

# 4. SITUACIÓN DE PARTIDA

# EVALUACION DEL PLAN DE SALUD 2002-2010

Las principales conclusiones de la evaluación del Plan de Salud 2002-2010 son las siguientes:

- Sigue mejorando la esperanza de vida al nacer, tanto en hombres como en mujeres, aunque aumentan las diferencias sociales en las mujeres.
- Disminuye la mortalidad en edades juveniles y en general la mortalidad por causas externas.
- Continúa la reducción de la mortalidad infantil.
- Disminuye la prevalencia de consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco, así como el consumo de otras drogas ilegales. Aumentan significativamente las diferencias sociales en el consumo de tabaco.

- Aumenta la prevalencia de consumo habitual de alcohol.
- Aumenta la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en mayores de 64 años, especialmente en los hombres.
- Aumenta la obesidad y enfermedades relacionadas.
- Se reduce la mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, si bien siguen siendo una causa de mortalidad importante también aumentan significativamente las desigualdades sociales, tanto en hombres como en mujeres.
- Se reduce la mortalidad general por cáncer, la de cáncer de pulmón en hombres y de mama en mujeres. Por el contrario, aumenta en las mujeres la mortalidad por cáncer de pulmón.

## SITUACIÓN DE LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

La situación demográfica actual de Euskadi continúa marcada por las tendencias demográficas iniciadas con el cambio de siglo, que implicaron un aumento de la población, un equilibrio entre nacimientos y defunciones y un saldo migratorio positivo. Las proyecciones demográficas realizadas por Eustat para 2020 continúan presentando crecimiento en la población pero de manera más desacelerada, con una clara continuación del proceso de envejecimiento de la población, lo que significa que las personas de 65 o más años serán el 22,5% de la población en 2020, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacer y el descenso de la fecundidad, con un retraso progresivo de la edad media a la maternidad.

La evolución de la actividad económica en Euskadi ofrece un largo periodo de expansión desde mediados de la década de los 90 hasta el año 2007, aproximadamente, año en que comienza a manifestarse con virulencia la grave crisis en la que estamos inmersos actualmente. En este año empieza a observarse una rápida y profunda caída en las tasas de variación interanual del PIB, que se produce de manera paralela a lo que sucede en España y en la Unión Europea. Así mismo, aumentan las tasas de paro, que se sitúan en 2012, según Eustat, en un 11,7% para las mujeres y 12,5% para los hombres. A partir del año 2009 se observa un crecimiento de las contrataciones temporales en relación a las

indefinidas. El riesgo de pobreza para la población vasca se eleva en 2012 a un 7,3%, a pesar de la contención que realiza el sistema vasco de garantía de ingresos.

Algunos estudios apuntan un posible debilitamiento del capital social en la población vasca, debido a que el tiempo medio dedicado a las relaciones y a la vida social han disminuido (Encuestas de Presupuestos de Tiempo, Eustat). Sin embargo y según la ESCAV, la prevalencia de mujeres que presentan bajo apoyo social afectivo, según la escala de apoyo social de Duke, ha disminuido entre 2007 y 2013, manteniéndose estable en el caso de los hombres. Sin embargo hay que prestar atención a las clases sociales más desfavorecidas que presentan prevalencias mucho mayores, tanto en hombres como en mujeres.

Se ha producido una mejora considerable de la calidad del aire en los últimos años en Euskadi. El porcentaje de días al año con calidad de aire buena o admisible pasó de 94,6% en 2005 a 99,1% en 2010. En todas las zonas se ha producido un descenso muy importante de días con mala calidad de aire, incluidas aquellas que presentaban peores resultados. A pesar de estas mejoras, se ha incumplido la legislación vigente con respecto al índice de PM10 en diversas áreas de la CAPV, por superación del límite diario de 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  en algunas ocasiones.

La percepción que las familias vascas tienen sobre su medio ambiente físico y social ha mejorado claramente a lo largo de los últimos veinte años. Respecto al entorno físico, aumenta la proporción de familias que lo califican de saludable (65,4% en 2009 frente al 50,8% en 1989. Encuesta de Condiciones de Vida. Eustat).

La calidad del agua de bebida en la CAPV es de calidad satisfactoria para el 98% de la población. Así mismo, el número de toxiinfecciones de origen alimentario notificadas en los últimos años han disminuido considerablemente, tanto en cuanto a número de brotes como en el número de personas afectadas.

## ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE EUSKADI

La esperanza de vida (EV) en Euskadi aumenta paulatinamente tanto en hombres como en mujeres y en todas las edades. Aunque la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres (86,4 y 79,5 años respectivamente), las ganancias en la última década son mayores para los hombres, con un aumento de su esperanza al nacer del 3,7%, superior al de las mujeres (2,9%). A partir de 2007 se observa un cambio de tendencia en la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), especialmente en mujeres. Los años vividos en discapacidad por los hombres pasó de 9,1 a 10,3 años y en las mujeres de 11,7 a 13,3 años en el periodo 2002-13. El aumento en la prevalencia de limitación crónica de la actividad puede explicar la pérdida de EVLD, que en los hombres aumentó un 10% y en las mujeres un 32% en dicho periodo. La limitación es mayor cuanto menor es el nivel socioeconómico, siendo la desigualdad más manifiesta en las mujeres que en los hombres.

En relación a la salud percibida, la percepción de la población vasca sobre su salud ha mejorado en el último quinquenio. El 16% de los hombres y 21% de las mujeres valora su salud como regular o mala en 2013, frente al 17% y 23% en 2007. Las desigualdades sociales en la salud percibida se mantienen y son especialmente relevantes en el caso de las mujeres, para quienes el índice relativo de desigualdad (IRD) se duplica en la última década, (1,76 en 2002 y 2,55 en 2013), percibiendo peor salud entre los de menor nivel socioeconómico.

El número de pacientes con patologías crónicas aumenta progresivamente en Euskadi, a la vez que aumenta la complejidad de los procesos. Se estima que el 38% de la población vasca de 65 y más años presenta alguna enfermedad crónica y esta proporción previsiblemente se duplicará para el año 2040<sup>27</sup>. La encuesta de salud (ES-CAPV-2013) proporciona prevalencias aun superiores para los problemas crónicos (44,7% en hombres, 46,9% en mujeres).

La proporción de pacientes pluripatológicos, que padecen 2 o más condiciones y requieren atención sanitaria, se eleva a 21% en hombres y 26% en mujeres (Orueta et al, 2013)<sup>28</sup>. Entre las patologías más prevalentes se sitúa en primer lugar la hipertensión arterial (18,7% de hombres y 19,4% de mujeres), seguido de ansiedad/estrés

(7,3% y 14,1% respectivamente), diabetes mellitus (6,4% y 5,3%), problemas articulares (2,3% y 5,3%), depresión (1,8% y 5,2%). Los autores describen un gradiente socioeconómico para la mayoría de los problemas de salud en ambos sexos, aunque más acentuado en las mujeres, siendo mayor la carga de enfermedad que padece la población residente en áreas de mayor privación.

Los problemas de salud mental, específicamente la ansiedad y la depresión, presentan un aumento importante de su prevalencia en Euskadi (ESCAV 2013), con un incremento del 35% en hombres y 40% en mujeres en el periodo 2002-13. Así mismo, aumentan las desigualdades sociales en los problemas de salud mental, especialmente entre los hombres.

El número de personas que precisa ingreso hospitalario ha aumentado de forma constante en los últimos años. En 2011 se produjeron un total de 149 altas por 1000 habitantes, lo que supuso un incremento de 1,6% respecto al año anterior. Según grandes grupos diagnósticos, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo y las del aparato respiratorio provocaron la mayor morbilidad proporcional en los hombres, mientras que en las mujeres fueron los ingresos relacionados con embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato circulatorio, y las del aparato digestivo. Específicamente, en los hombres la insuficiencia cardíaca (2,6%), la bronquitis crónica (2,4%) y la hernia inguinal (2,3%), son los diagnósticos más frecuentes al alta y en las mujeres el embarazo cronológicamente avanzado (3,5%), coledocistitis (2,4%), e insuficiencia cardíaca (2,3%).

Con relación a la mortalidad, el número de fallecimientos ha mantenido una tendencia ascendente en la última década (incremento del 10% en el periodo 2001-11) como consecuencia del envejecimiento poblacional. Según el Registro de Mortalidad de la CAPV, en el año 2011 los tumores son la primera causa de muerte entre la población con un 32%, en segundo lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio con un 29%; entre las mujeres este orden se invierte.

Los programas de cribado representan prácticas preventivas que tienen amplia difusión y buena aceptación de la población en la CAPV. El programa de detección precoz de cáncer de mama presenta buenas coberturas, con tasa de

participación del 80,66% y un total de 114.978 mamografías realizadas en 2012. Los datos procedentes de la ESCAV indican, además, una progresiva disminución de las desigualdades sociales en la accesibilidad al programa. En el 2008 fue aprobada la puesta en marcha en la CAPV del Programa de detección precoz del cáncer colorrectal y su cobertura se ha ampliado e incrementado progresivamente. En 2012 la tasa de participación en hombres de 50-69 años fue del 62%, en mujeres del 68%, con un total de 541.000 personas estudiadas. El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) atendió en 2012 un total de 115.008 niños y niñas (niños: 65,6%; niñas 66,2%) y mejoró la participación respecto al 2011 (65,9% y 63,8% respectivamente). El cribado de síndrome de Down y otras cromosomopatías, fue pilotado en 2009 y extendido en 2010 a todas las embarazadas que acuden al sistema público para su control del embarazo. El programa presenta buena aceptación (rechazo inferior al 1%) y en 2012 participaron en el programa un total de 15.995 embarazadas. El Programa de cribado neonatal, cuyo objetivo es la detección precoz de las enfermedades metabólicas y otras enfermedades, da cobertura al 100% de los bebés nacidos en la CAPV y cuenta con muy bajo nivel de rechazo (dos casos en 2012).

El Programa de Vacunaciones constituye una de las intervenciones preventivas más importantes, especialmente en el ámbito de las enfermedades infecciosas. En los últimos años se han ido incorporando nuevas vacunas al calendario vacunal infantil (VPH), alcanzándose actualmente elevadas coberturas en las diferentes series vacunales (superiores al 90%).

## SERVICIOS SANITARIOS

El porcentaje del PIB dedicado a gasto sanitario en Euskadi fue del 8,8% en 2009 con un gasto de 2.602 € por habitante, apreciándose un aumento considerable en la última década (6,5% del PIB y 1.296 € por habitante en el año 2000). El 75% de la financiación es pública. (Eustat. Cuenta de la Salud).

En la comparación internacional, con los datos que ofrece la OCDE para el año 2009, el gasto en salud per cápita en la CAPV se sitúa en 3.658 PPC por habitante (poder de paridad de compra en \$), por encima de países como Reino Unido (3.487), Finlandia (3.226) y España (3.067) y por debajo de Noruega con 5.352 y Suiza con 5.144, entre otros. Sin embargo, comparando lo que representa el gasto sanitario sobre el PIB, todavía estamos por debajo de los países más desarrollados.

La evolución de los indicadores de funcionamiento del sector hospitalario muestra un espectacular aumento de los índices de rotación, habiéndose prácticamente duplicado desde el año 1986 la actividad asistencial por cama, a costa de descender tanto la estancia media como la es-

En relación a las conductas relacionadas con la salud, según la ESCAV 2013, aumenta la prevalencia de consumo habitual de alcohol en nuestra población, tanto en hombres como en mujeres, con un gradiente socioeconómico que perjudica en este caso a las clases más favorecidas. Disminuye sin embargo la prevalencia de consumo de tabaco, tanto en hombres como en mujeres, y el descenso es muy marcado en la prevalencia de tabaquismo pasivo.

Los datos de Euskadi y Drogas 2012 apuntan a una caída significativa de la prevalencia del consumo de drogas ilegales en Euskadi, consolidándose la tendencia al descenso puesta de manifiesto desde el año 2004, cuando se alcanzaron los niveles de consumo históricamente más elevados. A pesar de esto, los niveles de consumo experimental siguen siendo altos y, pese a los descensos de los últimos años, la CAPV sigue estando entre las regiones y países con mayores tasas de consumo de cannabis de la UE.

En lo relativo a la práctica de actividad física, en el último quinquenio la prevalencia de sedentarismo disminuye un 17% hombres (26,6% en 2013), y no se modifica en las mujeres (34,0% en 2013).

En los últimos diez años, la situación de la obesidad en la CAPV ha empeorado de forma considerable. La proporción de personas obesas de más de 16 años es un 25% mayor que en 2002. La distribución de la obesidad por clase social muestra un gradiente ascendente a medida que disminuye el nivel socio-económico. El aumento en la proporción de personas obesas en los grupos más favorecidos ha ocasionado una disminución en las diferencias socioeconómicas en la obesidad.

tancia por razones quirúrgicas. El descenso de la estancia media en cirugía ha pasado de 10,1 días a 3,7, entre 1989 y 2009. Es evidente que las alternativas puestas en marcha desde comienzo de la década de los 90, como la hospitalización a domicilio y las unidades de ingreso de corta estancia, han sido en gran medida las responsables de este descenso.

En cuanto a la seguridad clínica del/la paciente, la prevalencia de infección nosocomial en los hospitales de Osakidetza fue de 6,4% en 2012, teniendo el 100% de las organizaciones un Plan de Seguridad actualizado, y desplegando progresivamente el sistema corporativo de notificación de efectos adversos para el aprendizaje en seguridad del/la paciente.

La lista de espera quirúrgica en las organizaciones de Osakidetza presentó una demora media de 52,1 días. El 16% de los pacientes se mantuvo en lista de espera más de 3 meses. La media de minutos por consulta por visita en Atención Primaria fue de 9,6 y en Pediatría de 10,6.

---

La valoración global de la asistencia en las encuestas de satisfacción de los centros de Osakidetza en 2012 fue positiva (excelente + muy buena + buena) para más del 95% de las personas encuestadas tanto para consultas de atención primaria como para consultas externas intrahospitalarias, urgencias hospitalarias y hospitalización general. Según el Barómetro Sanitario 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el País Vasco el 27% de la ciudadanía opina que el sistema sanitario funciona bastante bien y el 54% que funciona bien pero necesita cambios.

## RETOS Y OPORTUNIDADES DEL PLAN DE SALUD

Este Plan de Salud se dirige a más de dos millones de personas, y su objetivo final es mejorar la salud y bienestar de toda la población. Tal como se describe más arriba, la CAPV se sitúa en una buena posición de partida, con un sistema de salud de calidad y reconocido socialmente, y niveles de salud muy favorables.

En este contexto, las oportunidades y retos que debe asumir el Plan de Salud tienen que ver con:

- Alcanzar un compromiso interinstitucional para que la salud y la equidad en salud sean asumidas como metas del conjunto del gobierno y demás instituciones.
- Disminuir las desigualdades sociales y de género en la salud, aun en las circunstancias de precariedad y riesgo de pobreza derivadas de la crisis económica.
- Velar por un sistema sanitario de calidad y universal, mediante el fortalecimiento de los niveles asistenciales de menos complejidad y mayor proximidad al domicilio, como es la Atención Primaria, para garantizar una mayor accesibilidad y evitar inequidades en salud.
- Adaptar el sistema sanitario para afrontar con calidad y eficacia la creciente carga de la multimorbilidad y las enfermedades crónicas, situando a las personas como eje central de una atención integral e integrada en todo el sistema sanitario, basado en la coordinación y colaboración de todos los niveles asistenciales.
- Potenciar y consolidar la atención sociosanitaria, dotándola de mecanismos y procedimientos que favorezcan la coordinación del sector social y sanitario.
- Promover entornos y conductas saludables, mediante proyectos comunitarios desarrollados, preferentemente, en el ámbito local con la colaboración de distintos sectores.