

ESTRATÈGIES DE SALUT
PER A L'ANY 2010

Pla de salut de Catalunya 2002-2005



Presentació

Durant els darrers vint anys és molta l'experiència acumulada en matèria de planificació sanitària en els països desenvolupats. Fruit d'aquesta experiència han estat l'adopció de la planificació per objectius de salut i la consolidació dels plans de salut com a instrument directiu i marc de referència de la política sanitària d'un país.

Un fet inqüestionable dels nostres temps és que els recursos econòmics dels sistemes sanitaris són limitats mentre que les necessitats en matèria d'assistència sanitària creixen de forma exponencial a mesura que avancen els coneixements científics i es disposa de noves tecnologies diagnòstiques, terapèutiques i preventives que cada vegada són més sofisticades i costoses. D'aquí la necessitat de la planificació, única forma de garantir la utilització adequada dels recursos disponibles.

A Catalunya, la Llei d'ordenació sanitària, aprovada l'any 1990 pel Parlament de Catalunya, va establir que el Pla de salut seria un instrument fonamental de la política sanitària del Govern de la Generalitat. En aquest Pla s'haurien de fixar els objectius de la política sanitària a Catalunya i les línies d'actuació a desplegar de forma prioritària per aconseguir-los.

D'acord amb el que estableix la Llei esmentada, el Departament de Sanitat i Seguretat Social del Govern de la Generalitat publicà, l'any 1991, el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, on es fixaven els objectius de salut i de disminució de risc a aconseguir per a l'any 2000 a Catalunya. Posteriorment va publicar els plans de salut 1993-1995, 1996-1998 i 1999-2001, on s'establien les línies d'intervenció prioritàries per a cadascun d'aquests períodes de tres anys i es fixaven els objectius operacionals lligats a les activitats a desplegar amb la finalitat d'aconseguir els objectius generals fixats per a l'any 2000.

L'avaluació dels resultats dels objectius formulats per a l'any 2000 en el Document marc i en el Pla de salut han donat un balanç final força bo. Dels objectius de salut i de disminució de risc avaluats se n'han aconseguit completament el 67,3% i parcialment el 8,9%.

Amb el document *Estratègies de salut per a l'any 2010*. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005 que tinc l'honor i la satisfacció de presentar, s'inicia una nova etapa en la planificació sanitària de Catalunya que abastarà els deu primers anys del segle XXI.

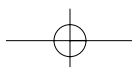
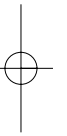
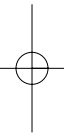
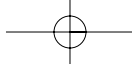
En aquest document, que inclou a la vegada els objectius per a l'any 2010 i el Pla de salut 2002-2005, ha quedat reflectida l'experiència assolida durant l'anterior etapa de planificació. Com a canvis més importants vull destacar l'ampliació a cinc anys del període de vigència del Pla de salut (quatre en el període actual), la inclusió només d'aquells objectius que disposin d'indicadors vàlids per ser avaluats i l'externalització del consens amb les societats científiques i organitzacions professionals que s'ha encarregat a la Fundació Gol Gorina.

A tots aquells que han participat en l'elaboració del document, tant en la redacció com en l'etapa de consens, vull agrair-los la seva dedicació i l'esforç realitzat.

Espero i desitjo que el document sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari de Catalunya, a tots els àmbits, i que serveixi per aconseguir un millor nivell de salut per als ciutadans de Catalunya a principis del nou mil·lenni.

Xavier Pomés Abella

Conseller de Sanitat i Seguretat Social



Índex

Presentació	1
1. Introducció	3
2. Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2000	13
3. La població de Catalunya al llindar del segle XXI	39
4. La salut dels catalans	65
4.1. La situació de salut	67
4.1.1. La mortalitat	68
4.1.2. La morbiditat atesa als hospitals	83
4.1.3. La percepció de la salut.	97
4.2. Els serveis sanitaris i socio-sanitaris	103
4.3. Entorn econòmic	115
5. Objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 i objectius operacionals per al període 2002-2005	121
5.1. Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits saludables	123
5.1.1. Consum de tabac	124
5.1.2. Hàbits alimentaris	136
5.1.3. Exercici físic	150
5.2. Objectius i intervencions per a la prevenció i control de les malalties cròniques i els accidents	163
5.2.1. Malalties cardiovasculars	164
5.2.2. Càncer	182
5.2.3. Malalties respiratòries	224
5.2.4. Lesions produïdes per accidents i violències	231
5.2.5. Problemes de salut mental	254
5.2.6. Diabetis <i>mellitus</i>	271
5.2.7. Obesitat	281
5.2.8. Consum excessiu d'alcohol	289
5.2.9. Consum de drogues no institucionalitzades	297
5.2.10. Salut bucodental	304
5.2.11. Problemes de salut de l'aparell locomotor	317
5.2.12. Problemes de salut laboral	323

5.3. Objectius i intervencions per a la prevenció i control de les malalties transmissibles	331
5.3.1. Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions	332
5.3.2. Infecció per HIV	360
5.3.3. Malalties de transmissió sexual	370
5.3.4. Tuberculosi	387
5.3.5. Infeccions nosocomials	396
5.4. Objectius i intervencions per a la millora de la salut maternoinfantil . . .	403
5.5. Objectius i intervencions per a un envelliment saludable	419
5.6. Objectius i intervencions en l'àmbit de la protecció de la salut	433
5.7. Objectius i intervencions sobre problemes de salut emergents	449
5.7.1. Toxiinfeccions alimentàries	450
5.7.2. Legionel·losi	459
5.7.3. Encefalopaties espongiformes transmissibles	467
5.8. El bon ús dels medicaments	479
5.9. Donació d'òrgans i trasplantament	489
6. Estratègies per fer efectius les polítiques de salut	495
7. Annex	501
7.1. Professionals i institucions que han participat en l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya	503

Introducció

Durant el segle XX, a mesura que les accions dels governs adreçades a la restauració de la salut i a la prevenció de les malalties esdevingueren més complexes es va fer evident la necessitat de la planificació a l'àmbit sanitari.

En el camp de l'assistència hospitalària el pioner va ser Avedis Donabedian, que va traslladar a l'hospital l'estratègia de planificació per objectius, aplicada per Robert McNamara a l'exèrcit americà durant la Segona Guerra Mundial¹. De fet, aquest expert, que després seria secretari d'Estat al govern de John F. Kennedy, havia aplicat, durant la Segona Guerra Mundial, la seva experiència de planificació a l'empresa privada, a les necessitats dels exèrcits en un enfrontament mundial. En primer lloc, es fixaven els objectius generals (rendir l'enemic) i operacionals (posicions de l'enemic a dominar) a aconseguir. En segon lloc, s'analitzaven les necessitats de recursos humans (soldats i oficials), materials (armament, vitualles) i econòmics (diners) per aconseguir els objectius fixats. En tercer lloc, es mobilitzaven els recursos (tropes i material). I en quart lloc, s'avaluava la consecució o no dels objectius i, en cas negatiu, s'investigava el perquè (en general, insuficiència o mala utilització dels recursos). A l'àmbit de l'assistència hospitalària, Donabedian va preconitzar l'establiment d'objectius assistencials, l'adequació de la qualitat i de la quantitat dels recursos hospitalaris (humans, materials i econòmics) a les intervencions necessàries per donar resposta a aquests objectius i la confecció d'indicadors per poder avaluar la seva consecució¹.

En la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, els pioners foren, a nivell teòric, Raynald Pinauld, al Departament de Salut Comunitària de la Universitat de Montreal^{2,3}, i a nivell pràctic, McGinnis, al Departament de Salut dels Estats Units⁴.

Pinauld traslladà l'experiència de Donabedian als hospitals, al camp de la salut comunitària. El seu llibre *Planificació de la Santé* ha esdevingut un clàssic³. McGinnis, director del primer pla de salut dels Estats Units, publicat a mitjans dels anys vuitanta (*Healthy People 2000*), establí les bases de la planificació de les polítiques de promoció de la salut a desenvolupar pels governs: establir objectius de salut a llarg termini (uns deu anys) i objectius operacionals a mig termini (uns cinc anys)⁴. Els primers fan referència a l'estat o situació de salut (morbidity, mortalitat, discapacitats) a modificar o bé als factors de risc per a la salut, la prevalença dels quals cal reduir²⁻⁷. Els segons estan vinculats a les activitats a desenvolupar per assolir els objectius²⁻⁷. La definició de les activitats a desenvolupar i dels recursos a mobilitzar són tasques que han de fer els serveis de salut responsables de l'execució dels programes sanitaris²⁻⁷. Finalment, en la quarta etapa cal preveure l'avaluació dels resultats de les intervencions realitzades; és a dir, la consecució o no tant dels objectius operacionals com dels de salut i de disminució de risc que s'hagin establert²⁻⁷.

Els antecedents: la planificació de la salut a Catalunya a finals del segle XX

El Govern de la Generalitat de Catalunya va rebre les competències en matèria de salut pública el setembre de l'any 1979. Des del primer moment s'establiren vincles especials amb el govern del Quebec, que en el camp de la sanitat es van traduir en visites freqüents de tècnics catalans per conèixer el sistema de salut del Canadà i en la dotació de beques i ajudes per efectuar estances i seguir cursos de formació a Montreal.

Com a conseqüència d'això, als anys vuitanta alguns dels responsables de la salut pública de Catalunya tingueren l'oportunitat de conèixer de primera mà els fonaments científics de la planificació de la salut formulats per Raynald Pinauld, al Departament de Santé Communautaire de la Universitat del Quebec. No fou, doncs, per atzar que el govern de Catalunya

fos un dels primers, juntament amb el del Regne Unit i el del Quebec, en adoptar la planificació sanitària per objectius i elaborar un pla de salut en la línia del format pel govern dels Estats Units a la segona meitat dels anys vuitanta.

En el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya publicat l'any 1991 s'explica el procés seguit en l'elecció dels problemes i les intervencions prioritàries, i en la formulació dels objectius generals de salut i de disminució de risc per a l'any 2000^{8,9}. En el mateix document i en els successius plans de salut⁸⁻¹² es fixaren també nombrosos objectius operacionals a aconseguir en diferents dates, durant el període de vigència de cada Pla de salut. La metodologia emprada ha estat presentada en diverses reunions científiques promogudes per l'OMS-Europa i publicada en revistes científiques nacionals i internacionals¹³⁻¹⁹.

Transcorreguts deu anys, durant els quals s'han posat en marxa les intervencions proposades en els diferents plans de salut, s'ha procedit a l'avaluació dels objectius formulats l'any 1990 per a l'any 2000. En el document Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, recentment publicat, es descriu la metodologia d'avaluació utilitzada i els resultats assolits²⁰. No hi cap dubte de que el balanç ha estat molt satisfactori, ja que s'ha aconseguit les tres quartes parts dels objectius avaluats²⁰.

Amb el present document, s'inicia una nova etapa en què quedaran definides les polítiques de salut que se seguiran a Catalunya durant el primer decenni del segle XXI, els objectius generals, de salut i de disminució de risc a assolir l'any 2010 i els objectius operacionals a aconseguir l'any 2005.

L'experiència adquirida durant la vigència dels anteriors plans de salut ha estat fonamental en la decisió de canviar el període de vigència del Pla de salut. La Llei d'ordenació sanitària de l'any 1990 estableix un període de tres anys per a cada Pla de salut²¹. A la nova etapa aquest període s'amplia fins a cinc anys, amb l'excepció del primer pla, que estarà vigent durant el període 2002-2005. D'aquesta manera es facilitarà l'avaluació dels objectius operacionals establerts a cada Pla de salut, ja que tres anys ha suposat un període massa breu com per poder observar modificacions significatives. Aquesta també és la tendència seguida a la majoria de països.

Elecció dels problemes de salut i de les intervencions prioritàries a la primera dècada del segle XXI

Tal com es va fer l'any 1990, quan es redactà el Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, el criteri fonamental que ha presidit l'elecció dels problemes de salut i de les intervencions a incloure en el document Estratègies de salut per a l'any 2010 a Catalunya ha estat el potencial de millora de l'expectativa de vida en bona salut, derivada de la reducció dels problemes com a conseqüència de la posada en marxa de les intervencions i de la disponibilitat de mesures preventives eficaces i efectives per fer front al problema^{15,22-29}. Aquest criteri dóna prioritat clara a les intervencions per a la reducció de les malalties cròniques, dels accidents i de les malalties infeccioses de major incidència, i de forma especial entre aquestes, a la sida i a les prevenibles mitjançant vacunacions (taula 1). L'ordre final de la prioritat dels problemes de salut que afecten els ciutadans de Catalunya és el que es detalla a la taula 2. El potencial de millora de la salut positiva com a conseqüència de les intervencions (en el cas de la modificació dels estils de vida relacionats amb la salut), també ha estat considerat com a criteri molt important¹⁵ (taula 3). En aquest punt cal destacar la prioritat donada a la lluita contra el tabaquisme, on els avenços han estat molt minsos els darrers deu anys, a la promoció d'hàbits alimentaris saludables en la línia de la clàssica die-

	Mortalitat Xifres absolutes (%)	Morbiditat hospitalària Xifres absolutes (%)	Casos declarats al sistema de malalties de declaració obligatòria (MDO)	Anys potencials de vida perduts de 1 a 70 anys (APVP ₁₋₇₀) (%)
Malalties cròniques				
Malaltia cerebrovascular	5.103 (9,2%)	15.543 (2%)		6.162,5 (3,1%)
Cardiopatia coronària	5.399 (9,8%)	23.822 (2,9%)		11.597,5 (5,7%)
MPOC i asma	2.758 (0,5%)	27.156 (3,4%)		2.522,5 (1,2%)
Diabetis <i>mellitus</i>	1.338 (2,4%)	6.309 (0,8%)		1.687,5 (0,8%)
Suïcidi	452 (0,8%)			8.600 (4,3%)
Càncer de pulmó	2.849 (5,2%)	5.124 (0,6%)		15.230 (7,5%)
Càncer de mama	1.017 (1,9%)	5.170 (0,6%)		6.177,5 (3,1%)
Cirrosi	1.204 (2,2%)	1.829 (0,2%)		9.315 (4,3%)
Accidents				
Accidents de trànsit	820 (1,5%)	8.388 (1,0%)		24.149 (12,0%)
Malalties infeccioses vacunables				
Diftèria			0	
Poliomielitis aguda			0	
Rubèola			2	
Meningitis meningocòccica C	8 (0,01%)		46	304 (0,57%)
<i>Haemophilus influenzae</i> tipus b			3	
Xarampió			1	
Hepatitis A			171	
Hepatitis B			73	
Tètanus	3 (0,01%)		5	2,5 (0,0%)
Parotiditis			115	
Varicel·la	2 (0,0%)		33.672	70 (0,13%)
Tos ferina			193	
Malalties infeccioses no vacunables				
Sida	249 (0,45%)	1.697 (0,2%)	419	7.127 (3,5%)
Tuberculosi	74 (0,13%)	1.112 (0,10%)	1.744	182,5 (0,09%)
Malalties de transmissió sexual	2 (0,0%)	59 (0,01%)	4.303	0
Infeccions nosocomials		46.743 (7%)*		
Legionel·la	5 (0,01%)	145 (0,017%)	213	70 (0,013%)
Toxiinfeccions alimentàries	0	88 (0,01%)	1.884	

APVP: anys potencials de vida perduts; MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica.

*Estimació.

Taula 1. Priorització del problemes de salut a Catalunya en relació amb els indicadors disponibles (2000)

ta mediterrània i a la promoció de l'activitat física. Aquestes dues darreres intervencions seran fonamentals per fer front a l'extraordinari increment observat en la prevalença del sobrepès i l'obesitat durant els darrers anys²⁰.

En aquesta segona etapa de la planificació sanitària a Catalunya s'han tingut presents, també, altres criteris que la societat actual valora com a fonamentals a l'hora de decidir les polítiques de salut: la qualitat de vida³⁰⁻³³ i la seguretat enfront dels riscos per a la salut po-

Taula 2. Prioritats del
Pla de salut de
Catalunya 2002-2005

Problema de salut	A	B	C	D	A + B	C × D	(A + B) × C × D
Cardiovasculars	7	8	3	1,5	15	4,5	67,5
Salut mental	8	8	2	1,5	16	3,0	48,0
Càncer	5	10	2	1,5	15	3,0	45,0
Accidents	5	10	2	1,5	15	3,0	45,0
Diabetis	5	8	3	1,0	13	3,0	36,0
Tuberculosi	2	4	3	1,5	6	4,5	27,0
Malalties 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
Salut bucodental	10	2	3	0,5	12	1,5	18,0
Malalties de transmissió sexual	3	2	3	1,0	5	3,0	15,0
Infeccions nosocomials	1	4	3	1,0	5	3,0	15,0
Salut laboral	3	4	2	1,0	7	2,0	14,0
MPOC	5	8	2	0,5	13	1,0	13,0
Alcohol i drogues	5	8	1	1,0	13	1,0	13,0
Cirrosi hepàtica	1	6	2	0,5	7	1,0	7,0
Malalties osteoarticulars	9	4	1	0,5	13	0,5	6,5
Legionel·losi	1	4	2	0,5	5	1,0	5,0
Toxiinfeccions	1	2	3	0,5	3	1,5	4,5

A = magnitud, segons la morbiditat general (prevalença/incidència) (1-10).

B = gravetat, segons la mortalitat, anys potencials de vida perduts, incapacitat i percepció subjectiva de càrrega social i econòmica (1-10).

C = efectivitat, segons la valoració d'experts sobre l'efectivitat a Catalunya de les mesures d'eficàcia provada per prevenir o tractar el problema de salut (1-4). Es refereix només a la part assolible del sistema.

D = potencial d'incrementar l'esperança de vida en bona salut dividit en 3 categories: 0,5 = baix, 1,0 = intermedi i 1,5 = alt.

Dins d'aquests problemes de salut que han estat prioritzats per al Pla de salut de Catalunya, es consideren tres nivells de prioritat: els cinc primers són de prioritat alta, els cinc següents de prioritat intermèdia i la resta, de prioritat més baixa.

Taula 3. Principals
factors de risc
relacionats amb la
conducta, considerats
al Pla de salut de
Catalunya

Factor de risc	Mortalitat atribuïble	Potencial increment d'EVBS	Potencial increment de la salut positiva
Tabaquisme	16,4% ^a	Molt alt	Molt alt
Inactivitat física	11,7% ^b	Alt	Alt
Consum excessiu d'alcohol	5,5% ^c	Alt	Molt alt
Alimentació	? ^d	Alt	Alt

^aDepartament de Sanitat i Seguretat Social. Dona i Tabac. Barcelona: DSSS, 2001.

^bMortalitat atribuïble als països d'economia de mercat establerta. (Murria JL, Lopez AD. The global burden of disease. Washington: Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank, 1996.)

^cRevuelta E, Godoy P, Farreny M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña 1988-1997. Aten Primaria 2002; 30: 112-8.

^dNo es disposa d'estimacions globals d'aquest indicador però es considera que la mortalitat atribuïble és alta atès que se li atribueix un terç del cas de càncer.

EVBS: expectativa de vida en bona salut.

tencialment evitables³⁴⁻³⁸. El primer criteri ha fet que es considerin prioritaris problemes com la salut bucodental, les malalties de l'aparell locomotor, la salut mental i l'envelliment. El segon ha donat prioritat a les intervencions per a la consecució d'un medi ambient saludable, a la seguretat alimentària i, de forma especial, a alguns problemes sanitaris emergents els darrers anys, com la legionel·losi i la malaltia de les vaques boges, o que han reemergit amb força recentment, com les toxiinfeccions alimentàries.

Formulació dels objectius generals de salut i de reducció de risc per a l'any 2010 i dels operacionals per a l'any 2005

S'han formulat objectius generals de salut i de reducció de risc i objectius operacionals. Els objectius generals s'han formulat a llarg termini, per a l'any 2010, i els operacionals, lligats a les activitats de les intervencions a desplegar, s'han formulat a mig termini, per a l'any 2005. En la formulació dels objectius generals s'ha tingut molt present l'experiència de l'etapa anterior amb els objectius formulats per a l'any 2000.

En primer lloc, s'ha decidit deixar d'assumir com a propis, per sistema, els objectius formulats per l'OMS-Europa o per la Unió Europea³⁹⁻⁴⁴. Aquests organismes formulen els objectius tenint en compte la situació global del problema a reduir, sense considerar les importants diferències existents entre els estats membres. Com és ben sabut, en el Document marc es van incloure objectius en matèria de tabac que, d'entrada, ja se sabia que no s'assolirien, i altres, com alguns de salut maternoinfantil o en matèria d'eliminació de malalties transmissibles, que ja s'havien assolit a Catalunya en el moment de redactar el Pla de salut.

En segon lloc, només s'han inclòs objectius l'avaluació dels quals es pugui fer amb tota seguretat perquè es disposi d'indicadors quantificables del problema. A l'anterior Pla de salut es van incloure alguns objectius, a instàncies d'experts en el tema (per exemple, en el cas de la diabetis), que després es va comprovar que no eren avaluables perquè no es disposava d'indicadors. Als Estats Units han anat encara més enllà i per a la inclusió d'un objectiu en el Pla de salut exigeixen la prova prèvia de la validesa de l'indicador escollit per avaluar-lo^{45,46}.

Pel que fa als nivells a assolir a cadascun dels objectius formulats, s'ha tingut en compte l'avaluació dels resultats dels objectius formulats per a l'any 2000²⁰ i l'opinió dels experts sobre la previsible evolució del problema en els propers anys (evolució de l'epidemiologia descriptiva del problema, l'efectivitat de les intervencions i la possibilitat que a curt termini es disposi d'intervencions més efectives)⁴⁷. En aquest punt, cal destacar que en alguns casos en què les perspectives de reducció del problema no són favorables (com en les toxiinfeccions alimentàries), l'objectiu formulat ha estat el de mantenir els nivells actuals.

Els objectius operacionals lligats a les activitats a desplegar per a la consecució dels objectius generals s'han formulat a mig termini, per a l'any 2005. De fet, aquests objectius corresponen a les intervencions incloses en el Pla de salut 2002-2005.

Igual que en el cas dels objectius generals, només s'han inclòs objectius operacionals que siguin avaluables, és a dir, aquells amb disposició d'indicadors vàlids, disponibilitat de nivells de partida l'any 2000 i previsió de disposició de dades obtingudes amb la mateixa metodologia l'any 2005.

En total s'han formulat 177 objectius generals a assolir l'any 2010 i 282 objectius operacionals per a l'any 2005 que s'han inclòs en el Pla de salut 2002-2005.

Elecció de les intervencions prioritàries del Pla de salut 2002-2005

Tal com s'ha esmentat anteriorment, els objectius generals de salut i de disminució de risc s'han formulat per a l'any 2010. Per aconseguir-los caldrà desplegar intervencions, l'efectivitat i eficiència de les quals hagin estat provades, la seva aplicació a la població sigui factible i la seva acceptació per part de la població objecte, segura^{12,46}.

Aquests són els criteris principals que han presidit l'elecció de les intervencions a incloure com a prioritàries en el Pla de salut 2002-2005. L'any 2006, a la vista dels resultats de l'avaluació dels objectius operacionals efectuada l'any 2005 i dels avenços científics ocorreguts, es formularan nous objectius operacionals per a l'any 2010 i es decidiran les intervencions prioritàries del Pla de salut 2005-2010.

En l'elecció de les intervencions prioritàries cal tenir en compte l'existència, en alguns casos, de condicionants externs a la voluntat del planificador, que han estat incorporats en aquest document. Per exemple, en el cas de les vacunacions, la decisió de la incorporació de noves vacunes al calendari de vacunacions sistemàtiques es fa per consens en el si de la comissió de salut pública del Consejo Interterritorial. És per això que la consecució dels objectius formulats en matèria de malalties vacunables s'ha condicionat a les decisions que es prenguin sobre aquest tema en el si d'aquesta comissió.

Consens amb les societats científiques i amb les organitzacions de professionals sanitaris

En l'elecció dels problemes i de les intervencions prioritàries s'han tingut molt en compte les opinions dels representants de les societats científiques i de les organitzacions de professionals sanitaris⁴⁷. De fet, com en l'anterior etapa de planificació, s'ha arribat a un consens amb les societats científiques que hi estan interessades i amb els col·legis professionals de ciències de la salut.

Per tal d'accelerar el procés s'ha externalitzat la gestió de la recollida d'opinions i d'esmenes i de l'obtenció del consens, encarregant aquestes tasques a la Fundació Gol i Gorina. Creiem que l'experiència ha estat molt positiva.

Un cop aprovat el Pla de Salut de Catalunya, les Regions Sanitàries, que ja han col·laborat en la seva elaboració, hauran d'adaptar-lo a la situació epidemiològica i les necessitats de salut mitjançant el Pla de Salut de la regió.

Referències bibliogràfiques

1. Donabedian A. Aspects of medical care administration, specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
2. Pineault R. Elements et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire. L'Union Medicale du Canada 1976; 105: 1208-14.
3. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montreal: Agence d'ARC Inc (les éditions), 1986.
4. McGinnis JM. Setting objectives for public health in the 1990's experience and prospects. Annu Rev Public Health 1990; 11: 231-49.
5. Oberle MW, Baker EL, Magenheimer MJ. Healthy people 2000 and community health planning. Ann Rev Public Health 1994; 15: 259-75.
6. Salleras L. La investigación epidemiológica en la evaluación de los programas de salud. Aten Primaria 1988; 5: 14-28.
7. Salleras L, Domínguez A, Navas E. Planificación de los programas de vacunaciones. A: Salleras L, editor. Vacunaciones preventivas, 2a ed. Barcelona: Masson, 2003.
8. Trias X. El Document marc per a l'elaboració del Pla de salut: l'instrument per a una nova política de salut a Catalunya. Salut Catalunya 1992; 6: 39-40.
9. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
10. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
12. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
13. Via JM. El Pla de salut de Catalunya: metodologia seguida per a la seva elaboració. Salut Catalunya 1992; 6: 48-50.
14. Via JM. Aportacions del Pla de salut de Catalunya al sistema sanitari. Salut Catalunya 1994; 8: 59-63.
15. Salleras L. Objectius de salut per a l'any 2000 a Catalunya. Salut Catalunya 1992; 6: 41-7.
16. Sánchez E. Objectius de salut del Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Circ Farm 2000; 58: 36-48.
17. Tresserras R, Castell C, Sánchez E, Salleras L. Health targets and priorities in Catalonia, Spain. Eur J Public Health 2000; 10 (Suppl): 51-6.
18. Salleras L, Via JM. Setting targets for Health Policy: The Catalanian approach. Working group on the development of subnational policy for health. Lugano: WHO Regional Office for Europe, 30 September-1 October 1991.
19. Salleras L, Rius E, Tresserras R, Vicente R. Working together for health gain at the regional level. The experience of Catalonia. European Health Policy Conference: Opportunities

for the future. Copenhagen, 5-9th december 1994. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1994.

20. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.

21. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC núm. 1.324 de 30 de juliol de 1990.

22. Terris M. Public Health Policy for the 1990's. *Annu Rev Public Health* 1990; 11: 39-51.

23. Terris M. La epidemiologia como guía de la política sanitaria. *Foro Mundial de la Salud* 1981; 2: 640-53.

24. Rodríguez Artalejo F, Ortún Rubio V, Banegas Banegas JR, Martín Moreno JM. La epidemiologia como instrumento para una política de salud racional. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 663-6.

25. Colvez A, Blanchet M. Potential gains in life expectancy free of disability. A tool for health planning. *Int J Epidemiol* 1983; 12: 224-9.

26. Dillard S. Durée ou qualité de la vie? *Gouvernement du Quebec. La santé des quebecois*, núm. 4. Bibliothèque National du Quebec, 1983.

27. Robine JM, Colvez A. L'esperance de vie en bonne santé, un indicateur d'avenir pour mesurer l'état de santé des populations. *Rev Epidem et Santé Publ* 1990; 38: 373-5.

28. Gutiérrez Fisac JL, Regidor Poyatos E. Esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador global del estado de salud. *Med Clin (Barc)* 1991; XXX: 453-5.

29. Gispert R, Forés M. L'esperança de vida sense incapacitat a Catalunya, 1986. *Salut Catalunya* 1991; 5: 53-8.

30. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 1980; 303: 130-5.

31. Doblhammer G, Kytir J. Compression or expansion of morbidity. Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Soc Sci Med* 2001; 52: 385-91.

32. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, López AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2000; 355: 688-700.

33. Kalache A, Aboderin I, Hoskins I. Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century. *Bull WHO* 2002; 80: 243-4.

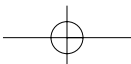
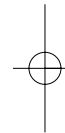
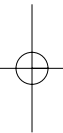
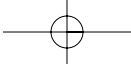
34. Doll R. Health and environment in the 1990's. *Am J Public Health* 1992; 82: 933-41.

35. Keene W. Lesson from investigations of foodborne disease outbreaks. *JAMA* 1999; 281: 185-7.

36. Salleras L. La legionelosis: un problema de salud pública emergente. *Med Clin (Barc)* 2002; 119 (Suppl 2): 1-3.

37. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control de les encefalopaties espongiformes transmissibles. *Quaderns de salut pública* núm. 17. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.

38. Werner SB. Food poisoning. A: Wallace RB, editor. Public Health and Preventive Medicine. 14a ed. Stamford: Appleton&Lange, 1998; p. 263-71.
39. World Health Organization. Regional Office for Europe. European regional strategy for attaining health for all. Copenhagen: WHO, 1981 EUR/RC 30/8 RC2.
40. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for all. Copenhagen: WHO, 1985.
41. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for all. The Health policy for Europe. Summary of the updated edition. September 1991. Copenhagen: WHO, 1992.
42. Mahler H. Present status of WHO's initiative "Health for all by the year 2000". Ann Rev Public Health 1988; 9: 71-97.
43. World Health Organization. Regional Office for Europe. Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000. Part I. The situation in the european region 1987/1988 EU/HST/89. 1. Copenhagen 1989.
44. World Health Organization. Regional Office for Europe. Monitoring of the strategy for health for all by the year 2000. Part II. Monitoring by country 1988/1989 EUR/ICP/EXM021. Copenhagen 1989.
45. Stoto MA. Public Health Assessment in the 1990's. Annu Rev Public Health 1992; 13: 59-78.
46. McGinnis JM, Richmond JB, Brand EN Jr, Windom RE, Mason JO. Health Progress in the United States. Results of the 1990 objectives for the Nation. JAMA 1992; 268: 2545-52.
47. Brugulat P, Séculi E, Fusté J, Juncá S, Martínez V, Medina A, Mercader M, Sánchez E. La opinión de los profesionales sanitarios sobre el Plan de salud de Cataluña. Punto de partida para una reflexión orientada al futuro. Gac Sanit 2003; 17: 52-8.



2

Avaluació dels objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2000

L'avaluació és un dels elements fonamentals del procés de planificació. La seva importància radica en dos fets bàsics: en primer lloc perquè permet estudiar fins a quin punt els objectius, prèviament establerts, han estat assolits i, en segon, perquè és l'element clau per orientar la formulació dels nous objectius de cara al futur¹. Així, en aquest apartat es presenten els resultats obtinguts en els respectius estudis duts a terme per avaluar els objectius formulats per a l'any 2000, seguint l'estratègia de la Regió Europea de l'Organització Mundial de la Salut, «Salut per a Tots l'any 2000».

Els objectius de salut i de disminució de risc que es van formular a Catalunya per a l'última dècada del segle XX, es van establir de forma quantitativa i marcant un horitzó temporal²⁻⁵. A més, es va procurar que en tots els casos la pròpia redacció dels objectius definís al màxim els indicadors a través dels quals l'evolució dels mateixos podia ser mesurada. Aquest plantejament ha facilitat el procés d'avaluació del Pla de salut de manera que, arribats al final del període, l'avaluació de la major part dels objectius s'ha pogut realitzar de forma clara i ha estat possible establir si durant el període fixat s'ha seguit la tendència esperada i si s'han assolit els nivells previstos. Això ha estat així tant per als objectius generals de salut com per als objectius de disminució de risc, que es van formular per fer possible que s'assolissin els primers.

En aquest sentit, els objectius de salut es van definir partint de la reducció de problemes de salut considerats prioritaris per a la població de Catalunya i, en general, es refereixen a les taxes de mortalitat o d'incidència de malaltia. En el cas dels objectius de disminució de risc, aquests es refereixen a factors de risc i es van basar en la distribució d'aquestes exposicions en la població o, en el seu cas, en funció dels nivells de control que s'havien assolit per als esmentats factors de risc.

Amb tota seguretat, l'impacte de les intervencions és limitat, de manera que no es pot explicar l'evolució de la freqüència d'un problema de salut tenint tan sols en compte aquestes intervencions. Tanmateix, a l'hora de valorar els resultats obtinguts per a cada objectiu, s'ha de tenir en compte, d'una banda, si s'ha observat una tendència que apunta en la direcció desitjada o no i, per l'altra, si s'ha assolit el nivell establert, si s'ha assolit un nivell inferior o, en alguns casos, si s'han assolit nivells superiors als estimats quan els objectius van ser formulats. En aquest sentit, s'ha de tenir present que a l'hora de formular els objectius, en general no és possible determinar de forma exacta quins nivells de salut seran assolits si es dóna el cas d'aconseguir un determinat grau de reducció de l'exposició. En efecte, no existeixen models matemàtics de confiança absoluta per preveure el futur i, per això, malgrat el fet que s'ha valorat especialment l'èxit o no dels nivells prefixats, l'estudi de la tendència observada en els indicadors dels objectius s'ha considerat un element important en la valoració final.

La planificació basada en objectius de salut, tal com la propugna l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a través de les seves estratègies «Salut per a Tots l'any 2000» i «Salut per a Tots en el Segle XXI»⁶, suposa un desplaçament des d'una visió centrada en la demanda de serveis cap una altra que es dirigeix a l'obtenció de resultats en termes de salut. En el Pla de salut de Catalunya es van definir diferents nivells d'objectius de forma escalonada. Així, es van formular objectius generals de salut, objectius de disminució de risc i objectius operatius, per aconseguir una seqüència lògica per la qual la consecució d'un objectiu de salut suposa la consecució dels de disminució de risc relacionats i aquests, alhora, la consecució dels operatius. Aquest mecanisme permet establir comparacions amb els desenvolupaments de polítiques per a la salut que s'estan duent a terme en altres països del nostre entorn.

D'altra banda, els objectius es van formular de forma quantitativa i amb límit temporal. Això suposa fer un esforç tècnic que, a més, significa anar una mica més enllà de la formulació d'un objectiu en tant que implica un grau de compromís polític per a la seva consecució. La planificació basada en objectius és un instrument potent de racionalització de les polítiques

sanitàries que implica un mètode estructurat per al seu desenvolupament i que situa a l'horitzó del planificador la salut de la població com a finalitat última. L'establiment d'objectius implica una anàlisi profunda de la situació de salut de la població i, a més, exigeix el seguiment dels indicadors pertinents. D'aquesta manera, el procés cíclic de la planificació esdevé una necessitat.

Tal i com ja s'ha esmentat, quan s'avalua l'impacte de les intervencions sanitàries en termes de nivells de salut assolits en la població, seria innocent pensar que tota la millora o empitjorament observats són fruit de les intervencions dutes a terme. Existeixen moltes activitats no sanitàries que afecten l'estat de salut de les poblacions i no és fàcil, ni sempre possible, separar l'impacte de cada una d'elles. Això no obstant, quan s'estableixen objectius que es basen en els coneixements existents sobre l'impacte potencial que tenen determinades intervencions sobre la salut, és raonable pensar que els resultats obtinguts són, almenys parcialment, atribuïbles a les intervencions dutes a terme.

Ja s'ha comentat que aquest procés de planificació basada en objectius, tal com s'ha fet en els plans de salut que s'han elaborat en l'última dècada, suposa un major compromís polític amb la salut de les persones i que, a més, permet les comparacions amb altres països i comunitats del nostre entorn. Això suposa un marc enriquidor d'aprenentatge però, a més, ha estat un estímul per al debat social sobre els problemes de salut que són més freqüents i han comportat una major participació de diversos sectors en l'elaboració dels plans de salut, que probablement mai abans s'havia aconseguit. Dit d'una altra forma, amb els plans de salut s'han fet més visibles les polítiques per a la salut. D'altra banda, quan els objectius s'han formulat de manera que fossin assolibles, han suposat una clarificació del que es volia assolir i de quina manera, la qual cosa hauria de ser un bon suport a la gestió dels serveis sanitaris.

Els indicadors utilitzats haurien de permetre identificar, d'una banda, els grups de població on el grau de consecució dels objectius és diferent i, per una altra, haurien de ser cada vegada més útils per a la presa de decisions. No sembla raonable pensar que els objectius s'assoleixen de forma homogènia en tots els sectors de la població ni que els indicadors epidemiològics generals puguin ser igualment útils a tots els nivells de gestió. Molts dels objectius que es plantegen requereixen l'acció de sectors diferents al sanitari, i en moltes ocasions això és a causa de que hi ha molts aspectes no estrictament sanitaris que afecten l'estat de salut de les persones. Però també és cert que molts dels objectius requereixen la reorientació o l'impuls dels serveis sanitaris, i els indicadors que els avaluen haurien de ser útils a nivells de gestió molt «micro», ja que sinó es perd una bona part de la seva importància pràctica. Aconseguir aquest tipus d'indicadors útils tant per al desenvolupament de polítiques de salut com per a la gestió dels serveis assistencials, és un repte per al futur de l'avaluació del Pla de salut. En aquest sentit, l'experiència dels últims anys és clarament positiva i mostra que és possible establir objectius de salut a mig termini i objectius operatius per a terminis més curts, que són avaluables i, alhora, permeten establir en certa mesura l'impacte de les intervencions. Això no obstant, aquesta experiència també mostra que s'han de fer esforços per millorar els objectius en la seva formulació de manera que, a ser possible, es disposi del punt de partida i existeixi una forma clara d'avaluar-los, és a dir, es tracta de tenir ben definit un indicador i la forma d'obtenir-lo.

Avaluació dels objectius de salut per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya

L'avaluació de la consecució o no dels objectius de salut per a l'any 2000 s'ha efectuat analitzant l'evolució dels indicadors de cada objectiu. Els objectius s'han considerat completament assolits quan els nivells de l'indicador han mostrat canvis iguals o superiors a la direcció esperada durant el període 1989-2000 («A» en les taules). Quan els nivells assolits no eren els fixats, però s'estava en la tendència desitjada a un nivell d'almenys el 50% de can-

vi prèviament definit, l'objectiu s'ha considerat parcialment assolit («PA» en les taules). Altrament s'ha considerat que l'objectiu no s'havia assolit («NA» en les taules).

Alguns objectius, per la seva definició, marcaven nivells a assolir per a diferents malalties i, en aquests casos, com que s'havien d'analitzar diferents indicadors, els resultats es mostren considerant cada indicador com un objectiu diferent.

Hi ha cinc objectius que estan relacionats amb l'alimentació que no podran ser avaluats fins que finalitzi l'Enquesta d'alimentació i nutrició de Catalunya de l'any 2003 i s'han catalogat com a pendents d'avaluació («PE» en les taules).

En fer una valoració global s'observa que, a part dels cinc objectius que només podran avaluarse quan finalitzi l'Enquesta d'alimentació i nutrició de Catalunya, en cinc casos no es disposa de l'indicador adequat per a la seva avaluació (indicador no disponible, a les taules «IND»). Seixanta-vuit (67,3% dels avaluats) dels objectius s'han assolit completament i nou (8,9% dels avaluats) parcialment. Vint-i-quatre (23,8% dels avaluats), dels objectius no s'han assolit (taula 1). A continuació es presenten, de forma resumida, els resultats principals de l'avaluació dels objectius de salut i disminució de risc del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000.

Taula 1. Resum de l'avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya

Situació dels objectius l'any 2000		Nombre d'objectius
Objectius no avaluats	No avaluable	5
	Avaluables l'any 2003	5
Objectius avaluats	No assolits	24 (23,8%*)
	Parcialment assolits	9 (8,9%*)
	Completament assolits	68 (67,3%*)
TOTAL		111

*Sobre els 101 objectius avaluats.

Com es pot observar en la taula 1 hi ha cinc objectius de salut o de disminució de risc que no s'han pogut avaluar. Així, no ha estat possible d'avaluar l'objectiu sobre l'anèmia ferropènica en les dones en edat fèrtil ja que l'examen de salut que s'ha realitzat no ha permès d'obtenir la informació necessària per fer la catalogació d'anèmia. Tampoc es disposa de l'indicador adequat per avaluar la mortalitat per malaltia infecciosa no associada a l'HIV en usuaris de drogues per via parenteral. No s'ha pogut conèixer la incidència d'insuficiència renal terminal en diabètics ja que, encara que a Catalunya es disposa d'un registre de malalts renals molt consolidat, aquest registre només permet saber quants pacients amb insuficiència renal tenen diabetis, però no la incidència d'insuficiència renal en els diabètics. Tampoc ha estat possible obtenir un indicador per a Catalunya que permeti la comparació dels resultats de la gestació en dones diabètiques amb les que no ho són (taula 2). També existeixen uns altres cinc objectius relacionats amb l'alimentació i la nutrició que no podran ser avaluats fins que es disposi de la informació de l'enquesta sobre hàbits nutricionals que s'està duent a terme i que finalitzarà a mitjans de 2003 (taula 2).

Indicador	Valoració
• Reduir la prevalença d'anèmia ferropènica en dones en edat fèrtil (< 2%) i en població infantil (< 1%)	IND
• Aconseguir el mateix resultat en la gestació de la diabètica embarassada «ja coneguda» que en la dona no diabètica, pel que fa a la mortalitat perinatal i a les malformacions congènites	IND
• Reduir els nous casos d'insuficiència renal crònica en diabètics en un 25%, com a mínim	IND
• Reduir la mortalitat per patologia infecciosa no associada a la infecció per HIV entre UDVP almenys en un 50%	IND
• Invertir la tendència a l'augment en les taxes de tuberculosi respiratòria en la població autòctona (casos per 100.000 habitants/any)	IND

Taula 2. Objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000 que no podran ser avaluats en no disposar de l'indicador adequat, i objectius relacionats amb l'alimentació i la nutrició que seran avaluats l'any 2003

Indicador	Nivell de partida	Nivell diana	Valoració
• Reduir l'aportació de greixos en la dieta a < 35% de l'energia i el de greixos saturats a < 10% del total calòric	41,5% ¹⁹⁸⁶⁻⁸⁷ 15,0% ¹⁹⁸⁶⁻⁸⁷	< 35% < 10%	PE
• Reduir el consum d'hidrats de carboni refinats fins a 60 g/habitant/dia	91,9 ¹⁹⁹³		PE
• Augmentar l'aportació calòrica per hidrats de carboni complexos > 50% de la ració energètica diària	42,0% ¹⁹⁸⁶⁻⁸⁷	≥ 50%	PE
• Augmentar l'aportació de fibra fins a 30 g/habitant/dia	16,8 ¹⁹⁹³	≥ 30%	PE
• Mantenir el consum de sal en la dieta i reduir-lo quan superi els 6 g/dia			PE

UDVP: usuaris de drogues per via parenteral.

Els objectius relacionats amb la pràctica d'exercici físic durant el temps de lleure no s'han assolit de forma general. Si bé és cert que en tres dels cinc objectius se segueix la tendència esperada i que en un s'assoleix gairebé el 50% del canvi previst, la tendència mostra que no s'han produït canvis importants en el patró de pràctica d'exercici físic durant el temps de lleure (taula 3).

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Augmentar un 50% la prevalença d'adults que caminen 30 min/dia (per 100)	61,0	60,5 ¹	≥ 91,5	NA
• Augmentar un 50% la prevalença de > 14 anys que practiquen exercici físic en el temps de lleure (per 100)	41,0	49,0 ¹	≥ 61,5	NA
• Reduir > 40% la prevalença de > 14 anys absolutament sedentaris durant el temps de lleure (per 100)	27,0	18,7 ²	≤ 16,2	PA
• Augmentar un 50% la prevalença d'adults que realitzen activitat física vigorosa en el temps de lleure a > 3 vegades a la setmana (per 100)	13,0	15,2 ²	≥ 19,5	NA
• Reduir en un 30% l'abandonament de l'exercici físic durant el temps de lleure en els menors de 35 anys (per 100)	77,8	78,0 ¹	≤ 54,5	NA

¹Examen de salut de Catalunya 2002.

²Enquesta de salut de Catalunya 2002.

Taula 3. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb l'activitat física. Catalunya, 1989-2000

Tampoc s'han assolit els objectius relacionats amb l'obesitat i l'excés de pes. En aquest cas, mentre que es van formular objectius de reducció de l'exposició en la població general adulta (18 a 74 anys), les dades mostren que, durant el període, tant la prevalença d'excés de pes com d'obesitat han augmentat de forma considerable en la població de Catalunya. Les dades de l'Enquesta d'alimentació i nutrició de Catalunya, que finalitzarà l'any 2003, facilitaran informació complementària que, junt amb la d'activitat física, permetran valorar l'evolució dels indicadors d'obesitat i excés de pes (taula 4).

Taula 4. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb l'excés de pes i l'obesitat. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la prevalença d'excés de pes en un 20% (per 100)	27,8	38,4	≤ 22,2	NA
• Reduir la prevalença d'obesitat en un 25% (per 100)	11,9 ¹	17,4 ²	≤ 8,9	NA

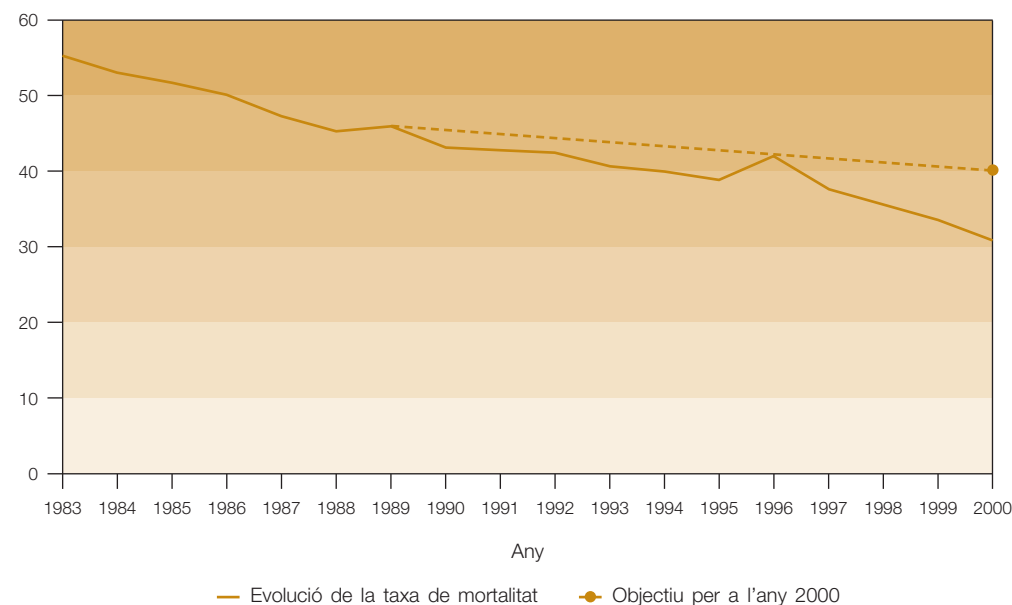
¹Població > 14 anys.

²Població de 18 a 74 anys.

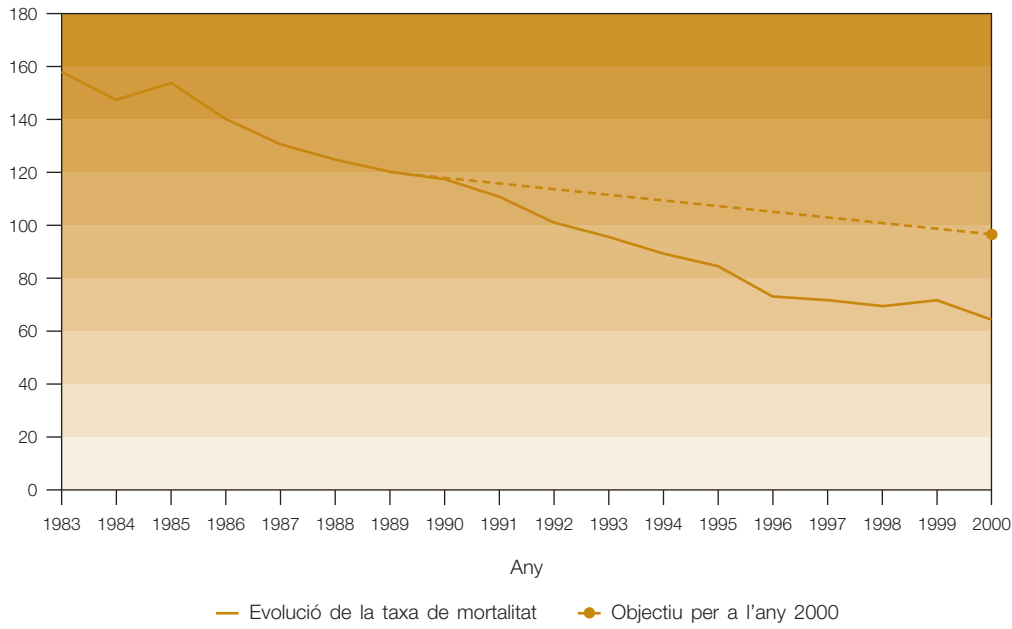
Els objectius relacionats amb la salut cardiovascular s'han assolit majoritàriament. Només en el cas de la mortalitat per insuficiència renal, que s'ha mantingut estable, no s'ha arribat als nivells esperats. Els objectius de mortalitat cardiovascular general i per accident cerebrovascular han estat assolits (gràfics 1-3). S'ha de destacar que la mortalitat cerebrovascular ha mostrat una evolució molt favorable, amb una reducció superior al doble de l'esperada. Les dades de l'examen de salut també indiquen que s'han assolit els objectius de disminució de risc per a la hipercolesterolèmia i la hipertensió arterial (taula 5).

Gràfic 1. Evolució de la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en persones de menys de 65 anys. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants

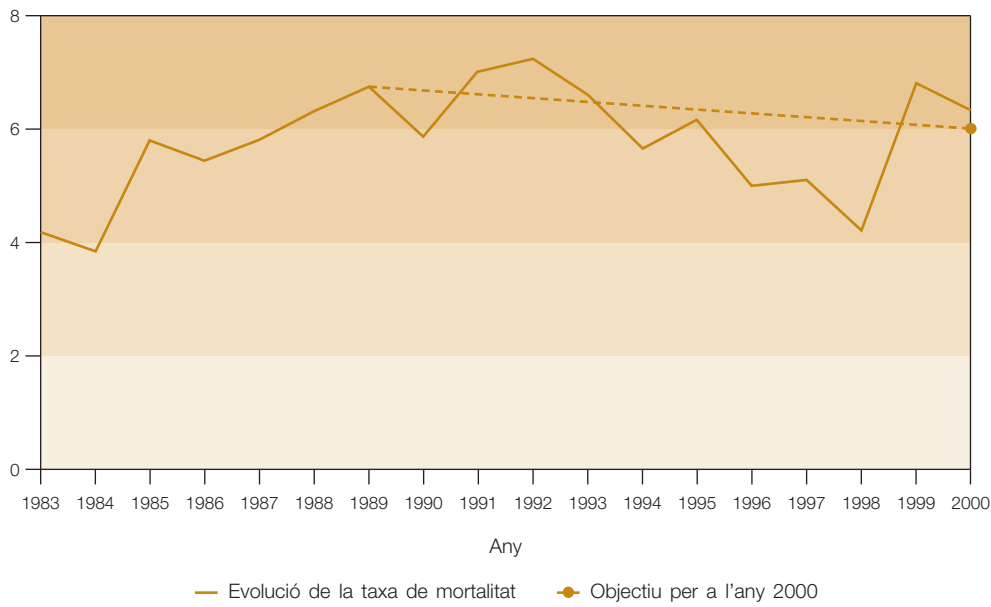


Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 2. Evolució de la mortalitat per malalties cerebrovasculars. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 3. Evolució de la mortalitat per insuficiència renal crònica. Catalunya, 1983-2000

Taula 5. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les malalties cardiovasculars, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia. Catalunya, 1989-2000

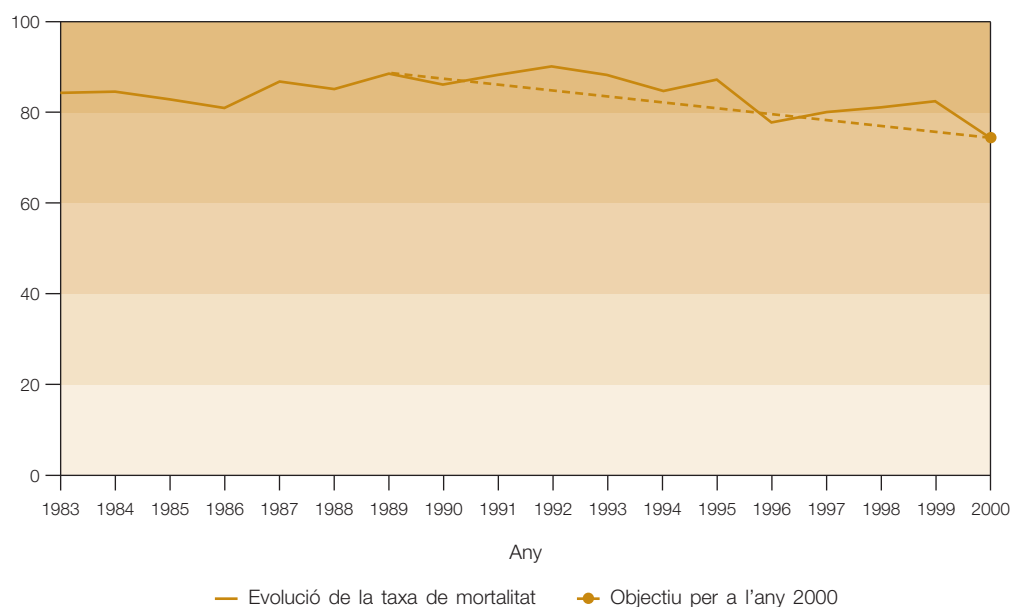
Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per malalties de l'aparell circulatori en < 65 anys un 15% (per 100.000)	46,6	31,4	≤ 39,6	A
• Reduir la mortalitat cerebrovascular un 20% (per 100.000)	120,6	69,7	≤ 96,5	A
• Reduir la mortalitat per insuficiència renal crònica un 5% (per 100.000)	6,4 ¹⁹⁹⁰	6,4	≤ 6,1	NA
• Augmentar la proporció d'hipertensos tractats en un 50%	40% ¹⁹⁹⁰	64,2% ¹	≥ 60%	A
• Augmentar la proporció d'hipertensos controlats en un 75% (PA < 160/95 mmHg)	20% ¹⁹⁹⁰	38,5% ¹	≥ 35%	A
• Reduir el colesterol plasmàtic mitjà (35 a 64 anys) a < 220 mg/dl	228 ¹⁹⁹⁰	202,6 ¹	< 220	A
• Reduir la prevalença d'hipercolesterolèmia a < 20% (> 250 mg/dl) (per 100)	> 20,0 ¹⁹⁹⁰	16,5 ¹	< 20	A

¹Examen de salut de Catalunya 2002.

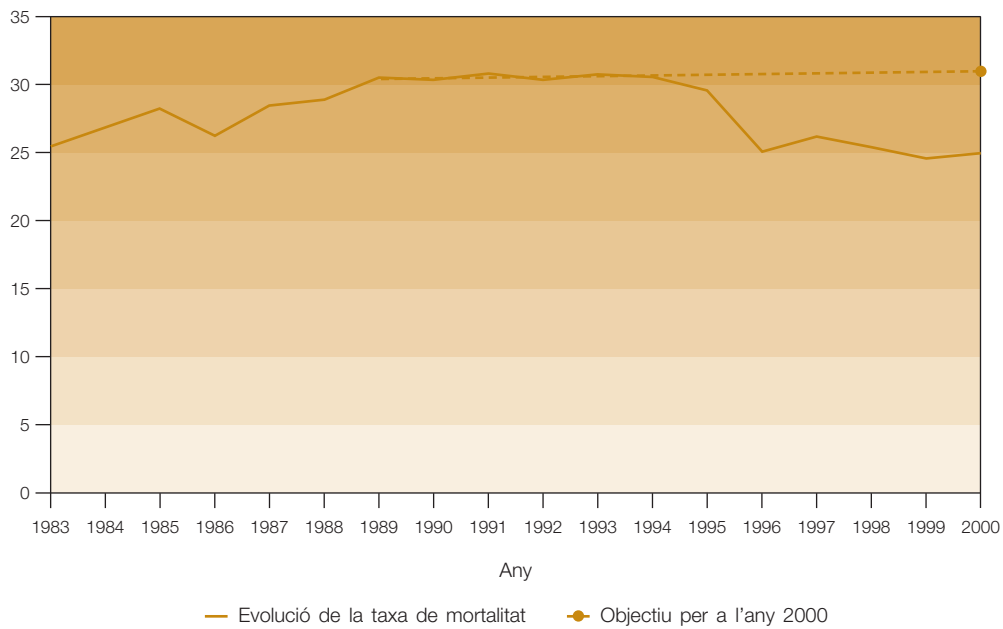
Els objectius de mortalitat per càncer, tant per càncer en general en menors de 65 anys com per càncer de pulmó en homes i de mama en dones, de totes les edats, s'han assolit (gràfics 4-7). L'evolució de la mortalitat per càncer de coll uterí mostra una reducció durant el període estudiat, inferior a l'establert, i l'objectiu només pot considerar-se parcialment assolit (taula 6).

Gràfic 4. Evolució de la mortalitat per càncer en persones de menys de 65 anys. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants

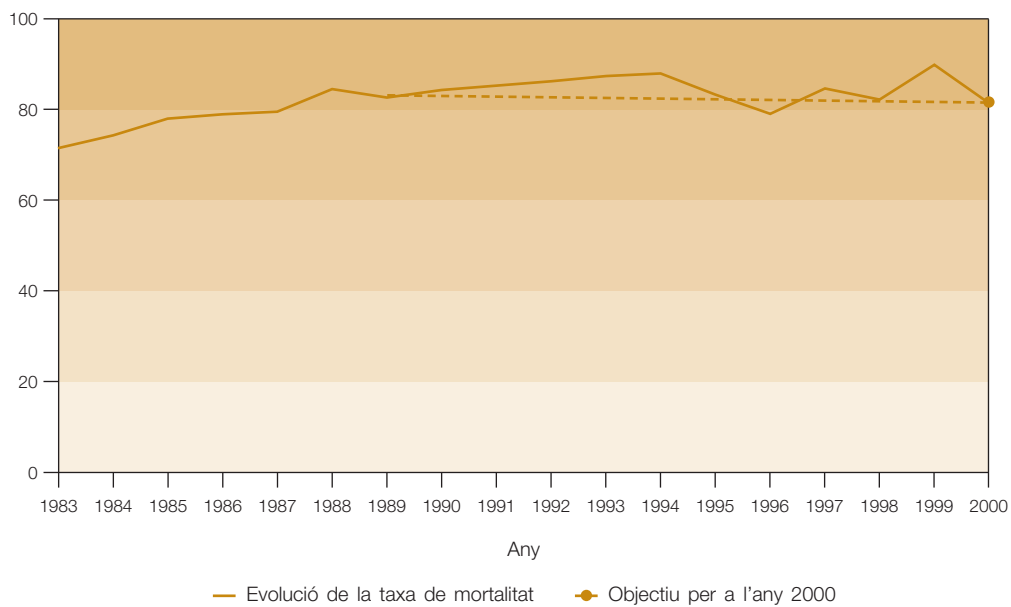


Taxa estandarditzada per edat/100.000 dones



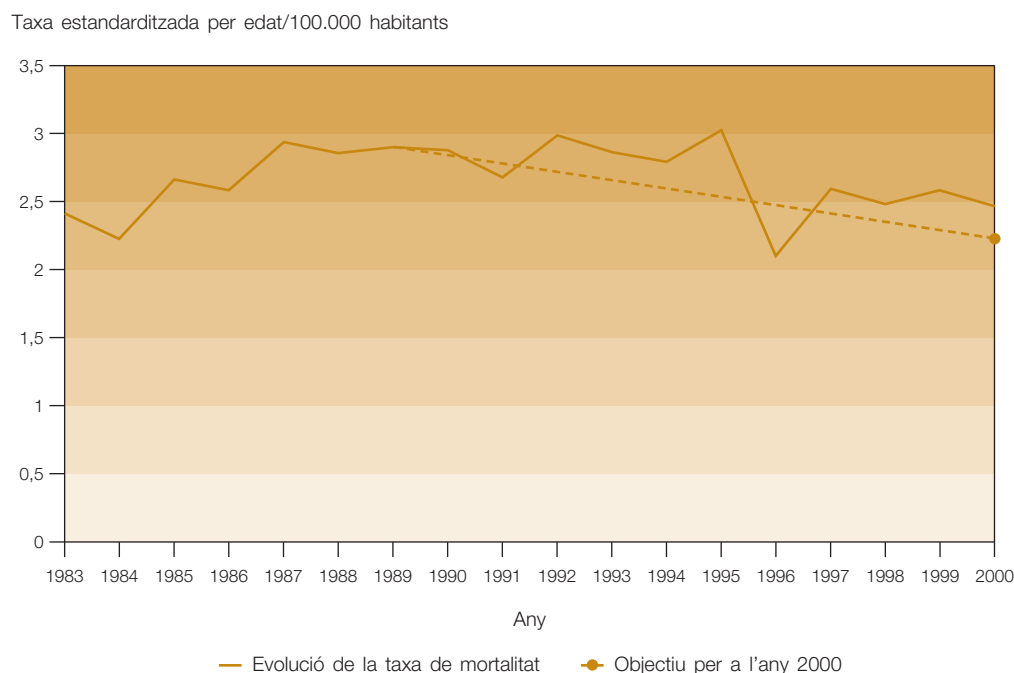
Gràfic 5. Evolució de la mortalitat per càncer de mama en el sexe femení. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 homes



Gràfic 6. Evolució de la mortalitat per càncer de pulmó en el sexe masculí. Catalunya, 1983-2000

Gràfic 7. Evolució de la mortalitat per càncer de coll uterí en el sexe femení. Catalunya, 1983-2000

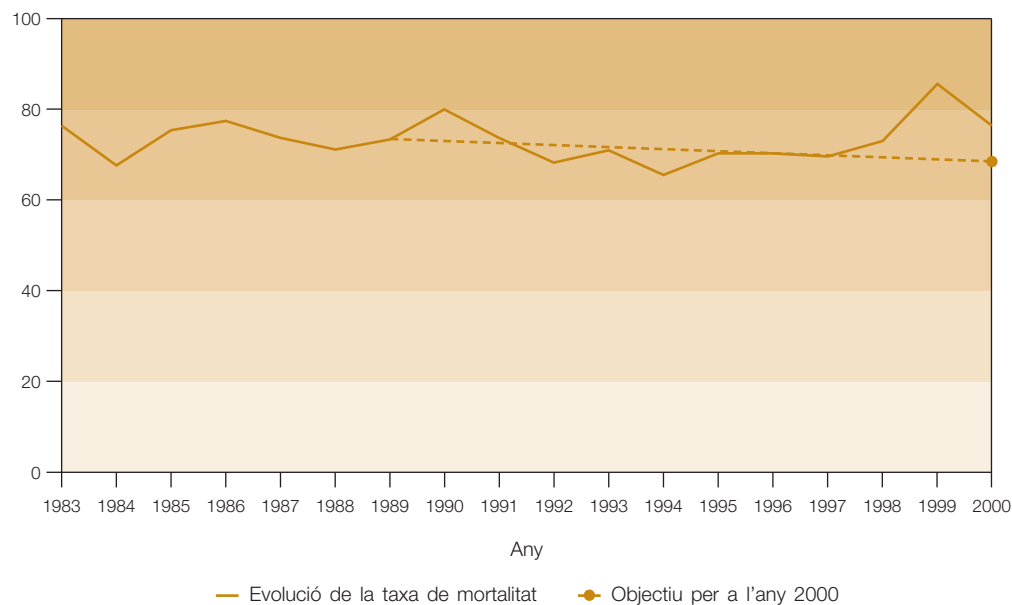


Taula 6. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb el càncer. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per càncer en menors de 65 anys en un 15% (per 100.000)	89,1	74,5	≤ 75,7	A
• Estabilitzar la tendència creixent de la mortalitat per càncer de mama en dones i pulmó en homes (per 100.000)	♀ 30,9 ♂ 83,6	♀ 24,9 ♂ 82,6	♀ ≤ 30,9 ♂ ≤ 83,6	A/A
• Reduir la mortalitat per càncer de coll d'úter en un 25% (per 100.000)	2,9	2,5	≤ 2,2	PA

La mortalitat per malalties de l'aparell respiratori s'ha mantingut estable durant la dècada i, per tant, l'objectiu de reducció que s'havia establert no s'ha assolit (gràfic 8). En relació amb el principal factor de risc d'aquesta patologia, s'observa que la prevalença de tabaquisme observada l'any 2002 en la població de més de 14 anys i en la de 15 a 24 ha quedat molt allunyada de l'objectiu que es va establir seguint les recomanacions de l'Oficina europea de l'OMS⁷. Malgrat tot, s'ha assolit l'objectiu d'abandonament de l'hàbit en la població general. Els objectius relacionats amb la prevalença de tabaquisme en les poblacions exemplars mostren que aquests s'han assolit en el cas dels professionals de la medicina i farmàcia, mentre que s'han assolit parcialment els objectius per al personal docent i el d'infermeria (taula 7).

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 8. Evolució de la mortalitat per malalties respiratòries. Catalunya, 1983-2000

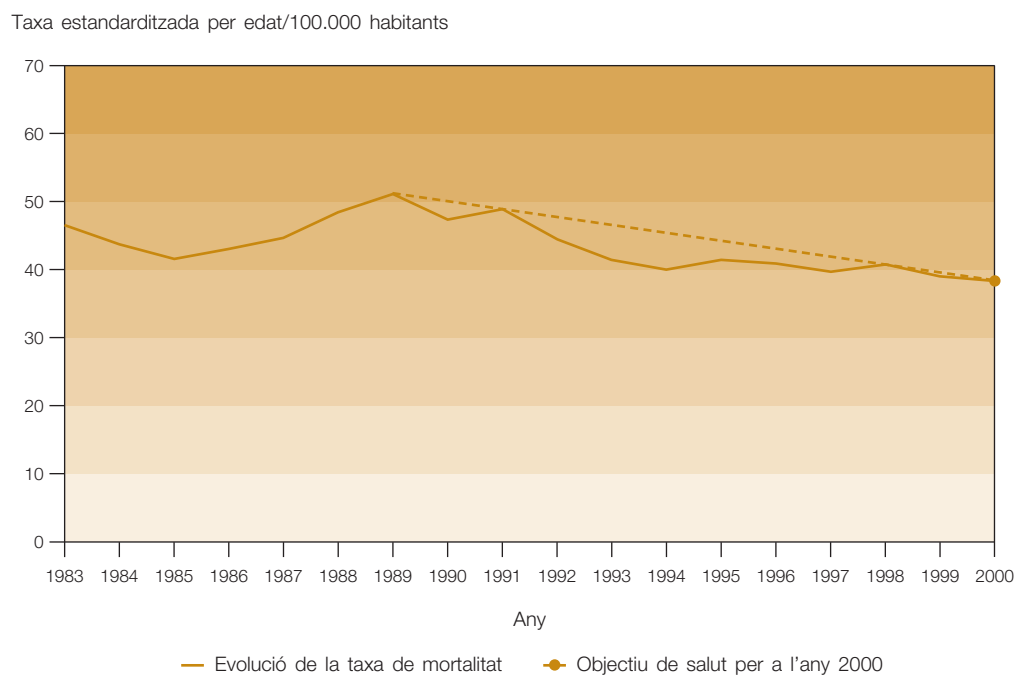
Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per malalties respiratòries en un 10% (per 100.000)	74,9	74,1	≤ 67,4	NA
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en la població general (> 14 anys) fins el 20%	33,7 ¹⁹⁹⁰	32,1 ¹	≤ 20	NA
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en la població entre 15 i 24 anys fins el 18%	38,3 ¹⁹⁹⁰	40,0 ¹	≤ 18	NA
• Incrementar la proporció d'abandonament del tabaquisme en la població general fins el 30% (en > 14 anys)	20,3% ¹⁹⁹⁰	30,4% ¹	≥ 30%	A
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en el personal mèdic fins el 25%	38,0 ¹⁹⁹⁰	24,5 ²	≤ 25	A
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en el personal d'infermeria fins el 30%	40,5 ¹⁹⁹⁰	35,1 ²	≤ 30	PA
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en el personal docent fins el 25%	36,8 ¹⁹⁹⁰	29,8 ²	≤ 25	PA
• Disminuir la prevalença de tabaquisme en el personal farmacèutic fins el 25%	32,3 ¹⁹⁹⁰	20,4 ²	≤ 25	A

¹Enquesta de salut de Catalunya 2002.²Enquesta de tabaquisme en professionals 2002.

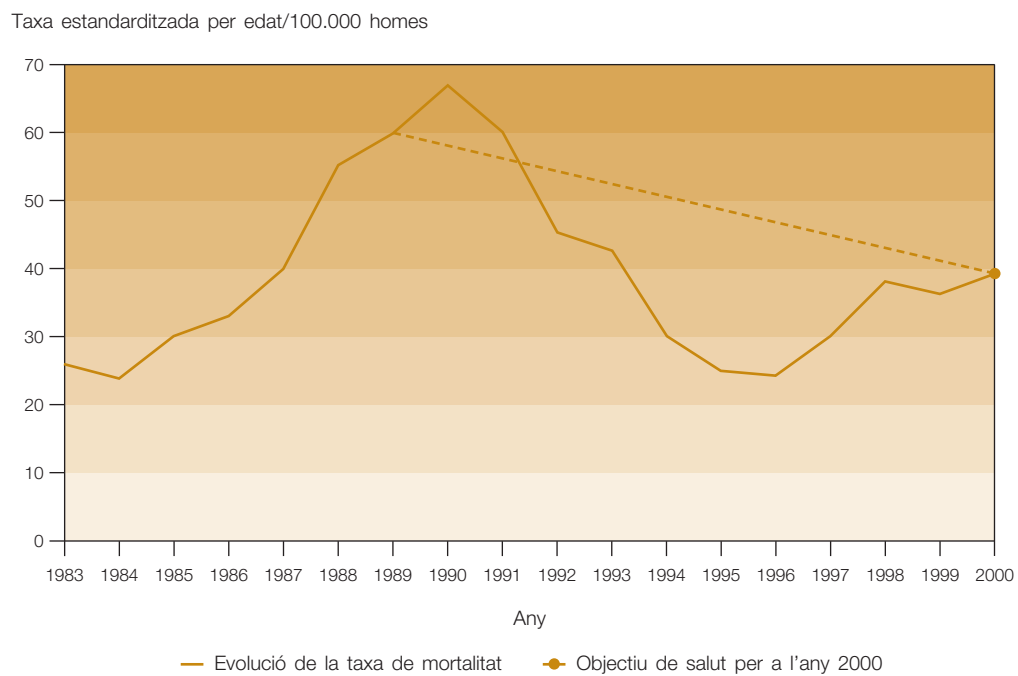
Taula 7. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les malalties respiratòries i el consum de tabac. Catalunya, 1989-2000

Els objectius formulats en relació amb la mortalitat produïda per accidents, intoxicacions i violències, s'han assolit tant pel que fa a la tendència general com per a les específiques d'accidents de trànsit, ofegaments i caigudes (gràfics 9-12). En el cas de la mortalitat per accidents de trànsit en els homes joves, l'objectiu s'ha considerat assolit malgrat que la reducció és lleugerament menor a la prevista (34,7% enfront de 35,0%) (taula 8).

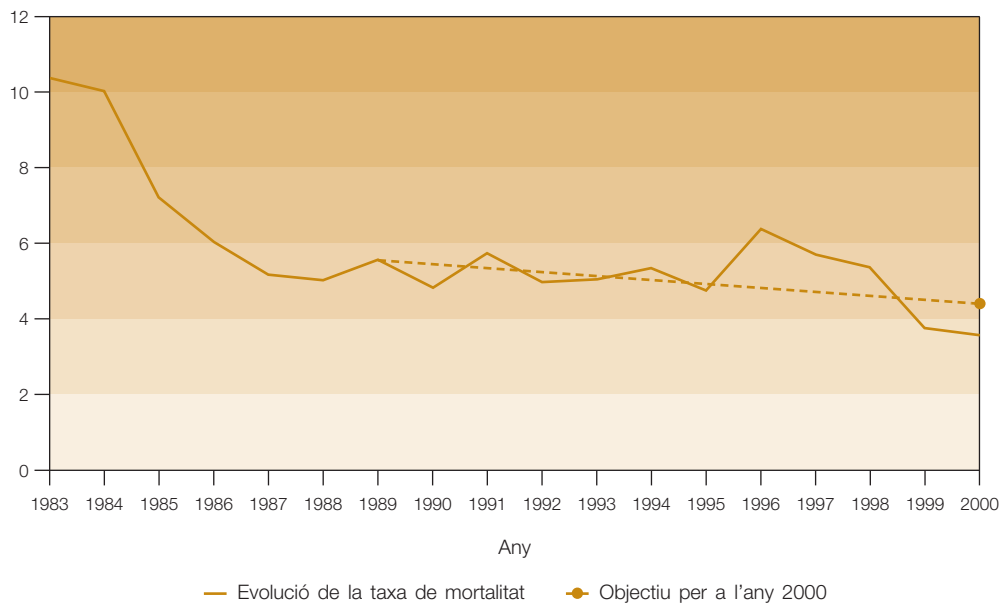
Gràfic 9. Evolució de la mortalitat per causes externes. Catalunya, 1983-2000



Gràfic 10. Evolució de la mortalitat per accidents de vehicles de motor en els homes de 15 a 24 anys. Catalunya, 1983-2000

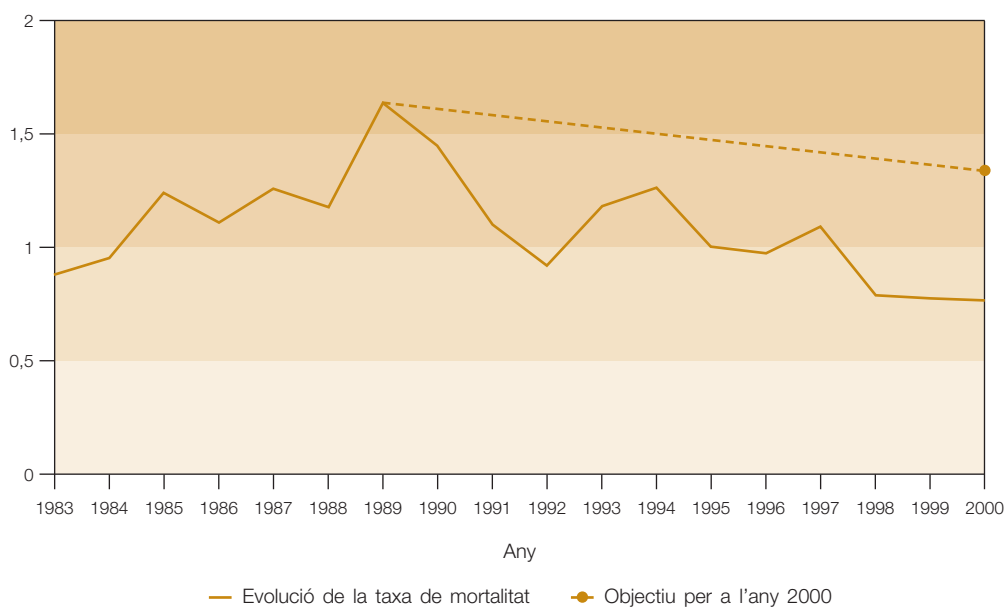


Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 11. Evolució de la mortalitat per caigudes accidentals. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 12. Evolució de la mortalitat per ofegaments i submersions. Catalunya, 1983-2000

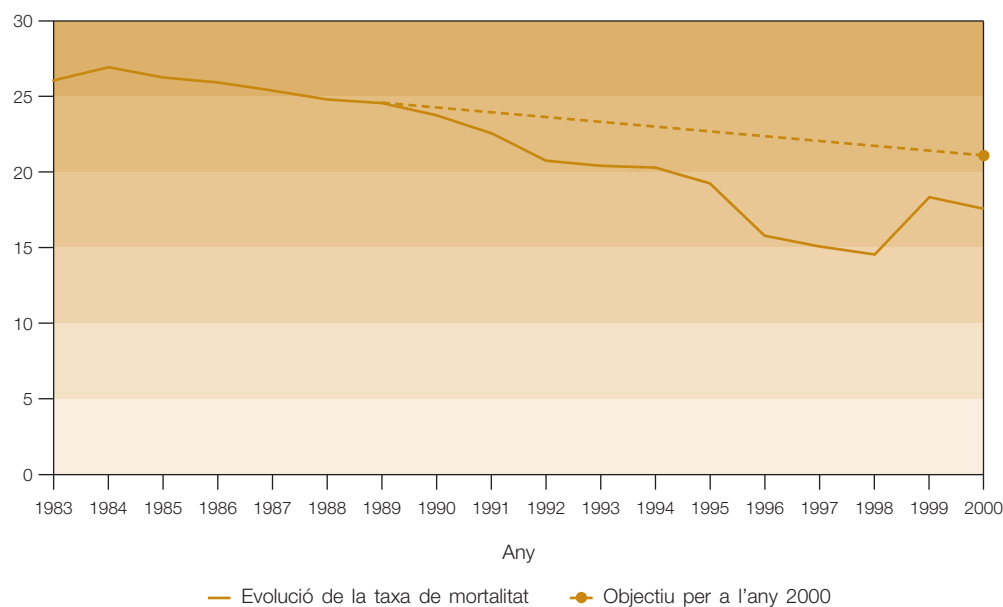
Taula 8. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les causes externes. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Disminuir la mortalitat per causes externes en un 25% (per 100.000)	51,1	38,1	≤ 38,3	A
• Reduir la mortalitat per accidents de circulació en homes de 15 a 24 anys en un 35% (per 100.000)	59,5	38,8	≤ 38,6	A
• Reduir la mortalitat per ofegament i submersió en un 25% (per 100.000)	1,7	0,8	≤ 1,3	A
• Reduir la mortalitat per caigudes accidentals en un 15% (per 100.000)	5,4	3,2	≤ 4,6	A

En relació amb les malalties de l'aparell digestiu, s'han assolit els objectius formulats tant pel que fa a la mortalitat per cirrosi hepàtica (gràfic 13) com a la morbiditat declarada per hepatitis B (taula 9).

Gràfic 13. Evolució de la mortalitat per cirrosi i malalties cròniques del fetge. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Taula 9. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les malalties digestives. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per cirrosi hepàtica en un 15% (per 100.000)	24,7	17,1	≤ 21,0	A
• Reduir la morbiditat per hepatitis B al 30% de la declarada el 1990 (per 100.000)	3,5 ¹⁹⁹⁰	1,2	≤ 1,1	A

Els objectius que es van establir per als problemes relacionats amb el consum d'alcohol, com són la incidència de la síndrome alcohòlica fetal i la prevalença de consum excessiu a la població general i en joves, s'han assolit (taula 10). A causa de les dificultats metodològiques que suposa el càlcul de la mortalitat atribuïble a la ingesta d'alcohol a partir de les dades disponibles, no es va considerar adequada la permanència de l'objectiu relatiu a aquest aspecte.

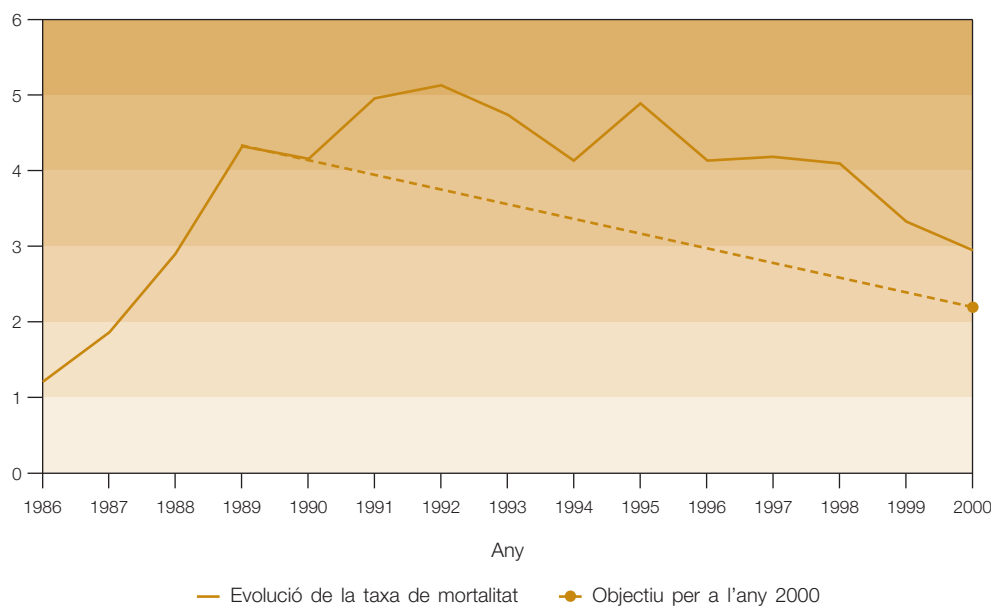
Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la incidència de la síndrome alcohòlica fetal en un 25% (per 1.000 parts)	0,2 ¹⁹⁹³	0,1	≤ 0,2	A
• Reduir la prevalença de consumidors de > 75 cc d'alcohol pur al dia en població general de 15-65 anys fins el 4,5% (per 100)	7,1 ¹⁹⁹⁰	4,5 ¹	≤ 4,5	A
• Reduir la prevalença de consumidors de > 75 cc d'alcohol pur al dia en població de 15-29 anys en un 25% (per 100)	9,7 ¹⁹⁹⁰	3,0 ¹	≤ 7,3	A

¹Enquesta de salut de Catalunya 2002.

Taula 10. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb el consum excessiu d'alcohol. Catalunya, 1989-2000

Pel que fa als objectius relacionats amb el consum de drogues, l'objectiu que té a veure amb la mortalitat per reacció adversa (gràfic 14) i el relacionat amb la prevalença de dependència a opiacis s'han aconseguit parcialment. Això no obstant, no s'han assolit els objectius de la síndrome d'abstinència als opiacis en els nadons i el de la prevalença de consumidors de *cannabis* entre els joves (taula 11).

Taxa estandarditzada per edat/100.000 habitants



Gràfic 14. Evolució de la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues. Catalunya, 1986-2000

Taula 11. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb el consum de drogues il·legals. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per reacció adversa al consum de drogues en almenys un 50% (per 100.000)	4,2 ¹⁹⁹⁰	2,9	≤ 2,1	PA
• Reduir la incidència de la síndrome d'abstinència als opiacis en els nadons en un 40% (per 1.000 parts)	1,6 ¹⁹⁹³	1,9	≤ 1,0	NA
• Reduir la prevalença de dependència a opiacis (15-29 anys) fins a un màxim del 0,4. (Consum d'heroïna alguna vegada) (per 100)	1,6 ¹⁹⁹⁵	0,6 ¹⁹⁹⁹	≤ 0,4	PA
• Reduir la prevalença de consumidors de <i>cannabis</i> (15-29 anys) en un 25%. (Consum de <i>cannabis</i> els últims 30 dies) (per 100)	5,7 ¹⁹⁹⁵	8,5	≤ 4,3	NA

Els objectius relacionats amb la disminució de la infecció per HIV no s'han modificat essencialment, però a partir de l'any 1996 es van corregir quant a la seva formulació, degut a les dificultats per obtenir algunes informacions, així com pels canvis en la dinàmica pròpia de la infecció. Aquests objectius han estat assolits excepte en el cas de la seroprevalença en homes homosexuals. També s'han assolit els objectius sobre les pràctiques sexuals de risc i els relacionats amb l'atenció als pacients amb sida, l'augment de la supervivència i la disminució de la transmissió vertical (taula 12).

Taula 12. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la sida. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Disminuir la incidència de la infecció per HIV per totes les vies de transmissió. Població sentinella:				
– Prevalença d'anticossos anti-HIV en nadons (per 100)	0,3 ¹⁹⁹⁴	0,2 ¹	< 0,3	A
– Prevalença de l'HIV en saliva, en usuaris de drogues per a via parenteral (reclutats al carrer) (per 100)	51,0 ¹⁹⁹³	39,3	< 51,0	A
– Seroprevalença de l'HIV en saliva d'homes homosexuals (per 100)	14,2 ¹⁹⁹⁵	17,9	< 14,2	NA
• Disminuir la freqüència de pràctiques de risc per a la infecció per HIV per vies parenteral i sexual (% no utilització de preservatiu/% UDVP)	4,3% ¹⁹⁹⁵ 66,3% ¹⁹⁹³	1,4% 46,5%	< 4,3% < 66,3%	A A
• El procés d'atenció als malalts i infectats per HIV ha de desenvolupar-se en el nivell assistencial adequat a les diferents fases de la història natural de la malaltia i que existeixi coordinació entre els diferents nivells assistencials		(²)		A
• Retardar l'aparició de nous casos de sida i augmentar la supervivència de les persones infectades per HIV (taxa de letalitat als 6 mesos del diagnòstic de sida) (per 100)	21,3 ¹⁹⁹⁰	12,8 ¹	< 21,3	A
• Disminuir la taxa de transmissió vertical de l'HIV. (Prevalença d'anticossos anti-HIV en nadons) (per 100)	0,3 ¹⁹⁹⁴	0,2 ¹	< 0,3	A

¹Any 1999.

²S'estableix un servei integral sanitari per part del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

UDVP: usuaris de drogues per via parenteral.

En relació amb els objectius que es van establir per a les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunes, com són la diftèria, el tètanus neonatal, la poliomièlitis, la tos ferina, la parotiditis, la rubèola, la rubèola congènita, el xarampió autòcton, i la prevalença d'infecció per hepatitis B i de l'antigen HBsAg, tots ells han estat assolits (taula 13).

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Mantenir l'eliminació de la diftèria, el tètanus neonatal i la poliomièlitis (nombre de casos registrats)	0/0/0 ¹⁹⁹⁰	0/0/0	0/0/0	A/A/A
• Reduir de manera important el nombre de casos de (nombre de casos registrats):				
– Tètanus	12 ¹⁹⁹⁰	5		A
– Tos ferina	10.460 ¹⁹⁹⁰	193		A
– Parotiditis	4.403 ¹⁹⁹⁰	115	Reducció	A
– Rubèola	2.464 ¹⁹⁹⁰	3	important	A
• Eliminar el xarampió autòcton i la rubèola congènita (nombre de casos registrats):				
Rubèola congènita	1 ¹⁹⁹⁰	0	0	A
Xarampió autòcton	1.242 ¹⁹⁹⁰	1	0	A
• Reduir la prevalença de l'HBsAg en la població > de 14 anys fins a l'1,5%	1,3 ¹⁹⁹⁴	0,9 ¹	1,5	A
• Reduir la prevalença de la infecció pel virus de l'hepatitis B en el grup d'edat de 15 a 24 anys a l'1%	9,3% ¹⁹⁸⁶	0,9	1,0	A
• Eliminar la rubèola en les dones en edat fèrtil (de 15 a 49 anys)	2 ¹⁹⁹⁷	0	0	A

¹Any 2001.

Taula 13. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les malalties susceptibles de ser previngudes mitjançant vacunació. Catalunya, 1989-2000

En el cas de les malalties de transmissió sexual (MTS), els objectius per a la incidència de sífilis, sífilis congènita, gonocòccia i altres MTS, s'han assolit completament. En relació amb l'objectiu sobre la taxa d'incidència de l'oftàlmia *neonatorum*, l'any 2000 ha estat de 0,3 per 100.000 habitants, i per tant no s'ha assolit l'objectiu, malgrat la important disminució de la taxa (taula 14).

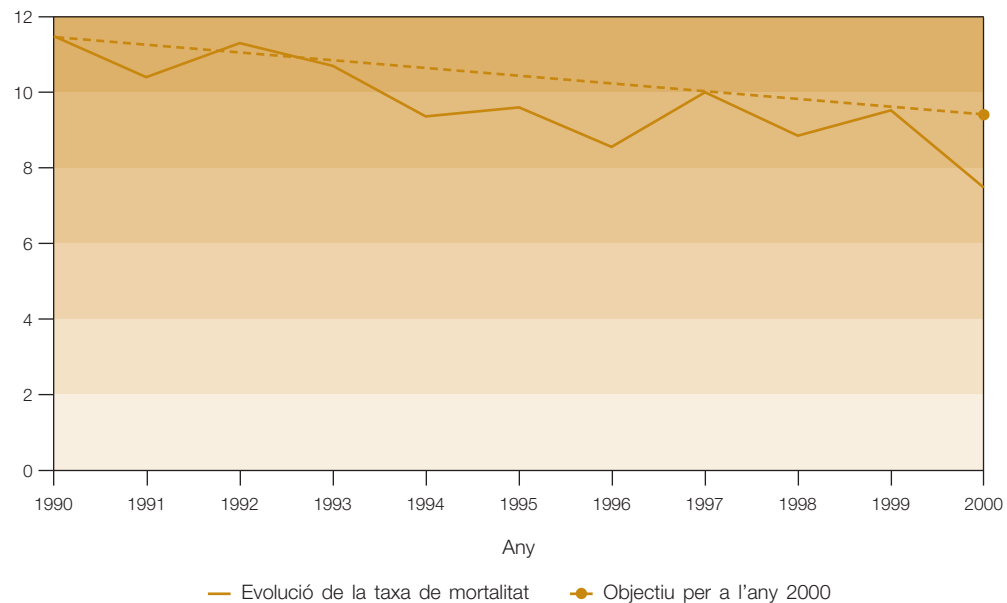
Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la incidència de la sífilis en un 30% (per 100.000)	7,0	1,5	≤ 4,9	A
• Reduir la incidència de gonocòccia en un 25% (per 100.000)	79,0	3,6	≤ 59,3	A
• Reduir la proporció de gonocòccia causada per soques de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> productores de betalactamasa en un 50%	20,4%	6,1%	≤ 10,2%	A
• Eliminar l'oftàlmia <i>neonatorum</i> (per 100.000)	0,5	0,3	0	NA
• Eliminar la sífilis congènita (per 100.000)	0,01	0,0	0	A
• Reduir la incidència d'altres malalties de transmissió sexual en un 20% (per 100.000)	113,0	65,5	≤ 90,4	A

Taula 14. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les malalties de transmissió sexual. Catalunya, 1989-2000

S'ha aconseguit el compliment de l'objectiu de reducció de la mortalitat per accidents en el lloc de treball (gràfic 15), però no el de reducció de la morbiditat per accidents de treball, que s'ha mantingut estable durant el període (taula 15).

Gràfic 15. Evolució de la mortalitat per accidents de treball en la jornada. Catalunya, 1990-2000

Taxa/100.000 assalariats (Enquesta de Població Activa)

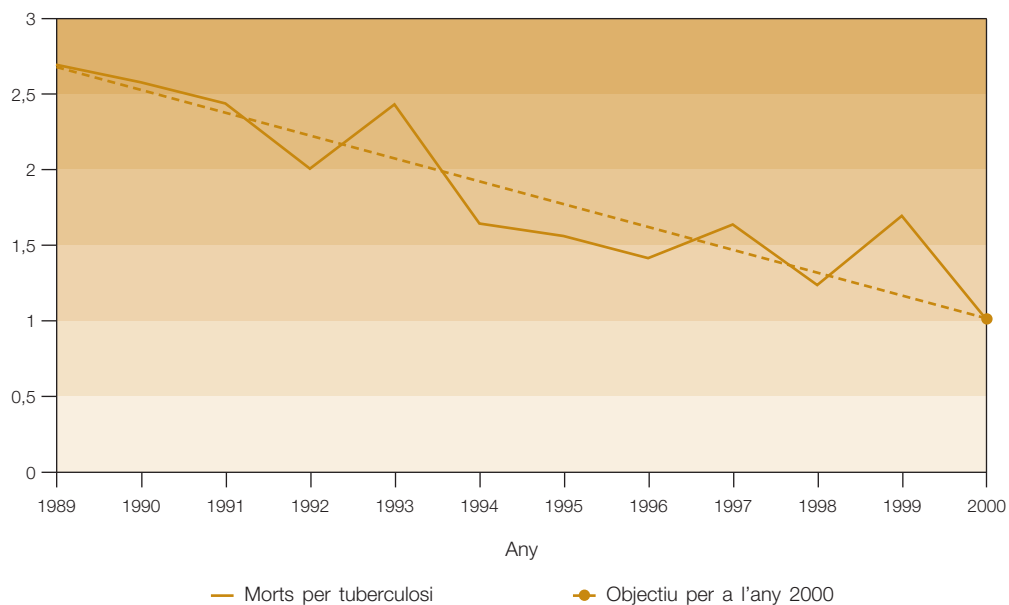


Taula 15. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la salut laboral. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la taxa de morbiditat per accidents de treball amb baixa en el lloc de treball en un 15% (per 1.000)	92,6 ¹⁹⁹⁰	90,5	≤ 78,7	NA
• Reduir la taxa de mortalitat per accidents de treball en el lloc de treball en un 20% (per 100.000)	11,5 ¹⁹⁹⁰	7,5	≤ 9,2	A

La reducció de la mortalitat per tuberculosi ha estat superior a l'establert en l'objectiu (gràfic 16). En canvi no s'ha aconseguit estabilitzar la taxa d'incidència per tuberculosi respiratòria i només s'ha pogut avaluar de forma parcial l'objectiu de risc anual d'infecció en els nens de 6 a 7 anys d'edat (taula 16).

Evolució dels casos per 100.000 habitants



Gràfic 16. Evolució de la mortalitat per tuberculosi. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la mortalitat per tuberculosi per sota d'un cas per 100.000 habitants/any, sempre i quan no es produeixi un augment significatiu de la transmissió de bacils multiresistents	2,7	0,97	< 1	A
• Reduir la prevalença d'infecció tuberculosa i aconseguir una reactivació en el descens del risc anual d'infecció (RAI) en els nens de 6 a 7 anys d'edat (positivitat en el cribratge de nens de 6 anys a Barcelona) (per 100)	0,9 ¹⁹⁹¹⁻⁹²	0,5 ¹	< 0,9	A

¹1997-1998.

Taula 16. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la tuberculosi. Catalunya, 1989-2000

A la llum dels resultats obtinguts en l'estudi epidemiològic de 1997, els objectius que es van formular per a la prevalença de nens lliures de càries dental i reducció de l'índex CAOD (peces permanents cariades, obturades o absents) en els nens de 12 anys d'edat, han estat assolits. En el cas dels nens de 6 anys, la prevalença de lliures de càries l'any 1997 no va arribar als nivells esperats per a l'any 2000, per tant, aquest objectiu es considera parcialment assolit (taula 17).

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• El 50%, com a mínim, dels escolars de 12 anys han d'estar lliures de càries (per 100)	38,0 ¹⁹⁹¹	53,4	≥ 50	A
• El 75%, com a mínim, dels escolars de 6 anys han d'estar lliures de càries (per 100)	54,0 ¹⁹⁹¹	70,2	≥ 75	PA
• L'índex CAOD en els escolars de 12 anys ha de ser inferior a 2	1,7 ¹⁹⁹¹	0,9	< 2	A

Taula 17. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la salut bucodental. Catalunya, 1989-2000

Respecte dels objectius que es van establir per a la diabetis seguint les recomanacions de l'Oficina Europea de l'OMS en la Declaració de Saint Vincent⁸, l'avaluació ha resultat extraordinàriament difícil. Com ja es va comentar en dos dels objectius, insuficiència renal crònica en diabètics i mortalitat perinatal i malformacions congènites en mares diabètiques, s'ha considerat que els objectius no podien ser avaluats amb la informació disponible. En tres dels objectius, els indicadors utilitzats són aproximats i es mantenen estables, excepte en el cas de la cardiopatia isquèmica en diabètics, que l'objectiu s'ha considerat parcialment assolit. També s'ha aconseguit l'objectiu d'incrementar la freqüència de diabetis coneguda en la població adulta (taula 18).

Taula 18. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la diabetis. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Disminuir la mortalitat per malaltia isquèmica del cor en els diabètics en un 20% (per 100)	12,0 ¹⁹⁹³	10,0	≤ 9,6	PA
• Reduir els nous casos d'amaurosi en diabètics en un 25% o més (per 100)	2 ¹⁹⁹³	2	≤ 1,5	NA
• Reduir les amputacions per gangrena diabètica en un 50% (per 1.000)	18,6 ¹⁹⁹³	18,7	≤ 9,3	NA
• Incrementar el nombre de diabètics ja coneguts en un 25%, com a mínim, cosa que significa aconseguir que el 60% dels diabètics siguin coneguts mitjançant cribatge dels grups de risc	50% ¹	62,6	≥ 60%	A

¹Estimació de l'any 1993.

En general, s'assoleixen tots els objectius establerts per als diversos aspectes del medi ambient i la higiene dels aliments, excepte en el cas de la morbiditat declarada per enteritis i diarrees, la reducció dels brots de toxiinfecció alimentària i l'eradicació dels paràmetres tòxics i microbiològics de l'aigua de les xarxes de subministrament públic. En el cas de la triquinosi, l'objectiu tampoc s'ha considerat assolit perquè tot i que durant el període 1990-2000 no es va registrar cap cas de triquinosi, l'any 2000 se'n van registrar quatre, deguts a consum de carn de senglar que no havia estat sotmesa a les anàlisis de triquina. Aquesta carn, per tant, en cap moment va entrar en el circuit de comercialització per al consum públic, ja que el consum es va restringir als familiars i amics dels propis caçadors. A pesar que l'objectiu no es pot considerar assolit, és clar que, en principi, estem en el camí adequat, sempre que els quatre casos apareguts l'any 2000 constitueixin un fenomen aïllat (taula 19).

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• La morbiditat declarada per febre tifoide ha de ser inferior a 1 cas per 100.000 habitants i any	2,1	0,5	< 1	A
• La morbiditat declarada per enteritis i diarrees ha que ser inferior a 4.500 casos per 100.000 habitants i any	5.305,9 ¹⁹⁹⁰	5.636,8	< 4.500	NA
• Reduir els brots declarats de toxiinfeccions alimentàries en un 30%	64	110	≤ 45	NA
• La morbiditat declarada per brucel·losi ha de ser inferior a 3 casos per 100.000 habitants i any	4,0	1,9	< 3	A
• Eliminar la triquinosi a Catalunya	0 ¹⁹⁹⁰	4	0	NA
• Aconseguir que no es doni cap cas d'intoxicació aguda secundària ni de contaminació química dels aliments, derivada de l'ús inadequat de productes fitosanitaris i zosanitaris	0 ¹⁹⁹⁵	0	0	A
• Controlar sanitàriament el 100% de les reutilitzacions d'aigües residuals depurades		100% controlats		A
• El 100% de les piscines d'ús col·lectiu ha de complir el reglament sanitari vigent (nombre d'inspeccions, 100% de les piscines d'utilització públiques)	1.500	2.075		A
• Reduir el nombre de platges actualment qualificades en els nivells C i D en un 70%	13 platges	5 platges	< 4	PA
• Eradicar els incompliments per paràmetres tòxics o microbiològics de les xarxes d'aigües de subministrament públic de Catalunya:				
– Mostres a l'aigua on els metalls pesats (crom, mercuri, níquel i/o seleni) superen els límits establerts al Real decret 1138/90		0,3%		
– Mostres a l'aigua on el plom va superar els nivells establerts pel Reial decret 1138/90		1,2%		NA
– Exàmens a l'aigua on els hidrocarburs aromàtics superen els límits màxims		0%		
– Nivells de cloració per a la desinfecció de l'aigua		(¹)		
• Controlar sanitàriament el 100% dels assentaments humans (nombre d'inspeccions, 100% de les cases de colònies i albergs)	590	765		A
• La totalitat de les carns que surtin dels escorxadors de Catalunya han d'estar lliures de residus derivats de l'administració al bestiar de promotors de creixement il·legals (percentatge de mostres amb residus il·legals)	8,6%	0%		A
• Les instal·lacions i els equipaments de tots els escorxadors han de reunir les condicions higienicosanitàries fixades per la normativa vigent		100% autoritzades		A
• La totalitat dels establiments que distribueixen aliments manufacturats, tant si els venen al públic o els serveixen en l'àmbit de la restauració col·lectiva, han d'estar sotmesos a intervencions de control sanitari				
Nombre d'inspeccions, 100% del total:				
– Cuines centrals	2.953	2.631		
– Menjadors col·lectius	10.955	14.276		
– Detallistes	16.970	13.001		A

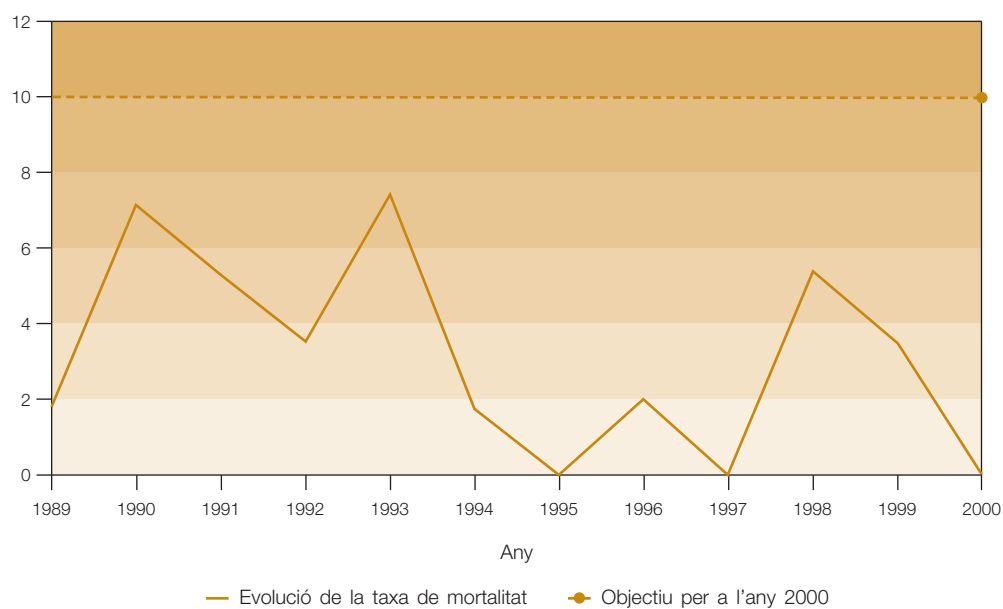
¹Gran dispersió territorial (0,2% de les mostres incorrectes a Barcelona, 4,8% a Tarragona, 7,1% a Girona i 33,8% a Lleida).

Taula 19. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb el medi ambient i la higiene dels aliments. Catalunya, 1989-2000

S'han assolit els objectius de reducció de la mortalitat materna, infantil i perinatal, observant-se unes taxes a nivells clarament inferiors als establerts (gràfics 17-19). D'altra banda, s'ha observat un increment de la freqüència de prematuritat cronològica i baix pes en néixer. Tampoc s'ha assolit l'objectiu de reducció de l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys, ja que s'ha observat un increment durant l'última dècada (taula 20).

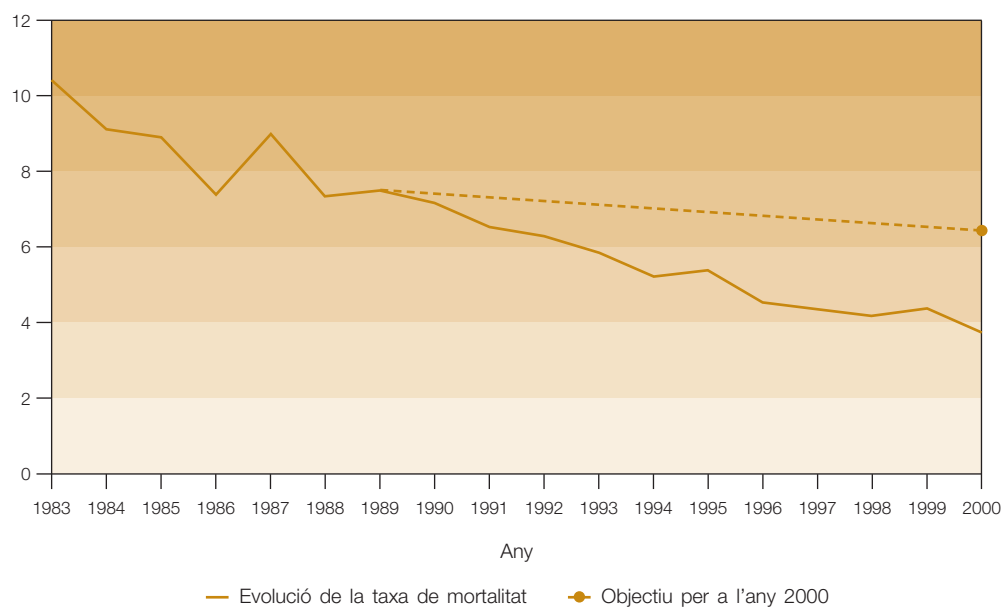
Gràfic 17. Evolució de la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, part i puerperi. Catalunya, 1989-2000

Taxa estandarditzada per edat/100.000 nascuts vius

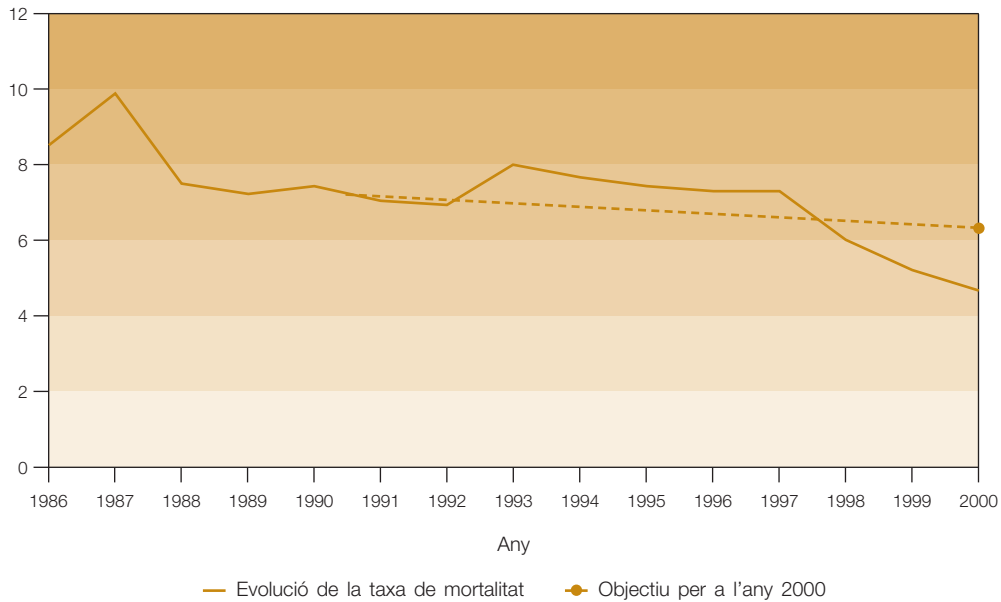


Gràfic 18. Evolució de la mortalitat infantil. Catalunya, 1983-2000

Taxa estandarditzada per edat/1.000 nascuts vius



Taxa estandarditzada per edat/1.000 naixements



Gràfic 19. Evolució de la mortalitat perinatal. Catalunya, 1986-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Mantenir la mortalitat materna relacionada amb l'embaràs, el part i el puerperi per sota de 10 per cada 100.000 nascuts vius	1,8	0	< 10	A
• Reduir la mortalitat perinatal fins al 6,5 per 1.000 naixements	7,0	4,6	≤ 6,5	A
• Reduir la mortalitat infantil fins al 6,5 per 1.000 nascuts vius	7,3	3,4	≤ 6,5	A
• Reduir la prevalença de prematuritat cronològica per sota del 5% (per 100)	5,5 ¹⁹⁹³	7,6	< 5,0	NA
• Reduir la prevalença de baix pes en néixer per sota del 5% (per 100)	5,8 ¹⁹⁹³	7,6	< 5,0	NA
• Disminuir l'índex d'embarassos en dones menors de 18 anys por sota del 4 per 1.000	4,0 ¹⁹⁹⁷	9,2	< 4,0	NA

Taula 20. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb la salut maternoinfantil. Catalunya, 1989-2000

En els hospitals de Catalunya s'han assolit tots els objectius formulats en relació amb les infeccions nosocomials, tant en el cas de la prevalença general com en els casos específics d'unitats de cures intensives, àrees quirúrgiques i ferides quirúrgiques, sempre considerant com a punt de partida els nivells observats durant l'any 1988, i a partir de les dades proporcionades per l'estudi de prevalença de les infeccions nosocomials (EPINCAT) desenvolupat anualment amb caràcter voluntari per un ampli grup d'hospitals (taula 21).

Taula 21. Avaluació dels objectius del Pla de salut de Catalunya per a l'any 2000, relacionats amb les infeccions nosocomials. Catalunya, 1989-2000

Indicador	Nivell de partida	Nivell el 2000	Nivell diana	Valoració
• Reduir la prevalença d'infeccions nosocomials als hospitals de Catalunya en almenys un 15% (per 100)	12,1 ¹⁹⁸⁸	8,1	≤ 10,3	A
• Reduir la prevalença de pacients afectats d'infecció nosocomial en hospitals de Catalunya en almenys un 15% (per 100)	10,8 ¹⁹⁸⁸	7,0	≤ 9,2	A
• Reduir la prevalença d'infecció nosocomial en àrees de cures intensives dels hospitals de Catalunya en un 10% (per 100)	42,8 ¹⁹⁸⁸	32,6	≤ 38,5	A
• Reduir la prevalença d'infecció nosocomial en àrees de cirurgia dels hospitals de Catalunya almenys un 20% (per 100)	15,1 ¹⁹⁸⁸	7,2	≤ 12,1	A
• Reduir la prevalença d'infeccions de ferida quirúrgica neta a menys del 3%	5,5 ¹⁹⁸⁸	2,1	≤ 3,0	A

Fent una aproximació general als objectius no assolits destaca el fet que molts d'ells estan relacionats amb els hàbits i estils de vida; així, pel que fa als objectius relacionats amb l'exercici físic, en general s'observa que els indicadors han evolucionat en la direcció marcada pels objectius, encara que a un ritme més lent que l'establert. És a dir, el nivell d'activitat física és una mica millor l'any 2000 que l'any 1989. En relació amb la falta de consecució dels objectius cal tenir en compte que els objectius inicials es van establir partint d'informacions i recomanacions internacionals però no es disposava en aquell moment de dades objectives de Catalunya que permetessin d'estimar la velocitat dels canvis propugnats i, a la llum dels resultats, les intervencions puntuals que s'han dut a terme durant aquests anys no han estat prou efectives. A més, el nivell d'activitat física de la població de Catalunya és similar a l'observat en estudis realitzats en altres països del nostre entorn. La pràctica d'activitat física es veu influïda per multitud de factors i, de fet, a nivell mundial s'està observant un augment de les conductes sedentàries. Només en aquells països d'Europa on fa més anys que s'estan realitzant intervencions per augmentar el nivell d'activitat física de la població des de diferents àmbits, s'observen resultats positius.

En relació amb el sobrepès i l'obesitat, s'ha de destacar que hi ha una tendència universal cap a l'occidentalització, amb pèrdua dels estils de vida tradicionals i l'adopció d'hàbits menys actius associats al desenvolupament socioeconòmic. L'entorn actua com un element afavoridor de l'obesitat, pel que fa a la ingesta alimentària, amb més consum d'aliments rics en greixos i en major quantitat. Finalment, s'ha d'esmentar la insuficient despesa energètica que acompanya les millores en els transports i, en general, a l'àmbit laboral i domèstic, i que han facilitat les tasques de manera que s'ha reduït la despesa energètica de l'activitat diària.

La mortalitat per insuficiència renal crònica ha mostrat una gran inestabilitat al llarg del període que és, almenys en part, atribuïble al reduït nombre de persones que moren per aquesta causa. Un cas que pot considerar-se semblant és el del càncer de coll uterí. En efecte, el nombre de defuncions per aquest càncer és molt baix i les taxes mostren unes oscil·lacions que fan molt difícil de preveure quina pot ser la seva evolució per a un any determinat. Això ha de fer pensar en la pertinença de mantenir aquests tipus d'objectius, que tenen a veure amb causes de mortalitat poc freqüents, en els futurs plans de salut.

L'objectiu sobre la mortalitat respiratòria no s'ha assolit. Encara que la tendència era bastant favorable, en els últims anys s'ha produït un increment de la mortalitat, que sembla que podria explicar-se, en part, per la incorporació de la 10a Classificació Internacional de Malalties. També s'ha de tenir en compte que certes mesures preventives, com la vacunació antipneumocòccica en població de risc i persones grans, encara no s'han pogut reflectir en l'evolució de la mortalitat per a aquest grup de malalties.

Els objectius relacionats amb les prevalences de tabaquisme en la població general i en la població jove, clarament no s'han assolit. Aquests objectius es van formular seguint un afany d'homologació amb l'objectiu general que promovia en aquell moment l'Oficina Regional d'Europa de l'OMS. Tan sols Suècia, i només si no es té en compte el tabac mastegat, ha assolit aquests objectius. Les tendències observades a Catalunya mostren un increment entre els joves i molt especialment entre les dones.

Els objectius sobre el consum de drogues il·legals són especialment difícils d'avaluar i no hi ha dubte que l'evolució de les característiques del consum de drogues i del tipus de drogues consumides avui era imprevisible fa deu anys. L'indicador de la síndrome d'abstinència a opiàcis ha mostrat fortes oscil·lacions durant el període i, a més, aquesta evolució pot haver estat molt influïda per l'augment d'exhaustivitat del registre d'altres hospitalàries. De tota manera, amb la informació disponible, es pot afirmar que l'objectiu no s'ha assolit. El consum de *cannabis* ha augmentat durant els últims anys i l'objectiu no s'ha assolit. Aquest és un fenomen que no és exclusiu de Catalunya, sinó que s'ha observat en la majoria dels països de la Unió Europea.

L'objectiu de salut laboral sobre l'accidentalitat no s'ha assolit, encara que sembla que aquesta s'ha mantingut bastant estable i, sobretot, a compte dels accidents lleus. El nombre d'accidents de treball sembla que està relacionat amb les condicions de treball, tant pel que fa a la contractació temporal com a les mesures de seguretat.

L'adopció de forma directa dels objectius proposats per l'OMS en la Declaració de Saint Vincent ha condicionat que alguns dels objectius sobre la diabetis no s'hagin pogut avaluar per falta de fonts d'informació adequades. Per avaluar els objectius, tal com estan formulats, s'hauria de disposar d'una àmplia cohort de pacients diabètics que, seguida durant tot el període, permetria anar avaluant els diferents objectius. Les dificultats inherents a aquest tipus d'estudi no han fet possible la seva aplicació. Això no obstant, les fonts que han permès aproximar-nos a l'avaluació d'alguns objectius indiquen una tendència estable.

Dins de l'àrea de medi ambient i higiene dels aliments, no s'han assolit els objectius de reducció dels brots de toxiinfecció alimentària ni el nombre de persones afectades per aquests brots. Es considera que la millora dels sistemes de declaració i dels sistemes de vigilància epidemiològica ha estat decisiva en aquests resultats.

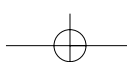
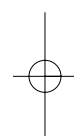
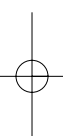
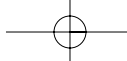
En relació amb la salut maternoinfantil, els objectius de prevalença de prematuritat i baix pes en néixer no s'han assolit. Durant els últims deu anys s'han observat canvis importants, tant en l'edat de les mares –que ha augmentat de forma considerable– com en l'augment del nombre d'embarassos múltiples, en molts casos després de fecundació assistida. Tampoc s'ha assolit l'objectiu de disminució d'embarassos en dones menors de 18 anys, tot i que comparat amb els països del nostre entorn ens trobem entre els que tenen nivells més baixos.

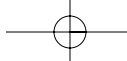
Referències bibliogràfiques

1. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1990.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1991.
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993.
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1997.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999.
7. World Health Organization. Regional Office for Europe. Targets for Health for all. Copenhagen: WHO, 1985.
8. Organització Mundial de la Salut. Federació Internacional de diabetis. Oficina Regional per a Europa. Atenció i recerca diabetològica a Europa. Declaració de St. Vincent. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1995.

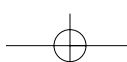
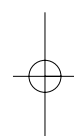
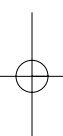
4

La salut dels catalans





La situació de salut



La mortalitat

El registre de mortalitat de Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social recull totes les defuncions ocorregudes a Catalunya des de l'any 1983. Fins l'any 1998 la mortalitat s'ha vingut codificant segons la Classificació internacional de malalties (9a revisió), i a partir de l'any 1999, s'ha utilitzat la 10a revisió d'aquesta classificació. Per aquest motiu, en aquest capítol s'analitzarà la mortalitat del bienni 1999-2000. L'evolució de les principals causes de mortalitat durant els darrers anys es tracta al capítol d'avaluació del període anterior del Pla de salut, fins l'any 2000.

L'esperança de vida

L'esperança de vida és el principal indicador de salut positiva i expressa el nombre d'anys que s'espera que visqui una persona, de mantenir-se constant la mortalitat específica per edat. L'esperança de vida ha sofert canvis molt importants durant el segle XX. Si a principis de segle s'observava una expectativa de vida al néixer de 35,3 anys en el homes i de 38,0 anys en les dones, l'any 2000 aquestes xifres eren de 76,5 i 83,2 anys, respectivament (taula 1 i gràfic 1). Així, l'esperança de vida en néixer a Catalunya se situa entre les més altes del món, juntament amb la de països com els nòrdics, els de l'àrea mediterrània o el Japó.

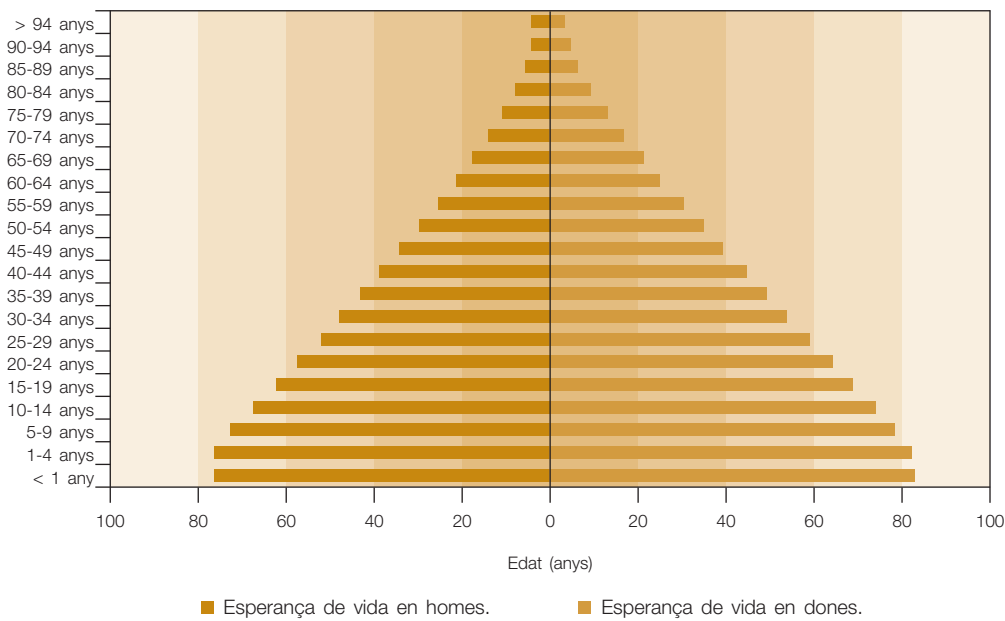
Tal com es pot veure a la taula 1, l'increment de l'esperança de vida en néixer no ha estat homogeni durant els darrers 25 anys, ja que a l'inici de la dècada dels anys noranta s'observava un retrocés atribuïble a l'increment de la mortalitat, principalment masculina, deguda a la sida. L'esperança de vida és més alta en les dones que en els homes, amb una diferència l'any 2000 de 6,7 anys. Com es pot veure al gràfic 2, la probabilitat de morir és superior en els homes que en les dones per a tots els grups d'edat. L'any 2000 l'esperança de vida als 65 anys ha estat de 19,1 anys (17,0 anys en els homes i 20,9 en les dones), el que suposa un increment respecte l'any 1995 (18,5 anys per ambdós sexes, 16,3 anys en els homes i 20,3 anys en les dones). Als 80 anys, l'esperança de vida l'any 2000 ha estat de 8,3 anys (7,4 anys en els homes i 8,9 anys en les dones).

A partir de la informació disponible de mortalitat i la procedent de l'Enquesta de salut de Catalunya sobre les discapacitats declarades i l'autopercepció de l'estat de salut, s'han confeccionat els indicadors de esperança de vida lliure d'incapacitat (EVLI) i esperança de vida en bona salut (EVBS), respectivament, que permeten conèixer el temps que les persones poden esperar viure sense incapacitat i en bona salut. Aquests indicadors, atès el progressiu envelliment de la població catalana, són especialment rellevants per valorar la salut de la gent gran.

Taula 1. Evolució de l'esperança de vida en néixer. Catalunya, 1975-2000

Any	Homes	Dones	Total	Diferència entre sexes
1975	72,8	77,7	74,2	4,9
1980	74,0	79,7	76,9	5,7
1985	74,8	81,2	77,3	6,4
1990	73,8	80,8	77,3	7,0
1995	74,8	82,2	78,4	7,4
2000	76,5	83,2	79,9	6,7

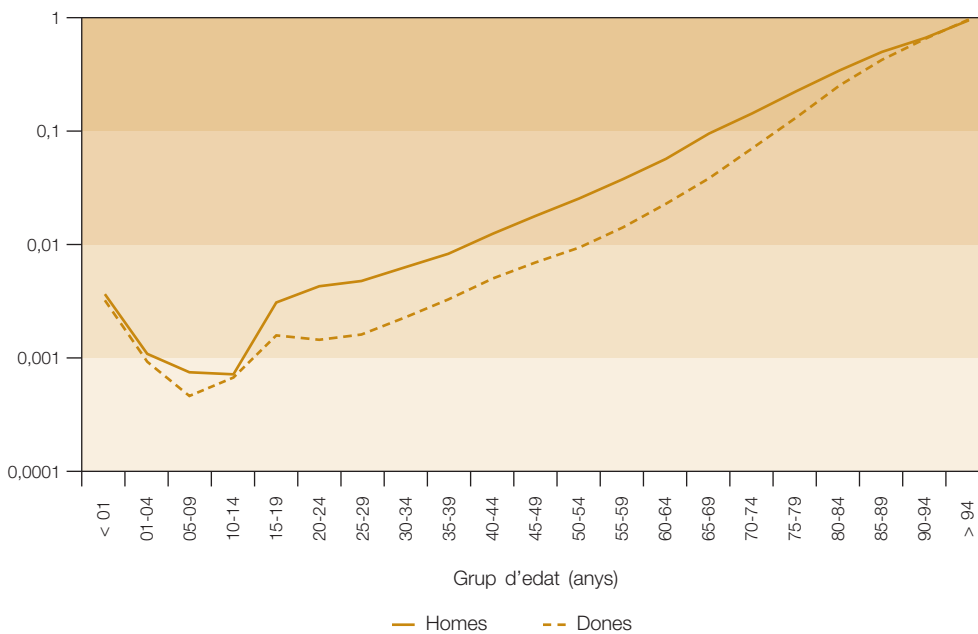
Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.



Gràfic 1. Esperança de vida per edat i sexe. Catalunya, 2000

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Escala logarítmica



Gràfic 2. Probabilitat de morir per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2000

*Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

L'any 2000, aquests indicadors mostren que si bé les dones viuen més anys, de fet, la proporció de temps viscut lliure d'incapacitat o en bona salut del total de vida és inferior per a les dones que per als homes. Com es pot observar a la taula 2 i als gràfics 3 i 4, l'EVLI en néixer pel conjunt de la població és de 67,9 anys i l'EVBS, de 60,8 anys, el que representa una diferència amb l'EV de 12 i 19,1 anys, respectivament.

Taula 2. Esperança de vida (EV), esperança de vida lliure d'incapacitat (EVLI) y esperança de vida en bona salut (EVBS) per sexe i edat. Catalunya, 2000

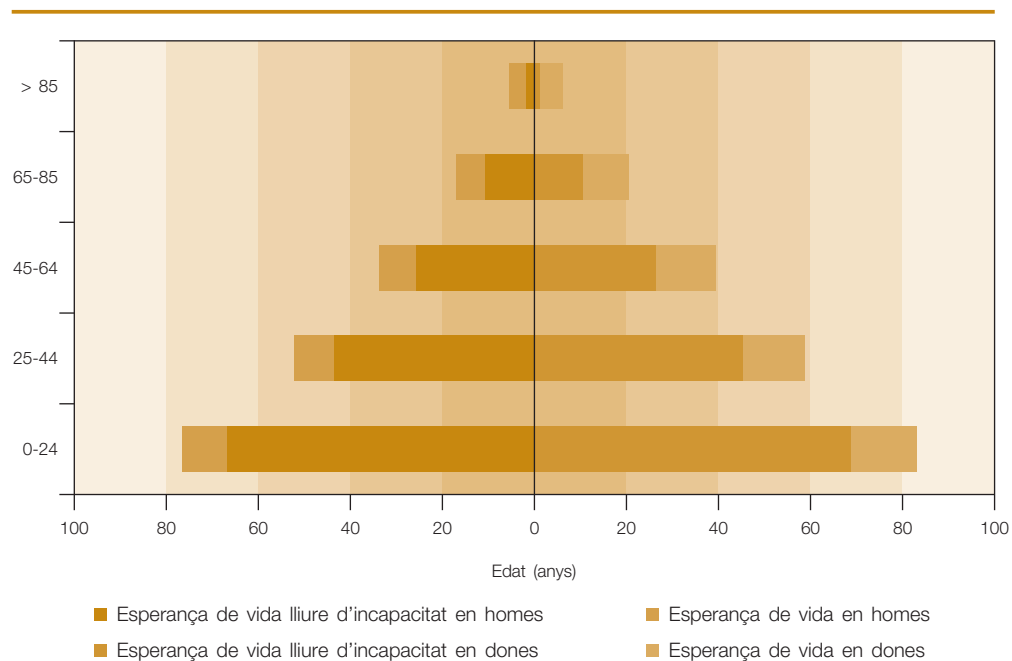
Sexe	Edat	EV	EVLI	% ^a	EVBS	% ^b
Homes	0	76,49	66,78	87,31	60,93	79,66
	25	52,39	43,60	83,23	37,91	72,35
	45	33,73	25,66	76,08	20,95	62,13
	65	17,00	10,76	63,28	8,86	52,08
	85	5,42	1,79	33,02	1,83	33,74
Dones	0	83,24	69,00	82,90	60,65	72,87
	25	58,87	45,40	77,11	37,17	63,14
	45	39,45	26,94	68,28	20,64	52,31
	65	20,91	11,14	53,27	8,52	40,76
	85	6,25	1,80	28,79	2,17	34,76
Total	0	79,87	67,89	84,99	60,78	76,10
	25	55,66	44,50	79,96	37,55	67,46
	45	36,65	26,32	71,80	20,81	56,78
	65	19,11	10,96	57,32	8,69	45,46
	85	5,98	1,78	29,78	2,06	34,52

^a: percentatge de vida lliure d'incapacitat.

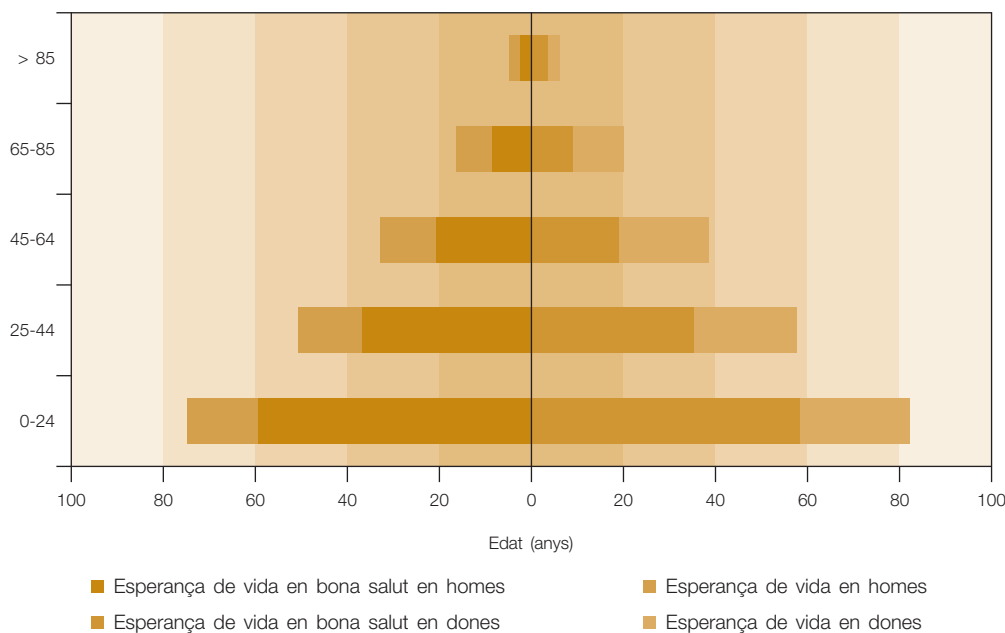
^b: percentatge de vida en bona salut.

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2002

Gràfic 3. Esperança de vida i esperança de vida lliure d'incapacitat per sexe i edat. Catalunya, 2000



Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2002.



Gràfic 4. Esperança de vida i esperança de vida en bona salut per sexe i edat. Catalunya, 2000

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2002.

Durant el període 1999-2000 s'han registrat 112.995 defuncions, el que representa una taxa bruta de mortalitat de 9,2 per 1.000 habitants. D'aquestes defuncions, 58.946 s'han produït en els homes, amb una taxa de 9,8 per 1.000 habitants, i 54.009 en les dones, amb una taxa de 8,6 per 1.000 habitants. La mortalitat en les persones majors de 65 anys representa el 82,5% de les defuncions totals de Catalunya. En aquest grup d'edat les dones concentren el 89,5% de la mortalitat, mentre que en els homes aquesta proporció és del 76,0%.

Les principals causes de mortalitat en els homes són els tumors, les malalties circulatories i respiratòries, les causes externes, les malalties digestives i les mentals. En les dones les causes de mortalitat més freqüents són les malalties circulatories, els tumors i les malalties respiratòries, mentals, digestives i del sistema nerviós (taula 3).

En ambdós sexes, les principals causes de mortalitat són els tumors i les malalties cardiovasculars, però mentre els tumors són la primera causa en els homes, en les dones són la segona. Les malalties respiratòries es troben en tercer lloc, tant en homes com en dones. Cal destacar que en les dones la quarta causa de mortalitat són els trastorns mentals (principalment les demències) i en el homes les causes externes (principalment els accidents de trànsit). Aquestes quatre causes apleguen el 79,8% de la mortalitat en els homes i el 75,7% de la de les dones. Durant el període 1999-2000 el tumor més freqüent en els homes és el de pulmó, amb una taxa de mortalitat de 87,6 per 100.000 habitants, i en les dones, el càncer de mama, amb una taxa de mortalitat de 31,0 per 100.000 habitants. La principal causa de mort cardiovascular en els homes és la cardiopatia isquèmica, amb una taxa de mortalitat de 104,4 per 100.000 habitants, i en les dones la malaltia cerebrovascular, amb una taxa de 96,8 per 100.000 habitants.

Malgrat que a Catalunya hi ha una esperança de vida elevada, s'observa una important mortalitat prematura lligada a certes causes (taula 4). Durant el període 1999-2000 s'ha produït un total de 412.559 anys potencials de vida perduts entre la població d'1 a 70 anys (APVP₁₋₇₀). El 34,7% (143.220) dels anys de vida perduts es deu als tumors, el 25,5% (105.180) a les causes externes i el 14,5% (59.901) a les malalties de l'aparell circulatori. Durant el bienni 1999-2000 s'ha produït un total de 6.778 defuncions evitables (MIPSE), entre les que cal

Taula 3. Nombre de defuncions, taxa de mortalitat i mortalitat proporcional de les principals causes de mortalitat. Catalunya, 1999-2000

	Homes			Dones		
	Defuncions ^a	Taxa ^b	%	Defuncions ^a	Taxa ^b	%
Tumors	18.962	315,3	32,2	11.594	184,0	21,5
Aparell circulatori	17.004	282,8	28,8	20.525	325,8	38,0
Aparell respiratori	7.518	125,0	12,8	5.189	82,4	9,6
Causes externes	3.553	59,1	6,0	1.658	26,3	3,1
Aparell digestiu	3.087	51,3	5,2	2.680	42,5	5,0
Trastorns mentals	1.719	28,6	2,9	3.558	56,5	6,6
Sistema nerviós	1.637	27,2	2,8	2.339	37,1	4,3
Malalties endocrines	1.359	22,6	2,3	1.883	29,9	3,5
Aparell genitourinari	1.190	19,8	2,0	1.263	20,1	2,3
Malalties infeccioses	1.045	17,4	1,8	695	11,0	1,3
Resta de causes	1.872	31,1	3,2	2.625	41,6	4,8
Totes les causes	58.946	980,2	100,0	54.009	857,2	100,0

^aNombre de defuncions durant el període 1999-2000.

^bTaxa de mortalitat mitjana anual per 100.000 habitants.

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Taula 4. Nombre de defuncions i taxa de mortalitat per causes de mort innecessàriament prematures i sanitàriament evitables (MIPSE). Catalunya, 1999-2000

	Homes		Dones	
	Defuncions	Taxa ^a	Defuncions	Taxa ^a
Tuberculosi	20	0,41	2	0,04
Tumor de coll d'úter	-	-	86	2,04
Tumor de coll o cos d'úter	-	-	126	2,99
Malaltia de Hodgkin	30	0,62	21	0,44
Malaltia cardíaca reumàtica	4	0,12	2	0,06
Malaltia de l'aparell respiratori	9	1,11	7	0,90
Asma	5	0,15	9	0,27
Apendicitis aguda	1	0,02	0	0,00
Hèrnia abdominal	7	0,15	2	0,04
Colelitiasi i colecistitis	10	0,21	4	0,08
Malalties hipertensives i cerebrovasculars	534	22,89	252	10,57
Complicacions de l'embaràs, part i puerperi	-	-	2	0,03
Malalties infeccioses	0	0,00	0	0,00
Osteomielitis	0	0,00	0	0,00
Tumor de tràquea, bronquis i pulmó	1.837	38,10	188	3,94
Cirrosi i altres malalties del fetge	1.091	22,76	493	10,09
Accidents de trànsit	1.214	20,19	405	6,43
Sida	335	11,83	82	2,94

^aTaxa anual per 100.000 habitants

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

destacar les degudes als tumors malignes de tràquea, bronquis i pulmó, la cirrosi i les malalties cròniques del fetge, els accidents de trànsit, i les malalties hipertensives i cerebrovasculars, especialment en els homes.

La mortalitat per grups d'edat

L'edat és el factor general més fortament associat a la probabilitat de morir. Els diferents grups d'edat presenten malalties i causes de mort molt diverses, el que contribueix a explicar l'heterogènia probabilitat de morir. Per aquest motiu serà interessant analitzar quines han estat les principals causes de mortalitat, segons segments d'edat, durant el període 1999-2000 (taules 5 i 6).

Grup d'edat	Primeres causes de mortalitat	Taxa anual per 100.000 habitants
< 1	Afeccions del període perinatal	221,74
	Malalties congènites i anomalies cromosòmiques	110,87
	Tumors	14,67
1-4	Causes externes	5,67
	Malalties congènites i anomalies cromosòmiques	3,05
	Malalties del sistema nerviós	3,05
5-14	Causes externes	6,33
	Tumors	3,94
	Malalties del sistema nerviós	2,40
15-24	Causes externes	61,86
	Tumors	5,65
	Malalties del sistema nerviós	3,28
25-34	Causes externes	65,47
	Tumors	11,76
	Certes malalties infeccioses i parasitàries	7,74
35-44	Causes externes	59,49
	Tumors	54,10
	Malalties del sistema circulatori	29,75
45-54	Tumors	203,60
	Malalties del sistema circulatori	92,75
	Causes externes	44,49
55-64	Tumors	506,77
	Malalties del sistema circulatori	237,41
	Malalties del sistema respiratori	65,47
65-74	Tumors	1.071,88
	Malalties del sistema circulatori	698,22
	Malalties el sistema respiratori	279,07
75-84	Malalties del sistema circulatori	2.123,12
	Tumors	1.953,63
	Malalties del sistema respiratori	1.040,33
> 84	Malalties del sistema circulatori	6.833,80
	Malalties del sistema respiratori	3.477,76
	Tumors	3.062,15

Taula 5. Principals causes de defunció en homes, per 20 grans grups. Catalunya, 1999-2000

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Taula 6. Principals causes de defunció en dones, per 20 grans grups. Catalunya, 1999-2000

Grup d'edat	Primeres causes de mortalitat	Taxa anual per 100.000 habitants
< 1	Afeccions del període perinatal	200,71
	Malalties congènites i anomalies cromosòmiques	96,89
	Malalties del sistema nerviós	11,11
1-4	Causes externes	6,02
	Malalties congènites i anomalies cromosòmiques	6,02
	Malalties del sistema nerviós	2,78
5-14	Tumors	3,04
	Causes externes	2,51
	Malalties congènites i anomalies cromosòmiques	1,79
15-24	Causes externes	16,50
	Tumors	4,95
	Malalties del sistema circulatori	2,95
25-34	Causes externes	14,59
	Tumors	11,34
	Certes malalties infeccioses i parasitàries	4,66
35-44	Tumors	42,39
	Causes externes	13,15
	Malalties del sistema circulatori	8,87
45-54	Tumors	99,47
	Malalties del sistema circulatori	20,90
	Causes externes	12,05
55-64	Tumors	201,36
	Malalties del sistema circulatori	72,75
	Causes externes	19,02
65-74	Tumors	430,39
	Malalties del sistema circulatori	309,38
	Malalties del sistema respiratori	78,32
75-84	Malalties del sistema circulatori	1.598,64
	Tumors	874,02
	Malalties del sistema respiratori	379,54
> 84	Malalties del sistema circulatori	6.833,80
	Malalties del sistema respiratori	3.477,76
	Trastorns mentals i del comportament	3.062,15

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Mortalitat infantil

La causes de mortalitat en aquest grup d'edat són molt específiques, i destaquen les afeccions perinatals i les anomalies congènites, que representen el 80,2% de les defuncions en menors d'un any. Tot i que en aquest grup d'edat s'han fet molts avenços i s'ha reduït molt la mortalitat, la taxa que s'observa (3,44 per 1.000 nascuts vius l'any 2000) no torna a assolir-se fins al grup d'edat de 45 a 54 anys.

Mortalitat entre 1 i 14 anys

En comparació amb l'anterior grup d'edat, en aquest grup s'observen unes taxes de mortalitat més baixes. Les principals causes són, en el nens d'1 a 4 anys, les causes externes, les malalties congènites, les malalties del sistema nerviós i els tumors, i en les nenes de la mateixa edat, les malalties congènites, les causes externes, les malalties del sistema nerviós i les malformacions congènites. Entre els 5 i els 14 anys, tant en nois com en noies, les causes més importants són les causes externes i els tumors, i en tercer lloc, les malalties del sistema nerviós en els nois i les malalties congènites en les noies.

Mortalitat entre 15 i 24 anys

La causa de mortalitat més important en ambdós sexes és la deguda a causes externes, seguida dels tumors. En els homes la tercera causa són les malalties del sistema circulatori i en les dones, les malalties del sistema nerviós.

Mortalitat entre 25 i 44 anys

El patró de mortalitat de 25 a 34 anys es manté molt similar al del grup anterior, ja que les causes de mortalitat més freqüents són les causes externes i els tumors. La tercera causa en els homes són les malalties infeccioses i parasitàries (especialment la sida), i en les dones, les malalties del sistema circulatori. En el grup de 35 a 44 anys les principals causes són, en ambdós sexes, els tumors, les causes externes i les malalties del sistema circulatori.

Mortalitat de 45 a 64 anys

Les primeres causes de mortalitat en homes i dones de 45 a 54 anys són els tumors, les malalties del sistema circulatori i les causes externes. Aquesta distribució es repeteix entre els 55 i 64 anys, però en el homes ocupen el tercer lloc les malalties del sistema respiratori mentre que en les dones ho fan les causes externes.

Mortalitat de 65 a 74 anys

Els tumors representen la primera causa de mortalitat en aquest grup d'edat i van seguits de les malalties del sistema circulatori i de les del sistema respiratori, tant en homes com en dones.

Mortalitat en els majors de 74 anys

En les persones de 75 a 84 anys les causes de mortalitat més freqüents són similars a les del grup anterior, i ocupen el primer lloc les malalties del sistema circulatori, seguides dels tumors i de les malalties del sistema respiratori. En el grup de més de 84 anys els tumors passen a ocupar el tercer lloc en els homes, i en les dones són substituïts per les malalties mentals i del comportament.

Cal destacar que les causes externes són la primera causa de mortalitat entre les edats d'1 a 44 anys en els homes i entre 1 i 34 anys en les dones, exceptuant el grup d'1 a 4 anys. Els tumors són la causa principal de mortalitat entre els 45 i 74 anys en el homes, mentre que en les dones ocupen aquesta posició entre els 35 i els 74 anys. A partir d'aquesta edat les malalties del sistema circulatori esdevenen la causa de mortalitat més freqüent en ambdós sexes.

Les taules 7 i 8 mostren les causes de mortalitat més importants per a cada grup d'edat utilitzant la classificació en 73 grups de causes.

Taula 7. Principals causes de defunció per 73 grups en homes. Catalunya, 1999-2000

Grup d'edat	Primeres causes de mortalitat	Taxa anual per 100.000 habitants
< 1	62-Perinatals	201,7
	63-Congènites	110,9
	65-Mal definides	13,1
1-4	63-Congènites	3,1
	40-Nerviós i sentits	3,1
	4-Resta d'infeccions	2,1
5-14	66-Accidents de trànsit	2,9
	40-Nerviós i sentits	2,4
	73-Resta externes	2,1
15-24	66-Accidents de trànsit	37,8
	73-Resta externes	8,5
	71-Suïcidis	6,9
25-34	66-Accidents de trànsit	24,7
	67-Enverinament	16,1
	6-Sida	10,0
35-44	6-Sida	20,9
	66-Accidents de trànsit	19,9
	55-Cirrosi	14,5
45-54	18-Tumors malignes de pulmó	71,1
	43-Isquèmiques	46,1
	55-Cirrosi	28,9
55-64	18-Tumors malignes de pulmó	181,3
	43-Isquèmiques	114,4
	46-Cerebrovasculars	48,9
65-74	18-Tumors malignes de pulmó	322,2
	43-Isquèmiques	314,9
	52-Bronquitis	177,7
75-84	43-Isquèmiques	772,2
	46-Cerebrovascular	631,1
	52-Bronquitis	629,7
> 84	46-Cerebrovasculars	2.003,8
	52-Bronquitis	1.709,9
	43-Isquèmiques	1.696,6

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Grup d'edat	Primeres causes de mortalitat	Taxa anual per 100.000 habitants
< 1	62-Perinatals	200,7
	63-Congènites	96,9
	65-Mal definides	12,1
1-4	63-Congènites	6,0
	40-Nerviós i sentits	2,8
	66-Accidents de trànsit	2,3
5-14	63-Congènites	1,8
	66-Accidents de trànsit	1,4
	40-Nerviós i sentits	1,3
15-24	66-Accidents de trànsit	10,1
	73-Resta externes	2,2
	71-Suïcidis	2,1
25-34	66-Accidents de trànsit	5,9
	6-Sida	3,9
	71-Suïcidis	3,3
35-44	20-Tumors malignes de mama	12,4
	55-Cirrosi	3,9
	6-Sida	3,7
45-54	20-Tumors malignes de mama	30,1
	55-Cirrosi	9,6
	11-Tumors malignes de budell	9,1
55-64	20-Tumors malignes de mama	50,1
	46-Cerebrovasculars	21,6
	55-Cirrosi	20,8
65-74	43-Isquèmiques	105,2
	46-Cerebrovasculars	83,4
	20-Tumors malignes de mama	72,9
75-84	46-Cerebrovasculars	500,5
	43-Isquèmiques	420,0
	44-Insuficiència cardíaca	242,8
> 84	46-Cerebrovasculars	2.060,6
	44-Insuficiència cardíaca	1.670,4
	38-Demència	1.492,0

Taula 8. Principals causes de defunció per 73 grups en dones. Catalunya, 1999-2000

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Anàlisi territorial

L'esperança de vida l'any 2000 ha estat de 79,9 anys a la població de Catalunya (76,5 anys en homes i 83,2 en dones). A la taula 9 es mostra l'esperança de vida a les regions sanitàries de Catalunya.

Taula 9. Esperança de vida en néixer a les regions sanitàries. Catalunya, 2000

Regió sanitària	Esperança de vida en néixer
Lleida	79,7
Tarragona	79,8
Tortosa	79,6
Girona	79,7
Costa de Ponent	79,7
Centre	80,2
Barcelonès Nord i Maresme	80,3
Barcelona Ciutat	79,7

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

A la taula 10 es poden veure les taxes de mortalitat específiques per edat a les regions sanitàries. Si es consideren per grup d'edat, es pot observar que, excepte en algun cas, la similitud entre les regions és força important. Així, pel que fa a la mortalitat durant el primer any de vida, s'observa un diferència important entre la regió que la té menor (Lleida) i la que la té més elevada (Tarragona). Tot i això, a l'hora d'interpretar aquests resultats cal tenir en compte el baix nombre de casos a què es refereixen aquestes taxes. Quant als altres grups d'edat, les diferències regionals són menors.

Taula 10. Taxes de mortalitat específiques per edat a les regions sanitàries. Catalunya, 1999-2000*

Edat (anys)	Lleida				Costa de Ponent		Barcelonès Nord i Maresme		Barcelona
	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Ponent	Centre	Nord i Maresme		
< 1	233,5	640,6	523,8	416,9	412,4	269,2	398,3	445,8	
1-4	25,9	23,1	34,2	31,4	20,9	26,6	27,5	24,0	
5-14	19,0	14,0	20,5	12,1	15,2	14,1	15,5	15,0	
15-24	60,0	72,2	57,2	69,1	49,2	58,1	53,6	48,1	
25-34	93,4	88,1	77,2	75,1	74,7	69,7	83,7	90,3	
35-44	156,9	159,6	134,8	149,1	155,8	130,2	139,3	165,0	
45-54	266,4	325,5	277,3	314,5	314,0	267,3	278,7	341,2	
55-64	706,1	663,1	661,7	670,7	682,8	665,7	664,6	730,6	
65-74	1.690,7	1.686,9	1.728,3	1.702,8	1.815,3	1.708,1	1.797,1	1.779,1	
75-84	5.151,0	5.013,5	5.190,6	4.944,5	5.267,3	5.126,0	5.386,2	4.849,7	
> 84	17.125,7	15.645,5	16.847,5	17.259,0	16.553,2	16.794,3	14.815,7	16.095,0	

Taxes mitjanes anuals del període 1999-2000.

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

En relació amb la mortalitat prematura, a la taula 11 es mostren els anys potencials de vida perduts (APVP) i la taxa d'anys potencials de vida perduts. Les dades indiquen que hi ha una distribució regional prou homogènia, tot i que destaca la mortalitat de Barcelona, com també s'observa a les taxes específiques dels joves-adults.

Regió sanitària	APVP ₁₋₇₀	Taxa*
Lleida	22.857,0	396,2
Tarragona	32.811,0	407,7
Tortosa	8.288,5	371,0
Girona	36.023,5	387,4
Costa de Ponent	80.171,0	379,9
Centre	84.305,5	348,7
Barcelonès Nord i Maresme	45.800,5	369,6
Barcelona Ciutat	102.301,5	427,1

* Taxes anuals per 100.000 habitants.

Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Taula 11. Nombre i taxa d'anys potencials de vida perduts (APVP) a les regions sanitàries. Catalunya, 1999-2000

De l'anàlisi territorial per comarques s'extreu que en aquest nivell de desagregació hi ha diferències en la mortalitat estandarditzada per edat. L'Alt Penedès, el Baix Camp, el Baix Llobregat, el Garraf, el Pla de l'Estany, el Segrià, la Selva i el Solsonès tenen una mortalitat més elevada que la mitjana de Catalunya. Les comarques amb una mortalitat més baixa són l'Alt Empordà, les Garrigues, el Maresme, Osona, el Priorat, la Ribera d'Ebre, el Tarragonès i la Terra Alta. Pel que fa als APVP, les comarques que presenten una taxa anual més alta per a aquest període són el Baix Penedès i la Noguera, mentre que les que la tenen més baixa són la Vall d'Aran i les Garrigues (taula 12).

Taula 12. Índex de mortalitat estandarditzat, anys potencials de vida perduts (APVP) i taxa d'anys potencials de vida perduts per comarques. Catalunya, 1999-2000

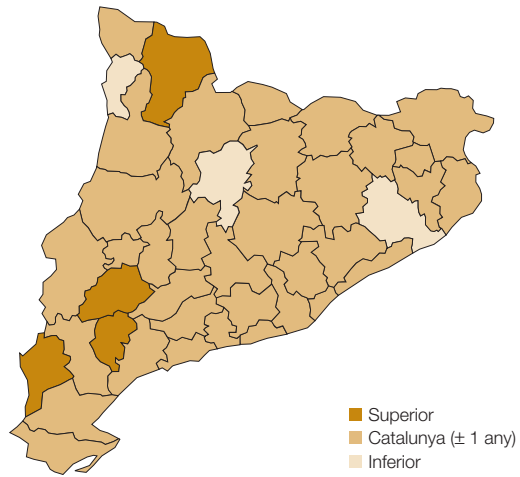
Comarca	Índex de mortalitat estàndard (IC del 95%)		APVP ₁₋₇₀	Taxa ^a
Alt Camp	103,7	(96,4-111,0)	1.942,5	328,3
Alt Empordà	95,1	(90,7-99,4)	6.924,0	417,3
Alt Penedès	105,9	(100,5-111,2)	5.278,5	397,1
Alt Urgell	108,0	(98,2-117,7)	1.328,5	436,8
Alta Ribagorça	103,2	(81,4-125,0)	260,0	436,4
Anoia	96,6	(91,9-101,3)	6.396,5	408,5
Bages	97,1	(93,7-100,5)	9.789,5	377,8
Baix Camp	104,9	(100,9-108,9)	11.002,0	435,9
Baix Ebre	103,5	(98,3-108,6)	4.553,5	412,4
Baix Empordà	95,8	(91,3-100,3)	6.923,5	400,0
Baix Llobregat	103,5	(101,4-105,6)	44.128,5	362,3
Baix Penedès	98,3	(91,7-104,9)	4.667,0	467,7
Barcelonès	99,3	(98,4-100,3)	134.443,5	415,2
Berguedà	100,7	(94,4-106,9)	2.239,5	364,4
Cerdanya	92,6	(80,8-104,4)	941,5	393,2
Conca de Barberà	103,4	(94,3-112,4)	1.082,5	359,8
Garraf	113,8	(108,5-119,0)	7.023,5	394,8
Garrigues	89,7	(81,6-97,7)	740,0	241,9
Garrotxa	95,6	(89,8-101,5)	2.619,5	338,4
Gironès	103,3	(99,0-107,5)	8.205,0	352,7
Maresme	95,3	(92,7-97,8)	21.410,0	354,1
Montsià	102,1	(96,5-107,8)	3.087,5	329,0
Noguera	97,1	(90,5-103,7)	2.447,5	440,4
Osona	94,5	(90,5-98,4)	7.490,0	347,2
Pallars Jussà	97,6	(87,6-107,6)	740,0	386,7
Pallars Sobirà	89,7	(74,9-104,5)	367,5	374,8
Pla d'Urgell	98,6	(91,1-106,2)	1.761,5	361,7
Pla de l'Estany	112,1	(102,2-122,0)	1.711,0	402,8
Priorat	82,5	(72,2-92,9)	420,0	297,7
Ribera d'Ebre	89,6	(81,9-97,2)	1.516,5	422,3
Ripollès	103,5	(95,5-111,6)	1.884,5	439,2
Segarra	101,6	(91,6-111,6)	1.262,0	425,8
Segrià	108,3	(104,6-112,0)	11.719,0	416,2
Selva	107,8	(103,0-112,7)	7.788,5	398,8
Solsonès	114,3	(100,4-128,1)	727,5	378,9
Tarragonès	95,4	(91,8-99,1)	12.515,5	399,5
Terra Alta	88,1	(78,4-97,8)	647,5	338,4
Urgell	96,3	(89,0-103,5)	2.059,5	406,5
Vall d'Aran	99,6	(81,3-117,8)	305,0	224,9
Vallès Occidental	99,5	(97,6-101,4)	43.314,0	336,2
Vallès Oriental	102,1	(99,1-105,1)	19.841,0	360,8

^aTaxes mitjanes anuals per 100.000 habitants.

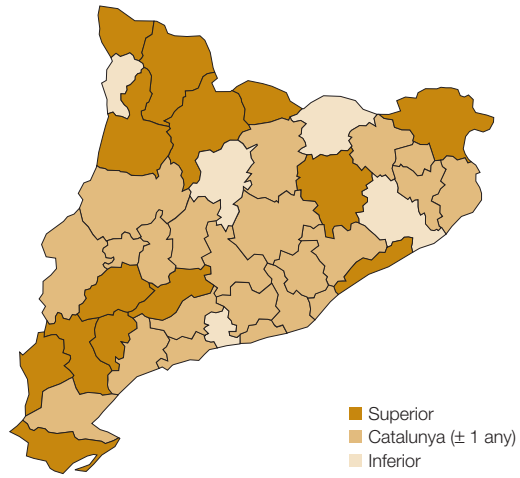
Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Gràfic 5. Esperança de vida per comarques. Catalunya, 1999-2000

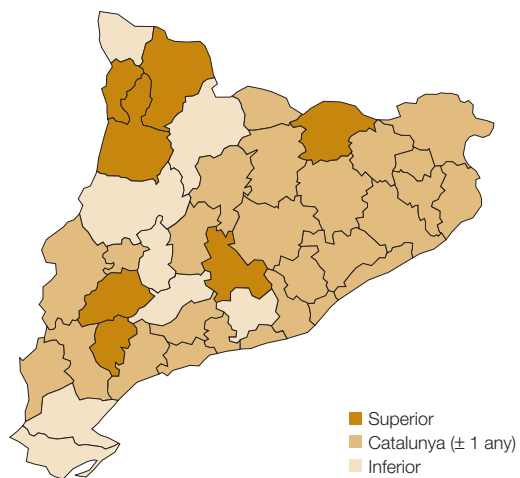
Total



Homes

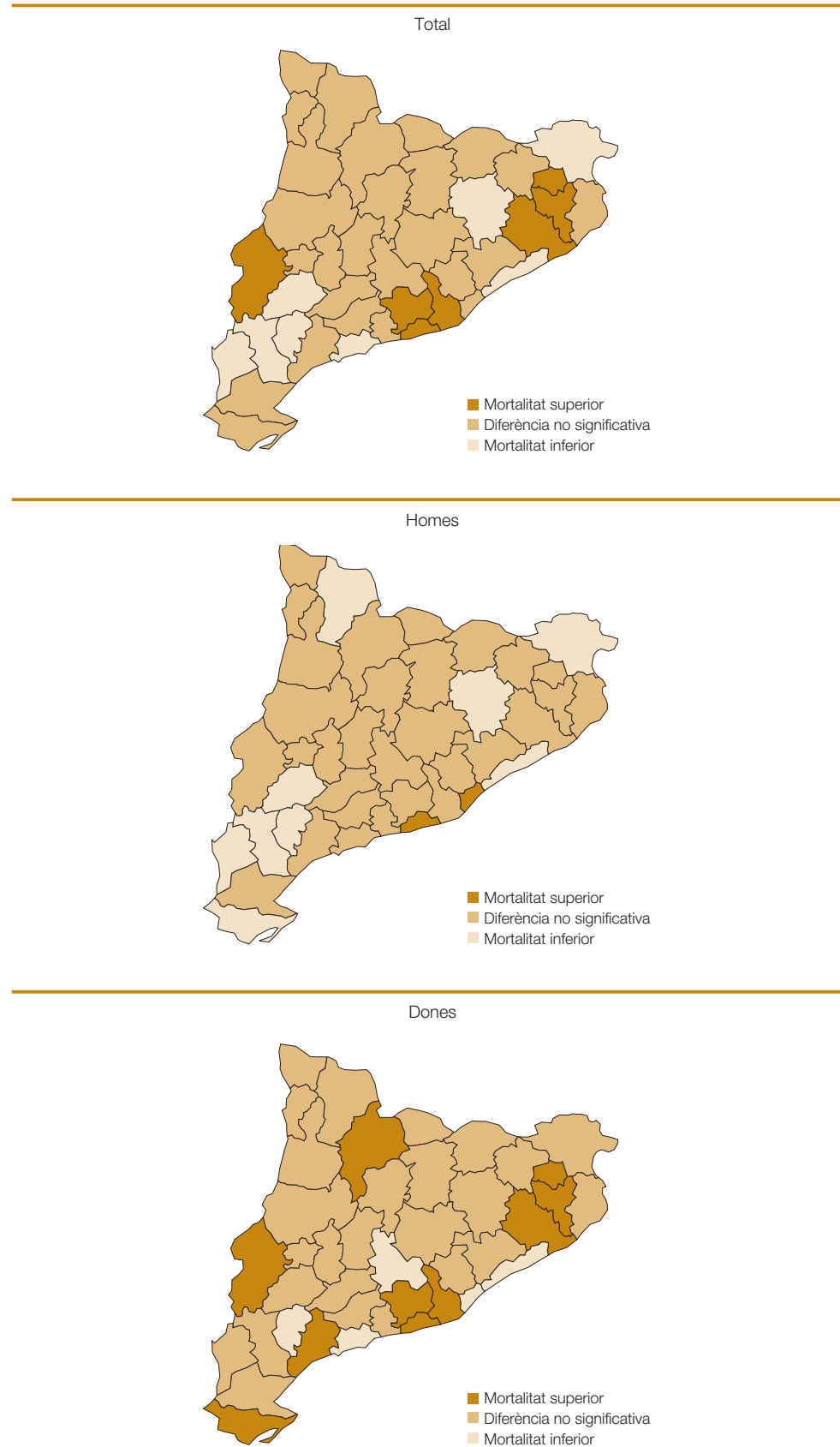


Dones



Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

Gràfic 6. Índex de mortalitat estàndard per comarques. Catalunya 1999-2000



Font: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Registre de mortalitat de Catalunya.

La morbiditat atesa als hospitals

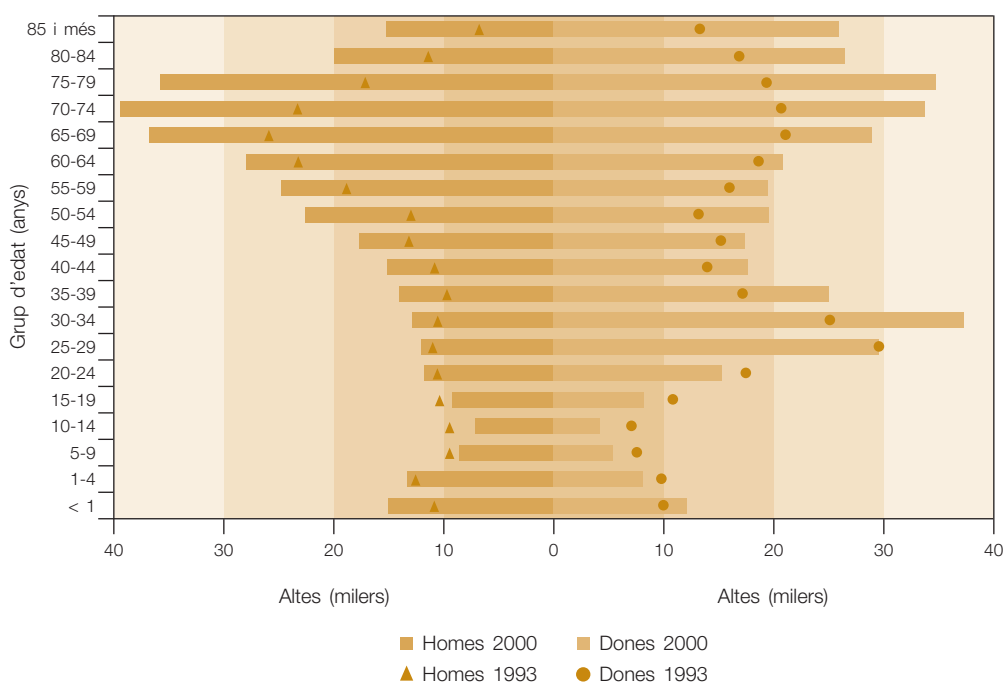
La principal font d'informació sobre les malalties ateses als hospitals de Catalunya, les característiques de l'atenció prestada i la seva evolució temporal és el registre del Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH), que recull informació sobre l'activitat dels centres hospitalaris d'aguts de Catalunya.

L'any 2000, les altes registrades corresponen a 83 hospitals d'aguts de Catalunya (62 de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública –XHUP– i 21 que no pertanyen a la XHUP) i 11 hospitals psiquiàtrics. Les altes dels hospitals d'aguts que declaren el CMBDAH suposen el 100% de les altes de la XHUP.

El total d'altes hospitalàries declarades al registre del CMBDAH durant l'any 2000 ha estat de 814.657, de les quals 759.429 corresponen a la població resident a Catalunya. Segons les dades procedents d'aquest registre, la taxa d'hospitalització dels residents a Catalunya ha estat de 124,7 altes per 1.000 habitants.

La distribució d'altes per grup d'edat indica uns valors més elevats en els anys extrems de la vida. Les hospitalitzacions són superiors en els homes que en les dones en tots els grups d'edat excepte en l'etapa fèrtil de les dones, en la qual augmenten amb motiu de l'ingrés per l'atenció al part. Respecte a l'any 1993, s'observa un increment del nombre d'altes superior en les dones (36,6%) que en els homes (27,1%) probablement degut a la feminització de l'envel·liment de la població i, en part, a l'augment de l'exhaustivitat del registre (gràfics 1 i 2).

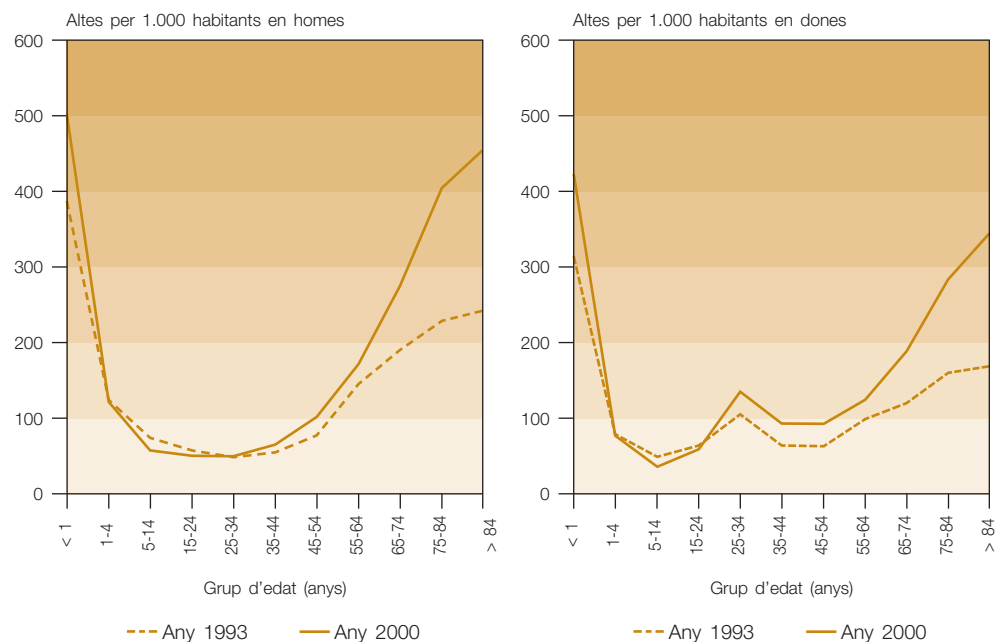
L'any 2000, l'estada mitjana per al total de les altes és de 5,9 dies (6,3 en els homes i 5,5 en les dones), molt inferior a la de l'any 1993, que va ser de 8,4 dies. L'estada mitjana de les dones és inferior a la dels homes en tots els grups d'edat compresos entre 15 i 84 anys. Per a tots els grups d'edat i per a ambdós sexes, l'estada mitjana ha disminuït respecte a l'any 1993 (gràfic 3).



Gràfic 1. Evolució i estructura de les altes hospitalàries en els hospitals d'aguts, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1993 i 2000

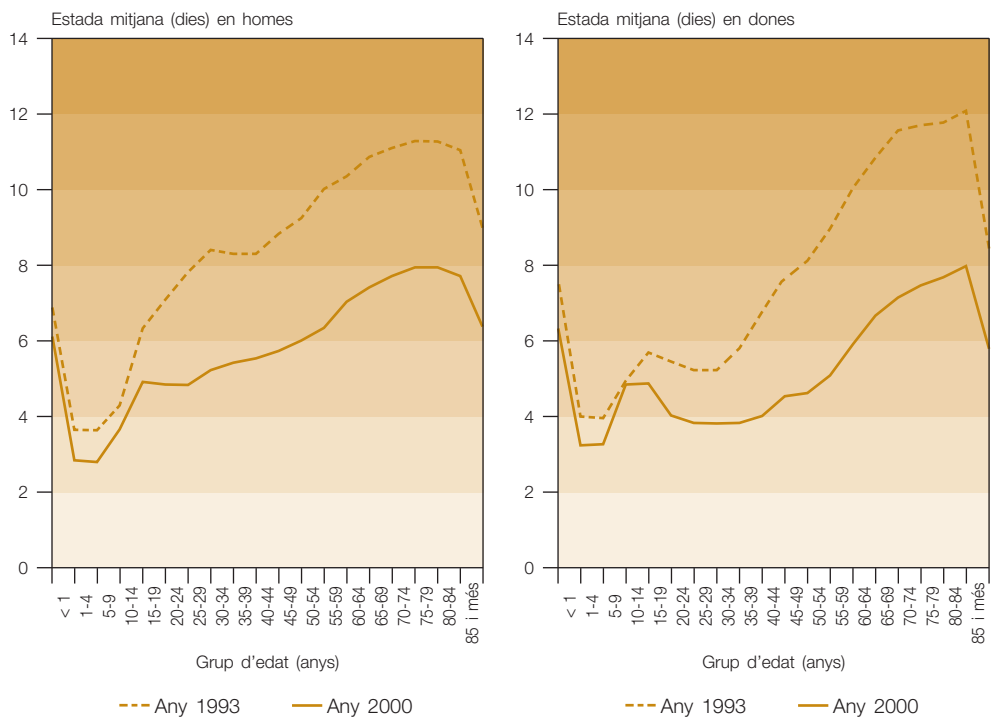
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Gràfic 2. Taxa d'hospitalització* dels residents a Catalunya, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1993 i 2000



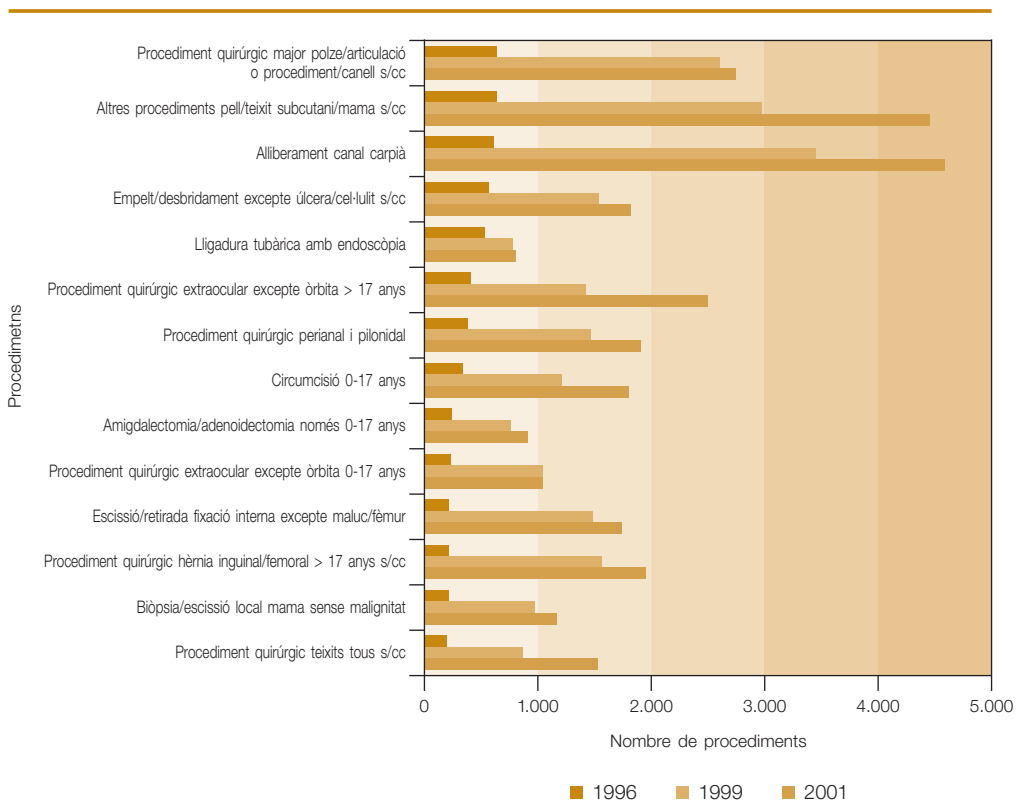
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.
 *Altes per 1.000 habitants. Població 1999 de l'IDESCAT.

Gràfic 3. Estada mitjana, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 1993 i 2000



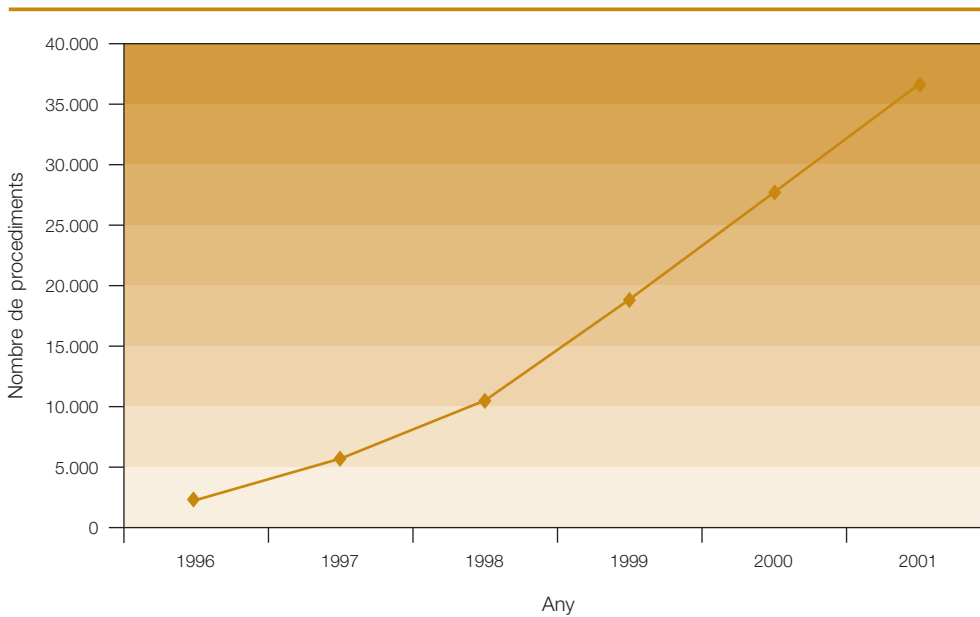
Una part important de la disminució de l'estada mitjana es deu a la millora de l'eficiència en els hospitals, però també cal tenir en compte l'impacte exercit per la incorporació de la cirurgia major ambulatoria (CMA), uns procediments quirúrgics de mitjana o alta complexitat que es realitzen amb anestèsia i no requereixen hospitalització convencional, tot i que necessiten un període d'observació i control poc intensiu i de curta estada i, en alguns casos, un seguiment i control domiciliari.

L'any 2001, els procediments més freqüents que es fan amb aquesta tècnica són l'extracció de cristal·lí, la lligadura i l'extirpació de venes varicoses i l'alliberació del canal carpià (gràfics 4 i 5 i taula 1).



Gràfic 4. Procediments quirúrgics de cirurgia major ambulatoria més freqüents l'any 1996 en relació amb els anys 1999 i 2001*

*S'ha exclòs l'extracció de cristal·lí amb o sense vitrectomia, que en aquests anys (1996 a 2001) ha estat el procediment quirúrgic de cirurgia major ambulatoria més freqüent.
s/cc = sense complicacions.



Gràfic 5. Evolució del nombre de procediments quirúrgics d'extracció de cristal·lí amb o sense vitrectomia. Catalunya, 1996-2001

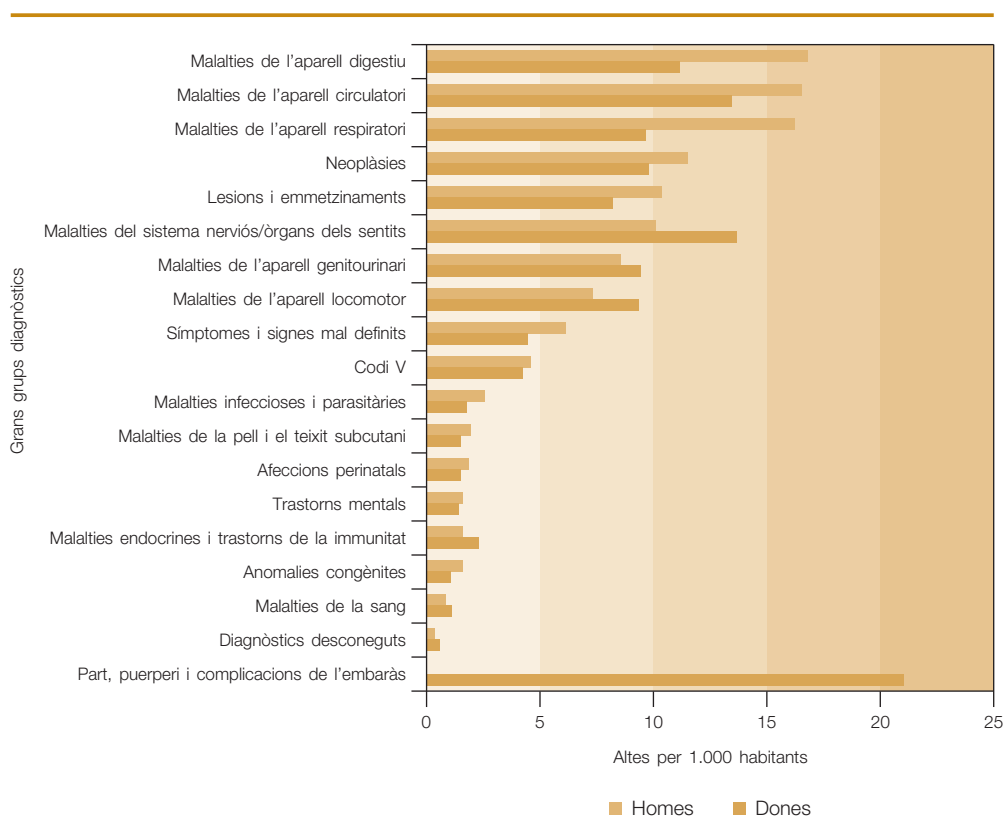
Taula 1. Procediments de cirurgia major ambulatoria més freqüents. Catalunya, 2001 i 1996

	N
Any 2001	
Procediment quirúrgic del cristal·lí amb o sense vitrectomia	37.073
Lligadura i esquinçament de venes	4.897
Alliberament del canal carpià	4.609
Altres procediments de pell/teixit subcutani/mama sense complicacions	4.468
Procediment quirúrgic úter/annexos sense neo maligna sense complicacions	2.814
Procediment quirúrgic major polze/articulació o procediment ma/canell sense complicacions	2.755
Procediment quirúrgic extraocular excepte òrbita en majors de 17 anys	2.518
Procediment quirúrgic del genoll sense diagnòstic d'infecció	2.422
Dilatació i curetatge/conització sense neo maligna	2.376
Procediment quirúrgic del peu	2.350
Procediment quirúrgic de l'hèrnia inguinal/femoral en majors de 17 anys sense complicacions	1.960
Procediment quirúrgic perianal i pilonidal	1.921
Empelt/desbridament excepte úlcera/cel·lulit sense complicacions	1.835
Circumcisió en persones de 0 a 17 anys	1.816
Escissió/retirada fixació interna excepte maluc/fèmur	1.746
Any 1996	
Procediment quirúrgic del cristal·lí amb o sense vitrectomia	2.084
Procediment quirúrgic major polze/articulació o procediment ma/canell sense complicacions	662
Altres procediments de pell/teixit subcutani/mama sense complicacions	661
Alliberament del canal carpià	635
Empelt/desbridament excepte úlcera/cel·lulit sense complicacions	585
Lligadura tubàrica amb endoscòpia	553
Procediment quirúrgic extraocular excepte òrbita en majors de 17 anys	419
Procediment quirúrgic perianal i pilonidal	398
Circumcisió en persones de 0 a 17 anys	359
Amigdalectomia/adenoidectomia només entre els 0-17 anys	258
Procediment quirúrgic extraocular excepte òrbita de 0 a 17 anys	245
Escissió/retirada fixació interna excepte maluc/fèmur	242
Procediment quirúrgic de l'hèrnia inguinal/femoral en majors de 17 anys sense complicacions	238
Biòpsia/escissió local de la mama sense malignitat	227
Procediment quirúrgic dels teixits tous sense complicacions	206

El CMBDAH recull el diagnòstic principal de cada alta i fins a tres diagnòstics més codificats segons la Classificació Internacional de Malalties –9a revisió– Modificació Clínica (CIM-9-MC). El diagnòstic principal indica el motiu pel qual un malalt ha ingressat a l'hospital i els altres diagnòstics inclouen les afeccions o complicacions que pugui presentar el malalt, presents en el moment de l'ingrés o desenvolupades durant l'estada al centre hospitalari. El diagnòstic principal s'analitza en dos nivells d'agrupació:

- Dissset grans grups diagnòstics que inclouen els més de 13.000 codis de diagnòstics de la CIM-9-MC més el codi V, que recull els factors que influeixen en l'estat de salut i els contactes amb els serveis sanitaris.
- Categories diagnòstiques de les classificacions clíniques per a la recerca en polítiques sanitàries (CCHPR) proposades per l'Agència de Polítiques i Recerca d'Atenció Sanitària (AH CPR) del Departament de Serveis Sanitaris i Humans dels Estats Units.

Per causes principals d'hospitalització, segons els grans grups diagnòstics de la CIM-9-MC, en la majoria de grups els homes mostren taxes superiors a les de les dones, especialment pel que fa a les malalties de l'aparell respiratori (16,22 altes per 1.000 en homes i 9,70 altes per 1.000 en dones), les malalties de l'aparell digestiu (16,82 altes per 1.000 en homes i 11,19 altes per 1.000 en dones) i les malalties de l'aparell circulatori (16,54 altes per 1.000 en homes i 13,43 altes per 1.000 en dones) (gràfic 6).



Gràfic 6. Altes en hospitals d'aguts segons els principals grups diagnòstics, per sexe. Catalunya, 2000

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Les tres primeres causes d'hospitalització a Catalunya l'any 2000 van ser les malalties de l'aparell circulatori (12,1%), les de l'aparell digestiu (11,3%) i les de l'aparell respiratori (10,4%), que van produir un 33,8% del total d'ingressos.

Per grups d'edat i sexe, la principal causa d'hospitalització en el primer any de vida es deu a les afeccions perinatals, que suposen el 36,7% de les altes tant per als nens com per a les nenes. Entre 1 i 4 anys, la primera causa són les malalties de l'aparell respiratori. Entre els 5 i els 14 anys les lesions i emmetzinaments són la causa més freqüent d'hospitalització en els homes i les malalties de l'aparell respiratori en les dones. Les lesions i emmetzinaments són la principal causa d'ingrés en el grup de 15 a 24 anys. Les malalties de l'aparell digestiu ocupen el primer lloc en la població general i en la masculina de 25 a 64 anys, mentre que entre la població femenina d'aquestes edats les malalties que causen més ingressos són les de l'aparell genitourinari i locomotor. A partir dels 65 anys, tant en els homes com en les dones, les que causen més ingressos són les malalties de l'aparell circulatori (13,3% de les altes) (taula 2).

Taula 2. Principal causa d'hospitalització segons el grup diagnòstic per d'edat i sexe. Catalunya, 2000

Grup d'edat (anys)	Homes	Dones	Total
< 1	Afeccions originades en el període perinatal (35,9%) t: 181,01	Afeccions originades en el període perinatal (37,7%) t: 162,91	Afeccions originades en el període perinatal (36,7%) t: 172,19
1-4	Malalties de l'aparell respiratori (29,2%) t: 34,72	Malalties de l'aparell respiratori (32,7%) t: 25,86	Malalties de l'aparell respiratori (30,6%) t: 30,43
5-14	Lesions i emmetzinaments (16,4%) t: 8,90	Malalties de l'aparell respiratori (19,6%) t: 7,09	Malalties de l'aparell respiratori (16,8%) t: 7,66
15-24	Lesions i emmetzinaments (28,3%) t: 13,62	Lesions i emmetzinaments (12,9%)* t: 4,58	Lesions i emmetzinaments (22,0%)* t: 9,19
25-44	Malalties de l'aparell digestiu (17,0%) t: 9,71	Malalties de l'aparell genitourinari (17,3%)* t: 9,75	Malalties de l'aparell digestiu (14,2%)* t: 8,04
45-64	Malalties de l'aparell digestiu (17,7%) t: 23,17	Malalties de l'aparell locomotor (14,0%) t: 15,00	Malalties de l'aparell digestiu (14,8%) t: 17,62
65-74	Malalties de l'aparell circulatori (19,4%) t: 53,49	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (17,6%) t: 33,51	Malalties de l'aparell circulatori (17,7%) t: 40,64
75 i més	Malalties de l'aparell circulatori (20,2%) t: 83,74	Malalties de l'aparell circulatori (20,9%) t: 63,08	Malalties de l'aparell circulatori (20,6%) t: 70,75
Total	Malalties de l'aparell digestiu (13,9%) t: 16,82	Malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (13,0%)* t: 13,60	Malalties de l'aparell circulatori (13,3%) t: 14,95

*S'ha exclòs el grup «part, puerperi i complicacions d'embaràs», que en aquests grups d'edat i/o sexe ha estat la primera causa d'hospitalització.

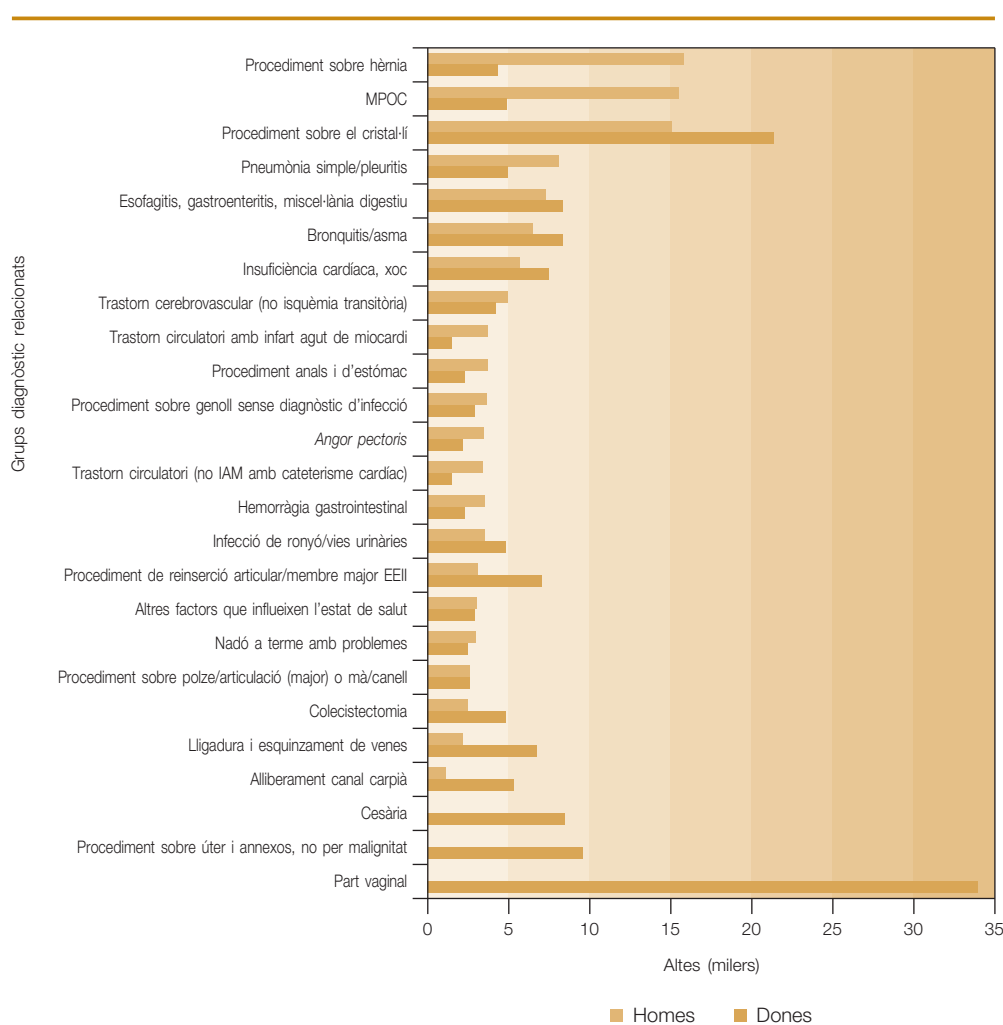
%: percentatge respecte al total d'altes amb diagnòstic conegut registrades al CMBDAH per cada grup d'edat.

t: taxa d'hospitalització per 1.000 habitants de cada grup d'edat i sexe.

Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Amb relació a l'any 1994, la primera causa d'hospitalització l'any 2000 es manté igual en els homes per a tots els grups d'edat, excepte en el de 25 a 44 anys, en que les lesions i emmetzinaments han cedit el lloc a les malalties de l'aparell digestiu. Entre les dones, les lesions i emmetzinaments han passat per davant de les malalties de l'aparell digestiu en el grup de 15 a 24 anys, les malalties de l'aparell locomotor han substituït a les neoplàsies entre les persones de 45 a 64 anys i les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits a les malalties de l'aparell circulatori en el grup de 65 a 74 anys.

El gràfic 7 mostra la distribució per sexes dels 25 motius d'ingrés més freqüents. Aquests motius d'ingrés suposen el 38,9% del total d'altres. Els tres motius d'atenció més freqüents en els homes han estat els relacionats amb l'hèrnia, la malaltia pulmonar obstructiva crònica o el cristal·lí. En les dones han estat els relacionats amb el cristal·lí, la bronquitis/asma i, en tercer lloc, l'esofagitis/gastroenteritis/miscel·lània de l'aparell digestiu, sense comptar els parts vaginals, les cesàries i els procediments sobre l'úter i annexos, que han estat els primers grups relacionats amb els diagnòstics més freqüents pels quals s'ha atès a les dones en els hospitals de la XHUP.

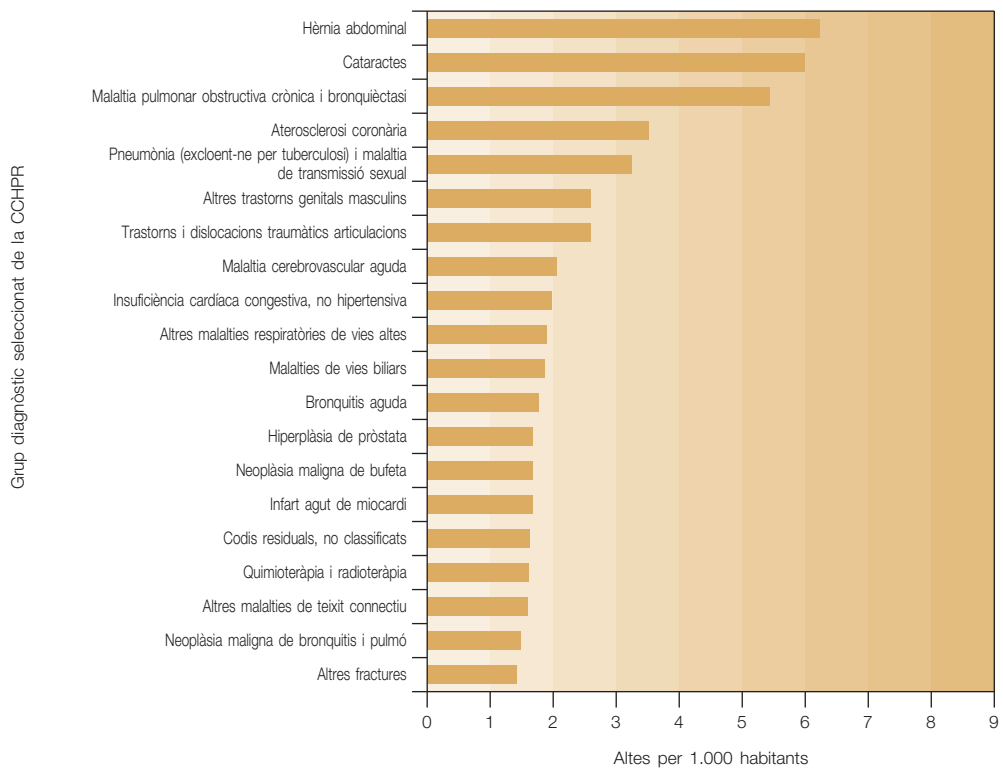


Gràfic 7. Distribució de les altes dels hospitals generals d'aguts finançades pel Servei Català de la Salut que corresponen als grups de diagnòstic relacionats més freqüents. Catalunya, 2000

MPOC: malaltia pulmonar obstructiva crònica; IAM: infart agut de miocardi; EEl: extremitats inferiors.

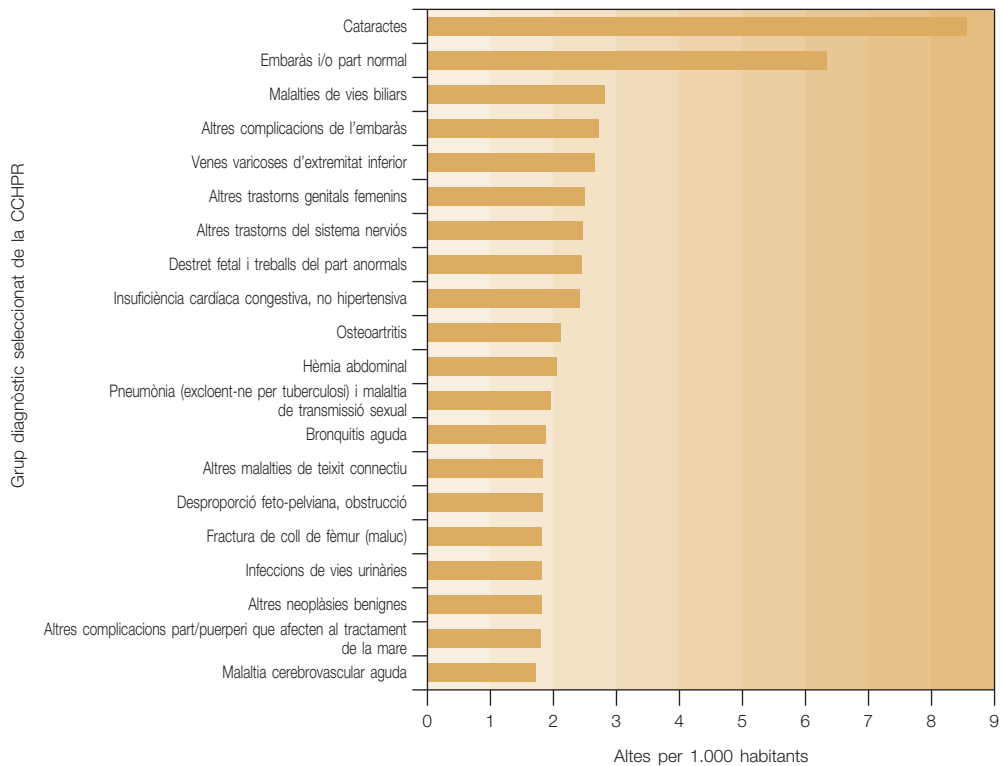
Les categories diagnòstiques proposades per l'AHCPDR permeten efectuar una anàlisi més detallada de les causes d'hospitalització. Aquesta anàlisi mostra que els diagnòstics més freqüents en els homes són l'hèrnia abdominal, les cataractes, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i la bronquièctasi (14,7% de les altes en homes). En les dones, les cataractes, l'embaràs i el part normal i les malalties de les vies biliars són les causes més freqüents d'hospitalització i representen un 13,5% de les altes en dones (gràfics 8 i 9).

Gràfic 8. Principals causes d'hospitalització en els homes, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Catalunya, 2000



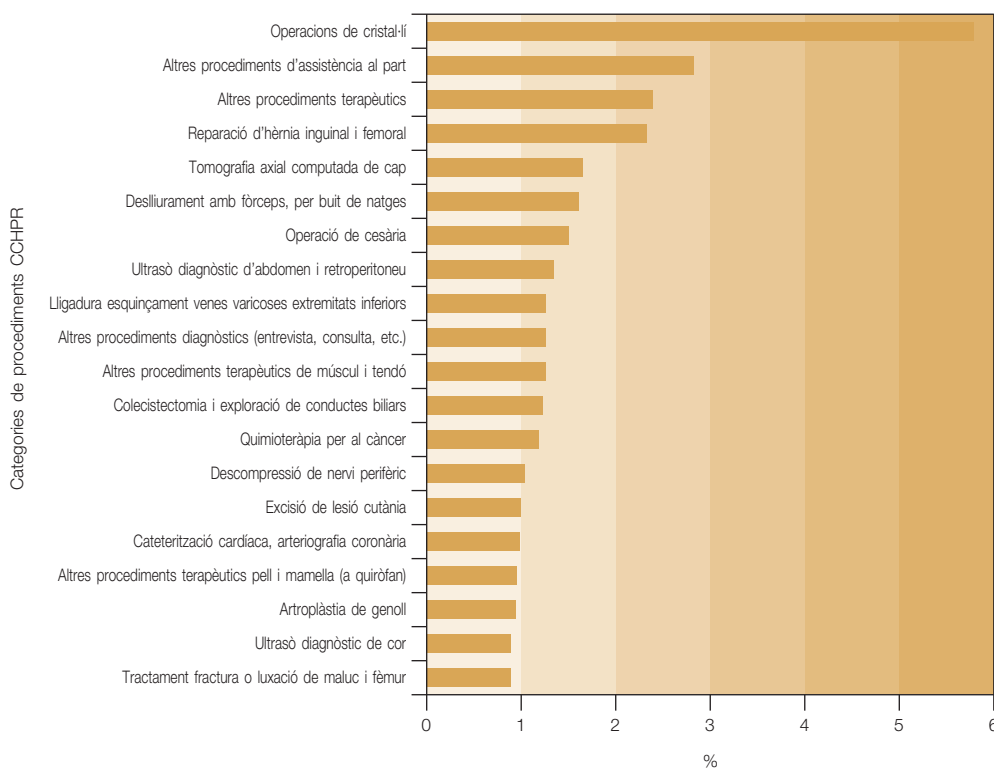
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Gràfic 9. Principals causes d'hospitalització en les dones, segons grups diagnòstics seleccionats de la CCHPR. Catalunya, 2000



Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Pel que fa als procediments diagnòstics i/o terapèutics, els més freqüents són les operacions de cristal·lí, els d'assistència al part, altres procediments terapèutics i la reparació d'hèrnia inguinal i femoral, que representen el 13,37% del total d'altres registrades en el CMBDAH que tenen informat el procediment (gràfic 10).



Gràfic 10. Distribució de les altes en els hospitals d'aguts, segons categories de procediments de la CCHPR. Catalunya, 2000

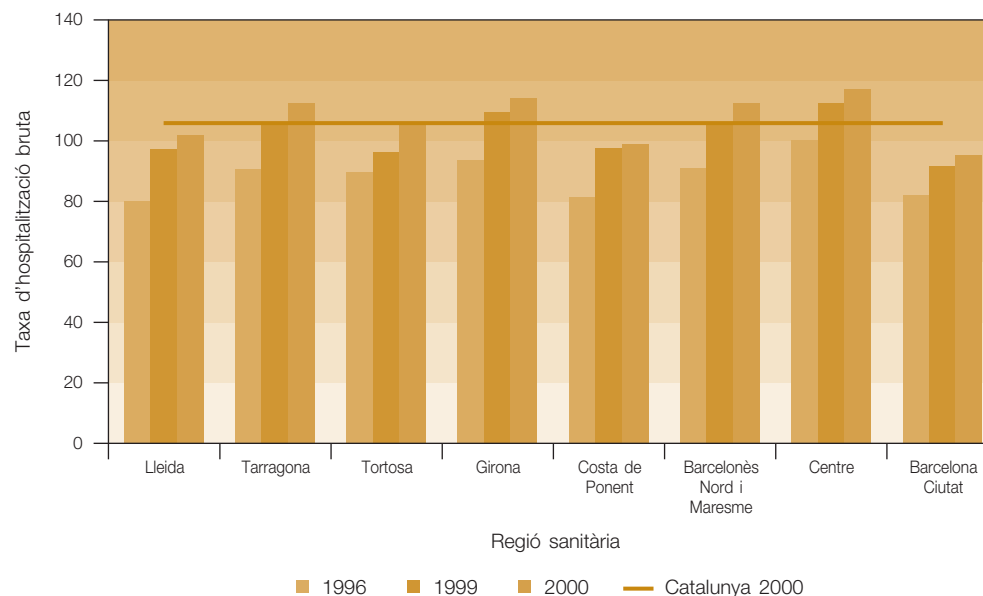
Font: Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut. Registre del CMBDAH.

Les taxes d'hospitalització brutes per regió sanitària augmenten cada any. En el període 1999-2000 l'increment de Catalunya és del 4,1%, lleugerament inferior al d'anys anteriors. La regió sanitària amb l'increment més alt és Tortosa (8,9%), mentre que Costa de Ponent és la regió amb l'increment més baix (2,5%). Tot i que les taxes de totes les regions augmenten, les de Lleida, Tortosa, Costa de Ponent i Barcelona Ciutat es troben per sota de la de Catalunya (gràfic 11).

La utilització de serveis hospitalaris d'aguts per 17 procediments quirúrgics seleccionats mostra diferències territorials. Barcelona Ciutat és la regió que presenta, per la major part dels procediments, les taxes d'hospitalització més baixes, excepte pel que fa a les intervencions de cristal·lí, revascularització coronària i endarterectomia carotídea. Per contra, les regions sanitàries Centre i Girona són les que tenen les taxes més elevades per un major nombre de procediments.

L'hospitalització psiquiàtrica es realitza als hospitals psiquiàtrics i als hospitals generals. En els hospitals psiquiàtrics els malalts s'atenen en unitats d'aguts o subaguts, depenent de les característiques clíniques que presenten. A les unitats d'aguts s'ingressen, majoritàriament, malalts amb processos no evolucionats que sovint són primers episodis de la malaltia. A les unitats de subaguts habitualment s'ingressen malalts amb trastorns mentals greus, amb evolucions greus i reaguditzacions freqüents, que requereixen una intervenció hospitalària més llarga i més complexa que inclogui procediments biològics, psicològics i socials.

Gràfic 11. Evolució de la taxa d'hospitalització bruta per regió sanitària. Catalunya 2000 i regions sanitàries 1996, 1999 i 2000



Durant l'any 2000, el nombre d'altres generades pels dos tipus de recursos és pràcticament el mateix. En els hospitals psiquiàtrics la majoria de les altres es produeixen a les unitats d'aguts, i en el cas dels hospitals generals en aquells que tenen serveis de psiquiatria. Les característiques dels malalts atesos en un tipus d'hospital o l'altre presenten diferències. La proporció d'homes és superior a la de dones en qualsevol dels recursos analitzats. La mitjana d'edat dels malalts atesos en un hospital psiquiàtric és inferior a la dels atesos en un hospital general. També hi ha diferències molt rellevants en l'estada mitjana segons el tipus d'hospital i d'unitat. Especialment en aquest indicador, les diferències observades estan directament relacionades amb les característiques clíniques dels malalts. Això explicaria la diferència que hi ha entre els 6,4 dies d'estada mitjana dels hospitals generals sense servei de psiquiatria i els 91,4 dies de les unitats de subaguts.

La taula 3 mostra els diagnòstics més freqüents dels hospitals psiquiàtrics i es comparen amb la distribució dels mateixos diagnòstics als hospitals generals. El malalts amb esquizofrènia o trastorns de personalitat es tracten majoritàriament en els hospitals psiquiàtrics, mentre que els que tenen dependència alcohòlica ho fan en els hospitals generals. Quant als

Taula 3. Paràmetres globals de les altres dels hospitals psiquiàtrics i de les altres dels hospitals generals. Catalunya, 2000

	Hospitals psiquiàtrics		Hospitals generals	
	Aguts	Subaguts	Amb servei de psiquiatria	Sense servei de psiquiatria
Indicadors generals				
Nombre d'altres	8.784	1.103	7.817	2.079
Dones (%)	43,2	42,9	48,7	43,8
Mitjana d'edat (anys)	40,3	41,0	42,2	51,3
25-40 anys (%)	42,0	41,3	34,4	18,0
Estada mitjana (dies)	21,3	91,4	14,6	6,4
Diagnòstics més freqüents				
Esquizofrènia (%)	28,1	46,8	13,4	1,4
Psicosis afectives (%)	14,5	9,9	16,3	5,0
Trastorns de personalitat (%)	11,1	9,7	5,7	1,5
Dependència alcohòlica (%)	6,2	3,1	12,9	9,5

malalts amb psicosis afectives, el percentatge és lleugerament superior en els hospitals generals amb servei de psiquiatria. Cal destacar que les altes generades en els hospitals generals que no disposen d'un servei de psiquiatria propi s'allunyen totalment del perfil dels altres centres atès que la incidència dels quatre diagnòstics principals és molt reduïda.

L'activitat dels centres de salut mental declarada al registre durant l'any 2000 correspon a 146.448 pacients, el 38,3% dels quals van ser atesos per primera vegada l'any 2000. Del total de pacients, 58.899 (40,2%) són homes i 87.477 (59,7%) són dones. La mitjana d'edat per al conjunt de pacients és de 39,8 anys (35,3 per als homes i 42,9 per a les dones).

Del total de pacients, 27.793 (18,9%) han estat atesos en centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i 118.655 (81,1%) en centres de salut mental d'adults (CSMA).

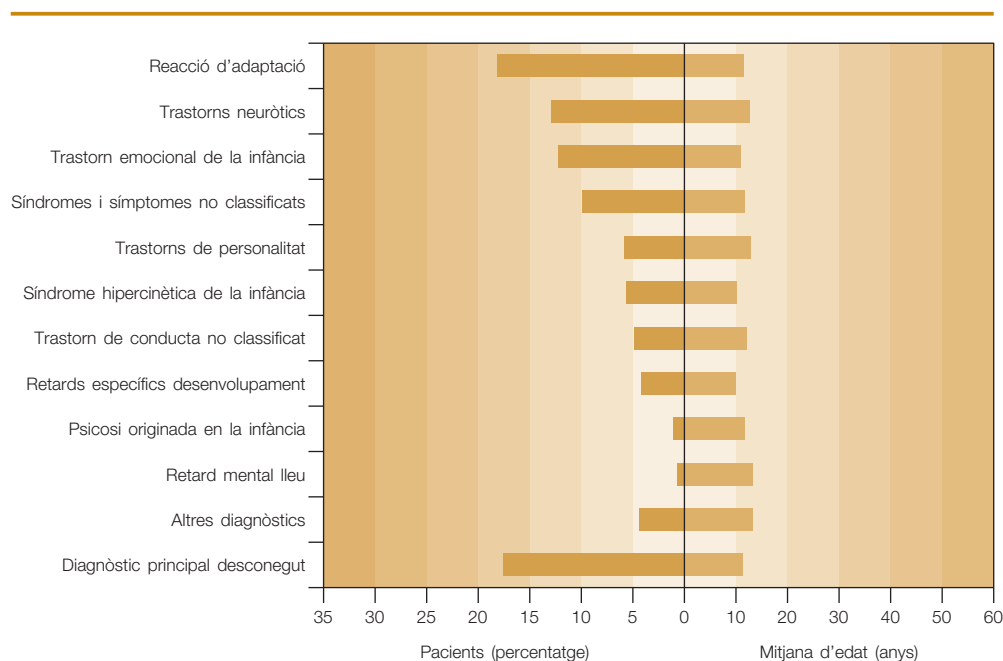
Els pacients atesos en un tipus de centre o l'altre mostren diferències relacionades, òbviament, amb l'edat i també amb el diagnòstic i el tipus d'assistència que reben. S'observa un predomini del sexe masculí en el grup de pacients infantils i juvenils, mentre que en els pacients adults la proporció de dones és superior a la d'homes (taula 4).

	Centres infantils i juvenils	Centres d'adults
Nombre de pacients	27.793	118.655
Dones (%)	41,5	64,1
Mitjana d'edat (anys)	11,9	46,3
Nombre de visites de seguiment	65.858	312.553
Nombre de visites per a tractament	84.760	107.362

Nota: visites per a tractament individual, grupal i familiar.

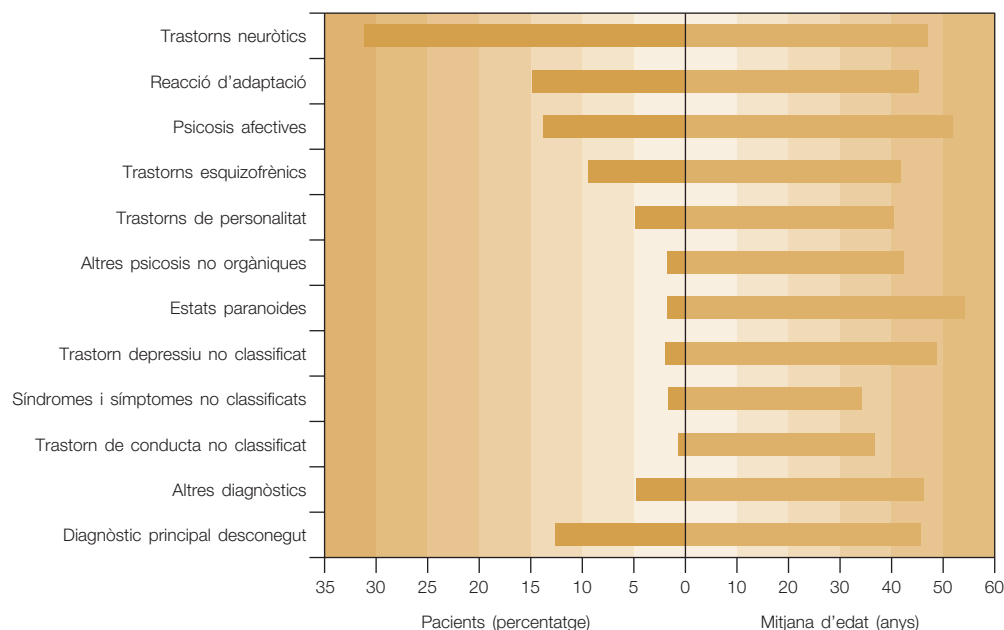
Taula 4. Indicadors dels pacients atesos en centres de salut mental per tipus de centre. Catalunya, 2000

La variable «diagnòstic principal» indica el motiu pel qual un pacient és atès en un centre de salut mental. Els gràfics 12 i 13 mostren la distribució i la mitjana d'edat per als 10 diagnòstics principals més freqüents. Per als pacients infantils i juvenils representen el 77,7% i per als pacients adults, el 82,2%. Tant en els pacients infantils i juvenils com en els adults, la re-



Gràfic 12. Pacients infantils i juvenils: distribució i mitjana d'edat en anys per diagnòstic principal. Catalunya, 2000

Gràfic 13. Pacients adults: distribució i mitjana d'edat en anys per diagnòstic principal. Catalunya, 2000



acció d'adaptació i els trastorns neuròtics són els dos diagnòstics més freqüents. En els primers destaquen, a més, els trastorns emocionals de la infància, la síndrome hiperkinètica de la infància i els retards específics de desenvolupament. Pel que fa als adults, també són rellevants les psicosis afectives i els trastorns esquizofrènics.

La mitjana d'edat més baixa correspon als pacients diagnosticats de retards específics del desenvolupament i la més alta als pacients amb un diagnòstic d'estat paranoic. D'altra banda, pel que fa a les visites de seguiment, s'observa que la proporció entre aquestes visites i el nombre de pacients és superior en els adults que en els pacients infantils i juvenils. En el cas de les visites per tractament, la proporció més elevada correspon als pacients infantils i juvenils.

L'assistència sociosanitària està dotada de centres d'internament de finalitat sociosanitària o hospitals autoritzats tant per a l'internament agut com per al sociosanitari i/o psiquiàtric. Durant l'any 2001 els recursos s'han anat incrementant (en 295 llits) respecte al 2000. Els centres estan formats per una o més de les unitats següents:

- Unitat de llarga estada. És la unitat d'hospitalització que té com a funció el tractament rehabilitador, de cures de manteniment, de profilaxi de complicacions, i també de suport per a les persones grans amb malalties cròniques de llarga evolució que han generat incapacitats funcionals. El nombre de llits és de 5.067 i l'any 2001 es van atendre 11.899 pacients.
- Unitat de mitjana estada-convalescència. És la unitat d'hospitalització que té com a objectiu restablir aquelles funcions o activitats que hagin estat afectades parcial o totalment. Es tracta de persones grans amb malalties de base que necessiten una recuperació funcional. L'estada mitjana va ser de 43,6 dies en el 2001 i hi havia 1.257 llits disponibles.
- Unitat de mitjana estada-cures pal·liatives. És la unitat d'hospitalització que té com a funció oferir tractament pal·liatiu i de confort a pacients amb càncer avançat o amb altres malalties en fase terminal. L'any 2001, l'estada mitjana va ser de 23,1 dies i es va disposar de 347 llits.
- Unitat de mitjana estada polivalent. És la unitat que pot atendre tant pacients convalsents com tributaris de cures pal·liatives. S'ha fet en territoris amb poca població i unitats de pocs llits. L'any 2001 l'estada mitjana va ser de 37,3 dies i es va disposar de 218 llits.
- Unitat de tractament de la sida. És la unitat d'hospitalització creada per atendre pacients en fase terminal, específicament per sida. L'any 2001 hi va haver 53 llits disponibles.

El nombre total de processos* declarats al Registre del conjunt mínim bàsic de dades socio sanitàries (CMBDSS) durant l'any 2000 va ser de 54.067. D'aquests, 41.493 (76,7%) es van donar d'alta, mentre que el 23,3% restant van continuar rebent atenció en algun dels recursos socio sanitàries el 31 de desembre de l'any 2000. Dels processos acabats l'any 2000, el 24,4% van ser per defunció.

S'observen diferències per tipus d'unitat o equip. La freqüentació més alta correspon a les UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries), mentre que la més baixa a les unitats de diagnòstic i seguiment per trastorns cognitius i demències. Els percentatges més alts de processos acabats els trobem a les UFISS i a les unitats de cures pal·liatives. Tanmateix, els motius són ben diferents: en el cas de les unitats de cures pal·liatives es deuen a l'elevat nombre de defuncions entre els malalts atesos en aquest recurs, mentre que a les UFISS els processos acaben per criteris clínics (taula 5).

	Total procesos			Processos finalitzats l'any 2000				Processos no finalitzats l'any 2000	
	N	Mitjana	Dones	N	%	Estada mitjana (dies)	Defuncions %	N	%
		d'edat (anys)	(%)						
Hospitalització									
Unitats de llarga estada	10.380	76,2	64,8	5.760	55,5	235,8	35,5	4.620	44,5
Unitats de convalsència	10.075	77,1	61,6	8.636	85,7	46,8	11,8	1.439	14,3
Unitats de cures pal·liatives	3.430	72,2	42,4	3.134	91,4	24,4	76,0	296	8,6
UFISS	13.265	75,7	53,3	12.546	94,6	17,6	13,2	719	5,4
Atenció domiciliària									
PADES	9.904	74,4	50,3	8.036	81,1	78,9	38,9	1.868	18,9
Atenció ambulatoria									
Hospital de dia	4.340	72,3	60,0	2.925	67,4	134,5	1,9	1.415	32,6
Unitats de diagnòstic i seguiment per trastorns cognitius i demències	2.673	72,3	63,9	456	17,1	179,0	3,9	2.217	82,9
Total	54.067	75,1	56,4	41.493	76,7	76,4	24,4	12.574	23,3

UFISS: unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries; PADES: programa d'atenció domiciliària i equips de suport.

Taula 5. Indicadors dels processos atesos en la xarxa d'atenció socio sanitària per tipus de recurs. Catalunya, 2000

Del total de processos, 53.077 (98,2%) corresponen a residents a Catalunya. Pel que fa a la resta de processos, 926 (1,7%) corresponen a residents fora de Catalunya. El 94,5% dels malalts residents a Catalunya han estat atesos en recursos de la seva regió sanitària de residència. Totes les regions tenen una capacitat de resolució superior al 92%.

* **Procés:** atenció que es presta a un malalt en una unitat o equip des de que comença l'assistència fins que acaba. En el cas dels recursos d'hospitalització, coincideix amb el període d'internament. En l'atenció domiciliària, un procés comprèn totes les visites fetes a un malalt per part dels equips de suport PADES; en l'atenció ambulatoria comprèn el conjunt de dies que un malalt ha estat atès en un hospital de dia o al nombre total de visites fetes a un malalt en una unitat de diagnòstic i seguiment per a trastorns cognitius i demències.

Pel que fa a l'any 2000, els processos que s'analitzen en aquest informe tenen una de les característiques següents:

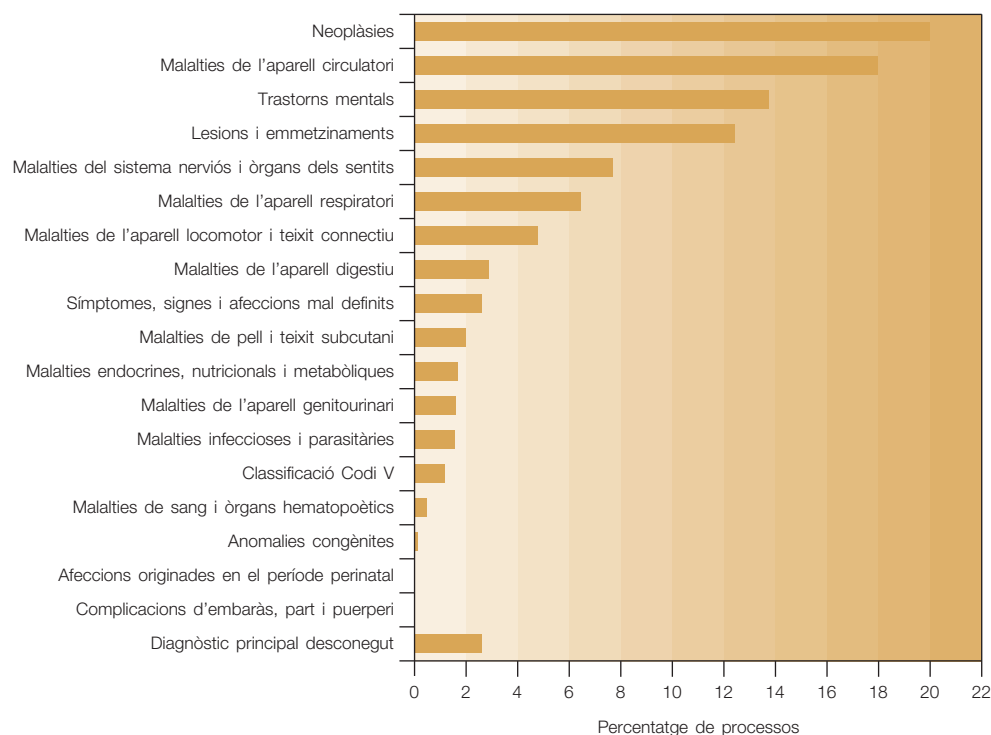
- Començar i acabar durant l'any 2000.
- Començar en anys anteriors i acabar durant l'any 2000.
- Començar en anys anteriors o durant l'any 2000 però no acabar el 31 de desembre de l'any 2000.

Procés acabat l'any 2000: procés assistencial d'un malalt, dut a terme en l'àmbit socio sanitari, que ha acabat durant l'any 2000, independentment de la data en què va començar.

Procés no acabat l'any 2000: procés assistencial d'un malalt, dut a terme en l'àmbit socio sanitari, que no ha acabat durant l'any 2000, independentment de la data en què va començar.

La variable «diagnòstic principal» indica el motiu pel qual un malalt és atès en un recurs socio-sanitari. Al gràfic 14 es pot observar la distribució dels processos d'atenció socio-sanitària per diagnòstic principal, segons els 18 grans grups de diagnòstic de la CIM-9-MC.

Gràfic 14. Distribució dels processos d'atenció socio-sanitària per diagnòstic principal segons els grans grups de diagnòstic de la CIM-9-MC. Catalunya, 2000



Els cinc grans grups que acumulen més processos són les neoplàsies, les malalties de l'aparell circulatori, els trastorns mentals, les lesions i els emmetzinaments, i les malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits. Aquests grups expliquen el 78,5% de tots els processos.

Els malalts atesos en els diferents tipus d'unitat o equip presenten diferències importants tant pel que fa a la malaltia com al tractament que reben.

Per analitzar la morbiditat atesa en els diferents recursos socio-sanitaris, els codis diagnòstics de la CIM-9-MC s'agrupen en diferents nivells. L'objectiu de treballar amb aquests grups obedeix a la necessitat d'homogeneïtzar processos que presenten característiques clíniques semblants des del punt de vista de l'atenció socio-sanitària. L'agrupació de diagnòstics més freqüents per al conjunt de recursos és la de les neoplàsies, que destaquen especialment a les unitats de cures pal·liatives, les UFISS i els PADES (programes d'atenció domiciliària i equips de suport). La segona agrupació és la de psicosis orgàniques senils i la malaltia d'Alzheimer, que destaca especialment a les unitats de llarga estada, hospitals de dia i unitats de diagnòstic i seguiment per a trastorns cognitius i demències. La tercera correspon a la malaltia cerebrovascular, que tot i no ser la malaltia més freqüent en cap de les unitats, es troba entre les quatre primeres en totes. La quarta agrupació és la de les fractures de coll i d'altres parts inespecificades del fèmur. És l'agrupació més freqüent a les unitats de convalsència i també destaca a les UFISS i a les unitats de llarga estada. Aquestes quatre agrupacions de diagnòstics representen el 52,0% de tots els processos.

La percepció de la salut

Cada vegada els ciutadans ocupen un paper més central i actiu en el sistema sanitari, el que significa que per dissenyar les polítiques de salut i serveis cal obtenir la informació directament dels ciutadans, i les enquestes de salut són un dels instruments més valuosos per aconseguir-la. Són procediments que permeten conèixer les necessitats de les persones i els seus comportaments i opinions en relació amb la salut i la malaltia, així com la seva valoració i expectatives davant dels serveis assistencials. A més, constitueixen un mecanisme de participació.

La primera enquesta de salut de Catalunya es va fer l'any 1994¹ (ESCA 1994) i la segona, l'any 2002² (ESCA 2002), amb el propòsit d'avaluar el període 1990-2000. L'ESCA 2002 es va realitzar mitjançant una entrevista personal a una mostra aleatòria de la població amb representativitat per a cadascuna de les vuit regions sanitàries de Catalunya³. L'enquesta es va dur a terme entre els mesos d'octubre de 2001 i maig de 2002 i hi va participar un total de 8.400 persones no institucionalitzades de totes les edats.

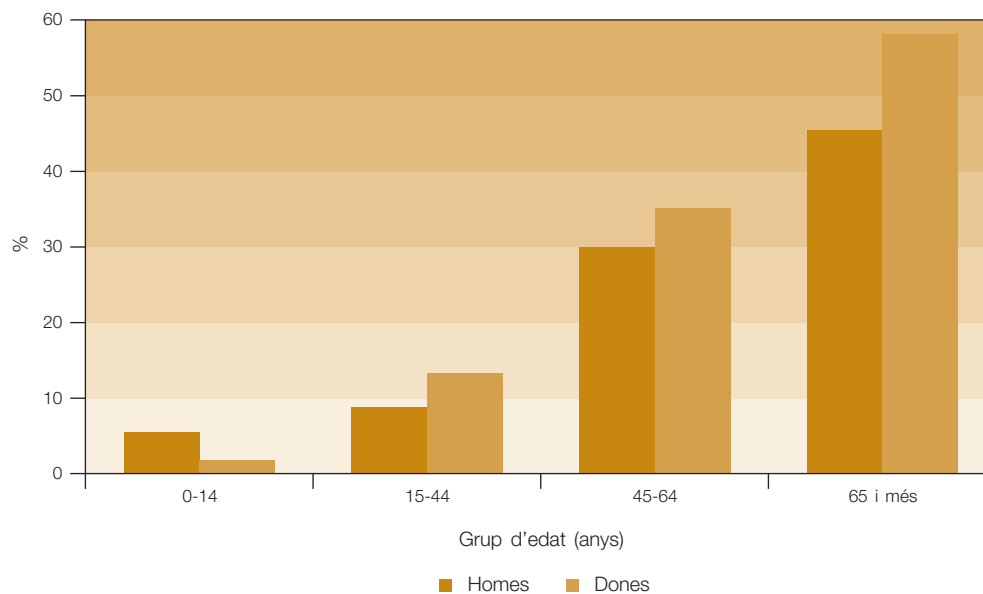
Segons les respostes de la mostra d'entrevistats per l'ESCA 2002, i pel que fa a la percepció de l'estat de salut, el 78,3% (77,4-79,2%) de la població declara que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona, mentre que el 17,4% (16,6-18,2%) la considera regular i el 4,3% (3,8-4,6%) dolenta. La proporció de dones amb pitjor percepció de la salut és del 25,0% (13,7-26,3%), més alta que la dels homes, que és del 18,2% (17,1-19,3%) (taula 1). La percepció de la salut empitjora a mesura que augmenta l'edat (gràfic 1) i en les classes socials més desfavorides.

Sexe i grup d'edat	Excel·lent (%)	Molt bona (%)	Bona (%)	Regular (%)	Dolenta (%)
Homes					
0-14	28,4	36,7	29,5	5,2	0,3
15-44	10,1	31,2	50,3	7,2	1,3
45-64	5,2	12,0	52,8	24,0	6,0
65 i més	2,0	7,6	44,9	35,6	9,8
Total homes	10,6	24,2	47,0	14,8	3,4
Dones					
0-14	29,8	36,4	31,9	1,6	0,3
15-44	8,6	27,5	50,7	11,6	1,6
45-64	3,1	11,7	50,0	27,8	7,4
65 i més	1,5	6,1	34,3	43,3	14,8
Total dones	9,0	21,1	44,9	19,8	5,2
Total homes i dones					
0-14	29,1	36,5	30,7	3,4	0,3
15-44	9,4	29,4	50,5	9,4	1,4
45-64	4,2	11,8	51,4	25,9	6,7
65 i més	1,7	6,7	38,7	40,1	12,7
Total	9,8	22,6	45,9	17,4	4,3

Taula 1. Autopercepció de l'estat de salut segons l'edat i el sexe. Catalunya, 2002

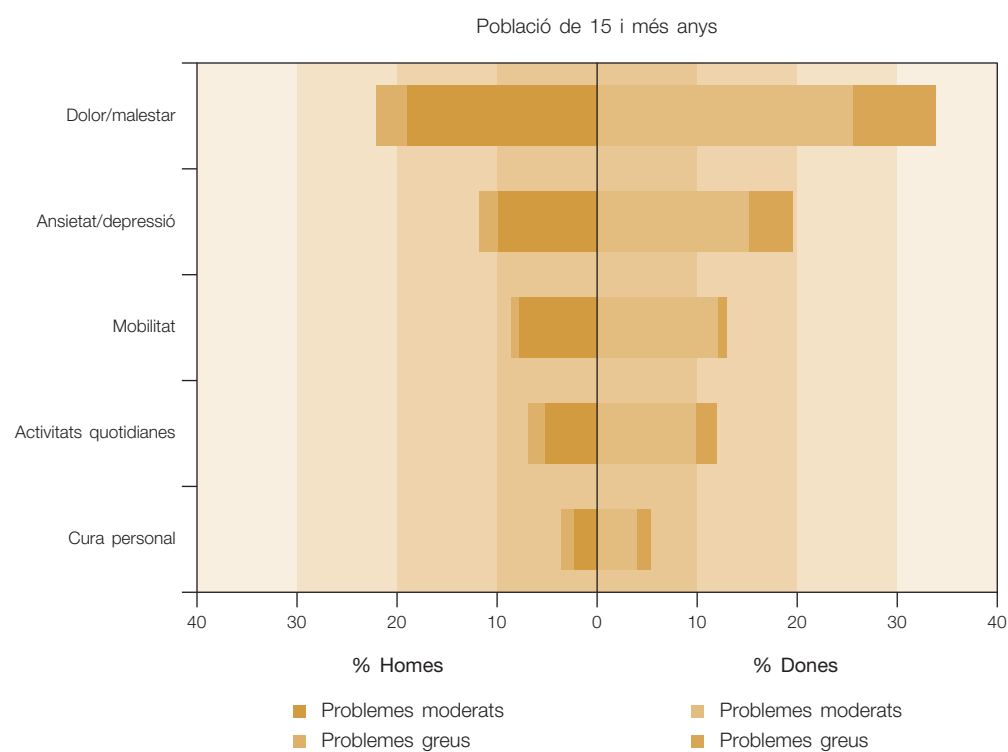
Un altre instrument de mesura de l'autopercepció de l'estat de salut és el qüestionari Euro-Qol^{®4}, adaptat i validat al nostre entorn, que explora cinc dimensions de la qualitat de vida associades a la salut: la mobilitat, la cura personal, el desenvolupament de les activitats quotidianes, la presència de dolor i/o malestar i la sensació d'ansietat o depressió. Els resultats indiquen que el 64,6% (63,5-65,7%) de la població manifesta no tenir cap dificultat en les cinc dimensions estudiades sobre qualitat de vida. El problema que s'expressa amb major freqüència és la presència de dolor i/o malestar, que afecta al 28,0% de la població major de 14 anys (27,0-29,0%), seguit de l'ansietat/depressió, que afecta al 15,7% (14,9-16,5%)

Gràfic 1. Autopercepció de la salut com a dolenta o regular, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2002

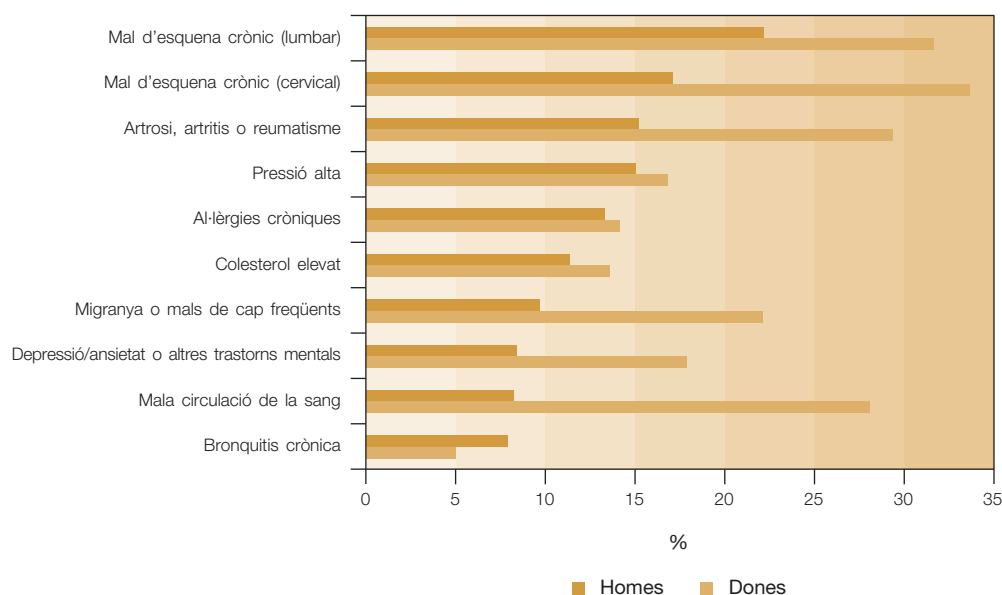


i dels problemes de mobilitat, en un 10,6% (9,9-11,3%). Així mateix, el 9,4% (8,7-10,1%) de la població declara tenir problemes per realitzar les activitats de la vida quotidiana, mentre que la dimensió que presenta menor freqüència és la dificultat per realitzar les cures personals, 4,4% (3,9-4,9%) (gràfic 2). Les dones manifesten una major freqüència de problemes en totes les àrees estudiades i també s'observa un increment dels problemes declarats en els grups de major edat i entre les classes socials més desfavorides.

Gràfic 2. Població que declara tenir problemes en aspectes de la qualitat de vida per sexe. Catalunya, 2002



En relació amb la prevalença percebuda de determinades afeccions potencialment cròniques, el 69,4% (68,3-70,5%) de la població major de 14 anys declara tenir o haver tingut algun trastorn de salut crònic, el que representa el 62,9% (61,2-64,6%) dels homes i el 75,5% (74,1-76,9%) de les dones (gràfic 3). També es pot observar que els més freqüents són els agrupats sota la denominació de dolor d'esquena crònic (lumbar i/o cervical) i artrosi, artritis o reumatisme, tant en els homes com en les dones, encara que aquestes manifesten patir-los en un percentatge superior al dels homes. Per ordre de freqüència, segueixen els agrupats sota la denominació de mala circulació, migranyes i pressió alta, que també predominen en el sexe femení.



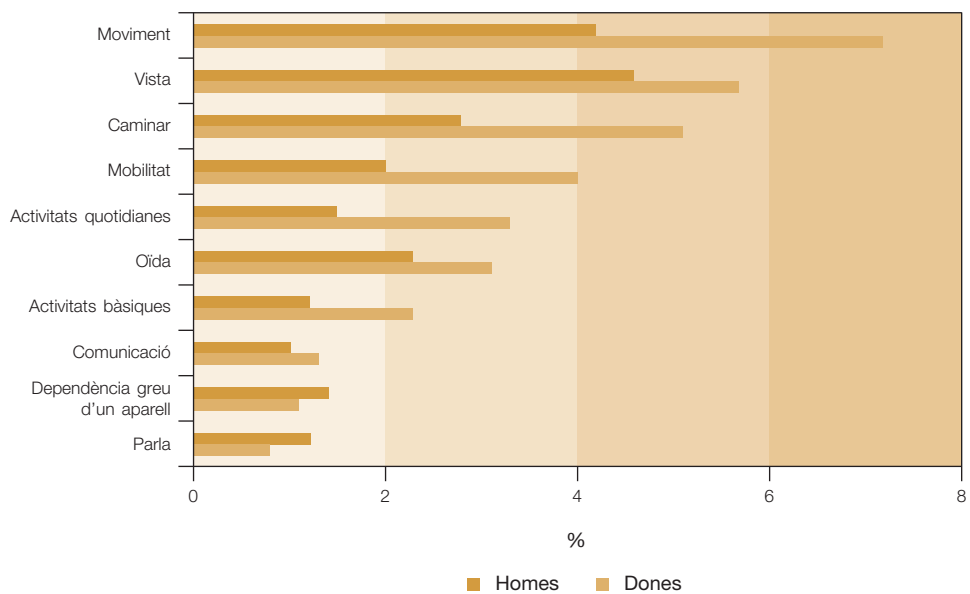
Gràfic 3. Principals trastorns crònics declarats segons el tipus de trastorn i sexe. Catalunya, 2002

El 12,5% (11,7-13,3%) de la població manifesta tenir alguna discapacitat, entenent-se com a tal els problemes de salut que suposen restriccions funcionals que limiten la capacitat d'una persona per desenvolupar la seva activitat d'una manera considerada normal. Les discapacitats són més freqüents en les dones, 14,4% (13,3-14,5%) que en els homes, 10,6% (9,6-11,6%) i són elles les que acumulen major nombre de discapacitats. La freqüència de la declaració de discapacitat és més elevada en la població de major edat, especialment a partir dels 45 anys, i entre les classes socials més desfavorides. Les discapacitats més freqüents són les relacionades amb les limitacions importants del moviment, que suposen un 5,8% de la població (5,3-6,3%), seguides de les limitacions greus de la vista, el 5,2% (4,7-5,7%) i dels problemes per caminar, el 4,0% (3,5-4,5%) (gràfic 4).

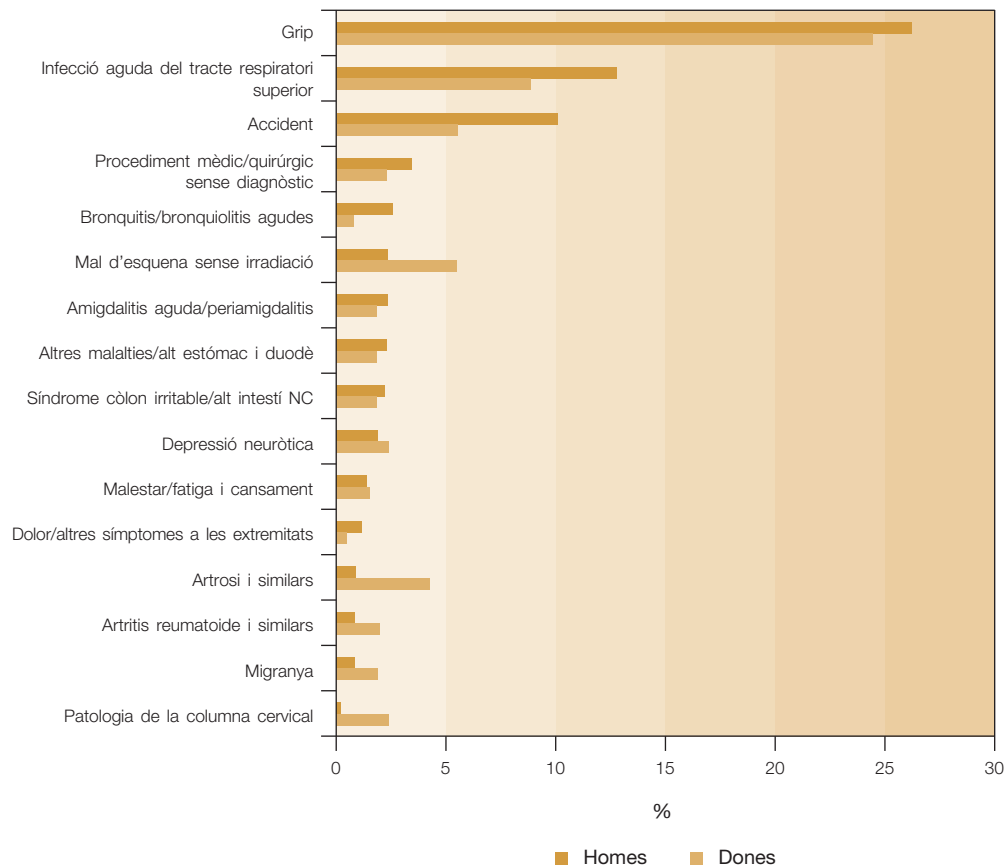
El 13,3% (12,5-14,1%) de la població declara haver restringit algun dia les seves activitats habituals a causa d'un problema de salut durant els 15 dies anteriors a l'entrevista. La restricció és més freqüent entre les dones, el 15,3% (14,2-16,4%), que entre els homes, l'11,1% (10,1-12,1%), i especialment en els majors de 65 anys, mentre que en els menors de 15 anys d'edat és més freqüent entre els homes. Les causes més importants de restricció de l'activitat han estat la grip (25,2%; 24,2-26,2%), les infeccions respiratòries agudes (10,5%; 9,8-11,2%) i els accidents (7,5%; 6,9-8,1%), i aquesta última causa és molt més freqüent entre els homes (en una proporció de dos a un) (gràfic 5).

Es pot concloure que la majoria de la població catalana declara tenir bona salut. Més de tres quartes parts de la població considera que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona. Dues tercers parts manifesten no tenir cap dificultat en les dimensions de la qualitat de vida

Gràfic 4. Població que declara patir alguna discapacitat per tipus de discapacitat i sexe. Catalunya, 2002



Gràfic 5. Població que declara haver patit restricció de l'activitat durant els 15 dies anteriors a l'entrevista segons el motiu principal i per sexe. Catalunya, 2002



NC: no classificat en cap altre apartat.

estudiades (mobilitat, cura personal, desenvolupament de les activitats quotidianes, dolor o malestar i ansietat o depressió). Quant als problemes de salut crònics, aproximadament una tercera part de la població de 15 anys i més diu no tenir-ne cap.

El patró de salut en relació amb el sexe, l'edat i la classe social que s'ha obtingut amb l'ESCA 2002 és similar a l'observat en l'ESCA 1994. Les dones manifesten tenir, en major proporció que els homes, pitjor percepció de l'estat de salut, més problemes crònics, discapacitats i major restricció de les activitats per motius de salut. A mesura que augmenta l'edat i en les classes socials més desfavorides s'observen pitjors indicadors en relació amb els aspectes estudiats.

Comparant els resultats d'ambdues enquestes de salut realitzades a Catalunya, s'observa que ha augmentat significativament la proporció de persones d'ambdós sexes que fan una valoració positiva del seu estat de salut. Tanmateix, destaca l'increment de persones que declaren tenir afectades les dimensions de qualitat de vida estudiades, excepte pel que fa a la dimensió relacionada amb la mobilitat, que descendeix. També ha augmentat la declaració de tenir problemes de salut crònics tant en els homes com en les dones. Quant al patiment de discapacitats no s'observen diferències significatives (taula 2).

	1994 (%)			2002 (%)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Població que percep la seva salut com a bona, molt bona o excel·lent	80,9	71,4	75,9	81,9	74,9	78,3
Població que ha hagut de restringir la seva activitat habitual els últims 15 dies a causa d'algun trastorn de salut	9,7	14,2	12,1	11,1	15,3	13,3
Població major de 14 anys que manifesta tenir problemes de salut crònics	56,0	68,2	62,6	62,9	75,5	69,4
Població que declara tenir algun tipus de discapacitat	9,6	14,1	12,0	10,6	14,4	12,5

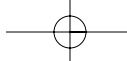
Taula 2. Indicadors de l'estat de salut. Comparació dels resultats de l'ESCA 1994 i 2002

En síntesi, es constata que si bé ha augmentat la declaració de patir malalties cròniques i condicions que limiten la qualitat de vida, especialment en els grups de més edat, s'observa un increment de la proporció de persones que valoren positivament el seu estat de salut. Possiblement, l'envelliment de la població catalana té influència en aquest fenomen. En aquest sentit, i en relació amb els grups de més edat, caldria considerar les limitacions dels estudis transversals, com és l'ESCA, pel que fa a l'efecte cohort, el biaix de supervivència i la no inclusió de les persones institucionalitzades⁵. També caldria aprofundir en la repercussió del patiment de malalties cròniques i limitacions en la valoració de l'estat de salut segons grups d'edat. Una pitjor percepció de l'estat de salut en els individus de major edat es pot explicar per la presència de malalties cròniques i discapacitats, però hi ha estudis que indiquen que l'impacte del seu patiment en la percepció de mala salut disminueix a mesura que els grups són de major edat, i suggereixen que les diferències vitals o d'expectatives entre generacions conduiria a que cohorts més velles valoressin el seu estat de salut d'una manera més positiva⁶.

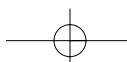
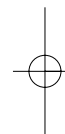
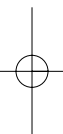
Cal esperar que cada vegada més els ciutadans, especialment els de les futures generacions, es mostraran més responsables de la pròpia salut, estaran més informats i tindran expectatives més reals, però també el grau d'exigència i crítica serà més elevat. El progressiu envelliment de la població, les modificacions dels hàbits i estils de vida, els comportaments socials i les expectatives de la població respecte als serveis fan de les enquestes de salut instruments clau per avançar en el coneixement d'aquests fets i identificar a temps els canvis que es produeixin amb la finalitat d'actuar, en la mesura possible, sobre els factors que condicionen la salut i desenvolupar polítiques de salut i de serveis d'acord amb les necessitats detectades.

Referències bibliogràfiques

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
3. Juncà S, Guillén M, Aragay JM, Brugulat P, Castell C, Séculi E, Medina A, Tresserras R. Aspectos metodológicos de la evolución de los objetivos de salud y disminución de riesgo del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000. Med Clin (Barc) 2003; 121 (Supl 1): 10-9.
4. The Euroqol Group. EuroQol. A new facility for the measurement of healthy-related quality of life. Health Policy 1990; 16: 199-208.
5. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J. Evolution of self-rated health estatus in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. J Clin Epidemiol 2000; 53: 563-70.
6. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. Gac Sanit 2001; 15 (3): 217-23.



Entorn econòmic



Entorn econòmic

La despesa sanitària en l'entorn dels països desenvolupats

L'assignació dels recursos econòmics destinats a la sanitat adquireix un significat dinàmic en el moment en que ens podem comparar amb els països del nostre entorn més proper que practiquen polítiques sanitàries similars. La comparació més apreciada es basa en el lligam entre la despesa sanitària i la riquesa de cada país, és a dir, esbrinar quina quantitat de recursos de la producció total (PIB) es destina a la sanitat.

Els països del nostre entorn econòmic, integrats en l'Organització per a la Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE), assignen una mitjana del 8,0% del seu PIB en despesa sanitària, si considerem les dades de l'any 2000, darrer any amb dades disponibles. Per la seva part, els països de la Unió Europea (UE) assignen també una mitjana del 8,0%, mentre que Espanya destina una quantitat equivalent al 7,7% del seu PIB (taula 1).

Taula 1. Despesa pública i privada en sanitat sobre el PIB, any 2000

	Despesa pública	Despesa total
Alemanya	7,8	10,4
França	7,2	9,5
Dinamarca	6,8	8,3
República Txeca	6,6	7,2
Canadà	6,5	9,1
Bèlgica	6,2	8,7
Nova Zelanda	6,2	8,0
Itàlia	5,9	8,1
Regne Unit	5,9	7,3
Portugal	5,8	8,2
Estats Units	5,8	13,0
Suècia	5,7	8,5
Mitjana països UE	5,7	8,0
Àustria	5,6	8,0
Mitjana països OCDE	5,6	8,0
Holanda	5,5	8,1
Islàndia	5,4	8,7
Espanya	5,4	7,7
República Eslovaca	5,3	5,9
Hongria	5,1	6,8
Irlanda	5,1	6,7
Finlàndia	5,0	6,6
Grècia	4,6	8,3
Mèxic	2,5	5,5
Luxemburg	2,4	6,0

Font: Eco-Santé. OCDE.

D'això es pot deduir que estem per sota del nivell de despesa sanitària mesurada segons la riquesa dels països del nostre entorn.

Si ens centrem en les dades de despesa pública sobre el PIB segons informació de l'OCDE, Espanya es va situar en un 5,4%, és a dir, tres dècimes per sota de la mitjana europea, que va ser del 5,7%, i dues per sota de la mitjana dels països de l'OCDE, que va ser del 5,6%.

Hi ha un conjunt de factors que influeixen significativament en l'evolució de la despesa sanitària. Aquest és el cas de la pròpia evolució de la taxa de cobertura sanitària de la població, els avenços tecnològics, l'aparició de noves malalties o el mateix desenvolupament socioeconòmic de la població, que genera una demanda superior al ritme de creixement de la seva renda: és prou conegut i demostrat que l'elasticitat del consum de serveis sanitaris és superior a la unitat. Aquest aspecte, clarament constatat a l'àmbit internacional, afecta d'una manera més visible a comunitats com Catalunya, amb una renda per càpita més elevada en relació amb altres comunitats autònomes, el que suposa que el diferencial assenyalat entre Espanya i els països desenvolupats és encara més evident si ho considerem en relació amb Catalunya.

Un factor de pressió molt important sobre la despesa serà el de l'envelliment progressiu de la població. Recentment, l'OMS ha alertat sobre l'impacte sanitari d'aquest fenomen. Estima que la despesa en assistència sanitària s'incrementarà un 41% entre l'any 2000 i el 2050 per l'augment del nombre de persones grans. A l'actualitat, un 30% de les despeses de salut a tot el món es destina als majors de 75 anys, encara que només representen el 5% de la població.

En aquests moments Espanya ocupa el novè lloc en la llista d'envelliment, però segons l'OMS serà el país més vell l'any 2050, amb un 31,5% de la població amb més de 65 anys.

La nova configuració del finançament sanitari

El model de finançament de la sanitat ha evolucionat significativament des de l'inici dels traspassos de la sanitat a les comunitats autònomes. Des de l'any 1981, en que es van produir les primeres transferències a Catalunya, fins el 1993, en que es va plantejar la necessitat d'una reforma profunda, es va mantenir un sistema basat en el cost efectiu de la despesa vinculada a l'Insalud, amb les consegüents mancances que això va suposar, fonamentalment per problemes d'insuficiències dels pressupostos inicials i liquidats.

No és fins el període 1994-1997 en que es planteja un model quadriennal més estable, basat en el repartiment per càpita. Es va homogeneïtzar l'assignació dels recursos, establint un concepte únic de població protegida. Com a criteri d'evolució dels recursos es va limitar per primera vegada el creixement del pressupost sanitari de cada comunitat autònoma al creixement del PIB nominal de l'Estat.

Al final d'aquest període es va generalitzar l'opinió de reformar el model amb profunditat per millorar essencialment la suficiència de recursos. Amb aquest plantejament es va aprovar un nou sistema de finançament per al període 1998-2001. Així mateix, la distribució territorial es va realitzar en un 98% dels recursos segons la població protegida i per al 2% restant es va crear un fons per recollir la compensació per la pèrdua de població, la compensació per l'atenció als desplaçats d'altres comunitats autònomes i per cobrir costos de docència i recerca.

Es va veure, però, a la vista de la pressió de la demanda, que el sector públic de la sanitat tindria problemes per mantenir l'equilibri pressupostari amb un escenari de creixement de la despesa sanitària pública basat en el PIB nominal.

Així, en el nou model de finançament general de les comunitats autònomes de règim comú que es va iniciar l'any 2002 s'hi van incloure per primer cop la sanitat i els serveis socials en el montant total de recursos per a finançar les competències comunes, però amb algunes característiques específiques. La sanitat ja no es finançarà per la seva participació en el pressupost de despesa de l'antic Insalud sinó que el seu pressupost estarà relacionat amb els ingressos tributaris de la comunitat autònoma en què té competència i protegit per una norma de mínims. És a dir, la sanitat ja no es finançarà mitjançant una subvenció condicionada sinó mitjançant el rendiment que la Generalitat extregui de la recaptació de determinats tributs, concretament, del 35% de l'IVA, del 40% dels impostos especials sobre l'alcohol, el tabac i els hidrocarburs, del 100% de l'impost sobre l'energia i de la recaptació dels impostos sobre matriculació de vehicles i de les vendes minoristes d'hidrocarburs. Per tant, és un sistema que millora l'autonomia financera de la Generalitat (el finançament via impostos recaptats passa del 33 al 86% del pressupost).

El finançament de la sanitat en el nou acord de finançament de les comunitats autònomes vigent des del 2002 es basa en la distribució dels següents fons, segons uns paràmetres de repartiment establerts:

Fons general

El model fixa una xifra inicial de recursos per a la sanitat i garanteix durant els tres primers anys (2002-2004) que l'evolució mínima serà la del PIB nominal a preus de mercat.

La xifra base de partida per a tot el Sistema Nacional de Salut (SNS) és la despesa liquidada del 1999, però distribuïda entre comunitats autònomes d'acord amb els següents criteris i ponderacions: població protegida (xifra de població de 1999) un 75%, envelliment de la població (majors de 65 anys) un 24,5% i insularitat un 0,5%.

Malgrat que no es tracta d'una subvenció condicionada, les comunitats autònomes es comprometen a destinar a la gestió de l'assistència sanitària de la Seguretat Social, com a mínim, els fons derivats dels càlculs esmentats, actualitzats d'acord amb l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE).

Fons específics

- **Fons del Programa d'estalvi en incapacitat temporal.** Com en l'últim acord, es dota un fons de 40.000 milions de pessetes del que les comunitats autònomes gaudiran en funció de l'assoliment d'objectius en relació amb la prestació econòmica d'incapacitat temporal. La distribució d'aquest fons es farà en funció de la població protegida i els objectius es fixaran com en l'acord anterior, mitjançant un conveni.
- **Fons de cohesió sanitària.** La llei que fixava el model de finançament prevèia que el Ministeri de Sanitat i Consum desenvoluparia un procediment que permetria la compensació de la facturació corresponent a malalts desplaçats d'altres comunitats autònomes, de països de la UE o de països que tenen conveni d'assistència recíproca. A més, sembla que es dotaran recursos per tal de fomentar la cooperació i la coordinació dels diversos serveis autonòmics de salut.
- **Fons de suficiència.** El fons de suficiència en l'any base 1999 s'entén com la diferència, positiva o negativa, entre les necessitats totals de finançament de cada comunitat autònoma i el valor dels recursos financers del sistema. Així doncs, té com a finalitat cobrir la diferència entre les necessitats de despesa de cada comunitat autònoma i la seva capacitat fiscal en l'any base del sistema (1999).
- **Assignacions d'anivellament.** Aquestes assignacions tenen com a objectiu garantir un nivell mínim en la prestació de serveis públics fonamentals. Es consideren dins d'aquesta qualificació els serveis educatius i els sanitaris. Aquest concepte pretén garantir que quan

es produeixi una desviació de més de tres punts respecte de la mitjana de l'Estat (s'entén que es parla del percentatge de població protegida, en el cas de la sanitat), l'Estat i la comunitat autònoma analitzaran quines possibles solucions es poden adoptar, un cop tingut en compte el finançament global de la comunitat autònoma. En els pressupostos generals de l'Estat s'habilitarà una dotació anual per tal d'atendre aquesta assignació d'anivellament.

- **Lleialtat institucional.** L'acord de finançament preveu que, atès que l'Estat pot prendre algunes decisions tributàries que afectin les comunitats autònomes amb la implicació d'un nivell de despesa no prevista en el moment d'aprovar-se l'esmentat acord, anualment el Consell de Política Fiscal i Financera elaborarà un informe sobre les conseqüències derivades de les actuacions de l'Estat, tant en matèria d'ingressos com de despeses.

En definitiva, hi ha una sèrie de punts significatius en el nou acord de finançament de les comunitats autònomes que afecten directa o indirectament a la sanitat i que cal destacar:

- En primer lloc, la integració de la sanitat al finançament general de les comunitats autònomes. Això suposa un increment de l'autonomia financera de les comunitats autònomes i la possibilitat de transferència de la sanitat a la resta de comunitats, i dóna més capacitat financera per a la sanitat en mantenir l'evolució dels ingressos tributaris de l'Estat (ITE) per sobre de l'evolució del PIB nominal.
- És un sistema de finançament via ingressos que proporciona major autonomia financera a les comunitats autònomes, amb l'increment del nombre de tributs cedits o amb participació de les comunitats en el percentatge dels impostos, com ja hem assenyalat anteriorment.
- Es manté la sanitat en l'àmbit de protecció de la Seguretat Social. És a dir, està sotmesa al règim econòmic de la Seguretat Social que és competència de l'Estat i, per tant, és aquest qui defineix les prestacions sanitàries de cobertura obligatòria.
- Es vincula una despesa sanitària mínima a les comunitats autònomes, és a dir, que la despesa sanitària evolucioni com la part estatal dels impostos cedits. Així mateix, l'evolució dels recursos sanitaris mínim serà igual a la del PIB nominal pels tres primers anys de l'acord.

Caldrà veure com l'evolució temporal del model exercita realment la capacitat de generar recursos suficients per a la sostenibilitat del sistema sanitari públic.

Així mateix, el desembre de 2001, les deu comunitats autònomes que encara no tenien competències directes en sanitat van pactar el traspàs d'aquestes i, posteriorment, durant el 2002, totes les comunitats van acceptar el nou sistema amb totes les seves fonts de finançament, com a elements a integrar en els seus respectius pressupostos.

Aquest nou pas que es recull per primer cop en els pressupostos de l'any 2003 implica, pel que fa a la sanitat, entre d'altres coses, que el pressupost estatal destinat a la despesa sanitària es redueix un 95%, ja que ara l'Estat només administra directament la sanitat en les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla.

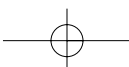
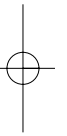
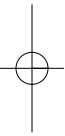
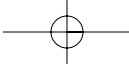
Ara són els serveis de salut de cada comunitat autònoma els responsables de l'administració i gestió dels recursos destinats a l'atenció sanitària del conjunt dels ciutadans. A la taula 2 es pot veure l'evolució dels recursos públics destinats a la sanitat a la comunitat autònoma de Catalunya. Es pot observar com el pressupost de la sanitat pública a Catalunya ha anat creixent progressivament i per sobre del creixement del PIB nominal.

Taula 2. Evolució del pressupost per a la prestació dels serveis sanitaris de provisió pública de la Generalitat de Catalunya 1990-2003. Any base 1990

Any	Pressupost (en milions d'euros)	% creixement
1990	1.964,64	-
1991	2.283,52	16,23
1992	2.628,69	15,12
1993	2.951,58	12,28
1994	3.165,39	7,24
1995	3.319,01	4,85
1996	3.435,18	3,50
1997	3.640,97	5,99
1998	3.847,72	5,68
1999	4.171,17	8,41
2000	4.437,36	6,38
2001	4.744,74	6,93
2002	5.089,00	7,26
2003	5.489,97	7,88

5

Objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010 i objectius operacionals per al període 2002-2005



Objectius i intervencions per a la promoció d'hàbits saludables

Consum de tabac

Introducció

En els països desenvolupats, el consum de tabac constitueix la primera causa prevenible de pèrdua de salut i de morts evitables i prematures¹. El tabaquisme és un dels factors de risc més importants de les principals malalties cardiovasculars i respiratòries cròniques, així com d'un nombre important de neoplàsies². La nicotina i, sobretot, el monòxid de carboni són els responsables de l'augment de risc del fumador per a les malalties cardiovasculars (cardiopatia isquèmica, malaltia cerebrovascular i vasculopatia perifèrica). Les substàncies irritants (com ara l'òxid de nitrògen, o l'acroleïna, entre altres) són les principals causants dels processos crònics de l'aparell respiratori (bronquitis crònica, emfisema pulmonar i asma bronquial) que apareixen en el fumador^{3,4}. Finalment, partícules contingudes en el quitrà del fum del tabac (hidrocarburs policíclics, amines aromàtiques, etc.) amb un poder carcinogènic demostrat són responsables d'una sèrie de càncers relacionats amb el consum de productes tabàquics: de càncer de pulmó, de cavitat oral i faringe, de laringe, d'esòfag, de pàncrees, de bufeta urinària, de pelvis renal i de cèrvix uterí. En la dona, el tabaquisme incrementa el risc de malaltia inflamatòria pelviana i d'embaràs extrauterí, així com afavoreix el risc d'avortament espontani, de part prematur i de baix pes al néixer^{5,6}.

L'exposició passiva al fum ambiental del tabac incrementa el risc de càncer de pulmó en els no fumadors, de síndrome de mort sobtada en el lactant i d'infeccions respiratòries, otitis mitjana i asma en els nens. L'excés de risc de desenvolupar càncer de pulmó en la persona no fumadora que conviu amb la persona fumadora es situa entre un 20% i un 30% segons l'últim informe de la International Agency for Research on Cancer (IARC, 2002)⁷.

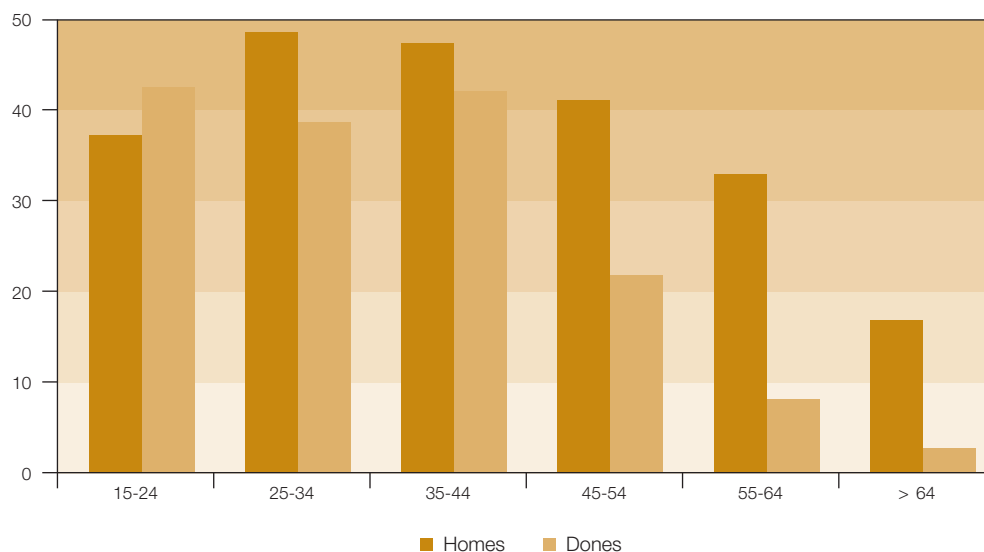
L'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el seu informe «Health for all in the 21st century» dirigit a la regió europea estableix en un 50% la proporció de persones fumadores que moriran per causa del tabaquisme, la meitat a edat mitjana, és a dir en el període de la vida de més gran activitat econòmica i la meitat a una edat més avançada. Si les tendències actuals continuen i no s'endureixen les mesures de control del tabaquisme, el consum de tabac serà el responsable del 20% de totes les morts en la regió europea cap a l'any 2020⁸.

Magnitud del problema

L'impacte sanitari i econòmic que ocasiona el tabaquisme és elevat^{9,10}. Així, a Catalunya s'ha estimat que es van produir 8.931 morts atribuïbles a l'hàbit tabàquic l'any 1997, el que va representar un 16,4% de totes les morts que van ocórrer aquell any. D'aquestes, 7.484 es van donar en els homes i 1.447 en les dones, el que va correspondre al 27,4% i 5,7%, respectivament, de totes les morts produïdes en homes i dones de més de 35 anys a la població catalana¹¹.

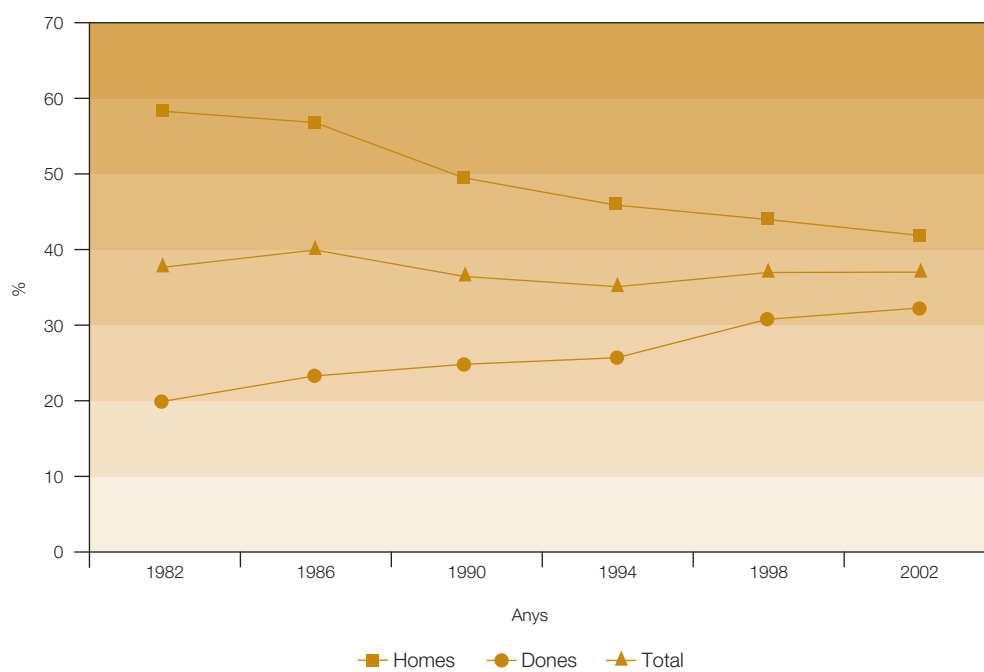
A Catalunya, l'any 2002, la prevalença de fumadors de 15 anys o més és de 32,1% (38,0% en els homes i 26,6% en les dones), xifra que representa una reducció de 1,6 punts de prevalença respecte de 1990, però ens deixa molt lluny de l'objectiu fixat normativament per l'OMS, que era del 20% de fumadors l'any 2000¹².

Per grup d'edat i sexe, els homes de 25 a 34 anys són els que representen xifres de prevalença més altes (48,6%). Entre les dones, les de 15 a 24 anys presenten la prevalença més alta (42,5%), per sobre dels nois de la mateixa edat, encara que s'ha reduït un 5,8% amb relació a l'any 1998 (gràfics 1 i 2). Pel que fa a la resta de grups d'edat, la prevalença és en general superior en els homes. En les dones (de 15 anys o més) la prevalença de tabaquisme s'ha incrementat un 15,2% en relació amb el 1998, mentre que en els homes ha disminuït un 3,3% durant el mateix període (gràfics 1 i 2)¹².



Gràfic 1. Prevalença de tabaquisme* segons grup d'edat i sexe. Catalunya 2002

Font: Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
*Fumadors diaris i ocasionals.

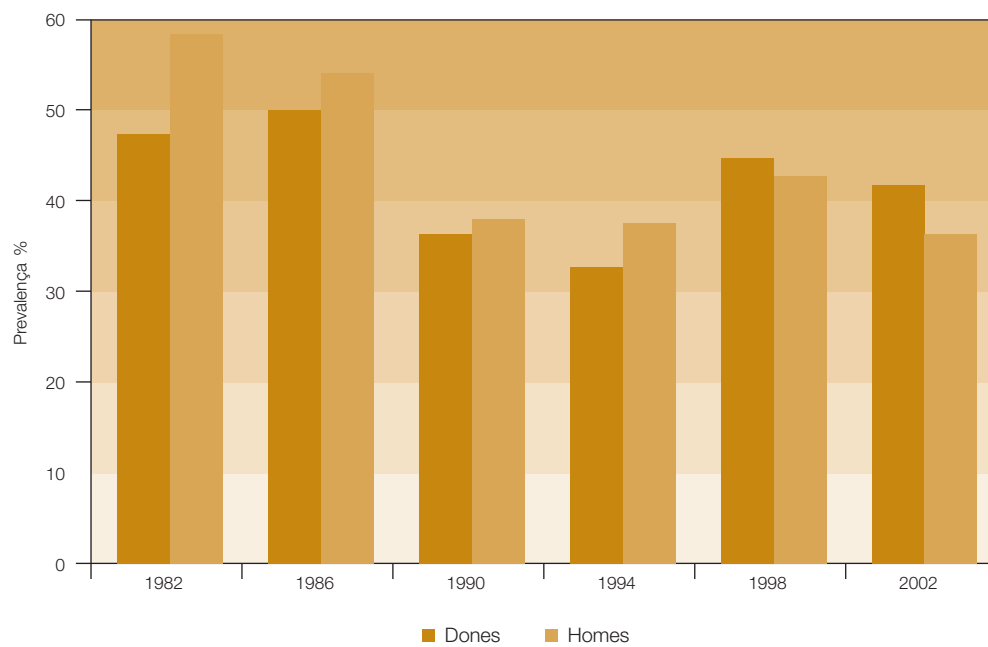


Gràfic 2. Evolució de la prevalença de l'hàbit tabàquic* per sexe. Catalunya, 1982-2002

Font: Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
*Població de 15 a 64 anys. Fumadors diaris i ocasionals.

Per sexes, l'evolució del tabaquisme a Catalunya en els darrers anys mostra una tendència ascendent pel que fa a les dones i descendent en el homes en línia amb les tendències evolutives que ha tingut l'epidèmia tabàquica a Espanya¹³⁻¹⁶. En el cas dels joves d'ambdós sexes sembla que s'ha frenat l'increment de la prevalença que s'havia produït entre els anys 1994 i 1998 (gràfic 3) i, tot i la millora global, estem situats molt lluny de l'objectiu marcat que era del 18% l'any 2000, en la franja jove entre 15 i 24 anys¹⁷.

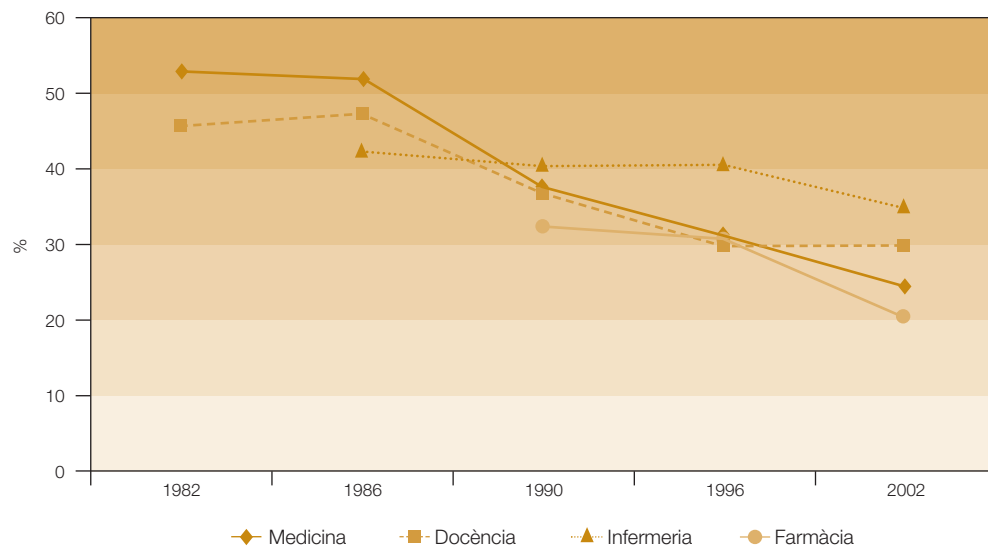
Gràfic 3. Evolució del tabaquisme* en la població jove (15-24 anys). Catalunya, 1982-2002



Font: Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
*Fumadors diaris i ocasionals.

En el cas dels grups professionals que exerceixen un paper potencial de model social com ara els col·lectius de metges, d'infermeria, de farmacèutics o docents, l'evolució del tabaquisme a Catalunya ha estat favorable tant en homes com en dones^{18,19} (gràfic 4), assolint-se la majoria dels objectius fixats per a l'any 2000, tant des del punt de vista de les prevalences de tabaquisme –han baixat clarament a tots els grups– com de les actituds i comportaments en relació amb la població que els consulta o visita¹⁷.

Gràfic 4. Prevalença del tabaquisme* en professionals sanitaris i docents. Catalunya, 1982-2002



Font: Programa per a la prevenció i el control del tabaquisme. Departament de Sanitat i Seguretat Social.
*Fumadors diaris i ocasionals.

Justificació de les intervencions

Deixar de fumar redueix de forma important l'excés de risc de morir prematurament²⁰. Els exfumadors viuen més que les persones que continuen fumant i, a més, presenten una millor qualitat de vida²¹. L'abandonament del tabaquisme és beneficiós a totes les edats. Les persones que deixen de fumar abans dels 50 anys tenen només la meitat de risc de morir durant els 15 anys següents en comparació amb els que continuen fumant^{22,23}.

La cessació de l'hàbit tabàquic comporta una disminució de risc de patir qualsevol malaltia relacionada amb el tabac. Així, després de 10 a 15 anys d'haver deixat de fumar, el risc de patir un càncer de pulmó pràcticament s'equipara amb el dels no fumadors. Després de 10 anys d'haver deixat de fumar, el risc de cardiopatia coronària arriba a igualar el dels no fumadors²².

En el cas de l'embaràs, si la dona deixa de fumar abans de les 16 setmanes de gestació la probabilitat de tenir un fill amb baix pes al néixer s'equipara a la de les no fumadores¹¹.

Al nostre país, un bon nombre d'organismes i societats científiques han fixat i desenvolupen les seves recomanacions per tal de controlar al màxim l'evolució d'aquest greu factor de risc de malaltia crònica²⁴⁻²⁶. Per incrementar l'efectivitat de les estratègies antitabac, aquestes s'han de dur a terme en un marc global, integral, multidisciplinari i multisectorial de control del tabaquisme²⁷⁻³⁰.

Dins d'aquest marc, les campanyes preventives, majoritàriament dirigides a reduir la iniciació del tabaquisme en els joves, han demostrat ser efectives si es planifiquen seriosament amb missatges sostinguts i repetitius per a diferents anys. Cal destacar la importància de l'entorn social com a factor predictiu del consum en els joves adolescents, fet que dificulta la prevenció de la iniciació en aquest col·lectiu^{30,31}. Els programes de prevenció en l'àmbit escolar són efectius a curt o mig termini si es basen en els models d'influència social; es requereix una avaluació rigorosa d'aquests programes^{33,34}.

Les intervencions que han mostrat ser efectives en la cessació tabàquica en la població, segons la Cochrane Library i altres fonts que han dut a terme estudis de metaanàlisi sobre la qüestió, són: el consell breu dels metges, l'assessorament individual i grupal, els materials d'autoajuda i la utilització dels tractaments de reemplaçament nicotínic als quals s'ha afegit recentment l'agent antidepressiu bupropion³⁹⁻⁴¹. Les estimacions internacionals realitzades sobre els efectes de diferents tipus d'intervenció per deixar de fumar, mesurats en termes d'increment diferencial de les taxes d'abstinència als 6 mesos, es presenten a la taula 1. Al nostre país s'ha estudiat i revisat l'efectivitat d'aquestes intervencions⁴²⁻⁴⁶. Idealment, aquest tipus d'accions s'han de complementar amb la conscienciació, capacitació i involucració activa dels professionals referencials clau (especialment els de l'àmbit sanitari). Per aconseguir això, s'ha de vèncer un seguit de barreres de tot tipus i és positiu portar a terme activitats específicament adreçades a aquests grups anomenats exemplars⁴⁷⁻⁴⁹.

Cal ressaltar, igualment, les intervencions adreçades a les dones embarassades fumadores atès que la gestació representa un moment d'especial motivació per a la dona per deixar de fumar^{50,51}. Diferents revisions que utilitzen metodologia quantitativa i qualitativa conclouen que els programes de cessació durant el període prenatal són efectius⁶.

Tot i que la seva efectivitat ha estat menys mesurada i contrastada, es coneix la importància que tenen les mesures de base comunitària (per exemple, al voltant d'accions concretes com ara el «Dia Mundial Sense Tabac», concursos amb incentius com el «Deixa-ho i Guanya», o els programes estructurats de suport i seguiment des dels serveis sanitaris) i les accions legislatives que tenen el potencial de crear l'entorn favorable a la vida sense fum del tabac, especialment en els àmbits i espais d'ús comú. A Catalunya s'han experimentat, mesurat i avaluat algunes d'aquestes iniciatives⁵²⁻⁵⁶. En aquest context també cal referenciar l'efectivitat de les estratègies basades en la línia telefònica i/o pàgines web⁵⁷. Finalment, tot i la provisionalitat dels resultats actuals, cal contemplar les estratègies de reducció de risc/reducció de danys⁵⁸.

Taula 1. Efectivitat de les intervencions de cessació tabaquica

Intervenció	Increment en % de fumadors abstinents als 6 mesos o més*
Consell breu (3 min) per un clínic enfront no consell	2
Consell breu (fins a 10 min) per un clínic enfront no consell	3
Tractament substitutiu nicotínic més consell breu enfront consell breu només o consell breu i placebo*	6
Suport intensiu (unitat tabaquisme) enfront no intervenció	8
Suport intensiu més tractament substitutiu enfront suport intensiu més placebo*	8
Consell antitabac i suport per a pacients hospitalaris enfront no suport	5
Consell antitabac i suport per a embarassades fumadores enfront atenció ordinària o no suport	7

*L'increment es refereix a la diferència entre el percentatge d'èxits (en seguiments als 6 mesos o més llargs) entre el grup d'intervenció i el grup control.

Font: US DHHS Agency for Health Policy and Research, 1996 & 2000^{34,35}.

*Dades a partir de les revisions de la Cochrane Library³⁸

Objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010

- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre la població de 15 i més anys fins al 28%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme a la població de 15 i més anys d'edat.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els joves de 15 a 24 anys fins al 32%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme a la població de 15 a 24 anys.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 i més anys fins al 22%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en dones de 15 i més anys d'edat.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els homes de 15 i més anys fins al 34%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en homes de 15 i més anys d'edat.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha d'assolir una proporció d'abandonament del tabaquisme en la població de 15 i més anys del 35%.
Indicador d'avaluació: Proporció d'abandonament a la població de 15 i més anys d'edat.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els metges fins al 20%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en metges.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre el personal d'infermeria fins al 30%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en personal d'infermeria.
- D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els farmacèutics fins al 17%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en farmacèutics.

9. D'aquí a l'any 2010 s'ha de reduir la prevalença de tabaquisme entre els docents fins al 25%.
Indicador d'avaluació: Prevalença de tabaquisme en personal docent.

Objectius operacionals del Pla de salut 2002-2005

1. D'aquí a l'any 2005, cal incrementar el percentatge de població molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius a un 85%.
Indicador d'avaluació: Proporció de persones de 15 i més anys d'edat que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en els fumadors passius.
2. D'aquí a l'any 2005, cal incrementar el percentatge de població fumadora* molt o bastant preocupada pels efectes del tabac en la seva pròpia salut a un 60%.
Indicador d'avaluació: Proporció de població fumadora entre els 15 i els 64 anys d'edat que declara estar molt o bastant preocupada pels efectes del tabac sobre la pròpia salut.
3. D'aquí a l'any 2005, cal reduir el percentatge de professionals dels grups exemplars (metges, farmacèutics, personal d'infermeria, docents) que fuma en presència dels seus pacients, clients o alumnes fins a un 0%.
Indicador d'avaluació: Proporció de professionals sanitaris i docents que fumen en presència de pacients, clients o alumnes.
4. D'aquí a l'any 2005, cal reduir el percentatge de metges que deixen fumar a la sala d'espera a un 5%.
Indicador d'avaluació: Proporció de metges que permeten fumar a la sala d'espera.
5. D'aquí a l'any 2005, cal incrementar la cobertura del programa de prevenció del tabaquisme «El tabac ben lluny» en les escoles a un 25%.
Indicador d'avaluació: Proporció d'escoles que participen al programa «El tabac ben lluny».
6. D'aquí a l'any 2005, els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 60% de la població atesa de 15 anys i més.
Indicador d'avaluació: Proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 o més anys d'edat on consta la presència, o no, de tabaquisme.
7. D'aquí a l'any 2005, els equips d'atenció primària hauran detectat l'hàbit tabàquic en almenys el 40% de la població atesa de 15 a 19 anys.
Indicador d'avaluació: Proporció d'històries clíniques d'atenció primària de persones de 15 a 19 anys on consta l'interrogatori sobre l'hàbit tabàquic.
8. D'aquí a l'any 2005, cal incrementar la cobertura del programa «Atenció primària sense fum» a un 38% de la xarxa de centres d'atenció primària.
Indicador d'avaluació: Proporció de centres que participen en el programa «Atenció primària sense fum».
9. D'aquí a l'any 2005, formaran part de la xarxa «Hospitals lliures de fum» un 75% dels hospitals de la XHUP.
Indicador d'avaluació: Proporció d'hospitals de la XHUP que participen en el programa «Hospitals lliures de fum».

* Població general de 15 a 64 anys.

10. D'aquí a l'any 2005, cal reduir el percentatge de persones exposades a ambients carregats de fum del tabac més d'una hora diària a menys d'un 20%.
- Indicador d'avaluació: Proporció de persones que declaren estar exposades al fum del tabac més d'una hora diària.
11. D'aquí a l'any 2005, cal incrementar l'indicador d'impacte* del programa «Deixa-ho i guanya» en un 40%.
- Indicador d'avaluació: Participació en el programa i proporció d'èxit als 12 mesos.

Activitats

- Monitorar la tendència de les creences, actituds i conductes en relació amb l'hàbit tabàquic en la població general de Catalunya i en els grups professionals amb paper exemplar.
- Dur a terme activitats de sensibilització envers l'hàbit tabàquic en la població general a través de mitjans de comunicació, posant especial èmfasi en els grups de població jove i de dones.
- Analitzar l'estudi pilot sobre cessació tabàquica amb reembossament i valorar-ne la seva eventual factibilitat en l'àmbit de l'atenció primària.
- Dur a terme activitats específiques en els col·lectius professionals exemplars per sensibilitzar, promoure l'abandonament tabàquic i fomentar la seva participació activa en les tasques de cessació.
- Promoure la utilització de serveis d'ajut personalitzat mitjançant línies telefòniques i/o pàgines web.
- Detectar l'hàbit tabàquic en la població fumadora atesa.
- Realitzar consell antitabàquic sistemàtic a la població atesa.
- Capacitar els professionals de la salut per al diagnòstic, maneig i tractament del pacient fumador.
- Editar materials específics per alguns grups professionals diana: pediatres, ginecòlegs, llevadores.
- Promoure els canvis necessaris en la legislació vigent per obtenir especialment un major grau de compliment de la normativa en la limitació d'accés dels joves als productes tabàquics i en la restricció del consum de tabac en els llocs públics i d'ús comú.
- Reduir l'exposició passiva al fum ambiental del tabac en el medi laboral i en els àmbits socials d'ús comú.
- Establir estratègies per a l'abordatge de l'hàbit tabàquic de forma integral, intersectorial i multidisciplinària que tinguin en compte els aspectes específics de gènere.

Avaluació

- Estudi poblacional transversal per analitzar l'evolució de la prevalença de l'hàbit de fumar en la població general.
- Estudi poblacional transversal per analitzar les creences, actituds i conductes respecte de l'hàbit tabàquic de la població femenina i jove.
- Estudi transversal en grups professionals amb rol de model social per analitzar prevalen-

* Indicador impacte «Deixa-ho i guanya»: Taxa de participació ($\times 100$) \times taxa d'abstinència (12 mesos). L'any 2001 era de 2,5.

** Indicadors d'impacte del Programa pilot de reembossament condicionat a l'èxit (Pla de l'Estany, Urgell, Montsià): índex de participació: 3,5% de la població de fumadors. Índex de cessació als 6 mesos: 35%.

ces, creences, actituds i conductes respecte de l'hàbit tabàquic de metges, farmacèutics, personal d'infermeria i docents.

- Cens de centres d'atenció primària de Catalunya adherits a la xarxa del programa «Atenció primària sense fum».
- Cens de centres hospitalaris adherits a la xarxa d'«Hospitals sense fum».
- Cens de centres educatius adherits al programa «El tabac ben lluny».
- Anàlisi del programa d'intervenció comunitària amb reembossament (experiència pilot 2001-2002).
- Auditoria d'històries clíniques d'atenció primària sobre activitats preventives.
- Mètodes directes i indirectes de mesura de l'exposició al fum ambiental del tabac a la població general.
- Actes del Consell Assessor sobre Tabaquisme a Catalunya sobre les estratègies de control del tabaquisme integrals, intersectorials i multidisciplinàries.
- Control i seguiment del compliment de la normativa vigent en matèria de tabaquisme i obertura d'expedients sancionadors pel seu incompliment.
- Informe de resultats del programa «Deixa-ho i guanya».

Intervencions prioritàries del Pla de salut 2002-2005

Les intervencions i accions prioritàries d'aquest Pla de salut s'adreçaran a la prevenció de la iniciació a l'hàbit tabàquic en la població més jove i a les activitats de cessació tant en els joves com els adults, fent èmfasi especial en les dones, seguint amb les línies d'actuació i de recerca recomanades a nivell internacional i desenvolupades en els darrers anys⁵⁹⁻⁶³. Per tal d'obtenir resultats efectius cal abordar el problema de forma integral considerant els aspectes legislatius, econòmics i socials per a la prevenció i control del tabaquisme i la defensa d'un ambient lliure de fum en la nostra societat⁶⁴⁻⁶⁶.

Les accions prioritàries per al període 2002-2005 són les següents:

- Continuar analitzant l'evolució i les característiques de l'hàbit tabàquic a la població general i als grups professionals amb paper exemplar.
- Detectar el grau d'exposició passiva al fum ambiental del tabac en la població general i especialment en àmbits de treball específics: centres sanitaris, centres docents, administracions públiques.
- Adreçar activitats informatives, de sensibilització i d'ajuda a la cessació a la població femenina.
- Adreçar accions educatives a la població adolescent i jove, especialment en l'àmbit escolar.
- Ampliar l'abast dels programes d'intervenció adreçats a les persones que treballen en els centres sanitaris (atenció primària, atenció hospitalària, etc.).

Ampliació del Programa de Cessació Tabàquica amb suport farmacològic a les àrees bàsiques de salut que participen al Projecte Atenció Primària sense fum.

Desplegament de l'ampliació de la legislació sobre prevenció i control de l'hàbit tabàquic.

Referències bibliogràfiques

1. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life. Geneva: WHO/WHR/02.1, 2002.
2. Bolliger CT, Fagerström KO, editors. The tobacco epidemic. Progress in Respiratory Research. Basel: Karger, 1997.
3. Becoña E, editor. Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Madrid: CNPT-Edicions Glosa. S.A., 1997.
4. Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1996.
5. Joosens L. Some like it «light». Women and Tobacco in the European Union. Brussels: ENSP, 1999.
6. US Department of Health and Human Services. Women and Smoking: a report of the Surgeon General. Rockville: US DHH, PHS, 2001.
7. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). Involuntary Smoking (Group1). IARC Monographs. Vol. 83. Lyon: WHO, 2002.
8. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. Copenhagen: WHO, 1999.
9. Pardell H, Tresserras R, Saltó E, Taberner JL, Salleras L. Economic considerations for joint antihypertension-antismoking programs. Can J Cardiol 1993; 9 (Supl D): 175D-7.
10. Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. Impacto sanitario y económico del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3: 245-50.
11. Salleras L, Pardell H, Jané M, Saltó E, Cabezas C, Marin D, et al. Dona i Tabac. Informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La Salut i els Serveis Sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
13. Salleras L, Pardell H, Villalbí JR, Vaqué J. Epidemiología del tabaquismo en la población adulta de Cataluña. Prevalencia del hábito. Med Clin (Barc) 1985; 85: 525-8.
14. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Juncà S, Fernández E, Vicente R, Segura A, Rius E, Salleras L. La evolución del hábito tabáquico en Cataluña, 1982-1994. Med Clin (Barc) 1997; 109: 125-9.
15. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, Salleras L. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género. Med Clin (Barc) 2002; 118: 81-5.
16. Fernández E, Schiaffino A, Garcia M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc) 2003 (en premsa).
17. Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Evaluación de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña para el año 2000 relacionados con enfermedades respiratorias y la prevención y el control del tabaquismo. Med Clin (Barc) 2003 121 (Supl 1): 30-7.

18. Saltó E, Jané M, Pardell H, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Prevalencia y actitudes de los profesionales sanitarios de Cataluña respecto al tabaquismo: últimos datos (2002). II Congreso Nacional sobre la Prevención y Tratamiento del tabaquismo. *Prev Tab* 2002; 4 (Supl 1): 30.
19. Jané M, Pardell H, Saltó E, Tresserras JL, Taberner JL, Salleras L. Tabaquismo femenino en grupos profesionales con papel ejemplar. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. *Gac Sanit* 2002; 16 (Supl 1): 113.
20. US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US DHHS, CDC, NCCDCPHP, Office on Smoking and Health, 2000.
21. Pardell H, Jané M, Sánchez Nicolay I, Villalbí JR, Saltó E. Manejo del fumador en la clínica. Recomendaciones para el médico español. Barcelona: Organización Médica Colegial. Medicina stm Editores (Ars Medica), 2002.
22. US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Rockville: Office on Smoking and Health, 1990.
23. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Villalbí JR, Cabezas C, Salleras L. Consejo antitabaco en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 1): 101-5.
24. Borràs JM, Borràs J, Viladiu P, Bosch FX, editors. Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya: 1975-1992. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, Generalitat de Catalunya, 1997.
25. Institut Català d'Oncologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla Director d'Oncologia a Catalunya: 2001-2004. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, Generalitat de Catalunya, 2001.
26. Jiménez-Ruiz CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abengoza R, Torrecilla M, Quintas AM, Hernández M, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre tratamiento farmacológico del tabaquismo. *Prev Tab* 2001; 3(2): 78-85.
27. Pardell H, Saltó E, Jané M, Salleras L. Cómo luchar contra la epidemia tabáquica en nuestros días. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 60-2.
28. Abraham P, Álvarez A, Pardell H, Stanikas T, Watts C, Saltó E. Policies for tobacco free regions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.
29. Villalbí JR, Ariza C. El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2000.
30. Secretary of State for Health, Secretary of State for Scotland, Wales and Northern Ireland. Smoking kills. A White Paper on Tobacco. London: The Stationary Office, 1998.
31. US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General. Atlanta: USDHHS, PHS, 1994.
32. Díez E, Villalbí JR, Nebot M, Aubà J, Sanz F. El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Med Clin (Barc)* 1998; 110: 334-9.
33. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: A review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control* 2000; 9: 47-63.
34. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 175-87.

35. US Department of Health and Human Services. US Agency for Health Policy and Research. Clinical Practice Guidelines No 18. Smoking Cessation. Rockville: US DHH, PHS. AHCP, 1996.
36. US Department of Health and Human Services. Treating tobacco use and dependence. Rockville: US DHH, PHS, 2000.
37. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax 1998; 53 (Suppl 5; part 1).
38. Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain: A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: RCP, 2000.
39. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A, for the Cochrane Tobacco Addiction Review Group. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. BMJ 2000; 321: 355-8.
40. Sampablo I. Bupropion: primera terapia sin nicotina para dejar de fumar. Prev Tab 2000; 2(1): 32-4.
41. Ramón JM, Bou R, Alkiza ME, Romea S, Oromí J, Saltó E, Salleras L. Proceso de cambio y sexo como predictores del abandono del consumo de tabaco. Arch Bronconeumol 1999; 35: 488-93.
42. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sardà T, et al. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. Med Clin (Barc) 1990; 95: 57-61.
43. Cabezas C. Deshabitación tabáquica, nuevas estrategias. FMC-Formación Continuada en Atención Primaria 1994; 1 (1): 19-32.
44. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M. Recomendaciones sobre estilo de vida. Actualización PAPPS 1999. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 118-22.
45. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Martín G, Serra L, Plans P, Tresserras R, Taberner JL. Consejo antitabaco. Med Clin (Barc) 1994; 102 (Supl 1): 109-17.
46. Pardell H, Saltó E. Adherencia a los programas de cesación del tabaquismo. Med Clin (Barc) 2001; 116 (Supl 2): 15-9.
47. Pardell H, Saltó E. How to improve the physician's involvement in antismoking activities. Internat J Smoking Cessation 1995; 4: 6-9.
48. Saltó E, Marin D, Marin E, Serra L. Ajudeu el vostre pacient a deixar de fumar. En 5 minuts. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1993.
49. Pardell H, Saltó E, Ciruela J, Tresserras R, Gascón P, Salleras L. Programa de cesación tabáquica con parche de nicotina en médicos y farmacéuticos de Cataluña: resultados a 3 y 12 meses. An Med Intern (Madrid) 1996; 13: 16-20.
50. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1998.
51. Jané M, Nebot M, Badi M, Berjano B, Muñoz M, Rodríguez MC, Querol A, Cabero L. Factores determinantes del abandono del hábito tabáquico durante el embarazo. Med Clin (Barc) 2000; 114: 132-5.

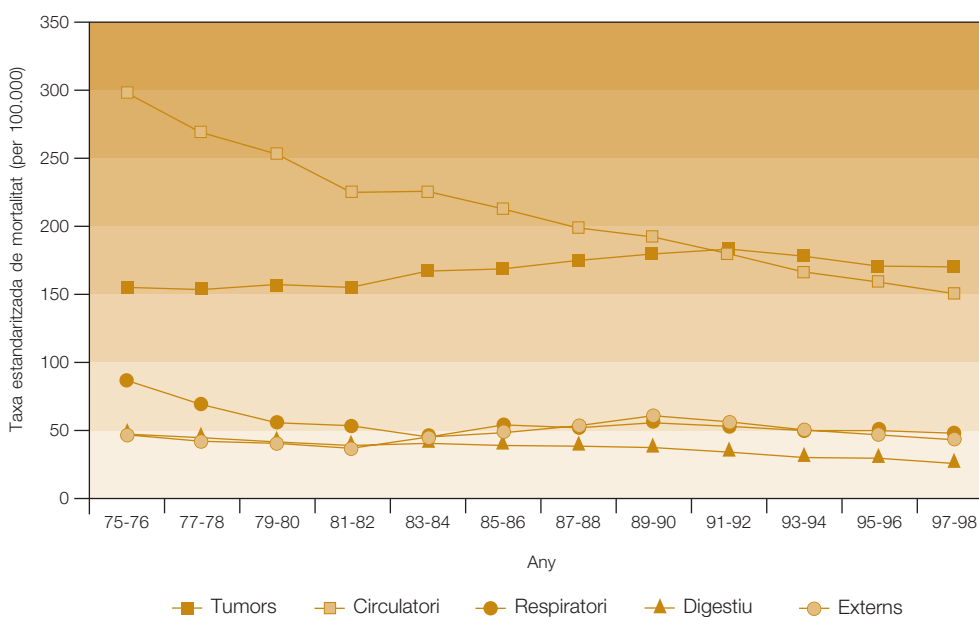
52. Korhonen T, Kamardina T, Saltó E, Korhonen H, Puska P. Quit and Win Contest 1994: Evaluation in Three Countries. *Eur J Publ Health* 1998; 8: 150-3.
53. Saltó E. Els programes comunitaris per controlar el tabaquisme a Catalunya. *Annals de Medicina* 1999; 82: 110-2.
54. Moragues I, Nebot M, Muñoz M, Ballestin M, Saltó E. Evaluación de una intervención comunitaria (programa «Quit and Win») para dejar de fumar. *Gac Sanit* 1999; 13 (6): 456-61.
55. Jané M, Nebot M, Rojano X, Artazcoz L, Sunyer J, Fernández E, Ceraso M, Samet J, Hammond SK. Exposure to environmental tobacco smoke in public places in Barcelona, Spain. *Tobacco Control* 2002; 11: 83-4.
56. Serra C, Bonfill X, López Clemente V. Consumo y venta de tabaco en lugares públicos: evaluación del cumplimiento de la normativa vigente. *Gac Sanit* 1997; 11(2): 55-65.
57. Marín D, González J, García A. Alternatives actuals per a la deshabituació del tabaquisme. *Annals de Medicina* 1999; 82: 122-4.
58. Institute of Medicine. Clearing the smoke. Assessing the science base for tobacco harm reduction. Washington DC: National Academy Press, 2001.
59. Ernster V, Kaufman N, Nichter M, Samet J, Yoon SY. Women and tobacco: moving from policy to action. *Bulletin of the World Health Organisation* 2000; 891-901.
60. Saltó E, Plans P, Fuentes M, Pardell H, Salleras L. Epidemiología del hábito tabáquico entre los escolares y jóvenes de Cataluña. *An Esp Pediat* 1993; 39: 146-8.
61. Jané M, Pardell E, Saltó E, Salleras L. Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento. *Prev Tab* 2001; 3 (3): 147-54.
62. Saltó E, Cabezas C, Nebot M. Tabac. Dones i homes. Dues maneres de viure, dues realitats de salut. Societat de Salut Pública de Catalunya i de Balears. *Annals de Medicina (Supl)* 2000; 83 (1): S1-10.
63. Salleras L, Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL. 16 anys de lluita contra el tabac a Catalunya. 1982-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Fundació Catalana de Pneumologia, 1999.
64. World Health Organisation. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO, 1998.
65. Masironi R, Nebot M, Pardell H, Piha T, Saltó E, Tresserras R, Trédaniel J, White P. Clarifying passive threats – Where's the choice? In: Puska P, Elovaino L, Vertio H, editors. Smoke-free Europe. A forum for networks. Helsinki: Finnish Center for Health Promotion, Finland, 1997; p. 49-50.
66. Richmond R. Interventions for smokers. An International Perspective. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.

Càncer

Introducció

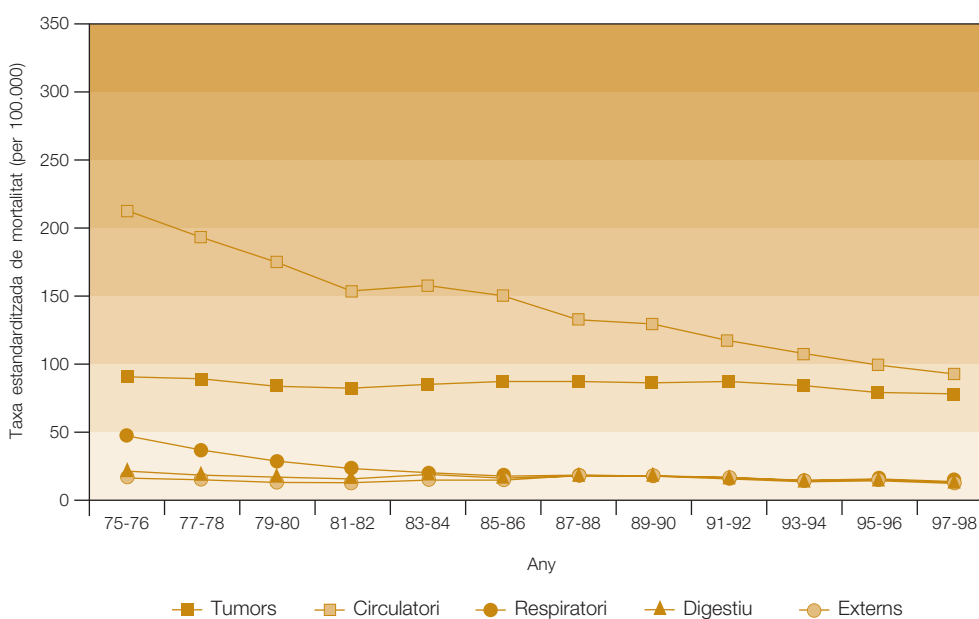
A Catalunya el càncer és la causa de mort més freqüent en els homes en els darrers anys, davant de les malalties cardiovasculars, que encara són la causa de mort més freqüent en les dones (gràfics 1 i 2).

Gràfic 1. Homes.
Grans causes.
Taxes ajustades de mortalitat (per 100.000).
Catalunya, 1975-1997



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Recursos Sanitaris.
Registre de mortalitat de Catalunya.

Gràfic 2. Dones.
Grans causes.
Taxes ajustades de mortalitat (per 100.000).
Catalunya, 1975-1997



Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Direcció General de Recursos Sanitaris.
Registre de mortalitat de Catalunya.

S'estima que a Catalunya es van diagnosticar uns 27.500 nous casos de càncer (excepte càncer de pell no melanoma) l'any 2000, i prop de 15.000 morts van ser per càncer¹. La incidència del càncer mostra una tendència creixent tant en homes com en dones. El risc de patir càncer augmenta amb l'edat i la majoria dels casos es donen en adults i gent gran; més de la meitat dels casos es van diagnosticar en persones d'edat superior als 65 anys. Al llarg de tota la vida, aproximadament un de cada dos homes i una de cada tres dones desenvoluparan un càncer. Mentre que la mortalitat per càncer va disminuir un 2,5% anual en els homes, en les dones la disminució fou d'un 1,8% anual en els períodes analitzats (taules 1 i 2).

S'estima que gairebé cinc de cada deu persones diagnosticades de càncer estan vives als cinc anys del diagnòstic. A Catalunya, la supervivència relativa al càncer als cinc anys, per al conjunt de càncers, és del 49,2%, quan s'ajusta per l'esperança de vida normal (tenint en compte les causes competitives de mortalitat, especialment en persones d'edat avançada).

D'acord amb aquestes estimacions, unes 222.500 persones (3,6%) viuen amb un diagnòstic de càncer. Al voltant de 90.500 són homes i prop de 132.000 són dones. En ambdós sexes, el major nombre de casos prevalents pel total de tumors es concentra a les edats compreses entre els 65 i 79 anys, amb una prevalença del 43,0% en homes i del 37,8% en dones.

Magnitud del problema

Mortalitat per càncer a Catalunya

La taxa de mortalitat per càncer a Catalunya, ajustada segons edat, és de 171,8 per 100.000 en homes i 78,0 per 100.000 en dones en el període 1997-1998 (taules 1 i 2). La mortalitat per càncer ha anat augmentant en les darreres dècades, fins assolir un màxim en els anys 1991 i 1992, moment en el qual s'estabilitza i inicia un lleuger descens² (gràfics 3 i 4).

	Incidència*	Mortalitat*	Supervivència**	Incidència***	Prevalença***
Estómac	14,9	10,4	30	679	2.801
Colorectal	34,8	18,2	47	1.810	12.397
Fetge	8,2	9,0	15	-	-
Pàncrees	5,8	6,5	5	302	390
Laringe	11,9	5,3	59	592	5.718
Pulmó	52,7	48,8	11	2.562	4.279
Melanoma	4,7	1,1	65	176	2.118
Pròstata	32,7	14,2	55	1.456	6.833
Bufeta urinària	33,1	8,6	74	1.779	17.274
L. de Hodgkin	3,5	0,9	79	79	1.705
L. no hodgkinià	7,4	3,8	36	423	5.308
Mieloma	2,1	1,9	23	130	204
Leucèmies	6,1	4,9	36	320	3.309
Total	292,1	171,8	42	13.157	90.601

Taula 1. Impacte del càncer en homes. Catalunya, 1997-1998

*La taula presenta les taxes per 100.000 persones i any ajustades a la població estàndard mundial al període 1996-97 per la incidència i 1997-98 per la mortalitat

**Supervivència relativa als 5 anys (%)

***Estimació del nombre de casos nous i casos prevalents per any a Catalunya en el període 1993-1997.

Font: Borràs JM, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001¹.

Taula 2. Impacte del càncer en dones. Catalunya, 1997-1998

	Incidència*	Mortalitat*	Supervivència**	Incidència***	Prevalença***
Estómac	5,7	4,3	28	476	2.524
Colorectal	26,5	10,9	48	1.535	11.258
Fetge	2,6	3,3	8	-	-
Pàncrees	4,2	3,3	5	246	243
Laringe	0,5	0,1	72	19	235
Pulmó	4,9	4,4	21	563	1.363
Melanoma	5,2	0,8	89	207	4.049
Bufeta urinària	4,0	1,2	63	220	1.622
L. de Hodgkin	1,2	0,3	78	38	737
L. no hodgkinià	4,3	2,6	47	221	1.394
Mieloma	1,9	1,6	30	125	389
Leucèmies	3,0	3,2	48	254	2.576
Mama	63,5	16,8	76	2.905	46.141
Coll d'úter	8,6	1,7	68	348	9.597
Cos d'úter	13,0	1,8	73	543	7.354
Ovari	9,5	4,1	36	452	4.507
Total	200,7	78,0	56	10.075	131.845

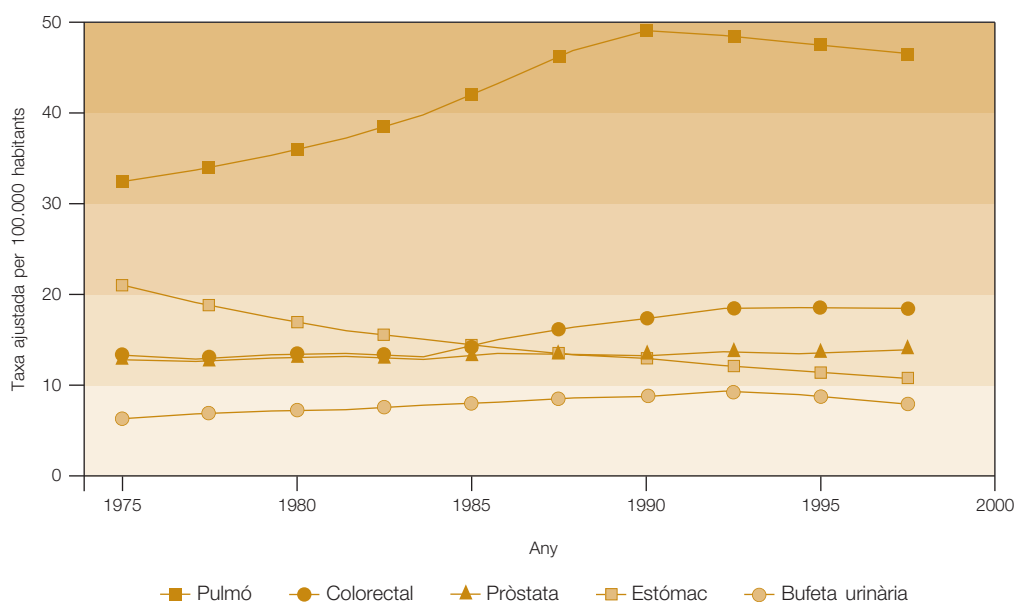
*La taula presenta les taxes per 100.000 persones i any ajustades a la població estàndard mundial al període 1996-97 per la incidència i 1997-98 per la mortalitat

**Supervivència relativa als 5 anys (%)

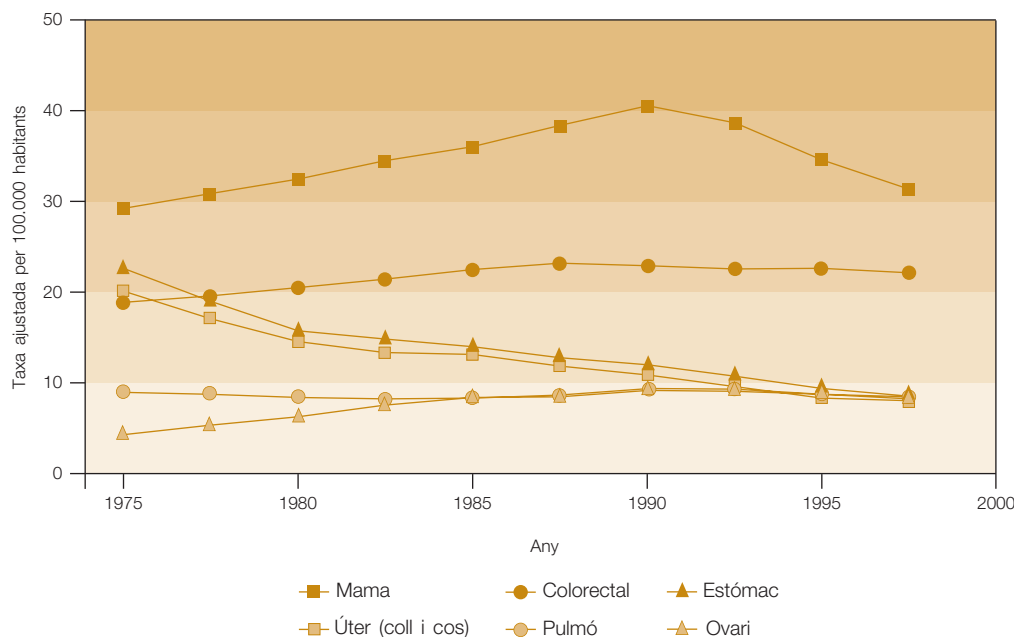
***Estimació del nombre de casos nous i casos prevalents per any a Catalunya en el període 1993-1997.

Font: Borràs JM, Borràs J, Bosch FX, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001¹.

Gràfic 3. Tendència de la mortalitat per càncer en homes. Catalunya, 1975-1998



Font: Fernández E, et al. Eur J Cancer 2001; 37: 2222-8².



Gràfic 4. Tendència de la mortalitat per càncer en dones. Catalunya, 1975-1998

Font: Fernández E, et al. Eur J Cancer 2001; 37: 2222-8².

En el període 1992-1996, la mortalitat per càncer en homes ha disminuït significativament (-2,5%) i posteriorment s'observa una estabilització. En dones, la disminució ha estat de -1,8% anual i el descens es manté.

El càncer de pulmó ha estat la primera causa de mortalitat per càncer en els homes en les darreres dècades. L'increment més marcat es va produir entre 1981-1982 i 1989-1990 (4,0% anual), posteriorment es va estabilitzar i inicià un descens fins el 1997-1998 (-0,5% anual). En les dones, el càncer de mama ha estat la principal causa de mort per càncer, amb un increment fins el 1991-1992, moment en què apreciem una disminució fins a l'actualitat, amb una reducció del 2% anual de la taxa de mortalitat. El càncer colorectal ha estat la segona causa de mort per càncer més important tant en homes com en dones, i representen respectivament el 11,3% i 15,5% del total de tumors. La tendència recent per aquest càncer indica una estabilització de la seva mortalitat. En els homes, el càncer de pròstata ha passat a ser la tercera causa de mortalitat per càncer en aquest mateix període, per davant del càncer d'estómac. El càncer d'estómac ha disminuït també durant aquest període en homes i dones (-3,7% i -2,9% anual). La tendència recent en la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac (laringe, cavitat oral i faringe, esòfag, pàncreas, bufeta urinària, ronyó, a més del càncer de pulmó) és favorable, amb una reducció anual des del 1989-1990 del -1,1% en homes. En dones, el càncer de pulmó ha passat a ser el 1997-1998 la tercera causa de mort per càncer, amb un increment de l'1,9% anual segons la tendència més recent.

El patró de mortalitat descrit per a Catalunya s'aproxima a l'identificat a la Unió Europea (taula 3). Si comparem el període 1975-1979 amb el 1990-1994, el darrer del qual es disposa de dades conjuntes publicades, s'observa com la mortalitat catalana en els homes va augmentar de manera similar a la dels països del sud d'Europa, i en les dones, la tendència descendent de la taxa de mortalitat va ser més marcada a Catalunya que al conjunt de la Unió Europea. A Catalunya, la tendència de descens global observada fins l'any 1998 és deguda a diversos factors, principalment a l'estabilització de la mortalitat per càncer de pulmó i dels altres càncers relacionats amb el tabac en homes, a la disminució de la mortalitat per càncer de mama en dones, així com a la reducció sostinguda de la mortalitat per càncer d'estómac, i a l'estabilització de la mortalitat per càncer colorectal en ambdós sexes.

Taula 3. Mortalitat
per càncer als països
de la Unió Europea*

	Homes			Dones			
	1975-79	1990-94	% canvi anual	1975-79	1990-94	% canvi anual	
Bèlgica	208,7	197,8	-1,0	Dinamarca	135,5	141,8	0,9
França	203,2	199,6	-0,4	Irlanda	127,5	123,9	-0,6
Holanda	200,8	191,9	-0,9	Regne Unit	124,3	124,5	0,0
Alemanya	190,6	181	-1,0	Alemanya	124,9	110,7	-2,3
Itàlia	179,3	189,2	1,1	Bèlgica	116,1	104,9	-1,9
Regne Unit	190,3	178,1	-1,3	Holanda	115	111,6	-0,6
Dinamarca	173,3	182,8	1,1	Suècia	110,8	98,7	-2,2
Irlanda	168,2	175,2	0,8	Noruega	104,5	102,8	-0,3
Catalunya	154,8	166,4	1,5	Itàlia	101,5	99,3	-0,4
Espanya	149,9	175,8	3,5	França	99,1	89	-2,0
Suècia	148,3	130,1	-2,5	Catalunya	89,2	75,6	-3,0
Noruega	144,9	149,4	0,6	Espanya	86,1	83,2	-0,7
Grècia	143,8	144,9	0,2	Portugal	85,4	88,1	0,6
Portugal	135,8	151,8	2,4	Grècia	82,7	77,7	-1,2
CEE	184,7	188,6	0,4	CEE	110	107	-1,9

*Total de tumors excepte pell. La taula presenta les taxes per 100.000 persones i per any ajustades a la població estàndard mundial.

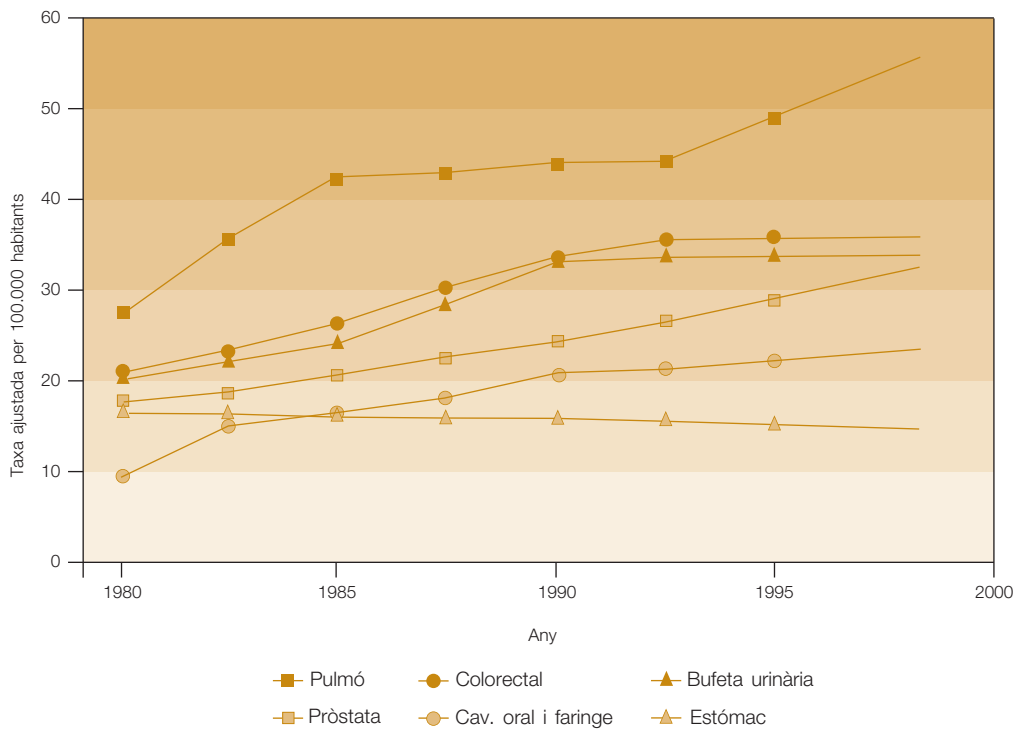
Font: Levi F, et al. Eur J Cancer 1999; 35(10): 1477-516³.

La incidència del càncer a Catalunya

La incidència de càncer a Catalunya pot estimar-se a partir del Registre de Càncer de Tarragona i de Girona, el Registre de Mortalitat de Catalunya i la raó incidència/mortalitat. De forma global les dades de Girona i Tarragona són similars, amb unes taxes brutes al voltant de 500,0 nous casos per 100.000 en homes i de 350,0 nous casos per 100.000 en dones, i unes taxes ajustades a la població mundial al voltant de 300,0/100.000 en homes i de 200,0/100.000 en dones respectivament en el període 1996-1997 (taules 1 i 2).

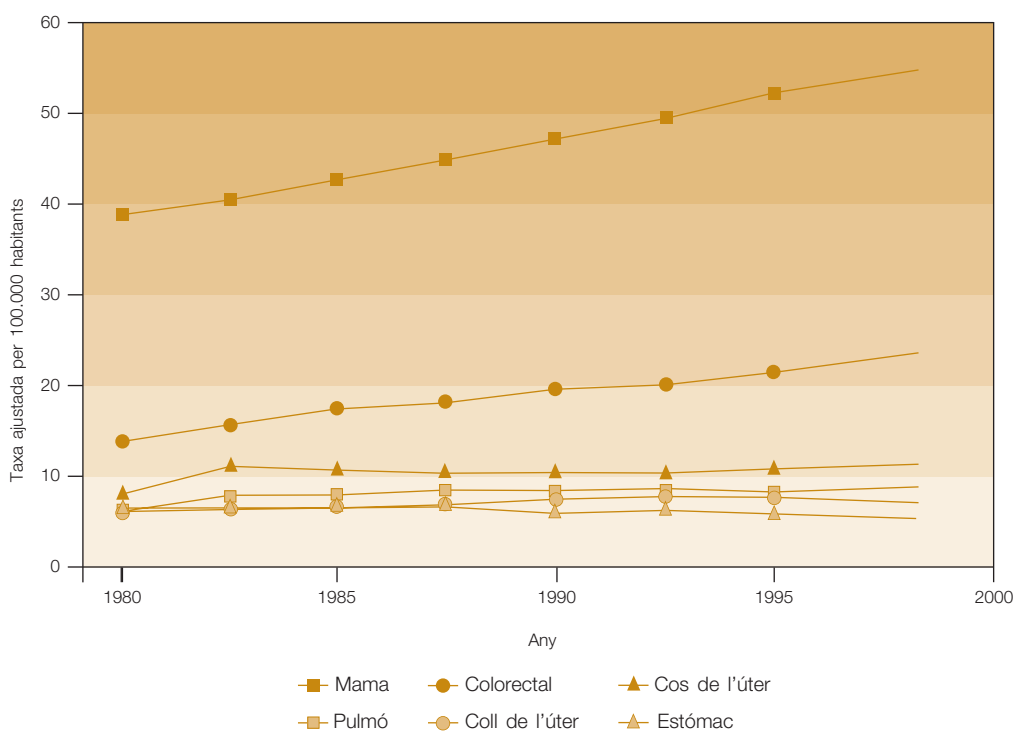
El nombre de nous casos de càncer en una població determinada depèn de la magnitud de la població, de la distribució d'edats, de l'exposició de la població als factors de risc, així com dels criteris i mètodes diagnòstics disponibles. S'ha estimat que a Catalunya l'any 2000 es van diagnosticar uns 27.500 nous casos de càncer. Els tumors més freqüents són el càncer de pulmó (17%), seguit del de pròstata (15%) i del colorectal (14%) en homes. En les dones, el tumor més freqüent és el de mama (28%) seguit pel càncer colorectal (15%). El conjunt de tumors relacionats amb el tabac (cavitat oral i faringe, laringe, pàncrees, pulmó, bufeta urinària i ronyó) representen el 45% del total de tumors en homes davant de l'11% en les dones. Els tumors de l'aparell genital femení juntament amb el de mama representen el 42% del càncer en les dones.

La incidència del càncer a Catalunya mostra una tendència creixent tant en homes com en dones al llarg del període 1980-1997 (gràfics 5 i 6). S'observa una tendència creixent de la incidència total per càncer en els homes, amb un increment del 3,2%, que afecta per igual al grup de 35-64 anys i de majors de 64 anys. Les tendències dels principals tumors mostren que en els homes hi ha un ascens notable del càncer de pulmó, pròstata, colorectal i bufeta urinària, mentre que el càncer d'estómac mostra un descens al llarg del període. En les dones també s'observa un increment significatiu del 2,0%, però en aquest cas és més marcat en el grup de 35-64 anys. Per tumors destaca el càncer de mama, tot i que recentment mostra una certa estabilització. Els tumors relacionats amb el tabac creixen més



Gràfic 5. Tendència de la incidència del càncer en homes. Tarragona, 1980-1997

Font: Borràs JM, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001¹.



Gràfic 6. Tendència de la incidència del càncer en dones. Tarragona, 1980-1997

Font: Borràs JM, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001¹.

que el conjunt de tumors, amb un increment mig anual del 3,1% en els homes. En les dones aquests tumors mostren un important increment d'un 4% anual en el total d'edats, amb un predomini en el grup de 35-64 anys, que presenta un increment del 6,3% anual.

La supervivència del càncer

La supervivència global per càncer als cinc anys a Catalunya s'ha incrementat notablement en el període 1990-1994 respecte del període 1985-1989 (35,3% i 42,1% en homes i 42,1% i 56,3% en dones) i en la majoria de càncers. En concret, són remarcables els increments estadísticament significatius pel càncer de mama en dones (del 66,7% en el 1985-1989 al 75,9% en el 1990-1994) i pel càncer de pròstata en homes (del 40,3% al 55,1%) (taules 1 i 2).

La probabilitat de sobreviure és variable segons els tumors; hi ha una sèrie de tumors d'elevada supervivència als cinc anys del diagnòstic (> 50%), com ara el càncer de bufeta urinària, els limfomes de Hodgkin, el càncer de pròstata, el melanoma, el càncer de mama i d'úter. Entre els tumors de supervivència intermèdia (entre el 20 i el 50%) destaquen el càncer colorectal, les leucèmies, els limfomes no-hodgkinians i el càncer d'estómac. Finalment trobem una sèrie de tumors amb una elevada letalitat (supervivències < 20%), com ara el càncer de pàncrees, esòfag, pulmó i fetge.

La supervivència del càncer a Catalunya ocupa una posició intermèdia en relació amb altres països europeus. A Europa es detecten algunes diferències entre els països del nord, est i oest, amb millores més destacades en el països de l'Europa occidental, amb una supervivència similar a l'observada a Catalunya.

Projecció del nombre de casos nous de càncer a Catalunya

L'estimació del nombre de casos que s'han diagnosticat pel període 2000-2001 ha estat de 15.900 en homes i 11.590 en dones. Es preveu que l'any 2005 es diagnosticaran uns 19.800 casos en homes i 13.460 en dones. Això suposa un augment del 20% en homes i del 14% en dones en 4 anys. Aquest increment presenta una distribució desigual segons els grups d'edat. El major increment quantitatiu es produeix en els grups d'edat major de 64 anys, amb un increment del 23% en els homes i del 18% en les dones. En els grups d'edat mitjana es produeix un creixement més moderat. Per tumors, cal destacar la gran importància del càncer colorectal per a ambdós sexes, el creixement del càncer de pulmó als homes i el de mama en les dones. Els tumors relacionats amb el tabac també mostren un augment important tant en els homes com en les dones. Aquest augment també s'observa en el conjunt de tumors hematològics, però de forma molt menys important.

Aquests increments, en termes quantitatius, es deuen en un 40% al canvi demogràfic produït per l'envelliment de la població i, la resta, als factors de risc o d'altres factors no coneguts. Aquestes projeccions estan subjectes a certa variabilitat, com indiquen els corresponents intervals de confiança presents a les taules 4 i 5.

Taula 4. Projeccions de la incidència total de càncer. Nombre total de casos per edat en homes. Catalunya, 1998-2005.

Període	35-64 anys	IC 95%	> 64 anys	IC 95%	Total	IC 95%
2000-01	6.357	(5521,7327)	9.045	(7880,10400)	15.900	(13870,18250)
2002-03	7.021	(5585,8858)	10.280	(8206,12930)	17.750	(14200,22370)
2004-05	7.606	(5469,10640)	11.780	(8478,16430)	19.800	(14330,27750)

Font: Borràs JM, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001¹.

Període	35-64 anys	IC 95%	> 64 anys	IC 95%	Total	IC 95%
2000-01	4.747	(3977,5664)	6.128	(5147,7322)	11.590	(9720,13830)
2002-03	5.021	(3749,6747)	6.754	(5057,9069)	12.480	(9353,16800)
2004-05	5.283	(3457,8091)	7.461	(4888,11420)	13.460	(8852,20660)

Font: Borràs JM, et al. Càncer Catalunya 2001. Institut Català d'Oncologia. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001¹.

Taula 5. Projeccions de la incidència total de càncer. Nombre total de casos per edat en dones. Catalunya, 1998 a 2005.

Justificació de les intervencions

L'evidència científica suggereix que la prevenció del càncer és possible per a diferents tipus de càncer si s'aplica el coneixement existent en l'actualitat. S'estima que més del 50% dels casos de càncer es podrien prevenir amb mesures com l'abandonament de l'hàbit tabaquic, la millora dels hàbits alimentaris, la realització d'activitat física i el control del pes, així com evitant l'exposició excessiva al sol i sobretot les cremades solars produïdes durant la infància. L'evidència establerta sobre els factors de risc efectivament prevenibles ha quedat recollida en el Codi Europeu contra el Càncer (taula 6). Aquests factors són: el tabac, la dieta, el consum excessiu d'alcohol, l'obesitat, les radiacions ultraviolades i els carcinògens. El coneixement existent sobre altres factors de risc de gran actualitat com són els genètics o els virus encara és molt limitat, a excepció de l'hepatitis B, així com les possibles aplicacions preventives.

Poden evitar-se alguns tipus de càncer i pot millorar-se, en general, l'estat de salut mitjançant l'adopció d'un *Estil de Vida Saludable*:

1. No fumi. Si és fumador, deixi de fumar el més aviat possible i no fumi en presència d'altres persones. Si no fuma, no provi el tabac.
2. Si beu alcohol, sigui cervesa, vi o licors, moderi el seu consum.
3. Augmenti el consum diari de verdures i fruites fresques. Mengi sovint cereals amb un alt contingut en fibra.
4. Eviti l'excés de pes, faci més exercici físic i limiti el consum d'aliments rics en greixos.
5. Eviti les exposicions perllongades al sol i les cremades, especialment durant la infància.
6. Respecti estrictament les normes destinades a evitar qualsevol tipus d'exposició a substàncies considerades cancerígenes. Compleixi totes les instruccions de salut i seguretat en relació amb les substàncies que poden provocar càncer.

Amb la *Detecció Precoç* és possible guarir més casos de càncer:

7. Consulti el metge si nota algun bony, una ferida que no cicatritza (incloses les situades a la boca), una piga que canvia de forma, mida o color, o qualsevol pèrdua anormal de sang.
8. Consulti el metge en casos de problemes persistents, com tos o ronquera permanents, alteracions intestinals o urinàries, o pèrdua anormal de pes.

Per a les dones:

9. Faci's un frotis de coll d'úter regularment. Participi en els programes organitzats de detecció del càncer de coll d'úter.
10. Examineu periòdicament els seus pits. Si ha fet els 50 anys d'edat, participi en els programes de detecció mitjançant mamografia.*

* Les actuacions concretes es desenvolupen en els apartats corresponents.

Taula 6. Codi Europeu contra el Càncer (desembre 1994)

La prevenció del càncer ha de tenir com a prioritat aquells factors de risc sobre els quals existeixen estratègies preventives «cost-efectives» i que tinguin en compte la situació epidemiològica específica del país. Molts factors de risc del càncer també incrementen el risc d'altres malalties cròniques i, per tant, qualsevol mesura proposada per al càncer és d'aplicació en el marc general d'estratègies preventives poblacionals dirigides a potenciar estils de vida saludables.

Aportació del cribratge al control del càncer

Juntament amb la prevenció primària, el cribratge del càncer és una de les primeres prioritats pel que fa a les estratègies de control de la malaltia, atès el seu potencial de millora del pronòstic. La detecció precoç del càncer o dels seus precursors mitjançant activitats de cribratge constitueix una important estratègia pel control d'aquesta malaltia especialment en el cas del càncer de mama, de coll d'úter i colorectal. L'efectivitat del cribratge com a estratègia per reduir la mortalitat del càncer ha estat clarament demostrada en el càncer de mama i el de coll d'úter. Hi ha altres càncers en què l'evidència existent encara no permet donar una resposta clara sobre la seva efectivitat al nostre país, com és el cas del càncer colorectal. Tot i que s'ha demostrat la seva eficàcia per a la reducció de la mortalitat cal demostrar, mitjançant una prova pilot, la seva viabilitat en relació amb l'acceptació per part de la població i la «cost-efectivitat».

Taula 7. Detecció precoç del càncer: intervencions proposades

Càncer	Grup d'edat	Tipus d'intervenció	Freqüència	Població de risc a la qual es dirigeix	Tipus d'evidència
Mama	50-70	Mamografia	Biennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Efectivitat demostrada
	40-49	Mamografia	Anual/Biennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
	30-70	Autoexploració mamària	Mensual	Tota la inclosa en el grup d'edat	No eficaç
Coll uterí	20-64	Citologia de Papanicolau	Triennal/Anual	Tota la inclosa en el grup d'edat	Efectivitat demostrada
Ovari	40-45 i més	QA-125 Ecografia transvaginal	No definida	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
Colorectal	50-69	Sang als dipòsits fecals	Biennal	Tota la inclosa en el grup d'edat	Eficàcia demostrada
		Sigmoidoscòpia	Quinquennal / Una vegada a la vida	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
		Colonoscòpia	Cada 5 o 10 anys	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
Pròstata	No definida (criteri clínic)	Exploració rectal	Anual	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
	50 i més	Ecografia transrectal	No definida	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
		Antigen prostàtic específic (PSA)	Anual	Tota la inclosa en el grup d'edat	Insuficient
Pulmó		Radiografia tòrax i citologia d'esput		Homes fumadors	No eficaç
	40/50 i més	TAC baix dosi / helicoidal	No definida	Fumadors	Insuficient
Pell	No definida (criteri clínic)	Examen visual	No definida	Població general	Insuficient
Testicle	No definida (criteri clínic)	Exploració testicular	No definida	Població general	Insuficient
Cav. oral	No definida (criteri clínic)	Examen cavitat oral	Durant l'examen anual dental	Població general	Insuficient

Font: Elaboració pròpia a partir de Chamberlain J, Moses S, editors. Evaluation of Cancer Screening. Londres: Springer, 1996.

D'altra banda, hi ha una sèrie de grups de risc elevat de desenvolupar càncer, sobretot relacionat amb la història familiar, que poden ser susceptibles de beneficiar-se d'estratègies preventives específiques del consell genètic en càncer efectuades en un entorn multidisciplinari, i diferents de les activitats de cribratge plantejades. A la taula 7 es presenten les característiques de les intervencions per a la detecció precoç dels principals tipus de càncer.

Les prioritats d'intervenció en la prevenció i el control del càncer s'han establert a partir del coneixement actual i són de demostrada efectivitat. En qualsevol cas, cal una major intervenció en informació a la població sobre les causes del càncer i de la seva prevenció. Tanmateix, sí que queda clar que la prevenció del tabaquisme és el principal objectiu de la lluita contra el càncer a Catalunya. La taula 8 mostra, de forma resumida, les principals intervencions preventives proposades sobre els factors de risc i de cribratge, i els càncers dels quals s'espera aconseguir reduccions en la incidència i la mortalitat.

Intervenció preventiva	Efectivitat de la intervenció*	Tipus de càncers que se'n podrien beneficiar	Impacte potencial sobre la població catalana**
Tabac	+++	Pulmó, cav. oral i faringe, laringe, bufeta urinària, pàncrees, ronyó	+++
Tabac en fumadors passius	+++	Pulmó	+
Consum excessiu d'alcohol	++	Fetge, cav. oral i faringe, laringe, esòfag	++
Vacunació hepatitis B	+++	Fetge	+
Canvis en la dieta	+	Còlon, recte, pròstata	+/-
Exposició excessiva al sol	++	Melanoma, càncer de pell no melanoma	++
Control de l'exposició als carcinògens laborals	++	Pulmó, mesotelioma, altres tumors específics	+
Exercici físic	+	Còlon, mama, pròstata	+/-
Disminuir l'exposició a carcinògens ambientals	+	Pulmó	+/-
Cribratge càncer de mama mitjançant mamografia	+++	Mama	++
Cribratge càncer de coll d'úter mitjançant citologia	+++	Coll d'úter	++
Cribratge de càncer colorrectal	++	Còlon i recte	+

*Grau d'efectivitat: +++ efectivitat alta; ++ efectivitat mitjana; + efectivitat baixa.

**Reducció potencial de la incidència i de la mortalitat per la aplicació generalitzada d'aquestes intervencions preventives (+++ màxima a +/- dubtosa).

Font: Elaboració pròpia.

Taula 8. Perspectives de prevenció i control del càncer segons l'impacte de les intervencions preventives

Millora dels resultats clínics i de qualitat de vida

Les dades de què disposem pel que fa a les tendències de supervivència i de mortalitat demostren que els progressos en els darrers anys han estat constants, però han de millorar fins assolir nivells de resultats comparables amb els països europeus més avançats, combinant l'equitat en l'accés amb la qualitat assistencial.

Les estratègies per reduir la mortalitat per càncer precisen de la disponibilitat i de l'organització dels recursos sanitaris que requereix la prevenció, el diagnòstic i el tractament del càncer. En aquest sentit, cal articular els diferents dispositius sanitaris per tal de facilitar el tractament apropiat per a cada pacient en el nivell assistencial que requereixi. Els tractaments oncològics són cada vegada més complexos i requereixen necessàriament la integració mul-

tidisciplinària dels diferents especialistes vinculats a cada localització tumoral. Hi ha consens sobre el fet que la teràpia és més efectiva quan s'administra en el context d'un equip multidisciplinari que tingui al seu abast els recursos necessaris i l'experiència suficient per a dur a terme la planificació i aplicació del tractament oncològic. El desenvolupament de guies de pràctica clínica en els tumors més freqüents ha de ser un altre element que cal introduir en la pràctica clínica habitual en els propers anys.

La recerca en oncologia és un component essencial de la millora en l'atenció sanitària que podem oferir als pacients. Aquesta és una activitat que cal promoure per la mateixa qualitat de la recerca clínica que es porta a terme i per la qualitat que introdueix en la pràctica clínica. Així, és imprescindible establir mecanismes d'aplicació dels desenvolupaments de la recerca en clínica i promoure la participació en assaigs clínics de qualitat.

D'altra banda, és necessari disposar d'un sistema d'informació sobre el càncer que permeti elaborar indicadors per tal de poder avaluar els progressos en el control de la malaltia. La coordinació de les fonts d'informació existents i la correcció de les seves mancances ha de permetre conèixer les necessitats assistencials dels pacients, la utilització dels serveis sanitaris i la situació dels factors de risc relacionats amb aquesta malaltia, així com disposar d'indicadors de resultats de les intervencions: mortalitat, incidència i qualitat de vida.

Un aspecte de millora de l'atenció oncològica és avançar en el procés d'informació als pacients. La importància reconeguda de la participació del pacient en la presa de decisions terapèutiques requereix oferir als pacients informació sobre el càncer rigorosa, comprensible i adaptada a les seves necessitats. En qualsevol cas, en el context de les actuacions dirigides a millorar la qualitat dels resultats en l'atenció oncològica, la qualitat de vida dels pacients amb càncer, i els aspectes psicosocials, han de ser una prioritat.

La prevenció del càncer

L'objectiu de prevenir el càncer pot ser aconseguit mitjançant la denominada prevenció primària, dirigida a evitar l'aparició del càncer tot evitant les causes que el poden provocar, i la prevenció secundària, que tracta de detectar de manera precoç el càncer o els seus precursors abans que doni símptomes clínics que portarien al diagnòstic en els serveis sanitaris, amb l'objectiu de tractar-lo de forma precoç i de millorar el pronòstic de la malaltia.

En el cas de la prevenció primària, la seva metodologia tracta d'evitar el contacte o l'exposició entre l'agent carcinogen i els individus, com és el cas de la prevenció del tabaquisme o, en altres casos menys freqüents, de promoure els mecanismes de defensa del cos humà, com és el cas de la vacunació contra el virus de l'hepatitis B o la millora de la dieta amb components que poden prevenir el desenvolupament d'un càncer.

La qüestió que cal discutir és si el càncer es pot prevenir tenint en compte el coneixement actual i, si una vegada diagnosticat amb precocitat, es pot millorar el seu pronòstic i la qualitat de vida dels pacients. La resposta positiva a totes dues qüestions implicarà el disseny d'una estratègia de prevenció i control de la malaltia que podrà tenir un impacte mesurable en la reducció de la morbiditat i mortalitat en un període de temps variable segons les característiques de cada intervenció, del tipus de càncer i de la situació epidemiològica.

Hi ha tres arguments procedents de la recerca epidemiològica que permeten respondre positivament a la qüestió relativa a la possibilitat de prevenció del càncer⁴. En primer lloc, és molt improbable que les diferències d'incidència del càncer entre països siguin causades només per raons genètiques. En segon lloc, els canvis de tendència de molts tipus de càncer han estat precedits de canvis importants en la prevalença dels factors de risc associats amb aquests càncers. I en tercer lloc, els estudis realitzats en les poblacions que han migrat de països amb baixa incidència a països amb taxes d'incidència més altes indiquen que el seu patró epidemiològic canvia adoptant el del país receptor, sobretot a partir de la segona generació. Aquestes observacions

mostren que els canvis observats en la freqüència del càncer poden estar associats amb factors de risc susceptibles de ser modificats mitjançant estratègies de prevenció primària.

En un estudi clàssic, Doll i Peto⁵ van establir el percentatge de morts per càncer que podia ser atribuït a cada factor de risc conegut. La dieta és el factor de risc que explica una major proporció de mortalitat, però també és aquell que presenta un rang més ampli a conseqüència de la incertesa existent. En canvi, la incertesa en l'estimació de la mortalitat atribuïble al tabac és menor, fet que el converteix en el factor de risc de càncer amb major consens sobre la seva importància en la mortalitat per càncer. Cal destacar que la contaminació per aire o altres factors relacionats amb el medi ambient no explicaven un percentatge elevat de la mortalitat per càncer. Els factors relacionats amb el risc laboral tampoc mostraven un pes important, quan aquesta estimació feia referència a la població general; però si es considerava exclusivament la població laboral exposada, el seu impacte augmentava de forma significativa. Hi ha autors que han estimat percentatges atribuïbles al risc laboral superiors, fins el 15% en homes i el 5% en les dones⁶. La suma dels percentatges de tots els factors estudiats és superior al 100% a causa de la presència d'interaccions entre factors de risc. De forma global es va considerar que al voltant del 80% dels càncers podia ser evitat si s'apliqués el coneixement existent.

Tanmateix, cal prendre aquestes xifres amb certa precaució perquè, entre altres motius⁷, les diferències en la prevalença de la població exposada al factor de risc poden fer variar la proporció de la mortalitat atribuïble. Per aquest motiu, malgrat que són molt útils com a referència per establir prioritats preventives, les xifres obtingudes no són directament aplicables a altres països amb patrons epidemiològics diferents.

Altres autors han realitzat estimacions diferents de les de Doll i Peto. A tall d'exemple, Miller⁸ va estimar al Canadà que un 22% de la incidència global del càncer i un 29% de la mortalitat podia ser evitada si s'eliminés el consum de tabac, mentre que l'impacte de la dieta seria del 24% sobre la reducció de la incidència i del 20% sobre la mortalitat. Altres autors, analitzant dades de Suècia, han estimat que mitjançant estratègies de prevenció primària es pot prevenir com a molt el 30% de tots els càncers⁹.

Recentment s'ha estimat la reducció potencial de la mortalitat per càncer assolible fins l'any 2020¹⁰ en un 29% mitjançant la prevenció primària. Els principals factors que hi poden contribuir són la disminució del tabaquisme i del consum excessiu d'alcohol, així com els factors ocupacionals i ambientals. El cribratge pot contribuir a la reducció del càncer en un 4%. Cal esmentar que la reducció de la mortalitat s'ha d'entendre com una posposició de la mort, que serà causada per altres malalties, tot augmentant l'esperança de vida.

En conclusió, hi ha consens en el fet que la prevenció del càncer es possible i que pot tenir un impacte potencial notable sobre la incidència i la mortalitat del càncer, tot i que les estimacions varien significativament per raons metodològiques i epidemiològiques. La importància del cribratge com a estratègia per reduir la mortalitat per càncer només s'ha demostrat en dos tipus de càncer: el càncer de mama i el de coll d'úter. Recentment s'ha demostrat l'eficàcia del cribratge de càncer colorectal mitjançant la detecció de sang oculta en femta¹¹.

Prevenció primària

L'objectiu de la prevenció primària és la reducció de la incidència d'una malaltia mitjançant canvis en els factors de risc associats al seu desenvolupament. En el cas del càncer, el nombre de factors de risc que han estat identificats és molt elevat i, en una ràpida successió, apareixen estudis que impliquen nous factors relacionats amb diferents tipus de càncer. De fet, un dels perills que s'ha de tenir en compte en qualsevol estratègia de prevenció primària del càncer, és que la novetat del darrer factor de risc identificat no faci perdre de vista aquells factors amb major impacte sobre la salut de la comunitat i amb una possibilitat d'intervenció efectiva. Per tant, la qüestió que s'ha de plantejar es refereix a quins són els factors de risc sobre els quals existeixen estratègies preventives «cost-efectives» i que tinguin

en compte la situació epidemiològica específica del nostre país. Cal tenir en compte que molts factors de risc del càncer també incrementen el risc d'altres malalties cròniques i, per tant, serà imprescindible incloure qualsevol mesura proposada en el marc més general d'estratègies preventives poblacionals que abasten diferents malalties cròniques^{12,13}.

L'evidència establerta i consensuada sobre els factors de risc prevenibles de forma efectiva ha quedat recollida en el Codi Europeu contra el Càncer (taula 6). Aquests factors són: el tabac, la dieta, el consum excessiu d'alcohol, l'obesitat i l'hepatitis B –aquesta ha estat també una mesura d'impacte notable en la lluita contra el càncer en els països amb elevada incidència d'aquest tumor¹⁴–. El coneixement existent sobre altres factors de risc de gran actualitat, com els genètics o els virus, encara és molt limitat, així com les seves possibles aplicacions preventives, tot i que l'aplicació amb èxit de la vacuna contra l'hepatitis B com a prevenció del càncer de fetge, i la vacuna contra el virus del papil·loma humà en la prevenció de càncer de coll uterí, que ja està en fase d'avaluació clínica¹⁵, poden modificar en un futur la incidència d'aquestes malalties.

L'altre factor que ha consolidat la seva posició en la prevenció del càncer i que serà un dels eixos de les recomanacions en els propers anys és l'exercici físic. Recomana fer exercici pot contribuir a prevenir diferents tipus de càncer^{16,17} a més de ser útil per a la prevenció d'altres malalties cròniques.

Cribatge del càncer de mama

Introducció

El càncer de mama és el càncer més freqüent en les dones de Catalunya i representa entre el 27 i el 30% de tots els tumors en aquest sexe¹. La taxa bruta d'incidència és de 97,3 nous casos per 100.000 dones a Tarragona (1996-97) i de 99,3 nous casos per 100.000 dones a Girona (1996-97), mentre que la taxa ajustada a la població mundial és de 63,5 i 61,3 per 100.000 dones per aquestes mateixes àrees¹. S'estima que es diagnostiquen 3.650 nous casos d'aquest càncer cada any per al conjunt de Catalunya. En relació amb els altres països de la Unió Europea, Catalunya se situa en una posició intermèdia, si bé cal tenir en compte que la incidència d'aquest tumor mostra una tendència d'increment significativa en els darrers anys^{1,14}.

La supervivència relativa d'aquest tumor se situa a Catalunya entre el 77,9% als cinc anys per als casos diagnosticats entre 1990 i 1994. Aquests valors són similars a la mitjana europea^{11,15}.

Pel que fa a la mortalitat, el càncer de mama és el tumor responsable de més morts entre les dones de totes les edats, el 19,0% de totes les morts per càncer en les dones. La taxa bruta de mortalitat és de 32,5 per 100.000 dones (1997-1998), mentre que la taxa ajustada a la població mundial és de 16,8 per 100.000¹. Cada any moren a Catalunya 1.000 dones per aquest tumor (1997-1998).

El càncer de mama també és el tumor responsable de més anys potencials de vida perduts (APVP) entre les dones, representa un 29,8% dels APVP deguts als tumors^{11,15}.

Els estudis epidemiològics han permès identificar diversos factors de risc del càncer de mama. Entre aquests factors, els més importants són: l'edat, una història familiar de càncer de mama, factors lligats a la història reproductiva i hormonal (edat de la menarquia, edat de la menopausa, edat del primer embaràs a terme), determinades alteracions benignes de la mama o l'obesitat postmenopàusica¹⁸⁻²⁰.

Tenint en compte els coneixements actuals sobre les causes d'aquest tumor, es considera que no hi ha estratègies de prevenció primària del càncer de mama que s'hagin demostrat efectives i siguin factibles ja que els factors de risc més importants (edat, antecedents familiars, edat

de la menarquia, edat del primer embaràs, etc.) no són modificables o de difícil modificació per motius de tipus preventiu. En canvi, la prevenció secundària mitjançant el cribratge es presenta com una estratègia efectiva i factible per reduir l'impacte d'aquesta malaltia.

No obstant, hem de tenir present que el cribratge del càncer de mama, com qualsevol altre cribratge o intervenció, té un benefici potencial però també uns possibles efectes adversos. Per una banda, el benefici potencial de la millora del pronòstic, de la reducció de la mortalitat per aquest càncer i de la possibilitat d'una cirurgia conservadora d'una part de les dones en les que es detecta un càncer durant el cribratge. Per altra banda, hi ha efectes adversos: les molèsties i riscos de la prova de cribratge, l'ansietat i exploracions innecessàries i morbiditat originades pels falsos positius, o la detecció i tractament d'anormalitats de significat clínic dubtós (lesions que no progressarien fins a malaltia clínica). Per aquests motius, abans de recomanar un cribratge hem d'estar segurs dels seus beneficis, de la seva eficàcia i, també, que els beneficis superen de manera raonable els seus efectes adversos. En un tercer nivell queden les consideracions sobre els recursos necessaris per al cribratge i el seu «cost-efectivitat» en comparació amb altres actuacions sanitàries.

L'eficàcia del cribratge del càncer de mama mitjançant mamografia

S'han proposat tres proves per al cribratge del càncer de mama: la mamografia, l'examen de les mames fet per un professional i l'autoexploració mamària. D'aquestes tres proves, la mamografia és la que es considera com a prova d'elecció per al cribratge. En relació amb l'autoexploració mamària, l'evidència disponible indica que no és una prova efectiva i que té efectes adversos, per la qual cosa no és una prova recomanable com a prova de cribratge generalitzada^{21,22}. Pel que fa a l'examen de la mama realitzat per un professional, hi ha pocs estudis que n'estudiïn l'efectivitat i la majoria ho han fet com una prova afegida a la mamografia. No hi ha evidència per a recomanar-la com a prova de cribratge substitutiva o afegida a la mamografia^{23,24}.

El cribratge de càncer de mama mitjançant mamografia ha estat el cribratge i segurament la pràctica preventiva més analitzada, mitjançant assaigs controlats aleatoris, de la que tenim més dades sobre la seva eficàcia. Des del primer assaig iniciat a mitjans dels anys 60, vuit assaigs controlats aleatoris que han inclòs 500.000 dones en conjunt, diverses metaanàlisis d'aquests assaigs, una revisió conjunta de les dades individuals dels cinc assaigs suecs i una revisió dels estudis per un grup internacional han avaluat l'eficàcia d'aquest cribratge. L'evidència acumulada dels diferents assaigs, metaanàlisis i revisions ha donat suport a l'eficàcia de la mamografia, de manera clara per a les dones de 50 o més anys i més controvertida per sota dels 50 anys, i ha estat la base per a la implantació de programes de cribratge en molts països²⁵.

L'any 2000, Gøtzsche i Olsen van publicar un polèmic article en el qual posaven en dubte l'eficàcia del cribratge mamogràfic ja que, després de descartar sis dels vuit assaigs per problemes metodològics, no trobaven evidència que aquest cribratge disminuís la mortalitat per càncer de mama²⁶. Diversos articles i cartes han respost a parts dels arguments usats pels autors²⁷⁻³¹. Una revisió posterior dels assaigs de cribratge mamogràfic duta a terme per l'Agency for Healthcare Research and Quality per a la US Preventive Services Task Force, conclou que malgrat l'existència d'alguns problemes metodològics en els estudis, l'evidència és suficient per considerar que el cribratge amb mamografia és un cribratge eficaç³².

Recentment, els autors suecs responsables dels assaigs clínics han publicat una nova anàlisi de les seves dades amb més anys de seguiment i en qual el responien a bona part de les crítiques que els havien fet. Els resultats confirmaven que la reducció de la mortalitat per càncer de mama és del 21% (RR: 0,79; IC del 95%, 0,70-0,89) per a les dones incloses (de 40 a 74 anys). Segons grups d'edat, la reducció del risc de morir per càncer de mama era significativa en els grups d'edat compresos entre els 55 i els 69 anys però no en les dones més joves³³.

Encara més recentment, una revisió i metaanàlisi encarregats per la IARC (International Agency for Research on Cancer) conclouia, després d'una revisió detallada de la qualitat metodològica

ca dels assaigs, que hi ha suficient evidència de l'eficàcia del cribratge mamogràfic en reduir la mortalitat per càncer de mama per a les dones de 50-69 anys, mentre que aquesta és limitada per al cribratge de les dones de 40-49 anys d'edat³⁴.

L'efectivitat del cribratge mamogràfic

Un dels aspectes més importants a efectes pràctics és com es tradueix aquesta eficàcia dels assaigs en reducció de la mortalitat dels programes poblacionals de cribratge. Aquest és un aspecte difícil de mesurar ja que els canvis en la mortalitat per càncer de mama poden ser deguts també a canvis en els tractaments o a canvis en la incidència d'aquest càncer, i no sempre és fàcil o possible determinar l'efecte independent d'aquests factors. Per altra banda, el temps en què avancem el diagnòstic amb el cribratge, la supervivència mitjana d'aquest càncer i la implantació gradual dels programes de cribratge fan que el seu impacte no es pugui observar fins uns quants anys després d'iniciar-los, i de manera gradual. En aquest àmbit, els resultats dels pocs estudis que han pogut avaluar de manera adequada aquest impacte suggereixen que els programes organitzats de cribratge de càncer de mama són efectius³⁵⁻³⁷.

En conclusió, un temps després d'iniciat el debat dels últims anys sobre l'eficàcia de la mamografia, es pot seguir considerant que el cribratge de càncer de mama mitjançant mamografia és eficaç. Aquesta eficàcia és més clara en les dones majors de 50 anys i per sota d'aquesta edat hi ha més incerteses. El recent debat ha posat de relleu la dificultat d'avaluar l'eficàcia del cribratge del càncer i la necessitat de mantenir el màxim rigor metodològic, però no dona suficients arguments per canviar la recomanació de cribratge. Aquest debat també fa palesa la necessitat d'informar a les dones sobre els beneficis, els efectes adversos i les incerteses d'aquest cribratge per tal d'aconseguir una participació informada. Per altra banda, hi comença a haver estudis que ens suggereixen que, a més d'eficaç, pot ser efectiu com a programa poblacional.

Cribratge de càncer de coll d'úter

Introducció

A Catalunya, el càncer de coll d'úter és un càncer poc freqüent. Segons dades del registre poblacional de càncer de Tarragona s'estima que se'n diagnostiquen aproximadament 348 casos anuals, el 3% de tots els tumors en les dones, amb una taxa d'incidència ajustada de 8,6 per 100.000 en el període 1996-1997¹. En el conjunt de registres de càncer internacionals, la comparació de les xifres d'incidència d'aquest tumor situen els registres catalans en la part baixa del rang. La incidència del càncer arriba al seu valor màxim en les edats mitjanes de la vida, entre els 45-55 anys. L'evolució de la incidència i de la mortalitat per càncer de coll uterí invasiu no ha mostrat, en els últims anys, una tendència significativa ni creixent ni decreixent, sigui quin sigui el grup d'edat. La mortalitat mostra una taxa de 1,7 per 100.000 en el període 1997-98, que representa unes 95 morts l'any i una freqüència relativa d'1,3% respecte al total de tumors en les dones¹. La supervivència al càncer de coll uterí invasiu és del 68% als cinc anys, però amb diferències importants segons l'edat: se situa al 72% abans dels 65 anys i al 49% després d'aquesta edat¹.

La infecció per virus del papil·loma humà (VPH), adquirida majoritàriament per transmissió sexual, constitueix el factor de risc més important pel càncer de cèrvix³⁸⁻³⁹. En els últims 15 anys, diversos estudis epidemiològics han demostrat clarament que determinats tipus de VPH anomenats d'alt risc estan presents en la gran majoria (> 95%) dels càncers de cèl·lules escamoses de coll uterí i en lesions d'alt grau. Els tipus de VPH considerats carcinogènics o d'alt risc són 18⁴⁰. La prevalença del VPH es correlaciona molt bé amb les taxes d'incidència de càncer de cèrvix a totes les regions del món.

La major part d'aquestes infeccions cursen de manera asimptomàtica i desapareixen espontàniament, sent molt pocs els casos en els que la infecció no s'elimina. Als 12 mesos,

aproximadament la meitat de les dones positives al VPH es negativitzen. Aquesta ràpida remissió s'ha vist sobretot en infeccions que no cursen amb alteracions cel·lulars morfològiques o que cursen amb lesions incipients. Tanmateix algunes infeccions persisteixen durant més temps i aquest sembla ser un dels principals factors associats al desenvolupament de la lesió cancerosa^{41,42}, i defineix el grup d'alt risc per desenvolupar el càncer de cèrvix invasor.

El risc d'infecció en la dona està clarament relacionat amb el seu comportament sexual: l'edat al primer coit, el nombre de companys sexuals i les relacions sexuals amb homes d'alt risc (aquells que tenen múltiples parelles sexuals). S'ha suggerit que la zona de transició cervical en dones joves és especialment vulnerable a la infecció⁴², fet que podria explicar el major risc observat en dones que iniciaren l'activitat sexual en edats molt joves⁴³. A més d'aquests factors de risc d'infecció existeixen uns factors de progressió implicats en la persistència de la infecció que vénen determinats en funció del genotipus, la integració i la càrrega viral per unitat cel·lular^{44,45}. Altres factors addicionals de risc de progressió són l'edat, factors hormonals (la paritat i els anticonceptius orals), el tabac, la presència d'infeccions concomitants (*Chlamydia trachomatis*, virus de l'herpes simple tipus 2, *Neisseria gonorrhoeae*), i els estats d'immunosupressió (infecció per virus de la immunodeficiència humana). Així doncs, la progressió a lesions d'alt grau i a carcinoma invasor sembla formar part d'un procés multifactorial i seqüencial, sent la persistència de la infecció per VPH causa necessària, però no suficient, per desenvolupar el càncer. El temps estimat de transició des de la infecció per VPH d'alt risc al desenvolupament del càncer invasiu és de 10 a 15 anys^{46,47}.

Un aspecte important de l'epidemiologia d'aquest tumor, que és rellevant per a l'estratègia de cribatge, és la història natural. La infecció per VPH és molt freqüent en dones joves sexualment actives. S'han descrit prevalències d'infecció entre el 15 i el 30% en la població de 20 a 30 anys, encara que en alguns estudis també s'han observat percentatges molt més elevats⁴⁸. A mesura que avança l'edat de les dones, la prevalença del VPH declina (es refereixen taxes entre el 3 i el 10% a partir dels 30 anys)⁴⁴, per remuntar discretament a partir dels 40-45 anys. Les infeccions per VPH en dones grans són molt menys freqüents però comporten un risc de progressió a càncer de cèrvix molt més alt.

El cribatge de càncer de coll d'úter

En l'actualitat, la prova d'elecció per al cribatge del càncer de coll d'úter és la citologia de Papanicolau. La sensibilitat i l'especificitat de la citologia de Papanicolau han estat motiu de discussió i els valors aportats per diferents autors són molt variables. La sensibilitat és més alta en la detecció de lesions escamoses intraepitelials (SIL) de grau alt i de carcinomes, mentre que resulta una mica més baixa en la detecció de lesions més precoces. Segons estimacions realitzades per l'AHCP (Agency for Health Care Policy and Research), la sensibilitat en la població general pot ser del 51% (IC del 95%: 37-66) i l'especificitat del 98% (IC del 95%: 97-99), per a una prevalença de lesions histològiques del 10 al 19%⁴⁹. Altres autors mostren que la sensibilitat de la citologia de Papanicolau en la detecció de lesions intraepitelials d'alt grau de càncer de cèrvix es troba entre un 60 i un 80%, mentre que la seva especificitat és del 97 al 100%. Això significa que el percentatge de falsos negatius pot ser molt important.

Les limitacions de la citologia sorgeixen principalment per problemes en el processament de la mostra (recollida i preparació dels espècimens) o per problemes en la seva lectura i interpretació⁵⁰. Al voltant d'un 60% dels errors produïts es deuen a la presència d'escasses cèl·lules en els exfoliats, cosa que en gran part es deu a la presa inadequada de la mostra (la recollida de l'exfoliat ha d'incloure cèl·lules epitelials de l'ecto, endo i exocèrvix). Els problemes en la interpretació dels espècimens s'observen en prop d'un 40% dels errors i es relacionen més amb el component subjectiu de la interpretació citològica o la seva baixa fiabilitat⁴⁹.

Els falsos negatius són difícilment eliminats àdhuc en condicions òptimes. Els intents de disminuir risc de falsos negatius mitjançant la repetició reiterada de citologies comporten el perill de sobreidentificar i sobrediagnosticar alteracions cel·lulars mínimes, incorrent òbviamen en

un cost addicional, econòmic i personal, que no s'ha de descartar. Un problema que no s'ha d'oblidar és el risc del tractament innecessari o molt agressiu d'alguns casos de displàsia⁶².

En la Comissió Europea, a través del Programa de Capacitació en Tècniques de Cribratge de Càncer Cervical, es va assenyalar la falta d'estàndards uniformes de qualitat, programes específics de capacitació o mecanismes d'avaluació en tècniques de cribratge en els països membres⁵³. Les recomanacions de la Comissió assenyalen la importància d'assegurar uns estàndards mínims de qualitat en tot el procés de manipulació, interpretació i comunicació de resultats, tal com es recullen a la taula 9.

Taula 9.
Recomanacions sobre
el cribratge de càncer
de coll d'úter del
comitè d'experts
de programa Europa
contra el càncer, de
la Comissió Europea⁵³

Etapa del procés	Recomanacions
Efectivitat del programa de cribratge	<ul style="list-style-type: none"> • Establiment de registres personals que permetin un seguiment individualitzat de la població diana
Població diana	<ul style="list-style-type: none"> • En funció del grup d'edat amb major incidència de càncer. En general, entre 35 i 60 anys. Òptim de 25 a 65 anys
Intervals	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 3 i 5 anys
Característiques del programa	<ul style="list-style-type: none"> • Es recomana la tècnica de Papanicolau • Establiment de programes de qualitat que avaluin la recollida i preparació de mostres i la seva interpretació • Establiment de programes de capacitació i avaluació de l'acompliment • Utilització de nomenclatura i classificació uniforme
Control de qualitat	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenció de la mostra abans de cap manipulació digital o manual de la zona • Evitació de lubricants i altres productes vaginals durant les 24 h anteriors a l'exploració • Evitació de la recollida de mostres si la pacient sagna o presenta vaginitis • Obtenció d'una mostra ectocervical amb una espàtula humida tipus Ayres • Obtenció d'una mostra endocervical amb un raspall humit • Evitació de recollida de material cel·lular del fòrnix vaginal posterior (dóna lloc a falsos negatius superiors al 50%) • Extensió de la mostra i fixar-la immediatament amb els productes comercials disponibles • Les mostres endo i ectocervicals han de preparar-se de manera separada

L'efectivitat de la detecció precoç de càncer de coll d'úter mitjançant citologia de Papanicolau

La finalitat de realitzar un cribratge, a més de detectar càncer de cèrvix en un estadi precoç, és detectar i eliminar lesions d'alt grau i per tant prevenir la progressió potencial a carcinoma cervical. L'evidència científica del cribratge de càncer de coll d'úter basat en la citologia no ha estat definida en assaigs clínics aleatoris, els quals seran exigits actualment per la introducció d'una nova tecnologia sanitària. Tanmateix, la seva efectivitat ha estat demostrada mitjançant l'observació i avaluació dels efectes dels programes de cribratge organitzats en poblacions diana mesurats en termes de reducció de la incidència del carcinoma invasiu i de la reducció de la mortalitat⁵⁴, al mateix temps que ha augmentat significativament la detecció de lesions precanceroses⁵⁵. En els països on es realitza un cribratge per la malaltia el seu diagnòstic es duu a terme en fases precoces i la seva supervivència als cinc anys se situa en el 80%. La supervivència del càncer de cèrvix està molt relacionada amb l'estadiatge al diagnòstic.

L'efectivitat d'un programa de cribratge en el control de la malaltia depèn directament de la població cribada. S'estima que la meitat dels càncers de cèrvix diagnosticats es presenta en dones que mai s'han realitzat un cribratge de càncer de coll d'úter, i un 10% més en dones que no s'han fet una citologia en els últims cinc anys⁵⁴. Probablement, el guany més important en la reducció de la incidència i mortalitat per càncer de cèrvix passaria per augmentar la cobertura de població de dones que acudeixen al cribratge de manera regular, sobretot entre aquelles que no hi acudeixen o que hi acudeixen d'una manera irregular. D'altra banda, la disponibilitat de noves tecnologies pot oferir avantatges en l'optimització del cribratge.

Un altre dels problemes que planteja el cribratge és el període d'edat recomanat i la determinació del període de temps entre cada prova. Diversos estudis suggereixen que l'edat idònia per iniciar el cribratge és en el curs dels tres anys d'haver iniciat les relacions sexuals o a partir dels 25 anys (qualsevol de les situacions que esdevingui en primer lloc), i no es considera indicat continuar el cribratge rutinari a partir dels 65 anys, quan els dos controls rutinaris anteriors efectuats tenen resultat negatiu⁵⁶. No disposem d'estudis prospectius que hagin comparat directament els resultats del cribratge a diferents intervals en una mateixa població. Els resultats de vuit programes de cribratge en els que participaven 1,8 milions de dones, comparant els resultats de diferents intervals de 5, 3, 2, 1 anys van mostrar una reducció en la incidència del 84, 91, 93 i 94%, respectivament⁵⁷. A més, els resultats d'un ampli programa de cribratge als Estats Units indicava que un interval de 3 anys davant dels d'1 o 2 anys no s'associava a una major incidència⁵⁸. Per tant, la reducció en la incidència segons tipus d'intervals de temps entre citologies mostra que si la periodicitat passa d'1 a 3 anys i l'interval d'edats és de 25 a 64 anys, no hi ha diferència significativa en la reducció de la incidència en àrees on la freqüència d'aquest càncer és baixa, com és el cas de Catalunya.

Evidentment, per a què les actuacions de cribratge siguin efectives s'ha de garantir, davant d'un resultat positiu a la prova de cribratge, la confirmació diagnòstica i el tractament adequat. S'ha de proporcionar informació a la dona sobre els factors de risc, la importància de la detecció precoç, els períodes en què està indicada, i que la citologia no és una prova diagnòstica; per tant, un resultat positiu significa iniciar un procés diagnòstic i cal que conegui els possibles efectes adversos d'un resultat fals positiu o d'un fals negatiu.

Noves tècniques citològiques

Últimament s'estan desenvolupant diverses tècniques de recolzament a la citologia convencional dirigides a minimitzar els errors tant en la recollida i manipulació de les mostres com en la seva interpretació. Entre les noves tecnologies que estan desenvolupant-se es troba la denominada monocapa o capafina (*monolayer*). Es tracta d'una tècnica adreçada a millorar la recollida i preparació d'espècimens que utilitza la tecnologia de fluids. Tanmateix, malgrat l'aparent superioritat d'aquesta tècnica sobre la citologia convencional^{57,58}, encara no es disposa de les dades suficients que permetin determinar amb precisió la seva sensibilitat i especificitat (s'ha suggerit que aquesta és menor), els seus valors predictius positiu i negatiu, i la relació cost-efectivitat comparada amb la citologia convencional⁶¹⁻⁶³.

D'altra banda, en l'àrea de la citologia semiautomatitzada tenim l'AutoPap® System, adreçat a facilitar la interpretació de les mostres. Tanmateix, d'igual forma que amb la tecnologia descrita amb anterioritat, no hi ha dades concloents que permetin determinar l'avantatge d'aquest sistema sobre la citologia convencional^{49,62,64}.

La detecció del VPH en el diagnòstic precoç del càncer de cèrvix

El coneixement de la relació causal entre el VPH i el càncer de cèrvix planteja noves perspectives en el diagnòstic precoç de les lesions precanceroses. Atès que tan sols les infec-

cions persistents s'associen al desenvolupament de lesions, la seva detecció podria ser un element decisiu en la identificació del càncer i de les seves formes precursors. En aquest sentit, haurien de demostrar una relació cost-efectivitat almenys comparable a la citologia convencional, per ser incorporades en sistemes de cribratge poblacionals.

La detecció del VPH en el cribratge primari ha estat motiu d'assaig d'investigació a molts països i la detecció de tipus de VPH d'alt risc ha demostrat tenir una sensibilitat major que la citologia quant a la detecció de lesions de SIL de baix grau i superiors^{65,66}. Malgrat això, aquests estudis han demostrat que la gran majoria de dones positives per VPH d'alt risc no tenen displàsia cervical clínicament rellevant, i tant sols una petita fracció d'aquestes dones desenvoluparà anomalies cervicals, així com moltes menys desenvoluparan un càncer. La prevalença de VPH en dones menors de 40 anys amb citologia SIL de grau baix segueix sent molt alta (superior al 75% en un recent assaig controlat), de manera que les proves no resulten discriminatòries^{65,66}.

La US Preventive Services Task Force va estimar, en situació de baixa prevalença de lesions d'alt grau, una sensibilitat de la prova per VPH utilitzant la tècnica d'hibridació per a lesions d'alt grau (HSIL) d'un 82%, l'especificitat d'un 78%, valor predictiu positiu d'un 18%, i un valor predictiu negatiu d'un 99%. Per les lesions de baix grau (LSIL), la sensibilitat va ser d'un 66%, l'especificitat d'un 91%, el valor predictiu positiu d'un 26%, i el valor predictiu negatiu d'un 98%⁶⁹.

La utilitat de la detecció del VPH per al cribratge poblacional probablement no estaria tant en el seu valor predictiu positiu, que és molt baix, sinó en el seu valor predictiu negatiu que és normalment major del 98% per la presència de lesions d'alt grau. Per tant, una dona que resulta VPH negativa pot ser considerada amb un risc molt baix de desenvolupar càncer de coll d'úter⁶⁸. Algunes dades preliminars indiquen que aquest VPH sense precedents de lesions anteriors podria mantenir-se durant cinc anys o més i, per tant, en cas de ser confirmat, podria significar que les dones podrien ser examinades en intervals menys freqüents que fins ara.

Recomanació per al cribratge de càncer de cèrvix

En conclusió, les noves tecnologies introduïdes en el cribratge del càncer de cèrvix poden modificar les recomanacions en els propers anys, tot i que el consens actual és que com a prova de cribratge només s'ha de considerar recomanable en el cas de la citologia de Papanicolau. Es recomana efectuar la citologia de Papanicolau cada tres anys després de dues citologies anuals negatives des de l'inici de les relacions sexuals, o a partir dels 25 anys, qualsevol de les situacions que esdevingui primer. A partir d'aquí, la periodicitat de la mesura es recomana cada tres anys per a les dones d'edat d'entre 20 i 34 anys i cada cinc anys per a les dones que tinguin entre 35 i 64 anys. En dones de 65 o més anys que han estat sotmeses a cribratges amb anterioritat, no és imprescindible continuar amb les citologies. Si no s'han realitzat proves de cribratge abans dels 65 anys, es recomana practicar-ne dues. D'acord entre el metge i la pacient, la periodicitat es pot modificar segons les circumstàncies personals de la pacient. L'avaluació de la infecció per virus del papil·loma humà ha de limitar-se a les dones amb lesions sospitoses (ASCUS) i a les dones que mai s'han fet una citologia abans dels 50 anys.

Cribratge de càncer colorectal

Introducció

El càncer colorectal és un problema de salut important a Catalunya. És el segon càncer més freqüent en les dones i el tercer en els homes, així com el més freqüent si es consideren els dos sexes junts (4.000 nous casos anuals estimats). La incidència té una tendència d'incre-

ment anual significativa en els últims anys (3,5% anual en els homes i 2,7% en les dones). Pel que fa a la mortalitat, el càncer colorectal és la segona causa de mort per càncer tant en els homes com en les dones, amb 1.900 morts anuals pel període 1997-1998. La tendència recent indica una estabilització de la seva mortalitat després dels augments observats des del 1980¹.

Pel que fa a la prevenció primària d'aquest càncer, els principals factors de risc que cal considerar des del punt de vista de la prevenció són la dieta (alta en greixos d'origen animal, carn vermella, energia total i baixa en vegetals) i l'exercici físic (vida sedentària)⁷⁰⁻⁷². Les recomanacions no són, altrament, gaire diferents de les formulades de manera genèrica per un estil de vida saludable. Per altra banda, les dificultats en els canvis dels estils de vida i el fet que l'efecte beneficiós potencial sigui a llarg termini planteja la necessitat de combinar-les amb altres estratègies per a disminuir l'impacte d'aquest càncer.

Els antecedents familiars són un dels altres factors de risc importants en aquest càncer. En aquest sentit, les persones amb un risc elevat de patir càncer colorectal per presentar alguna síndrome de predisposició hereditària al càncer, com pot ser la poliposi colònica familiar o el càncer colorectal hereditari no polipòsic, haurien de ser valorades en unitats de consell genètic. Aquest grup, que pot representar entre un 6% i un 10% del conjunt de tumors colorectals, és susceptible d'un estudi i seguiment específics.

El cribratge d'aquest càncer és l'altra estratègia possible per disminuir el seu impacte. No obstant, abans de recomanar la generalització d'una prova de cribratge en una població asimptomàtica cal que es compleixin algunes condicions com: *a)* que es disposi d'un coneixement suficient de la història natural de la malaltia, *b)* que el tractament d'un càncer detectat precoçment millori el seu pronòstic, *c)* que la malaltia sigui un problema de salut pública rellevant, *d)* que disposem d'una prova de cribratge acceptable per a la població de risc, vàlida i raonablement segura, i *e)* que l'eficàcia del cribratge s'hagi demostrat en un assaig clínic aleatori, reduint el risc de morir en el grup cribratge.

El càncer colorectal compleix, clarament, amb les tres condicions inicials⁷³. Es té un coneixement força important sobre la seva història natural que permet proposar la seqüència adenoma-càncer, amb un període de temps entre la formació de l'adenoma i la seva progressió neoplàsica de diversos anys; també s'accepta que són molt pocs els tumors que apareixen sense haver estat precedits d'un pòlip adenomatós⁷³. D'altra banda, el pronòstic d'aquest càncer té una estreta relació amb l'estadi en el moment del diagnòstic, i el tractament en fases inicials d'aquest càncer implica una menor agressivitat terapèutica i millor qualitat de vida.

El cribratge de càncer colorectal

S'han proposat cinc proves de cribratge d'aquest tumor: la detecció de sang oculta en femta, la sigmoidoscòpia flexible, la colonoscòpia, l'examen rectal i l'ènema de bari. En els següents paràgrafs tan sols considerem les tres primeres, ja que són amb les que s'ha realitzat la majoria dels estudis per demostrar l'eficàcia del cribratge.

Detecció de sang oculta en femta

Aquesta prova ha demostrat la seva eficàcia en quatre assaigs clínics aleatoritzats, tres dels quals es van efectuar en població general⁷⁴. Una metaanàlisi, que va avaluar les dades conjuntes dels 330.000 individus participants en els assaigs, va estimar una reducció de la mortalitat en el grup de cribratge del 16% (RR: 0,84; IC del 95%, 0,77-0,93)¹¹. També va concloure que per cada 10.000 persones a qui s'oferia el cribratge, s'evitarien 8,5 morts en 10 anys. L'estimació de la reducció de la mortalitat per aquest càncer en les persones que van participar realment en el cribratge és del 30% aproximadament, tot i les limitacions d'aquest tipus de càlcul^{75,76}. Així mateix, dades més recents d'un d'aquests estudis demostren que el

cribratge mitjançant detecció de sang oculta en femta també pot reduir la incidència de càncer colorectal en detectar els pòlips adenomatosos, que són un pas previ de la malaltia neoplàstica en la majoria dels casos⁷⁷.

Aquesta prova presenta alguns problemes en la seva aplicació. En primer lloc, la sensibilitat de l'hemocult, la prova utilitzada en els assaigs aleatoris, se situa a l'entorn del 50-60%⁷⁷⁻⁸⁰. D'altra banda, el valor predictiu positiu d'aquesta prova és, en els assaigs europeus, del 10-18% per al diagnòstic de càncer i del 21-38% per al diagnòstic d'adenomes més grans o iguals a 10 mm¹¹. En segon lloc, la prova diagnòstica de confirmació, la colonoscòpia, no està exempta de riscos. En aquest sentit, en els estudis europeus l'1,0-2,1% dels participants en el cribratge inicial van tenir un resultat positiu i, per tant, se'ls va indicar la pràctica d'una colonoscòpia general⁷⁴. En tercer lloc, els assaigs s'han fet amb una prova, l'hemocult, mentre que en el mercat n'han aparegut altres basades en reaccions immunològiques que, si bé poden millorar els resultats de l'hemocult, la seva efectivitat com a prova de cribratge poblacional és objecte de discussió. Finalment, la participació en aquests estudis ha estat baixa tant en la prova inicial com en les de seguiment biennal. En l'assaig del Regne Unit, el 60% de la població invitada va participar en el cribratge inicial però només el 38% va completar tots els cribratges proposats¹¹. Aquest conjunt de factors ha dificultat l'acceptació global d'aquesta prova de cribratge malgrat la seva eficàcia demostrada i, en conseqüència, la seva recomanació per les autoritats sanitàries com a prova de cribratge en la població de 50-70 anys.

Sigmoidoscòpia flexible

La sigmoidoscòpia sense sedació permet l'examen visual de prop del 60% de tot el còlon on se situen prop de dos terços dels tumors. El procediment és raonablement segur si l'efectuen professionals entrenats (una perforació colònica per 10.000 procediments) i la seva sensibilitat i especificitat és alta a la zona del còlon que es pot explorar. L'evidència de la seva eficàcia prové només d'estudis «cas-control» que mostren una reducció de la mortalitat del 60% en els tumors a la zona que es poden detectar, i del 30% en cas d'avaluar tots els càncers colorectals⁸¹. Afegir la detecció de sang oculta en femta millora molt poc la sensibilitat. En aquesta prova, s'esperen amb interès els resultats finals dels estudis que avaluen la pràctica de la sigmoidoscòpia una única vegada entre els 55 i els 60 anys, seguida de colonoscòpia en cas de detectar adenomes majors d'1 cm o amb histologia de risc a la zona visible per a la sigmoidoscòpia^{82,83}.

Colonoscòpia

És la prova que permet un examen complet de tot el còlon, sobretot quan s'efectua sota sedació, encara que té riscos no menyspreables de perforació colònica (2 per 1.000 procediments), de sagnat després de la polipectomia o de complicacions degudes a la sedació. No hi ha estudis aleatoris que hagin avaluat la seva eficàcia. No obstant això, el fet que explori tot el còlon permet millorar la sensibilitat de la sigmoidoscòpia, fet que ha de ser contraposat a l'augment de riscos, al cost més elevat i a la necessitat de major experiència professional en la seva realització⁷³.

Aplicabilitat pràctica del cribratge de càncer colorectal

Possiblement el càncer colorectal sigui un dels millors exemples de què la seva detecció i tractament en estadis inicials modifica de forma beneficiosa per al pacient el pronòstic de la malaltia, l'agressivitat terapèutica i l'impacte sobre la qualitat de vida. Una conseqüència d'això també és que el cost del tractament es redueix i la majoria d'anàlisis estimen que el cribratge d'aquest càncer té una raó cost-efectivitat comparable a la d'altres proves de cribratge^{84,85}. Vist que hi ha proves d'eficàcia provada, cal considerar els problemes que frenen la seva recomanació pràctica.

En primer lloc, l'única prova amb eficàcia demostrada en assaig clínic aleatori, com és l'hemocult per a detecció de sang oculta en femta, és una prova amb baixa sensibilitat, com ja s'ha comentat. Les modificacions que milloren la sensibilitat (rehidratació de la mostra, proves immunològiques) comporten una alteració de l'especificitat que pot no ser acceptable en un programa de cribratge poblacional. La confusió és notable en aquest àmbit i és difícil definir quina és la prova més recomanable a partir de la literatura. En segon lloc, encara que amb evidència no experimental, hi ha professionals que prefereixen esperar als resultats dels estudis experimentals amb sigmoidoscòpia, que sortiran en un o dos anys, o fins i tot optar per la colonoscòpia una sola vegada en els 55 anys donada la seva capacitat diagnòstica. En tercer lloc, la participació en totes les estratègies de cribratge és baixa en termes comparatius, probablement a conseqüència de les característiques de les proves de cribratge, de l'insuficient coneixement dels seus beneficis entre la població de risc, i al fet que no hi hagi hagut una pressió social semblant a l'existent en el cas del càncer de mama o el de pròstata. La percepció social que hi ha a l'entorn dels beneficis del cribratge de càncer colorectal és indubtablement menor a la d'altres càncers sense que existeixin raons epidemiològiques, preventives o terapèutiques que expliquin aquest diferent impacte social. En quart lloc, no hi ha suficients professionals amb el grau d'experiència necessària per realitzar una colonoscòpia amb garanties i eventualment aprofitar-la per efectuar l'extracció de pòlip en el mateix acte, la qual cosa comporta problemes importants en el moment de planificar un programa de cribratge poblacional. Finalment, les recomanacions de les organitzacions sanitàries són poc concretes quant a la prova de cribratge^{73,86} seleccionada i a la seva periodicitat, la qual cosa afegeix dispersió d'esforços en el moment d'efectuar una recomanació preventiva clara i concreta que sigui assumible per les autoritats sanitàries.

Recomanació pel cribratge de càncer colorectal

Hi ha una sèrie de factors que indiquen una via d'actuació des de la salut pública en aquest cribratge. En primer lloc, ha de quedar clar que hi ha evidència suficient que el cribratge de càncer colorectal pot millorar de forma efectiva el pronòstic d'aquesta malaltia, fins i tot en condicions de baixa participació. La detecció de sang oculta en femta cada 2 anys entre els 50 i els 70 anys s'ha demostrat com una estratègia efectiva i aquest punt és important perquè és una preconditioni ètica per a qualsevol recomanació de cribratge. Per altra banda, si bé una baixa participació redueix l'eficàcia poblacional del cribratge també implica una reducció dels costos, amb la qual cosa la raó de cost-efectivitat no té per què veure's substancialment alterada⁸⁵. Les expectatives sobre la sigmoidoscòpia flexible s'han de confirmar en poc temps, facilitant una altra estratègia de cribratge encara que amb major complexitat tècnica. Altres tècniques són objecte d'investigació activa, com la detecció de mutacions genètiques en femta⁸⁸, però la demostració de la seva efectivitat encara es troba més allunyada en el temps.

En aquest context, considerem que és el moment d'avaluar la participació de la població del nostre país en l'estratègia de cribratge, conèixer el seu cost i resultats i avaluar la viabilitat del desenvolupament de l'estratègia poblacional amb la prova d'elecció. Avui, aquesta prova únicament pot ser la detecció de sang oculta en femta. No s'ha d'oblidar que el coneixement sobre les estratègies preventives pot ser canviant i hem de ser capaços d'explicar-ho, sempre que la nostra recomanació es basi en la millor evidència científica disponible en el seu moment. Qualsevol nova proposta ha de ser avaluada en forma de prova pilot per contrastar la seva viabilitat en diferents àmbits poblacionals de Catalunya. Els resultats d'aquestes proves pilot i els dels estudis clínics actualment en fase d'anàlisi amb la sigmoidoscòpia, han de ser la base de la decisió sobre l'extensió del cribratge a tota la població catalana en un futur proper. L'important impacte poblacional del càncer colorectal i la seva evolució recent, així com l'evidència científica existent sobre el cribratge, fan que l'avaluació de la viabilitat del cribratge sigui una prioritat⁸⁹.

Cribratge de càncer de pròstata

El cribratge de càncer de pròstata planteja un dels debats més importants en l'avaluació de la seva eficàcia. Per una banda, és un càncer freqüent i causa la mort d'un nombre elevat d'homes. Per altra, però, és conegut que un percentatge elevat de càncers de pròstata cursen sense donar símptomes al llarg de tota la vida com indica la troballa accidental d'aquest càncer en un percentatge significatiu de les autòpsies de pacients morts per altres causes. El problema està en com diferenciar el càncer de pròstata que té un potencial invasor i que, per tant, pot causar la mort del pacient, del que cursarà amb un creixement lent i no donarà símptomes ni causarà la mort⁹⁰.

Davant de la pràctica inexistència de recomanacions de prevenció primària, l'interès preventiu s'ha centrat des de fa alguns anys en el cribratge. Hi ha un consens clar sobre l'absència d'eficàcia de l'examen digital del recte com a prova de detecció precoç per la seva baixa sensibilitat, a part de les dificultats pràctiques que plantejaria la seva aplicació poblacional. Aquest consens no existeix, en canvi, en relació amb la prova de detecció precoç mitjançant l'antigen prostàtic específic, conegut per PSA. La sensibilitat del PSA per detectar el càncer té un valor (amb punt de tall de 4 ng/ml) que es pot situar entre el 72% i el 90% i varia segons l'edat i la prevalença de la malaltia. Un estudi longitudinal amb un risc de biaix relativament controlat va trobar que la sensibilitat era del 73,2%⁹¹ i l'especificat del 85,4%. Això suposaria que per cada 100 homes sans que es fessin la prova, 15 donarien positiu al PSA malgrat no tenir la malaltia i s'haurien de sotmetre a proves addicionals per descartar-la. Per altra banda, per cada 100 homes que es fessin la prova i tinguessin la malaltia, 25 donarien negatiu al PSA (falsos negatius) i la malaltia es descobriria posteriorment. Altres estratègies de cribratge, com són el percentatge de fracció lliure de PSA en sèrum o la velocitat de canvi en el valor de PSA a llarg del temps, no han demostrat una superioritat clara en la seva validesa⁹².

Un altre aspecte imprescindible a l'hora de recomanar el cribratge és que la detecció, i el tractament, precoç han de millorar el pronòstic i/o la qualitat de vida del pacient. En aquest punt, no hi ha dades que demostrin que el cribratge pugui reduir la mortalitat per aquest càncer. Hi ha, per altra banda, evidència recent que la qualitat de vida dels pacients que han estat diagnosticats mitjançant el cribratge no és millor que la dels diagnosticats clínicament⁹³. A aquestes dades cal afegir el fet conegut dels efectes adversos dels tractaments d'aquest càncer (impotència, incontinència urinària) tant amb radioteràpia com amb braquiteràpia o amb prostatectomia radical, i el fet que no hi ha assaigs clínics que permetin establir amb claredat quina és la millor estratègia terapèutica davant del càncer de pròstata localitzat. Un estudi longitudinal recent efectuat a Suècia va demostrar que «l'espera vigilant» (seguir el pacient i només tractar-lo si hi ha evidència de progressió de la malaltia) no era pitjor en termes de supervivència i que és una opció a considerar si el pacient hi està d'acord⁹⁴.

Per tant, la situació globalment és molt incerta: no està clar que el cribratge millori la supervivència, no està clar quin és el millor tractament i totes les teràpies tenen efectes adversos no menyspreables. La reducció de la mortalitat per càncer de pròstata observada en diversos països s'ha atribuït, almenys en part, a l'extensió de l'ús del PSA, si bé les dades no són conclouents, ja que també s'ha produït en països i zones geogràfiques amb un ús menys intensiu del cribratge⁹⁵⁻⁹⁸. L'avaluació definitiva de l'eficàcia del PSA com a prova de detecció precoç només podrà venir per la seva demostració mitjançant un assaig clínic aleatori. Actualment n'hi ha dos en curs, que està previst que s'acabin a partir del 2008^{99,100}. El problema que es planteja és l'actitud a prendre durant els anys que manquen per disposar d'evidència científica contrastada.

La majoria d'agències d'avaluació de tecnologia mèdica, el programa PDQ de l'Institut Nacional del Càncer dels Estats Units (www.cancer.gov), la US Preventive Services Task Force o el Programa d'Activitats Preventives en Atenció Primària de la Salut de la Societat Espanyola de Medicina de Família, conclouen que l'evidència és insuficient per fer una recomana-

ció d'aplicar el cribratge de càncer de pròstata a la població d'homes de 50 a 69 anys mitjançant el PSA.

Tenint en compte aquesta situació incerta, la recomanació que es proposa és la següent:

- Considerar que l'evidència actual és insuficient per recomanar el cribratge poblacional de càncer de pròstata en els homes de 50 a 69 anys. Quan es disposi dels resultats dels assaigs clínics es podrà prendre la decisió definitiva.
- Aquests arguments són suficients per a no donar suport al cribratge oportunista. En cas que la persona ho demani, se li proporcionarà informació fiable i completa sobre els beneficis, els riscos i les limitacions d'aquest cribratge, així com les incerteses terapèutiques existents.

Cribratge del càncer d'ovari

El cribratge del càncer d'ovari està en una fase de recerca mitjançant assaig clínic¹⁰²⁻¹⁰⁴. Tot i que s'han proposat diverses proves, l'interès més gran s'ha centrat en la prova del QA-125 mesurat en el sèrum. Aquesta prova té un paper establert en l'avaluació del volum tumoral, la resposta terapèutica i el seguiment posterior però no en el cribratge. El seu principal problema és el risc d'obtenir resultats falsament positius per altres patologies (endometriosis, embaràs o altres tumors). Així mateix, la seva sensibilitat no és prou elevada com per a ser recomanada com a prova de cribratge. L'avaluació quirúrgica dels casos falsament positius és un factor a tenir en compte per a completar les dificultats que planteja aquest cribratge. S'ha proposat afegir-hi altres proves com l'ecografia transvaginal, però la combinació d'ambdues proves no sembla que sigui una millora. En cap cas es recomana aquest cribratge en la població i caldria esperar els resultats de l'assaig clínic en curs de l'Institut Nacional del Càncer dels Estats Units en la dècada del 2010 per a tenir unes dades fiables sobre la seva aportació com a prova de detecció precoç.

Cribratge del càncer de pell

La detecció precoç del càncer de pell mitjançant inspecció visual periòdica de la pell dels individus ha estat proposada sense que hi hagi resultats encara dels diferents estudis en curs¹⁰⁵. Cal recordar que el nostre país té un risc relativament baix d'aquests tumors tot i que la seva incidència augmenta. Aquesta és una prova de detecció precoç que pot ser recomanable als individus d'alt risc.

Cribratge del càncer de cavitat oral

La pràctica habitual de l'examen visual de la cavitat oral de forma oportunista i aprofitant les visites odontològiques ha fet plantejar la variabilitat de proposar-ho com a prova de cribratge per a tota la població. L'examen visual pot conduir a detectar càncers de cavitat oral en estadis més inicials de la seva evolució però no hi ha cap evidència que, aplicat en una població, causi un descens de la mortalitat per aquest conjunt de tumors¹⁰⁶.

Cribratge del càncer de pulmó

El cribratge del càncer de pulmó mitjançant diferents combinacions i periodicitats de la radiografia de tòrax i la citologia d'esput ha estat un dels cribratges avaluats en assaigs controlats aleatoris en els anys 70. Els resultats d'aquests assaigs van demostrar la falta d'eficàcia del cribratge, ja que no es va reduir la mortalitat per aquest tumor. Aquests estudis van demostrar que el cribratge pot resultar en una millora en els estadis en el moment del diagnòstic, una millora aparent de la supervivència però cap reducció de la mortalitat¹⁰⁵. Els biaixos del cribratge, l'avançament en el moment del diagnòstic i el sobrediagnòstic són els factors que poden explicar aquesta aparent paradoxa^{108,109}. El cribratge de càncer de pulmó s'ha considerat, per tant, una prova no eficaç i no recomanable.

Anys després, la disponibilitat de la tomografia helicoidal computaritzada ha despertat de nou l'interès en el cribratge d'aquest càncer, especialment en pacients fumadors. No obstant, els estudis realitzats fins ara amb aquesta tècnica són estudis sense grup control ni aleatoritzats i, bàsicament, mostren la capacitat d'aquesta exploració per a detectar lesions pulmonars de mida petita, algunes de les quals són càncers però una bona part resulten ser de caràcter benigne^{110,111}. Cap d'aquests estudis ha demostrat l'eficàcia d'aquest cribratge, és a dir, que el cribratge millori el pronòstic de la malaltia i redueixi la seva mortalitat.

Actualment hi ha un parell d'estudis clínics per avaluar la seva viabilitat com a prova de cribratge. Tanmateix, el fet de la curta fase presimptomàtica d'aquests tumors i la dificultat de disposar de teràpies efectives més enllà dels tumors molt localitzats dificultarà la demostració de l'efectivitat d'una prova de cribratge.

Altres tumors

S'ha proposat el cribratge d'altres tumors sense que, fins ara, no s'hagi demostrat la seva eficàcia i, en algunes ocasions, ni tan sols han estat motiu d'estudis clínics. Alguns exemples són la citologia i la detecció d'hematúria com a proves de detecció precoç del càncer de bufeta urinària, l'examen físic del testicle en el càncer del testicle o l'ecografia transvaginal en el càncer d'endometri. En cap cas es pot afirmar que hi hagi dades que permetin establir la seva eficàcia en la població general.

Atenció oncològica

El càncer és un conjunt de malalties amb un impacte notable en la nostra societat. Un de cada quatre ciutadans patirà un càncer en algun moment de la seva vida, dels quals, amb els coneixements actuals, sobreviuran a la seva malaltia la meitat. En aquest context, constatem que els serveis sanitaris conjuntament amb les activitats preventives han contribuït a la millora observada de la supervivència del càncer en els darrers 20 anys a Catalunya. Aquesta millora en la supervivència suposa un impacte assistencial notable pel seguiment dels pacients que han sobreviscut al càncer per part dels serveis sanitaris.

L'atenció oncològica planteja desafiaments de gran transcendència en el sistema sanitari:

- El càncer és un conjunt de patologies que travessen tots els nivells assistencials, i el seu diagnòstic i tractament requereix de professionals d'especialitats sanitàries molt diferents.
- Hi ha possibilitats clares de continuar la millora en l'atenció oncològica.
- La demanda i les expectatives de la població són creixents en l'àmbit de l'atenció oncològica.

El tractament del càncer està vivint una etapa de canvi accelerat que es caracteritza pels següents factors:

- Introducció continuada de nous fàrmacs en el tractament del càncer. En els anys vuitanta els progressos es van centrar en els tractaments de suport (antiemètics, factors de creixement) mentre que des de fa sis anys els nous quimioteràpics apareixen amb una freqüència constant.
- Aquests nous fàrmacs poden beneficiar tumors d'elevada incidència, com el càncer de mama, de pulmó o colorectal, i el seu cost multiplica entre 10 i 40 vegades el del tractament al qual substitueixen.
- Les noves tecnologies en radioteràpia també han augmentat el cost i la complexitat d'aquesta estratègia terapèutica amb la que són tractats prop de la meitat dels pacients amb càncer i, a la vegada, també han permès millorar els resultats clínics i la qualitat de vida dels pacients.
- Les expectatives i els coneixements dels pacients i de les seves famílies han canviat en els darrers anys i ara la seva disposició per rebre tractament és més manifesta. A aquest

canvi hi han contribuït els mitjans de comunicació, els professionals i els investigadors, que transmeten de forma periòdica els nous avenços terapèutics, tot i que en alguns casos s'han presentat com si poguessin suposar un canvi radical en el pronòstic immediat del pacient amb càncer, quan en realitat els avenços en el tractament del càncer triguen a tenir un impacte en la població afectada.

- El canvi en el paradigma del tractament del càncer amb la consolidació de l'adjuvència en les fases inicials de la malaltia, quan abans la quimioteràpia constituïa un recurs terapèutic del càncer avançat. Aquest canvi de paradigma ha continuat amb la tendència cap a la individualització del tractament del càncer, d'acord amb factors predictius de la resposta al tractament.

Aquests factors i la mateixa rapidesa dels canvis en la societat fan necessari que el sistema sanitari públic doni una resposta global als problemes que planteja l'atenció oncològica, en la línia del que es planteja en el Pla Director d'Atenció Oncològica¹¹².

És convenient recordar quins són els paràmetres que defineixen una atenció oncològica de qualitat, perquè aquest ha de ser l'objectiu de l'aplicació del Pla de Salut en l'àmbit de l'atenció sanitària dels pacients amb càncer.

- L'atenció oncològica de qualitat requereix de la participació dels diferents nivells assistencials i dels diferents professionals sanitaris amb diverses especialitats que han d'actuar coordinadament, garantint la continuïtat assistencial al llarg del procés de la malaltia¹¹³.
- L'aplicació del primer tractament del càncer és el principal factor determinant del pronòstic futur de la malaltia i ha d'estar decidit amb l'acord dels professionals que hi han d'intervenir. Aquests professionals han de gaudir de l'experiència clínica i la competència suficient en el tractament oncològic específic que es vulgui efectuar. Un requisit bàsic per assolir-ho és el d'efectuar el tractament en un nombre mínim anual de casos^{114,115}. La necessitat d'especialització és una qüestió discutida a bastament en la cirurgia del càncer. Recentment, en una completa revisió de la literatura feta pel National Cancer Policy Board de l'Institute of Medicine s'afirmava que hi ha evidència per recomanar l'especialització quirúrgica en els següents procediments: cirurgia del càncer d'esòfag, cirurgia del càncer de pàncrees, tractament quirúrgic de les metàstasi hepàtiques, i cirurgies ginecològiques complexes.
- Els tractaments han d'estar basats en la millor evidència científica disponible. Cal diferenciar el tractament establert i protocolitzat del tractament experimental del qual no hi ha evidència suficient¹¹⁶. El pacient té el dret de conèixer els efectes adversos dels tractaments experimentals així com que no hi ha evidència suficient del seu benefici clínic mitjançant un consentiment informat clar i comprensible¹¹⁷. En aquest sentit cal recordar que els fàrmacs en oncologia tenen indicacions precises aprovades per l'Agència Espanyola del Medicament, i fora d'aquestes indicacions els tractaments no es poden considerar aprovats, sinó més subjectes a recerca clínica.
- L'avaluació dels resultats clínics en oncologia és essencial. L'indicador clar és la supervivència a l'any i als cinc anys. Altres indicadors són importants, com la mortalitat quirúrgica (30 dies), la taxa de recidives, o el nombre de ganglis avaluats per donar un resultat patològic.

Un debat no resolt en la planificació de l'atenció oncològica és la combinació necessària, d'una banda el fet que la freqüència del càncer és prou elevada com per a ser diagnosticat a tots els nivells assistencials amb la complexitat terapèutica que requereixen molts pacients i la diversitat de patologies i, d'altra banda, que obliga a una notable especialització en els diferents nivells hospitalaris.

Hi ha estratègies terapèutiques que necessàriament estan concentrades en alguns hospitals, com són el trasplantament de progenitors hematopoètics i la radioteràpia. En el Pla Director

d'Oncologia es contempla que a cada regió sanitària hi haurà una unitat assistencial oncològica de referència que disposarà dels recursos terapèutics suficients, amb l'excepció de la regió de Tortosa, com a conseqüència de la seva dimensió demogràfica. Aquesta unitat assistencial oncològica de referència podrà ser multihospitalària segons les necessitats i recursos específics de cada regió sanitària.

Tenint en compte les consideracions anteriors, es proposen els següents principis orientadors de l'atenció oncològica:

- Centrada en el pacient i que tingui en compte les seves necessitats i valors.
- Basada en la millor evidència científica disponible.
- Amb una raó de cost-efectivitat coneguda.
- Que ofereixi una atenció tant propera al lloc de residència del pacient com sigui possible, mantenint la qualitat assistencial i tenint en compte els avantatges de l'especialització en el tractament del tumor.
- Que faciliti la formació i la recerca per produir nova evidència científica.
- Promotora de l'atenció multidisciplinària del malalt i la continuïtat entre els diferents nivells assistencials de forma clara pel propi malalt.
- Integradora dels aspectes psicosocials i mèdics en l'atenció del malalt.
- Basada en l'avaluació dels resultats clínics del tractament del càncer.

Aquests principis de l'atenció oncològica han d'orientar la nostra acció sanitària en les nostres organitzacions, en el diagnòstic, tractament, seguiment i prevenció del càncer i, en aquest sentit, es proposen les següents recomanacions, que orienten els objectius del Pla de salut de Catalunya en els propers anys i la seva aplicació pràctica:

- La regió sanitària a Catalunya és l'àmbit bàsic de planificació de l'atenció oncològica. La cooperació entre proveïdors d'atenció sanitària ha de ser promoguda per tal de facilitar la coordinació assistencial quan les necessitats del pacient ho requereixin, així com per evitar duplicacions innecessàries de serveis. La planificació global correspon al Pla Director d'Oncologia de Catalunya.
- L'atenció oncològica ha de gaudir en el sistema sanitari de la prioritat que es dedueix del seu impacte en la salut de la societat. Això suposa garantir l'adequada prioritat en el diagnòstic de la malaltia davant d'una sospita clara en atenció primària, d'una derivació del pacient a l'hospital on es pugui confirmar el diagnòstic, i establir el tractament integral sense retards que puguin tenir repercussions en el pronòstic clínic. Caldria fer un esforç per tal d'establir els símptomes de sospita de càncer en el marc de l'atenció primària de la salut que permeti millorar tot el procés diagnòstic i els circuits d'atenció primària i hospital¹¹⁸⁻¹²⁰.
- Els pacients diagnosticats de càncer a Catalunya han de tenir accés a un tractament de qualitat amb independència del seu lloc de residència. L'atenció oncològica ha de ser proporcionada tant a prop del seu lloc de residència com sigui possible, sempre i quan es mantingui la qualitat, la seguretat i l'efectivitat terapèutica. Tanmateix, sempre que sigui possible hi ha d'haver possibilitat d'elecció del centre on es fa el tractament en el sistema sanitari d'utilització pública si el pacient mostra preferències explícites.
- El Pla Director d'Oncologia a Catalunya està desenvolupant guies de pràctica clínica com a instruments de referència per al tractament establert en els protocols assistencials específics de cada hospital i a partir del consens amb els professionals sanitaris i les institucions sanitàries que tracten els pacients. Els tractaments fora de protocol hauran d'estar inclosos en assaigs clínics aprovats o en el marc de medicació d'ús compassiu.
- El sistema sanitari públic ha fet notables progressos en el reconeixement que, en el tractament del càncer, la recerca clínica es realitzi en el marc de grups cooperatius o d'assaigs clínics, ja que té un paper essencial per fer progressar el nostre coneixement. Cal també promoure la relació entre els clínics i els investigadors dels instituts de recerca o

de la universitat, amb la finalitat de fer més eficient la transició de la recerca a la clínica dels nous avenços científics.

- L'especialització en el tractament del càncer ha de ser un objectiu en determinats procediments quirúrgics com la cirurgia del pàncrees, de l'esòfag, metàstasi hepàtiques, sarcomes, neurooncologia i radioquimioteràpia del càncer de recte, així com en l'oncologia pediàtrica, consell genètic del càncer o el trasplantament al·logènic. Caldria disposar de mecanismes de cooperació entre hospitals per assolir un volum assistencial suficient en aquests procediments i avaluar els resultats assistencials de forma independent. El Pla Director d'Oncologia i l'AATM (Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques) hauran de definir quins són aquests procediments que es beneficien de l'especialització de forma clara.
- L'especialització en determinats procediments terapèutics en oncologia no tindrà tot el benefici pel pacient si no es combina amb una coordinació entre els diferents especialistes, entre els quals el pacient sempre haurà de ser capaç d'identificar quin és el seu metge de referència, tal i com estableix la llei de dret a la informació. En els tumors més freqüents els centres hospitalaris han de promoure els comitès de tumors com a òrgan de decisió terapèutica.
- Cal establir vincles i vies de comunicació efectives entre l'atenció oncològica hospitalària i els metges d'atenció primària. Aquesta relació també haurà de servir perquè el seguiment a llarg termini del malalt ja tractat pugui ser també efectuat en atenció primària¹²¹.
- Els PADES (programa d'atenció domiciliària i equips de suport) i l'atenció primària de salut tenen un paper essencial en l'atenció oncològica en la malaltia avançada i terminal en col·laboració amb les unitats de cures pal·liatives.
- El paper de l'atenció primària de la salut en la prevenció primària del càncer, en el cribratge i en el diagnòstic precoç del càncer ha de ser destacat per la seva efectivitat potencial. Així mateix, cal establir de forma coordinada amb l'atenció hospitalària el paper del metge d'atenció primària en el seguiment a llarg termini del pacient oncològic.
- La creació d'un registre de càncer a Catalunya ha de basar-se en la col·laboració amb els registres poblacionals, com el de Tarragona i el de Girona, així com també en els registres hospitalaris dels quals hi ha una llarga tradició als hospitals. Aquests registres hospitalaris han de progressar amb la recollida de l'estadiatge per cada tumor diagnosticat en el centre per així poder avaluar resultats clínics.
- L'atenció psicosocial és un àmbit relativament poc desenvolupat però que ha de ser potenciat d'acord amb les demandes i expectatives dels pacients per a fer front a la malaltia de la millor manera possible. La seva aplicació compta amb diverses evidències de la seva efectivitat en la millora de la qualitat de vida dels pacients diagnosticats. També cal promoure una millor informació i implicació dels pacients en els tractaments oncològics¹²².
- Les associacions de voluntaris i els grups d'ajuda mútua per tumors específics suposen un suport molt important pels pacients durant la seva malaltia per tal com donen cobertura a aspectes assistencials de molt difícil atenció per part del sistema sanitari. Són un exemple de la voluntat d'implicació de la societat en el tractament del càncer. El seu paper ha de ser de col·laboració amb el sistema sanitari d'atenció oncològica.
- El sistema sanitari ha de disposar del finançament suficient per a fer front als desafiaments que planteja l'atenció del càncer en tota la seva complexitat. El finançament ha de promoure el model d'atenció que aquí es proposa, específicament pel que fa a la continuïtat assistencial, la cooperació entre hospitals i l'atenció multidisciplinària.
- La formació continuada dels professionals sanitaris ha de ser una part integral de tota planificació sanitària, també en l'àmbit oncològic. Aquest aspecte és més rellevant quan l'objectiu és mantenir l'expertesa en l'aplicació d'un tractament contra el càncer.

El desenvolupament i l'aplicació d'aquests objectius s'efectuen de forma coordinada en el marc del Pla Director d'Oncologia a Catalunya 2001-2004. Els objectius proposats en aquest document així com els seus mecanismes d'avaluació estan coordinats en ambdós documents.

Objectius de salut i de disminució de risc per a l'any 2010

1. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la incidència per càncer en els tumors relacionats amb el tabac en un 5%.
Indicador d'avaluació: Taxa d'incidència ajustada per edat de tumors relacionats amb el tabac.
2. D'aquí a l'any 2010 cal aconseguir estabilitzar la tendència de la incidència de càncer de mama i colorectal.
Indicador d'avaluació: Taxa d'incidència ajustada per edat de càncer de mama i colorectal.
3. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per càncer de les persones de menys de 65 anys en un 15%.
Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat ajustada per edat per càncer en persones de menys de 65 anys.
4. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la reducció de la mortalitat per càncers relacionats amb el tabac en homes, i del càncer de pròstata en un 10%.
Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat ajustada per edat per tumors relacionats amb el tabac i càncer de pròstata en homes.
5. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per càncer de mama, coll d'úter en dones, i càncer colorectal en homes i dones en un 10%.
Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat ajustada per edat per càncer de mama i coll d'úter en dones u càncer colorectal en homes i dones.
6. D'aquí a l'any 2010 cal mantenir la reducció sostinguda en la mortalitat per càncer d'estómac i endometri.
Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat ajustada per edat per càncer d'estómac i endometri.
7. D'aquí a l'any 2010 cal incrementar la supervivència global per càncer als 5 anys en un 15% principalment a expenses dels tumors de mama, colorectal i pròstata.
Indicador d'avaluació: Taxa de supervivència ajustada per edat en persones amb càncer als 5 anys.
8. D'aquí a l'any 2010 cal desenvolupar i aplicar els protocols de control del dolor i d'altres símptomes en la malaltia avançada del càncer en tots els hospitals de Catalunya.
Indicador d'avaluació: Nombre i taxa d'aplicació dels protocols desenvolupats.

Objectius operacionals del Pla de salut 2002-2005

Informació a la població sobre les causes del càncer, la seva prevenció, i la importància de la detecció precoç

1. D'aquí a l'any 2005 cal incrementar en un 15% el grau de coneixement de la població sobre les principals causes del càncer i la seva prevenció, específicament pel que fa al tabac, l'exposició solar i la dieta, així com el paper preventiu de l'exercici físic moderat.
Indicador d'avaluació: Activitats de difusió realitzades.

Cribatge de càncer de mama

2. D'aquí a l'any 2005 cal finalitzar el desplegament del cribatge de càncer de mama, convidant a participar a totes les dones de Catalunya entre els 50-69 anys de manera continuada i amb una periodicitat biennal.
Indicador d'avaluació: Proporció de dones de 50-69 anys que participen als cribatges biennals de càncer de mama.
3. D'aquí a l'any 2005 cal que tota la informació que es facilita a les dones objecte del programa sobre els beneficis, limitacions i possibles efectes adversos del cribatge de càncer de mama s'ajusti als criteris d'actuació marcats en el «Programa de detecció precoç de càncer de mama a Catalunya», elaborat pel Servei Català de la Salut.
Indicador d'avaluació: Grau d'adequació de la informació facilitada i la recomenada al programa.
4. D'aquí a l'any 2005 cal que tots els centres i professionals que participen en aquest cribatge compleixin els criteris establerts en el protocol d'actuació del Programa de detecció precoç de càncer de mama a Catalunya.
Indicador d'avaluació: Proporció de centres i professionals que apliquen els protocols d'actuació.
5. D'aquí al 2005 cal assolir una cobertura poblacional a Catalunya del 80%.
Indicador d'avaluació: Cobertura del programa.
6. D'aquí al 2005 cal que el 95% dels tumors de mama detectats mitjançant el programa de cribatge hagin estat valorats dins del comitè de tumors corresponent.
Indicador d'avaluació: Proporció de tumors de mama detectats mitjançant el programa de cribatge que han estat valorats dins del comitè de tumors corresponents.
7. D'aquí a l'any 2005 cal que el 70% dels tumors de mama detectats mitjançant el programa de cribatge tinguin un diagnòstic de certesa i hagin iniciat un tractament adient en un temps no superior als 30 i 45 dies, respectivament.
Indicador d'avaluació: Proporció de tumors de mama amb diagnòstic definitiu i inici de tractament abans del 30 i 45 dies respectivament.
8. D'aquí a l'any 2005 cal assolir una taxa de detecció del càncer de mama prevalent com a mínim de 4,1 per 1.000 dones cribrades.
Indicador d'avaluació: Taxa de detecció de càncer de mama prevalent.
9. D'aquí a l'any 2005 cal assolir una taxa de detecció del càncer de mama incident com a mínim de 2,0 per 1.000 dones cribrades.
Indicador d'avaluació: Taxa de detecció de càncer de mama incident.
10. D'aquí a l'any 2005 cal realitzar un estudi sobre la pertinença d'avançar aquest cribatge a les dones de 45-49 anys.
Indicador d'avaluació: Realització de l'estudi.
11. D'aquí a l'any 2005 cal realitzar un estudi per establir un protocol d'actuació en les dones de 40-49 anys amb risc elevat de patir aquesta malaltia.
Indicador d'avaluació: Realització de l'estudi.

Cribatge de càncer de coll d'úter

12. D'aquí a l'any 2005 cal que el 95% dels equips d'atenció primària incorporin les recomanacions sobre el cribatge de càncer de coll d'úter realitzades pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Indicador d'avaluació: Percentatge d'històries clíniques amb seguiment, recomanacions de cribratge en la població diana atesa en l'atenció primària.

13. D'aquí a l'any 2005 cal establir un sistema d'informació que permeti conèixer els indicadors d'estructura, procés i resultats del cribratge de càncer de coll d'úter.

Indicador d'avaluació: Percentatge de centres i serveis implicats en el cribratge que participen en els circuits d'informació i coordinació dissenyats.

14. D'aquí a l'any 2005 cal realitzar un estudi per avaluar la introducció de noves tecnologies per la detecció poblacional i el maneig del càncer de coll d'úter, així com la seva utilització en la pràctica assistencial.

Indicador d'avaluació: Resultats de l'estudi sobre si la introducció de noves tecnologies pot millorar la detecció poblacional i el maneig del càncer de coll d'úter.

Cribratge de càncer colorectal

15. D'aquí a l'any 2005 cal avaluar l'acceptabilitat i la viabilitat de la implantació a Catalunya del cribratge del càncer colorectal en homes i dones de 50 a 69 anys.

Indicador d'avaluació: Realització d'una enquesta per avaluar el grau d'acceptació del cribratge entre diferents grups de població i identificació de variables associades.

16. D'aquí a l'any 2005 cal augmentar el grau de coneixement de la població sobre els factors de risc de càncer colorectal i la seva prevenció fins a un 70%.

Indicador d'avaluació: Realització d'una enquesta per analitzar el grau de coneixement de la població sobre els factors de risc de càncer colorectal i la seva prevenció.

Detecció de pacients d'alt risc de càncer

17. D'aquí a l'any 2005 cal identificar els individus/famílies genèticament susceptibles de desenvolupar càncer que puguin beneficiar-se d'estratègies preventives específiques de consell genètic del càncer, efectuades en un entorn multidisciplinari i que tinguin en compte els aspectes psicosocials, així com també garantint l'autonomia en la decisió de les persones afectades i la confidencialitat de la informació.

Indicador d'avaluació: Percentatge de famílies que reben consell genètic.

18. D'aquí a l'any 2005 cal que la unitat de referència de consell genètic en càncer de l'Institut Català d'Oncologia coordini les actuacions en aquest àmbit a Catalunya.

Indicador d'avaluació: Nombre de casos de càncer hereditari declarats en el registre de Càncer hereditari de Catalunya.

19. Establir un Registre de càncer hereditari a Catalunya.

Indicador d'avaluació: Establiment del registre.

Garantir un diagnòstic i un tractament apropiat i de qualitat

20. D'aquí a l'any 2005 el Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia i els equips d'atenció primària juntament amb els centres de referència hauran d'establir els intervals de temps de demora entre la sospita, el diagnòstic de certesa i el tractament en els tumors més freqüents (mama, pulmó, colorectal i pròstata).

Indicador d'avaluació: Establiment dels intervals de temps de demora.

21. D'aquí a l'any 2005 el Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia i els equips d'atenció primària juntament amb els centres de referència hauran d'establir els circuits per reduir el temps de demora entre la sospita, el diagnòstic de certesa i el tractament en els tumors més freqüents (mama, pulmó, colorectal i pròstata).

Indicador d'avaluació: Establiment dels circuits.

22. D'aquí a l'any 2005 cal promoure el seguiment de les guies de pràctica clínica dels tumors més freqüents elaborades amb el consens dels professionals sanitaris.

Indicador d'avaluació: Nombre de centres que disposen i apliquen les guies de pràctica clínica per a les principals localitzacions tumorals (mama, pulmó, colorectal, pròstata, bufeta urinària, úter, cap i coll, i hematològics).

23. D'aquí a l'any 2005 cal completar la dotació tecnològica i l'equipament de radioteràpia en els centres sanitaris públics, en relació amb la incidència del càncer prevista i les necessitats tecnològiques.

Indicador d'avaluació: Nombre d'equipaments de radioteràpia disponible en els centres sanitaris públics.

24. D'aquí a l'any 2005 cal establir mecanismes de cooperació entre els diferents nivells assistencials que tracten pacients amb càncer, tenint en compte el seu grau d'expertesa i els seus resultats clínics.

Indicador d'avaluació: Nombre de convenis establerts entre els diferents nivells assistencials.

Millorar els sistemes d'informació sanitària en atenció oncològica

25. D'aquí a l'any 2005 cal establir els criteris i circuits de declaració de casos del Registre de Càncer de Catalunya.

Indicador d'avaluació: Nombre de casos de tumors declarats al Registre de Càncer de Catalunya.

Potenciar el paper del voluntariat i grups d'ajuda mútua

26. D'aquí a l'any 2005 el Servei Català de la Salut continuarà cooperant amb les organitzacions de voluntaris i els grups d'ajuda mútua per tal d'obrir noves oportunitats al desenvolupament de modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer, així com de col·laboració en les iniciatives preventives previstes pel Pla Director d'Oncologia de Catalunya.

Indicador d'avaluació: Valoració de les actuacions realitzades.

Promoure la recerca translacional en transferència de tecnologia, epidemiològica i sobre la prevenció del càncer

27. D'aquí a l'any 2005 cal disposar de programes de recerca aplicada en oncologia en els principals hospitals de Catalunya amb possibilitat de fer recerca de qualitat, així com la recerca clínica centrada en avaluar noves estratègies terapèutiques.

Indicador d'avaluació: Nombre de programes de recerca aplicada en oncologia.

28. D'aquí a l'any 2005 cal potenciar la recerca en epidemiologia i prevenció del càncer.

Indicador d'avaluació: Valoració de les actuacions realitzades.

Activitats

Promoure la prevenció i detecció de l'hàbit tabàquic (veure capítol de tabac)

- Endegar el projecte Hospitals lliures de fum en els hospitals de la XHUP i en els centres d'atenció primària de salut.

- Desenvolupar activitats de suport a la cessació tabàquica entre els professionals d'infermeria, metgesses i metges.
- Dissenyar i implantar un programa de consell antitabàquic per als pacients i familiars amb problemes de salut relacionats amb el tabac atesos a l'atenció primària.

Informació a la població sobre les causes del càncer, la seva prevenció i la importància de la detecció precoç

- El Servei Català de la Salut, l'Institut Català d'Oncologia i els professionals sanitaris, de l'atenció primària i especialitzada, continuaran difonent entre la població els consells preventius recollits en el Codi Europeu contra el Càncer.
- Dissenyar i implementar per part dels equips d'atenció primària de salut un programa d'activitats preventives dirigides a pacients atesos amb problemes de salut relacionats amb factors de risc de càncer (dieta, tabac i exercici físic).

Cribratge de càncer de mama

- El Servei Català de la Salut haurà establert els centres i circuits assistencials necessaris per a finalitzar el desplegament territorial del programa de cribatge de càncer de mama a Catalunya, amb especial èmfasi en l'ampliació en l'edat de 65-69 anys.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia hauran difós als diferents centres i professionals implicats el protocol d'actuació del Programa de detecció precoç de càncer de mama.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia hauran establert els circuits i sistemes d'informació adients per tal d'elaborar els indicadors d'estructura, procés i resultats establerts.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia hauran realitzat actuacions d'informació adreçades als professionals d'atenció primària i especialitzada per facilitar la participació de la població diana.

Cribratge de càncer de coll d'úter

- Informació a la població diana sobre les recomanacions de cribatge.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia establiran els criteris i els circuits de coordinació de la informació entre els diferents centres i serveis implicats en el cribatge.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia desenvoluparan l'anàlisi de noves tecnologies en la detecció del càncer de coll d'úter, en especial la prova de detecció de la infecció del virus del papil·loma humà com a coadjuvant de la citologia.

Cribratge de càncer colorectal

- Ampliar la prova pilot de cribatge poblacional de càncer colorectal en la població de 50 a 69 anys.
- Informar al 95% de la població atesa a les àrees bàsiques de salut on s'ha realitzat la prova pilot sobre els factors de risc i la prevenció del càncer colorectal, per part dels equips d'atenció primària i especialistes.

Detecció de pacients d'alt risc de càncer

- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia promouran la formació en predisposició hereditària al càncer entre els professionals sanitaris vinculats als procediments diagnòstics i terapèutics del càncer.

- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia difondran els criteris de sospita per identificar els pacients d'alt risc de càncer entre els professionals sanitaris.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia promouran la realització de protocols d'actuació consensuats i la coordinació entre els diferents centres i professionals implicats en el maneig multidisciplinar d'aquests individus/famílies.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia establiran els circuits necessaris per garantir la continuïtat assistencial d'aquests individus/famílies.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia establiran els criteris per garantir l'autonomia i la confidencialitat de la informació.

Garantir un diagnòstic i un tractament apropiat i de qualitat

- Realització d'uns criteris de consens entre els diferents professionals sanitaris sobre els signes i símptomes de sospita de càncer en els tumors més freqüents (mama, pulmó, col·lorectal i pròstata).
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia, i els equips d'atenció primària juntament amb els centres de referència hauran de definir l'organització i els circuits de derivació per a la realització de proves diagnòstiques en pacients amb sospita de càncer.
- Promoure la decisió terapèutica en oncologia basada en comitès de tumors multidisciplinaris i protocols terapèutics.
- Elaborar les guies de pràctica clínica per als tumors més freqüents amb el consens dels professionals implicats.
- Implementar i avaluar la utilització de les guies de pràctica clínica.
- El Servei Català de la Salut i l'Institut Català d'Oncologia definiran els recursos necessaris per completar la dotació tecnològica i l'equipament de radioteràpia en els centres sanitaris públics.
- S'establiran mecanismes de coordinació entre els nivells assistencials per tal de facilitar el tractament apropiat per a cada pacient en el nivell assistencial que requereixi.

Millorar els sistemes d'informació sanitària en atenció oncològica

- Establir registres hospitalaris de càncer que siguin la font d'informació clínica del Registre de càncer de Catalunya.
- Desenvolupar mecanismes de recollida d'informació de resultats clínics, amb especial èmfasi en l'estadiatge en el diagnòstic i la supervivència.

Potenciar el paper del voluntariat i grups d'ajuda mútua

- Accions afavoridores de les diferents modalitats de suport psicosocial als pacients amb càncer.
- Accions de col·laboració en les iniciatives preventives previstes pel Pla Director d'Oncologia de Catalunya.

Promoure la recerca translacional en transferència de tecnologia, epidemiològica i sobre la prevenció del càncer

- Potenciar els programes de recerca aplicada i clínica existents en els hospitals de la XHUP i la seva interacció amb la recerca universitària.
- Consolidar el programa de recerca en epidemiologia i prevenció del càncer.

Avaluació

A partir dels registres de càncer de Tarragona, Girona i el registre de mortalitat de Catalunya del Departament de Sanitat i Seguretat Social farà un seguiment dels indicadors de mortalitat, incidència i supervivència específica relacionats amb el càncer a Catalunya que permeti avaluar els objectius generals de salut i disminució de risc. Pel que fa als objectius operacionals plantejats pel període 2002-2005, l'Institut Català d'Oncologia conjuntament amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut avaluaran mitjançant enquestes i estudis específics, el grau de cobertura, participació, detecció, pertinença, acceptabilitat dels diferents programes de cribratge de càncer així com els diferents aspectes relacionats amb el grau de coneixement, grau d'acceptació i valoracions poblacionals i professionals dels diferents programes i intervencions endegats a partir d'aquest moment.

Mitjançant explotacions específiques d'aquests registres i estudis específics, s'avaluaran el nombre de casos diagnosticats i tractats, períodes de temps transcurreguts entre la sospita diagnòstica i el tractament.

Intervencions prioritàries del Pla de salut 2002-2005

Les intervencions i accions prioritàries que es proposen s'emmarquen en una continuïtat i coherència amb el període de planificació anterior, el Pla de salut de Catalunya 1999-2001, i amb el Pla Director d'Oncologia 2001-2004.

Les intervencions i accions prioritàries proposades pel Pla de salut de Catalunya 2002-2004 són:

- Prevenció, detecció i abandonament de l'hàbit tabàquic.
- Informació a la població sobre les causes del càncer, la seva prevenció, i la importància de la detecció precoç.
- Incrementar les accions sistemàtiques de prevenció del càncer.
- Garantir un diagnòstic i un tractament apropiats i de qualitat, tot promovent l'equitat d'accés.
- Millorar els sistemes d'informació sanitària en atenció oncològica.
- Potenciar el paper del voluntariat i dels grups d'ajuda mútua.
- Promoure la recerca translacional en transferència de tecnologia diagnòstica i terapèutica, epidemiològica i sobre la prevenció del càncer.

Referències bibliogràfiques

1. Borràs JM, Borràs J, Bosch FX, Fernández E, Galceran J, Gispert R, et al. Càncer Catalunya 2001. L'Hospitalet de Llobregat: Institut Català d'Oncologia, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002.
2. Fernández E, González JR, Borràs JM, Moreno V, Sánchez V, Peris M. Recent decline in cancer mortality in Catalonia (Spain). A joint point regression analysis. *Eur J Cancer* 2001; 37: 2222-8.
3. Levi F, Lucchini F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. Cancer mortality in Europe, 1990-1994, and an overview of trends from 1955 to 1994. *Eur J Cancer* 1999; 35(10): 1477-516.
4. Peto R. The preventability of cancer. A: Vessey MP, Gary M, editors. *Cancer risks and prevention*. Oxford: Oxford University Press, 1987; p. 1-14.
5. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancers in USA today. *J Natl Cancer Inst* 1981; 66: 1191-308.
6. Cole P. Cancer and occupation status and needs for epidemiologic research. *Cancer* 1977; 39: 1788-91.
7. González CA, Agudo A, Torrent M. Les principals causes del càncer. *Salut Catalunya* 1989; 3: 158-65.
8. Miller AB. Planning cancer control strategies. *Chronic Dis Canada* 1997; 13 (Suppl 1): S1-40.
9. Reizenstein P, Modan B, Kuller LH. The quandary of cancer prevention. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 575-81.
10. Adami HO, Day NE, Trichopoulos D, Willett WC. Primary and secondary prevention in the reduction of cancer morbidity and mortality. *Eur J Cancer* 2001; 37 (Suppl 8): S118-27.
11. Towler B, Irwig I, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemocult. *BMJ* 1998; 317: 559-65.
12. Departament de Sanitat. Pla de salut de Catalunya, 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
13. Departament de Sanitat. Llibre blanc. Bases per a la integració de la prevenció a la pràctica assistencial. Barcelona: Generalitat de Catalunya/Doyma S.A., 1993.
14. Epidemiologia i prevenció del càncer a Catalunya (1975-1992). Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 1997.
15. Kounky LA, Auit KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papilloma virus type 16 vaccine. *NEJM* 2003; 347: 1645-51.
16. Colditz GA, Sauplin Salgado M, Ryan CT, et al. Fulfilling the potential for cancer prevention: policy approaches. *Cancer Causes Prev* 2002; 13: 199-212.
17. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: a report of the general surgeon. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
18. Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Public Health* 1996; 17: 47-67.
19. Lipworth L. Epidemiology of breast cancer. *Eur J Cancer Prev* 1995; 4: 7-30.

20. Viladiu P, Izquierdo A, de Sanjosé S, Bosch FX. A breast cancer case-control study in Girona, Spain. Endocrine, familial and lifestyle factors. *Eur J Cancer Prev* 1996; 5: 329-35.
21. Baxter N, With the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001; 164 (13): 1837-46.
22. Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *JNCI Cancer Spectrum* 2002; 94 (19): 1445-57.
23. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA* 1995; 273: 149-54.
24. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-Year results of a randomized trial in women aged 50-59 years. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92 (18): 1490-9.
25. Shapiro S, Coleman EA, Broeders M, Codd M, De Koning HJ, Fracheboud J, et al. Breast cancer screening programmes in 22 countries: current policies, administration and guidelines. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 735-42.
26. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355 (9198): 129-34.
27. Castells X, Borràs JM. El cribado de càncer de mama: evidencia científica y medios de comunicació. *Gac Sanit* 2000; 14 (2): 97-9.
28. De Koning HJ. Assessment of nationwide cancer-screening programmes. *Lancet* 2000; 355 (9198): 80.
29. Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C, Duffy SW, Tabar L, et al. Screening mammography re-evaluated. *Lancet* 2000; 355: 747-52.
30. Olsen O, Gøtzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358: 1340-2.
31. The CBCG editors, Langhorne P, Gøtzsche PC, Horton R, Goodare H, Dimmer C, et al. Screening mammography: setting the record straight. *Lancet* 2002; 359: 439-42.
32. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137 (5 Part 1): 347-60.
33. Nystrom L, Andersson I, Bjurstam N, Frisell J, Nordenskjold B, Rutqvist LE. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002; 359 (9310): 909-19.
34. International Agency for Research on Cancer. Breast Cancer Screening. Lyon, 2002.
35. Blanks RG, Moss S, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 2000; 321: 665-9.
36. Hakama M, Pukkala E, Heikkila M, Kallio M. Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study. *BMJ* 1997; 314: 864-7.

37. Tabar L, Vitak B, Tony HH, Yen MF, Duffy SW, Smith RA. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer* 2001; 91 (9): 1724-31.
38. Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *Journal of Pathology* 1999; 189: 12-9.
39. Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87 (11): 796-802.
40. Muñoz N, Bosch FX. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348 (6): 518-27.
41. Ponten J, Guo Z. Precancer of the human cervix. *Cancer Surv* 1998; 32: 201-29.
42. Cuzick J, Sasieni P, Singer A. Risk factors for invasive cervix cancer in young women. *Eur J Cancer* 1996; 32 (A): 836-41.
43. Villa LL. Human papillomaviruses and cervical cancer. *Adv Cancer Res* 1997; 71: 321-41.
44. Ho GY, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Palan P, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87 (18): 1365-71.
45. Cuzick J, Sasieni P, Davies P, Adams J, Normand C, Frater A, et al. A systematic review of the role of human papillomavirus testing within a cervical screening programme. *Health Technol Assess* 1999; 3 (14): 1-204.
46. Schiffman MH, Brinton LA. The epidemiology of cervical carcinogenesis. *Cancer* 1995; 76 (10 Suppl): 1888-901.
47. Nobbenhuis MA, Walboomers JM, Helmerhorst TJ, Rozendaal L, Remmink AJ, Risse EK, et al. Relation of human papillomavirus status to cervical lesions and consequences for cervical-cancer screening: a prospective study. *Lancet* 1999; 354: 20-5.
48. Chua KL, Hjerpe A. Persistence of human papillomavirus (HPV) infections preceding cervical carcinoma. *Cancer* 1996; 77 (1): 121-7.
49. Agency for Health Care Policy and Research AHCP. Evaluation of cervical cytology. Rockville, 1999.
50. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 132: 810-9.
51. Cox JT. HPV testing: is it useful in triage of minor Pap abnormalities? *J Fam Pract* 1998; 46 (2): 121-4.
52. Chamberlain J, Moss SM. *Cancer Screening*. London: Springer, 2003.
53. Coleman D, Day N, Douglas G, Farmery E, Lynge E, Philip J, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. *Eur J Cancer* 1993; 29A (Suppl 4): S1-38.
54. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1999. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2002.

55. Nguyen HN, Nordqvist SR. The Bethesda system and evaluation of abnormal pap smears. *Semin Surg Oncol* 1999; 16 (3): 217-21.
56. Saslow D, Runowicz CD, et al. American Cancer Society Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 342-62.
57. Smith RA, Cokkimides V. American Cancer Society Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 8-22.
58. Sawaya GF, Kerlikowske K, et al. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (2): 219-23.
59. Hutchinson ML, Zahniser DJ, Sherman ME, Herrero R, Alfaro M, Bratti MC, et al. Utility of liquid-based cytology for cervical carcinoma screening. Results of a population based study conducted in a region of Costa Rica with a high incidence of cervical carcinoma. *Cancer (Cancer Cytopathol)* 1998; 87 (2): 48-55.
60. Weintraub J, Morabia A. Efficacy of a liquid-based thin layer method for cervical cancer screening in a population with a low incidence of cervical cancer. *Diagn Cytopathol* 2000; 22 (1): 52-9.
61. Gurtner F, Stahel R, Koch-Wulker P. *Thin Layer Technology for Cervical Cancer Screening*. Berna, Switzerland: 2000.
62. Payne N, Chilcott J, McGoogan E. Liquid-based cytology in cervical screening: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4 (18): 1-73.
63. Broadstock M. *Effectiveness and cost effectiveness of automated and semi-automated cervical screening devices*. Christchurch, New Zealand, 2000.
64. Spitzer M. Cervical screening adjuncts: recent advances. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179 (2): 544-56.
65. Manos MM, Kinney WK, Hurley LB, Sherman ME, Shieh-Ngai J, Kurman RJ, et al. Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results. *JAMA* 1999; 281 (17): 1605-10.
66. The Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance/Low-grade squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) Group. Human Papillomavirus testing for triage of women with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions: baseline data from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92: 397-402.
67. Cox JT, Lorincz AT, Schiffman MH, Sherman ME, Cullen A, Kurman RJ. Human papillomavirus testing by hybrid capture appears to be useful in triaging women with a cytologic diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172 (3): 946-54.
68. Cuzick J, Beverley E, Ho L, Terry G, Sapper H, Mielzynska I, et al. HPV testing in primary screening of older women. *Br J Cancer* 1999; 81 (3): 554-8.
69. US Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer. Recommendations and Rationale. *AHRQ [03-515A]*, 1-9. 2003. *AHRQ*. Ref Type: Magazine Article.
70. NHMRC National Health and Medical Research Council. *The prevention, early detection and management of colorectal cancer*. Canberra: Commonwealth of Australia, 1999
71. Harvard Report on Cancer Prevention Volume 3. Prevention of colon cancer in the United States. *Cancer Causes Control* 1999; 10: 167-80.

72. American Institute for Cancer Research. Food, nutrition and the prevention on cancer. A global perspective. London, 1997.
73. Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, et al. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997; 112 (2): 594-642.
74. Lang CA, Ransohoff DF. What can we conclude from the randomized controlled trials of fecal occult blood test screening? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10 (3): 199-204.
75. Scholefield JH, Moss S, Sufi F, Mangham CM, Hardcastle JD. The effect of faecal occult-blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. *Gut* 2002; 50: 840-4.
76. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50 (1): 29-32.
77. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343 (22): 1603-7.
78. Towler B, Irwig I, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemocult. *BMJ* 1998; 317: 559-65.
79. Moss SM, Hardcastle JD, Coleman DA, Robinson MH, Rodrigues VC. Interval cancers in a randomized controlled trial of screening for colorectal cancer using a faecal occult blood test. *Int J Epidemiol* 1999; 28 (3): 386-90.
80. Tazi MA, Faivre J, Lajeune C, Bolard P, Phelip JM, Benhamiche AM. Interval cancers in a community-based programme of colorectal cancer screening with faecal occult blood tests. *Eur J Cancer Prev* 1999; 8 (131): 135.
81. Ransohoff DF, Sandler RS. Screening for Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2002; 346 (1): 40-4.
82. Atkin WS, Hart A, Edward R, McIntre P, Aubrey R, Wardle Jea. Uptake, yield of neoplasia, and adverse effects of flexible sigmoidoscopy screening. *Gut* 1998; 42 (4): 560-5.
83. Segnan N, Senore C, Andreoni B, Aste H, Bonelli L, Crosta C. Baseline findings of the Italian Multicenter Randomized Controlled Trial of «Once-Only Sigmoidoscopy»-SCORE. *JNCI Cancer Spectrum* 2002; 94 (23): 1763-72.
84. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA* 2000; 284 (15): 1954-61.
85. Whynes DK, Neilson AR, Walker AR, Hardcastle JD. Faecal occult blood screening for colorectal cancer: is it cost-effective? *Health Econ* 1998; 7: 21-9.
86. Colorectal cancer screening: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Med Assoc J* 2002; 165 (2): 206-8.
87. Whynes DK. The economic case for faecal occult blood screening. *Ann Oncol* 2002; 13 (12): 1953-5.
88. Ahlquist DA, Skoletsky JE, Boynton KA, Harrington JJ, Mahoney DW, Pierceall WE, et al. Colorectal cancer screening by detection of altered human DNA in stool: feasibility of a multitarget assay panel. *Gastroenterology* 2000; 119: 1219-27.

89. Levin B, Smith RA, Feldman GE, Colditz GA, Fletcher RH, Nadel M, et al. Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps: a framework for action: the strategic plan of the National Colorectal Cancer Roundtable. *Cancer* 2002; 95 (8): 1618-28.
90. Ransohoff DF, McNaughton Collins M, Fowler J. Why is prostate cancer screening so common when the evidence is so uncertain? A system without negative feedback. *Am J Med* 2002; 113 (8): 663-7.
91. Gann PH, Hennekens CH, Stampfer MJ. A prospective evaluation of plasma prostate-specific antigen for detection of prostatic cancer. *JAMA* 1995; (4 VI): 289-94.
92. Harris R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137 (11): 917-29.
93. Madalinska JB, Essink-Bot ML, De Koning HJ, Kirkels WJ, van der Maas PJ, Schroder FH. Health-related quality-of-life effects of radical prostatectomy and primary radiotherapy for screen-detected or clinically diagnosed localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19 (6): 1619-28.
94. Holmberg L, Bill-Axelsson A, Helgesen F, Salo JO, Folmerz P, Haggman M, et al. A randomized trial comparing radical prostatectomy with watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2002; 347 (11): 781-9.
95. Coldman AJ, Philips N, Pickles TA. Trends in prostate cancer incidence and mortality: an analysis of mortality change by screening intensity. *Canadian Med Assoc J* 2003; 168 (1): 31-5.
96. Hankey BF, Feuer EJ, Clegg LX, Hayes RB, Legler JM, Prorok PC, et al. Cancer surveillance series: interpreting trends in prostate cancer – Part I: Evidence of the effects of screening in recent prostate cancer incidence, mortality, and survival rates. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91 (12): 1017-24.
97. Oliver SE, May MT, Bairati I, Bernard PM, Mayer F. International trends in prostate-cancer mortality in the «PSA era». *Int J Cancer* 2001; 92 (6): 893-8.
98. Perron L, Moore L, Bairati I, Bernard PM, Meyer F. PSA screening and prostate cancer mortality. *Can Med Assoc J* 2002; 166 (5): 586-91.
99. Schröder FH, Denis LJ, Kirkels W, De Koning HJ, Standaert B. European randomized study of screening for prostate cancer. Progress report of Antwerp and Rotterdam pilot studies. *Cancer* 1995; 76: 129-34.
100. Gohagan JK, Prorok PC, Hayes RB, Kramer BS. The Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial of the National Cancer Institute: history, organization, and status. *Control Clin Trials* 2000; 21 (Suppl 6): S251-72.
101. US Preventive Task Force. Screening for prostate cancer: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137 (11): 915-29.
102. Bell R, Petticrew M, Luengo S, Sheldon TA. Screening for ovarian cancer: a systematic review. *Health Technol Assess* 1998; 2 (2): 1-84.
103. Jacobs IJ, Skates SJ, MacDonald N, Menon U, Rosenthal AN, Davis AP, et al. Screening for ovarian cancer: a pilot randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353 (9160): 1207-10.
104. Urban N. Screening for ovarian cancer. We now need a definitive randomised trial. *BMJ* 2000; 319: 1317-8.

105. Aitken JF, Elwood JM, Lowe JB, Firman DW, Balanda KP, Ring IT. A randomised trial of population screening for melanoma. *J Med Screen* 2002; 9 (1): 33-7.
106. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 2nd. Baltimore, 1996.
107. Fontana RS, Sanderson DR, Woolner LB, Taylor WF, Miller WE, Muhm JR. Lung cancer screening: the Mayo program. *J Occup Med* 1986; 28 (8): 746-50.
108. Marcus PM, Bergstralh EJ, Fagerstrom RM, Williams DE, Fontana R, Taylor WF, et al. Lung mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow-up. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92 (16): 1308-16.
109. Eddy DM. Screening for lung cancer. *Ann Intern Med* 1989; 111 (3): 232-7.
110. Reich JM. Improved Survival and Higher Mortality: The Conundrum of Lung Cancer Screening. *Chest* 2002; 122 (1): 329-37.
111. Henschke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, Naidich DP, McGuinness G, Miettinen OS, et al. Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening. *Lancet* 1999; 354 (9173): 99-105.
112. Institut Català d'Oncologia. Pla director d'Oncologia a Catalunya: 2001-2004. Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 2001.
113. Hewit M, Simone JV, editors. Ensuring quality of cancer care. Washington, 1999.
114. Hewit M, Petiti D, editors. Interpreting the volume-outcome relationship in the context of cancer care. Washington, 2001.
115. Sainsbury R, Haward B, Rider L, Johnston C, Roud C. Influence of clinical workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet* 1995; 345: 1265-70.
116. Karjalainen S, Palva I. Do treatment protocols improve end results? *BMJ* 1989; 299: 1069-72.
117. Kuczewski MG, Marshall P. The decision dynamics of clinical research: the context and process of informed consent. *Med Care* 2002; 40 (Suppl 9): V45-54.
118. Summerton N. Symptoms of possible oncological significance: separating the wheat from the chaff. *BMJ* 2002; 325 (7375): 1254-5.
119. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999; 353: 1119-26.
120. Sainsbury R, Johnston C, Haward B. Effect on survival of delays in referral of patients with breast-cancer symptoms: a retrospective analysis. *Lancet* 1999; 353 (9159): 1132-5.
121. Summerton N. The changing role of UK Primary Cancer Care. *Lancet Oncol* 2001; 2: 717-8.
122. Sefford M, Tattersal MHN. Informing and involving cancer patients in their own care. *Lancet Oncol* 2002; 3: 629-37.

Malalties respiratòries

Introducció

Les malalties del sistema respiratori són un dels grups de patologies que produeixen una morbimortalitat més elevada en el nostre entorn. Deixant de banda el càncer de pulmó, que serà tractat en el capítol corresponent, i altres malalties respiratòries menys prevalents, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), grup de malalties respiratòries que comparteixen entre si una limitació no reversible del flux aerí, és sens dubte la més important. La prevalença de la MPOC arreu del món ha estat estimada en 9,34 per 1.000 homes i 7,33 per 1.000 dones l'any 1990¹. Aquesta estimació inclou totes les edats i, per tant, subestima la prevalença de la malaltia en adults i gent gran on, degut a l'hàbit tabàquic, és molt més elevada. L'estudi epidemiològic més important realitzat a Espanya sobre més de 4.000 persones indica una prevalença de la MPOC del 9% en adults entre 40 i 70 anys².

D'acord amb algunes projeccions realitzades³, l'any 2020 l'MPOC serà la cinquena causa d'anys de vida perduts i anys de vida amb discapacitat, després de la malaltia isquèmica del cor, la depressió, els accidents de trànsit i les malalties cerebrovasculars.

El cost derivat de l'atenció als malalts amb MPOC és molt elevat; s'ha calculat que un malalt amb MPOC genera un cost sanitari directe mitjà de 1.876 €/any, però el cost és gairebé el doble en malalts greus (2.911 €/any) que en malalts lleus (1.484 €/any)⁴. D'aquestes xifres es dedueix que una de les activitats més «cost-efectives» és la detecció precoç de la malaltia en fases lleus, per intentar prevenir la seva progressió⁵. Les implicacions laborals, sanitàries, socials i econòmiques que la MPOC suposa, essent responsable d'una part significativa de les visites mèdiques, d'urgències i d'hospitalitzacions, i essent també la quarta causa de mortalitat en el món, fan d'aquesta malaltia un problema de salut pública de primer ordre, d'interès no tan sols per metges assistencials sinó també per a responsables dels serveis sanitaris, gestors i planificadors⁶.

El tabaquisme és la principal causa de MPOC. Altres causes menys freqüents són les d'origen genètic, exposició laboral, tabaquisme passiu, contaminació ambiental, hiperreactivitat bronquial o les infeccions respiratòries infantils que suposaven mesures específiques de tractament i seguiment, encara que la seva importància és molt reduïda. Gairebé un 50% de les persones majors de 50 anys fumadores/exfumadores amb símptomes respiratoris crònics com la tos, expectoració i/o sibil·làncies poden tenir una MPOC sense diagnosticar⁷, i s'estima que més de la meitat d'aquests malalts moriran per causes atribuïbles a la malaltia en els propers 10 anys al diagnòstic.

Existeix una relació clarament identificada entre l'exposició al tabac i un deteriorament de la funció pulmonar en malalts que és fàcilment detectable mitjançant espirometria forçada². L'espirometria forçada és una prova de funció pulmonar que permet detectar alteracions ventilatòries, fins i tot en fases inicials. El paràmetre més important en l'espirometria és el volum espiratori forçat en el primer segon (FEV₁), que serveix per al diagnòstic, per a la classificació de la gravetat i ajuda a estimar la resposta al tractament i predir l'expectativa de vida.

Degut a què la prevalença de tabaquisme al nostre país s'ha mantingut força estable amb tendència a l'alça entre les dones joves, es fa del tot necessària la detecció precoç⁸ per tal d'establir les mesures terapèutiques adients per evitar la progressió de la malaltia⁵. Els malalts amb MPOC que accedeixen a l'espirometria tenen patrons de tractament de la malaltia més adequats, menys morbiditat i generen un menor cost sanitari⁴.

Estudis realitzats a Espanya demostren que el tractament ambulatori de la malaltia encara està allunyat de les pràctiques recomanades segons l'evidència científica disponible⁹. Establir pautes de tractament de les aguditzacions entre els metges d'atenció primària per aconse-

guir el tractament més adequat, que podria evitar fracassos terapèutics i eventualment ingressos hospitalaris (la taxa de fracàs ambulatori de les aguditzacions és excessivament elevada, 21%)¹⁰, és una de les intervencions més rellevants en aquest aspecte.

Per altra banda, cal impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per malalts amb MPOC aguditzada, causa freqüent d'ingrés hospitalari, particularment a l'hivern, tenint com a conseqüència el col·lapse de les urgències hospitalàries i l'ocupació de llits d'internament. Amb freqüència, l'atenció a aquests malalts no precisa d'elements d'alta tecnologia i pot realitzar-se a domicili amb xarxes de suport adequades¹¹. Això ha de repercutir en una important reducció de costos, ja que l'hospitalització és la partida més important de cost sanitari derivat de l'atenció a les aguditzacions de la MPOC¹².

Diverses enquestes han mostrat que una proporció important de malalts amb MPOC no identifiquen el tabac com la causa principal de la seva malaltia i també que una proporció important de malalts amb MPOC no ha intentat mai deixar de fumar¹³. Deixar de fumar frena la progressió de la malaltia. Però, a més, disminueix el nombre i la gravetat de les aguditzacions.

Cal també difondre pautes de comportament saludables per als malalts amb MPOC, que poden reduir la morbiditat de la malaltia: exercici físic, nutrició, higiene, vacunacions o estimular les associacions de malalts amb MPOC, que poden ser un mitjà de difusió de les pautes de tractament i de vida. També poden ser cercles d'ajuda per deixar de fumar.

Magnitud del problema

A Catalunya l'any 2000 les malalties del sistema respiratori van suposar la tercera causa de mortalitat en tots dos sexes després dels tumors i les malalties del sistema circulatori, el que representava una taxa de 97,39 morts per 100.000 habitants (76,97 en dones i 118,78 en homes). Per grups d'edat, les malalties del sistema respiratori estan entre les tres primeres causes de mortalitat en tot dos sexes a partir dels 65 anys endavant.

Per causes específiques, la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i l'asma són les més freqüents, amb una taxa específica de 44,69 morts per 100.000 habitants l'any 2000 (taula 1).

Codi CIM-10		Homes	Dones	Total
J40-J47	Bronquitis, emfisema, asma i MPOC	66,14	24,20	44,69
J40-J44 i J47	• Bronquitis, emfisema i MPOC	64,95	20,65	42,29
J45 i J46	• Asma	1,19	3,55	2,40
J60-J99, J30-J39	Resta malalties respiratòries	35,59	36,43	36,02
J10-J11	Infecció respiratòria per Influenza	1,56	2,65	2,27
J12-J18	Pneumònies i broncopneumònies	13,96	11,69	12,80
J00-J06, J20-J22	Infeccions respiratòries agudes	1,53	1,71	1,62

Font: Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2000. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Taula 1. Taxes específiques de mortalitat per malalties respiratòries per 100.000 habitants (CIM-10; D73). Catalunya, 2000

Si analitzem la mortalitat per malalties respiratòries en els darrers anys per causes, la malaltia pulmonar obstructiva crònica i l'asma s'han incrementat moderadament entre els anys 1983 i 1997, amb un increment anual mitjà del 0,6%, mentre que les pneumònies (-2,7%) i les infeccions respiratòries agudes (-7,5%) s'han reduït en aquest mateix període (taula 2).

Taula 2. Variació percentual (taxes estandarditzades per 100.000 habitants) de la mortalitat per malalties respiratòries. Catalunya, 1983-1998

	Variació anual 1983-1997	Variació percentual 1989-1998
Malalties respiratòries	-	-3,67%
Bronquitis, emfisema, asma	0,6%	-10,45%
Pneumònies	-3,7%	-20,49%
Infeccions respiratòries agudes	-7,5%	-31,15%

Font: Evolució de la mortalitat a Catalunya, 1983-1997. Servei d'Informació i Estudis. Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Segons el registre d'altres hospitalàries de Catalunya (CMBDAH), l'any 2000 les malalties del sistema respiratori continuen essent la tercera causa en nombre d'altres (10,1%) després de les malalties del sistema circulatori (11,9%) i digestiu (11,1%)¹⁴. Durant aquest any es van produir 18.421 altres en persones majors de 64 anys per MPOC, xifra que representa un important increment global (27,7%) en la taxa d'hospitalització per MPOC des de 1997 (taula 3).

Taula 3. Taxa d'hospitalització bruta per malaltia respiratòria per 1.000 habitants més grans de 64 anys. Catalunya, 1997-2000

Any 1997	Any 2000	Increment %
14,6	18,6	27,7

Font: Servei Català de la Salut. CMBD. Catalunya, 1997-2000.

Per causes específiques, i segons la Classificació Clínica per a la Recerca en Polítiques Sanitàries (CCHPR), que distribueix tots els codis diagnòstics en 259 categories diagnòstiques utilitzant sobretot criteris clínics, durant el període 1996-1999 la MPOC és una de les malalties que més creixen, si bé aquesta tendència s'ha reduït durant l'any 2000. Pel que fa a la taxa de reingressos per MPOC, s'observa un increment global del 12,1% entre els anys 1997 i 2000 (taula 4).

Taula 4. Taxa de reingressos hospitalaris per MPOC. Catalunya, 1997-2000

Any 1997	Any 2000	Increment %
10,1	11,4	12,1

Font: Servei Català de la Salut. CMBD. Catalunya, 1997-2000.

Quant a la morbiditat percebuda, segons l'Enquesta de salut de Catalunya 2002, les malalties respiratòries del tracte superior (10,5%) i la grip (25,2%) són les causes més freqüents de restricció d'activitat els darrers 15 dies. L'asma i la bronquitis són declarades com a trastorn crònic per un 5,7 i un 6,5% de la població major de 14 anys, respectivament¹⁵.

Principals problemes prioritaris

- Bronquitis, emfisema i MPOC.
- Infecció respiratòria per Influenza.
- Pneumònies i broncopneumònies.
- Infeccions respiratòries agudes.

Objectiu de salut i de disminució de risc per a l'any 2010

1. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia en un 10% entre la població més gran de 64 anys.

Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat estandarditzada per edat per grip, malaltia infecciosa aguda de l'aparell respiratori i pneumònia.

2. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys en un 10%.

Indicador d'avaluació: Taxa de mortalitat (estandarditzada per edat) per malaltia pulmonar obstructiva crònica entre la població de més de 40 anys.

Objectius operacionals del Pla de salut 2002-2005

1. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut reduiran la taxa d'altres hospitalàries per MPOC en un 5%.
Indicador d'avaluació: Nombre d'altres per MPOC segons el registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària.
2. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut reduiran el nombre de dies d'estada hospitalària per MPOC en un 5%.
Indicador d'avaluació: Dies d'estada mitjana per MPOC segons el registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària.
3. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut reduiran la taxa de reingressos per MPOC en un 10%.
Indicador d'avaluació: Nombre de reingressos per MPOC segons el registre el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària.
4. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut promouran l'ús homogeni de recomanacions pel tractament de les reaguditzacions de l'MPOC d'acord amb les pautes consensuades actualment.
Indicador d'avaluació: Existència de les recomanacions.
5. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut estendran la implantació d'espírometres en un 80% dels equips d'atenció primària de Catalunya.
Indicador d'avaluació: Nombre d'espírometres a la xarxa d'equips d'atenció primària.
6. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut impulsaran programes de hospitalització a domicili per malalts amb MPOC aguditzada.
Indicador d'avaluació: Nombre de programes d'hospitalització a domicili per malalts amb MPOC a Catalunya.
7. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut hauran elaborat consensuadament recomanacions d'actuacions i derivació entre els diferents nivells assistencials, per a l'abordatge de pacients amb malalties cròniques de l'aparell respiratori.
Indicador d'avaluació: Existència de les recomanacions.
8. D'aquí a l'any 2005 el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut haurà establert pautes de comportament saludables a la població general en relació a la MPOC.
Indicador d'avaluació: Existència de les pautes.

Avaluació

El seguiment de l'activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya ha de permetre, mitjançant els informes del registre del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària, avaluar els objectius referents al nombre d'altres, dies d'estada i reingressos dels malalts amb MPOC.

Per tal d'avaluar els objectius operacionals plantejats en relació a recomanacions guies i pautes de comportament, el Departament de Sanitat i Seguretat Social i el Servei Català de la Salut crearan un grup d'experts amb la participació i el consens dels diferents professionals sanitaris de tots els nivells assistencials i en coordinació amb les societats científiques nacionals i estatals implicades, que hauran d'elaborar, modificar o actualitzar, segons convingui, les recomanacions o guies pertinents per al seguiment, control i tractament del malalts amb MPOC a Catalunya.

Intervencions prioritàries del Pla de salut 2002-2005

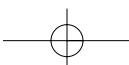
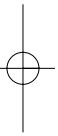
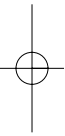
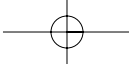
Les intervencions proposades en el Pla de salut de Catalunya anterior, en relació amb les malalties de l'aparell respiratori, es basaven en activitats de detecció i seguiment d'aquests problemes de salut i de coordinació entre professionals sanitaris i nivells assistencials.

Les intervencions plantejades amb relació al càncer de pulmó i la vacunació contra la grip i la pneumònia pneumocòccica continuen vigents i són tractades als capítols corresponents (vegeu el capítol «Càncer» i el capítol «Malalties susceptibles de ser previngudes amb vacunacions»).

- Facilitar l'accés a l'espirometria per les persones majors de 40 anys fumadores/exfumadores amb símptomes respiratoris.
- Difondre el coneixement de les normatives de tractament de la MPOC entre els metges d'atenció primària.
- Establir pautes de maneig de les aguditzacions entre els metges d'atenció primària.
- Impulsar programes d'hospitalització a domicili i d'alta precoç per malalts amb MPOC aguditzada.
- Impulsar programes d'informació sobre tabaquisme i d'abandonament de l'hàbit entre malalts amb MPOC.
- Difondre pautes de comportament saludables per als malalts amb MPOC.
- Estimular les associacions de malalts amb MPOC, que poden ser un mitjà de difusió de les pautes de tractament i de vida.

Referències bibliogràfiques

1. Murray CLJ, López AD. Evidence-based health policy-lesson from the global burden of disease study. *Science* 1996; 274: 740-3.
2. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, Viejo JL, Fernández-Fau L. Geographical variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000; 118: 981-9.
3. Murray CLJ, López AD. Global burden of disease deaths: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
4. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R, on behalf of the DAFNE study group. Costs of chronic bronchitis and COPD. A one year follow-up study. *Chest* 2003; 123: 784-91.
5. Miravittles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 388-93.
6. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo JL. Grupo SEPAR. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 269-78.
7. Miravittles M, Ferrer M, Sobradillo V, Masa JF, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Viejo JL, Castillo J, Serra-Batlle J, Martínez-González del Río J, Gabriel R, Fernández-Fau L. Desarrollo de un modelo clínico predictor de EPOC basado en los resultados del estudio IBERPOC. *Arch Bronconeumol* 2002; 38 (Supl 2): 30.
8. Miravittles M, Fernández I, Guerrero T, Murio C. Desarrollo y resultados de un programa de cribado de la EPOC en Atención Primaria. El proyecto PADOC. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 500-5.
9. Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL, on behalf of the EOLO Group. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in General Practice. *Respir Med* 1999; 93: 173-9.
10. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, on behalf of the DAFNE Study Group. Factors associated with relapse after ambulatory treatment of acute exacerbations of chronic bronchitis. A prospective multicenter study in the community. *Eur Respir J* 2001; 17: 928-33.
11. Hernández C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, Vilagut G, Collivent B, Rodríguez-Roisin R, Roca J. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Eur Respir J* 2003; 21: 58-67.
12. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R, on behalf of the DAFNE study group. Pharmacoeconomic evaluation of acute exacerbations of chronic bronchitis and COPD. *Chest* 2002; 121: 1449-55.
13. Jiménez CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, Sobradillo V. Smoking characteristics: attitudes and dependence. Differences between healthy smokers and smokers with COPD. *Chest* 2001; 119: 1365-70.
14. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya 2000. Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Barcelona: Servei Català de la Salut, 2002.
15. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La salut i els serveis sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadants l'any 2002. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.



6

Estratègies per fer efectives les polítiques de salut

Estratègies per fer efectives les polítiques de salut

Per tal de donar coherència a les propostes del Pla de salut cal que les institucions amb responsabilitat en l'àmbit de la salut, i especialment el sistema sanitari, orientin les seves accions coordinadament i coherent a l'assoliment dels objectius del pla. L'orientació dels serveis i l'organització de les institucions, la implicació dels professionals i dels ciutadans, el compromís i el treball intersectorial, així com de l'avenç en els sistemes d'informació i avaluació per conèixer els resultats del sistema sanitari en termes de salut, satisfacció i cost són element cabdals en tot el procés.

Orientació dels serveis d'acord amb la política de salut

El sistema sanitari ha d'oferir a la població, amb equitat i eficiència, uns serveis sanitaris de qualitat per respondre a les necessitats derivades dels canvis demogràfics i epidemiològics, de les innovacions científiques i tecnològiques i de les expectatives dels ciutadans, en un escenari en constant evolució, amb necessitats creixents i limitació de recursos.

El Servei Català de la Salut, com a responsable de garantir l'atenció a la salut, ha de disposar d'una cartera de serveis que respongui a les necessitats. Un dels instruments per a la projecció de les propostes del Pla de salut és el contracte per a la compra de serveis atès que aquest permet concretar el compromís de les diferents línies de serveis en l'assoliment dels objectius. Cal visualitzar el contracte com el nexa d'unió entre la planificació i la gestió, entre el comprador i el proveïdor i reforçar tot el seu potencial per a l'aplicació de les estratègies de salut en els serveis.

El procés de contractació permet modular l'execució del Pla de salut i concretar-lo en els diferents territoris tot definint el tipus de serveis que es contracten. També permet establir els mecanismes d'avaluació de la provisió, per tal de garantir que aquesta sigui el més efectiva i eficient possible. Amb aquesta finalitat es definiran els continguts del Pla de salut i els criteris d'avaluació que hauran de ser incorporats en els contractes d'acord amb les necessitats territorials específiques i coherents amb el criteri d'equitat territorial.

La projecció de les propostes del Pla de salut en la compra de serveis s'han de continuar articulant al voltant dels tres eixos del pla: la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, la millora de l'equitat, l'eficiència i la qualitat dels serveis i la satisfacció de l'usuari.

La incorporació efectiva en els serveis d'activitats preventives i de promoció d'hàbits saludables relacionades amb els problemes de salut prioritaris definits en el Pla de salut és una de les seves apostes emblemàtiques. Les intervencions proposades es relacionen amb les vacunacions, els cribratges, l'educació sanitària i la promoció d'hàbits i estils de vida saludables i intervencions sobre grups específics de població.

Els criteris i recomanacions de pràctica clínica són un instrument cabdal per a la implementació de les activitats preventives ja que es basen en l'evidència disponible, contribueixen a reduir la variabilitat de la pràctica clínica i milloren l'equitat en l'accés, l'eficiència, la utilització dels serveis i la qualitat de l'atenció rebuda. Amb la participació de les societats científiques i organitzacions professionals sanitàries s'ha d'avançar en l'elaboració de recomanacions sobre les activitats a aplicar a la població en els diferents àmbits assistencials. En aquest sentit el Departament de Sanitat i Seguretat Social juntament amb els professionals i les societats científiques duran a terme la renovació del consens sobre les activitats preventives a desenvolupar en els serveis.

L'adopció de criteris i protocols per a l'abordatge dels problemes de salut prioritaris i de funcionament i coordinació entre els diferents serveis i nivells assistencials són continguts per introduir en el contracte per a la compra de serveis a fi de millorar l'eficiència i la qualitat del procés d'atenció.

Els contractes han de tenir en compte tant les necessitats de salut com les expectatives personals dels usuaris, emfasitzant l'accessibilitat, la desburocratització, la informació, la personalització en el tracte, així com la necessitat d'establir mecanismes per conèixer l'opinió, els suggeriments i les reclamacions de l'usuari.

En resum, el contracte, a més de ser l'instrument principal per fer operatiu el Pla de salut en els serveis, també es configura com un important factor dinamitzador pel que fa a l'orientació del treball dels professionals sanitaris per objectius de salut i a la introducció de la cultura d'avaluació a tots els nivells de l'organització sanitària.

Els professionals

La motivació i la formació dels professionals han estat considerades peces clau per a l'adopció de les noves polítiques de salut. L'elaboració del Pla de salut ha comptat amb la participació dels professionals sanitaris de l'àmbit assistencial i de la gestió, que han aportat la seva visió, coneixements i experiència sobre els problemes de salut, les intervencions i la relació amb els usuaris. Tanmateix, és especialment rellevant incorporar una visió pluridisciplinària, fent participar també a professionals aliens al sector sanitari i sociosanitari com ara professionals de l'àmbit de l'educació, l'urbanisme, el laboral, l'econòmic, la sociologia i la comunicació, entre d'altres.

La formació continuada dels professionals de l'atenció primària en el contingut de la nova política de salut es canalitza a través de tots els organismes i institucions interessats en el tema. Entre aquests, cal destacar l'Institut d'Estudis de la Salut, que és l'organisme de l'administració sanitària responsable de la formació continuada dels professionals que treballen al sector públic, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i el Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi de Metges de Barcelona, els quals centren els seus esforços en la formació continuada dels professionals. Cal destacar, també, el paper de les universitats, tant en la formació de pregrau com en la de postgrau. En aquest sentit, cal remarcar la inclusió d'una nova assignatura, "Introducció al sistema sanitari" en el Pla d'estudis de la Facultat de Medicina de Barcelona i el treball realitzat amb les escoles universitàries d'infermeria per a la inclusió en els programes de formació pregrau i postgrau, d'àmbits temàtics del Pla de salut.

És fonamental el paper dels professionals sanitaris en l'aplicació de les propostes del Pla en la pràctica clínica, així com la seva participació en la definició i elaboració de recomanacions i protocols per a l'atenció als problemes de salut prioritaris, en àmbits com les activitats preventives, la salut mental, l'organització i coordinació de l'atenció continuada i urgent, l'organització de l'atenció a domicili, entre d'altres. És rellevant el suport i l'impuls que els professionals a través de les d'organitzacions professionals i societats científiques donen a les estratègies de salut. Cal, però, avançar en la interiorització per part dels professionals de les propostes del Pla de salut, per la qual cosa caldrà desenvolupar estratègies de comunicació i participació dirigides especialment als professionals sanitaris tant de l'àmbit assistencial com de la gestió. Les propostes del Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya (1), orientades a incidir de forma innovadora en la política de recursos humans del sistema sanitari, se centren entre d'altres, en dos elements: d'una banda, la flexibilitat que ha de per-

(1) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya. Barcelona: Secretària General, 2003.

metre adaptacions contínues i eficients a les necessitats de salut canviants i de l'altra, la perspectiva intersectorial, cosa que ha de contribuir al fet que tant en l'aspecte qualitatiu com en el quantitatiu es disposi dels professionals adequats per fer efectives les propostes del Pla de salut.

Els ciutadans

El posicionament dels ciutadans envers la pròpia salut i el sistema sanitari està evolucionant. El ciutadà del futur es caracteritzarà per estar més informat sobre les possibilitats i límits de les actuacions preventives, diagnòstiques, terapèutiques, de rehabilitació i reinserció social, i tenir major capacitat de participació en les decisions individuals i col·lectives relacionades amb el sistema de salut i les seves actuacions.

Les propostes del Pla de salut s'orienten a:

- Afavorir la incorporació d'hàbits i estils saludables per part de la població amb la promoció de l'educació sanitària, cooperant amb els mitjans de comunicació per tal que la informació relacionada amb la salut contribueixi de manera efectiva a la formació i educació sanitària dels ciutadans.
- Millorar la relació entre els professionals i els pacients pel que fa a la comunicació, la informació i el tracte, i avançar en el respecte a les decisions del pacient sobre la salut i el propi cos, la protecció a la intimitat i el suport psicològic als pacients i familiars.
- Avançar en el coneixement de les expectatives i la satisfacció dels usuaris i dels ciutadans en relació amb els serveis sanitaris i a la política sanitària. Amb aquesta finalitat, els instruments més valuosos desenvolupats, entre d'altres, són la implantació sistemàtica de les enquestes de satisfacció en els serveis sanitaris i l'ESCA.
- Prioritzar mesures orientades a la millora del procés d'atenció als grups de població més vulnerables: infants i adolescents hospitalitzats, la gent gran ingressada en centres socio-sanitaris i els malalts crònics greus i terminals.
- Establiment de mesures i instruments que reconeguin els drets i deures dels usuaris. En aquest sentit, s'ha elaborat la Guia de recomanacions sobre el consentiment informat (1997) i s'ha establert la Carta drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària (2001). També s'està treballant, entre d'altres aspectes, per a la implantació de la lliure elecció de metge i per fer possible recórrer a una segona opinió clínica.
- Millorar l'accessibilitat als serveis per tal d'evitar que les demores comportin riscos per al malalt i una càrrega emocional inacceptable per als professionals, pacients i familiars. Darrerament, s'ha assolit una important reducció de les llistes d'espera en determinats procediments però cal continuar treballant per la seva reducció en les intervencions quirúrgiques d'elevada freqüència.

Fins al moment, la participació dels ciutadans en el Pla de salut s'ha fet mitjançant els òrgans de participació formal en el Consell de Salut del Servei Català de la Salut en el moment de l'aprovació de l'Avantprojecte del Pla. Uns altres mitjans que han permès expressar l'opinió dels ciutadans sobre els problemes de salut més importants ha estat la web del Departament de Sanitat i Seguretat Social i l'ESCA. També, s'han organitzat diversos grups de ciutadans per debatre sobre quins són els problemes de salut més rellevants i quines serien les mesures que consideren més importants per desenvolupar. En el futur, caldrà però, obrir més vies de relació, participació i implicació de la població, en aquest sentit el Pla de salut pot beneficiar-se de les possibilitats que ofereixen les noves tecnologies a l'abast, que sens dubte produiran un canvi en les relacions en el sistema sanitari.

Cal, també, estimular la participació de la societat en la millora de la salut individual i col·lectiva, crear aliances, cercar la col·laboració dels diferents sectors socials i, també, difondre in-

formació transparent i la necessitat de retre comptes, de manera que afavoreixi la implicació dels ciutadans i que estimuli un debat obert entorn de la salut i els serveis. En aquest sentit, el paper dels mitjans de comunicació és fonamental en la creació d'opinió i en la transmissió de la informació sobre temes sanitaris que arriba a la població.

La cooperació intersectorial

Està àmpliament acceptat que l'estat de salut de la població depèn en bona part de les condicions socioeconòmiques, el treball, l'educació, l'urbanisme, la qualitat del medi ambient, l'accessibilitat als serveis sanitaris i el suport social, entre d'altres. També, les desigualtats en salut estan condicionades per aquests factors.

Per altra banda, la protecció contra els riscos ambientals i la reducció dels factors de risc conductuals depenen en molts casos de decisions que es prenen i d'accions que s'executen en sectors diferents del sanitari (medi ambient, agricultura, indústria, governació, treball, seguretat social, transport, economia i hisenda, etc.).

Per millorar la salut i la qualitat de vida de la població cal actuar sobre aquests condicionants i això requereix treballar coordinadament i en cooperació amb els diferents sectors amb responsabilitat en l'àmbit de la salut.

La LOSC estableix que el Pla de salut és l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut a Catalunya, reconeixent, d'aquesta forma, el caràcter intersectorial de la salut.

Atesa la implicació intersectorial en el manteniment de la salut de la població, el Pla de salut impulsa el treball amb els diferents departaments de la Generalitat i altres institucions implicades en l'àmbit de la salut, els quals han participat en l'elaboració i aplicació del Pla de salut: el Programa d'educació per a la salut a l'escola (PESE) adscrit al Departament d'Ensenyament, l'Institut Català de Seguretat Viària (ICSV) adscrit al Departament de Governació, l'Institut Català de la Dona, el Departament de Treball, les organitzacions sindicals, el Consell Català de Seguretat Social i Salut Laboral, la Comissió Interdepartamental de Seguretat i Salut Laboral, el Centre de Reconeixements i Avaluacions Mèdiques, la Direcció General de Justícia Juvenil adscrita al Departament de Justícia, la Secretaria General de Joventut del Departament de la Presidència, el Departament de Benestar Social, les administracions locals i diverses organitzacions no governamentals per al desenvolupament d'activitats de prevenció i promoció de la salut. Cal remarcar, però, que hi ha àmbits en què la competència i la responsabilitat és exclusiva del Govern de l'Estat (política d'impostos sobre el tabac, l'alcohol, legislació en matèria de trànsit, consum de drogues il·legals, política de seguretat social, habitatge, etc.).

Les entitats comarcals (consells comarcals) i locals (ajuntaments) tenen també un important paper en la cooperació intersectorial (protecció contra els riscos ambientals, informació i educació sanitària de la població, promoció de facilitats per a la pràctica de l'exercici físic, per exemple instal·lacions esportives, etc. Aquestes entitats estan molt a prop dels ciutadans, coneixen molt bé els seus problemes i poden ajudar a trobar les solucions. De fet la participació comunitària s'ha portat a termes fonamentalment a través d'aquestes institucions i dels sindicats.

Si bé s'ha treballat amb la participació de diferents sectors, aquesta col·laboració ha estat desigual i en els propers anys caldrà avançar en la implicació intersectorial per a l'elaboració i per a l'assoliment dels objectius establert en el Pla de salut.

Una línia d'avenç que cal anar introduint és la valoració de l'impacte sobre la salut (Health Impact Assessment-HIA) de determinades estratègies i projectes, identificant prèviament els

possibles efectes adversos per a la salut i com superar-los establint mesures correctores. El HIA està adquirint rellevància a l'entorn europeu i en altres països desenvolupats com Canadà, Austràlia i Nova Zelanda. La Unió Europea s'ha proposat el desafiament de desenvolupar la HIA en les seves polítiques i en el Tractat d'Amsterdam. Es tractaria d'iniciar el desenvolupament de la HIA en el nostre àmbit a fi d'aportar un major grau de racionalitat a les decisions que es prenen als diferents sectors.

Finalment, cada cop més caldrà comptar amb la societat en la implementació de les polítiques de salut i sobre tot amb els moviments de voluntariat que estan sorgint des de diferents àmbits. Cal donar-hi suport atès que són un actiu molt important per complementar l'atenció a determinades necessitats, com són les derivades de l'envelliment de la població, de les persones discapacitades o amb malalties cròniques, entre d'altres.

La informació i l'avaluació

La disponibilitat d'informació de qualitat i la seva accessibilitat són elements imprescindibles per poder identificar problemes de salut, detectar canvis i tendències, adequar recursos a les necessitats i avaluar els resultats en termes de salut, efectivitat i eficiència.

Al principi dels anys vuitanta, la informació disponible majoritàriament feia referència a dades quantitatives orientades a alimentar el sistema de gestió dels serveis sanitaris i molt poc útils a l'hora de treballar per objectius de salut. Durant les darreres dues dècades s'ha realitzat un important esforç per obtenir informació sobre la salut de la població i sobre el funcionament i utilització del serveis (millora del Registre de Mortalitat, implantació de l'Informe d'Alta Hospitalària (centres d'internament d'aguts, centres sociosanitaris i centres de salut mental), registre de Malalts Renals, Enquesta sobre l'hàbit tabàquic, Enquesta de salut de Catalunya, Enquesta als professionals sanitaris, entre d'altres).

Tot i el desenvolupament assolit pel sistema d'informació sanitària, es detecten certes mancances, especialment en relació a aspectes com ara el nivell socioeconòmic de les persones, l'anàlisi de les dades per gènere, la informació relativa a àrees petites, així com problemes de qualitat de les dades, manca d'integració de la informació procedent de l'àmbit sanitari i entre aquesta i la d'altres sectors. Per altra banda, cal disposar de nous indicadors per millorar el coneixement de l'estat de salut de la població, especialment els referents a la qualitat de vida, el benestar i la satisfacció dels ciutadans.

Actualment, existeix abundant activitat d'avaluació que consumeix molts recursos humans i materials i que caldria ordenar i integrar per tal assolir un major grau d'eficiència en el procés d'obtenció i anàlisi de la informació. Cal una estratègia d'informació i d'avaluació que, amb una perspectiva global, tingui en compte els interessos i necessitats dels diferents nivells de l'organització sanitària i d'altres sectors amb responsabilitat en l'àmbit de la salut, i defineixi les responsabilitats i competències de cadascun d'ells en aquesta matèria.

En aquesta línia, existeix la proposta de crear la Central de Resultats. Es tractaria d'una organisme autònom on participarien els agents sanitaris implicats i que tindria com a funció centralitzar i analitzar la informació referent a l'activitat contractada i facturada, la complexitat diagnòstica i de procediments, els resultats econòmics, les enquestes d'opinió, etc. i, en definitiva, fer possible l'obtenció d'indicadors de resultats assistencials, econòmics i estructurals que permetrien avaluar tant els proveïdors de serveis com els resultats aconseguits.