

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 *Planification 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 salut⁹⁻¹² 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	
Poliomièlitis 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 des 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 Médicale du Canada 1976; 105: 1208-14.
3. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal: 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 epidemiología 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 epidemiología 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.

