

# PLAN DE SALUD DE EUSKADI 2002-2010

## Informe 2006

Departamento de Sanidad



# INDICE

## Introducción

### Resultados en Salud 2006

- Esperanza de vida
- Mortalidad
- Morbilidad
- Estilos de vida relacionados con la salud
- Desigualdades sociales en salud

### Resumen de las actividades 2006

- Individuales
- Comunitarias e Intersectoriales

### Intervenciones territoriales 2006

- Araba
- Bizkaia
- Gipuzkoa

### Prioridades de actuación en 2007

- Servicios sanitarios
- Intersectoriales



## INTRODUCCION

El informe anual del Plan de Salud pretende mostrar las tendencias actualizadas en el estado de salud de nuestra Comunidad Autónoma, especialmente en aquellas áreas que han sido priorizadas por generar un mayor impacto en la mortalidad, en la incapacidad y en la calidad de vida.

Creemos que es necesario realizar un ejercicio sistemático de reflexión y análisis de la situación, ampliar la perspectiva y recuperar enfoques integrales que el transcurso de la actividad diaria relega por su inmediatez y por la natural tendencia a trabajar en el propio sector.

El informe anual servirá de base para acordar, entre los múltiples agentes implicados en llevar adelante el Plan de Salud, las actuaciones que deben desarrollarse.

Aborda la situación de las áreas verticales priorizadas en el Plan: el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la salud mental, y los accidentes. También las áreas transversales como el tabaquismo, los estilos de vida y las desigualdades sociales en salud.

Recoge información de las estrategias y actividades desplegadas en Osakidetza/S.V.S, como principal agente sanitario vasco, instrumento para conseguir la equidad y cohesión en la calidad de las prestaciones sanitarias, así como intervenciones comunitarias e intersectoriales.

Cada Territorio Histórico tiene peculiaridades geográficas, demográficas y organizativas que requieren respuestas adaptadas. Esta situación puede convertirse, mediante una labor de coordinación, en una oportunidad para la generación de iniciativas y experiencias que redunden finalmente en beneficio de todos.

Nos hemos propuesto elaborar un documento de fácil lectura, recogiendo indicadores e intervenciones esenciales, evitando listados exhaustivos y huyendo de declaraciones de intenciones genéricas.

Queremos subrayar que la consecución de objetivos en salud es una tarea con múltiples agentes y responsables, que precisan conocimiento cercano de la situación para desarrollar una participación y una corresponsabilidad efectivas. Esperamos que este documento contribuya a compartir objetivos y coordinar esfuerzos.

En la elaboración del documento, hemos tomado como fecha de referencia diciembre de 2006. Esto supone en la práctica que los datos presentados se refieren a los más actuales disponibles en esa fecha en los diferentes sistemas de información consultados.

<mailto:mgutierrezib@ej-gv.es>

<mailto:jxlano@ej-gv.es>



## RESULTADOS EN SALUD 2006

### ESPERANZA DE VIDA

Mejora la esperanza de vida al nacimiento, con un incremento de 0,5 años respecto a 2003, para ambos sexos.

Mejora la esperanza de vida a los 65 años en ambos sexos, alcanzando en el caso de los varones el objetivo planteado en el Plan y quedando a escasa distancia de conseguir el objetivo en el caso de las mujeres.

	Situación 2000	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Esperanza de vida al nacimiento en varones	75,4 <sup>3</sup>	76,7	76,8	77,3	76,8	Registro Mortalidad
Esperanza de vida al nacimiento en mujeres	83 <sup>3</sup>	84,0	83,9	84,4	84,3	Registro Mortalidad
Esperanza de vida a los 65 años en los varones	16,1 <sup>2</sup>	17,0	17,1	17,7	Aumentarla un 10%	Registro Mortalidad
Esperanza de vida a los 65 años en las mujeres	21,4 <sup>2</sup>	22,0	21,7	22,3	Aumentarla un 10%	Registro Mortalidad
Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en varones	65,1 <sup>1</sup>	67,6			67,3	ESCAV
Esperanza de vida libre de incapacidad al nacimiento en mujeres	71,3 <sup>2</sup>	72,4			72,8	ESCAV

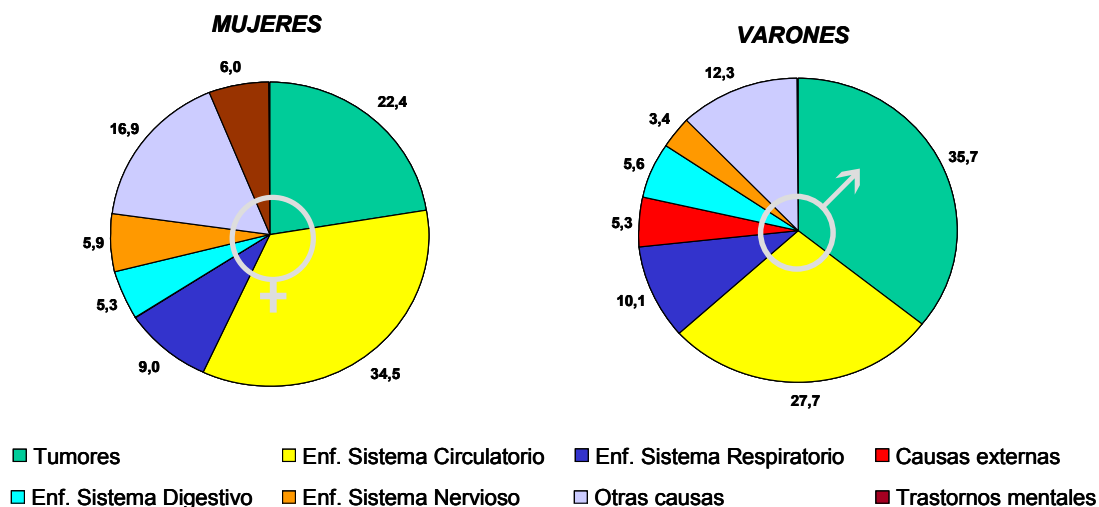
### MORTALIDAD

En el año 2004, las enfermedades del sistema circulatorio aparecen como la primera causa de muerte para ambos sexos, suponiendo el 31% de todas las muertes; le siguen en orden de frecuencia los tumores, con el 29%, y las enfermedades de sistema respiratorio con el 10%.

Por sexos, las mujeres presentan como primera causa las enfermedades del sistema circulatorio con el 35%, seguidas por los tumores con el 22% y las enfermedades respiratorias con el 9%.

En varones, la primera causa son los tumores con el 36%, seguido por las enfermedades del sistema circulatorio con el 28% y de las respiratorias con el 10%.

Los problemas de salud con mayor impacto en la mortalidad de la población de la CAPV, han sido recogidos como áreas prioritarias de intervención en el Plan de Salud y quedan representadas en la siguiente figura:



### Mortalidad prematura

Durante 2004, las causas de muerte que han hecho perder más años potenciales de vida en ambos sexos son: los tumores (41%), los accidentes (20%) y las enfermedades del sistema circulatorio (16%). En este apartado las diferencias entre sexos son notables.

#### Causas que han generado mayor pérdida de años potenciales de vida en ambos sexos

##### Mujeres

2002	
Causa	Nº años
Cáncer de mama	2.120
Accidentes de tráfico	1.760
Cáncer de pulmón	1.018
Suicidios	973
Otros tumores	840

2003	
Causa	Nº años
Cáncer de mama	1.948
Accidentes de tráfico	1.749
Cáncer de pulmón	1.290
Enf. cerebro-vascular	820
SIDA	718

2004	
Causa	Nº años
Cáncer de mama	2.060
Cáncer de pulmón	1.420
Accidentes de tráfico	883
Suicidios	853
Enf. cerebro-vascular	635

##### Hombres

2002	
Causa	Nº años
Accidentes de tráfico	5.034
Cáncer de pulmón	4.288
Cardiopatía isquémica	3.988
Suicidios	2.600
SIDA	1.948

2003	
Causa	Nº años
Accidentes de tráfico	5.170
Cáncer de pulmón	4.523
Cardiopatía isquémica	4.036
Suicidios	2.385
Enf. hepáticas	2.213

2004	
Causa	Nº años
Cáncer de pulmón	4.698
Accidentes de tráfico	3.772
Cardiopatía isquémica	3.395
Suicidios	2.698
Enf. hepáticas	1.905

## Evolución de la Mortalidad por cáncer

La mortalidad por tumores malignos en menores de 65 años, mantiene una tendencia irregular en los últimos tres años registrados.

Con respecto a las localizaciones priorizadas en el Plan, disponemos de los siguientes datos hasta el año 2004:

- La mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años aumenta con respecto a años precedentes, especialmente en el caso de las mujeres.
- Continúa disminuyendo la mortalidad por cáncer de mama, que se sitúa en 2003 y 2004 por debajo del objetivo marcado para el año 2010 por el Plan de Salud.
- La mortalidad por cáncer colo-rectal sigue una tendencia variable, al alza en varones y más estable en mujeres.
- La mortalidad por cáncer de cabeza y cuello, en varones, mantiene una tendencia descendente en los últimos años y mejora en casi dos puntos, el objetivo marcado para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por tumores malignos en varones menores de 65 años	115,9 <sup>6</sup>	110,9	110,0	115,9	Iniciar tendencia descendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años	52,4 <sup>6</sup>	55,8	51,9	52,7	Disminuirla un 10%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en varones menores de 65 años	32,3 <sup>6</sup>	30,2	31,0	34,4	Invertir tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años	3,9 <sup>6</sup>	5,6	6,3	8,1	Frenar tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de mama en mujeres	22,3 <sup>6</sup>	18,7	18,2	17,9	Disminuirla un 17,5%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en varones	29,5 <sup>6</sup>	30,8	33,9	31,9	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en mujeres	14,5 <sup>6</sup>	14,6	13,6	14,2	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cáncer de cabeza y cuello en varones	22,6 <sup>6</sup>	19,8	18,5	18,7	Disminuirla un 10%	Registro de Mortalidad

## Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares

La evolución de la mortalidad de enfermedades del aparato circulatorio en general, y de forma específica las enfermedades cardio y cerebrovasculares, es positiva en ambos sexos, especialmente la mortalidad por cardiopatía isquémica entre 25 y 74 años.

Sin embargo, la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio de los varones menores de 65 años, aunque mejora la situación de partida, sigue una tendencia negativa los 3 últimos años.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	57,1 <sup>6</sup>	47,9	49,0	52,6	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	16,1 <sup>6</sup>	13,8	15,0	11,4	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en varones menores de 75 años	23,0 <sup>6</sup>	21,3	17,1	19,7	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres menores de 85 años	25,5 <sup>6</sup>	21,0	20,2	17,0	Disminuirla un 20 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en varones (25-74 años)	83,1 <sup>6</sup>	65,2	61,0	55,5	Disminuirla un 15 %	Registro de Mortalidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres (25-74 años)	17,2 <sup>6</sup>	11,2	13,0	11,2	Disminuirla un 15 %	Registro de Mortalidad

## Mortalidad por accidentes y causas externas

La mortalidad por causas externas en jóvenes de 15 a 29 años ha disminuido de forma significativa, situándose, con una tasa de 21,5 por 100.000 habitantes, por debajo del objetivo marcado para el año 2010.

La mortalidad por accidentes de tráfico mantiene una buena evolución, con resultados del año 2004 que mejoran el objetivo propuesto para 2010.

La mortalidad por accidentes laborales y la incidencia de enfermedad profesional en nuestra Comunidad Autónoma continúa lejos del objetivo planteado. Concretamente en el 2005 se produjeron 62 accidentes mortales, 10 más que a lo largo del año 2004.

Los datos más actualizados de morbilidad por accidentes domésticos en el ocio y deporte son los extraídos de la ESCAV 2002. Entre sus resultados encontramos que el 17 por mil de los encuestados declaró haber tenido un accidente en casa y 10 de cada mil sufrieron un accidente deportivo.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de tráfico	12,9 <sup>6</sup>	11,5	11,4	8,5	Disminuirla un 20%	Registro de Mortalidad
Mortalidad por accidentes de trabajo	14 <sup>7</sup>		9,6	7,3	Disminuirla un 40%	OSALAN- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales
Morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte	5% <sup>8</sup>				Disminuirla un 20%	ESCAV
Incidencia de enfermedad profesional	2,3 <sup>16</sup>		4,3	3,8	Disminuirla un 20%	OSALAN- Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

### Mortalidad por trastornos mentales

Las tasas de muerte por suicidio de los últimos años se muestran variables, aunque con una ligera tendencia al alza. Los resultados del 2004 (7 por 100.000 habitantes en ambos sexos) nos mantienen justo en el límite del objetivo propuesto en el Plan de Salud para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad por suicidio	7,2 <sup>6</sup>	7,3	6,3	7,0	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	Registro de mortalidad

### Mortalidad infantil

La mortalidad infantil presenta un ligero incremento en su tasa aunque se mantiene por debajo del objetivo planteado en el Plan. De la misma forma, se ha producido un incremento puntual, dentro de la tendencia positiva de la mortalidad perinatal, con una tasa de 6,4 por 1000 nacidos en el año 2004.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	Objetivo 2010	Fuente
Mortalidad infantil	4,8 <sup>13</sup>	3,4	3,2	4,0	Mantenerla por debajo de tasas iniciales	Registro Mortalidad
Mortalidad perinatal	6,1 <sup>15</sup>	5,7	5,3	6,4	Mantenerla por debajo de tasas iniciales	Registro Mortalidad

## Mortalidad por SIDA y otras enfermedades infecciosas

La mortalidad por SIDA se encuentra aún lejos del objetivo planteado para el año 2010, con 87 fallecidos por esta causa (68 varones y 19 mujeres) registrados en el año 2004 y 74 fallecidos en 2005. Además, según los datos aportados por el Plan de Prevención y Control del SIDA de Osakidetza, el año 2005 se produce un ligero incremento de infecciones por VIH respecto al año 2004.

Sin embargo, el número de nuevos casos de SIDA disminuye progresivamente con un dato en el año 2004 de 128 nuevos casos, que supone una disminución del 5,9% respecto al dato del año 2003 y 124 nuevos casos en el 2005, lo que supone una nueva disminución de la incidencia del 3,1%.

Se ha producido un importante descenso en el número de recién nacidos VIH+ por transmisión materno-fetal diagnosticados en los últimos años (1996-2005), que han sido de 18 frente a los 116 que se diagnosticaron durante el periodo 1984-1995. Durante el año 2005 no se ha registrado ningún caso.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2002	2003	2004	2005	Objetivo 2010	Fuente
Casos de recién nacidos con VIH+	1 <sup>4</sup>	1	1	0	0	0	Registro SIDA. Osakidetza/Svs
Nº de nuevas infecciones por VIH (en residentes de la CAPV)	186	186	183	144	152	inferior a 100/año (indicador modificado)	PPCS Memoria Osakidetza 2005
Nº de nuevos casos de SIDA	186 <sup>4</sup>	127	137	128	124	inferior a 100/año	Registro SIDA. Osakidetza/Svs
Mortalidad por SIDA	91 <sup>4</sup>	87	79	87	74	< 50 casos/año	Registro Mortalidad

## Enfermedades transmisibles

Dentro del área de las enfermedades transmisibles a lo largo de los últimos tres años (2004-2006) podemos decir que no se ha registrado ningún caso de tétanos en menores de 35 años, ni de meningitis B, sarampión autóctono, tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa en menores de un año. Tampoco se ha detectado ningún caso de sífilis congénita.

Los resultados de la meningitis C en menores de 15 años mantienen una buena progresión hacia el cumplimiento del objetivo y la incidencia de la TBC mantiene una tendencia levemente a la baja.

La rubéola ha presentado una gran variabilidad en los últimos tres años y la parotiditis presenta un aumento importante alcanzando los 156 casos en el año 2006.

Por último mencionar que la prevalencia de pacientes con infección nosocomial ha aumentado ligeramente, pasando de 6,3 en el año 2004 a 6,7 el año 2005.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2004	2005	Objetivo 2010	Fuente
Meningitis C	6 <sup>4</sup>	8	2	0 casos (en menores de 15 años)	Registro EDO, SIMCAPV
Rubéola	7 <sup>4</sup>	1	15	0 casos autóctonos	Registro EDO.
Parotiditis	57 <sup>4</sup>	36	52	0 casos autóctonos	Registro EDO.
Incidencia de TBC	34,7 <sup>9</sup>	24,10	23,62	Reducirla un 70%	Registro EDO.
Proporción de pacientes con infección nosocomial en la red	6,7 <sup>4</sup>	6,3	6,7	Deberá mantenerse por debajo del 6,5%	Memoria Osakidetza 2005

## MORBILIDAD

Los datos del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV nos muestran los grupos de enfermedades que figuraron con mayor frecuencia como diagnóstico principal al alta durante los últimos años. Los resultados corresponden con las altas obtenidas del CMBD, donde se descargan los datos de todos los centros sanitarios de la CAPV públicos y privados, quedando excluidos los centros de atención psiquiátrica.

Así en los hospitales de agudos de nuestra comunidad, se mantienen en los varones las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio, como los principales grupos diagnósticos que producen un mayor número de ingresos. En las mujeres, estos lugares los ocupan el grupo de embarazo, parto y puerperio, enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales y del sistema circulatorio.

Con respecto a las áreas priorizadas en el Plan de Salud, observamos los siguientes resultados para el año 2004:

### Infarto de Miocardio

Se han registrado 2.670 altas con el código diagnóstico 410 "Infarto de miocardio" ocasionadas por 2.289 personas, de las que el 70% son hombres.

La edad media de los hombres (64,1 años) es inferior a la de las mujeres (74,5 años), no observándose variaciones entre TH.

Con respecto al 2003, se ha observado una disminución del 2,2% en el número de altas totales.

No se han observado variaciones en lo que respecta a la tasa bruta de las altas de la CAPV para ambos sexos con respecto año 2003. Sin embargo, cuando se analiza por sexo se observa que ha habido un incremento del 2,3% en la tasa bruta de las altas de los hombres y una disminución del 5% en las altas correspondientes a las mujeres.

## Enfermedades Cerebro-Vasculares

Se han registrado 6.497 altas en el capítulo correspondiente a “Enfermedades Cerebro-Vasculares”, de las que el 54,6% son hombres.

Los hombres tienen una edad media de 69,8 años, más baja que la de las mujeres (74,6 años).

Con respecto a 2003, no se han observado variaciones en cuanto a la edad media y la tasa bruta del número de altas de la CAPV para ambos sexos se ha incrementado en un 5,3%, más en los hombres (5,9%) que en las mujeres (4,6%).

## Neoplasias Malignas

### Pulmón

Se han registrado 1.636 altas con el diagnóstico principal de cáncer maligno de pulmón realizadas por 1.116 personas de las que 84,6% han sido hombres.

La edad media de los hombres ha sido de 65,2 años algo superior a la de las mujeres (61,2 años).

Con respecto al año anterior, la edad media de las mujeres es 2,9 años menor y las estancias en ambos sexos se mantienen similares.

La tasa bruta del número de altas en la CAPV para ambos sexos se ha incrementado en un 10,8%, más en las mujeres 14% que en los hombres (10,2%).

### Mama femenina

Se han registrados 1.633 altas con el diagnóstico principal de neoplasia maligna de la mama femenina realizadas por 1.203 personas.

La edad media ha sido de 57,7 años siendo similar en los tres Territorios Históricos.

Con respecto al año 2003, las altas registradas por “cáncer de mama femenina” se han incrementado en un 2% y el número de personas en un 3,5%. La edad media, la estancia media y los fallecimientos son similares y la tasa bruta para la CAPV se ha incrementado en 2,2%.

## Colon y Recto

Se han registrado 2.472 altas cuyo diagnóstico principal ha sido el de cáncer de colon-recto causadas por 1.636 personas, con tasas por 100.000 habitantes de 150,6 altas para los hombres y 84,3 altas para las mujeres.

Se ha observado un aumento del 13,9% en el número de altas y un 14,6% en el de personas con respecto al año 2003. La tasa bruta de las altas en la CAPV para ambos sexos se ha incrementado en un 16,7%, algo más en los hombres (17,2%) que en las mujeres (15,9%).

<b>Número de altas totales en todos los hospitales de agudos de la CAPV</b>						
Grupo diagnóstico	CAPV 2002 (residentes)		CAPV 2003		CAPV 2004	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
140-239 Tumores	12.296	10.941	12.145	11.043	12.915	11.426
290-319 Trastornos mentales	2.681	2.208	2.669	2.080	2.738	2.194
320-389 Sistema nervioso y órganos sensoriales	11.317	15.765	11.045	15.034	11.278	15.770
390-459 Sistema circulatorio	18.882	13.792	19.230	13.873	20.186	15.086
460-519 Aparato respiratorio	14.506	8.919	14.298	9.217	14.852	9.308
520-579 Aparato digestivo	17.708	12.041	17.565	12.058	18.521	13.132
580-629 Aparato genitourinario	6.468	9.661	6.442	9.287	6.416	9.652
630-676 Embarazo, parto y puerperio	0	21.940	0	23.105	0	24.054
710-739 Sistema osteomuscular	10.858	11.298	10.919	11.311	11.274	11.911
740-759 Anomalías congénitas	1.126	874	1.110	870	1.203	996
760-779 Patología perinatal	987	747	997	804	958	752
780-799 Signos y síntomas mal definidos	6.011	4.910	6.114	5.154	6.345	5.455
800-999 Lesiones y envenenamientos	11.757	8.254	11.300	8.061	11.696	8.704

## Diabetes mellitus

Para la evaluación de los objetivos planteados en el área de la diabetes (incidencia de ceguera, insuficiencia renal y amputaciones), disponemos de datos indirectos que nos permiten estimar la evolución del proceso. Concretamente, las altas hospitalarias con diagnóstico de amputación por diabetes mellitus en los hospitales públicos de la CAPV (CIE-9-MC diagnóstico principal 250, códigos de procedimiento 84.10 a 84.17), el número de trasplantes realizados a pacientes diabéticos y los datos obtenidos de la ONCE respecto a los afiliados con retinopatía diabética. Los resultados de los últimos años son los siguientes:

Indicadores modificados del Plan de Salud	2002	2003	2004	2005	Fuente
Ceguera asociada a diabetes	260	257	266	267	Registro ONCE
Trasplantes renales a pacientes con diabetes como enf. renal primaria	9	13	9	4	Unidad de información sobre pacientes renales de la CAPV
Altas por amputaciones secundarias a la diabetes mellitus	131	108	141	136	Registro de altas hospitalarias (CMBD)

## ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

Diferentes hábitos como el tabaquismo, la dieta y el consumo de alcohol, y estilos de vida como el sedentarismo tienen un impacto muy importante en la salud de la población.

No disponemos de datos actualizados en cuanto a la dieta de la población general. Sin embargo, se ha publicado recientemente un avance con los resultados de la “Encuesta de hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años”. El análisis de los datos obtenidos en este grupo poblacional nos ayudará, en cierta medida, a estimar las tendencias de los indicadores mencionados en la población general.

Los indicadores relacionados con los estilos de vida se recogen periódicamente en la ESCAV, Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca, que se realiza con una periodicidad quinquenal. Actualmente disponemos de los datos referidos al año 2002, que se actualizarán con los resultados de la ESCAV 2007.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial (1997)	2002	2007	Objetivo 2010	Fuente
Proporción de no fumadores	71%	74%		80%	ESCAV
Proporción de personas expuestas al humo del tabaco ajeno	44%	32%		10%	ESCAV
Proporción de bebedores excesivos entre los 16 y los 65 años	4,1%	3,1%		3,5%	ESCAV
Consumo de alcohol medio diario (gr.) por personas mayores de 16 años	12,8	11,0		10,9	ESCAV
Proporción de mayores de 15 años que realizan actividad física en su tiempo libre	24%	19%		32%	ESCAV
Proporción de personas obesas de 16 y más años	10%	10%		8%	ESCAV

## DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

El Plan de Salud 2002-2010 apunta la equidad como uno de los principios informadores del sistema sanitario vasco, junto con la universalidad, la solidaridad, la calidad de los servicios y la participación ciudadana.

Es por ello que el análisis de las desigualdades ha ido incorporándose progresivamente como una estrategia transversal, impregnando las diferentes actividades desarrolladas por el Sistema Sanitario.

Inicialmente se establecieron una serie de objetivos e indicadores que permitieran cuantificar las desigualdades sociales con respecto a la autovaloración de la salud, esperanza de vida, hábito tabáquico y obesidad. Sin embargo, ha resultado complicado obtener resultados evaluables con el diseño inicial, por lo que actualmente se está trabajando en una nueva definición de los mismos.

<b>Desigualdades no equitativas en salud</b>
<b>Indicadores Plan de Salud</b>
Diferencias sociales en la autovaloración de la salud en mujeres y varones
Diferencias sociales en el consumo de tabaco
Diferencias sociales en la proporción de personas obesas de 16 y más años
Diferencias sociales en la esperanza de vida en mujeres y varones
Diferencias sociales en la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres y varones menores de 65 años

## SALUD MEDIOAMBIENTAL

Los indicadores de calidad medioambiental (aire, agua) son parcialmente favorables. En el caso de las partículas en suspensión PM10, no ha sido superado en ninguno de los sensores el valor límite de la media anual para la protección de la salud establecido en el 2005 en 40 microgramos por metro cúbico, sin embargo durante el año 2005 sí se ha superado el valor límite para las medias diarias en algunos puntos de la CAPV (Arrasate, Azpeitia, Basauri y Betoño).

En este mismo ámbito, el porcentaje de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria se mantiene de forma estable por encima del objetivo propuesto para el año 2010.

Indicadores Plan de Salud	Situación inicial	2003	2004	2005	Objetivo 2010	Fuente
% de población que recibe agua de abastecimientos con calificación satisfactoria	89% <sup>15</sup>	92,0	91,0	92%	95%	Memoria anual Salud Pública
Media diaria anual de partículas en suspensión (PM 10)	44 $\mu$ g/m <sup>3</sup>	<43,2	<41,6	<40	< 20 $\mu$ g/m <sup>3</sup>	Memoria anual Salud Pública

## RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES 2006

El año 2006 ha estado marcado por cambios en la estructura orgánica para el Plan de Salud, cambios que han inducido un análisis de situación y priorización de objetivos para el periodo 2006-2007

En conjunto, podemos decir que se están cumpliendo la mayoría de los objetivos planteados inicialmente. El despliegue del Plan de Salud en las diferentes áreas prioritarias a lo largo del año 2006 se puede resumir en las siguientes actuaciones:

### Actuaciones a nivel individual

Estas actuaciones se refieren a las desarrolladas en los servicios sanitarios, primordialmente a través de Osakidetza/ S.V.S y sus Organizaciones de Servicios. Han sido realizadas en colaboración entre diferentes Direcciones del Departamento de Sanidad y Osakidetza.

El Contrato Programa con Osakidetza (Oferta Preferente, Procesos Singularizados, Compromisos Complementarios) establece, entre otras funciones, la contratación de las actividades preventivas y asistenciales de impacto positivo en las áreas priorizadas, y sus criterios de calidad, con las Organizaciones de Servicios Sanitarios. Se evalúa anualmente.

Los agentes contratantes son las Direcciones Territoriales de Sanidad y las Organizaciones de Servicios de Osakidetza, Comarcas de Atención Primaria, Hospitales de Agudos, Hospitales de Media y Larga estancia y los Servicios de Salud Mental.

También se están desarrollando Contratos-Programa con lo Servicios Sanitarios privados concertados.

En el año 2006 se ha avanzado en:

- Mejorar el soporte en evidencia científica de las actividades que recoge la Oferta Preferente.
- Facilitar a los profesionales de Atención Primaria la realización de estas actividades, mediante la mejora del PAP, herramienta informática de Osabide de recordatorio y evaluación de la actividad asistencial en Atención Primaria.
- Mejorar la fiabilidad y comparabilidad de los resultados entre los 3 Territorios Históricos.
- Revisar los criterios de contratación de los procesos relacionados con el Plan de Salud en el Contrato Programa.

## Actuaciones en estilos de vida

### Tabaco-Alcohol

La promoción de estilos de vida saludables, la atención al tabaquismo y al consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria, y las buenas prácticas asistenciales para fomentar su abandono, tienen indicadores específicos dentro del Programa de Actividades Preventivas.

Esta actividad en su conjunto, queda plasmada en la Oferta Preferente de Atención Primaria, en forma de parámetros para el cribado y cobertura poblacional y criterios de buena atención (consejo y oferta de ayuda para el abandono del hábito, diagnóstico de la motivación mediante el uso de test específicos, inicio de la deshabituación y resultados de las actuaciones a los 12 meses, valoración de la situación familiar, etc).

Atención al tabaquismo – Resultados Oferta Preferente							
2005				2006			
	CAPV	V. Máx.	V. Mín.		CAPV	V. Máx.	V. Mín.
<b>CRIBADO</b>	25,94%	49,99%	0%	<b>CRIBADO</b>	34,87%	45,35%	23,48%
<b>COBERTURA</b>	30,75%	80,66%	0,41%	<b>COBERTURA</b>	39,85%	51,12%	26,67%
<b>CBA 1 Consejo y oferta</b>	41,12%	68,70%	5,26%	<b>CBA 1 Consejo y oferta</b>	47,16%	55,63%	40,61%

### Cáncer

Además de las actividades preventivas en materia de tabaquismo anteriormente descritas, los servicios asistenciales tienen una responsabilidad definida en la curación del cáncer, en el aumento de la supervivencia y en proporcionar calidad de vida a lo largo de todo el proceso asistencial y de manera especial, en las situaciones de terminalidad.

La Atención Primaria, los Hospitales de Agudos, y los Hospitales de Media y Larga estancia, tienen unas funciones singulares en las diferentes fases del proceso de atención al cáncer. El Contrato Programa plasma las líneas estratégicas de la atención al cáncer, definiendo estas funciones, sus características de calidad y los indicadores y estándares acordados.

El diagnóstico temprano de los tumores para los que no hay suficiente evidencia científica sobre la efectividad de los programas de detección precoz a nivel poblacional, en el ámbito de la atención primaria, debe estar basado en la aplicación de protocolos clínicos sobre signos y síntomas de alerta, dirigidos a las personas de alto riesgo.

Se ha trabajado en la reducción de los tiempos de espera, mediante los circuitos de diagnóstico y tratamiento adecuados, y los mecanismos efectivos de derivación entre los diferentes niveles de atención.

La atención al enfermo oncológico debe ser llevada a cabo de forma individualizada mediante guías de práctica clínica de calidad, contrastadas y validadas. Los Comités Hospitalarios de Tumores definen el plan individualizado para cada paciente y su funcionamiento está recogido en Contrato programa.

La atención debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que garanticen 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.

Se potencian 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.

En la evaluación de los resultados del CP de los últimos años se han detectado retrasos excesivos en los registros hospitalarios de tumores, por lo que se ha realizado el Plan de mejora del registro de cáncer en Euskadi.

A lo largo del periodo 2005-2006, tras analizarse la evidencia científica disponible, se ha considerado una ampliación de la edad de la población diana incluida en el programa de diagnóstico precoz del cáncer de mama y en consecuencia se ha aprobado recientemente la ampliación progresiva de la cobertura al colectivo de mujeres de 65 a 69 años.

### Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009

El Departamento de Sanidad ha presentado en 2006, el Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009. En el Plan se define la adecuación de los dispositivos asistenciales a las necesidades de los pacientes. Da preferencia al domicilio como lugar de ubicación de los cuidados paliativos. y plantea mejorar sustancialmente la calidad de la atención domiciliaria, pero habilitando el acceso directo a las Unidades de Cuidados Paliativos cuando la complejidad, la gravedad de los síntomas o bien la decisión de la familias así lo requiera.

En una apuesta por mejorar la calidad de la prestación, se hace especial énfasis en la preparación del personal sanitario, que debe tener un grado de capacitación adaptado a la complejidad de la asistencia que deba de prestar, ofertándosele para ello programas de formación continuada, en el caso de que así lo requieran y en la coordinación entre los diferentes servicios implicados.

Desde las Jefaturas del Plan de Salud de las tres Direcciones Territoriales, se ha iniciado en el año 2006, la adaptación del Plan de Cuidados Paliativos a las características de cada Territorio, dando importancia a conseguir cobertura especializada para la población de la CAPV, definiendo la figura y el acceso al consultor, para las zonas en las que no esté desplegado el servicio de hospitalización a domicilio. También se abordará la situación de los Hospitales de Agudos, que por sus características, atienden a un número significativo de pacientes en situación de terminalidad.

La Comunidad Autónoma del País Vasco ha sido encargada por el Ministerio de Sanidad para elaborar en 2006-2007 la Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos común para todo el SNS.

### Enfermedades del aparato circulatorio

Como apoyo a la estrategia de actuación sobre los factores de riesgo, también aquí se ha incluido su control en el Programa de Actividades Preventivas de Atención Primaria y se mantiene su presencia dentro de la Oferta Preferente, mediante la detección de pacientes de alto riesgo cardiovascular y la detección y buen control de las personas hipertensas, obesas e hipercolesterolémicas.

En los Hospitales de Agudos, la cardiopatía isquémica y la patología cerebrovascular son procesos singularizados en los Contratos Programa vigentes, estableciendo indicadores de estructura, proceso y resultado, que permiten el seguimiento de la calidad en todo el proceso asistencial, la evaluación de sus resultados y el planteamiento de estrategias de mejora continua.

Los indicadores y estándares del Contrato Programa de Hospitales de Agudos respecto al IAM se han dirigido hacia la protocolización de toda la cadena de atención (emergencias, UTE, atención primaria, urgencias hospitalarias, cuidados médicos intensivos, cardiología, medicina interna y hemodinámica cardiaca), a la atención temprana del paciente, al uso adecuado de las técnicas de revascularización y al control del tratamiento apropiado en el momento del alta hospitalaria.

De manera similar a lo expuesto para la cardiopatía isquémica, las actuaciones más significativas realizadas en relación a la patología cerebrovascular se han dirigido hacia la mejora de la atención hospitalaria de la fase aguda y a la coordinación posterior entre los servicios que atienden a este tipo de pacientes, mediante el establecimiento de protocolos asistenciales, realización de interconsultas con los servicios de rehabilitación y el control de tratamiento y seguimiento adecuado en el momento del alta hospitalaria.

### Diabetes Mellitus

La prevención, control y tratamiento de la diabetes mellitus merece un apartado especial en el control de los factores de riesgo de las enfermedades del sistema circulatorio, por su alta morbilidad en sí misma y por su gran influencia como factor de riesgo cardiovascular.

La Oferta Preferente, recoge las actividades de detección de buen control metabólico con enfoque integral, y controles específicos para las complicaciones de retinopatía diabética, amputaciones y neuropatías.

En 2006, se ha extendido el control de la retinopatía mediante telemedicina, con el retinógrafo no midriático. Su implantación supone que el paciente acude al centro de salud, donde se obtiene una imagen de su retina mediante el retinógrafo. De forma inmediata esta imagen es enviada a través de la red informática a su hospital de referencia, para ser interpretada por un especialista. Se trata de un programa que se ha desarrollado conjuntamente entre Atención Primaria y Especializada, lo que permite un seguimiento conjunto facilitando la coordinación entre pacientes.

La Comunidad Autónoma del País Vasco ha sido encargada por el Ministerio de Sanidad para elaborar en 2006-2007 la Guía de Práctica Clínica en diabetes común para todo el SNS.

### Salud Mental

Se han modificado los indicadores del Contrato Programa de Salud Mental Extrahospitalaria, para dar especial relevancia a la patología mental grave. Se pretende mejorar la accesibilidad a la asistencia psiquiátrica y su diagnóstico precoz; sobre todo para los pacientes infanto-juveniles, el refuerzo de la actividad educativa con las familias de pacientes psiquiátricos y el establecimiento de un programa de seguimiento intensivo de patología psiquiátrica grave.

### Consejos Asesores

Se han nombrado a finales del 2006 los nuevos miembros de los Consejos Asesores sobre el cáncer, diabetes y enfermedad cardiovascular.

### Plan de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas

A lo largo del año 2006 y 2007 se va a elaborar un plan de mejora de la rehabilitación de las enfermedades crónicas.

Se consideran áreas de estudio del comité las siguientes:

- Enfermedades neurológicas.
- Linfedemas: principalmente post mastectomía en cáncer de mama.
- Infarto agudo de miocardio, por tratarse de una terapia con eficiencia avalada.
- Enfermedades pulmonares: EPOC, fibrosis quística.
- Enfermedades del aparato músculo esquelético, por su elevada prevalencia y consumo de recursos sanitarios y por la posibilidad que tienen de ser adecuadamente atendidos en los dispositivos sociales no sanitarios.

Su abordaje contemplará tanto las fases de déficit funcional recuperable como las fases estables de mantenimiento de la función adquirida. Se abordarán las áreas de mejora en los servicios sanitarios y las interfases con los servicios sociales.

## ACTUACIONES COMUNITARIAS E INTERSECTORIALES

### Oinez Bizi

La colaboración interinstitucional (Departamento de Sanidad, área de Atención Primaria de Osakidetza/SVS, sociedades científicas) se ha plasmado en la campaña Oinez Bizi/Vive Caminando de promoción de la actividad física moderada en la población general, y sobre todo en los sedentarios de riesgo.

Como parte de esta campaña se ha diseñado un programa de acciones con el objetivo de aumentar el nivel de actividad física en pacientes sedentarios, con elaboración de material educativo, formación de 500 profesionales de Atención Primaria en diversos aspectos de los beneficios de la actividad física y su papel dentro de la educación sanitaria de la población.

En el marco de la actuación Oinez Bizi se realizó una campaña en los medios de comunicación y una jornada dirigida a toda la población en Bilbao, en la que participaron unas 5.000 personas.

### Nutrición y Seguridad Alimentaria: Plan de Vida Saludable

Dentro de las actividades de colaboración con la Dirección de Salud Pública, hemos comenzado a finales del año 2006 la participación en el grupo de trabajo para la realización del **Plan de Vida Saludable**, coordinado por la dirección de Salud Pública y que también cuenta con la participación de la Dirección de Consumo, Departamento de Educación, EUDEL, Osakidetza y la Fundación O+berri.

Esta iniciativa parte del análisis de los resultados obtenidos en la encuesta de Nutrición 2005 a la población de la CAPV de edades comprendidas entre los 4 y 18 años y queda enmarcada dentro del Programa Europeo de Acción en el ámbito de la Salud Pública, programa en el que la alimentación, la actividad física y la obesidad son prioridades clave en la política sanitaria de la Unión Europea.

### Desigualdades sociales en salud

Las acciones encaminadas a corregir las desigualdades sociales se han dirigido de manera prioritaria a mejorar el conocimiento de la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios y su calidad.

Las áreas de interés en las que se ha trabajado han sido:

- **Monitorización de las desigualdades sociales en salud**, con la participación en varios proyectos que han permitido el análisis de las desigualdades geográficas y socioeconómicas en la mortalidad por áreas pequeñas dentro del proyecto MEDEA, la publicación de la estadística de “Desigualdades sociales en la mortalidad en la CAPV: mortalidad y posición socioeconómica”, participación en el proyecto europeo EUROTINE, la descripción de la magnitud y las desigualdades socioeconómicas en la esperanza de vida ajustada por calidad, la descripción de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total y por causas

utilizando indicadores socio-económicos del área de residencia, proyecto realizado en colaboración con el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

- **Desarrollo de un método de evaluación del impacto sobre la salud de las intervenciones no sanitarias (EIS)**, como herramienta para incorporar la salud en la agenda de las políticas sectoriales, tanto en el ámbito autonómico como local. Concretamente, en el ámbito municipal, a lo largo de 2006 se ha iniciado un proyecto para la evaluación del impacto sobre la salud del Plan de Reforma Integral del barrio de Uretamendi-Betolaza-Circunvalación del Distrito 7 de Bilbao y se ha preparado una herramienta de cribado de las actuaciones de la administración autonómica vasca, con el fin de identificar aquellas actuaciones que pudieran beneficiarse de una EIS.

- **Promoción de la equidad en la provisión de cuidados de salud.** Se han introducido dentro del contrato-Programa de Atención Primaria apartados relativos al estudio de la desigualdades socioeconómicas en la atención infantil y las desigualdades socioeconómicas en la atención de la hipertensión arterial, con el fin de conocer la situación de la equidad en la atención primaria en estas dos áreas de cuidados.

### Actuación en el ámbito escolar: niños con necesidades especiales y atención a las lesiones accidentales

A lo largo del año 2006 se ha avanzado en la atención al escolar con necesidades especiales y a las lesiones accidentales en ese ámbito.

Fruto de un trabajo conjunto de la Dirección de Salud Pública, Dirección del Departamento de Educación, Plan de Salud, Osakidetza y Osatzen se elaboró una circular consensuada marcando directrices para la atención al niño escolarizado con necesidades específicas de atención.

Como parte de la actividad se ha impartido un curso de formación para docentes de toda la red pública. El éxito de la actividad hace que el grupo de trabajo se plantee repetir la experiencia a lo largo del año 2007.

## **INTERVENCIONES ESPECÍFICAS DE CADA TERRITORIO HISTÓRICO**

Las líneas estratégicas básicas desarrolladas en el Plan de Salud deben incorporarse paulatinamente en guías (procesos singularizados/otros) para establecer la adecuación entre servicios y necesidades de salud en la contratación de los servicios de salud, especialmente en aquellos priorizados por el Plan de Salud 2002-2010 que cuentan con intervenciones efectivas y eficientes. Estas guías deben sustentarse en la realidad asistencial de cada Territorio (previo análisis de la situación) y desarrollarse a través del trabajo conjunto entre el servicio del Plan de Salud, los profesionales sanitarios y los gestores. Con todos ellos se trabaja en la adecuación de los servicios que es necesario prestar, las especificaciones de los mismos en cuanto a cantidad y estándares de calidad, en la promoción de políticas de calidad y en el logro de la eficiencia en la utilización de los recursos.

### **Intervenciones específicas en Álava 2006**

Durante el año 2006 las actividades más relevantes del Servicio del Plan de Salud de Araba se han centrado en dos áreas: el Comité Territorial de Tumores y el Plan Territorial de Cuidados Paliativos.

#### **Comité Territorial de Tumores**

Este Comité había sido creado en 1999, pero interrumpió sus actividades en 2003. Durante el año 2006 se reactivó su composición, así como su actividad. Su misión principal es impulsar la normalización y colaboración en el abordaje del diagnóstico y tratamiento de los diferentes tumores en el Territorio de Araba, y específicamente entre los diferentes servicios implicados de los dos hospitales de agudos, Santiago y Txagorritxu, que diagnostican y tratan los procesos oncológicos. Se trata de reducir al máximo la variabilidad en ambos aspectos entre los diferentes servicios. Su principal fruto son los Protocolos Comunes en diferentes procesos tumorales, así como las reuniones periódicas de Comités "ad hoc" interhospitalarios para el análisis de casos.

La actividad de 2006 ha dado como resultado la actualización de los componentes del mismo, habida cuenta de los cambios habidos desde 2003, así como la elaboración y acuerdo de un nuevo protocolo: el de cáncer de Próstata. También se ha impulsado la elaboración de nuevos protocolos, hallándose en proceso de discusión los de las siguientes localizaciones: esófago, estómago, cérvix uterino y endometrio, ovario y vejiga. Por último se ha acordado igualmente actualizar los protocolos vigentes correspondientes a: colon-recto, laringe, mama y pulmón. Todo ello se traducirá en una actividad que se pretende continúe de forma regular los próximos años.

#### **Plan territorial de Cuidados Paliativos**

Durante el ejercicio 2006 se ha puesto en marcha el Comité Territorial provisional de Cuidados Paliativos, cuya principal misión es la de adaptar el plan de la CAPV 2006-2009 a las peculiaridades y situación específica del territorio alavés. Se han llevado a cabo tres reuniones para concretar los objetivos y la metodología, habiéndose acordado ambos. Actualmente se halla en fase de recogida homogénea y extensiva de información y preparación del borrador inicial del Plan de actuación. En la elaboración del Plan han intervenido hasta el momento todas las organizaciones sanitarias propias y un núcleo inicial de servicios que se ampliará progresivamente a todos los implicados. Los dos ejes básicos en que se apoya son la mejora de la calidad del servicio y su extensión efectiva a todos los potenciales usuarios desde la premisa del mejor ajuste a sus necesidades y preferencias específicas.

## Oferta Preferente

Como nota de interés, aunque no sea específica del ejercicio 2006, se ha continuado realizando la Jornada anual de Atención Primaria, en colaboración con la Comarca Araba, para divulgar, entre otros contenidos, los resultados de la Oferta Preferente en el Contrato Programa. Esta divulgación y cambio de impresiones pretende hacer llegar al conocimiento de todas las UAPs de la Comarca los resultados más relevantes de los distintos ítems de la Oferta Preferente, tanto en las distintas UAPs como en el resto de Comarcas de Osakidetza, y orientar sobre los principales ejes en los que se espera y pretende realizar mejoras en los sucesivos ejercicios.

## Intervenciones específicas en Bizkaia 2006

Durante el año 2006 el personal asignado al Servicio del Plan de Salud de Bizkaia ha continuado trabajando en el impulso de la mejora de la calidad en diversos procesos asistenciales relacionados con áreas priorizadas en el Plan de Salud 2002 – 2010. Como áreas nuevas de trabajo en 2006, hay que señalar en el área de las enfermedades del aparato circulatorio la Hemodinámica y la Cirugía Cardíaca y en el área de las enfermedades del aparato respiratorio la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

### Infarto Agudo de Miocardio (IAM)

En el año 2002 se creó un grupo de trabajo formado por clínicos de los servicios de Cardiología de los hospitales de Cruces, Basurto y Galdakao, responsables de calidad y directivos de los hospitales y técnicos de la Unidad del Plan de Salud de Bizkaia con el fin de definir las condiciones de calidad en la atención hospitalaria al IAM. En 2006, al igual que en los años anteriores en colaboración con el grupo de trabajo, se han revisado los criterios de calidad, se ha propuesto objetivos de mejora y se ha evaluado las intervenciones realizadas en los tres hospitales.

### Hemodinámica

Continuando con el área cardiovascular, se ha incorporado al contrato programa criterios de calidad, predominantemente de resultado, para la actividad de hemodinámica. Estos criterios han sido definidos en colaboración con hemodinamistas de los hospitales de Bizkaia. Se han medido los resultados y junto con los clínicos se han fijado los objetivos de mejora para 2007.

### Cirugía Cardíaca

En colaboración con los responsables de los servicios de Cirugía Cardíaca de los hospitales de Cruces y Basurto, se han definido condiciones de calidad para los procedimientos quirúrgicos en pacientes con enfermedad coronaria y con patología valvular; también en este caso los criterios acordados se orientan mayoritariamente a la medición de resultados de las intervenciones. Se han medido los indicadores y junto con los clínicos se han fijado nuevos objetivos para 2007.

### **Enfermedad Cerebrovascular Aguda (ECVA)**

Se ha continuado trabajando en la evaluación y el impulso de la mejora de la atención hospitalaria a la ECVA.

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)**

A partir de un estudio piloto y análisis realizados previamente con la finalidad de ver la posibilidad de su inclusión como proceso singularizado, se elaboraron una serie de indicadores de estructura, proceso y resultado que se presentaron y debatieron en un grupo de trabajo en el que colaboraron responsables de los servicios de neumología y urgencias, así como de las unidades de calidad de los Hospitales de Agudos de Bizkaia. Estos indicadores se han fijado y medido por primera vez para evaluar la calidad de la asistencia hospitalaria a la EPOC durante el año 2006 y se ha realizado una aproximación a los estándares que se establecerán en ejercicios posteriores.

### **Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).**

En colaboración con el Servicio de neumología del Hospital de Galdakao, se ha configurado un cuadro de condiciones de calidad en la atención a la NAC, que se aplicará y evaluará en el año 2007 en los Hospitales de Agudos de Bizkaia.

### **Cáncer**

En este área del se ha continuado trabajando en colaboración con los cuatro hospitales de agudos de Bizkaia en la definición de condiciones de calidad y evaluación de la asistencia.

### **Atención Primaria**

La Oferta Preferente incluye intervenciones específicas frente a los problemas priorizados en el Plan de Salud. En una larga trayectoria de mejora continua, desde 1998 se impulsa la mejora en estas áreas y se mide la actividad de los profesionales. Aunque algunas Comarcas de Atención Primaria de Bizkaia lo venían haciendo años atrás, en 2006 por segundo año consecutivo todas las Comarcas han evaluado la Oferta Preferente de forma automatizada con el PAP de Osabide. Las mejoras han superado el 15% de ganancia de puntos en todas las Comarcas.

### **Plan de Cuidados Paliativos**

Se ha iniciado los trabajos para la implantación en Bizkaia del Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009 de la CAPV.

## Intervenciones específicas en Gipuzkoa 2006

Durante el año 2006 el Servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa ha desarrollado (continua) las guías de actuación en los procesos: Infarto agudo de miocardio; Rehabilitación a pacientes tras haber sufrido una ECVA; EPOC y Eficiencia en la derivación de pacientes a media estancia. Además, el Plan de Salud de Gipuzkoa trabaja en otra línea complementaria, que tiene como objetivo conocer las opiniones y preferencias de los ciudadanos en la priorización de las políticas de salud.

### **Infarto Agudo de Miocardio con elevación segmento ST en Gipuzkoa**

Línea de trabajo relacionada con la disminución de la mortalidad por Enfermedades del Aparato Circulatorio, objetivo prioritario del Plan de Salud 2002-2010.

El año 2004 se describió la atención al IAM en el H Donostia a través de una serie consecutiva de casos. Los objetivos de mejora se centraron especialmente en el Infarto cST, por su contribución a los APVP y por la posibilidad de intervención efectiva a través de la revascularización precoz.

**Estrategia establecida:** coordinación de niveles de atención, consenso en las intervenciones e implantación del sistema de información.

#### **Actuaciones realizadas los años 2005 y 2006:**

- Constitución de un grupo de trabajo con representantes de todos los niveles de atención al IAMcEST.
- Elaboración de un protocolo conjunto de actuación con un único registro de datos compartido en todos los niveles de intervención.
- Difusión del protocolo y actualización de los profesionales implicados en la atención (tres talleres de formación).
- Evaluación de los 7 primeros meses de implantación del protocolo.

**Resultados más relevantes:** introducción de la fibrinólisis extrahospitalaria a nivel organizativo. Aumento del nº de pacientes revascularizados (diferencia de 10 puntos entre 2004-06) con disminución del tiempo de isquemia, especialmente en la rapidez de respuesta del sistema (reducción tiempo puerta-aguja o balón).

### **Rehabilitación de los pacientes que han sufrido una ECVA en Gipuzkoa**

Línea de trabajo relacionada con el objetivo 3.2.2. (Enfermedades cerebro-vasculares) del Plan de Salud 2002-2010 y recogido en las estrategias individuales números 7 y 8.

El año 2003 se describió la rehabilitación hospitalaria (Media Estancia) de los pacientes ECVA en Gipuzkoa. Los objetivos de mejora se centraron especialmente en el desarrollo de una guía de atención a estos pacientes elaborada conjuntamente entre los servicios de neurología y rehabilitación.

**Estrategia establecida:** coordinación de niveles de atención, consenso en las intervenciones e implantación del sistema de información.

### Actuaciones realizadas los años 2006 y 2007:

- Constitución de un grupo de trabajo con profesionales sanitarios de los servicios de Rehabilitación (Pública y Concertada), Admisión de pacientes, Gerencia y Servicio del Plan de Salud.
- Elaboración/adaptación de un protocolo conjunto de actuación en las diferentes fases del proceso con un único registro de datos compartido en todos los niveles de intervención (Hospital de Agudos, Media Estancia; dispositivo Sociosanitario y Domicilio).
- Implantación de indicadores en los compromisos de calidad complementarios del año 2007 tanto en los servicios Públicos como Concertados.

### Resultados esperados:

- Evaluación de las necesidades de rehabilitación de al menos el 90% de los pacientes ingresados por una ECVA con déficit neurológico en el tiempo recomendado.
- Inicio de la rehabilitación en el H Agudos, en, al menos, el 40% de los pacientes con déficit neurológico.
- Derivación de pacientes a servicio de rehabilitación de Media Estancia al menos al 90% de los pacientes con déficit neurológico que precise continuar la rehabilitación en medio hospitalario.
- Ganancias funcionales obtenidas en al menos un 75% de los pacientes derivados a ME, para ello se utiliza la escala Barthel (antes del ingreso en agudos, al alta de agudos y al alta de media estancia).

### Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Línea de trabajo relacionada con la calidad y eficiencia del Proceso EPOC y con la disminución de desigualdades en salud de pacientes con este proceso. Motivo de intervención: variabilidad clínica en la atención a la EPOC a nivel comunitario y a nivel hospitalario.

Las exacerbaciones de la EPOC constituyen uno de los motivos más importantes de ingreso hospitalario en nuestro medio (tasa 2005: 187,4 10<sup>3</sup> habitantes) así como de admisión en los servicios de urgencias. No existen criterios específicos de ingreso hospitalario para este tipo de patología. La variabilidad radica en la indicación de ingreso dependiendo del centro hospitalario dando lugar a diferencias no sólo en términos de ingreso y días de estancia, sino también en morbi-mortalidad.

**Objetivo:** Evaluar los ingresos adecuados desde los servicios de urgencia hospitalarios en la exacerbación de la EPOC a través de la validación de criterios explícitos y estudiar la variabilidad entre centros.

**Actuaciones realizadas:** durante el año 2006 se han creado los criterios de ingreso apropiado (metodología RAND) y editado las hojas de recogida de datos. Durante todo el proceso el Servicio del Plan de Salud ha trabajado conjuntamente con profesionales de los servicios de neumología y urgencias.

### Resultados esperados:

- Elaboración de protocolos EPOC coordinados entre A Primaria, Servicios de urgencia Hospitalaria y Atención Especializada.
- Mejora de la efectividad y eficiencia en la atención a la EPOC en los servicios de urgencias hospitalarias.
- Disminución de ingresos hospitalarios de EPOC no indicados.

### Eficiencia en la derivación de pacientes a hospitales de media estancia (ME) y centro socio-sanitario (S-S)

**La línea de trabajo** está relacionada con la calidad y la eficiencia en pacientes que requieren ingreso en ME y con la búsqueda de equidad en la atención dirigida a la población mayor.

**Objetivos:** ordenar y racionalizar la derivación de pacientes a Hospitales de ME o Centros S-S.

**Motivo de intervención:** el envejecimiento de la población conlleva un aumento de la demanda de cuidados. A las características de pluripatología y plurifarmacia de este colectivo se suma una especial fragilidad clínica y social. Las estancias prolongadas en hospitales de agudos o los repetidos ingresos desde los servicios de urgencias hospitalarios, no siempre son la alternativa asistencial más adecuada para estos pacientes. La nueva realidad exige redefinir la gestión de la demanda asistencial procedente del paciente mayor, desde la coordinación de distintos niveles sanitarios y de los recursos sociosanitarios.

**Antecedentes:** en el 2003 se llevó a cabo un estudio de validación y ponderación de un cuestionario, que permitía objetivar las cargas asistenciales de pacientes que, finalizado su estancia en Hospitales de Agudos, requerían continuar ingresados en centros de menor nivel. A partir del 2004 a todos los pacientes que demandaron ingreso en ME ó centro SS desde H. de Agudos o AP se les aplicó el cuestionario de valoración con el fin de determinar la pertinencia del ingreso y ubicarlo en el dispositivo más idóneo.

**Estrategias de intervención:** coordinación de niveles de atención (H. de agudos, H. ME, AP y centro SS), consenso en las intervenciones, e implantación del sistema de información.

### Actuaciones desarrolladas:

- validación de una herramienta de medición de cargas médicas, de enfermería y sociales.
- creación de grupo de trabajo para la búsqueda de estrategias coordinadas entre los niveles asistenciales.
- elaboración del protocolo de derivación estableciendo los objetivos de la estancia en ME o SS y el tiempo estimado para alcanzar dicho objetivo.
- implantación del sistema de información.
- formación de profesionales sanitarios para la correcta aplicación de la herramienta y del sistema de información.

## Resultados de 2006

- A nivel organizativo: se ha centralizado toda la demanda de derivación en el Servicio de Admisión del H. Donostia.
- En el proceso de derivación: se ha aplicado el cuestionario de valoración (herramienta) a todo paciente que demanda traslado a ME o SS.
- El sistema de información implementado proporciona el perfil social y sanitario de los pacientes derivados a hospitales de ME y centro SS, así como posibles ganancias funcionales, cognitivos o la reducción de cargas conseguidas durante el ingreso.
- Todo lo anterior redundará en una mejora de la efectividad y eficiencia en la atención a los pacientes demandantes de ME y SS.

## Priorización de servicios sanitarios según opiniones y valores de la población

Línea de trabajo en consonancia con otras formas de participación ciudadana (encuestas de opinión de Osakidetza-Eurobarómetro) que tiene como finalidad recoger las preferencias de la población respecto a la priorización de servicios sanitarios.

Se están utilizando tres técnicas convencionales (cuestionario auto-administrado, grupos de discusión y entrevista individual) para determinar la técnica más coste-efectiva en estudios de este tipo. El trabajo se inició en enero del 2006 (FIS 051855) y se esperan los primeros resultados comparativos para finales del 2007.

## PRIORIDADES DE ACTUACIÓN 2007

### En los servicios sanitarios

#### **Cáncer:**

- Cáncer de cérvix: mejora del sistema de registro y de la organización del Programa
- Cáncer colorectal: se ha comenzado a trabajar en el estudio de la **prevención secundaria** de esta localización tumoral, con el objetivo de poder tomar decisiones en cuanto al posible cribado poblacional de este cáncer a lo largo del año 2007
- Desarrollo Territorial del Plan de Cuidados Paliativos
- Mejora del Sistema de Registro Hospitalario de Tumores
- Mejora de la rehabilitación postmastectomía para prevenir linfedemas
- Elaboración, difusión e implantación de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados paliativos

#### **Enfermedad cardiovascular**

- Buen control de los factores de riesgo en personas con enfermedad coronaria o ictus cerebral en Atención Primaria
- Mejora de la detección y control de los individuos de alto riesgo cardiovascular en el ámbito de la Atención Primaria
- Mejora de la rehabilitación del Ictus cerebral y de la cardiopatía isquémica

#### **Salud mental**

- Atención específica a las familias de pacientes psicóticos.
- Facilitar el acceso de jóvenes con patología mental severa a la atención, reorganizando recursos en la franja de edad entre 14 y 20 años.
- Contemplar las necesidades del anciano frágil e impulsar la realización sistemática de una evaluación integral de sus necesidades sociales, médicas y de enfermería del paciente con deterioro cognitivo

#### **Diabetes**

- Elaboración, difusión e implantación de la GPC de la diabetes
- Control de la retinopatía diabética mediante retinógrafo no miótrico

#### **Desigualdades sociales en salud**

- Estudio de la equidad en la atención sanitaria materno infantil y en la hipertensión

#### **Potenciar el Contrato-programa como instrumento de evaluación y mejora de la calidad asistencial**

## Intersectoriales

### **Tabaco, alcohol y drogas ilegales:**

- Establecer mecanismos y vías de colaboración con las instituciones implicadas (Educación, Ayuntamientos, Dirección de Drogodependencias)

### **Actividad física y alimentación saludable**

- Mantener campañas de promoción con Educación, Diputación y Ayuntamientos. Impulso del Plan de Vida saludable, Oinez Bizi, y Deporte escolar.

### **Rehabilitación de enfermedades crónicas:**

- Favorecer el mantenimiento de las funciones recuperadas en los servicios especializados, con la coordinación entre los sectores sanitarios y sociales, optimizando el uso del medio adecuado para la integración máxima de estas personas en la comunidad.

### **Cuidados Paliativos:**

- Coordinar con los responsables socio-sanitarios la mejora de la calidad de la atención en personas institucionalizadas Favorecer las sinergias de actuación originadas por el Plan de Paliativos en formación continuada, coordinación y organización.

### **Trastornos infanto-juveniles graves**

- Avanzar en el desarrollo de las estructuras asistenciales de atención a los trastornos infanto-juveniles en colaboración con el Departamento de Educación.

### **Adultos y ancianos con patología psico-orgánica severa**

- Reordenar la atención de los desde las estructuras socio-sanitarias asistidas hasta los hospitales psiquiátricos de larga estancia.

### **Desigualdades sociales en salud**

- Desarrollo interdepartamental de la herramienta EIS para conocer y evaluar el impacto en salud de las políticas no sanitarias.

## ANEXO

Para la realización del presente informe se han consultado los siguientes documentos:

- Plan de Salud 2002 – 2010.
- Encuesta de Salud de la CAPV 2002.
- Plan de Salud 2002 – 2010: prioridades para el periodo 2006-2007.
- Informes anuales del Registro de Altas Hospitalarias. 2002, 2003, 2004.
- Informe anual Salud Pública. 2004, 2005.
- Mortalidad en la CAPV, 2002, 2003, 2004.
- Informe anual del sistema de Información microbiológica de la CAPV. 2005.
- Encuesta de Nutrición 2005 (población vasca de 4 a 18 años).
- Informe de Siniestralidad laboral de la CAPV 2005.
- Osakidetza: memoria 2004, memoria 2005.
- Documentos de Plan de Prevención y Control del Sida.

## ANEXO TABLAS

<sup>1</sup> Año 1989

<sup>2</sup> Año 1997

<sup>3</sup> Año 1998

<sup>4</sup> Año 1999

<sup>5</sup> Año 2000

<sup>6</sup> Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98

<sup>7</sup> Tasa x 100.000 trabajadores. Media trienal 1996-98

<sup>8</sup> Porcentaje del total de la población. Año 1997

<sup>9</sup> Tasa bruta x 100.000. Media trienal 1996-98

<sup>10</sup> No se dispone de información precisa.

<sup>11</sup> Media trienal 1997-98

<sup>12</sup> Media bienal 1996-97

<sup>13</sup> Tasa x 1000 nacidos vivos. Media trienal 1996-98

<sup>14</sup> Tasa x 1000 nacidos. Media trienal 1996-98

<sup>15</sup> Media cuatrienal 1996-00

<sup>16</sup> Tasa x 1.000 trabajadores estandarizada por tipo de actividad económica de las empresas.  
Año 2000