

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.

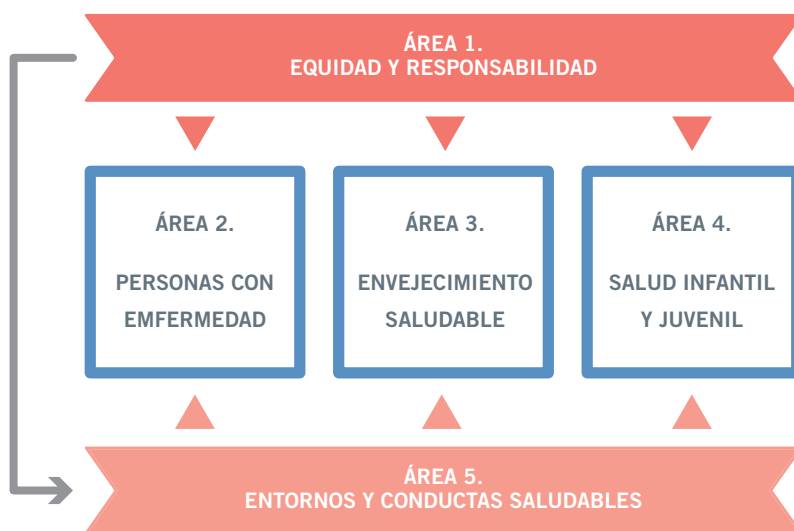
SEGUNDA ÁREA: *Intervenir sobre la población para disminuir la morbimortalidad y la dependencia de las enfermedades con mayor impacto en la población.* Se abordan los objetivos y acciones de los procesos asistenciales con visión integral, la atención a la cronicidad y a la dependencia, uso racional de 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

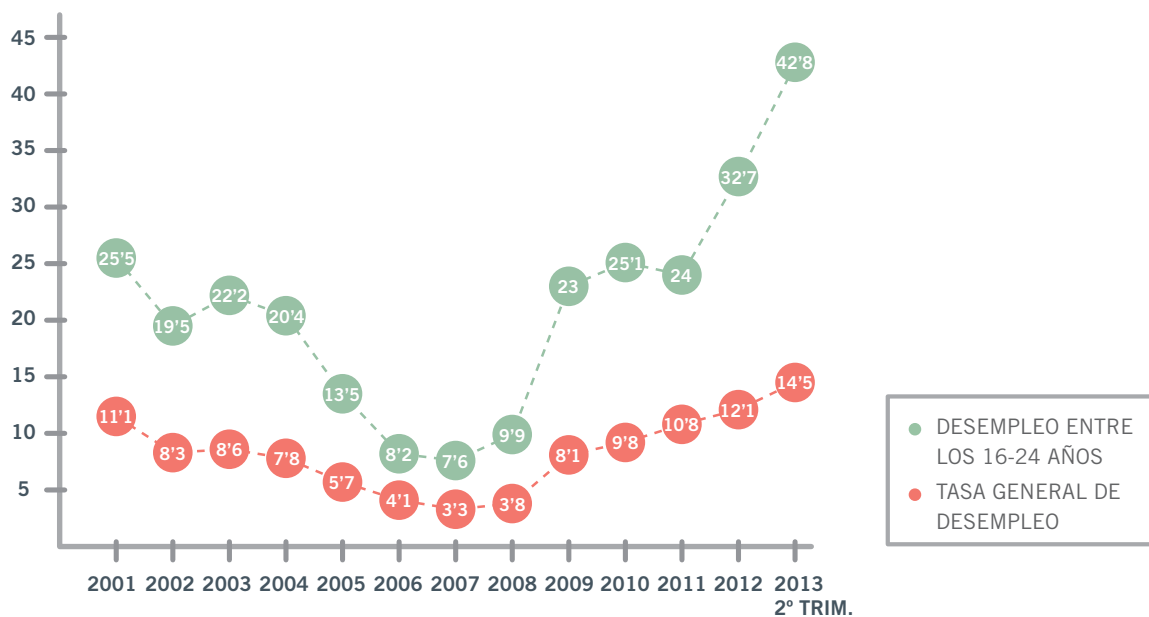
PRIVACIÓN SOCIAL Y SALUD

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.

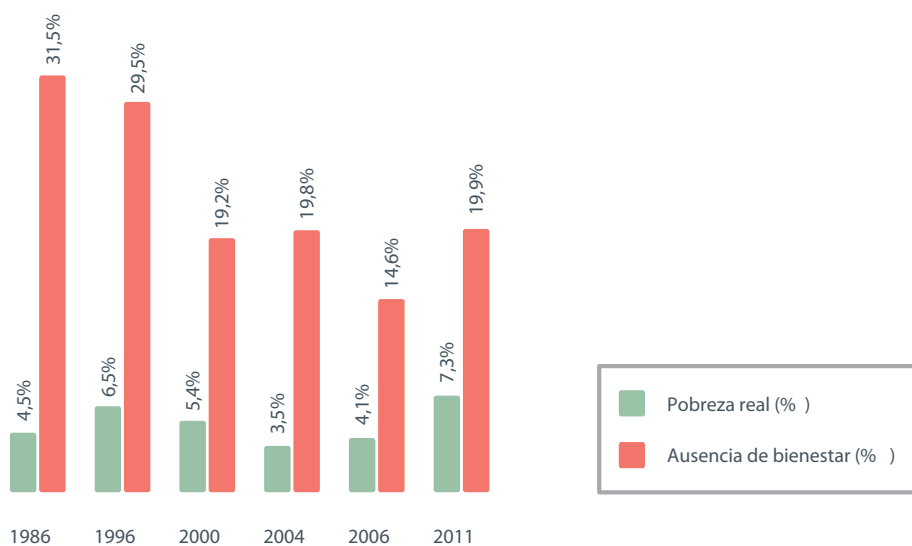
La pérdida de empleo aumenta en paralelo a la pobreza. La situación laboral, la calidad del empleo y, especialmente, la carencia de empleo son, igualmente, factores que afectan la salud. La población de la CAPV, tras reducir progresivamente las tasas de paro durante más de 15 años, ha experimentado un 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



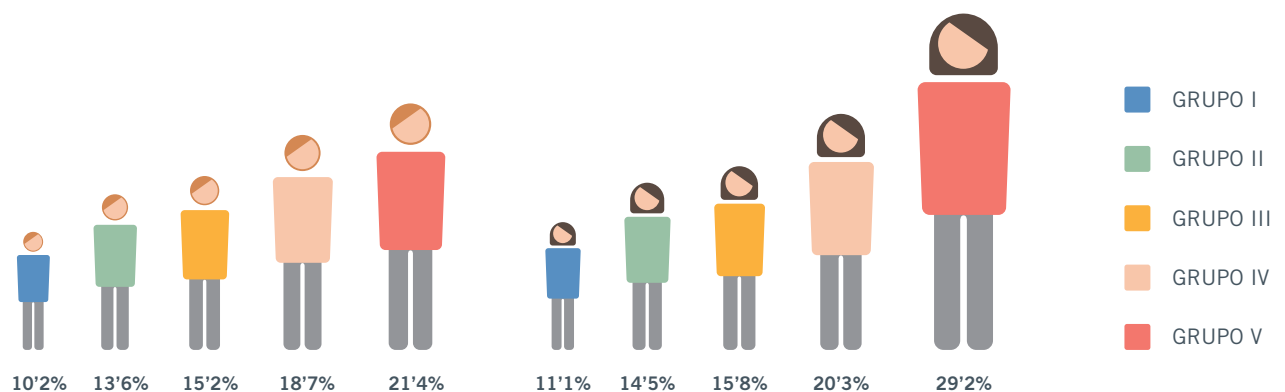
Fuente: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales³⁰.

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).

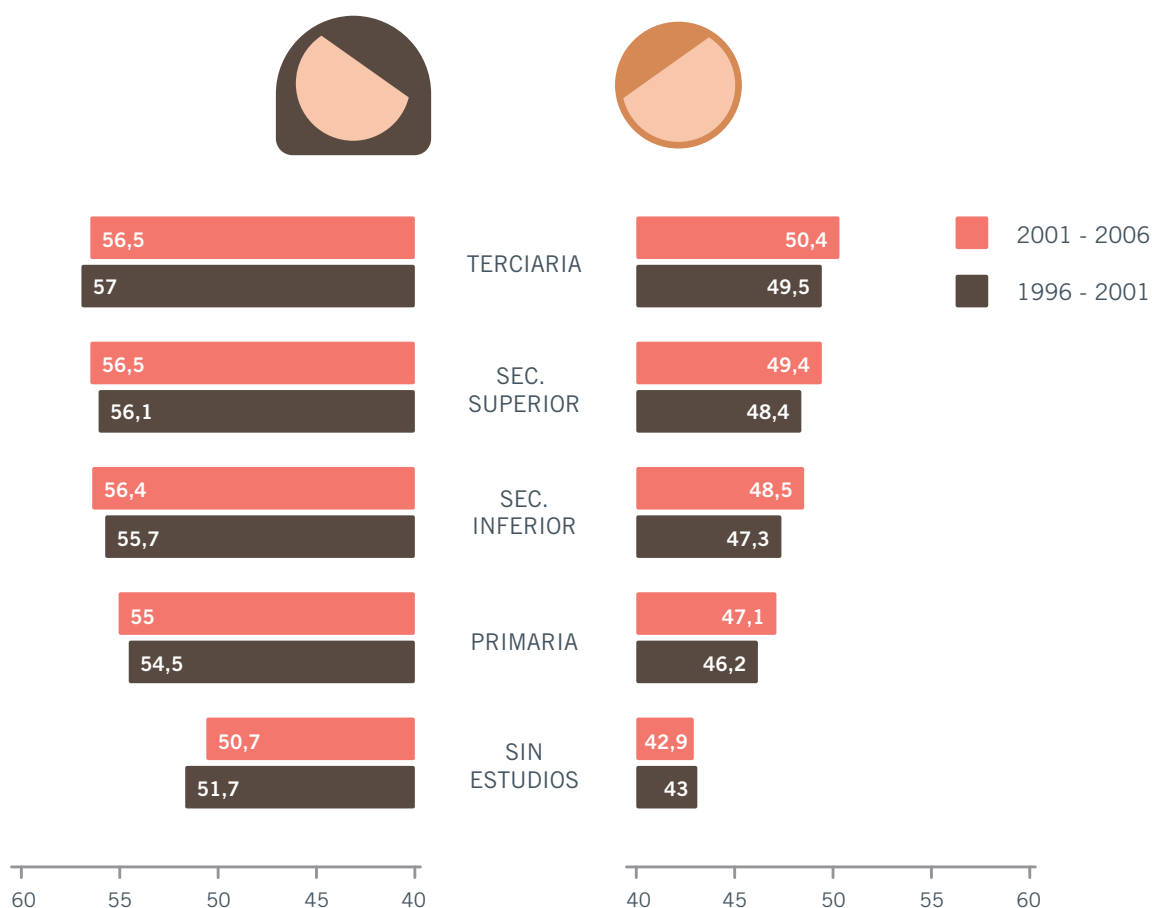
-
Gráfico 3.
Prevalencia de mala salud percibida por sexo y nivel socioeconómico (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



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

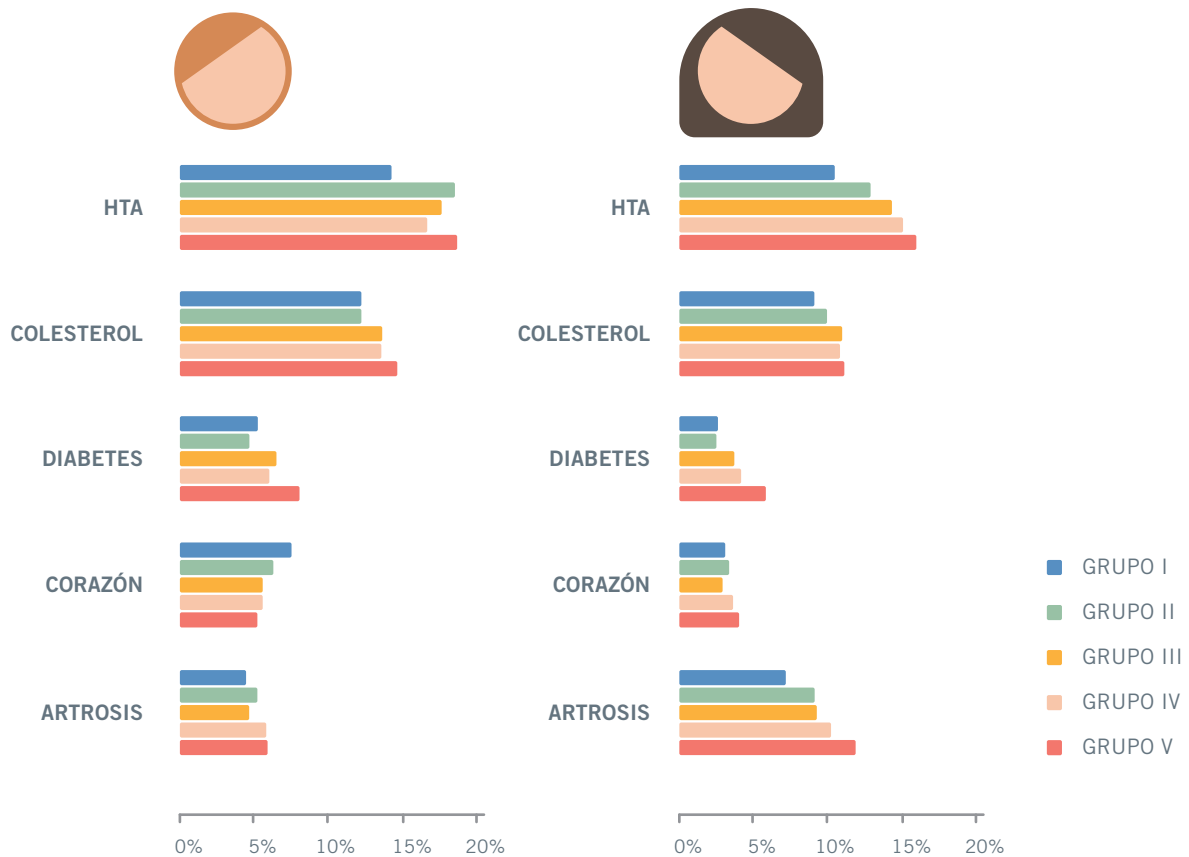


Fuente: Dpto. de Salud. Servicio de Estudios e Investigación sanitaria³²

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

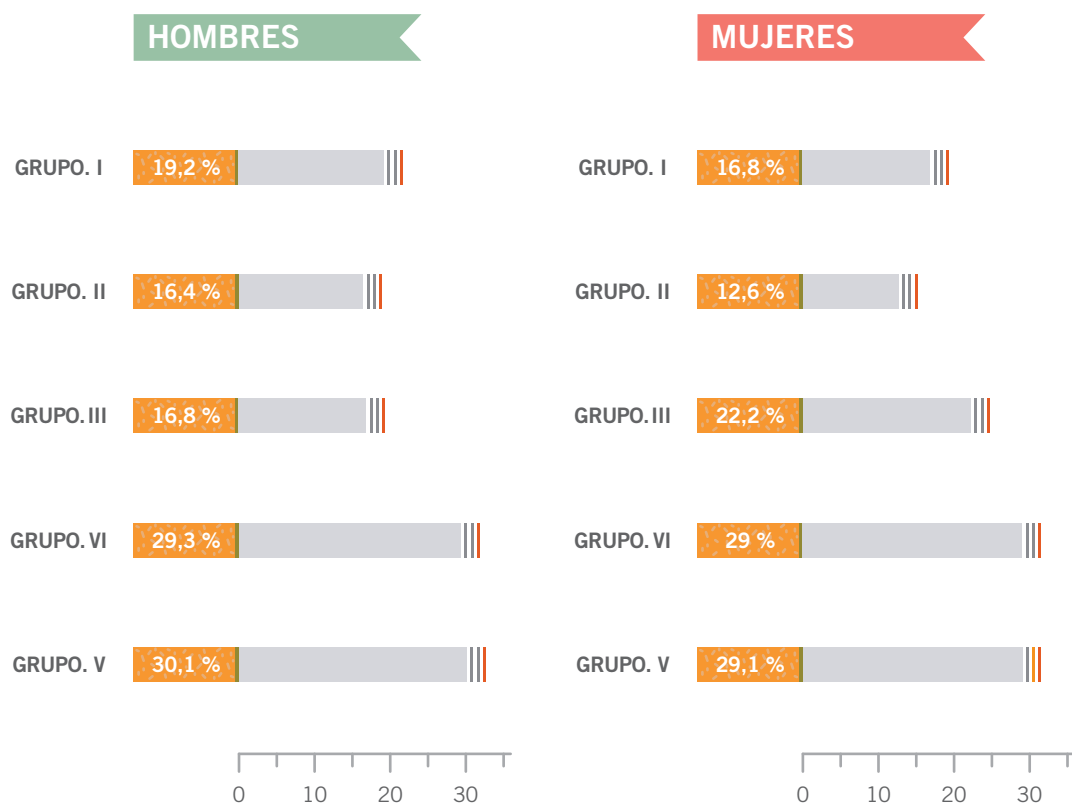


Fuente: ESCAV 2013

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.

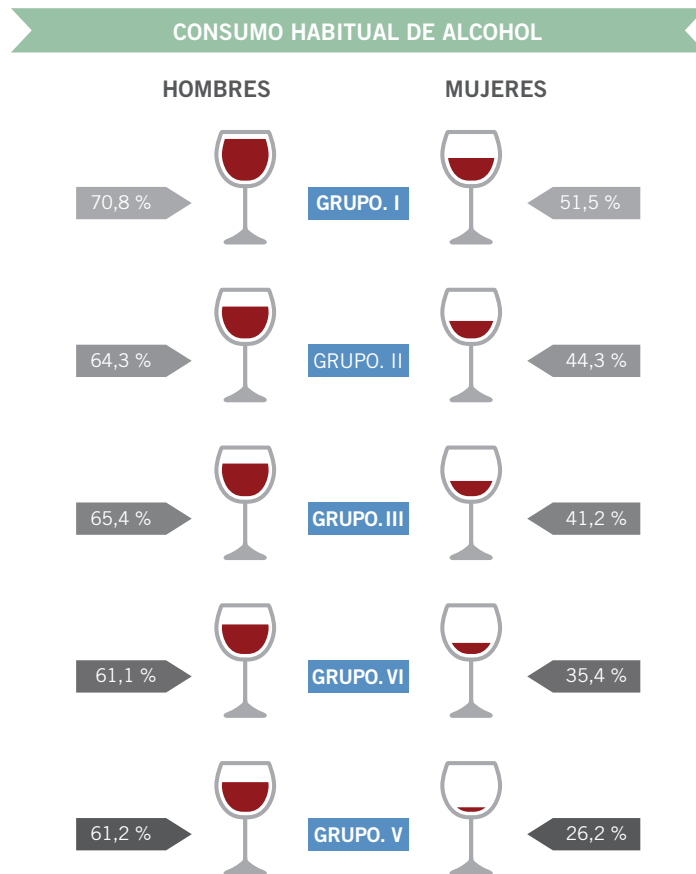
Gráfico 6.
Prevalencia de consumo de tabaco en población de 15 a 44 años por clase social y sexo. (estandarizada por edad). CAPV. 2013.



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)

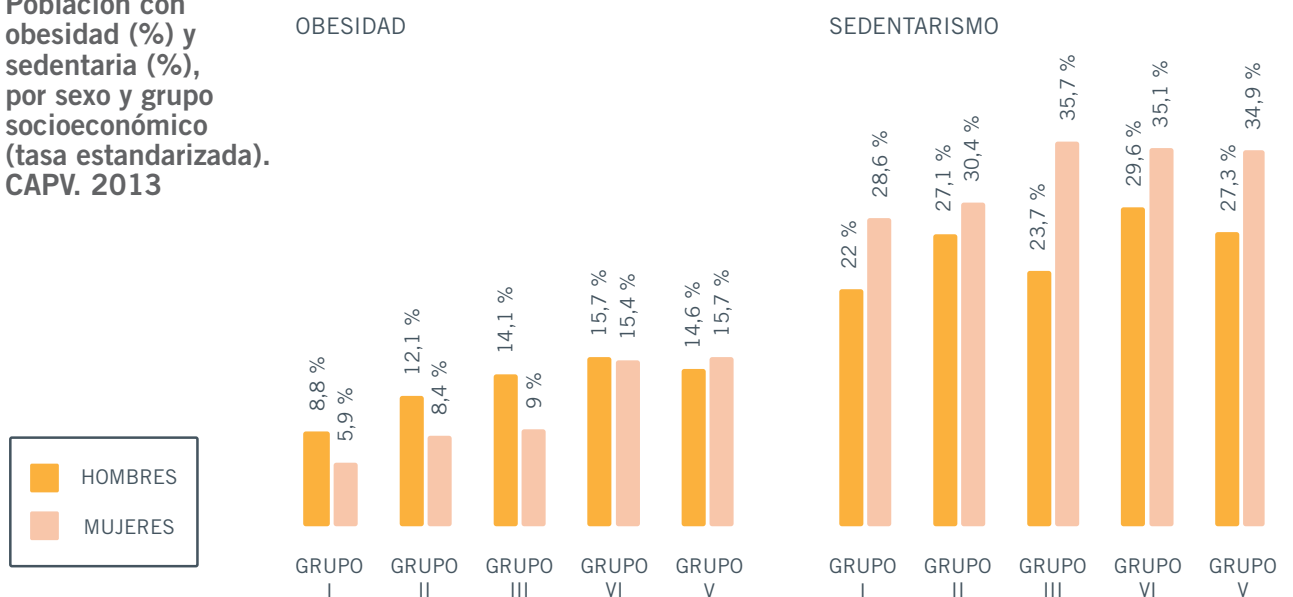
Gráfico 7.
Prevalencia de consumo
de alcohol por clase social
y sexo.
(estandarizada por edad).
CAPV. 2013.



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).

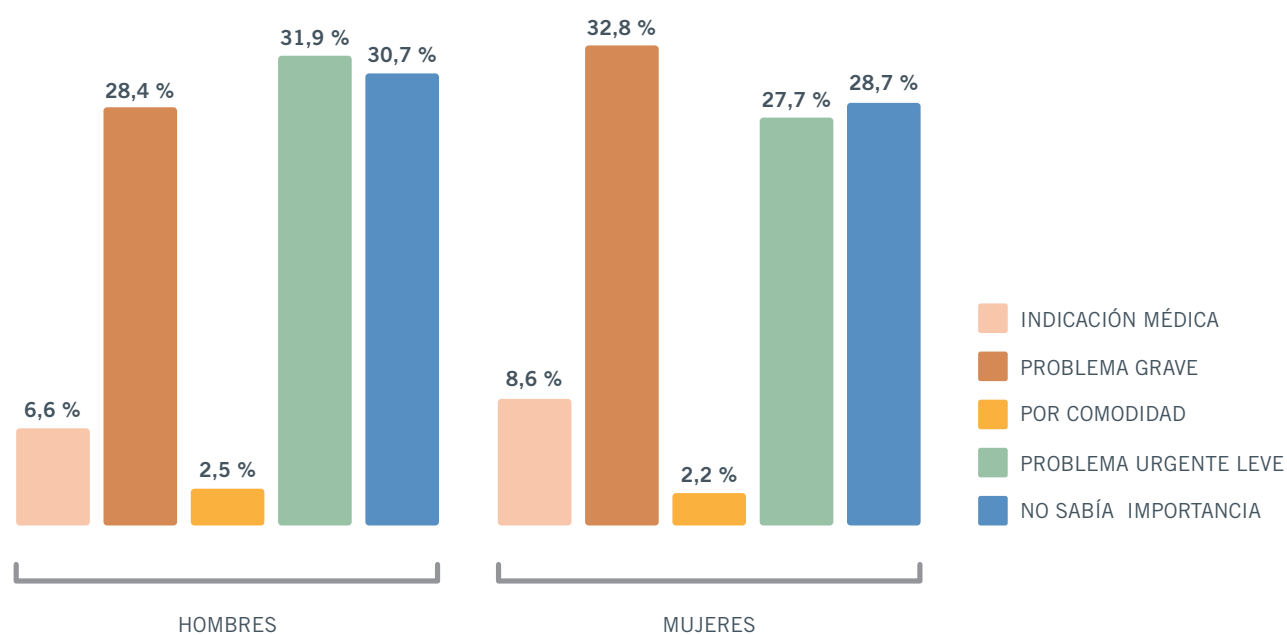
-
Tabla 1.
Población (%) según número de consultas al médico/a en el último año.
CAPV. 2013

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).

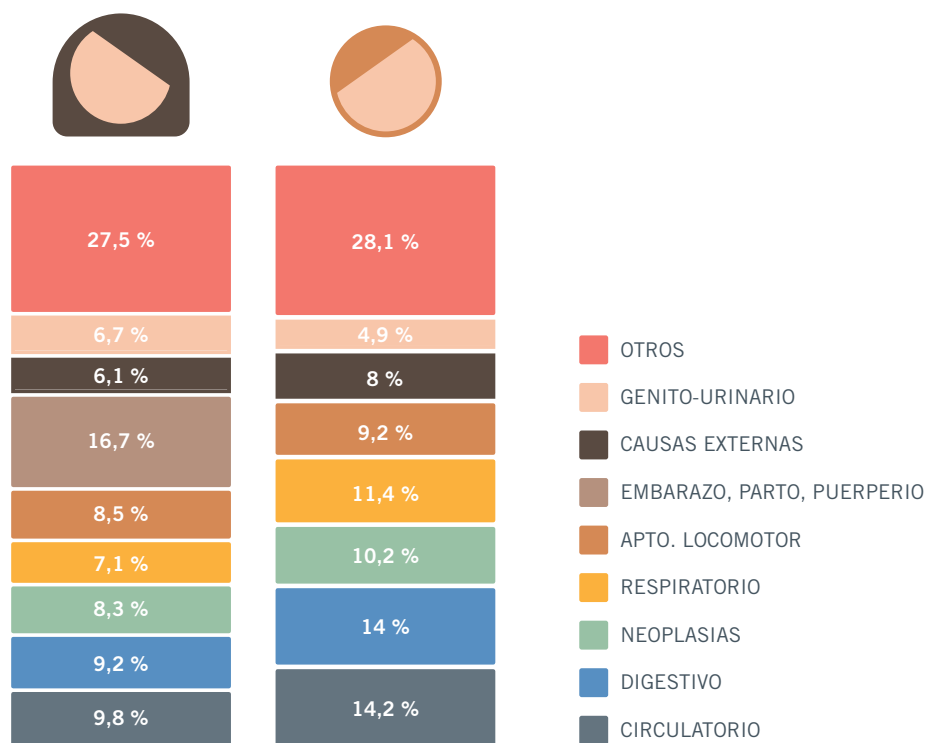
Gráfico 9.
Distribución de los motivos de consulta a los servicios de urgencia según la gravedad percibida.
CAPV. 2013.



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

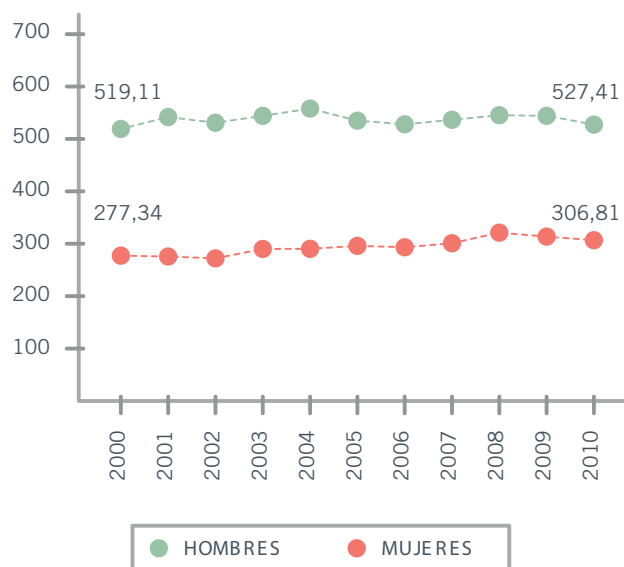


Fuente: Registro de altas hospitalarias de la CAPV 2011

CÁNCER

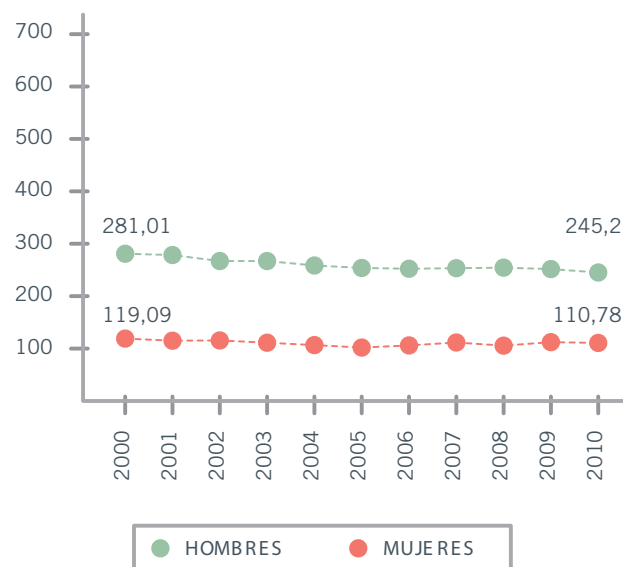
En 2010 el cáncer fue la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. La incidencia fue de 711,59 por 100.000 hombres y 456,60 por 100.000 mujeres; la tasa de mortalidad por cáncer fue de 354,52 por 100.000 hombres y 204,09 por 100.000 mujeres. La incidencia estandarizada a la edad de 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.

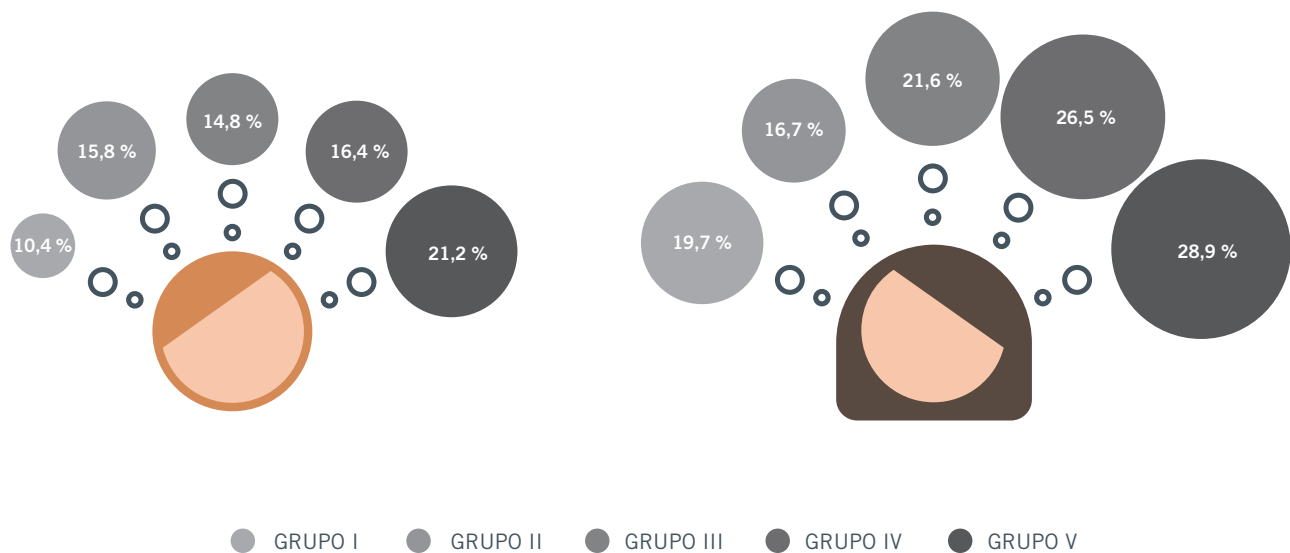
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

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 SOCIO SANITARIA 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).

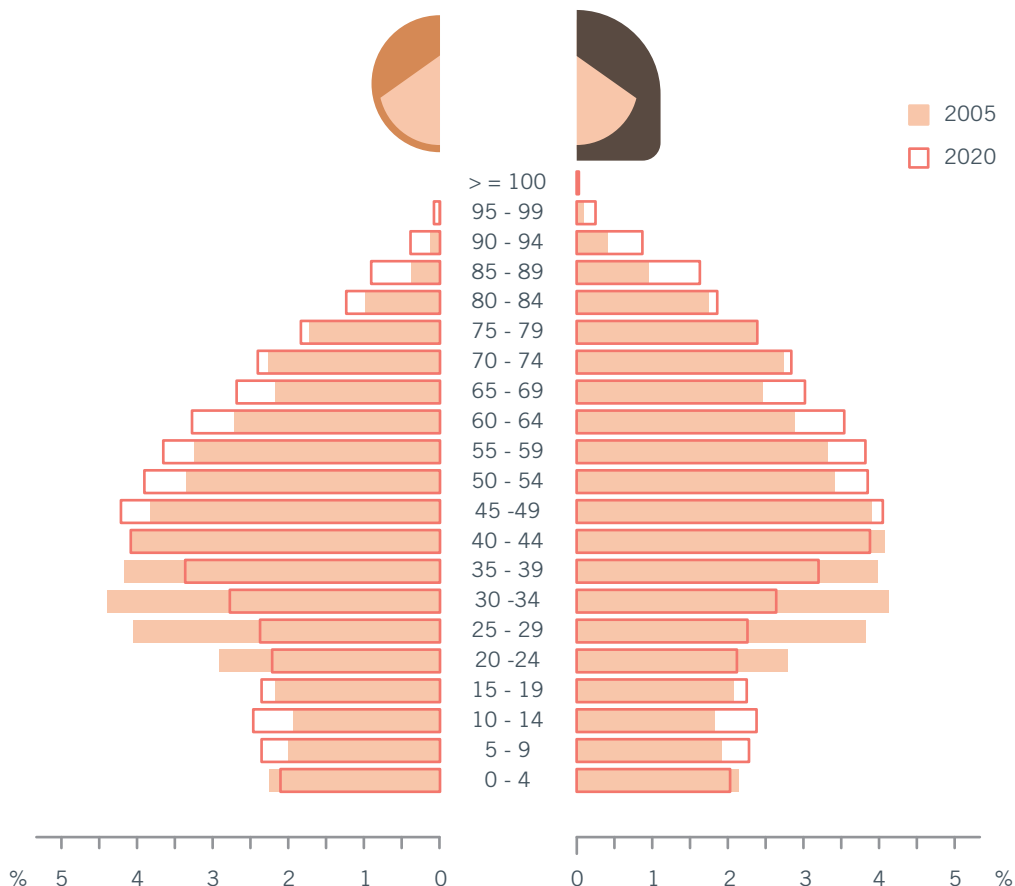
5.3. AREA PRIORITARIA 3: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

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.

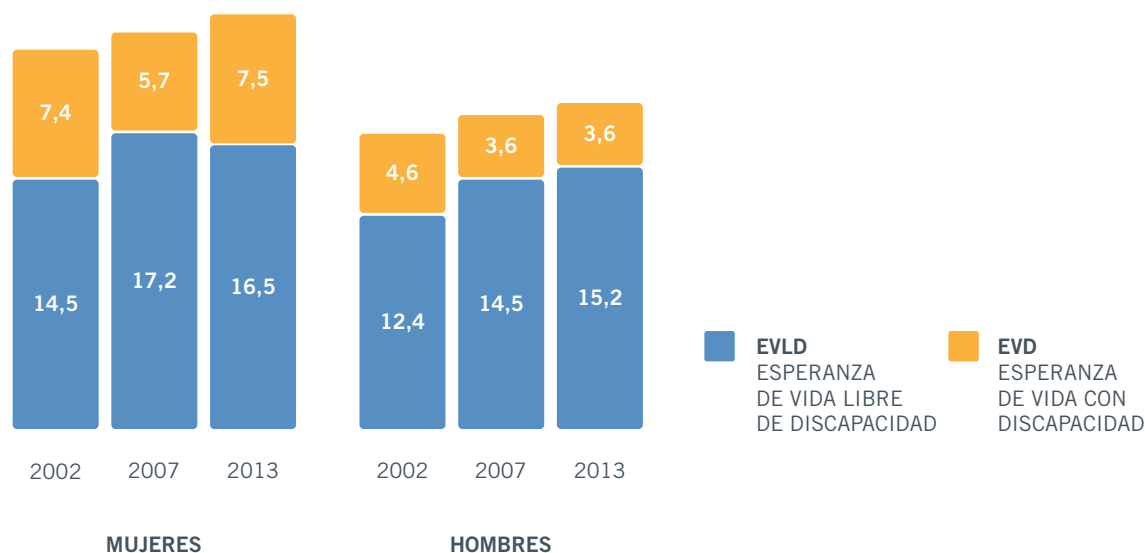


Fuente: Eustat

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).

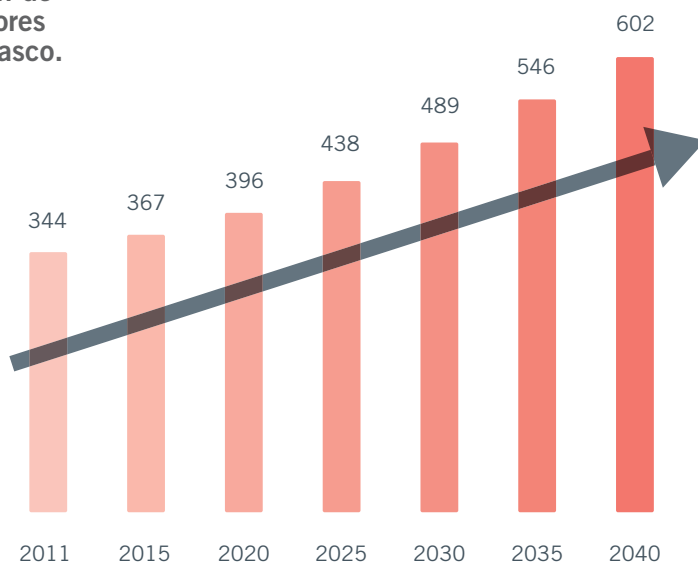
Gráfico 15.
Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) y esperanza de vida con discapacidad (EVD) a los 65 años de edad.
CAPV. 2002-2013



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

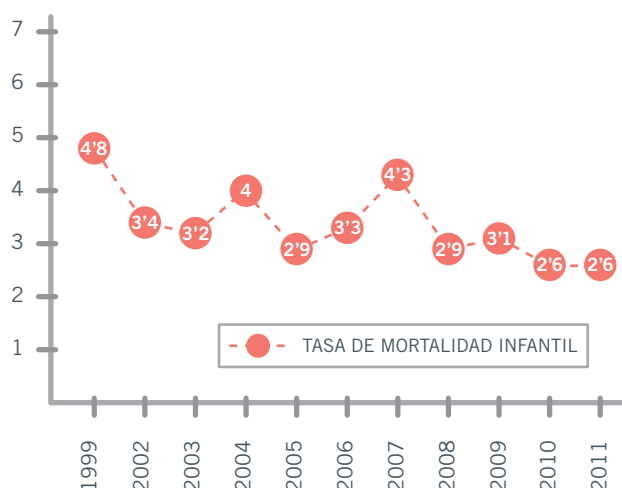
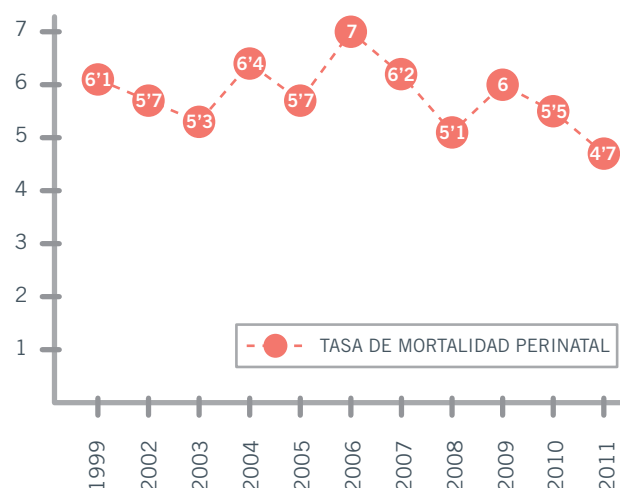


Gráfico 18.
Tasa mortalidad perinatal.
CAPV. 1999-2011



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 cromosomopatías⁴¹ 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.

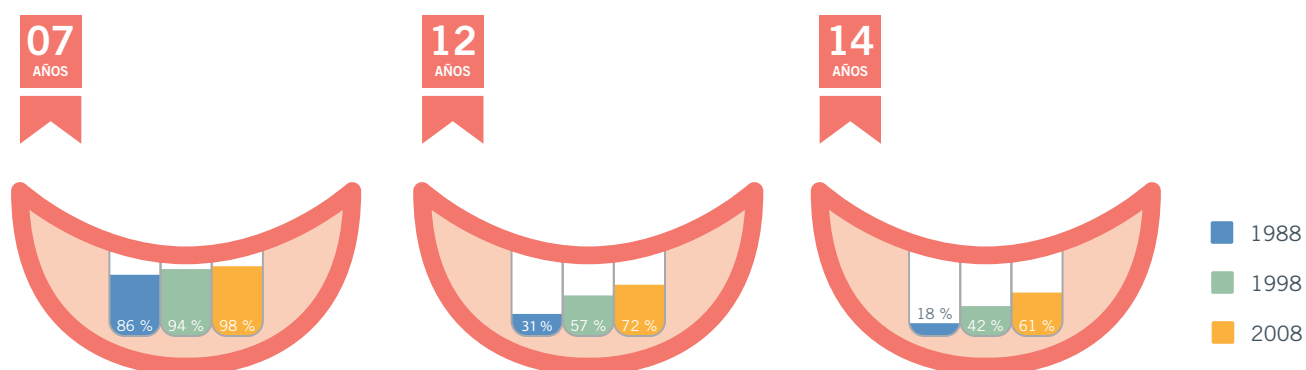
CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL									
02 MESES	04 MESES	06 MESES	12 MESES	18 MESES	04 AÑOS	06 AÑOS	10 AÑOS	13 AÑOS	16 AÑOS
HEPATITIS B	HEPATITIS B	HEPATITIS B	SARAMPIÓN		SARAMPIÓN		VARICELA ⁽¹⁾	PAPILOMA ⁽¹⁾	
DIFTERIA	DIFTERIA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA	RUBÉOLA	DIFTERIA			DIFTERIA ⁽³⁾
TÉTANOS	TÉTANOS	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.

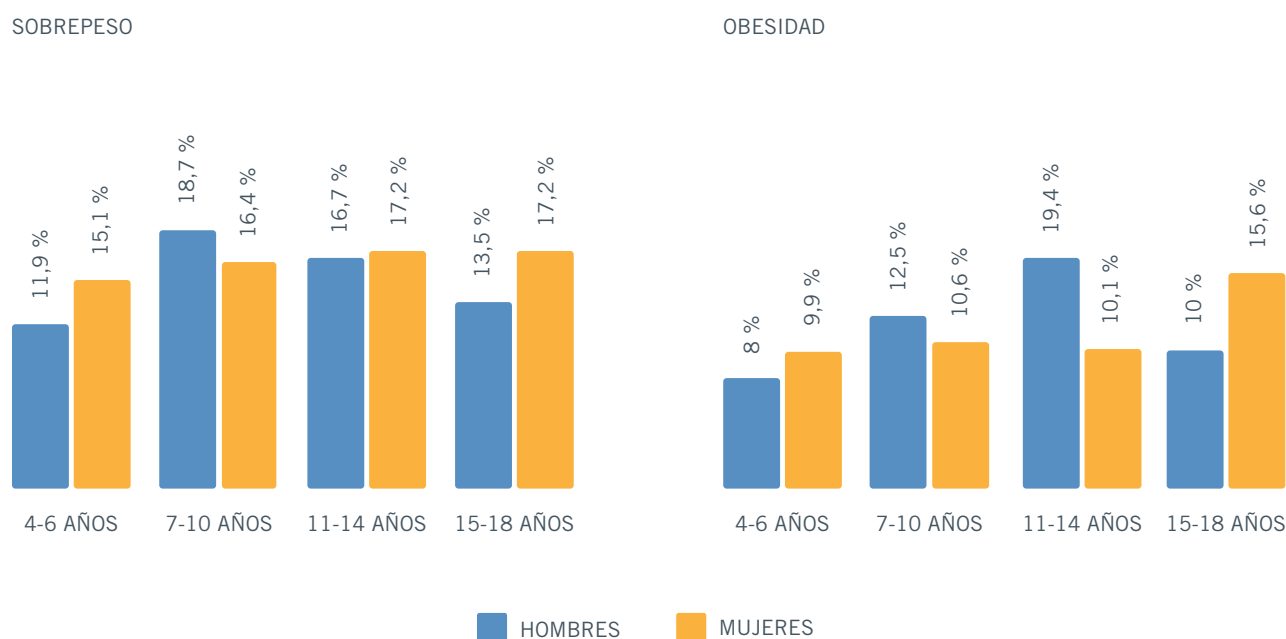
Gráfico 19.
 Porcentaje de niños/as libres de experiencia de caries (CAO=0). CAPV. 1988, 1998, 2008



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.



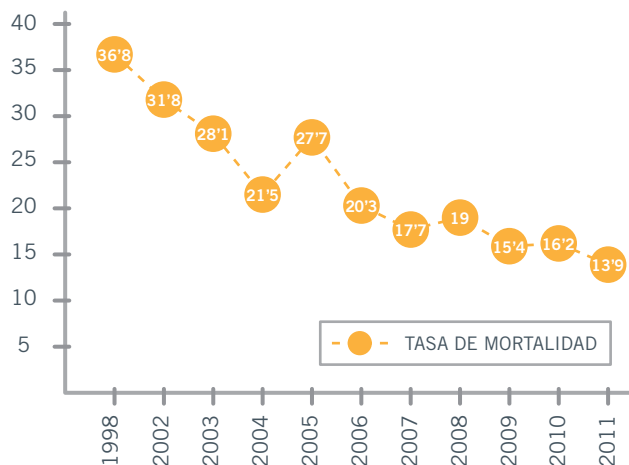
Fuente: Encuesta de Nutrición de la CAPV 2005

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



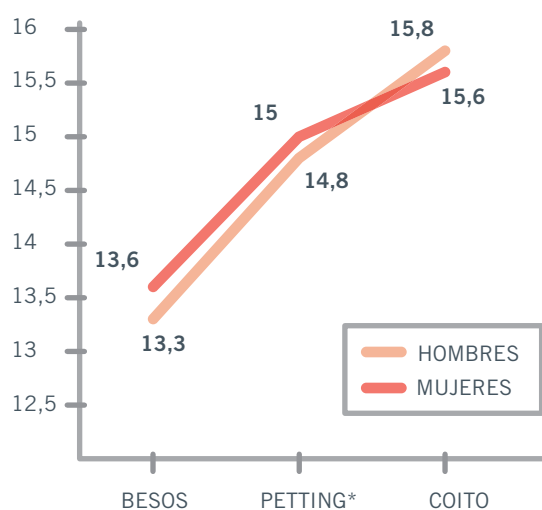
1998: Media trienal 1996-1998.
T estandarizada por 100.000. Población Ref. europea
Fuente: Registro de Mortalidad CAPV. Departamento de Salud

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

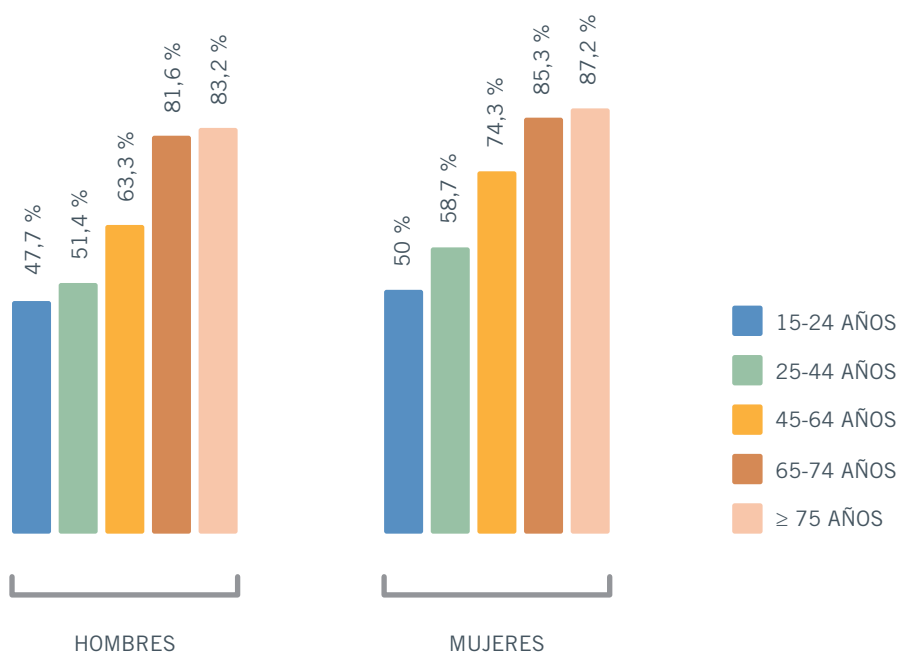
	HOMBRES	MUJERES
Sobrepeso	43,0	28,2
Obesidad	13,9	12,6
Tabaquismo	24,1	18,7
Personas bebedoras habituales	63,3	37,6
Sedentarismo	26,6	34,0

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.

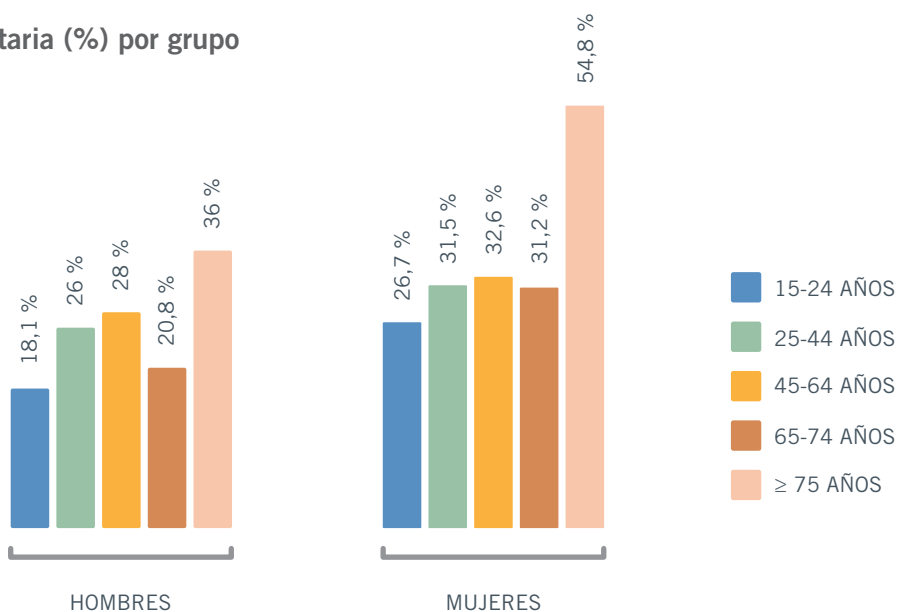
Gráfico 23.
Prevalencia de consumo diario de fruta por sexo y grupo de edad.
CAPV. 2013



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.

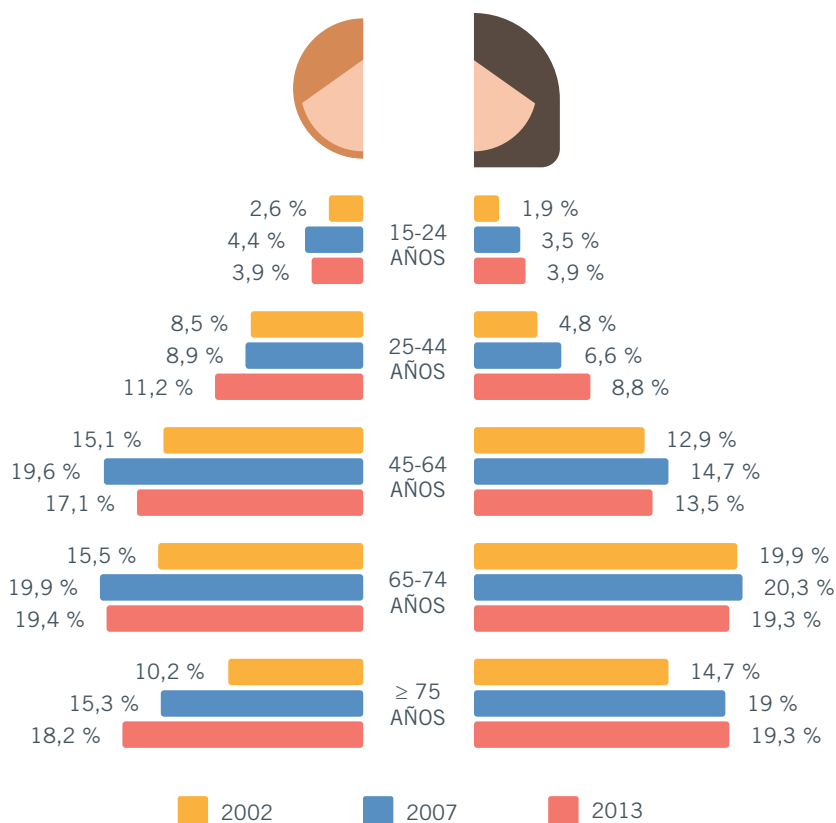
Gráfico 24.
Población sedentaria (%) por grupo de edad y sexo.
CAPV. 2013



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.

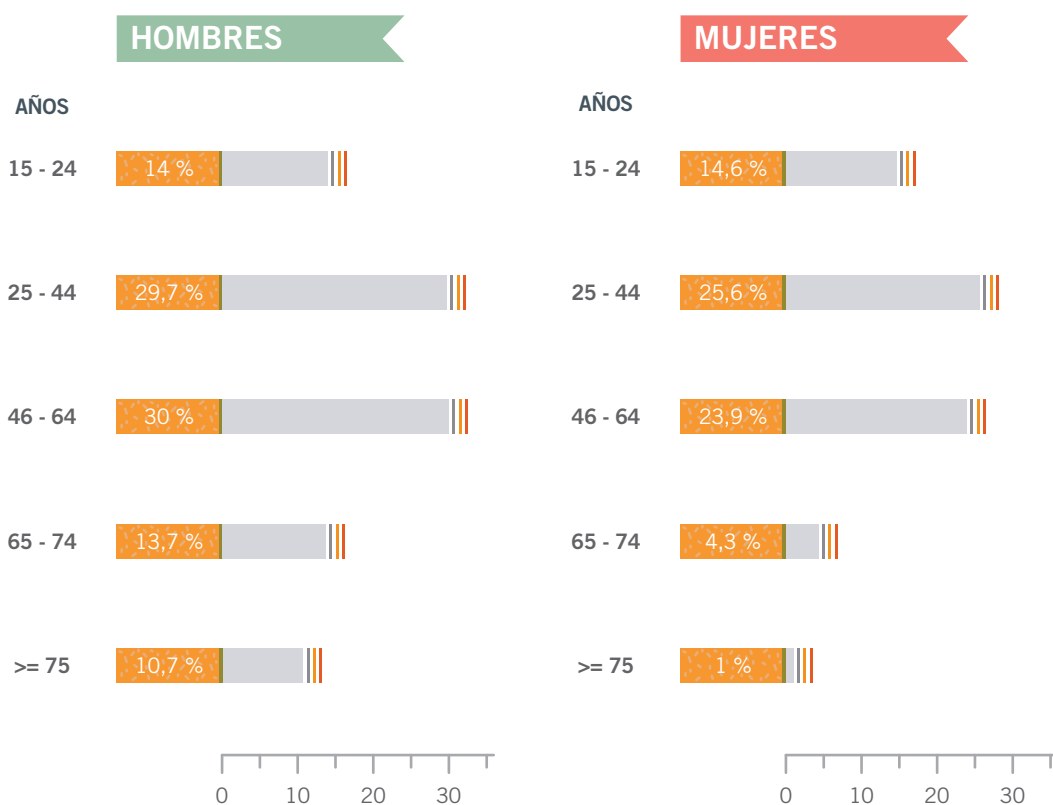


Fuente: Encuesta de Salud 2013

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



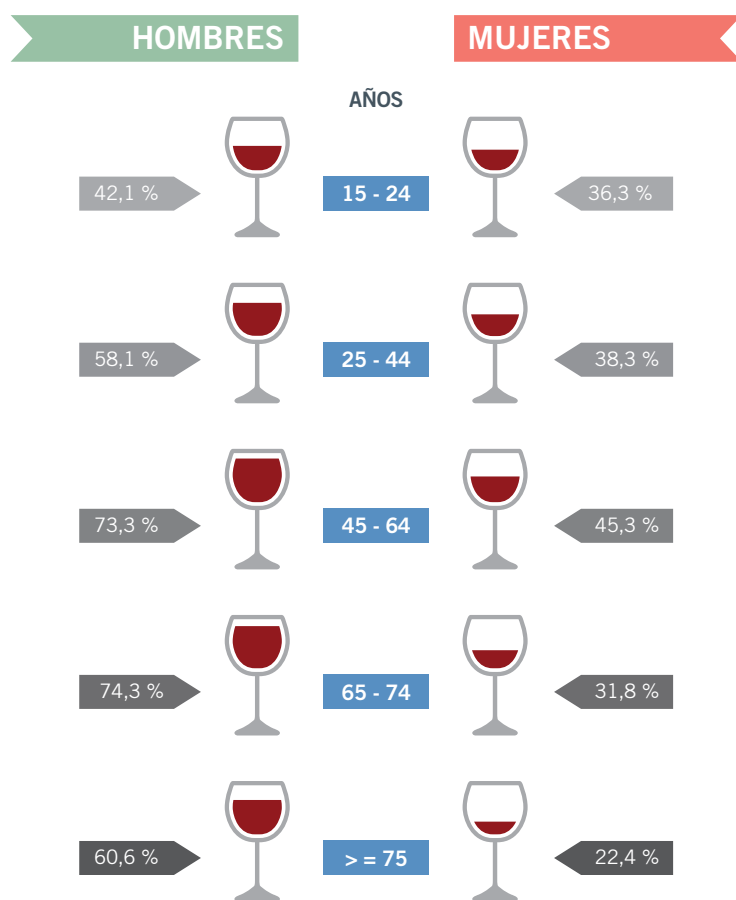
Fuente: ESCAV'2013

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).

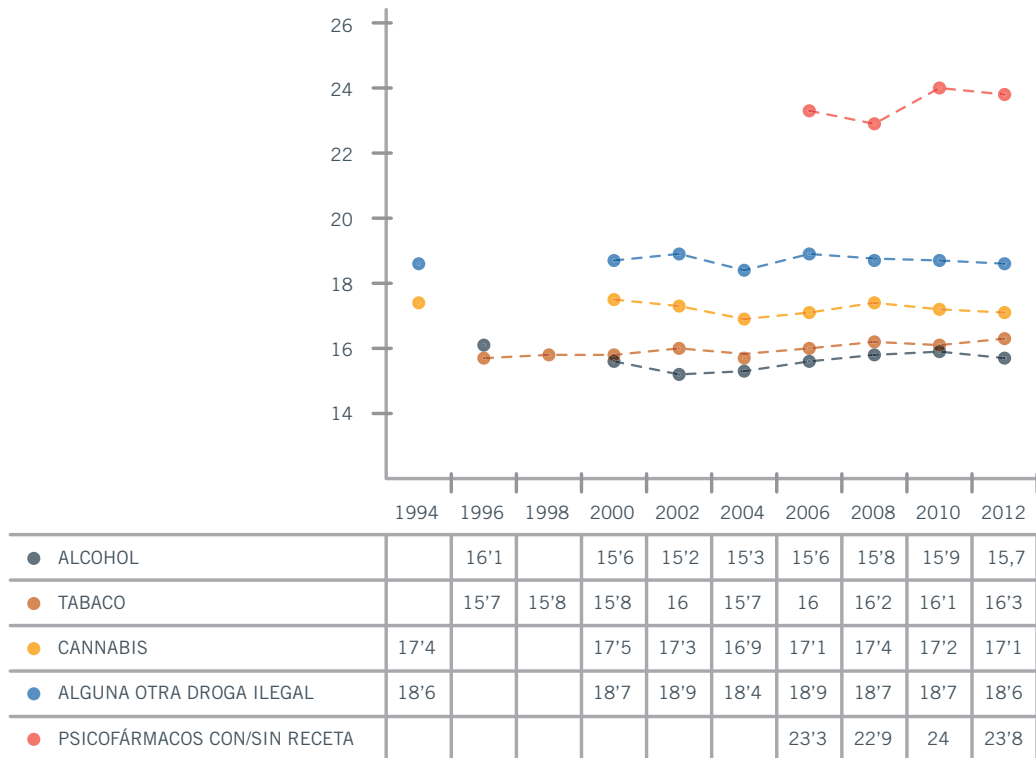
Tabla 6.
Prevalencia (%) de personas con consumo problemático por sexo.
CAPV 2012

	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.

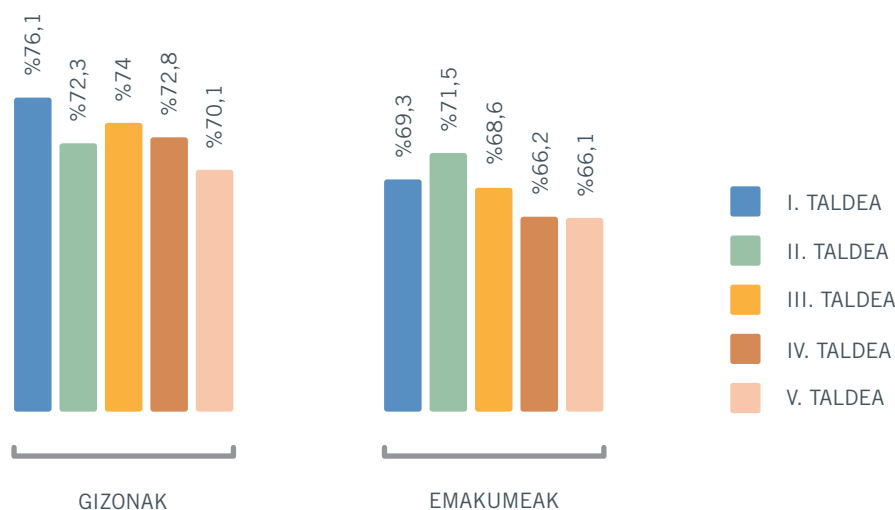
La evolución de la edad media de inicio de las sustancias más habituales se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años (Gráfico 28). Este inicio en el consumo no presenta diferencias por grupo socioeconómico.



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).

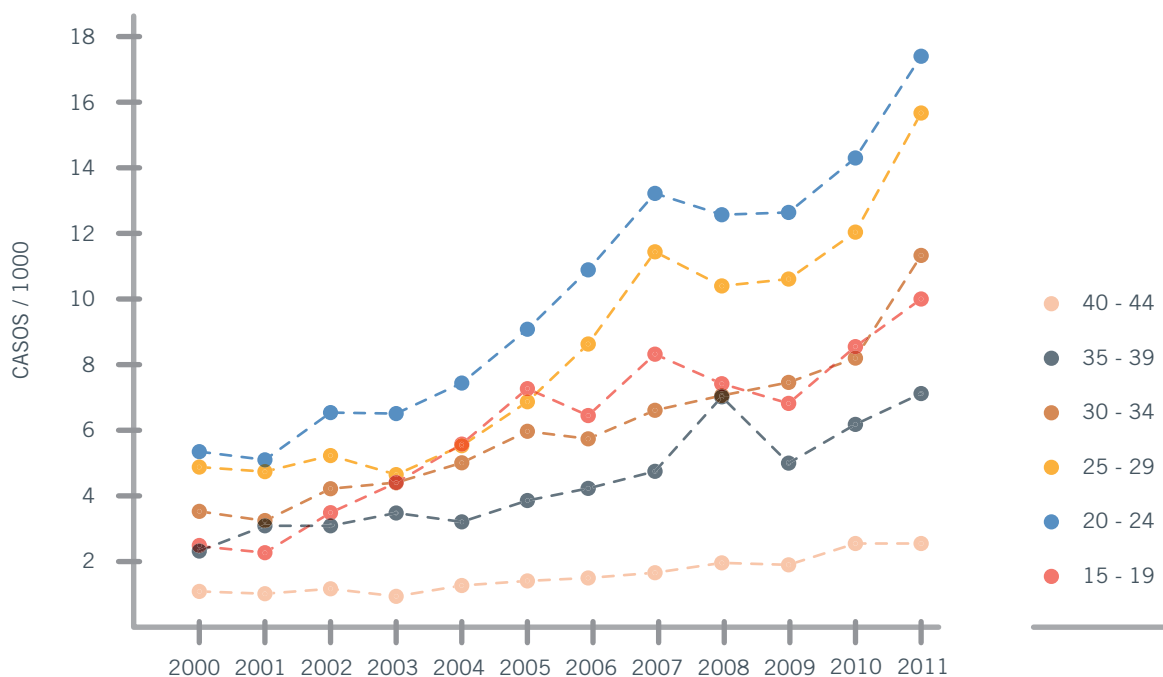


Fuente: ESCAV'2013

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