

5.2.

AREA PRIORITARIA 2: PERSONAS CON ENFERMEDAD

INTERVENIR SOBRE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD Y LA DISCAPACIDAD DE LAS ENFERMEDADES

Esta segunda Área incluye los objetivos y las acciones curativas, rehabilitadoras y paliativas dirigidas a las personas con las siguientes patologías: cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos mentales, enfermedades transmisibles, entre ellas las de transmisión sexual, enfermedades raras, enfermedades neurodegenerativas y enfermedades osteoarticulares y reumatológicas. Se tiene especialmente en cuenta la carga de enfermedad producida por la multimorbilidad, los procesos crónicos y las situaciones de dependencia. También aborda los aspectos específicos de pacientes con polimedicación, las medidas de seguridad clínica, el personal trabajador con enfermedades profesionales y la atención a pacientes en situación terminal y/o en cuidados paliativos.

La atención integrada es un principio de la organización de cuidados sanitarios que busca mejorar los resultados en salud, mediante la integración de los procesos

asistenciales y teniendo a la persona enferma como eje de la atención. Los objetivos y acciones de esta Área resaltan los elementos siguientes: a/ la ruta asistencial como concreción del proceso asistencial con visión integradora; b/ la coordinación de niveles asistenciales para el buen servicio a la persona y c/ los procesos de rehabilitación personalizados y en el entorno habitual de las personas enfermas, cuando sea posible.

Según la ESCAV 2013, casi la quinta parte de la población (21,7% de los hombres y 12,9% de las mujeres) no realizó ninguna consulta médica en el último año. Aproximadamente la tercera parte de la población visitó la consulta médica una o dos veces al año, algo más de otro tercio consultó entre tres y nueve veces en el año y uno de cada 10 acudió a la consulta diez o más veces. Este grupo de personas, denominado de «grandes frecuentadores», se corresponde con un tamaño poblacional cercano a 224.000 personas. (Tabla 1).

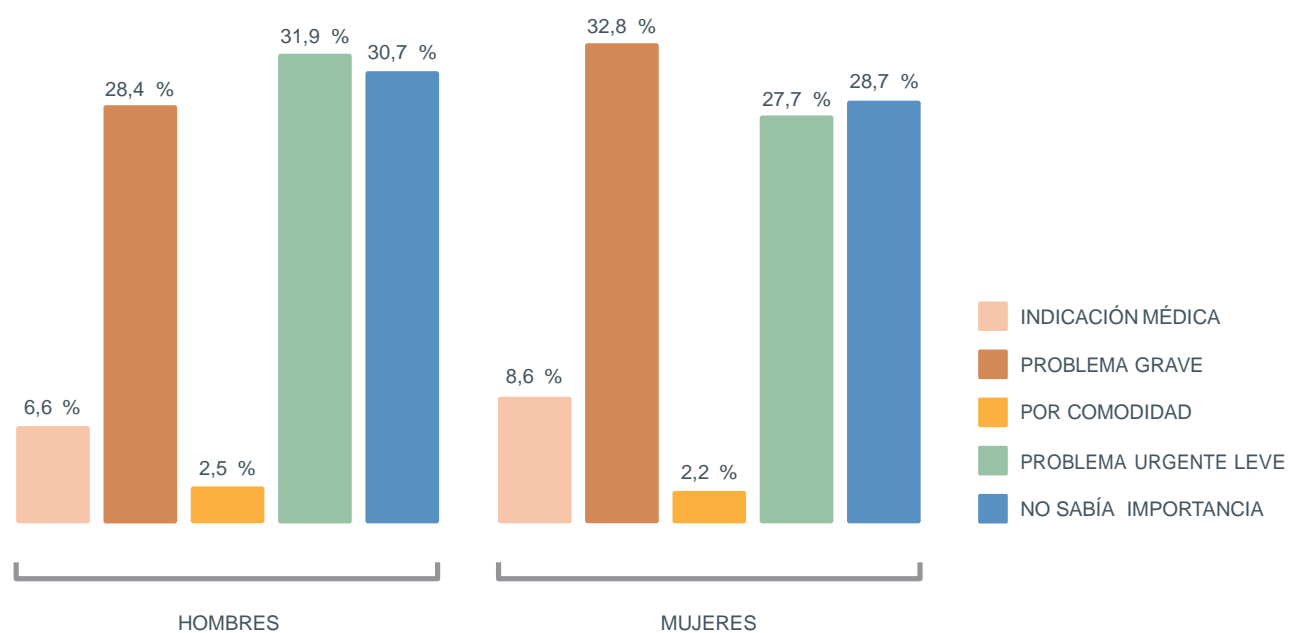
-
Tabla 1.
Población (%) según número
de consultas al médico/a en el
último año.
CAPV. 2013

Nº DE CONSULTAS	HOMBRES	MUJERES	AMBOS SEXOS
Ninguna	21,7	12,9	17,2
Una o dos	34,5	32,8	33,6
Tres a nueve	35,6	42,9	39,3
Diez y más	8,2	11,4	9,9
Total	100	100	100

Fuente: ESCAV 2013

Aproximadamente el 30% de las personas que acudieron a los servicios de urgencia consideró que tenía un problema de salud leve que necesitaba atención inmediata; 30% creía tener un problema de salud grave; 30% desconocía la importancia de su problema; 2% consideró que aunque su problema era leve, era más cómodo ir a urgencias y un 8% acudió a urgencias por indicación médica (Gráfico 9).

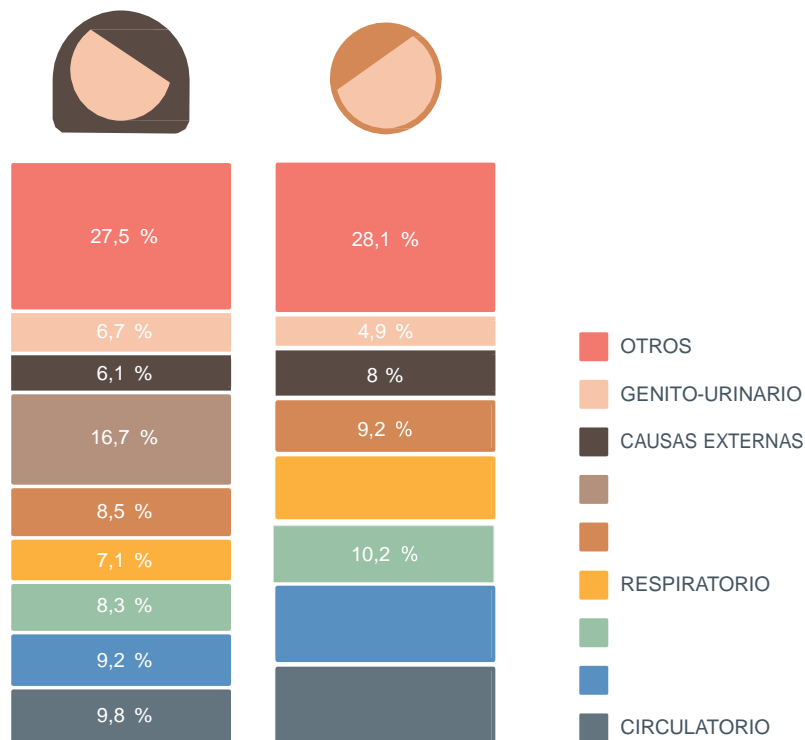
Gráfico 9.
Distribución de los motivos de consulta a los servicios de urgencia según la gravedad percibida.
CAPV. 2013.



Fuente: ESCAV 2013

Los datos del registro de Altas hospitalarias del CMBD indican que el número de altas registradas en los hospitales públicos y privados de la CAPV en el año 2011 fue un 1,6% mayor que en 2010. Tal como se observa en el gráfico 10, en la que se describe la morbilidad proporcional según grandes grupos diagnósticos, las enfermedades del aparato circulatorio, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio son las causas más frecuentes de alta en hombres; los ingresos relacionados con embarazo, parto y puerperio son los más frecuentes entre las mujeres, seguidos de las enfermedades del aparato circulatorio y las del aparato digestivo.

Gráfico 10.
Altas hospitalarias (%) por grandes grupos diagnósticos y por sexo. Hospitales de agudos públicos y privados. CAPV. 2011

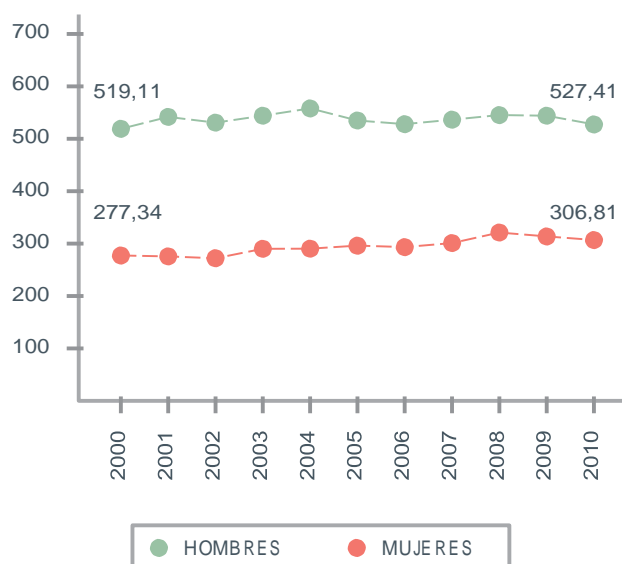


Fuente: Registro de altas hospitalarias de la CAPV 2011

CÁNCER

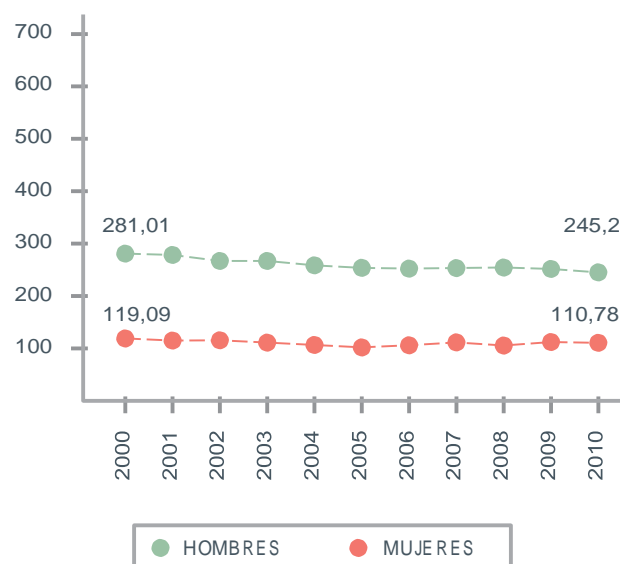
En 2010 el cáncer fue la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. La incidencia fue de 711,59 por 100.000 hombres y 456,60 por 100.000 mujeres; la tasa de mortalidad por cáncer fue de 354,52 por 100.000 hombres y 204,09 por 100.000 mujeres. La incidencia estandarizada a la edad de la población europea presenta una tendencia ligeramente ascendente entre 2000 y 2010, a un ritmo de 0,2% anual en los hombres y 1,1% anual en las mujeres (Gráfico 11). La mortalidad por cáncer disminuyó un 1,5% anual en hombres y 0,7% anual en mujeres en este periodo (Gráfico 12).

Gráfico 11.
Tasa de Incidencia estandarizada de tumores malignos. CAPV. 2000-2010.



La incidencia de cáncer en menores de 65 años fue, en hombres, 297,22 y en mujeres 253,27 por 100.000. La mortalidad fue de 113,97 en hombres y de 68,47 por 100.000 en mujeres.

Gráfico 12.
Tasa de Mortalidad estandarizada de tumores malignos. CAPV. 2000-2010.



Población de referencia europea

Fuente: Registro de mortalidad y Registro de cancer de la CAPV

La localización más frecuente de cáncer en mujeres fue la mama, con una tasa de incidencia de 126,57 por 100.000 y tasa de mortalidad de 27,95 por 100.000 en el año 2010. La tasa de incidencia estandarizada a la edad de la población europea aumentó un 1,5% anual y la mortalidad disminuyó el 2,5% anual entre 2000 y 2010. La segunda localización más frecuente en mujeres fue colon y recto, con tasa de incidencia de 65,72 por 100.000 y de mortalidad de 25,60 por 100.000; las tasas estandarizadas muestran tendencia ascendente en la incidencia (1,7% anual) y descendente en la mortalidad (1,4% anual). El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ocupa el cuarto lugar en incidencia y tercer lugar en la mortalidad por cáncer en mujeres en la CAPV; la incidencia estandarizada muestra un aumento de 7,9% anual y la mortalidad del 7,7% anual entre 2000 y 2010.

El cáncer que mayor mortalidad produce entre los hombres es el de tráquea, bronquios y pulmón; su incidencia en 2010 fue de 97,38 por 100.000 y la mortalidad de 82,28 por 100.000. A diferencia de lo que sucede en las mujeres, la incidencia estandarizada descendió 1,0% y la mortalidad 0,8% anual entre 2000 y 2010. La segunda localización más frecuente entre los hombres fue colon y recto, con tasa de incidencia de 123,99 por 100.000 y de mortalidad de 51,90 por 100.000 en 2010. La incidencia estandarizada aumenta un 3,3% anual y la mortalidad 1,1% anual entre 2000 y 2010. El cáncer de próstata fue el más frecuente (149,85 por 100.000) y el tercero en causa de muerte (31,99 por 100.000) en 2010. La incidencia estandarizada aumenta un 1,7% anual y la mortalidad, por el contrario, desciende un 2,0% anual entre 2000 y 2010.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y hospitalización, junto con los tumores. La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio se redujo, desde 2000 a 2010, en un 3,7% en hombres y un 4,1% en mujeres. La cardiopatía isquémica fue la primera causa de mortalidad en hombres (tasa: 89,17/100.000) y la enfermedad cerebrovascular la primera en mujeres (tasa: 70,77/100.000) en el año 2010.

Según datos del registro de estratificación de crónicos de 2011, la prevalencia de HTA era de 18,7% en hombres y 19,4% en mujeres; la prevalencia de cardiopatía isquémica era de 2,9% en hombres y 1,2% en mujeres; la frecuencia de enfermedad cerebrovascular era de 2,0% en hombres y 1,9% en mujeres²⁸.

DIABETES MELLITUS

En el año 2000 se estimó la prevalencia de diabetes tipo 2 en la población mayor de 24 años de la CAPV en el 4,6% y la incidencia de 5 casos por 1.000 habitantes³³. Datos más recientes del registro de estratificación de crónicos 2011 estiman que el 6,4% de los hombres y 5,3% de las mujeres de la CAPV padece diabetes conocida²⁸. La ESCAV 2013 muestra que la prevalencia ha aumentado en los mayores de 64 años, especialmente en los hombres de 65-74 años (Tabla 2).

-
Tabla 2.
Prevalencia de diabetes por
edad y sexo.
CAPV. 2002-2013

	HOMBRES			MUJERES		
	2002	2007	2013	2002	2007	2013
0-14	-	-	-	-	0,4	0,4
15-24	0,5	0,1	-	0,1	0,2	0,4
25-44	0,8	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5
45-64	3,7	5,9	7,2	3,1	3,5	4,3
65-74	11,5	11,3	18,9	8,1	9,8	12,3
>=75	12,2	14,1	19,6	9,7	9,9	15,2

Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV 2013.

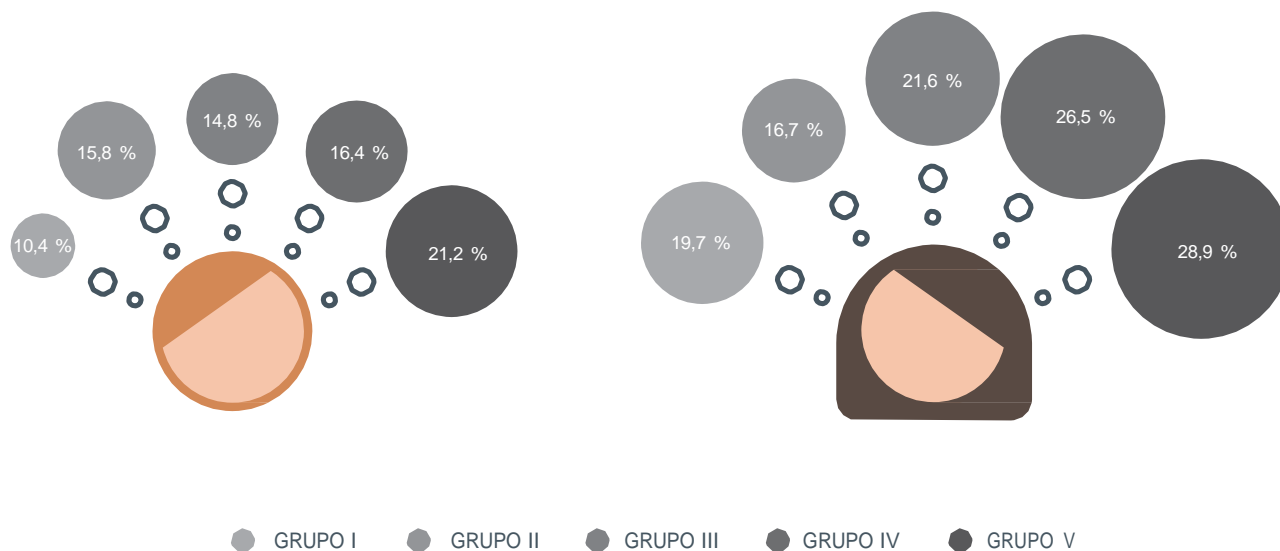
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en la CAPV en 2011²⁸ era de 3,0% en hombres y 1,5% en mujeres; la prevalencia de asma era de 2,7% en hombres y 2,9% en mujeres. La tasa de frecuentación hospitalaria por EPOC en 2011 fue de 11,61 por 1.000 en hombres y 2,46 por 1.000 mujeres; la frecuencia de reingresos es del 24%. La mortalidad por EPOC en 2010 fue de 50,11 por 100.000 en hombres y 25,51 por 100.000 mujeres.

SALUD MENTAL

El 24,3% de las mujeres y el 15,5% de los hombres presentaron síntomas de ansiedad y/o depresión en 2013. Esta prevalencia fue mayor a mayor edad, sobre todo a partir de los 45 años. La prevalencia de ansiedad y depresión aumentaba al descender en la escala social, de manera que el 19,7% de las mujeres y el 10,4% de los hombres del grupo más favorecido presentaron síntomas de ansiedad y depresión frente al 28,9% de las mujeres y el 21,2% de los hombres del menos favorecido (Gráfico 13).

Gráfico 13.
Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión por clase social y sexo (estandarizada por edad).
CAPV. 2013



Fuente: Encuesta de Salud de la CAPV 2013.

PLURIPATOLOGÍAS

Según datos del registro de estratificación de crónicos de la CAPV de 2011 el 21,2% de los hombres y 25,9% de las mujeres presentaban dos o más patologías crónicas²⁸.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO 2.1.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INTEGRAL, INTEGRADA Y CENTRADA EN LAS PERSONAS

Impulsar una asistencia sanitaria basada en una visión integral, integrada y centrada en la persona enferma, especialmente en pacientes con cronicidad y pluripatología, y asegurar una atención continuada, personalizada, eficiente y basada en la evidencia científica.

ACCIONES

2.1.1. Promover la continuidad asistencial mediante vías clínicas asistenciales^g para las enfermedades más prevalentes.

2.1.2. Impulsar la elaboración y utilización de guías de práctica clínica.

2.1.3. Mejorar las competencias profesionales mediante la capacitación profesional y desarrollo de nuevos roles, incluyendo los procesos de formación pre y post grado.

2.1.4. Promover nuevas herramientas de atención, como entornos virtuales y consultas no presenciales.

2.1.5. Favorecer el cuidado del paciente en su entorno habitual, respetando en todo caso su voluntad o preferencia.

2.1.6. Desarrollar estrategias y mecanismos (formación, acceso a consultas...) dirigidos a minimizar el impacto del cuidado de los enfermos/as en la salud de los cuidadores o cuidadoras informales.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Despliegue de vías clínicas asistenciales en las Organizaciones Asistenciales Integradas	--	100%	Osakidetza - Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad
Plan de formación para personas cuidadoras en las patologías priorizadas	--	2016	Dpto. de Salud Dpto. Empleo y Políticas Sociales Osakidetza

g. También llamadas rutas asistenciales

OBJETIVO 2.2.

USO ADECUADO DE FÁRMACOS

Fomentar el uso adecuado de fármacos a través de una actuación coordinada/integrada entre Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Farmacias, en especial para pacientes con polimedicación y para aquellos medicamentos que requieren un seguimiento especial.

ACCIONES

2.2.1. Desarrollar un proceso de prescripción compartida hospital-primaria-farmacia, que fomente la adherencia al tratamiento, el uso seguro de fármacos y que esté basado en guías de práctica clínica.

2.2.2. Potenciar la deprescripción y seguimiento de interacciones en pacientes con polimedicación.

2.2.3. Incentivar la formación continuada de profesionales sanitarios no financiada por las industrias de productos y servicios sanitarios.

2.2.4. Desarrollar programas de vigilancia antimicrobiana y de resistencias a antibióticos.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Proceso de prescripción compartida instaurado	--	2015	Dpto. de Salud Osakidetza
Programa de vigilancia antimicrobiana y resistencias	--	2015	Dpto. de Salud Osakidetza

OBJETIVO 2.3.

SEGURIDAD CLÍNICA

Promover el máximo nivel posible de seguridad clínica en la provisión de la asistencia sanitaria.

ACCIONES

2.3.1. Implantar sistemas de información y notificación de incidentes.

2.3.2. Impulsar programas destinados a mejorar el nivel de seguridad clínica en el ámbito asistencial, garantizando la identificación unívoca de cada paciente, la seguridad en el uso de medicamentos, hemoderivados y productos sanitarios, la seguridad quirúrgica y la seguridad radiológica, y minimizando el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria, el de lesiones por caídas y de úlceras por presión.

2.3.3. Promover la cultura de la seguridad mediante estrategias de sensibilización y formación de profesionales, a través de mecanismos informativos y participativos entre profesionales y pacientes.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Grado de utilización efectivo del sistema de notificación de incidentes	5% (2012)	20% de los Servicios /Unidades del 100% de OSIs/Comarcas	Osakidetza – Seguridad clínica
Implantación del sistema/protocolo de identificación unívoca de pacientes	75% (2013)	100%	Osakidetza – Seguridad clínica

OBJETIVO 2.4

SITUACIÓN TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS

Proporcionar una atención integral, personalizada y de calidad a las personas y sus familias en Situación Terminal y/o Cuidados Paliativos.

ACCIONES

2.4.1 Desarrollar y ofertar un plan de cuidados paliativos en cada Organización Sanitaria Integrada. Este plan deberá ser fruto del consenso de un modelo sociosanitario de cuidados paliativos, integral, ético y multidisciplinar, a partir del mapa de recursos existentes.

2.4.2. Promover la Declaración de voluntades anticipadas en la CAPV.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Planes de cuidados paliativos aplicado en Organizaciones Sanitarias Integradas/Comarcas	--	100%	Osakidetza
Población con Declaración de voluntades anticipadas	Hombres: 1,2% Mujeres: 1,1% (2012)	>15%	Dpto. de Salud Osakidetza

OBJETIVO 2.5

CÁNCER

Promover un modelo de atención a personas con cáncer a través de equipos multidisciplinares orientados a la atención integral, integrada, personalizada y coordinada.

ACCIONES

2.5.1. Potenciar los Comités de Tumores en las Organizaciones Sanitarias Integradas con atención oncológica para valoración, tratamiento y seguimiento de los casos, con especial protagonismo de la Atención Primaria.

2.5.2. Potenciar la atención psicológica en el proceso asistencial.

2.5.3. Mantener la cobertura del programa de detección precoz del cáncer de mama (PDPCM)

2.5.4. Completar la cobertura del programa de cribado de cáncer colorrectal, mejorando la participación y la tasa de detección.

2.5.5. Impulsar la medicina personalizada para los procesos tumorales con evidencia científica establecida.

2.5.6. Las acciones relacionadas con la prevención del cáncer están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Pacientes oncológicos con revisión a través de comités de tumores	--	>75%	Osakidetza
Incidencia de cáncer (tasa /100.000) en menores de 65 años	Hombres: 246,52 Mujeres: 203,02 (2010)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer (tasa /100.000) en menores de 65 años	Hombres: 99,25 Mujeres: 55,37 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	Registro de Mortalidad
Incidencia por cáncer de pulmón en menores de 65 años (tasa /100.000)	Hombres: 30,24 Mujeres: 12,98 (2010)	Hombres: L10% Mujeres: frenar tendencia ascendente	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de pulmón en menores de 65 años (tasa /100.000)	Hombres: 29,91 Mujeres: 11,46 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: frenar tendencia ascendente	Registro de Mortalidad
Incidencia de cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000)	Hombres: 89,12 Mujeres: 39,06 (2010)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de colon, recto y ano (tasa /100.000)	Hombres: 30,9 Mujeres: 13,6 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: L5%	Registro de Mortalidad
Participación en el programa de detección precoz del cáncer colorrectal	Hombres vuelta1: 62% Mujeres vuelta 1: 68% (2012)	Hombres vuelta 1: K10% Mujeres vuelta 1: K10%	Programa de cribado de cáncer colorrectal
Incidencia de cáncer de mama (tasa /100.000)	Mujeres: 95,34 (2010)	L5%	Registro de Cáncer
Mortalidad por cáncer de mama (tasa /100.000)	Mujeres: 18,1 (2011)	L10%	Registro de Mortalidad

Tasas estandarizadas por 100.000. Población de referencia europea

OBJETIVO 2.6

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Disminuir la morbimortalidad por enfermedad cardíaca y cerebro vascular, aumentar la supervivencia y lograr la máxima autonomía y calidad de vida de las personas, tomando en consideración las diferencias sociales y de género existentes.

ACCIONES

2.6.1 Mejorar la detección y control de la hipertensión arterial.

2.6.2 Fomentar el tratamiento revascularizador en los tiempos previstos en las recomendaciones internacionales, de pacientes con síndrome coronario agudo.

2.6.3 Mejorar la atención de la insuficiencia cardíaca crónica mediante la continuidad asistencial y la acción coordinada entre los diferentes niveles asistenciales.

2.6.4 Implantar programas de rehabilitación cardiovascular para toda la población con enfermedad cardiovascular.

2.6.5 Establecer para el ictus un plan personalizado de rehabilitación precoz y domiciliario.

2.6.6 Las acciones relacionadas con la prevención de las enfermedades cardiovasculares están integradas en el Área 5.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Razón mujeres/hombres con revascularización en casos de síndrome coronario agudo	0,67 (2012)	>0,8	Osakidetza
Población atendida en programa de rehabilitación cardíaca	--	>75%	Osakidetza
Mortalidad prematura por IAM (25-74 años) (tasa/100.000)	Hombres: 47,74 Mujeres: 7,05 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: estabilizar tasa	Registro de Mortalidad
Pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) con plan personalizado de rehabilitación precoz	Hombres: 19,8% Mujeres: 20,2% (2012)	>75%	Osakidetza

OBJETIVO 2.7

DIABETES Y SÍNDROME METABÓLICO

Disminuir la morbimortalidad asociada al síndrome plurimetabólico y la diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) y disminuir las complicaciones micro – macrovasculares, sensibilizando a profesionales sobre las diferencias sociales y de género existentes.

ACCIONES

2.7.1. Reforzar la capacitación de pacientes con diabetes por parte de profesionales sanitarios a través de las escuelas de pacientes.

2.7.2. Desarrollar la atención de calidad e integrada en la asistencia al pie diabético.

2.7.3. Mejorar la cobertura del cribado de la retinopatía diabética y de la arteriopatía periférica en Atención Primaria.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Hemoglobina glicosilada <7% en pacientes con DM tipo 2	Hombres: 42,63% Mujeres: 42,35% (Abril 2013)	>50%	Osakidetza
Diferencias sociales en la prevalencia de DM tipo 2	Hombres: IRD 1,15 Mujeres: IRD 2,26 (2013)	Hombres: L5% Mujeres: L5%	ESCAV
Insuficiencia renal severa asociada a diabetes por millón personas (PMP)	Hombres: 19 PMP Mujeres: 6 PMP (2012)	L10%	UNIPAR
Tasa amputaciones secundarias a DM tipo 2 (por 1000 diabéticos)	Hombres: 8,59 Mujeres: 2,75 (2011)	Hombres: L15% Mujeres: L15%	CMBD
Mortalidad prematura (25-74 años) por DM tipo 2 (Tasa / 100.000)	Hombres: 7,6 Mujeres: 2,5 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	Registro de Mortalidad

OBJETIVO 2.8

OBESIDAD

Diseñar y aplicar intervenciones de abordaje de la obesidad desde la atención sanitaria.

ACCIONES

2.8.1 Cribado del índice de masa corporal (IMC) y del perímetro de cintura en las consultas de Atención Primaria y Hospitalaria.

2.8.2. Formación en consejo breve sobre obesidad a profesionales de Atención Primaria.

2.8.3. Desarrollar intervenciones para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento individualizado de las personas obesas, evitando su estigmatización.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Personas con sobrepeso	Hombres: 43% Mujeres: 28,2% (2013)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	ESCAV
Personas con obesidad	Hombres:13,9% Mujeres: 12,6% (2013)	Hombres: L10% Mujeres: L10%	ESCAV
Diferencias sociales en la prevalencia de obesidad	Hombres: IRD 1,64 Mujeres: IRD 2,82 (2013)	Hombres: L10% Mujeres: L15%	ESCAV

OBJETIVO 2.9.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Mejorar el diagnóstico precoz, tratamiento y calidad de vida en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

ACCIONES

2.9.1. Promover la realización sistemática de espirometría en Atención Primaria a pacientes con riesgo EPOC.

2.9.2. Implantar la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC.

2.9.3. Fortalecer la prevención y el tratamiento del tabaquismo mediante la deshabituación tabáquica.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Reingresos a los 30 días en pacientes con EPOC	Hombres: 20% Mujeres: 17%	L15%	Osakidetza
Porcentaje de pacientes EPOC con programa de rehabilitación	--	>75%	Osakidetza

OBJETIVO 2.10

ENFERMEDAD MENTAL

Garantizar la atención adecuada a pacientes con enfermedad mental, siguiendo las líneas establecidas en la Estrategia de Salud Mental de Euskadi y luchar contra su estigmatización.

ACCIONES

2.10.1. Protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

2.10.2. Continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los planes individualizados de tratamiento (PIT)³⁴.

2.10.3. Orientar el proceso asistencial hacia el ámbito comunitario en los trastornos mentales graves prolongados.

2.10.4. Mejorar la coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Mortalidad por enfermedades mentales (por 100.000)	Hombres: 21,1 Mujeres: 18,8 (2011)	L10%	Registro de Mortalidad
Diferencias sociales en la prevalencia de ideas suicidas por sexo	Hombres Grupo I: 3,9 Grupo V: 6,0 Diferencia: 2,1% Mujeres Grupo I: 2,7 Grupo V: 7,3 Diferencia: 4,6% (2013)	Hombres: L5% Mujeres: L10%	ESCAV
Mortalidad por suicidio (por 100.000)	Hombres: 9,5 Mujeres: 3,4 (2011)	Hombres: L10% Mujeres: L5%	Registro de Mortalidad
Consumo de ansiolíticos y antidepresivos DHD ^h	Ansiolíticos: 54 Antidepresivos: 61 (2012)	Frenar tendencia ascendente	Dpto. de Salud - Dcción. Farmacia

h. Definición de DHD: Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre Estudios de Utilización de Medicamentos, los consumos de los medicamentos se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). La DDD es una unidad técnica de medida que corresponde a la dosis de mantenimiento en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos. Las DDD de los principios activos las establece la OMS.

OBJETIVO 2.11.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Disminuir las infecciones de transmisión sexual y el diagnóstico tardío del VIH, incidiendo especialmente en la prevención.

ACCIONES

2.11.1 Desarrollar programas de prevención en la población, con especial incidencia en jóvenes, y hombres que tienen sexo con hombres, y promover el empoderamiento de las mujeres en su autonomía, toma de decisiones sobre su sexualidad, desarrollo de prácticas de autocuidado y reducción de prácticas de riesgo.

2.11.2. Promover la realización del test del VIH en personas expuestas a conductas de riesgo.

2.11.3. Mejorar la vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Nº nuevas infecciones por VIH	Hombres: 132 Mujeres: 29 (2012)	L10%	Plan de sida e ITS
Tasa de diagnóstico tardío de infecciones por VIH	Hombres: 43% Mujeres: 59% (2012)	L30%	Plan de sida e ITS
Casos de sífilis declarados	Hombres:147 Mujeres: 41 (casos 2012)	L30%	Dpto. de Salud - SIMCAPV
Casos de gonococia declarados	Hombres: 159 Mujeres: 32 (casos 2012)	L30%	Dpto. de Salud - SIMCAPV

OBJETIVO 2.12

OTRAS ENFERMEDADES RELEVANTES

Mejorar la atención a personas con patologías de impacto relevante en su calidad de vida y en la Salud Pública: infecciones, insuficiencia renal crónica, enfermedades raras o poco frecuentes, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades osteo-articulares y reumatológicas.

ACCIONES

2.12.1. Desarrollar la vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento de las infecciones con impacto relevante sobre la Salud Pública. Desarrollar programas de política antimicrobiana.

2.12.2. Promover acciones coordinadas entre niveles asistenciales para el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia renal crónica.

2.12.3. Impulsar la declaración positiva de órganos en los documentos de voluntades anticipadas.

2.12.4. Establecer los criterios comunes de uso de medicamentos huérfanosⁱ y no huérfanos o de otros productos incluidos en la prestación farmacéutica en el tratamiento y cuidado de enfermedades raras.

2.12.5. Definir e implantar un modelo sociosanitario de atención psicogeriátrica a personas afectadas de demencia.

2.12.6. Diseñar e implantar guías de práctica clínica sobre el dolor crónico, favoreciendo la coordinación e integración entre niveles asistenciales.

INDICADORES	SITUACION ACTUAL	OBJETIVO 2020	FUENTE
Pacientes en diálisis renal por millón de personas (PMP)	110/PMP (2012)	L5%	Osakidetza - UNIPAR
Registro de enfermedades raras		2014	Dpto. de Salud - Servicio Registros

i. Medicamentos huérfanos son los medicamentos que se destinan a establecer un diagnóstico, prevenir o tratar una enfermedad que afecta a menos de cinco personas por cada diez mil. Se utilizan para tratar enfermedades graves o que producen incapacidades y su comercialización es poco probable (no comercial).