



**Vol. I
Nº 0
marzo
2008**

Osasun Plana



Plan de Salud

Principales causas de muerte 2006:

Las **enfermedades del sistema circulatorio** y los **tumores** son responsables del 60% de las muertes.

Pág. 2

Años Potenciales de Vida Perdidos:

El **cáncer de pulmón** nos privó el año 2006 de 6.286 años de vida.

Pág. 3

Esperanza de vida 2006:

Las mujeres mantienen su ventaja con 85,6 años frente a los 78,3 años de los hombres.

Pág. 3



PRESENTACIÓN

Este boletín pretende mostrar una visión panorámica de la salud de nuestra Comunidad, para aportar a la labor asistencial el marco de referencia amplio de los resultados en salud, así como las tendencias en la evolución de las principales enfermedades.

Es posible que conozca las estrategias con las que el Departamento de Sanidad pretende impulsar, conjuntamente con los profesionales, las actuaciones para mejorar estos resultados a través de la Oferta Preferente de atención primaria o de los Procesos Singularizados de atención al IAM, al ictus o al cáncer en los hospitales.

La suma de muchas actuaciones individuales ayuda a obtener unos resultados globales, que consideramos deben ser conocidos por los agentes sanitarios y sociales.

Queremos hacerle partícipe de algunos proyectos del Plan de Salud 2002-2010 para mejorar la calidad de vida de nuestra población, un objetivo fundamental en los países desarrollados que han alcanzado unos elevados estándares en esperanza de vida. Concretamente, el "Plan de Cuidados Paliativos", que promueve una muerte digna y respetuosa con las expectativas de los ciudadanos y el "Proyecto de Mejora de la Rehabilitación de las Enfermedades Crónicas", que incorporará actuaciones efectivas en el proceso rehabilitador de patologías con alta prevalencia.

Presentamos también información que consideramos novedosa, como las desigualdades sociales en salud, que subsisten a pesar de la equidad inherente a un sistema sanitario de acceso universal y de calidad como es el nuestro.

Por último, deseamos despertar su interés y mantener una periodicidad en la publicación del presente boletín, ya que la evaluación del Plan de Salud anterior mostró la existencia de un bajo conocimiento del Plan entre los profesionales sanitarios. En este sentido le animamos a que nos traslade sus preguntas y los temas de interés que le gustaría ver en estas páginas.

Continúa el descenso de la mortalidad por **cardiopatía isquémica**

Pág. 4

Finaliza la **quinta encuesta de salud (ESCAV 2007):**

Cómo es y cómo percibimos nuestro estado de salud.

Pág. 4

Oferta Preferente y Procesos Singularizados: herramientas del Plan de Salud.

Pág. 5

Nuevo registro informatizado de la **atención urgente al IAM** en Gipuzkoa.

Pág. 6

Proyectos de actualidad:

Cuidados paliativos, rehabilitación, cáncer de cérvix.

Pág. 7

Desigualdades Sociales en Salud:

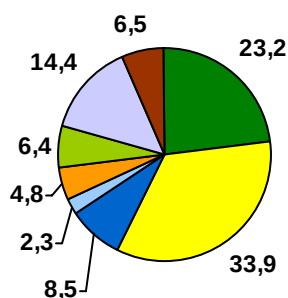
Mejorando la salud de la población menos favorecida.

Pág. 8

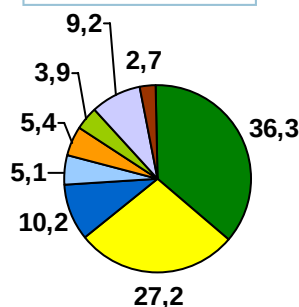
MORTALIDAD 2006

Mortalidad por causas %

MUJERES



HOMBRES



■ Tumores ■ Enf. Sistema Circulatorio ■ Enf. Sistema Respiratorio ■ Causas Externas
 ■ Enf. Sistema Digestivo ■ Enf. Sistema Nervioso ■ Otras Causas ■ Trastornos Mentales

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

En Euskadi, las enfermedades del sistema circulatorio, han sido las principales causas de muerte en 2006 para el conjunto de la población, seguidas de cerca por los tumores y, a cierta distancia, por las enfermedades del sistema respiratorio.

El gráfico situado a la izquierda, nos muestra cómo en las mujeres esta clasificación se mantiene. Sin embargo en los hombres, el cáncer genera la mayor mortalidad.

Más información: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20737/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

MORTALIDAD PREMATURA

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) expresan los años que no ha vivido una persona fallecida prematuramente después del primer año de vida y tomando como límite superior los 70 años.

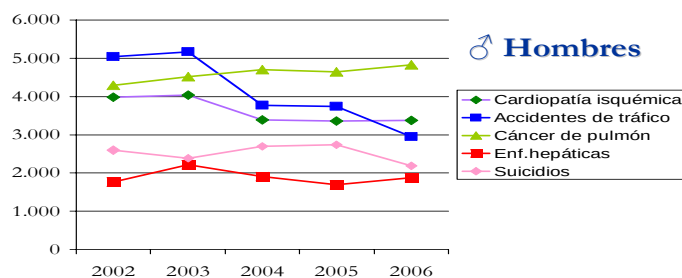
Esta perspectiva de la mortalidad figura entre los principales indicadores para establecer las prioridades en salud. En Euskadi, tanto el número de años perdidos como las causas de esta mortalidad, presentan variaciones significativas en el tiempo y claras diferencias por sexos.

En 2006, en los varones, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón causó una pérdida anual de 4.823 años potenciales de vida, por encima de la cardiopatía isquémica (3.373 años) y los accidentes de tráfico (2.955 años).

En las mujeres, se mantiene el cáncer de mama como la primera causa con 2.253 años perdidos, seguida por el cáncer de tráquea bronquios y pulmón (1.445 años) y las enfermedades cerebrovasculares (728 años).

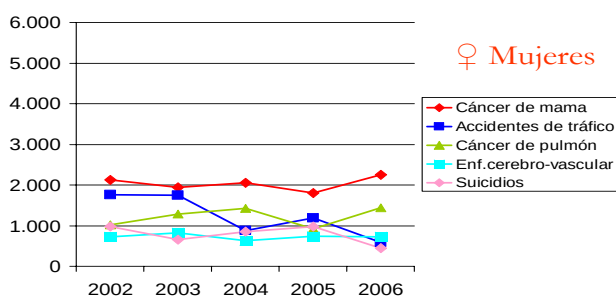
Más información: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20737/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/mortalidad_c.html

APVP



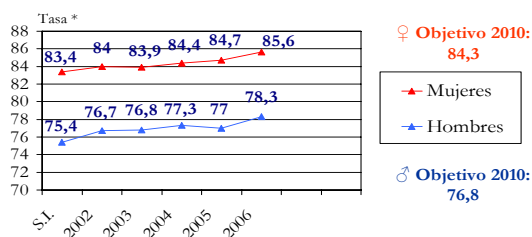
Fuente: Registro de Mortalidad

APVP



Fuente: Registro de Mortalidad

Esperanza de vida al nacimiento



S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

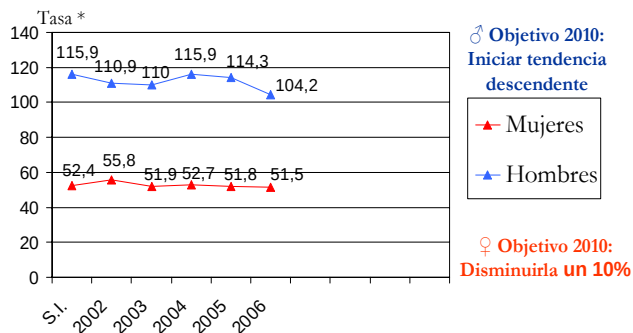
ESPERANZA DE VIDA

En el año 2006, la esperanza de vida al nacimiento de la población vasca continúa en aumento, hasta alcanzar los 78,3 años en varones y de 85,6 en mujeres. Estas diferencias entre hombres y mujeres se mantienen en el tiempo.

CÁNCER

La tasa de mortalidad por tumores malignos disminuye ligeramente en el año 2006, sin embargo, con respecto al año 2005, se produce una pequeña variación al alza en la mortalidad por cáncer de mama y cáncer de pulmón en mujeres y cáncer de colon recto en ambos sexos.

Mortalidad por tumores malignos en menores de 65 años

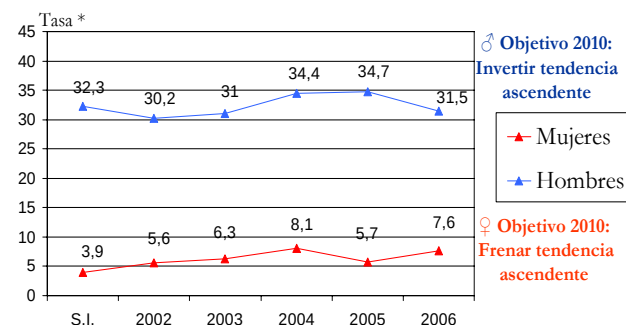


S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

Mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años

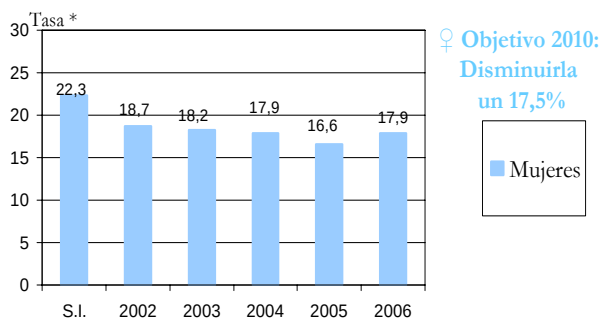


S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

Mortalidad por cáncer de mama

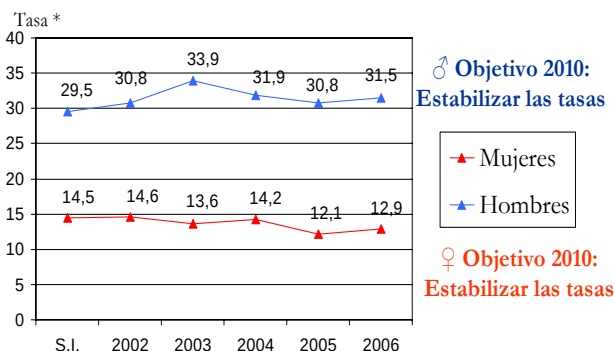


S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

Mortalidad por cáncer de colon-recto



S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

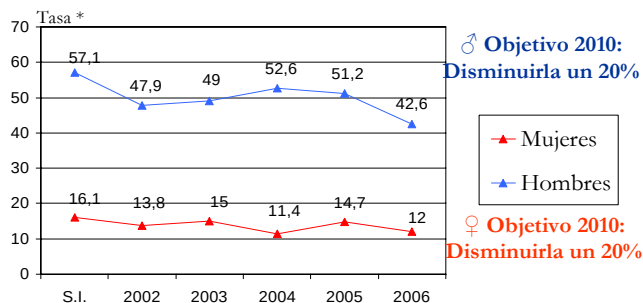
* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

La evolución de la tasa de mortalidad para este grupo de enfermedades es, en general, positiva; de forma especial, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años y la mortalidad por cardiopatía isquémica entre 25 y 74 años en ambos sexos.

Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en menores de 65 años

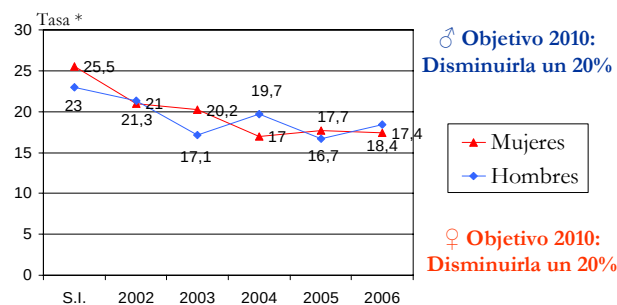


S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares

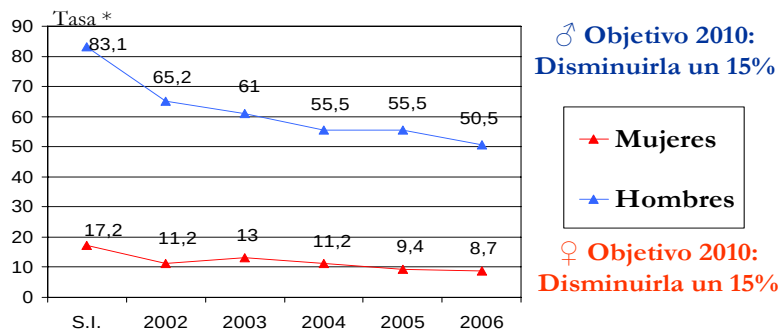


S.I.: Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar

Fuente: Registro de Mortalidad

Mortalidad por cardiopatía isquémica (25-74 años)



S.I. : Situación inicial (media trienal 1996-98)

* : Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar
Fuente: Registro de Mortalidad

Enfermedades no transmisibles priorizadas en el Plan de Salud 2002-2010

- Cáncer
- Enfermedades del aparato circulatorio
- Diabetes mellitus
- Lesiones accidentales
- Salud Mental

La salud percibida: encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Vasca (ESCAV 2007)

El Departamento de Sanidad está analizando los datos recogidos en la quinta Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV). Se trata de una encuesta que nos actualizará el conocimiento sobre el estado de salud percibido por la población y el conocimiento sobre los factores relacionados con él.

La ESCAV 2007 se divide en **tres grandes áreas**: el estado de salud de la población y los hábitos de vida diaria relacionados con la salud (dieta, actividad física, consumo de alcohol o de tabaco, etc.), la realización de actividades preventivas como mamografías, citologías o toma de tensión arterial y por último, la utilización de los servicios sanitarios.

Su **finalidad** principal es la de ayudar a todo nuestro Sistema Sanitario en su adaptación permanente a las necesidades de salud de la comunidad. Los resultados nos muestran la evolución temporal de los hábitos de vida y nos permiten valorar la eficacia de las intervenciones que estamos desarrollando en estas cuestiones. El mejor conocimiento de la situación de salud de la población permite desarrollar iniciativas y campañas de educación sanitaria (dieta, tabaco alcohol, ejercicio físico) en la dirección adecuada en cuanto al grupo de población receptor de la actuación.

Así, de los resultados de encuestas previas han resultado actuaciones como el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), el Programa de fluoración de las aguas de consumo de la CAPV, la puesta en marcha en el año 1995 del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama de Euskadi.

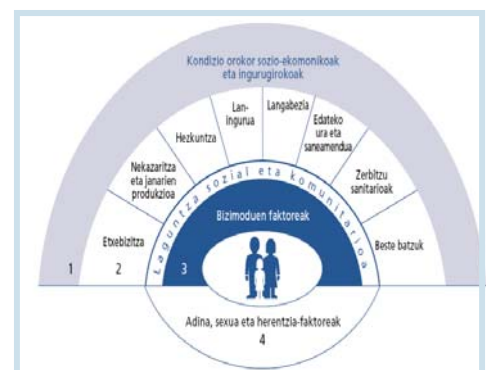
Las características más relevantes de la ESCAV 2007 son su perspectiva poblacional, la valoración de la salud desde el punto de vista de los ciudadanos y ciudadanas y la visión multidimensional de la salud.

Más información: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_4044/encues_salud.html



Azterlan eta Ikerkuntza Sanitaria
Estudios e Investigación Sanitaria

OSASUN DEPARTAMENTUA
GOBIERNO VASCO



Factores que afectan a la salud de la población



EL PLAN DE SALUD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

La estrategia para que los servicios sanitarios de Osakidetza aumenten su efectividad en la consecución de los objetivos del Plan de Salud pasa por establecer las actividades asistenciales que han demostrado utilidad en las áreas prioritarias del Plan, su inclusión en los Contratos Programa de hospitales y comarcas de atención primaria y su evaluación anual.

Así, las guías de práctica clínica, la opinión de los expertos y recomendaciones como las propuestas en las Estrategias nacionales del Consejo Interterritorial son las bases de la Oferta Preferente de atención primaria y de los Procesos Singularizados de los hospitales.

La Oferta Preferente en atención primaria

El Plan de Actividades Programadas (PAP) es una funcionalidad incorporada dentro de 3S-Osabide que permite recordar al profesional sanitario las tareas pendientes de realizar a cada paciente en base a su edad, sexo, factores de riesgo y episodios de enfermedad.

Las actividades preventivas o asistenciales más importantes, establecidas como Oferta Preferente, tienen en el PAP una herramienta informática de apoyo para su cumplimentación y valoración automática.

El PAP recoge indicadores relacionados con HTA diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, tabaquismo, asma, EPOC, salud mental, cuidados paliativos, salud infantil y salud reproductiva y sexual.

Algunas cifras correspondientes a los dos últimos años se aportan en el cuadro adjunto.

La Oferta Preferente se está revisando para eliminar requisitos sin evidencia científica suficiente.

El PAP, su soporte informático, también está siendo revisado

RESULTADOS OFERTA PREFERENTE		2006	2007
Tabaco	Detección de fumadores(% sobre asistentes a consultas)	34,8	41,2
	Consejo antitabaco (% sobre el nº de fumadores)	19,1	20,3
Riesgo CV	Valoración del riesgo cardiovascular si HTA, hipercolesterolemia o diabetes (% sobre el total de personas a calcular)	36,5	41,3
HTA	Cribado de hipertensos (% sobre asistentes a consultas)	29	34
	Hipertensos con buen control (%)	20,6	20,8
Diabetes	Cribado de diabéticos (% sobre asistentes a consultas)	30,4	37,9
	Buen control de la hemoglobina glicosilada (% sobre total)	39,6	41,3

Los indicadores de atención al cáncer IAM y al Ictus se han revisado para hacerlos más fiables y sustentados en evidencia.

Los objetivos anuales se calculan previo estudio de la situación de cada hospital. Los indicadores que han conseguido niveles de excelencia dejan paso temporalmente a otros nuevos.

En 2008 se ha iniciado la singularización de la atención a la esquizofrenia

Evolución de un Proceso Singularizado: Infarto Agudo de Miocardio en Bizkaia 2002-2006

La evaluación de la atención al IAM en los Hospitales de Bizkaia nos sirve de ejemplo de cooperación entre los profesionales de la planificación y de la asistencia sanitaria. En el año 2006, la cardiopatía isquémica fue la segunda causa específica de muerte tanto entre los varones como entre las mujeres y desde 2002 el IAM está incluido en el contrato programa de los hospitales de agudos de la CAPV.

En Bizkaia, se estableció un grupo de trabajo que determinara los niveles de calidad exigibles para todo el proceso asistencial en el que participan clínicos de los Servicios de Cardiología y Urgencias, responsables de calidad, directivos de los hospitales, así como técnicos del Plan de Salud de la Dirección Territorial.

Las propuestas y el trabajo de consenso dentro del grupo, han servido para determinar los niveles de calidad que debían ser contratados

en todo el proceso asistencial. Estos criterios de calidad se han evaluado anualmente y modificado de acuerdo con los resultados y las propuestas del grupo de trabajo, siempre intentando establecer objetivos de mejora anuales.

El número de pacientes atendidos en los últimos 10 años ha permanecido estable. Las diferencias de género son significativas: la media de edad en mujeres es de 74 años frente a los 64 en hombres y en estos últimos el intervencionismo es un 50% superior a las mujeres. La mortalidad hospitalaria es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres.

Como ejemplos de las mejoras del proceso entre 2002 y 2006 se observa que la administración de AAS o antiagregantes ha pasado del 75% al 97%. La prescripción de betabloqueantes en el momento del alta, del 52% se ha incrementado hasta el 81%. La prescripción de hipolipemiantes ha pasado del 78% al 88% en el momento del alta.

En contraste, el registro del hábito tabáquico y consejo de abandono, 79% en 2002 y 82% en 2006, prácticamente no ha evolucionado.

Las mejoras en cuanto al conjunto de los indicadores de calidad en estos cinco años han sido importantes y se han conseguido altos niveles de calidad en todos los hospitales.

INDICADOR	OBJETIVO	RESULTADO 2006 % [IC]
Administración inmediata de aspirina o antiagregantes (al ingreso)	≥95%	97% [94% - 99%]
Revascularización en las primeras 6 horas	100%	91% [86%-96%]
Prescripción de aspirina o antiagregantes al alta	100%	97% [94%-99%]
Prescripción de betabloqueantes al alta	≥75%	81% [75%-87%]
Prescripción de IECA al alta	Si FEV>40%: ≥65%	68% [51%-85%]
	Si FEV≤40%: ≥95%	75% [66%-83%]
Medición de función ventricular al alta	≥95%	92% [88%-96%]
Pacientes con déficit de función ventricular a los que NO se prescribe calcioantagonistas al alta	≥95%	94% [72%-99%]
Registro de situación respecto al hábito tabáquico y consejo de abandono a fumadores	≥95%	82% [75%-88%]
Prescripción de hipolipemiantes al alta	≥90%	88% [84%-94%]

Un registro informatizado recogerá la información sobre la atención urgente al IAM en Gipuzkoa integrando los datos de todos los agentes implicados: Emergencias, Primaria, Hospitales de agudos de Osakidetza y centros concertados Policlínica



Desarrollo de planes y proyectos

Ya ha transcurrido un tiempo desde la puesta en marcha del **Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009** y son patentes algunas de las mejoras introducidas en este breve espacio de tiempo. Entre sus objetivos el Plan incluía extender la asistencia especializada en el domicilio mediante el incremento progresivo de la cobertura geográfica de los servicios de Hospitalización a Domicilio. Así, en 2007, se ha extendido este servicio a los municipios de Barakaldo, Mungia, Sopelana, Gorliz, Plentzia, Laudio, Aiala y Arratia. En 2008 está prevista la cobertura de la totalidad de la Comarca Ekialde y un área mayoritaria de Mendebalde.

Con el fin de mejorar el intercambio de información entre los diferentes profesionales que realizan asistencia domiciliaria, se ha elaborado un documento para su cumplimentación y custodia domiciliaria, que recoja los aspectos mas relevantes, como el control del dolor y síntomas, teléfono de contacto en caso de empeoramiento y las expectativas de pacientes y familiares respecto a sus preferencias sobre el lugar en el que desean ser atendidos.

En el medio hospitalario, se está potenciando la derivación hacia las Unidades de Cuidados Paliativos como el entorno más idóneo para atender a estos pacientes, disminuyendo la tasa de fallecimientos en hospitales de agudos. Tanto los servicios de Hospitalización a Domicilio como las Unidades de Cuidados Paliativos son cada vez más accesibles desde Atención Primaria.

En el apartado de formación, continúa la oferta de cursos de cuidados paliativos para mejorar las habilidades en comunicación y soporte emocional y la capacitación técnica de los profesionales.

En el proceso de planificación de cuidados en la fase final de la vida, adquiere cada vez más importancia la voluntad del paciente sobre los tratamientos médicos y cuidados que desea recibir o rechazar. Este deseo puede haber sido plasmado en un documento de voluntades anticipadas e incluido en el registro del mismo nombre actualmente accesible desde toda la red asistencial.

Por último, el Departamento de Sanidad (Osteba) y Osakidetza han elaborado una guía de práctica clínica en Cuidados Paliativos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud dentro del acuerdo marco del Ministerio de Sanidad con las agencias de evaluación para del desarrollo del Plan de Calidad. Esta guía estará disponible en breve.

Más información: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20731/es/>
http://www.osanet.euskadi.net/r85-20321/es/contenidos/informacion/voluntades_anticipadas/es_volunt/volunt_introduccion_c.html

Plan de Cuidados Paliativos

Atención a pacientes en la fase final de la vida.
CAPV, 2006-2009



Proyecto de mejora de la Rehabilitación de las enfermedades crónicas en la sanidad pública vasca

El número de personas con enfermedades crónicas aumenta paulatinamente a la vez que crece la evidencia acerca de la efectividad de las medidas de rehabilitación para mejorar su calidad de vida. Mediante este proyecto se van a abordar diversos aspectos relacionados con la rehabilitación de las enfermedades crónicas, concretamente:

- Mejora de la rehabilitación del Ictus cerebral
- Programa de rehabilitación cardiaca en pacientes coronarios. En 2007 se inició en los hospitales Basurto, Txagorritxu y Donostia y se valora su extensión al resto de hospitales con unidades coronarias
- Programa de rehabilitación respiratoria en personas con EPOC, en cuyo pilotaje colaboran los ayuntamientos de Portugalete y Santurtzi.
- Estandarización del tratamiento del linfedema, principalmente post mastectomía, en cáncer de mama

Más información: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20731/es/>



Actuaciones en prevención y detección precoz del cáncer de cérvix

Hay dos actuaciones que se han abordado desde el Departamento de Sanidad y Osakidetza en el área del cáncer de cérvix. Concretamente:

- La vacunación contra el VPH.
- La actualización del protocolo de cribado del cáncer de cérvix.

Una de las consecuencias de estas actuaciones es la creación de un sistema de información automatizado en Osabide para el registro de las citologías realizadas, lo que permitirá la detección de mujeres con un cribado citológico inadecuado e intentará evitar la realización de citologías innecesarias.

Más información: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20432/es/contenidos/informacion/vacunas/es_4045/adjuntos/tripticoVacunaPapiloma.pdf



Osabide automatiza el registro de las citologías para el correcto seguimiento del protocolo de diagnóstico precoz del cáncer de cérvix

ESTUDIO DELPHI SOBRE EL DESARROLLO DEL CONTRATO PROGRAMA

Ya se han cumplido 10 años desde la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE) y del inicio de andadura de los contratos programa. En este periodo, el Contrato Programa ha experimentado una serie de transformaciones en sus contenidos hasta llegar a su expresión actual. Así, viene cumpliendo diversas funciones que abarcan desde la financiación conforme a los presupuestos generales hasta la facturación, el impulso de la calidad asistencial o la evaluación de la política sanitaria de contenido estratégico recogida en el Plan de Salud.

Dado los variados intereses y funciones que convergen en el Contrato Programa, durante el verano pasado se ha realizado un estudio prospectivo Delphi sobre el desarrollo del Contrato Programa de las organizaciones sanitarias del País Vasco.

El estudio ha abarcado opiniones relativas a cartera de servicios, conversión de objetivos del Plan de Salud en oferta preferente de servicios de atención primaria y procesos hospitalarios singulares, entre otros aspectos. Como resumen se puede decir que ha intentado recoger los diferentes acentos que se pueden colocar sobre el Contrato Programa, e imaginar posibles escenarios de futuro con el fin de planificar, mediante una actitud proactiva, en el horizonte de los próximos años.

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Partiendo de que la equidad es uno de los principios básicos del Sistema Sanitario Vasco, el Plan de Salud 2002-2010 contempla como prioridad desarrollar políticas sanitarias que reduzcan las diferencias de salud entre los diferentes colectivos de la CAPV.

En este contexto, en noviembre de 2007 se desarrollaron en Bilbao las jornadas sobre "Desigualdades sociales en salud: Una nueva visión para mejorar la salud de la población", organizadas por la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Cerca de 200 profesionales de diversas Comunidades Autónomas debatieron sobre el fenómeno de las desigualdades sociales en salud y las políticas públicas dirigidas a su reducción.

En resumen, a lo largo de las jornadas se identificaron las desigualdades sociales en salud como un problema de salud pública, se subrayó la importancia de incluir la perspectiva de género y las desigualdades socioeconómicas en los Planes de Salud autonómicos y se mostró la necesidad de una intervención multisectorial, tanto en la creación de estrategias para hacer frente a las desigualdades, como en la puesta en marcha de políticas de salud tendentes a reducir las desigualdades sociales en salud.

Para completar la información, se puede acceder a las ponencias y pósters en la siguiente dirección:

http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/congresos_jornadas/es_6524/ponencias_c.html



Dirección de planificación y Ordenación Sanitaria
Subdirección Plan de Salud

Servicios Territoriales Plan de Salud Araba, Bizkaia
y Gipuzkoa.

Gobierno Vasco

Departamento de Sanidad

C/ Donostia-San Sebastián, 1 01010 Vitoria-Gasteiz

Para cualquier comentario o sugerencia:

mgutierrezib@ej-gv.es

jxllano@ej-gv.es