



Los ciudadanos y las ciudadanas de la CAPV constituyen el conjunto poblacional sobre el que se proyectan las actuaciones del presente Plan de Salud. La nuestra, como todas las comunidades, es un conjunto vivo que va desarrollándose, variando y evolucionando a lo largo del tiempo, renovando constantemente su tejido social.

En este capítulo se describen los rasgos más significativos de la población de la CAPV, a partir de los datos observados en su pasado reciente, tratando de identificar las principales tendencias y que, de no mediar factores importantes imprevistos, configurarán las principales características de nuestra sociedad en el horizonte temporal sobre el que se proyecta el Plan. Además, también se realiza un análisis comparativo con respecto a las características que muestran las sociedades de nuestro entorno cultural, y de similar o superior nivel de desarrollo socio-económico. Esta perspectiva tendrá asimismo en cuenta el principio básico de que el conjunto de las aspiraciones, valores e intereses de los miembros de esta sociedad constituyen los cimientos fundamentales de este Plan. Con todo ello se pretende que el Plan de Salud esté al servicio de nuestra ciudadanía en la actualidad y en el futuro.

1. Estructura social

Los niveles de salud de la comunidad son el resultado de la interacción de condicionantes biológicos con determinantes socio-económicos y comportamientos individuales y sociales. Los niveles de salud son un aspecto específico del grado de desarrollo socio-económico de una sociedad, y sirven para señalar el punto de partida y los objetivos de las acciones específicas de un Plan de Salud como el nuestro.

Las actuaciones para modificar en un sentido favorable los niveles de salud puede beneficiarse del conocimiento de ciertas variables de la comunidad que se relacionan con los aspectos anteriormente mencionados. Estas variables se agrupan en tres categorías principales:

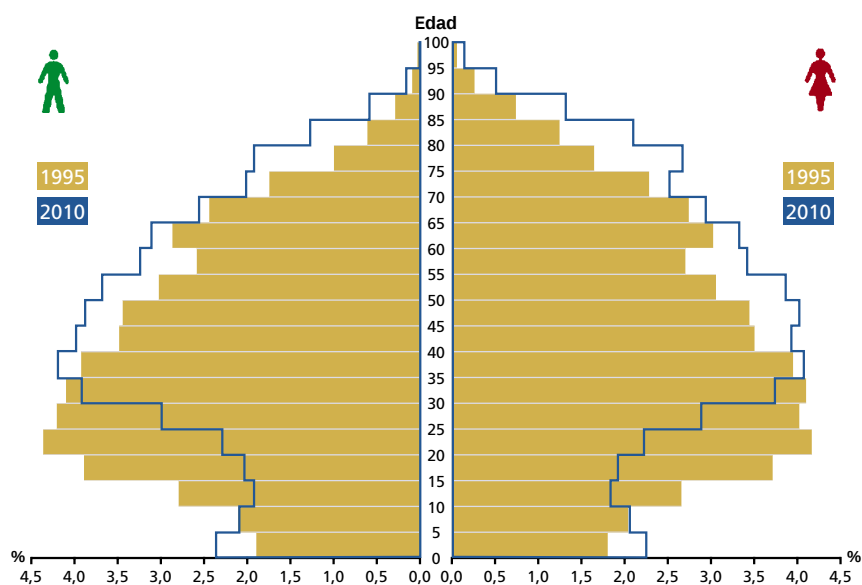
1. Demografía y recursos existentes.
2. Comportamientos.
3. Opinión de la población.

1.1. Demografía y recursos

1.1.1. Demografía

La pirámide poblacional de la CAPV está evolucionando hacia un perfil de sociedad de mayor edad (figura 2), en la que el grupo de población mayor de 64 años ha superado al de menos de 15 años (18,68% y 13,97% respectivamente, en el año 1995). Dicha estructura es el resultado de la conjunción de las bajas tasas de natalidad y mortalidad.

Figura 2. Estructura de edades de la población. CAPV, 1995-2010



Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

La tasa de natalidad de la CAPV descendió progresivamente durante los años 1975-1985 en 10 puntos, y durante la década siguiente se ha mantenido estable en unos valores en torno a 7,5 nacidos vivos x 1.000 habitantes. La tasa bruta de mortalidad de la CAPV, que descendió de manera progresiva hasta principios de los años ochenta, ha variado su tendencia y ha subido 2 puntos desde entonces (8,7 fallecidos x 1.000 habitantes en 1998). Como consecuencia de esto, en la década de los años noventa se produjo un crecimiento vegetativo negativo de la población de la CAPV. Esta circunstancia se ha visto agravada además por un saldo migratorio igualmente negativo en el mismo periodo.

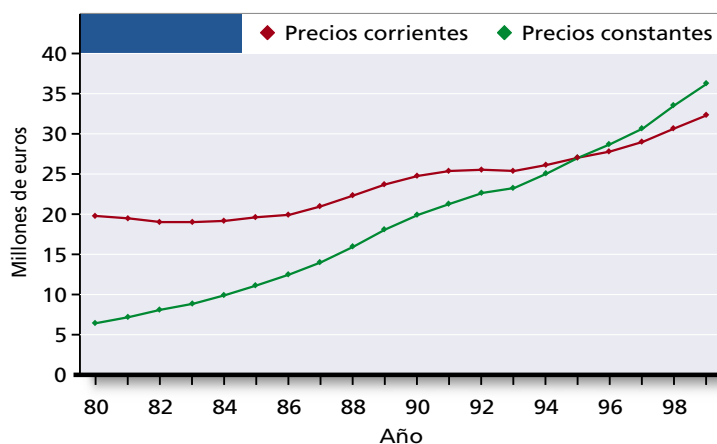
El conjunto de estos factores ha determinado que el número total de habitantes de la CAPV sea similar al de hace 25 años, pero con notables diferencias en su distribución por edades. Las proyecciones a futuro de estos datos apuntan a un mantenimiento de las tendencias presentes: reducción de la población total y envejecimiento de la pirámide poblacional.

La agrupación familiar de los individuos es nuestra forma habitual de residir en sociedad, aunque su composición ha variado en los últimos años. Las familias de más de 2 miembros agrupaban al 78% de la población de la CAPV en 1996 frente al 83% en 1981. En los últimos veinte años se observa que sólo se incrementa la proporción de las unidades familiares encabezadas por un único progenitor y de los hogares habitados por una sola persona, por lo que la media de personas por hogar se ha reducido desde 3,7 a 3,1 en 15 años (1981-1996). En los hogares encabezados por un solo progenitor vive ya un 10% de la población total y en los que están habitados por una sola persona un 5%. Un aspecto destacable de este último grupo, el de los hogares unipersonales, es que está compuesto mayoritariamente por personas mayores (61% del grupo tiene más de 64 años), y mujeres (63% del grupo).

1.1.2. Recursos

Los recursos económicos disponibles en la CAPV se han ido incrementando paulatinamente a lo largo de la década de los noventa. Dado que la población no se ha aumentado, esto ha supuesto un aumento de la renta per capita disponible. En términos reales, el Producto Interior Bruto (PIB) per capita en la CAPV se ha incrementado un 70% en los últimos 20 años (figura 3).

Figura 3. Evolución del PIB a precios de mercado. Año base 1995



Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Es un fenómeno común a todos los países desarrollados el que el incremento de la riqueza no se distribuya equitativamente entre los distintos sectores y grupos sociales, lo que provoca un aumento de las diferencias socio-económicas en consonancia con las distintas oportunidades sociales de partida. Los mecanismos de redistribución de los que nos hemos dotado en la CAPV logran al menos atenuar notablemente las diferencias en atenciones sociales básicas.

Además, el incremento de la riqueza de la CAPV ha aumentado la capacidad de respuesta comunitaria, desde el punto de vista estrictamente económico, ante la evolución de las demandas y preferencias sociales.

Los recursos educativos constituyen el principal activo de un país como el nuestro que carece de recursos naturales productivos importantes.

En la actualidad prácticamente el 100% de los niños de la CAPV están escolarizados hasta los 16 años, edad a la que finaliza la enseñanza obligatoria.

Respecto a la formación profesional, el intenso relanzamiento industrial de los últimos años, así como las necesidades asociadas a las nuevas tecnologías en todos los campos, han revalorizado su importancia. Esto ha generado un incremento y una diversificación de la oferta educativa de ciclos formativos y modalidades complementarias de formación profesional no reglada. Estas modalidades se ofertan en numerosas ocasiones asociadas a prácticas en empresas.

También se debe destacar el gran incremento en la proporción de jóvenes de la CAPV que han obtenido titulaciones de nivel universitario. En los últimos veinticinco años, el número de alumnos universitarios se ha multiplicado por 2,5, de tal manera que durante el curso 97/98 uno de cada tres jóvenes entre 18 y 24 años estaba matriculado en la universidad.

Todo ello significa que el nivel de formación de la juventud de la CAPV, el más elevado de nuestra historia, es uno de los principales activos de nuestro País. Esto, además de las consecuencias favorables que tendrá en nuestra competitividad empresarial, presupone que en los próximos años se producirán cambios organizativos y de pautas de comportamiento en las familias.

Los recursos científicos y tecnológicos han experimentado un crecimiento muy importante en la CAPV en los últimos veinte años, pasando de una cifra insignificante a representar el 1,4% del PIB en 1999. Dentro de esta inversión, los fondos de origen público suponen aproximadamente un 40%, siendo el 60% restante aportado por el sector empresarial privado. El hecho de que exista una importante financiación pública en los proyectos permite orientar el desarrollo tecnológico en aquellas direcciones que son de especial interés para el conjunto de la sociedad.

Los recursos sociales constituyen el conjunto de medios organizados, públicos o privados, que la sociedad pone a disposición de los individuos para completar aquellas necesidades que no pueden ser adecuadamente cubiertas, bien personalmente bien por el entorno familiar o vecinal o de grupos primarios.

En la CAPV se destina en la actualidad a los recursos sociales algo más de un quinto del PIB (21,7% en 1997), siendo su tendencia creciente en los últimos años, y sin que se estime por el momento su estancamiento: en primer lugar por el incremento progresivo de las necesidades como consecuencia de los factores sociales anteriormente expuestos, y en segundo lugar por el fenómeno bien conocido de que cuanto mayores son los niveles de renta real de una sociedad mayor es su demanda en cantidad y calidad de nuevos servicios. De hecho, los países con mayor nivel de renta per capita dedican a estos servicios un porcentaje del PIB superior, hasta en 10 puntos, al de la CAPV.

1.2. Comportamientos

Las variables referidas a los comportamientos de la sociedad de la CAPV que guardan una relación más estrecha con los niveles y grado de salud son las que se refieren a conductas de riesgo sanitario, y las que recogen la evolución de la demanda real de servicios sanitarios.

1.2.1. Conductas de riesgo para la salud

Las conductas de riesgo para la salud son todas aquellas que generan pérdidas de salud en la comunidad. Estas conductas son de índole diversa, pero pueden considerarse como más significativas las siguientes:

- Consumo de drogas. El informe del año 2000 del Observatorio Vasco de Drogodependencias refleja que de la población entre 15 y 79 años, el 12,3% son consumidores habituales de cannabis, el 2,9% de anfetaminas, el 1,8% de cocaína, siendo menor la proporción de consumidores de éxtasis y LSD. Se ha constatado que aproximadamente la mitad de las personas que entran en relación con cualquiera de estas drogas se convierten en consumidores habituales de las mismas.

Con relación a las drogas permitidas, el alcohol es consumido de manera excesiva por el 4% de la población y el tabaco por el 29%. También existe un consumo dependiente de determinados medicamentos.

Parece existir una tendencia creciente en el consumo de algunas sustancias como los fármacos estimulantes, el cannabis y la cocaína.

- Actividades con riesgo de lesiones accidentales por inexistentes o inadecuadas medidas colectivas o individuales de protección. Los accidentes de tráfico están provocando en la CAPV, tras varios años de reducción, un nuevo incremento de la siniestralidad grave (123 fallecidos x 10⁶ habitantes en 1999). En los accidentes de trabajo también existe una siniestralidad grave claramente superior a la media de los países occidentales (146 fallecidos x 10⁶ trabajadores/trabajadoras en 1999). Con relación a los accidentes del ocio y domésticos, el registro específico de lesiones infantiles de 0-4 años de la CAPV muestra una incidencia de 97,5 lesiones accidentales x 1.000 niños, y el sistema europeo DADO (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) asigna a España una incidencia de 47 accidentes x 1.000 habitantes.

- Las relaciones sexuales sin protección están en el origen de importantes problemas de salud, principalmente las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluido el SIDA. No se disponen de datos precisos sobre la incidencia de ETS, entre otras causas por una subdeclaración al sistema de información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Por lo que respecta al SIDA, se ha reducido claramente su incidencia desde que se invirtió la tendencia en 1995.

Las relaciones sexuales sin protección originan embarazos no deseados, cuyas consecuencias son especialmente graves en las adolescentes. La dimensión real de este último problema no se conoce con exactitud, y sólo se dispone de estimaciones indirectas en base a los nacimientos de madres adolescentes y las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). La tendencia

de las IVEs en la CAPV se ha mantenido estable a lo largo de la década de los noventa, con unas tasas equivalentes a la mitad de la media estatal. Asimismo, los nacimientos en mujeres menores de 20 años han supuesto en la CAPV, a lo largo de la última década, menos del 2% del total de nacimientos, y su tendencia es descendente.

- El consumo inadecuado de medicamentos están en el origen de problemas de salud emergentes, como las crecientes resistencias a ciertos fármacos, o de agravamientos evitables de estados de salud individual. La información disponible sobre este heterogéneo apartado está muy dispersa y fragmentada.
- Las autoagresiones y las lesiones violentas a otros se están incrementando en la CAPV, si bien las tasas son inferiores a la media de nuestro entorno. En concreto, la incidencia de suicidios ha mostrado una tendencia creciente en la última década, aunque todavía se encuentra muy por debajo de la media de los países occidentales.

1.2.2. Demanda de servicios

La evolución de la demanda real de servicios sanitarios refleja las necesidades percibidas por los ciudadanos. Para tener una idea global y precisa de la evolución de la demanda real de servicios sanitarios es preciso analizar las diversas modalidades de prestación, puesto que todas ellas son complementarias:

- En atención primaria la demanda se ha mantenido estable en la década de los noventa, dado que el descenso provocado por la pequeña disminución de la población se ha visto compensada por el envejecimiento relativo de la misma.
- La atención urgente ha duplicado su demanda en el mismo período, especialmente la que es atendida a nivel hospitalario. Parece claro que existe una tendencia importante a buscar una asistencia rápida y completa en el momento mismo de acceder al servicio.
- La atención especializada, tanto en su vertiente ambulatoria como en régimen de hospitalización, ha experimentado un notable incremento de demanda; especialmente las consultas e intervenciones quirúrgicas, que han aumentado en más de un 50% en la década de los noventa, y en menor medida los ingresos, que lo han hecho aproximadamente un 25%. Estos incrementos han repercutido de manera proporcional en la demanda de servicios complementarios de diagnóstico y control.
- La demanda de servicios preventivos, principalmente vacunaciones y despistajes específicos, se está incrementando aunque todavía en proporciones no muy significativas. Esta tendencia se acelerará en los próximos años, a medida que se disponga de nuevos métodos y productos específicos para la detección de riesgos relacionados con problemas de salud graves o incapacitantes.

- En el ámbito socio-sanitario se viene constatando un incremento de la demanda de servicios, debido por un lado al envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de los procesos incapacitantes, y por otro, a los cambios sociológicos en los patrones familiares. Esta tendencia se mantendrá en los próximos años.

1.3. Opinión de la población

Las opiniones de la población reflejan unos ciertos valores en sus expectativas de cara a futuras demandas de servicios. Una de las principales fuentes de información sobre estos aspectos son las encuestas de satisfacción de los usuarios.

Más de un 80% de los usuarios se muestra satisfecho con la atención sanitaria pública recibida y la mayoría (60%) opina que el servicio ha mejorado en los últimos años. Respecto a la calidad del servicio en concreto, la valoración otorgada es de 7,6 puntos sobre 10. No obstante, estos porcentajes carecen de valor por sí mismos, sí no se los compara con los de los años anteriores o con los de otros servicios que utilicen la misma metodología. Así, en cuanto a las encuestas previas, las principales mejoras se advierten a nivel de los servicios de atención primaria, siendo la valoración del resto de servicios sensiblemente parecida. Las encuestas de satisfacción de usuarios también nos muestran que en la CAPV tres de cada cuatro adultos mayores de 18 años utilizan al menos una vez al año los servicios sanitarios públicos. Esta proporción se eleva a nueve de cada diez si nos referimos a unidades familiares.

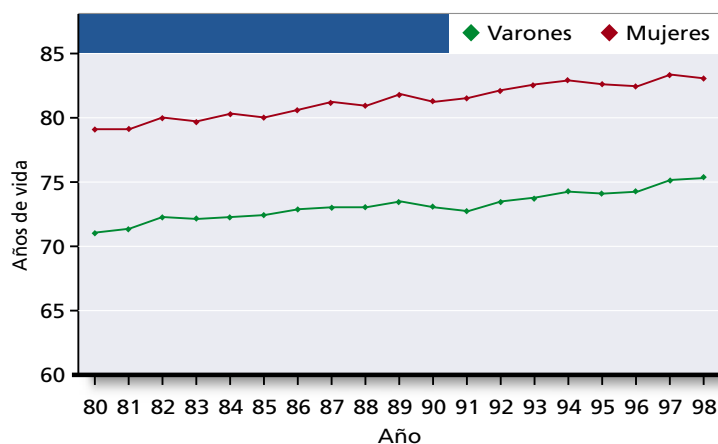
2. Estado de salud

2.1. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer es un indicador global de la salud de la población. En la CAPV este indicador está aumentando progresivamente, siendo en 1998 de 75,4 años para los varones y de 83,0 en mujeres (Figura 4). Con relación a 1990, el incremento ha sido de 2,3 años en los varones y 1,8 en las mujeres.

No existen diferencias significativas con relación a este indicador entre los tres Territorios Históricos.

Figura 4. Evolución de la esperanza de vida. CAPV, 1980-1998



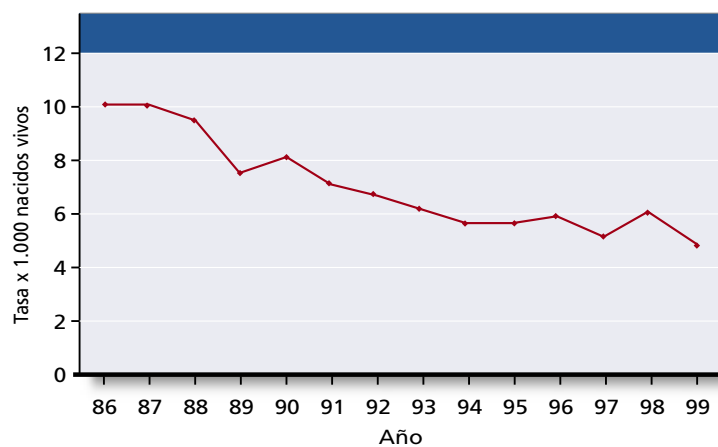
Fuente. Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

La situación de este indicador en el País Vasco puede considerarse como muy buena, ya que en las mujeres se sitúa entre las mejores del mundo, sólo superada por Japón. En los varones ocupa el 7º lugar .

2.2. Mortalidad infantil

La evolución de la mortalidad infantil en los últimos años ha sido descendente. Entre 1986 y 1999 esta tasa ha disminuido 0,4 puntos por año, y desde 1990 ha descendido un 41%, si bien en los últimos años parece mostrar una cierta tendencia a la estabilización (figura 5).

Figura 5. Evolución de la mortalidad infantil. CAPV, 1986-1999



Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

La magnitud de las cifras de mortalidad infantil y perinatal en la CAPV está influida por la búsqueda activa de casos fallecidos antes de las 24 horas de vida que lleva a cabo el Registro de Mortalidad del País Vasco. En el estado español, al contrario que en otros países europeos, los fallecidos antes de las 24 horas de vida no son nacidos vivos legales, y por ello se inscriben en un boletín diferente al Boletín Estadístico de Defunción. La búsqueda anteriormente referida no es homogénea en todas las Comunidades Autónomas, por lo tanto, la comparación de la tasa proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística debe hacerse con cautela; en el caso de que no se hubieran contabilizado estos casos nuestra mortalidad infantil sería de 3,7 x 1.000 en el año 1999.

Las diferencias aparentes de las tasas de mortalidad infantil de los tres Territorios Históricos no son estadísticamente significativas (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad infantil* por sexo y Territorio Histórico. CAPV, 1999

Territorio Histórico	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Álava	5,3	1,7	3,5
Bizkaia	6,3	4,1	5,2
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
CAPV	5,6	4,0	4,8

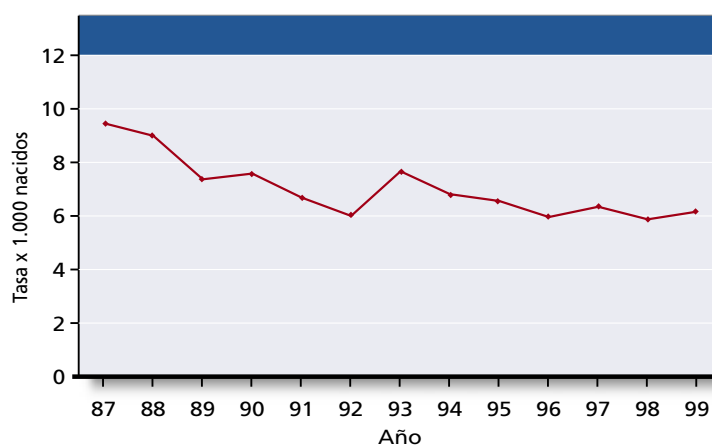
* Tasas x 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

2.3. Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal ha presentado una evolución similar a la de la mortalidad infantil habiendo descendido, desde 1990, un 20% (figura 6).

Figura 6. Evolución de la mortalidad perinatal. CAPV, 1987-1999



Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

Los datos referidos a los tres Territorios Históricos no muestran diferencias significativas entre ellos (tabla 6).

Tabla 6. Mortalidad perinatal* por sexo y Territorio Histórico. CAPV, 1999

Territorio Histórico	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Álava	8,8	3,4	6,0
Bizkaia	7,6	6,2	6,9
Gipuzkoa	4,7	4,9	4,8
CAPV	6,7	5,3	6,1

* Tasas x 1000 nacidos.

Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

2.4. Mortalidad

Durante el año 1998 se produjeron 18.151 fallecimientos en la CAPV, que dieron lugar a una tasa bruta de mortalidad de 866 defunciones x 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad general ajustada por edad fue de 615,0 fallecimientos x 100.000 habitantes. Entre los varones esta tasa era de 852,9 y entre las mujeres de 439,4.

La tasa de mortalidad de la CAPV ha decrecido de manera significativa, 11,5 puntos cada año, desde 1980; este descenso ha sido mayor en los varones (13,0 puntos) que en las mujeres (10,5 puntos).

En los tres Territorios Históricos la disminución de la tasa de mortalidad no ha sido homogénea. Entre los varones, el mayor descenso se observó en Bizkaia, disminuyendo la tasa en 17 puntos por año, llegando en 1998 a 873,1 defunciones x 100.000 varones. Gipuzkoa se encontraba en segundo lugar con una bajada anual de 14,2 y una tasa en 1998 de 859,7. En Álava la disminución fue de 9,5 puntos por año y la tasa de 756,7. En conclusión, a pesar de ser Bizkaia la que ha experimentado un mayor declive, continúa siendo el Territorio Histórico con mayor tasa de mortalidad.

Con relación a las mujeres, también fue en Bizkaia donde la tasa de mortalidad disminuyó en mayor proporción, 11,7 puntos anuales, siendo la tasa en 1998 de 449,1 x 100.000 mujeres. En segundo lugar eran las mujeres alavesas las que mejoraban en este indicador, con un declive anual de 11,4 puntos y una tasa final de 401,6. En Gipuzkoa el descenso anual fue de 8 puntos y la tasa en 1998 fué de 437,0 muertes x 100.000 mujeres.

Por lo tanto, como ha sucedido con los varones, independientemente de la magnitud del descenso de la tasa de mortalidad en los tres Territorios, el orden decreciente con respecto a este indicador en 1998 fue Bizkaia, Gipuzkoa y Álava.

La tasa de mortalidad en ambos sexos en la CAPV fue menor a la observada en Alemania y Reino Unido (687,5 y 706,1 x 100.000 habitantes, respectivamente) en 1997, y a la de Estados Unidos (719,5 en 1996) y algo superior a la de Suecia (604,7 en 1996). La tasa de mortalidad de las mujeres vascas, además de ser inferior a las de Alemania, Reino Unido y Estados Unidos, se encontraba por debajo de la de las mujeres suecas (478,5 x 100.00 mujeres, en 1996).

El perfil de las principales causas de muerte se ha modificado en las últimas dos décadas. Para ambos sexos a lo largo de estos años las causas más frecuentes de muerte han sido las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores malignos, las enfermedades del aparato respiratorio y las causas externas. Sin embargo, la evolución temporal de la mortalidad por las enfermedades más relevantes, las del aparato circulatorio y cáncer, no ha sido la misma. Las primeras han disminuido notablemente, proporcionalmente más en los varones que en las mujeres, mientras que el cáncer ha aumentado de forma importante en los varones y de forma ligera en las mujeres. Como consecuencia de esto, el cáncer pasó a ser en 1993 la primera causa de mortalidad en los varones, mientras que en las mujeres las enfermedades del aparato circulatorio seguían siendo la causa más frecuente. (tabla 7, figura 7).

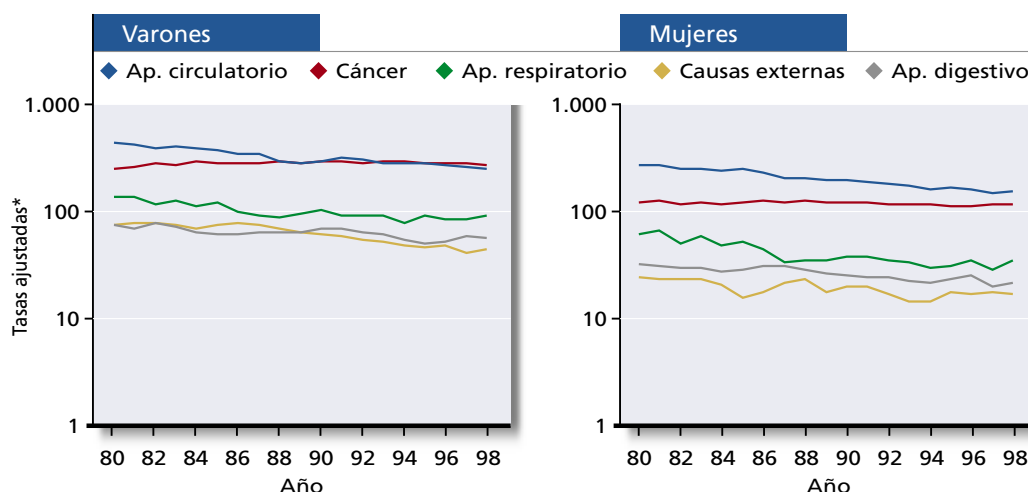
Tabla 7. Evolución de las 2 primeras causas de muerte. CAPV, 1980-1998

Año	Varones		Mujeres	
	Ap. Circulatorio (%) *	Cáncer (%) *	Ap. Circulatorio (%) *	Cáncer (%) *
1980	36	24	46	20
1985	34	27	46	19
1990	30	30	43	21
1995	30	32	41	21
1998	30	33	40	22

* Porcentaje sobre el total de muertes.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Figura 7. Evolución de las principales causas de muerte. CAPV, 1980-1998



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

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

En la tabla 8 se han incluido las tasas ajustadas por edad de los 17 grandes grupos de causas de mortalidad en 1998 y su evolución temporal desde 1980. En ella se puede apreciar que las tasas que significativamente más han disminuido son las correspondientes a enfermedades de aparato circulatorio, con 8,7 puntos anuales. Además, también disminuyeron las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio y digestivo, entre otras. Por el contrario, destaca el aumento de manera significativa de las tasas de mortalidad por enfermedades mentales y del sistema nervioso. No se modificaron de forma significativa las tasas de mortalidad por tumores malignos, causas externas, y enfermedades infecciosas. Las muertes por complicaciones del embarazo, parto y puerperio fueron prácticamente nulas, ya que desde 1995 no se ha producido ni un solo caso de mortalidad materna.

**Tabla 8. Evolución temporal de la mortalidad por 17 grupos de causas.
CAPV, 1980-1998**

Causa de mortalidad	Ambos sexos	
	Tasa * (1998)	Cambio anual (1980-98)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	9,7	-0,1
Tumores	187,2	0,2
Enf. glándulas endocrinas y trastornos inmunidad	20,3	0,6**
Enfermedades sangre y tejido hematopoyético	2,8	0,1**
Trastornos mentales	18,5	1,2**
Enfermedades sistema nervioso	16,1	0,3**
Enfermedades aparato circulatorio	198,5	-8,7**
Enfermedades aparato respiratorio	56,7	-2,3**
Enfermedades aparato digestivo	33,2	-1,3**
Enfermedades aparato genitourinario	9,8	-0,4**
Complicaciones embarazo, parto y puerperio	0	—
Enfermedades piel y tejido conjuntivo	0,9	0,0
Enfermedades tejido osteomuscular	4,4	0,1**
Anomalías congénitas	4,1	-0,1**
Afecciones perinatales	5,1	-0,2**
Causas mal definidas	11,5	-1,3**
Causas externas	36,0	-0,7

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

** Tendencia estadísticamente significativa.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

La tabla 9 permite conocer los casos y las tasas ajustadas de mortalidad en 1998 para cada gran grupo de causa y por sexo.

Tabla 9. Número de casos y tasas de mortalidad por los 17 grandes grupos de causas distribuidos por sexo. CAPV, 1998

Causa de mortalidad	Varones		Mujeres	
	casos	tasa*	casos	tasa*
Enfermedades infecciosas y parasitarias	173	15,8	108	5,6
Tumores	3.221	277,3	1.930	119,9
Enf. glándulas endocrinas y trastornos inmunidad	284	24,7	327	16,5
Enfermedades sangre y tejido hematopoyético	35	3,1	49	2,8
Trastornos mentales	206	19,3	419	17,9
Enfermedades sistema nervioso	215	19,2	267	13,8
Enfermedades aparato circulatorio	2.875	255,2	3.992	154,9
Enfermedades aparato respiratorio	1.068	94,6	787	35,1
Enfermedades aparato digestivo	528	46,4	429	22,1
Enfermedades aparato genitourinario	144	13,2	169	8,3
Complicaciones embarazo, parto y puerperio	—	—	0	—
Enfermedades piel y tejido conjuntivo	9	0,8	23	1,0
Enfermedades tejido osteomuscular	38	3,6	105	4,6
Anomalías congénitas	18	3,2	28	5,1
Afecciones perinatales	24	4,1	25	5,4
Causas mal definidas	152	14,8	209	9,6
Causas externas	658	56,8	236	16,8

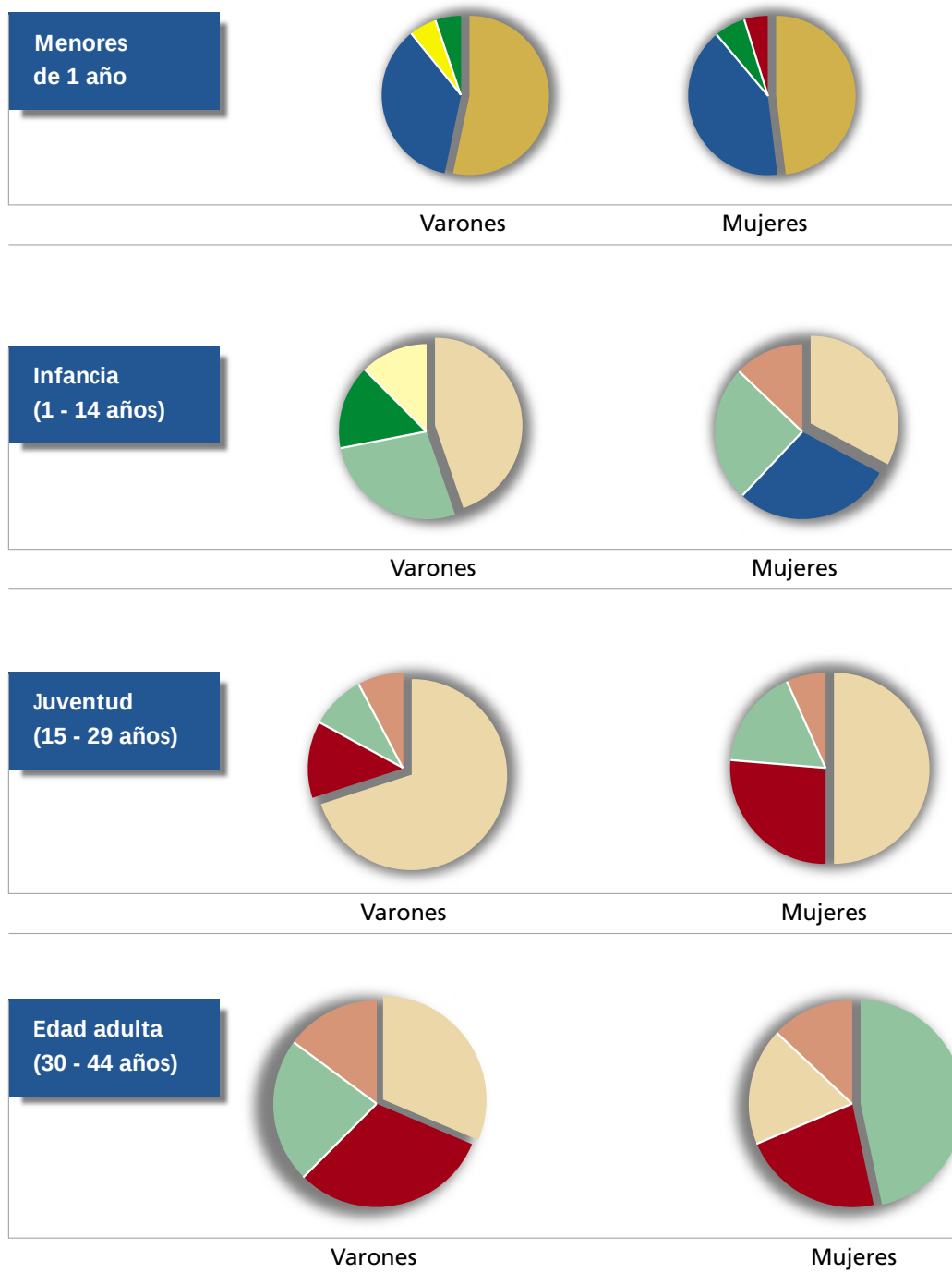
* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

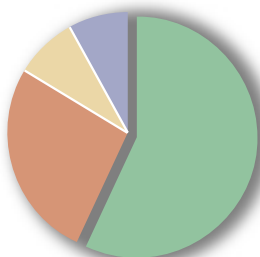
2.4.1. Principales causas de mortalidad por grupos de edad

La primera causa de mortalidad en los menores de 1 año en el periodo 1995-98, fueron las afecciones perinatales seguidas de las anomalías congénitas. En la edad infantil y juvenil, las responsables del mayor número de fallecimientos fueron las lesiones accidentales y en segundo lugar, los tumores malignos. Estos últimos, aparecían en la primera posición en la población adulta, edad en la que también eran importantes las lesiones accidentales. A partir de los 65 años la mayoría de las muertes fueron provocadas por enfermedades del aparato circulatorio y en menor medida por los tumores malignos (figura 8).

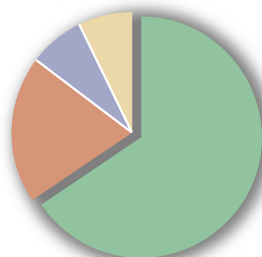
Figura 8: Principales causas de muerte por grupo de edad y sexo. CAPV, 1995-1998



**Edad adulta
(45 - 64 años)**

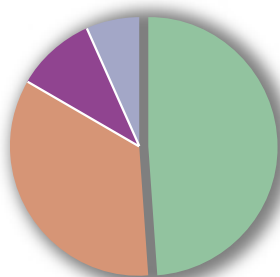


Varones

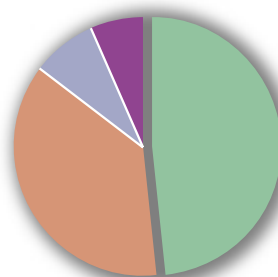


Mujeres

**Mayores
(65 - 74 años)**

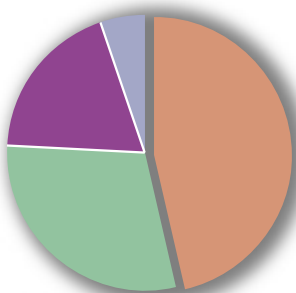


Varones

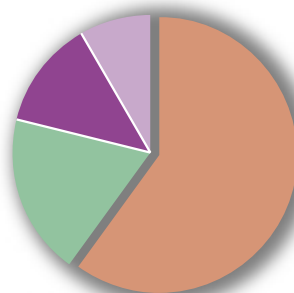


Mujeres

**Mayores
de 75 años**



Varones



Mujeres

- | | | | |
|--------------------|------------------------|------------------------|------------------|
| ◆ Congénitas | ◆ Perinatales | ◆ Aparato digestivo | ◆ Accidentes |
| ◆ Mal definidas | ◆ Sistema nervioso | ◆ Tumores | ◆ Infecciones |
| ◆ Trast. inmunidad | ◆ Aparato respiratorio | ◆ Aparato circulatorio | ◆ Demencia senil |

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

La evolución temporal de las principales causas de mortalidad por edades, mostró de nuevo el mismo fenómeno observado en el estudio de la mortalidad específica por causas. Es decir, el gran descenso de las enfermedades del aparato circulatorio, que pasaron de una tasa de 962 a 557 x 100.000 habitantes entre 1980-84 y 1995-98 respectivamente. El análisis por grupos de edad permitió comprobar que el descenso se producía principalmente en el rango comprendido entre los 65 a 74 años; y además al mantenerse la tasa de mortalidad por cáncer casi invariable, los tumores malignos pasaron a ocupar el primer lugar entre las causas de muerte en los varones a partir de 1985 y en las mujeres a partir de 1990 (tabla 10).

Las afecciones perinatales en el grupo de los menores de 1 año y los accidentes en la edad infantil también han experimentado una gran disminución en las últimas dos décadas, pero al decrecer en proporciones semejantes el resto de causas, su orden no ha sufrido cambios (tabla 10).

Tabla 10. Evolución temporal de la primera causa de mortalidad distribuida por grupo de edad y periodo. CAPV, 1980-1998

Grupo de edad		1980-84		1985-89		1990-94		1995-98	
		Causa	Tasa*	Causa	Tasa*	Causa	Tasa*	Causa	Tasa*
<1	varón	Perinatales	532	Perinatales	400	Perinatales	235	Perinatales	281
	mujer	Perinatales	425	Perinatales	325	Perinatales	233	Perinatales	244
1-14	varón	Causas externas	19	Causas externas	12	Causas externas	11	Causas externas	8
	mujer	Causas externas	10	Causas externas	6	Causas externas	5	Causas externas	4
15-29	varón	Causas externas	68	Causas externas	70	Causas externas	81	Causas externas	61
	mujer	Causas externas	16	Causas externas	19	Causas externas	17	Causas externas	15
30-44	varón	Causas externas	64	Causas externas	58	Causas externas	68	Causas externas	66
	mujer	Tumores	35	Tumores	36	Tumores	36	Tumores	38
45-64	varón	Tumores	362	Tumores	392	Tumores	404	Tumores	385
	mujer	Tumores	170	Tumores	176	Tumores	173	Tumores	157
65-74	varón	Circulatorio	1.349	Tumores	1.255	Tumores	1249	Tumores	1.181
	mujer	Circulatorio	681	Circulatorio	504	Tumores	449	Tumores	422
>75	varón	Circulatorio	5.075	Circulatorio	4.432	Circulatorio	4.006	Circulatorio	3.688
	mujer	Circulatorio	4.285	Circulatorio	3.882	Circulatorio	3.521	Circulatorio	3.298

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

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

2.4.2. Distribución de la mortalidad por causas específicas

La frecuencia de las causas de muerte varía con el sexo. En la tabla 11 se presentan por orden decreciente los casos y las tasas ajustadas por edad de los 15 motivos más frecuentes en cada sexo y otros 9 más que se han considerado relevantes. En los primeros puestos aparecen en uno y otro sexo las enfermedades cerebro-vasculares, la cardiopatía isquémica, y las neoplasias de pulmón y mama. Se observan diferencias importantes en la psicosis senil y presenil que ocupa el 6º puesto entre las mujeres y el 15º entre los varones, además de los accidentes de tráfico y el SIDA que ocupan lugares más altos entre los varones.

Tabla 11. Número de casos, tasas y evolución temporal de las causas específicas más frecuentes y otras causas seleccionadas. CAPV, 1980-1998

	Varones				Mujeres		
	Nº de casos 1995-98	Tasa anual* 1995-98	Cambio anual 1980-98		Nº de casos 1995-98	Tasa anual* 1995-98	Cambio anual 1980-98
1. Cardiopatía Isquémica	4.050	90	-1,26**	1. Otras enf. ap. circulatorio	5.018	64	—
2. Otras enf. ap. circulatorio	3.891	87	—	2. Enf. cerebro-vasculares	3.827	49	-3,70**
3. Cáncer de pulmón	3.207	71	0,90**	3. Cardiopatía isquémica	2.827	37	-0,44**
4. Enf. cerebro-vasculares	2.886	64	-3,70**	4. Cáncer de mama	1.280	23	0,10
5. Infarto agudo de miocardio	2.508	56	-2,20**	5. Infarto agudo de miocardio	1.629	23	-0,50**
6. EPOC y enf. afines	2.219	49	0,90**	6. Psicosis senil y presenil	1.590	19	1,17**
7. Cáncer de próstata	1.042	23	-0,10	7. Resto de tumores malignos	926	15	—
8. Cirrosis y enf. crónicas del hígado	985	22	-1,27**	8. Diabetes	977	13	-0,38**
9. Cáncer de estómago	981	22	-0,70**	9. EPOC	1.027	13	0,01
10. Cáncer de colon	928	21	0,70**	10. Cáncer de colon	686	11	0,20**
11. Otras causas externas	903	20	—	11. Otras enf. respiratorio	733	9	—
12. Accidentes de tráfico	847	19	-0,15	12. Neumonía e influenza	742	9	-1,33**
13. SIDA	828	18	1,24**	13. Arteriosclerosis	705	8	-1,53**
14. Tumor de localización no especificada	797	18	—	14. Enf. aparato urinario	612	8	-0,24**
15. Psicosis senil y presenil	765	17	1,19**	15. Tumor de localización no especificada	537	8	—
16. Neumonías e influenza	663	15	-2,38**	16. Tumor de estómago	536	8	-0,40**
17. Diabetes	644	14	-0,16**	17. Cirrosis y enf. crónicas del hígado	465	8	-0,29**
18. Suicidio y autolesiones	489	11	0,40**	18. Enfermedad de Alzheimer	493	6	0,39**
19. Caídas accidentales	250	6	-0,15	19. Accidentes de tráfico	298	6	-0,11
20. Enfermedad de Alzheimer	254	6	0,39**	20. SIDA	255	6	0,38**
21. Enfermedad de Parkinson	149	3	0,20	21. Suicidio y autolesiones	178	4	0,40**
22. Otras TBC	73	2	0,06**	22. Enfermedad de Parkinson	174	2	0,01
23. TBC respiratoria	58	1	-0,22**	23. Caídas accidentales	129	2	-0,23**
24. Psicosis alcohólica	36	1	-0,03	24. Otras TBC	42	1	0,01

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

** Diferencia estadísticamente significativa.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

2.4.3. Mortalidad prematura y evitable

♦ Mortalidad prematura

En términos de mortalidad prematura, en el periodo 1995-98 la principal causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) en la CAPV ha sido el SIDA, seguido de los accidentes de tráfico, otras causas externas (entre las que se incluyen el resto de accidentes), el cáncer de pulmón y la enfermedad isquémica del corazón. Hasta el año 1995, los responsables de un mayor número de APVP eran los accidentes.

Entre los varones cobra protagonismo el cáncer de pulmón que ha pasado de ser la séptima causa de mortalidad prematura en el quinquenio 1980-84 a la cuarta en el de 1995-98, pasando de una tasa ajustada de 3,8 APVP x 1.000 varones a 5,1. Se han mantenido relativamente estables durante el periodo las tasas de APVP por accidentes de tráfico (alrededor del 6 x 1.000 varones). En el caso del SIDA la tasa promedio de los años 1995-98 fué de 6,5 APVP por cada 1.000 habitantes. Sin embargo en el año 1999 esta tasa descendió hasta 2,0 x 1.000.

En las mujeres de la CAPV, a lo largo de las dos décadas estudiadas se ha mantenido como primera causa de mortalidad prematura el cáncer de mama (2,7 APVP x 1.000 mujeres), y el segundo lugar ha sido ocupado en 1995 por el SIDA, sustituyendo a los accidentes de tráfico. Las tasas de APVP han sido inferiores durante el periodo 1995-98 en las mujeres que en los varones: SIDA 2,2 x 1.000 mujeres y accidentes de tráfico 1,9 (tabla 12).

**Tabla 12. Las 10 primeras causas de mortalidad prematura.
Tasas de APVP* distribuidas por sexo. CAPV, 1995-1998**

Varones		Mujeres	
Causa	Tasa **	Causa	Tasa **
SIDA	6,5	Cáncer de mama	2,7
Accidentes de tráfico	6,1	SIDA	2,2
Otras causas externas	5,5	Accidentes de tráfico	1,9
Cáncer de pulmón	5,1	Otras enf. ap. circulatorio	1,3
Otras enf. ap. circulatorio	3,6	Resto de tumores malignos	1,2
Infarto agudo miocardio	3,2	Otras causas externas	1,1
Cirrosis y enf. crónicas del hígado	2,5	Enf. cerebro-vasculares	0,9
Suicidio y autolesiones	2,3	Otras enf. del sist. nervioso	0,9
Envenenamiento accidental por drogas	2,0	Suicidio y autolesiones	0,8
Enf. cerebro-vasculares	1,8	Cirrosis y enf. crónicas del hígado	0,8

* Años Potenciales de Vida Perdidos.

** x 1.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

◆ Mortalidad evitable

Las causas de mortalidad evitable¹ establecidas por Holland, que se presentan en la tabla 13, son indicadores que tienen como objetivo medir los resultados de los servicios de salud asistenciales y los de prevención primaria y secundaria. Algunas causas revelan principalmente la prevención primaria que proporcionan los servicios de salud, y otras dependen más de la provisión de un tratamiento eficaz o de la prevención secundaria. Sus tasas se estiman para diferentes grupos de edad según la causa, aunque la mayoría de ellas se calculan para las edades comprendidas entre los 5 y 64 años.

Tabla 13. Mortalidad evitable. CAPV, 1995-1998

Varones			Mujeres		
Causa	Casos	Tasa de mortalidad*	Causa	Casos	Tasa de mortalidad*
Tumores malignos	4.364	117,9	Tumores malignos	1.965	52,1
Cardiopatía isquémica**	2.284	81,2	Cardiopatía isquémica **	582	17,0
Enf. del sistema circulatorio	2.216	59,3	Enf. del sistema circulatorio	617	16,0
Tumores malignos de pulmón, tráquea y bronquios	1.217	36,0	Enfermedad hipertensiva y cerebrovascular	192	11,3
Cirrosis y enf. crónicas del hígado	840	25,0	Cirrosis y enf. crónicas del hígado	322	8,5
Enf. hipertensiva y cerebrovascular	402	24,6	Accidentes de vehículos a motor	299	6,2
Accidentes de vehículos a motor	856	19,0	Tumores malignos de pulmón, tráquea y bronquios	138	4,0
Otras infecciones	91	3,0	Tumor maligno de útero	97	3,4
Diabetes mellitus	20	0,8	Tumor maligno de cuello de útero	41	1,4
Tuberculosis	26	0,8	Tumor maligno de cuerpo de útero	30	1,0
Enfermedades Respiratorias	4	0,7	Otras infecciones	27	0,1
Asma	9	0,4	Asma	10	0,4
Neumoconiosis y otras enfermedades por inhalación	14	0,4	Diabetes mellitus	10	0,4
Enfermedad de Hodgkin	12	0,3	Enfermedad de Hodgkin	10	0,3
Enf. reumática crónica del corazón	3	0,1	Enfermedades respiratorias	1	0,2
Colecistitis y colestiasis	4	0,1	Enf. reumática crónica del corazón	5	0,2
Hernia abdominal	3	0,1	Colecistitis y colestiasis	7	0,2
Anemias por deficiencias	2	0,1	Tuberculosis	5	0,1
Apendicitis	2	0,1	Neumoconiosis y otras enfermedades por inhalación	3	0,1
Osteomielitis	1	0,0	Hernia abdominal	2	0,1
Tétanos	1	0,0	Apendicitis	0	0,0
Enfermedades vacunables	1	0,0	Anemias por deficiencias	0	0,0
			Mortalidad materna	0	0,0
			Tétanos	0	0,0
			Osteomielitis	0	0,0
			Enfermedades vacunables	0	0,0

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

** Estimada para el grupo de edad 25-74 años.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

¹ Mortalidad evitable: lista de enfermedades propuesta por Holland con la hipótesis de que si los servicios sanitarios actuasen adecuadamente en sus vertientes preventiva o asistencial, el número de defunciones por estos eventos y/o enfermedades se podría haber disminuido o retrasado.

Las primeras de estas causas para ambos sexos fueron los tumores malignos, la cardiopatía isquémica, las enfermedades del aparato circulatorio, la neoplasia de pulmón, la enfermedad hipertensiva, la cirrosis hepática y los accidentes de tráfico.

2.5. Morbilidad

Los datos del Registro de Altas hospitalarias de la CAPV muestran que los grupos de enfermedades que figuraron con mayor frecuencia como diagnóstico principal de alta durante el año 2000 fueron por orden decreciente: las enfermedades del aparato circulatorio, del digestivo, del respiratorio, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (engloba partos normales), los tumores y las debidas a causas externas (tabla 14).

Tabla 14. Número de casos y tasas de altas hospitalarias, en los hospitales públicos de agudos, por los grandes grupos causas, distribuidos por sexo. CAPV, 2000

Causa	Varones		Mujeres		Ambos sexos	
	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*
Enf. infecciosas y parasitarias	1.846	181	1.274	119	3.120	149
Tumores	8.331	816	6.651	620	14.982	716
Enf. endocrinas y trast. inmunidad	1.160	114	1.465	137	2.625	125
Enf. sangre y tj. hematopoyético	721	71	820	76	1.541	74
Trastornos mentales	2.577	252	1.997	186	4.574	219
Enf. sistema nervioso	2.404	236	2.361	220	4.765	228
Enf. aparato circulatorio	14.649	1.435	10.217	953	24.866	1.188
Enf. aparato respiratorio	11.343	1.111	6.802	634	18.145	867
Enf. aparato digestivo	12.825	1.256	8.978	837	21.803	1.042
Enf. aparato genitourinario	4.397	431	5.514	514	9.911	473
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0	18.671	1.741	18.671	892
Enf. piel y conjuntivo	1.078	106	719	67	1.797	86
Enf. sistema osteomuscular	5.030	493	5.531	516	10.561	505
Anomalías congénitas	657	64	537	50	1.194	57
Afecciones perinatales	915	90	743	69	1.658	79
Causas mal definidas	4.417	433	3.356	313	7.773	371
Causas externas	7.409	726	5.945	554	13.354	638

* Brutas x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Departamento de Sanidad.

Desde 1993, año en que comenzó el Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV, las enfermedades del aparato circulatorio, del aparato digestivo y respiratorio, se han mantenido en los varones como los tres primeros grupos de enfermedades que producen un mayor número de ingresos.

En las mujeres, estos lugares han estado ocupados a lo largo de estos 8 años por el grupo de embarazo, parto y puerperio, de enfermedades del aparato circulatorio y del digestivo (tabla 15).

En la tabla 15 figuran los casos y tasas de ingresos en cada sexo, de los 10 diagnósticos principales más frecuentes en los hospitales públicos de agudos de la CAPV durante el año 2000.

Tabla 15. Los 10 diagnósticos principales* más frecuentes en hospitales públicos de agudos. CAPV, 2000

Varones			Mujeres			Ambos sexos		
Diagnóstico principal	Casos	Tasas**	Diagnóstico principal	Casos	Tasas**	Diagnóstico principal	Casos	Tasas**
Bronquitis crónica	2.693	264	Parto normal	4.697	438	Parto normal	4.697	224
Hernia inguinal	2.363	231	Colelitiasis	1.933	180	Bronquitis crónica	3.373	161
Neumonía	1.986	195	Problemas fetales y de placenta	1.688	157	Neumonía	3.263	156
Insuficiencia cardiaca	1.590	156	Osteoartrosis	1.536	143	Colelitiasis	3.180	152
Otras enf. cardiacas isquémicas crónicas	1.403	137	Otras alteraciones cavidad amniotica	1.419	132	Insuficiencia cardiaca	2.965	142
Sint. ap.respiratorio	1.346	132	Otras compl. parto	1.379	129	Hernia inguinal	2.618	125
Síntomas generales	1.344	132	Insuficiencia cardiaca	1.375	128	Osteoartrosis	2.548	122
Colelitiasis	1.247	122	Neumonía	1.277	119	Síntomas generales	2.260	108
Disritmias cardiacas	1.198	117	Venas varicosas mm.ii	1.236	115	Sint. ap. respiratorio	2.200	105
Apendicitis aguda	1.175	115	Fractura cuello femur	1.191	111	Disritmias cardiacas	2.108	101

* Códigos de 3 dígitos.

** Brutas x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Departamento de Sanidad.

En la tabla 16 figuran los 10 procedimientos quirúrgico-obstétricos más frecuentes en hospitales públicos de la CAPV durante el año 2000.

Tabla 16. Los 10 procedimientos quirúrgico-obstétricos más frecuentes en hospitales públicos de agudos. CAPV, 2000

Varones			Mujeres			Ambos sexos		
Procedimiento	Casos	Tasas*	Procedimiento	Casos	Tasas*	Procedimiento	Casos	Tasas*
Cirugía del cristalino	4.963	486	Otros procedimientos de asistencia al parto	10.174	949	Cirugía del cristalino	12.270	586
Reparación de hernia	3.728	365	Cirugía del cristalino	7.307	681	Otros procedimientos de asistencia al parto	10.174	486
Biopsia y otra cirugía de piel/tj. subcutáneo	2.229	218	Fórceps, ventosa y parto de nalgas	2.911	271	Reparación de hernia	4.957	237
Cirugía en la estructura de las articulaciones	2.093	205	Legrados y otra cirugía en útero	2.593	242	Sustitución y otras operaciones de reparación de las articulaciones	4.368	209
Reducción de fractura/luxación	1.839	180	Sustitución y otras operaciones de reparación de las articulaciones	2.540	237	Biopsia y otra cirugía de piel/tj. subcutáneo	3.744	179
Sustitución y otras operaciones de reparación de las articulaciones	1.828	179	Histerectomías y otros procedimientos en útero	2.481	231	Reducción de fractura/luxación	3.739	179
Cirugía del ano	1.238	121	Cirugía de la mama	2.262	211	Cirugía en la estructura de las articulaciones	3.638	174
Cirugía próstata/vesícula seminal	1.235	121	Cesárea y extracción del feto	1.966	183	Fórceps, ventosa y parto de nalgas	2.911	139
Cirugía apendicular	1.227	120	Reducción de fractura/luxación	1.900	177	Cateterismos y otras operaciones en los vasos	2.783	133
Cateterismos y otras operaciones en los vasos	1.190	117	Cateterismos y otras operaciones en los vasos	1.593	148	Legrados y otra cirugía en útero	2.593	124

* Brutas x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Departamento de Sanidad.

2.6. Salud percibida

El análisis de las variaciones entre las dos últimas encuestas de salud de la CAPV, realizadas en 1992 y 1997, permite conocer las tendencias de ciertas áreas.

La autovaloración de la salud en términos generales mejora en su conjunto, siendo la mejoría relativa mayor en las edades medias de la vida, y entre las mujeres. Asimismo, se sigue constando una peor percepción relativa en todas las edades en los varones con respecto a las mujeres (24% menor). El único empeoramiento relativo se produce entre los varones menores de 45 años. Este último dato introduce una cierta incertidumbre en cuanto al futuro bienestar en términos de salud de los varones adultos.

En cuanto a la opinión sobre la capacidad funcional, ésta continúa siendo peor entre los varones (riesgo de padecer incapacidad: 22% menor en las mujeres) y además, ha empeorado relativamente desde 1992.

Por lo que se refiere a la salud mental, ésta sigue siendo peor entre las mujeres, aunque ha disminuido la diferencia desde la encuesta anterior (riesgo de padecer mala salud mental: 53% superior en la mujeres).

Entre los problemas de salud percibidos destacan los de la columna vertebral, los articulares, la hipertensión arterial y los del corazón.

3. Servicios sanitarios

3.1. Estructura física

El Sistema Sanitario Vasco está formado por una red de centros públicos pertenecientes a Osakidetza / Servicio vasco de salud (Svs) y por centros privados.

El sector hospitalario cuenta con un total de 51 centros de los que 20 son públicos. De éstos últimos, 12 son hospitales de agudos, 4 corresponden a hospitales de media-larga estancia y 4 a hospitales psiquiátricos (tabla 17).

Tabla 17. Recursos del sector hospitalario. CAPV, 1999

	Total	H. públicos	H. privados	H. agudos	H. media-larga estancia	H. psiquiátricos
Nº Hospitales	51	20	31	34	8	9
Nº camas	8.335	5.410	2.925	5.663	784	1.888
Camas*	4,0	2,6	1,4	2,7	0,4	0,9

* x 1.000 habitantes.

Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) y Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

Por otro lado, hay que tener en cuenta la disponibilidad de camas en las unidades alternativas a la hospitalización, como los hospitales de día médicos y quirúrgicos y la hospitalización a domicilio, que en conjunto equivalen aproximadamente a 546 camas.

Los recursos actualmente existentes en la red extrahospitalaria de Osakidetza / Svs están detallados en la tabla 18.

Tabla 18. Recursos extrahospitalarios de Osakidetza / Svs. 1999

Ambulatorios	28
Centros de salud	101
Consultorios	173
Servicios de urgencias	38
Centros de salud mental	46

Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) y Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

3.2. Recursos humanos

En la CAPV trabajaban en el sector hospitalario en 1999 un total de 19.070 personas (tabla 19).

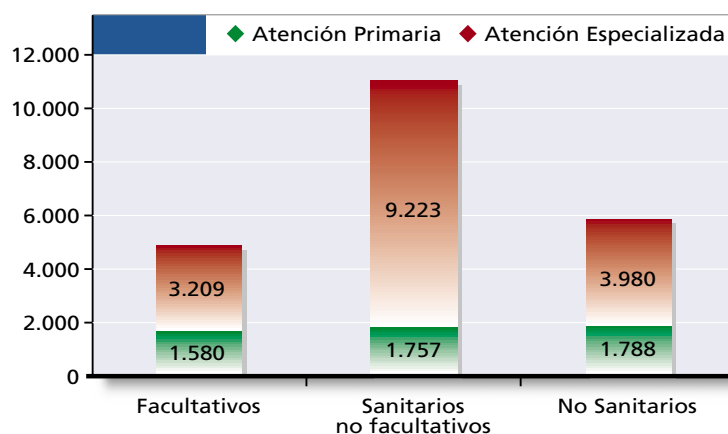
Tabla 19. Recursos humanos del sector hospitalario. CAPV, 1999

	Total	H. públicos	H. privados	H. agudos	H. media-larga estancia	H. psiquiátricos
Total personal	19.070	14.714	4.356	16.737	1.000	1.333
Personal sanitario	14.053	10.740	3.313	12.498	630	925
Médicos	3.844	2.326	1.518	3.681	84	79
Enfermería	5.240	4.487	753	4.812	240	188
Otro sanitario	4.969	3.927	1.042	4.005	306	658
No sanitario	5.017	3.974	1.043	4.239	370	408
Médicos/100 camas	40,3	48,5	23,4	61,2	10,2	3,6
Enfermería 100 camas	75,9	98,0	29,9	111,3	34,0	10,0

Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) y Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Estadística hospitalaria.

La plantilla de Osakidetza / Svs en 1999 estaba formada por 21.685 trabajadores, de los que 15.769 eran sanitarios. En la figura 9 puede verse su distribución por niveles de atención.

Figura 9. Plantilla según su nivel de atención. Osakidetza / Svs. 1999



Fuente: Osakidetza / Svs.

3.3. Actividad asistencial

En la tabla 20 pueden verse los indicadores de actividad asistencial de los hospitales de agudos de Osakidetza / Svs, correspondientes a los años 1994 y 2000. Es destacable el aumento de la actividad en el número de ingresos junto con una disminución de la estancia media y el aumento de la actividad de urgencias.

Tabla 20. Indicadores de actividad asistencial. Hospitales de agudos. Osakidetza / Svs, 1994 y 2000

	1994	2000	Diferencia 94-00 (%)
Camas	4.553	4.034	-11,4
Estancias	1.298.698	1.210.375	-6,8
Ingresos	166.974	197.214	18,1
Índice de rotación	36,67	48,89	33,3
Intervenciones	102.167	129.779	–
Demora media (días)	82,8	57,12	-31,0
Índice de ocupación	78,15	81,97	4,9
Estancia media	7,78	6,14	-21,1
Urgencias	622.147	803.505	29,2
Urgencias ingresadas	96.010	111.273	15,9

Fuente. Osakidetza / Svs. Informe anual 2000.

Durante el 2000 en los centros de atención primaria de Osakidetza / Svs se realizaron 7.256.175 consultas médicas (30,7 visitas/día por médico, índice de frecuentación 4,0), 1.338.663 consultas de pediatría (20,88 visitas/día por pediatra, índice de frecuentación 6,3) y 6.640.378 consultas de enfermería.

Respecto a los datos aportados por la Encuesta de Salud Vasca (ESCAV-97), la utilización de los servicios sanitarios revela un incremento de las consultas médicas y de la satisfacción relacionada con las mismas. Es destacable el incremento de las consultas por motivos preventivos (alcanzan un 15%), siendo importante el incremento del control periódico en adultos de la presión arterial y el colesterol en sangre, de la vacunación antigripal y de la detección precoz de procesos malignos, a través de mamografías y citologías ginecológicas.

En cuanto a las urgencias, se sigue confiando básicamente en los hospitales (atienden un 78% de las mismas) por motivos de mejor accesibilidad (24%) o mejor asistencia (21%). La alta satisfacción de los usuarios con la atención hospitalaria (95%) sólo se ve empañada con la insatisfacción por las listas de espera (23%), a pesar de que sean, en conjunto, las mejores del Estado.

3.4. Gasto sanitario y farmacéutico

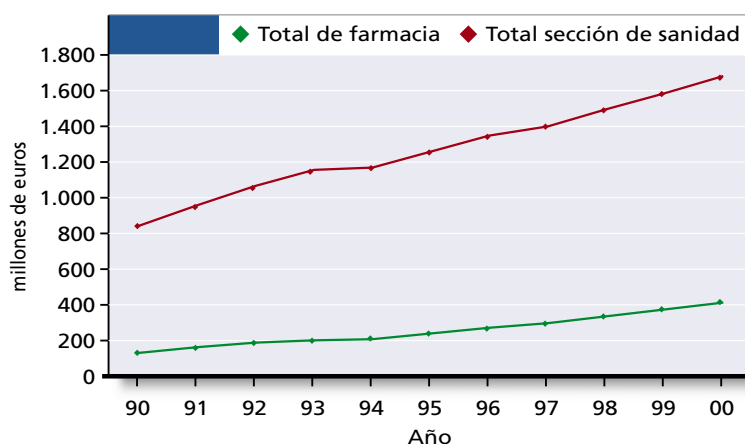
3.4.1. Gasto sanitario

Dentro del gasto total del Gobierno Vasco en el año 2001, a la sección de sanidad le correspondieron 1.688.3 millones de €

3.4.2. Gasto farmacéutico

El gasto en medicamentos representó en 2000 un 24,7% del gasto correspondiente a la sección de Sanidad (1.683,2 millones de €), de los cuales 341,3 millones de €. fueron gasto por receta y 74,0 millones de €. al gasto de farmacia hospitalaria. La partida económica destinada al gasto farmacéutico es la que mayor incremento está teniendo en los últimos años, en torno al 10% anual (figura 10).

Figura 10. Evolución del gasto en sanidad y en farmacia. CAPV, 1990-2000



4. Programas de salud pública

El Departamento de Sanidad, además de la asistencia sanitaria, oferta diferentes programas dirigidos a la protección y promoción de la salud, y a la prevención de la enfermedad.

4.1. Protección de la salud

Los programas de protección de la salud tienen como objetivo fundamental vigilar y controlar los factores del medio externo que pueden afectar a la salud de la población. De esta forma, los programas se dirigen básicamente al control de la calidad del aire, aguas, suelo y de la seguridad alimentaria.

♦ Aire

La contaminación del aire, tanto biótica como abiótica, puede ser responsable de diferentes problemas de salud. Las actuaciones de vigilancia y control del aire se llevan a cabo a través de varias instituciones, correspondiendo al Departamento de Sanidad la responsabilidad de determinar la concentración de contaminantes.

♦ Agua

La vigilancia y control de la calidad del agua de consumo de todos los abastecimientos de la CAPV es realizada por el Departamento de Sanidad. También desarrolla sendos programas de vigilancia de las condiciones higiénicas y sanitarias de las playas y de las piscinas.

♦ Alimentos

Son varios los programas del Departamento de Sanidad para controlar la seguridad alimentaria:

- Inspección de establecimientos alimentarios dirigidos a la vigilancia de las condiciones de las instalaciones, los procesos de manipulación, las materias primas y el producto final.
- Programa de actividades de mayor riesgo alimentario, que tiene como objetivo extremar las medidas preventivas en aquellos establecimientos en los que pueda darse un mayor riesgo sanitario.
- Inspección permanente en los mataderos.
- Vigilancia de la seguridad química de los alimentos mediante la determinación de las ingestas de contaminantes y nutrientes, a través del estudio de Dieta Total y mediante la realización de controles selectivos en determinados alimentos.
- Programa de seguridad microbiológica, mediante la normalización de procedimientos y recogida de muestras para determinaciones analíticas.

♦ Otros programas

Existen otros programas dirigidos a la protección de la salud, como son la tramitación de actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas (MINP); el programa de establecimientos de proyección pública, dirigido a censar y evaluar las condiciones higiénicas de los centros que por su actividad o población a la que atienden precisan de un mayor control. Además existe un programa de protección radiológica dirigido a la prevención de las consecuencias negativas de las radiaciones ionizantes para la salud.

4.2. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Dentro de este epígrafe se enmarcan los siguientes programas:

- Prevención, control y reducción del tabaquismo, dirigido a apoyar a las personas no fumadoras, proteger la salud de los que no fuman, y animar y ayudar a los que quieren dejar de fumar.
- Prevención de lesiones accidentales en niños-proyecto Zainbide, dirigido a la disminución de la accidentalidad infantil.
- Programa de metabolopatías, dirigido al diagnóstico precoz de metabolopatías en los recién nacidos.
- Vacunación infantil y del adulto, dirigido a disminuir la incidencia o erradicar las enfermedades inmuno-prevenibles en la CAPV.

5. Oferta de programas intersectoriales

La acción multisectorial se fundamenta en los efectos que sobre la salud tienen los denominados Determinantes de Salud. Estos se definen como aquellos factores presentes en el individuo o en el medio ambiente en el que se desenvuelve su existencia, que tienen una influencia significativa en el nivel de salud y bienestar del individuo, bien por afectarle a su salud presente o bien por limitar o favorecer su capacidad de bienestar o vital futura.

A efectos de las posibles intervenciones, se distinguen varios grupos de determinantes de salud: los biológicos, que fundamentalmente comprenden la herencia, el sexo y la edad; los estilos de vida, que básicamente abarcan las conductas o hábitos individuales en relación con el ejercicio físico, la conducta alimentaria, el comportamiento sexual, el consumo de drogas (legales e ilegales), y otras conductas con relación a la conducción de vehículos de motor, el uso del tiempo de libre, el descanso, etc.; los sociales, entre los que destacan los ingresos económicos, el empleo, el desempleo, la educación, la vivienda, el suministro de agua potable, la red de saneamiento, y el suministro de alimentos; los escenarios promotores de salud, como el entorno urbano próximo, el centro de trabajo, los centros escolares y educativos en general, las asociaciones culturales y deportivas, los servicios sanitarios y los denominados servicios sociales comunitarios; por último las condiciones generales socio-económicas, culturales y ambientales, que hacen referencia al impacto en la salud humana de las políticas y actividades privadas de numerosos sectores, que a su vez obtienen beneficios de las mejoras en el nivel de salud de la población.

Este apartado se centra en los tres últimos, en cuanto implican decisivamente a diversos sectores de interés y actividad, tanto pública como privada, que pueden interaccionar positivamente con el sector sanitario para obtener beneficios mutuos que incluyen, notoriamente, mejoras en el nivel de salud de la comunidad.

Este abordaje multisectorial de los determinantes sanitarios supone al sistema sanitario un triple reto: la sensibilización de los protagonistas y agentes de las diferentes políticas públicas hasta lograr que sean conscientes y asuman su responsabilidad en las consecuencias que tienen para la salud sus decisiones, la facilitación de mecanismos e instrumentos para la evaluación de este impacto, que corresponde en primer lugar al sector sanitario, y la medición y visualización de las consecuencias favorables en el resto de las políticas que supone la promoción de la salud y el logro de mayores cotas de bienestar sanitario en la población.

5.1. Determinantes sociales de la salud

En la CAPV están en marcha diversas acciones en el marco de políticas sectoriales que se incluyen plenamente dentro de este apartado, entre las que destacan por su mayor impacto en la salud las siguientes:

- Plan integral de lucha contra la pobreza.
- Plan interinstitucional por el empleo.

- Plan vasco de formación profesional.
- Plan de acción positiva para las mujeres en la CAPV.
- Plan rector de vivienda Etxebide.
- Planes de saneamiento integral de cuencas hidrográficas y de zonas costeras.
- Plan Joven.

Todos ellos proponen una serie de objetivos, a través de las correspondientes medidas y su interacción, que van a suponer mejoras de los determinantes de salud, aunque no sea posible todavía su evaluación. La ausencia de esta evaluación impide en el momento actual prever su influencia en la evolución de determinados índices de salud en términos poblacionales o en ciertos problemas sanitarios específicos.

Es preciso destacar la aportación que realizan unos buenos niveles de salud en la población, así como la colaboración del sistema sanitario, a una mejor consecución de las políticas arriba enumeradas. Por ejemplo, es indudable que la falta crónica de salud es uno de los factores que más influyen en la imposibilidad de conseguir unos niveles de ingresos adecuados, lo que, a falta de otros recursos o derechos previos propios o familiares, conducen a la pobreza. La salud se erige así en prerequisite de unos ingresos adecuados. Igualmente, un buen nivel de salud individual contribuye decisivamente a una prestación laboral satisfactoria, tanto para el trabajador como para la empresa, posibilitando un empleo acorde con la preparación individual y los intereses personales. En el caso de la educación, la buena salud y los hábitos de vida saludables son condiciones cuasi-necesarias para poder conseguir alcanzar el mejor nivel educativo posible, en igualdad de oferta educativa y aptitudes personales. Finalmente, diversos sectores se benefician de los datos y evaluaciones aportados desde el sistema sanitario, por ejemplo, en los campos de la vivienda, el suministro de agua potable en cantidad y calidad, el saneamiento a un nivel de depuración aceptable, y el suministro de alimentos en condiciones de variedad, cantidad y calidad exigibles.

5.2. Escenarios promotores de salud

Por escenarios promotores de salud se entienden, a los efectos de este Plan, todos aquellos conjuntos espaciales o centros o instituciones en los que se desarrollan actividades en grupo, de forma regular, distintas de las estrictamente familiares, que proporcionan oportunidades claras para reforzar los vectores creadores de salud o los conocimientos y prácticas de protección de la misma. Los principales son:

- Los centros de trabajo.
- Los centros escolares y educativos, fundamentalmente los de educación general y formación profesional, aunque también los de formación superior.
- Los barrios o entornos urbanos próximos al hogar, y específicamente su nivel de equipamiento urbano, incluida la existencia de locales destinados a actividades colectivas, zonas de encuentro y esparcimiento, y su grado de mantenimiento.
- Los servicios sociales comunitarios.
- Las asociaciones cívicas, culturales y deportivas.
- Los servicios sanitarios.

En la CAPV están igualmente en marcha determinadas acciones en el marco de políticas sectoriales relacionadas con este apartado, entre las que se destacan por su mayor impacto en la salud las siguientes:

- Plan estratégico de OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales.
- Comisión mixta Sanidad-Educación-Drogodependencias para Promoción y Educación para la Salud.
- Programas de Innovación Educativa.
- Plan de Formación Agraria.
- Plan de Educación Ambiental en el sistema educativo no universitario.
- Plan de la Reserva de la Biosfera de Urdaibai.
- Plan de Drogodependencias.
- Plan de Seguridad Vial.

El conjunto de estos planes, junto a otros limitados a los Territorios Históricos y determinadas comarcas, por razón de la competencia en la materia de servicios sociales que corresponde a las entidades forales y ayuntamientos, impulsan actividades de mejora de los indicadores más correlacionados con los niveles de salud.

5.3. Condiciones generales socio-económicas, culturales y medioambientales

En la CAPV se hallan en marcha los siguientes planes que contemplan acciones sectoriales relacionadas con este apartado:

- Directrices de Ordenación Territorial de la CAPV.
- Plan territorial sectorial de Suelo para Actividades Económicas de la CAPV.
- Plan estratégico Rural Vasco.
- Plan territorial en el Sector Agroforestal y Medio Natural.
- Plan de Ciencia y Tecnología del País Vasco.
- Plan Euskadi en la Sociedad de la Información.
- Plan de Informática y Telecomunicaciones.
- Plan general de Carreteras del País Vasco.
- Programa Marco Ambiental.

Numerosas de las acciones previstas en los planes arriba enumerados tienen una influencia decisiva en la generación de condiciones que permiten desarrollar una vida más saludable. Se pueden diferenciar tres grupos de actividades: por un lado las que generan facilidades de información y de comunicación (incluido el transporte) y relación con personas, entornos y servicios, cuyas interacciones generan satisfacción y seguridad; por otro el nivel de desarrollo alcanzado por las principales actividades generadoras de riqueza en el área de residencia habitual, y finalmente los valores predominantes en el grupo social en el que se vive, y especialmente el apoyo social del que se dispone.

La influencia de cada una de estas actividades en el nivel de salud de la población varía en función del tipo de actividad, siendo más indirecta en unos casos y más explícita en otros.