

1

1. Estilos de vida

El estilo de vida constituye uno de los determinantes que más influencia ejercen en el estado de salud de una población. Teóricamente, la adopción generalizada de un estilo de vida saludable podría reducir la mortalidad global hasta en un 43%. De hecho, en el origen de muchas de las causas de morbilidad y de mortalidad se encuentran conductas de riesgo, como el consumo abusivo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas ilegales), dietas nutricionales incorrectas, o el sedentarismo.

1.1. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte que cada una de las personas, individualmente, puede evitar.

Se estima que entre los 35 y 64 años de edad el consumo de tabaco es responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por neoplasia pulmonar, el 80% de las ocurridas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y el 50% y 45% de las que tienen lugar por accidente cerebrovascular y cardiopatía isquémica respectivamente (tabla 21). Para el conjunto de las causas de mortalidad, en los varones el consumo de tabaco es responsable del 28% de los fallecimientos, y en las mujeres del 10%.

Tabla 21. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco por grandes grupos de causas. CAPV, 1998

Grupo de causa	Varones		Mujeres	
	Total muertes	% atribuible al tabaco	Total muertes	% atribuible al tabaco
Tumores malignos	3.141	38	1.852	8
Enfermedades del aparato circulatorio	2.875	32	3.392	14
Enfermedades respiratorias	972	59	658	37

Fuente: Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad.

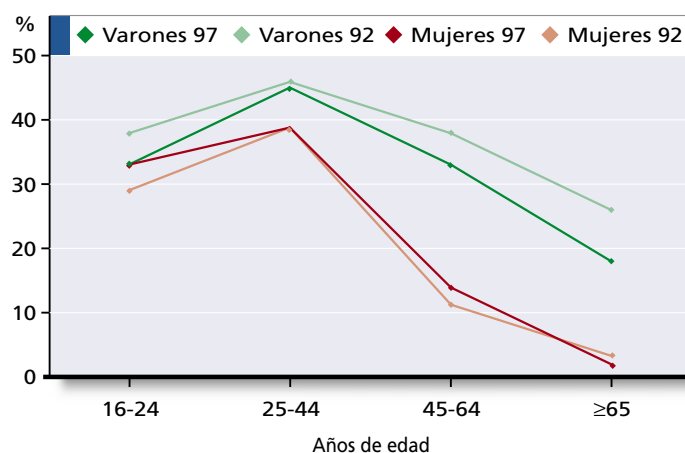
Los riesgos vinculados al tabaquismo se dividen en dos categorías, por un lado, los de los propios fumadores y por otro, los de la población en su conjunto. Para los individuos que han empezado a fumar al principio de la vida de adultos y que nunca han dejado de hacerlo, el riesgo es elevado. Se estima que la mitad de todas las personas que fuman habitualmente mueren a causa del tabaco, el 75% de ellos entre los 35 y 64 años de edad, y los restantes a edad más avanzada. Es importante destacar que las personas, incluso entre los 35 y 69 años, que dejan de fumar antes de caer enfermos consiguen evitar la mayoría de los riesgos de muerte.

En la población de la Unión Europea el consumo habitual de cigarrillos se estima que provoca 0,5 millones de muertes al año (0,4 en varones y 0,1 en mujeres). En la mayoría de los países europeos los varones han empezado a dejar de fumar antes que las mujeres, por ello, esta epidemia se ha estabilizado entre los primeros, mientras que en ellas no deja de aumentar.

Situación actual

Según la ESCAV-97, el 29% de la población vasca mayor de 16 años fuma habitualmente. Esta proporción es mayor entre los varones (35%) que entre las mujeres (24%). Tanto en uno como en otro sexo, el grupo de edad con mayor porcentaje de fumadores y fumadoras es el de 25 a 44 años. Por otro lado, las mayores diferencias en el hábito de fumar cigarrillos por sexo se encuentran en el grupo de mayores de 65 años de edad. (figura 11).

Figura 11. Proporción de personas que fuman por grupo de edad y sexo. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La proporción de personas que fumaban en 1997 era menor con respecto a 1992, a excepción de las mujeres de 16 a 24 años y de 45 a 64 años, donde el porcentaje aumentó. Sin embargo, en las mujeres de mediana edad se mantuvo constante, y entre las mayores de 65 años descendió.

La proporción de exfumadores y exfumadoras se incrementó con respecto al año 1992, lo cual vuelve a constatar que entre las mujeres la elevación de la tasa se debió a la incorporación de nuevas fumadoras, principalmente jóvenes.

En la ESCAV-97 el número de personas que había intentado dejar de fumar aumentó (66%) en relación a la ESCAV-92 (27%). La proporción de varones que intentaron dejar de fumar aumentaba con la edad. La distribución de las mujeres que hicieron esta tentativa era bimodal, con los picos de mayor frecuencia entre los 16 y 24 años y los 45 y 64 años de edad.

La prevalencia de personas expuestas a diario o muy frecuentemente al humo del tabaco ajeno parece que tiende a disminuir, ya que ha pasado del 60% en 1992 al 39% en 1997. El 32% de las familias vascas se ven afectadas por este tipo de exposición en el hogar. En el puesto de trabajo están expuestas al humo del tabaco ajeno el 38% de los trabajadores.

Analizando los patrones de consumo de tabaco por nivel social se ha podido ilustrar la evolución de la epidemia del tabaquismo según los distintos grupos de edad, sexo y posición social. Inicialmente el tabaquismo era una conducta excepcional, limitada a las clases socio-económicas altas. En una segunda etapa, el hábito de fumar se extendió de manera homogénea entre las diferentes clases sociales. Entre las mujeres, sin embargo, la difusión del tabaquismo se produjo con un retraso de 10 a 20 años con respecto a los varones, y predominaba en las clases sociales más altas. Finalmente, la etapa actual se caracteriza porque la prevalencia del tabaquismo ha comenzado a descender en los varones, principalmente en los de mayor nivel social, y en cambio entre las mujeres ha alcanzado su punto más elevado.

Los datos obtenidos en un estudio de seguimiento realizado a un grupo de personas entrevistadas por primera vez en la ESCAV-92, confirmaron el patrón anterior. Todos estos resultados sugieren que las diferencias socio-económicas en el hábito de fumar tenderán a aumentar, ya que el consumo será mayor entre las clases más desfavorecidas, especialmente en las mujeres.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de no fumadores	Aumentar al 80%	71%	80%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Proporción de personas expuestas al humo de tabaco ajeno	Disminuir al 10%	39%	10%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias socio-económicas en el consumo de tabaco ¹	Disminuirlas un 25 %	43 %	32,3 %	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

La Carta de Madrid y el Plan de Acción para una Europa sin tabaco proporcionan el marco político para desarrollar las actividades

Actuaciones a nivel individual

1. Los profesionales de la salud, y en especial los de atención primaria, deben informar sistemáticamente en su práctica habitual sobre el hábito tabáquico, sus consecuencias para la salud, y los procedimientos de deshabituación. Se ha demostrado que las intervenciones breves, no selectivas, en atención primaria son eficaces y eficientes a la hora de promover el abandono del hábito tabáquico.

¹ Diferencias en consumo según nivel educativo para varones de 16-74 años y mujeres de 16-44 años. Estos grupos tienen un menor riesgo de ser fumadores en el caso de que su nivel de estudios sea superior al graduado escolar

2. Los tratamientos de apoyo con fármacos pueden ser útiles en ciertos colectivos, y requieren de la participación activa de los posibles candidatos.

Actuaciones a nivel comunitario

3. Los profesionales de atención primaria deben ser formados en la utilización de técnicas relacionadas con la administración del consejo antitabáquico.
4. Se debe formar a todos los agentes relacionados con salud sobre cuales son los factores que predisponen al hábito tabáquico, para que puedan intervenir preventivamente sobre las poblaciones diana.

Actuaciones a nivel intersectorial

5. Es obligatorio delimitar espacios sin tabaco y zonas específicas para fumar, haciendo un énfasis especial en el ámbito laboral.
6. Se debe impulsar el cumplimiento de la legislación vigente, principalmente en lo que respecta al respeto de las áreas donde esta prohibido fumar.
7. La normativa en materia de publicidad de los productos del tabaco y del patrocinio de marcas identificadas debe ser estrictamente aplicada.
8. La formación de los profesionales sanitarios en la promoción de estilos de vida saludables debe iniciarse ya en pregrado.

Otras actuaciones

9. Para la valoración del problema del tabaquismo resulta básico implantar subsistemas de registro e información sobre el hábito tabáquico en todos los sistemas de información clínica de Osakidetza / Svs.

Desigualdades

10. Las intervenciones educativas también deben ser enfocadas hacia los grupos de población de más riesgo y más vulnerables a la implantación del hábito tabáquico: los adolescentes, las mujeres y los grupos sociales más desfavorecidos.
11. Los programas y técnicas de deshabituación tabáquica deben de contar con estrategias específicamente dirigidas hacia los grupos sociales más desfavorecidos.

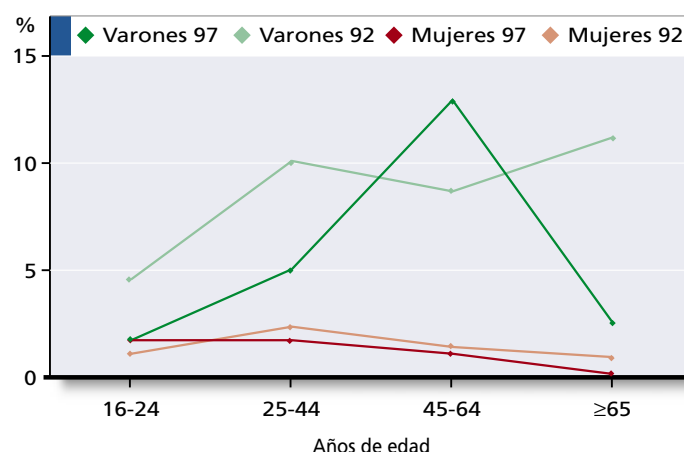
1.2. Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer cirrosis hepática, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular y favorecen la aparición de malformaciones congénitas. Además, genera problemas de tipo familiar (como la violencia doméstica), laboral y social, y es el responsable de una parte importante de los accidentes, principalmente de tráfico.

Situación actual

Según la ESCAV-97, casi el 4% de los ciudadanos y las ciudadanas de la CAPV de más de 16 años consumen bebidas alcohólicas en exceso¹. Esta proporción es mucho más alta en varones (6,3%) que en mujeres (1,2%). El consumo excesivo de bebidas alcohólicas varía con la edad y el sexo. Los varones de 45 a 64 años son los que más declararon beber en exceso¹; por el contrario entre las mujeres la proporción disminuía con la edad. Con respecto a la ESCAV-92, a excepción de los varones de 45 a 64 años, el consumo excesivo de alcohol ha disminuido, y este descenso se ha producido principalmente en los mayores de 65 años. (figura 12).

Figura 12. Proporción de bebedores excesivos de alcohol, distribuida por edad y sexo. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Se ha demostrado que en personas mayores de 50 años, un consumo diario de alcohol inferior a 10 gramos disminuye el riesgo de padecer enfermedades del aparato circulatorio; sin embargo, por encima de esta cifra el riesgo supera el beneficio. En la CAPV, en 1997, el consumo diario medio de alcohol por persona fue de 16 cc (12,8 gr), y se distribuía de diferente manera entre los varones y mujeres. En los primeros, la ingesta diaria era de 26 cc (20,8 gr) y en las últimas de 6,4 cc (5,1 gr).

En la ESCAV-97 las características del consumo de alcohol variaban según la clase social. Así, mientras el consumo moderado de alcohol aumentaba con la clase social, la proporción de bebedores en exceso era mayor entre los varones de las clases menos favorecidas. El grupo constituido por los sospechosos de alcoholismo presentaba un patrón socio-económico más claro, ya que se apreciaba un gradiente ascendente a medida que disminuía la clase social. Por lo tanto, se puede decir que el consumo habitual de alcohol era mayor en las clases favorecidas, y por el contrario, el consumo 'problemático' mostraba un patrón inverso.

Las diferencias sociales también son apreciables en la mortalidad asociada al consumo de alcohol. Las clases sociales más desfavorecidas, que presentan menor proporción de personas con consumo moderado de alcohol pero mayor número de personas con consumo problemático, son las que consecuentemente sufren sus efectos en términos de mortalidad por cirrosis hepática y accidentes.

¹ Bebedor excesivo: varón bebedor habitual que declara consumir 91 cc (72 gr) diarios de alcohol; en el caso de las mujeres los valores son de 55 cc (42 gr).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de bebedores excesivos entre los 16 y los 65 años	Disminuir a 3,5%	4,1%	3,5%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Consumo de alcohol medio diario por personas mayores de 16 años	Disminuirlo un 15%	12,8 gr	10,9 gr.	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

La Carta Europea sobre el Alcohol elaborada en París en 1995 perfila las estrategias marco de promoción de la salud con relación al alcoholismo.

Actuaciones a nivel individual

1. En el ámbito asistencial se debe promover la detección precoz de las familias de riesgo, para poder realizar intervenciones preventivas.
2. Debe fomentarse la detección precoz de personas que presenten problemas socio-sanitarios relacionados con el alcohol.
3. Se deben fomentar las intervenciones breves de los profesionales de atención primaria sobre el efecto perjudicial del consumo excesivo de alcohol.

Actuaciones a nivel comunitario

4. La promoción del desarrollo de redes sociales de apoyo complementa la oferta terapéutica a las personas en tratamiento por consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
5. Se debe promover la formación de los profesionales de la salud, bienestar social, educación y del ámbito judicial para potenciar en todos los agentes sociales la capacidad de respuesta a los problemas relacionados con el alcohol.

Actuaciones a nivel intersectorial

6. Se debe desarrollar la normativa para controlar el contenido de la información relativa a las bebidas que contengan alcohol.
7. Se deben desarrollar programas educativos desde la infancia para informar sobre las consecuencias del consumo del alcohol en la salud, la familia y la sociedad, así como sobre las medidas eficaces para reducir o minimizar los daños.
8. Se deben establecer programas para prevenir el consumo de bebidas alcohólicas en los centros de trabajo.
9. Se debe controlar de manera estricta la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y, específicamente, garantizar que no haya publicidad selectivamente dirigida a la población joven, por ejemplo la que asocia el alcohol con el deporte.

10. Se deben desarrollar programas destinados a disminuir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas en los jóvenes los fines de semana.
11. Se deben elaborar programas de intervención comunitaria para reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de bebidas alcohólicas.
12. La disuasión eficaz de la conducción bajo los efectos del alcohol, para reducir los accidentes de tráfico, exige la aplicación exhaustiva de todas las medidas existentes.

Desigualdades

13. Se deben impulsar los programas específicos de atención socio-sanitaria a las personas con dependencia alcohólica, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
14. Las intervenciones educativas deben ser enfocadas hacia los grupos de población vulnerables y de más riesgo: los adolescentes y los grupos sociales más desfavorecidos.

1.3. Drogas ilegales

Las drogas ilegales aumentan el riesgo de envenenamiento, dependencia, psicosis, suicidio, mortalidad global y conducta criminal. Además, el consumo de drogas ilegales contribuye aún más a la propagación masiva del VIH y de la hepatitis. Se ha estimado que el 40% de los casos de SIDA de la región europea son debidos al consumo intravenoso de drogas ilegales.

Situación actual

Sólo una pequeña proporción de la población de la CAPV de 15 a 79 años se ha iniciado en el consumo de drogas ilegales, exceptuando el *cannabis*, según el informe "Euskadi drogas 2000" del Observatorio Vasco de la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco (tabla 22).

Tabla 22. Distribución de la población entre 15 y 79 años según su relación con el consumo de diversas drogas ilegales. CAPV, 2000

Tipo	<i>Cannabis</i> %	<i>Speed</i> %	Drogas sintéticas %	LSD %	Cocaína %
No iniciado	74,1	94,4	97,7	97,7	95,3
Experimental	10,3	1,7	0,9	1,0	1,7
Ocasional	2,7	0,9	0,4	0,3	0,9
Habituable	0,3	0,1	—	—	0,2
Habitual	5,1	0,9	0,4	—	0,8
Deshabitado	7,5	2,1	0,6	1,3	1,2

Fuente: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Gobierno Vasco.

De todas las drogas ilegales, el *cannabis* es la más consumida en la CAPV. Casi el 26% de la población vasca la ha probado en alguna ocasión y cerca del 13% la ha consumido de forma habitual en alguna época de su vida. El consumo de *cannabis* entre los varones es el doble que entre las mujeres, y el grupo de edad más afectado es el de los jóvenes de 20 a 24 años.

Del resto de sustancias cabe destacar la cocaína. El consumo actual de cocaína está tan extendido como el de *speed* y anfetaminas, dado que aunque el número de iniciados es inferior, también es menor la proporción de los que han abandonado su consumo.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de no iniciados en el consumo de drogas ilegales	Superior al 80%	74,1%	Superior al 80%	Secretaría General de Drogodependencias

* Año 2000.

Estrategias de intervención

Las estrategias adoptadas deben tener una perspectiva integrada, reduciendo tanto la oferta como la demanda.

Actuaciones a nivel comunitario

1. Se debe potenciar las campañas divulgativas y educativas sobre las nuevas formas de toxicomanías, para prevenir a la población.

Actuaciones a nivel intersectorial

2. Es imprescindible la cooperación entre los sectores sanitarios, educativo, legislativo y judicial.
3. Son necesarios los programas de educación en los centros escolares dirigidos a prevenir el consumo de drogas ilegales, y a reducir su consumo.
4. Debe aplicarse de manera estricta la legislación relativa a sustancias potencialmente adictivas.

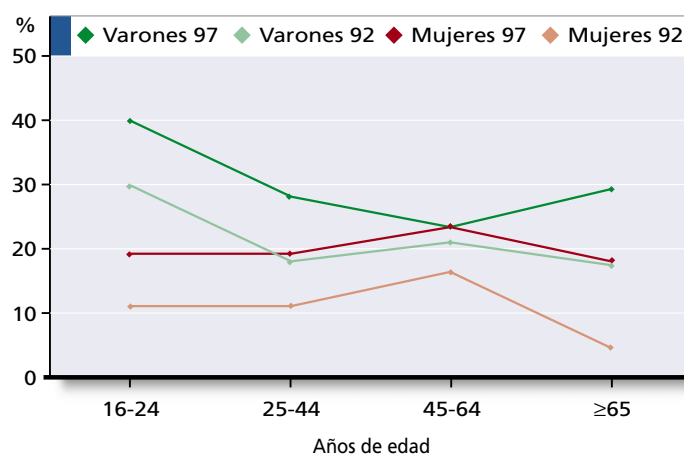
1.4. Actividad física

La actividad física moderada produce una reducción significativa de la mortalidad prematura, obesidad, hipertensión arterial, enfermedades del aparato circulatorio, diabetes mellitus no insulino dependiente, y osteoporosis. Entre sus efectos beneficiosos también se incluyen la mejora del aspecto físico y de la autoestima.

Situación actual

En la ESCAV-97 la proporción de personas activas en su tiempo libre (24%) ha aumentado con respecto a la ESCAV-92 (17%). Entre los varones la realización de ejercicio físico en su tiempo libre es más frecuente (29%) que entre las mujeres (20%). La edad y el sexo se correlacionan con la actividad física que realizan las personas en su tiempo libre; el grupo de edad más activo entre los varones es el de los 25 a 44 años, y entre las mujeres el de 45 a 64 años (figura 13).

Figura 13. Proporción de personas activas en su tiempo libre por sexo y edad. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La práctica de ejercicio físico también varía en función del nivel social. Los varones y mujeres de las clases socio-económicas más altas (I y II) son más sedentarios (no realizan ninguna actividad física) que las personas de los niveles más bajos (clases IV y V), donde se concentran las que realizan mayor esfuerzo físico en su actividad laboral.

En lo que respecta a la actividad física durante el tiempo libre existía también un gradiente social, pero en sentido contrario. La realización de ejercicio físico era más frecuente tanto en los varones como en las mujeres de los niveles socio-económicos más elevados.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física durante su tiempo libre	32%	24%	32%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel comunitario

1. Deben desarrollarse programas para sensibilizar a la población sobre la mejoría en salud que se logra con la realización de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada cinco días a la semana o tres si se trata de ejercicio intenso.
2. Se debe sensibilizar y promocionar desde la infancia el hábito de la práctica de actividad física habitual, mediante intervenciones en el ámbito escolar.
3. Se deben desarrollar nuevas estrategias y tácticas que induzcan a más personas a realizar más ejercicio, aprovechando las actividades cotidianas, por ejemplo promocionar el subir escaleras.

A nivel intersectorial

4. Es importante que las políticas de planificación urbanística garanticen la preservación de espacios abiertos que se puedan utilizar para un ocio activo.
5. Se debe promocionar el uso de la bicicleta como transporte urbano, ampliar las vías para bicicletas y peatones, y realizar modificaciones ambientales que permitan separar de manera segura a los peatones y ciclistas de los vehículos a motor.

Desigualdades

6. Se deben orientar los programas educacionales a las clases sociales, para que las personas de las clases más altas disminuyan el sedentarismo y las de las más bajas aumenten la actividad física en su tiempo libre.

1.5. Nutrición y seguridad alimentaria

Una buena alimentación se basa en la adecuada distribución de la ingesta de nutrientes a partir de alimentos nutritivos y variados (disponibilidad y conocimiento) y con garantías sanitarias (seguridad alimentaria).

La relación entre la alimentación y la salud es cada vez mas conocida, y son muchas las evidencias epidemiológicas que asocian la dieta con la aparición y/o prevención de ciertas enfermedades. Unos hábitos alimentarios inadecuados (bien por exceso o por defecto) se relacionan directa o indirectamente con la aparición de enfermedades como la enfermedad cerebro-vascular, la cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoporosis, además de patologías asociadas a carencias específicas de nutrientes. También existe evidencia científica que relaciona a diversos factores alimentarios con algunos de los tumores malignos mas frecuentes.

La nutrición es esencial y determinante en ciertos grupos de población. Durante la infancia y la adolescencia la nutrición tiene una gran importancia, dadas las necesidades nutricionales específicas para el normal crecimiento y desarrollo corporal. Además, éste es el periodo clave para la promoción y consolidación de los hábitos alimentarios. La salud de la personas de edad avanzada depende, entre otros factores, de una nutrición adecuada. También requieren una especial atención los cambios fisiológicos asociados a los procesos patológicos y terapéuticos, y los hábitos inadecuados de alimentación.

El exceso de peso es un factor de riesgo de mortalidad prematura al que se le atribuye cada vez más importancia. Su repercusión sobre la salud es negativa, no sólo por las muertes prematuras que por enfermedades del aparato circulatorio produce, sino también por la implicación en enfermedades crónicas que aunque, no siendo letales, disminuyen significativamente la calidad de vida de quienes las padecen. La obesidad puede ser consecuencia de una dieta con alto contenido energético y muchas grasas, la falta de actividad física, y, en ciertos casos, la predisposición genética.

El Libro Blanco sobre seguridad alimentaria de la Unión Europea afirma que, como resultado de la globalización del mercado y de las mayores posibilidades de acceso a los alimentos, se está produciendo una convergencia de los hábitos dietéticos; pero lamentablemente hacia una dieta desequilibrada y poco saludable, por lo que las enfermedades relacionadas con estos hábitos insalubres aumentarán en los próximos años.

La Oficina Regional de la OMS en Europa ha promovido la creación del Plan de acción Nacional en Nutrición 2000-2005, cuyo objetivo principal es desarrollar programas nutricionales entre sus 51 estados miembros con el fin de incluir y priorizar la nutrición en sus políticas de salud.

Situación actual

La Encuesta de Nutrición de la CAPV de 1990 concluyó que el 46% de los varones y 34% de las mujeres en edad comprendida entre los 25 y 65 años realizaban una ingesta energética superior a la recomendada para su edad y actividad física diaria, y que el balance energético procedente de los principios inmediatos, excluido el alcohol, era del 16% para las proteínas, 45% para los hidratos de carbono y 37% para las grasas.

Más recientemente, el estudio europeo, "Estudio Prospectivo de Investigación en Cáncer y Nutrición" (EPIC 1992-1996), realizado en Gipuzkoa en una población de edad comprendida entre los 35 y 65 años, revela igualmente el alejamiento de nuestros hábitos alimentarios (aporte energético a través de las grasas 35%, de las proteínas 18%, hidratos de carbono 47%) de la denominada dieta mediterránea o de las recomendaciones de la OMS (1987) o del Proyecto EURODIET 2000 de la Comisión Europea (tabla 23).

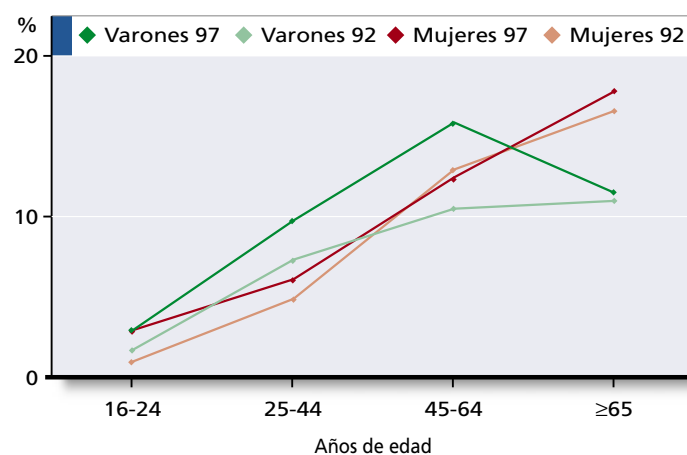
Tabla 23. Objetivos nutricionales para Europa (EURODIET 2000)

	% del aporte energético
Lípidos	<30
Ácidos grasos saturados	<10
Hidratos carbono	>55
Índice de masa corporal	21-22

La encuesta del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación (1998) refleja que en la CAPV en comparación con el resto del Estado se supera la media diaria de consumo de pescado y lácteos, y sus ciudadanos son los mayores consumidores de vinos y carnes de vacuno mayor. Sin embargo, se encuentra por debajo de la media en consumo de carnes blancas, cereales, frutas y hortalizas.

La proporción de personas obesas¹ en la ESCAV-97 era del 10,0%, cifra superior a la observada en la ESCAV-92, que fue del 8,1%. Esta tendencia ascendente se apreció principalmente en los varones, donde pasó del 7,5% al 10,4% en los cinco años que transcurrieron entre ambas encuestas, y en menor medida en las mujeres (del 8,6% al 9,6%). En el sexo femenino la obesidad aumentaba claramente con la edad, alcanzando los porcentajes más elevados a partir de los 65 años. En los varones se aprecia un pico importante al superar la edad de 45 años y luego disminuye muy por debajo de las mujeres en los mayores de 65 años (figura 14).

Figura 14. Proporción de personas obesas distribuida por sexo y edad. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

La proporción de personas de la CAPV con sobrepeso ha disminuido levemente entre los años 1992 a 1997: en 1997 el porcentaje era del 43%, siendo superior en los varones (54%) que en las mujeres (33%).

La distribución de la obesidad por clase social muestra un gradiente ascendente a medida que disminuye el nivel socio-económico. En las mujeres la prevalencia de obesidad es 4 veces superior en las de la clase social más baja con respecto a las de la más alta; entre los varones el patrón es similar. El sobrepeso muestra una distribución similar al de la obesidad. Por el contrario, el peso insuficiente es un riesgo que disminuye con la edad, tiene una mayor prevalencia en las clases sociales altas, y es tres veces más frecuente en las mujeres que en los varones.

¹ Obesidad: IMC (índice de masa corporal) ≥ 30 ; Sobrepeso: IMC ≥ 25 y <30

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirla un 20%	10% *	8%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Aporte energético de los hidratos de carbono	> 45%	45% **	> 45%	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Aporte energético de las grasas	< 35%	37% **	< 35%	Encuesta de nutrición. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en la proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirlas un 25 %	223% *	167,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

** Año 1989.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben desarrollar en todos los niveles de atención actividades de educación sanitaria sobre hábitos alimentarios saludables, sobre todo en poblaciones de riesgo como diabéticos, personas de edad avanzada y mujeres embarazadas.
2. Se debe potenciar la formación de los profesionales sanitarios en los principios de la alimentación y nutrición, así como en la relación entre las dietas desequilibradas y la salud.
3. Asimismo, se deben detectar de manera precoz en la infancia y adolescencia los problemas de peso insuficiente y otros trastornos alimentarios.
4. En el ámbito de la atención primaria se debe detectar de manera sistemática a las personas adultas con sobrepeso y obesas, informarles de los riesgos que ello conlleva, y prescribirles un tratamiento.

Actuaciones a nivel comunitario

5. Se deben introducir programas de educación nutricional en el curriculum escolar desde la educación primaria.
6. Deben desarrollarse políticas de promoción de dietas saludables en los comedores colectivos (escolares, laborales, etc).
7. Se deben mantener los programas de suplementación de yodo en la sal de consumo alimentario.

Otras actuaciones

8. Se deben potenciar los sistemas de información sobre los hábitos alimentarios tanto en la población general como en los grupos específicos de riesgo.
9. Se debe potenciar la puesta en marcha de sistemas de vigilancia y control de la cadena alimentaria.
10. Se deben elaborar guías nutricionales para la población general de la CAPV y para grupos con necesidades específicas.

Actuaciones a nivel intersectorial

Las estrategias para mejorar la calidad de la nutrición deben basarse en la coordinación entre los profesionales relacionados con la nutrición, los reponsables de garantizar la seguridad alimentaria y el resto de agentes que participan en la producción, comercialización y control de los alimentos.

11. La cooperación de los profesionales de sectores como la agricultura, la industria de la alimentación, los mayoristas, los minoristas, y los consumidores debe ser reforzada.
12. Todos los sectores implicados deberán guiarse por políticas de seguridad alimentaria que garanticen el mínimo riesgo alimentario.
13. Se debe mejorar el etiquetado de los alimentos para que los consumidores puedan conocer con mayor precisión su composición.

Desigualdades

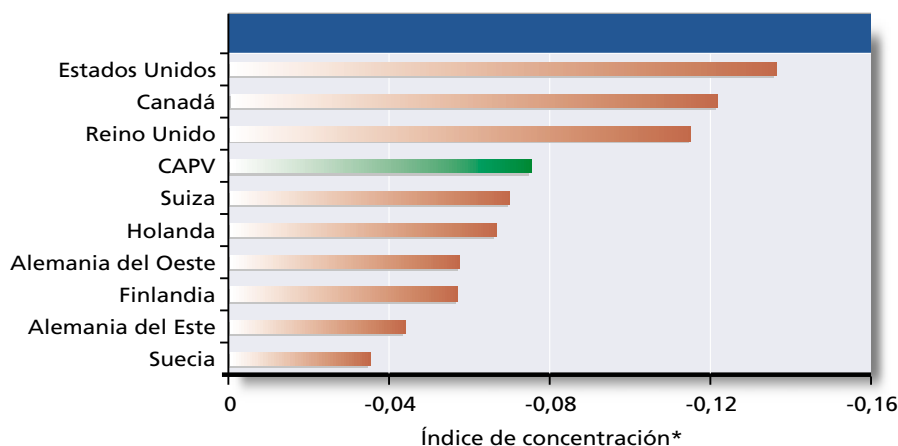
14. Se deben establecer políticas intersectoriales para mejorar la nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores, dando prioridad a la eliminación de la pobreza alimentaria, y a la prevención y reducción de la obesidad.
15. Las estrategias de información y educación deben ir dirigidas específicamente a los niños, los adolescentes, los ancianos y las personas desfavorecidas.

2. Desigualdades sociales en salud

La equidad es uno de los principios informadores del sistema sanitario vasco, junto con la universalidad, la solidaridad, la calidad de los servicios y la participación ciudadana. El análisis de la equidad en la provisión de servicios públicos de salud en la CAPV indica que su grado global de equidad es difícil de mejorar. Pero no es este ni el único ni el principal factor determinante del estado de salud. Así, como sucede en todos los países desarrollados, se encuentran sensibles diferencias en el nivel de salud de la población en función de su nivel socio-económico (figura 15). Las causas de estas diferencias y sus posibles soluciones son complejas y multifactoriales. No obstante, a nivel internacional se han acumulado evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud.

Por todo ello, este Plan de Salud entiende que es prioritario desarrollar políticas de salud que reduzcan las diferencias de salud entre los diferentes colectivos de la CAPV.

Figura 15. Desigualdades en la autovaloración de la salud según el nivel de ingresos económicos.



* Los valores más negativos indican una mayor desigualdad que beneficia a los más ricos.

2.1. Equidad y desigualdades sociales en salud

La noción de equidad se relaciona con la de justicia. La equidad puede ser definida como la “cualidad de un trato en el que ninguna de las partes es injustamente favorecida en perjuicio de otra” y la inequidad hace referencia a las diferencias innecesarias, evitables e injustas. Un concepto relacionado con el de equidad en salud es el de desigualdad. Las desigualdades hacen referencia a las diferencias que se observan entre los grupos, no necesariamente inequitativas.

Al hablar de desigualdades sociales en salud se hace referencia a las relacionadas con la clase social y las condiciones socio-económicas de vida.

La equidad en los niveles de salud se constata al observar las diferencias en el nivel y calidad de la salud entre grupos de personas, en función de su condición social, lugar de residencia, género, etc. Sin embargo, no todas las diferencias en salud son consideradas como injustas. En general, las diferencias debidas a la variabilidad biológica y las conductas relacionadas con la salud libremente adoptadas no son consideradas inequitativas. Por el contrario, las diferencias debidas a condiciones de vida y trabajo no saludables, a conductas dañinas para la salud en las que la libertad de elección está limitada, o a un acceso inadecuado a servicios de salud y otros servicios comunitarios son consideradas como producto de inequidades.

Las desigualdades sociales en salud suponen un reto para las sociedades modernas y para las políticas de salud ya que gran parte de esas diferencias se consideran injustas. Además, la reducción de los problemas de salud de los grupos más desfavorecidos, aparte de ser la clave de las políticas redistributivas, ofrece un gran potencial de mejora de la salud promedio del conjunto de una comunidad. A igual nivel de condiciones materiales de vida, son más saludables aquellas sociedades que menos desigualdades sociales presentan, en las que la cohesión social y la solidaridad están más desarrolladas. Estas razones han hecho que la equidad en la salud sea una de las prioridades de las políticas sanitarias de los países de nuestro entorno. En la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI” (Salud 21), la equidad en salud es uno de los valores básicos que sustentan la política de salud para la Región Europea, y constituye uno de sus 21 objetivos.

En los últimos años, el desarrollo de los sistemas de información ha permitido mejorar el conocimiento sobre las desigualdades sociales en salud de nuestra comunidad y sobre el grado de equidad de nuestro sistema sanitario. Junto a ello, a nivel internacional se han acumulado evidencias sobre la efectividad de las políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades sociales en salud, así como sobre la viabilidad de tales políticas.

2.2. Magnitud y distribución de las desigualdades sociales en salud

En los últimos años se ha producido una gran mejora del estado de salud de nuestra comunidad. Sin embargo, a semejanza de lo constatado en otros países desarrollados, las personas de nuestra comunidad tienen un nivel de salud diferente según sus condiciones sociales.

Por medio de la ESCAV-97 se estudia la salud de la población mediante la utilización de diversos indicadores, de los que destacamos los siguientes:

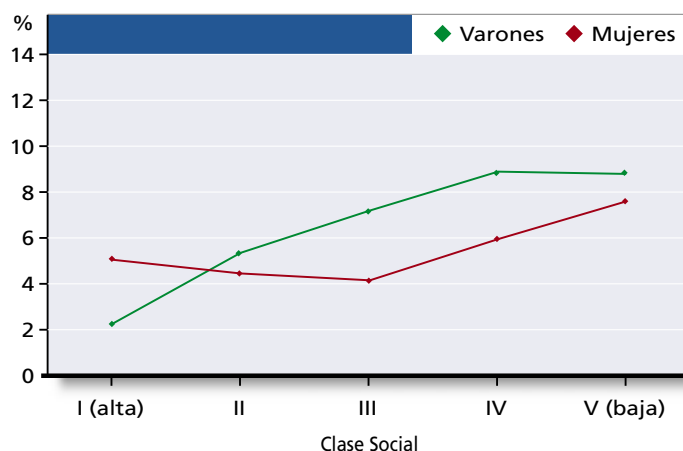
2.2.1. Salud percibida

◆ Grado de salud

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

Los datos de la ESCAV-97 evidencian que las personas de la clase social más baja tienen una probabilidad tres veces mayor de tener mala salud percibida que las de la clase más alta y, a pesar de que es notoria la mejoría observada en la salud de las diferentes clases sociales, las desigualdades entre las mismas no se han reducido y continúan siendo mayores entre los varones que entre las mujeres (figura 16). Este patrón es similar al de los países de nuestro entorno.

Figura 16. Prevalencia de mala salud percibida (estandarizada por edad) según la clase social. CAPV, 1997



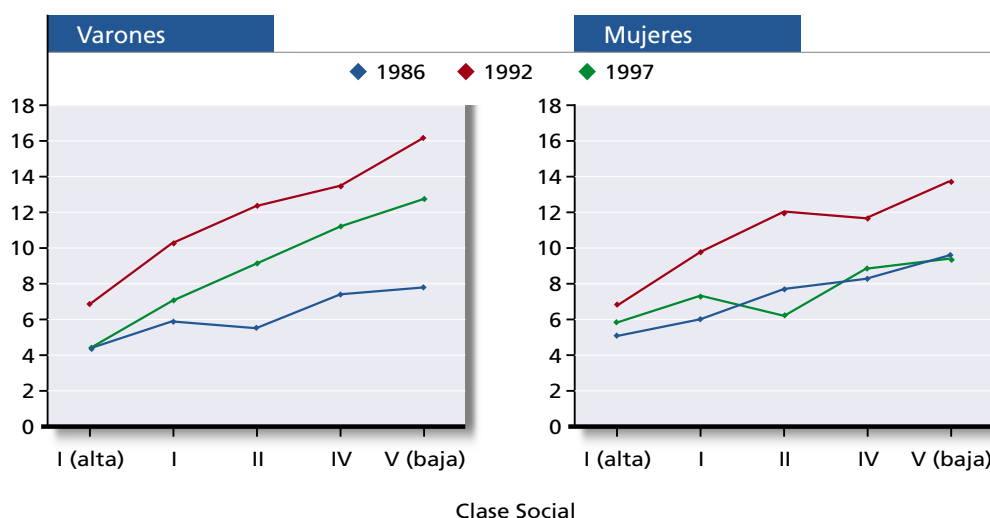
Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

◆ Incapacidad permanente

Al analizar la incapacidad funcional se observa claramente que las personas económicamente más favorecidas (clase social I) tienen una probabilidad mucho menor (50%) de tener una incapacidad funcional que las menos favorecidas (clase social V), siendo las diferencias sociales notablemente mayores en los varones que en las mujeres.

En la evolución de la prevalencia de incapacidad permanente en la CAPV se observa un aumento de las desigualdades sociales en ambos sexos entre 1986 y 1992, mientras que entre 1992 y 1997 dichas diferencias parecen haberse estabilizado (figura 17).

Figura 17. Prevalencia de incapacidad permanente según la clase social (estandarizada por edad). CAPV, 1986, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

2.2.2. Mortalidad y Esperanza de vida¹

◆ La esperanza de vida

La esperanza de vida en la CAPV en el bienio 1996-97 mostró un claro gradiente social en ambos sexos y para los distintos grupos de edad (tabla 24).

¹ Para el análisis de la mortalidad total se utilizaron los datos del bienio 1996-97, y los del periodo 1993-98 para el de la mortalidad por causas. Los datos de población y de las condiciones sociales se obtuvieron de la Estadística de Población y Viviendas de 1996.

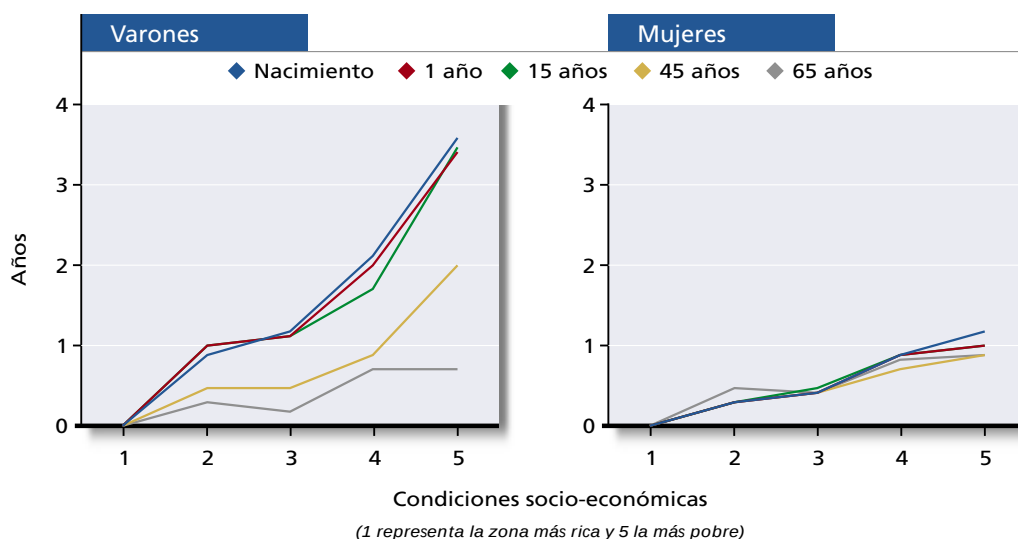
Tabla 24. Años de esperanza de vida por edad y sexo según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997

	Mujeres					Varones				
Edad	Condiciones socio-económicas*					Condiciones socio-económicas*				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Al nacimiento	83,3	83,0	82,9	82,4	82,1	76,2	75,3	75,0	74,1	72,6
Al año	82,7	82,4	82,3	81,8	81,7	75,6	74,6	74,5	73,6	72,2
A los 15 años	68,9	68,6	68,4	68,0	67,9	61,8	60,8	60,7	60,1	58,3
A los 45 años	39,8	39,5	39,4	39,1	38,9	33,3	32,8	32,8	32,4	31,3
A los 65 años	21,5	21,0	21,1	20,7	20,6	16,4	16,1	16,2	15,7	15,3

* 1 representa la zona más rica y 5 la más pobre.

Las diferencias en la esperanza de vida entre los quintilos extremos fue de 3,6 años en los varones y de 1,2 años en las mujeres (figura 18). Los datos muestran que en los varones, las diferencias sociales en la esperanza de vida son principalmente la consecuencia de su experiencia en su juventud y en la edad productiva. En las mujeres, las diferencias en la esperanza de vida al nacimiento son sólo discretamente superiores a las que se producen en las mayores.

Figura 18. Diferencias en la esperanza de vida por edad, según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997



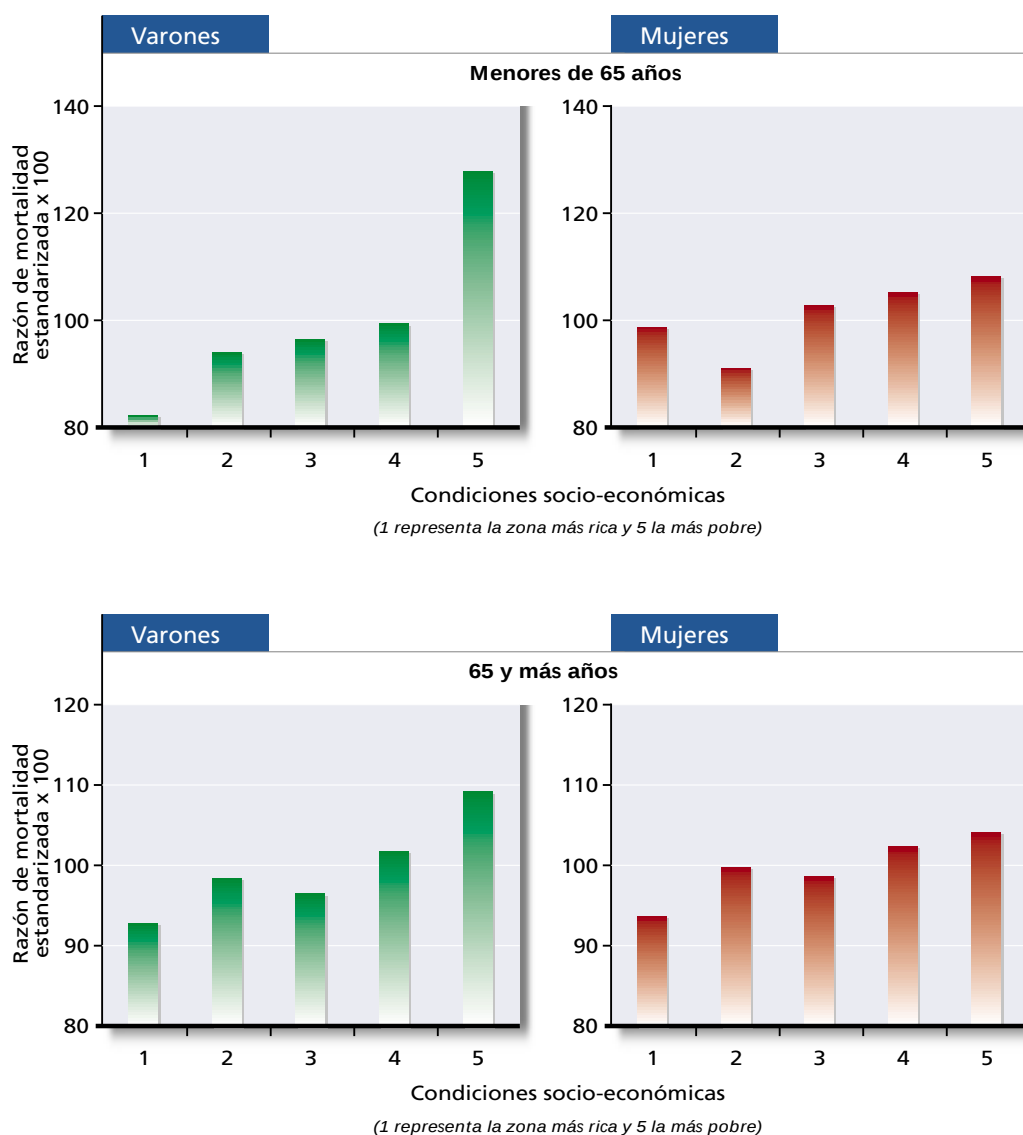
♦ Mortalidad por grupos de edad y sexo

Las diferencias sociales son también muy evidentes al estudiar las tasas de mortalidad.

En los varones menores de 65 años la mortalidad sigue un gradiente social muy claro, de manera que la mortalidad en los grupos más desfavorecidos es un 56% mayor que en los más favorecidos (figura 19). En las mujeres menores de 65 años, las diferencias son menores a las observadas en los varones.

En la edad media de la vida, entre los 30 a 64 años, se observa un gradiente social en ambos sexos, más marcado en los varones, llegando el gradiente en éstos hasta un 55%.

Figura 19. Mortalidad por todas las causas según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1997

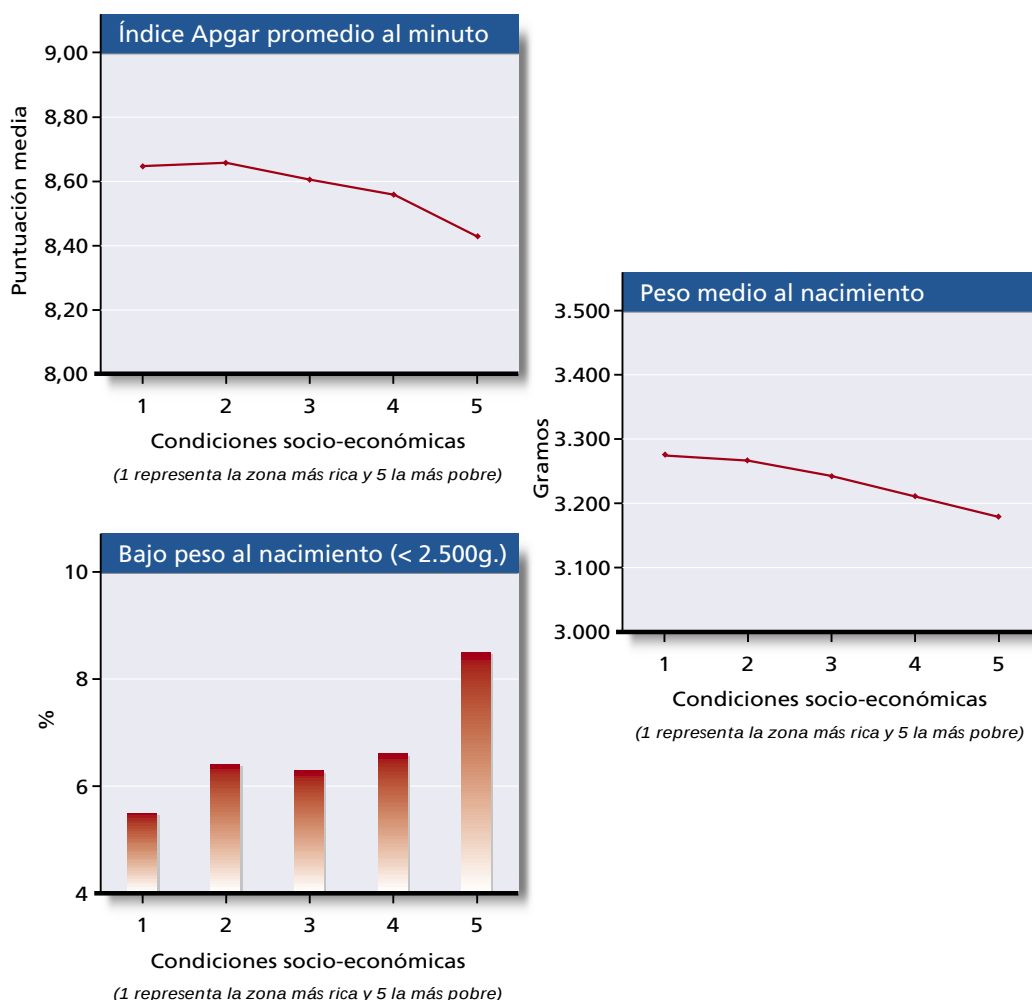


En los menores de un año, la mortalidad sigue también un claro gradiente social, y los de las secciones más desfavorecidas tienen una mortalidad un 53% mayor que los de las más ricas. En los varones de 1 a 14 años se observa un exceso en la mortalidad al comparar las secciones de los quintiles más pobres (3, 4 y 5) respecto al primero más rico y en los de 15 a 29 años se observa un gradiente monótonico, con un exceso en la mortalidad que llega a ser del 77% al comparar las secciones censales de los quintiles más extremos.

2.2.3. Salud perinatal

Los indicadores de la salud perinatal se encontraron estadísticamente asociados a las condiciones sociales del lugar de residencia de la madre. En el año 1997, tanto el índice Apgar al minuto del nacimiento como el peso al nacimiento fueron discretamente mayores en las zonas más favorecidas, si bien los valores medios de esos índices estaban en los límites normales en todos los casos (figura 20). No obstante, el significado poblacional de esas pequeñas diferencias es relevante, como queda patente al analizar el bajo peso al nacimiento (menor a 2.500 g). Tras ajustar por la edad de la madre, los nacidos de residentes en las zonas más desfavorecidas tuvieron un riesgo de bajo peso un 62% mayor que los nacidos en las más favorecidas (figura 20).

Figura 20. Desigualdades en la salud perinatal según las condiciones socio-económicas del lugar de residencia. CAPV, 1997



2.2.4. Hábitos y estilos de vida

Consumo de alcohol. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

Consumo de tabaco (Ver capítulo “Estilos de vida”)

Actividad física. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

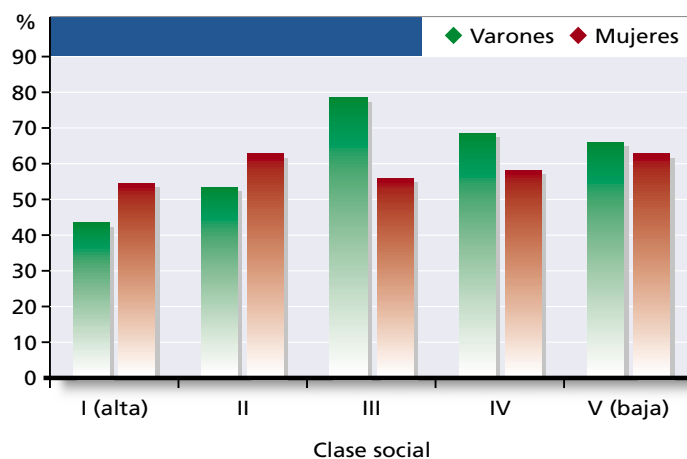
Hábitos de nutrición. Peso corporal. (Ver capítulo “Estilos de vida”)

♦ Prácticas preventivas

El patrón de las desigualdades sociales es relativamente diferente según sea el tipo de prácticas preventivas que se estudien. No parecen existir diferencias significativas en razón de la clase social de pertenencia cuando de la hipertensión arterial se trata y lo mismo puede decirse también del análisis preventivo de colesterol y de la hipercolesterolemia percibida.

El patrón social aparece un poco más marcado en la vacunación antigripal. Entre los varones son los de las clases más desfavorecidas los que mayor porcentaje de vacunación presentan (figura 21).

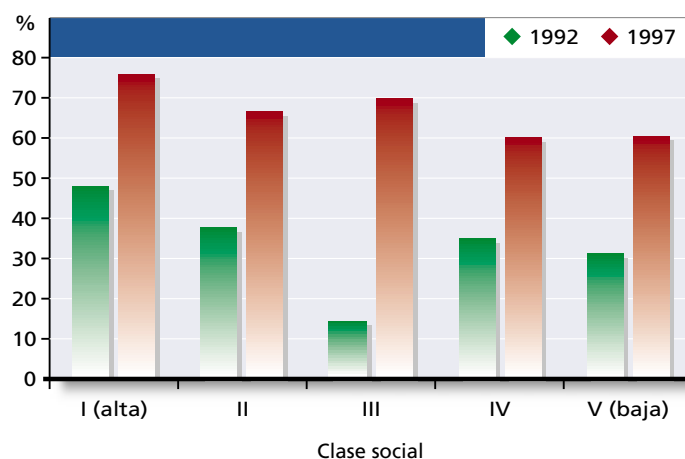
Figura 21. Personas que se vacunan frente a la gripe en función de la clase social. CAPV, 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

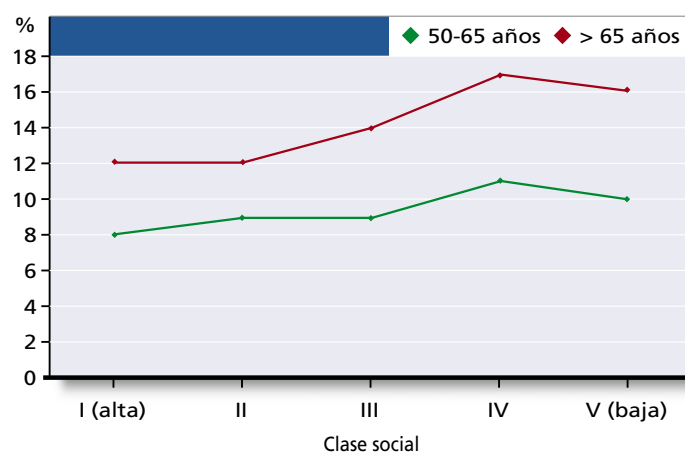
Con relación al programa de detección precoz del cáncer de mama, a pesar de que la tasa de participación es excelente (79,1%), persisten diferencias sociales relevantes en la realización de la mamografía: las mujeres de las clases más desfavorecidas siguen siendo las que refieren menor conocimiento del programa y una menor frecuencia en la realización de la exploración (figuras 22 y 23).

Figura 22. Evolución del porcentaje de mujeres de 50 a 65 años con una periodicidad inferior a dos años en la mamografía según la clase social. CAPV, 1992 y 1997



Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Figura 23. Porcentaje de mujeres de 50 a 65 años que nunca se han hecho una mamografía según la clase social. CAPV, 1997



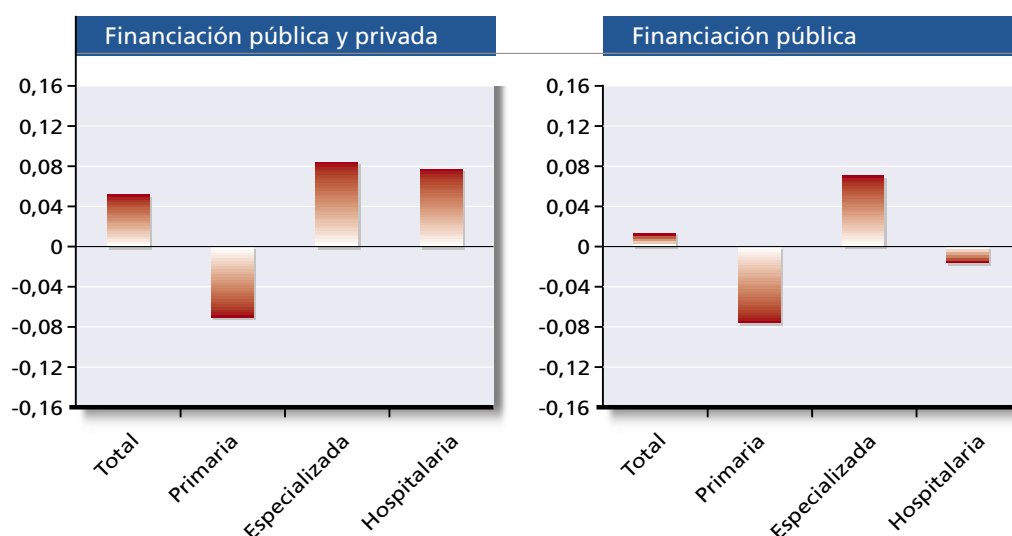
Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

2.3. Equidad en la provisión de servicios

Utilizando los datos de la ESCAV-97, se calcularon los índices de equidad propuestos por Wagstaff, van Doorslaer y Paci equivalentes al índice de concentración del gasto estandarizado por edad, sexo y nivel de salud. El rango de valores posibles para el índice va de +1,0 a -1,0. Los valores positivos del índice reflejan la existencia de inequidad favoreciendo a los colectivos con más recursos económicos, mientras que los negativos indican que la inequidad favorece a los más pobres.

Al considerar el gasto sanitario total de cada persona, financiado por fondos públicos y privados, el índice de equidad muestra valores positivos de mínima magnitud, lo que indica que el Sistema Sanitario de Euskadi se encuentra prácticamente en la situación de máxima equidad en la provisión de servicios (figura 24). Al considerar los diferentes niveles de atención, mientras que en atención primaria el índice mostró valores negativos, los índices correspondientes a la atención especializada, y en menor medida la atención hospitalaria, mostraron valores positivos.

Figura 24. Índice de equidad* en la provisión de servicios de salud. CAPV, 1997



* Los valores negativos indican la existencia de inequidad que favorecen a los más pobres, mientras que los valores positivos indican que la inequidad favorece a los más ricos.

2.4. Objetivos y estrategias de intervención frente a las desigualdades no equitativas

2.4.1. Objetivo general

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Diferencias sociales en la autovaloración en salud en varones	Disminuirlas un 25%	193%	144,8%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en la autovaloración en salud en mujeres	Disminuirlas un 25%	61,5%	46,1%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

2.4.2. Objetivos específicos (para el año 2010)

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Diferencias sociales en el consumo de tabaco**	Disminuirlas un 25 %	43% *	32,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en proporción de personas obesas > de 16 años	Disminuirlas un 25 %	223% *	167,3%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	39%***	30%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	45%***	34%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

** Diferencias en consumo según nivel educativo para varones de 16-74 años y mujeres de 16-44 años. Estos grupos tienen un menor riesgo de ser fumadores en el caso de que su nivel de estudios sea superior al graduado escolar.

*** 1993-98.

2.4.3. Estrategias de intervención

- Monitorización de las desigualdades en salud, tanto a nivel de la CAPV como a nivel local.
 - Desarrollo de sistemas de información sanitaria que permitan conocer mejor la distribución de las desigualdades y monitorizar su evolución. Para esto deberá recogerse en ellos la información sobre la clase social de las personas, bien directamente o bien mediante el enlace con otras bases de datos.
 - Producción de estadísticas periódicas del nivel de salud y del uso y calidad de los servicios de salud, según la clase social.

- 1.3. Puesta en marcha de un programa de investigación y desarrollo sobre las desigualdades en salud, que mejore el conocimiento sobre los mecanismos implicados en la producción de esas desigualdades, y proponga intervenciones dirigidas a reducirlas.
2. Actuación intersectorial.
 - 2.1. Diseño y evaluación de las políticas públicas sectoriales en términos de impacto sobre las desigualdades sociales en salud.
 - 2.2. Impulso de espacios de colaboración y coordinación entre los distintos Departamentos, ayuntamientos, instituciones y agentes sociales con intervención, directa o indirecta, en el área de la salud, tendentes específicamente a reducir las desigualdades sociales en la misma.
3. Desarrollo de políticas dirigidas a mejorar la salud y a reducir las desigualdades sociales de las mujeres en edad fértil, las mujeres embarazadas y la primera infancia, con el objetivo básico de que las desigualdades no se hereden.
 - 3.1. Intensificar los cuidados y el seguimiento médico del embarazo en los colectivos más desfavorecidos, a través de los servicios de atención primaria y las consultas de obstetricia, en colaboración con los servicios sociales.
 - 3.2. Intensificar la atención pediátrica preventiva en los colectivos más desfavorecidos.
 - 3.3. Mejorar la nutrición de las mujeres en edad fértil y de sus hijos menores, dando prioridad a la eliminación de la pobreza alimentaria y a la prevención y reducción de la obesidad.
 - 3.4. Reducción de la pobreza de las familias con hijos menores mediante las medidas de apoyo que sean necesarias.
 - 3.5. Apoyar emocional y socialmente a los padres y madres con hijos menores, a través de las visitas domiciliarias (pre y postnatales) de profesionales que den educación sanitaria, apoyo práctico y emocional para la preparación del parto y el cuidado del niño, y ayuda para enfrentarse a los problemas sociales y financieros.
4. Desarrollo de políticas de promoción de estilos de vida saludables, especialmente en lo relativo a los factores que muestran un gradiente social en su prevalencia o en sus consecuencias.
 - 4.1. Reforzar las políticas dirigidas a la reducción del consumo de tabaco de los grupos de población más vulnerables, y especialmente adolescentes, mujeres y colectivos sociales más desfavorecidos.
 - 4.2. Reforzar las políticas dirigidas a la reducción del consumo de alcohol de los grupos de población más vulnerables, y especialmente adolescentes, mujeres y colectivos sociales más desfavorecidos.
 - 4.3. Promover intervenciones intersectoriales tendentes a reducir la siniestralidad por accidentes asociados al consumo de alcohol.
 - 4.4. Impulsar los programas específicos de atención médica y social a las personas con dependencia alcohólica o problemática de salud derivada del consumo de alcohol, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
5. Promoción del principio de equidad en la provisión de los cuidados de salud (igual tratamiento a igual necesidad) en todas las políticas y programas desarrollados por el Sistema Sanitario de Euskadi, y entre las distintas áreas geográficas.
 - 5.1. Identificación y modificación de los factores determinantes de la inequidad en el acceso a los servicios de atención especializada.
 - 5.2. Orientación específica de los programas de prevención y promoción de la salud hacia los grupos más desfavorecidos
 - 5.3. Consideración de las desigualdades sociales en la atención sanitaria como un aspecto crucial en la valoración y mejora de la calidad de los cuidados de salud.

3. Enfermedades no transmisibles

3.1. Cáncer

En este capítulo se realiza un abordaje global del cáncer, priorizándose además aquellos que presentan una mayor mortalidad y en los que la evidencia sugiere posibilidades de intervención.

Situación actual

El cáncer es un problema de salud de magnitud creciente en todos los países desarrollados. La importancia relativa de la mortalidad por tumores malignos en la CAPV se ha modificado en los últimos años, ya que a partir del año 1993 entre los varones el cáncer ha pasado a ser la primera causa de muerte, y entre las mujeres continúa siendo el segundo motivo más frecuente de fallecimiento, tras las enfermedades del aparato circulatorio.

En la CAPV, al igual que en otros países industrializados, las tasas de mortalidad por cáncer aumentaron hasta los años 90 y a partir de entonces han ido estabilizándose. Así, para el conjunto de la población de la CAPV la tasa de mortalidad por cáncer x 100.000 habitantes, ajustada por edad, ha pasado de 179 en 1980, a 190 en 1990, y 182 en 1998 (Figura 25). La evolución temporal ha sido diferente según el sexo, ya que entre los varones no se ha observado a lo largo del tiempo ninguna variación significativa, mientras que entre las mujeres las defunciones por cáncer han disminuido significativamente en las últimas dos décadas (0,7 anual). En el año 1998, la tasa ajustada de mortalidad por tumores malignos fue de 270 x 100.000 varones, y de 115 x 100.000 mujeres.

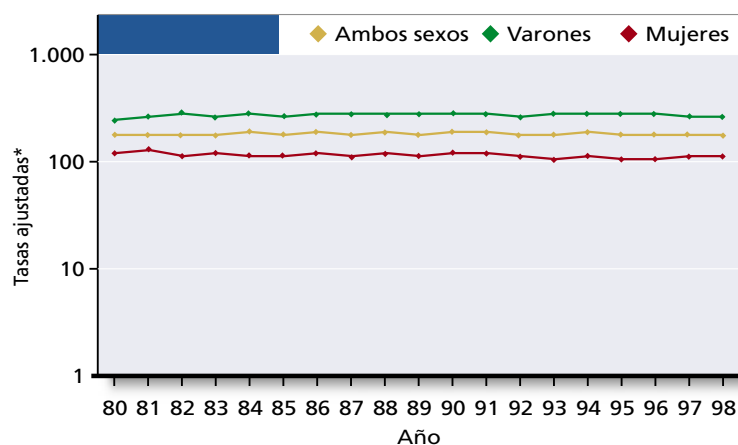
El cáncer es la causa más frecuente de fallecimiento en las edades comprendidas entre los 45 y 74 años de edad. En el caso de las mujeres, es también la primera causa de fallecimiento en el grupo de edad comprendido entre los 30 y 44 años.

El análisis de la relación entre el nivel social y la mortalidad por tumores malignos demuestra que entre los varones menores de 65 años la mortalidad por esta causa en los estratos sociales inferiores es un 38% superior a la de los estratos más altos. En los varones mayores de 65 años esta diferencia se reduce hasta el 8%. En las mujeres la mortalidad por cáncer en su conjunto no guarda relación con su nivel social.

La supervivencia relativa¹ a los 5 años de los pacientes con neoplasias diagnosticados en el trienio 1986-1988 fue del 40% para los varones y del 54% en las mujeres, algo superior a la observada en el estado español, del 40% y 52%, y en el conjunto de Europa, del 35% y 50% respectivamente.

¹ Razón entre supervivencia observada y esperada. Permite realizar comparaciones entre áreas con diferencias en la mortalidad general. El método asume que el cáncer es la única causa posible de muerte

Figura 25. Evolución temporal de la mortalidad por cáncer. CAPV, 1980-1998



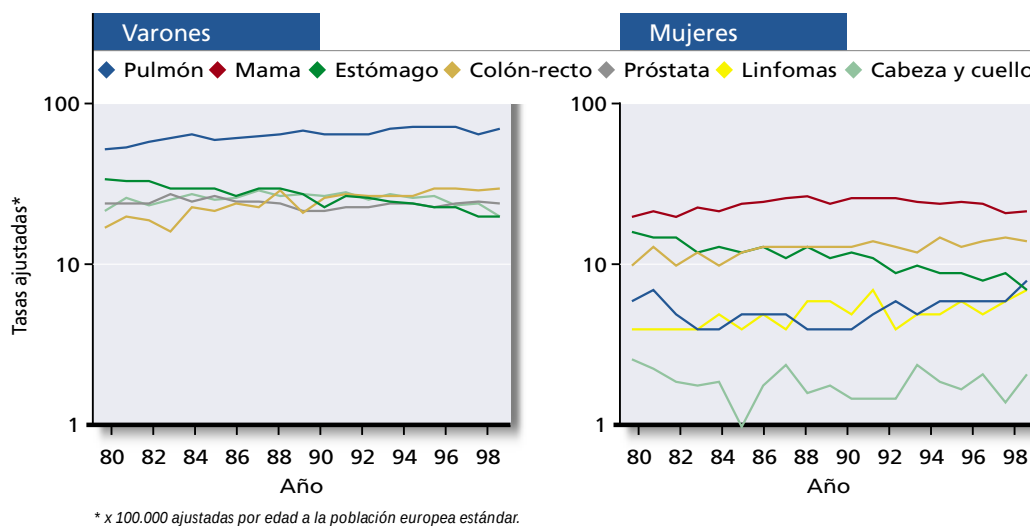
Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

3.1.1. Localizaciones tumorales más frecuentes

En los últimos años, se ha mantenido la primacía del cáncer de pulmón como primera causa de muerte por cáncer en los varones, habiendo aumentado significativamente durante las dos últimas décadas desde una tasa de 52 x 100.000 varones en 1980, a 71 x 100.000 varones en 1998. El cáncer de estómago ha dejado de ser el segundo tumor más letal entre los varones para ocupar la cuarta posición en 1998 (en 1980 tasa ajustada de mortalidad de 34 x 100.000 varones, y en 1998 de 20). En la actualidad, el cáncer de próstata es la tercera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre los varones (24 x 100.000 varones). La mortalidad por cáncer de colon-recto se ha incrementado en los últimos años, pasando de ser la quinta causa de fallecimiento por tumores malignos en el periodo 1980-84, con una tasa ajustada de 17 x 100.000 varones, a situarse en el segundo puesto en 1998 con una tasa de 30 x 100.000 varones. El cáncer de cabeza y cuello ha sido en 1998 la quinta causa de mortalidad por tumores en los varones (20 x 100.000 varones).

Entre las mujeres el cáncer de mama continúa ocupando el primer lugar (tasa de mortalidad estandarizada 22 x 100.000 mujeres en 1998). El cáncer de colon-recto (14 x 100.000 mujeres) ocupa el segundo lugar seguido del de pulmón (8 x 100.000 mujeres). El cuarto y quinto lugar lo ocupan los linfomas (7 x 100.000 mujeres) y el cáncer de estómago (6,5 x 100.000) siendo el impacto de los tumores de cabeza y cuello muy reducido (2 x 100.000 mujeres) (figura 26).

Figura 26. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón, mama, estómago, colon, próstata, linfomas y cabeza y cuello. CAPV, 1980-1998



Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Respecto a la relación entre el patrón social y la mortalidad, en el caso del cáncer de pulmón se ha observado un notable incremento de fallecimientos en las clases sociales más desfavorecidas, más acusado en la personas menores de 65 años. Sin embargo entre las mujeres fueron las residentes de las zonas más ricas quienes tuvieron una mayor mortalidad por cáncer de pulmón.

Con relación al cáncer de mama, las mujeres mayores de 65 años residentes en las zonas socio-económicas más pobres tienen una mortalidad 25% menor que las que residen en las más ricas. En las mujeres menores de 65 años no se observó ningún patrón diferencial en función del nivel social.

Son de resaltar las diferencias sociales en la mortalidad por ciertos tumores (cáncer de laringe, y cáncer de boca y faringe), en los que la acción conjunta del tabaco y el alcohol juega un papel primordial en su aparición. La mortalidad por esos tumores en los varones menores de 65 años de los grupos sociales más desfavorecidos es dos veces mayor que en los más ricos, mientras que en los varones mayores de esa edad, la diferencia en los tumores de boca y faringe es del 55%. En las mujeres, sólo se observan diferencias apreciables en las mayores de 65 años, y en esa edad son las mujeres de los grupos más favorecidos quienes tienen una mayor mortalidad.

Objetivos

Los objetivos definidos en el área del cáncer han sido establecidos a partir de las tendencias observadas en su evolución, teniendo en cuenta las estrategias disponibles para modificar dicha evolución.

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por tumores malignos en varones menores de 65 años	Iniciar tendencia descendente	115,9	Iniciar tendencia descendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años	Disminuirla un 10%	52,4	47,1	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La prevención primaria en el ámbito asistencial está dirigida a la promoción de estilos de vida saludables por parte de los profesionales sanitarios.
2. El diagnóstico temprano de los tumores en el ámbito de la atención primaria debe estar basado en la aplicación de protocolos clínicos sobre signos y síntomas de alerta.
3. La atención al enfermo oncológico debe ser llevada a cabo de forma individualizada mediante guías de práctica clínica contrastadas y validadas.
4. Además, la atención debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.
5. Se establecerán los circuitos de diagnóstico y tratamiento adecuados, y los mecanismos efectivos de derivación entre los diferentes niveles de atención, para reducir al máximo los tiempos de espera.
6. Los cuidados paliativos y la rehabilitación serán adecuados a las necesidades existentes, dado que resultan importantes en la atención de los enfermos oncológicos.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Las actuaciones a nivel comunitario deben ir también dirigidas al fomento de los estilos de vida saludable, sobre todo a través del desarrollo de programas educativos, fundamentalmente en lo relativo al tabaco, alcohol y dieta saludable.
8. En lo que respecta a la detección precoz (prevención secundaria), además de mantener las actuaciones que actualmente están en marcha, debe valorarse la incorporación de aquellas intervenciones que tengan una efectividad demostrada en nuestro ámbito.

Actuaciones intersectoriales

9. Deben desarrollarse medidas de control de los contaminantes medioambientales y ocupacionales (ver capítulo "Entorno medioambiental, laboral y escolar").

Otras actuaciones

10. Se deben potenciar los registros de tumores hospitalarios, dado que proporcionan la posibilidad de un mejor conocimiento del proceso asistencial, permitiendo su control, así como la utilización de indicadores de calidad basados en los resultados, y la comparación entre los distintos centros sanitarios.

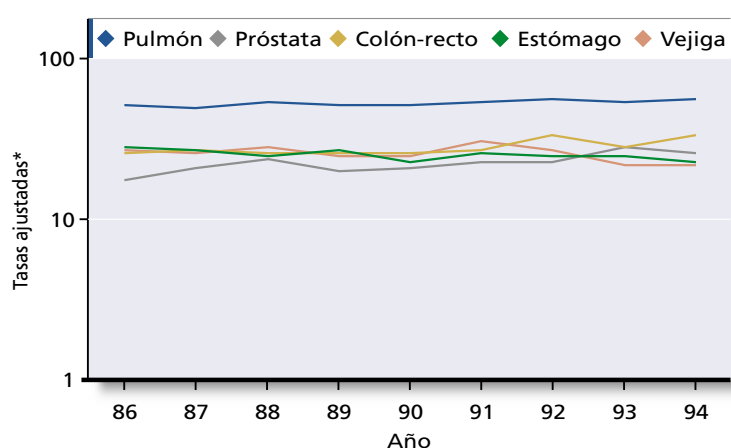
Desigualdades

11. Debe ponerse en marcha un sistema de información que permita monitorizar la evolución de las desigualdades sociales en la salud relacionadas con el cáncer.

3.1.2. Cáncer de pulmón

Es la causa de mortalidad por tumores malignos más frecuente entre los varones, y ha presentado en los últimos años una tendencia alcista. Además se trata del tumor que mayor incidencia presenta (figura 27). Entre las mujeres, aunque ya se observa un ligero incremento de la mortalidad, todavía no se han alcanzado las tasas esperables de acuerdo al aumento producido en el consumo de tabaco.

Figura 27. Evolución de las tasas de incidencia de cáncer en varones. CAPV, 1986-1994



* x 100.000 ajustadas por edad a la población mundial estándar.

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Sanidad.

Por otro lado, el cáncer de pulmón ha pasado a ser la cuarta causa de mortalidad prematura entre los varones, con una tasa ajustada de 5,1 años potenciales de vida perdidos (APVP) x 1.000 habitantes.

El principal factor de riesgo del cáncer de pulmón es el tabaco, cuyo consumo ha descendido entre los varones, mientras que entre las mujeres se mantiene (ESCAV-92 y 97).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de pulmón en varones menores de 65 años	Invertir la tendencia ascendente	32,3	Invertir la tendencia ascendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años	Frenar la tendencia ascendente	3,9	Frenar la tendencia ascendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las actuaciones de prevención del cáncer de pulmón deben estar basadas en estrategias relacionadas con la prevención y control del tabaquismo, ya que en la actualidad no se conocen medidas efectivas para su detección precoz.
2. La sospecha diagnóstica del cáncer de pulmón en el ámbito de la atención primaria es muy importante para el pronóstico de estos tumores, por lo que se deben establecer los protocolos adecuados.
3. La atención sanitaria del enfermo con cáncer de pulmón debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

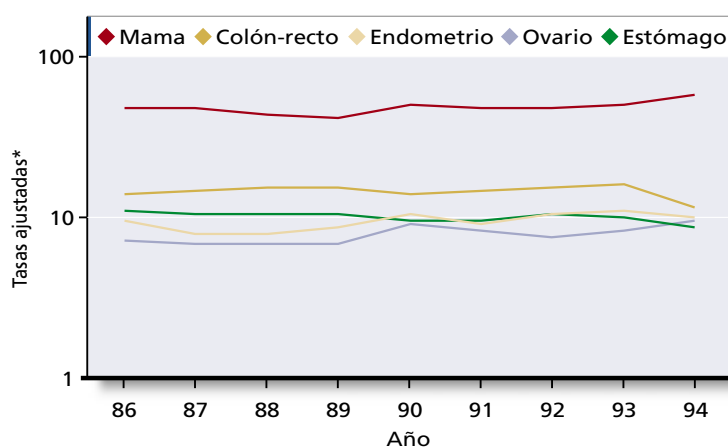
Actuaciones intersectoriales

4. Las actuaciones intersectoriales deben ir dirigidas fundamentalmente al control del tabaquismo (ver capítulo 'estilos de vida').
5. Deben desarrollarse medidas de control de los contaminantes medioambientales y ocupacionales (ver capítulo "Entorno medioambiental, laboral y escolar").

3.1.3. Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor con mayor mortalidad entre las mujeres, manteniendo en los últimos años una tendencia estable. También es el tumor que presenta mayor incidencia entre las mujeres (figura 28).

Figura 28. Evolución de las tasas * de incidencia de cáncer en mujeres. CAPV, 1986-1994



* x 100.000 ajustadas por edad a la población mundial estándar.

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Sanidad.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de mama en mujeres	Disminuirla un 17,5%	22,3	18,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Debe mantenerse el programa de detección precoz del cáncer de mama establecido en la CAPV desde 1995, realizando las modificaciones que se consideren oportunas para adecuarlo a la evidencia científica existente en cada momento.
2. La atención sanitaria de las enfermas con cáncer de mama debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

Desigualdades

3. Deben desarrollarse estrategias para mejorar la participación en el programa de la CAPV para la detección precoz del cáncer de mama de las mujeres, sobre todo de aquellas con un menor nivel social, ya que son las que presentan una menor adherencia a dicho programa.

3.1.4. Cáncer de colon-recto

La mortalidad por cáncer de colon-recto en la CAPV se ha incrementando en los últimos años, con una tasa estandarizada de 21 x 100.000 habitantes para 1998. En cuanto a su incidencia, también ocupa los primeros lugares, tanto en varones como en mujeres (ver figuras 27 y 28). La dieta inadecuada es uno de los principales factores de riesgo para este tipo de tumor.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de colon-recto en varones	Estabilizar las tasas	29,5	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en mujeres	Estabilizar las tasas	14,5	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La sospecha diagnóstica del cáncer colo-rectal en el ámbito de la atención primaria es muy importante para el pronóstico de estos tumores, por lo que deben establecerse los protocolos adecuados para ello.
2. La atención sanitaria del enfermo con cáncer colo-rectal debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

Actuaciones a nivel comunitario

3. La prevención primaria debe basarse en el fomento de estilos de vida saludables, sobre todo de los que hacen referencia a la dieta (ver capítulo "Estilos de vida").
4. Algunas pruebas de detección precoz han demostrado ser eficaces. Los programas de detección precoz deberán implantarse una vez esté demostrada su efectividad y eficiencia en nuestro medio.

3.1.5. Cáncer de cabeza y cuello

Los tumores malignos de cabeza y cuello más frecuentes incluyen las neoplasias de labio, cavidad oral, faringe y laringe. Analizadas en su conjunto, constituyen la tercera localización tumoral más frecuente en los varones de la CAPV en el último cuatrienio. Aunque la evolución temporal de la mortalidad durante

las dos últimas décadas no ha presentado cambios significativos en el tiempo, el examen por separado revela que, mientras las tasas de mortalidad por cáncer de laringe han disminuido significativamente un promedio de 0,23 unidades anuales, las debidas al cáncer de boca y faringe presentan una tendencia temporal ligeramente alcista.

En los varones la tasa anual de mortalidad por cánceres de esta localización es de 22,6 x 100.000 varones (cavidad oral 10,8 x 100.000; laringe 9,4 x 100.000). En las mujeres la tasa es 2,0 x 100.000 mujeres (cavidad oral 1,9 x 100.000; laringe 0,18 x 100.000); no obstante se observa en las mujeres un pequeño aumento lineal en la tasa de cáncer oral (0,0001 cada año).

Los factores etiológicos relacionados con este tipo de tumores son principalmente el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol. El efecto sinérgico de ambos factores de riesgo es multiplicativo para el cáncer de la cavidad oral y aditivo para el de laringe.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de cabeza y cuello en varones	Disminuirla un 10%	22,6	20,3	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las actuaciones de prevención del cáncer de cabeza y cuello deben estar basadas en estrategias relacionadas con la prevención y control del tabaquismo, y del consumo abusivo de alcohol.
2. Al igual que en otras localizaciones la atención sanitaria de estos cánceres debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.
3. No hay suficiente evidencia científica sobre la efectividad de los programas de detección precoz a nivel poblacional. Sin embargo, los exámenes de la cavidad oral dirigidos a detectar lesiones pre-malignas deberán dirigirse principalmente a las personas de alto riesgo; y se llevarán a cabo tanto por parte del personal sanitario de atención primaria, especializada y odontólogo.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Además de las actuaciones en el área de la Educación Sanitaria dirigidas a prevenir los factores de riesgo, hay que establecer acciones para difundir información sobre los signos y síntomas de sospecha de lesiones malignas (por ejemplo, ronquera, afonía o tos persistente no justificada, la dificultad persistente para tragar o digerir, las úlceras que no cicatrizan, etc) que detectadas en estadios precoces mejoran significativamente el pronóstico de estos tumores.

Actuaciones intersectoriales

5. Las actuaciones intersectoriales que se deben plantear se dirigen fundamentalmente al control del tabaquismo y del alcoholismo (ver capítulo "Estilos de vida").

3.2. Enfermedades del aparato circulatorio

Situación actual

Las enfermedades del aparato circulatorio son en la actualidad la primera causa de mortalidad de las mujeres y la segunda de los varones, representando respectivamente el 40% y 30% del total de fallecimientos. Sin embargo, la tasa de mortalidad por este grupo de patologías ha presentado un importante descenso durante las dos últimas décadas: cada año la tasa de mortalidad por esta causa ha disminuido como promedio en 8,7 puntos, siendo este descenso mayor entre los varones que entre las mujeres.

Las tasas brutas de mortalidad muestran que el número de personas que fallecen cada año por enfermedades del aparato circulatorio es superior entre las mujeres (tabla 25). También evidencian que la enfermedad cerebro-vascular afecta en mayor medida a las mujeres, y la enfermedad isquémica del corazón a los varones.

El patrón de distribución por sexo se modifica cuando se utilizan tasas de mortalidad estandarizadas por edad, en vez de tasas brutas. Este ajuste permite concluir que el riesgo de morir por una enfermedad del aparato circulatorio no es mayor en las mujeres (155 x 100.000 mujeres) que en los varones (255,2 x 100.000 varones), y que el hecho de que se presenten más casos entre las primeras es debido a que viven más años.

Tabla 25. Tasas* de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. CAPV, 1998

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Total aparato circulatorio	280,8	316,4	299,1
Enfermedades cerebro-vasculares	68,6	93,8	81,5
Enfermedad isquémica del corazón	96,4	63,8	79,7

* Brutas x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Además de su impacto sobre la mortalidad, las enfermedades del aparato circulatorio son uno de los principales motivos de ingreso en los hospitales de Osakidetza / Svs: desde el año 1993 hasta 1999, las tasas brutas de ingresos han aumentado de 909 a 1.202 altas hospitalarias x 100.000 habitantes. Los pacientes ingresados eran en mayor proporción varones (1.457 altas x 100.000 varones frente a 958 altas x 100.000 mujeres).

El análisis de la mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio según el nivel social demuestra la existencia de una relación entre ambas: la población menor de 65 años de edad que reside en las secciones censales más pobres presenta, con relación a los que viven en las zonas más ricas, un exceso de mortali-

dad por enfermedades del aparato circulatorio tanto si son varones (39%) como mujeres (45%). En las personas mayores de 65 años no se encuentran diferencias apreciables entre los varones, mientras que entre las mujeres, son las secciones más favorecidas las que presentan una mortalidad un 10% superior.

3.2.1. Factores de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio

El tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes mellitus y el sedentarismo constituyen básicamente los factores de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio.

Según la ESCAV-97, un 35% de los varones y 23,5% de las mujeres referían ser fumadores y un 16% y 17% hipertensos respectivamente. La proporción de personas que declaraba tener el colesterol alto era del 16%, sin que existieran diferencias entre ambos sexos. La obesidad fue más frecuente en los varones (10,4%) que en las mujeres (9,6%), aunque éstas eran más sedentarias (60,5%) que los varones (52,9%).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirla un 20%	57,1*	45,7	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirla un 20%	16,1*	12,9	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	39%**	30%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	45%**	34%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

**1993-98.

Estrategias de intervención

Para conseguir la disminución de la incidencia y mortalidad de las enfermedades del aparato circulatorio es necesario realizar un abordaje global de los factores de riesgo. Además de las intervenciones propuestas en los capítulos “Estilos de vida” y “Diabetes mellitus”, deben tenerse en cuenta las intervenciones que a continuación se señalan.

Actuaciones a nivel individual

1. Es fundamental la detección precoz de la hipertensión arterial y dislipemias en las consultas de atención primaria.

2. Las recomendaciones para adquirir hábitos de vida saludables constituyen en la actualidad el tratamiento de primer nivel de la hipertensión arterial y dislipemias. El tratamiento farmacológico se sitúa en segunda línea.
3. La detección precoz de la diabetes mellitus y las actuaciones necesarias para su control también deben ser objeto de las consultas de atención primaria (ver capítulo “Diabetes mellitus”).
4. También, en el ámbito de la atención primaria es importante la detección precoz de la obesidad, para lo que debe realizarse de manera sistemática la evaluación pondero-estatural.
5. En el ámbito de la atención primaria debe realizarse el oportuno diagnóstico y la adecuada actuación ante los fumadores (ver capítulo “Estilos de vida”).
6. En cualquier caso, debe llevarse a cabo una valoración individualizada del riesgo global de enfermedades del aparato circulatorio, estableciendo las estrategias de actuación más adecuadas en cada caso.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Son necesarias campañas divulgativas que pongan en conocimiento de la población la importancia del adecuado control de la presión arterial.
8. Es necesario hacer especial hincapié sobre los diferentes factores de riesgo vascular en las mujeres, ya que tanto las propias mujeres como los profesionales sanitarios son menos conscientes de ellos, a diferencia de lo que sucede con los varones.

Actuaciones a nivel intersectorial

9. Es necesario incidir tanto en el medio escolar como en el medio laboral sobre la importancia del control de los factores de riesgo de enfermedades del aparato circulatorio, insistiendo en la promoción de los hábitos de vida saludables.

Otras actuaciones

10. Deberá desarrollarse un sistema de información sanitaria sobre enfermedades cerebro-cardio-vasculares que permita un mejor conocimiento del problema, desde el punto de vista epidemiológico y asistencial.
11. Es necesario desarrollar estrategias para disponer de un mejor conocimiento sobre las causas de muerte súbita.

3.2.2. Enfermedades cerebro-vasculares

Situación actual

Las enfermedades cerebro-vasculares en el periodo 1995-98 ocasionaron en la CAPV 80 defunciones x 100.000 habitantes, y representan la causa más frecuente de fallecimiento en las mujeres.

La tasa de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular entre los varones ha experimentado un importante descenso en las últimas dos décadas (3,7 puntos por año): a principios de los años 80 era semejante e incluso mayor que la de la enfermedad isquémica del corazón, y en 1998 se situó en 62 fallecimientos x 100.000 varones. Entre las mujeres también ha disminuido de forma significativa (3 puntos cada año), con un perfil similar al de los varones, es decir, las tasas más elevadas se dieron a principios de los años 80 y han disminuido paulatinamente hasta alcanzar en 1998 la cifra de 46,9 defunciones por 100.000 mujeres (tabla 26).

Tabla 26. Tasas* de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular distribuida por sexo y Territorio Histórico. CAPV, 1995-1998

Enfermedad cerebro-vascular		
Territorio Histórico	Varones	Mujeres
Álava	52,5	38,8
Bizkaia	65,7	52,2
Gipuzkoa	67,0	48,1
CAPV	64,4	49,2

* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Con relación a la morbilidad, las tasas de altas hospitalarias por oclusión de arterias cerebrales se han incrementado de manera muy importante entre los años 1993 y 1999. Este aumento ha sido homogéneo en ambos sexos. En los varones, la tasa de altas con este diagnóstico en el año 1993 fue de 71 x 100.000 varones y en el año 1999 de 114. En las mujeres, esta tasa ha pasado de 61 x 100.000 mujeres en el año 1993 a 95 en 1999.

Respecto a la influencia del factor social sobre la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular, las mayores desigualdades se observaron en las mujeres menores de 65 años de edad.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en varones menores de 75 años	Disminuirla un 20%	23,0	18,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres menores de 85 años	Disminuirla un 20%	25,5	20,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La asistencia y tratamiento precoz del accidente cerebro-vascular agudo (ACVA), mediante una atención integral y especializada, es el único método que ha demostrado ser efectivo para prevenir y reducir las secuelas. Con este fin se debe adecuar el dispositivo asistencial y protocolizar la atención del ACVA. El tratamiento fibrinolítico endovenoso del infarto cerebral deberá estar disponible para los ciudadanos de la CAPV cuando se demuestre su efectividad en nuestro medio.

2. Se debe informar a la población sobre los síntomas precoces de un ACVA y como actuar en cada caso.
3. Los ACVA de etiología cardio-embólica están aumentando, debido a su asociación con el envejecimiento poblacional. Por ello, es necesario la detección precoz y control de las cardiopatías embolígenas, principalmente la fibrilación auricular, en las personas mayores de 60 años de edad.
4. En los pacientes que hayan sufrido un ACVA es muy importante la prevención secundaria mediante el control de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo) y mediante tratamiento farmacológico adecuado (antiagregantes y/o anticoagulación).
5. Para una adecuada prevención secundaria es imprescindible implantar estrategias de coordinación entre la atención primaria y especializada.
6. Se debe analizar la posible integración del control de la terapia anticoagulante en los servicios prestados por la atención primaria, con el objetivo de mejorar su accesibilidad.
7. Se promoverá que todos los niveles asistenciales utilicen las mismas escalas validadas para medir la discapacidad secundaria al ACVA.
8. Se debe potenciar la rehabilitación (incluye ejercicio físico, apoyo psicológico, integración laboral y social) de los pacientes que han sufrido un ACVA, puesto que ha demostrado ser efectiva para mejorar de su calidad de vida.

Actuaciones intersectoriales

9. El medio escolar y laboral representan una oportunidad para el fomento de los estilos de vida saludables así como para la detección precoz de factores de riesgo vascular (obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia).
10. Se debe potenciar la red de apoyo socio-sanitario de las personas con algún tipo de discapacidad como consecuencia de un ACVA.

Otras actuaciones

11. Se deben desarrollar o adaptar para la CAPV guías de práctica clínica que permitan aplicar adecuadamente los tratamientos.
12. Deberá desarrollarse un sistema de información sanitaria sobre enfermedad cerebro-vascular que permita un mejor conocimiento del problema, desde el punto de vista epidemiológico y asistencial.

Desigualdades

13. Son necesarias campañas informativas específicamente orientadas a la prevención primaria de la enfermedad cerebro-vascular en las mujeres, puesto que para ellas es la primera causa de muerte. Máxime cuando se aprecia un aumento entre ellas de la prevalencia de factores de riesgo.

3.2.3. Cardiopatía isquémica

En el periodo 1995-98 la cardiopatía isquémica dio lugar a 60 defunciones x 100.000 habitantes de la CAPV en ambos sexos, siendo esta tasa estandarizada por edad una de las más bajas del mundo. Entre los datos publicados, sólo se han hallado tasas inferiores en Francia (51 x 100.000 en 1995), encontrándose la más alta en el Reino Unido (157 x 100.000 en 1997).

En la tabla 27 se puede apreciar que en la CAPV los varones tienen mayor riesgo de morir por cardiopatía isquémica que las mujeres. Entre los varones, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ajustada por edad fue en 1998 de 85,6 x 100.000 varones; esta tasa ha disminuido durante las últimas dos décadas un promedio de 1,26 puntos por año. Entre las mujeres vascas la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica

ca, es menor que entre los varones (32,2 x 100.000 mujeres), pero ha experimentado un menor descenso durante las últimas dos décadas (0,44 fallecimientos cada año).

Tabla 27. Tasas* de mortalidad por cardiopatía isquémica distribuida por Territorio Histórico y sexo. CAPV, 1995-1998

Cardiopatía isquémica		
Territorio Histórico	Varones	Mujeres
Álava	83,6	33,8
Bizkaia	89,2	37,0
Gipuzkoa	93,8	38,8
CAPV	89,9	37,2

* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Las mayores diferencias sociales en la mortalidad por cardiopatía isquémica se aprecian en las mujeres menores de 65 años.

Respecto a la incidencia de la cardiopatía isquémica, los únicos datos disponibles son los pertenecientes al estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) que recoge los casos nuevos de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) ocurridos en personas con edades comprendidas entre los 25 y 74 años, en las áreas sanitarias de Álava y Gipuzkoa, y en las comarcas de Bilbao e Interior de Bizkaia.

Durante el año 1998, del total de casos de IAM registrados (1.357), el 82% ocurrieron en varones y el 18% en mujeres. Esta distribución de frecuencias puede deberse, en parte, a que los infartos en las mujeres se producen más tarde que en los varones: la mediana de edad en estos últimos fue de 63 años, y en las mujeres de 68 años.

La tasa anual de ataque (tasa de incidencia acumulada o de episodios de IAM) fue de 127 casos x 100.000 habitantes, y la tasa de incidencia de casos nuevos fue de 103 x 100.000 habitantes.

La CAPV se encuentra entre las zonas de menor incidencia de IAM tanto en varones como en mujeres.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cardiopatía isquémica en varones (25-74 años)	Disminuirla un 15%	83,1	70,6	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres (25-74 años)	Disminuirla un 15%	17,2	14,7	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las estrategias de prevención primaria deben ir dirigidas al control de los factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, y la diabetes mellitus, y al fomento de los estilos de vida saludables (ver capítulo “Estilos de vida”).
2. Los profesionales sanitarios deben aconsejar de manera sistemática sobre los estilos de vida saludable.
3. Deben establecerse estrategias dirigidas a subpoblaciones de alto riesgo, como las personas con antecedentes de angina de pecho, infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, aquellos con riesgo cardiovascular alto (superior al 20%), o familiares de primer grado con enfermedades del aparato circulatorio.
4. Además de las medidas de prevención frente al tabaquismo (ver capítulo “Estilos de vida”), se debe apoyar la deshabituación tabáquica, sobre todo en atención primaria, utilizando los medios que hayan demostrado ser efectivos.
5. Se deben potenciar las intervenciones que han demostrado ser efectivas en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica: control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias, mediante hábitos de vida saludables y un tratamiento farmacológico adecuado.
6. La revascularización precoz, tanto farmacológica como mecánica mejora el pronóstico de las personas infarto agudo de miocardio (IAM), por lo que debe estar disponible para los pacientes de la CAPV que lo precisen.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Es necesario educar a la población en general en la identificación rápida de los episodios de cardiopatía isquémica. Cuanto más precoz sea el contacto con el sistema sanitario y la instauración del tratamiento adecuado, mejor es el pronóstico vital y funcional del paciente con una isquemia coronaria aguda.
8. La formación en reanimación cardio-pulmonar básica de los profesionales sanitarios, cuerpos dedicados a la protección ciudadana e incluso, en el futuro, familiares de la población afectada, puede evitar alguna de las muertes que se producen fuera de los centros sanitarios.
9. La red de transporte sanitario urgente debe adaptarse a la necesidades que existan en esta área, dado que de ello depende el logro de muchos de los objetivos anteriormente citados.

Actuaciones intersectoriales

10. Es importante resaltar la necesidad de reforzar las actuaciones dirigidas a la reducción del tabaquismo mediante la aplicación de la normativa sobre publicidad, venta y consumo de tabaco, la educación en el medio escolar y la potenciación de los ‘Espacios Sin Tabaco’.
11. Debe generalizarse la formación en reanimación cardio-pulmonar básica y en el uso de desfibriladores cardíacos semi-automáticos entre el personal de las ambulancias destinadas al transporte sanitario, y en algunos colectivos de los cuerpos dedicados a la protección ciudadana.

Otras actuaciones

12. Se debe promover el desarrollo y la implantación de guías de práctica clínica, sobre todo con relación a las intervenciones de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

3.3. Diabetes mellitus

Situación actual

Las características clínicas y epidemiológicas de la diabetes mellitus siguen provocando que esta enfermedad sea un problema de salud creciente y prioritario. Su prevalencia, que aumenta en relación al envejecimiento de la población, conlleva que su repercusión sanitaria siga siendo muy importante y que sea un objetivo fundamental el conseguir que las expectativas de calidad de vida de las personas diabéticas no sean diferentes de las que no padecen esta enfermedad.

Los estudios epidemiológicos realizados tanto en la CAPV, como en el resto de países de nuestro entorno fijan su prevalencia en porcentajes de entre el 3% y el 5% de la población, teniendo como principales factores de riesgo la edad, la obesidad y los antecedentes familiares.

En la ESCAV-97 destaca que un 2,3% de la población refiere esta enfermedad como un problema crónico de salud (tabla 28).

Tabla 28. Prevalencia de diabetes mellitus (%). CAPV, 1997

	<17	18-44	45-64	>65	Total
Varones	0,1	0,3	3,7	10	2,3
Mujeres	—	0,3	3	8,6	2,3

Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Por otro lado, un estudio prospectivo realizado en Bizkaia (1985-1995) en población mayor de 30 años estimó una densidad de incidencia de diabetes mellitus tipo II de 8 casos x 1.000 personas/año.

En 1998 murieron en la CAPV a causa de la diabetes mellitus 436 personas (tasa de mortalidad 15,1 y 12,3 x 100.000 varones y mujeres respectivamente). Pero es seguro que la diabetes mellitus es un diagnóstico secundario en otros muchos fallecimientos, dado su carácter de factor de riesgo vascular.

En su distribución poblacional no parece haber desigualdades sociales salvo las relacionadas con la obesidad, más frecuente en clases sociales bajas.

La morbilidad asociada a la diabetes mellitus, según estudio realizado por el Consejo Asesor de Diabetes de Euskadi en 1997, está detallada en la tabla 29.

Tabla 29. Prevalencia, incidencia y descripción de problemas asociados a diabetes mellitus

	Número de casos (%)
PREVALENCIA	64.718 (100)
Diabetes mellitus Tipo 2	58.834 (90,9)
Diabetes mellitus Tipo 1	5.884 (9,1)
INCIDENCIA ANUAL	
Diabetes mellitus Tipo 1	93 (4,5 x 100.000 h.)
RETINOPATÍA	25.889 (40)
Retinopatía proliferativa	6.470 (10)
NEFROPATÍA	
Micro-albuminuria	12.944 (20)
Macro-albuminuria	6.470 (10)
NEUROPATÍA	12.944 (20)
PIE DIABÉTICO	5.823 (9)
AMPUTACIÓN PIE	1.293 (2)
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	5.823 (9)
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR AGUDO.	4.529 (7)

Fuente: Consejo Asesor de Diabetes.

Todo lo anterior recalca la importancia que la diabetes mellitus tiene como un problema de salud, principalmente por su alta prevalencia y su influencia como factor de riesgo cardiovascular.

La información disponible sobre la insuficiencia renal asociada a diabetes mellitus es escasa y sesgada. La evolución de los casos asociados a diabetes mellitus incluidos en el Registro de pacientes en insuficiencia renal crónica y tratamiento sustitutivo de Euskadi, figura en la tabla 30.

Tabla 30. Incidencia de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Casos totales y casos asociados a diabetes mellitus. CAPV, 1991-1998

	91	92	93	94	95	96	97	98
Total pacientes	128	125	152	159	145	175	200	216
Asociada a diabetes mellitus	17 (13%)	9 (7%)	13 (9%)	19 (12%)	17 (12%)	24 (14%)	34 (17%)	31 (14%)

Fuente: Registro de pacientes en insuficiencia renal crónica y tratamiento sustitutivo de Euskadi.

Con relación a la ceguera, la única información estructurada disponible es la suministrada por la ONCE con relación a sus nuevos asociados con ceguera asociada a diabetes mellitus (tabla 31).

Tabla 31. Número de nuevos afiliados en la ONCE con ceguera asociada a diabetes mellitus. CAPV, 1991-1999

AÑO	Nº de casos
1991	34
1992	37
1993	34
1994	24
1995	38
1996	43
1997	39
1998	32
1999	31

Fuente: ONCE.

La información sobre el número de amputaciones, que es una de las complicaciones habituales de la diabetes mellitus está detallada en la tabla 32.

Tabla 32. Número de amputaciones en pacientes con diabetes mellitus según GRD. Hospitales de agudos de Osakidetza / Svs. CAPV, 1996-1999

GRD*	1996	1997	1998	1999
Amputación dedo pie	132	139	149	151
Amputación a través de pie	27	38	29	35
Otra amputación por debajo de la rodilla	15	16	33	27
Total	174	193	211	213

* Grupo Relacionado por el Diagnóstico.

Fuente: Osakidetza / Svs.

Por otro lado, los estudios realizados en el ámbito asistencial con relación a la calidad de los procesos asistenciales indican la existencia de aspectos mejorables en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones establecidas.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Incidencia de ceguera asociada a diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		
Incidencia de insuficiencia renal asociada a diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		
Amputaciones secundarias a la diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		

* No se dispone de información precisa.

Se mantienen los objetivos de la declaración de Saint Vincent, que son los más ampliamente aceptados a nivel europeo ('Salud para todos en el siglo XXI'), a pesar de las dificultades actuales con relación a los sistemas de información necesarios para su evaluación.

Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención en el área de la diabetes deben ir dirigidas a la promoción de estilos de vida saludable y a la atención integral de las personas diabéticas.

Actuaciones a nivel individual

1. Deben fomentarse, como en otras patologías, los estilos de vida saludable.
2. Se deben establecer las actuaciones a nivel individual para el diagnóstico precoz tanto de diabetes mellitus como de presencia de tolerancia anormal a la glucosa, en los siguientes grupos de riesgo:
 - Embarazadas.
 - En la población en general: cada 3 años a personas mayores de 45 años (detección oportunista), y en los menores de esta edad a aquellos que presenten factores de riesgo para la diabetes mellitus.
3. Se deben diagnosticar de forma precoz las complicaciones de la diabetes mellitus, y de manera prioritaria:
 - la insuficiencia renal, mediante la detección de microalbuminuria.
 - la ceguera, mediante la exploración del fondo de ojo.
 - la amputación, mediante el control de pulsos periféricos y la sensibilidad.
4. Diferentes estudios avalan la necesidad de conseguir niveles de glucemia lo más cercanos posible a la normalidad. Para ello debe realizarse un control estricto de la glucemia, fomentando el auto-control del paciente.
5. La educación diabetológica debe ser fomentada, debiendo incluir unos contenidos mínimos imprescindibles como son la información sobre el auto-control, las complicaciones agudas, la dieta, la higiene general y el cuidado de pies.
6. La atención al paciente diabético requiere la continuidad de su atención así como la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
7. Se debe controlar de manera estricta en estos pacientes el resto de factores de riesgo vascular.
8. Se debe fomentar la formación continuada sobre diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria.

Actuaciones a nivel comunitario

9. Deben promocionarse los hábitos de vida saludables, sobre todo los referidos a la obesidad y el ejercicio físico.

Actuaciones intersectoriales

10. El ámbito intersectorial resulta básico a la hora de promocionar los estilos de vida saludable.
11. Debe facilitarse la integración socio-laboral de las personas diabéticas, aumentando su autonomía y autoestima, así como disminuyendo las barreras que la diabetes produce a nivel escolar, laboral y social.
12. Asimismo, debe mantenerse la colaboración con las asociaciones de diabéticos.

Otras actuaciones

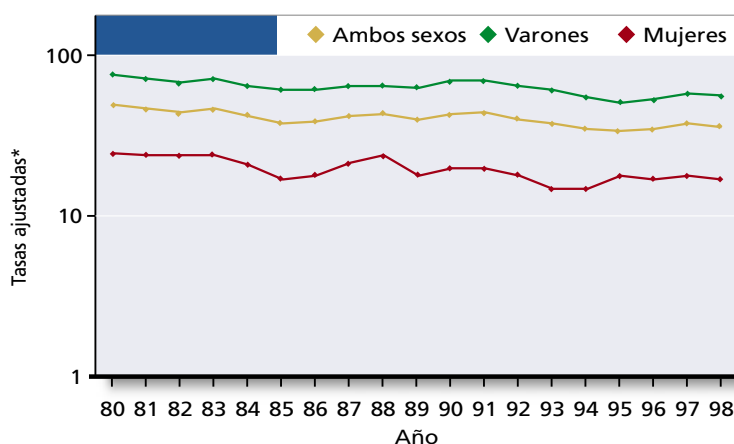
13. Se debe trabajar en el desarrollo de los sistemas de información necesarios que permitan realizar un seguimiento de las complicaciones graves, así como evaluar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes diabéticos.

3.4. Lesiones accidentales

Situación actual

Las causas externas¹ son en la actualidad la cuarta causa de mortalidad en la población de la CAPV. Durante el año 1998, la tasa bruta de mortalidad por causas externas de varones y mujeres fue de 64 y 22 x 100.000 defunciones respectivamente. La tasa ajustada por edad fue también superior en varones (56,8 x 100.000 varones) que en mujeres (16,8 x 100.000 mujeres), y para ambos sexos fue de 36. En los últimos 20 años la tasa de mortalidad por causas externas ha disminuido significativamente (0,6 puntos por año), observándose además que el descenso ha sido más acentuado en los varones (0,9) que en las mujeres (0,4) (figura 29).

Figura 29. Evolución temporal de las tasas de mortalidad por causas externas, según el sexo. CAPV, 1980-1998



* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Las causas externas son más frecuentes en las personas jóvenes, siendo además la primera causa de mortalidad en ambos sexos desde el año de vida hasta los 19 años de edad, y en varones también entre los 30 y 44 años.

Respecto a su asociación con condiciones sociales, existe un gradiente muy evidente en los varones menores de 65 años con un exceso de mortalidad de hasta el 55% en las clases más desfavorecidas.

¹ Incluye los acontecimientos, circunstancias y condiciones ambientales como causa de lesiones, envenenamientos y otros efectos adversos. Ej: accidentes, caídas, suicidios y homicidios.

3.4.1. Accidentes de tráfico

Situación actual

Dentro de las lesiones accidentales las de mayor interés son las producidas por los vehículos de motor, que en la CAPV en 1998 fueron la causa de 13,3 fallecimientos x 100.000 habitantes (19,9 x 100.000 varones y 6,9 x 100.000 mujeres).

La evolución temporal de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en la CAPV (según el Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad¹) no ha experimentado cambios significativos en los últimos 20 años. Si bien, las tasas más elevadas se observaron a finales de los años 80 y principios de los 90, y a partir de ese momento comenzaron a bajar hasta 1997, en que se vuelve a apreciar un ligero aumento. Actualmente, esta tasa es inferior a la de España, Francia y Estados Unidos, y superior a la del Reino Unido, Suecia y Alemania.

Los accidentes de tráfico son responsables también de una parte significativa de la mortalidad prematura. En el conjunto de la población de la CAPV los accidentes de tráfico fueron la segunda causa de mortalidad prematura durante el periodo 1995-98, con una tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) para ese periodo de 4,0 x 1.000 habitantes. Entre los varones los accidentes de tráfico han supuesto la segunda causa de APVP, después del SIDA: por cada mil varones menores de 70 años se perdieron 6,1 APVP. En las mujeres son la tercera causa de mortalidad prematura, después del cáncer de mama y el SIDA, y originan 1,9 APVP x 1.000 mujeres.

La Unión Europea incluye como víctimas mortales por accidente de tráfico aquellas que fallecen en un plazo de 30 días a partir de la fecha del accidente. Los datos estimativos acordes con esta definición en la CAPV², revelan que en 1999 esta tasa era de 12,3 x 100.000 habitantes, presentando una de las tasas más altas de la Unión Europea, por encima de las del Reino Unido, Suecia, Finlandia y Alemania, y por debajo de Grecia y Portugal.

No se observan diferencias sociales apreciables en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de tráfico	Disminuirla un 20%	12,9	10,3	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

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

¹ Tiene en cuenta todos los casos de muerte por accidente en residentes de la CAPV, ocurridos dentro o fuera de la Comunidad, en cualquier momento tras el accidente.

² Datos del Departamento de Interior del Gobierno Vasco

Estrategias de intervención

Actuaciones individuales

1. La red de transporte sanitario urgente debe ser en cada momento la adecuada para prestar la atención que precisen los lesionados en accidentes de tráfico.

Actuaciones comunitarias

2. Deben promoverse campañas de sensibilización e información sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol asociado a la conducción de vehículos y los efectos beneficiosos de la abstinencia, dirigidos sobre todo a la población adulta joven.
3. Deben desarrollarse campañas de información y sensibilización sobre la utilización del cinturón de seguridad y sistemas de retención para niños.

Actuaciones intersectoriales

4. El Plan de Seguridad Vial y la Comisión Interinstitucional al efecto constituyen el marco para la coordinación de las medidas de intervención multisectoriales.
5. Se debe concienciar a los profesionales de la carretera sobre el peligro de la conducción bajo los efectos del cansancio, y de la importancia que tiene para evitarlo la autogestión del tiempo de conducción.

Otras actuaciones

6. Incorporación de los resultados de los reconocimientos médicos de conductores a los sistemas de información disponibles en atención primaria.

3.4.2. Accidentes de trabajo

Situación actual

En los últimos diez años los accidentes derivados del trabajo han experimentado una disminución hasta 1997, y a partir de este año han comenzado de nuevo a aumentar. Así, según OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, el índice de incidencia, que relaciona el número de accidentes laborales con las personas expuestas al riesgo del trabajo, ha sido en el año 1999 de 75,23 x 1.000 personas activas. Entre Territorios Históricos existían pequeñas diferencias, siendo Gipuzkoa y Álava los territorios con menores índices (74,0) y Bizkaia con el mayor (76,4).

El índice de frecuencia, que relaciona el número de accidentes con el número de horas de exposición, ha experimentado la misma evolución: descendente hasta 1997 y de nuevo ascendente a partir de este año, situándose en 1999 en 44 x millón de horas trabajadas. La distribución por Territorios Históricos es similar a la del índice de incidencia: Gipuzkoa y Álava 43, y Bizkaia 45.

Entre las comunidades autónomas también existen diferencias en estos indicadores. Así, el índice de frecuencia de la CAPV es parecido al de Cataluña y se encuentra por debajo del de Baleares, Asturias, Comunidad Valenciana, Murcia y Navarra. El índice de frecuencia de accidentes mortales en la CAPV es de 8,1 x millón de horas trabajadas, y se encuentra por encima de la media estatal, y por debajo del de La Rioja, Asturias, Cantabria y Galicia.

El índice de gravedad de los accidentes laborales (días de trabajo perdidos/ horas trabajadas) de la CAPV fue en el año 1999 de 1,2 días perdidos por mil horas trabajadas. Esta cifra es superior a la media del total de las Comunidades Autónomas, pero se encuentra por debajo de la registrada en Murcia, Asturias y Comunidad Valenciana. La tasa de mortalidad por accidentes de trabajo en el trienio 1995-97 fue de 14 x 100.000 trabajadores y trabajadoras.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de trabajo	Disminuirla un 40%	14	8,4	OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

* Tasa x 100.000 trabajadores/as. Media trienal 1995-97.

Estrategias de intervención

En el medio laboral existe una armonización comunitaria de las legislaciones nacionales sobre prevención de riesgos laborales, de reciente transposición en nuestro ámbito y que aún no ha desplegado todos sus efectos. La metodología se basa en la identificación de todos los potenciales riesgos laborales para la salud, la evaluación del posible daño de los no eliminables y la adopción de un plan de medidas de minimización del impacto de los mismos en la salud de los trabajadores, junto a evaluaciones o auditorías periódicas. Las dificultades existentes actualmente en la CAPV para la plena efectividad de esta normativa son la escasa experiencia en la metodología a aplicar, la atomización empresarial, y la escasez de estímulos positivos o incentivos suficientes para acelerar su implantación. No obstante, resulta razonable esperar una mejoría inicial notable si se actúa con decisión y se ponen los medios adecuados.

Actuaciones comunitarias

- 1 Monitorizar el desarrollo e implantación de los servicios de prevención, incluyendo la difusión de información sobre su existencia y condiciones de utilización, para asegurar que todos los trabajadores y las trabajadoras dispongan de acceso fácil a los mismos.
- 2 Impulsar desde el Consejo General de OSALAN, campañas de sensibilización sobre las consecuencias de los accidentes de trabajo, tanto desde el punto de vista sanitario como de los costes vinculados a los mismos.

Actuaciones intersectoriales

- 3 El Plan de Lucha contra la Siniestralidad Laboral de OSALAN, de carácter esencialmente preventivo, es el marco adecuado para coordinar el conjunto de medidas intersectoriales.

Otras actuaciones

4. Se debe integrar la información de las Unidades Básicas Sanitarias de los Servicios de Prevención con la información de los servicios de atención primaria y hospitalaria.
5. Es necesario impulsar estudios sobre los factores de carácter médico que puedan tener una incidencia significativa en la producción de accidentes de trabajo en la CAPV.

3.4.3. Accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte

Situación actual

Los sistemas de información actuales no permiten conocer la magnitud real del problema en cuanto a mortalidad. La tasa estandarizada por edad de fallecimientos por caídas accidentales en el conjunto de la población de la CAPV no ha variado de manera significativa a lo largo de las dos últimas décadas: en 1998 esta tasa fue de 3,8 x 100.000 habitantes. Entre los varones la evolución temporal de los fallecimientos no ha mostrado variaciones significativas, siendo la tasa estandarizada por edad en el año 1998 de 6,5 defunciones x 100.000 varones. Sin embargo, entre las mujeres se ha observado un descenso significativo anual de esta tasa de 0,2 puntos, en 1998 fue de 1,7 fallecimientos x 100.000 mujeres.

Según la ESCAV-97 el 5% de la población refirió haber sufrido un accidente en el hogar y en los sitios de ocio y recreo.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte	Disminuirla un 20%	5%	4%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997. Porcentaje del total de la población.

Estrategias de intervención

Actuaciones comunitarias

- 1 Se deben promocionar las campañas periódicas de sensibilización y difusión regular de información, orientadas a elevar el nivel de conocimientos y de atención de la población sobre las lesiones accidentales y sus efectos.
- 2 Deben fomentarse las acciones de educación sanitaria orientadas al establecimiento en la población de una cultura y hábitos preventivos ante los riesgos accidentales en cualquier ámbito.

Actuaciones intersectoriales

3. Se debe analizar la efectividad de las acciones intersectoriales para reducir este tipo de siniestralidad.
- 4 Se deben promocionar los estudios sobre factores clave para la prevención de este tipo de accidentes en la CAPV, y su relación con comportamientos saludables que tengan especialmente en cuenta los factores culturales.
- 5 Se debe fomentar la seguridad en el entorno físico escolar, así como en el desarrollo de las actividades al aire libre.

Otras actuaciones

6. Con el fin de mejorar el conocimiento de este problema debe realizarse un esfuerzo en la mejora de la codificación de los episodios atendidos en la urgencias de los hospitales.
7. Es importante la creación de un sistema de información y/o registro de estos accidentes que permita el estudio de su epidemiología y que esté homologado con el sistema comunitario de recogida de datos.

3.5. Salud mental

Situación actual

Los datos del ámbito europeo indican que la proporción de población que padece problemas psiquiátricos graves oscila entre el 1% y el 6%, aunque en la mayoría de los países este porcentaje se encuentra entre el 1% y el 3%. En la ESCAV-97 un 3,9% de la población afirmó tener “problemas de nervios” de carácter crónico.

De acuerdo con los cálculos del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, los tres principales desórdenes psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia) constituyeron el 9,5% de la incidencia total de enfermedad y discapacidad en los países europeos en 1990.

En cuanto a la utilización de servicios en la CAPV, en 1999 fueron atendidos por los servicios de psiquiatría, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios, de la red de Osakidetza / Svs un total de 63.804 pacientes diferentes (3,1% de la población vasca).

3.5.1. Salud mental infanto-juvenil

Situación actual

En la red asistencial de salud mental extrahospitalaria de Osakidetza / Svs se atendieron en 1999 un total de 2.199 casos nuevos (incidencia anual: 0,6%, para la población de 0 a 19 años de edad) y 5.286 pacientes diferentes (prevalencia anual: 1,45%, para la población de 0 a 19 años de edad).

Los diagnósticos más frecuentes en los equipos infanto-juveniles han sido los trastornos disociales, los trastornos de las emociones y el comportamiento, y la reacción al estrés.

Estrategias de intervención

Las intervenciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil deben ir dirigidas a la mejora de la atención temprana y al desarrollo de recursos hospitalarios adecuados en los hospitales generales y estructuras intermedias (alternativas a la hospitalización). Al mismo tiempo, el fortalecimiento de la relación con los servicios educativos y sociales, con una mejor definición de los espacios y funciones, puede mejorar el nivel de calidad asistencial ofertado y, en consecuencia, los resultados de la intervención.

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben crear en los hospitales generales las unidades de hospitalización infanto-juvenil necesarias para la adecuada atención de estos pacientes.
2. Debe desarrollarse un programa de intervención precoz con familias de riesgo que permita un trabajo de tipo psico-educativo y que facilite la identificación de signos de alarma.
3. Es necesaria la coordinación de los servicios de atención primaria, pediatría y psiquiatría, para la intervención temprana en las familias de riesgo.

4. Se debe facilitar la accesibilidad y adhesión al tratamiento de las familias, dado que el trabajo conjunto con el niños y sus familiares resulta fundamental en este tipo de problemas.

Actuaciones intersectoriales

5. Deben desarrollarse estructuras intermedias (centros de día y/o talleres educativos y otras alternativas a la hospitalización tradicional) junto con los Servicios Sociales y el Departamento de Educación
6. Deben establecerse planes coordinados de educación familiar y escolar entre los diferentes sectores implicados, incluidas las estructuras de orientación pedagógica.
7. Deben establecerse y reforzarse las actuaciones conjuntas con el sistema judicial de los servicios sanitarios y sociales, sobre todo en lo relacionado con el maltrato infantil.

Otras actuaciones

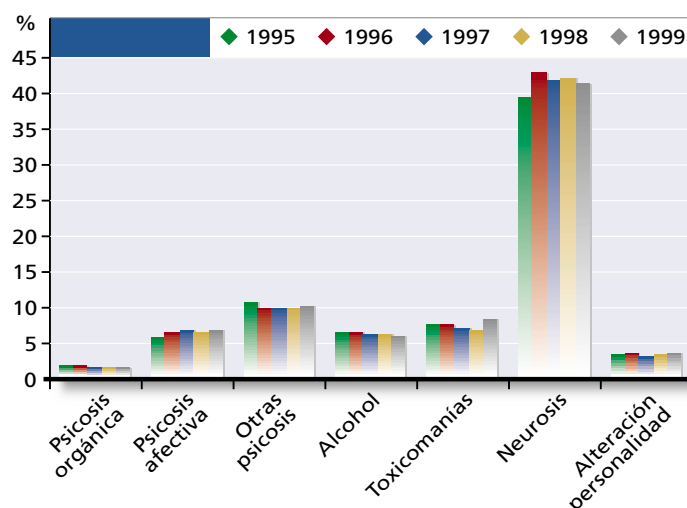
8. Los profesionales sanitarios implicados deben recibir formación para la detección precoz de los problemas que afectan a la salud mental infanto-juvenil.

3.5.2. Adultos y salud mental

El estudio de prevalencia de patología mental realizado en Estados Unidos en la población comprendida entre 18 y 54 años de edad (Epidemiological Catchment Area Study, 1994), estableció unas cifras de 1,3% para la esquizofrenia, 7,1% para los trastornos del humor y 13,1% para los trastornos de ansiedad.

En la red de asistencia psiquiátrica extra-hospitalaria para adultos de Osakidetza / Svs, el 20% de los pacientes están diagnosticados de “esquizofrenia y otras psicosis”, y un 40% se incluyen en el grupo diagnóstico ‘neurosis’ que engloba los diferentes trastornos de ansiedad, trastornos depresivos no psicóticos y trastornos de la conducta alimentaria. Este último apartado (trastornos de la conducta alimentaria), debido a su gran repercusión social pese a suponer únicamente el 3% de la población atendida, generó en 1998 la necesidad de establecimiento de programas específicos en los tres Territorios Históricos que han dado asistencia al 66% de los casos admitidos a tratamiento en la red especializada por este tipo de trastornos. En cuanto a las líneas de intervención futuras para estas patologías parece clara la necesidad de incidir, al igual que en el resto, en la importancia de la detección precoz a nivel de atención primaria y en el mantenimiento de la línea iniciada en 1998, avalada por los resultados obtenidos y la bibliografía existente, con la creación de equipos multidisciplinares. Por último, aproximadamente un 15% de la patología atendida está relacionada con el alcohol y otras toxicomanías. En los últimos 5 años se ha constatado una considerable estabilidad de la prevalencia de las diferentes patologías atendidas (figura 30).

Figura 30. Distribución porcentual anual de los grupos diagnósticos de patología mental atendida en la red de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Osakidetza / Svs. CAPV, 1995-1999



Fuente: Osakidetza / Svs.

3.5.2.1. Esquizofrenia y otras psicosis

Situación actual

Durante el año 1999 fueron atendidos en la red de Salud Mental de Osakidetza / Svs un total de 11.459 pacientes psicóticos.

La actuación terapéutica sobre la esquizofrenia y los cuadros psicóticos en general pretende la reinserción del individuo a su medio habitual. Algunos problemas que influyen de forma determinante a la hora de obtener un máximo beneficio terapéutico son el deficiente cumplimiento de la terapia farmacológica o la necesidad de contar con estructuras asistenciales intermedias suficientes, diferenciadas de los servicios hospitalarios y los centros de salud mental, así como el insuficiente desarrollo de los servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se debe incrementar la disponibilidad de la asistencia psiquiátrica especializada para intensificar el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales severos.
2. Deben desarrollarse programas de tratamiento intensivo y específicos para aquellos pacientes con procesos más graves.
3. Se deben potenciar los programas psico-educativos para pacientes y familiares.
4. Dada la mayor prevalencia de enfermedades físicas asociadas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas oculares y enfermedades de transmisión sexual) a la esquizofrenia, la atención primaria debe adoptar las medidas precisas para su diagnóstico precoz y adecuado control.

5. Debe promocionarse el uso adecuado de las estructuras intermedias (centros de día y/o talleres, y otras alternativas a la hospitalización tradicional) existentes, potenciando su implantación donde sean necesarias.
6. Deben desarrollarse programas de rehabilitación psico-social para los pacientes.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Se requiere el desarrollo de una línea informativa dirigida a la población sobre las diferentes fases y formas de la enfermedad, y cómo detectarlas.
8. La identificación de familias de riesgo constituye un aspecto importante a la hora de la detección y tratamiento precoz de estos problemas, para lo que deben establecerse los mecanismos adecuados que permitan compartir la información existente sobre este aspecto en diferentes organismos públicos.
9. Deben realizarse campañas de promoción sobre el uso adecuado de la medicación anti-psicótica, al igual que de los fármacos utilizados para el tratamiento de otras patologías mentales, entre los médicos no especialistas en psiquiatría.

Actuaciones intersectoriales

10. Desarrollo de programas educativos junto con asociaciones y profesionales sanitarios para la reducción del estigma social de la enfermedad.
11. Debe potenciarse la colaboración de los diferentes Departamentos, ayuntamientos e instituciones con las asociaciones de afectados y familiares, para el desarrollo de actividades de auto-ayuda.
12. Los derechos de los enfermos mentales deben estar garantizados y ser difundidos a todos los colectivos sociales.
13. Se debe potenciar el ámbito socio-sanitario en lo relacionado con estos trastornos, puesto que son el escenario idóneo para llevar a cabo una real integración de todos los servicios implicados en su tratamiento.
14. El apoyo a la reinserción laboral de estos pacientes les permite mantenerse más cerca de su medio.
15. Se debe impulsar la creación de mini-residencias para aquellos enfermos que son candidatos a una alternativa a la hospitalización.
16. Se debe potenciar el trabajo conjunto de los servicios de psiquiatría con el sistema judicial para facilitar la continuidad del tratamiento, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, lo que evitaría la judicialización del ingreso.

Otras actuaciones

17. Es necesario reforzar los actuales sistemas de información para que permitan conocer de manera precisa el número y situación de los pacientes psiquiátricos crónicos y severos, especialmente aquellos que padecen esquizofrenia y psicosis graves.

3.5.2.2. Trastornos depresivos no psicóticos y trastornos de ansiedad

El peso de estas patologías tanto en la atención primaria como en la asistencia psiquiátrica extra-hospitalaria de la red de Osakidetza / Svs (40% de los pacientes atendidos) y el alto riesgo de recaídas que presentan (hasta el 70% al cabo de dos años según la última guía de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre los trastornos de ansiedad) hacen que resulte fundamental plantear estrategias dirigidas a la aplicación de planes terapéuticos limitados en el tiempo que eviten cronificaciones innecesarias.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Deben potenciarse las campañas formativas sobre la detección precoz de los signos de alarma que puedan darse en las familias de riesgo de estas patologías.
2. La coordinación de los servicios de psiquiatría con la atención primaria resulta básica para la detección y orientación de personas en situación de riesgo, por lo que debe sistematizarse esta cooperación mediante protocolos conjuntos de actuación.
3. Además, también debe establecerse un programa de coordinación con la atención primaria para la detección específica de los pacientes con riesgo suicida y de las formas de actuación en este supuesto.
4. Los planes terapéuticos, siempre basados en la mejor evidencia científica disponible, deberán contemplar la retirada farmacológica y deberán buscar el evitar las recurrencias.

Actuaciones a nivel comunitario

5. La población en general debe ser informada sobre las diferentes fases de estas enfermedades, cómo detectarlas y cómo discernir lo normal o adaptativo de lo patológico, y sobre la buena respuesta de muchos de estos casos a un adecuado tratamiento.
6. Además, deben desarrollarse programas de intervención destinados a la población en general, para la mejora de habilidades y técnicas de afrontamiento del estrés.

Actuaciones intersectoriales

7. Ante la detección de personas en situaciones de riesgo deben establecerse actuaciones preventivas tanto en el medio laboral como en el escolar.

3.5.2.3. Alcohol

Los problemas generados por el abuso del alcohol tienen en la actualidad una prevalencia estimada del 5% de la población de la CAPV, según los datos de las personas atendidas en la red de salud mental de Osakidetza / Svs (a nivel extrahospitalario 15% de las consultas, a nivel hospitalario del 12% de los ingresos). Por otra parte, parece clara la existencia de trastornos de personalidad en la base de las conductas adictivas y la modificación de las pautas de consumo entre los jóvenes.

La ESCAV 97 detectó bebedores excesivos en el 6,3 % de los varones y el 1,2 % de las mujeres. Estos porcentajes son mayores en las clases sociales más desfavorecidas.

Estrategias de intervención

Las estrategias en el ámbito del alcohol deben dirigirse a retrasar la edad de inicio en el consumo, favorecer el consumo razonable, la detección precoz y tratamiento de los rasgos comórbidos, y la reducción de los episodios de abstinencia aguda en casos de hospitalización (ver capítulo “Estilos de vida”).

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben impulsar programas específicos de atención a las personas con dependencia alcohólica o con problemas de salud derivada del consumo de alcohol.
2. Hay que asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal suficientemente formado.

3. La patología psiquiátrica asociada, si procede, requiere un estudio y un tratamiento precoces.
4. En el ámbito de la atención primaria se debe detectar y tratar precozmente la patología física asociada.
5. La valoración del hábito alcohólico debe realizarse de manera sistemática en todos los pacientes atendidos tanto en el ámbito de la atención extra como intra-hospitalaria.

Actuaciones a nivel comunitario

6. Para la prevención de estos problemas es necesario fomentar la educación familiar en temas de alcohol.
7. Las asociaciones de auto-ayuda tienen una función importante en la recuperación de estos pacientes, por lo que debe potenciarse el trabajo conjunto de la red de salud mental y estas asociaciones.

Otras actuaciones

8. Se debe analizar la utilidad de incluir los casos complejos y socialmente deficitarios en el programa de ayudas para toxicómanos del Departamento de Sanidad, de cara a su rehabilitación.

Desigualdades

9. Es necesario impulsar los programas específicos de atención a las personas con dependencia alcohólica o problemática de salud derivada del consumo de alcohol, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
10. Además, se debe complementar la oferta terapéutica a las personas en tratamiento por consumo de alcohol promoviendo el desarrollo de redes sociales que faciliten su incorporación social.

3.5.2.4. Toxicomanías

Situación actual

La disminución del consumo de heroína y la aparición de nuevas sustancias, así como de nuevas formas de consumo, ha provocado una variación considerable en el perfil del paciente toxicómano en la CAPV. Actualmente se diferencian dos grupos de población:

- Politoxicómanos con una historia antigua de consumo de heroína, edad entre 35 y 44 años, deterioro orgánico y una estructura social debilitada.
- Los nuevos consumidores, con una media de edad más joven, sin deterioro orgánico, con una estructura socio-laboral suficiente, y una forma diferente de consumo en cuanto a sustancias y vías de administración.

Estas diferencias exigen, lógicamente, adecuar las estrategias de intervención a las características específicas de cada uno de estos grupos de población. Existe, no obstante, un objetivo común a todos ellos: la reducción del consumo y la facilitación del acercamiento al medio sanitario para el control tanto de la toxicomanía como de las posibles patologías orgánicas asociadas.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La oferta asistencial a pacientes toxicómanos debe diversificarse.
2. Se deben desarrollar estrategias para tratar de forma precoz la patología psiquiátrica asociada al consumo de tóxicos.

3. Para la rehabilitación de estas personas, se debe potenciar el trabajo con sus familias.
4. Deben desarrollarse estrategias para la prevención y tratamiento precoz de complicaciones orgánicas relacionadas con las toxicomanías (tuberculosis, SIDA, etc.).

Actuaciones a nivel comunitario

5. Se deben suministrar servicios socio-sanitarios a nivel de la comunidad, adaptados a las necesidades individuales, tanto de los consumidores como de sus familias.
6. Se deben promocionar los programas de protección de la salud durante el periodo de adicción (por ejemplo, el de intercambio de jeringuillas y aumento de la disponibilidad de preservativos).

Actuaciones intersectoriales

7. Se deben establecer estructuras intermedias que faciliten un trabajo continuado, orientado a la recuperación social y laboral de estas personas, potenciándose para ello el trabajo interinstitucional.

Desigualdades

8. Debe favorecerse la accesibilidad de los colectivos más desfavorecidos a los programas de intercambio de jeringuillas, disponibilidad de preservativos, tratamientos sustitutivos, y otros futuros programas de esta naturaleza que demuestren ser efectivos.

3.5.3. Salud mental y tercera edad

Situación actual

En la CAPV se ha producido en los últimos 5 años un incremento del 25% en la población mayor de 65 años atendida en la red extrahospitalaria de Osakidetza / Svs. Ello es consecuencia del aumento continuado de la esperanza de vida de la población y de la importancia que este colectivo tiene como grupo de riesgo desde el punto de vista de la psico-patología. La enfermedad depresiva constituye la causa principal de ingreso psiquiátrico entre la población anciana, siendo la prevalencia de entre el 10% y 30% según el ámbito estudiado. Por otro lado, ser varón, mayor de 65 años y con otras patologías físicas o psíquicas asociadas son factores de riesgo suicida, lo que hace necesario establecer objetivos y líneas de actuación específicas para este colectivo.

La demencia es un grave problema socio-sanitario de magnitud creciente. Desde el punto de vista estrictamente sanitario, puesto que hasta la fecha no es posible la prevención primaria ni existe ningún tratamiento curativo, las intervenciones deben de ir dirigidas fundamentalmente a garantizar un diagnóstico preciso y precoz, con vistas al tratamiento. En el futuro Plan Socio-Sanitario de Euskadi la problemática de la demencia deberá tener sin duda un lugar protagonista.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se debe insistir en la importancia de la detección precoz de la patología psiquiátrica.
2. Se debe desarrollar un protocolo de detección de la ideación suicida y pautas de actuación en el ámbito de la atención primaria.

3. Se debe incrementar la coordinación de los servicios de neurología y psiquiatría para establecer con la mayor rapidez y precisión el diagnóstico etiológico de las demencias seniles, e iniciar su tratamiento, cuando ello sea posible.

Actuaciones intersectoriales

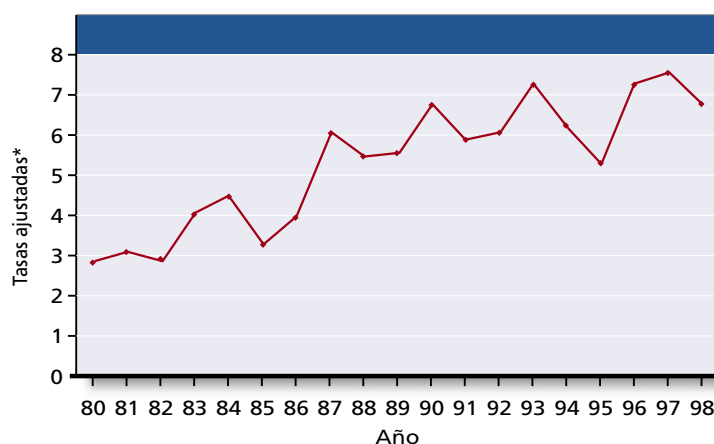
4. Se deben establecer en el ámbito del espacio socio-sanitario, programas de colaboración con los cuidadores, básicamente los familiares, para retrasar la institucionalización de estos pacientes, así como establecer programas de apoyo a los cuidadores que permitan una mejora de su calidad de vida.
5. Se debe dar continuidad a las mesas socio-sanitarias como foros comunes de discusión, hasta que se desarrolle el Plan Socio-Sanitario de Euskadi, actualmente en elaboración.
6. Es necesario analizar la situación de los pacientes ancianos con ingresos muy prolongados en hospitales psiquiátricos, para valorar su posible traslado a residencias para la tercera edad.
7. Se debe impulsar el desarrollo de estructuras intermedias de rehabilitación y alternativas a la hospitalización.
8. Se deben potenciar las ayudas a domicilio para mejorar su calidad de vida y prevenir así el suicidio en este grupo de edad.

3.5.4. Suicidio

Situación actual

Los únicos datos disponibles con relación al suicidio son los que hacen referencia a la tasa de mortalidad por suicidio, sin que se tenga una información válida sobre los intentos de suicidio. La evolución de la tasa de mortalidad por suicidio está representada en la figura 31.

Figura 31. Tasa de mortalidad declarada de suicidio. CAPV, 1980-1998



* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

En el año 1998 la tasa de suicidios en los varones (11,1 x 100.000 varones) ha sido superior a la observada en las mujeres (3,4 x100.000 mujeres). En los últimos veinte años se ha apreciado un aumento paulatino (media anual de 0,25 puntos) en las tasas ajustadas por edad de mortalidad por esta causa: en 1980 era de 2,9 y en 1998 de 7,0 (ambos sexos). El incremento ha sido superior en los varones que en las mujeres.

La comparación de los quintilos extremos de los niveles sociales demuestran diferencias relevantes en los varones menores de 65 años: en las clases más desfavorecidas la tasa de suicidio es superior.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por suicidio	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	7,0**	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

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

**Debido a los problemas inherentes al registro de mortalidad por suicidio, y la necesidad de mejorar los sistemas de información en este sentido, el incumplimiento de este objetivo puede obedecer a la mejora en estos sistemas, y no a la falta de actuación en la prevención del mismo.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben establecer protocolos de actuación en la atención primaria para el despistaje de la patología depresiva, como causa principal de suicidio, especialmente en la tercera edad.
2. Se debe asegurar el seguimiento individual y familiar de todos los casos de intento de suicidio de acuerdo a guías de práctica clínica adecuadas a la CAPV.
3. Se deben impulsar los programas de formación sobre el uso adecuado de medicaciones psiquiátricas en el ámbito de la atención primaria.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Se deben realizar campañas de divulgación que aumenten el conocimiento de la sociedad en general sobre las pautas de actuación en caso de ideación suicida en las personas próximas.
5. Es importante impulsar el establecimiento de un plan de detección precoz de los trastornos de la personalidad y/o del desarrollo emocional en la edad escolar.

Otras actuaciones

6. Se debe valorar la viabilidad de un registro de suicidios centralizado, para la investigación de antecedentes psiquiátricos.

4. Enfermedades transmisibles

Situación actual

En los últimos años el problema de las enfermedades transmisibles ha vuelto a recuperar parte de la importancia que tenía en la era pre-antibiótica. Los acontecimientos relacionados con las enfermedades infecciosas más notables de los últimos años han sido la reaparición de enfermedades que se creían en vías de extinción en los países más desarrollados (como es el caso de la tuberculosis), el aumento de la virulencia de algunos microorganismos (*E. coli* O157, enfermedad invasiva por el estreptococo del grupo B), la aparición de nuevas enfermedades (SIDA, nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob), y el incremento de la resistencia de algunos microorganismos a los antibióticos.

Por otro lado, el avance de los conocimientos científicos en el campo de la biología molecular, el mejor conocimiento de los ecosistemas y la epidemiología, el desarrollo de nuevas vacunas, y la amplia cobertura del programa vacunal infantil, plantean un futuro esperanzador en lo que se refiere a la eliminación o reducción de la gravedad o incidencia de muchas enfermedades.

Las enfermedades infecciosas, excluyendo el SIDA, ocupaban el décimo lugar entre las causas de mortalidad de la CAPV en el año 1998, con 281 defunciones y una tasa estandarizada de casi 10 muertes x 100.000 habitantes. Dentro de este grupo destacaban la septicemia, la tuberculosis y sus efectos tardíos, y la hepatitis. El SIDA provocó 99 defunciones en la CAPV en 1998, con una tasa global de mortalidad de 4,24 x 100.000 habitantes (7,18 en los varones).

4.1. Enfermedades prevenibles por vacunación

Las principales enfermedades que pueden considerarse en la actualidad como prevenibles mediante vacunación son la gripe, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, enfermedad meningocócica por serogrupo C, hepatitis B, *Haemophilus Influenza*, sarampión, rubéola y parotiditis.

En la tabla 33 puede verse el número de casos declarados y la cobertura vacunal alcanzada en cada una de estas enfermedades, en la CAPV.

Tabla 33. Número de casos y coberturas vacunales. CAPV, 1999

	Nº de casos*	Comentario	Cobertura vacunal* (%)
Poliomielitis	0	Último caso en 1985	94
Difteria	0	Último caso anterior a 1981	
Tétanos	2	21 casos en el periodo 90-99	
Tosferina	87	113 casos en el periodo 97-99	93
<i>Haemophilus influenzae</i> (enfermedad invasiva)	-	-	
Meningitis C		175 casos en el periodo 96-99	95
Hepatitis B	32	591 casos en el periodo 90-99	
Sarampión	3	16 casos en el periodo 97-99 (14 < 20 años)	91
Rubéola	7	23 casos en el periodo 97-99 (17 < 20 años)	
Parotiditis	57	182 casos en el periodo 97-99 (144 < 20 años)	
Gripe	170.066		58

* Año 1999.

Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad.

No se ha registrado ningún caso de poliomiélitis en la CAPV entre los años 1985 y 2000. No obstante, aún no se ha conseguido la erradicación de esta enfermedad, que es un objetivo de la Organización Mundial de la Salud y con el que la CAPV está comprometida.

La situación de la difteria es semejante. A pesar de no haberse registrado ningún caso en las últimas décadas, los brotes ocurridos en algunos países del Este de Europa y el aumento de los viajes internacionales hacen necesario mantener la vigilancia y los niveles de vacunación.

En el caso del tétanos no es posible plantearse como objetivo la erradicación de la enfermedad, debido a la amplia difusión del *Clostridium tetani* en el medio natural y a la ausencia de inmunidad de grupo. Sin embargo, de los 21 casos de tétanos declarados en el período 1990-99 ninguno fue menor de 25 años, lo que indica la efectividad del programa de vacunación infantil.

Entre los casos de tosferina del período 1997-99, el 95% eran menores de 15 años; la tasa más alta se observó en los menores de 1 año (59,08 x 100.000 niños menores de 1 año de la CAPV). Aunque no es posible evitar la circulación de la *Bordetella pertussis*, las altas coberturas de vacunación impedirán que se produzcan grandes brotes y las formas más graves de la enfermedad.

La introducción de la vacuna frente al *Haemophilus influenza* tipo b en 1996 ha reducido la incidencia de la enfermedad invasiva por *haemophilus* en menores de 5 años, pasando de 29 casos en 1993 a 2 casos en 1997. De forma similar, el aumento de casos de meningitis por meningococo del serogrupo C en los últimos años hizo necesaria una campaña extraordinaria de vacunación en 1997 y como consecuencia de la misma la incidencia se redujo de 68 casos en 1996 a 6 en 1999. En octubre de 2000 se ha incorporado al calendario vacunal de la CAPV la nueva vacuna conjugada frente al meningococo tipo C. Con respecto a los casos de meningitis por meningococo del serogrupo B del periodo 96-99, el 70% de los enfermos eran menores de 15 años de edad; a pesar del grave pronóstico de esta enfermedad no existe todavía una vacuna eficaz comercializada.

La vacunación de la Hepatitis B, que ya se llevaba a cabo en adolescentes de manera universal desde el curso escolar 1993-94, se introdujo en el calendario vacunal infantil de la CAPV a partir de los 2 meses de edad en enero de 2000. De cualquier forma, de los 591 casos registrados en el periodo 1990-99, ninguno correspondió a menores de 1 año de edad, y 49 casos tenían entre 1 y 19 años.

Con relación al sarampión, la Organización Mundial de la Salud ha iniciado un programa para su erradicación en Europa en los próximos años. Con este objetivo se realizó a partir de 2000 un cambio en el calendario vacunal infantil de la CAPV, con la recomendación de adelantar la administración rutinaria de la segunda dosis de la vacuna triple vírica, que se venía realizando a los 11 años, a los 4 años de edad. Asimismo, se realizó una campaña extraordinaria de vacunación en los centros escolares con la vacuna triple vírica a todos los niños y niñas entre 5 y 11 años de edad, con el fin de cubrir todas las edades.

La gripe es un problema de salud que tiene su mayor impacto en los grupos de población más vulnerables, como ancianos y enfermos crónicos, a los que produce una gran cantidad de complicaciones. Desde hace más de una década en la CAPV se vienen realizando campañas de vacunación en los grupos de riesgo. En 1999 la cobertura alcanzada fue del 58%.

Objetivos

Se han planteado únicamente objetivos de resultado en salud. No se ha incluido ninguno relacionado con la gripe, dado que en esta enfermedad se deben plantear estrategias dirigidas a mejorar la cobertura vacunal.

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Polio autóctona	0 casos	0	0 casos	EDO, Programa PFA. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Difteria	0 casos	0	0 casos	EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Tétanos	0 casos (en menores de 35 años)	0	0 casos (en menores de 35 años)	EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
<i>Haemophilus influenzae</i> (enfermedad invasiva)	0 casos (en menores de 5 años)	1	0 casos (en menores de 5 años)	EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Meningitis C	0 casos (en menores de 15 años)	6	0 casos (en menores de 15 años)	EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Hepatitis B	0 casos (en menores de 1 año)	0	0 casos (en menores de 1 año)	EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Sarampión	0 casos autóctonos	3	0 casos autóctonos	EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Rubéola	0 casos autóctonos	7	0 casos autóctonos	EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Parotiditis	0 casos autóctonos	57	0 casos autóctonos	EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad

* Año 1999.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La mejora de las coberturas vacunales puede conseguirse fomentando la vacunación en el control pediátrico del niño sano.
2. En los adultos debe promoverse la vacunación del tétanos mediante intervenciones en el ámbito de la atención primaria.
3. Se debe promover la vacunación frente a la hepatitis B entre los profesionales sanitarios.
4. Se deben potenciar las estrategias para realizar quimioprofilaxis frente al meningococo del serogrupo B en todos los casos que sean necesarios, puesto que no existe en la actualidad ninguna vacuna.
5. Se debe perseguir la declaración urgente y confirmación serológica del 100 % de los casos de sarampión, así como la investigación de todos los brotes y la vacunación de todos los contactos susceptibles, además de mantener altas tasas de cobertura con la vacuna triple vírica.

Actuaciones a nivel comunitario

6. Con el fin de conseguir los objetivos planteados, será necesario proseguir con las actividades de vigilancia epidemiológica, que se consideran básicas para el control de este tipo de enfermedades.
7. De la misma forma, para mantener los niveles de vacunación por encima del 95% será necesario mejorar la accesibilidad a los centros de vacunación.
8. Para favorecer la adhesión a los programas de vacunación, se deben realizar campañas de información, por ejemplo a través de los medios de comunicación.
9. Se deben incorporar a los programas de vacunación aquellas nuevas vacunas que hayan demostrado su efectividad en nuestro medio.

Actuaciones intersectoriales

10. Se debe fomentar la vacunación en los programas de salud escolar para mejorar las actuales coberturas de los programas de vacunación infantil.

Otras actuaciones

11. Establecimiento de un registro nominal informatizado de vacunados. Las utilidades que se desprenden de un registro de esta naturaleza son numerosas: posibilita el aviso de fechas de vacunación, acceso a toda la historia vacunal, monitorizar la eficacia vacunal, etc.

4.2. Tuberculosis

Se trata de una patología con una incidencia superior en la CAPV que en los países de nuestro entorno. Sin embargo, a nivel del Estado ocupa una posición intermedia con respecto al resto de Comunidades Autónomas. En el período 1997-99 se registraron 2.184 casos, con un promedio de 728 casos por año y una tasa promedio de 34,74 x 100.000 habitantes.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Incidencia de TBC	Reducirla un 70%	34,7*	10,4	EDO, Registro de TBC. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Casos de tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa en menores de 1 año	0	0**	0	EDO, Registro de TBC. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad

* Tasa bruta x 100.000. Media trienal 1997-99.

** Trienio 1997-99.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Deben desarrollarse las actuaciones necesarias para asegurar el cumplimiento del tratamiento antituberculoso en el 90% de los pacientes.
2. Debe facilitarse el tratamiento supervisado de la TBC de las personas que por su condición así lo requieran.
3. Las personas con infecciones de TBC latente deben ser adecuadamente tratadas. Deben alcanzarse coberturas superiores al 70% para aumentar la efectividad de esta intervención.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Se debe lograr la vacunación con BCG del 95% ó más de los recién nacidos, no con el objetivo de reducir la incidencia global de la enfermedad, sino para evitar las formas más graves de tuberculosis en la infancia, como son la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar. El buen funcionamiento del programa de tuberculosis podría modificar los criterios de vacunación en el futuro.

Desigualdades

5. El previsible aumento de la población inmigrante requiere el planteamiento de nuevas estrategias de actuación ligadas a los problemas de salud que presentan estas personas. En el caso de la TBC, será necesario valorar, además de su estado general, su situación respecto a la infección tuberculosa mediante la realización de la prueba de Mantoux.

4.3. Infección nosocomial

En los países desarrollados las infecciones nosocomiales (IN) son uno de los grupos de infecciones más frecuentes, costosos y graves. El estudio EPINE (estudio de prevalencia de la infección nosocomial en España) de 1999 mostró que un 6,7% de los pacientes que ingresan en los hospitales de Osakidetza / Svs adquieren al menos una infección nosocomial durante su estancia, registrándose un total de 7,4 infecciones por cada 100 pacientes ingresados. Estas cifras son muy similares a las registradas en otros servicios de salud

que participaron en el estudio. Los estudios de incidencia de IN de los procesos quirúrgicos revelan, sin embargo, que las cifras registradas en nuestros centros son superiores a las publicadas por el NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) de los Estados Unidos.

En el año 1990 la prevalencia de IN en los hospitales de Osakidetza / Svs era del 10,4% de los pacientes ingresados. No obstante, se constató entonces que aquellos centros cuyos planes de vigilancia, prevención y control estaban más desarrollados, tenían una menor de la incidencia de IN quirúrgica. Estos resultados coincidían con los obtenidos en otros trabajos internacionales, en los que las tasas de IN guardan una relación inversamente proporcional al grado de desarrollo de este tipo de planes.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Proporción de pacientes que adquieren una infección nosocomial durante su ingreso	Deberá mantenerse por debajo del 6,5%**	6,7	Deberá mantenerse por debajo del 6,5%**	INOZ. Osakidetza / Svs

* Año 1999.

** El desarrollo de las alternativas a la hospitalización y la disminución de las estancias medias hacen prever que los pacientes hospitalarios sean por término medio más complejos, lo que incluye una mayor probabilidad de adquisición de una infección nosocomial.

Estrategias de intervención

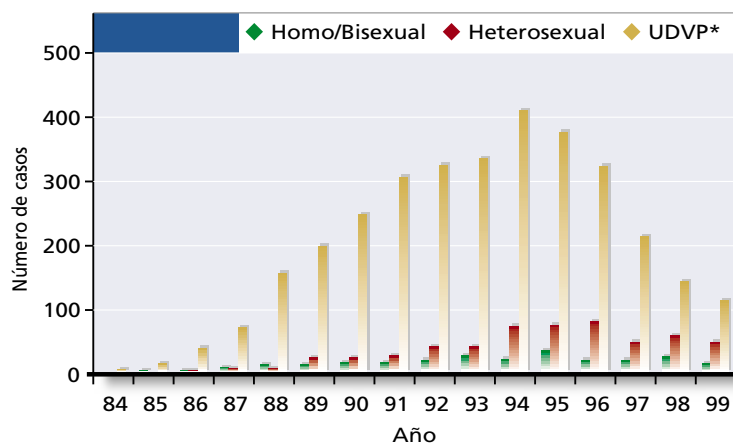
Otras actuaciones

1. Implantación en todos los hospitales de planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial que incorporen los elementos recomendados por su eficacia y eficiencia en el control de la infección.
2. Acreditación de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial de todos los hospitales de la CAPV.

4.4. VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Los casos de SIDA han disminuido progresivamente en la CAPV a lo largo de los últimos 5 años como consecuencia de los programas puestos en marcha desde mediados de los años 80, y de los avances en el tratamiento con fármacos antirretrovirales. El principal colectivo en el que aparecen nuevos casos de SIDA continua siendo el de los consumidores de drogas por vía parenteral (figura 32).

Figura 32. Casos de SIDA según mecanismo de transmisión y años de diagnóstico. CAPV, 1984-1999



*Usuarios de Drogas por Vía Parenteral.

Fuente: Plan de Prevención y control del SIDA. Osakidetza / Svs.

Los nuevos tratamientos antirretrovirales han sido en gran medida responsables de la reducción de la mortalidad por SIDA: 13 de cada 100 personas con SIDA fallecían en 1995, frente a las 3 de cada 100 que murieron en 1999.

Existen posibilidades de que en los próximos años se desarrolle una vacuna para el Virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Muy probablemente los fármacos antirretrovirales continuarán siendo eficaces, aunque algunos pacientes infectados continuarán falleciendo como consecuencia de infecciones coexistentes o por aparición de resistencias.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), es destacable que en los últimos años no se haya declarado ningún caso de sífilis congénita al sistema de información de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Nuevos casos de sífilis congénita (casos en recién nacidos)	0	0	0	EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad
Casos de recién nacidos con VIH +	0	1	0	Registro SIDA. Osakidetza / Svs
Nº de nuevos casos con VIH +	inferior a 100/año	Por el momento no se dispone de información que permita conocer la situación de este indicador.	inferior a 100/año	El desarrollo de las actuaciones propuestas permitirá la evaluación de la consecución del objetivo.
Nº de nuevos casos de SIDA	inferior a 100/año	186	inferior a 100/año	Registro SIDA. Osakidetza / Svs
Mortalidad por SIDA	< 50 casos/año	91	< 50 casos/año	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1999.

Estrategias de intervención

Las estrategias de actuación van dirigidas a prevenir la transmisión del VIH y mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas seropositivas.

Las estrategias planteadas en el área del VIH-SIDA permiten igualmente la prevención de otras ETS.

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben desarrollar estrategias para mejorar la adherencia por parte de los pacientes al tratamiento anti-retroviral, para reducir la aparición de resistencias a estos fármacos.

Actuaciones a nivel comunitario

2. Es importante poner en marcha centros de baja exigencia (centros en los que no se exige el abandono total de la dependencia para recibir ciertos servicios socio-sanitarios) para el colectivo de toxicómanos marginales, cuyas necesidades no están cubiertas por los dispositivos existentes en la actualidad. Previamente son necesarios estudios piloto de las posibles nuevas alternativas.
3. Se requiere desarrollar un programa de educación afectivo-sexual en la enseñanza primaria y secundaria.
4. Debe implementarse el Programa de Intercambio de Jeringuillas en todos los centros penitenciarios del País Vasco, dentro de los programas de baja exigencia.

Otras actuaciones

5. Establecer de un sistema de vigilancia de las infecciones por VIH. En el momento actual la evaluación de la epidemia de VIH/SIDA se realiza a través de los casos nuevos de SIDA, lo que nos da una información sesgada que impide conocer, por ejemplo, cuántas personas se están infectando por el VIH y a través de qué vías.
6. Debe intentar desarrollarse un sistema de información que permitiera la monitorización de las enfermedades de transmisión sexual.
7. Se deben monitorizar los comportamientos sexuales de la población en general y de los diferentes colectivos en particular (adolescentes, varones homosexuales, etc.), mediante la realización de estudios sobre hábitos sexuales que permitan comparaciones posteriores.

Desigualdades

8. Es necesario desarrollar los dispositivos adecuados para la mejora de la supervivencia del colectivo de pacientes con SIDA que debido a la interacción de problemas sociales no se adhieren al tratamiento y seguimiento médico.
9. Se deben promover programas de prevención del VIH dirigidos a inmigrantes dado que, como consecuencia de la marginalidad social a la que se encuentra sometido parte de este colectivo, realiza prácticas de elevado riesgo de transmisión de este virus.

5. Grupos de actuación especial

En este capítulo se abordan las actuaciones que son necesarias llevar a cabo para satisfacer los problemas de salud específicos de ciertos colectivos que por diferentes motivos precisan una atención especial: infancia, juventud, tercera edad y mujeres.

5.1. Inicio de la vida

Situación actual

El nivel de salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la salud durante la vida adulta. Por ello es necesario actuar de manera decidida para garantizar la mejor salud posible de todos los niños de la CAPV, y evitar las inequidades.

La tasa de mortalidad infantil (ver capítulo “Situación actual”) ha ido descendiendo paulatinamente durante las últimas dos décadas; en 1998 esta tasa fue de 6,1 x 1.000 nacidos vivos, siendo las afecciones perinatales las principales responsables de esta mortalidad.

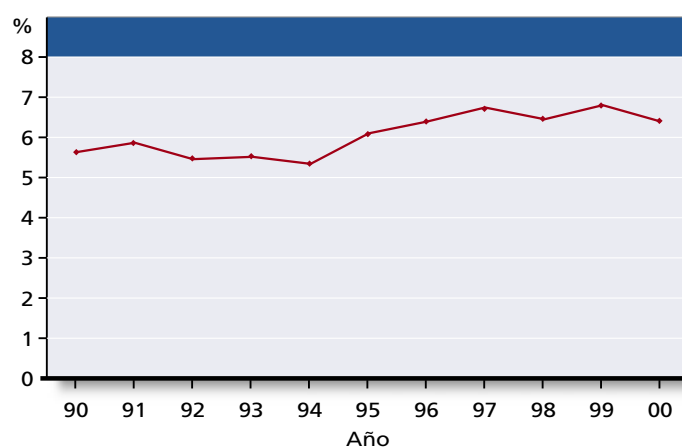
La mortalidad infantil sigue un claro gradiente socio-sanitario, siendo mayor en las secciones más desfavorecidas.

La mortalidad perinatal ha presentado la misma tendencia que la mortalidad infantil, siendo en 1998 de 5,9 x 1.000 nacidos.

Existe una relación entre la salud perinatal y la de la vida adulta. El bajo peso al nacer es uno de los factores relacionados con la mortalidad perinatal, y también está asociado con la enfermedad coronaria, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en edades posteriores. Los datos disponibles (figura 33) revelan un ligero aumento en la CAPV del número de recién nacidos de bajo peso, aunque se ha producido simultáneamente un incremento del número de recién nacidos en partos múltiples (2,1% en 1995 frente a 3,2% en 2000), que suelen presentar una deficiencia ponderal. Otro de los factores, que favorece el bajo peso al nacimiento es el tabaquismo de la madre durante el embarazo. El hábito tabáquico materno, por otro lado, está asociado un mayor riesgo de muerte súbita del lactante.

Además, la proporción de nacidos con bajo peso guarda una relación inversa con el nivel social de la madres.

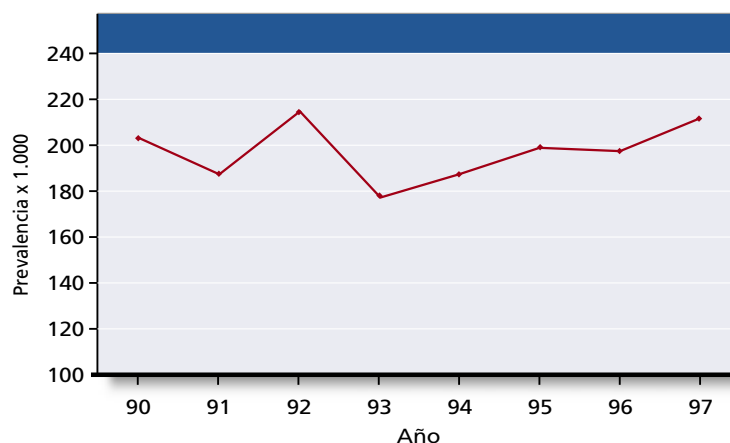
Figura 33. Proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer. CAPV, 1990-2000



Fuente: Registro de Metabolopatías. Departamento de Sanidad.

Las anomalías congénitas constituyen una de las principales causas de mortalidad infantil. Los datos disponibles en la actualidad, procedentes del registro creado a tal fin en 1989, no revelan ninguna tendencia (figura 34).

Figura 34. Evolución de la prevalencia de anomalías congénitas. CAPV, 1990-1997



Fuente: Registro de Anomalías Congénitas. Departamento de Sanidad.

Los accidentes constituyen la principal causa de mortalidad en la infancia (de 1 a 14 años), aunque se ha producido un importante descenso en las dos últimas décadas. En cuanto a la accidentalidad, los datos del registro de accidentes en menores de 5 años que se realiza en las consultas de pediatría dentro del proyecto Zainbide del Departamento de Sanidad, registró durante 2000, 1.306 lesiones, lo que equivale a una tasa de 97,5 x 1.000 niños y niñas; esta tasa no ha mostrado ninguna tendencia significativa en los últimos tres años. El 80% de los accidentes consistieron en caídas y golpes, y ocurrieron la mayoría de ellos en el hogar.

Respecto a la salud bucodental, los estudios epidemiológicos realizados en los años 1988 y 1998 revelan una evolución muy favorable con relación a la caries: la prevalencia de escolares de 7 años libre de caries en la dentición temporal ha pasado del 37,2% al 70%; la prevalencia de escolares de 12 años libre de caries en su dentición permanente ha pasado del 31,2% al 57,2% y en el caso de los de 14 años del 17,7% al 41,7%.

En 1999, todas las cohortes previstas al comienzo del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) estaban incluidas en el programa, es decir todos los niños entre 7 y 15 años. La población diana para el año 1999 fue de 155.046 niños y niñas, de los que el 63 % acudió al dentista. Todo ello refleja el éxito del PADI y la necesidad de su mantenimiento.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Mortalidad infantil	Mantenerla por debajo de tasas actuales	4,8*	Mantenerla por debajo de tasas actuales	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad perinatal	Mantenerla por debajo de tasas actuales	6,1**	Mantenerla por debajo de tasas actuales	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Tasa x 1.000 nacidos vivos. Año 1999.

** Tasa x 1.000 nacidos. Año 1999.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La atención prenatal y perinatal se debe basar en tecnologías esenciales avaladas por la evidencia científica; las tecnologías más sofisticadas sólo deben emplearse en situaciones específicas en las que estén claramente indicadas.
2. Se deben buscar e implantar intervenciones efectivas para que las mujeres dejen de fumar durante el embarazo.
3. Se debe promocionar el inicio de la lactancia materna y su continuación, ya que proporciona una nutrición óptima, crea unos fuertes vínculos entre la madre y su hijo, y representa una protección adicional frente a las enfermedades infecciosas y las alergias a lo largo de la infancia.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Se deben fomentar los estilos de vida sanos en el hogar y el bienestar psicológico de ambos progenitores así como del resto de la familia, por ejemplo mediante campañas para promocionar el abandono del tabaquismo, el abuso de la ingesta de bebidas alcohólicas, o el consumo de drogas.
5. Se debe garantizar a todos los niños una correcta vacunación, puesto que constituye un mecanismo básico de prevención de enfermedades.
6. Se debe garantizar la asistencia dental actual, con el fin de mejorar, en la medida de lo posible las coberturas hasta ahora alcanzadas.

Actuaciones a nivel intersectorial

7. Se debe crear un entorno doméstico seguro, ya que los lactantes y los niños pequeños pasan mucho tiempo en el hogar y sus proximidades, y son especialmente vulnerables a los peligros para la salud relacionados con el entorno (infecciones transmitidas a través del agua, alimentos y animales; riesgos químicos derivados de la contaminación del suelo, agua, aire; además de los peligros físicos existentes en el hogar, y los derivados del tráfico).
8. Dicho entorno debe estar libre de humo, ya que el hecho de fumar pasivamente tiene un efecto perjudicial indiscutible sobre la salud del niño.
9. Se deben promover actuaciones que impliquen al máximo número de Instituciones y agentes sociales en la prevención del maltrato infantil.
10. Se ha demostrado que las relaciones sociales estables contribuyen de forma significativa a la construcción psicológica de la persona, y a su capacidad para hacer frente a acontecimientos problemáticos a lo largo de su vida. En el caso de que los padres se separen, las consultas de asesoramiento para los miembros de la familia, junto con los programas de educación escolar sobre estos aspectos, pueden tener efectos positivos para la salud de los niños.
11. Se debe potenciar la función de los centros de educación infantil para transmitir los valores sanitarios básicos y para desarrollar las capacidades sociales de los niños.
12. Se deben potenciar servicios destinados a la asistencia a los niños vulnerables y de alto riesgo, siendo importante el desarrollo de programas para la prevención del abuso infantil, así como para rehabilitar a los niños que los han sufrido.

Desigualdades

13. Se debe apoyar emocional y socialmente a los padres y madres con hijos menores de los colectivos más desfavorecidos, mediante visitas domiciliarias (pre y postnatales) de profesionales que den educación

sanitaria, apoyo práctico y emocional para la preparación del parto y el cuidado del niño, y ayuda para enfrentarse a los problemas sociales y financieros.

14. Teniendo en cuenta el impacto de las diferencias sociales en la salud infantil, se debe prestar especial atención a las mujeres más desfavorecidas a la hora de facilitarles el acceso a la preparación para el parto, la lactancia materna, y también se deben singularizar para este colectivo los programas para abandonar el tabaquismo.

15. La atención pediátrica preventiva, las vacunaciones, y el examen dental deben intensificarse en los colectivos más desfavorecidos.

5.2. Juventud

Situación actual

En el grupo de edad entre 15 y 29 años la primera causa de mortalidad son las causas externas, ocupando el SIDA el segundo lugar, tanto en varones como en mujeres.

Entre los accidentes, los de tráfico ocupan un lugar importante, estando en muchos casos asociados al consumo de alcohol.

Respecto a la morbilidad, los datos de la ESCAV-97 revelan que entre los jóvenes de 16 a 24 años la proporción de fumadores es similar en varones y mujeres (33,2% y 32,6% respectivamente), aunque la tendencia es ascendente en las mujeres y descendente en los varones. Por otro lado es destacable que entre las mujeres jóvenes, la probabilidad de fumar es el doble entre las de clase social V (la más baja) que entre las de clase I y II (las más altas).

En cuanto al consumo excesivo de alcohol, la proporción de bebedores excesivos entre la población de 16 a 24 años de edad fue del 1,7% en 1997, tanto en mujeres como en varones; y, al igual que ocurría con el consumo de tabaco, la tendencia respecto a 1992 es ascendente en las mujeres y descendente en los varones.

Con referencia a la actividad física en el tiempo libre, la evolución ha sido favorable desde 1992; en la ESCAV-97 la proporción de jóvenes que realizan algún tipo de actividad física en su tiempo libre fue del 19,1% entre las mujeres y del 40,4% entre los varones.

Respecto a la obesidad, el porcentaje de obesos ha aumentado entre 1992 y 1997 en los jóvenes de 16 a 24 años de la CAPV, tanto de mujeres (del 0,9% al 3,0%) como de varones (del 1,7% al 2,9%).

El porcentaje de población entre 16 y 24 años que ha pensado en suicidarse alguna vez es superior entre las mujeres (7,9%) que entre los varones (4,6%) (ESCAV-97).

Por último, los nacimientos entre las adolescentes representa un serio problema socio-sanitario para estas madres prematuras. Afortunadamente, los nacimientos entre las adolescentes han disminuido en la CAPV,

tanto en número como en porcentaje respecto al total de nacimientos (tabla 34). Por otro lado la tasa de abortividad en el grupo entre 15 y 19 años ha ido variando, tal y como se observa en la tabla 35. Pese a todo ello, es necesario continuar priorizando las intervenciones en este ámbito para evitar una inversión de la tendencia actual.

Tabla 34. Nacidos vivos, según la edad cumplida de la madre. CAPV, 1987-1999

Año	Total	Edad ≤14		Edad ≥ 15 - 19	
		N	%	N	%
1987	18.593	5	0,03	590	3,17
1988	18.021	5	0,03	545	3,02
1989	17.024	2	0,01	499	2,93
1990	16.361	2	0,01	404	2,47
1991	16.228	3	0,02	345	2,13
1992	16.250	3	0,02	291	1,79
1993	15.801	2	0,01	269	1,70
1994	15.284	2	0,01	236	1,54
1995	15.322	1	0,01	213	1,39
1996	15.987	4	0,03	186	1,16
1997	16.235	2	0,01	201	1,24
1998	16.113	4	0,02	194	1,20
1999	16.787	0	0	140	0,83

Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Tabla 35. Tasa de abortividad en el mujeres de 15 a 19 años. CAPV, 1995-1999

Año	Tasa x 1.000
1995	2,1
1996	2,0
1997	2,3
1998	2,1
1999	2,6

Fuente: Registro de interrupciones voluntarias del embarazo. Departamento de Sanidad.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por causas externas en jóvenes entre 15 y 29 años	Disminuirla un 15%	36,5	31,0	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. A nivel asistencial, se deben fomentar los estilos de vida sanos y detectar precozmente los factores de riesgo relacionados con los trastornos de la alimentación, depresión, y trastornos adictivos.
2. La salud de los niños y jóvenes se puede mejorar mediante políticas más globales que incorporen, además de la asistencia sanitaria, la atención integral desde el comienzo de la infancia.

Actuaciones a nivel intersectorial

3. Se deben promover acciones para proteger y promover la salud en el ámbito educativo, a través, entre otros medios, de la modificación del contenido de los planes de estudio.
4. Las enfermedades crónicas, los desórdenes funcionales con manifestaciones físicas, los problemas somáticos y los trastornos mentales se pueden resolver de forma más efectiva si la atención médica se combina con los servicios educativos, sociales y psicológicos.
5. Se deben desarrollar programas especiales de intervención y de prevención destinados a los jóvenes, con el fin de tratar cuestiones relacionadas con la salud como el consumo de drogas, el suicidio, el consumo de alcohol y los accidentes, y dichos programas se deberán llevar a cabo en colaboración con los servicios sociales, con el sector educativo y con otros sectores implicados.
6. La salud de los adolescentes y jóvenes puede mejorar si se minimizan las barreras para que accedan a los servicios sanitarios: por ejemplo, adaptando los horarios de atención al público a sus necesidades, mediante la organización de servicios para grupos mal protegidos, a través de campañas de información sobre las garantías en cuanto a la confidencialidad entre médicos y jóvenes, etc.
7. La actividad física moderada y el ocio activo pueden mejorar el bienestar físico, mental y social de los jóvenes. Las asociaciones deportivas constituyen escenarios importantes para las interacciones sociales y sanitarias, por lo que deben de ser apoyadas, especialmente en las comunidades socialmente más desfavorecidas.
8. Los niños y jóvenes son especialmente vulnerables a la publicidad, al marketing, y a los nuevos productos. Por ello deben establecerse los adecuados controles, y los mecanismos de colaboración con la industria para proteger la salud de este colectivo.
9. Deben establecerse políticas que regulen la utilización de los medios de comunicación para impedir que los jóvenes se vean expuestos a la violencia y otras conductas de riesgo.
10. Deben reforzarse las políticas dirigidas a reducir el consumo de tabaco y alcohol entre los jóvenes.
11. Se debe fomentar entre los jóvenes la adopción de unas prácticas sexuales más seguras y facilitarles el acceso a los preservativos, promocionando a la vez su uso.

5.3. Tercera edad

Situación actual

El colectivo de personas mayores de 65 años tiene desde hace unos años un crecimiento paulatino en la CAPV, y se ha estimado que pasará a representar de un 16,8% del total de la población en 1998 al 20,7% en 2010 (tabla 36, figura 35). Esta situación hace previsible una serie de necesidades socio-sanitarias, que se concretarán en el Plan Socio-Sanitario.

Tabla 36. Proyección de la población total (x 1.000) por edad cumplida, según el año. CAPV, 1998-2010

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	2.081,4	2.075,3	2.069,4	2.064,8	2.060,4	2.056,2	2.052,3	2.048,7	2.046,2	2.044,0	2.042,1	2.040,5	2.039,1
0 - 4	76,8	77,3	77,9	78,5	79,4	80,7	82,2	83,9	85,8	87,8	90,0	92,1	94,1
5 - 9	80,0	78,4	77,5	77,1	76,7	76,6	77,2	77,8	78,4	79,4	80,6	82,1	83,8
10 - 14	95,7	91,1	87,0	83,6	81,7	80,1	78,6	77,7	77,5	77,1	77,0	77,7	78,3
15 - 19	130,4	122,0	114,9	108,2	102,0	97,0	92,7	88,7	85,5	83,8	82,2	80,8	80,1
20 - 24	173,4	167,2	159,1	149,9	140,8	131,9	124,1	117,4	111,2	105,5	100,8	96,8	93,1
25 - 29	173,8	174,8	175,8	176,1	174,3	171,4	165,9	158,5	150,1	141,7	133,6	126,4	120,3
30 - 34	171,9	169,5	168,3	168,5	169,3	170,2	171,2	172,3	172,6	171,1	168,5	163,4	156,6
35 - 39	166,8	167,9	168,1	168,9	168,9	167,7	165,6	164,5	164,7	165,5	166,3	167,4	168,5
40 - 44	154,4	158,3	161,0	162,0	162,2	162,9	164,0	164,3	165,0	165,1	164,0	162,0	161,0
45 - 49	143,1	142,1	143,2	145,9	148,4	151,0	154,8	157,5	158,5	158,7	159,5	160,5	160,9
50 - 54	140,8	142,2	141,0	140,4	140,8	139,5	138,7	139,7	142,4	144,9	147,4	151,1	153,8
55 - 59	111,8	119,8	123,6	128,7	133,3	136,2	137,6	136,5	136,0	136,5	135,3	134,6	135,7
60 - 64	113,3	106,2	105,3	101,3	101,4	107,0	114,7	118,4	123,3	127,7	130,5	131,9	131,1
65 - 69	115,2	116,4	115,8	116,0	112,2	106,5	100,0	99,4	95,8	96,1	101,4	108,7	112,3
70 - 74	94,1	96,1	98,9	100,9	103,8	105,3	106,7	106,3	106,7	103,4	98,4	92,7	92,3
75 - 79	65,7	69,8	72,9	76,1	78,5	81,5	83,4	86,0	87,9	90,6	92,2	93,5	93,4
80 - 84	40,5	41,0	43,1	45,6	48,5	51,5	54,8	57,4	60,1	62,2	64,7	66,4	68,7
85 - 89	23,5	24,2	24,6	25,1	25,7	26,2	26,8	28,3	30,2	32,3	34,4	36,7	38,6
90 - 94	8,4	8,9	9,4	9,7	10,2	10,6	11,0	11,3	11,6	11,9	12,3	12,6	13,5
95 - 99	1,7	1,8	1,9	2,0	2,0	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,7	2,8	2,9
100	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3

Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

**Figura 35. Población mayor de 65 años
y porcentaje respecto a población total. CAPV, 1998-2010**



Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Tal y como se ha comentado en el capítulo sobre el estado de salud, las principales causas de mortalidad en este grupo de edad son las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, tanto en varones como en mujeres. Por otro lado, este colectivo representa un grupo de riesgo desde el punto de vista de la psicopatología, lo que obliga a plantear estrategias de actuación específicas.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Esperanza de vida a los 65 años en los varones	Aumentarla un 10%	16,1	17,7	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Esperanza de vida a los 65 años en las mujeres	Aumentarla un 10%	21,4	23,5	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Esperanza de vida libre de incapacidad los 65 años en los varones	Aumentarla un 10%	11,3	12,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años en las mujeres	Aumentarla un 10%	13,1	14,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. En las residencias geriátricas deben tener como un objetivo prioritario la promoción de la autonomía y autoestima de todos los ingresados.
2. Se debe priorizar la disponibilidad para estas personas de ciertos recursos técnicos que han demostrado su eficiencia para mantenerles con un elevado nivel de autonomía y actividad: por ejemplo, para mejorar la capacidad auditiva, la movilidad (prótesis de cadera), la vista, la capacidad para masticar (dentaduras), etc.
3. Se deben implantar políticas de ayudas para que las personas mayores que deseen permanecer en su hogar puedan adaptar el domicilio a sus necesidades. La asistencia socio-sanitaria a domicilio debe contribuir a que los ancianos mantengan su autonomía.
4. Las personas mayores padecen con frecuencia múltiples enfermedades y están poli-medicados. Se deben establecer los mecanismos para garantizar que no se les prescriban fármacos innecesarios, duplicados o contraindicados, y el adecuado control de los efectos indeseables. Se deben establecer estrategias para garantizar en lo posible el adecuado cumplimiento de los tratamientos prescritos.
5. En los programas de formación en atención primaria de salud se debe potenciar el conocimiento de la problemática de las personas mayores, además de estar orientados hacia el objetivo principal de incrementar su autonomía.

Actuaciones a nivel intersectorial

6. La calidad de vida de las personas mayores y sus familias se puede mejorar mediante una adecuación de la atención global a las necesidades de estos colectivos, que debe llegar a todos los ancianos de la comunidad. Un elemento clave de esta intervención es la atención socio-sanitaria de las personas mayores y de su entorno.
7. Debe establecerse una buena coordinación de los servicios sanitarios y sociales de la comunidad para que, en la medida de lo posible, se proporcione asistencia sanitaria a las personas en su entorno doméstico, lo que significa que los centros hospitalarios sólo serán utilizados cuando ello sea realmente necesario.
8. Se deben fomentar estrategias de participación de las personas mayores en las actividades sociales y de la comunidad, para mejorar su autoestima y calidad de vida.
9. En consonancia con el punto anterior, el entorno físico debe permitir a las personas mayores participar en las redes sociales y relacionarse de forma cotidiana con otros individuos. La salud de los mayores puede mejorar si la planificación urbanística, la señalización y los sistemas de transporte se diseñan teniendo en cuenta como usuarios potenciales.
10. Las políticas sociales deben tener como objetivo mantener la autonomía de las personas mayores y fomentar la solidaridad entre las generaciones. Se deben establecer políticas que garanticen los recursos adecuados para que las personas mayores puedan cubrir los costes de los bienes básicos.

5.4. Mujer

Las necesidades de salud de las mujeres pueden venir determinadas bien por que padecen ciertos problemas de salud de forma específica (incluidos los relacionadas con la salud reproductiva) o con mayor frecuencia (por ejemplo, cáncer de mama, enfermedades cerebro-vasculares), o bien porque ciertas enfermedades comunes con los varones precisan una atención diferenciada por género. Por ello en esta sección se plantean aquellas estrategias que no han sido abordadas en otros capítulos de este Plan y que son básicas para las necesidades de salud de las mujeres.

Situación actual

En lo que respecta a los estilos de vida, los datos de la ESCAV-97 revelan que el 23,5% de las mujeres fuman, habiéndose además producido un aumento de este hábito en los últimos años en las de edad comprendida entre 16 y 24 años. Respecto al alcohol, destaca igualmente el incremento de su consumo durante los fines de semana por parte de las jóvenes.

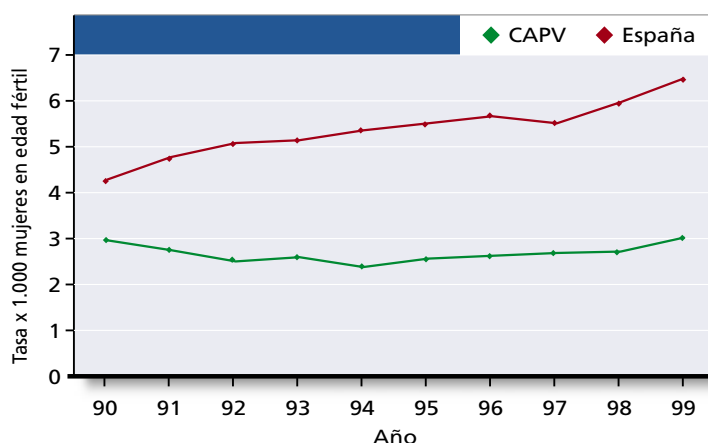
Se ha incrementado durante los últimos años el número de mujeres que realizan ejercicio físico en su tiempo libre, pero la proporción continua siendo menor que en los varones (29% vs 20%). Por otro lado, destaca el aumento en la proporción de mujeres obesas, que aumenta notablemente con la edad.

En cuanto a la mortalidad, ya se ha señalado previamente que las enfermedades del aparato circulatorio son la principal causa de mortalidad, fundamentalmente debido a las enfermedades cerebro-vasculares (ver capítulos de "Situación actual" y "Enfermedades del aparato circulatorio"). En cuanto a la mortalidad materna con relación al parto, no se ha producido ningún fallecimiento en la CAPV desde 1995.

Con referencia a la morbilidad, las enfermedades del aparato circulatorio fueron las que mayor número de ingresos produjeron en el conjunto de altas hospitalarias de la CAPV, después del grupo relacionado con el embarazo, parto y puerperio.

Con relación a los embarazos no deseados, la tasa de abortividad de las ciudadanas de la CAPV fue en 1999 de 2,9 x 1.000 mujeres en edad fértil (15-44 años). Esta tasa se ha mantenido estable desde 1990 (figura 36), y es inferior a la de todas las demás Comunidades Autónomas, excepto Navarra, Ceuta y Melilla. En cuanto a la utilización durante los dos años previos a la interrupción del embarazo de servicios sanitarios para el control de métodos anticonceptivos, más de la mitad de las mujeres no habían hecho uso de ellos, y este porcentaje se elevaba al 75% en el caso de las adolescentes.

Figura 36. Tasa de abortividad. CAPV, 1990-1999



Fuente: Registro de interrupciones voluntarias del embarazo. Departamento de Sanidad.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Todas las políticas del sector sanitario deben incorporar la perspectiva de género, con el fin de promover la equidad entre los varones y mujeres.
2. Los servicios de planificación familiar deben estar disponibles para toda la población y se debe potenciar su accesibilidad.
3. Es necesario mantener y mejorar la orientación personalizada y la accesibilidad de la oferta de anticonceptivos para las adolescentes, adecuando tanto los horarios, como el tipo de cita (rapidez y flexibilidad), y reforzando los mecanismos que garantizan la privacidad.
4. Se debe asegurar una adecuada información y accesibilidad de la "intercepción postcoital". Se debe elaborar y difundir entre el colectivo médico un protocolo de actuación consensuado de intercepción postcoital.
5. La atención en toco-ginecología debe garantizar la actuación coordinada de los profesionales de atención primaria y especializada. Se debe facilitar a la mujer información previa sobre las prácticas que se realizan en los reconocimientos de toco-ginecología habituales.
6. Con relación al embarazo, parto y puerperio, resulta importante informar a la población sobre los recursos asistenciales disponibles, tales como servicios de diagnóstico prenatal y nuevas tecnologías reproductivas; así como las rutinas hospitalarias durante la estancia para el parto, y las ventajas y riesgos de cada procedimiento.
7. Es necesario revisar la necesidad de realizar en la práctica rutinaria de los cuidados del embarazo, parto y puerperio intervenciones tales como: monitorización fetal electrónica, rasurado, enema y episiotomía; así como flexibilizar las condiciones y procedimientos durante el parto, considerando la opinión de la madre en la toma de decisiones.
8. Se debe analizar la evolución de la tasa de cesáreas en la CAPV identificando las variables que inciden en la misma y los motivos de la posible variabilidad en la práctica clínica.
9. Deben establecerse programas específicos dirigidos a la deshabituación tabáquica en mujeres, sobre todo a aquellas en edad fértil, por las consecuencias añadidas que tiene el tabaquismo durante el embarazo.

Actuaciones intersectoriales

10. Es necesario desarrollar programas de información y educación orientados a lograr un comportamiento sexual autónomo y responsable, dirigidos a toda la población, y prioritariamente a las adolescentes, con especial hincapié en el sector no escolarizado.

Desigualdades

11. Se debe facilitar el acceso a los servicios de planificación familiar a las mujeres de los colectivos más desfavorecidos.

12. Se debe formar a los profesionales de la salud sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la práctica sanitaria, con el fin de evitar los estereotipos que influyen en la no adecuación de la asistencia a las singularidades de varones y mujeres.

13. La atención sanitaria debe considerar la incidencia que sobre la salud tienen los factores biológicos y los derivados de las diferentes condiciones de mujeres y varones en los ámbitos familiar, laboral y social.

14. Los programas y actividades dirigidos a la adopción de hábitos de vida saludables deben considerar sistemáticamente los diferentes comportamientos de varones y mujeres.

6. Entorno medioambiental, laboral y escolar

6.1. Entorno medioambiental

El medio ambiente influye decisivamente en la salud de la población. Es por ello necesario plantear estrategias adecuadas en todo momento, para identificar cuáles son los factores de riesgo que inciden en la salud de la comunidad, actuar sobre ellos y conseguir ambientes más saludables.

Situación actual

Agua

Desde la creación en la CAPV en 1987 de la Red de Control y Vigilancia del agua de consumo público, los niveles de calidad han aumentado notablemente, principalmente en los aspectos microbiológicos, por la mejora en los sistemas de tratamiento. En la actualidad más del 90% de la población de la CAPV recibe agua potable en sus domicilios (tabla 37).

Tabla 37. Porcentaje de población con relación a la calidad de las aguas de consumo de sus municipios de residencia. CAPV, 1991-2000

SITUACIÓN	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Satisfactoria*	75,1	69,0	79,1	82,7	80,0	81,7	91,5	92,2	90,6	88,8
Tolerable**	17,3	19,0	14,3	7,6	16,4	16,1	5,5	5,6	8,5	8,6
Deficiente [#]	7,6	12,0	6,6	9,7	3,6	2,2	3,0	2,2	0,9	2,6

* Agua calificada como potable, al menos, en el 95% de los análisis.

** Agua calificada como no potable entre el 5 y el 10% de los análisis.

[#] Agua calificada como no potable en más del 10% de los análisis.

Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad.

Paralelamente a la mejora de la calidad de las aguas se ha observado una evolución positiva en las patologías digestivas tradicionalmente consideradas de origen hídrico (Shigellosis, fiebre tifo-paratífica, hepatitis A), hasta alcanzar unos niveles muy bajos (tabla 38). Actualmente, con el nivel de desarrollo y control de los abastecimientos de la CAPV, estos indicadores no son ni sensibles ni específicos, pues los pocos casos registrados normalmente no son atribuibles al agua de consumo.

En cuanto a la calidad físico-química, las aguas distribuidas en la CAPV cumplen con los valores paramétricos establecidos en la directiva 98/93/CE y en la reglamentación técnico sanitaria RD 1138/90. No obstante, la situación es mejorable en relación a dos parámetros: plomo y trihalometanos. El primero tiene su origen principal en los materiales de las instalaciones domésticas y el segundo en el uso del cloro en los tratamientos del agua.

Tabla 38. Enfermedades de declaración obligatoria: Tasas* y número de brotes hídricos y personas afectadas. CAPV, 1990-2000

Año	Otros procesos diarreicos	Hepatitis A	Disentería	Fiebre tifo-paratíficas	Brotes hídricos	
					Nº	Nº casos
1990	4.827,81	22,0	4,7	3,2	16	1.642
1991	4.610,96	22,1	2,9	0,9	6	1.288
1992	4.260,65	18,0	0,4	0,6	2	126
1993	3.953,10	10,5	0,1	0,9	6	1.761
1994	4.003,90	12,1	0,7	0,5	12	513
1995	3.974,47	5,2	0,5	0,43	13	305
1996	3.873,66	3,2	0,3	0,2	11	214
1997	(**)	3,3	0,2	0,5	3	128
1998	(**)	4,16	0,4	0,43	3	101
1999	(**)	2,14	0,1	0,33	4	3.298
2000	(**)	5,0	0,4	0,43	5	195

* x 100.000 habitantes.

** Enfermedades no sometidas a declaración obligatoria desde 1997.

Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad.

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
% de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria	95%	89%	95%	Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad

*Media cuatrienal 1996-00.

Aire

Numerosos estudios realizados en la década de los 90 han encontrado una asociación entre efectos a corto plazo en salud, contaminantes atmosféricos y niveles de contaminación que existen en un gran número de ciudades europeas. Se ha encontrado de manera consistente que el aumento de los niveles de partículas en suspensión y de los niveles de ozono están asociados con un aumento en la mortalidad y en el número de urgencias e ingresos hospitalarios. Las partículas más pequeñas, con mayor poder de penetración en el sistema respiratorio, son las que mayor número de afecciones producen. En el estudio EMECAM (Estudio Multicéntrico Español sobre la relación entre la Contaminación Atmosférica y la Mortalidad) se encontró una asociación entre el aumento de la mortalidad diaria y los niveles de partículas en suspensión, tanto en el área del Gran Bilbao como en Vitoria.

Si en un principio era el sector industrial el principal productor de partículas en suspensión, tras la introducción de combustibles más limpios, las nuevas tecnologías, y el aumento del parque y uso del automóvil, el tráfico ha pasado a ser la principal fuente emisora. De ahí la importancia del control de este tipo de contaminación en las zonas urbanas.

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Media diaria anual de partículas en suspensión (PM 10)	< 20 µg/m ³	44 µg/m ³	< 20 µg/m ³	Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad

* Año 2000.

La legionelosis es una enfermedad de transmisión aérea que está cobrando una relevancia social cada vez mayor y sobre la que cabe realizar una labor preventiva, fundamentalmente en el control de las instalaciones de los lugares donde circulan o se concentran un número importante de personas.

Suelo

El vertido incontrolado de residuos así como ciertas actividades industriales han provocado la contaminación del suelo en determinados emplazamientos. Estos contaminantes pueden alcanzar a las poblaciones de manera directa por ingestión, inhalación o vía dérmica, o de manera indirecta por contaminación del agua y de los alimentos. En la CAPV son puntos de actuación preferente en las políticas de Salud y Medio Ambiente.

Alimentos

Las infecciones e intoxicaciones de origen alimentario notificadas en los últimos años al sistema de información de Enfermedades de Declaración Obligatoria de la red de vigilancia epidemiológica de la CAPV, permanecen estables tanto en número como en total de personas afectadas (tabla 39).

El lugar donde ocurren con mayor frecuencia las toxi-infecciones alimentarias son los comedores colectivos, y entre estos los bares y restaurantes (44% del total en el periodo 96-98). La inadecuada manipulación e incorrecta utilización del frío se señalan como las causas contribuyentes más frecuentes en las toxi-infecciones pudiendo llegar a representar más del 60% de las mismas

Tabla 39. Toxi-infecciones de origen alimentario clasificadas por agente causal. CAPV, 1996-2000

Agente causal	Nº de brotes notificados por año y nº de afectados										Total brotes		Total afectados	
	1996		1997		1998		1999		2000		Nº	%	Nº	%
<i>E. coli</i>	-	-	-	60	4	205	1	2	0	0	5	3,5	267	13,7
Virus	1	19	4	34	1	18	1	11	1	22	7	4,9	82	4,2
<i>Salmonella spp</i>	15	182	12	103	20	230	19	160	23	232	66	46,2	675	34,8
Otros /sin identificar	14	247	17	249	16	196	18	227	24	343	65	45,4	919	47,3
Total	30	448	33	446	41	649	39	400	48	597	143	100	1.943	100

Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel comunitario

1. Establecer y mantener un sistema de vigilancia adecuado y eficaz de las aguas de consumo, tanto para evaluar los riesgos de origen hídrico como para orientar las intervenciones dirigidas a su control.
2. Difundir la información entre los sectores implicados y entre la población general. Los datos de calidad del agua deben ser fácilmente accesibles a los ciudadanos.
3. Informar a los consumidores de los riesgos derivados de las instalaciones domésticas de plomo y de las actuaciones recomendadas para su control.
4. En las plantas de tratamiento convencionales, promover tratamientos que no generen, en ningún punto de la red de distribución, concentraciones de trihalometanos superiores a las recomendadas.
5. Realizar campañas informativas con recomendaciones específicas de actuación para los colectivos más sensibles a la contaminación atmosférica.
6. Los comedores colectivos deberán estar dotados de instalaciones adecuadas que permitan realizar una correcta manipulación de los alimentos.
7. Mantener o establecer sistemas de vigilancia que permitan conocer la situación y evolución de la población de la CAPV en relación con los factores de riesgo ambientales.

Actuaciones intersectoriales

8. Establecer y mantener sistemas adecuados de protección, tratamiento, distribución y vigilancia de las aguas de consumo público.
9. Establecer y mantener un sistema integrado de información que permita utilizar los resultados de la vigilancia para la planificación hidrológica y de infraestructuras.
10. Mejorar el control de las partículas en suspensión del aire, introduciendo sistemas para determinar la fracción de partículas más pequeñas (con mayores efectos en la salud) e incrementar los controles de su contenido en metales pesados, así como el de otros contaminantes atmosféricos.
11. Proponer medidas de actuación para reducir las emisiones de contaminantes por parte de los focos industriales, sistemas de combustión domésticos y tráfico, haciendo especial hincapié en las zonas urbanas con mayor índice de contaminación.
12. Desarrollar programas de control de las instalaciones de riesgo para la transmisión de la *legionella* de cara a minimizar los riesgos de brotes.
13. Adecuar los vertederos existentes a las nuevas exigencias ambientales y sanitarias, de forma que se minimice su impacto sobre la salud pública.
14. Desarrollar programas para la recuperación y reutilización de los suelos contaminados conforme a los niveles de calidad de suelo fijados para la CAPV.
15. Desarrollar programas para la evaluación de riesgo y seguimiento de los puntos inventariados como suelos contaminados, identificando el tipo de contaminación existente en cada punto y su origen.
16. Reforzar las campañas de información y formación para conseguir un correcto uso y aplicación de los productos plaguicidas.
17. Actualizar la normativa vigente a medida que se avanza en el conocimiento de nuevos contaminantes.
18. Los manipuladores de alimentos deberán estar integrados en programas de formación acordes con su actividad laboral.

6.2. Entorno laboral

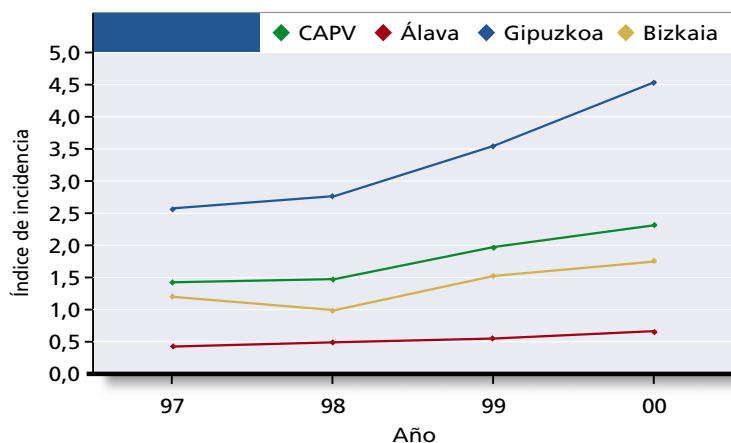
El entorno laboral constituye un ámbito de gran interés, no sólo por los problemas de salud que del mismo puedan derivarse (como accidentes de trabajo o enfermedades laborales), sino porque, dado que en él se encuentra una gran parte de la población adulta, es el lugar idóneo para llevar a cabo actividades de promoción de la salud para este importante colectivo.

Situación actual

La situación actual respecto a los accidentes de trabajo ya ha sido descrita en el capítulo de lesiones.

Con relación a las enfermedades profesionales (EP), en los últimos ocho años se ha incrementado notablemente el número de declaraciones en la CAPV (360 frente 2.028 nuevos casos de EP declarados durante los años 1992 y 2000, respectivamente). Por otro lado, en el periodo de 1997 al 2000, el índice de incidencia (que relaciona el número de nuevos casos de EP con la población a riesgo) estandarizado por tipo de actividad económica de las empresas ha ido aumentando anualmente, pasando de 1,4 EP x 1.000 trabajadores y trabajadoras en 1997 a 2,3 en el año 2000 (figura 37).

Figura 37. Evolución temporal del índice de incidencia de enfermedad profesional*, según Territorio Histórico. CAPV, 1997-2000

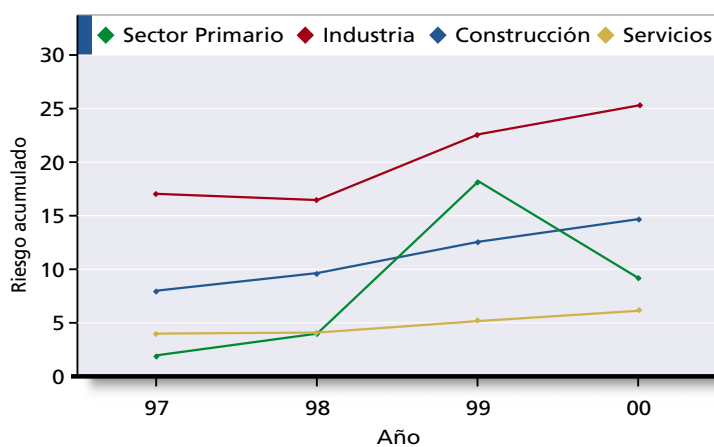


* Índice de incidencia estandarizado por tipo de actividad económica de las empresas x 1.000 trabajadores/as.

Como se observa en la figura 37, existen diferencias del índice de incidencia entre los tres Territorios Históricos de la CAPV: Gipuzkoa presentó durante el año 2000 una tasa notablemente más elevada (4,5 x 1.000 tabajadores y trabajadoras) que Bizkaia (1,8) y Álava (0,7). Esta diferencia no refleja una diferencia real de riesgo en las empresas de Gipuzkoa respecto a las de Álava o Bizkaia, sino una diferencia en la práctica de declaración.

El riesgo de sufrir una enfermedad profesional entre los 16 y 65 años de edad en la población trabajadora de la CAPV ha pasado de 8 de cada 100 trabajadores en 1997 a 14 de cada 100 en el año 2000. Este riesgo no es igual en los cuatro sectores de actividad económica (figura 38), ni entre varones y mujeres.

Figura 38. Evolución del riesgo acumulado* de enfermedad profesional, según sector de actividad económica. CAPV, 1997-2000



* Nº de enfermedades profesionales entre los 16 y 65 años por cada 100 trabajadores/as.

El riesgo más elevado ocurre en las empresas del sector industria (25 de cada 100), y además el incremento en este sector a lo largo de los últimos 3 años ha sido más intenso que en los restantes.

En conjunto, el riesgo acumulado de EP es más elevado en la población trabajadora masculina que en la femenina. Sin embargo, en el sector industria, el colectivo de las mujeres tiene un riesgo superior al de los varones: durante el año 2000 sufrieron una EP 42 de cada 100 mujeres frente a 22 de cada 100 varones.

Las enfermedades osteomusculares y neuropatías por compresión de nervios periféricos se han consolidado como las patologías profesionales más declaradas: en el año 2000 supusieron el 77% de las EP notificadas. Este hecho parece confirmar un cambio en el patrón de morbilidad profesional, resultante de un cambio en los factores de riesgo causales, que se han desplazado del ambiente físico y químico al ergonómico.

Objetivo

(Ver también capítulo de "Lesiones accidentales")

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Incidencia de enfermedad profesional	Disminuirla un 20%	2,3	1,8	OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

* Tasa x 1.000 trabajadores/as estandarizada por tipo de actividad económica de las empresas. Año 2000.

El índice de incidencia actual es inferior al índice de incidencia real al existir una importante subdeclaración de enfermedades profesionales. Esto limita su validez como criterio de evaluación de los resultados del plan de actuación.

Estrategias de intervención

(Ver también capítulo "Lesiones accidentales")

Actuaciones a nivel individual

1. Realizar investigación puntual, reactiva, de las enfermedades más graves y frecuentes relacionadas con el trabajo, para conocer sus causas directas y promover que las empresas adopten las medidas de control y corrección necesarias.

Actuaciones a nivel comunitario

2. Impulsar la cobertura de los servicios de prevención a todas las empresas de la CAPV.
3. Potenciar en las empresas la estrategia de la prevención basada en la triada: a) identificación y evaluación de los riesgos; b) adopción de planes de prevención dirigidos a los riesgos no evitables; c) vigilancia y evaluación de la validez y utilidad de las intervenciones preventivas

Actuaciones intersectoriales

4. Debe potenciarse el marco adecuado para la adopción de actuaciones que comprometen a los agentes y organismos implicados en la prevención del riesgo laboral (Consejo general de OSALAN y Comisiones Territoriales de OSALAN).

5. Es necesario mejorar el sistema de información sobre la enfermedad profesional y sobre la gestión y calidad de las actividades de prevención en las empresas.
6. Debe favorecerse la utilización conjunta de los sistemas de información de OSALAN y el Departamento de Sanidad, de cara a la mejora de la vigilancia de los daños para la salud relacionados con la actividad laboral.
7. Deben establecerse prácticas laborales saludables. Es obligatorio delimitar en el ámbito laboral espacios sin tabaco y zonas específicas para fumar, así como desarrollar políticas de promoción de dietas saludables en los comedores de las empresas.
8. Deben establecerse programas de promoción de la salud ya que el medio laboral representa una oportunidad para el fomento de los estilos de vida saludables así como para la detección precoz de factores de riesgo vascular (obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia, etc).

6.3. Entorno escolar

El medio escolar además de transmitir una serie de conocimientos básicos, permite establecer unas actitudes elementales con relación a la salud. Por ello, y tal y como se ha planteado a lo largo de este Plan, deben establecerse una serie de estrategias básicas de intervención.

Estrategias de intervención

1. Deben fomentarse los estilos de vida saludable a través del desarrollo de programas educativos, fundamentalmente en lo relativo al tabaco, alcohol y dieta saludable, y formación afectivo-sexual.
2. Son necesarios los programas de educación en los centros escolares dirigidos a prevenir el consumo de drogas ilegales, y a reducir su consumo.
3. Se debe sensibilizar y promocionar desde la infancia el hábito de la práctica de actividad física habitual.
4. Deben desarrollarse políticas de promoción de dietas saludables en los comedores escolares.
5. Garantizar, en la medida de lo posible, un entorno físico seguro para prevenir las lesiones accidentales.
6. Desarrollar la cooperación intersectorial para la detección precoz y el adecuado tratamiento de los escolares y sus familias, en el área del maltrato infantil y de la salud mental.