



2002 - 2010

OSASUN PLANA

PLAN DE SALUD

Informe 2007



ÍNDICE

Presentación	Pág. 3
Situación de los principales indicadores 2007	Pág. 5
Estilos de vida: consumo de tabaco, consumo de alcohol, drogas ilegales, actividad física, obesidad y nutrición y seguridad alimentaria.....	Pág. 6
Desigualdades sociales en salud	Pág. 11
Enfermedades no transmisibles: cáncer, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes mellitus, lesiones accidentales, salud mental.....	Pág. 25
Enfermedades transmisibles: prevenibles por vacunación, tuberculosis, infección nosocomial, VIH-SIDA y otras ETS.....	Pág. 33
Grupos de actuación especial: inicio de la vida, juventud, tercera edad, mujer	Pág. 36
Entorno medioambiental, laboral y escolar	Pág. 36
Resumen de las actividades 2007	Pág. 37
Intervenciones territoriales 2007	Pág. 48
Araba.....	Pág. 48
Bizkaia.....	Pág. 50
Gipuzkoa	Pág. 52
Prioridades de actuación 2008	Pág. 61
Servicios Sanitarios.....	Pág. 61
Intersectoriales	Pág. 62
Anexo	Pág. 63



Presentación

El informe anual del Plan de Salud pretende mostrar las tendencias actualizadas en el estado de salud de nuestra Comunidad, especialmente en aquellas áreas que han sido priorizadas por generar un mayor impacto en la mortalidad, en la incapacidad y en la calidad de vida.

Creemos que es necesario realizar un ejercicio sistemático de reflexión y análisis de la situación para ampliar la perspectiva y recuperar enfoques integrales que el transcurso de la actividad diaria relega por su inmediatez y por la natural tendencia a trabajar en el propio sector. El informe anual sirve de base para acordar entre los múltiples agentes implicados en llevar adelante el Plan de Salud las actuaciones que deben desarrollarse.

Aborda la situación de las áreas verticales priorizadas en el Plan: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la salud mental, y los accidentes. También las áreas transversales como el tabaquismo, los estilos de vida; en este informe 2007 se presenta una valoración exhaustiva de la situación de las desigualdades sociales en salud.

Recoge información de las estrategias y actividades desplegadas en Osakidetza/S.V.S, como principal agente sanitario vasco, instrumento para conseguir la equidad y cohesión en la calidad de las prestaciones sanitarias, así como intervenciones comunitarias e intersectoriales.

Cada Territorio Histórico tiene peculiaridades geográficas, demográficas y organizativas que requieren respuestas adaptadas. Esta situación puede convertirse, mediante una labor de coordinación, en una oportunidad para la generación de iniciativas y experiencias que redunden finalmente en beneficio de todos.

Nos hemos propuesto elaborar un documento de fácil lectura, recogiendo indicadores e intervenciones esenciales, evitando listados exhaustivos y huyendo de declaraciones de intenciones genéricas.

Queremos subrayar que la consecución de objetivos en salud es una tarea con múltiples agentes y responsables, que precisan conocimiento cercano de la situación para desarrollar una participación y una corresponsabilidad efectivas. Esperamos que este documento contribuya a compartir objetivos y coordinar esfuerzos.



En la elaboración del documento, hemos tomado como fecha de referencia diciembre de 2007. Esto supone en la práctica que los datos presentados se refieren a los más actuales disponibles en esa fecha en los diferentes sistemas de información consultados.

<mailto:mgutierrezib@ej-gv.es>

<mailto:jxlano@ej-gv.es>



Situación de los principales indicadores 2007

ESPERANZA DE VIDA

El primero de los dos objetivos principales que se planteó el Plan de Salud 2002 fue mejorar la salud de la población aumentando la duración de la vida no sólo en cantidad sino también en calidad.

En este sentido la esperanza de vida al nacimiento de la población de la CAPV continúa su tendencia de mejora tanto en hombres como en mujeres. Ya en el año 2003 en los hombres y en el año 2004 en las mujeres se alcanzaron los objetivos planteados para el año 2010.

En el año 2006 la esperanza de vida de los hombres fue de 78,3 años y de 85,6 años en mujeres.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (2000)	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Esperanza de vida al nacimiento en varones	75,4 años	76,7	76,8	77,3	77	78,3	76,8 años	Registro Mortalidad
Esperanza de vida al nacimiento en mujeres	83,4 años	84	83,9	84,4	84,7	85,6	84,3 años	Registro Mortalidad

En cuanto a la calidad de esta larga esperanza de vida, vemos que el aumento de los años de vida vividos sin incapacidad crece de forma sostenida, tanto en hombres como en mujeres, situándose en 2006 en 75,2 años para las mujeres y 69,7 para los hombres, superando así los objetivos marcados para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (1997)	2000	2002	2007	Objetivo 2010	Fuente
Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en varones	65,1 años	65,1	67,6	69,7	67,3 años	ESCAV
Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en mujeres	71,3 años	71,3	72,4	75,2	72,8 años	ESCAV



ESTILOS DE VIDA

Diferentes hábitos y estilos de vida como el tabaquismo, la dieta, el consumo de alcohol o el sedentarismo, son factores de riesgo ampliamente reconocidos como de gran impacto en la salud de la población y son, de hecho, el origen de muchas de las enfermedades que nos aquejan.

Los indicadores del Plan de Salud relacionados con los estilos de vida se analizan quinquenalmente mediante los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV).

http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/adjuntos/resultadosESCAV07.pdf.

La ESCAV, en su edición del año 2007, nos muestra una mejoría sostenida en la reducción del consumo de **tabaco** tanto activo como pasivo, con un aumento de la proporción de no fumadores y una disminución de la proporción de personas expuestas al humo del tabaco ajeno. Es muy significativa e importante la reducción de este último indicador, no sólo por lo que supone de disminución de riesgo para la población no fumadora, sino porque, probablemente refleje de forma indirecta, una mayor responsabilidad social de los fumadores para con el resto de la población, fruto sin duda de los esfuerzos realizados en el control del tabaquismo.

Esta situación favorable con respecto al consumo de tabaco presenta sin embargo un aspecto a tener en cuenta: la proporción de mujeres fumadoras en el grupo de edad de 45 a 64 años, en el que se observa un claro incremento desde el año 1997 hasta el 2007.

Los indicadores del consumo de **alcohol** muestran resultados claramente mejores que los obtenidos en 2002, habiéndose alcanzado ya los objetivos previstos para el final del periodo de vigencia del Plan de Salud. Ha disminuido la proporción de bebedores excesivos y el consumo de alcohol medio diario; sin embargo, la proporción de población bebedora habitual se ha mantenido estable entre las mujeres, con un aumento en el grupo de 45-64 años. En hombres el descenso de bebedores habituales se produce por el descenso de consumo en el grupo de 25-44 años, con una cierta estabilización en el resto de los grupos de edad.

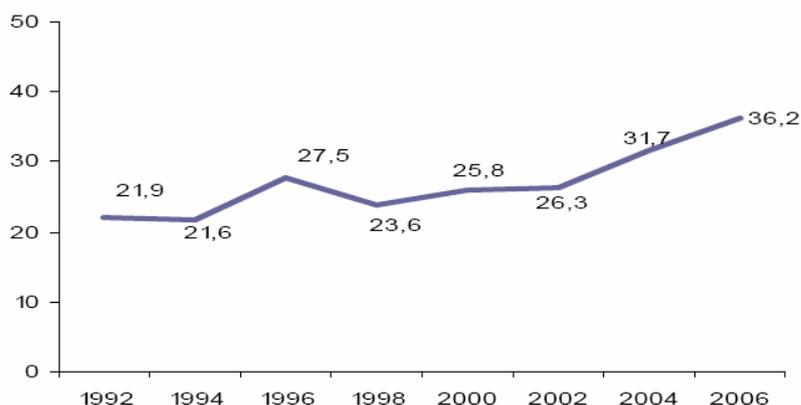
Las actuaciones para combatir el **sedentarismo** y sus consecuencias en forma de obesidad muestran resultados dispares. Por un lado, aumenta el número de personas mayores de 15 años que realizan actividad física en su tiempo libre, lo que nos acerca al objetivo planteado

para el periodo de vigencia del Plan. Sin embargo, este aumento de la actividad física parece que no consigue frenar el aumento de la proporción de personas obesas, que según los resultados de la ESCAV 2007 se sitúa ya en el 13% de los hombres y el 12% de las mujeres.

Por último, otro de los aspectos relevantes, en cuanto a estilos de vida, recogidos por el Plan de Salud es el **consumo de drogas ilegales**. El último informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias (OVD) "Euskadi y drogas 2006" recoge la prevalencia de consumos de drogas ilegales entre la población de la CAPV. En los informes del OVD se desagregan los resultados por tipo de sustancia (cannabis y otras drogas ilegales).

Así, el cannabis es la sustancia más consumida; más de un tercio de la población vasca lo ha probado en alguna ocasión y aproximadamente el 4% del conjunto de la población mantiene un uso continuado y habitual. Los datos evolutivos del consumo experimental de cannabis para el periodo de vigencia del Plan de Salud indican un evidente incremento de este tipo de consumo, que pasa del 26,3% de la población en 2002 al 36,2% en 2006.

Evolución del consumo experimental de cannabis
(% de la población)



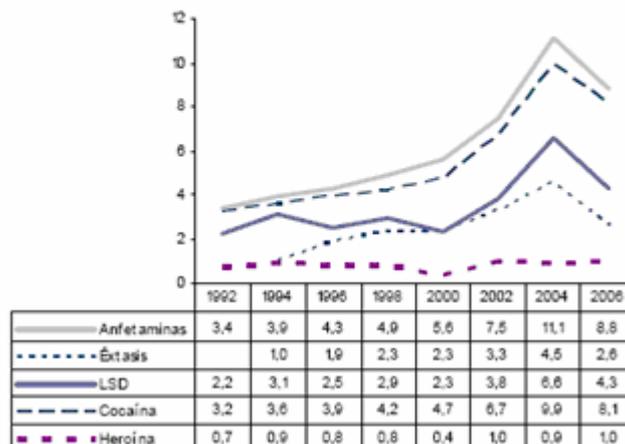
http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r402177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/adjuntos/euskadiydrogas_2006.pdf

En cuanto al resto de sustancias ilegales el informe "Euskadi y Drogas 2006" muestra que el 13,7% de la población vasca ha consumido alguna sustancia ilegal diferente al cannabis.

Parece percibirse un cierto descenso en el consumo de este tipo de sustancias, que tal vez indique el inicio de una tendencia hacia el descenso o la moderación en su consumo.

Sin embargo, tal y como se apunta en el informe, debido principalmente a razones metodológicas en la obtención de los datos, es prudente esperar a los resultados de futuras encuestas como confirmación de estos descensos en el consumo de sustancias ilegales, aunque parece evidente que la incorporación de población nueva al consumo descende. También es un dato positivo que, por primera vez desde el inicio de la serie de encuestas de Euskadi y Drogas, la prevalencia de los distintos tipos de consumo (actual, reciente, experimental) cae para la práctica totalidad de las sustancias analizadas.

Evolución del consumo experimental de drogas ilegales en la CAPV 1992-2006 (%)



http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r402177/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_euskadi_drog/es_9060/adjuntos/euskadiydrugas_2006.pdf



Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (1997)	2002	2007	Objetivo 2010	Fuente
Proporción de no fumadores	71%	74%	75%	80%	ESCAV
Proporción de personas expuestas al humo del tabaco ajeno	44%	32%	21%	10%	ESCAV
Proporción de bebedores excesivos entre los 16 y los 65 años	4,1%	3,1%	2%	3,5%	ESCAV
Consumo de alcohol medio diario (gr.) por personas mayores de 16 años	12,8%	11,0 %	9,7%	10,9%	ESCAV
Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física en su tiempo libre	24%	19%	25%	32%	ESCAV
Proporción de personas obesas de 16 y más años	10%	10%	12,5%	8%	ESCAV
Proporción de iniciados en el consumo de drogas ilegales diferentes al cannabis			13,7%		OVD

NUTRICIÓN Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

No disponemos de datos posteriores a la “Encuesta de Nutrición de la Población de 4 a 18 años de la CAPV” realizada en 2005. Sin embargo, los resultados de la ESCAV 2007 aportan información significativa con respecto a la composición de la dieta de la población vasca.

Así, vemos que el 85% de la población come diariamente lácteos y pan o cereales; el 65% de la población come fruta a diario, aunque sólo el 30% come verdura diariamente. Además, el consumo diario de dulces llega al 30% y el de embutido al 9%. Esta distribución de los alimentos en nuestra dieta se modifica significativamente si la analizamos por sexo, con un consumo más frecuente de frutas, verdura y pescado en el caso de las mujeres, y de carne y embutidos en el de los hombres.

Estos datos nutricionales aportados por la ESCAV quedan corroborados, en cierta medida, por los resultados del estudio de la composición de la dieta en la población adulta de la CAPV elaborado por la fundación Erika (Fundación Vasca para la Seguridad Agroalimentaria) y publicado recientemente por el Departamento de Agricultura, Pesca y Alimentación del Gobierno Vasco.

http://www.nasdap.ejgv.euskadi.net/r50-7393/es/contenidos/nota_prensa/estudio_dieta/es_dapa/estudio_dieta.html

A la vista de los resultados de este estudio, si comparamos la dieta de la población vasca con los baremos recomendados por la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), se observa que en Euskadi la ingesta de alimentos proteicos (lácteos, carne, pescado y huevos) supera la cantidad aconsejada, mientras que en el caso de los

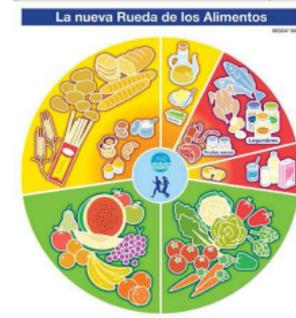
alimentos energéticos (cereales, patatas y aceite de oliva) y de las verduras y hortalizas, su consumo es inferior al recomendado.

Análisis: Comparativa SEDCA

Dieta Media Vasca



Recomendaciones SEDCA (Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación)



COMPARATIVA DIETA VASCA:

Más proteínas: lácteas, carne, pescado, huevos

Menos hidratos: cereales, patatas, azúcares

Menos lípidos: aceites de oliva

Reguladores: menos verduras, más fruta

Tomado de:

http://www.nasdap.ejgv.euskadi.net/r50-7393/es/contenidos/nota_prensa/estudio_dieta/es_dapa/adjuntos/np_guia.pdf

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (1997)	Objetivo 2010	Fuente
Aporte energético de los Hidratos de Carbono	45%	>45%	Encuesta de nutrición
Aporte energético de las grasas	37%	<35%	Encuesta de nutrición



DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Uno de los 2 objetivos principales del Plan de Salud 2002-2010 es el de mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y disminuir las desigualdades sociales en salud. Para su consecución se plantearon diferentes objetivos e indicadores cuya situación a 2007 se presenta en este documento.

El análisis de las desigualdades ha ido incorporándose progresivamente como una estrategia transversal, impregnando las diferentes actividades desarrolladas por el Sistema Sanitario.

Los indicadores originariamente planteados tienen algunas limitaciones, lo que ha llevado a reconsiderarlos.

- Los indicadores de desigualdades sociales en salud incluidos en el Plan de Salud 2002-2010 se referían a las diferencias entre los extremos de la escala social, sin tener en cuenta la distribución de la salud a través del gradiente social de toda la población. Sin embargo, las desigualdades sociales en salud afectan a toda la población y muestran una relación gradual a lo largo de toda la escala social, el llamado gradiente social. Los nuevos indicadores calculados tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.
- Se utilizaron únicamente indicadores de desigualdad relativa. Estos indicadores relativos son muy pertinentes para monitorizar la evolución de las desigualdades sociales en salud, pero no son adecuados para informar sobre la relevancia de las desigualdades en salud. De ahí que se hayan calculado tanto indicadores de desigualdad relativa como de desigualdad absoluta.
- Finalmente, en el caso de los indicadores referidos a datos de prevalencia de problemas de salud, los indicadores utilizados estaban basados en la OR (“odds ratio”, razón de ventajas) de la prevalencia. La OR puede sobreestimar la razón de prevalencia, que es el parámetro de interés, cuando la frecuencia del fenómeno es relativamente alta. Los indicadores correspondientes se basaron en la razón de prevalencia, calculados mediante los modelos de regresión apropiados.

Por estos motivos se han elaborado para el Plan nuevos indicadores de desigualdades sociales en salud:

- **Índice Relativo de Desigualdad**

El Índice Relativo de Desigualdad puede interpretarse como la razón entre la mortalidad o la prevalencia del atributo de salud en las personas en el extremo más bajo (percentil 1) respecto a las del extremo más alto (percentil 100) en la escala social. Esta medida se ha calculado ajustada por edad, mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.

- **Índice de la pendiente de desigualdad en la esperanza de vida**

El índice de la Pendiente de Desigualdad puede interpretarse como la diferencia entre la esperanza de vida en el extremo más bajo (percentil 1) respecto a la del extremo más alto (percentil 100) en la escala social. Esta medida se ha calculado mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.

- **Mortalidad en exceso (atribuible a las desigualdades)**

Este índice indica el número de defunciones que podrían haberse evitado si todas las categorías sociales tuvieran la misma mortalidad que la de la categoría más favorecida. Esta medida se ha calculado ajustada por edad, mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.

- **Prevalencia en exceso (atribuible a las desigualdades)**

Este índice indica la prevalencia del problema de salud que podría haberse evitado si todas las categorías sociales tuvieran la misma prevalencia que la de la categoría más favorecida. Esta medida se ha calculado ajustada por edad, mediante modelos de regresión que tienen en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y que eliminan el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud.

A la hora de valorar la evolución de esos indicadores, es necesario estudiar si la reducción de las desigualdades es consecuencia de una mayor (menor) mejora (empeoramiento) de la salud de los grupos menos favorecidos, o si se debe a una evolución más desfavorable en los más favorecidos. Además, el estudio de estos indicadores debe complementarse con un análisis más detallado de su evolución por grupos sociales de interés definidos por la edad, el lugar de residencia, la nacionalidad o el país de origen.



EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD

De manera general, los indicadores estudiados indican que, de seguir la evolución observada, no se alcanzarán diversas metas definidas en el Plan de Salud 2002-2010. En las mujeres, han aumentado las desigualdades en la esperanza de vida al nacimiento y en la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares. En los hombres, se ha producido una pequeña disminución en las desigualdades en la esperanza de vida al nacimiento, acompañada de un pequeño aumento en las desigualdades en la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares. En el caso de la salud percibida, se ha producido una disminución de las desigualdades en ambos sexos, que en el caso de los hombres se ha debido a la mejora de la percepción de la salud de lo más desfavorecidos acompañada del empeoramiento de la situación de los grupos más favorecidos. Así mismo, la disminución de las desigualdades en la obesidad en ambos sexos se ha acompañado del aumento de la frecuencia de obesidad en los grupos más favorecidos. Finalmente, en el caso del consumo de tabaco, se ha producido un aumento paulatino y relevante de las desigualdades en los hombres, en los que todos los grupos sociales han disminuido su consumo, al contrario que los menos favorecidos; también se ha producido un cambio en el patrón de desigualdad en las mujeres: si en 1997 el consumo era algo mayor en las más favorecidas, en 2007 se ha pasado a que el consumo sea mayor en las más desfavorecidas.

Esperanza de vida al nacimiento

La evolución de las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida ha sido distinta en hombres y mujeres. Mientras que en los hombres se produjo una pequeña disminución en las desigualdades relativas, en las mujeres aumentaron de un 1,4% en 1996-2000 al 1,8% en el quinquenio 2001-2005. Es decir, que si en el primer quinquenio la esperanza de vida en las mujeres en el extremo superior de la escala social era 1,4% mayor que en las del extremo inferior, en 2001-2005 esa diferencia aumentó a un 1,8%. En términos absolutos, el aumento de las desigualdades fue de 0,33 años, pasando de 1,19 en 1996-2000 a 1,52 años en 2001-2005. Las desigualdades fueron mayores en los hombres que en las mujeres, tanto en términos absolutos como relativos. A pesar de la evolución más favorable en los hombres, en 2001-2005 la magnitud de las desigualdades absolutas es más de dos veces mayor en los hombres que en las mujeres (Tabla 1, Figuras 1 y 2).

En lo que respecta a las diferencias entre hombres y mujeres, la esperanza de vida al nacimiento ha aumentado en ambos sexos, pero en mayor magnitud en los hombres que en las mujeres. Mientras en el año 2000 la esperanza de vida en los hombres era 8 años menor a la de las mujeres, en el año 2006 esa diferencia fue de 7,3 años.

Esperanza de vida al nacimiento por sexo e índice de privación, 1996-2000 y 2001-2005

Índice de privación ^a	Mujeres		Hombres	
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005
Q1 (más rico)	83,1	84,3	76,2	77,8
Q2	82,8	84,1	75,3	77,1
Q3	82,7	84,0	75,1	76,7
Q4	82,5	83,6	74,4	75,8
Q5 (más pobre)	82,1	82,9	73,0	74,8

^aQuintiles del índice de privación

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Tabla 1. Evolución de las desigualdades sociales en la esperanza de vida al nacimiento

A) Desigualdades socioeconómicas relativas^a (%)

	Mujeres	Hombres
1996-2000	1,45	4,92
2001-2005	1,83	4,70
Meta 2010	1,09	3,69

^a Calculadas a partir del Índice Relativo de Desigualdad, expresan cuán mayor fue la esperanza de vida en las personas en el extremo más alto respecto a las del extremo más bajo de la escala social (Véase el anexo).

B) Desigualdades socioeconómicas absolutas^b (años)

	Mujeres	Hombres
1996-2000	1,19	3,60
2001-2005	1,52	3,52
Meta 2010	0,89	2,70

^b Calculadas a partir del Índice de la Pendiente de Desigualdad. Indica el número de años de esperanza de vida de diferencia entre las personas situadas en el extremo más alto respecto a las del extremo más bajo de la escala social. (Véase el anexo).

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Figura 1. Esperanza de vida al nacimiento por índice de privación. Mujeres

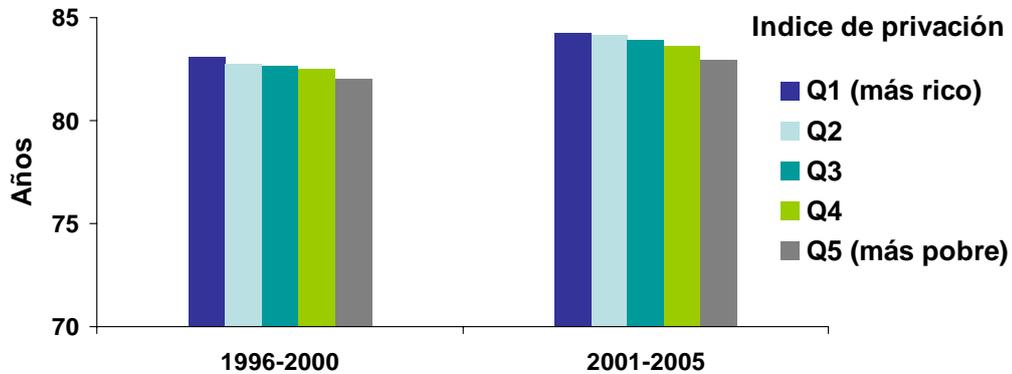
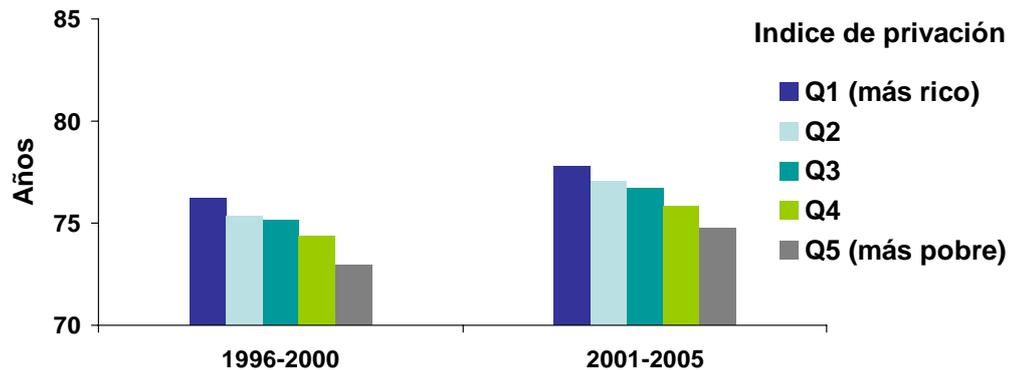


Figura 2. Esperanza de vida al nacimiento por índice de privación. Hombres



Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las personas menores de 65 años

Las desigualdades socioeconómicas relativas aumentaron en ambos sexos, pero especialmente en las mujeres, en las que pasaron de un 40 a un 71%. Por el contrario, las desigualdades absolutas experimentaron pocos cambios en ambos sexos (Tabla 2). En las mujeres, mientras en 1996-2000 las diferencias se debían a una mayor mortalidad de los tres grupos menos favorecidos respecto a los otros dos más favorecidos, en 2001-2005 se observa una relación gradual típica con una mayor mortalidad a medida que se desciende en la escala social (Figura 3). En el caso de los hombres, la disminución en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio producida en el conjunto de la población fue menor en las personas menos favorecidas (Figura 4). Además, es de resaltar que se mantienen las diferencias entre hombres y

mujeres, de manera que las desigualdades absolutas son 2,4 veces mayores en los hombres que en las mujeres.

La mortalidad cardiovascular prematura ha descendido en ambos sexos. Al comparar los dos quinquenios, el descenso absoluto de las tasas de mortalidad ha sido algo mayor en los hombres (5,3 por 100.000) que en las mujeres (1,5 por 100.000), si bien las diferencias relativas entre ambos sexos no han cambiado, de manera que la mortalidad en los hombres sigue siendo 3,7 veces mayor que en las mujeres.

Tasas (estandarizadas por edad) de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en menores de 65 años por sexo e índice de privación, 1996-2000 y 2001-2005

Índice de privación ^b	Mujeres		Hombres	
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005
Q1 (más rico)	12,8	11,5	49,8	45,1
Q2	12,9	11,7	54,3	46,3
Q3	16,9	13,2	55,2	51,1
Q4	17,0	15,2	55,6	53,0
Q5 (más pobre)	16,0	17,3	62,1	57,0

^aTasas por 100.000

^bQuintiles del índice de privación

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Tabla 2. Evolución de las desigualdades sociales en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en las personas menores de 65 años

A) Desigualdades socioeconómicas relativas^a (%)

	Mujeres	Hombres
1996-2000	40	27
2001-2005	71	36
Meta 2010	30	20

^a Calculadas a partir del Índice Relativo de Desigualdad, expresan cuán mayor fue la mortalidad en las personas en el extremo más bajo respecto a las del extremo más alto de la escala social (Véase el anexo).

B) Desigualdades socioeconómicas absolutas^b (número de defunciones)

	Mujeres	Hombres
1996-2000	108	263
2001-2005	104	254
Meta 2010	81	197

^b Calculadas a partir del número de defunciones en exceso atribuibles a las desigualdades socioeconómicas. Indica el número de defunciones que no se habrían producido si la mortalidad en todas las secciones censales hubiera sido igual a la de las secciones socioeconómicamente más favorecidas (Véase el anexo).

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Figura 3. Tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por índice de privación en las mujeres menores de 65 años

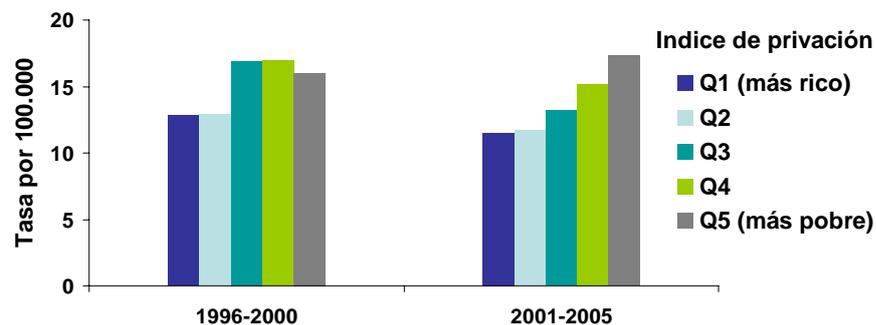
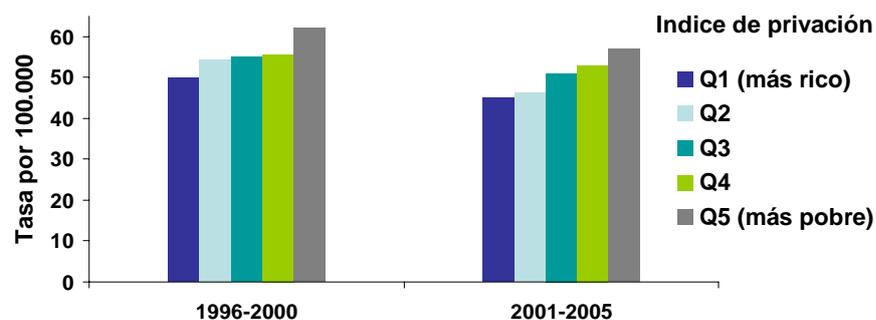


Figura 4. Tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio por índice de privación en los hombres menores de 65 años



Prevalencia de mala salud percibida en las personas mayores de 15 años

La evolución de las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de mala salud ha sido distinta en los dos sexos. En las mujeres, al comparar el año 1997 con 2007, se observa una disminución de las desigualdades relativas, del 85% al 64%, que se acompaña de un aumento sostenido de las absolutas. Así, en las mujeres la prevalencia de mala salud en exceso atribuible a las desigualdades socioeconómicas ha pasado del 2,5% en 1997 al 7,0% en 2007. En los hombres, también se ha producido una disminución de las desigualdades relativas entre 1997 y 2007, que pasan del 120% al 47%, pero al contrario que en las mujeres con una disminución de las desigualdades absolutas, que han pasado del 9,3% al 3,6% (Tabla 3). Es de resaltar que en los hombres, la disminución de las desigualdades ha sido consecuencia de la coincidencia de la mejora de la salud en los grupos más desfavorecidos con el empeoramiento en los más favorecidos (Figuras 5 y 6).

La evolución de prevalencia de mala salud percibida entre 1997 y 2007 años ha sido distinta según el sexo. Mientras que en los hombres la prevalencia de mala salud percibida disminuyó entre 1997 y 2002, en las mujeres apenas se han producido cambios en todo el periodo. Fruto de esa evolución, si en 1997 los hombres tenían una mayor prevalencia de mala salud que las mujeres (23,7% y 21,4% respectivamente), en 2007 el patrón era el inverso, con una prevalencia en los hombres del 18,4% y del 21,4% en las mujeres.

Prevalencia (%) estandarizada por edad de mala salud percibida por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007

Grupo socioeconómico	Mujeres			Hombres		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (alto)	17,6	13,4	13,1	9,0	9,6	13,4
II	16,0	15,8	16,7	16,1	9,7	12,8
III	17,5	18,4	18,1	21,0	12,7	16,8
IV	20,8	18,6	20,9	24,6	17,6	17,6
V (bajo)	25,9	19,5	26,2	27,7	22,2	19,4

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Tabla 3. Evolución de las desigualdades sociales en la prevalencia de mala salud percibida

A) Desigualdades socioeconómicas relativas^a (%)

	Mujeres	Hombres
1997	84,7	119,5
2002	32,3	175,4
2007	63,5	47,3
Meta 2010	63,8	90,0

^a Calculadas a partir del Índice Relativo de Desigualdad, expresan cuán mayor fue la prevalencia de mala salud en las personas en el extremo más bajo respecto a las de las del extremo más alto de la escala social (Véase el anexo).

B) Desigualdades socioeconómicas absolutas^b (prevalencia x 100)

	Mujeres	Hombres
1997	2,5	9,3
2002	5,2	6,8
2007	6,7	3,6
Meta 2010	1,9	7,0

^b Calculadas a partir de la prevalencia de mala salud en exceso atribuible a las desigualdades socioeconómicas. Indica la prevalencia de personas que no percibirían su salud como mala si la frecuencia de mala salud en todos los grupos socioeconómicos fuera igual a la del más favorecido.

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Figura 5. Prevalencia (estandarizada por edad) de mala salud percibida por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Mujeres

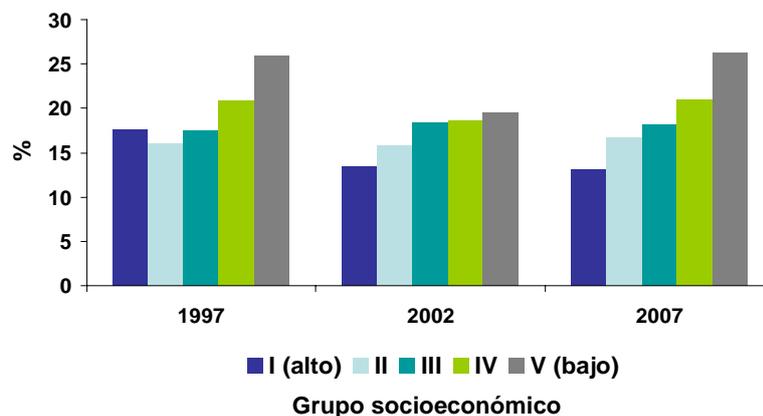
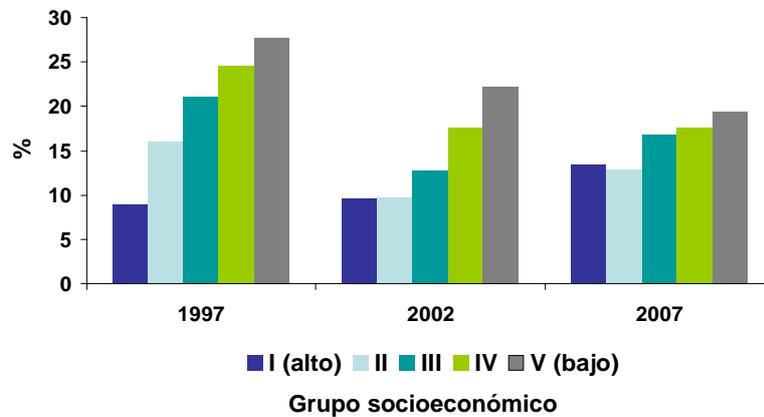


Figura 6. Prevalencia (% estandarizada por edad) de mala salud percibida por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Hombres



Prevalencia de obesidad en las personas mayores de 15 años

La evolución de las desigualdades socioeconómicas en la obesidad está muy determinada por el aumento de la frecuencia de obesidad en la mayor parte de las clases sociales (Figuras 7 y 8). Se ha producido una disminución muy marcada de las desigualdades relativas en ambos sexos, si bien se mantienen desigualdades relativas relevantes en las mujeres. Las desigualdades absolutas en las mujeres han pasado de una prevalencia en exceso de un 7,2% en 1997 al 5,5% en 2007, mientras que en los hombres esa prevalencia ha cambiado del 5,4% al 2,0% (Tabla 4). A pesar de esta disminución, en las mujeres la prevalencia en exceso de obesidad atribuible a las desigualdades es muy relevante, de manera que si la frecuencia de obesidad en todos los grupos sociales fuera igual al de las más favorecidas, la prevalencia de obesidad disminuiría en un 46%.

En 1997 la prevalencia de obesidad era similar en las mujeres (9,8%) y en los hombres (9,9%). El aumento de la prevalencia de obesidad ha sido mayor en los hombres, lo que ha llevado a que en 2007 su prevalencia sea del 13,2% frente al 11,3% en las mujeres.

Prevalencia (%) estandarizada por edad de obesidad por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007

Grupo socioeconómico	Mujeres			Hombres		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (alto)	2,3	6,6	5,8	4,6	8,1	10,4
II	7,0	5,1	9,8	9,9	8,2	12,4
III	5,2	10,0	9,6	11,4	11,1	14,0
IV	9,9	10,1	12,9	12,4	10,7	13,2
V (bajo)	13,8	10,0	10,8	9,8	11,1	12,5

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Figura 7. Prevalencia de obesidad (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Mujeres

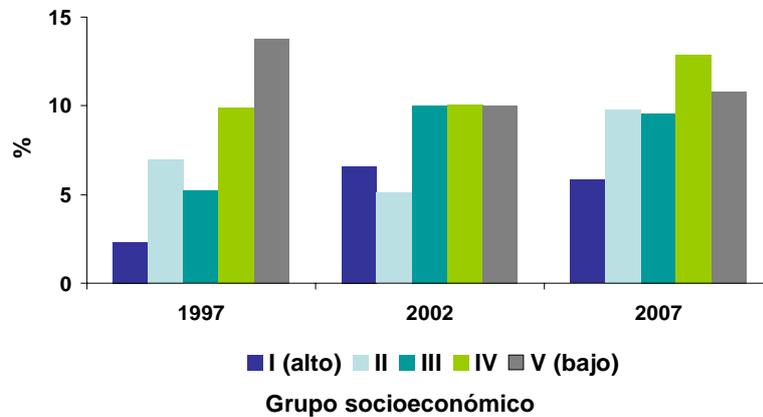


Figura 8. Prevalencia de obesidad (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Hombres

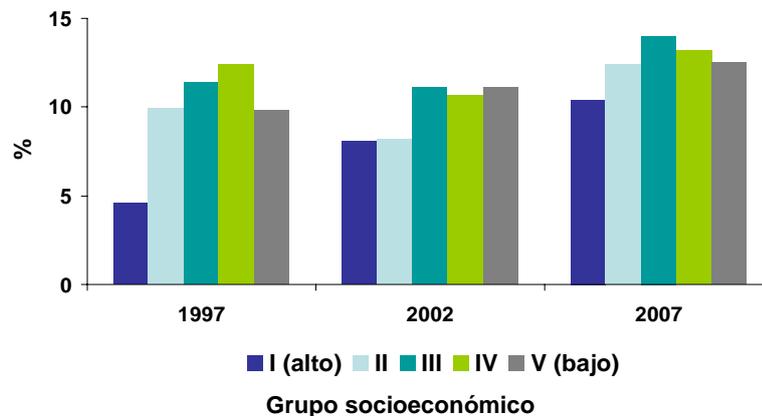


Tabla 4. Evolución de las desigualdades sociales en la prevalencia de obesidad

A) Desigualdades socioeconómicas relativas^a (%)

	Mujeres	Hombres
1997	298,8	43,6
2002	66,2	32,1
2007	88,3	8,1
Meta 2010	224,1	32,7

^a Calculadas a partir del Índice Relativo de Desigualdad, expresan cuán mayor fue la prevalencia de obesidad en las personas en el extremo más bajo respecto a las de las del extremo más alto de la escala social (Véase el anexo).



B) Desigualdades socioeconómicas absolutas^b (prevalencia x 100)

	Mujeres	Hombres
1997	7,2	5,4
2002	3,1	1,7
2007	5,5	2,0
Meta 2010	5,4	4,1

^b Calculadas a partir de la prevalencia de obesidad en exceso atribuible a las desigualdades socioeconómicas. Indica la proporción de personas que no padecerían obesidad si la frecuencia de obesidad en todos los grupos socioeconómicos fuera igual a la del más favorecido.

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Prevalencia en el consumo de tabaco en las personas mayores de 15 años

Se ha dado un cambio cualitativo de gran importancia en las desigualdades sociales del tabaquismo. En las mujeres, la frecuencia de tabaquismo ha aumentado en las más desfavorecidas mientras que ha disminuido en las más ricas (Figuras 9 y 10). Fruto de esta evolución, mientras que en 1997 el tabaquismo era más frecuente en las mujeres más favorecidas, en 2007 la frecuencia en las más pobres era un 6,9% mayor que en las más ricas. En términos absolutos, de una prevalencia en exceso de -1,4% (cuyo signo negativo indica una mayor frecuencia en las más favorecidas) en 1997, se ha pasado en 2007 a un 1,9%.

En el caso de los hombres, si bien en 1997 las desigualdades eran poco relevantes, en los últimos diez años se ha producido un aumento progresivo de su magnitud, tanto en términos relativos como absolutos debido a la reducción del tabaquismo en todos los niveles sociales excepto en los más desfavorecidos que aumentan ligeramente su consumo. Así, en 2007 las desigualdades relativas son del 67,8% y la prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades es del 7,7% (Tabla 5).

Entre 1997 y 2002 se ha producido una disminución del consumo de tabaco claramente mayor en los hombres que en las mujeres, lo que ha producido una disminución de las diferencias entre sexos en su consumo. Si en 1997 el consumo de tabaco era de un 22,3% en las mujeres y de un 32,5% en los hombres, los valores correspondientes en el año 2007 eran de un 21,7% y 28,2% respectivamente.

Prevalencia (%) estandarizada por edad de población fumadora por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007

Grupo socioeconómico	Mujeres			Hombres		
	1997	2002	2007	1997	2002	2007
I (alto)	26,9	24,0	20,3	37,0	27,9	21,2
II	24,2	20,9	21,1	35,8	22,7	25,1
III	25,4	21,9	25,9	31,4	31,8	29,2
IV	23,3	22,4	22,8	35,7	32,8	30,6
V (bajo)	24,0	23,0	25,3	33,9	34,7	36,6

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

Figura 9. Prevalencia de población fumadora (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Mujeres

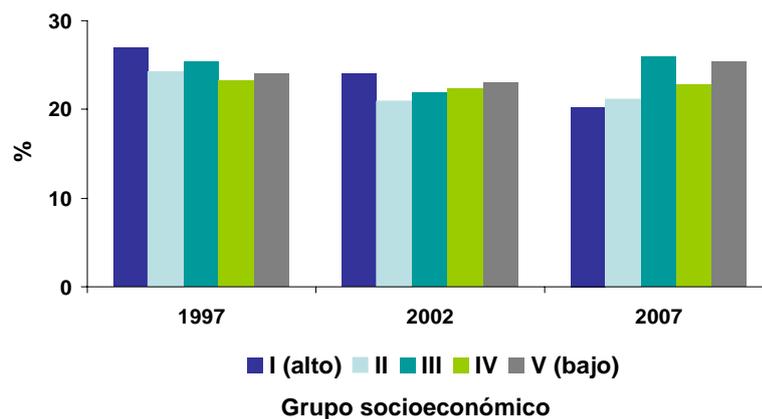


Figura 10. Prevalencia de población fumadora (% estandarizada por edad) por sexo y grupo socioeconómico, 1997-2007. Hombres

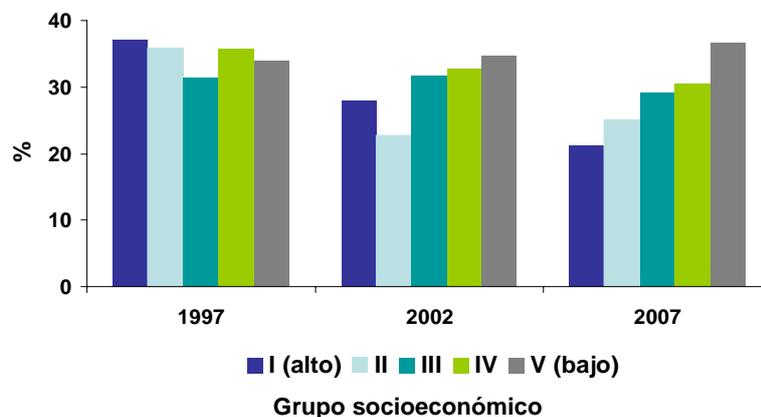




Tabla 5. Evolución de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco

A) Desigualdades socioeconómicas relativas^a (%)

	Mujeres	Hombres
1997	-1,8	4,9
2002	5,5	40,2
2007	10,6	67,8
Meta 2010	-1,4	3,7

^a Calculadas a partir del Índice Relativo de Desigualdad, expresan cuán mayor fue la prevalencia de consumo de tabaco en las personas en el extremo más bajo respecto a las de las del extremo más alto de la escala social (Véase el anexo).

B) Desigualdades socioeconómicas absolutas^b (prevalencia x 100)

	Mujeres	Hombres
1997	-1,4	1,4
2002	-1,0	3,7
2007	1,9	7,7
Meta 2010	-1,1	1,1

^b Calculadas a partir de la prevalencia de consumo de tabaco en exceso atribuible a las desigualdades socioeconómicas. Indica la proporción de personas que no fumarían si la frecuencia de tabaquismo en todos los grupos socioeconómicos fuera igual a la del más favorecido.

Fuente: Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Cáncer

Evolución de la Mortalidad

En las mujeres de 10 a 39 años, los tumores son la primera causa de muerte y suponen un 33% de las muertes en estas edades. En los hombres de 10 a 39 años los tumores, con un 17%, ocupan el segundo lugar. Al igual que en las mujeres, los tumores son la causa más frecuente de muerte en la edad adulta, de 40 a 79 años.

Analizando la mortalidad prematura que causan los tumores, tenemos que son la causa de mortalidad que ha generado la mayor cantidad de pérdida de años potenciales de vida, concretamente el 44% en el año 2006.

En las mujeres, de forma más específica, entre las cinco primeras causas se encuentran el tumor maligno de mama, el tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón, los tumores de sitio mal definido o secundarios y el tumor maligno de encéfalo. En el caso de los hombres, entre estas cinco primeras causas sólo encontramos el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, que ha generado una pérdida de 4.823 años.

El Servicio de Registros de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad ha realizado un análisis de las tendencias de la mortalidad producida por los principales tumores malignos en la última década.

http://www.osanet.euskadi.net/r85publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202006.pdf

Los resultados más significativos de este análisis han sido los siguientes:

En las mujeres la mortalidad por tumores malignos ha descendido un 1% promedio anual en la última década, pasando de una tasa ajustada por edad a la población europea estándar de 113,1 por 100.000 habitantes en el año 1997 a 102,4 en el año 2006. El tumor que más ha descendido es el de estómago, con un 3,5%; a continuación, con un 3% de descenso, se encuentran el tumor maligno de mama y el tumor maligno de tejidos linfáticos y hematopoyéticos, también con un 3% en el conjunto de la CAPV. El único tumor maligno que presenta un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad en esta última década, en las mujeres, es el tumor de pulmón, con un 3,3%.

En los hombres el descenso ha sido menor que en las mujeres: un 0,6% promedio anual. El tumor maligno de estomago también es el que más ha descendido, con un 3,6%. Con un descenso del 2% se encuentran los tumores de próstata, tejidos linfáticos y hematopoyéticos y los tumores malignos de cabeza y cuello. Por el contrario, el tumor maligno de colon-recto ha experimentado un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad de un 1,5% promedio anual.

Por otro lado, a la vista de los datos de mortalidad de 2006 y con respecto a los indicadores de las localizaciones priorizadas en el Plan de Salud, disponemos de los siguientes datos: la **mortalidad por tumores malignos** en menores de 65 años, mantiene una tendencia ligeramente descendente en hombres y mujeres, en los últimos tres años registrados. La **mortalidad por cáncer de pulmón** en menores de 65 años aumenta con respecto a años precedentes, especialmente en el caso de las mujeres. La **mortalidad por cáncer de mama**, aunque con variaciones interanuales, mantiene sus tasas por debajo del objetivo marcado para el año 2010 por el Plan de Salud. La **mortalidad por cáncer colo-rectal** sigue una tendencia más estable en mujeres y variable en varones. En el caso de estos últimos, las tasas de mortalidad duplican sobradamente a las de las mujeres. La **mortalidad por cáncer de cabeza y cuello**, en varones, al igual que en los últimos años, mantiene sus tasas de mortalidad por debajo de los valores de partida y mejora el objetivo marcado para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por tumores malignos en varones menores de 65 años	115,9 ⁶	110,9	110,0	115,9	114,3	104,2	Iniciar tendencia descendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años	52,4 ⁶	55,8	51,9	52,7	51,8	51,5	Disminuirla un 10%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en varones menores de 65 años	32,3 ⁶	30,2	31,0	34,4	34,7	31,5	Invertir tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años	3,9 ⁶	5,6	6,3	8,1	5,7	7,6	Frenar tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de mama en mujeres	22,3 ⁶	18,7	18,2	17,9	16,6	17,9	Disminuirla un 17,5%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en varones	29,5 ⁶	30,8	33,9	31,9	30,8	31,5	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en mujeres	14,5 ⁶	14,6	13,6	14,2	12,1	12,9	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de cabeza y cuello en varones	22,6 ⁶	19,8	18,5	18,7	20,1	17,8	Disminuirla un 10%	Registro de Mortalidad

Evolución de la Incidencia del cáncer

Anualmente se diagnostican en la CAPV en torno a 11.000 nuevos cánceres con una distribución por sexos de unos 7.000 cánceres en hombres y 4.000 en mujeres. De acuerdo con su localización, los tumores nuevos más frecuentes en hombres son los de próstata, pulmón y colon-recto; y en las mujeres los de mama, colon-recto y cuerpo de útero.

Con respecto a la evolución de la incidencia de los cánceres priorizados en el Plan de Salud, se ha realizado por parte del Registro de Cáncer de Euskadi un análisis de los últimos 10 años registrados (1994-2003) (1) en el que se observa un aumento del cáncer de colon-recto de un 2,1% anual en ambos sexos (2,14% en hombres y 1,81% en mujeres); también ha aumentado de forma significativa la incidencia del melanoma de piel, los linfomas y la vejiga. Con respecto al cáncer de pulmón, su incidencia desciende en el periodo analizado un 0,7% anual (no significativo estadísticamente) y, en cambio, aumenta un 4,85% en las mujeres en este mismo periodo (estadísticamente significativo). Han disminuido, por el contrario, de forma estadísticamente significativa los tumores malignos de estómago, laringe y labio; concretamente, los tumores de labio, cavidad oral y faringe han disminuido de forma más clara en hombres (2% anual) que en mujeres (0,61% anual). Además, merece un comentario especial la constatación de un aumento en la mujer de las tasas de incidencia de los cánceres directamente relacionados con el hábito tabáquico (pulmón y laringe).

Con respecto al cáncer de mama, podemos decir que las tasas de incidencia en las mujeres para el periodo analizado han aumentado un 0,27% anualmente (variación no estadísticamente significativa).

Morbilidad Neoplasias Malignas

Los datos del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV nos muestran los grupos de enfermedades que figuraron con mayor frecuencia como diagnóstico principal al alta durante los últimos años. Los resultados corresponden con las altas obtenidas del CMBD, donde se descargan los datos de todos los centros sanitarios de la CAPV públicos y privados, quedando excluidos los centros de atención psiquiátrica.

(1) http://www.osanet.euskadi.net/r85publ01/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20CANCER%202003%20castellano.pdf

Con respecto a la morbilidad generada por los procesos oncológicos, los datos globales más significativos recogidos en el Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV nos dicen que en 2007, en los hospitales de agudos de Osakidetza, los procesos oncológicos globalmente han generado un 10,5% de las altas en hombres (9.173) y un 8,1% (7.459) en mujeres. En 2006 los datos fueron de 11% de las altas de los hombres (9.328) y un 8,3% de las mujeres (7.442); en 2005, por último, generaron el 11% de las altas en hombres (9.108) y el 8,2% en mujeres (7.159).

Con respecto a las localizaciones priorizadas en el Plan de Salud, el cáncer de **Pulmón** dio lugar en 2007 a 1.183 altas de residentes en la CAPV en los Hospitales de agudos de Osakidetza frente a las 1.144 en el año 2006 y 1.142 en el año 2005. En el caso del cáncer de **mama**, las altas de mujeres residentes en la CAPV, en los hospitales de agudos de Osakidetza han sido de 1.205, frente a las 942 del año 2006 y de 916 del año 2005. Por último, el cáncer de **colon y recto** ha generado en 2007, en hospitales de agudos de Osakidetza, 2.146 altas, frente a 1.813 altas en 2006 y 1.728 en 2005.

Altas con estancia mayor de cero, en los hospitales de Osakidetza, por causas, tipo de centro, territorio histórico y sexo. Residentes CAPV 2007

CIE9_MC	Causas	CAPV		Alava		Gipuzkoa		Bizkaia	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
162	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón								
	Hospitales de agudos	975	208	136	35	330	81	509	92
	Hospitales media-larga estancia	117	27	4	1	8	2	105	24
174	Tumor maligno de mama								
	Hospitales de agudos	2	1.205	-	186	2	265	-	754
	Hospitales media-larga estancia	-	25	-	0	-	0	-	25
153- 154.0,154.1	Tumor maligno de colon-recto								
	Hospitales de agudos	1.398	748	212	109	489	262	697	377
	Hospitales media-larga estancia	31	35	4	0	2	3	25	32

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades del sistema circulatorio junto con los tumores aparecen como las primeras causas de muerte entre la población de la CAPV, con un 30% del total de todas las muertes y con unas tasas respectivas de 264 y 262 por 100.000 habitantes.

La distribución por sexos es la siguiente: en las mujeres, la primera causa de muerte son las enfermedades del sistema circulatorio, con un 33,9%; y en los hombres, las enfermedades del sistema circulatorio, con un 27,2%, ocupan el segundo lugar, por detrás de los tumores.

Analizando la mortalidad prematura en Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) de este grupo de enfermedades, vemos que globalmente son la tercera causa que genera mayor cantidad de años perdidos (18%) en el año 2006; de forma más específica, en las mujeres las enfermedades cerebrovasculares fueron en 2006 la tercera causa en APVP y en los hombres la cardiopatía isquémica fue la segunda causa de años perdidos.

Con respecto a los indicadores seleccionados para esta área prioritaria, la evolución de la mortalidad de enfermedades del aparato circulatorio en general, y de forma específica las enfermedades cardio y cerebrovasculares, es positiva en ambos sexos, especialmente la mortalidad por cardiopatía isquémica entre 25 y 74 años. Sin embargo, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio de los varones menores de 65 años, aunque mejora la situación de partida, sigue una tendencia negativa los 3 últimos años.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	57,1 ⁶	47,9	49,0	52,6	51,2	42,6	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	16,1 ⁶	13,8	15,0	11,4	14,7	12	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en varones menores de 75 años	23,0 ⁶	21,3	17,1	19,7	16,7	18,4	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en mujeres menores de 85 años	25,5 ⁶	21,0	20,2	17,0	17,7	17,4	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en varones (25-74 años)	83,1 ⁶	65,2	61,0	55,5	55,5	50,5	Disminuirla un 15 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres (25-74 años)	17,2 ⁶	11,2	13,0	11,2	9,4	8,7	Disminuirla un 15 %	Registro de Mortalidad



MORBILIDAD

En los hospitales de agudos de nuestra comunidad, en el año 2007 se mantienen en los varones las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio, como los principales grupos diagnósticos que producen un mayor número de ingresos. En las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el tercer lugar, por detrás del grupo de embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales. De forma más específica, con respecto a las áreas priorizadas en el Plan de Salud, observamos los siguientes resultados en los hospitales de Osakidetza para el año 2007:

Infarto de Miocardio

Se han registrado 1.854 altas de residentes en hospitales de agudos con el código diagnóstico 410 "Infarto de miocardio", de las que el 68,6% son hombres. En 2006 se registraron 1770 altas por esta misma causa y en 2005 se registraron 1.795 altas.

Enfermedades Cerebro-Vasculares

En 2007 se han registrado 5.292 altas de residentes en los Hospitales de agudos de Osakidetza en el capítulo correspondiente a "Enfermedades Cerebro-Vasculares", de las que el 55,5% son hombres. Con respecto a años previos, para la misma causa se registraron 4.193 en 2006 y 5.182 altas en 2007.

Tabla 21 : Altas con estancia mayor de cero, en los hospitales de Osakidetza, por causas, tipo de centro, territorio histórico y sexo. Residentes CAPV 2007

CIE9_MC	Causas	CAPV		Alava		Gipuzkoa		Bizkaia	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
410	Infarto agudo de miocardio								
	Hospitales de agudos	1.271	583	225	99	415	193	631	291
	Hospitales media-larga estancia	12	13	1	0	0	2	11	11
430-438	Enfermedades cerebrovasculares								
	Hospitales de agudos	2.939	2.353	394	335	966	796	1.579	1.222
	Hospitales media-larga estancia	67	144	8	6	1	3	58	135

Fuente: Registro de altas hospitalarias (CMBD). Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

Diabetes mellitus

Para la evaluación de los objetivos planteados en el área de la diabetes (incidencia de ceguera, insuficiencia renal y amputaciones), disponemos de datos indirectos que nos permiten estimar la evolución del proceso: a) las altas hospitalarias con diagnóstico de amputación por diabetes mellitus en los hospitales públicos de la CAPV (CIE-9-MC diagnóstico principal 250, códigos de procedimiento principal 84.10 a 84.17), b) el número de trasplantes realizados a pacientes diabéticos y c) los datos obtenidos de la ONCE respecto a los afiliados con retinopatía diabética. Los resultados de los últimos años son los siguientes:

Indicadores modificados del Plan de Salud	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Fuente
Ceguera asociada a diabetes	260	257	266	267			Registro ONCE
Trasplantes renales a pacientes con diabetes (residentes en la CAPV) como enfermedad renal primaria	9	13	9	4	15	7	Unidad de información sobre pacientes renales de la CAPV
Altas por amputaciones secundarias a la diabetes mellitus	131	108	141	136	120	114	Registro de altas hospitalarias (CMBD)

Lesiones accidentales

La **mortalidad por causas externas** (se incluyen los acontecimientos, circunstancias y condiciones ambientales como causa de lesiones, envenenamientos y otros efectos adversos por ejemplo accidentes de tráfico, caídas, suicidios y homicidios) era la cuarta causa de mortalidad en la población de la CAPV al comienzo de la vigencia del Plan de Salud. En el año 2006 hapasado a ser la sexta causa de mortalidad, si consideramos ambos sexos conjuntamente. Sin embargo, su peso sobre mortalidad varía de forma muy significativa dependiendo del sexo y la edad; así, suponen la segunda causa de muerte en mujeres de 10 a 39 años, con un 23%, y la primera causa en los hombres, apareciendo en el 54% de las muertes de este grupo de edad.

Con respecto al indicador recogido en el Plan de Salud, la mortalidad por causas externas **en jóvenes de 15 a 29 años** ha disminuido de forma significativa, situándose en 2006, con una tasa de 20,3 por 100.000 habitantes, por debajo del objetivo marcado para el año 2010.



Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (2000)	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por causas externas en jóvenes entre 15 y 29 años	36,5	31,8	28,1	31,7	21,5	20,3	Disminuir la tasa un 15%	Registro de Mortalidad

La **mortalidad por accidentes de tráfico** es probablemente la causa específica de mayor interés dentro de las lesiones accidentales. Mantiene una buena evolución, con resultados que desde el año 2004 mejoran el objetivo propuesto para 2010.

La **mortalidad por accidentes laborales y la incidencia de enfermedad profesional** han seguido tendencias diferentes en los últimos años en nuestra Comunidad Autónoma. Así, mientras los primeros alcanzan los objetivos planteados, la incidencia de enfermedades profesionales aún continúa lejos de su objetivo.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de tráfico	12,9 ⁶	11,5	11,4	8,5	8,3	6,2	Disminuirla un 20%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por accidentes de trabajo	14 ⁷		9,6	7,3	8,3	6,8	Disminuirla un 40%	OSALAN- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales
Incidencia de enfermedad profesional	2,3 ¹⁶		4,3	3,8	4,4	3,9	Disminuirla un 20%	OSALAN- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

Los datos más actualizados de **morbilidad por accidentes domésticos en el ocio y deporte** son los extraídos de la ESCAV (Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca) 2007. Entre sus resultados encontramos que el 17 por mil de los encuestados declaró haber tenido un accidente en casa y 10 de cada mil sufrieron un accidente deportivo. Con respecto al porcentaje sobre el total de la población los resultados de la ESCAV 2007 sitúan el indicador en el objetivo de cumplimiento para el 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2007	Objetivo 2010	Fuente
Tasa de morbilidad por accidentes domésticos en el ocio y en el deporte	5% ⁸	5%	4%	Disminuirla un 20%	ESCAV

Mortalidad por trastornos mentales

Las tasas de muerte por suicidio muestran un ligero descenso en los últimos 3 años. Los resultados del 2006 (5,5 por 100.000 habitantes en ambos sexos) nos mantienen por debajo del objetivo propuesto en el Plan de Salud para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por suicidio	7,2 ⁶	7,3	6,3	7,0	6,6	5,5	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	Registro de mortalidad

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Mortalidad por SIDA y otras enfermedades infecciosas

La mortalidad por SIDA, aunque disminuye, se encuentra aún lejos del objetivo planteado para el año 2010, con 69 fallecidos por esta causa registrados en el año 2006 y 74 fallecidos en 2005.

El número de nuevos casos de SIDA desciende por debajo del objetivo planteado con un dato en el año 2007 de 76 nuevos casos.

Se ha producido un importante descenso en el número de recién nacidos VIH+ por transmisión materno-fetal diagnosticados en los últimos años (1996-2005), que han sido de 18 frente a los 116 que se diagnosticaron durante el periodo 1984-1995. Durante el año 2005 no se ha registrado ningún caso.

Se ha producido, sin embargo, un aumento en el número de nuevas infecciones por VIH en residentes de la CAPV, que asociado a un aumento de otras enfermedades de transmisión sexual, tal vez indique una cierta relajación de las medidas de prevención.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Objetivo 2010	Fuente
Casos de recién nacidos con VIH+	1 ⁴	1	1	0	0			0	Registro SIDA. Osakidetza/Svs
Nº de nuevas infecciones por VIH (en residentes de la CAPV)	186	186	183	144	152	151	173	inferior 100/año ^a (indicador modificado)	(1) PPCS Memoria Osakidetza 2005



	OSASUN SAILA					DEPARTAMENTO DE SANIDAD				
Nº de nuevos casos de SIDA	186 ⁴	127	137	128	124	124	76	inferior 100/año	a	Registro SIDA. Osakidetza/Svs
Mortalidad por SIDA	91 ⁴	87	79	87	74	69		< 50 casos/año		Registro Mortalidad

Enfermedades transmisibles

Dentro del área de las enfermedades transmisibles a lo largo de los últimos años (2002-2007) podemos decir que no se ha registrado ningún caso de polio autóctona, ni de difteria, tétanos en menores de 35 años, ni de hepatitis B, ni sífilis congénita. En este mismo periodo se han registrado 1 caso de sarampión, 1 caso de tuberculosis miliar y 1 caso de meningitis tuberculosa en menores de 1 año.

Los casos de *Haemophilus influenzae* en menores de 5 años han sido de 2 en 2005, 4 en 2006 y 1 en 2007.

Los resultados de la meningitis C en menores de 15 años mantienen una buena progresión hacia el cumplimiento del objetivo y se han registrado 1 caso en 2005, 1 caso en 2006 y 2 casos en 2007.

La incidencia de la TBC se estabiliza en los últimos años y su tasa bruta de incidencia se mueve en torno a los 23 casos anuales por 100.000. La rubéola ha presentado una gran variabilidad en los últimos tres años y la parotiditis presenta un aumento importante, alcanzando los 156 casos en el año 2006 y 2.062 casos en 2007.

Con respecto al brote de parotiditis, mencionar que desde 1992, año en que se registró una tasa de 60 casos por 100.000 habitantes, la parotiditis se mantenía en unas tasas inferiores a 5 por 100.000. En 2006 se registró una tasa 7,7 casos por 100.000, fundamentalmente debido a un brote de parotiditis en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri entre los meses de febrero y mayo. Es a finales de 2006 cuando se inicia la curva epidémica, que se extiende por los 3 Territorios durante el primer semestre de 2007. A día de hoy no existe una explicación definitiva para esta falta de eficacia de la vacuna con respecto a la parotiditis. Desde el Servicio de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad se apuntan diversas hipótesis basadas en investigaciones de países con pautas epidemiológicas similares a las nuestras. En otros entornos geográficos se han observado fallos vacunales secundarios a asociaciones de cepas específicas dentro de la vacuna triple vírica. Sin embargo, esta posibilidad no se considera relevante en nuestra Comunidad. Se ha apuntado también, como posible explicación de estos brotes, la circulación de cepas de virus de la parotiditis con mayor capacidad de virulencia o la progresiva pérdida de la efectividad vacunal del componente parotiditis (*waning*



immunity) a los 10-12 años de la vacunación, incluso en personas vacunadas con dos dosis de vacuna Triple Vírica.

http://www.euskadi.net/r332288/es/contenidos/informacion/boletin_epidem/es_5482/adjuntos/Salud%20Publica%2021%20C%20PR3.pdf

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Objetivo 2010	Fuente
Meningitis C en menores de 15 años	6 ⁴	7	5	5	1	1	2	0 casos (en menores de 15 años)	Registro EDO, SIMCAPV
Rubeola	7 ⁴	6	0	0	6	1	2	0 casos autóctonos	Registro EDO
Parotiditis	57 ⁴	33	37	36	52	165	2.062	0 casos autóctonos	Registro EDO
Incidencia de TBC (tasa bruta)	34,7 ⁹	26,2	23,4	24,1	23,5	2,2	21,5	Reducirla un 70%	Registro EDO
<i>Haemophilus influenzae</i> (Enfermedad Invasiva)		0	2	0	2	4	1		

Por último, mencionar que la prevalencia de pacientes con infección nosocomial ha disminuido ligeramente, pasando de 6,7 en el año 2005 a 6,3 el año 2006, resultado este que nos coloca en el objetivo previsto para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Proporción de pacientes con infección nosocomial en la red	6,7 ⁴	5,8	6,6	6,6	6,7	6,3	Deberá mantenerse por debajo del 6,5%	Memoria Osakidetza



GRUPOS DE ACTUACIÓN ESPECIAL

Mortalidad infantil

La mortalidad infantil presenta un ligero incremento en su tasa, aunque se mantiene por debajo del objetivo planteado en el Plan. De la misma forma, se ha producido un incremento puntual, dentro de la tendencia positiva de la mortalidad perinatal, con una tasa de 6,4 por 1.000 nacidos en el año 2004.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	2006	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad infantil	4,8 ¹³	3,4	3,2	4,0	2,9	3,3	Mantenerla por debajo de tasas iniciales	Registro Mortalidad
Mortalidad perinatal	6,1 ¹⁵	5,7	5,3	6,4	5,7	7,0	Mantenerla por debajo de tasas iniciales	Registro Mortalidad

SALUD MEDIOAMBIENTAL

Los indicadores de calidad medioambiental (aire, agua) son parcialmente favorables. En el caso de las partículas en suspensión PM10, no ha sido superado en ninguno de los sensores el valor límite de la media anual para la protección de la salud establecido en el 2005 en 40 microgramos por metro cúbico; sin embargo, durante el año 2005 sí se ha superado el valor límite para las medias diarias en algunos puntos de la CAPV (Arrasate, Azpeitia, Basauri y Betoño).

En este mismo ámbito, el porcentaje de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria se encuentra ya cerca el objetivo propuesto para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2003	2004	2005	2006	2007	Objetivo 2010	Fuente
% de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria	89% ¹⁵	92,0	91,0	92	92,9	93,8	95%	Memoria anual Salud Pública
Media diaria anual de partículas en suspensión (PM 10)	44 g/m3	<43,2	<41,6	<40			< 20 g/m3	Memoria anual Salud Pública



Resumen de las actividades 2007

CONTRATOS-PROGRAMA

Los Contratos-Programa con Osakidetza (Oferta Preferente, Procesos Singularizados, Compromisos Complementarios) establecen, entre otras funciones, la contratación de las actividades preventivas y asistenciales de impacto positivo en las áreas priorizadas con las Organizaciones de Servicios Sanitarios y según unos criterios de calidad determinados. Sus resultados se evalúan anualmente.

Los agentes contratantes son las Direcciones Territoriales de Sanidad y las Organizaciones de Servicios de Osakidetza, Comarcas de Atención Primaria, Hospitales de Agudos, Hospitales de Media y Larga estancia, los Servicios de Salud Mental y Servicios Centrales. También se desarrollan Contratos-Programa en forma de conciertos con los Servicios Sanitarios privados.

A lo largo del 2007 se ha profundizado en un mejor conocimiento de la evidencia científica existente con respecto a las actividades que recoge la Oferta Preferente. Este esfuerzo está permitiendo un diseño de Oferta Preferente que recoja exclusivamente actividades respaldadas por la evidencia científica; en definitiva, se trata de ajustar el Plan de Actividades Programadas de Osabide a las actuaciones realmente necesarias.

Se pretende facilitar a los profesionales de Atención Primaria la realización de estas actividades, no sólo en su estructura mediante la mejora de la herramienta informática de Osabide, sino también en cuanto a su contenido. Todo este trabajo de actualización se está llevando adelante sin por ello dejar de realizar la evaluación anual de la actividad asistencial en Atención Primaria.

Por otro lado, en lo que respecta a la actividad hospitalaria, se han revisado los indicadores de los procesos singularizados realizándose modificaciones a la vista de la evidencia disponible, con el fin de conseguir una mejor comparabilidad entre los tres Territorios Históricos. En algunos casos se han modificado indicadores por su buena evolución o se han propuesto estándares de cumplimiento de una mayor exigencia con el fin de mantener una mejora continua de la calidad.

Los procesos singularizados incluidos en los Contratos-Programa de los Hospitales de Agudos han sido en 2007 los siguientes:

- Infarto agudo de miocardio
- Enfermedad cerebro-vascular aguda



- Procesos oncológicos (pulmón, mama, Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM), colon-recto y próstata)
- Registro hospitalario de tumores
- EPOC
- Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas

En los hospitales psiquiátricos se ha incluido la esquizofrenia como proceso singularizado.

ACTUACIONES SOBRE EL CÁNCER

Los servicios asistenciales tienen una responsabilidad definida en la curación del cáncer, en el aumento de la supervivencia y en proporcionar calidad de vida a lo largo de todo el proceso asistencial y de manera especial, en las situaciones de terminalidad.

La Atención Primaria, los Hospitales de Agudos y los Hospitales de Media y Larga estancia, tienen unas funciones singulares en las diferentes fases del proceso de atención al cáncer. El Contrato-Programa plasma las líneas estratégicas de la atención al cáncer, definiendo estas funciones, sus características de calidad y los indicadores y estándares acordados.

El diagnóstico temprano de los tumores para los que no hay suficiente evidencia científica sobre la efectividad de los programas de detección precoz a nivel poblacional, en el ámbito de la atención primaria, debe estar basado en la aplicación de protocolos clínicos sobre signos y síntomas de alerta, dirigidos a las personas de alto riesgo.

La atención al enfermo oncológico debe ser llevada a cabo de forma individualizada mediante guías de práctica clínica de calidad, contrastadas y validadas. Los Comités Hospitalarios de Tumores definen el plan individualizado para cada paciente, y su funcionamiento está recogido en Contrato-Programa.

La atención debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que garanticen la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.



Programa de Detección Precoz del cáncer de mama

Tras casi 14 años desde su puesta en marcha, continúa la actividad del Programa de Diagnóstico Precoz de cáncer de mama en los tres TTHH, mediante la realización de mamografías bilaterales con carácter bienal a las mujeres de la CAPV de entre 50 y 64 años.

En 2006 se aprobó el aumento progresivo del rango de edad hasta los 69 años. Así, se ha llevado a cabo la incorporación progresiva de mujeres que superen los 64 años dejando de dar bajas del Programa por edad, a mujeres nacidas en 1941 y años posteriores, habiéndose citado durante el año 2007, a las mujeres comprendidas entre los 50 y 66 años de edad.

Por otro lado, se han ampliado las instalaciones del Programa de Detección Precoz del cáncer de mama (PDPCM) en el Ambulatorio de Dr. Areilza, con el objetivo de mejorar su capacidad para dar respuesta a la ampliación de cobertura del Programa, que en la unidad de Bilbao va a pasar de las 36.218 mujeres a 45.273.

El Programa continúa su actividad no sólo en los aspectos más conocidos del programa, como pueden ser las citaciones y la realización de las mamografías, sino también en otros campos, como la sensibilización de la población diana mediante intervenciones en medios de comunicación, charlas y reuniones informativas en el ámbito sanitario, divulgación de una hoja informativa trimestral, control de la calidad del programa con Encuesta de Satisfacción de usuarias del PDPCM en noviembre de 2007 (encuesta bienal), revisión de la calidad técnica de la prueba o realización de cursos de garantía de calidad radiológica.

En la Encuesta de Satisfacción de Usuarias del Programa, el 97,7% de las mujeres encuestadas referían estar muy o bastante satisfechas de su paso por el Programa; el 99% manifestaba que el Programa era necesario y el 100% respondieron que acudirían cuando fueran convocadas de nuevo.

A la vista de la memoria de actividad del propio Programa, en 2007 se invitó a 123.559 mujeres, se realizaron 94.559 mamografías, algo más de 8.000 revaloraciones, 811 derivaciones al hospital de referencia y se detectaron 351 cánceres de mama.

Programa de Detección Precoz del cáncer de cérvix

A lo largo del 2007, han continuado los trabajos para la transformación del actual cribado oportunista de lesiones del cuello uterino que se realiza en Osakidetza por un Programa de



Detección Precoz del cáncer de cérvix con algunas características específicas que mejoren su efectividad y eficiencia:

- La captación activa de mujeres que, correspondiéndoles hacerse la prueba, no se la han realizado.
- Acciones específicas para las que pertenecen a grupos de mayor riesgo.
- Creación de un sistema de registro y de control de calidad de todo el programa.
- Formación continuada de las y los profesionales que van a encargarse del programa.

Esta iniciativa, se suma a la introducción en el calendario vacunal de la Comunidad de la vacuna contra el papiloma virus.

Programa de Detección Precoz del cáncer de colon-recto

Se ha continuado con el desarrollo del diseño de un programa de detección precoz del cáncer de colon-recto adaptado a las características de nuestra Comunidad Autónoma, con los objetivos principales de disminuir la incidencia y la mortalidad por este cáncer.

La evidencia científica disponible, permite afirmar que se cumplen las condiciones precisas para recomendar un cribado poblacional, esto es, existe un buen conocimiento de su historia natural, existe un tratamiento que si se realiza precozmente mejora el pronóstico, es un problema de salud relevante para la población y la prueba de cribado es aceptable, válida y razonablemente segura.

Este cáncer se origina en el 80% de los casos en un pólipo intestinal que maligniza en un periodo de hasta diez años, con escasos síntomas hasta una etapa avanzada y su supervivencia depende claramente de un diagnóstico precoz. Uno de sus principales factores de riesgo es la edad, duplicándose la incidencia por cada década después de los 50 años.

La prueba de cribado de elección es la determinación de sangre oculta en heces y la colonoscopia es la prueba de confirmación diagnóstica, siempre que no haya contraindicación y técnicamente sea posible.



Plan de Cuidados Paliativos

El Departamento de Sanidad presentó, en 2006 el Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009. En el Plan se define la adecuación de los dispositivos asistenciales a las necesidades de los pacientes.

Da preferencia al domicilio como lugar de ubicación de los cuidados paliativos y plantea mejorar sustancialmente la calidad de la atención domiciliaria, pero habilitando el acceso directo a las Unidades de Cuidados Paliativos cuando la complejidad del caso, la gravedad de los síntomas, o bien la decisión de la familias, así lo requiera.

Las Jefaturas del Plan de Salud de las tres Direcciones Territoriales han llevado adelante, a lo largo de 2007, las actuaciones previstas para el desarrollo del Plan, con esfuerzos dirigidos especialmente a las necesidades específicas propias de cada Territorio, aunque con los mismos objetivos marcados por el Plan en lo que respecta a conseguir cobertura especializada para toda la población de la CAPV, principalmente mediante la ampliación de la cobertura del servicio de hospitalización a domicilio.

Por otro lado, se ha presentado la Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), elaborada en nuestra Comunidad por encargo de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad.

Actualización Registros de Tumores

El Registro de Cáncer de Euskadi y los Registros de Tumores Hospitalarios proporcionan la posibilidad de un mejor conocimiento tanto de la situación epidemiológica del cáncer en nuestra Comunidad como de la situación del proceso asistencial en nuestros hospitales, permitiendo su control, así como la utilización de indicadores de calidad, basados en los resultados, y la comparación entre los distintos centros sanitarios. En este sentido han continuado las actuaciones recogidas en el Plan de mejora del registro de cáncer en Euskadi.

En el diagnóstico y tratamiento del cáncer participan múltiples profesionales y especialistas que precisan de una coordinación especialmente planificada con el fin de evitar demoras innecesarias en el proceso asistencial. En este sentido, se ha encargado una investigación comisionada para el estudio de los tiempos diagnósticos y terapéuticos de diferentes localizaciones tumorales a partir de los datos disponibles en los Registros Hospitalarios de Tumores (RHT). Los resultados de este estudio permitirán conocer la factibilidad de utilizar la información de estos registros como fuente para conocer los tiempos necesarios en el tratamiento del proceso oncológico, desde la sospecha, el diagnóstico y el tratamiento efectivo del tumor. Este



mayor conocimiento del proceso asistencial permitirá identificar las áreas de mejora más importantes.

Actividad del Consejo Asesor de Cáncer

El Consejo Asesor del Cáncer ha mantenido su actividad con una serie de reuniones en 2007 en las que se han tratado y realizado recomendaciones con respecto a la detección precoz del cáncer de colon y recto, al proceso singularizado cáncer de los Contratos-Programa, los registros hospitalarios de tumores y su utilización práctica para el mejor conocimiento de la realidad asistencial del cáncer en los hospitales de Osakidetza, a la puesta en marcha del Plan de Cuidados Paliativos en los tres TTHH, la estrategia en Cáncer del SNS y sus resultados en nuestra CCAA, el establecimiento de circuitos rápidos de asistencia para casos sospechosos de cáncer, las unidades de consejo genético dentro del Plan de Genética de Euskadi y las necesidades en radiodiagnóstico y medicina nuclear.

Actuaciones en estilos de vida

Tabaco-Alcohol

La promoción de estilos de vida saludables, la atención al tabaquismo y al consumo excesivo de alcohol y las buenas prácticas asistenciales para fomentar su abandono, tienen indicadores específicos dentro del Plan de Actividades Programadas de Atención Primaria.

Esta actividad en su conjunto, queda plasmada en la Oferta Preferente en forma de parámetros para el cribado y cobertura poblacional y criterios de buena atención (consejo y oferta de ayuda para el abandono del hábito, diagnóstico de la motivación mediante el uso de test específicos, inicio de la deshabituación y resultados de las actuaciones a los 12 meses, valoración de la situación familiar, etc.).

Así, en el año 2006 se cribaron y registraron algo más de 320.000 pacientes, se dieron casi 100.000 consejos de deshabituación y se efectuaron casi dos mil consultas de diagnóstico de adicción y motivación.

Dentro del Plan de Reducción y Prevención del Tabaquismo, liderado por la Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad, se ha continuado con la oferta de cursos de aprendizaje de las técnicas de deshabituación tabáquica más recientes. Desde enero del 2005, esta oferta se halla encuadrada dentro de los cursos de Formación Continuada programados sistemáticamente por Osakidetza para su personal sanitario.



Desde 1994 y hasta 2006 han participado un total de 1.175 profesionales (la mayoría –el 86%- de Osakidetza, y el resto, de servicios médicos de empresa). En torno al 20% de profesionales de **Atención Primaria de Osakidetza** ha realizado estos cursos.

El Departamento de Sanidad ha financiado con 1.700.000 euros durante el 2006 la **deshabitación tabáquica** de las personas que han querido dejar de fumar a través de profesionales de Atención Primaria de Osakidetza en los centros de salud.

Por otra parte y para promover y coordinar los esfuerzos de **asociaciones o colectivos** que trabajan en este campo y como complemento a las actuaciones del Departamento, se han apoyado diversos proyectos dirigidos también a la deshabituación de la población fumadora, en algún caso exclusivamente femenina, a través del programa de subvenciones a asociaciones y grupos de autoayuda sin ánimo de lucro en el campo de la salud.

Asimismo se ha reforzado la actuación de reducción del consumo de tabaco en el ámbito laboral, al ser una situación en la que el tabaquismo pasivo, si se está entre personas fumadoras, es inevitable, sistemático y duradero en el tiempo. Dentro de este esquema y teniendo en cuenta que la Ley 18/1998 fue particularmente restrictiva respecto al personal fumador que trabajaba en las dependencias de la Administración General de la CAPV, se ofertó ya en 2001 deshabituación tabáquica a quienes desearan dejar de fumar. Desde entonces y hasta 2006 han participado 615 personas fumadoras en este programa. Un año después de finalizada la terapia, suele continuar sin fumar un 35% de quienes finalizaron el tratamiento y un 25% más suele reducir el número de cigarrillos/día.

Los resultados de la actuación experimental del 2001 entre el personal de la Administración, invitaron a proponerla a otros ámbitos laborales; durante 2006, se ha actuado especialmente con profesionales de la enseñanza en colaboración con el Departamento de Educación, Universidades e Investigación (han participado 88 personas) y con personal docente y no docente de la UPV (38 personas inscritas).

En el área de **protección de las personas no fumadoras**, se han seguido ofertando carteles “ESPACIO SIN TABACO” y trípticos informativos a todo tipo de instituciones, entidades, empresas o particulares.

Enfermedades del aparato circulatorio

Como apoyo a la estrategia de actuación sobre los factores de riesgo, también aquí se ha incluido su control en el Plan de Actividades Programadas de Atención Primaria y se mantiene su presencia dentro de la Oferta Preferente, mediante la detección de pacientes de alto riesgo cardiovascular y la detección y buen control de las personas hipertensas, obesas e hipercolesterolémicas.

En los hospitales de agudos, la cardiopatía isquémica y la patología cerebrovascular son procesos singularizados en los Contratos-Programa vigentes, estableciendo indicadores de estructura, proceso y resultado, que permiten el seguimiento de la calidad en todo el proceso asistencial, la evaluación de sus resultados y el planteamiento de estrategias de mejora continua.

Los indicadores y estándares del Contrato-Programa de hospitales de agudos respecto al IAM se han dirigido hacia la protocolización de toda la cadena de atención (emergencias, UTE, Atención Primaria, urgencias hospitalarias, cuidados médicos intensivos, cardiología, medicina interna y hemodinámica cardíaca), a la atención temprana del paciente, al uso adecuado de las técnicas de revascularización y al control del tratamiento apropiado en el momento del alta hospitalaria.

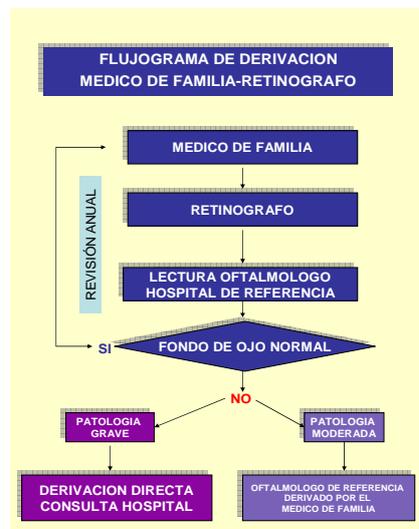
De manera similar a lo expuesto para la cardiopatía isquémica, las actuaciones más significativas realizadas en relación a la patología cerebrovascular se han dirigido hacia la mejora de la atención hospitalaria de la fase aguda y a la coordinación posterior entre los servicios que atienden a este tipo de pacientes, mediante el establecimiento de protocolos asistenciales, realización de interconsultas con los servicios de rehabilitación y el control de tratamiento y seguimiento adecuado del paciente en el momento del alta hospitalaria.

Diabetes Mellitus

La prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus merece un apartado especial en el control de los factores de riesgo de las enfermedades del sistema circulatorio, por su alta morbilidad en sí misma y por su gran influencia como factor de riesgo cardiovascular.

La Oferta Preferente, recoge las actividades de detección de buen control metabólico con enfoque integral y los controles específicos para las complicaciones de retinopatía diabética, amputaciones y neuropatías.

En 2006, se ha extendido el control de la retinopatía mediante telemedicina, con el retinógrafo no midriático. Su implantación supone que el paciente acude al centro de salud, donde se obtiene una imagen de su retina mediante el retinógrafo. De forma inmediata esta imagen es enviada a través de la red informática, a su hospital de referencia, para ser interpretada por un especialista. Se trata de un programa que se ha desarrollado conjuntamente entre Atención Primaria y Atención Especializada, lo que permite un seguimiento conjunto, facilitando la coordinación entre pacientes.



Como paso necesario en la mejora de la calidad del servicio, se ha realizado la evaluación inicial del despliegue y se han planteado las propuestas de mejora, poniendo especial interés en un despliegue efectivo en la mayor parte de las comarcas y la puesta en máximo rendimiento de los retinógrafos ya instalados. En 2006 comenzó su implantación en la Comarca Bilbao, a lo largo de 2007 se han implantado en la Comarca Interior y Ezkerraldea y en 2008 se espera disponer de retinógrafos en las comarcas Gipuzkoa Oeste, Gipuzkoa Este, Comarca Araba y Comarca Uribe.

La Comunidad Autónoma del País Vasco ha sido encargada por el Ministerio de Sanidad para elaborar en 2006-2007 la Guía de Práctica Clínica en diabetes común para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).



Plan de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas

A lo largo de los años 2007 y 2008 se han realizado diversas actuaciones para la implantación del Plan de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas:

- Rehabilitación cardiaca
- Rehabilitación EPOC
- Estudio necesidades rehabilitación neurológica

ACTUACIONES COMUNITARIAS E INTERSECTORIALES

Oinez Bizi

La colaboración interinstitucional (Departamento de Sanidad, área de Atención Primaria de Osakidetza/SVS, sociedades científicas) se ha plasmado en la campaña Oinez Bizi/Vive Caminando de promoción de la actividad física moderada en la población general, y sobre todo en los sedentarios de riesgo.

Como parte de esta campaña se ha diseñado un programa de acciones con el objetivo de aumentar el nivel de actividad física en pacientes sedentarios, con elaboración de material educativo, formación de 500 profesionales de Atención Primaria en diversos aspectos de los beneficios de la actividad física y su papel dentro de la educación sanitaria de la población.

En el marco de la actuación Oinez Bizi se realizó una campaña en los medios de comunicación y una jornada dirigida a toda la población en Bilbao.

Desigualdades sociales en salud

Las acciones encaminadas a corregir las desigualdades sociales se han dirigido de manera prioritaria a mejorar el conocimiento de la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios y su calidad.

Las áreas de interés en las que se ha trabajado han sido:



Monitorización de las desigualdades sociales en salud, con la participación en varios proyectos que han permitido el análisis de las desigualdades geográficas y socioeconómicas en la mortalidad por áreas pequeñas dentro del proyecto MEDEA, la publicación de la estadística de “Desigualdades sociales en la mortalidad en la CAPV mortalidad y posición socioeconómica”, la participación en el proyecto europeo EUROTHINE, la descripción de la magnitud y las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida ajustada por calidad, la descripción de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total y por causas, utilizando indicadores socio-económicos del área de residencia, proyecto realizado en colaboración con el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

Desarrollo de un método de evaluación del impacto sobre la salud de las intervenciones no sanitarias Evaluación de Impacto en Salud (EIS), como herramienta para incorporar la salud en la agenda de las políticas sectoriales, tanto en el ámbito autonómico como local. Concretamente, en el ámbito municipal, a lo largo de 2006 se ha iniciado un proyecto para la evaluación del impacto sobre la salud del Plan de Reforma Integral del barrio de Uretamendi-Betolaza-Circunvalación del Distrito 7 de Bilbao y se ha preparado una herramienta de cribado de las actuaciones de la administración autonómica vasca, con el fin de identificar aquellas actuaciones que pudieran beneficiarse de una EIS.

Promoción de la equidad en la provisión de cuidados de salud. Se han introducido dentro del Contrato-Programa de Atención Primaria apartados relativos al estudio de la desigualdades socioeconómicas en la atención infantil y las desigualdades socioeconómicas en la atención de la hipertensión arterial, con el fin de conocer la situación de la equidad en la atención primaria en estas dos áreas de cuidados.



Intervenciones Territoriales 2007

Las líneas estratégicas básicas desarrolladas en el Plan de Salud deben incorporarse paulatinamente en guías (procesos singularizados/otros) para establecer la adecuación entre servicios y necesidades de salud en la contratación de los servicios de salud, especialmente en aquellos priorizados por el Plan de Salud 2002-2010 que cuentan con intervenciones efectivas y eficientes. Estas guías deben sustentarse en la realidad asistencial de cada Territorio (previo análisis de la situación) y desarrollarse a través del trabajo conjunto entre el servicio del Plan de Salud, los profesionales sanitarios y los gestores. Con todos ellos se trabaja en la adecuación de los servicios que es necesario prestar en las especificaciones de los mismos en cuanto a cantidad y estándares de calidad, en la promoción de políticas de calidad y en el logro de la eficiencia en la utilización de los recursos.

PRINCIPALES INTERVENCIONES EN ÁLAVA 2007

Area del Cáncer

Durante 2007 ha continuado su actividad el Comité Territorial de Tumores. Como aspectos más destacados de su labor, hay que señalar la aprobación del protocolo del cáncer de próstata y la elaboración los de las siguientes localizaciones: esófago, estómago, ginecológicos (cervix, endometrio y ovario) y vejiga. Asimismo, se está elaborando la revisión del Protocolo del cáncer de colon y recto.

Por otra parte, se ha llevado a cabo un estudio referido a los tiempos de repuesta efectiva en el cáncer de colon y recto desde la sospecha hasta el diagnóstico y desde éste hasta el tratamiento.

Aunque gran parte de la información está disponible en los Registros de Tumores Hospitalarios, el valor añadido del estudio reside en que se ha centrado en todos los pacientes de la Comarca Araba, independientemente del hospital en el que se haya llevado a cabo el diagnóstico y/o tratamiento y en que se ha buscado información precisa de las derivaciones desde Atención Primaria. Además, y dado que el número de pacientes era asequible, se han obtenido datos de todo el universo de casos del año 2006.

Cuidados Paliativos

Se ha continuado elaborando el Plan Territorial, que a fecha de hoy está finalizado.



El comité que se responsabiliza del mismo ha aprobado las primeras acciones de desarrollo del mismo, referidas a la evaluación inicial de cuidados, la comunicación de casos, la protocolización de derivaciones, el plan de formación y la evaluación del plan.

Estudio de Optimización de las Derivaciones desde Atención Primaria hacia la Atención Especializada

Se está llevando a cabo un estudio piloto entre la Comarca y los dos Hospitales de Agudos (Santiago y Txagorritxu) sobre dos especialidades: ortopedia y dermatología. En un sentido amplio, se persigue facilitar la interlocución entre los niveles asistenciales, para aumentar la efectividad de la Atención Primaria y de la efectividad de la Atención Especializada en los procesos que generan mayor demanda asistencial.

Los objetivos específicos del estudio son conocer las tasas de derivación de pacientes desde el nivel primario al especializado, conocer las tasas de respuesta del nivel especializado al primario, mejorar la capacidad resolutoria de las UAP disminuyendo las tasas de derivación, disminuir el número de pacientes en lista de espera de consultas externas y su demora media, mejorar la capacidad de respuesta del nivel especializado, aumentar las tasas de respuesta del nivel especializado, mejorar otros indicadores indirectos como el índice sucesivas/primeras, el porcentaje de cancelaciones o el porcentaje de inasistencias.

Como en años precedentes, se ha continuado con la **Jornada de Atención Primaria** en la que se realiza una labor de difusión de los resultados de los ítems de calidad del Contrato-Programa, resaltando especialmente los referidos al uso racional del medicamento y la Oferta Preferente. La principal novedad de este año ha sido la presentación por Unidades de Atención Primaria (UAP), relacionándolas con el resto de la Comarca y con la mejor UAP de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Por último, se ha incluido una ponencia específica sobre innovación e investigación en Atención Primaria, a cargo de BIOEF, para impulsar los estudios e intervenciones innovadoras en Atención Primaria, ya que se ha introducido la figura de Responsable de Investigación en el staff de la Comarca Araba.



PRINCIPALES INTERVENCIONES EN BIZKAIA 2007

Evaluación ECVA 2003-2007

En 2007 se ha evaluado por quinta vez el proceso de atención a los pacientes con ECVA. El grupo de trabajo formado en 2003 con participación de neurólogos, médicos de urgencias, responsables de calidad y directivos, además de responsables de la Dirección Territorial, ha desarrollado a lo largo de todo el período su actividad y ha sido la clave para las mejoras conseguidas.

El balance tras cinco años de trabajo ha sido muy positivo, con mejoras en los indicadores que partían de niveles de calidad bajos y mantenimiento en los que ya estaban en niveles elevados. La rehabilitación de los pacientes con ECVA es el área más deficitaria, con mejoras muy discretas.

Con el procedimiento adoptado de establecimiento de objetivos progresivos, auditoria y retroalimentación, se ha pretendido utilizar el Contrato-Programa como impulsor directo de la mejora de la calidad de la asistencia. Los líderes clínicos han aportado validez a la propuesta de contratación y a partir de las mediciones realizadas desde la Dirección Territorial han promovido cambios para lograr la mejora de los resultados.

A pesar de sus limitaciones, la transparencia en el procedimiento y una adecuada comunicación han permitido la aceptación y el mantenimiento del procedimiento de evaluación participativa. La transferencia a los clínicos de cierta capacidad de decisión respecto a los contenidos del Contrato-Programa,) el establecimiento de objetivos anuales y el feed-back a los servicios de neurología y de urgencias sobre los niveles de calidad en aspectos asistenciales considerados esenciales están en la base de los buenos resultados y en la continuidad del modelo adoptado.

Rehabilitación ECVA

En 2007 se ha evaluado por primera vez el proceso de rehabilitación de la ECVA en los hospitales de Gorniz y Santa Marina. Los indicadores se han fijado a partir de las recomendaciones incluidas en las guías de práctica clínica más recientes y con la asesoría de un grupo de trabajo creado al efecto y que cuenta con la participación de médicos rehabilitadores y directivos de ambos hospitales.



Los niveles de calidad, medidos a través de los indicadores seleccionados, son muy elevados. La mayor parte de la actividad de ingresos para rehabilitación de pacientes con ECVA en Bizkaia tiene lugar en el Hospital de Gorniz. Se ha visto la necesidad de profundizar en la evaluación de la intensidad de los tratamientos, por lo que el Contrato-Programa 2008 incluirá indicadores en este sentido.

Cuidados Paliativos

En 2007 se ha incluido por primera vez en el Contrato-Programa de hospitales de agudos, en el de media-larga y en el de atención primaria una serie de indicadores de calidad que conforma el proceso singularizado Cuidados Paliativos.

El grupo de trabajo de Cuidados Paliativos, formado por clínicos, directivos y responsables de calidad de todos los niveles afectados, aprobó la propuesta de indicadores y revisó los resultados.

Aunque los resultados han sido muy desiguales, se ha avanzado en el establecimiento de acuerdos para coordinación entre organizaciones, habiéndose habilitado la derivación directa desde Atención Primaria a las unidades de cuidados paliativos. Así mismo, se han tendido puentes entre Atención Primaria y servicios de hospitalización a domicilio para consultoría, visitas conjuntas y derivaciones.

Con participación de clínicos de las cuatro comarcas se ha diseñado un documento para el registro en el domicilio de todo lo relativo a los cuidados por médicos y enfermeras, así como instrucciones a familiares y detalle sobre expectativas y deseos de los pacientes.

Protocolo de coordinación EPOC

En 2007 se ha firmado un protocolo de coordinación entre Atención Primaria y los servicios de neumología para la atención a la EPOC. En la redacción del protocolo participaron médicos de familia de las cuatro comarcas y neumólogos de los cuatro hospitales de agudos.

En el documento común a todo el territorio de Bizkaia, cada comarca ha firmado con su hospital de referencia un anexo con las cuestiones referidas a su contexto particular.



Neumonía

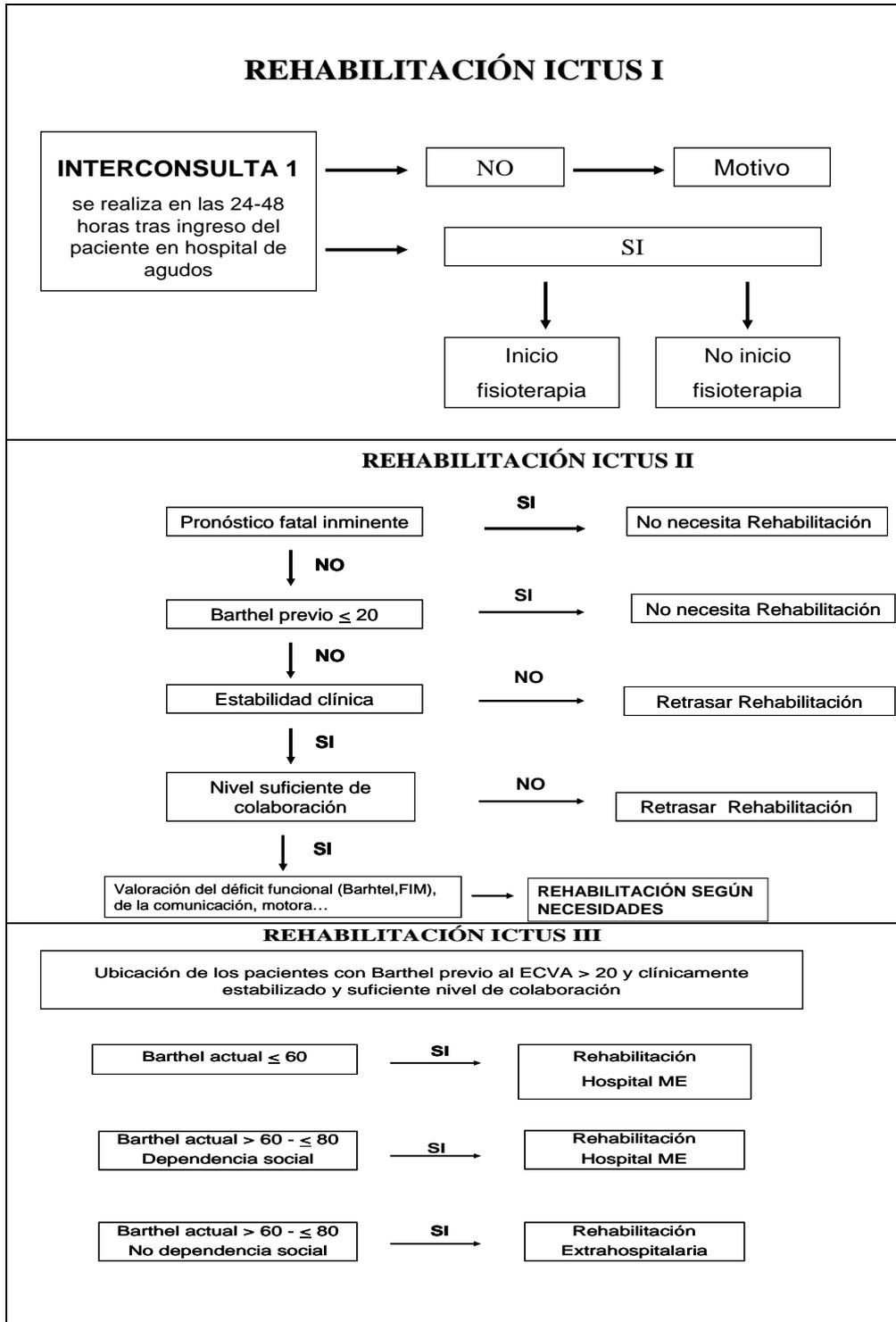
Por primera vez, el Contrato-Programa 2007 incluyó una serie de indicadores de calidad de la atención a la neumonía en los cuatro hospitales de agudos. Los resultados fueron revisados por neumólogos y médicos de urgencia de las cuatro organizaciones y permitieron establecer objetivos a alcanzar en 2008.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN GIPUZKOA 2007

Rehabilitación ECVA

Entre los compromisos de calidad adoptados en el Contrato-Programa de 2007 por la Dirección Territorial de Gipuzkoa estaba la elaboración de un plan de actuación post ECVA, que recogiera las terapias rehabilitadoras a aplicar en los pacientes tras ictus y redujera la variabilidad en la aplicación de dichas terapias.

A tal fin, el Servicio del Plan de Salud coordinó durante 2008 un grupo de trabajo constituido por médicos rehabilitadores del Hospital Donostia y por médicos geriatras del Hospital Ricardo Bermingham, que tomando como referencia el “Proyecto de Mejora de la Rehabilitación de las Enfermedades Crónicas en la Sanidad Pública Vasca 2007-2009” del Departamento de Sanidad y el documento vigente en el Hospital Donostia “Diseño e implantación de la Vía Clínica del Tratamiento Rehabilitador en el ECVA”, ha elaborado el Plan de Actuación en la Rehabilitación del ECVA en Gipuzkoa”. En el mismo se apunta la importancia de la intervención precoz y se diferencian las actividades a desarrollar por los hospitales de agudos y los hospitales de media estancia dependiendo del grado de afectación, del estado clínico y de la capacidad funcional del paciente, tal como recogen los siguientes gráficos:



El Plan incluye, así mismo, los indicadores de evaluación de la calidad asistencial, que se aplicarán a partir de 2009.



El grupo ha elaborado, además, material educativo de apoyo para los familiares/cuidadores del paciente, dirigido a la continuidad de cuidados y del proceso rehabilitador en el domicilio del paciente. Este material será editado y comenzará a ser difundido en 2009.

Proyecto “Síndrome Coronario Agudo: protocolización e informatización en Gipuzkoa”

La morbimortalidad actual producida por Síndrome Coronario Agudo (SCA) en forma de años potenciales de vida perdidos y de impacto sobre la calidad de vida de la población, tiene especial relevancia epidemiológica en nuestra comunidad y constituye una de las prioridades del Plan de Salud para la CAPV.

Aplicando las medidas preventivas (primarias, secundarias y terciarias) actuales y a la luz de la evidencia podemos afirmar que un porcentaje de los infartos actuales son evitables actuando antes del primer episodio con medidas educativas sobre los factores de riesgo modificables. Una vez producido el infarto, cada vez más personas podrán beneficiarse de medidas terapéuticas revascularizantes que han demostrado ser eficaces también en edades avanzadas, edades que hasta la actualidad constituían una barrera para su aplicación. Los programas de rehabilitación cardíaca, actualmente ausentes del sistema sanitario público, están proporcionando resultados esperanzadores en los infartos complicados y en el autocuidado de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio no complicado.

La historia natural de este síndrome afecta a todo el sistema sanitario del Territorio (especialidades/Atención Primaria) puesto que en su atención está implicado no sólo el sector sanitario público sino también el privado/concertado. La coordinación de la atención entre los profesionales de ambos sistemas (público/concertado; especialidades/Atención Primaria /emergencias/urgencias) constituye el 2º motivo para abordar este problema.

Este proyecto se enmarca en el trabajo iniciado el año 2002 en el abordaje de una de las prioridades del Plan de Salud “Enfermedades cardiovasculares” y constituye un *continuum* iniciado con el estudio de la enfermedad cerebrovascular aguda (2002), seguido por el estudio y la valoración de la atención al infarto agudo de miocardio en Gipuzkoa (2005) y la implementación del protocolo de actuación ante el IAM con elevación ST (2006). La cardiopatía isquémica tiene como expresión clínica más relevante el infarto agudo de miocardio.

El Sistema de Información del SCA está trabajando conjuntamente con el Hospital Donostia y resto de hospitales participantes.

Objetivo del Proyecto

Elaborar un protocolo y un sistema de información centralizado en el Hospital de Referencia de atención a los pacientes diagnosticados de Síndrome Coronario Agudo.

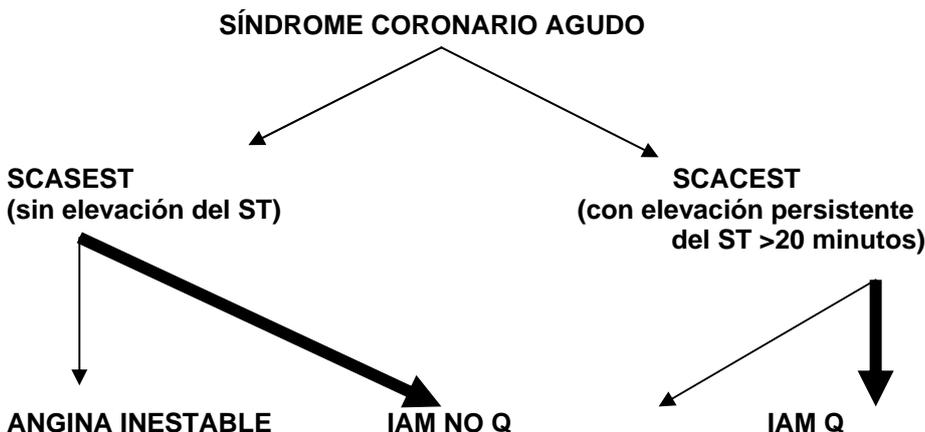
Definición del Síndrome Coronario Agudo

Es un término genérico en el que se engloban las diferentes formas de presentación clínica de la isquemia miocárdica aguda, en general secundaria a la arterioesclerosis coronaria, aunque no exclusivamente.

Incluye los diagnósticos de angina inestable, IAM sin onda Q (IAMsST), IAM con onda Q (IAMcST), isquemia silente y muerte súbita.

Estas diferentes formas de presentación clínica comparten un mecanismo fisiopatológico común, siendo la rotura o erosión de una placa de ateroma con diferentes grados de trombosis asociada y embolización distal lo que produciría una obstrucción de la luz coronaria produciendo un defecto de perfusión miocárdico agudo.

Desde un punto de vista práctico hoy en día se clasifican según las alteraciones que muestra en el ECG en su momento de presentación y que posteriormente puede seguir diferentes evoluciones según muestra el siguiente cuadro.





Fases del proyecto

1. Elaboración del protocolo de atención para Gipuzkoa del SCA e implantación del mismo en la red asistencial de Gipuzkoa. Finalizado en noviembre de 2008 la elaboración, actualmente estamos en el proceso de implantación.
2. Elaboración e implementación del sistema de información en el hospital de referencia. Finalizado y en fase piloto desde febrero de 2009.
3. Implementación del sistema de información en Policlínica Gipuzkoa, hospital que realiza la Hemodinámica. En fase piloto desde febrero de 2009.
4. Implementación del sistema de información en hospitales comarcales (públicos y concertados). Octubre de 2009.
5. Implementación del sistema de información en Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias. Primer trimestre de 2010.

Eficiencia en la derivación de pacientes a hospitales de Media Estancia (ME) y centros socio-sanitarios (S-S)

Desde el año 2003 se está utilizando en el Territorio Histórico de Gipuzkoa (THG) el cuestionario de valoración que permite evaluar las cargas médicas, de enfermería y sociales de aquellos pacientes para los cuales se solicita traslado a Hospitales de Media Estancia (HME) y/o a centros sociosanitarios; así como a la Cruz Roja o Centro Argixau, ubicados en Donostia y Zumarraga respectivamente. La aplicación de este cuestionario, validado y adaptado para nuestro THG, permite valorar las cargas de cuidados de los pacientes según criterios uniformes y estandarizados, lo que garantiza una asignación ordenada y equitativa de los recursos de media estancia y sociosanitarios.

El Servicio de Admisión del Hospital Donostia, valora todas las peticiones de traslado a centros de ME de Gipuzkoa y aporta a la Comisión Sociosanitaria la valoración de los pacientes a trasladar a los centros sociosanitarios.

La aplicación informática, que registra los datos relativos a este proceso asistencial, fue instaurada en el 2006 y durante el 2007 se ha consolidado, a la vez que han incorporado (a la aplicación informática) nuevos datos relativos a los objetivos propuestos a alcanzar con el ingreso y los alcanzados durante la estancia en ME.

El cuestionario de valoración está formado por un triple baremo; médico, de enfermería y social.

La valoración médica tiene como objetivo determinar el grado de enfermedad de la persona a través de la información del diagnóstico principal y la patología asociada, los tratamientos actuales necesarios, los antecedentes patológicos, el test Performance Status y la valoración cognitiva mediante el Mini-Mental Examen Cognitivo.

La valoración de enfermería tiene como objetivo identificar la necesidad de cuidados en función de la discapacidad física y psíquica y de las terapias a aplicar. Utiliza el Índice de Barthel, identifica la existencia de sondas y colectores, el consumo de sueros, ostomías, el número diario de curas necesarias, la capacidad de realización de las actividades de la vida diaria instrumentales y en el área cognitiva valora la orientación, la capacidad de comunicación, el lenguaje y el comportamiento psíquico.

La valoración social tiene como objetivo identificar la estructura de apoyo familiar y socioeconómico de la persona. Valora la existencia de apoyo familiar, las características del núcleo de convivencia, las condiciones de la vivienda, la situación económica del paciente y del núcleo familiar, y finalmente la necesidad y/o recepción de apoyo sociosanitario en el domicilio.

Cada apartado tiene un peso igual y los criterios de aplicación del cuestionario, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios en Gipuzkoa, son los siguientes:

- Como regla general, y salvo excepciones bien justificadas, ningún paciente con una puntuación total < de 33,33 puntos debería ser enviado a un dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario.
- Paciente con puntuación total ponderada < 33,33 puntos es candidato a ser derivado a su domicilio habitual.
- Paciente con puntuación total ponderada \geq 33,33 puntos es candidato a ser derivado a un dispositivo asistencial sanitario o sociosanitario.
- Paciente con una puntuación ponderada, suma de médico y enfermería \geq 26,66, es candidato a ser derivado a media estancia sanitaria (Amara/ Matia).
- Paciente con una puntuación ponderada social que representa al menos el 80% de la puntuación ponderada, suma de médico y enfermería es paciente candidato a Cruz Roja.

Los indicadores de resultados en salud utilizados a partir del año 2007 son los siguientes:

- Nivel de **consecución de los objetivos** planteados en el ingreso. Al ingreso de cada paciente se explicitan los objetivos a alcanzar con el paciente. Los objetivos utilizados

son: estabilización clínica, reducir complejidad del tratamiento, ganancia funcional, mejora del status cognitivo y búsqueda de apoyo social. Para evaluar ganancia funcional utilizamos los siguientes:

- **la eficiencia de la ganancia funcional**, que indica el grado de mejora en relación al tiempo de ingreso.
- Los indicadores que miden eficacia¹ del ingreso con respecto a la recuperación del estatus funciona. Estos indicadores son:
 - ✚ **Índice de Heinemann**: relaciona la ganancia funcional, pero relacionado con el estatus en el momento del ingreso.
 - ✚ **Índice de Heinemann corregido**: relaciona la ganancia funcional, pero relacionado con el estatus antes del ingreso.
- **Incidencia de altas a domicilio.**
- **Estancia en días** pactada para cada uno de los pacientes trasladados a media estancia.

Ciertos resultados

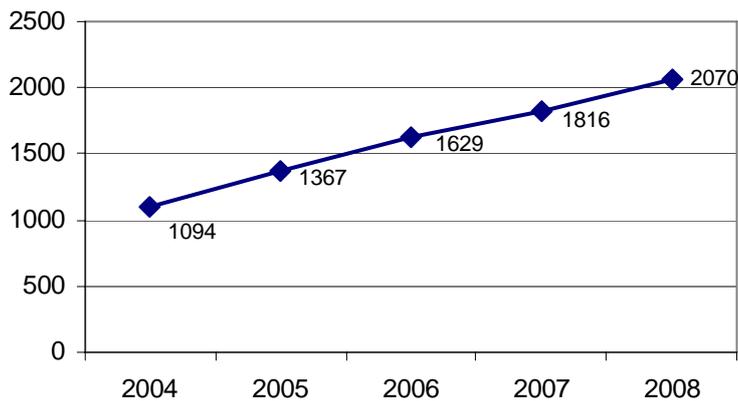
Durante 2008 se solicitaron al Servicio de Admisión del HD un total de 2.492 traslados, lo que equivale a un incremento en la demanda del 15,6% respecto a la habida en 2007 (2.155 solicitudes).

La procedencia de la mayoría de los pacientes son residentes en municipios del Territorio Histórico de Gipuzkoa y las solicitudes proceden fundamentalmente de hospitales de agudos (89%), y particularmente del HD (69,1%). De los hospitales comarcales procede una quinta parte de las solicitudes y este volumen de demanda tiende a estabilizarse a lo largo de los años analizados.

La demanda generada en Atención Primaria, aunque reducida en número, muestra una evolución creciente respecto al 2007 (2,6% y 3,9% respectivamente).

De los 2.495 traslados solicitados en Gipuzkoa, fueron aceptados un total de 2.070 derivaciones a algunos de los centros sanitarios de ME o CSS. Tal como refleja el gráfico 1, el volumen de traslados se ha duplicado en los cinco años que se viene realizando esta evaluación, presentando un crecimiento lineal en el periodo.

Gráfico 1.- Evolución del nº de traslados a ME. Gipuzkoa 2004-2008



Las características de edad y sexo de los pacientes trasladados indican que se trata de pacientes de avanzada edad (edad media 76,6 años \pm 12,5) y las mujeres ingresan en una proporción ligeramente superior a la de los hombres (50,4%).

En 2008 al igual que en 2007, sigue descendiendo, aunque muy ligeramente, la carga social de los pacientes derivados a ME (17,3%), y por primer vez los aspectos sociales contribuyen menos que los cuidados médicos en la puntuación global de estos pacientes.

El perfil de los ingresados en los dos hospitales de ME es muy similar. La puntuación social en los ingresados en los dispositivos sociosanitarios es mayor que entre los ingresados en los dos hospitales, al igual que en años anteriores.

La presencia de pluripatología es frecuente en los pacientes ingresados en cualquiera de los centros, aunque más frecuente en el H. Matía con una media de 3,3 enfermedades por paciente y en el centro Cruz Roja con 3,6, mientras que en el H. Amara esta media representa 2,9 patologías.

La estancia media ha seguido la tendencia descendente que ya iniciara en los años anteriores observando una estancia media de 30 días en ambos hospitales.



La estabilidad clínica se propuso en el 65,8% de los pacientes y se alcanzó en el 85% de los mismos, La reducción de la complejidad del tratamiento se logró en el 86,3% de los pacientes que lo tenían como objetivo, la ganancia funcional se observó en el 91,2% de los pacientes.

La tasa de pacientes derivados a domicilio tras su paso por media estancia fue del 46%.



Prioridades de actuación 2008

EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Cáncer

- Cáncer de cérvix: mejora del sistema de registro y de la organización del Programa.
- Cáncer colorectal: diseño del programa de cribado poblacional.
- Desarrollo Territorial del Plan de Cuidados Paliativos.
- Mejora del Sistema de Registro Hospitalario de Tumores.
- Mejora de la rehabilitación postmastectomía para prevenir linfedemas.
- Elaboración, difusión e implantación de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados paliativos.

Enfermedad cardiovascular

- Buen control de los factores de riesgo en personas con enfermedad coronaria o ictus cerebral en Atención Primaria.
- Mejora de la detección y control de los individuos de alto riesgo cardiovascular en el ámbito de la Atención Primaria.
- Mejora de la rehabilitación del Ictus cerebral y de la cardiopatía isquémica.

Salud mental

- Atención específica a las familias de pacientes psicóticos.
- Facilitar el acceso de jóvenes con patología mental severa a la atención, reorganizando recursos en la franja de edad entre 14 y 20 años.
- Contemplar las necesidades del anciano frágil e impulsar la realización sistemática de una evaluación integral de sus necesidades sociales, médicas y de enfermería del paciente con deterioro cognitivo.

Diabetes

- Elaboración, difusión e implantación de la GPC de la diabetes.
- Control de la retinopatía diabética mediante retinógrafo no midiátrico.



Desigualdades sociales en salud

- Estudio de la equidad en la atención sanitaria materno infantil y en la hipertensión.

Potenciar el Contrato-programa como instrumento de evaluación y mejora de la calidad asistencial

INTERSECTORIALES

Tabaco, alcohol y drogas ilegales:

Establecer mecanismos y vías de colaboración con las instituciones implicadas (Educación, ayuntamientos, Dirección de Drogodependencias).

Actividad física y alimentación saludable

Mantener campañas de promoción con el Departamento de Educación, con la Diputación y con ayuntamientos. Impulso del Plan de Vida Saludable, Oinez Bizi, y Deporte Escolar.

Rehabilitación de enfermedades crónicas:

Favorecer el mantenimiento de las funciones recuperadas en los servicios especializados, con la coordinación entre los sectores sanitarios y sociales, optimizando el uso del medio adecuado para la integración máxima de estas personas en la comunidad.

Cuidados Paliativos

Coordinar con los responsables socio-sanitarios la mejora de la calidad de la atención en personas institucionalizadas y favorecer las sinergias de actuación originadas por el Plan de Paliativos en formación continuada, coordinación y organización.

Desigualdades sociales en salud

Desarrollo interdepartamental de la herramienta EIS para conocer y evaluar el impacto en salud de las políticas no sanitarias.



Anexo

Para la realización del presente informe se han consultado los siguientes documentos:

- Plan de Salud 2002 – 2010.
- Encuesta de Salud de la CAPV 2007.
- Informes anuales del Registro de Altas Hospitalarias. 2002-2006.
- Informe anual Salud Pública. 2002-2006.
- Mortalidad en la CAPV. 2002-2006.
- Informe anual del sistema de Información Microbiológica de la CAPV. 2006.
- Encuesta de Nutrición 2005 (población vasca de 4 a 18 años).
- Osakidetza: memoria 2004-2007.
- Documentos de Plan de Prevención y Control del Sida.

ANEXO TABLAS

¹ Año 1989

² Año 1997

³ Año 1998

⁴ Año 1999

⁵ Año 2000

⁶ Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98

⁷ Tasa x 100.000 trabajadores. Media trienal 1996-98

⁸ Porcentaje del total de la población. Año 1997

⁹ Tasa bruta x 100.000. Media trienal 1996-98

¹⁰ No se dispone de información precisa.

¹¹ Media trienal 1997-98

¹² Media bienal 1996-97

¹³ Tasa x 1000 nacidos vivos. Media trienal 1996-98



¹⁴ Tasa x 1.000 nacidos. Media trienal 1996-98

¹⁵ Media cuatrienal 1996-00

¹⁶ Tasa x 1.000 trabajadores estandarizada por tipo de actividad económica de las empresas. Año 2000