

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.

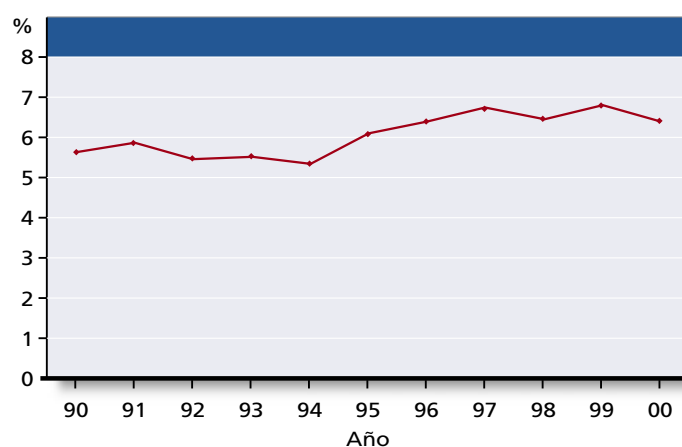
La mortalidad infantil sigue un claro gradiente socio-sanitario, siendo mayor en las secciones más desfavorecidas.

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.

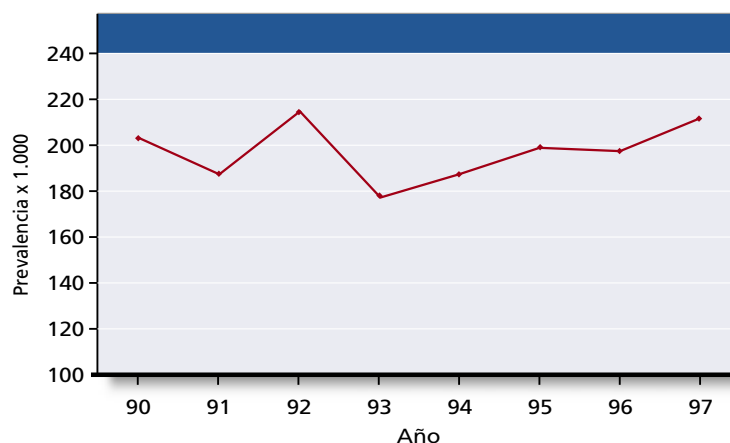
Figura 33. Proporción de nacimientos vivos con bajo peso al nacer. CAPV, 1990-2000



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.

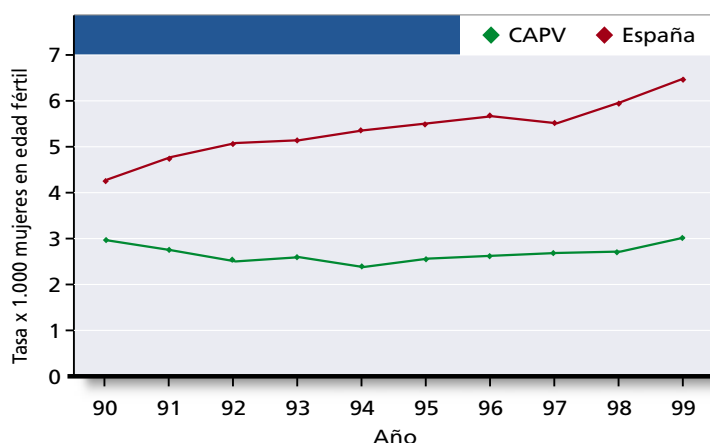
Se ha incrementado durante los últimos años el número de mujeres que realizan ejercicio físico en su tiempo libre, pero la proporción continua siendo menor que en los varones (29% vs 20%). Por otro lado, destaca el aumento en la proporción de mujeres obesas, que aumenta notablemente con la edad.

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 la 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).