



Osasuna, Pertsonen Eskubidea, Guztion Ardura

Políticas de Salud para Euskadi 2013- 2020

Diciembre de 2013

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2014

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo
de la Red de Bibliotecas del Gobierno Vasco:
<http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición

2ª, abril 2014.

Tirada

700 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Salud

Internet

www.euskadi.net

Edita

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
C/ Donostia-San Sebastián 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y maquetación

Susana Aguilera

Dirección, coordinación y elaboración

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

Impresión

Gráficas Gertu, Oñati

Depósito Legal

SS 566-2014

*Iñigo Urkullu Renteria
Lehendakari*

Ya en 1946, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud concluía que la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esta misma idea era ratificada, dos años después, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*.

El Gobierno Vasco, desde la consideración de que son las personas el eje sobre el que pivotan todas sus políticas y actuaciones, avanzó en su programa de gobierno que va a esforzarse por garantizar las políticas sociales que conforman nuestro estado de bienestar y que tanto nos ha costado edificar. Así, estamos prestando especial atención a los grupos más vulnerables, sin permitir que nadie se quede atrás. Nuestra prioridad es consolidar un sistema sanitario de prestigio y calidad, que prime la prevención y fomente una cultura de salud, sobre la base de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, calidad y participación ciudadana.

En esta línea, y en plena sintonía con la concepción de la salud como un derecho humano, presentamos este Plan de Salud 2013-2020 bajo el lema *“Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de salud para Euskadi”*.

La esperanza de vida en Euskadi se sitúa entre las mayores del mundo tanto para hombres como para mujeres; y, lo que es aún más importante, la esperanza de vida libre de incapacidad ha aumentado en ambos sexos. Es preciso subrayar el esfuerzo colectivo que ha sido preciso para alcanzar los resultados en salud que disfrutamos en Euskadi. Con todo, en nuestra sociedad siguen existiendo desigualdades socioeconómicas y culturales con repercusiones para los grupos más desfavorecidos. Mirar al futuro implica, por tanto, abordar los llamados condicionantes de la salud, para poder, precisamente, incidir sobre los diferentes elementos que condicionan la salud de las personas y que deben estar presentes en todas las políticas.

Junto a esta realidad, cabe recordar que nuestra sociedad está cada vez más informada, que el compromiso de las personas con su salud es cada vez mayor, que aumentan sus expectativas y exigencia en relación al sistema sanitario y a la gestión de los recursos públicos. Y no puede ser de otra manera, porque estamos hablando de uno de los pilares fundamentales del bienestar de nuestra sociedad.

Así, a la luz de la Carta de Ottawa de 1986, consideramos que la mejora de la salud debe ser y es un objetivo compartido por las distintas instituciones, de forma que, mediante su acción política, sea el ámbito que sea, puedan influir sobre la salud y, en definitiva, contribuir a aumentar el bienestar de la ciudadanía. Es el concepto de la “Salud en Todas las Políticas”. Si a este enfoque intersectorial e incluyente añadimos la necesaria corresponsabilidad de cada ciudadana y ciudadano -pues sus hábitos de vida también son muy relevantes-, el resultado final en salud, equidad y sostenibilidad puede ser mucho más que la suma de las partes.

El Plan de Salud que ponemos en marcha recoge, por tanto, los compromisos adquiridos por las administraciones de Euskadi con la sociedad vasca en esta materia y es, en consecuencia, una herramienta fundamental para mejorar la salud de la ciudadanía vasca, seguir aumentando su calidad de vida, reducir las desigualdades y propiciar mejoras organizativas. Marca, además, las líneas a seguir y las prioridades de actuación de nuestro sistema de salud -en su conjunto- de cara a los próximos ejercicios, para continuar prestando a las y los pacientes un servicio de calidad y atendiendo a su seguridad clínica, poniendo además el foco en tres colectivos con necesidades específicas: personas con enfermedad, personas mayores, y personas jóvenes y menores de edad, de forma que se den las respuestas más adecuadas a sus diferentes situaciones, necesidades y prioridades.

El período de 7 años que se ha establecido para la vigencia del plan, nos permitirá incorporar los avances que pueda haber en tecnologías o procedimientos, poner en marcha las acciones previstas, y evaluarlas para poder dar las respuestas más adecuadas en función de los resultados y de los cambios que se vayan detectando.

Todo ello nos parece la mejor de las inversiones. Porque pensamos, como Ralph W. Emerson, que la primera riqueza es la salud.

Jon Darpón Sierra
Consejero de Salud

Euskadi cuenta con dos elementos fundamentales para articular el compromiso de los poderes públicos vascos con las personas respecto al desarrollo y aplicación del derecho a la protección y el cuidado de la salud. Si en el plano normativo la herramienta básica es la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, el Plan de Salud es el instrumento superior de planificación y programación del sistema.

Así, a modo de un contrato, conforma y concreta la responsabilidad que corresponde a la administración; para ello, contextualiza, orienta y programa las políticas de salud que en los próximos años va a llevar a cabo el Gobierno Vasco, junto con distintas instituciones y sectores de nuestro País, desgranando programas, medidas e intervenciones que responden a una serie de objetivos básicos y prioridades definidos en base a las necesidades detectadas. Y, por supuesto, define también los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.

Y, todo ello, en sintonía y coherencia con los anteriores planes de salud del Gobierno y en línea con los principales instrumentos internacionales, como por ejemplo la Declaración de Río de Janeiro de la Organización Mundial de la Salud (2011), el marco estratégico "Salud 2020" de la Región Europea de la OMS (2012), o el Programa de Salud para el Crecimiento para el periodo 2014-2020 del Parlamento y Consejo Europeos.

El documento que presentamos es fruto de un proceso participativo que ha contado con la labor y los aportes de profesionales de la asistencia y de la gestión, así como de expertas y expertos, representantes del tercer sector y del sector productivo, de los propios pacientes y de diferentes instituciones.

Es preciso subrayar, además, que el Plan inicia su andadura en una situación de buenos resultados en salud que claramente evidencian el recorrido y buen hacer de los últimos treinta años. Y va a desarrollarse en un periodo en que, según las previsiones, la población de Euskadi va a tener un crecimiento desacelerado, y va a continuar el proceso de envejecimiento. Otro aspecto insoslayable es la difícil coyuntura económica y social que atravesamos y que nos emplaza a velar por el mantenimiento de nuestro sistema de salud como público y universal y a poner especial atención en superar las desigualdades existentes o las que pudieran generarse.

En este contexto, el Plan de Salud 2013-2020 define las líneas a seguir y las prioridades a atender en el futuro inmediato, y pone el acento en determinados colectivos de nuestra sociedad, como son las personas mayores; los niños, niñas y jóvenes; y, por supuesto, las personas con enfermedad. Desde un especial esfuerzo de coherencia y progresividad y con la vista puesta en el futuro, cuenta con 5 líneas, 35 objetivos y 146 acciones que conforman este compromiso que adquirimos ante la ciudadanía.

Buena parte de los cometidos a desarrollar se agrupan en dos áreas transversales, que suponen:

1. Fortalecer un sistema sanitario vasco equitativo y de calidad, e incidir en el enfoque de la salud en todas las políticas, como una oportunidad para generar salud desde todas las instituciones públicas. Ello implica, pues, una buena gobernanza de la salud (en base a los principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad y calidad de la sanidad pública) y una buena gobernanza por la salud (es decir, considerando las políticas de salud como una estrategia de País), así como avanzar en el enfoque de género y en cauces de participación ciudadana reales y eficaces.

2. Considerar prioritaria la orientación a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades y, concretamente, apuntar a la promoción de los entornos y los estilos de vida saludables mediante la colaboración intersectorial, el trabajo en lo local y en lo comunitario.

El Plan se configura, por todo ello, como una hoja de ruta que, para cumplirse de forma efectiva y enriquecedora, debe materializarse con una apuesta firme por la transversalidad de las políticas de salud y para la salud, siendo conscientes de la complejidad que ello supone, pero también de las capacidades que ofrece para seguir garantizando y mejorar entre todos y todas el bienestar integral de las personas.

Nuestra apuesta es seguir fomentando la corresponsabilidad, el compromiso compartido y la colaboración, sinergias e interacciones entre todas las instituciones y sectores que inciden o pueden incidir en la buena salud de las personas. Porque, en definitiva, la salud y el bienestar de la población no es una cuestión que concierna únicamente al sistema sanitario.

Al fin y al cabo, la salud es un bien individual, un preciado tesoro para cada persona, pero también es un patrimonio común a cuidar y salvaguardar. "La cobertura universal es la mejor manera de consolidar los avances en salud de la última década. Es un igualador social eficaz y la máxima expresión de justicia", decía hace unos meses la Directora General de la OMS.

En esta misma línea de justicia social, el Gobierno Vasco pretende seguir avanzando, ofreciendo a las personas -nuestra razón de ser- prestaciones de calidad con buenos resultados en salud y con los máximos niveles de efectividad y eficiencia. Y con una clara voluntad de mantenernos en nuestros principios y valores intrínsecos, que son la universalidad, solidaridad, equidad, calidad, participación ciudadana y sostenibilidad.

ÍNDICE

1. pág. **11**
INTRO-
DUCCIÓN

2. pág. **19**
MARCO
CONCEPTUAL

3. pág. **29**
PRINCIPIOS
QUE
INSPIRAN
EL PLAN

4. pág. 33

**SITUACIÓN
DE PARTIDA**

5. pág. 41

**ÁREAS
PRIORITARIAS
- OBJETIVOS -
ACCIONES -
INDICADORES**

6. pág. 105

**IMPLANTACIÓN
Y
SEGUIMIENTO**

7. pág. 111

ANEXOS

5.1. pág. 43

**EQUIDAD
Y RESPONSABILIDAD**

5.2. pág. 57

**PERSONAS
CON ENFERMEDAD**

5.3. pág. 73

**ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE**

5.4. pág. 80

**SALUD INFANTIL
Y JUVENIL**

5.5. pág. 89

**ENTORNOS
Y CONDUCTAS
SALUDABLES**

7.1. pág. 113

**METODOLOGÍA DE
ELABORACIÓN DEL PLAN
DE SALUD DE EUSKADI
2013-2020**

7.2. pág. 117

**EVALUACIÓN DEL PLAN
DE SALUD 2002-2010.
POLÍTICAS DE SALUD
PARA EUSKADI**

7.3. pág. 124

**RECOMENDACIONES DE
INSTITUCIONES
INTERNACIONALES,
NACIONALES Y ASOCIA-
CIONES PROFESIONALES**

7.4. pág. 127

**ACUERDOS NACIONALES,
EUROPEOS E INTERNA-
CIONALES QUE AFECTAN
AL PLAN DE SALUD**

7.5. pág. 129

GLOSARIO DE TÉRMINOS

7.6. pág. 132

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

1. INTRODUCCIÓN

EJE CONDUCTOR

Desde la consideración de las personas como eje central de todas las políticas, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 pretende ahondar durante los próximos años en el mantenimiento y la mejora de la salud de la ciudadanía vasca.

Para ello, es imprescindible garantizar la equidad y la sostenibilidad del sistema sanitario, pero también situar la salud como un activo en el resto de las políticas públicas. Dicho de otro modo: es no sólo oportuno, sino también necesario conciliar la buena gobernanza DE la salud que compete al Departamento de Salud con la buena gobernanza POR la salud, que implica al conjunto de Administraciones Públicas, las ciudadanas y ciudadanos y el sector productivo.

MANDATO

El Plan de Salud constituye una herramienta fundamental para propiciar mejoras en la eficacia y eficiencia en los servicios de salud, tal y como dispone la Ley de Ordenación Sanitaria (8/1997)¹, marco normativo de referencia que en su artículo 13 establece que el Plan de Salud de Euskadi es el instrumento superior de planificación y programación del sistema. Una vez aprobado por el Gobierno Vasco, a propuesta del Departamento de Salud, es elevado al Parlamento Vasco para su conocimiento y tramitación reglamentaria.

La citada norma define también, en su artículo 2, el marco institucional de la salud, de forma que:

- Corresponde a todos los poderes públicos vascos la misión preferente de promocionar y reforzar la salud en cada uno de los sectores de la actividad socio-económica.
- Corresponde al Gobierno Vasco preservar ese marco institucional de la salud en Euskadi, ... en todas las políticas sectoriales y diseñando acciones positivas multidisciplinarias ...

En este marco, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 se ha basado en los principios programáticos de organización y funcionamiento del sistema sanitario vasco (Ley de Ordenación Sanitaria, art. 8), a saber:

- a/ La consideración de la persona como objetivo fundamental del sistema...
- b/ La participación ciudadana, tanto en la formulación de los planes y objetivos como en el seguimiento y evaluación de los resultados de ejecución
- c/ La concepción integral del sistema en la planificación de acciones y en su encauzamiento hacia la promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud

Este planteamiento transversal, interdepartamental, interinstitucional e intersectorial se alinea fielmente con los principios de Buena Gobernanza en las políticas de salud establecidos por la Unión Europea. De hecho, dichos principios coinciden en subrayar la necesidad y oportunidad de una perspectiva integral de la salud, entendiendo este enfoque no sólo como el trabajo del sector sanitario por recuperar la salud individual perdida o mermada, sino también y además como el esfuerzo conjunto de todos los sectores por prevenir y promover la salud colectiva.

d/ La orientación prioritaria de los medios y actuaciones a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades

e/ El desarrollo interno de la organización mediante el principio de separación de los cometidos de regulación y financiación del sistema respecto de la provisión de servicios sanitarios

f/ La suficiencia del marco de financiación pública del catálogo de prestaciones sanitarias...

g/ La configuración, desarrollo y especialización en las tareas de fijación de objetivos y asignación de recursos para la provisión de servicios sanitarios

h/ El incremento de los niveles de competencia entre los centros públicos...

i/ La responsabilización y participación de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización y gestión de los recursos...

j/ La evaluación continua de los componentes públicos y concertados del sistema sanitario...

Asimismo, el Plan de Salud 2013-2020 contempla las determinaciones requeridas en el artículo 13.2 de la Ley de Ordenación Sanitaria: evaluación de los niveles y necesidades de salud de la población, así como de las condiciones de acceso a los servicios sanitarios; prioridades de política sanitaria según patologías, riesgos de salud y grupos sociales; directrices y criterios sobre la cartera de prestaciones sanitarias y los recursos financieros, humanos y materiales necesarios; e indicadores de evaluación de los objetivos de salud.

ESCENARIO ECONÓMICO

Una herramienta tan decisiva como el presente plan de salud ha de partir de un análisis y un diagnóstico correcto de la situación real de partida. Se impone, por tanto, la necesidad de establecer un marco de referencia que, con los recursos existentes, garantice un nivel asistencial adecuado y también la incorporación de los avances tecnológicos y procedimentales que vayan consolidándose.

De ahí que adquiera más trascendencia aún la implicación intersectorial de cara a afianzar las prácticas saludables y de atención temprana, involucrando a las personas para que contribuyan también a preservar el Sistema Vasco de Salud.

El desarrollo de políticas adecuadas de salud y la garantía de sostenibilidad del sistema desde criterios de universalidad, equidad, corresponsabilidad y eficiencia, serán sin duda los pilares que sustenten la calidad de vida y el bienestar de la sociedad vasca.

LEMA DEL PLAN

Osasuna: pertsonen eskubidea, guztion ardura. El lema del Plan refleja con nitidez el propio proceso de elaboración que ha seguido. Una dinámica abierta a las aportaciones y con protagonismo de personal técnico y experto de áreas sanitarias; de sectores de la Administración General; de otras Administraciones Públicas; de la propia ciudadanía; y del sector productivo.

También expresa que la salud es un valor fundamental que constituye ante todo un derecho humano pero que, sin embargo, no está exento de responsabilidades.

PROCESO DE ELABORACIÓN

Agotada la vigencia del Plan de Salud 2002-2010, durante los años 2011 y 2012 se llevó a cabo la evaluación del mismo, mediante técnicas cuantitativas y cualitativas de consulta a personal experto². Asimismo, se identificaron las Áreas transversales y verticales que debían contemplarse y se perfilaron los objetivos e indicadores del Plan, en el seno de los grupos de expertos y expertas constituidos con ese fin^a.

El presente Plan incorpora en su planteamiento los compromisos adquiridos por el Gobierno Vasco ante la sociedad y que están recogidos en su Programa³.

Las áreas prioritarias, los objetivos y los indicadores del nuevo Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 constituyen la aportación más significativa realizada por el conjunto de profesionales, representantes de los distintos sectores e instituciones, y portavoces del tercer sector que han participado en su diseño y elaboración.

a. Integrados por personal del sector salud y de otros departamentos del Gobierno Vasco, técnicos de las Administraciones Públicas Territoriales y Locales, representantes del tercer sector y del sector productivo.

JUSTIFICACIÓN DEL PERIODO DEL PLAN

El año 2020 es el horizonte planteado por las organizaciones internacionales para el logro de objetivos en salud. Además, el período establecido, 7 años, es similar al del Plan anterior y se considera igualmente un plazo de tiempo razonable para percibir cambios y resultados en los objetivos de salud de la población.

ORIENTACIONES DE PAÍSES Y ORGANISMOS EXPERTOS

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su reunión de 19-09-2011⁴ aprobó su Declaración sobre la prevención y control de enfermedades no transmisibles. Las más importantes sobre las que actuar son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Están relacionadas con conductas comunes a todas ellas que son nocivas para la salud: consumo de tabaco, uso nocivo del alcohol, dieta malsana e inactividad física. Además, existen factores de riesgo que contribuyen a la creciente incidencia y prevalencia de estas enfermedades: la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización, el envejecimiento de la población, los determinantes económicos sociales, de género, políticos y medioambientales. Además, se observa con preocupación el aumento de la obesidad, en particular entre niños/as y jóvenes. Para responder a este desafío la Declaración propone una labor de todo el gobierno y de toda la sociedad mediante una acción colectiva y multisectorial en todos los niveles del gobierno con medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales.

Ante la Declaración de la ONU, la Organización Mundial de la Salud⁵ adoptó la meta mundial de una reducción del 25% de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025. Diversas organizaciones profesionales⁶ de ámbito internacional han aportado su colaboración y lo han concretado en metas relacionadas con el tabaco, alcohol, inactividad física, obesidad, hipertensión arterial, y el consumo de grasas, azúcares y sal.

La Organización Mundial de la Salud creó en 2005 la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud con el fin de recabar datos científicos sobre las medidas e intervenciones a favor de la equidad en salud. Su informe final⁷ plantea el reto de subsanar las desigualdades en salud en una generación. En su declaración de Río de Janeiro 2011 expresa su determinación de lograr la equidad social y en salud, y pide a todos los países un compromiso mundial: “todos por la equidad” y “salud para todos”⁸.

Los 53 países miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron en 2012 un acuerdo sobre el nuevo marco estratégico común -“Salud 2020, una estrategia europea de apoyo a la acción por la salud y el bienestar en todos los gobiernos y en la sociedad”⁹-, en el que invitan y animan a todos los gobiernos estatales, regionales y locales de la Región a trabajar por incrementar de una forma significativa la salud y el bienestar de sus poblaciones; a reducir las desigualdades en salud; a fortalecer la salud pública; y a asegurar los sistemas de salud centrados en las necesidades de las personas y, para ello, universales, equitativos, sostenibles y de gran calidad.

En 2007, la Comisión de las Comunidades Europeas adoptó una nueva estrategia de salud “*Juntos por la salud, un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*”¹⁰. Sus principios fundamentales son:

1. estrategia basada en valores de salud compartidos (universalidad, calidad, equidad, solidaridad, participación ciudadana, reducción de desigualdades en salud)
2. la salud es el tesoro más preciado
3. la salud en todas las políticas (la iniciativa HIAP-health in all policies- de la presidencia finlandesa de la Unión)
4. reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial.

Para el período 2014-2020, el Parlamento Europeo y el Consejo han propuesto el reglamento por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento¹¹. Sus objetivos generales son: fomentar la innovación en la asistencia sanitaria y aumentar la sostenibilidad de los sistemas de salud; permitir que la ciudadanía de la UE goce de buena salud durante más tiempo y protegerla de las amenazas transfronterizas para la salud.

El Ministerio de Sanidad del Gobierno español, por su parte, constituyó la Comisión para reducir las desigualdades en salud¹². Y durante la presidencia española de la Unión Europea de 2010 fijó como prioridad la “innovación en Salud Pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y la reducción de las desigualdades en salud”.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE SALUD 2013-2020

El Plan se estructura distinguiendo los siguientes apartados:

MARCO CONCEPTUAL

Se define qué es la salud en el contexto de nuestra sociedad, y se explican las relaciones y interdependencias que se dan entre la salud individual de las personas y el entorno físico y social en el que nacen, viven, trabajan y se relacionan. A continuación se explicita el eje conductor del Plan: buen gobierno DE la salud y buen gobierno POR la salud.

PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN

Ya recogidos en los principios informadores del sistema sanitario vasco que la Ley de Ordenación Sanitaria establece, al igual que contempla los principios programáticos de organización y funcionamiento.

SITUACIÓN DE PARTIDA

Se parte de las principales conclusiones de la evaluación del Plan de Salud 2002-2010. A continuación se describe la situación de salud y sus determinantes, siguiendo con el estado de salud de la población de Euskadi y el papel que desempeñan los servicios sanitarios. Termina este apartado con los retos y oportunidades que se plantean en el Plan de Salud 2013-2020.

ÁREAS PRIORITARIAS

Las Áreas Prioritarias, con sus objetivos e indicadores, conforman lógicamente el núcleo del nuevo Plan de Salud de Euskadi 2013-2020.

IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO

En el capítulo de Implantación y Seguimiento se da cuenta de la estructura organizativa necesaria para llevar adelante el Plan, además de concretar las estrategias y herramientas para realizar su seguimiento, coordinación y evaluación.

ANEXOS

Los Anexos complementan los elementos básicos descritos en los epígrafes anteriores; entre otros, la metodología de elaboración del Plan, la síntesis de la evaluación del Plan de Salud 2002-2010 o las recomendaciones internacionales.

2.

MARCO

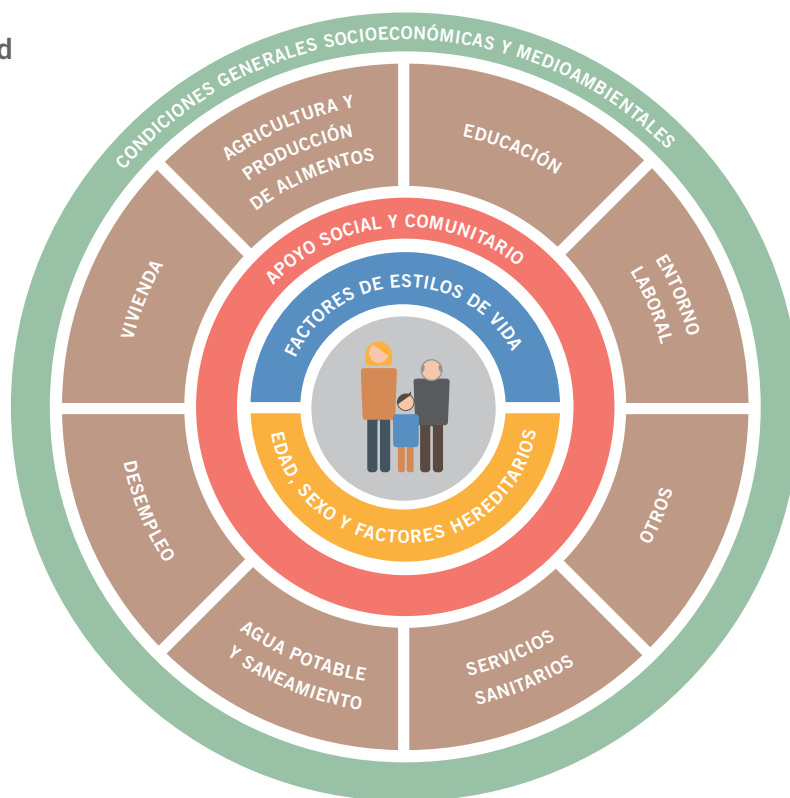
CONCEPTUAL

La salud es, no cabe duda, uno de los valores más apreciados por todas las personas; de hecho, es lo que nos permite dedicarnos a nuestros propósitos y objetivos de vida con todas nuestras energías y desarrollar nuestras potencialidades con éxito¹³. Del mismo modo, su ausencia nos limita y reduce nuestras capacidades de ser y estar plenamente activos.

La salud es un factor macroeconómico de primer orden. Es un derecho humano, un componente esencial del bienestar, un producto-bien público global y parte constituyente de la justicia social y de la equidad¹⁴. Su ausencia incrementa los costes sanitarios, conlleva unos costes sociales elevados y repercute en los sistemas asistenciales generando demandas y retrayendo recursos.

El Gobierno Vasco ha sido y es sensible al interés y evidencias crecientes sobre los determinantes sociales de la salud. Esta cuestión, evidente ya en el siglo XIX, ha resurgido con fuerza a finales del siglo XX. De hecho, el Departamento de Salud ya incorporó ese marco conceptual al definir su plan de salud para el período 2002-2010 (Figura 1).

Figura 1.
Modelo de los determinantes sociales de la salud

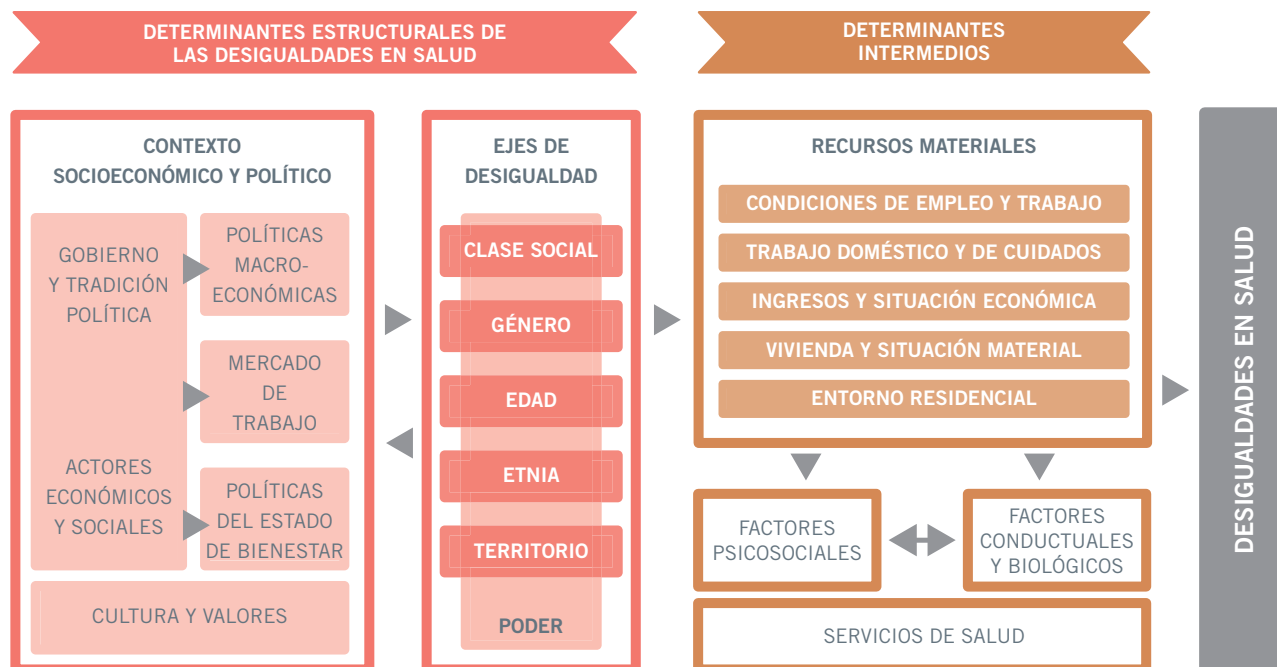


Fuente: Dahlgren G, Whitehead M, 1991.¹⁵

Este modelo, que data de hace más de dos décadas pero que mantiene toda su vigencia, amplía la visión del modelo biomédico, añadiendo a los factores genéticos y biológicos individuales las actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud. Tal como muestra la figura 1, los diversos factores se entienden como capas de influencia concéntricas, desde fuera adentro. Las condiciones socioeconómicas y ambientales generales influyen en las condiciones de vida y de trabajo, que dependen del acceso a los servicios y recursos básicos; estos factores a su vez influyen en el apoyo social y comunitario, los hábitos de vida, y finalmente en los factores personales y familiares.

El Plan de Salud se basa en una realidad: el nivel de salud de una población (la magnitud de la salud) está íntimamente relacionado con la distribución de la salud entre los grupos sociales. El nivel de salud y la equidad en salud son las dos caras de una misma moneda. El Plan de Salud establece los objetivos y las estrategias para mejorar la salud contemplando de forma simultánea y prioritaria tanto el nivel de salud como la equidad en salud (es decir, las desigualdades sociales en salud, entendidas como diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre grupos sociales definidos de acuerdo con el género, la clase social, el lugar de residencia, el país de origen, la discapacidad, el tipo y las condiciones de trabajo)⁷.

Figura 2.
Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud



Fuente: Adaptado de Solar, Irwin y Navarro¹²

Los determinantes estructurales de las desigualdades en salud incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, que no son medibles a nivel individual, sino que tienen que ver con las características de la estructura social de una sociedad. Hablamos de la tradición política de los gobiernos y sus consiguientes políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación y el bienestar social. Pero incluimos también la gobernanza, los valores sociales y normas culturales imperantes en una sociedad así como el valor colectivo concedido a la salud. Todos estos factores contextuales ejercen una poderosa influencia sobre los patrones de estratificación social, que generan y mantienen las diferentes jerarquías sociales y determinan la posición social que las personas ocupan según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otros ejes de desigualdad social.

Esta posición social desigual genera, a su vez, desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios. Nos referimos a los factores que desencadenan la propia interrelación entre determinantes estructurales y salud; a saber: condiciones de vida y de trabajo; factores psicosociales -extensión y calidad de las redes sociales, el estrés y la percepción de control sobre la vida propia-; conductas relacionadas con la salud -como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de actividad física-.

El sistema sanitario también juega un papel en la generación de las desigualdades sociales en salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que su cobertura es universal y gratuita, las personas de menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras en el acceso.

TIPOLOGÍA DE LAS INTERVENCIONES PLANTEADAS EN EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI

Las intervenciones pueden ser de carácter individual o estructural en función del factor que se identifique como origen del ámbito sobre el que intervenir. Las intervenciones individuales consideran la autonomía individual como elemento esencial para entender la razón por la que las personas optan (o no) por estilos de vida saludables. Las intervenciones estructurales consideran la influencia que ejercen los entornos físico, social y económico de las personas en dichas opciones y, por tanto, están dirigidas a la modificación de dichos entornos para favorecer opciones saludables^{16/17}. Una estrategia de control del tabaquismo efectiva incluye, por lo tanto, intervenciones tanto de carácter *individual* (como el consejo antitabaco, la deshabituación tabáquica o la educación para la salud) como *estructural* (actuaciones legislativas, impositivas y la modificación de condiciones de vida).

Las intervenciones basadas en estrategias poblacionales persiguen abordar las causas de las causas de las desigualdades (determinantes estructurales). Éstas determinan con frecuencia los factores de riesgo individuales.

Las estrategias individuales, basadas en la información y el consejo, son las desarrolladas fundamentalmente por los servicios de atención sanitaria.

Este Plan de Salud integra intervenciones poblacionales e individuales llevadas a cabo tanto por el sector salud como por los demás sectores implicados.

Al igual que en otros países, las desigualdades sociales en salud en nuestra comunidad son muy relevantes^{18/19/20}. Su reducción será, consecuentemente, la forma más eficiente de mejorar el nivel de salud de nuestra comunidad.

La frecuencia creciente de enfermedades crónicas, ligadas a factores externos a los sanitarios -como por ejemplo las condiciones del entorno físico y las relaciones de cercanía-, tiene gran incidencia en la sostenibilidad del sistema sanitario, convirtiendo en una necesidad urgente la acción intersectorial para abordar el reto de la cronicidad.

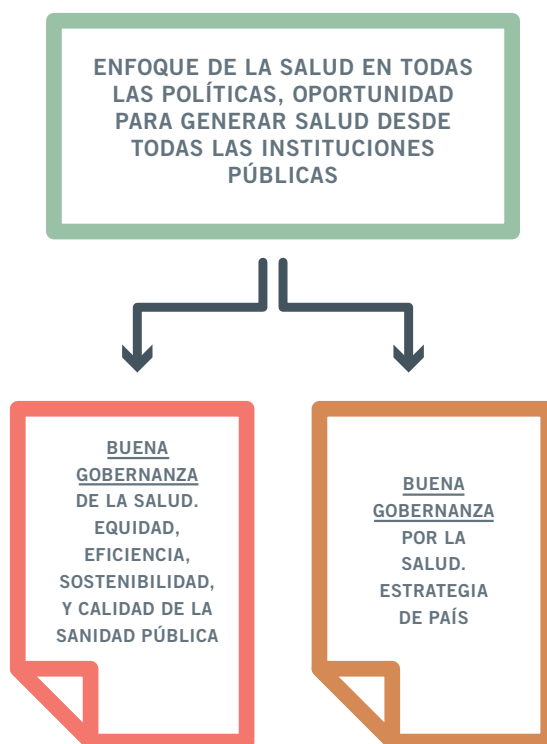
Este marco de comprensión de las dimensiones y factores de la salud trasciende la organización clásica de abordaje centrada en la asistencia sanitaria y la salud pública. El buen gobierno de la salud y del bienestar de la población afronta dos desafíos que van de la mano:

- La gobernanza DE la salud: fortalecimiento del sistema sanitario en equidad, sostenibilidad, calidad y eficiencia.

- La gobernanza POR la salud: transversalidad e intersectorialidad en las administraciones públicas, sector productivo y tercer sector. Es decir, los esfuerzos de los gobiernos y otros actores con el propósito de generar salud como aspecto necesario para el bienestar de la población¹⁴.

La gestión de la buena salud de la población precisa de un liderazgo claro por parte del Gobierno Vasco a través del Departamento de Salud, con una propuesta de organización para todas las instituciones y la sociedad en su conjunto. Es lo que se conoce como Salud en Todas las Políticas²¹ (Figura 3).

Figura 3. Salud en todas las políticas



Fuente: Elaboración propia

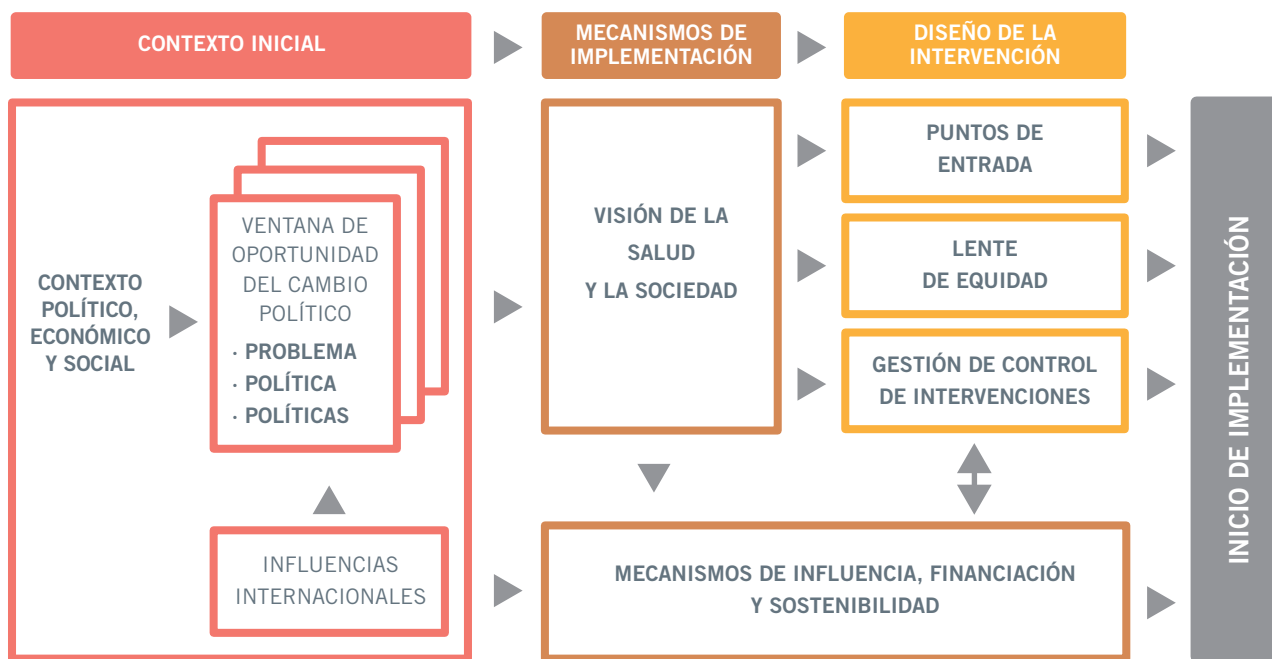
La Salud en Todas las Políticas es un enfoque aplicado en todas las políticas públicas y que toma en consideración de forma sistemática las repercusiones que las decisiones adoptadas en distintos sectores tienen en el ámbito de la salud. Además, busca sinergias y evita los impactos negativos que pudieran producirse, mejora la salud y aumenta la equidad²² (Figura 4).

La Buena Gobernanza, que ha estado presente en las orientaciones del Gobierno Vasco a lo largo de las distintas legislaturas, cobra cada vez más fuerza en foros internacionales^{23/24}. Entendemos por buena gobernanza el proceso de cooperación-coordinación-integración de agentes, herramientas y programas, basado en una filosofía de colaboración no competitiva, sujeto a reglas de juego estructuradas y sistematizadas, y cuyo foco es la mejora de la eficiencia, la incidencia en los principales determinantes de la salud y la búsqueda de una mayor equidad en salud.

El Buen Gobierno en las estructuras locales de salud se rige por la eficiencia, la mejora de la asistencia sanitaria y la visión poblacional en el ámbito local. Y sus funciones son:

- Intervenciones de mejora de cuidados clínicos asistenciales, priorizando progresivamente una lógica de continuidad de cuidados que combine los distintos niveles asistenciales, tanto entre sí como con los servicios sociales.
- Intervenciones de salud poblacional. Las estructuras locales de salud no son solamente asistenciales-clínicas; tienen una responsabilidad sobre la salud poblacional que exige la integración de sus servicios con los de otros agentes locales (educación, intervenciones de promoción de la actividad física, alimentación saludable y las desigualdades en salud), mediante mecanismos y procedimientos para potenciar la participación de la ciudadanía e incorporar los activos en salud comunitarios.
- Intervenciones centradas en la identificación de eficiencias, eliminando duplicidades y combinando de manera efectiva los servicios de los distintos agentes locales.

Figura 4.
Salud en todas las políticas, marco conceptual de su implementación

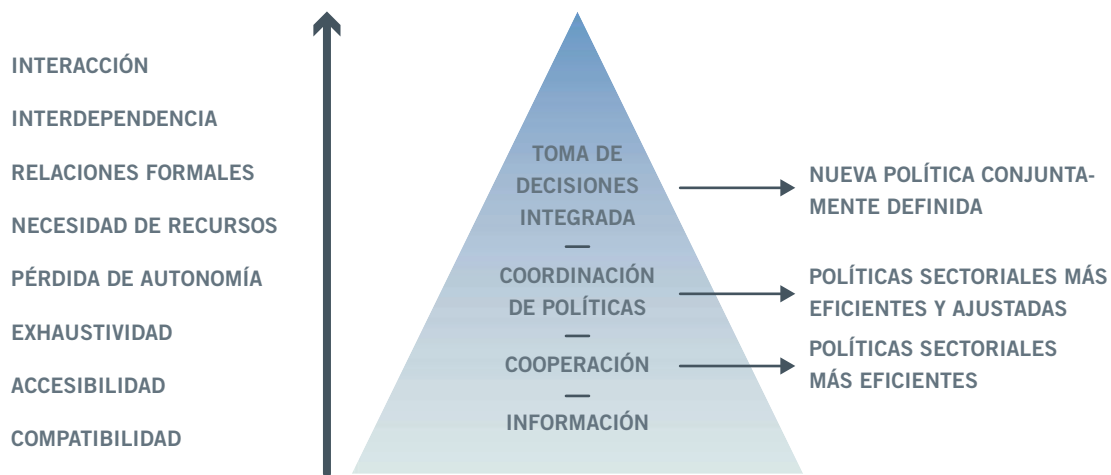


Fuente: Shankardass, Solar et al. 2011²⁵

La buena gobernanza DE la salud desde el Departamento de Salud y Osakidetza se desarrolla mediante la capacitación del personal y a través de esta nueva forma de trabajar y gestionar la salud.

El buen gobierno POR la salud en la actuación de las Instituciones Públicas no es otra cosa que este nuevo enfoque de Salud en Todas las Políticas. Su fin último: mejorar los resultados y la eficiencia de las políticas públicas en términos de equidad, bienestar y salud (Figura 5).

Figura 5.
Pirámide de la acción intersectorial.
Toma de decisiones integrada, coordinación de políticas y cooperación



Fuente: Meijers E, Stead D, 2004 (adaptado)²⁶

PLANIFICACIÓN DEL GOBIERNO VASCO Y SU INCIDENCIA EN SALUD

En coherencia con los planteamientos expuestos anteriormente, la elaboración de un plan de salud que realmente sirviera como herramienta eficaz para la mejora del bienestar de la ciudadanía vasca exigía, indefectiblemente, la

identificación de todas las políticas previstas en los Planes de Gobierno de la X Legislatura (2012-2016) que guardaran una relación directa con la salud. Son las recogidas en la siguiente tabla.

PLANES DE GOBIERNO	DEPARTAMENTO
VI Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres	Lehendakaritza
Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación 2015	Desarrollo Económico y Competitividad
	Educación, Política Lingüística y Cultura
Plan Estratégico de Servicios Sociales 2011-2014	Empleo y Políticas Sociales
IV Programa Marco Ambiental 2011-2014	Medio Ambiente y Política Territorial
Estrategia de Innovación Pública de Euskadi 2014-2016	Administración Pública y Justicia
Plan de Euskera	Educación, Política Lingüística y Cultura
Plan de Salud 2013-2020	Salud

PLANES DEPARTAMENTALES	DEPARTAMENTO
Plan de Actuación Sociosanitaria para la población joven	Salud
	Educación, Política Lingüística y Cultura
Programa de Atención Sociosanitaria a personas mayores	Salud
	Empleo y Políticas Sociales
Plan de Adicciones	Salud
Plan Estratégico 2020 Actividad Física	Salud
	Educación, Política Lingüística y Cultura
Plan de Ocio Educativo con la Adolescencia	Educación, Política Lingüística y Cultura
	Salud
Plan Interinstitucional de apoyo a las familias	Empleo y Políticas Sociales
Plan Interinstitucional de inclusión social	Empleo y Políticas Sociales
IV Plan de Inmigración, Ciudadanía y Convivencia Intercultural	Empleo y Políticas Sociales
III Plan Joven	Educación, Política Lingüística y Cultura
Plan de Deporte Juvenil	Educación, Política Lingüística y Cultura
Plan Estratégico de Seguridad Vial	Seguridad
Plan de Protección Civil	Seguridad
Programa de apoyo a la rehabilitación y regeneración urbana	Empleo y Políticas Sociales
Plan director de Transporte Sostenible	Medio Ambiente y Política Territorial
Plan de suelos contaminados	Medio Ambiente y Política Territorial
Plan Hidrológico	Medio Ambiente y Política Territorial
Plan Estratégico de la Industria Alimentaria	Desarrollo Económico y Competitividad
Plan de empleo	Empleo y Políticas Sociales
Estrategia de Seguridad y salud en el trabajo	Empleo y Políticas Sociales
Plan integral de atención al trabajo temporero	Empleo y Políticas Sociales
	Desarrollo Económico y Competitividad
Plan Comercio Minorista Vasco	Desarrollo Económico y Competitividad
Plan de apoyo integral al sector agrario	Desarrollo Económico y Competitividad
Plan Vasco de Estadística 2014-2017	Eustat

A su vez, este ejercicio de localización de políticas del Gobierno Vasco con incidencia en el terreno de la salud implicaba el consiguiente esfuerzo de coordinación e interrelación entre todas esas estrategias, y un seguimiento dada su repercusión en términos de salud pública.

Otro de los cimientos de este plan es la participación ciudadana, establecida ya en los principios programáticos de la Ley de Ordenación Sanitaria y que se concreta, por ejemplo, en fórmulas como los consejos de participación comunitaria con facultades consultivas, de asesoramiento en la formulación de planes, y de seguimiento y evaluación de los resultados.

Al abordar la participación ciudadana, el Plan de Salud de Euskadi plantea objetivos que van desde la información, la consulta, la participación hasta el empoderamiento de las personas, de forma que ciudadanas y ciudadanos sean agentes activos en la definición, organización y mejora de los servicios de salud, superando así visiones paternalistas circunscritas a la mera información.

De este modo, las personas (desde la perspectiva individual y comunitaria) se erigen en el centro de la estrategia de salud en todas las políticas, así como en el centro del sistema. Se potencia su autonomía para responsabilizarse y tomar decisiones sobre su salud y enfermedad. Se configuran marcos e instrumentos de colaboración con las asociaciones de personas enfermas y con el tercer sector. Y se establecen cauces para participar en la definición, organización y mejora de los servicios de salud.

3. PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN

Siempre tomando como punto de partida y núcleo de toda acción a las personas, y la mejora de su salud como meta y prioridad absoluta, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 se asienta en una serie de principios esenciales que impregnan todas y cada una de las estrategias, acciones y políticas que define y contempla.

Principios, todos ellos, que dimanen de la propia Ley de Ordenación Sanitaria (8/1997), marco normativo de referencia y senda en la que este Plan pretende avanzar, anteponiendo la promoción de la salud y garantizando la sostenibilidad del sistema vasco de salud público y de calidad.

Así pues, éstos son los principios que cimientan el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020, y un breve apunte sobre su naturaleza y relevancia en el contexto de esta hoja de ruta que guiará la acción institucional y social de la Comunidad Autónoma de Euskadi en materia de salud.

UNIVERSALIDAD

- Acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad, de protección, prevención y promoción de la salud para todas las personas que viven en Euskadi.

SOLIDARIDAD

- Prestación sanitaria de calidad a toda la ciudadanía sin importar su capacidad económica.
- Establecimiento de sistemas de rendición de cuentas de la actividad en salud ante la sociedad.
- Corresponsabilidad entre instituciones y población respecto a las mutuas responsabilidades que ambas tienen en lo que concierne a los determinantes de la salud y las conductas relacionadas con ésta.

EQUIDAD

- Ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. El logro de la equidad en salud implica que cada persona tenga la misma capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud, independientemente de sus condiciones sociales (posición social, género, lugar de residencia, tipo de trabajo, ingresos económicos, nivel de estudios y país de origen).
- Avance en la equidad en el acceso, uso y calidad prestada de los servicios sanitarios en todos sus niveles.
- Adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Ahondar en la humanización de la atención en los servicios ofrecidos a la población.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Enfoques colaborativos en el nivel micro, redes locales de organizaciones con responsabilidad sanitaria y social; y también en el nivel de decisiones estratégicas. Responsabilidad social corporativa.
- Fomento de la investigación dirigida a la mejora de la salud de la población y a la orientación de los servicios de salud prestados. Desarrollo e innovación, impulso del conocimiento compartido entre profesionales.
- Eficiencia en los procesos asistenciales, integrando la seguridad clínica como aspecto básico.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Participación de las organizaciones de la sociedad civil en la definición y aplicación de las agendas de salud.
- Promoción de la autoayuda y la responsabilidad personal.

SOSTENIBILIDAD

- Mejora de la eficiencia del sector mediante modelos integrados de asistencia y de Salud Pública.
- Coordinación de los niveles asistenciales y también de los servicios sociales respecto a otros sectores.

4. SITUACIÓN DE PARTIDA

EVALUACION DEL PLAN DE SALUD 2002-2010

Las principales conclusiones de la evaluación del Plan de Salud 2002-2010 son las siguientes:

- Sigue mejorando la esperanza de vida al nacer, tanto en hombres como en mujeres, aunque aumentan las diferencias sociales en las mujeres.
- Disminuye la mortalidad en edades juveniles y en general la mortalidad por causas externas.
- Continúa la reducción de la mortalidad infantil.
- Disminuye la prevalencia de consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco, así como el consumo de otras drogas ilegales. Aumentan significativamente las diferencias sociales en el consumo de tabaco.

- Aumenta la prevalencia de consumo habitual de alcohol.
- Aumenta la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en mayores de 64 años, especialmente en los hombres.
- Aumenta la obesidad y enfermedades relacionadas.
- Se reduce la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, si bien siguen siendo una causa de mortalidad importante también aumentan significativamente las desigualdades sociales, tanto en hombres como en mujeres.
- Se reduce la mortalidad general por cáncer, la de cáncer de pulmón en hombres y de mama en mujeres. Por el contrario, aumenta en las mujeres la mortalidad por cáncer de pulmón.

SITUACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

La situación demográfica actual de Euskadi continúa marcada por las tendencias demográficas iniciadas con el cambio de siglo, que implicaron un aumento de la población, un equilibrio entre nacimientos y defunciones y un saldo migratorio positivo. Las proyecciones demográficas realizadas por Eustat para 2020 continúan presentando crecimiento en la población pero de manera más desacelerada, con una clara continuación del proceso de envejecimiento de la población, lo que significa que las personas de 65 o más años serán el 22,5% de la población en 2020, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacer y el descenso de la fecundidad, con un retraso progresivo de la edad media a la maternidad.

La evolución de la actividad económica en Euskadi ofrece un largo periodo de expansión desde mediados de la década de los 90 hasta el año 2007, aproximadamente, año en que comienza a manifestarse con virulencia la grave crisis en la que estamos inmersos actualmente. En este año empieza a observarse una rápida y profunda caída en las tasas de variación interanual del PIB, que se produce de manera paralela a lo que sucede en España y en la Unión Europea. Así mismo, aumentan las tasas de paro, que se sitúan en 2012, según Eustat, en un 11,7% para las mujeres y 12,5% para los hombres. A partir del año 2009 se observa un crecimiento de las contrataciones temporales en relación a las

indefinidas. El riesgo de pobreza para la población vasca se eleva en 2012 a un 7,3%, a pesar de la contención que realiza el sistema vasco de garantía de ingresos.

Algunos estudios apuntan un posible debilitamiento del capital social en la población vasca, debido a que el tiempo medio dedicado a las relaciones y a la vida social han disminuido (Encuestas de Presupuestos de Tiempo, Eustat). Sin embargo y según la ESCAV, la prevalencia de mujeres que presentan bajo apoyo social afectivo, según la escala de apoyo social de Duke, ha disminuido entre 2007 y 2013, manteniéndose estable en el caso de los hombres. Sin embargo hay que prestar atención a las clases sociales más desfavorecidas que presentan prevalencias mucho mayores, tanto en hombres como en mujeres.

Se ha producido una mejora considerable de la calidad del aire en los últimos años en Euskadi. El porcentaje de días al año con calidad de aire buena o admisible pasó de 94,6% en 2005 a 99,1% en 2010. En todas las zonas se ha producido un descenso muy importante de días con mala calidad de aire, incluidas aquellas que presentaban peores resultados. A pesar de estas mejoras, se ha incumplido la legislación vigente con respecto al índice de PM10 en diversas áreas de la CAPV, por superación del límite diario de 50 µg/m³ en algunas ocasiones.

La percepción que las familias vascas tienen sobre su medio ambiente físico y social ha mejorado claramente a lo largo de los últimos veinte años. Respecto al entorno físico, aumenta la proporción de familias que lo califican de saludable (65,4% en 2009 frente al 50,8% en 1989. Encuesta de Condiciones de Vida. Eustat).

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE EUSKADI

La esperanza de vida (EV) en Euskadi aumenta paulatinamente tanto en hombres como en mujeres y en todas las edades. Aunque la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres (86,4 y 79,5 años respectivamente), las ganancias en la última década son mayores para los hombres, con un aumento de su esperanza al nacer del 3,7%, superior al de las mujeres (2,9%). A partir de 2007 se observa un cambio de tendencia en la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), especialmente en mujeres. Los años vividos en discapacidad por los hombres pasó de 9,1 a 10,3 años y en las mujeres de 11,7 a 13,3 años en el periodo 2002-13. El aumento en la prevalencia de limitación crónica de la actividad puede explicar la pérdida de EVLD, que en los hombres aumentó un 10% y en las mujeres un 32% en dicho periodo. La limitación es mayor cuanto menor es el nivel socioeconómico, siendo la desigualdad más manifiesta en las mujeres que en los hombres.

En relación a la salud percibida, la percepción de la población vasca sobre su salud ha mejorado en el último quinquenio. El 16% de los hombres y 21% de las mujeres valora su salud como regular o mala en 2013, frente al 17% y 23% en 2007. Las desigualdades sociales en la salud percibida se mantienen y son especialmente relevantes en el caso de las mujeres, para quienes el índice relativo de desigualdad (IRD) se duplica en la última década, (1,76 en 2002 y 2,55 en 2013), percibiendo peor salud entre los de menor nivel socioeconómico.

El número de pacientes con patologías crónicas aumenta progresivamente en Euskadi, a la vez que aumenta la complejidad de los procesos. Se estima que el 38% de la población vasca de 65 y más años presenta alguna enfermedad crónica y esta proporción previsiblemente se duplicará para el año 2040²⁷. La encuesta de salud (ES-CAPV-2013) proporciona prevalencias aun superiores para los problemas crónicos (44,7% en hombres, 46,9% en mujeres).

La proporción de pacientes pluripatológicos, que padecen 2 o más condiciones y requieren atención sanitaria, se eleva a 21% en hombres y 26% en mujeres (Orueta et al, 2013)²⁸. Entre las patologías más prevalentes se sitúa en primer lugar la hipertensión arterial (18,7% de hombres y 19,4% de mujeres), seguido de ansiedad/estrés

La calidad del agua de bebida en la CAPV es de calidad satisfactoria para el 98% de la población. Así mismo, el número de toxiinfecciones de origen alimentario notificadas en los últimos años han disminuido considerablemente, tanto en cuanto a número de brotes como en el número de personas afectadas.

(7,3% y 14,1% respectivamente), diabetes mellitus (6,4% y 5,3%), problemas articulares (2,3% y 5,3%), depresión (1,8% y 5,2%). Los autores describen un gradiente socioeconómico para la mayoría de los problemas de salud en ambos sexos, aunque más acentuado en las mujeres, siendo mayor la carga de enfermedad que padece la población residente en áreas de mayor privación.

Los problemas de salud mental, específicamente la ansiedad y la depresión, presentan un aumento importante de su prevalencia en Euskadi (ESCAV 2013), con un incremento del 35% en hombres y 40% en mujeres en el periodo 2002-13. Así mismo, aumentan las desigualdades sociales en los problemas de salud mental, especialmente entre los hombres.

El número de personas que precisa ingreso hospitalario ha aumentado de forma constante en los últimos años. En 2011 se produjeron un total de 149 altas por 1000 habitantes, lo que supuso un incremento de 1,6% respecto al año anterior. Según grandes grupos diagnósticos, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio provocaron la mayor morbilidad proporcional en los hombres, mientras que en las mujeres fueron los ingresos relacionados con embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato circulatorio, y las del aparato digestivo. Específicamente, en los hombres la insuficiencia cardíaca (2,6%), la bronquitis crónica (2,4%) y la hernia inguinal (2,3%), son los diagnósticos más frecuentes al alta y en las mujeres el embarazo cronológicamente avanzado (3,5%), coledocistitis (2,4%), e insuficiencia cardíaca (2,3%).

Con relación a la mortalidad, el número de fallecimientos ha mantenido una tendencia ascendente en la última década (incremento del 10% en el periodo 2001-11) como consecuencia del envejecimiento poblacional. Según el Registro de Mortalidad de la CAPV, en el año 2011 los tumores son la primera causa de muerte entre la población con un 32%, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un 29%; entre las mujeres este orden se invierte.

Los programas de cribado representan prácticas preventivas que tienen amplia difusión y buena aceptación de la población en la CAPV. El programa de detección precoz de cáncer de mama presenta buenas coberturas, con tasa de

participación del 80,66% y un total de 114.978 mamografías realizadas en 2012. Los datos procedentes de la ESCAV indican, además, una progresiva disminución de las desigualdades sociales en la accesibilidad al programa. En el 2008 fue aprobada la puesta en marcha en la CAPV del Programa de detección precoz del cáncer colorrectal y su cobertura se ha ampliado e incrementado progresivamente. En 2012 la tasa de participación en hombres de 50-69 años fue del 62%, en mujeres del 68%, con un total de 541.000 personas estudiadas. El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) atendió en 2012 un total de 115.008 niños y niñas (niños: 65,6%; niñas 66,2%) y mejoró la participación respecto al 2011 (65,9% y 63,8% respectivamente). El cribado de síndrome de Down y otras cromosomopatías, fue pilotado en 2009 y extendido en 2010 a todas las embarazadas que acuden al sistema público para su control del embarazo. El programa presenta buena aceptación (rechazo inferior al 1%) y en 2012 participaron en el programa un total de 15.995 embarazadas. El Programa de cribado neonatal, cuyo objetivo es la detección precoz de las enfermedades metabólicas y otras enfermedades, da cobertura al 100% de los bebés nacidos en la CAPV y cuenta con muy bajo nivel de rechazo (dos casos en 2012).

El Programa de Vacunaciones constituye una de las intervenciones preventivas más importantes, especialmente en el ámbito de las enfermedades infecciosas. En los últimos años se han ido incorporando nuevas vacunas al calendario vacunal infantil (VPH), alcanzándose actualmente elevadas coberturas en las diferentes series vacunales (superiores al 90%).

SERVICIOS SANITARIOS

El porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario en Euskadi fue del 8,8% en 2009 con un gasto de 2.602 € por habitante, apreciándose un aumento considerable en la última década (6,5% del PIB y 1.296 € por habitante en el año 2000). El 75% de la financiación es pública. (Eustat. Cuenta de la Salud).

En la comparación internacional, con los datos que ofrece la OCDE para el año 2009, el gasto en salud per cápita en la CAPV se sitúa en 3.658 PPC por habitante (poder de paridad de compra en \$), por encima de países como Reino Unido (3.487), Finlandia (3.226) y España (3.067) y por debajo de Noruega con 5.352 y Suiza con 5.144, entre otros. Sin embargo, comparando lo que representa el gasto sanitario sobre el PIB, todavía estamos por debajo de los países más desarrollados.

La evolución de los indicadores de funcionamiento del sector hospitalario muestra un espectacular aumento de los índices de rotación, habiéndose prácticamente duplicado desde el año 1986 la actividad asistencial por cama, a costa de descender tanto la estancia media como la es-

En relación a las conductas relacionadas con la salud, según la ESCAV 2013, aumenta la prevalencia de consumo habitual de alcohol en nuestra población, tanto en hombres como en mujeres, con un gradiente socioeconómico que perjudica en este caso a las clases más favorecidas. Disminuye sin embargo la prevalencia de consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres, y el descenso es muy marcado en la prevalencia de tabaquismo pasivo.

Los datos de Euskadi y Drogas 2012 apuntan a una caída significativa de la prevalencia del consumo de drogas ilegales en Euskadi, consolidándose la tendencia al descenso puesta de manifiesto desde el año 2004, cuando se alcanzaron los niveles de consumo históricamente más elevados. A pesar de esto, los niveles de consumo experimental siguen siendo altos y, pese a los descensos de los últimos años, la CAPV sigue estando entre las regiones y países con mayores tasas de consumo de cannabis de la UE.

En lo relativo a la práctica de actividad física, en el último quinquenio la prevalencia de sedentarismo disminuye un 17% hombres (26,6% en 2013), y no se modifica en las mujeres (34,0% en 2013).

En los últimos diez años, la situación de la obesidad en la CAPV ha empeorado de forma considerable. La proporción de personas obesas de más de 16 años es un 25% mayor que en 2002. La distribución de la obesidad por clase social muestra un gradiente ascendente a medida que disminuye el nivel socio-económico. El aumento en la proporción de personas obesas en los grupos más favorecidos ha ocasionado una disminución en las diferencias socioeconómicas en la obesidad.

tancia por razones quirúrgicas. El descenso de la estancia media en cirugía ha pasado de 10,1 días a 3,7, entre 1989 y 2009. Es evidente que las alternativas puestas en marcha desde comienzo de la década de los 90, como la hospitalización a domicilio y las unidades de ingreso de corta estancia, han sido en gran medida las responsables de este descenso.

En cuanto a la seguridad clínica del/la paciente, la prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Osakidetza fue de 6,4% en 2012, teniendo el 100% de las organizaciones un Plan de Seguridad actualizado, y desplegando progresivamente el sistema corporativo de notificación de efectos adversos para el aprendizaje en seguridad del/la paciente.

La lista de espera quirúrgica en las organizaciones de Osakidetza presentó una demora media de 52,1 días. El 16% de los pacientes se mantuvo en lista de espera más de 3 meses. La media de minutos por consulta por visita en Atención Primaria fue de 9,6 y en Pediatría de 10,6.

La valoración global de la asistencia en las encuestas de satisfacción de los centros de Osakidetza en 2012 fue positiva (excelente + muy buena + buena) para más del 95% de las personas encuestadas tanto para consultas de atención primaria como para consultas externas intrahospitalarias, urgencias hospitalarias y hospitalización general. Según el Barómetro Sanitario 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el País Vasco el 27% de la ciudadanía opina que el sistema sanitario funciona bastante bien y el 54% que funciona bien pero necesita cambios.

RETOS Y OPORTUNIDADES DEL PLAN DE SALUD

Este Plan de Salud se dirige a más de dos millones de personas, y su objetivo final es mejorar la salud y bienestar de toda la población. Tal como se describe más arriba, la CAPV se sitúa en una buena posición de partida, con un sistema de salud de calidad y reconocido socialmente, y niveles de salud muy favorables.

En este contexto, las oportunidades y retos que debe asumir el Plan de Salud tienen que ver con:

- Alcanzar un compromiso interinstitucional para que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto del gobierno y demás instituciones.
- Disminuir las desigualdades sociales y de género en la salud, aun en las circunstancias de precariedad y riesgo de pobreza derivadas de la crisis económica.
- Velar por un sistema sanitario de calidad y universal, mediante el fortalecimiento de los niveles asistenciales de menor complejidad y mayor proximidad al domicilio, como es la Atención Primaria, para garantizar una mayor accesibilidad y evitar inequidades en salud.
- Adaptar el sistema sanitario para afrontar con calidad y eficacia la creciente carga de la multimorbilidad y las enfermedades crónicas, situando a las personas como eje central de una atención integral e integrada en todo el sistema sanitario, basado en la coordinación y colaboración de todos los niveles asistenciales.
- Potenciar y consolidar la atención sociosanitaria, dotándola de mecanismos y procedimientos que favorezcan la coordinación del sector social y sanitario.
- Promover entornos y conductas saludables, mediante proyectos comunitarios desarrollados, preferentemente, en el ámbito local con la colaboración de distintos sectores.

5.

ÁREAS

PRIORITARIAS

- OBJETIVOS

- ACCIONES

- INDICADORES

En la elaboración del Plan de Salud se ha realizado un esfuerzo de coherencia y progresividad entre los contenidos de las Áreas, y de éstas con los Objetivos e Indicadores. La Comisión de Coordinación Técnica ha jugado un papel importante en este proceso de coherencia.

Es necesario señalar en esta introducción, la existencia de objetivos concretos que hacen referencia a competencias situadas en el terreno de otros Departamentos del Gobierno Vasco, como en el terreno de la Administración Local (Diputaciones Forales y Ayuntamientos) y en el tercer sector.

Este capítulo se estructura en cinco Áreas, conteniendo cada una de ellas los objetivos, acciones e indicadores relacionados con la misma. Las áreas 1 y 5 son transversales, mientras las áreas 2, 3 y 4 se refieren a colectivos y grupos poblacionales específicos.

ÁREA PRIMERA: *Incorporar la salud y la equidad en salud en todas las políticas públicas y fortalecer un sistema sanitario vasco equitativo y de calidad.* Establece objetivos y mecanismos concretos de transversalidad para visibilizar la salud en las agendas de los demás sectores e instituciones con el fin de alcanzar la máxima equidad en salud. Además, profundiza en cauces de participación ciudadana reales y eficaces y define los requisitos para la buena gobernanza por la salud.

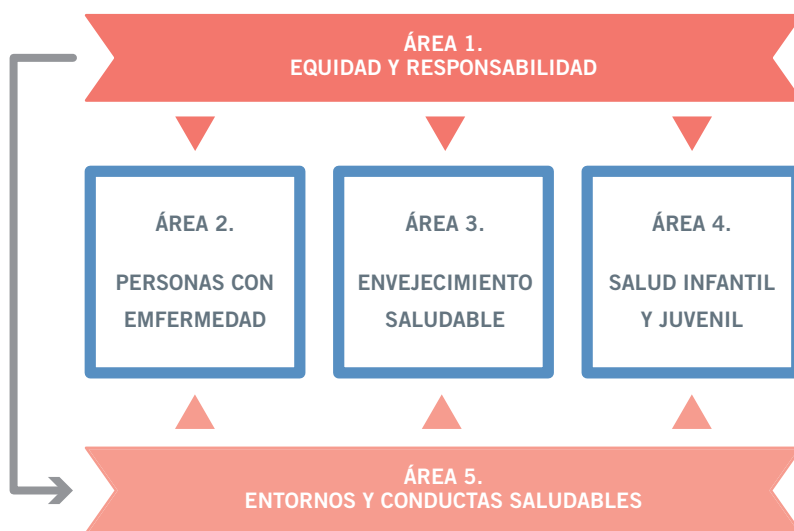
SEGUNDA ÁREA: *Intervenir sobre la población para disminuir la morbimortalidad y la dependencia de las enfermedades con mayor impacto en la población.* Se abordan los objetivos y acciones de los procesos asistenciales con visión integral, la atención a la cronicidad y a la dependencia, uso racional de medicamentos y deprescripción, la seguridad clínica y las situaciones terminales de la vida. Formula objetivos específicos para los problemas de salud más relevantes.

ÁREA TERCERA: *Promover el envejecimiento saludable.* Persigue favorecer el envejecimiento activo con intervenciones destinadas a mantener la autonomía de las personas. Propone mecanismos de valoración integral, gestión interdisciplinar, formación en el uso de las nuevas tecnologías y promueve el voluntariado y el mantenimiento de las personas en su entorno habitual.

ÁREA CUARTA: *Mejorar las condiciones y oportunidades de salud en la infancia y juventud.* Aborda las competencias de la infancia y juventud respecto de su salud para adoptar decisiones saludables y seguras.

ÁREA QUINTA: *Los entornos y los estilos de vida saludables mediante la colaboración intersectorial, el trabajo en lo local y en lo comunitario* (Figura 6).

Figura 6.
Conectividad e integración de las Áreas



Fuente: elaboración propia

5.1.

AREA PRIORITARIA 1: EQUIDAD Y RESPONSABILIDAD

INCORPORAR LA SALUD Y LA EQUIDAD EN SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y FORTALECER UN SISTEMA SANITARIO VASCO EQUITATIVO Y DE CALIDAD

META: REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES Y DE GÉNERO EN SALUD EN LA POBLACIÓN DE LA CAPV, MEJORANDO LA SITUACIÓN DE LOS GRUPOS MÁS DESFAVORECIDOS.

La esperanza de vida sigue teniendo un aumento progresivo en la población vasca. Sin embargo, los logros en la salud no han llegado por igual a todos los grupos sociales y, así, nos enfrentamos a la existencia de desigualdades sociales en salud que se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos que están social, económica, demográfica o geográficamente definidos²⁹.

Los factores que determinan la salud son múltiples y complejos, y los enfoques basados únicamente en la atención sanitaria se han mostrado insuficientes e incapaces para mejorar y promover la salud y la equidad en salud. Factores dependientes de acciones sectoriales ajenos al sanitario tienen un papel relevante en la salud comunitaria y esta realidad pone de manifiesto la necesidad de incorporar la salud en todas las políticas y combinar las actuaciones sanitarias individuales, en las que se centran principalmente los esfuerzos de los servicios de salud, con las actuaciones poblacionales, dirigidas a modificar las “causas de las causas” de la salud y la enfermedad. Ambos enfoques son necesarios y complementarios para promover la salud y prevenir la enfermedad en nuestra comunidad. Desde esta perspectiva se articulan las acciones de esta Área que pretenden reducir las inequidades en la salud de la población de la CAPV.

MAGNITUD Y DISTRIBUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

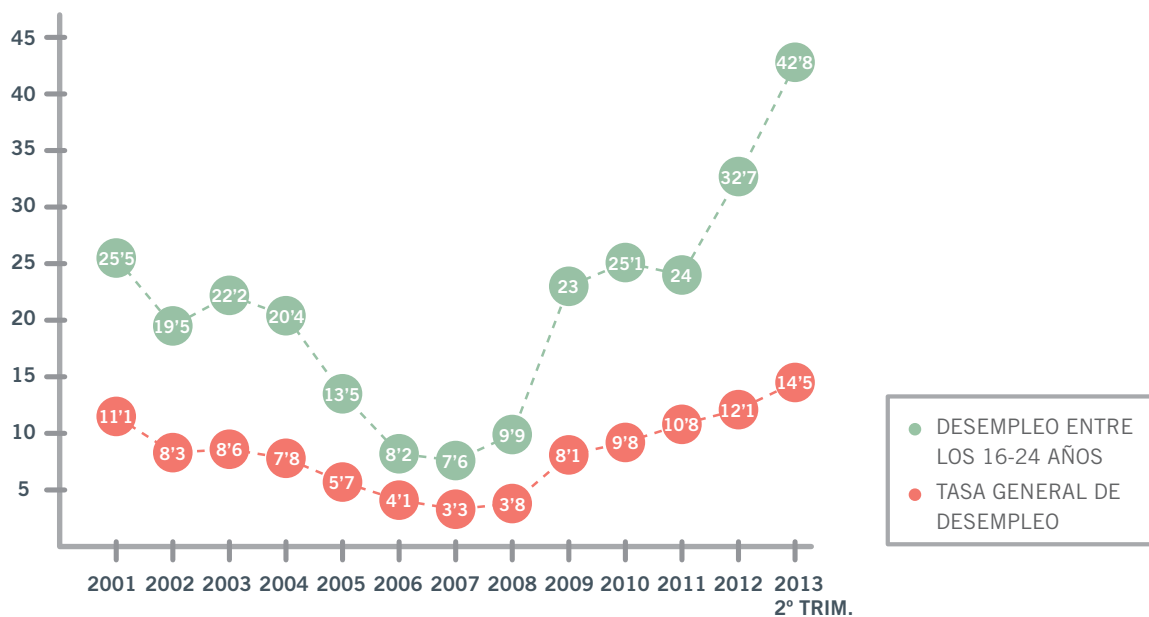
PRIVACIÓN SOCIAL Y SALUD

La disponibilidad económica y material de las familias y los hogares es uno de los determinantes sociales más importantes de la salud y de la calidad de vida de la población. La crisis económica en la que estamos inmersos aumenta el riesgo de precariedad y pobreza ligadas a la insuficiencia de ingresos, a la vez que puede suponer una amenaza para las cotas de salud y bienestar alcanzados durante los últimos años por la población vasca.

Según los datos de la encuesta de Pobreza y Desigualdad Social³⁰, la crisis económica se tradujo en un aumento del riesgo de pobreza en el periodo 2008-2012 (4,1% al 7,3% respectivamente), aumentando las situaciones más extremas de privación y poniendo de manifiesto algunas de las expresiones más graves de esta realidad, como son el aumento de hogares con problemas graves de alimentación, que pasa del 2,1% en 2008 al 3,1% en 2012.

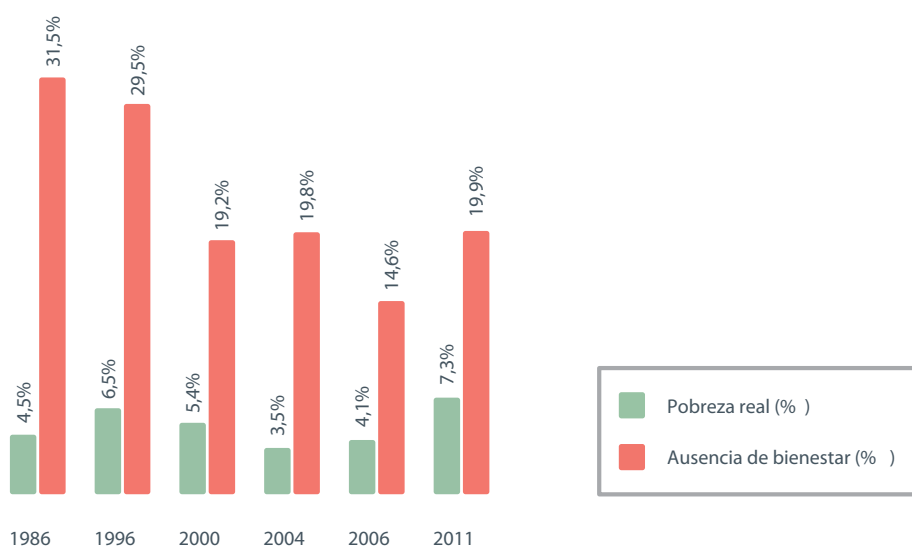
La pérdida de empleo aumenta en paralelo a la pobreza. La situación laboral, la calidad del empleo y, especialmente, la carencia de empleo son, igualmente, factores que afectan la salud. La población de la CAPV, tras reducir progresivamente las tasas de paro durante más de 15 años, ha experimentado un aumento del desempleo y un deterioro de la calidad del empleo en el último quinquenio. Esta realidad, además de repercutir negativamente en la esfera personal, familiar y social, aumenta la probabilidad de enfermar y morir prematuramente e incrementa el riesgo de inequidades en salud (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1.
Tasa de desempleo.
CAPV. 2001-2013



Fuente: Eustat, Encuesta de Población en Relación con la Actividad (PRA)³¹.

Gráfico 2.
Pobreza y ausencia
de bienestar social.
CAPV. 1986-2012



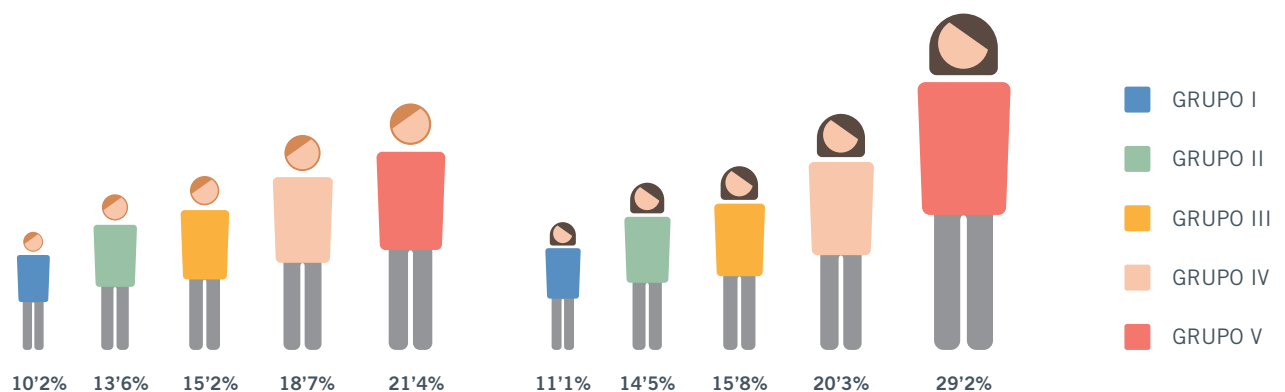
Fuente: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales³⁰.

DESIGUALDADES EN LA SALUD PERCIBIDA, EN LA DISCAPACIDAD Y EN LA EXPECTATIVA DE VIDA

La autovaloración de la salud es un indicador que refleja la apreciación que el individuo hace de su propia salud y es reconocido como un buen predictor de la morbilidad y mortalidad de la población.

Los datos de la ESCAV-2013 evidencian que las personas de la clase social más baja tienen una mayor prevalencia de mala salud percibida tanto en hombres como en mujeres, siendo estas diferencias mayores para estas últimas (Gráfico 3).

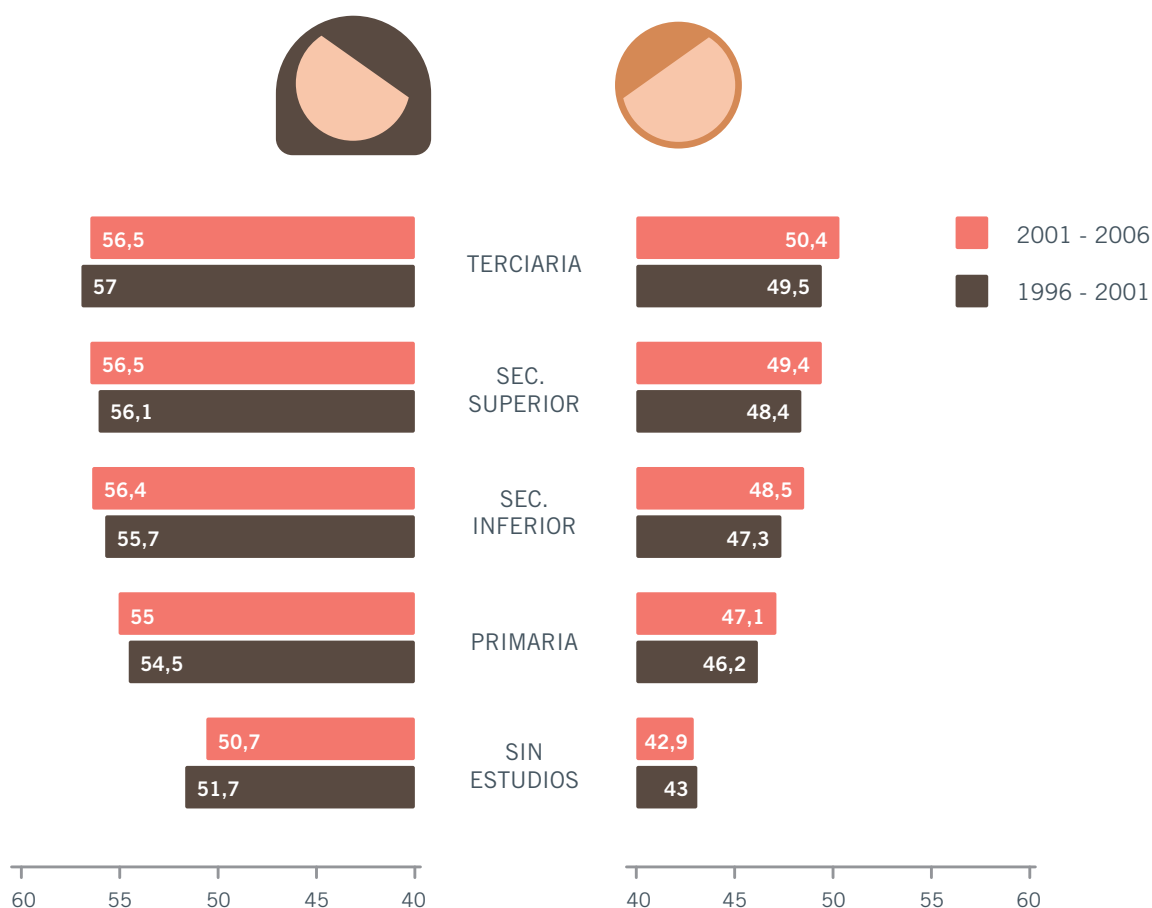
-
Gráfico 3.
Prevalencia de mala salud percibida por sexo y nivel socioeconómico (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

La esperanza de vida (EV) a los 30 años de edad es mayor para las mujeres que para los hombres, mayor a mayor nivel de estudios y mayor en el periodo 2001-2006 que en el 1996-2001. En el periodo 2001-2006 las “brechas” de desigualdad en EV a los 30 años entre personas sin estudios y las que tenían estudios superiores eran de 7,6 años en los hombres y 5,8 años en las mujeres, mayores que las correspondientes del periodo 1996-2001 (6,5 años en hombres y 5,3 años en las mujeres). (Gráfico 4).

Gráfico 4.
Evolución de la esperanza de vida a los 30 años de edad según el nivel de estudios.
CAPV. 1996-2001 y 2001-2006

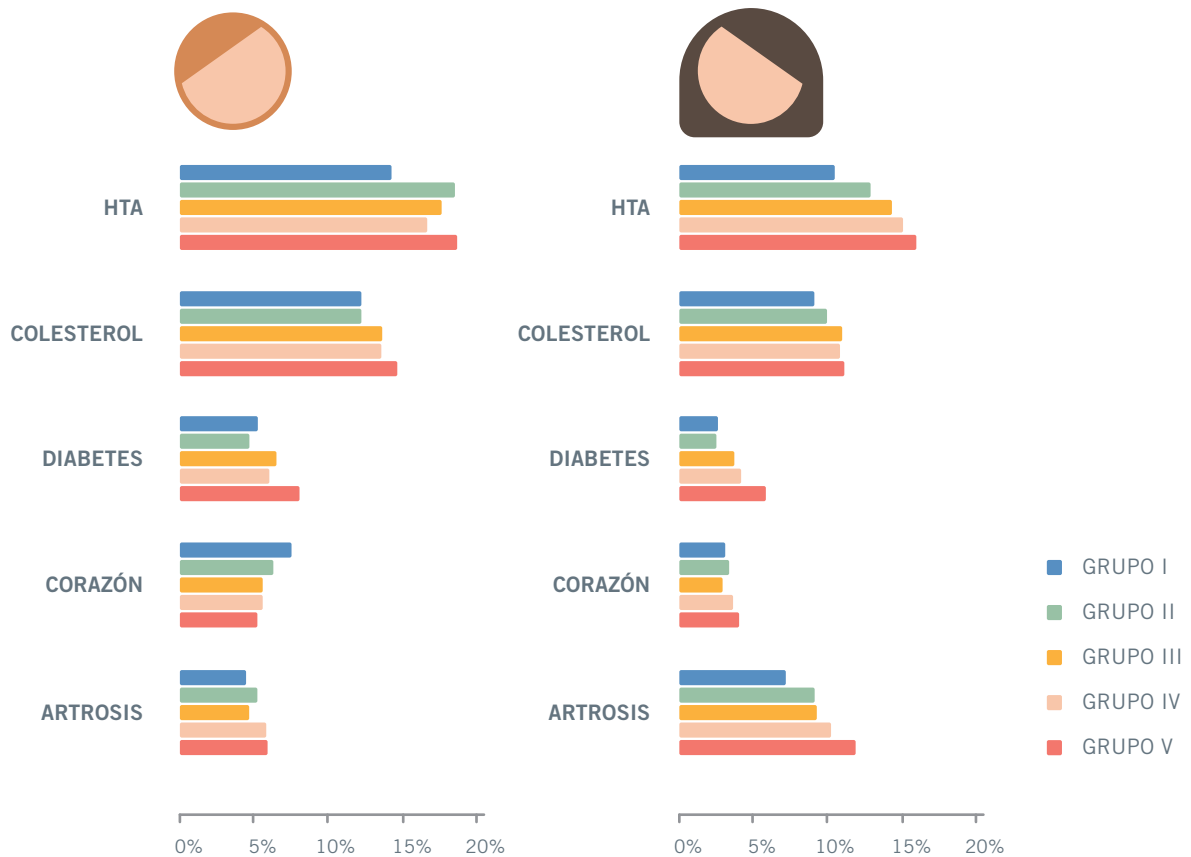


Fuente: Dpto. de Salud. Servicio de Estudios e Investigación sanitaria³²

DESIGUALDADES EN LA MORBILIDAD

Según la ESCAV-2013, con respecto a la prevalencia de problemas crónicos más frecuentes en la población, en los hombres se dieron desigualdades socioeconómicas con la hipertensión, los problemas relacionados con el colesterol, la artrosis y la diabetes, cuya frecuencia era mayor al descender en la escala social. En las mujeres las desigualdades económicas en los principales problemas crónicos mostraron un claro gradiente social, aumentando la prevalencia de dichos problemas al bajar en la escala social (Gráfico 5).

Gráfico 5.
Prevalencia de problemas crónicos por sexo y nivel socioeconómico (estandarizada por edad).
CAPV. 2013

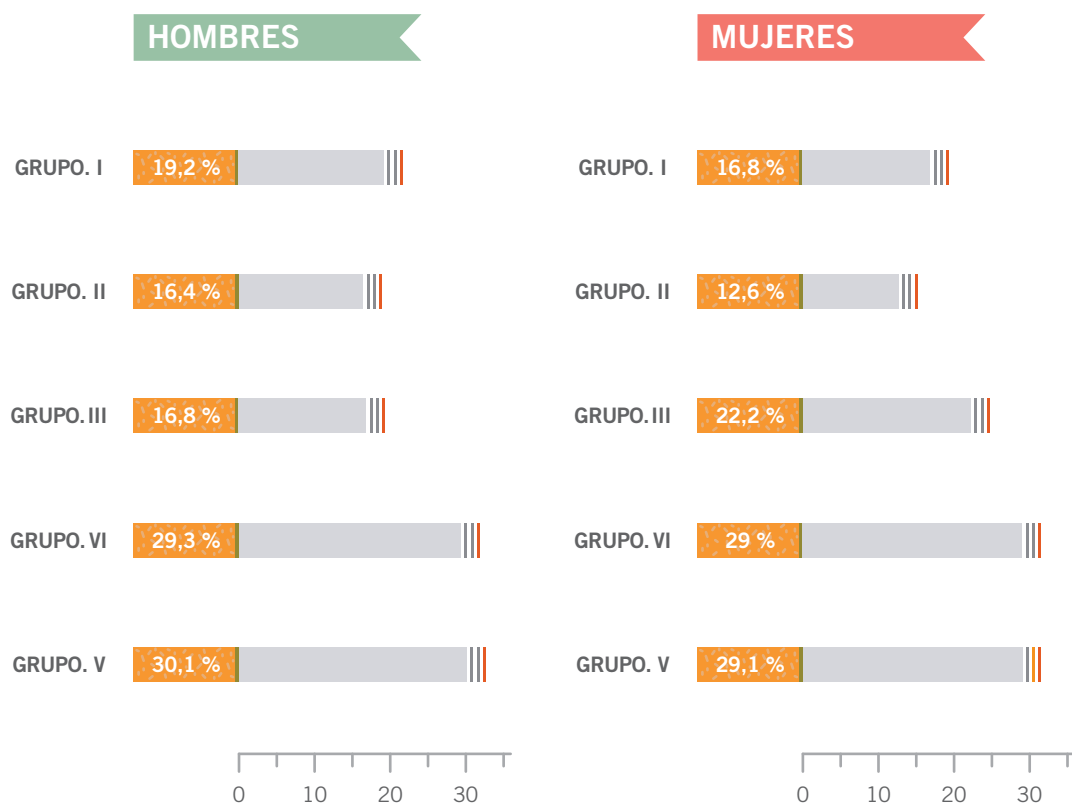


Fuente: ESCAV 2013

DESIGUALDADES EN HÁBITOS DE VIDA

Las desigualdades sociales en salud también pueden ser observadas con respecto a los hábitos de vida. Así, por ejemplo, entre los años 1997 y 2013, las personas de los grupos socioeconómicos más favorecidos presentaron una tendencia más fuerte de abandono del tabaquismo. En 2013 el consumo era mayor al descender el nivel socioeconómico, especialmente en el grupo de 15-44 años; en este grupo eran fumadores habituales el 19% de los hombres y el 17% de las mujeres del grupo social más favorecido frente al 30% y 29% de hombres y mujeres del grupo más desfavorecido (Gráfico 6). Entre 2002 y 2013 estas desigualdades han disminuido entre los hombres pero se mantienen entre las mujeres.

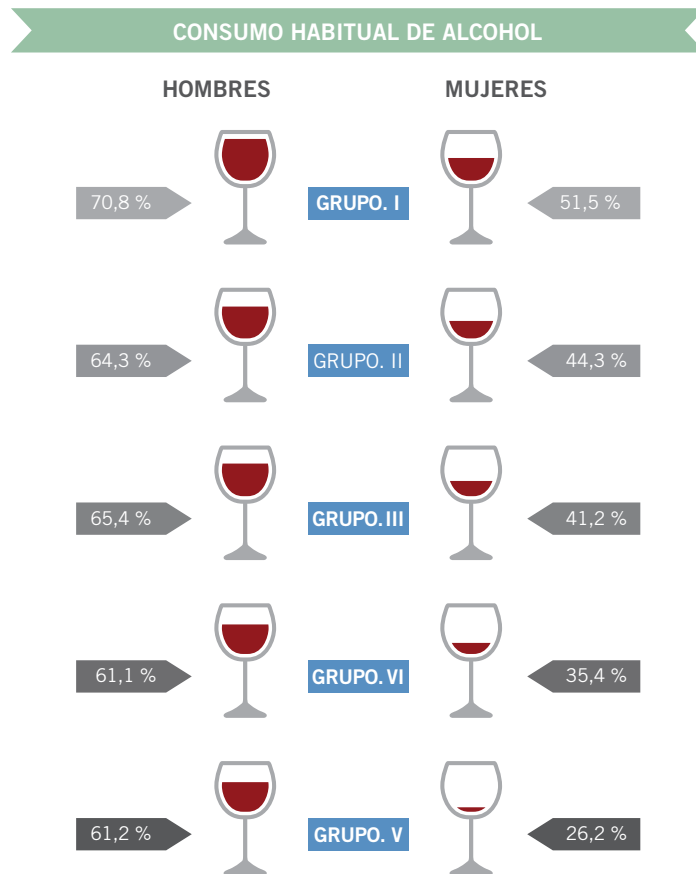
Gráfico 6.
Prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 a 44 años por clase social y sexo. (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

En relación al consumo habitual de alcohol, se observa una relación directa con el nivel socioeconómico, a mayor nivel social corresponde mayor consumo; estas desigualdades se dan en hombres y en mujeres por igual. (Gráfico 7)

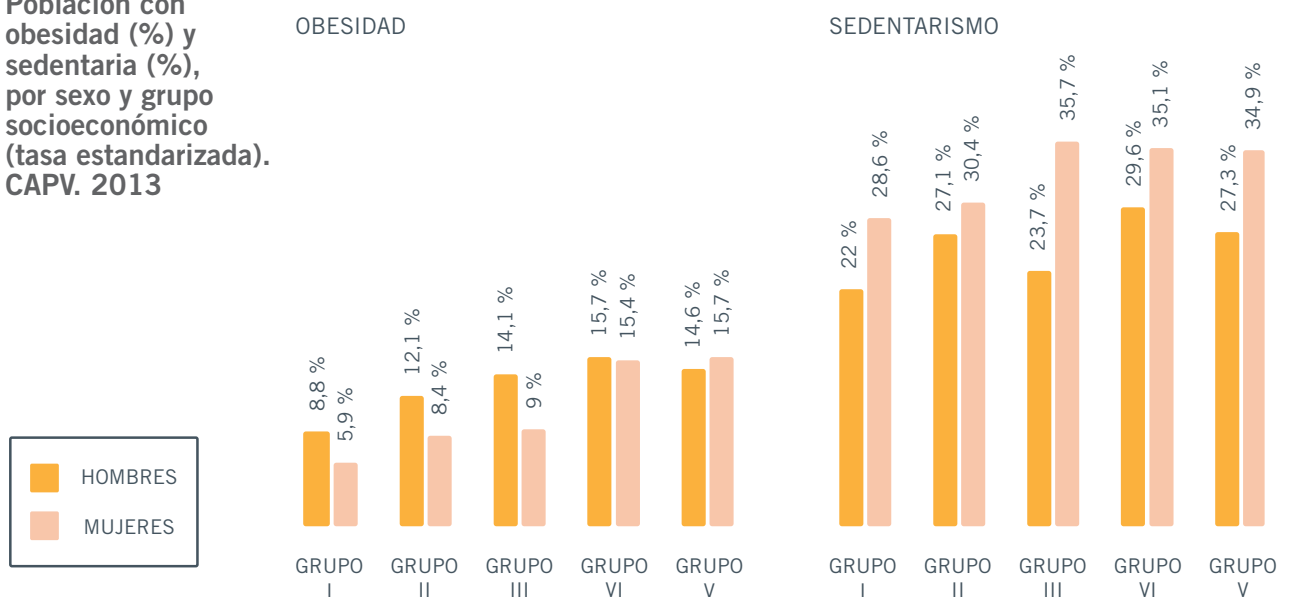
Gráfico 7.
Prevalencia de consumo
de alcohol por clase social
y sexo.
(estandarizada por edad).
CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

En obesidad, se mantuvieron las desigualdades existentes desde 1997. Las diferencias son más marcadas entre las mujeres. Las desigualdades se redujeron para el sedentarismo, que disminuyó, para el mismo periodo, con un mayor descenso en los grupos menos favorecidos. Los grupos más desfavorecidos son también más sedentarios en 2013, aunque las diferencias son menores que las observadas en obesidad. (gráfico 8).

Gráfico 8.
Población con
obesidad (%) y
sedentaria (%),
por sexo y grupo
socioeconómico
(tasa estandarizada).
CAPV. 2013



Fuente: ESCAV 2013

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 1.1.

SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

Alcanzar un compromiso interinstitucional que impulse la acción intersectorial como estrategia transversal del gobierno, dirigida a hacer que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto del gobierno y de todas las políticas públicas (Salud en Todas las Políticas).

ACCIONES

1.1.1 Crear y poner en marcha de la Comisión Directora del Plan de Salud de carácter interdepartamental e interinstitucional, presidida por el Lehendakari, desde la que se impulsará la acción intersectorial y cuyas funciones serán:

1.1.1.1. Velar por la concreción y aplicabilidad desde la corresponsabilidad de los compromisos recogidos en este Plan de Salud, relativos al marco competencial de los Departamentos del Gobierno Vasco, así como de las Diputaciones y entes locales.

1.1.1.2. Identificar y concretar políticas públicas con mayor impacto potencial sobre la equidad en salud, proponer acciones para reducir las desigualdades en todo el gradiente social y procurar los recursos necesarios para acometerlas, así como los mecanismos para evaluarlas.

1.1.2 Constituir y poner en marcha el Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas liderado por el Departamento de Salud y con participación de todos los sectores, cuyo fin será asistir a la Comisión Directora del Plan de Salud mediante las siguientes funciones:

1.1.2.1. Apoyar y asesorar la elaboración y seguimiento de planes sectoriales, para que incluyan los principios de Salud en todas las Políticas y orientarlos hacia los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Para ello:

- Sensibilizar y capacitar a agentes gubernamentales y no gubernamentales de los ámbitos autonómico, territorial y municipal en los principios de la estrategia de Salud en Todas las Políticas y su desarrollo.
- Emitir un informe bienal de validación y de compromiso con el Plan de Salud desde cada uno de los sectores implicados.

1.1.2.2. Promover la evaluación del impacto en la salud (EIS) y en la equidad en salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario. Desarrollar y sistematizar la metodología EIS como herramienta a aplicar a los planes e intervenciones sectoriales.

1.1.2.3. Evaluar el Plan de Salud y elaborar el informe anual de resultados que será elevado a la Comisión Directora del Plan de Salud.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Constitución y puesta en marcha de la Comisión Directora del Plan de Salud y del Comité Técnico de Salud en todas las Políticas	Dic 2013 / marzo 2014	Gobierno Vasco Dpto. de Salud
Validación de compromiso de los sectores con el Plan de Salud	Informe 1º en 2016	Gobierno Vasco
Informe de desigualdades sectoriales	Informe 1º en 2016	Dpto. de Salud
Informe anual de validación del Plan de Salud	Informe 1º en 2015	Dpto. de Salud

OBJETIVO 1.2.

EQUIDAD

Fortalecer la equidad en el Sistema de Salud de Euskadi

ACCIONES

1.2.1 Incluir la perspectiva de equidad de forma sistemática en todos los planes e intervenciones del sistema sanitario y de salud pública, lo que implica:

- primar la asignación de recursos dirigidos a los grupos sociales con mayor desventaja social y de salud.
- evaluar el impacto en la salud y en la equidad en salud de las políticas sanitarias, de los cambios en los modelos de financiación sanitaria y de los modelos organizativos de los servicios de salud, a través de metodologías como la Auditoría de Equidad en Salud.

1.2.2. Incorporar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en los servicios de vigilancia, promoción y protección de la salud y asistenciales.

1.2.3. Incorporar como prioritarios en las políticas sanitarias los problemas de salud que involucran a los grupos de población más afectados por la desigualdad social (por clase social, género, país de origen, discapacidad, etc.).

1.2.4. Garantizar la accesibilidad universal a los servicios sanitarios, la continuidad de los cuidados y la atención integral de calidad para todas las personas que viven en Euskadi, eliminando los obstáculos que generan a determinados colectivos o grupos de personas desventajas o dificultades en el acceso a los cuidados de salud, como:

- barreras físicas y de transporte por la diversidad funcional de las personas
- barreras de género
- barreras por estigma social producido por determinadas enfermedades y trastornos.
- barreras sociales, culturales y económicas.

1.2.5. Potenciar la asistencia en el nivel de menor complejidad y más próximo al domicilio, específicamente la Atención Primaria como nivel asistencial que garantiza la accesibilidad al sistema sanitario y disminuye las inequidades en salud.

1.2.6. Desarrollar y potenciar la acción comunitaria en salud mediante intervenciones de salud poblacional con la participación y protagonismo de todos los agentes del ámbito local.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Razón gasto corriente en Atención Primaria (asistencia sanitaria ambulatoria) / gasto corriente total en salud.	20% (2011)	>25%	Eustat - Cuenta de la Salud
Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) (años)	Hombres: 69,3 Mujeres: 73,1 (2013)	Hombres: ↑5% Mujeres: ↑5%	ESCAV
Desigualdades sociales en esperanza de vida a los 30 años ^b	Hombres: 14% Mujeres: 9% (2001-2006)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓5%	Dpto. de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria
Desigualdades en el acceso a los servicios de salud (listas de espera quirúrgica)	--	Reducción progresiva	Osakidetza
Desigualdades en mala salud percibida por nivel social en cada sexo	IRD hombres: 2,40 IRD mujeres: 2,55 (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓20%	ESCAV

b. Diferencia entre la esperanza de vida en el extremo más bajo de la escala social (percentil 1) respecto a la del extremo más alto (percentil 100). Medida calculada 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.

OBJETIVO 1.3.

DETERMINANTES ESTRUCTURALES E INTERMEDIOS

Apoyar el desarrollo de políticas públicas que actúen sobre los determinantes estructurales e intermedios que inciden en la salud y en las inequidades en salud.

ACCIONES

1.3.1 La Comisión Directora del Plan de Salud promoverá intervenciones que fortalezcan la cohesión y el bienestar social para generar salud y aumentar la equidad en salud:

- políticas redistributivas y de protección social; acceso universal a una educación pública y de calidad desde la primera infancia; acceso a vivienda digna y adecuada; transporte activo; urbanismo inclusivo
- medidas para mejorar la seguridad y reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo
- medidas e iniciativas para mejorar el empleo y las condiciones de trabajo
- medidas e iniciativas reguladoras de las modalidades de trabajo y horarios laborales, escolares y de ocio, que permitan avanzar en la conciliación de la vida personal, familiar y laboral

1.3.2. El Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas elaborará las propuestas de intervención coordinada para fortalecer la cohesión y el bienestar social en:

1. vigilancia integrada y coordinada de los riesgos ambientales
2. vigilancia de la seguridad alimentaria

3. planificación de la movilidad urbana y el transporte público, facilitando alternativas saludables como desplazamientos a pie y en bicicleta

4. desarrollo de espacios con equipamientos de actividad física, interiores y exteriores de acceso universal

5. promoción del uso compartido de los espacios públicos con criterios de aprovechamiento intergeneracional y adaptados a los colectivos más vulnerables: mayores, niñas y niños, personas con discapacidad

6. diseño y ejecución de la ciudad de forma integradora para su uso por parte de todas las personas mediante la inclusión de la perspectiva de género. Urbanismo seguro e inclusivo, mapas de análisis urbanísticos para la detección de “puntos negros”

7. condiciones de trabajo y conciliación de la vida familiar y laboral

8. medidas educativas inclusivas

9. protección social y redistribución de los recursos

10. medidas contra el estigma por trastorno mental

11. sensibilizar sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud a la población general y a profesionales de todos los sectores incluyendo el sector de la salud

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de paro juvenil (16-24 años)	Hombres: 35,1% Mujeres: 30,4% (2012)	15%	Eustat. PRA
Riesgo de pobreza. Índice de Gini ^c de renta personal	0,533 (2009)	↓5%	Eustat. Estudio Renta personal y familiar
Hogares en situación de pobreza real según persona de referencia	Hombres: 3,7% Mujeres: 11,1% (2012)	↓10%	Dpto. Empleo y Políticas Sociales. Encuesta de pobreza y desigualdades sociales 2012
Tasa de población sin hogar	Hombres: 1,6% Mujeres: 0,4% (2012)	↓10%	Eustat. Encuesta de personas sin hogar
Abandono escolar prematuro ^d (18-24 años)	Hombres: 8,3% Mujeres: 7,1% (2012)	↓10%	Eustat. La población en relación con la actividad

c. Índice de Gini: es un indicador de desigualdad, es un número entre 0 y 1. El 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno).

d. Abandono escolar prematuro: Porcentaje de población que ha completado como máximo la primera etapa de la educación secundaria y no sigue ningún estudio o formación. Eustat

OBJETIVO 1.4.

PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO

Potenciar la participación y el empoderamiento de las personas atendiendo a las diferencias de género y a la diversidad de colectivos y situaciones, desarrollando estrategias de empoderamiento diferenciadas para mujeres y hombres.

ACCIONES

1.4.1 Actualizar la “Carta de Derechos y Deberes de pacientes y personas usuarias” del sistema vasco de salud.

1.4.2 Desarrollar una estrategia de empoderamiento dirigida a las personas enfermas y sus familiares, en especial a aquellas pertenecientes a colectivos más vulnerables. Estas estrategias atenderán las diferencias de género.

1.4.3 Desarrollar Osasun Eskola (Escuela de Pacientes)^e para potenciar la autonomía de la persona enferma y promover los hábitos saludables en las personas cuidadoras y ciudadanía.

1.4.4 Establecer marcos e instrumentos de colaboración con las asociaciones de pacientes y con el tercer sector, promoviendo la corresponsabilidad de las mismas en su relación con el sistema sanitario. Impulso a las asociaciones de pacientes para que desarrollen actividades y herramientas destinadas a compartir el conocimiento e inquietudes sobre sus patologías, mediante la formación, la supervisión y la implicación en sus actividades.

1.4.5 Desarrollar en el ámbito escolar programas de prevención y sensibilización de la población joven sobre hábitos de vida saludables, frente a la violencia y especialmente la violencia de género y de iguales. Así mismo, impulsar el fomento de actitudes no estigmatizantes de la enfermedad mental.

1.4.6 Articular y fortalecer la participación comunitaria mediante los instrumentos existentes (Consejo de Sanidad), y establecer nuevos mecanismos para la participación de la población en las fases de planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud y de las intervenciones comunitarias de promoción de la salud, en todos los ámbitos.

1.4.7 Incorporar la perspectiva de género en todos los programas de formación dirigidos al personal de salud.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Consejo de Sanidad activos y operativos	2 reuniones/año	Dpto. de Salud
Participantes en Osasun Eskola-Escuela de pacientes ^e según patologías priorizadas (%)	>50%	Osakidetza-Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad
Revisar y publicar la nueva Carta de derechos y deberes de pacientes y personas usuarias del sistema vasco de salud	Sí en 2015	Dpto. de Salud

e. Osasun Eskola-Escuelas de pacientes: recurso del Departamento de Salud y Osakidetza cuya misión es facilitar y proveer información y formación que permitan adquirir conocimientos y habilidades en la gestión de la enfermedad y en la promoción de la salud de pacientes, personas cuidadoras y ciudadanía.

OBJETIVO 1.5.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Potenciar la prevención y tratamiento de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre todos los sectores implicados.

ACCIONES

1.5.1 Impulsar los mecanismos para la prevención, detección temprana, abordaje y seguimiento de la violencia contra las mujeres.

1.5.2. Mejorar la coordinación sanitaria y socio-sanitaria en la atención a niñas y mujeres víctimas de violencia.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Creación de la Unidad Administrativa de impulso y coordinación de las políticas de igualdad de Osakidetza ^f	2015	Osakidetza

OBJETIVO 1.6.

MONITORIZACIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Promover y desarrollar la monitorización e investigación sobre desigualdades en salud.

ACCIONES

1.6.1 Crear el Observatorio de Salud como órgano de investigación, análisis y comunicación que trabajará sobre los factores determinantes de la salud y las desigualdades en salud, con perspectiva de género. Elaborará informes periódicos de desigualdades sociales en salud en CAPV, con recomendaciones y propuestas de intervención.

1.6.3. Incorporar en todos los sistemas de información sanitarios variables de estratificación social que permitan analizar las desigualdades sociales en el estado de salud, en los determinantes de la salud y en la utilización y calidad de los servicios de salud.

1.6.2. Valorar como criterio de calidad la incorporación de la perspectiva de la equidad en salud, de género e intersectorial en los proyectos de investigación sobre salud y uso de servicios sanitarios y sociosanitarios financiados desde el Departamento de Salud y desde otras instituciones.

INDICADORES	OBJETIVO 2020	FUENTE
Creación del Observatorio Vasco de Salud	2015	Dpto. de Salud
Incorporación de variables de estratificación social en los sistemas de información sanitaria	2016	Dpto. de Salud Osakidetza
Informe de desigualdades sociales en salud	2015	Dpto. de Salud

f. Esta Unidad Administrativa figura en el Decreto 213/2007 de 17 de noviembre y su cometido es encargarse del impulso y coordinación de las políticas de igualdad en Osakidetza.

OBJETIVO 1.7.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Impulsar la investigación e innovación como generadoras de conocimiento al servicio de la mejora de la salud y de la calidad, eficacia y eficiencia del sistema de salud.

ACCIONES

1.7.1 Fomentar y financiar la investigación (básica, clínica, epidemiológica, trasnacional, en servicios sanitarios...etc) en torno a:

- Las causas de los procesos patológicos y su detección y tratamiento, incluyendo la incorporación de paradigmas como la medicina personalizada o de precisión.
- La evidencia y las causas de las desigualdades en salud
- La efectividad de las intervenciones en salud, incluida la atención sanitaria.

1.7.2. Promover la rápida implementación de los resultados de investigación a la aplicación en pacientes.

1.7.3. Diseñar un plan de innovación del Sistema Vasco de salud.

1.7.4. Desarrollar y consolidar mecanismos de apoyo e impulso a la innovación e investigación (formación, espacios de innovación y creatividad, redes de conocimiento, etc.)

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Publicaciones indexadas	722 (2011)	↑40%	Bioef

5.2.

AREA PRIORITARIA 2: PERSONAS CON ENFERMEDAD

INTERVENIR SOBRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD Y LA DISCAPACIDAD DE LAS ENFERMEDADES

Esta segunda Área incluye los objetivos y las acciones curativas, rehabilitadoras y paliativas dirigidas a las personas con las siguientes patologías: cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos mentales, enfermedades transmisibles, entre ellas las de transmisión sexual, enfermedades raras, enfermedades neurodegenerativas y enfermedades osteoarticulares y reumatológicas. Se tiene especialmente en cuenta la carga de enfermedad producida por la multimorbilidad, los procesos crónicos y las situaciones de dependencia. También aborda los aspectos específicos de pacientes con polimedicación, las medidas de seguridad clínica, el personal trabajador con enfermedades profesionales y la atención a pacientes en situación terminal y/o en cuidados paliativos.

La atención integrada es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados en salud, mediante la integración de los procesos

asistenciales y teniendo a la persona enferma como eje de la atención. Los objetivos y acciones de esta Área resaltan los elementos siguientes: a/ la ruta asistencial como concreción del proceso asistencial con visión integradora; b/ la coordinación de niveles asistenciales para el buen servicio a la persona y c/ los procesos de rehabilitación personalizados y en el entorno habitual de las personas enfermas, cuando sea posible.

Según la ESCAV 2013, casi la quinta parte de la población (21,7% de los hombres y 12,9% de las mujeres) no realizó ninguna consulta médica en el último año. Aproximadamente la tercera parte de la población visitó la consulta médica una o dos veces al año, algo más de otro tercio consultó entre tres y nueve veces en el año y uno de cada 10 acudió a la consulta diez o más veces. Este grupo de personas, denominado de «grandes frecuentadores», se corresponde con un tamaño poblacional cercano a 224.000 personas. (Tabla 1).

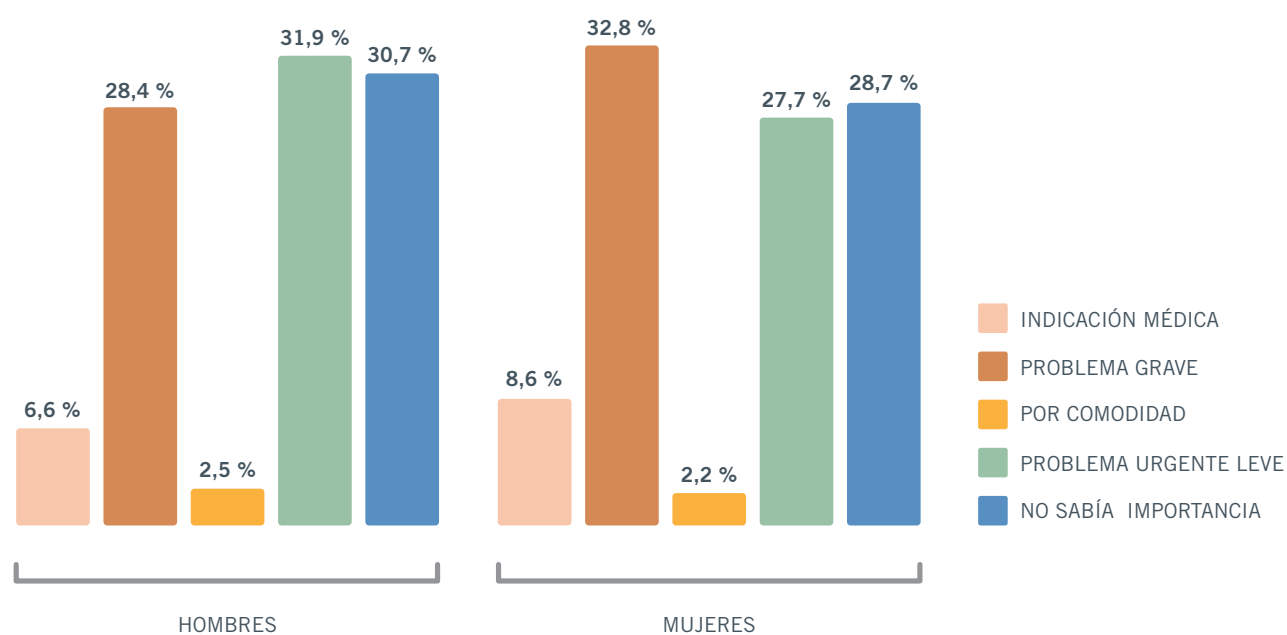
-
Tabla 1.
Población (%) según número de consultas al médico/a en el último año.
CAPV. 2013

Nº DE CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
Ninguna	21,7	12,9	17,2
Una o dos	34,5	32,8	33,6
Tres a nueve	35,6	42,9	39,3
Diez y más	8,2	11,4	9,9
Total	100	100	100

Fuente: ESCAV 2013

Aproximadamente el 30% de las personas que acudieron a los servicios de urgencia consideró que tenía un problema de salud leve que necesitaba atención inmediata; 30% creía tener un problema de salud grave; 30% desconocía la importancia de su problema; 2% consideró que aunque su problema era leve, era más cómodo ir a urgencias y un 8% acudió a urgencias por indicación médica (Gráfico 9).

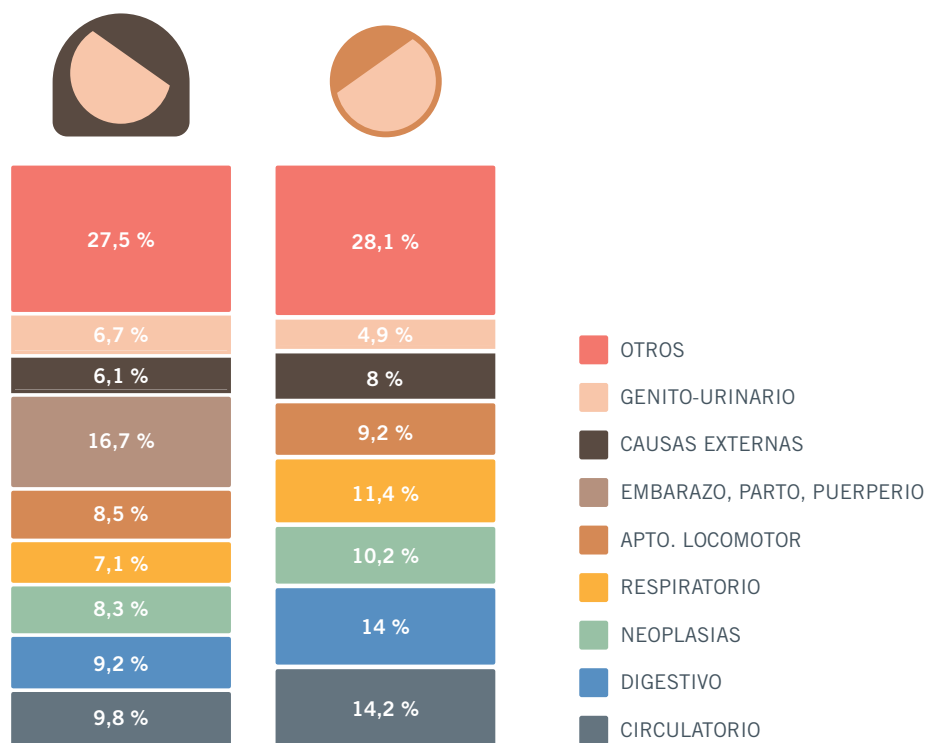
Gráfico 9.
Distribución de los motivos de consulta a los servicios de urgencia según la gravedad percibida.
CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

Los datos del registro de Altas hospitalarias del CMBD indican que el número de altas registradas en los hospitales públicos y privados de la CAPV en el año 2011 fue un 1,6% mayor que en 2010. Tal como se observa en el gráfico 10, en la que se describe la morbilidad proporcional según grandes grupos diagnósticos, las enfermedades del aparato circulatorio, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio son las causas más frecuentes de alta en hombres; los ingresos relacionados con embarazo, parto y puerperio son los más frecuentes entre las mujeres, seguidos de las enfermedades del aparato circulatorio y las del aparato digestivo.

Gráfico 10.
Altas hospitalarias (%) por grandes grupos diagnósticos y por sexo. Hospitales de agudos públicos y privados. CAPV. 2011

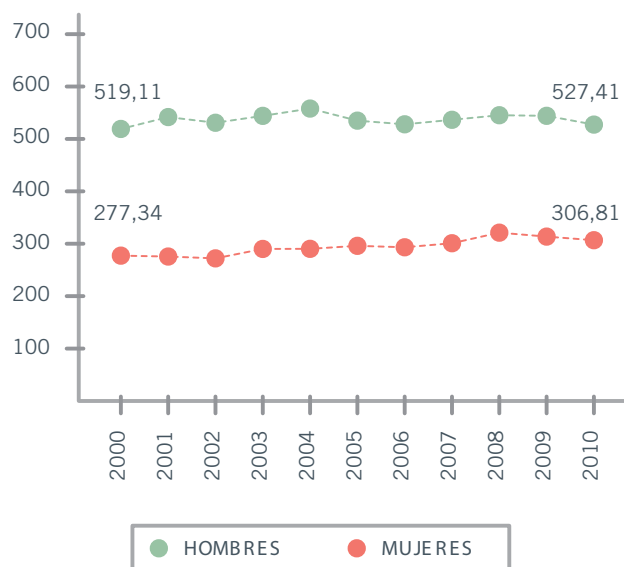


Fuente: Registro de altas hospitalarias de la CAPV 2011

CÁNCER

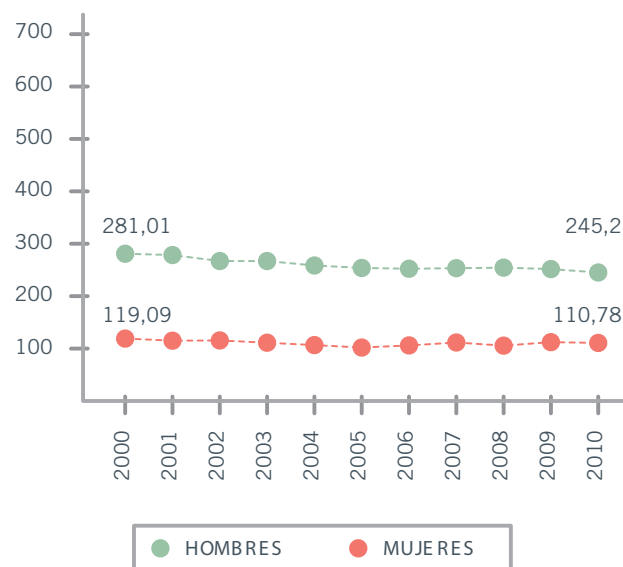
En 2010 el cáncer fue la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. La incidencia fue de 711,59 por 100.000 hombres y 456,60 por 100.000 mujeres; la tasa de mortalidad por cáncer fue de 354,52 por 100.000 hombres y 204,09 por 100.000 mujeres. La incidencia estandarizada a la edad de la población europea presenta una tendencia ligeramente ascendente entre 2000 y 2010, a un ritmo de 0,2% anual en los hombres y 1,1% anual en las mujeres (Gráfico 11). La mortalidad por cáncer disminuyó un 1,5% anual en hombres y 0,7% anual en mujeres en este periodo (Gráfico 12).

Gráfico 11.
Tasa de Incidencia estandarizada de tumores malignos. CAPV. 2000-2010.



La incidencia de cáncer en menores de 65 años fue, en hombres, 297,22 y en mujeres 253,27 por 100.000. La mortalidad fue de 113,97 en hombres y de 68,47 por 100.000 en mujeres.

Gráfico 12.
Tasa de Mortalidad estandarizada de tumores malignos. CAPV. 2000-2010.



Población de referencia europea

Fuente: Registro de mortalidad y Registro de cancer de la CAPV

La localización más frecuente de cáncer en mujeres fue la mama, con una tasa de incidencia de 126,57 por 100.000 y tasa de mortalidad de 27,95 por 100.000 en el año 2010. La tasa de incidencia estandarizada a la edad de la población europea aumentó un 1,5% anual y la mortalidad disminuyó el 2,5% anual entre 2000 y 2010. La segunda localización más frecuente en mujeres fue colon y recto, con tasa de incidencia de 65,72 por 100.000 y de mortalidad de 25,60 por 100.000; las tasas estandarizadas muestran tendencia ascendente en la incidencia (1,7% anual) y descendente en la mortalidad (1,4% anual). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el cuarto lugar en incidencia y tercer lugar en la mortalidad por cáncer en mujeres en la CAPV; la incidencia estandarizada muestra un aumento de 7,9% anual y la mortalidad del 7,7% anual entre 2000 y 2010.

El cáncer que mayor mortalidad produce entre los hombres es el de tráquea, bronquios y pulmón; su incidencia en 2010 fue de 97,38 por 100.000 y la mortalidad de 82,28 por 100.000. A diferencia de lo que sucede en las mujeres, la incidencia estandarizada descendió 1,0% y la mortalidad 0,8% anual entre 2000 y 2010. La segunda localización más frecuente entre los hombres fue colon y recto, con tasa de incidencia de 123,99 por 100.000 y de mortalidad de 51,90 por 100.000 en 2010. La incidencia estandarizada aumenta un 3,3% anual y la mortalidad 1,1% anual entre 2000 y 2010. El cáncer de próstata fue el más frecuente (149,85 por 100.000) y el tercero en causa de muerte (31,99 por 100.000) en 2010. La incidencia estandarizada aumenta un 1,7% anual y la mortalidad, por el contrario, desciende un 2,0% anual entre 2000 y 2010.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y hospitalización, junto con los tumores. La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio se redujo, desde 2000 a 2010, en un 3,7% en hombres y un 4,1% en mujeres. La cardiopatía isquémica fue la primera causa de mortalidad en hombres (tasa: 89,17/100.000) y la enfermedad cerebrovascular la primera en mujeres (tasa: 70,77/100.000) en el año 2010.

Según datos del registro de estratificación de crónicos de 2011, la prevalencia de HTA era de 18,7% en hombres y 19,4% en mujeres; la prevalencia de cardiopatía isquémica era de 2,9% en hombres y 1,2% en mujeres; la frecuencia de enfermedad cerebrovascular era de 2,0% en hombres y 1,9% en mujeres²⁸.

DIABETES MELLITUS

En el año 2000 se estimó la prevalencia de diabetes tipo 2 en la población mayor de 24 años de la CAPV en el 4,6% y la incidencia de 5 casos por 1.000 habitantes³³. Datos más recientes del registro de estratificación de crónicos 2011 estiman que el 6,4% de los hombres y 5,3% de las mujeres de la CAPV padece diabetes conocida²⁸. La ESCAV 2013 muestra que la prevalencia ha aumentado en los mayores de 64 años, especialmente en los hombres de 65-74 años (Tabla 2).

-
Tabla 2.
Prevalencia de diabetes por edad y sexo. CAPV. 2002-2013

	HOMBRES			MUJERES		
	2002	2007	2013	2002	2007	2013
0-14	-	-	-	-	0,4	0,4
15-24	0,5	0,1	-	0,1	0,2	0,4
25-44	0,8	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5
45-64	3,7	5,9	7,2	3,1	3,5	4,3
65-74	11,5	11,3	18,9	8,1	9,8	12,3
>=75	12,2	14,1	19,6	9,7	9,9	15,2

Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV 2013.

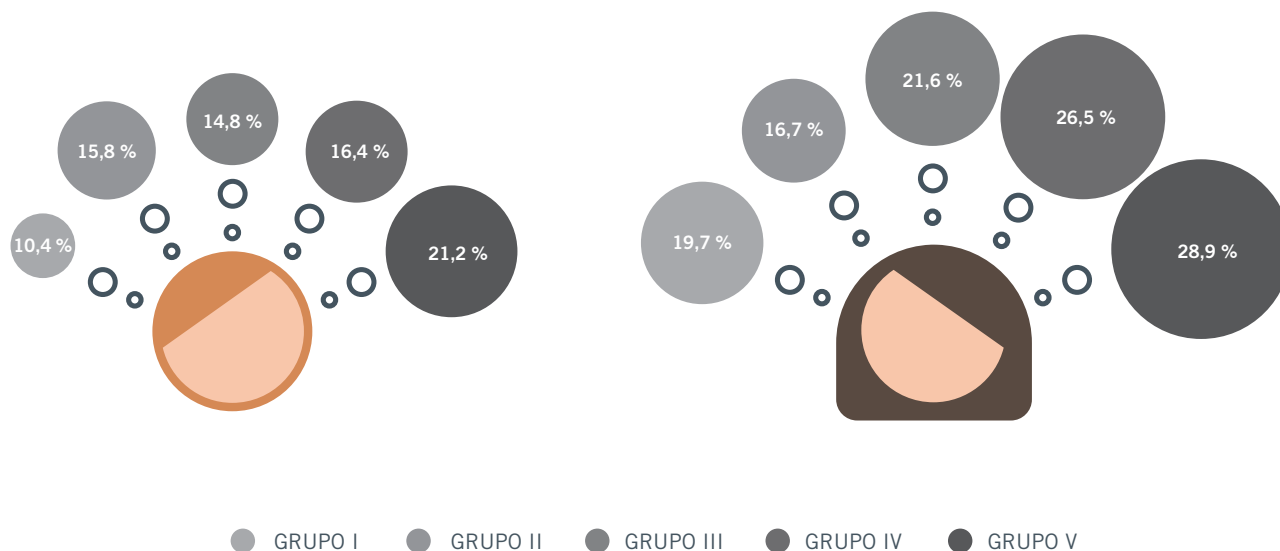
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la CAPV en 2011²⁸ era de 3,0% en hombres y 1,5% en mujeres; la prevalencia de asma era de 2,7% en hombres y 2,9% en mujeres. La tasa de frecuentación hospitalaria por EPOC en 2011 fue de 11,61 por 1.000 en hombres y 2,46 por 1.000 mujeres; la frecuencia de reingresos es del 24%. La mortalidad por EPOC en 2010 fue de 50,11 por 100.000 en hombres y 25,51 por 100.000 mujeres.

SALUD MENTAL

El 24,3% de las mujeres y el 15,5% de los hombres presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión en 2013. Esta prevalencia fue mayor a mayor edad, sobre todo a partir de los 45 años. La prevalencia de ansiedad y depresión aumentaba al descender en la escala social, de manera que el 19,7% de las mujeres y el 10,4% de los hombres del grupo más favorecido presentaron síntomas de ansiedad y depresión frente al 28,9% de las mujeres y el 21,2% de los hombres del menos favorecido (Gráfico 13).

Gráfico 13.
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por clase social y sexo (estandarizada por edad).
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV 2013.

PLURIPATOLOGÍAS

Según datos del registro de estratificación de crónicos de la CAPV de 2011 el 21,2% de los hombres y 25,9% de las mujeres presentaban dos o más patologías crónicas²⁸.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 2.1.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL, INTEGRADA Y CENTRADA EN LAS PERSONAS

Impulsar una asistencia sanitaria basada en una visión integral, integrada y centrada en la persona enferma, especialmente en pacientes con cronicidad y pluripatología, y asegurar una atención continuada, personalizada, eficiente y basada en la evidencia científica.

ACCIONES

2.1.1. Promover la continuidad asistencial mediante vías clínicas asistenciales^g para las enfermedades más prevalentes.

2.1.2. Impulsar la elaboración y utilización de guías de práctica clínica.

2.1.3. Mejorar las competencias profesionales mediante la capacitación profesional y desarrollo de nuevos roles, incluyendo los procesos de formación pre y post grado.

2.1.4. Promover nuevas herramientas de atención, como entornos virtuales y consultas no presenciales.

2.1.5. Favorecer el cuidado del paciente en su entorno habitual, respetando en todo caso su voluntad o preferencia.

2.1.6. Desarrollar estrategias y mecanismos (formación, acceso a consultas...) dirigidos a minimizar el impacto del cuidado de los enfermos/as en la salud de los cuidadores o cuidadoras informales.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Despliegue de vías clínicas asistenciales en las Organizaciones Asistenciales Integradas	--	100%	Osakidetza - Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad
Plan de formación para personas cuidadoras en las patologías priorizadas	--	2016	Dpto. de Salud Dpto. Empleo y Políticas Sociales Osakidetza

g. También llamadas rutas asistenciales

OBJETIVO 2.2.

USO ADECUADO DE FÁRMACOS

Fomentar el uso adecuado de fármacos a través de una actuación coordinada/integrada entre Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Farmacias, en especial para pacientes con polimedicación y para aquellos medicamentos que requieren un seguimiento especial.

ACCIONES

2.2.1. Desarrollar un proceso de prescripción compartida hospital-primaria-farmacia, que fomente la adherencia al tratamiento, el uso seguro de fármacos y que esté basado en guías de práctica clínica.

2.2.2. Potenciar la deprescripción y seguimiento de interacciones en pacientes con polimedicación.

2.2.3. Incentivar la formación continuada de profesionales sanitarios no financiada por las industrias de productos y servicios sanitarios.

2.2.4. Desarrollar programas de vigilancia antimicrobiana y de resistencias a antibióticos.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Proceso de prescripción compartida instaurado	--	2015	Dpto. de Salud Osakidetza
Programa de vigilancia antimicrobiana y resistencias	--	2015	Dpto. de Salud Osakidetza

OBJETIVO 2.3.

SEGURIDAD CLÍNICA

Promover el máximo nivel posible de seguridad clínica en la provisión de la asistencia sanitaria.

ACCIONES

2.3.1. Implantar sistemas de información y notificación de incidentes.

2.3.2. Impulsar programas destinados a mejorar el nivel de seguridad clínica en el ámbito asistencial, garantizando la identificación unívoca de cada paciente, la seguridad en el uso de medicamentos, hemoderivados y productos sanitarios, la seguridad quirúrgica y la seguridad radiológica, y minimizando el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, el de lesiones por caídas y de úlceras por presión.

2.3.3. Promover la cultura de la seguridad mediante estrategias de sensibilización y formación de profesionales, a través de mecanismos informativos y participativos entre profesionales y pacientes.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Grado de utilización efectivo del sistema de notificación de incidentes	5% (2012)	20% de los Servicios /Unidades del 100% de OSIs/Comarcas	Osakidetza – Seguridad clínica
Implantación del sistema/protocolo de identificación unívoca de pacientes	75% (2013)	100%	Osakidetza – Seguridad clínica

OBJETIVO 2.4.

SITUACIÓN TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

Proporcionar una atención integral, personalizada y de calidad a las personas y sus familias en Situación Terminal y/o Cuidados Paliativos.

ACCIONES

2.4.1 Desarrollar y ofertar un plan de cuidados paliativos en cada Organización Sanitaria Integrada. Este plan deberá ser fruto del consenso de un modelo sociosanitario de cuidados paliativos, integral, ético y multidisciplinar, a partir del mapa de recursos existentes.

2.4.2. Promover la Declaración de voluntades anticipadas en la CAPV.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Planes de cuidados paliativos aplicado en Organizaciones Sanitarias Integradas/Comarcas	--	100%	Osakidetza
Población con Declaración de voluntades anticipadas	Hombres: 1,2% Mujeres: 1,1% (2012)	>15%	Dpto. de Salud Osakidetza

OBJETIVO 2.5.

CÁNCER

Promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada.

ACCIONES

2.5.1. Potenciar los Comités de Tumores en las Organizaciones Sanitarias Integradas con atención oncológica para valoración, tratamiento y seguimiento de los casos, con especial protagonismo de la Atención Primaria.

2.5.2. Potenciar la atención psicológica en el proceso asistencial.

2.5.3. Mantener la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM)

2.5.4. Completar la cobertura del programa de cribado de cáncer colorrectal, mejorando la participación y la tasa de detección.

2.5.5. Impulsar la medicina personalizada para los procesos tumorales con evidencia científica establecida.

2.5.6. Las acciones relacionadas con la prevención del cáncer están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Pacientes oncológicos con revisión a través de comités de tumores	--	>75%	Osakidetza
Incidencia de cáncer (tasa /100.000) en menores de 65 años	Hombres: 246,52 Mujeres: 203,02 (2010)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer (tasa /100.000) en menores de 65 años	Hombres: 99,25 Mujeres: 55,37 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	Registro de Mortalidad
Incidencia por cáncer de pulmón en menores de 65 años (tasa /100.000)	Hombres: 30,24 Mujeres: 12,98 (2010)	Hombres: ↓10% Mujeres: frenar tendencia ascendente	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años (tasa /100.000)	Hombres: 29,91 Mujeres: 11,46 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: frenar tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Incidencia de cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000)	Hombres: 89,12 Mujeres: 39,06 (2010)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000)	Hombres: 30,9 Mujeres: 13,6 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓5%	Registro de Mortalidad
Participación en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal	Hombres vuelta 1: 62% Mujeres vuelta 1: 68% (2012)	Hombres vuelta 1: ↑10% Mujeres vuelta 1: ↑10%	Programa de cribado de cáncer colorrectal
Incidencia de cáncer de mama (tasa /100.000)	Mujeres: 95,34 (2010)	↓5%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de mama (tasa /100.000)	Mujeres: 18,1 (2011)	↓10%	Registro de Mortalidad

Tasas estandarizadas por 100.000. Población de referencia europea

OBJETIVO 2.6.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Disminuir la morbimortalidad por enfermedad cardíaca y cerebro vascular, aumentar la supervivencia y lograr la máxima autonomía y calidad de vida de las personas, tomando en consideración las diferencias sociales y de género existentes.

ACCIONES

2.6.1 Mejorar la detección y control de la hipertensión arterial.

2.6.2 Fomentar el tratamiento revascularizador en los tiempos previstos en las recomendaciones internacionales, de pacientes con síndrome coronario agudo.

2.6.3 Mejorar la atención de la insuficiencia cardíaca crónica mediante la continuidad asistencial y la acción coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

2.6.4. Implantar programas de rehabilitación cardiovascular para toda la población con enfermedad cardiovascular.

2.6.5. Establecer para el ictus un plan personalizado de rehabilitación precoz y domiciliario.

2.6.6. Las acciones relacionadas con la prevención de las enfermedades cardiovasculares están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Razón mujeres/hombres con revascularización en casos de síndrome coronario agudo	0,67 (2012)	>0,8	Osakidetza
Población atendida en programa de rehabilitación cardíaca	--	>75%	Osakidetza
Mortalidad prematura por IAM (25-74 años) (tasa/100.000)	Hombres: 47,74 Mujeres: 7,05 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: estabilizar tasa	Registro de Mortalidad
Pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) con plan personalizado de rehabilitación precoz	Hombres: 19,8% Mujeres: 20,2% (2012)	>75%	Osakidetza

OBJETIVO 2.7.

DIABETES Y SÍNDROME METABÓLICO

Disminuir la morbimortalidad asociada al síndrome plurimetabólico y la diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) y disminuir las complicaciones micro – macrovasculares, sensibilizando a profesionales sobre las diferencias sociales y de género existentes.

ACCIONES

2.7.1. Reforzar la capacitación de pacientes con diabetes por parte de profesionales sanitarios a través de las escuelas de pacientes.

2.7.2. Desarrollar la atención de calidad e integrada en la asistencia al pie diabético.

2.7.3. Mejorar la cobertura del cribado de la retinografía diabética y de la arteriopatía periférica en Atención Primaria.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Hemoglobina glicosilada <7% en pacientes con DM tipo 2	Hombres: 42,63% Mujeres: 42,35% (Abril 2013)	>50%	Osakidetza
Diferencias sociales en la prevalencia de DM tipo 2	Hombres: IRD 1,15 Mujeres: IRD 2,26 (2013)	Hombres: ↓5% Mujeres: ↓5%	ESCAV
Insuficiencia renal severa asociada a diabetes por millón personas (PMP)	Hombres: 19 PMP Mujeres: 6 PMP (2012)	↓10%	UNIPAR
Tasa amputaciones secundarias a DM tipo 2 (por 1000 diabéticos)	Hombres: 8,59 Mujeres: 2,75 (2011)	Hombres: ↓15% Mujeres: ↓15%	CMBD
Mortalidad prematura (25-74 años) por DM tipo 2 (Tasa / 100.000)	Hombres: 7,6 Mujeres: 2,5 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	Registro de Mortalidad

OBJETIVO 2.8.

OBESIDAD

Diseñar y aplicar intervenciones de abordaje de la obesidad desde la atención sanitaria.

ACCIONES

2.8.1 Cribado del índice de masa corporal (IMC) y del perímetro de cintura en las consultas de Atención Primaria y Hospitalaria.

2.8.2. Formación en consejo breve sobre obesidad a profesionales de Atención Primaria.

2.8.3. Desarrollar intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento individualizado de las personas obesas, evitando su estigmatización.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Personas con sobrepeso	Hombres: 43% Mujeres: 28,2% (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	ESCAV
Personas con obesidad	Hombres:13,9% Mujeres: 12,6% (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	ESCAV
Diferencias sociales en la prevalencia de obesidad	Hombres: IRD 1,64 Mujeres: IRD 2,82 (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓15%	ESCAV

OBJETIVO 2.9.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Mejorar el diagnóstico precoz, tratamiento y calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

ACCIONES

2.9.1. Promover la realización sistemática de espirometría en Atención Primaria a pacientes con riesgo EPOC.

2.9.2. Implantar la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC.

2.9.3. Fortalecer la prevención y el tratamiento del tabaquismo mediante la deshabituación tabáquica.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC	Hombres: 20% Mujeres: 17%	↓15%	Osakidetza
Porcentaje de pacientes EPOC con programa de rehabilitación	--	>75%	Osakidetza

OBJETIVO 2.10.

ENFERMEDAD MENTAL

Garantizar la atención adecuada a pacientes con enfermedad mental, siguiendo las líneas establecidas en la Estrategia de Salud Mental de Euskadi y luchar contra su estigmatización.

ACCIONES

2.10.1. Protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

2.10.2. Continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los planes individualizados de tratamiento (PIT)³⁴.

2.10.3. Orientar el proceso asistencial hacia el ámbito comunitario en los trastornos mentales graves prolongados.

2.10.4. Mejorar la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mortalidad por enfermedades mentales (por 100.000)	Hombres: 21,1 Mujeres: 18,8 (2011)	↓10%	Registro de Mortalidad
Diferencias sociales en la prevalencia de ideas suicidas por sexo	Hombres Grupo I: 3,9 Grupo V: 6,0 Diferencia: 2,1% Mujeres Grupo I: 2,7 Grupo V: 7,3 Diferencia: 4,6% (2013)	Hombres: ↓5% Mujeres: ↓10%	ESCAV
Mortalidad por suicidio (por 100.000)	Hombres: 9,5 Mujeres: 3,4 (2011)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓5%	Registro de Mortalidad
Consumo de ansiolíticos y antidepresivos DHD ^h	Ansiolíticos: 54 Antidepresivos: 61 (2012)	Frenar tendencia ascendente	Dpto. de Salud - Dcción. Farmacia

h. Definición de DHD: Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre Estudios de Utilización de Medicamentos, los consumos de los medicamentos se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). La DDD es una unidad técnica de medida que corresponde a la dosis de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos. Las DDD de los principios activos las establece la OMS.

OBJETIVO 2.11.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Disminuir las infecciones de transmisión sexual y el diagnóstico tardío del VIH, incidiendo especialmente en la prevención.

ACCIONES

2.11.1 Desarrollar programas de prevención en la población, con especial incidencia en jóvenes, y hombres que tienen sexo con hombres, y promover el empoderamiento de las mujeres en su autonomía, toma de decisiones sobre su sexualidad, desarrollo de prácticas de autocuidado y reducción de prácticas de riesgo.

2.11.2. Promover la realización del test del VIH en personas expuestas a conductas de riesgo.

2.11.3. Mejorar la vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Nº nuevas infecciones por VIH	Hombres: 132 Mujeres: 29 (2012)	↓10%	Plan de sida e ITS
Tasa de diagnóstico tardío de infecciones por VIH	Hombres: 43% Mujeres: 59% (2012)	↓30%	Plan de sida e ITS
Casos de sífilis declarados	Hombres:147 Mujeres: 41 (casos 2012)	↓30%	Dpto. de Salud - SIMCAPV
Casos de gonococia declarados	Hombres: 159 Mujeres: 32 (casos 2012)	↓30%	Dpto. de Salud - SIMCAPV

OBJETIVO 2.12.

OTRAS ENFERMEDADES RELEVANTES

Mejorar la atención a personas con patologías de impacto relevante en su calidad de vida y en la Salud Pública: infecciones, insuficiencia renal crónica, enfermedades raras o poco frecuentes, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades osteo-articulares y reumatológicas.

ACCIONES

2.12.1. Desarrollar la vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento de las infecciones con impacto relevante sobre la Salud Pública. Desarrollar programas de política antimicrobiana.

2.12.2. Promover acciones coordinadas entre niveles asistenciales para el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia renal crónica.

2.12.3. Impulsar la declaración positiva de órganos en los documentos de voluntades anticipadas.

2.12.4. Establecer los criterios comunes de uso de medicamentos huérfanosⁱ y no huérfanos o de otros productos incluidos en la prestación farmacéutica en el tratamiento y cuidado de enfermedades raras.

2.12.5. Definir e implantar un modelo sociosanitario de atención psicogeriátrica a personas afectadas de demencia.

2.12.6. Diseñar e implantar guías de práctica clínica sobre el dolor crónico, favoreciendo la coordinación e integración entre niveles asistenciales.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Pacientes en diálisis renal por millón de personas (PMP)	110/PMP (2012)	↓5%	Osakidetza - UNIPAR
Registro de enfermedades raras		2014	Dpto. de Salud - Servicio Registros

i. Medicamentos huérfanos son los medicamentos que se destinan a establecer un diagnóstico, prevenir o tratar una enfermedad que afecta a menos de cinco personas por cada diez mil. Se utilizan para tratar enfermedades graves o que producen incapacidades y su comercialización es poco probable (no comercial).

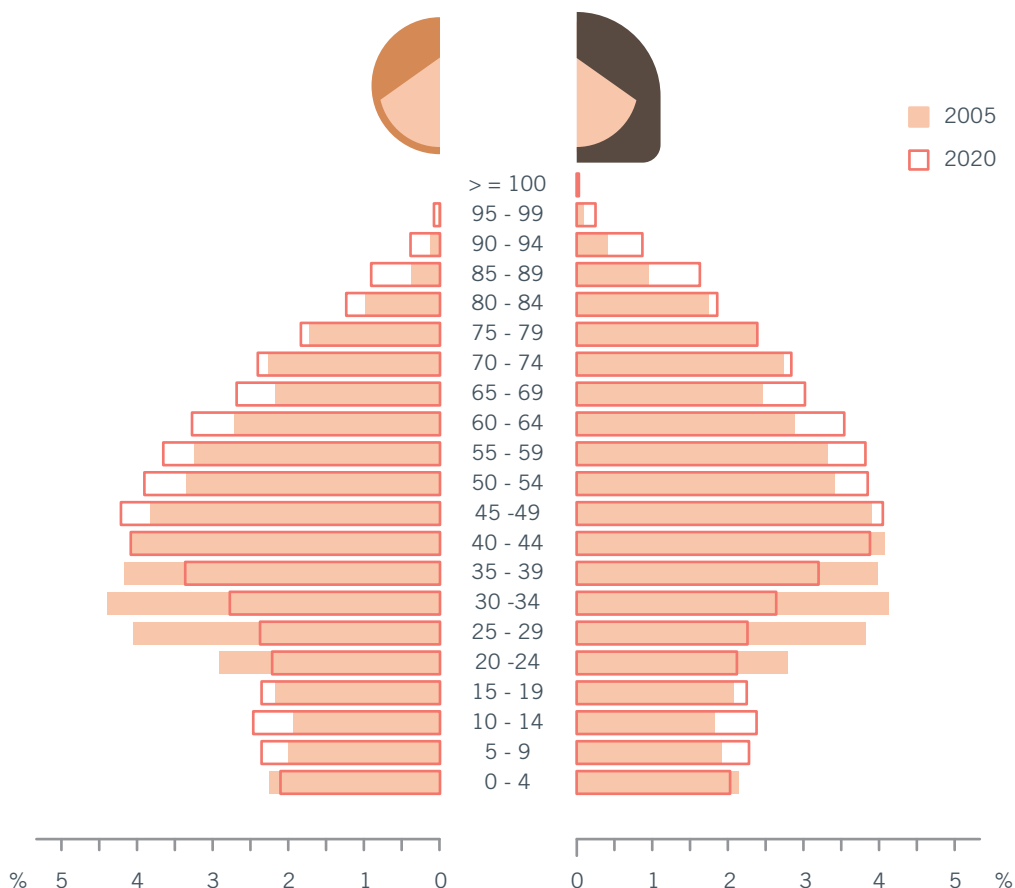
5.3. AREA PRIORITARIA 3: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

PROMOVER EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

En el País Vasco la esperanza de vida se sitúa entre las mayores del mundo, con una previsión de incremento del 26,5% de la población mayor de 64 años para 2020, destacando el incremento de la población de mayores de 84 años del 104%³⁵. El Área aborda objetivos y acciones para el envejecimiento activo, la coordinación del espacio socio-sanitario, la adecuada asistencia sanitaria a las personas

mayores, la promoción de la autonomía y respeto de las voluntades personales, las nuevas tecnologías al servicio de la calidad de vida y el bienestar y la promoción del voluntariado y las relaciones personales e intergeneracionales. Según las Proyecciones Demográficas 2020 elaboradas por Eustat, continúa el proceso de envejecimiento de la población en Euskadi (Gráfico 14).

Gráfico 14. Pirámides de población de la C.A. de Euskadi 2005-2020.

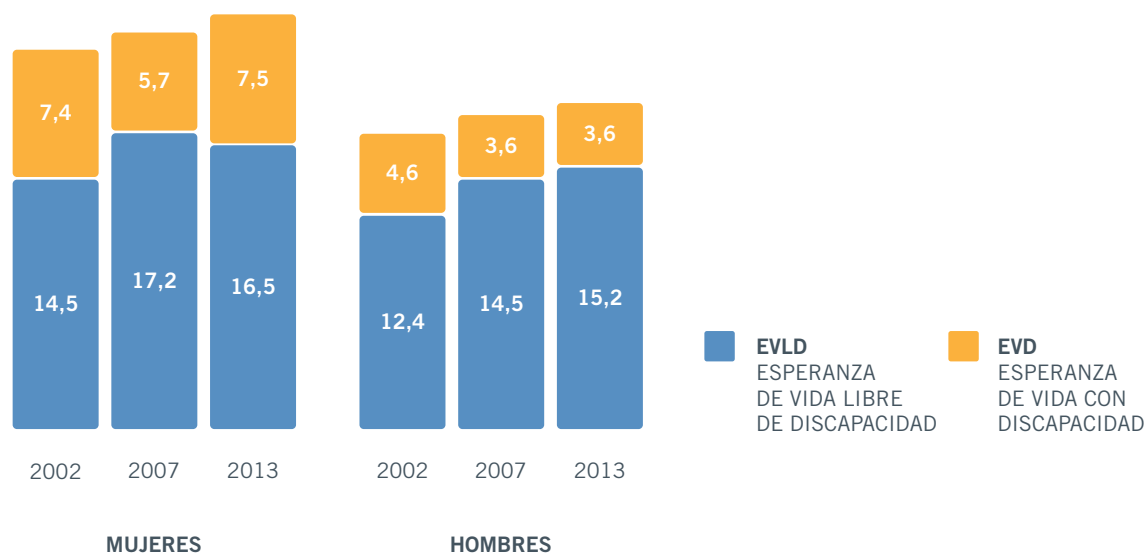


Fuente: Eustat

La población menor de 20 años, que representaba un 16,4% del total de la C. A. de Euskadi en 2005, pasará a un 18,3% en 2020, lo que supondrá tener casi 61.000 jóvenes más, pero la población mayores de 64 años registrará un notable incremento: 110.000 mayores más, que implica un incremento de su peso en la población total, que pasará de un 18,5% en 2005 a un 22,5% por ciento en 2020. El mayor incremento se prevé en la proporción de personas mayores de 84 años, ya que pasará de un 2% sobre la población total en 2005 a un 4,1% en 2020, como consecuencia de un mayor ritmo de crecimiento del segmento de población muy mayor (+5,31% anual) con respecto al conjunto de la población mayor (+1,66% anual). Supone un incremento absoluto de más de 50.000 personas de 85 o más años, es decir, pasar de 42.800 a casi 93.000 personas en 15 años.

El aumento de la esperanza de vida en la población de la CAPV ha venido acompañado de un mayor aumento de los años vividos libres de discapacidad en los hombres; la EVLD a los 65 años ha disminuido por primera vez en las mujeres (Gráfico 15).

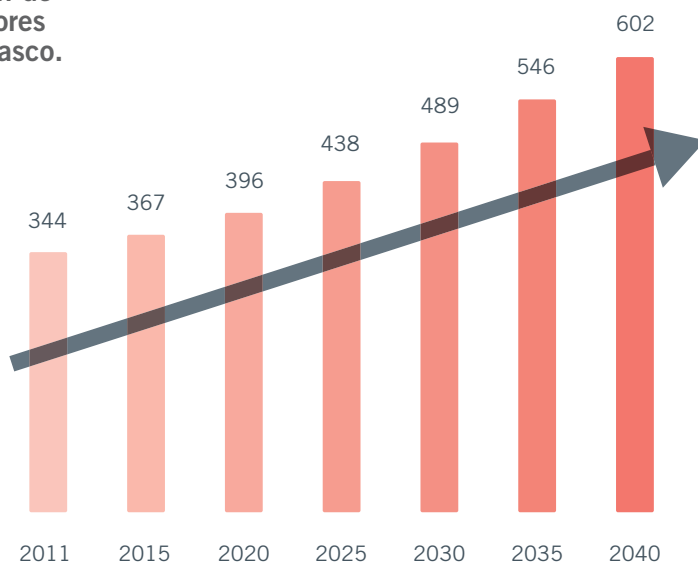
Gráfico 15.
Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) y esperanza de vida con discapacidad (EVD) a los 65 años de edad.
CAPV. 2002-2013



Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV 2013.

En Euskadi cada vez hay más personas con patologías crónicas y más complejas. Hoy en día, el 38% de la población vasca ya presenta alguna enfermedad crónica, y para el año 2040 se estima que se duplicará el número de pacientes mayores de 65 años con problemas de cronicidad (Gráfico 16).

Gráfico 16.
Previsión de la evolución de
pacientes crónicos mayores
de 65 años en el País Vasco.



Fuente: INE. Previsión 2040

El documento “Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen”³⁶ establece las propuestas de cambio en el modelo de atención al proceso de envejecimiento y de revalorización de la vejez aprovechando el potencial de su aportación a la comunidad. Las medidas propuestas están integradas en tres bloques: medidas dirigidas a facilitar la autonomía e integración de las personas mayores como parte activa y dinámica de la sociedad, cuando se encuentran en plenas facultades. Un segundo bloque está enfocado al momento en que las personas mayores necesitan ayuda. El último bloque se centra en la eliminación de estereotipos y de la discriminación en torno a las personas mayores.

En este entorno sociosanitario se promueve el acercamiento de nuevos servicios de proximidad al domicilio de las personas (comidas, lavandería, fisioterapia, podología, transporte, biblioteca móvil, etc.). Se refuerzan los apoyos a las familias cuidadoras a través de una asistencia profesional a domicilio que les asesora y resuelve sus dudas sobre los cuidados. Se atiende también la accesibilidad en la vivienda para minimizar obstáculos en las actividades de la vida diaria de las personas. Según datos del Departamento de Vivienda, Obras Públicas y Transportes, el 31% de las secciones censales de la CAPV se encuentra con un grado de vulnerabilidad alto o muy alto de acuerdo a los parámetros de accesibilidad, estabilidad, habitabilidad, social y eficiencia energética³⁷.

En el trabajo con las personas se actúa siguiendo la metodología de gestión de casos por parte de profesionales de referencia: un mismo profesional acompaña a las familias a lo largo de todo su proceso de atención y coordina todas las intervenciones. Se ofrecen vías y apoyos para la participación comunitaria de las personas mayores y las personas con discapacidad, haciendo un trabajo especial y personalizado con aquellas que se encuentran en situación de aislamiento y soledad.

El Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores de la OMS³⁸ es un proyecto internacional para ayudar a las ciudades a prepararse para dos tendencias demográficas mundiales: el envejecimiento rápido de la población y la urbanización creciente. El programa está dirigido a los factores medioambientales, sociales y económicos que influyen en la salud y el bienestar de las personas mayores.

Una ciudad amigable con las personas mayores es un entorno urbano integrador y accesible que fomenta el envejecimiento activo. Lograr la participación de las personas mayores es el elemento esencial. Sus aportaciones son importantes para evaluar la adaptación de las ciudades, fijar prioridades, proponer soluciones y seguir los progresos realizados.

Impulsado por la OMS, las tres capitales vascas forman parte de la red. Su actuación se basa en ocho dominios establecidos: el entorno construido, el transporte, la vivienda, la participación social, el respeto e inclusión social, la participación cívica y el empleo, la comunicación y la información, los servicios comunitarios y de salud.

El servicio público de teleasistencia de Euskadi está incluido en el catálogo de prestaciones de servicios sociales del Departamento de Empleo y Políticas Sociales. Permite la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual de vida, evitando su desarraigo. Está dirigido a personas mayores de 65 años que viven solas y personas en situación de riesgo por su discapacidad intelectual, discapacidad física, sensorial y dependencia reconocida en cualquiera de sus grados, junto a personas que padezcan una enfermedad mental diagnosticada y presenten una situación de dependencia reconocida o riesgo de exclusión social.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 3.1.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Favorecer el envejecimiento activo y la autonomía de las personas mayores, priorizando el abordaje comunitario de la salud, sus determinantes, el ámbito local y el modo de hacer intersectorial y participativo.

ACCIONES

3.1.1. Promover el desarrollo del Programa Ciudades Amigables con las Personas Mayores en Euskadi, conjuntamente con Eudel y las áreas Departamentales del Gobierno Vasco implicadas.

3.1.2. Desarrollar iniciativas en el ámbito local para incorporar a las personas mayores a la práctica de la actividad física, usando de una manera eficiente los recursos públicos y privados.

3.1.3. Fomentar relaciones interpersonales e intergeneracionales: asociacionismo; aprendizaje a lo largo de la vida y empoderamiento; fomento de aficiones e intereses individuales; voluntariado y oportunidades de servicio a la comunidad.

3.1.4. Impulsar la capacitación de personas cuidadoras, familiares y pacientes en hábitos de vida saludables, en información sobre enfermedades y accidentes más frecuentes en personas mayores y en actuación ante la discapacidad.

3.1.5. Promover y desarrollar el voluntariado entre las personas mayores, alineándose con las políticas de familia de las instituciones públicas.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Población residente en ciudades con programa "Ciudades amigables con las personas mayores"	37% (2011)	>75%	Eudel Dpto. de Salud Eustat
Personas mayores de 64 años sedentarias	Hombres: 28% Mujeres: 44%	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓15%	ESCAV
Porcentaje de personas mayores de 60 años asociadas	Hombres: 10% Mujeres: 14%	Hombres: ↑15% Mujeres: ↑15%	Eustat. Encuesta de condiciones de vida 2009

OBJETIVO 3.2.

ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

Consensuar y promover la asistencia sociosanitaria adecuada de las personas mayores mediante la gestión interdisciplinar de caso para personas dependientes y frágiles.

ACCIONES

3.2.1 Desarrollar e implantar el instrumento multidisciplinar y multisectorial de valoración geriátrica integral, enfocado a la prevención, detección y manejo de problemas para personas mayores de 75 años, o personas menores de esta edad frágiles o con pluripatología y/o déficit cognitivo.

3.2.2. Desarrollar e implantar la historia clínica sociosanitaria.

3.2.3. Establecer y aplicar mecanismos y procedimientos de coordinación entre los sectores de salud y social, con la participación del tercer sector, tanto para residencias como otros dispositivos sociosanitarios, mediante pautas y protocolos con criterios de igualdad y efectividad, evitando el riesgo de exclusión.

3.2.4. Promover equipos de atención sociosanitaria integrada.

3.2.5. Desarrollar la cartera de servicios sociosanitaria.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Pacientes dependientes y frágiles con valoración sociosanitaria integral	Hombres: 3,48% Mujeres: 2,74% (2012)	>50%	Área sociosanitaria
Acceso a historia clínica para todo el ámbito sociosanitario	--	2015	Osakidetza
% centros de salud con equipos de atención sociosanitaria integrada	--	>80%	Osakidetza

OBJETIVO 3.3.

CAPACIDAD FUNCIONAL Y AUTONOMÍA

Adecuar la Atención Sanitaria para abordar de forma más eficaz los problemas de salud derivados del envejecimiento, priorizando la recuperación y minimizando la pérdida de la capacidad funcional.

ACCIONES

3.3.1 Desarrollar un plan de atención a la persona mayor desde un enfoque holístico e integrador de los problemas de salud incorporando la coordinación sociosanitaria en el ámbito local y potenciando la rehabilitación en el entorno comunitario.

3.3.2. Identificar las patologías que generan deterioro funcional, discapacidad, dependencia, malnutrición y aislamiento en las personas mayores. Elaborar programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de las mismas, con especial atención a las diferencias de género.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Centros de salud con implementación del plan de atención al mayor	--	100% en 2016	Osakidetza

OBJETIVO 3.4.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

Adaptar las nuevas tecnologías en base a la evidencia de su utilidad y eficiencia en personas mayores, alineándose con la Estrategia de Innovación Pública del Gobierno Vasco³⁹.

ACCIONES

3.4.1 Establecer y realizar evaluaciones de efectividad y eficiencia de las nuevas tecnologías antes de su implementación.

3.4.3. Capacitar a las personas mayores para que la brecha tecnológica no produzca ni aumente la inequidad en el uso de las tecnologías.

3.4.2. Establecer la cartera de servicios tecnológicos a ofrecer a la persona mayor en su entorno habitual de residencia con criterios de sostenibilidad y equidad en la financiación.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Establecimiento de la cartera de servicios tecnológicos para personas mayores	--	2015	Dpto. de Salud

OBJETIVO 3.5.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Garantizar la continuidad de cuidados de las personas mayores en su propio domicilio/entorno habitual.

ACCIONES

3.5.1 Desarrollar e implantar la coordinación entre profesionales de servicios sociales y de salud para conseguir una atención personalizada, integral y continuada de las personas mayores o discapacitadas, favoreciendo la toma de decisiones conjunta en los ámbitos social y sanitario.

3.5.2. Integrar los servicios de proximidad (comidas, lavandería, transporte, biblioteca móvil, etc.) con la oferta de cuidados en salud (medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, podología, etc.).

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Reingresos hospitalarios en menos de 1 mes de personas mayores de 75 años (%)	Hombres: 10,49% Mujeres: 7,80% (2012)	↓20%	Osakidetza

5.4.

ÁREA PRIORITARIA 4: SALUD INFANTIL Y JUVENIL

DESARROLLAR POLÍTICAS PARA MEJORAR LAS CAPACIDADES DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL DE EUSKADI DE VIVIR SALUDABLEMENTE, PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS DE LAS CONDUCTAS NO SALUDABLES Y PARA MEJORAR LAS OPORTUNIDADES SOCIALES Y AFECTIVAS, TENIENDO EN CUENTA LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

La salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la de la vida adulta. Es necesario conseguir la mejor salud posible de todos los niños y niñas, garantizando la equidad en el acceso a todas las intervenciones y acciones propuestas.

Según el Registro de Mortalidad, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) en el año 2011 en la CAPV fue de 2,6 fallecidos por 1.000 bebés recién nacidos vivos. Esta tasa ha ido decreciendo paulatinamente desde el año 1999 (un 46%). La tasa de mortalidad perinatal (bebés nacidos muertos y los fallecidos en la primera semana de vida) también se ha reducido un 23% hasta el año 2011, con una tasa de 4,7 por 1.000 bebés recién nacidos (Gráfico 17 y 18).

Gráfico 17.
Tasa mortalidad infantil.
CAPV. 1999-2011

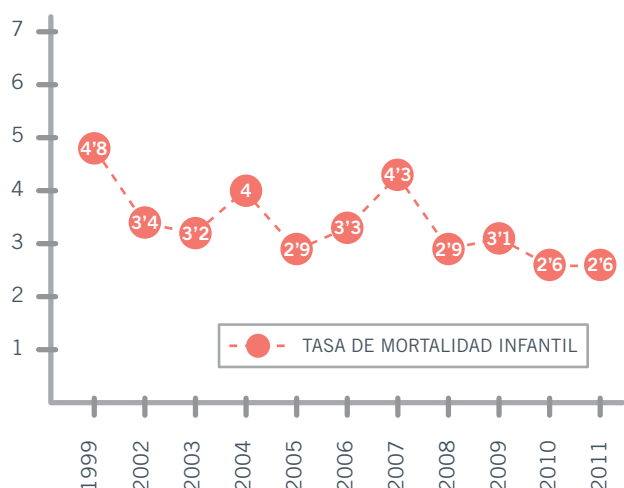
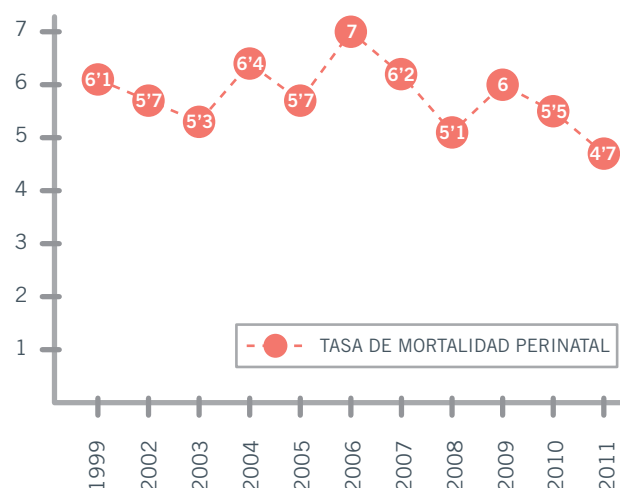


Gráfico 18.
Tasa mortalidad perinatal.
CAPV. 1999-2011



Fuente: Registro de Mortalidad CAPV

En el año 2011, según el Registro de Mortalidad, en recién nacidos menores de 1 año de edad las afecciones perinatales y las anomalías congénitas son las causas más frecuentes de mortalidad. La suma de ambas supone un 80% del total de muertes en este grupo de edad. El bajo peso al nacer es otro factor importante relacionado con la mortalidad perinatal. Según datos del programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV, la proporción de bebés recién nacidos de bajo peso (menos de 2.500 gramos) se mantuvo en el 7% durante el periodo 2001 a 2012.

Según el estudio Infancia y Medio Ambiente de Gipuzkoa⁴⁰, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses es de 26% y de lactancia mixta es de 53%.

El programa de cribado prenatal Síndrome de Down y otras cromosopatías⁴¹ se amplió en 2010 a todas las embarazadas que controlan su embarazo en el sistema público. En 2012 participaron en el programa un total de 15.995 emba-

razadas. En el periodo 2009-2012 la tasa de positivos del programa fue 5,3%.

El programa de cribado de sordera infantil se inició en 2003 con el objetivo de detectar la sordera antes de los tres meses de edad. En el periodo 2009-2011, la incidencia de hipoacusia fue de 5 por mil nacidos vivos; la incidencia de hipoacusia severa o moderada fue de 2,8 por mil nacidos vivos.

El Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV⁴² se inició en 1982 con el cribado del hipotiroidismo y la hiperfenilalaninemia (PKU-fenilcetonuria). A lo largo de los años se han añadido otras patologías para las que existe evidencia sobre los efectos positivos de su detección precoz. En la actualidad se criban las siguientes patologías: Hiperfenilalaninemia (PKU), Hipotiroidismo Congénito, Deficiencia de Acil Co A deshidrogenasa de cadena media (MCADD o ácidos grasos de cadena media), Fibrosis Quística (FQ) y Enfermedad de Células Falciformes (ECF) (Tabla 3).

Tabla 3.
Casos detectados en el programa de cribado neonatal CAPV

CASOS DETECTADOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO NEONATAL CAPV 1982-2012		
	AFECTADOS Nº (Tasa)	PORTADORES Nº (Tasa)
Hiperfenilalaninemia-PKU	37 (1/15.610)	
Hipotiroidismo congénito	155 (1/3.726)	
Deficiencia de ácidos grasos de cadena media-MCADD	2 (1/64.024)	2 (1/64.024)
Fibrosis Quística-FQ	10 (1/6.440)	34 (1/1.894)
Enf. de células falciformes-ECF	11 (1/2.896)	137 (1/232)
Bebés recién nacidos analizados	577.602	

Fuente: Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV

El Modelo de Atención Temprana⁴³ es el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/las niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos (Libro Blanco de la Atención Temprana; Real Patronato sobre Discapacidad).

En 2011 se constituyó la Comisión Interinstitucional para Atención Temprana, en la que participan representantes de los 3 espacios: sanitario, social y educativo. Su objetivo era construir un modelo de atención integrada socio-sanitaria-educativa, aportando a los profesionales instrumentos de valoración de factores de riesgo biológico, social y psicológico (prenatales,

perinatales y postnatales) y protocolos para el abordaje conjunto y coordinado de las necesidades especiales.

Aproximadamente un 10% de los/las niños/as tienen trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos. Por ello se puede estimar que cada año aparecerán alrededor de 2.000 nuevos casos en el País Vasco, de los cuales unos 1.400 corresponden a los que nacen prematuramente.

Las coberturas vacunales estimadas en las series de vacunación infantil en la CAPV, hasta los 18 meses de edad, están por encima del 94%. El resto de coberturas vacunales en niños/as mayores supera el 90%. La figura 7 muestra el calendario vacunal vigente en la CAPV a 1 de enero de 2013.

Figura 7.
 Calendario de vacunación
 infantil de la CAPV. Año 2013.

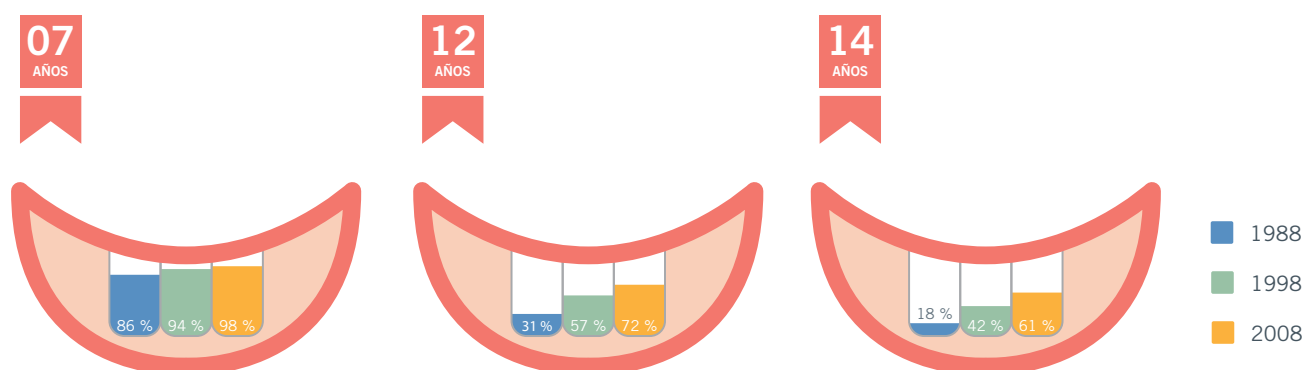
CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL									
02 MESES	04 MESES	06 MESES	12 MESES	18 MESES	04 AÑOS	06 AÑOS	10 AÑOS	13 AÑOS	16 AÑOS
HEPATITIS B	HEPATITIS B	HEPATITIS B	SARAMPIÓN		SARAMPIÓN		VARICELA ⁽¹⁾	PAPILOMA ⁽¹⁾	
DIFTERIA	DIFTERIA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA			DIFTERIA ⁽³⁾
TÉTANOS	TÉTANOS	TÉTANOS	PARODITIS	TÉTANOS	PARODITIS	TÉTANOS			TÉTANOS ⁽³⁾
TOS FERINA	TOS FERINA	TOS FERINA		TOS FERINA		TOS FERINA			
POLIO-MELITIS	POLIO-MELITIS	POLIO-MELITIS		POLIO-MELITIS					
HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B	HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B	HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B		HAEMOPHILLUS INFLUENZAE B					
MENINGOCOCO C	MENINGOCOCO C		MENINGOCOCO C						

Fuente: Programa de vacunación infantil CAPV. Dirección de Salud Pública y Adicciones

La evaluación del programa de asistencia dental infantil (PADI) muestra una mejora muy importante de la salud dental de la población infantil de la CAPV en la década 1988-1998; esta mejora ha tenido continuidad, aunque en menor medida, en la segunda década (1998-2008) (Gráfico 19).

El alto porcentaje de niños/as libres de experiencia de caries a los 14 años en 2008 (61%), supone una excelente oportunidad para las nuevas generaciones de disfrutar de una mejor salud como adultos. El porcentaje de CAO=0 guarda una relación inversa con la clase social. A pesar de los buenos resultados, un tercio de la población infantil no utiliza cada año el PADI.

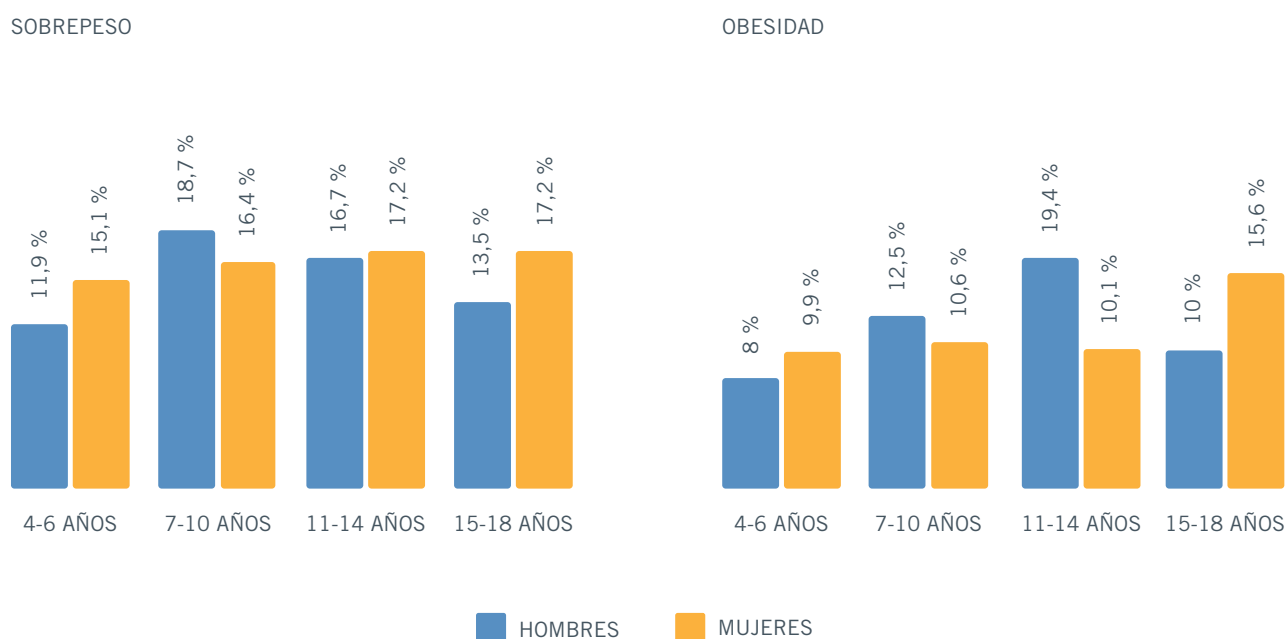
Gráfico 19.
 Porcentaje de niños/as libres de experiencia de caries (CAO=0). CAPV. 1988, 1998, 2008



Fuente: Tercer estudio epidemiológico de la salud buco-dental de la CAPV. 2010 ⁴⁴

Según la Encuesta de Nutrición de la CAPV⁴⁵ de 2005, el 12,2% de la población comprendida entre 4 y 18 años era obesa, 12,7% de los chicos y el 11,7% de las chicas. Los niños de 11 a 14 años y las niñas de 15 a 18 años presentaban las mayores prevalencias de obesidad, 19,4% y 15,6% respectivamente (Gráfico 20). En relación al nivel socioeconómico, la prevalencia de obesidad es más elevada en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, tanto en los chicos como en las chicas.

Gráfico 20.
Porcentaje de población de 4 a 18 años con obesidad y sobrepeso según edad y sexo. CAPV. 2005.



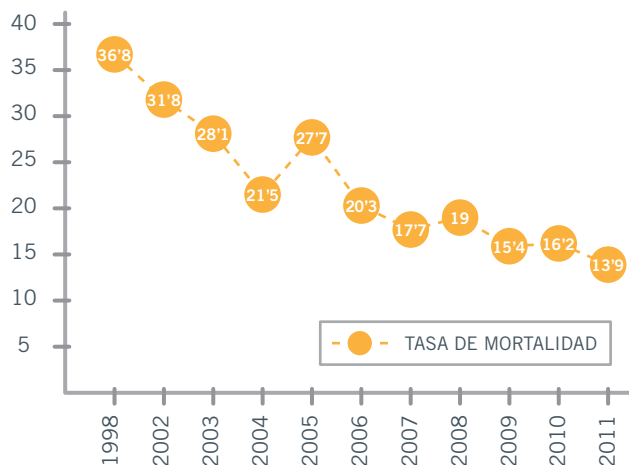
Fuente: Encuesta de Nutrición de la CAPV 2005

El 40% de la población entre 12 y 18 años de Euskadi dice estar preocupada por su peso, el 52% de las chicas y el 28% de los chicos; entre los obesos este porcentaje es de 68%.

El porcentaje de chicas sedentarias es del 58,9%, bastante mayor que el de los chicos, 35,5%. En las chicas el porcentaje aumenta hasta el 67% en la edad de 15 a 18 años, mientras que en los chicos es del 31%.

La mortalidad por causas externas en jóvenes de 15 a 29 años fue de 13,9 por 100.000 en el año 2011, lo que supuso el 56% de la mortalidad en este grupo de edad. La mortalidad por causas externas descendió de forma mantenida entre 1998 y 2011. Los accidentes de tráfico y el suicidio fueron las causas principales de muerte entre los 15 y los 29 años de edad (Gráfico 21).

Gráfico 21.
Tasa de mortalidad por causas
externas en jóvenes (15 y 29 años).
CAPV 1998-2009



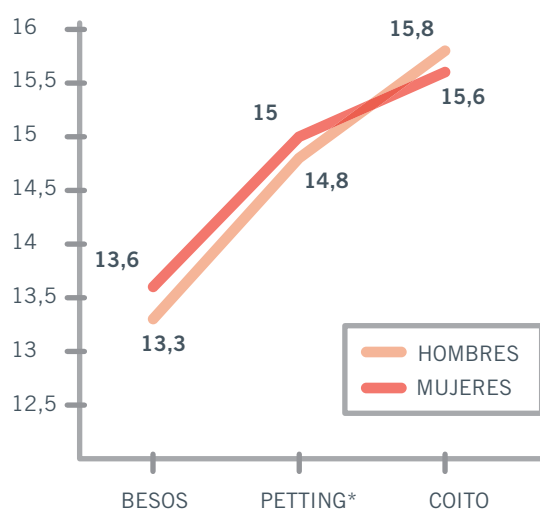
1998: Media trienal 1996-1998.
T estandarizada por 100.000. Población Ref. europea
Fuente: Registro de Mortalidad CAPV. Departamento de Salud

Los hombres presentan una mejor salud mental que las mujeres. Según datos de la ESCAV 2013, en el grupo de 15-24 años, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es superior en la mujeres (18,4%) que en los hombres (10%); las ideas suicidas son más prevalentes en las mujeres (3,8%) que en los hombres (2,0%). Para ambos sexos, la ansiedad, depresión e ideas suicidas son más prevalentes en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

La adolescencia es una etapa de tránsito entre la infancia y la edad adulta en la que se producen cambios muy relevantes, dado que se redefine la identidad sexual y de género, aparece el deseo sexual en su versión adulta y se reorganizan los vínculos afectivos.

Según el estudio “Perfiles de comportamiento sexual de los y las adolescentes vascos y estado de la educación sexual en la educación secundaria obligatoria del País Vasco⁴⁶” un tercio del alumnado de la ESO muestra un grado elevado de actividad sexual (Gráfico 22). Por otro lado, el grado de experiencia sexual en las mujeres es superior al de los hombres en todos los niveles de escolarización.

Gráfico 22.
Nivel de experiencia sexual
en relación a la edad.
CAPV. 2011



En cuanto a la protección en las relaciones sexuales, uno de cada diez hombres adolescentes sexualmente activos, no utiliza preservativos en sus relaciones sexuales coitales. Dos de cada diez mujeres adolescentes sexualmente activas no utiliza preservativos; de éstas, el 52% utiliza anovulatorios y el 88% tiene pareja estable.

Fuente. Estudio “Perfiles de comportamiento sexual”. EHU-UPV 2011

*Petting: caricias sexuales sin penetración

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 4.1.

SALUD INFANTIL

Promover la Salud Infantil mediante intervenciones integrales, apoyando a las familias en el proceso de crianza, como espacio y tiempo idóneo para las actividades de promoción de la vida saludable y prevención de las conductas de riesgo.

ACCIONES

4.1.1. Consolidar el programa de Cribado Prenatal⁴⁰ y el programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Congénitas⁴¹, incluida la sordera dentro de este último.

4.1.2. Promocionar, proteger y apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna por sus beneficios para la salud tanto física como emocional, respetando la voluntad de la madre.

4.1.3. Incrementar el porcentaje de niños/as que utilizan cada año el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), y potenciar el acceso y su uso en los grupos sociales más desfavorecidos.

4.1.4. Promover la oferta de asesoramiento genético a personas afectadas por enfermedades raras de origen genético.

4.1.5. Vigilar los riesgos de malnutrición infantil y desarrollar mecanismos de prevención y abordaje en coordinación con los servicios sociales y educativos.

4.1.6. Desarrollar los mecanismos para la prevención, abordaje y seguimiento de la desprotección infantil (negligencia del cuidado, maltrato y abandono, y consecuencias de la violencia de género).

4.1.7. Mejorar la coordinación socio-sanitaria y el apoyo a las familias en la atención a la enfermedad mental en infancia y adolescencia, sin olvidar la coordinación con el ámbito educativo.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Bebés con bajo peso al nacer	7% (2012)	↓10%	Programa de cribado neonatal
Lactancia materna a los 6 meses	26% (2008)	>35%	Osakidetza
Cobertura del PADI	66% (2012)	>75%	PADI
Niños/as libres de caries a los 12 años (% CAOD=0)	74% (2008)	80%	PADI

OBJETIVO 4.2.

ATENCIÓN TEMPRANA

Desarrollar e implantar el Modelo de Atención Temprana⁴³ entre los servicios de salud, los servicios sociales y los servicios educativos, favoreciendo la toma de decisiones conjunta entre dichos ámbitos.

ACCIONES

4.2.1 Diseñar mecanismos que permitan la detección temprana de familias y personas en situaciones de riesgo y especial vulnerabilidad, así como su seguimiento y evaluación.

4.2.2. Establecer protocolos e identificar los recursos de atención pluridisciplinar e interinstitucional que agilicen los trámites, y aseguren la coordinación de las estructuras asistenciales, la participación y el apoyo a las familias.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Organizaciones Sanitarias Integradas / Comarcas incluidas en el modelo de atención temprana	1	Todas	Osakidetza

OBJETIVO 4.3.

OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

Reducir la obesidad infantil y juvenil mediante un plan de prevención con medidas basadas en actividad física y alimentación saludable.

ACCIONES

4.3.1 Impulsar acuerdos interinstitucionales y en colaboración con la industria alimentaria y hostelera para la reducción de azúcares, grasas saturadas y sal en alimentos preparados.

4.3.2. Promover la educación nutricional y los hábitos de vida saludable en el medio familiar, escolar y comunitario.

4.3.3. Desarrollar intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento individualizado de las personas obesas, evitando su estigmatización.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Menores (4 a 18 años) con sobrepeso y obesidad	Sobrepeso Obesidad Niños: 15,3% 11,7% Niñas: 16,6% 12,7% (2005)	↓10%	Encuesta nutrición
Contenido de sal en menús escolares	9,8 g/día (2009)	<5 g/día	Dpto. de Salud
Contenido de grasas totales y saturadas en menús escolares	--	Grasas totales < 30% de kcal del menú Grasas saturadas <10% de kcal del menú	Dpto. de Salud
Jóvenes (15-24 años) sedentarios en tiempo libre	Chicos: 25,1% Chicas: 44,1% (2013)	↓20%	ESCAV

OBJETIVO 4.4.

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Mejorar los hábitos saludables en la juventud y disminuir las conductas de riesgo

ACCIONES

4.4.1 Implantar consultas de salud específicas para jóvenes, en especial para mujeres (educación afectivo-sexual, acoso, violencia de género y entre iguales, adicciones).

4.4.2. Promover la inclusión en el curriculum escolar de las competencias y contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales relativos a las conductas saludables (alimentación saludable, actividad física, alcohol, tabaco y adicciones, relaciones afectivo-sexuales).

4.4.3. Desarrollar programas de sensibilización y prevención contra la violencia, especialmente contra la violencia de género en el ámbito educativo y comunitario.

4.4.4. Impulsar y apoyar medidas de intervención multisectoriales en el marco del Plan Estratégico de Seguridad Vial de Euskadi para reducir la accidentalidad juvenil por incidentes/eventos/causas de tráfico.

4.4.5. Promover en el ámbito local el desarrollo del Plan Joven fomentando el ocio activo y saludable mediante programas de acción comunitaria (Salud, Educación y Ayuntamientos, etc.).

4.4.6. Fomentar la participación, el asociacionismo juvenil, el voluntariado y la relación intergeneracional. Para ello establecer protocolos y procedimientos de actuación conjuntos con las Áreas de Juventud y Familia.

4.4.7. Potenciar la educación afectiva y sexual entre adolescentes y jóvenes, con la participación conjunta de los sectores de Salud, Educación y Juventud.

4.4.8. Otras acciones relacionadas con la actividad física y la alimentación saludable están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mortalidad por accidentes de tráfico (15-29 años) (tasa / 100.000)	Chicos: 6,7 Chicas: 2,0 (2011)	Chicos: ↓20% Chicas: ↓20%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por suicidio (15-29 años) (tasa / 100.000)	Chicos: 7,1 Chicas: 1,6 (2011)	Chicos: ↓20% Chicas: ↓20%	Registro de Mortalidad
IVEs en menores de 20 años (tasa x 1.000)	10,02 (2011)	↓50%	Registro IVEs

5.5.

ÁREA PRIORITARIA 5: ENTORNOS Y CONDUCTAS SALUDABLES

IMPULSAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LOS ENTORNOS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MEDIANTE LA COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN LOS ÁMBITOS LOCAL Y COMUNITARIO.

Las medidas y actuaciones de esta Área se configuran desde una perspectiva amplia e intersectorial, trabajando conjuntamente con el resto de Departamentos del Gobierno Vasco e Instituciones de Euskadi. Incluye medidas de promoción de actividad física, salud alimentaria y salud mental y de entornos ambientales y laborales saludables; medidas de prevención de la obesidad, del tabaquismo, del consumo de alcohol y otras adicciones. (Tabla 4).

Tabla 4.
Prevalencia (%) estandarizada de los principales factores de riesgo en población mayor de 14 años

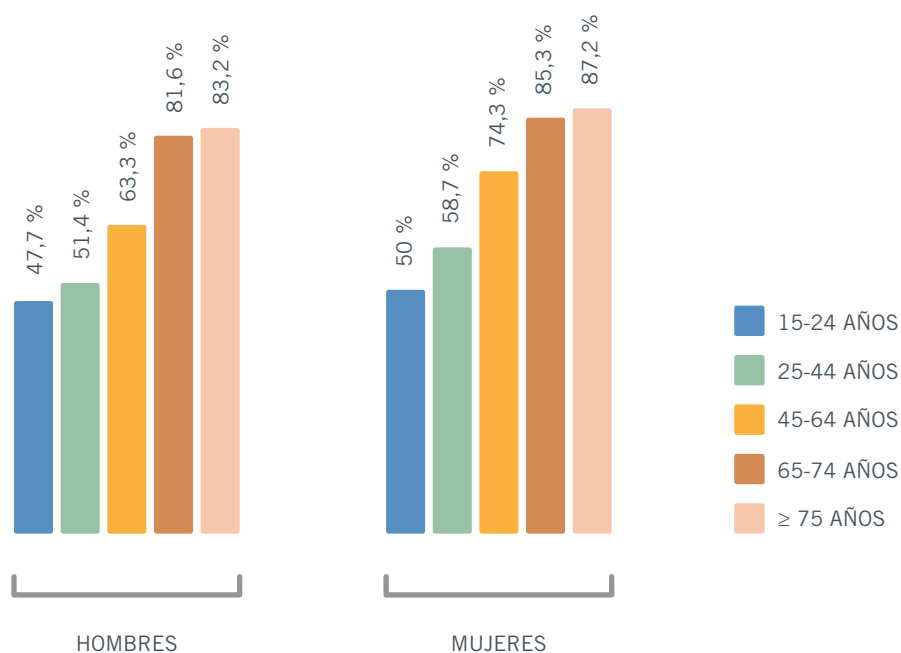
	HOMBRES	MUJERES
Sobrepeso	43,0	28,2
Obesidad	13,9	12,6
Tabaquismo	24,1	18,7
Personas bebedoras habituales	63,3	37,6
Sedentarismo	26,6	34,0

Fuente: Encuesta de Salud 2013

Según la ESCAV 2013, el consumo diario de fruta es más elevado en mujeres (69,2%) que en hombres (62,0); las mujeres consumen más verdura (32,1%) que los hombres (21,7%). El consumo aumenta con la edad en ambos sexos (Gráfico 23). El consumo diario de fruta y de verdura es menor en niveles socioeconómicos más desfavorecidos, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Consume carne tres o más veces por semana el 60,0% de los hombres y 54,0% de las mujeres; consume pescado tres o más veces por semana el 38,8% de los hombres y 43,5% de las mujeres; ambas prevalencias han disminuido respecto al año 2007 en los dos sexos.

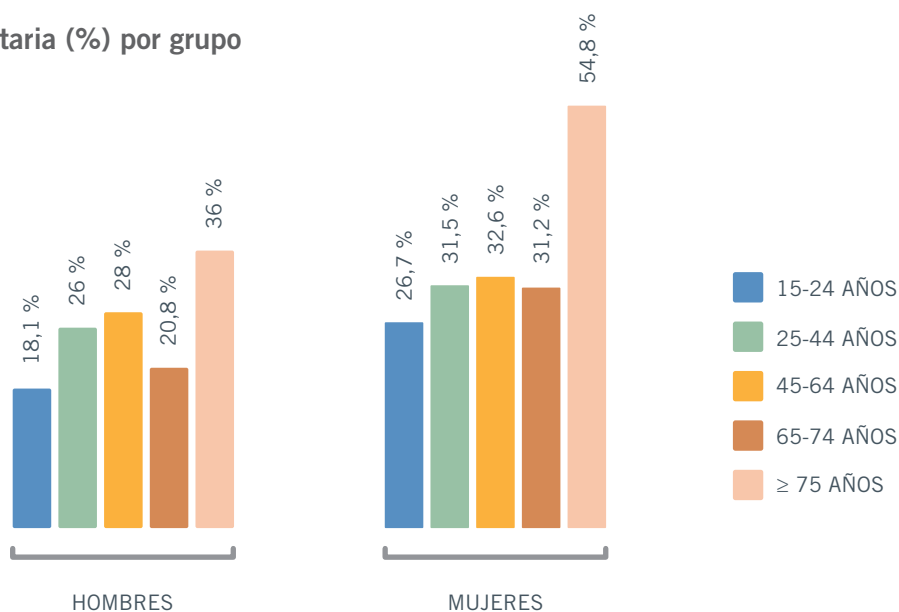
Gráfico 23.
Prevalencia de consumo diario de fruta por sexo y grupo de edad.
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La actividad física reduce la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedad coronaria, hipertensión arterial, ictus, diabetes, osteoporosis, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y trastornos mentales, entre otros. Según la ESCAV 2013, el sedentarismo fue más frecuente en las mujeres (34,0%) que en los hombres (26,6%) (Gráfico 24); entre 2007 y 2013, la prevalencia no cambió entre las mujeres (34,6% en 2007) y disminuyó entre los hombres (32,0% en 2007). El sedentarismo fue más frecuente en los grupos sociales más desfavorecidos.

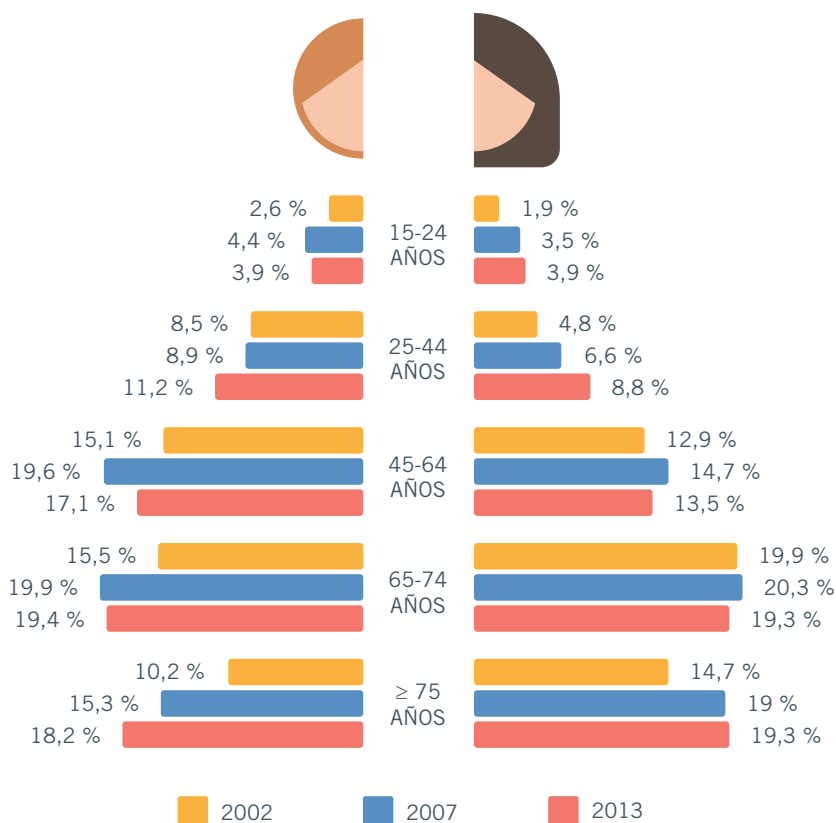
Gráfico 24.
Población sedentaria (%) por grupo de edad y sexo.
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La prevalencia de obesidad, según la ESCAV 2013, es mayor en hombres (14,1%) que en mujeres (12,3%) y mayor en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de obesidad sobre todo a expensas de los adultos jóvenes (25-44 años) tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 25).

Gráfico 25.
Población (%) con obesidad por
grupo de edad y sexo.
CAPV. 2002-2013.

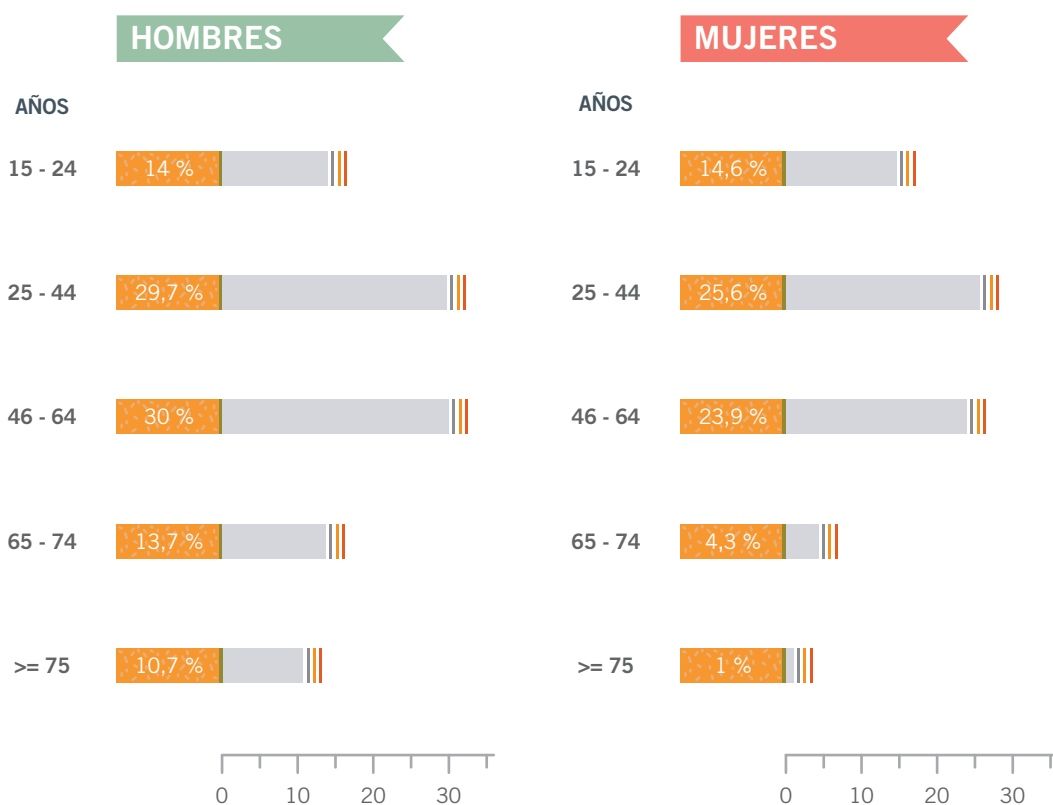


Fuente: Encuesta de Salud 2013

El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedad y muerte. Según la ESCAV, en los últimos años el tabaquismo entre los hombres ha disminuido de manera continuada desde 1997; en las mujeres, sin embargo, se mantuvo relativamente estable y aumentó ligeramente entre 2002 y 2007. En 2013, la prevalencia de consumo de tabaco fue 24,1% en hombres y 18,7% en mujeres. El descenso entre las mujeres, producido entre 2007 y 2013, se debe fundamentalmente a la disminución en la prevalencia de fumadoras de 25 a 44 años (6,2%) y de 15-24 años (10,9%) (Gráfico 26).

El consumo de tabaco es mayor en los grupos sociales más desfavorecidos en todas las edades, aunque las desigualdades observadas en los jóvenes (15-44 años) son mucho mayores. La exposición al tabaco de otros (tabaquismo pasivo) se redujo a la mitad entre 2007 (33,3%) y 2013 (15,5%) y también tiene un gradiente de mayor exposición cuanto más desfavorecida es la clase social.

Gráfico 26.
Prevalencia de personas fumadoras
por grupo de edad y sexo.
CAPV. 2013



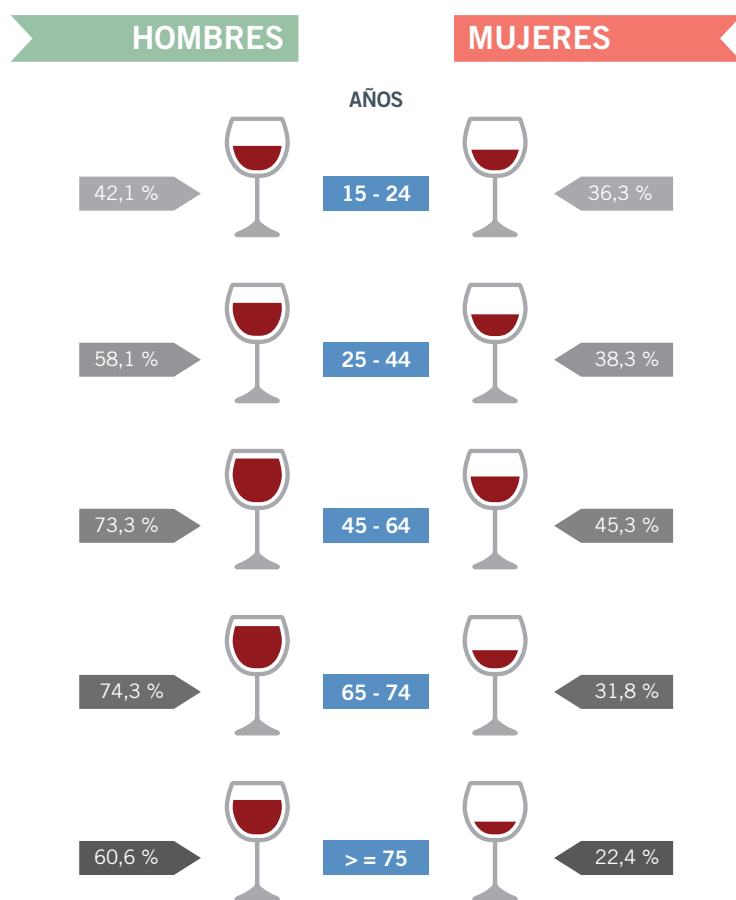
Fuente: ESCAV'2013

La edad media de inicio en el consumo de tabaco se mantiene en torno a los 17 años; se reduce la proporción de adolescentes que se iniciaron en el consumo antes de los 15 años.

El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo de mala salud; su abuso es una de las principales causas evitables de trastornos neuropsiquiátricos, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de cánceres. Según la ESCAV 2013 en los últimos años el consumo habitual de alcohol ha aumentado entre 58,9% (2002) y 63,3% (2013) para los hombres y 29,3% (2002) y 37,6% (2013) para mujeres. El aumento se ha producido en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 15 a 24 años en que ha disminuido de 51,5% a 42,1% en los hombres y muy ligeramente en mujeres de 37% a 36,3% (Gráfico 27).

La prevalencia del consumo de alcohol es más alta en las clases sociales más favorecidas, especialmente entre las mujeres en las que la diferencia se duplica.

Gráfico 27.
Prevalencia de consumo habitual de alcohol, por grupo de edad y sexo (estandarizado por edad).
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud 2013

La prevalencia estandarizada de consumo intensivo de alcohol (binge drinking), en el año 2013, fue de 11,9% en hombres y 5,5% en mujeres. La prevalencia es mayor en los grupos de nivel socioeconómico más favorecido (Tabla 5).

Tabla 5.
Prevalencia (%) de consumo intensivo de alcohol (binge drinking) por sexo y grupo de edad.
CAPV 2013

	HOMBRES	MUJERES
15-24 años	17,5	9,1
25-44 años	13,5	7,9
45-64 años	13,5	5,2
65-74 años	8,0	1,3
75 años y más	3,0	0,7

Fuente: Encuesta de Salud 2013

El inicio del consumo de alcohol es temprano y se produce, en términos generales, entre los 14 y los 18 años (media: 17 años). Los inicios en el consumo antes de los 13 años son muy minoritarios (6,5%).

La edad de inicio en el consumo de cannabis y otras sustancias ilegales se sitúa también por debajo de los 20 años de edad, según el estudio Euskadi y Drogas 2012. La evolución de la edad media de inicio de las sustancias más habituales se ha mantenido relativamente estable y no presenta diferencias por grupo socioeconómico.

El consumo excesivo, problemático o de riesgo de drogas presenta diferencias significativas según el sexo. El consumo excesivo de alcohol, tabaco, cannabis y policonsumo de drogas es más frecuente en hombres y el de psicofármacos sin receta más frecuente en mujeres.

Otras adicciones que adquieren cada vez más importancia son el juego, y el uso problemático de Internet. El porcentaje de población afectada es ligeramente superior entre los hombres (Tabla 6).

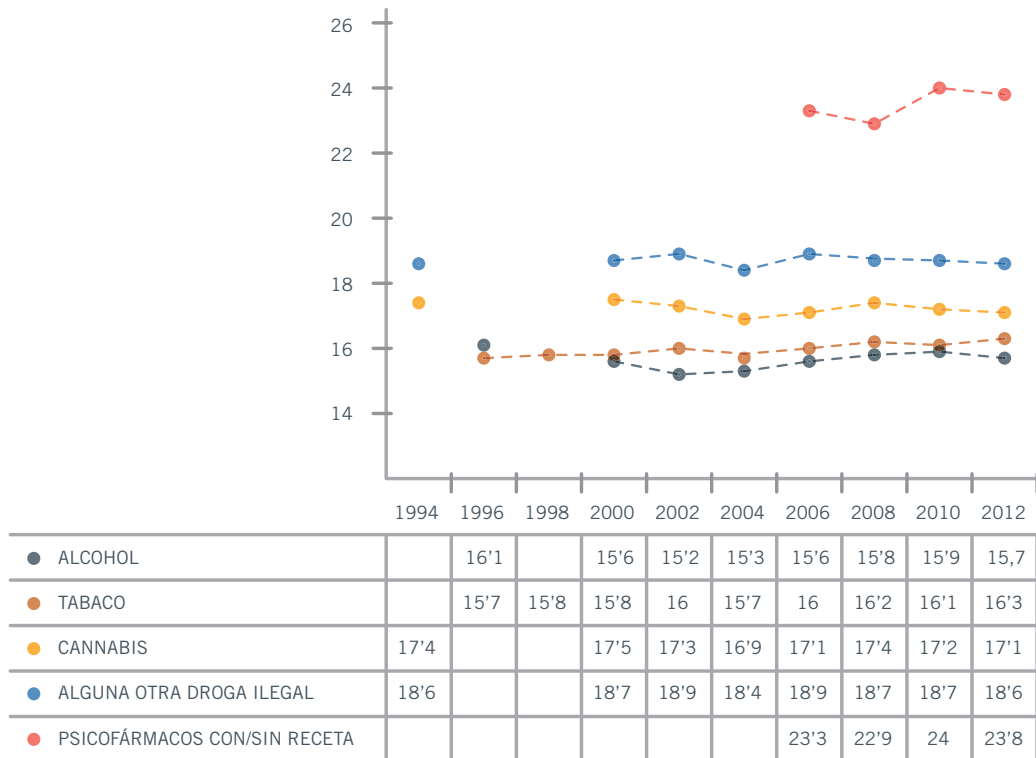
Tabla 6.
Prevalencia (%) de personas con consumo problemático por sexo.
CAPV 2012

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	RAZÓN: HOMBRE/MUJER
Jugador/a activo/a	26,5	18,8	22,6	1,4
Jugador/a de riesgo o excesivo/a	3,6	2	2,8	1,8
Uso de riesgo o problemático de internet	3,3	2,7	3,0	1,2

Fuente: Euskadi y drogas 2012

Gráfico 28.
Evolución de la edad media de inicio en consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias.

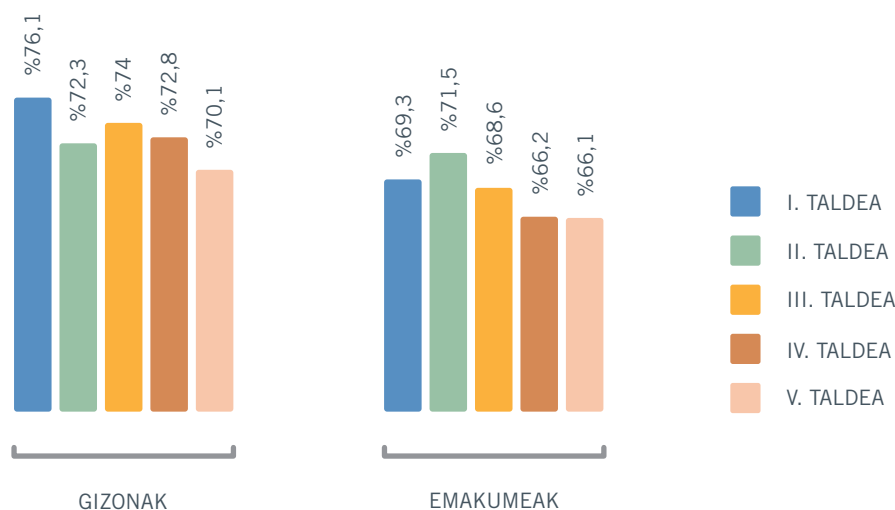
La evolución de la edad media de inicio de las sustancias más habituales se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años (Gráfico 28). Este inicio en el consumo no presenta diferencias por grupo socioeconómico.



Fuente: Euskadi y Drogas. 2012

Gráfico 29.
Valor promedio estandarizado por edad del índice de salud mental MHI-5 según el sexo y el grupo socioeconómico. CAPV. 2013.

De acuerdo con el índice de salud mental utilizado en 2013 en la ESCAV, los hombres tienen mejor salud mental que las mujeres en el conjunto de la población y en cada grupo de edad; las diferencias entre sexos aumentan con la edad. En ambos sexos se observa que la salud mental empeora al descender en la escala social. Las desigualdades fueron mayores en las mujeres (Gráfico 29).

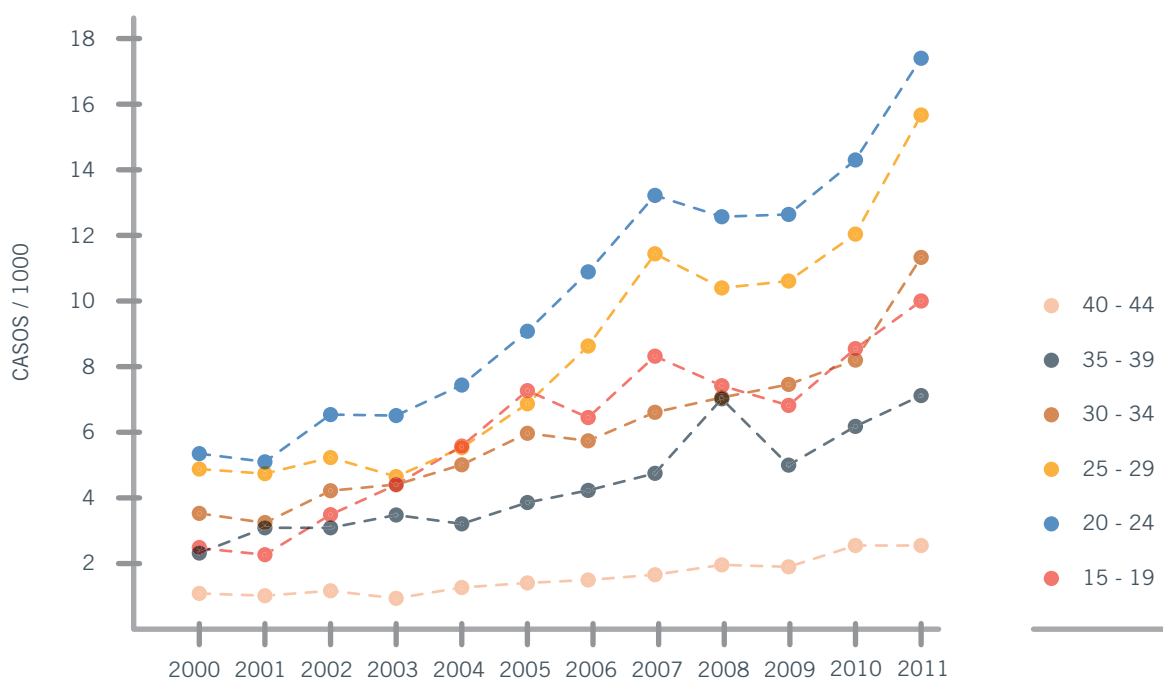


Fuente: ESCAV'2013

SALUD REPRODUCTIVA

Según el Registro de Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) de la Comunidad Autónoma del País Vasco en 2011 se realizaron 4.138 interrupciones; el 24,2% tenían entre 25 y 29 años, y el 10,3% eran menores de 20 años. La tasa de IVE (número de IVEs por 1.000 mujeres de 15-44 años) ha aumentado de 2,60 en 1993 hasta 9,9 en 2011. Las tasas más altas se dan en las mujeres de 20-30 años de edad (Gráfico 30).

Gráfico 30.
Tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo en mujeres residentes en la CAPV según grupo de edad.
CAPV 2000-2011.



Fuente: Interrupciones voluntarias del embarazo en la CAPV. Departamento de Salud⁴⁷

Según los datos del Eustat, en el período 2001-2011 el número de nacimientos en Euskadi aumentó un 15,7%. Este aumento se debe, fundamentalmente, al aumento de fecundidad en mujeres de 35 y más años, cuya tasa pasa de 21 a 32 nacimientos por mil mujeres en el periodo. Especialmente relevante es el incremento de nacimientos en los extremos de la edad fecunda. Las mujeres de 40 y más años alcanzan en 2011 una tasa de 7,9 nacimientos por mil mujeres frente a 3,3 en 2001, y las madres menores de 20 años pasan de 3,7 en 2001 a 6,0 en 2011.

SALUD LABORAL

Según datos de Osalan, se constata un fuerte aumento de las patologías del oído (hipoacusias por ruido), un progresivo incremento de las enfermedades del sistema nervioso (síndrome del túnel carpiano y trastornos similares) y de las enfermedades de las vías respiratorias, y un ligero incremento de los tumores profesionales. Se observa disminución progresiva de enfermedades infecciosas, enfermedades dermatológicas y trastornos músculo-tendinosos.

Entre los años 2000 y 2006 creció la tasa de incidencia de enfermedades profesionales. El marcado descenso en el año 2007 fue debido a un cambio en el sistema de declaración. En los siguientes años hubo un incremento leve, pero mantenido de la incidencia de enfermedades profesionales reconocidas, con un predominio creciente a partir del año 2007 de las enfermedades sin baja, a diferencia del periodo anterior (Gráfico 31).

Gráfico 31.
Incidencia de enfermedad profesional.
2000-2012. CAPV



Fuente: OSALAN-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 5.1.

ACTIVIDAD FÍSICA

Promover la práctica de actividad física de la población, siguiendo las pautas y estrategias definidas en el Plan de Actividad Física de Euskadi.

ACCIONES

5.1.1. Capacitar a profesionales de Salud, Educación y Servicios Municipales en la promoción de la actividad física y su consejo a la población.

5.1.2. Desarrollar iniciativas concretas en el ámbito local fortaleciendo los canales de comunicación entre centros sanitarios, centros educativos y recursos de actividad física en el municipio.

5.1.3. Impulsar la innovación para la promoción de la actividad física.

5.1.4. Promover un urbanismo saludable en los municipios de Euskadi, incluyendo medidas específicas para el fomento de la actividad física en los instrumentos de planeamiento y diseño urbano. Promover la Red de Ciudades que Caminan⁴⁸.

5.1.5. Adecuar la oferta y los recursos de actividad física atendiendo a las necesidades y preferencias de los diferentes grupos de población, en particular las mujeres.

5.1.6. Aumentar las horas lectivas semanales de educación física en todos los niveles educativos.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de sedentarismo	Hombres: 26,6% Mujeres: 34,0% (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓15%	ESCAV
Desigualdades sociales en sedentarismo según género y nivel social	IRD Hombres: 1,44 IRD Mujeres: 1,18 (2013)	Hombres: ↓10% Mujeres: ↓10%	ESCAV

OBJETIVO 5.2.

SALUD Y ALIMENTACIÓN

Diseñar e implantar una estrategia de alimentación saludable para la población de Euskadi teniendo en cuenta las desigualdades sociales y de género en los patrones de consumo.

ACCIONES

5.2.1. Monitorizar el perfil nutricional de la población de Euskadi y formular recomendaciones alimentarias.

5.2.2. Mejorar la colaboración entre sectores (instituciones, la sociedad civil y la industria) con el objeto de llegar a acuerdos en lo relacionado con la disminución del consumo de azúcares, sal y grasas saturadas.

5.2.3. Facilitar, conjuntamente con las áreas de Consumo, Comercio y Desarrollo Económico, el acceso a una alimentación saludable de calidad, fresca y variada.

5.2.4. Formar al personal sanitario en salud alimentaria, incluyendo consejo breve y prescripción de hábito alimentario saludable.

5.2.5. Potenciar la innovación y la investigación en hábitos alimentarios saludables.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Personas que consumen fruta a diario	Hombres: 62,0% Mujeres: 69,2% (2013)	Hombres: ↑20% Mujeres: ↑20%	ESCAV
Personas que consumen verdura a diario	Hombres: 21,7% Mujeres: 32,1% (2013)	Hombres: ↑20% Mujeres: ↑20%	ESCAV
Contenido de grasas totales y saturadas en menús escolares	--	Grasas totales < 30% de kcal del menú Grasas saturadas <10% de kcal del menú	Dpto. de Salud
Contenido de sal en menús colectivos	9,8 g/día (2009)	<5 g/día	Dpto. de Salud

OBJETIVO 5.3.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Promover una vivencia de la sexualidad saludable, placentera e igualitaria.

Ofrecer una atención integral, continuada y de calidad durante el proceso reproductivo.

ACCIONES

5.3.1. Diseñar programas de información y educación para la salud sexual basados en la igualdad de género y en el respeto a la diversidad sexual.

5.3.2. Promover una atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.

5.3.3. Mejorar la accesibilidad a la anticoncepción.

5.3.4. Garantizar un proceso asistencial integrado desde la fase preconcepcional, y durante el embarazo, parto, puerperio y atención al bebé, acorde a las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mujeres con aporte adecuado de ácido fólico pre y perigestacional	50% (2011) ⁴⁹	>70%	Osakidetza
Población con proceso asistencial integrado embarazo-parto-puerperio (%)	--	100%	Osakidetza
Episiotomía en parto eutócico (%)	36% (2010) ⁵⁰	<15%	Osakidetza
Interrupción voluntaria del embarazo (IVEs) tasa x 1.000 mujeres en edad fértil	9,9 (2011)	↓50%	Registro IVEs

OBJETIVO 5.4.

ADICCIONES

Prevenir conductas adictivas (alcohol, tabaco, otras sustancias, adicciones sin sustancia), reducir y retardar el inicio del consumo de tabaco y alcohol y otras sustancias, y minimizar el daño derivado de las adicciones.

ACCIONES

5.4.1. Desarrollar las líneas estratégicas y acciones previstas en el VI Plan de Adicciones⁵¹, especialmente las medidas orientadas a:

- Retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias.
- Disminuir la presencia y las ofertas de tabaco, alcohol y otras sustancias que causan adicción.
- Afianzar los programas de prevención universal, así como los orientados a colectivos de especial vulnerabilidad, priorizando el ámbito escolar, familiar y comunitario.
- Promocionar estilos de vida, hábitos y valores saludables y pro-sociales, desde la coordinación interinstitucional y la cooperación con el tercer sector.

· consolidar la estrategia de reducción de riesgos y daños.

5.4.2. Avanzar en la estrategia “Euskadi libre de humo de tabaco⁵²”.

5.4.3. Desarrollar intervenciones para disminuir los consumos de riesgo de alcohol.

5.4.4. Impulsar el abordaje de las adicciones sin sustancia en sus dimensiones de prevención y tratamiento.

5.4.5. Revisar y actualizar la normativa reguladora de las adicciones.

INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Diferencias sociales en tabaquismo (15-44 años)	IRD Hombres: 2,03 IRD Mujeres: 2,37 (2013)	Hombres: ↓20% Mujeres: ↓20%	ESCAV
Personas expuestas al humo de tabaco ajeno	Hombres: 17,1% Mujeres: 15,6% (2013)	Hombres: ↓50% Mujeres: ↓50%	ESCAV
Consejo sanitario sobre tabaquismo en Atención Primaria (%)	33,7% (2012)	>60%	Osakidetza
Personas fumadoras en deshabitación tabáquica	Hombres: 1,9% Mujeres: 2,5% (2013)	↑15%	Osakidetza
Edad (años) de inicio en el consumo de alcohol	Hombres: 15,8 Mujeres: 17,3 (2012)	18 años	Euskadi y Drogas
Prevalencia de problemas de salud en jóvenes de 15 a 24 años con consumo de riesgo de alcohol	Hombres: 17,3% Mujeres: 17,9% (2013)	↓30%	ESCAV
Consumo excesivo de alcohol en fines de semana en jóvenes (15-34 años)	Chicos: 15,7% Chicas: 7,0% (2012)	Chicos: ↓20% Chicas: ↓20%	Euskadi y Drogas
Prevalencia de problemas de salud asociados a consumo de riesgo de alcohol	Hombres: 25,1 Mujeres: 14,7 (2013)	↓10%	ESCAV
Consumo diario de cannabis en jóvenes (15-34 años)	Chicos: 2,5% Chicas: 0,9% (2012)	Chicos: ↓10% Chicas: ↓10%	Euskadi y Drogas

OBJETIVO 5.5.

SALUD MENTAL

Programa de la salud mental y emocional, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.

ACCIONES

5.5.1. Intervenciones y medidas intersectoriales para fortalecer las redes comunitarias de relación y participación social con especial énfasis en mujeres, menores y personas mayores.

5.5.2. Diseñar intervenciones para la prevención del estrés, la ansiedad y depresión dirigido a los grupos más vulnerables y al entorno laboral.

5.5.3. Diseñar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Prevalencia de buena salud mental según nivel social y género (MHI-5)	Hombres Grupo I: 76,1 Grupo V: 70,1 Diferencia: 6,0% Mujeres Grupo I: 69,3 Grupo V: 66,1 Diferencia: 3,2% (2013)	Hombres: ↓50% Mujeres: ↓30%	ESCAV

OBJETIVO 5.6.

ENTORNO

Garantizar la calidad del entorno ambiental mediante el control y seguimiento de los riesgos ambientales (agua, alimentos, aire y suelo) y la información a la ciudadanía de los mismos.

ACCIONES

5.6.1. Impulsar la coordinación institucional en el control y seguimiento de los riesgos ambientales.

5.6.2. Mejorar la calidad y la accesibilidad de la población a la información ambiental.

5.6.3. Mejorar las garantías de seguridad de los alimentos y bebidas, reforzando el conocimiento y la participación de la población ante los riesgos de este tipo asociados a su salud.

5.6.4. Desarrollar la biomonitorización a exposiciones ambientales en la población general, y particularmente en grupos vulnerables (embarazadas, población infantil).

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Población de la CAPV residente en zonas con niveles de PM10 < 20 µg/m ³ en el aire ^j .	59% (2012)	75%	Dpto. de Salud
Población que recibe agua de consumo con sub-productos de su tratamiento < 50 µg/l	47% (2012)	>95%	Dpto. de Salud EKUIS

j. PM10: partículas en suspensión en el aire de tamaño menor de 10 micras. 20µg/m³: nivel guía de la OMS

OBJETIVO 5.7.

ENTORNO LABORAL

Prevenir los riesgos más importantes de enfermedad profesional y de accidentes entre personas trabajadoras, teniendo en cuenta las diferencias sociales y de género.

ACCIONES

5.7.1. Desarrollar y mejorar los mecanismos de vigilancia de las enfermedades profesionales, los accidentes y los riesgos laborales.

5.7.2. Desarrollar la Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo⁵³.

5.7.3. Impulsar la investigación en salud y siniestralidad laboral.

5.7.4. Impulsar la intervención de los servicios de prevención y comités de salud laboral orientada a la prevención del estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

5.7.5. Promover y facilitar los hábitos saludables en el entorno laboral (actividad física, alimentación saludable, prevención de adicciones).

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Tasa de incidencia de enfermedad profesional	Hombres: 4,16% Mujeres: 1,51% (2012)	↓10%	OSALAN
Tasa de incidencia de accidentes de trabajo mortales	Hombres: 8,7/100.000 Mujeres: 0,9/100.000 (2012)	↓10%	OSALAN
Empresas tuteladas por servicios de prevención de riesgos laborales	54,3% (2012)	>95%	OSALAN

6. IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO

IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD 2013-2020

Según la Ley de Ordenación Sanitaria, el Plan de Salud es el instrumento que enmarca todas las actuaciones públicas en la materia de salud, en el ámbito de Euskadi.

Este Plan de Salud marca el inicio de un proceso de cambio global en la atención a la salud de los vascos y vascas. Las estrategias y acciones contenidas en este Plan deberán desplegarse mediante los planes a nivel territorial, de organización sanitaria, municipal, etc. A partir de ahora se deberá empezar a trabajar con los diferentes agentes en la concreción y la implantación de los proyectos de cambio.

La evaluación, el seguimiento y la rendición de cuentas

LA DIRECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

El Plan de Salud no es un documento de intenciones, sino que servirá como hoja de ruta del cambio en el modelo de atención del Departamento de Salud durante los próximos años. El Departamento será responsable de la ejecución de los proyectos y de la evaluación pública y transparente de los objetivos. En este sentido, el Departamento se compromete a implantar los proyectos diseñados, a monitorizar anualmente los indicadores de los objetivos y, también con una periodicidad anual, a hacer una evaluación pública en el ámbito de la Comisión de Salud del Parlamento Vasco.

El buen gobierno de la salud y del bienestar de la población enfrenta dos desafíos íntimamente interrelacionados:

- La gobernanza por la salud: transversalidad e intersectorialidad en las administraciones públicas, sector productivo y tercer sector. Son los esfuerzos de los gobiernos y otros actores con el propósito de generar la salud como aspecto necesario para el bienestar de la población.
- La gobernanza de la salud: fortalecimiento del sistema sanitario en equidad, sostenibilidad, calidad y eficiencia.

La gestión de la buena salud de la población precisa de un liderazgo claro por parte del Gobierno Vasco a través del Departamento de Salud, con una propuesta de organización para todas las instituciones y la sociedad en su conjunto. Este enfoque es el de la Salud en Todas las Políticas.

tas serán fundamentales para la correcta ejecución de este Plan mediante la mejora y la adaptación permanentes de las diferentes líneas de actuación. Los principios de evaluación del plan buscan medir los efectos que las actuaciones específicas propuestas tendrán sobre la salud de la población de Euskadi, reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el sistema sanitario.

La organización de la gestión, impulso, seguimiento y evaluación del Plan de Salud, en base a los criterios y visión expuestos, son los siguientes:

A.- Gobierno POR la Salud

A.1.- Nivel Interdepartamental

1.- Comisión Directora

2.- Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas

A.2.- Nivel Interinstitucional

B.- Gobierno DE la Salud

B.1.- Nivel Intradepartamental: Departamento de Salud-Osakidetza

1.- Consejo de Dirección del Departamento de Salud

2.- Comité Técnico del Plan de Salud

A. GOBIERNO POR LA SALUD

A.1.- NIVEL INTERDEPARTAMENTAL

1. Comisión Directora del Plan de Salud 2013-2020

COMPOSICIÓN	
PRESIDENTE	el Lehendakari
ÁREAS REPRESENTADAS EN SU NIVEL DE VICECONSEJERO/A:	Secretaría General de la Presidencia Tecnología, Innovación y Competitividad Comercio y Turismo Agricultura, Pesca y Política Alimentaria Políticas Sociales Vivienda Economía y Presupuestos Educación Cultura, Juventud y Deportes Salud Osakidetza Medio Ambiente Transportes Planificación Territorial y Urbanismo

Esta Comisión tiene como fin revisar y sancionar las estrategias y objetivos del Plan de Salud desde la perspectiva de la salud en todas las políticas y el enfoque de desarrollo sostenible en la Administración Autónoma. Se responsabiliza en sus respectivos ámbitos de la promoción de los principios de sostenibilidad en las políticas sectoriales y fortalecerá la participación ciudadana en los foros y procesos existentes.

Funciones:

- Velar por la concreción y aplicabilidad desde la corresponsabilidad de los compromisos recogidos en este Plan de Salud, relativos al marco competencial de los Departamentos del Gobierno Vasco.
- Identificar y concretar políticas públicas con mayor impacto potencial sobre la equidad en salud, proponer acciones para reducir las desigualdades en todo el gradiente social y procurar los recursos necesarios para acometerlas, así como los mecanismos para evaluarlas.

2. Comité Técnico de Salud en Todas las Políticas

Funciones:

- Proponer y diseñar las acciones pertinentes para desarrollar las estrategias de intervención propuestas en el Plan, y priorizarlas en función de los recursos disponibles.
- Participar activamente con la presentación de propuestas relativas a la Salud en Todas las Políticas en la coordinación interna del Gobierno Vasco.
- Sensibilizar a agentes gubernamentales y no gubernamentales de los ámbitos autonómico, territorial y municipal en los principios de la estrategia de Salud en Todas las Políticas y su desarrollo.
- Emitir un informe bienal de validación y de compromiso con el Plan de Salud desde cada uno de los sectores implicados.
- Promover la evaluación del impacto en la salud y en la equidad en salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario.
- Evaluar los resultados en salud del Plan de Salud y elaborar el informe anual de resultados que será elevado a la Comisión Directora del Plan de Salud

COMPOSICIÓN	
PRESIDENTA	la Directora de Salud Pública y Adicciones
MIEMBROS	personal técnico de las Viceconsejerías representadas en la Comisión Directora.

- Monitorizar los objetivos del Plan de Salud, así como proponer los cambios y ajustes de los objetivos y actuaciones del Plan
- Llevar a cabo las intervenciones formativas del personal trabajador de las Administraciones Públicas en lo relativo a la Salud en Todas las Políticas, la coordinación intersectorial e interinstitucional, los mecanismos para facilitar la participación de la población, los métodos y herramientas para evaluar el impacto en salud de las políticas públicas.

A.2.- NIVEL INTERINSTITUCIONAL

La existencia del Consejo de Sanidad de Euskadi y los Consejos de Área de Salud de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa posibilita desarrollar la Gobernanza por la Salud aprovechando estas estructuras ya creadas mediante el Decreto 260/1999.

En dicho Decreto se establece la composición de los Consejos, así como sus funciones. Dentro de ellas están las facultades de consulta y de asesoramiento en la formulación de planes y objetivos generales del sistema, así como en el seguimiento y evaluación final de los resultados de ejecución.

Por ello, el Plan de Salud 2013-2020 establece como estructura de Gobierno por la salud el Consejo de Salud de Euskadi.

B. GOBIERNO DE LA SALUD NIVEL INTRADEPARTAMENTAL

1. Consejo de Dirección del Departamento de Salud

COMPOSICIÓN	
PRESIDENTE	el consejero de Salud
MIEMBROS	Viceconsejero, Director General de Osakidetza, Directores/as de Salud Pública y Adicciones, Aseguramiento y Contratación Sanitaria, Farmacia, Investigación e Innovación Sanitaria, Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria, Gabinete, Régimen Jurídico, Económico y Servicios Generales.

2. Comité Técnico del Plan de Salud

Rinde cuentas al Consejo de Dirección del Departamento de Salud. Es responsable de la elaboración de la evaluación del cumplimiento de las acciones y el garante todo el proceso dentro del ámbito competencial del Departamento de Salud.

En su actuación se asesora y apoya en los servicios, comisiones y estructuras actualmente vigentes en el Departamento de Salud: Bioef, Osteba, Farmacia, comisiones de Osakidetza, consejos asesores del Departamento de Salud.

Funciones:

- Realización de una evaluación periódica del avance del Plan de Salud.
- Orientar el proceso de contratación sanitaria hacia los objetivos y estrategias de actuación del Plan de Salud.
- Avanzar en la integración de programas, con sus presupuestos correspondientes, y desde la perspectiva de la sostenibilidad.
- Monitorizar las acciones de mejora de la calidad asistencial a través de los contratos programa y conciertos.
- Realizar la evaluación de los indicadores establecidos en los contratos programa.
- Colaborar en el diseño e implantación de las actuaciones de Salud Pública relacionadas con el Plan de Salud y realizar el seguimiento de las mismas, de acuerdo con los indicadores que para cada una se establezcan.
- Implantar procedimientos, métodos y herramientas para evaluar las políticas, los programas o los proyectos en relación con sus efectos sobre la salud de la población, y la distribución de tales efectos en la misma.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1 METODOLOGÍA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EUSKADI 2013-2020

Como no podía ser de otra manera se ha tratado de mantener un enfoque multisectorial, con alto grado de participación de los colectivos profesionales, así como de participación de la ciudadanía. Ha sido preciso adoptar una estructura interna organizativa tal que permita transmitir el conocimiento, la información y la participación de amplios sectores implicados y revierta así en un documento que contemple el Plan de Salud como herramienta de gobierno de la salud individual y colectiva vasca.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PLAN

Para la elaboración del presente plan se han definido una serie de comisiones interrelacionadas en tres niveles diferenciados:

- Nivel de ejecución. En un primer momento se crearon cinco grupos de trabajo integrados por perfiles expertos y por representantes de diversos sectores, incluido el tercer sector, con actitud colaboradora, creatividad, capacidad de consenso, trabajo en equipo y experiencia práctica ya sea personal o profesional. El objeto de cada uno de los grupos de trabajo ha sido identificar las estrategias y objetivos necesarios para alcanzar las áreas prioritarias del Plan de Salud.

- Nivel de coordinación. En este nivel se sitúa la comisión de coordinación técnica cuya principal función ha sido la gestión de los diferentes grupos de trabajo y la documentación asociada a los mismos. Con la finalidad de favorecer una coherencia entre las diferentes actividades y estrategias definidas, se ha definido el comité redactor. Como organizaciones de apoyo a la coordinación se ha creado una asesoría técnica y un grupo de apoyo logístico y administrativo.

- Nivel de dirección. Integrado, por la comisión directora, con la función de aprobar el contenido del Plan e iniciar su comunicación y remisión a las diferentes entidades involucradas en el Plan para su aprobación.

El Comité Redactor ha elaborado el borrador del documento explicativo del proceso y metodología de elaboración del Plan, incluyendo el cronograma. También ha revisado y aprobado los documentos elaborados por la Asesoría Técnica (Guía metodológica, documentos base de los Grupos de Trabajo), así como revisar, ordenar, unificar la redacción y dar coherencia a todos los documentos producidos, ajustando los contenidos al formato acordado e integrándolos en lo que han sido los diferentes Borradores del Plan de Salud 2013-2020.

La Asesoría Técnica ha elaborado la guía metodológica, el procedimiento del trabajo de los grupos, los documentos base y cuestionarios de cada grupo de trabajo. También llevó a cabo la coordinación técnica de los grupos de trabajo y la redacción de la versión preliminar integradora de los productos trabajados en cada grupo, velando por la coherencia entre los mismos.

El personal de Apoyo Logístico y Administrativo organizó el apoyo logístico y administrativo necesario para el correcto funcionamiento del proceso, gestionó el proceso de constitución de grupos, las convocatorias, facilitó los cauces para la asistencia a las reuniones, distribuyó la documentación y la información necesarias a los Coordinadores de grupo y a los grupos de trabajo, supervisó y avisó de los retrasos de la entrega de trabajos, gestionó la logística de las reuniones (salas, alojamiento...), expidió los certificados de asistencia.

La constitución de los grupos de trabajo supuso el trabajo de identificación de las personas integrantes en función de las ÁREAS establecidas como objetivos generales del Plan de Salud. Los criterios de composición de los grupos fueron:

- Composición multidisciplinar con presencia de todos los perfiles y categorías profesionales implicadas.
- Composición intersectorial en aquellos temas cuyo abordaje iba a requerir de acciones a desarrollarse más allá de la asistencia sanitaria.
- Inclusión de perfiles relacionados con los elementos transversales que impregnan las propuestas (reducción de desigualdades, perspectiva de género, sostenibilidad).

Los criterios para la selección de las personas integrantes de los grupos fueron:

- Conocimientos sobre el tema
- Experiencia práctica (profesional o personal)
- Puntos de vista complementarios (que no enfrentados)
- Actitud colaboradora
- Capacidad de consenso y de trabajo de equipo
- Creatividad

Figura 8.
Estructura organizativa para la creación del Plan de Salud.



Fuente: Elaboración propia

Además, en la composición de los grupos se tuvo en cuenta:

- La participación equilibrada de hombres y mujeres. No solo grupos tendentes a la paridad, sino también que promuevan una participación equilibrada de unas y otros en los diversos perfiles y estamentos representados.
- Aclarar a las personas integrantes que no representan a un estamento, una asociación o una sociedad científica sino que han sido propuestas por el interés de su punto de vista para diseñar el Plan.

En cada grupo se identificó una figura para desempeñar las funciones de liderazgo. Sus funciones fueron:

- Facilitar la participación activa y las aportaciones creativas en el grupo.
- Garantizar el intercambio de información entre la CCT y los miembros del grupo y servir de enlace.
- Asegurar que las propuestas integran los elementos transversales solicitados.

La Coordinación Técnica desempeñó las siguientes funciones:

- Dirigir los trabajos del grupo para que no se desvíen de los objetivos propuestos.
- Colaborar estrechamente con la/s persona/s que se designe/n para liderar su grupo.
- Procesar la información que facilitará cada componente del grupo en el formato diseñado al efecto.
- Levantar acta con las aportaciones de cada integrante del grupo y redactar las síntesis de las mismas.
- Dirigir las reuniones para garantizar que todos los componentes participan y se respetan los métodos de trabajo y los tiempos.
- Elaborar el Borrador del documento final de consenso de cada grupo.

Coincidiendo con el final anticipado de la IX Legislatura se dio por finalizada la fase de desarrollo de lo que se dio en llamar versión 1.0 del Plan de Salud 2012 – 2020.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE SALUD DE EUSKADI 2013-2020

El Plan de Salud de Euskadi se estructura en base a 5 áreas definidas a partir de las perspectivas de salud de la población, el estudio de distribución de recursos sanitarios junto con la perspectiva de los determinantes de las desigualdades en salud.

La metodología seguida es la conocida como “enfoque de marco lógico”. Este enfoque, diseñado por la Agencia Noruega de Cooperación Internacional (NORAD)^k, consiste en un ejercicio de planificación que permite visualizar en matriz los elementos básicos que configuran el Plan de Salud.

De esta forma, se han definido para cada una de los ejes una estructura en árbol que favorezca tanto la realización del plan como su evaluación (Figura 9).

Figura 9.
Estructura del Plan de Salud de Euskadi 2013-2020

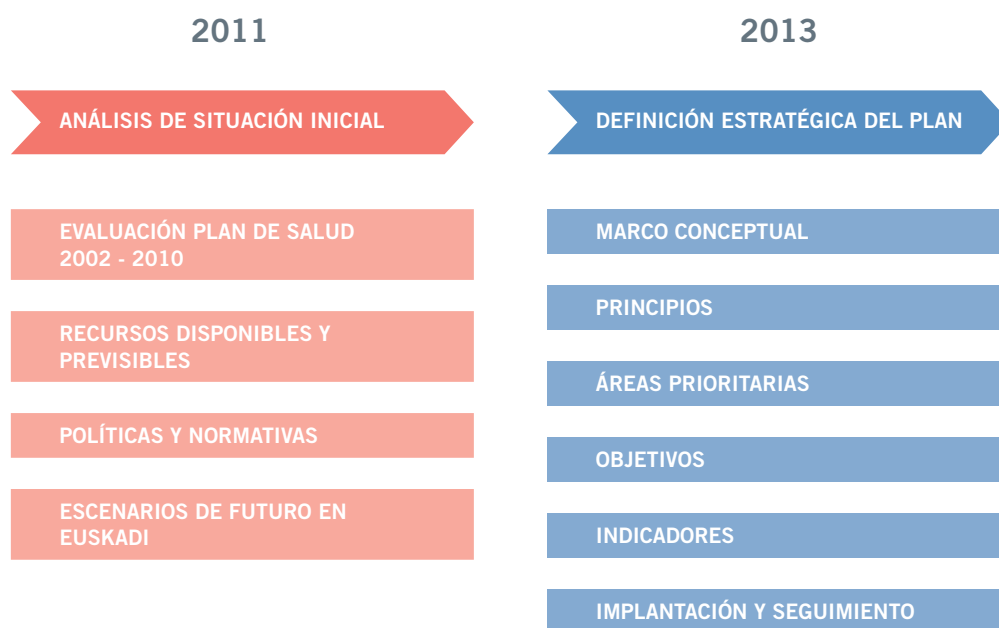


Fuente: Elaboración propia

k. <http://www.norad.no/en/tools-and-publications/publications/publication?key=109408>
<http://www.norad.no/no/resultater/publikasjoner/publikasjon?key=109837>

La elaboración del Plan de Salud se estructura en fases diferenciadas. (Figura 10)

Figura 10.
Fases desarrolladas para la elaboración del Plan de Salud de Euskadi 2013-2020.



Fuente: Elaboración propia

En la fase de análisis inicial se evaluó el Plan de Salud 2002-2010, se analizaron los recursos disponibles y previsibles para el nuevo Plan, asimismo se revisó la normativa y políticas que incumbían a la salud de las personas y se dibujaron los posibles escenarios de futuro en Euskadi.

La fase de definición estratégica supuso el esfuerzo de concreción y redacción del marco conceptual del nuevo Plan, la definición y adscripción de los objetivos, acciones e indicadores a cada una de las áreas prioritarias del Plan, así como el diseño de la implantación y seguimiento del Plan.

7.2.

ANEXO 2

EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2002-2010. POLÍTICAS DE SALUD PARA EUSKADI



OBJETIVO NO CONSEGUIDO CON EVOLUCIÓN POSITIVA



Tabla 7.
Objetivos Plan de Salud
2002-2010.
Evaluación final

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
1. Esperanza de vida al nacimiento en varones	75,4 años (1997)	↑a 76,8 años ▲ 1,9%	79,2 (2010) ▲ 5,04%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
2. Esperanza de vida al nacimiento en mujeres	83,4 años (1997)	↑a 84,3 años ▲ 1,1%	85,9 (2010) ↑3,00%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
3. Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en varones	65,1 años (1997)	↑a 67,3 años ▲ 3,4%	69,6 (2007) ▲ 6,91%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
4. Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en mujeres	71,3 años (1997)	↑a 72,8 años ▲ 2,1%	74,9 (2007) ▲ 5,05%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
5. Diferencias sociales en esperanza de vida en varones	3,6 años (1996-2000)	↓a 2,7 años ▼ 25%	3,5 años (2001-2005) ▼ 2,78%	Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
6. Diferencias sociales en esperanza de vida en mujeres	1,2 años (1996-2000)	↓a 0,9 años ▼ 25%	1,5 años (2001-2005) ▲ 25%	Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
7. Proporción de población no fumadora	71% (1997)	↑a 80% ▲ 12,68%	75,1% (2007) ▲ 5,77%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
8. Proporción de personas expuestas al humo de tabaco ajeno	39% (1997)	↓a 10% ▼ 74,36%	21% (2007) ▼ 46,15%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
9. Proporción de población bebedora en exceso entre los 16 y los 65 años	4,1% (1997)	↓a 3,5% ▼ 14,63%	2% (2007) ▼ 51,22%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
10. Consumo de alcohol medio diario por personas mayores de 16 años	12,8 gr (1997)	↓a 10,9 gr ▼ 14,84%	9,7 gr (2007) ▼ 24,22%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
11. Proporción de personas no iniciadas en el Consumo de drogas ilegales	74,1% (2000)	↑a >80% ▲ >7,96%	65,8% (2010) ▼ 11,2%	Euskadi y Drogas. Observatorio Vasco de Drogodependencias

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
12. Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física durante su tiempo libre	24% (1997)	↑a 32% ▲ 33,33%	25% (2007) ▲ 4,17%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
13. Proporción de personas obesas >de 16 años	10% (1989)	↓a 8% ▼ 20%	12,5% (2007) ▲ 25%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
14. Aporte energético de los hidratos de carbono	45% (1989)	>45%	Sin información	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
15. Aporte energético de las grasas	37% (1989)	< 35% ▼ >5,7%	Sin información	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
16. Diferencias sociales en la autovaloración en salud en varones	193% (1997)	↓a 144,8% ▼ 25%	59% (2007) ▼ 69,42%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
17. Diferencias sociales en la autovaloración en salud en mujeres	61,5% (1997)	↓a 46,1% ▼ 25%	116% (2007) ▲ 88,62%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
18. Diferencias sociales en el consumo de tabaco	43% (1997)	↓a 32,25% ▼ 25%	60% (2007) ▲ 39,53%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
19. Diferencias sociales en proporción de personas obesas >16 años	223% (1997)	↓a 167,3% ▼ 25%	35% (2007) ▼ 84,3%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
20. Tasa de mortalidad por tumores malignos en varones menores de 65 años	115,9 x 100.000 (1996-1998)	Tendencia descendente ▼ >0%	98,8 x 100.000 (2009) ▼ 14,75%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
21. Tasa de mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años	52,4 x 100.000 (1996-1998)	↓a 47,16 x 100.000 ▼ 10%	53,5 x 100.000 (2009) ▲ 2,10%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
22. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en varones menores de 65 años	32,3 x 100.000 (1996-1998)	Invertir tendencia ascendente ▼ >0%	29,4 x 100.000 (2009) ▼ 8,98%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
23. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años	3,9 x 100.000 (1996-1998)	Frenar tendencia ascendente ▼ >=0%	10,3 x 100.000 (2009) ▲ 164,10%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
24. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres	22,3 x 100.000 (1996-1998)	↓a 18,4 x 100.000 ▼ 17,5%	16,2 x 100.000 (2010) ▼ 27,35%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
25. Tasa de mortalidad por cáncer de colon-recto en varones	29,5 x 100.000 (1996-1998)	Estabilizar tasa ▲ 0%	34,0 x 100.000 (2010) ▲ 15,25%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
26. Tasa de mortalidad por cáncer de colon-recto en mujeres	14,5 x 100.000 (1996-1998)	Estabilizar tasa ▲ 0%	12,7 x 100.000 (2010) ▼ 12,41%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
27. Tasa de mortalidad por cáncer de cabeza y cuello en varones	22,6 x 100.000 (1996-1998)	↓a 20,3 x 100.000 ▼ 10%	12,7 x 100.000 (2009) ▼ 43,81%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
28. Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	57,1 x 100.000 (1996-1998)	↓a 45,7 x 100.000 ▼ 20%	40,3 x 100.000 (2009) ▼ 29,42%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
29. Tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	16,1 x 100.000 (1996-1998)	↓a 12,9 x 100.000 ▼ 20%	11,1 x 100.000 (2009) ▼ 31,06%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
30. Desigualdades sociales relativas en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	27% (1996-2000)	↓a 20% ▼ 25%	36% (2001-2005) ▲ 33,33%	Servicio de Estudios e Investig Sanitaria. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
31. Desigualdades sociales relativas en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	40% (1996-2000)	↓a 30% ▼ 25%	71% (2001-2005) ▲ 77,5%	Servicio de Estudios e Investig Sanitaria. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
32. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en varones menores de 75 años	23,0 x 100.000 (1996-1998)	↓a 18,4 x 100.000 ▼ 20%	13,2 x 100.000 (2009) ▼ 42,61%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
33. Tasa de mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres menores de 85 años	25,5 x 100.000 (1996-1998)	↓a 20,4 x 100.000 ▼ 20%	14,8 x 100.000 (2009) ▼ 41,96%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
34. Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en varones (25-74 años)	83,1 x 100.000 (1996-1998)	↓a 70,6 x 100.000 ▼ 15%	49,4 x 100.000 (2009) ▼ 40,55%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
35. Tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres (25-74 años)	17,2 x 100.000 (1996-1998)	↓a 14,7 x 100.000 ▼ 15%	8 x 100.000 (2009) ▼ 53,49%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
36. Incidencia de ceguera asociada a diabetes	260 afiliados con retinopatía diabética (2000)	↓a 173 afiliados con retinopatía diabética ▼ 33,33%	252 afiliados con retinopatía diabética (2009) ▼ 3,08%	ONCE
37. Incidencia de insuficiencia renal asociada a diabetes	9 Trasplantes renales a pacientes con diabetes como enfermedad renal primaria (2000)	↓a 6 Trasplantes renales a pacientes con diabetes como enfermedad renal primaria ▼ 33,33%	7 Trasplantes renales a pacientes con diabetes como enfermedad renal primaria (2007) ▼ 22,22%	Unidad de información sobre pacientes renales de la CAPV (UNIPAR).
38. Amputaciones secundarias a la diabetes melitus	135 (2000)	↓a 90 ▼ 33,33%	112 (2009) ▼ 17,04%	Registro de Altas hospitalarias (CMBD). Departamento de Sanidad y Consumo
39. Tasa de mortalidad por accidentes de tráfico	12,9 x 100.000 (1996-1998)	↓a 10,3 x 100.000 ▼ 20%	4,2 x 100.000 (2010) ▼ 67,44%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
40. Tasa de mortalidad por accidentes de trabajo	14,0 x 100.000 (1996-1998)	↓a 8,4 x 100.000 ▼ 40%	5,5 x 100.000 (2009) ▼ 60,71%	OSALAN – Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales
41. Morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte	5% (1997)	↓a 4% ▼ 20%	4% (2007) ▼ 20%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
42. Tasa de mortalidad por suicidio	7,0 x 100.000 (1996-1998)	Mantener por debajo de 7 x 100.000 ▼ >0%	4,9 x 100.000 (2010) ▼ 30,00%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
43. Polio autóctona	0 (1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	0 casos (2009) ▲ 0%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
44. Difteria	0 (1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	0 casos (2009) ▲ 0%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
45. Tétanos	0 (1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	0 casos (2009) ▲ 0%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
46. Haemophilus influenzae (enfermedad invasiva)	0 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	1 (2009) =	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
47. Meningitis C	0 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	3 (2009) ▼ 50%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
48. Hepatitis B	0 (1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	0 casos (2009) ▲ 0%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
49. Sarampión	3 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	0 (2009) ▼ 100%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
50. Rubéola	7 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	0 (2009) ▼ 100%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
51. Parotiditis	57 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	111 (2009) ▼ 94,74%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
52. Tasa de Incidencia de TBC	34,7 x 100.000 (1997-1999)	↓a 10,4 x 100.000 ▼ 70%	19 x 100.000 (2009) ▼ 45,24%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
53. Casos de tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa en personas menores de 1 año	0 (1997-1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	1 caso (2009)	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
54. Proporción de pacientes que adquieren una infección nosocomial durante su ingreso	6,7% (1999)	↓a <6,5% ▼ ≥3%	6% (2009) ▼ 10,45%	INOZ. Memoria anual Osakidetza
55. Nuevos casos de sífilis congénita en bebés recién nacidos	0 (1999)	Mantener 0 casos ▲ 0%	0 casos (2009) ▲ 0%	EDO. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
56. Casos de bebés recién nacidos con VIH +	1 (1999)	Conseguir 0 casos ▼ 100%	0 (2009) ▼ 100%	Unidad de SIDA. Osakidetza / Svs
57. Nº de nuevos casos con VIH +	186 (1999)	↓a <100/año ▼ ≥46,24%	207 (2009) ▲ 11,29%	Unidad de SIDA. Osakidetza / Svs
58. Nº de nuevos casos de SIDA	186 (1999)	↓a <100/año ▼ ≥46,24%	50 (2009) ▼ 73,12%	Unidad de SIDA. Osakidetza / Svs
59. Tasa de Mortalidad por SIDA	91 x 100.000 (1999)	↓a <50 x 100.000 ▼ ≥45,05%	45 x 100.000 (2010) ▼ 50,55%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
60. Tasa de mortalidad infantil	4,8 x 1.000 nacidos vivos (1999)	↓a <4,8 x 1.000 naci- dos vivos ▼ >0%	2,6 x 1.000 nacidos vivos (2010) ▼ 45,83%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo

OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	OBJETIVO 2010	SITUACIÓN FINAL	FUENTE
61. Tasa de mortalidad perinatal	6,1 x 1.000 nacidos (1999)	↓a <6,1 x 1.000 nacidos ▼ >0%	5,5 x 1.000 nacidos (2010) ▼ 9,84%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
62. Tasa de mortalidad por causas externas en jóvenes entre 15 y 29 años	36,5 x 100.000 (1996-1998)	↓a 31 x 100.000 ▼ 15%	15,9 x 100.000 (2009) ▼ 56,44%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
63. Esperanza de vida a los 65 años en varones	16,1 años (1997)	↑a 17,7 años ▲ 10%	18,35 años (2010) ▲ 13,98%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
64. Esperanza de vida a los 65 años en mujeres	21,4 años (1997)	↑a 23,5 años ▲ 10%	23,34 años (2010) ▲ 9,07%	Registro de mortalidad. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
65. Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años en varones	11,3 años (1997)	↑a 12,4 años ▲ 10%	14,5 años (2007) ▲ 28,32%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
66. Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años en mujeres	13,1 años (1997)	↑a 14,4 años ▲ 10%	17,2 años (2007) ▲ 31,3%	ESCAV. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo
67.% de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria	89% (1996-2000)	↑a 95% ▲ 6,74%	96% (2010) ▲ 7,87%	Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
68. Valor promedio anual de partículas en suspensión (PM 10)	30 µg/m ³ (2000)	↓a <20 µg/m ³ ▼ >33,33%	19 µg/m ³ (2010) ▼ 36,67%	Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo
69. Tasa de Incidencia de enfermedad profesional	2,3 x 1000 (2000)	↓a 1,8 x 1.000 ▼ 20%	3 x 1.000 (2009) ▲ 30,43%	OSALAN – Instituto vasco de Seguridad y Salud Laboral

Fuente: Elaboración propia

7.3.

ANEXO 3

RECOMENDACIONES DE INSTITUCIONES INTERNACIONALES, NACIONALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES

Todo Plan de Salud comunitario ha de apoyarse en otros planes, declaraciones y recomendaciones de instituciones tanto internacionales como nacionales, así como de asociaciones de profesionales, cuyos propósitos y premisas converjan con los del Plan de Salud. Estas recomendaciones reconocen, fundamentalmente, los aspectos que provocan las desigualdades en salud y recogen la necesidad de desarrollar sinergias a nivel internacional, nacional, regional y local entre las políticas de salud y las políticas en otros sectores, así como la de promover medidas para alcanzar la equidad sanitaria.

La siguiente tabla recoge algunas de las recomendaciones más destacables en las que se ajusta el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020 (Tabla 8).

-
Tabla 8.
Principales recomendaciones de Instituciones internacionales, nacionales y asociaciones de profesionales.

RECOMENDACIÓN	FINALIDAD	ORGANISMO PROMOTOR
Declaración de Salud en Todas las Políticas (SeTP) de Roma	Voluntad de integrar la salud en todas las políticas públicas y a todos los niveles, reconociendo la importancia de la cooperación intersectorial en beneficio de la salud y la necesidad de cooperación entre la Comisión Europea y la OMS. La Evaluación del Impacto sobre la Salud se configura como el método más importante para la integración de la salud en todas las políticas.	Comisión Europea Actualmente disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopiano-Nuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf [Acceso: 11 de julio de 2012]
Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión sobre los determinantes Sociales de la salud OMS. 2008	Toma de medidas e intervenciones a favor de la equidad sanitaria promoviendo un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Para ello se definen tres principios de acción: <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las condiciones de vida y las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. - Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local. - Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto. 	Organización Mundial de la Salud Actualmente disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html [Acceso: 11 de julio de 2012]
Documento técnico (borrador) del Congreso Mundial de Determinantes Sociales de la Salud, octubre 2011.	Proporcionar a los responsables políticos una visión general de las estrategias clave para poner en práctica la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Principal abordaje de 5 temas fundamentales: <ul style="list-style-type: none"> - Causas de las desigualdades sociales. - Sector salud como facilitador de diálogos sobre equidad e intersectorialidad. - Participación y liderazgo de la comunidad para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. - Acción global sobre los determinantes, alineando prioridades y actores principales. - Monitorización: medir y analizar para informar a las políticas sobre determinantes sociales de la salud. 	Organización Mundial de la Salud Actualmente disponible en: http://www.who.int/sdhconference/consultation/en/index.html [Acceso: 11 de julio de 2012]
Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático	Coordinación entre las administraciones públicas en las actividades de evaluación de impactos, vulnerabilidad y adaptación al cambio climático en España. Este Plan surge tras un proceso de consulta pública y de aportaciones y comentarios procedentes de las diferentes comunidades autónomas y organismos públicos, así como de organizaciones no gubernamentales e interlocutores sociales.	Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente Actualmente disponible en: http://www.marm.es/es/cambio-climatico/planes-y-estrategias/ [Acceso: 11 de julio de 2012]

RECOMENDACIÓN	FINALIDAD	ORGANISMO PROMOTOR
Protecting Health in Europe from climate change, WHO 2008	Necesidad de proteger la salud de los efectos negativos del cambio climático, reconociendo que el cambio climático supone una amenaza creciente para la seguridad sanitaria mundial.	Organización Mundial de la Salud Actualmente disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/74401/E91865.pdf [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Programa CAFE (Clean Air For Europe)	Alcanzar una estrategia integrada y a largo plazo de lucha contra la contaminación atmosférica y de protección de la salud humana y de medio ambiente frente a sus efectos. Este programa establece los objetivos de reducción de algunos contaminantes y refuerza el marco legislativo de lucha contra la contaminación atmosférica según dos ejes principales: - Mejora de la legislación comunitaria en materia de medio ambiente. - Integración de las preocupaciones relacionadas con la calidad del aire en políticas conexas.	Comisión Europea Actualmente disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/environment/air_pollution/l28026_en.htm [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Plan de acción europeo de Medio Ambiente y Salud (2004-2010)	Reducir los efectos perjudiciales para la salud de algunos factores ambientales y reforzar la cooperación en materia de medio ambiente, salud e investigación entre los distintos participantes. En concreto, el Plan de acción se refiere principalmente a la relación entre factores ambientales y enfermedades respiratorias, trastornos del desarrollo neurológico, cáncer y alteraciones endocrinas.	Comisión Europea Actualmente disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_environment/l28145_es.htm [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial	Alcanzar la seguridad alimentaria universal mediante la toma de medidas frente a problemas de hambre y malnutrición. Se impulsa la lucha por la seguridad alimentaria centrandose la atención a las personas encargadas de adoptar políticas y decisiones en los sectores público y privado, así como la atención del público en general en las cuestiones relativas a la alimentación. Voluntad además de que todas las personas, en todo momento, tengan acceso físico y económico a alimentos suficientes, sanos y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas, a fin de que puedan disfrutar de una vida activa y saludable.	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Cultura Actualmente disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/foodclimate/HLCdocs/declaration-S.pdf [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Reglamento sanitario internacional	Prevenir y afrontar riesgos agudos de la salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. El reglamento obliga a los países a comunicar a la OMS los brotes de ciertas enfermedades y determinados eventos de salud pública, definiendo una serie de procedimientos que la OMS debe seguir para proteger la salud pública mundial.	Organización Mundial de la Salud Actualmente disponible en: http://www.who.int/ihr/es/index.html [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Juntos por la salud: un enfoque estratégico para el 2008-13 de la UE	La estrategia se centra en una serie de principios fundamentales y objetivos estratégicos para la mejora de la salud en la Unión Europea, ofreciendo resultados concretos en la mejora de la salud, aplicando conjuntamente con los países miembros, las regiones y las personas interesadas una serie de instrumentos financieros y organizativos creados por la Comisión Europea.	Comisión Europea Actualmente disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/whitepaper_en.pdf [Acceso: 11 de Julio de 2012]

7.4. ANEXO 4 ACUERDOS NACIONALES, EUROPEOS E INTERNACIONALES QUE AFECTAN AL PLAN DE SALUD

Previamente a la definición de los objetivos del Plan de Salud de Euskadi 2013-2020, se ha realizado una breve revisión de los acuerdos de referencia a nivel estatal, europeo e internacional en el ámbito de la Salud Pública.

Esta revisión abarca actuaciones marco en el ámbito de promoción de la salud, prevención de enfermedades y seguridad sanitaria, estrategias sostenibles que contribuyan a la calidad de vida de los ciudadanos, impacto medioambiental en salud y seguridad alimentaria e higiene. Los objetivos principales de estos acuerdos así como el organismo promotor de los mismos se detallan en la Tabla 9.

Tabla 9.
Principales acuerdos a nivel estatal, europeo e internacional en materia de salud pública.

ACUERDOS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA	FINALIDAD	ORGANISMO PROMOTOR
Reglamento Sanitario Internacional	Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.	Organización Mundial de la Salud (OMS) Actualmente disponible en: http://www.who.int/ihr/es/ [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Segundo Programa de Acción Comunitaria en Salud Pública 2008-2013	Persigue mejorar la seguridad sanitaria de los ciudadanos, promover la salud y generar y difundir conocimientos e información sobre este tema a través de acciones que contribuyan a la prevención de enfermedades de alta prevalencia y a la disminución de su incidencia.	Parlamento y Consejo Europeo Actualmente disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/ [Acceso: 11 de Julio de 2012]
Estrategia de Desarrollo Sostenible de la Unión Europea	Persigue conseguir una mejora continua de la calidad de vida de los ciudadanos mediante comunidades sostenibles que gestionen y usen los recursos con eficacia y exploten el potencial de innovación ecológica y social de la economía, a fin de garantizar la prosperidad, la protección medioambiental y la cohesión social.	Comisión Europea Actualmente disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/224-ES/ES/224-ES-ES.PDF [Acceso: 11 de Julio de 2012]

Fuente: Elaboración propia

7.5.

ANEXO 5

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACV	Accidente Cerebrovascular
BIOEF	Fundación Vasca de innovación e Investigación Sanitarias
CAFE	Clean Air For Europe
CAO	Índice de dientes Careados, Ausentes y Obturados
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco
CCT	Comisión de Coordinación Técnica
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DM	Diabetes Mellitus
ECF	Enfermedad de Células Falciformes
EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EIS	Evaluación de Impacto en Salud
EKUIS	Sistema de información de las aguas de consumo público de la CAPV (Euskadiko Kontsumo Uren Informazio Sistema)
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ESO	Educación secundaria obligatoria
ESCAV	Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Eustat	Instituto Vasco de Estadística
EV	Esperanza de vida
EVD	Esperanza de vida con discapacidad
EVLD	Esperanza de vida libre de discapacidad
FQ	Fibrosis Quística

HIAP	Health In All Policies
HTA	Hipertensión Arterial
IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
INOZ	Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana)
IRD	Índice Relativo de Desigualdad
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
MCADD	Ácidos grasos de cadena media
MHI	Mental Health Inventory. Índice de salud mental
NORAD	Agencia Noruega de Cooperación Internacional
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONCE	Organización nacional de ciegos españoles
ONU	Organización de las naciones unidas
OSALAN	Instituto vasco de seguridad y salud laborables
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PADI	Programa de Asistencia Dental Infantil
PDPCM	Programa de detección precoz del cáncer de mama
PIB	Producto Interior Bruto
PIT	Plan Individualizado de Tratamiento
PKU	Fenilalaninemia / Fenilcetonuria
PM10	Partículas en suspensión en el aire de tamaño menor de 10 micras
PMP	Por millón de personas
PRA	Población en Relación con la Actividad
SeTP	Salud en Todas las Políticas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
SIMCAPV	Sistema de Información Microbiológica

SVS	Servicio Vasco de Salud
TBC	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UNIPAR	Unidad de información de pacientes renales de la CAPV
VPH	Virus del papiloma humano
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization

7.6.

ANEXO 6

REFERENCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

¹. Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi. Ley 8/1997, de 26 de junio. BOPV, nº 138, (21-07-1997).

². Fernández JM, Estébanez M, Zuazagoitia J, Basagoiti I, Vitoria A, Díez A. Evaluación del plan de salud, 2002-2010 = Osasun-planaren ebaluazioa, 2002-2010 [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurilaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2012 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/plan_salud_2002_2010/es_ps/evaluacion_plan_salud.html

³. Gobierno Vasco. Programa de gobierno 2012-2016: programa 1000 días para afrontar tres compromisos de País [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2013 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/3397/PROGRAMA_GOBIERNO_2012-2016-cast.doc?1375264785

⁴. Naciones Unidas. Resolución 66/2: Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2011: Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [monografía en Internet]. Naciones Unidas; 2012 [acceso 17 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2&Lang=S

⁵. WHA65(8): Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: resultados de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. En: 65ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 21-26 de mayo de 2012 [monografía en Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2012 [acceso 17 de octubre de 2013]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf#page=21

⁶. Smith SC, Chen D, Collins A, Harold JG, Jessup M, Josephson S et al. Moving From Political Declaration to Action on Reducing the Global Burden of Cardiovascular Diseases: A Statement From the Global Cardiovascular Disease Taskforce. *Circulation* [revista en Internet] 2013 Sept 17 [Epub ahead of print]: [7 p.] DOI:10.1161/CIR.0b013e3182a93504. [Acceso 17 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/09/17/CIR.0b013e3182a93504.citation>

⁷. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final [monografía en Internet]. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf

⁸. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. En: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Río de Janeiro; 19-21 de Octubre 2011 [monografía en Internet]. Río de Janeiro: Organización Mundial de la Salud; 2011 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

⁹. Health 2020: a european policy framework supporting action across government and society for health and well-being. En: Regional Committee for Europe, sixty-second session. Malta; 10-13 de Septiembre 2012 [monografía en Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf

¹⁰. Commission of the European Communities. White paper: together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013: COM (2007) 630 final [monografía en Internet]. Brussels: Commission of the European Communities; 2007 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/white-paper_en.pdf

¹¹. Unión Europea. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo por el que se establece el Programa de Salud para el Crecimiento, tercer programa plurianual de acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020: COM (2011) 709 final [monografía en Internet]. Bruselas: Comisión Europea; 2011 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_es.pdf

¹². Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [monografía en Internet]. [Madrid]: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Políticas_Reducir_Desigualdades.pdf

¹³. Adaptación de: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1990.

¹⁴. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [monografía en Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

- ¹⁵ Adaptado de: Dahlgren G, Whitehead M. Políticas and strategies to promote social equity in health: background document to WHO strategy paper for Europe [monografía en Internet]. [Stockholm]: Institute for Futures Studies; 1991 [acceso 19 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.framtidsstudier.se/wp-content/uploads/2011/01/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>
- ¹⁶ Katz MH. Structural interventions for addressing chronic health problems. *JAMA*. 2009; 302(6): 683-5. DOI:10.1001/jama.2009.1147.
- ¹⁷ Blankenship KM, Friedman SR, Dworkin S, Mantell JE. Structural interventions: concepts, challenges and opportunities for research. *Journal of Urban Health*. 2006; 83(1): 59-72. DOI: 10.1007/s11524-005-9007-4.
- ¹⁸ Esnaola S, Calvo M, Aldasoro E, Audicana C, Ruiz R, Montoya I et al. Euskal Autonomia Erkidegoko eremu txikiak hilkortasun-atlasa=Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la Comunidad Autónoma del País Vasco=Atlas de mortality in small areas of the Autonomous Community of the Basque Country: 1996-2003 [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia=Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/atlas_mortalidad.pdf
- ¹⁹ Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la CA de Euskadi: 1986-2007. (Osagin Txostenak 2011-1). [Monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: https://www6.euskadi.net/r85-ckpubl02/eu/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/eu_pub/adjuntos/Osagin%20Txostenak%202011-1.pdf.
- ²⁰ Osakidetza - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2011 [acceso 13 de septiembre de 2013]. Osagin. <http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-phosag00/es>
- ²¹ McQueen DV, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M (editores). Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences [monografía en Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.-structures,-actions-and-experiences>
- ²² Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S (editores). Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies [monografía en Internet]. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
- ²³ St-Pierre L. Governance tools and framework for health in all policies [monografía en Internet]. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg=Council for Public Health and Health Care; [2010?] [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework1.pdf
- ²⁴ Lehendakaritza - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2012 [acceso 13 de septiembre de 2013]. Gobernanza [tres pantallas]. http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-contcoor/es/contenidos/informacion/v2_coordinacion/es_gobernan/gobernanza.html
- ²⁵ Shankardass K, Solar O, Murphy K, Freiler A, Bobbili S, Bayoumi A et al. Getting Started with Health in All Policies: A Resource Pack. Report to the Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario). Toronto, Canada: St. Michael's Hospital; February 2011.
- ²⁶ Meijers E, Stead D. Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. En: Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration [Internet]. Delft, The Netherlands; 2004 [acceso 13 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf
- ²⁷ Osakidetza - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2012 [acceso 22 de octubre de 2013]. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. https://www.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
- ²⁸ Orueta JF, García-Alvarez A, Alonso-Morán E, Vallejo-Torres L, Nuño-Solinis R. Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision: Analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. *BMC Public Health* [revista en Internet] 2013; 13:870: [11 p.]. DOI:10.1186/1471-2458-13-870. [Acceso 22 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-870.pdf>
- ²⁹ Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Soc Sci Med*. 2007 Apr; 64(7): 1355-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.027>
- ³⁰ Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de pobreza y desigualdades sociales 2012: principales resultados [monografía en Internet]. [Vitoria-Gasteiz]: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales; 15 de noviembre de 2012 [acceso 22 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.gizar-telan.ejgv.euskadi.net/r45-docuinfo/es/contenidos/informe_estudio/epds_2012/es_epds2012/adjuntos/EPDS_2012.es.pdf
- ³¹ Eustat – Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza = Gobierno Vasco; 2004 [actualizada 2013; acceso 13 de septiembre de 2013]. Encuesta de población en relación con la actividad. http://www.eustat.es/estadisticas/tema_57/opt_1/ti_Encuesta_de_poblacion_en_relacion_con_la_actividad/temas.html#axzz2chBggsAn
- ³² Esnaola S., Martín U., Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006. [pendiente de publicación]. [Vitoria-Gasteiz]: Gobierno Vasco, Departamento de Salud
- ³³ Arteagoitia JM, Larrañaga MI, Rodríguez JL, Fernández I, Piniés JA. Incidence, prevalence and coronary heart disease risk level in known Type 2 diabetes: a sentinel practice network study in the Basque Country, Spain. *Diabetologia*. 2003 Jul; 46(7): 899-909. DOI 10.1007/s00125-003-1137-1.
- ³⁴ Euskadiko Osasun Mentaleko Aholku Kontseilua = Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi. EAEko osasun mentaleko estrategia dokumentua = Estrategia de salud mental de la CAPV [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; 2010 [acceso 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/estrategia_salud_mental/es_salud/adjuntos/estrategiaSaludMental.pdf
- ³⁵ Eustat. Proyecciones demográficas 2020. Análisis de resultados [monografía en Internet]. [Acceso 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.eustat.es/elementos/ele0001200/ti_Proyecciones_de_poblacion_2020_Analisis_de_resultados__pdf_233KB/inf0001212_c.pdf

36. Gobierno Vasco. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen: bases para un plan de acción [monografía en Internet]. [Vitoria-Gasteiz]: Gobierno Vasco; septiembre 2011 [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1489/100_propuestas_para_avanzar.pdf?1317378358

37. Tecnalía. Diagnóstico de las necesidades de intervención en la renovación del parque edificado de la CAPV: inventario CAPV [monografía en Internet]. [Vitoria-Gasteiz]: Gobierno Vasco, Departamento de Vivienda, Obras Públicas y Transportes; diciembre 2011 [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.net/assets/a_documents/1949/informe.pdf

38. Red Mundial de la OMS de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores [acceso 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/es/index.html

39. Departamento de Administración Pública y Justicia - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2013 [acceso 29 de octubre de 2013]. Estrategia de Innovación Pública de Euskadi. http://www.jusap.ejgv.euskadi.net/r47-edukia/es/contenidos/plan_programa_proyecto/xleg_plangub_07/es_plang_07/plang_07.html

40. Proyecto INMA, Infancia y Medio Ambiente [Institución participante: Departamento de Salud del Gobierno Vasco] [sede Web]. [Acceso 25 de septiembre de 2013] <http://www.proyectoinma.org/>

41. Programa de detección prenatal del síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas: Información general sobre el programa [monografía en Internet]. Osakidetza; diciembre 2008 [acceso 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-down/es/contenidos/informacion/programa_down/es_down/adjuntos/programa.pdf

42. Osakidetza - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2013 [acceso 29 de octubre de 2013]. Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de la CAPV. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu04/es/contenidos/informacion/programa_cribado_neonatal/es_cribado/programa_cribado_neonatal.html

43. Modelo de atención temprana para la Comunidad Autónoma del País Vasco: documento de la comisión constituida al efecto por encargo del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria incorporadas las aportaciones del Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad y Consumo, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, Departamento de Educación, Universidades e Investigación y las Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa; 19 de Octubre de 2010 [monografía en Internet]. [Vitoria-Gasteiz]: Gobierno Vasco; 2010 [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/atenciontemp/es_doc/adjuntos/Atencion%20Temprana%20castellano.pdf

44. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Tercer estudio epidemiológico de salud buco-dental de la CAPV: población escolar infantil 2008. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones, Gobierno Vasco; 2010.

45. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Encuesta de nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años: primeros resultados [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005 [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: <http://www.>

[euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/sanidad_alimentaria/es_1247/adjuntos/DietaSana_c.pdf](http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/sanidad_alimentaria/es_1247/adjuntos/DietaSana_c.pdf)

46. Gómez J. Sexualidad en la adolescencia de la Comunidad Autónoma del País Vasco: perfiles de comportamiento sexual y estado de la educación sexual en la educación secundaria obligatoria del País Vasco [monografía en Internet]. [Vitoria-Gasteiz]: Departamento de Sanidad y Consumo, Departamento de Educación, Universidades e Investigación; [2011] [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/sexualidad_adolescencia.pdf

47. Rodríguez-Sierra N, Izarzugaza MI (dirección, coordinación y elaboración). Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Autónoma del País Vasco: 2011 [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud; 2013 [acceso 23 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/InterrupcionesCAST_webOK.pdf

48. Red de Ciudades que Caminan: Plan estratégico para el fomento de la movilidad peatonal [sede Web]. Red de Ciudades que Caminan; [actualizada a octubre de 2013; acceso 29 de octubre de 2013]: <http://www.ciudadesquecaminan.org/>

49. Blas-Robledo M, Hernández-Gil E, García-Abril-Martínez M, Montero-Matía R, Olivares-González C, Valtierra-Pérez A. Factores que influyen en el consumo de ácido fólico preconcepcional en el País Vasco. *Matronas Prof.* 2011; 12(2): 33-40.

50. Instituto Universitario Avedis Donabedian. Evaluación de la estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud: País Vasco: Informe. Barcelona: Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB; 2010

51. Dirección de Drogodependencias, Departamento de Sanidad y Consumo. VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi: 2011-2015 [monografía en Internet]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; [2012?] [acceso 25 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckdrug05/es/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf

52. Osakidetza - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2011 [actualizada 2013; acceso 25 de septiembre de 2013]. Estrategia "Euskadi libre de humo de tabaco". http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cksalu02/es/contenidos/informacion/habitos_saludables/es_salud/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/tabacismo/es_tabaco/tabacismo.html

53. Osalan - Euskadi.net [sede Web]. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritz = Gobierno Vasco; 2009 [actualizada 2013; acceso 25 de septiembre de 2013]. Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo de la CAPV 2011-2014. http://www.osalan.euskadi.net/s94-osa9996/es/contenidos/informacion/estrategia2011_14/es_estrateg/estrategia_2011_2014.html