afectados y 88 hospitalizados a 150 brotes con 2.281 afectados y 155 hospitalizados el año 2001.

El año 2001, los brotes en el ámbito familiar y de hostelería son los más numerosos (59 y 60, respectivamente) y la salsa mayonesa y similares han sido los alimentos frecuentemente más identificados como conductores de los brotes. En cuanto a los factores contribuyentes de los brotes de toxiinfección alimentaria producidos fuera del ámbito familiar, aunque el más frecuente identificado ha sido la manipulación no higiénica de los alimentos (25,3%), destaca la utilización de huevos no pasteurizados, que ha supuesto el 14,7%.

Por lo que se refiere a la notificación temprana de los brotes, aspecto esencial para poder realizar adecuadamente la investigación y llegar a conocer tanto el alimento conductor como los factores contribuyentes, el 23,3% de los casos se ha notificado en menos de 24 horas, y el 58,6% en menos de 48 horas.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe mantener el número de brotes notificados de toxiinfecciones alimentarias.
2. De aquí al año 2010 se debe disminuir en un 25% el número de brotes de toxiinfección alimentaria por *Salmonella* producidos en el ámbito de la hostelería y las casas de colonias.

### Legionelosis

El mecanismo de transmisión más importante de la legionelosis es la inhalación de aerosoles que provienen de agua contaminada. Las instalaciones que con más frecuencia se encuentran colonizadas por *Legionella* son las torres de refrigeración, los condensadores evaporativos y los sistemas de distribución de agua sanitaria caliente. Otras fuentes ambientales que se han relacionado con casos de legionelosis son las piscinas con movimiento, las bañeras de hidromasaje, las fuentes ornamentales y los humidificadores.

Sin embargo, como ocurre habitualmente con las enfermedades infecciosas, no todo el que inhala aerosoles contaminados desarrollará la enfermedad. Tienen mayor susceptibilidad de presentar la enfermedad las personas de edad avanzada, sexo masculino, con hábito tabáquico, enfermedad respiratoria crónica, alcoholismo, inmunosupresión, trasplante de órgano sólido, carcinoma maligno, quimioterapia, diabetes o insuficiencia renal.

Desde el inicio de su notificación en Cataluña (1988), la legionelosis ha experimentado una tendencia ascendente, sobre todo a partir del año 1996, en que se dispone de la prueba de diagnóstico rápido para detección de antígeno en orina. Se ha pasado de una tasa de 0,1 por 100.000 habitantes en el año 1989 a una de 3,6 en el 2001.

El factor de riesgo más frecuente ha sido ser fumador de más de 10 cigarrillos al día (39%) seguido por la bronquitis crónica (25,4%), la diabetes (9,8%) y el cáncer (9%).

Por lo que se refiere a los brotes producidos en el ámbito comunitario, desde 1997 a 2001 se observa un incremento constante, pasando de dos brotes en el año 1997 a 18 en 2001. Respecto a la medida de estos brotes, se observa que desde el año 1997 hasta 2000 el incremento ha sido constante, pasando de una media de dos casos por brote el año 1997 a 10,3 en 2000; el año 2001 disminuyó hasta 3,4.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe reducir la incidencia de legionelosis en un 30%.
2. De aquí al año 2010 se debe reducir la dimensión de los brotes de legionelosis en un 50%.
3. De aquí al año 2010, la letalidad de la *Legionella* debe ser inferior al 10%.

## Encefalopatías espongiformes transmisibles

Las encefalopatías espongiformes transmisibles (EET) son enfermedades neurodegenerativas letales de los animales (temblor ovino, encefalopatía espongiforme bovina, enfermedad caquectizante crónica) y de los seres humanos (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y una variante de ésta, el *kuru*). Las EET se pueden transmitir, con períodos de incubación muy largos, por la inoculación o la ingestión de los tejidos afectados entre individuos y diferentes especies. Las EET se diferencian de otras enfermedades transmisibles porque están causadas por priones; el único componente que se ha identificado es una proteína muy resistente a la exposición ambiental y a los procedimientos de esterilización habituales. El reservorio de los priones son los individuos infectados y la máxima concentración se encuentra en el sistema nervioso central durante la fase terminal de la enfermedad.

La EET humana más frecuente es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, en la que no se ha podido identificar el mecanismo que causa la aparición del prión y se propone que éste se ha generado de forma espontánea.

En el año 1996 se identificó la aparición de una nueva EET humana, la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, relacionada con la transmisión de la EEB a las personas por vía alimentaria.

Las EET se convierten en un importante problema de salud pública cuando se identifica la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, que demuestra que, aunque la mayoría de las EET humanas no tienen un origen infeccioso, es necesario mantener una vigilancia epidemiológica para detectar posibles cambios en su perfil epidemiológico, clínico o neuropatológico asociados a la transmisión.

Las EET humanas son enfermedades muy poco frecuentes y, clásicamente, su incidencia se sitúa alrededor de un caso por millón de habitantes y año. Por lo tanto, la vigilancia epidemiológica de las EET humanas debe tener unas características específicas y debe contar con todas las herramientas necesarias para identificar los casos en los que se sospeche su diagnóstico, confirmar o descartar este diagnóstico de forma definitiva y llegar a una clasificación etiológica precisa. La mayor atención prestada a estas enfermedades y el desarrollo de los servicios médicos y de vigilancia epidemiológica determinan un incremento de la identificación de casos; así, se ha observado un aparente aumento en la incidencia a lo largo del tiempo en los países donde se ha realizado un seguimiento epidemiológico durante períodos prolongados, que probablemente refleja una mejora en la identificación de casos.

Hasta mayo de 2003 no se ha identificado ningún caso de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en Cataluña y el único caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob iatrogénica, por implantación de duramadre fue diagnosticado en 1993. El resto de encefalopatías espongiformes transmisibles (esporádicas y familiares) han causado 87 defunciones en Cataluña durante el período 1993-2002.

### Objetivos de salud y de disminución de riesgo para el año 2010

A causa del período de incubación tan largo de las EET, que puede llegar a ser de décadas, es imposible planificar objetivos de salud para un período de 10 años, ya que no se puede descartar la aparición de casos relacionados con infecciones que tuvieron lugar muchos años atrás. No obstante, en el Plan de salud de Cataluña 2002-2005 se establecen objetivos operacionales orientados fundamentalmente a incrementar los controles del ganado bovino, ovino y cabrío, aumentar las actividades formativas dirigidas al colectivo veterinario, mejorar la información y actualizar las guías y protocolos de actuación.

## El buen uso de los medicamentos

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos en el proceso asistencial, ya que muchas de las intervenciones preventivas y la mayoría de las curativas incluyen la utilización de medicamentos como mecanismo intermedio para obtener un objetivo de salud concreto.

Numerosos estudios, la mayoría realizados en Estados Unidos, han demostrado la importancia de los errores de medicación, las graves consecuencias clínicas que suponen para el paciente y el elevado coste que generan. Sin embargo, no se dispone de datos correspondientes a Cataluña ni a países de nuestro entorno.

Por otro lado, las reacciones adversas son reacciones nocivas y no intencionadas que se producen cuando se administra un medicamento a un ser humano. La farmacovigilancia es una actividad de salud pública que tiene como objetivo identificar, cuantificar, evaluar y prevenir los riesgos asociados al uso de los medicamentos comercializados.

En el período 1989-1999, según datos del Registro de mortalidad de Cataluña, 2.647 personas fallecieron por envenenamiento accidental por fármacos. En el mismo período se registraron 24.344 casos de intoxicaciones por medicamentos y efectos adversos graves que necesitaron atención médica especializada y que cursaron con ingreso hospitalario. Estos datos son similares a los publicados en estudios realizados en otras comunidades autónomas.

El número de altas hospitalarias causadas por envenenamientos por medicamentos fue de 3.109 el año 1999 y de 3.232 el año 2000. Por grupos farmacológicos, se observa que el de los psicotrópicos es el grupo más importante, con un 35,6% del total.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010 se debe invertir la tendencia creciente de la morbilidad derivada directamente de la utilización de medicamentos.

## Donación de órganos y trasplantes

Cataluña dispone de un sistema de obtención de órganos y tejidos y con amplios programas de trasplantes, de manera que, en la actualidad, los pacientes catalanes tienen más posibilidades de recibir un trasplante que un paciente de cualquier otro país.

En el año 2002, en Cataluña se realizó un total de 681 trasplantes de órganos y hubo un total de 234 donantes válidos, cifra que supuso un tasa de 36 donantes por millón de habitantes, superior a la media del Estado español y que se halla entre las más altas del mundo.

A pesar de que el índice de donaciones en Cataluña es elevado, hay dos hechos que actualmente lo limitan. En el año 2002 se produjo un 22% de negativas a la donación, cifra que, si bien se halla dentro de la media del Estado, impidió llevar a cabo un número importante de trasplantes. En segundo lugar, el envejecimiento de la población y, por consiguiente, el potencial de donantes (el año 2002, la media de edad de los donantes superó los 50 años) comporta diversas consecuencias, entre ellas que un número elevado de donantes potenciales no sea válido y que, en caso de serlo, no lo sea para todos los órganos trasplantables. La consecuencia es que, hoy día, se extraen y se trasplantan menos órganos de un mismo donante.

## Objetivos de salud y de disminución de riesgo

1. De aquí al año 2010, la tasa de trasplantes de riñón debe ser superior o igual a 60 por millón de habitantes.
2. De aquí al año 2010, la tasa de trasplante de hígado debe ser superior o igual a 35 por millón de habitantes.

# 5

---

## **Estrategias para hacer efectivas las políticas de salud**



Con el fin de dar coherencia a las propuestas del Plan de salud, las instituciones con responsabilidad en el ámbito de la salud, y especialmente el sistema sanitario, deben orientar sus acciones coordinada y coherentemente para conseguir los objetivos del plan. La orientación de los servicios y la organización de las instituciones, la implicación de los profesionales y de los ciudadanos, el compromiso y el trabajo intersectorial, así como del avance en los sistemas de información y evaluación para conocer los resultados del sistema sanitario en términos de salud, satisfacción y coste son elementos primordiales en todo el proceso.

## Orientación de los servicios de acuerdo con la política de salud

El sistema sanitario debe ofrecer a la población, con equidad y eficiencia, unos servicios sanitarios de calidad para responder a las necesidades derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos, de las innovaciones científicas y tecnológicas y de las expectativas de los ciudadanos, en un escenario en constante evolución, con necesidades crecientes y limitación de recursos.

El Servicio Catalán de la Salud, como responsable de garantizar la atención a la salud, tiene que disponer de una cartera de servicios que responda a las necesidades. Uno de los instrumentos para la proyección de las propuestas del Plan de salud es el contrato para la compra de servicios, dado que éste permite concretar el compromiso de las diferentes líneas de servicios en el logro de los objetivos. Se debe visualizar el contrato como el nexo de unión entre la planificación y la gestión, entre el comprador y el proveedor y reforzar todo su potencial para la aplicación de las estrategias de salud en los servicios.

El proceso de contratación permite modular la ejecución del Plan de salud y concretarlo en los diferentes territorios, definiendo el tipo de servicios que se contratan. También permite establecer los mecanismos de evaluación de la provisión, con el fin de garantizar que ésta sea lo más efectiva y eficiente posible. Con esta finalidad se definirán los contenidos del Plan de salud y los criterios de evaluación que deberán incorporarse en los contratos de acuerdo con las necesidades territoriales específicas y coherentes con el criterio de equidad territorial.

La proyección de las propuestas del Plan de salud en la compra de servicios se deben continuar articulando en torno a los tres ejes del plan: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la mejora de la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario.

La incorporación efectiva en los servicios de actividades preventivas y de promoción de hábitos saludables relacionadas con los problemas de salud prioritarios definidos en el Plan de salud es una de sus apuestas emblemáticas. Las intervenciones propuestas se relacionan con las vacunaciones, los cribados, la educación sanitaria y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables e intervenciones sobre grupos específicos de población.

Los criterios y recomendaciones de práctica clínica son un instrumento primordial para la implementación de las actividades preventivas, ya que se basan en la evidencia disponible, contribuyen a reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejoran la equidad en el acceso, la eficiencia, la utilización de los servicios y la calidad de la atención recibida. Con la participación de las sociedades científicas y organizaciones profesionales sanitarias se debe avanzar en la elaboración de recomendaciones sobre las actividades que se deben aplicar en la población en los diferentes ámbitos asistenciales. En este sentido, el Departamento de Salud, junto con los profesionales y las sociedades científicas, llevarán a cabo la renovación del consenso sobre las actividades preventivas que se tienen que desarrollar en los servicios.

La adopción de criterios y protocolos para el abordaje de los problemas de salud prioritarios y de funcionamiento y coordinación entre los diferentes servicios y ámbitos asistenciales son contenidos para introducir en el contrato para la compra de servicios con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad del proceso de atención.

Los contratos deben tener en cuenta tanto las necesidades de salud como las expectativas personales de los usuarios, enfatizando la accesibilidad, la desburocratización, la información y la personalización en el trato, así como la necesidad de establecer mecanismos para conocer la opinión, los sugerencias y las reclamaciones del usuario.

En resumidas cuentas, el contrato, además de ser el instrumento principal para hacer operativo el Plan de salud en los servicios, también se configura como un importante factor dinamizador respecto a la orientación del trabajo de los profesionales sanitarios por objetivos de salud y a la introducción de la cultura de evaluación a todos los ámbitos de la organización sanitaria.

## Los profesionales

La motivación y la formación de los profesionales se han considerado piezas clave para la adopción de las nuevas políticas de salud. La elaboración del Plan de salud ha contado con la participación de los profesionales sanitarios del ámbito asistencial y de la gestión, que han aportado su visión, conocimientos y experiencia sobre los problemas de salud, las intervenciones y la relación con los usuarios. Sin embargo, es especialmente relevante incorporar una visión pluridisciplinaria, haciendo participar también a profesionales ajenos al sector sanitario y sociosanitario, como profesionales de ámbitos como la educación, el urbanismo, el laboral, el económico, la sociología y la comunicación, entre otros.

La formación continuada de los profesionales de la atención primaria en el contenido de la nueva política de salud se canaliza a través de todos los organismos e instituciones interesados en el tema. Entre éstos, debe destacarse el Instituto de Estudios de la Salud, que es el organismo de la administración sanitaria responsable de la formación continuada de los profesionales que trabajan en el sector público, la Academia de Ciencias Médicas y el Centro de Estudios Colegiales del Colegio de Médicos de Barcelona, que centran sus esfuerzos en la formación continuada de los profesionales. Se debe destacar, también, el papel de las universidades, tanto en la formación de pregrado como en la de posgrado. En este sentido, debe remarcarse la inclusión de una nueva asignatura, «Introducción al sistema sanitario» en el Plan de estudios de la Facultad de Medicina de Barcelona y el trabajo realizado con las escuelas universitarias de enfermería para la inclusión en los programas de formación pregrado y posgrado, de ámbitos temáticos del Plan de salud.

Es fundamental el papel de los profesionales sanitarios en la aplicación de las propuestas del Plan en la práctica clínica, así como su participación en la definición y elaboración de recomendaciones y protocolos para la atención a los problemas de salud prioritarios, en ámbitos como las actividades preventivas, la salud mental, la organización y coordinación de la atención continuada y urgente, la organización de la atención a domicilio, entre otras. Es relevante el apoyo y el impulso que los profesionales dan, a través de las organizaciones profesionales y sociedades científicas, a las estrategias de salud. Sin embargo, debe avanzarse en la interiorización, por parte de los profesionales, de las propuestas del Plan de salud, así que habrán de desarrollarse estrategias de comunicación y participación dirigidas especialmente a los profesionales sanitarios, tanto del ámbito asistencial como de la gestión. Las propuestas del Libro Blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña, orientadas a incidir de forma innovadora en la política de recursos humanos del sistema sanitario, se centran, entre otros, en dos elementos: por un lado, la flexibilidad, que tiene que permitir adaptaciones continuas y eficientes a las necesidades de salud cambiantes y, por el otro, la perspectiva intersectorial, que debe contribuir a que tanto en el aspecto cualitativo como en el

cuantitativo se disponga de los profesionales adecuados para hacer efectivas las propuestas del Plan de salud.

## Los ciudadanos

El posicionamiento de los ciudadanos hacia la propia salud y el sistema sanitario está evolucionando. El ciudadano del futuro se caracterizará por estar más informado sobre las posibilidades y límites de las actuaciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y reinserción social, y tener mayor capacidad de participación en las decisiones individuales y colectivas relacionadas con el sistema de salud y sus actuaciones.

Las propuestas del Plan de salud se orientan a:

- Favorecer la incorporación de hábitos y estilos saludables por parte de la población con la promoción de la educación sanitaria, cooperando con los medios de comunicación para que la información relacionada con la salud contribuya de manera efectiva a la formación y educación sanitaria de los ciudadanos.
- Mejorar la relación entre los profesionales y los pacientes respecto a la comunicación, la información y el trato, y avanzar en el respeto a las decisiones del paciente sobre la salud y el propio cuerpo, la protección a la intimidad y el apoyo psicológico a los pacientes y familiares.
- Avanzar en el conocimiento de las expectativas y la satisfacción de los usuarios y de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios y la política sanitaria. Con esta finalidad, los instrumentos más valiosos desarrollados, entre otros, son la implantación sistemática de las encuestas de satisfacción en los servicios sanitarios y la ESCA.
- Priorizar medidas orientadas a la mejora del proceso de atención en los grupos de población más vulnerables: niños y adolescentes hospitalizados, las personas mayores ingresadas en centros sociosanitarios y los enfermos crónicos graves y terminales.
- Establecimiento de medidas e instrumentos que reconozcan los derechos y deberes de los usuarios. En este sentido, se ha elaborado la Guía de recomendaciones sobre el consentimiento informado (1997) y se ha establecido la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria (2001). También se está trabajando, entre otros aspectos, para la implantación de la libre elección de médico y para que sea posible recurrir a una segunda opinión clínica.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios para evitar que las demoras conlleven riesgos para el enfermo y una carga emocional inaceptable para los profesionales, pacientes y familiares. Últimamente se ha alcanzado una importante reducción de las listas de espera en determinados procedimientos, pero se debe continuar trabajando por su reducción en las intervenciones quirúrgicas de elevada frecuencia.

Hasta este momento, la participación de los ciudadanos en el Plan de salud se ha hecho mediante los órganos de participación formal en el Consejo de Salud del Servicio Catalán de la Salud en el momento de la aprobación del Anteproyecto del Plan. Otros medios que han permitido expresar la opinión de los ciudadanos sobre los problemas de salud más importantes han sido la web del Departamento de Salud y la ESCA. También se han organizado varios grupos de ciudadanos para debatir sobre cuáles son los problemas de salud más relevantes y cuáles las medidas que consideran más importantes para desarrollar. Sin embargo, en el futuro será necesario abrir más vías de relación, participación e implicación de la población. En este sentido, el Plan de salud puede beneficiarse de las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías al alcance, que sin duda producirán un cambio en las relaciones en el sistema sanitario.

También se debe estimular la participación de la sociedad en la mejora de la salud individual y colectiva, crear alianzas, buscar la colaboración de los diferentes sectores sociales y, tam-

bién, difundir información transparente y la necesidad de rendir cuentas, de manera que favorezca a la implicación de los ciudadanos y estimule un debate abierto en torno a la salud y los servicios. En este sentido, el papel de los medios de comunicación es fundamental en la creación de opinión y en la transmisión de la información que llega a la población acerca de cuestiones sanitarias.

## La cooperación intersectorial

Está sobradamente aceptado que el estado de salud de la población depende, en buena parte, de las condiciones socioeconómicas, el trabajo, la educación, el urbanismo, la calidad del medio ambiente, la accesibilidad a los servicios sanitarios y el apoyo social, entre otros. También las desigualdades en salud están condicionadas por estos factores.

Por otra parte, la protección contra los riesgos ambientales y la reducción de los factores de riesgo conductuales dependen, en muchos casos, de decisiones que se toman y de acciones que se ejecutan en sectores diferentes del sanitario (medio ambiente, agricultura, industria, gobernación, trabajo, seguridad social, transporte, economía y hacienda, etc.). Para mejorar la salud y la calidad de vida de la población se tiene que actuar sobre estos condicionantes, lo que requiere trabajar de manera coordinada y en cooperación con los diferentes sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud.

La LOSC establece que el Plan de salud es el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en el ámbito de la salud en Cataluña, reconociendo, de esta forma, el carácter intersectorial de la salud.

Vista la implicación intersectorial en el mantenimiento de la salud de la población, el Plan de salud impulsa el trabajo con los diferentes departamentos de la Generalitat y otras instituciones implicadas en el ámbito de la salud, los cuales han participado en la elaboración y aplicación del Plan de salud: el Programa de educación para la salud en la escuela (PESE) adscrito al Departamento de enseñanza, el Instituto Catalán de Seguridad Vial (ICSV) adscrito al Departamento de Gobernación, el Instituto Catalán de la Mujer, el Departamento de Trabajo, las organizaciones sindicales, el Consejo Catalán de Seguridad Social y Salud Laboral, la Comisión Interdepartamental de Seguridad y Salud Laboral, el Centro de Reconocimientos y Evaluaciones Médicas, la Dirección General de Justicia Juvenil adscrita al Departamento de Justicia, la Secretaría General de Juventud del Departamento de la Presidencia, el Departamento de Bienestar Social, las administraciones locales y varias organizaciones no gubernamentales para el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud. Sin embargo, hay que destacar que hay ámbitos en los que la competencia y la responsabilidad son exclusivas del Gobierno del Estado (política de impuestos sobre el tabaco, el alcohol, legislación en materia de tráfico, consumo de drogas ilegales, política de seguridad social, vivienda, etc.).

Las entidades comarcales (consejos comarcales) y locales (ayuntamientos) tienen también un papel importante en la cooperación intersectorial (protección contra los riesgos ambientales, información y educación sanitaria de la población, promoción de facilidades para la práctica del ejercicio físico; por ejemplo, instalaciones deportivas, etc). Estas entidades están muy cerca de los ciudadanos, conocen muy bien sus problemas y pueden ayudar a encontrar las soluciones. De hecho, la participación comunitaria se ha llevado a cabo, fundamentalmente, a través de estas instituciones y de los sindicatos.

Si bien se ha trabajado con la participación de diferentes sectores, esta colaboración ha sido desigual y en los próximos años se deberá avanzar en la implicación intersectorial en la elaboración y en la consecución de los objetivos establecidos en el Plan de salud.

Una línea de avance que se debe ir introduciendo es la valoración del impacto sobre la salud (*Health Impact Assessment* [HIA]) de determinadas estrategias y proyectos, identificando

previamente los posibles efectos adversos para la salud y cómo superarlos estableciendo medidas correctoras. El HIA está adquiriendo relevancia en el entorno europeo y en otros países desarrollados, como Canadá, Australia y Nueva Zelanda. La Unión Europea se ha propuesto el desafío de desarrollar el HIA en sus políticas y en el Tratado de Amsterdam. Se trataría de iniciar el desarrollo del HIA en nuestro ámbito con el objetivo de aportar un mayor grado de racionalidad a las decisiones que se toman en los diferentes sectores.

Finalmente, habrá que contar cada vez más con la sociedad en la implementación de las políticas de salud y, sobre todo, con los movimientos de voluntariado que están surgiendo desde diferentes ámbitos. Se debe ofrecer apoyo, ya que son un activo muy importante para complementar la atención a determinadas necesidades, como las derivadas del envejecimiento de la población, de las personas discapacitadas o con enfermedades crónicas, entre otras.

## La información y la evaluación

La disponibilidad de información de calidad y su accesibilidad son elementos imprescindibles para poder identificar problemas de salud, detectar cambios y tendencias, adecuar recursos a las necesidades y evaluar los resultados en términos de salud, efectividad y eficiencia.

A principios de los años ochenta, la mayoría de la información de que se disponía hacía referencia a datos cuantitativos orientados a alimentar el sistema de gestión de los servicios sanitarios y muy poco útiles en el momento de trabajar por objetivos de salud. Durante las últimas dos décadas se ha realizado un importante esfuerzo para obtener información sobre la salud de la población y sobre el funcionamiento y utilización de servicios (mejora del Registro de mortalidad, implantación del Informe de alta hospitalaria en los centros de internamiento de agudos, centros sociosanitarios y centros de salud mental, registro de enfermos renales, Encuesta sobre el hábito tabáquico, Encuesta de salud de Cataluña, Encuesta a los profesionales sanitarios, entre otros).

A pesar del desarrollo alcanzado por el sistema de información sanitaria, se detectan ciertas carencias, especialmente relacionadas con aspectos como el nivel socioeconómico de las personas, el análisis de los datos por sexo y la información relativa a áreas pequeñas, así como problemas de calidad de los datos, de falta de integración de la información procedente del ámbito sanitario y entre ésta y la de otros sectores. Por otra parte, se debe disponer de nuevos indicadores para mejorar el conocimiento del estado de salud de la población, especialmente los referentes a la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción de los ciudadanos.

En la actualidad existe abundante actividad de evaluación que consume muchos recursos humanos y materiales y que sería necesario ordenar e integrar para alcanzar un mayor grado de eficiencia en el proceso de obtención y análisis de la información. Se requiere una estrategia de información y de evaluación que, con una perspectiva global, tenga en cuenta los intereses y las necesidades de los diferentes ámbitos de la organización sanitaria y de otros sectores con responsabilidad en el ámbito de la salud, y definir las responsabilidades y competencias de cada uno de ellos en esta materia.

En esta línea, existe la propuesta de crear la Central de resultados. Se trataría de un organismo autónomo donde participarían los agentes sanitarios implicados y que tendría como función centralizar y analizar la información en lo referente a la actividad contratada y facturada, la complejidad diagnóstica y de procedimientos, los resultados económicos, las encuestas de opinión, etc. y, en definitiva, hacer posible la obtención de indicadores de resultados asistenciales, económicos y estructurales que permitirían evaluar tanto los proveedores de servicios como los resultados conseguidos.



# 6

---

## **ANEXO**

### **Profesionales e instituciones que han participado en la elaboración del Plan de Salud de Cataluña**



## Dirección

Lluís Salleras i Sanmartí  
Ricard Tresserras i Gaju

## Cordinadores del Plan de Salud de Cataluña

Pilar Brugulat, Salvi Juncà, Vicenç Martínez, Daniel Martínez, Antònia Medina, Elisa Séculi,  
Ricard Tresserras

## Redactores del Plan de Salud de Cataluña

Alcaide, José	Juncà, Salvi	Rams, Neus
Borràs, Josep M.	López, Rosa	Romero, Maria Auxiliadora
Brugulat, Pilar	Martínez, Daniel	Roure, Eulàlia
Calmet, Montserrat	Martínez, Jordi	Salleras, Lluís
Camps, Neus	Martínez, Vicenç	Saltó, Esteve
Casabona, Jordi	Medina, Antònia	Séculi, Elisa
Casals, Elies	Mercader, Mercè	Segura, Lúdia
Castell, Conxa	Miravittles, Marc	Serra, Jaume
Castell, Victòria	Molina, Josep M.	Serra, Joan
Domínguez, Àngela	Navarro, Montserrat	Serra-Majem, Lluís
Farré, Mireia	Nos, Carles	Suelves, Josep M.
Fernández, Roser	Olmos, Rafael	Taberner, Josep Lluís
Gaspar, Maria Josep	Pardell, Helios	Teixidó, Àngel
Giménez, Albert	Pérez, Glòria	Tresserras, Ricard
Gispert, Rosa	Peris, Mercè	Vallbona, Carles
Gual, Antoni	Prats, Blanca	Vaqué, Josep
Jané, Mireia	Prats, Ramon	Vilardell, Josep

## Cordinadores y redactores de los planes de salud de las regiones sanitarias del Servicio Catalán de la Salud

Àlex Guarga, Ignasi Ruano, Josep M. Argimon, M. Lluïsa de la Puente, M. Teresa Faixedas,  
Núria Sardà, Pere Godoy, Pilar Magrinyà, Enric Rovira, Josep Jiménez, Carme Medina, Vicky  
Yetano

## Apoyo administrativo para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña

Maria Antònia Pedro

## Profesionales

Aguado, Concepció	Altimiras, Joan	Ballester, Josep
Aguado, Rosario	Álvarez, Josep	Ballesteros, Àngel
Aguayo, Maite	Andreu, Andreu	Ballús, Carles
Alberny, Mireia	Ansa, Xavier	Barrabeig, Irene
Albinyana, Carme	Aranzana, Antonio	Barraquer, M. Edelmira
Almeda, J	Arasa, Mercè	Barrio, J
Almirante, Benito	Armelles, Mercè	Baselga, Josep
Alsedà, Miquel	Arqués, Enric	Batalla, Carmen
Altaba, Anna	Artigues, Antoni	Batalla, Joan
Altet, Neus	Aubà, Josep M.	Bayó, Joan
Altimir, Salvador	Baena, José Miguel	Bigas, Esther

Blasco, Javier	Estany, Josefa	Martí, Gabriel
Blesa, Rafael	Esteban, Rafael	Martín, Carlos
Bonal, Joaquim	Esteve, A	Martín, Eva
Bosch, Josep Maria	Estruch, Assumpta	Martín, Nuria
Bosch, Xavier	Farrés, Josep	Martín, Olga
Bruguera, Miquel	Fernández, Esteve	Martínez, Alberto
Brugués, Alba	Fernández, Rosa	Martínez, Jordi
Burdoy, Emili	Ferrer, Isidre	Martínez, Miguel Angel
Busqué, Anna	Flor, Xavier	Martínez, Ana
Busquets, Ester	Foix, Jordi	Martínez, Roser
Bustins, Montserrat	Folch, C	Martorell, Jaume
Buti, Maria	Fontcuberta, Josep M.	Mas, Montserrat
Caballero, Xavier	Foradada, Carles	Mas, Xavier
Cabezas, Carme	Forcada, Jordi	Mascort, Joan Josep
Cairols, Marc Antoni	Fort, Joan	Masquè, Jordi
Calvo, Elena	Franch, Lluís	Mata, Eduard
Campanera, M. Teresa	Fusté, Josep	Mata, Manel
Campins, Magda	Gabari, M	Matias-Guiu, Xavier
Camprubí, Anna	Gallach, Maria	Mauri, Josep M.
Canet, Mercè	Gamundi, Maria Cinta	Maymó, Neus
Cano, Juan Francisco	Garcés, Francesc Xavier	Mena, Amparo
Cañete, José	García Ibáñez, José	Méndez, Elvira
Capellades, Joaquim	García, Cèlia	Méndez, Isabel
Capo, Mercè	García, José Augusto	Minguell, Sofia
Carbonell, Cristina	Gatell, Josep Maria	Miravittles, Marc
Cardeñosa, Neus	Gavaldà, L	Miró, Mònica
Carmona, Gloria	Gené, Joan	Molas, Montserrat
Carreras, Josep	Gilabert, Antoni	Molet, Joan
Casado, Ignasi	Giménez, Gabriel	Molina, Cristina
Casado, X	Giménez, M.C	Monterde, Rosa
Casas, Conrad	Gómez, Carme	Montserrat, Olga
Castell, Ester	Gómez, J	Moral, Angel
Castell, Victòria	González, Àngels	Morató, M. Lluïsa
Castellà, Manel	González, Julio	Morell, Ferran
Castellví Josep M.	Grané, Montserrat	Morera, Ramon
Catalán, Arantxa	Granollers, Sílvia	Moreto, Anna
Caylà, Joan	Grisó, Montserrat	Moya, J
Cegri, Francisco	Guarner, Luisa	Naberan, Karlos
Cervera, Antoni M.	Haro, Josep Maria	Navas, Encarna
Cervera, Pilar	Hermosilla, E	Nebot, Manel
Ciruela, Pilar	Izquierdo, Conchita	Novell, Anna
Clotet, Bonaventura	Javaloyas, Manel	Olivé, Ramon
Colom, Joan	Jiménez, M	Olona, M
Comin, Eva	Jiménez, Rosario	Orcau, Angels
Costa, Bernardo	Juncadella, Remei	Ortí, Amat
Costa, Dolors	Lacasa, Carme	Ortin, Francesca
Cots, Josep M.	Laporte, Joan Ramon	Palao, Diego
Covas, Isabel	Lara de, Núria	Papiol, Mónica
Cuenca, Emili	Ledesma, Albert	Pascual, Alba
Cugat, Glòria	Limón, Ester	Pedragosa, Josep Lluís
Díez, Elia	Llor, Carles	Pérez, Celia
Escarrabill, Joan	Llorens, Manel	Pérez, Fina
Español, Teresa	López, Rosa Maria	Pérez, Guillermo
Espinàs, Josep Alfons	Manresa, Josep Maria	Pérez, J
Estany, Jaume	Marín, Dolors	Pérez, M. Angels

Peris, Antoni	Rodríguez, G	Sanromà, Marga
Pina, Josep M.	Roig, Daniel	Santamans, Maria
Pintó, Xavier	Roig, Pilar	Sanz, Ginés
Pita, Anna M.	Rodríguez, Roberto	Sauret, J
Pla, R	Romaguera, A	Sedano, Eugeni
Planes, Anna M.	Romaguera, Montserrat	Segura, Mercè
Plans, Pere	Ros, Emili	Teixidó, Angel
Plasència, Antoni	Ros, Rosa	Tejedor, Carmen
Porcel, Pilar	Rosell, Antoni	Tena, Xavier
Potau, Neus	Rosselló, José	Torner, Núria
Pou, Jordi	Ruiz, Isabel	Toro, Josep
Prats, Guillem	Ruiz, Joan	Tort, Jaume
Puig, Xavier	Sabaté, S	Torres, Joan
Pujol, Clara	Sabater, Teresa	Trelis, Jordi
Puigdefàbregas, Anna	Sabrià, Miquel	Trigo, José Manuel
Pumarola, Martí	Saiz, Albert	Trilla, Maria
Pumarola, Tomás	Sala, Rosa	Udaeta de, Antoni
Rajmil, Lluís	Salas, Jordi	Unamuno, Arantxa
Ramon, Silvia	Salas, Teresa	Urbiztondo, Lluís
Ramos, Josep	Salinas, Isabel	Val, Alicia
Rebull, Josep	Saló, Josep Maria	Vanrell, Joan Antoni
Ribot, Joaquina	Salvà, Antoni	Vidal, Rafael
Riera, Neus	Salvador, Gemma	Viedma, M. Antònia
Riera, Rosa	San, Lluís	Villalbí, Joan Ramon
Riu, Sebastià	Sánchez, Àngel	Violàn, Conxa
Rius, Cristina	Sanmartí, Anna	Violàn, Mariona

## Instituciones, sociedades y entidades

Unitats i Programes del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut  
 Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears  
 Associació Catalana d'Infermeria  
 Associació Catalana d'Infermeria d'Atenció Primària  
 Associació Catalana de Ciències de l'Alimentació  
 Associació Catalana de Diabetis  
 Associació de Diabètics de Catalunya  
 Centre d'Alt Rendiment de San Cugat  
 Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició i Dietètica  
 Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistència Social de Catalunya  
 Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya  
 Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya  
 Consell de Col·legis de Metges de Catalunya  
 Comissió Permanent Interdisciplinària contra la Violència de Gènere. Govern de la Generalitat de Catalunya.  
 Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya  
 Departament de Treball, Indústria, Comerç i Turisme. Generalitat de Catalunya  
 Fundació Gol i Gurina  
 Fundació Institut Català de Farmacologia  
 Fundació Farmaceutical Care  
 Grup de treball EPINE  
 Institut català d'Oncologia  
 Institut Català de la Salut  
 Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària

Institut d'Estadística de Catalunya  
Institut Municipal d'Investigació Mèdica  
Institut Municipal de Salut Pública  
Secretaria General de l'Esport  
Servei Català de Trànsit. Departament d'Interior.  
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria  
Societat Catalana d'Alimentació i Dietètica Clínica  
Societat Catalana d'Anatomia Patològica  
Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vasculard i Endovascular  
Societat Catalana d'Endocrinologia i Nutrició  
Societat Catalana d'Immunologia  
Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia  
Societat Catalana d'Odontostomatologia  
Societat Catalanoblear d'Oncologia  
Societat Catalana de Cardiologia  
Societat Catalana de Cirurgia Cardíaca  
Societat Catalana de dietètica i Nutrició  
Societat Catalana de Digestologia  
Societat Catalana de Farmacologia Clínica  
Societat Catalana de Fisioteràpia  
Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia  
Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica  
Societat Catalana de Medicina de l'Esport  
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària  
Societat Catalana de Medicina Interna  
Societat Catalana de Medicina Legal i Toxicologia  
Societat Catalana de Nefrologia  
Societat Catalana de Neurocirurgia  
Societat Catalana de Neurologia  
Societat Catalana de Pediatria  
Societat Catalana de Pneumologia  
Societat Catalana de Psiquiatria  
Societat Catalana de Rehabilitació i Medicina Física  
Societat Catalana de Reumatologia  
Societat Catalana de Salut Mental  
Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia  
Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears  
Sociedad Española de Nefrología  
Sociedad Española de Reumatología  
Unitat Docent de Llevadores de Catalunya, de la Universitat de Barcelona







