

Pacto Vasco de Salud

Diagnóstico para el Pacto
Vasco por la Salud

30/10/2024

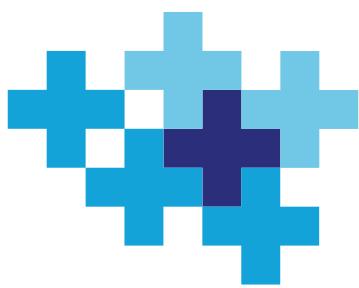
EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD



EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA



DEPARTAMENTO DE SALUD

Introducción

El Lehendakari Imanol Pradales planteó en su discurso de investidura del 20 de junio de 2024 un Pacto vasco sobre nuestro sistema de salud. A tal fin, se fue conformando una Mesa del Pacto con el objetivo abordar la preocupación de la ciudadanía, profesionales y diferentes colectivos en relación a la evolución del sistema público de salud. El 5 de septiembre de 2024 se formalizó el inicio de actividades del Pacto vasco en salud con la presencia de diferentes agentes políticos, sindicales, organizaciones profesionales, colectivos de pacientes y universidades vascas, que aceptaron la invitación cursada por el Departamento de salud. Posteriormente, otros colectivos han sido incorporados a fin de conformar una mesa amplia, con elevada representatividad social y profesional. El Departamento de salud se ha comprometido a abrir cauces de relación con otros agentes y colectivos no incorporados en las primeras fases de trabajo.

En la primera reunión se explicó también cuál iba a ser la metodología general del trabajo y se expuso la necesidad de generar un documento final de consensos básicos con cuyo contenido todos los agentes participantes se sintieran identificados. El documento debía recoger las aportaciones de los diferentes participantes que permitieran establecer acuerdos en cuanto al contenido del mismo. Se abrió un proceso de análisis de indicadores relativos a salud y al sistema sanitario y el diagnóstico derivado de esos indicadores. Durante el proceso de debate, valoración y aportaciones se han ido incorporando nuevos indicadores y áreas de evaluación.

El presente documento fue presentado como texto provisional ante la Mesa del Pacto de salud el 9 de octubre de 2024. Posteriormente fue modificado conforme a las nuevas sugerencias recibidas y se ha presentado como redacción definitiva el 30 de octubre de 2024. El documento recoge en sus diferentes apartados el resumen de algunos indicadores principales, evitando excesos numéricos que pueden ser consultados en las referencias bibliográficas.

Tras el resumen comentado de indicadores, se ofrece una interpretación final con explicaciones y recomendaciones relativas a la información analizada, expuesto con otro fondo de color. No es intención de la presente etapa establecer orientaciones estratégicas para el sistema sanitario vasco. Estas orientaciones estratégicas serán definidas en fases posteriores del Pacto de salud.

Objetivos del Pacto de Salud

- 1. Asegurar el acceso universal y fortalecer el sistema sanitario público:** Garantizar que toda la población tenga acceso a los servicios públicos de salud, independientemente de su situación demográfica, económica, social, administrativa, nacionalidad o lugar de residencia.
- 2. Mejora de la calidad asistencial:** Promover la excelencia en la atención sanitaria, asegurando que los estándares de calidad sean altos y estén continuamente mejorados.
- 3. Sentar las bases para la transformación** de un sistema público de salud que la fomente más allá de la actividad asistencial sanitaria.
- 4. Sostenibilidad del sistema:** Establecer medidas que aseguren la fortaleza y viabilidad a largo plazo del sistema público de salud, enfocándose en la eficiencia, la innovación y el uso adecuado de los recursos.
- 5. Participación ciudadana y agentes sociales:** Incluir la voz de la ciudadanía y de los agentes sociales en la toma de decisiones sobre políticas de salud, promoviendo la transparencia y el diálogo entre la Administración y la sociedad.
- 6. Prevención y promoción de la salud:** Fomentar políticas públicas que prioricen la prevención y la promoción de hábitos saludables, abordando los determinantes sociales, económicos y culturales de la salud.

El Pacto vasco de Salud debe ser un compromiso conjunto, donde se involucre a todos los actores sociales, políticos y sanitarios. La construcción de un modelo de salud universal, sostenible, equitativo y centrado en el paciente es vital para garantizar el bienestar de la población de la CAPV en el futuro. Es imprescindible actuar de manera coordinada y proactiva para afrontar los retos actuales y asegurar un sistema público de salud de calidad para todas las personas. La gobernanza del Pacto garantizará su seguimiento, revisión y rendición de cuentas, así como su mantenimiento en el tiempo con los objetivos para los que fue creado o el establecimiento de nuevos objetivos de cara a afrontar los retos que puedan surgir.

Listado de participantes (en orden alfabético)

ASOCIACION DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE BIZKAIA (ADEMBI)
COALICION SUMAR
COLEGIO OFICIAL DE BIOLÓGOS
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
COLEGIO OFICIAL DE FARMACIA
COLEGIO OFICIAL DE FISOTERAPEUTAS DEL PAIS VASCO
COLEGIO OFICIAL DE ÓPTICOS - OPTOMETRISTAS
COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGIA
COLEGIOS OFICIALES DE TRABAJO SOCIAL
COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS
COMISIONES OBRERAS CC.OO.
CONFEDERACION EMPRESARIAL VASCA (CONFEBASK)
CONSEJO DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DEL PAIS VASCO
CONSEJO VASCO DE DENTISTAS
ESK SINDIKATUA
EUSKAL HERRIA BILDU
EUSKO ALDERDI JELTZALEA – PARTIDO NACIONALISTA VASCO
FEDERACION DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL (FEDEAFES)
LAB SINDIKATUA
MONDRAGON UNIBERTSITATEA
OSAKIDETZA
PARTIDO POPULAR
PARTIDO SOCIALISTA DE EUSKADI –PSE
PLATAFORMA ORGANIZACIONES DE PACIENTES
SINDICATO DE ENFERMERIA SATSE
SINDICATO DE TECNICOS DE ENFERMERIA SAE
SINDICATO MÉDICO DE EUSKADI
UNION GENERAL DE TRABAJADORES UGT
UNIVERSIDAD DE DEUSTO – DEUSTUKO UNIBERTSITATEA
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO / EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA.

Índice

01

Diagnóstico demográfico



Pág. 9

02

Morbilidad y mortalidad

- 2.a. Estado de salud percibido y calidad relacionada con la Salud
- 2.b. Morbilidad
- 2.c. Mortalidad



Pág. 13

03

Determinantes de la salud y estilos de vida

- 3.a. Determinantes sociales, económicos y culturales
- 3.b. Hábitos y estilos de vida



Pág. 19

04

Recursos asistenciales públicos y uso

- 4.a. Recursos estructurales
- 4.b. Gobernanza
- 4.c. Accesibilidad
- 4.d. Frecuentación de uso
- 4.e. Recursos humanos actuales y satisfacción del personal
- 4.f. Formación del personal sanitario y relevo generacional



Pág. 23

05

Contexto social y tecnológico

- 5.a. Empoderamiento ciudadano
- 5.b. Globalización
- 5.c. Cambio climático
- 5.d. Digitalización
- 5.e. Investigación e innovación



Pág. 33

06

Recursos económicos

- 6.a. Gasto sanitario y comparativas
- 6.b. Las grandes partidas y comparativas
- 6.c. El objetivo triple



Pág. 39

07

7. La experiencia de la ciudadanía

- 7.a. La preocupación de la ciudadanía
- 7.b. La calidad percibida



Pág. 45



1. Diagnóstico demográfico

La CAPV representa una de las poblaciones más envejecidas de Europa, e incluso a nivel mundial. La calidad de vida saludable se prolonga hasta los últimos años de vida de la ciudadanía.

Las estimaciones de evolución poblacional considerando el incremento de esperanza de vida, la natalidad y las migraciones asumen una estabilidad en el número de personas residentes en la CAPV.

Se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población de la CAPV, lo que previsiblemente incrementará la demanda de servicios asistenciales complejos para la atención de comorbilidades propias de las edades avanzadas. Es previsible la necesidad de un incremento de la atención a la dependencia y además de la priorización de una buena coordinación entre servicios asistenciales sanitarios y socio-sanitarios, se deberán dar pasos para transformar el ámbito socio-sanitario. Estas tareas involucran a diferentes instituciones del entramado de la CAPV, lo que supone un esfuerzo articulador suplementario.

La capacidad de los ciudadanos de la CAPV para sostener una autonomía vital hasta edades prolongadas sugiere una planificación sanitaria y socio-sanitaria basada en una perspectiva dirigida a la promoción de la salud con un enfoque preventivo, proactivo y comunitario.

Un modelo asistencial equitativo deberá considerar las diferencias observadas entre áreas sanitarias en cuanto a expectativas de vida. Estas diferencias posiblemente reflejan desigualdad de renta, condiciones de vida y otros determinantes sociales.



2. Morbilidad y mortalidad

2.a. Estado de salud percibido y calidad de vida relacionada con la salud

El estado de salud percibido por la población vasca es elevado hasta los últimos años de vida y se sitúa por encima de los indicadores observados en el entorno. Existen diferencias en relación a factores socio-económicos y educativos.

Los problemas crónicos se incrementan con la edad y determinan un incremento progresivo de discapacidad. La sintomatología musculoesquelética es un ejemplo representativo y frecuente de estos problemas.

2.b. Morbilidad

La prevalencia de las enfermedades más frecuentes es algo inferior en la CAPV respecto al promedio estatal en el caso de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y pulmonares. La enfermedad vascular cerebral ofrece un perfil opuesto. Las cifras de pacientes con diabetes son elevadas y superan a las del entorno europeo.

La prevalencia de tumores y neoplasias malignas de mama, colon y recto es algo inferior en la CAPV respecto al entorno estatal y es similar en los casos de vías respiratorias.

Las enfermedades de transmisión sexual mantienen un perfil ascendente.

Las enfermedades raras demandan progresivamente más recursos.

Las enfermedades mentales más frecuentes en la CAPV son los trastornos de ansiedad, sueño y depresión. Aunque su prevalencia sea algo inferior al entorno estatal, las cifras tanto objetivas como las provenientes de las Encuestas de salud son muy elevadas y preocupantes.

Los intentos autolíticos, la ideación suicida y las autolesiones muestran prevalencias preocupantes en los últimos años. Los trastornos mentales están incidiendo más sobre personas jóvenes.

A pesar de su notable influencia discapacitante, los indicadores relativos a las enfermedades neurodegenerativas en la CAPV son escasos.

2.c. Mortalidad

La mortalidad en la CAPV se vincula a las enfermedades crónicas más prevalentes. Presenta diferentes patrones entre mujeres y varones. Una parte de la mortalidad presente en la ciudadanía de la CAPV es prevenible a través de programas de cribado, campañas de salud y fomento de estilos de vida y hábitos saludables. La mortalidad, al igual que la prevalencia de las enfermedades crónicas, también está condicionada por las desigualdades de salud generadas por los determinantes sociales, económicos y culturales. La integración de la salud en todas las políticas ha demostrado mejorar los indicadores y resultados sanitarios.

Es previsible un incremento de demanda de servicios complejos, dirigidos a la atención de personas mayores con múltiples comorbilidades y variables grados de dependencia.

Vulnerabilidad y mayor carga de enfermedad son condiciones asociadas. Esto incrementa la presión sobre el sistema asistencial en áreas geográficas concretas, lo que puede ser fuente de inequidades en la accesibilidad a la atención sanitaria y socio-sanitaria.

Es necesario implementar reformas que respondan a las necesidades de la ciudadanía y promuevan una atención más integrada, proactiva, centrada en la prevención, y orientada hacia el valor para las personas usuarias (obtener los mejores resultados en salud y sostenibles en el tiempo).

Los nuevos modelos de atención van a precisar, entre otros aspectos, de la incorporación y dimensionamiento de profesionales con titulaciones poco habituales o con baja presencia hasta ahora en el ámbito sanitario (Actividad física y deportiva, Trabajo Social, Asesoramiento genético, etc.) y del incremento de la presencia de otras titulaciones ya presentes (Odontología, Psicología, Fisioterapia, Dietética – Nutrición, etc.). Cada una de esas actividades ofrece competencias propias que serán necesarias en la atención sanitaria y/o socio-sanitaria.

El enfoque integral de los problemas de salud (física y mental) de las personas y un modelo accesible y de seguimiento longitudinal de la cronicidad constituyen ejes básicos de la atención primaria. La recuperación de la autonomía y capacidad de decisión perdidas por la atención primaria puede ayudar en esa dirección. La potenciación de la atención primaria representa una medida de respuesta adecuada a las diversas necesidades, incluyendo aspectos tales como las necesidades psicológicas, nutricionales, etc.

Dada la existencia de múltiples niveles y áreas específicas de intervención sanitaria, se deben establecer modelos de cuantificación que aúnen los resultados en salud incluyendo la atención socio-sanitaria como indicadores más adecuados de la utilidad hacia las personas atendidas y de la eficacia de las políticas desarrolladas, en lugar

de basarse fundamentalmente en la actividad puntual de cada unidad participante en los procesos asistenciales.

Las actuaciones preventivas en los ámbitos físico y mental junto con las intervenciones sobre estilos de vida y determinantes sociales de la salud contribuyen a la mejora de la atención integral y a empoderar a la ciudadanía al tiempo que reducen la presión sobre un sistema sobrecargado y con una capacidad de respuesta limitada. Otras medidas en el ámbito de la contratación y gestión del personal son también necesarias para paliar déficits acumulados de profesionales sanitarias/os y no sanitarias/os. Las tensiones vividas por episodios críticos tales como la reciente pandemia COVID-19 han constatado la importancia de los diferentes perfiles profesionales que conforman un sistema público de salud.

Se hace necesario mejorar los sistemas de información en la CAPV respecto a la presencia de enfermedades y su evolución. El desarrollo de la digitalización debe permitir mejorar el conocimiento sobre la salud y la enfermedad de la ciudadanía. Probablemente para ello se precisan perfiles profesionales con especialización en ámbitos como análisis de datos en salud, bioinformática, bioingeniería, etc. Las entidades académicas debieran alinear sus programas de Grado y Postgrado con estas nuevas necesidades.

En el contexto de la re-evaluación constante de las decisiones y la introducción de mejoras donde sean necesarias, debe incluirse el análisis pormenorizado de los procesos de externalización de servicios sanitarios y el futuro de los mismos.

3. Determinantes de la salud y estilos de vida



3. Determinantes de la salud y estilos de vida

3.a. Determinantes sociales, económicos y culturales

Los indicadores de bajos ingresos, desigualdad y pobreza son bajos en la CAPV en relación a los establecidos en España. Sin embargo, se han incrementado ligeramente en los últimos cinco años, a pesar de lo cual, los índices de desigualdad (coeficiente de Gini) están entre los más bajos de Europa.

El desempleo y la precariedad representan un motivo de preocupación detectado en los indicadores de salud. Algunos indicadores sensibles a estos factores apuntan a un incremento de la insatisfacción con la situación laboral. Siguen existiendo importantes diferencias entre sexos, lo que influye en los riesgos sobre la salud individual.

El acceso a la vivienda y las condiciones básicas de habitabilidad representan un problema de gran magnitud, sobradamente conocido y que impacta en los indicadores de salud.

La siniestralidad laboral y los problemas crónicos, físicos y psíquicos, derivados de la actividad laboral y profesional, siguen influenciando el estado de salud y las necesidades de atención de la población.

El acceso a ciertos servicios, como la salud bucodental, sigue siendo dependiente de los recursos económicos de las personas.

Los trastornos mentales graves se traducen en mayor presencia de situaciones de exclusión.

3.b. Hábitos y estilos de vida

La población de la CAPV presenta hábitos saludables en ámbitos como la nutrición, el sedentarismo y la progresiva reducción del tabaquismo. Sin embargo, las tasas de ingesta de alcohol son elevadas y el consumo de cannabis está ampliamente extendido entre las y los jóvenes. Los daños derivados de consumos conductuales se han incrementado; esta categoría ha incorporado en los últimos años el daño asociado al uso excesivo de pantallas.

La obesidad infantil es un fenómeno que se extiende rápidamente y que afecta a la CAPV de manera similar a su entorno.

La cobertura de vacunación antigripal es alta y más elevada que en el entorno estatal y europeo. Los programas de cribado (cáncer de mama, colon y recto, cérvix) cuentan con elevada participación ciudadana y esta supera las tasas del entorno.

De los datos de encuestas y de los indicadores objetivos, parece concluirse que la ciudadanía de la CAPV es sensible a las recomendaciones de naturaleza preventiva y promocional de la salud. Existe todavía amplio espacio de mejora en los hábitos saludables y algunas áreas requieren especial atención (alcohol, cannabis, obesidad infantil) en cuanto a análisis e intervención. Cuidar y promover estos comportamientos influye sobre la demanda asistencial, reduciéndola. Las instituciones de diversa índole también pueden contribuir a esta transformación cultural mediante la incorporación de la salud en resto de las políticas y procediendo a medir el impacto generado. Una población proactiva y con visión comunitaria de la salud es también una población con mejores condiciones psicológicas, sociales y educativas para asumir corresponsabilidad en los cuidados sanitarios y socio-sanitarios.

Los determinantes económicos, sociales y culturales son una fuente de inequidad en la salud en todas las sociedades. Esta inequidad “invisible” precisa, además de las intervenciones directas sobre los determinantes, ser considerada en el diseño de los dispositivos de atención sanitaria y socio-sanitaria adaptándolos tanto para la persona vulnerable como para quien ejerce sus cuidados informales, evitando homogeneizaciones.

La pérdida de las redes comunitarias, que han ejercido tradicionalmente como sistemas de protección, obliga al diseño de modelos alternativos. La actuación sobre los determinantes sociales de salud involucra la actividad política de diferentes sectores y niveles de gobernanza trabajando con el enfoque de “salud en todas las políticas”.

Las necesidades demográficas conllevan nuevos retos sanitarios y una revisión de los programas existentes.

La mirada de género debe estar presente en toda intervención de atención y prevención, evitando sesgos perfectamente descritos y conocidos.

Una sociedad formada e informada clara y honestamente es más proclive a entender la necesidad de cambios y los procesos temporales que suele precisar la materialización de nuevas actuaciones. Todo ello facilita una sociedad más cohesionada en torno a sus valores básicos en salud y en atención sanitaria.



4. Recursos asistenciales y uso

4.a. Recursos estructurales

La atención sanitaria y socio-sanitaria en la CAPV tiene sus competencias repartidas entre Gobierno vasco, Diputaciones Forales y Ayuntamientos, lo que plantea la necesidad de coordinación interinstitucional para responder a las demandas con immediatez.

Existe dificultad para dar respuesta adecuada a los colectivos y ciudadanía más vulnerable. En ocasiones, el sistema sanitario asistencial, en concreto Osakidetza, asume cuidados de estos colectivos al no haberse desarrollado adecuadamente los servicios socio-sanitarios más idóneos. En condiciones óptimas, estos cuidados deberían estar estructurados y bien organizados, asegurando la buena coordinación e integración de los servicios de atención primaria, hospitalaria y social. Ejemplos representativos de esta situación surgen en ámbitos como cuidados paliativos y en personas con discapacidad. El enfoque en todas las intervenciones debe caracterizarse por el profundo respeto de los derechos humanos.

El establecimiento de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) ha permitido ofrecer recursos organizados y accesibles en todo el ámbito geográfico de la CAPV en cuanto a atención exclusivamente sanitaria. Por otro lado, representa un modelo de autonomía organizativa que debiera haber mejorado la gestión y la oferta de servicios. Sin embargo, existe la percepción de que el modelo OSI se ha organizado en torno a los hospitales de agudos y ha dejado un papel secundario a la atención primaria. La integración de estos dos niveles dificulta conocer adecuadamente la distribución de recursos entre atención primaria y hospitalaria.

La organización hospitalaria según niveles responde a una lógica de país y deben optimizarse los recursos altamente especializados estrictamente en función de criterios de competencias profesionales y técnicas. Sin embargo, la cartera de servicios de los hospitales comarcales cambia de unos a otros y precisa de mejor definición.

Existen dificultades para discernir algunos indicadores de Pediatría tanto en atención primaria como hospitalaria, así como de la atención primaria en adultos.

La CAPV posee una Red de salud mental en cada Territorio Histórico paralela y externa a las estructuras OSIs, donde también se ofrece atención psiquiátrica, lo que origina dificultades de coordinación.

La atención psicológica en ambos casos es limitada. La Estrategia de salud mental en Euskadi, recientemente aprobada, puede orientar el diseño de indicadores

adecuados a las diferentes condiciones de los pacientes psiquiátricos (agudos, subagudos, rehabilitación).

La organización de servicios Emergencias posee peculiaridades y se visualiza como alejada del resto de la organización sanitaria pública. La falta de proyecto y los problemas derivados de una gestión mixta han convertido a Emergencias en una prioridad que requiere de acciones específicas.

El número de camas hospitalarias de asistencia general en centros de agudos se ha incrementado (Hospital Urduliz); sin embargo, los hospitales de media y larga estancia no se han modificado sustancialmente. Este indicador se mueve en cifras inferiores a los valores promedios en la UE. El 83% de las camas hospitalarias se sitúa en el sector público.

Las inversiones en obras, instalaciones y tecnología son bastante variables de año en año. Se observa un incremento de inversiones en tecnologías de la información y digitalización asistencial.

4.b. Gobernanza

El sistema público de salud, y en especial Osakidetza, es un sistema de gran complejidad organizativa y de gestión lo que dificulta el trabajo integrado entre diferentes categorías y la coordinación entre unidades. La necesidad de respuesta rápida como corresponde a la atención sanitaria obliga a crear estructuras y modelos perfectamente protocolizados. Sin embargo, esto puede ralentizar la adaptación a condiciones que pueden ser cambiantes en el tiempo. Se trata de un fenómeno común a las grandes organizaciones y que afecta más a las de naturaleza pública, donde los procesos de cambio han de ser muy garantistas. Se describe a continuación información cualitativa recogida en torno a los problemas de gobernanza en el sistema público de salud.

El diseño de las OSIs parece requerir una menor burocratización con mayor protagonismo de los/las profesionales y el despliegue de otras medidas que afectan a la gobernanza de la propia Osakidetza, a fin de lograr un mayor compromiso del personal con la institución sanitaria y una mayor cooperación del ente con el municipio y comarca donde se inserta. Se describe un cierto grado de descoordinación entre organizaciones del sistema público de salud e inadecuada asignación de funciones en determinados momentos y lugares.

El Departamento de salud y Osakidetza cuentan con diferentes órganos colegiados y consejos asesores. Estos organismos no han desarrollado todas las posibilidades y expectativas generadas con su creación. De la misma forma, se diseñan diferentes planes y estrategias sanitarias con objetivos y compromisos que, en ocasiones, no

se logran. No parece existir un análisis posterior de las razones de las dificultades y los posibles errores cometidos. La integración de la visión de la ciudadanía en estos planes podría contribuir a planificaciones más realistas y, por tanto, más efectivas. Los servicios de atención a pacientes y usuarias/os parecen desarrollar procesos excesivamente alejados de la experiencia de las personas afectadas. La experiencia de la ciudadanía puede contribuir a mejorar la percepción existente.

4.c. Accesibilidad

La accesibilidad geográfica de la ciudadanía de la CAPV a los diferentes servicios de Atención Sanitaria es adecuada. Se han ido creando las estructuras necesarias en función de la distribución de población, orografía del territorio y especialización de los niveles de atención. Sin embargo, la falta de profesionales de la Medicina ha afectado a la equidad debido a las dificultades de cobertura sanitaria pública, especialmente en determinadas áreas alejadas de núcleos metropolitanos o en turnos de tarde. Por el contrario, la atención social no ha evolucionado de manera similar.

La accesibilidad temporal a la atención sanitaria se ha reducido notablemente en los últimos años. Desde 2023 se han ido introduciendo medidas extraordinarias para paliar los efectos derivados de estancamiento de la actividad asistencial durante los años previos y la pérdida de recursos humanos en el sistema. La presencialidad ha alcanzado el 70%, marcado como objetivo corporativo. En atención primaria el promedio de demora en las agendas médicas de las diferentes OSI en 2024 supera en ocasiones los tres días y hasta una semana en consultas presenciales. Este promedio excluye, probablemente, las demoras por ausencias de profesionales, y la citación en el mismo día, lo que podría modificar las cifras estimadas. La valoración obtenida mediante encuesta respecto a la accesibilidad a atención primaria en 24-48 horas indica una tasa del 29% en la CAPV.

En la actualidad, Osakidetza mantiene 29 puntos de atención continuada (PAC) y 6 puntos de refuerzo, abiertos los fines de semana, para la atención puntual y del incidente urgente. La reorganización de los PACs y la adecuación de horarios ha incrementado la presión sobre los servicios de urgencias hospitalarias y de emergencias.

En el sector de las ambulancias de transporte sanitario se ha producido un notable incumplimiento de las prestaciones comprometidas por la empresa adjudicataria, generando, como consecuencia, una elevada conflictividad laboral y una pérdida de la calidad del servicio en este ámbito. Es necesario en el ámbito del transporte sanitario un análisis sobre los recursos, organización y modelos de gestión.

Los procesos de atención en la fase final de la vida requieren igualmente un análisis global de su situación.

Las cancelaciones en primeras consultas a petición del paciente y de Osakidetza se han mantenido en 2023 en valores similares a 2016 mientras que las citaciones posteriores modificadas a petición de Osakidetza se han incrementado.

4.d. Frecuentación de uso

Desde antes de la pandemia COVID-19, la actividad en medicina de familia se mueve en torno a 10 millones de consultas cada año; en pediatría de atención primaria en 1 millón y medio anual; en enfermería de atención primaria alrededor de los 7 millones de consultas anuales. Los PAC atienden alrededor de 1 millón de consultas al año. El Ministerio de Sanidad describe para 2022 en la CAPV una frecuentación anual por persona en medicina de atención primaria de 4,7 en varones y 6,1 en mujeres.

Comparados con el resto del Estado, la asistencia en la CAPV es más alta en consultas de especialista en hospital, número de profesionales de medicina y enfermería en hospital y número de altas hospitalarias, que en el resto del Estado.

La estancia media en los hospitales públicos de agudos está en cifras por debajo de los valores estatales y del entorno internacional, con índices de ocupación muy similares.

La actividad quirúrgica anual supera las 200.000 intervenciones, siendo aproximadamente la mitad cirugías ordinarias programadas.

El número de urgencias hospitalarias atendidas se ha disparado tras la pandemia y supera el millón anual. La tasa corregida por población es inferior a la estatal.

4.e. Recursos humanos actuales y satisfacción del personal

Las personas involucradas directamente en el sistema de salud vasco se distribuyen entre las plantillas de Osakidetza, las adscritas a las empresas del sector privado y el personal funcionario y laboral del Departamento de Salud. En las entidades locales y forales, así como en otros Departamentos del Gobierno vasco y en las estructuras de I+D+i, existen también estructuras vinculadas a aspectos preventivos y de promoción de la salud, independientes del entramado socio-sanitario.

Centrados en Osakidetza, se distingue una plantilla estructural (32.442 personas en 2024; 76% mujeres) y que se complementa con una plantilla funcional, cambiante de un mes a otro. La tasa de temporalidad se sitúa en torno al 37%, muy alejada de las cifras objetivo del 8%.

Las estimaciones, utilizando diferentes fuentes de datos indican en el periodo 2022-

2024 unas tasas de 0,95-0,98 médicos/as y de 0,85-1,33 enfermeros/as en atención primaria por 1.000 habitantes. Los/as facultativos desempeñando su actividad en el ámbito hospitalario en ese periodo es de 2,30-2,36 por 1.000 habitantes y en Enfermería, con más dificultades en las estimaciones, en torno a 3,9-4,5 por 1.000 habitantes. Los/as ratios de profesionales Enfermería / Medicina son más bajos que en la UE. El número de puestos de las diferentes especialidades en Enfermería es de carácter funcional, pequeño todavía en relación con el total de personas enfermeras generalistas.

Las personas graduadas en Farmacia, con o sin especialidad en Farmacia hospitalaria y las tituladas como personal auxiliar figuran incorporadas en las plantillas de atención primaria y mayoritariamente en atención especializada.

El resto de las categorías existentes en el sistema sanitario (personal de limpieza, cocina, servicios varios, mantenimiento) no han estado reflejadas en los estudios prospectivos de necesidades. La pandemia COVID-19 ha contribuido a visibilizar estos colectivos profesionales y sus necesidades.

Aproximadamente la mitad del personal facultativo posee un perfil acreditado de euskera. La distribución es variable según OSIs y reproduce el mapa lingüístico de conocimiento de la lengua.

Entre los/las profesionales médicos del sistema público, 87 personas de atención primaria y 448 de atención hospitalaria ejercen simultáneamente actividad privada. Además, 23 y 509 personas, respectivamente, ejercen como profesorado asociado universitario. A estos indicadores, deben añadirse 41 personas en plazas vinculadas entre el sistema público sanitario y la Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).

Hay 151 profesionales especialistas en Psicología clínica en Osakidetza y otros/as 36 están en formación. Los ratios están por debajo de las cifras de la UE. El número de profesionales en Fisioterapia es de 430 personas. Osakidetza cuenta también con 107 profesionales en Trabajo Social, 65 dentistas y 50 personas tituladas en Biología.

Las cifras de otros profesionales sanitarios, la oferta y las necesidades en el sistema público de salud requiere de análisis más depurados, no desarrollados aquí, debido a la importante cobertura desarrollada por el sector privado.

No se ha desarrollado valoración de otras categorías profesionales del sistema sanitario público al no disponerse de estudios sobre oferta y demanda de los mismos. Los datos sobre la plantilla actual están bien estratificados en grupos profesionales (técnicas/os auxiliares de enfermería, administrativas/os, técnicas/ os especialistas auxiliares, auxiliares administrativas/os, operarias/os, etc.) pero un diagnóstico profundo requiere el acceso a indicadores sobre formación y titulaciones no disponibles con celeridad.

4.f. Formación del personal sanitario y relevo generacional

Las diferentes instituciones universitarias de la CAPV han incorporado en 2024 un número de 458 estudiantes de Medicina (168 en euskera de un total de 368 en la UPV/EHU junto a 90 en la Universidad de Deusto), 375 estudiantes de Enfermería, 240 estudiantes de Fisioterapia, 40 de Odontología, 124 en Farmacia y 217 en Psicología, además de otras titulaciones (Biología, Bioquímica, Biotecnología, Nutrición Humana y Dietética, Logopedia, Trabajo Social, Ingeniería Biomédica, etc). En la CAPV, la oferta de plazas formativas especializadas en Medicina (MIR) y en Enfermería (EIR) ha crecido en los últimos años hasta 566 y 114, respectivamente, en la última convocatoria. Se incluyen también 14 plazas de Psicología, otras 10 en Farmacia hospitalaria y 2 plazas de formación en Biología (BIR). Se han ofertado en la última convocatoria 115 plazas de MIR en Medicina familiar y comunitaria.

Los estudios prospectivos valorando necesidades y oferta indican un periodo crítico para algunas especialidades médicas, especialmente Medicina familiar y comunitaria, hasta 2027-2028, con una progresiva recuperación hasta el equilibrio en 2035. El incremento de la oferta formativa de especialistas impulsado desde 2021-2022 (en 2016 la oferta MIR era de 270 plazas en la CAPV) permite entrever este escenario, que pudiera haber sido más pesimista sin esta medida. Un estudio equivalente para Enfermería y sus especialidades está en fase de desarrollo.

Las instituciones académicas desarrollan nuevas titulaciones de Grado y Máster orientadas a nuevas necesidades del sistema sanitario y de salud. Se describen áreas de especialización como envejecimiento, nutrición, bioinformática sanitaria, ensayos clínicos, asesoramiento genético, atención temprana, ética asistencial y de investigación, etc.).

La organización del sistema sanitario vasco mediante OSIs ha facilitado la universalización y equidad de la atención sanitaria, además de mejoras organizativas. Sin embargo, se ha generado un sistema predominantemente reactivo ante enfermedades episódicas, físicas y mentales, basado en la atención aguda y centrado preferentemente en los hospitales. La atención preventiva, promocional, comunitaria ofertada de manera integral no se ha incorporado a la actividad de las OSIs adecuadamente y la garantía de equidad se ha debilitado. La comunicación entre profesionales no ha permeado adecuadamente por debajo de las gerencias de OSI. Sigue siendo necesario un análisis profundo del modelo OSI y su contraste frente a otras alternativas. Los PACs representan la continuidad natural de la atención primaria y una barrera frente al colapso de las urgencias hospitalarias; merecen, por tanto, una reflexión cuidadosa dentro del proceso de reforma.

La accesibilidad, la longitudinalidad y la integración y colaboración, como valores

y aportaciones de la atención primaria se han visto comprometidas por efecto de disponibilidad de profesionales, la burocratización, la inadecuada distribución de tareas, etc. El prestigio y atractivo de la atención primaria ha descendido entre los/as profesionales sanitarios acentuando la crisis. Junto a las medidas correctoras, en cuanto a dotación y distribución de personal, incrementando el número de personas en formación para atención primaria, se requiere recuperar el atractivo y la adherencia a ese entorno asistencial tanto de profesionales como de usuarios, apostando por el trabajo en equipo, la práctica colaborativa, el abordaje multidisciplinar, la coordinación y la integración de los diferentes niveles asistenciales. La elevada temporalidad no permite la fidelización de profesionales y trabajadores del sistema sanitario. La temporalidad reducirse al máximo en todo tipo de categorías. Por otro lado, los valores, demandas laborales y necesidades y compromisos sociales y familiares del personal de salud han ido cambiando con los años. Estos cambios habrán de tenerse en cuenta de cara a la cobertura de puestos con menor atractivo profesional.

El ejercicio de puestos de responsabilidad en el sistema público de salud y la actividad profesional simultánea en el ámbito privado podría implicar un conflicto de intereses que precisa de análisis detenido.

Se constata que, hasta el momento, existe una dificultad para implementar y desarrollar los objetivos y compromisos que se recogen en los diferentes planes y estrategias. Es necesaria la búsqueda de cauces eficaces para integrar la visión y la opinión de la ciudadanía y profesionales en los diferentes planes y estrategias.

La atención primaria deberá incorporar áreas que habitualmente no han estado presentes en este nivel (Psicología, Óptica – Optometría como ejemplos) con funciones asistenciales, pero también dirigidas a educación para la salud.

El modelo de atención a las enfermedades psiquiátricas y la salud mental en general en la CAPV requiere cambios organizativos, mejoras en la coordinación e incorporación de más profesionales socio-sanitarios.

La asistencia sanitaria es una actividad desempeñada fundamentalmente por mujeres, lo que implica considerar esta variable en todos los aspectos de planificación.

Los próximos años vamos a asistir a un déficit de profesionales en especialidades médicas críticas como la Medicina de familia y comunitaria y en el ámbito de la Enfermería. La inmediatez de respuesta, existente hasta hace poco tiempo, se verá tensionada en todos los niveles asistenciales, por lo que deben activarse diferentes dispositivos organizativos y tecnológicos para evitar desbordar las urgencias hospitalarias. Para ello, la corresponsabilidad de la ciudadanía es imprescindible, lo que requiere información, comunicación y transparencia pública pero también un cierto grado de cohesión política en relación a la crisis del sistema sanitario público. Será fundamental adaptar las políticas de contratación a los nuevos tiempos para convertir el sistema público en atractivo para los profesionales de la salud. Habrá que establecer un cambio radical en el modelo de Oferta Pública de Empleo y hacer

hincapié en aquellos ámbitos con mayor dificultad de cobertura, generando condiciones laborales atractivas. Es urgente definir una plantilla única, ordenada y transparente. La política de contratación debe garantizar la longitudinalidad como un factor que contribuye a la mejora de la asistencia. Es necesaria la potenciación y desarrollo de las especialidades en Enfermería, dotándoles de posiciones estructurales en el sistema. El caso de la duplicidad en la asistencia psiquiátrica en un ejemplo de las necesidades organizativas pendientes. Aunque el sistema asistencial de la CAPV dispone de otro tipo de profesionales sanitarios diferentes a Medicina y Enfermería, estos perfiles van a ser cada vez más necesarios y con progresiva especialización (Fisioterapia, Odontología, Psicología, Óptica y Optometría, Biología, Técnicas/os sanitarias/os medios y superiores, Dietética y Nutrición, Veterinaria, etc). Además, el requerimiento de personal técnico para sostener las tareas asistenciales (Informática, bioingeniería, análisis y procesado de datos, etc) se incrementará, lo que obliga a ir visualizando nuevas condiciones y funciones estructurales que en la actualidad son realizadas, en ocasiones, por personal administrativo.

La reorganización de funciones es necesaria y debe guiarse por las competencias reconocidas en el momento actual por cada categoría profesional, renovando un modelo que ha quedado anticuado.

Los centros educativos deberán coordinar cuidadosamente con el sistema público de salud su oferta de titulaciones para ofertar la demanda adecuada y adaptarla a las necesidades del futuro. En este ámbito, el relevo generacional debe garantizar los derechos lingüísticos de las personas usuarias, un área donde aún existe un amplio margen de mejora.

Las salidas profesionales para las nuevas generaciones son muy dispares y van más allá de las especialidades sanitarias asistenciales. La oferta de formación de especialistas mediante los programas MIR, FIR, EIR, PIR, BIR deberá irse reajustando cada año, considerando no solo el potencial acreditado de formación y las necesidades más inmediatas sino también evitando futuros desajustes al alza en el número de personas formadas en ciertas especialidades. Deberá cuidarse y promoverse la figura de la persona tutora de residentes, así como las actividades docentes de grado y postgrado desarrolladas dentro del sistema sanitario. Se requiere una clarificación de funciones y responsabilidad en las diferentes figuras vinculadas a docencia.

El mantenimiento y renovación de infraestructuras sanitarias requiere de un programa sostenido en el tiempo, sin excesivos altibajos presupuestarios, con dotación suficiente y cuya financiación no afecte al desarrollo rutinario de la actividad asistencial y sanitaria.

5. Contexto social y tecnológico



5. Contexto social y tecnológico

5.a. Empoderamiento ciudadano

Los y las ciudadanas del siglo XXI son personas con amplias posibilidades de acceso a la información, disponen en la CAPV de un nivel educativo que les permite obtener de forma activa, comprender y analizar la información con relación a la salud. A pesar de ello, el riesgo de desinformación y manipulación también se incrementa. La ciudadanía vasca va tomando protagonismo en las decisiones sanitarias y de salud en general. Los modelos de atención deben acompañarse a esta tendencia. La comunicación y la transparencia han de dar respuestas a las exigencias ciudadanas, pero ello conlleva también corresponsabilidad en la gestión de los cuidados y en el uso de los recursos disponibles. Dada su complejidad, existe una cierta resistencia a incorporar la participación activa de la ciudadanía en los ámbitos de decisión en materia sanitaria.

Las organizaciones de pacientes y familiares han demostrado ser capaces de movilizar recursos y revertir situaciones claramente injustas. Estos agentes no son simplemente grupos de presión; han demostrado la viabilidad y, en ocasiones suprido, la imprescindible interacción entre sistemas sanitarios y socio-sanitarios; han provisto de recursos no disponibles en un modelo centrado en la atención aguda; han generado visibilidad de las personas pacientes crónicas y hasta desarrollan I+D+i en los temas de su interés. Es destacable el papel de las asociaciones de pacientes y de las plataformas que han contribuido a visibilizar problemas en la atención sanitaria. Una de las demandas cada vez más expresadas es evitar la deshumanización de la atención sanitaria, asociada a la tecnificación. El deseo de recuperación de la presencialidad tras la pandemia es un ejemplo de esas demandas. La ciudadanía precisa de profesionales que escuchen, entiendan, atiendan y empaticen con todas las necesidades biológicas, psicológicas y sociales en relación a la salud. Atender el derecho a expresarse en la propia lengua es otra de las maneras de humanizar la asistencia.

5.b. Globalización

Las enfermedades se mueven a la misma velocidad que la ciudadanía. Una pandemia puede extenderse en poco tiempo a cualquier lugar del planeta. Se detectan enfermedades de naturaleza tropical y otras trasmitidas por vectores anteriormente inexistentes (virus del Nilo, mosquito tigre, como ejemplos recientes). Los flujos migratorios revelan patologías existentes, anteriormente poco conocidas

en nuestro entorno, pero prevalentes en otras latitudes (enfermedad de Chagas, por ejemplo). La obtención de materiales sanitarios, tecnología, medicamentos, etc, es un proceso sometido a elevada deslocalización, lo que vuelve a los sistemas sanitarios altamente vulnerables a conflictos, catástrofes y decisiones alejadas al devenir diario de la CAPV.

Las resistencias de microorganismos a medicamentos antibacterianos, fruto del uso inapropiado de antibióticos en humanos y animales junto con la farmaccontaminación del agua representan retos sanitarios de primer orden.

5.c. Cambio climático

Es bien conocido que el cambio climático conlleva fenómenos meteorológicos catastróficos y dificultades en acceso a alimentos y agua, pero también brotes de nuevas enfermedades infecciosas y zoonosis, así como incremento de morbilidad y mortalidad secundaria a olas de calor y frío. El Ministerio de Sanidad español ha identificado más de 3.000 fallecimientos en el verano de 2023 atribuibles al exceso de temperatura. El cambio climático incide con más intensidad sobre las personas más vulnerables por edad, enfermedad o situación social.

El sector sanitario, por otra parte, es responsable de un porcentaje apreciable de gases con efecto invernadero.

5.d. Digitalización

Bajo este término se incluyen diferentes aspectos como el almacenamiento de la información, la creación de dispositivos y robotización para diagnóstico y tratamiento, la telemedicina, la inteligencia artificial, la posibilidad de actuación a distancia y en red, así como los aspectos de ciberseguridad.

La CAPV se incorporó a la Estrategia estatal de Salud Digital con 21 proyectos y una asignación presupuestaria de 30,9 millones de euros, vinculada al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

La percepción de los actores del sistema sanitario en este ámbito de la implantación digital es de un relativo retraso en comparación al desarrollo en otras Comunidades autónomas.

La adaptación del sistema sanitario vasco a las necesidades y recomendaciones del Espacio Europeo de los Datos en Salud, en elaboración, han formado parte de las actividades del Programa RIS3 Euskadi 2030.

5.e. Investigación e innovación

El ecosistema de investigación en Salud de la CAPV se estructura en tres Institutos Biosanitarios y Biosistemak, coordinados a través de la Fundación BIOEF y con presencia de la UPV/EHU en sus órganos gestores. La investigación sanitaria vinculada al Departamento de Salud se coordina con diferentes Agentes de la Red vasca de ciencia y tecnología como Universidades, BERCs, la Alianza BRTA y otros agentes privados.

La investigación sanitaria desarrolla un número amplio de proyectos de investigación, capta aproximadamente el 50% de su presupuesto de fondos externos competitivos y sostiene una amplia red de colaboraciones estatales e internacionales. Involucra directamente a casi 3.000 investigadores/as con un 67% de mujeres. La producción científica y de patentes es adecuada para el tamaño y años de evolución del modelo. El 10,4% de la inversión de la CAPV en I+D+i se destina a Salud. La inversión en I+D+i dirigida a Salud Pública es muy escasa con relación a la inversión global en este tipo de actividades.

No hay una estrategia establecida de retención de talento investigador en el sistema sanitario. Se carece de un desarrollo profesional definido.

La presencia de la CAPV en ensayos clínicos promovidos por la industria farmacéutica es muy escasa. Representando la CAPV el 4,7% de la población estatal, los Comités de Ética de investigación con medicamentos de la CAPV han participado en el 0,8% de los ensayos promovidos a nivel estatal y los/las pacientes vascas han contribuido al 2,5% de la población incorporada a esos ensayos. La tendencia hasta finales de 2022 es decreciente, especialmente en Oncología e Immunología, afectando también a los ensayos clínicos en atención primaria.

El empoderamiento ciudadano ha de guiar las actuaciones en salud en el futuro más inmediato. La humanización de la atención no puede relegarse en un momento donde la elevada tecnificación puede poner en peligro valores sanitarios y de cuidados fundamentales, generando una brecha digital. El sistema debe tener en cuenta el enfoque en las intervenciones de forma que sean respetuosas con los derechos humanos. Una atención humanizada implica una atención excelente, proactiva y ética, centrada en la persona y basada en valores como el respeto, empatía, comunicación efectiva, trato personalizado, adaptada a las necesidades de las personas y entornos. La humanización también tiene que ver con mejorar las estancias físicas y con no estigmatizar a las personas en función de su enfermedad. Las organizaciones de pacientes y familiares han de formar parte del entramado sanitario y socio-sanitario como los mejores conocedores del abordaje holístico de los procesos de las personas atendidas. Las asociaciones de pacientes representan otra expresión organizada de las necesidades latentes. Es el momento de incorporarlos a las decisiones estratégicas en salud y en la gestión de cada una de las actuaciones. Otras/os profesionales de la atención social van a ser también parte del nuevo entramado. Los

Contexto social y tecnológico

indicadores sanitarios deben reflejar resultados en salud y sostenibilidad. No pueden basarse exclusivamente en mediciones de actividad. Debe profundizarse en la digitalización de la información sanitaria y en el uso secundario de los datos de salud a fin de conocer más sobre la salud y la enfermedad, mejorando diagnósticos, profundizando en la medicina de precisión y estableciendo procesos más eficaces, seguros y eficientes.

La adherencia de la ciudadanía a los nuevos postulados debe promoverse como un valor más de sistema sanitario público vasco.

La globalización y el cambio climático obligan a enfrentar la salud bajo los postulados de “One Health”, considerando la salud de las personas, de los animales y de los ecosistemas de manera unificada en todas las actuaciones.

La transformación digital de la sanidad vasca y sus organizaciones debe desarrollarse a más velocidad, venciendo retos tecnológicos, pero, sobre todo, resistencias al cambio desde las personas y las estructuras establecidas. Un mayor desarrollo digital contribuirá a la mejora de información, de resultados, de actuaciones socio-sanitarias y de corresponsabilidad y empoderamiento de la población relación a su salud. Por otro lado, representa una oportunidad de desarrollo para un tejido industrial como el de la CAPV, donde este sector ofrece liderazgos internacionales y de alto valor económico añadido.

Debieran establecerse programas concretos, junto a los ya existentes, para ir escalando y extendiendo la digitalización en el entorno del sistema asistencial. El Departamento de Salud debiera definir prioridades en este sentido.

La investigación e innovación sanitaria en la CAPV es relativamente joven y se ha estructurado en torno a organizaciones propias y colaboraciones con el entorno. El nivel de actividad es adecuado en los aspectos relativos a mecanismos de enfermedad (investigación básica y orientada). La investigación en Salud Pública debe ser reforzada. Los ensayos clínicos representan una fuente de acceso a innovación terapéutica, de captación de recursos y de atracción de talento. La CAPV presenta una reducida actividad en ensayos clínicos que no se corresponde con su desarrollo social, económico y tecnológico. Debe analizarse cuidadosamente las causas y establecerse mecanismos correctores.



6. Recursos económicos

6.a. Gasto sanitario y comparativas

El gasto corriente en Salud en la CAPV en 2021 fue de 7.994 millones de euros, lo que supone 3.650 euros por habitante y un 10,2% del PIB anual. Esta cifra relativa al PIB es inferior a la descrita para Alemania, Francia, Reino Unido, Canadá, Suecia y Portugal.

El gasto sanitario público consolidado de la CAPV por habitante se ha incrementado progresivamente alcanzando los 2.073 euros en el año 2021. La cifra promedio estatal es de 1.716 euros en el mismo periodo. Respecto al PIB propio, el gasto consolidado en 2021 fue del 6,3% en la CAPV frente al 6,7% estatal.

Aproximadamente, el 72% del gasto sanitario tiene fuentes públicas y el 28% privada (incluye asistencia, compra medicamentos, etc).

La Encuesta de salud en la CAPV de 2013 indicaba un aseguramiento individual privado del 9%; este valor en la Encuesta de 2023 es del 19%

6.b. Las grandes partidas y comparativas

El porcentaje de gasto público destinado a remuneración del personal en la CAPV representaba en 2016 el 51,6% y en 2021 ha supuesto el 53,7%. El porcentaje de gasto en farmacia en esos periodos representó el 14% y el 11,7%, habiendo descendido progresivamente año a año. Durante ese periodo analizado, la CAPV ha figurado cada año como la última o de las últimas comunidades en cuanto a porcentaje de gasto público destinado a farmacia.

En 2023, el gasto sanitario público destinado a conciertos de asistencia sanitaria alcanza el 6,1% en la CAPV y el 8,8% a nivel estatal. En 2003, las cifras eran de 6,4% y 10,1%, respectivamente.

En los presupuestos de 2024 de la CAPV se describe un incremento de la concertación sanitaria (de 228,8 a 249,7 millones de euros; 9,1%) y socio-sanitaria (de 4,40 a 6,49 millones de euros; 47%) respecto al periodo previo.

La concertación en la CAPV ofrece las cifras más elevadas en Gipuzkoa (143,5 millones de euros en 2023) respecto a Bizkaia (100,1 millones en 2023) y Araba (25,7 millones en 2023).

Los incrementos de gastos por concertación se habían multiplicado en 2023, respecto a la basal de 2003, por 1,8 en Gipuzkoa, 1,9 en Bizkaia y 2,5 en Araba.

La autoconcertación en 2016 representó un volumen de 12,02 millones de euros. En 2023 esa cifra fue de 38,73 millones.

En la actualidad se debate la asignación de nuevos roles a las mutuas laborales, lo que debe ser motivo de análisis entre los sectores potencialmente afectados.

6.c. El objetivo triple

Uno de los retos de los sistemas sanitarios públicos es mantener su sostenibilidad financiera a largo plazo sin que ello afecta a la provisión de servicios. Se ha definido el marco de adaptación focalizando las actuaciones en tres objetivos:

- a) Mejorar la salud de la población;
- b) Mejorar la experiencia de las/os pacientes, incluida la calidad y la satisfacción;
- c) Lograr el mejor equilibrio en valor sin que los indicadores de salud se vean afectados.

A nivel internacional, los sistemas sanitarios afectados por este mismo problema, aunque diferentes entre ellos, comparten retos muy parecidos:

- i) Poseen sistemas organizativos no totalmente óptimos;
- ii) Utilizan indicadores de volumen de actividad y no de valor en salud;
- iii) Destinan hasta un 50% de su gasto en solo un 5% de la población;
- iv) Tienen importantes retos pendientes en prevención, calidad y seguridad del paciente;
- v) Los cuidados crónicos se ofrecen de manera fragmentada;
- vi) Podrían reducir los costos de ingresos y reingresos hospitalarios

También comparten una misma orientación estratégica:

- 1.- Priorización de la atención primaria
- 2.- Definición de plantillas estructurales adecuadas, con estabilidad profesional.
Formación y captación de especialidades claves.
- 3.- Reformas organizativas en la organización interna, disminuyendo la burocratización y propiciando una mayor participación y compromiso de los profesionales y pacientes.
- 4.- Desarrollo de la Medicina digital.
- 5.- Favorecer la transparencia y el control público de todas las actividades.
- 6.-Promoción de hábitos saludables y prevención de morbilidad.

El principio del acceso universal conlleva el desarrollo desde lo público de las condiciones que permitan el acceso a los servicios sanitarios y socio-sanitarios a toda la ciudadanía.

El presupuesto público destinado al ámbito sanitario y de Salud en general en la CAPV es susceptible de mejora conforme a sus parámetros de riqueza y bienestar. El presupuesto público ha de dirigirse prioritariamente a la provisión de servicios desde lo público. El presupuesto en farmacia, y especialmente el uso de medicamentos hospitalarios figura en las últimas posiciones entre las Comunidades Autónomas.

La concertación en la CAPV se mueve en cifras inferiores a las globales para todo el territorio estatal, aunque la dispersión de datos en este indicador es amplia. Seis Comunidades autónomas ofrecen porcentajes de concertación superiores a los de la CAPV. Se observan diferencias entre Territorios Históricos en cuanto a concertación, indicativo de posibles carencias en la oferta de servicios sanitarios públicos en algunas áreas geográficas. En los últimos años se observa un incremento de la concertación. De la misma forma, en la década 2013-2023 el aseguramiento individual privado se ha incrementado un 50% aproximadamente.

El incremento de demanda asistencial no tiene por qué conllevar incrementos elevados e inasumibles a largo plazo del presupuesto asignado al ámbito sanitario. Los modelos de financiación deben estar alineados con las necesidades sociales y se necesita una estructura que recompense los resultados en salud en lugar de basarse exclusivamente en la actividad.

Otros modelos organizativos y una fuerte implantación de la medicina digital, en todos sus apartados, puede contribuir a la sostenibilidad del sistema sin que una atención orientada al valor y a la humanización se vea amenazada. Para ello, se precisa que los/as profesionales y personal sanitario en general se sientan cómodos en sus condiciones laborales y en su presencia activa en la implementación de los cambios. Por otro lado, es esencial involucrar más a las personas usuarias en la gestión de su propia salud junto con una Administración pública, cada vez más responsable en sus funciones.



7. La experiencia de la ciudadanía

7.a. La preocupación de la ciudadanía

Cuando la ciudadanía vasca es entrevistada respecto a sus preocupaciones sociales, la información obtenida es clara. Según el Sociómetro vasco de febrero de 2024 la sanidad es el segundo problema más señalado por la población entre los principales problemas de la CAPV y así lo declara un 35% de la ciudadanía. El primer problema es el ligado al mercado de trabajo (lo cita el 48% de la ciudadanía) y el tercero la vivienda (27%).

Según el Barómetro sanitario 2023 del CIS, un 61% de la población vasca opina que el sistema sanitario público en la CAPV “funciona bien o bastante bien, aunque necesita algunos cambios”. Ese porcentaje de valoración es algo mejor que en el Estado, donde se sitúa en el 57%.

Por otra parte, en la Encuesta de Salud de 2023, el 19,4% de las mujeres y el 19,7% de los varones reseñan disponer de seguros médicos privados complementarios a la asistencia pública. Estas cifras representan un incremento de 4,3 y 3,8 puntos porcentuales respecto a lo obtenido en 2018. Por territorios, Bizkaia posee un 23% de los encuestados con seguro médico privado. Por edad, las mayores tasas de aseguramiento privado coinciden con el periodo de actividad laboral.

7.b. La calidad percibida

Cuando la ciudadanía vasca es entrevistada respecto a la satisfacción con el sistema sanitario y sus necesidades de atención sanitaria, la Encuesta de Salud de 2023 ofrece otro tipo de información. El 78,7% de las mujeres y el 82,5% de los varones se sienten satisfechas/os o muy satisfechas/os con el sistema sanitario. El 83,3% de las mujeres y el 86,6% de los varones consideran que el sistema sanitario cubre bien sus necesidades de atención sanitaria.

La prevalencia de personas satisfechas con el sistema sanitario ha disminuido respecto al 2018 en 11,8 y 10,4 puntos porcentuales en mujeres y varones, respectivamente.

Las puntuaciones relativas a la cobertura de necesidades han disminuido también, concretamente en 10,0 y 8,1 puntos porcentuales en mujeres y varones, respectivamente.

Los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad indican una satisfacción similar entre atención primaria y atención especializada.

Es indudable la preocupación de la ciudadanía vasca en relación con el estado del sistema sanitario. El acceso al sistema público de salud, las listas de espera, son los principales indicadores para la persona usuaria y su fuente de preocupación. Es probable que, tras el contacto con el sistema sanitario la satisfacción con la atención recibida se incremente con relación a la percepción previa. En todo caso, el grado de satisfacción con la atención y la cobertura de necesidades ha disminuido respecto a etapas previas. Es probable que el sostenimiento de puntuaciones altas tras el contacto con el sistema esté apuntando hacia aspectos relevantes como puede ser la dedicación de las/los profesionales y trabajadoras/es del sistema sanitario público. Los recursos humanos representan el pilar fundamental de la organización sanitaria. El sobreesfuerzo profesional no debiera utilizarse como factor de amortiguación prolongada de problemas críticos de otra índole. Una organización eficaz y condiciones laborales adecuadas son el mejor factor de protección frente al estrés laboral y sus consecuencias. La tasa de incapacidad laboral transitoria en Osakidetza es de un 11% aproximadamente en 2022-2023, con importantes diferencias entre categorías profesionales. Un aspecto de preocupación añadido es el progresivo incremento de las incidencias / agresiones a personas trabajadoras del sistema sanitario, habiendo alcanzado la tasa de 25 por cada mil profesionales. La salud laboral y mental de las y los trabajadores, así como su formación en las tecnologías digitales habituales deben convertirse en prioridad.

Documentación de soporte

1. Eustat. Población estimada de la C. A. de Euskadi a 1 de enero, según territorio histórico y sexo. 1976-2023. Disponible en:
https://www.eustat.eus/elementos/ele0011400/poblacion-estimada-de-la-c-a-de-euskadi-a-1-de-enero-segun-territorio-historico-y-sexo/tbl0011431_c.html
2. Eustat. Proyección de población. Análisis de resultados 2036. Disponible en:
https://www.eustat.eus/elementos/ele0020400/proyecciones-de-poblacion-2036/inf0020421_c.pdf
3. Eustat. Esperanza de vida al nacimiento en la C.A. de Euskadi por causa de defunción, territorio histórico y comarca, según sexo y año. 1976-2022. Disponible en:
https://www.eustat.eus/elementos/ele0021600/esperanza-de-vida-al-nacimiento-en-la-ca-de-euskadi-por-causa-de-defuncion-territorio-historico-y-comarca-segun-sexo-y-ano/tbl0021669_c.html
4. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. Indicadores clave del Sistema nacional de Salud. Disponible en:
<https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
5. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. La sanidad en la UE. Disponible en:
<https://sanidad-ue.es/reports#diseases>
6. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible en:
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en
7. Eustat. Desigualdades geográficas en la esperanza de vida y mortalidad por áreas pequeñas. 2013-2017. Disponible en:
https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_1532/opt_1/tipo_1/ti_desigualdades-geograficas-en-la-esperanza-de-vida-y-mortalidad-por-areas-pequenas/temas.html
8. Eustat. Escenarios demográficos. 2061. Análisis de resultados. 2018. Disponible en:
https://www.eustat.eus/elementos/ele0015600/escenarios-demograficos-2061/inf0015635_c.pdf

9. Montoya I, Calvo M, Echeverría C, Pardillo B, Velasco C, Sánchez I. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2023. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación 2023. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/introducion-escav23/web01-a3osa23/es/>
10. Mateos M, de Diego M, Martín JA, Calvo M, Elorriaga E, Esnaola S. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2018. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2018. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-de-salud-2017-2018/web01-a3osag17/es/>
11. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Informes, estudios e investigación. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
12. Aguayo A, Urrutia I, González-Frutos T, Martínez R, Martínez-Indart L, Castaño L, Gaztambide S; Diabetes Epidemiology Basque Study Group. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose metabolism in the adult population of the Basque Country, Spain. Diabet Med. 2017; 34:662-666. doi: 10.1111/dme.13181. PMID: 27353285.
13. Urrutia I, Martín-Nieto A, Martínez R, Casanova-Marsal JO, Aguayo A, del Olmo J, Arana, Fernández-Rubio E, Castaño L, Gaztambide S, and the Diabetes Epidemiology Group. Incidence of diabetes mellitus and associated risk factors in the adult population of the Basque Country, Spain. Scientific Reports 2021; 11: 3016. doi: 10.1038/s41598-021-82548-y. PMID: 33542348.
14. OPIK. Grupo de investigación en determinantes sociales de la salud y cambio demográfico. UPV/EHU. Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/opik>
15. Departamento de Salud y Gobierno Vasco. Informe de resultados de vigilancia en Salud pública 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/informes_vigilancia_epidem/es_def/adjuntos/Informe-resultados-vigilancia-salud-publica-2023.pdf
16. Hiesa eta Sexu Transmisiozko Infekzioen Plana / Plan del Sida e Infecciones de Transmisión. Plan del Sida. Memoria 2023. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_salud_sex_vih/es_def/adjuntos/Memoria-VIH-e-ITS-2023.pdf

17. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). Informe C: Avances en enfermedades neurodegenerativas. (2023). Disponible en: www.doi.org/10.57952/z6b7-9227
18. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan. Mortalidad en la Comunidad Autónoma de Euskadi. 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2023.pdf
19. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino 2019 - Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Ministerio de Consumo; 2020. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf
20. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Encuesta sobre adicciones en la CAPV 2023. Departamento de Salud; 2024. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/encuesta-adicciones-euskadi-2023.pdf
21. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Estrategia de Salud Mental en Euskadi 2023-2028. Disponible en: https://bideoak2.euskadi.eus/2023/11/21/news_89832/Estrategia_de_Salud_Mental_es.pdf
- 22 Barber Pérez, P. y González López-Valcárcel, B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Ministerio de Sanidad, 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf
23. Estudio de prospectiva para la estimación de la oferta y demanda de especialistas en ciencias de la salud, Euskadi 2021-2031, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones de planificación y gestión de dicho colectivo. Departamento de Salud.
- 24 Memorias Osakidetza. Disponibles en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/publicaciones-memorias/webosk00-procon/es/>

- 25. Ministerio de Sanidad. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2023. Informe monográfico. Informes, estudios e investigación. 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf**
- 26. Ministerio de Sanidad. Informe de sostenibilidad e impacto de las inversiones de la Estrategia de Salud Digital Ministerio de Sanidad. Comunidad de País Vasco. 2024.**
- 27. Fundación Vasca de Investigación e Innovación Sanitaria BIOEF. Actividad de I+D+i del sistema sanitario de Euskadi. Memoria 2023. Disponible en: <https://www.bioef.eus/wp-content/uploads/2024/09/3211-Memoria-de-actividad-2023-ESP-WEB.pdf>**
- 28. Plataforma de Medicamentos Innovadores y Farmaindustria. Investigación Clínica en el País Vasco. Datos y análisis del Avance de la 33^a publicación de BDMetrics. 2023. Disponible en: <https://www.medicamentos-innovadores.org/sites/medicamentosinnovadores/docs/PRODF280273.pdf>**
- 29. Departamento de Salud. Cuadro de mando del Plan de Salud Euskadi 2030. Disponible en:**
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2030/es_def/adjuntos/cuadro-mando-plan-salud-2030.pdf
- 30. Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto sanitario público 2022: Principales resultados. 2024. Disponible en:**
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- 31. Gobierno vasco. Gabinete de prospección sociológica. Sociómetro vasco 82. Febrero 2024. Disponible en:**
https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/sociometro_vasco_83/es_def/adjuntos/24sv83.pdf