

Euskadiko Osasun Ituna

Osasunaren aldeko Euskal
Itunerako Diagnostikoa

2024/10/30

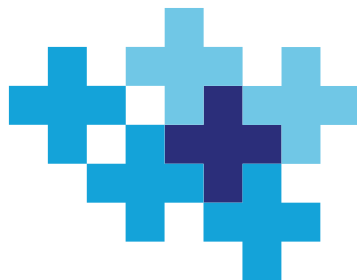
EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Sarrera

Imanol Pradales lehendakariak, 2024ko ekainaren 20ko inbestidura-hitzaldian, gure osasun-sistemari buruzko euskal Itun bat proposatu zuen. Horretarako, Itunaren Mahaia osatu zen, herritarrek, profesionalek eta hainbat kolektibok osasun-sistema publikoaren bilakaerari buruz duten kezkari heltzeko. 2024ko irailaren 5ean, osasunaren arloko euskal Itunaren jardueren hasiera formalizatu zen, hainbat eragile politiko, sindikal, erakunde profesional, pazienteen kolektibo eta euskal unibertsitatetako ordezkarien presentziarekin, Osasun Sailak egindako gonbidapena onartu zuten. Aurrerago, beste eragile batzuk bat egin dute mahai zabal bat osatzeko. Mahai horrek ordezkaritza sozial eta profesional handia izango du, baina eraginkorra izango da. Hori dela eta, mahai horretan sartzeko eskaera batzuk atzeratu egin dira. Osasun Sailak konpromisoa hartu du lehen lan-faseetan sartu ez diren beste eragile eta kolektibo batzuekin harremanetan jartzeko bideak irekitzeko.

Lehen bileran lanaren metodologia orokorra zein izango zen azaldu zen, eta oinarritzko adostasunen azken dokumentu bat sortzeko beharra azaldu zen, dokumentu horren edukian eragile guztiak identifikatuta senti zitezen. Dokumentuak parte-hartzaileen ekarpenak jaso behar zituen, dokumentuaren edukiari buruzko akordioak egin ahal izateko. Osasunari eta osasun-sistemari buruzko adierazleak eta adierazle horietatik eratorritako diagnostikoa aztertzeke prozesu bat ireki zen. Eztabaida-, balorazio- eta ekarpen-prozesuan, adierazle eta ebaluazio-arlo berriak sartu dira.

Dokumentu hau behin-behineko testu gisa aurkeztu zitzaion osasun Itunaren Mahaiari 2024ko urriaren 9an. Ondoren, jasotako iradokizunen arabera aldatu zen, eta behin betiko testu gisa aurkeztu da 2024ko urriaren 30ean. Dokumentuak aztertutako adierazle nagusi batzuen laburpena jasotzen du bere ataletan, erreferentzia bibliografikoetan kontsulta daitezkeen zenbakizko gehiegikeriak saihestuz.

Adierazleen laburpen komentatuaren ondoren, azken interpretazio bat eskaintzen da, aztertutako informazioari buruzko azalpen eta gomendioekin, beste atzealdeko kolore batean islatuta. Etapa honen asmoa ez da euskal osasun-sistemarako orientazio estrategikoak ezartzea. Orientabide estrategiko horiek osasun Itunaren aurreragoko faseetan definituko dira.

Osasun Itunaren helburuak

- 1. Sarbide unibertsala ziurtatzea eta osasun-sistema publikoa indartzea:** herritar guztiek osasun-zerbitzu publikoak erabil ditzaketela bermatzea, haien egoera demografikoa, ekonomikoa, soziala, administratiboa, nazionalitatea edo bizilekua edozein dela ere.
- 2. Asistentziaren kalitatea hobetzea:** osasun-arretan bikaintasuna sustatzea, eta, horretarako, kalitate-estandar handiak ziurtatzea eta etengabe hobetzea.
- 3. Osasun-asistentziako jardueratik harago sustatuko duen osasun-sistema publikoa eraldatzeko oinarriak ezartzea.**
- 4. Sistemaren jasangarritasuna:** osasun-sistema publikoaren epe luzerako sendotasuna eta bideragarritasuna ziurtatuko duten neurriak ezartzea, eraginkortasuna, berrikuntza eta baliabideen erabilera egokia ardatz hartuta.
- 5. Herritarren eta gizarte-eragileen parte-hartzea:** herritarrei eta gizarte-eragileei hitza ematea osasun-politikei buruzko erabakiak hartzean, gardentasuna eta Administrazioaren eta gizartearen arteko elkarriketa sustatuz.
- 6. Osasunaren sustapena eta prebentzioa:** ohitura osasungarrien sustapena eta prebentzioa lehenetsiko duten politika publikoak sustatzea, eta osasunaren baldintzatzaile sozial, ekonomiko eta kulturei heltzea.

Euskadiko Osasun Itunak baterako konpromisoa eskatzen du, eragile sozial, politiko eta sanitario guztiak inplikatu dituen. Etorkizunera begira, EAE-ko herritarren ongizatea bermatuko bada, ezinbestekoa da pazientearen erdigunean izango duen osasun-eredu unibertsala, jasangarria eta ekitatiboa eraikitzea. Ezinbestekoa da modu koordinatu eta proaktiboan jardutea, egungo erronkei aurre egiteko eta pertsona guztientzako kalitatezko osasun-sistema publikoa bermatzeko. Itunaren gobernantzak honen jarraipena, berrikuspena eta kontu-ematea bermatuko ditu, bai eta sortu zeneko helburuei denboran eustea edo beste batzuk ezartzea ere, sor daitezkeen erronkei aurre egiteko.

Parte-hartzaileen zerrenda

OSAKIDETZA

BIZKAIKO ESKLEROSI ANIZKOITZAREN ELKARTEA (ADEMBI)

PAZIENTEEN ERAKUNDEEN PLATAFORMA

EUSKADIKO LANGILE KOMISIOAK

BIOLOGOEN ELKARGO OFIZIALA

GIZARTE LANGINTZAREN ELKARGO OFIZIALAK

EUSKADIKO SENDAGILEEN ELKARGOEN KONTSEILUA

ERIZAINZA ELKARGO OFIZIALA

FARMAZIALARIEN ELKARGO OFIZIALA

EUSKADIKO FISIOTERAPEUTEN ELKARGO OFIZIALA

OPTIKO-OPTOMETRISTEN ELKARGO OFIZIALA

PSIKOLOGIA ELKARGO OFIZIALA

ALBAITARIEN ELKARGO OFIZIALA

EUSKAL ENPRESAREN KONFEDERAKUNTZA (CONFEBASK)

DEUSTKO UNIBERTSITATEA

EUSKO ALDERDI JELTZALEA

EUSKAL HERRIA BILDU

ESK SINDIKATUA

BURU GAIXOTASUNA DUTEN PERTSONA ETA SENIDE

ELKARTEEN EUSKADIKO FEDERAZIOA (FEDEAFES)

LAB SINDIKATUA

MONDRAGON UNIBERTSITATEA

ALDERDI POPULARRA

EUSKADIKO ALDERDI SOZIALISTA -PSE

SATSE ERIZAINEN SINDIKATUA

EUSKADIKO SENDAGILEEN SINDIKATUA

SAE ERIZAINZAKO TEKNIKARIEN SINDIKATUA

SUMAR KOALIZIOA

LANGILEEN BATASUN OROKORRA – CC.OO.

EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

Aurkibidea

01

Diagnosticiko demografikoa

Pág. 9



02

Morbilitatea eta hilkortasuna

- 2.a. Hautemandako osasun-egoera eta Osasunarekin lotutako kalitatea
- 2.b. Morbilitatea
- 2.c. Hilkortasuna

Pág. 13



03

Osasunaren determinatzaileak eta bizimoduak

- 3.a. Gizarte- ekonomia- eta kultura-determinatzaileak
- 3.b. Ohiturak eta bizimoduak

Pág. 19



04

Laguntza-baliabide publikoak eta erabilera

- 4.a. Egitura-baliabideak
- 4.b. Gobernantza
- 4.c. Irisgarritasuna
- 4.d. Erabilera-maiztasuna
- 4.e. Egungo giza baliabideak eta langileen gogobetetzea
- 4.f. Osasun-langileen prestakuntza eta belaunaldi-erreleboa

Pág. 23



05

Testuinguru soziala eta teknologikoa

- 5.a. Herritarren ahalduntzea
- 5.b. Globalizazioa
- 5.c. Klima-aldaketa
- 5.d. Digitalizazioa
- 5.e. Ikerketa eta berrikuntza



Pág. 33

06

Baliabide ekonomikoak

- 6.a. Osasun-gastua eta konparaziozkoak
- 6.b. Partida handiak eta konparaziozkoak
- 6.c. Helburu hirukoitza



Pág. 39

07

Herritarren esperientzia

- 7.a. Herritarren kezka
- 7.b. Hautemandako kalitatea



Pág. 45



1. Diagnostiko demografikoa

EAEk Europako populazio zahartuenetako bat du, baita mundu-mailan ere. Bizi-kalitate osasungarria herritarren bizitzako azken urteetara arte luzatzen da.

Bizi-itxaropena luzatzea, jaiotza-tasa eta migrazioak kontuan hartuta, populazioaren eboluzioari buruzko kalkuluek egonkortasuna erakusten dute EAEn bizi diren pertsonen kopuruari dagokionez.

EAEko biztanleria pixkanaka zahartzen ari da, eta horrek, ziurrenik, adin aurreratuei dagozkien komorbiditateekiko arreta emateko laguntza-zerbitzu konplexuen eskaera handituko du. Litekeena da mendekotasunarekiko arreta areagotu behar izatea eta, osasun-laguntzako zerbitzuen eta zerbitzu soziosanitarioen arteko koordinazio egokiari lehentasuna emateaz gain, eremu soziosanitarioa eraldatzeko urratsak eman beharko dira. Zeregin horiek EAEko sareko hainbat erakunde hartzen dituzte barne, eta horrek artikulazio-ahalegin osagarria eskatzen du.

EAEko herritarrek adin luzeetara arte duten autonomia funtzionalak osasuna sustatzera bideratutako ikuspegian oinarritutako plangintza sanitario eta sozio-sanitarioa iradokitzen du, ikuspegi prebentibo, proaktibo eta komunitario batekin.

Bidezko asistentzia-eredu batek kontuan hartu beharko ditu, bizi-itxaropenei dagokienez, osasun-arloen artean ikusitako aldeak. Desberdintasun horiek, beharbada, errenta, bizi-baldintza eta beste gizarte-determinatzaile batzuen arteko desberdintasuna islatzen dute.



2. Morbilitatea eta hilkortasuna

2.a. Hautemandako osasun-egoera eta Osasunarekin lotutako bizi-kalitatea

Euskal biztanleriak hautemandako osasun-egoera ona da bizitzako azken urteetara arte, eta gure inguruko herrietan ikusitako adierazleen gainetik dago. Aldeak daude gizarte-, ekonomia- eta hezkuntza-faktoreei dagokienez.

Arazo kronikoek gora egiten dute adinean aurrera egin ahala, eta arazo horiek desgaitasuna gero eta handiagoa izatea eragiten dute. Muskulu-eskeletoaren sintomatologia arazo horien adibide adierazgarria eta ohikoa da.

2.b. Morbilitatea

Gaixotasun ohikoenen prebalentzia pixka bat txikiagoa da EAEn Estatuko batez bestekoarekin alderatuta gaixotasun kardiobaskularren, metabolikoen eta biriketako kasuan. Garuneko gaixotasun baskularrak kontrako profila erakusten du. Diabetesa duten pazienteen kopuruak altuak dira eta Europako inguruko herrialdeen gainetik daude.

Bularreko, koloneko eta ondesteko tumore eta neoplasia gaiztoen prebalentzia zertxobait txikiagoa da EAEn Estatuan baino, eta antzekoa da arnasbideen kasuetan.

Sexu bidez transmititzen diren gaixotasunek goranzko joera mantentzen dute. Gaixotasun arraroek gero eta baliabide gehiago eskatzen dituzte.

EAEn gaixotasun mental ohikoenak antsietate-, lo- eta depresio-nahasmenduak dira. Horien prebalentzia Estatuan baino zertxobait txikiagoa bada ere, zifra objektiboak zein Osasun Inkestetatik datozenak oso handiak eta kezkagarriak dira. Saiakera autolitikoek, ideia suizidek eta autolesioek prebalentzia kezkagarriak erakusten dituzte azken urteetan. Nahasmendu mentalek eragin handiagoa dute gazteengan.

Ahalmen desgaitzaile nabarmena izan arren, EAEn gutxi dira neuroendekapenezko gaixotasunei buruzko adierazleak.

2.c. Hilkortasuna

EAEko hilkortasuna gaixotasun kroniko nagusienetara lotuta dago. Eredu desberdinak ditu emakumeen eta gizonen artean. EAEko herritarren heriotza-tasaren zati bat

baheketa-programen, osasun-kanpainen eta bizimodu eta ohitura osasungarrien sustapenaren bidez prebeni daiteke. Hilkortasuna, gaixotasun kronikoen prebalentzia bezala, baldintzatzaile sozial, ekonomiko eta kulturalak sortutako osasun-desberdintasunek ere baldintzatzen dute. Osasuna politika guztietan txertatzeak osasun-adierazleak eta -emaitzak hobetzen dituela erakutsi da.

Komorbilitate ugari eta mendekotasun-maila aldakorrak dituzten adineko pertsonei arreta emateko zerbitzu konplexuen eskaera handitu egingo dela aurreikusten da.

Zaurgarritasuna eta gaixotasun-karga handiagoak lotutako baldintzak dira. Horrek handitu egiten du eremu geografiko jakinetan asistentzia-sistemaren gaineko presioa, eta hori desoreken iturri izan daiteke osasun-arreta eta arreta soziosanitarioa eskuratzeko garaian.

Beharrezkoa da erreformak ezartzea, herritarren beharrei erantzungo dietenak eta arreta integratuagoa, proaktiboagoa sustatuko dutenak, prebentzioan zentratua eta erabiltzaileentzako balioa ematera begira (osasunean emaitza onenak lortzea eta denboran jasangarriak).

Arreta-eredu berriek, besteak beste, osasun-arloan ohikoak ez diren edo orain arte presentzia txikia duten titulazioak (jarduera fisikoa eta kirol-jarduera, gizarte-lana, aholkularitza genetikoak, etab.) dituzten profesionalak sartzea eta dimentsionatzea eskatuko dute, bai eta lehendik dauden beste titulazio batzuen presentzia handitzea ere (odontologia, psikologia, fisioterapia, dietetika – nutrizioa, etab.). Jarduera horietako bakoitzak berezko gaitasunak eskaintzen ditu, eta gaitasun horiek beharrezkoak izango dira osasun-arretan eta/edo arreta soziosanitarioan.

Pertsonen osasun-arazoen ikuspegi integrala (fisikoa eta mentala) eta kronikotasunaren luzetarako jarraipena egiteko eredu irisgarri bat dira lehen mailako arretaren oinarritzako ardatzak. Lehen mailako arretak galdutako autonomia eta erabakitze gaitasuna berreskuratzeak norabide horretan lagun dezake. Lehen mailako arreta indartzea da gaur egun sortzen diren beharrei erantzuteko neurri egokia, besteak beste, honako alderdi hauek sartuz: behar psikologikoak, nutrizionalak eta abar.

Esku-hartze sanitarioko maila eta eremu espezifikoko ugari daudenez, kuantifikazio-ereduak ezarri behar dira, osasun-arloko emaitzak bateratzeko, arreta soziosanitarioa barne, artatutako pertsonentzako erabilgarritasunaren eta garatutako politiken eraginkortasunaren adierazle egokiago gisa, asistentzia-prozesuetan parte hartzen duen unitate bakoitzaren jarduera puntualan oinarritu beharrean.

Eremu fisiko eta mentaleko prebentzio-jarduerak, bizi-estiloen gaineko esku-hartzeekin eta osasunaren gizarte-baldintzatzaileekin batera, arreta integrala hobetzen eta herritarrek ahaldunduz laguntzen dute, eta, aldi berean, gehiegi kargatutako eta erantzuteko gaitasun mugatuko sistema baten gaineko presioa murrizten dute. Langileak kontratatatu eta kudeatzeko beste neurri batzuk ere beharrezkoak dira profesional sanitarioen eta ez-sanitarioen defizit metatuak arintzeko. COVID-19 pandemia

bezalako gertakari kritikoen ondorioz bizitako tentsioek osasun sistema publiko bat osatzen duten profil profesional ezberdinen garrantzia egiaztatu dute.

Beharrezkoa da EAEEn gaixotasunen presentziari eta haien eboluzioari buruzko informazio-sistemak hobetzea. Digitalizazioaren garapenak herritarren osasunari eta gaixotasunari buruzko ezagutza hobetzea ahalbidetu behar du. Ziurrenik, horretarako, osasun-datuen analisisian, bioinformatikan, bioingeniaritzan eta abarretan espezializatuta dauden profil profesionalak behar dira. Erakunde akademikoek beren Gradu eta Graduondoko programak premia berri hauekin lerrokatu beharko lituzkete.

Erabakiak etengabe birebaluatzeko eta beharrezkoak diren hobekuntzak sartzeko testuinguruan, osasun-zerbitzuak kanpora ateratzeko prozesuen azterketa xehatua eta horien etorkizunaren gogoeta egin behar dira.

3.

Osasunaren determinatzaileak eta bizimoduak



3. Osasunaren determinatzaileak eta bizimoduak

3-a. Gizarte- ekonomia- eta kultura-determinatzaileak

Diru-sarrera baxuen, desberdintasunen eta pobreziaren adierazleak txikiak dira EAEn, Espainian ezarritakoekin alderatuta. Hala ere, pixka bat igo dira azken bost urteetan. Hala eta guztiz ere, desberdintasun-indizeak (Giniren koefizientea) Europako txikienetakoak dira.

Langabezia eta prekarietatea antzemandako kezka-iturri dira osasun-adierazleetan. Faktore horiekiko sentikorrak diren zenbait adierazlek erakusten dute handitu egin dela lan-egoerarekiko asegabetasuna. Sexuen artean alde handiak daude oraindik ere, eta horrek eragina du norberaren osasunaren gaineko arriskueta.

Etxebizitza bat eskuratzeko aukera eta oinarrizko bizigarritasun-baldintzak arazo larriak dira, oso ezagunak eta osasun-adierazleetan eragiten dutenak. Laneko ezbehar-tasak eta lan- eta lanbide-jardueratik eratorritako arazo kroniko, fisiko eta psikikoek eragina dute oraindik ere herritarren osasun-egoeran eta arreta-beharretan.

Zerbitzu jakin batzuetarako sarbidea, aho-hortzen osasunera esaterako, pertsonen baliabide ekonomikoen mende dago oraindik.

Buruko nahasmendu larrien ondorioz, bazterkeria-egoera gehiago izaten dira.

3.b. Ohiturak eta bizimoduak

EAEko biztanleek ohitura osasungarriak dituzte hainbat esparrutan, hala nola elikaduran, sedentarismoan eta tabakismoaren gutxitze progresiboan. Hala ere, etanol asko hartzen da, eta kalamuaren kontsumoa oso zabaldua dago gazteen artean. Jokabide-kontsumoek eragindako kalteak areagotu egin dira; kategoria horretan gehitu dira azken urteetan pantailen gehiegizko erabilerari lotutako kalteak.

Haurren obesitatea oso azkar hedatzen den fenomeno da, eta EAEn ere antzera eragiten du.

Gripearen aurkako txertoaren estaldura zabala da, eta Estatuan eta Europan baino handiagoa. Baheketa-programetan (bularreko, kolon eta ondesteko, eta

zerbixeko minbizia) herritarren parte-hartzea handia da, eta horrek inguruko tasak gainditzen ditu.

Inkestetako datuetatik eta adierazle objektiboetatik ondoriozta daiteke EAEko herritarrak sentikorrak direla prebentzio-arloko gomendioekiko eta osasuna sustatzeko gomendioekiko. Oraindik ere hobetzeko esparru zabala dago ohitura osasungarriei dagokionean, eta arlo batzuetan arreta berezia jarri behar da (alkohola, kanabisa, haurren obesitatea) analisiari eta esku-hartzeari dagokienez. Portaera horiek zaintzeak eta sustatzeak laguntza-eskarian eragiten du, eta eskari hori murriztu egiten du. Era askotako erakundeek ere lagundu dezakete eraldaketa kultural horretan, osasuna gainerako politiketan txertatuz eta sortutako eragina neurtuz. Biztanleria proaktiboa eta osasunaren ikuspegi komunitarioa duena, halaber, baldintza psikologiko, sozial eta hezitzaile hobeak dituen biztanleria da, zaintza sanitario eta sozio-sanitarioetan erantzunkidetasuna bere gain hartzeko.

Determinatzaile ekonomiko, sozial eta kulturalak gizarte guztietan osasunaren ekitaterik ezaren iturri dira. Ekitate eza “ikusezin” horrek, determinatzaileen gaineko zuzeneko esku-hartzeek gain, arreta sanitarioko eta soziosanitarioko dispositiboan diseinuan aintzat hartzea eskatzen du, pertsona kalteberarentzat zein zaintza informalak egiten dituenarentzat egokituz, homogeneizazioak saihestuz. Tradizioz babes-sistema gisa erabili izan diren sare komunitarioak galtzeak eredu alternatiboak diseinatzera behartzen du. Osasunaren determinatzaile sozialen gaineko jarduerak hainbat sektore eta gobernantza-mailen jarduera politikoa hartzen du barne, “osasuna politika guztietan” ikuspegiarekin lan eginez.

Behar demografikoek erronka sanitario berriak dakartzate eta dauden programak berrikusteko premia.

Genero-ikuspegiak arreta eta prebentzioko esku-hartze guztietan egon behar du, eta ezin hobeto deskribatu diren alborapenak saihestu behar dira.

Argi eta zintzoki trebatutako eta informatutako gizarte batek joera handiagoa du aldaketak egiteko beharra eta jarduketa berriak gauzatzeko behar izaten diren aldi baterako prozesuak ulertzeko. Horrek guztiak erraztu egiten du gizarte kohesionatuago bat, osasunean eta osasun arretan dituen oinarritzko balioen inguruan.

4. Laguntza-baliabideak eta erabilera



4. Laguntza-baliabideak eta erabilera

4.a. Egitura-baliabideak

EAEEn arreta sanitarioak eta soziosanitarioak Eusko Jaurlaritzaren, aldundien eta udalen artean banatuta daude eskumenak, eta horrek erakundeen arteko koordinazioaren beharra planteatzen du, eskaerei berehala erantzuteko.

Zailtasunak daude kolektibo eta herritar zaugarrienei erantzun egokia emateko. Batzuetan, asistentziako osasun-sistemak, Osakidetzak zehazki, bere gain hartzen ditu talde horien zainketak, ez baitira behar bezala garatu zerbitzu soziosanitario egokienak. Egoerarik onenean, zaintza horiek egituratuta eta ondo antolatuta egon beharko lukete, lehen mailako arretako, ospitaleko eta gizarte-arretako zerbitzuen koordinazio eta integrazio ona bermatuz. Egoera horren adibide adierazgarriak dira zainketa aringarriak eta desgaitasuna duten pertsonak. Esku-hartze guztietan, giza eskubideak errespetatu behar dira.

Erakunde Sanitario Integratuak (ESI) ezartzeak aukera eman du baliabide antolatuak eta irisgarriak eskaintzeko EAEko esparru geografiko osoan, arreta sanitario dagokionez eskusiboki. Bestalde, zerbitzuen kudeaketa eta eskaintza hobetu behar zituen antolaketa-autonomiaren eredu bat da. Hala ere, badirudi ESI ereduak akutuen ospitaleen inguruan antolatu dela eta bigarren mailako zeregina utzi zaiola lehen mailako arretari. Bi maila horiek integratzeak zaildu egiten du lehen mailako arretaren eta ospitale arretaren arteko baliabideen banaketa behar bezala ezagutzea.

Mailen araberako ospitale-antolaketak herrialde-logikari erantzuten dio, eta espezializazio-maila handiko baliabideak optimizatu behar dira, lanbide-gaitasunen eta gaitasun teknikoen irizpideen arabera. Hala ere, eskualdeko ospitaleetako zerbitzu-zorroa aldatu egiten da, eta definizio hobea behar du. Zailtasunak daude pediatriako adierazle batzuk bereizteko, bai lehen mailako arretan, bai ospitalekoetan, baita helduen lehen mailako arretan ere.

EAEk Lurralde Historiko bakoitzean osasun mentaleko Sare bat du, ESlen egiturekiko paraleloa eta kanpoko; bertan arreta psikiatrikoa ere eskaintzen da, eta horrek koordinazio-zailtasunak sortzen ditu. Laguntza psikologikoa mugatua da bi kasuetan.

Duela gutxi onartutako Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategiak paziente psikiatrikoen baldintzetara (akutuak, azpiakutuak, errehabilitazioa) egokitutako adierazleen diseinua bidera dezake.

Emergentziak zerbitzu-erakundeak berezitasunak ditu, eta gainerako osasun-erakunde publikotik urrun dagoela ikusten da. Proiekturik ezak eta kudeaketa mistoak eragindako arazoek lehentasun bihurtu dute Emergentziak, eta horrek ekintza espezifikoak eskatzen ditu.

Asistentzia orokorreko ospitaleetako ohe kopuruak akutuen zentroetan gora egin du (Urdulizko Ospitalea), baina egonaldi ertain eta luzekoetan ez da asko aldatu, eta EBko batez besteko balioak baino kopuru txikiagoetan mugitzen da. Ospitale-oheen % 83 sektore publikoan dago.

Obretan, instalazioetan eta teknologian egiten diren inbertsioak nahiko aldakorak dira urtetik urtera. Informazioaren teknologietan eta laguntza-digitalizazioan inbertsio gehiago egin direla ikusten da.

4.b. Gobernantza

Osasun-sistema publikoa, eta bereziki Osakidetza, antolakuntza- eta kudeaketa-konplexutasun handiko sistema da, eta horrek zaildu egiten du kategorien arteko lan integratua eta unitateen arteko koordinazioa. Osasun-arretari dagokion erantzun azkarraren beharrak guztiz protokolizaturako egiturak eta ereduak sortzera behartzen du. Hala ere, horrek denboran aldakorrak izan daitezkeen baldintzetara egokitzea moteldu dezake. Erakunde handietan ohikoa den fenomeno da, eta gehiago eragiten die izaera publikokoei, aldaketa-prozesuek oso bermatzaileak izan behar baitute. Jarraian, osasun-sistema publikoaren gobernantza-arazoei buruz bildutako informazio kualitatiboa deskribatzen da.

ESlen diseinuak burokratizazio txikiagoa eskatzen du, profesionalen protagonismo handiagoarekin, eta Osakidetzaren gobernantzari eragiten dioten beste neurri batzuk hedatzea, langileek osasun-erakundearekiko konpromiso handiagoa izan dezaten, eta erakundeak lankidetzara handiagoa izan dezan txertatzen den udalerri eta eskualdearekin. Osasun-sistema publikoko erakundeen arteko nolabaiteko deskoordinazio-maila eta une eta leku jakin batzuetan funtzioen esleipen desegokia deskribatzen dira.

Osasun Sailak eta Osakidetzak kide anitzeko hainbat organo eta aholku batzorde dituzte. Erakunde horiek ez dituzte beren sorrerarekin sortutako aukera eta espektatiba guztiak garatu. Era berean, osasun-plan eta -estrategia desberdinak diseinatzeko dira, batzuetan lortzen ez diren helburu eta konpromisoekin. Ez dirudi gerora zailtasunen arazoak eta egin daitezkeen akatsak aztertuko direnik. Plan horietan herritarren ikuspegia txertatzeak plangintza errealistagoak eta, beraz, eraginkorragoak egiten lagun lezake.

Badirudi pazienteei eta erabiltzaileei arreta emateko zerbitzuek prozesuak garatzen dituztela, eta prozesu horiek pazienteen esperientziatik oso urrun daudela. Herritarren esperientziak egungo pertzepzioa hobetzen lagun dezake.

4.c. Irisgarritasuna

EAEko herritarrek osasun-arretako zerbitzuetara duten irisgarritasun geografikoa egokia da. Biztanleria-banaketaren, lurraldearen orografiaren eta arreta-mailen espezializazioaren arabera dauden beharrezko egiturak sortu dira. Hala ere, medikuntzako profesionalen faltak ekitateari eragin dio, osasun-estaldura publikoko zailtasunen ondorioz, batez ere metropoli-guneetatik urrun dauden eremu jakin batzuetan edo arratsaldeko txandetan. Aitzitik, gizarte-arretak ez du antzeko bilakaerarik izan.

Osasun-arretaren eskuragarritasun tenporala nabarmen murriztu da azken urteotan. 2023tik aurrera ezohiko neurriak sartzen joan dira, aurreko urteetan asistentzia-jarduera gelditzeak eta sisteman giza baliabideak galtzeak eragindako ondorioak arintzeko. Presentzialtasuna helburu korporatiboaren mailan ezarritako % 70era iritsi da. Lehen mailako arretan, ESlen agenda medikoen batez besteko atzerapena, 2024an, hiru egunetik gorakoa da kasu batzuetan, eta arlo batzuetan bost egunera artekoa. Batez besteko horrek, ziur aski, profesionalak ez egoteak eragindako atzerapenak baztertzen ditu, eta horrek zifra errealak igo ditzake. 24-48 ordutan lehen mailako arretaren eskuragarritasunari dagokionez, inkesta bidez lortutako balorazioak %29ko tasa adierazten du EAEn.

Gaur egun, Osakidetzak etengabeko arretako 29 gune (EAG) eta 6 errefortzu-puntu ditu, asteburuetan irekita, arreta puntualerako eta premiazko gertakarietarako. EAGen berrantolaketak eta ordutegien egokitzapenak areagotu egin dute ospitaleko eta larrialdietako larrialdi-zerbitzuen gaineko presioa.

Garraio sanitarioko anbulantzien sektorean, enpresa esleipendunak hitzartutako prestazioak ez dira behar bezala bete, eta, horren ondorioz, lan-gatazka handiak sortzen dira eta zerbitzuaren kalitatea galtzen da eremu horretan. Garraio sanitarioaren arloan, beharrezkoa da baliabideei, antolaketari eta kudeaketa-ereduei buruzko azterketa bat egitea.

Bizitzaren azken faseko arreta-prozesuek, halaber, beren egoeraren azterketa globala eskatzen dute.

Pazienteak eta Osakidetzak eskatutako lehen kontsulten baliogabetzeak 2016ko antzeko balioetan mantendu dira 2023an, eta Osakidetzak eskatuta aldatu diren hitzorduak berriz areagotu egin dira.

4.d. Erabilera-maiztasuna

COVID-19aren pandemiaren aurretik hasita, familia-medikuntzan 10 milioi kontsulta inguru egiten dira urtean; lehen mailako arretako pediatrian, milioi bat eta

erdi urtean; lehen mailako arretako erizaintzan, 7 milioi kontsulta inguru urtean. EAGek urtean milioi bat kontsulta inguru artatzen dituzte. Osasun Ministerioak azaldu duenez, 2022an, EAEan, lehen mailako arretako medikuntzan, pertsona bakoitzeko 4,7ko maiztasuna izan da gizonezkoetan, eta 6,1ekoa emakumezkoetan.

Estatuko gainerako erkidegoekin alderatuta, Euskadin asistentzia handiagoa ematen da ospitaleko espezialisten kontsultetan, eta ospitaleko medikuntzako eta erizaintzako profesionalen kopurua eta ospitaleko alden kopurua altuagoa da.

Akutuen ospitale publikoetan batez besteko egonaldia Estatuko eta nazioarteko balioen azpitik dago, oso antzeko okupazio-indizeekin.

Urteko jarduera kirurgikoa 200.000 ebakuntzatik gorakoa da, eta horien erdia, gutxi gorabehera, programatutako kirurgia arruntak dira.

Pandemiaren ostean, ospitaleetako larrialdien kopuruak gora egin du, eta urtean milioi bat baino gehiago artatu dituzte. Biztanleriaren arabera zuzendutako tasa Estatukoa baino txikiagoa da.

4.e.Egungo giza baliabideak eta langileen gogobetetzea

Euskal osasun-sisteman zuzenean parte hartzen duten pertsonak Osakidetzako langileen, sektore pribatuko enpresei atxikitakoen eta Osasun Saileko pertsonal funtzionario eta laboralaren artean banatzen dira. Toki- eta foru-erakundeeetan, baita Eusko Jaurlaritzako beste sail batzuetan eta I+G+b egituretan, badira prebentzio-alderdiei eta osasuna sustatzeari lotutako egiturak ere, gizarte- eta osasun-egituratik independenteak.

Osakidetzan zentratuta, egiturazko plantilla (32.536 pertsona 2024an; %76 emakumeak) eta plantilla funtzionalarekin osatzen da. Behin-behinekotasun tasa % 40 ingurukoa da, helburuko % 8ko zifratik oso urrun.

Hainbat datu-iturri erabiliz egindako kalkuluen arabera, 2022-2024 aldian 0,95-0,98 mediku eta 0,85-1,33 erizain zeuden 1.000 biztanleko lehen mailako arretan. Aldi horretan, ospitale-esparruan lan egiten duten medikuak 2,30-2,36 dira 1.000 biztanleko, eta Erizaintzan —zenbatespenak egiteko zailtasun gehiago daude— 3,9-4,5 inguru 1.000 biztanleko. Erizaintza/Medikuntzako profesionalen ratioak EBn baino baxuagoak dira. Erizaintzako espezialitateetako lanpostuen kopurua funtzionala da, txikia oraindik, orotariko erizainen guztizkoarekiko.

Farmaziako graduatuak, ospitaleko farmaziako espezialitatearekin edo espezialitaterik gabe, eta laguntzaile gisa tituludunak lehen mailako arretako plantilletan sartuta daude, eta gehienak arreta espezializatuan.

Osasun-sisteman dauden gainerako kategoriak (garbiketako langileak, sukaldea, askotariko zerbitzuak, mantentze-lanak) ez dira beharren azterketa prospektiboe-tan jaso. COVID-19 pandemiak kolektibo profesional horiek eta haien beharrak ikusarazten lagundu du.

Medikuen erdiak, gutxi gorabehera, badu euskara-eskakizunen bat egiaztatuta. Banaketa aldakorra da ESIen arabera, eta hizkuntzaren ezagutza-mapa errepro- duzitzen du.

Sistema publikoko mediku profesionalen artean, lehen mailako arretako 87 pert- sonak eta Ospitaleko Arretako 448k jarduera pribatua ere badute aldi berean. Gai- nera, 23 eta 509 pertsona, hurrenez hurren, unibertsitateko irakasle elkartu gisa aritzen dira. Adierazle horiez kanpo 41 pertsona gehitu behar dira osasun-sistema publikoaren eta Euskal Herriko Unibertsitatearen (EHU) arteko plazetan.

151 profesional espezialista daude Osakidetzan psikologia klinikoan eta beste 36 trebatzen ari dira. Ratioak EBko zifren azpitik daude. Fisioterapian 430 profesio- nal daude. Osakidetzak Gizarte Laneko 107 profesional, 65 dentista eta Biologiako 50 tituludun ere baditu.

Beste osasun-profesional batzuen zifrek, osasun-sistema publikoaren eskaintzak eta premiek azterketa zorrotzagoak behar dituzte, hemen ez garatuak, sektore pri- batuak estaldura handia garatu duelako.

Ez da garatu osasun-sistema publikoko beste lanbide-kategoria batzuen balora- ziorik, ez baitago horien eskaintzari eta eskaerari buruzko azterlanik garatuta. Egungo plantillari buruzko datuak ondo estratifikatuta daude talde profesionale- tan (erizaintzako teknikari laguntzaileak, administrariak, teknikari espezialista laguntzaileak, administrari laguntzaileak, operarioak, etab.), baina diagnostiko sakona egiteko, azkar eskuratu ezin diren prestakuntzari eta titulazioei buruzko adierazleak dira beharrezko.

4.f. Osasun-langileen prestakuntza eta belaunaldi arteko erreleboa

EAEko unibertsitate-erakundeek Medikuntzako 458 ikasle (EHUn 368tik 168 eus- karaz, eta 90 Deustuko Unibertsitatean), Erizaintzako 375 ikasle, Fisioterapiako 240 ikasle, Odontologiako 40 ikasle, Farmaziako 124 ikasle eta Psikologiako 217 ikasle gehitu dituzte 2024an, beste titulazio batzuez gain (Biologia, Biokimika, Bioteknologia, Giza Nutrizioa eta Dietetika, Logopedia, Gizarte Lana, Ingeniaritza Biomedikoa, etab.).

EAEEn, Medikuntzan (BAME) eta Erizaintzan (BAEE) espezializatutako pres- takuntza-plazen eskaintzak gora egin du azken urteetan, 566 eta 114ra —hurrenez

hurren— iritsiz azken deialdian. Halaber, Psikologian 14 plaza gehitzen dira, beste 10 plaza Ospitaleko Farmazian eta 2 plaza biologiako prestakuntzarako. Azken deialdian familia eta komunitateko medikuntzako 115 BAME plaza eskaini dira.

Beharrak eta eskaintza balioesten dituzten prospekzio-azterketek aldi kritikoa adierazten dute espezialitate mediko batzuetarako, batez ere Familia eta Komunitateko Medikuntzarako, 2027-2028ra arte, 2035ean oreka lortu arte pixkanaka berreskuratuz. 2021-2022az geroztik espezialisten prestakuntza-eskaintza handitu izanak (2016an BAME eskaintza 270 plazakoa zen EAEn) aukera ematen du neurri hori gabe ezkorragoa izan zitekeen egoera hori ikusteko. Erizaintzarako eta bere espezialitateetarako azterlan baliokide bat garapen-fasean dago.

Erakunde akademikoek Graduak eta Masterreko titulazio berriak garatzen dituzte, osasunaren arloko eta osasun-sistemaren behar berriei begira. Espezializazio-arlo hauek deskribatzen dira: zahartzea, nutrizioa, bioinformatika sanitarioa, saiakuntza klinikoak, aholkularitza genetikoa, arreta goiztiarra, etika asistentziala eta ikerketakoa, etab.).

Euskal osasun-sistema ESlen bidez antolatzeak osasun-arretaren unibertsalizazioa eta ekitatea erraztu ditu, baita antolamendu-arloan hobekuntzak egitea ere. Hala ere, sistema batez ere errektiboa sortu da noizbehinkako gaixotasunen, fisiko eta mentalen, aurreran, bereziki arreta akutuko oinarritua eta ospitaleetan zentratua. Modu integralean eskainitako prebentzio-, sustapen- eta komunitate-arreta ez da behar bezala txertatu ESlen jardueran, eta ekitate-bermea ahuldu egin da. Profesionalen arteko komunikazioa ez da behar bezala egokitu ESiko gerentzien azpitik. Oraindik ere beharrezkoa da OSI eredia sakonki aztertzea eta beste aukera batzuekin alderatzea. EAGk lehen mailako arretaren jarraipen naturala eta ospitaleko larrialdien kolapsoaren aurreko hesia dira; beraz, eraberritze-prozesuaren barruan arretaz hausnartzea merezi dute.

Irisgarritasuna, luzetarakotasuna eta integrazioa eta lankidetzaren lehen mailako arretaren baliokide eta ekarpen gisa, kolokan jarri dira, profesionalen eskuragarritasunarengatik, burokratizazioarengatik, zereginen banaketa desegokiarengatik eta abararengatik. Lehen mailako arretaren ospeak eta erakargarritasunak behera egin du osasuneko profesionalen artean, eta krisia areagotu egin da. Neurri zuzentzaileekin batera, langileen zuzkidurari eta banaketari dagokionez, lehen mailako arretarako prestatzen ari diren pertsonen kopurua handituz, profesionalen zein erabiltzaileen laguntza-ingurune horrekiko erakargarritasuna eta atxikimendua berreskuratu behar dira, talde-lanaren, lankidetzaren praktikaren, diziplina anitzen arteko lankidetzaren, koordinazioaren eta asistentzia-maila desberdinen integrazioaren aldeko apustua eginez. Behin-behinekotasun handiak ez du ahalbidetzen osasun-sistemako profesionalak eta langileak leial bihurtzea. Behin-behinekotasuna ahalik eta gehien murriztuko da mota guztietako kategorietan. Bestalde, osasun-langileen balioak, lan-eskaerak eta beharrianak eta gizarte- eta familia-konpromisoak aldatuz joan dira urteekin. Aldaketa horiek kontuan hartu beharko dira lanbide-erakargarritasun txikiagoa duten lanpostuak betetzeko.

Osasun-sistema publikoan erantzukizuneko lanpostuak betetzeak eta eremu pribatuan aldi berean lanbide-jarduera egiteak interes-gatazka ekar lezake, eta horrek azterketa sakona behar du.

Orain arte, plan eta estrategietan jasotzen diren helburuak eta konpromisoak ezartzeko eta garatzeko zailtasunak daudela egiaztatu da. Herritarren eta profesionalen ikuspegia eta iritzia planetan eta estrategietan txertatzeko bide eraginkorrak bilatu behar dira.

Lehen mailako arretak maila honetan normalean egon ez diren arloak izan beharko ditu (Psikologia, Optika – Optometria, adibide gisa), asistentzia-funtzioekin, baina baita osasun-hezkuntzara zuzenduak ere.

EAEko gaixotasun psikiatrikoen eta, oro har, osasun mentalaren arreta-ereduak antolamendu-aldaketak eskatzen ditu, koordinazioan hobekuntzak eta profesional soziosanitario gehiago sartzea.

Osasun-laguntza nagusiki emakumeen jarduera da, eta horrek aldagai hori planifikazio-esparru guztietan kontuan hartzea eskatzen du.

Datozen urteetan profesionalen defizita izango dugu espezialitate mediko kritikoetan, hala nola Familiako eta Komunitateko Medikuntza eta Erizaintza. Duela gutxira arte zegoen erantzunaren berehalakotasunak tentsioa eragin du asistentzia-maila guztietan, eta, beraz, hainbat antolaketa-dispositibo eta teknologia aktibatu behar dira, ospitaleko larrialdiek gainezka egin ez dezaten. Horretarako, herritarren erantzunkidetasuna ezinbestekoa da; eta horrek informazioa, komunikazioa eta gardentasun publikoa eskatzen ditu, baina baita nola-baiteko kohesio politikoa ere, osasun-sistema publikoaren krisiari dagokionez.

Funtsezkoa izango da kontratazio-politikak garai berrietara egokitzea, sistema publikoa osasun-profesionalentzat erakargarri bihurtzeko. Erabateko aldaketa ezarri beharko da Enplegu Publikoaren Eskaintzaren eredian, eta estaldura-zailtasun handienak dituzten eremuak nabarmendu beharko dira, lan-baldintza erakargarriak sortuz. Premiazkoa da txantiloia bakarra, ordenatua eta gardena definitzea. Kontratazio-politikak luzetarako izaera bermatu behar du, asistentzia hobetzen laguntzen duen faktore gisa.

Erizaintzako espezialitateak bultzatu eta garatu behar dira, sisteman egiturazko posizioak emanaz. Asistentzia psikiatrikoaren bikoiztasunaren kasua, egiteke dauden antolaketa-beharren adibide da.

EAEko asistentzia-sistemak medikuntzaz eta erizaintzaz bestelako osasun-profesionalak badiu ere, profil horiek gero eta beharrezkoagoak izango dira, eta gero eta espezializazio handiagoa izango dute (Fisioterapia, Odontologia, Psikologia, Optika eta Optometria, Biologia, erdi-mailako eta goi-mailako Osasun-teknikak, Dietetika eta Nutrizioa, Albaitaritza, etab.). Gainera, laguntza-zereginei (informatika, bioingeniaritza, datuen analisia eta prozesatzea, etab.) eusteko behar diren teknikariak ugaritu egingo dira, eta horrek egiturazko baldintza eta funtzio berriak ikusaraztera behartzen du, gaur egun batzuetan administrazioko langileek egiten dituztenak. Funtzioak berrantolatzea beharrezkoa da, eta gaur egun lanbide-kategoria

bakoitzak aitortzen dituen gaitasunek gidatu behar dute, zaharkituta geratu den eredu bat berrituz.

Ikastetxeek osasun-sistema publikoarekin kontu handiz koordinatu beharko dute beren titulazio-eskaintza, eskari egokia eskaintzeko (hizkuntzalaritza barne) eta etorkizuneko beharretara egokitzeko. Esparru horretan, belaunaldien arteko erreleboak erabiltzaileen hizkuntza-eskubideak bermatu behar ditu, hobetzeko tarte handia baitago oraindik.

Belaunaldi berrientzako irteera profesionalak oso desberdinak dira eta asistentziako espezialitate sanitarioetatik haratago doaz. BAME, BAFE, BAEE, BAPE eta BABE programen bidez espezialisten prestakuntza-eskaintza urtero egokitu beharko da, prestakuntza-potentzial egiaztatua eta premia hurbilenak kontuan hartuta ez ezik, espezialitate jakin batzuetan prestatutako pertsonen kopuruan etorkizuneko goranzko desorekak saihestuta ere. Egoiliarren tutorearen figura zaindu eta sustatu beharko da, baita osasun-sistemaren barruan garatutako graduako eta graduondoko irakaskuntza-jarduerak ere. Irakaskuntzarekin lotutako figuretan funtzioak eta erantzukizuna argitzea eskatzen da. Osasun-azpiegiturak mantentzeko eta berritzeko, denboran zehar mantendutako programa bat behar da, aurrekontu-gorabehera handirik gabekoa, zuzkidura nahikoarekin eta haren finantzaketak ez dio eragin behar ohiko jarduera asistentzial eta sanitarioaren garapenari.

5. Testuinguru soziala eta teknologikoa



5. Testuinguru soziala eta teknologikoa

5.a. Herritarren ahalduntzea

XXI. mendeko herritarrak informazioa eskuratzeko aukera handiak dituzten pertsonak dira; EAEn duten hezkuntza-mailari esker, modu aktiboan lor, uler eta azter dezakete osasunari lotutako informazioa. Hala ere, desinformazio- eta manipulazio-arriskua ere areagotu egiten da.

Euskal herritarrak protagonismoa hartzen ari dira osasun-arloko erabakietan eta osasunaren ingurukoetan oro har. Arreta-ereduak joera horretara egokitu behar dira. Komunikazioak eta gardentasunak herritarren eskakizunei erantzun behar diete, baina horrek zaintza-lanen kudeaketan eta eskura dauden baliabideen erabileran erantzunkidetasuna ere badakar. Bere konplexutasuna dela eta, nolabaiteko erresistentzia dago herritarren parte-hartze aktiboa osasun-arloko erabaki-eremuetan sartzeko.

Pazienteen eta senideen erakundeek erakutsi dute gai direla baliabideak mobilizatzeko eta argi eta garbi bidegabeak diren egoerak zuzentzeko. Eragile horiek ez dira presio-talde soilak; osasun-sistemen eta sistema soziosanitarioen bideragarritasuna frogatu dute, eta, batzuetan, baita haien arteko ezinbesteko interakzioa ere; arreta akutuan oinarritutako eredu batean eskura ez dauden baliabideak eman dituzte; paziente kronikoen ikusgaitasuna sortu dute, eta beren intereseko gaietan I+G+b garatu dute. Nabarmentzekoa da osasun-arretan arazoak ikusarazten lagundu duten paziente-elkarteen eta plataformen zeregina.

Gero eta gehiago adierazten den eskaeretako bat da teknifikazioarekin lotutako osasun-arretaren deshumanizazioa saihestea. Pandemiaren ondoren presentzialtasuna berreskuratzeko nahia eskari horien adibide da. Herritarrek osasunarekin lotutako behar biologiko, psikologiko eta sozial guztiak entzun, ulertu, artatu eta haiekin enpatia izango duten profesionalak behar dituzte. Norberaren hizkuntzan mintzatzeko eskubideari erantzutea da asistentzia humanizatzeko beste modu bat.

5.b. Globalizazioa

Gaixotasunak herritarren abiadura berean mugitzen dira. Pandemia bat planetako edozein tokitara heda daiteke denbora gutxian. Jatorri tropikaleko gaixotasunak

eta aurretik existitzen ez ziren bektoreek transmititutako beste batzuk detektatzen dira (Niloko birusa, tigre eltxoa, adibidez). Migrazio-fluxuek oso ezagunak ez diren baina beste latitude batzuetan prebalenteak diren patologiak dakartzate (Chagas-en gaixotasuna, adibidez).

Material sanitarioak, teknologia, sendagaiak eta abar lortzea deslokalizazio handiko prozesua da, eta, beraz, EAEren eguneroko bilakaeratik urrun dauden gatzken, hondamendien eta erabakien aurrean oso kalteberak diren osasun-sistemara itzultzen da.

Mikroorganismoek bakterioen aurkako sendagaiekiko dituzten erresistentziak, gizakietan eta animalietan antibiotikoen erabilera desegokiaren ondorioz, uraren farmakutsadurarekin batera, lehen mailako osasun-erronkak dira.

5.c. Klima-aldaketa

Jakina da klima-aldaketak fenomeno meteorologiko katastrofikoak eta elikagaiak eta ura eskuratzeko zailtasunak dakartzala, baina baita gaixotasun infekzioso eta zoonosi berrien agerraldiak ere; halaber, bero-boladen eta hotz-boladen ondoriozko morbiditate- eta hilkortasun-tasa sekundarioa handitzea ere eragiten du. Espainiako Osasun Ministerioak gehiegizko tenperaturak eragindako 3.000 heriotza baino gehiago identifikatu ditu 2023ko udan. Klima-aldaketak eragin handiagoa du adinagatik, gaixotasunagatik edo gizarte-egoeragatik ahulenak diren pertsonengan.

Bestalde, osasun-sektorea da berotegi-efektuko gasen ehuneko handi baten erantzulea.

5.d. Digitalizazioa

Termino horren barruan hainbat alderdi hartzen dira, hala nola informazioa biltegitratzea, diagnostikorako eta tratamendurako gailuak eta robotizazioa sortzea, telemedikuntza, adimen artifiziala, urrutitik eta sarean jarduteko aukera, eta zi-bersegurtasuneko alderdiak.

EAE Osasun Digitalaren Estatuko Estrategian sartu zen 21 proiektarekin eta 30,9 milioi euroko aurrekontu-esleipenarekin, Suspertze, Eraldatze eta Erresilientzia Planari lotuta.

Ezarpen digitalaren eremu horretan, osasun-sistemako eragileen pertzepzioak atzerapen erlatibo bat du Estatuko beste autonomia-erkidego batzuetako garapenarekin alderatuta.

EAEko osasun-sistema Osasuneko Datuen Europako Esparruaren —lantzen ari dena— beharretara eta gomendioetara egokitzea, RIS3 Euskadi 2030 Programaren jardueren parte izan da.

5.e. Ikerketa eta berrikuntza

EAEko osasun-ikerketaren ekosistema BIOEF Fundazioaren bitartez koordinatutako hiru institutu biosanitario eta biosistematan egituratuta dago, eta EHUK bere organo kudeatzaileetan parte hartzen du. Osasun Sailari lotutako osasun-ikerketa Zientzia eta Teknologiaren Euskal Sareko hainbat eragilerekin koordinatzen da, hala nola unibertsitateekin, BERCekin, BRTA aliantzarekin eta beste eragile pribatuekin.

Osasun-ikerketak ikerketa-proiektu ugari garatzen ditu, bere aurrekontuaren % 50 inguru kanpoko lehia-funtsetatik lortzen du, eta Estatuko eta nazioarteko kolaborazio-sare zabala du inguruan. Halaber, ia 3.000 ikertzaile hartzen ditu zuzenean eraginpean, eta % 67 emakumeak dira. Produkzio zientifikoa eta patenteena egokia da ereduaren tamaina eta bilakaera-urteak kontuan hartuta. EAEn I+G+B arloan egiten den inbertsioaren % 10,4 osasunera bideratzen da. I+G+B arloan egiten den inbertsioaren barruan osasun publikora bideratzen den zatia txikia da, horrelako jardueri lotutako inbertsio orokor handia kontuan hartuta.

Ez dago ezarrita osasun-sisteman talentu ikertzailea atxikitzeko estrategiarik.

Ez dago garapen profesional zehatzik.

EAEk oso parte-hartze urria du farmazia-industriak sustatuko saiakuntza klinikoetan. EAEko biztanleria Estatukoaren % 4,7 da, baina EAEko Medikamentuen gaineko Ikerkuntza Batzorde Etikoek Estatuan sustatutako saiakuntzen % 0,8tan parte hartu dute, eta euskal pazienteak saiakuntza horiek egin dituzten guztien % 2,5 izan dira. 2022. urtearen amaierara arte, joera beheranzkoa izan da, batez ere Onkologian eta Immunologian, baina lehen mailako arretari lotutako saiakuntza klinikoetan ere bai.

Etorkizun hurbilean, herritarren ahalduntzeak gidatu beharko ditu osasun-arloko jarduketak. Arretaren humanizazioa ezin da alde batera utzi teknifikazio handiak oinarritzko osasun- eta zaintza-balioak arriskuan jar ditzakeen garai honetan, arrakala digitala sortuz. Sistemak esku-hartzeen ikuspegia kontuan hartu behar du, giza eskubideak errespetatzeko. Arreta humanizatu batek arreta bikaina, proaktiboa eta etikoa eskatzen du, pertsonarengan zentratua eta hainbat baliotan oinarritua: errespetua, enpatia, komunikazio eraginkorra, tratu pertsonalizatua, pertsonen eta inguruneen beharretara egokitua. Humanizazioak egonaldi fisikoak hobetzearekin eta pertsonak gaixotasunaren arabera ez estigmatizatzearekin ere badu zerikusia.

Pazienteen eta senideen erakundeek sare sanitarioaren eta soziosanitarioaren egituraren zati izan behar dute, haiek baitira artatuko diren pertsonen prozesuak holistikoki lantzeko zeregina hobekien ezagutzen dutenak. Pazienteen erakundeak dira beharren beste adierazpen antolatu bat. Erakunde horiek osasun-arloko erabaki estrategikoetan eta jarduketa bakoitzaren kudeaketan parte hartzeko garaia da. Gizarte-arretako beste profesional batzuk ere sare berriaren parte izango dira. Osasun-adierazleek osasun- eta jasangarritasun-arloko emaitzak islatu behar dituzte. Ezin dira jarduera-neurketetan soilik oinarrituta egon. Osasun-arloko informazioaren digitalizazioan eta osasun-arloko datuen bigarren mailako erabileran sakondu beharra dago, osasunari eta gaixotasunari buruz gehiago jakiteko. Horretarako, diagnostikoak hobetu, doitasun-medikuntzan sakondu eta prozesu eraginkorrakoak, seguruagoak eta efizienteagoak ezarri behar dira.

Herritarrak postulatu berriei atxikitzeko aukera euskal osasun-sistema publikoaren balio gisa sustatu behar da.

Globalizazioa eta klima-aldaketa direla eta, osasuna “One Health” izenekoaren postulatu jarraikiz garatu behar da, eta, beraz, pertsonen, animalien eta ekosistemen osasuna modu bateratuan hartu behar dira kontuan jarduketa guztietan.

Euskal osasun-arloaren eta arlo horretako erakundeen eraldaketa digitala bizkorraro egin behar da, eta, horretarako, erronka teknologikoak eta, batez ere, pertsonen eta ezarritako egiturek aldaketaren aurrean agertzen dituzten erresistentziak gainditu behar dira. Garapen digital handiagoa lagungarria izango da informazioa, emaitzak, jarduketa soziosanitarioak eta herritarrek osasunari dagokionez agertu behar duten erantzunkidetasun eta ahalduentzarako jarduketak hobetzeko. Bestalde, garapen-aukera ona da EAEko industria-sarearentzat, sektore horrek nazioarteko eta balio ekonomiko erantsi handiko lidergoak lortu baititu.

Dauden programez gain, beste programa zehatz batzuk ezarri beharko lirateke, digitalizazioa laguntza-sistemaren inguruan goragoko maila batera eramateko eta zabaltzeko. Osasun Sailak horren inguruko lehentasunak zehaztu beharko lituzke.

EAEko osasun-arloko ikerketa eta berrikuntza gazte samarra da, eta erakunde propioen eta ingurunearekiko kolaborazioen inguruan egituratu da. Jarduera-maila egoikia da gaixotasun-mekanismoen inguruko ikerketaren alderdietan. Osasun publikoko ikerketa sendotu egin behar da.

Saiakuntza klinikoak informazio terapeutikoa eskuratzeko, baliabideak detektatzeko eta talentua erakartzeko iturriak dira. EAEn, saiakuntza klinikoei lotutako jarduera urria da, eta ez dator bat bertako garapen sozial, ekonomiko eta teknologikoarekin. Arrazoiak arretaz aztertu eta mekanismo zuzentzaileak ezarri behar dira.



6. Baliabide ekonomikoak

6.a. Osasun-gastua eta konparaziozkoak

2021. urtean, EAEko osasun-gastu arrunta 7.994 milioi eurora iritsi zen. Zenbateko hori biztanleko 3.650 euro da, eta urteko BPGd-aren % 10,2. BPGd-aren zifra hori Alemaniakoa, Frantziakoa, Erresuma Batukoa, Kanadakoa, Suediakoa eta Portugalakoa baino txikiagoa da.

EAEko biztanleko osasun-gastu publiko bateratuak gora egin du pixkanaka, eta 2.073 eurora iritsi zen 2021ean. Estatuko aldi bereko batez besteko zifra, berriz, 1.716 eurokoa izan zen. BPG propioari dagokionez, 2021eko gastu bateratua % 6,3koa izan zen EAEn, eta % 6,7koa Estatuan.

Osasun-gastuaren % 72 ingururen iturria publikoa da, eta % 28rena, berriz, pribatua (laguntza, sendagaien erosketa eta abar barnean hartuta).

2013ko EAEko osasun-inkestak % 9ko aseguramendu indibidual pribatua adierazten zuen; balio hori % 19koa da 2023ko inkestan.

6.b. Partida handiak eta konparaziozkoak

EAEn langileei ordaintzera bideratutako gastu publikoaren ehunekoa % 51,6ra iritsi zen 2016an, eta % 53,7ra 2021ean. Urte horietan, farmazia-gastuaren ehunekoa % 14ra eta % 11,7ra iritsi zen hurrenez hurren, eta behera egin du pixkanaka urtez urte. Aztertutako aldian, EAE azken erkidegoa edo azkenekoetako bat izan da urtero, farmaziara bideratutako gastu publikoaren ehunekoari dagokionez.

2023an, Osasun-laguntzako itunetara bideratutako osasun-gastu publikoa % 6,1era iritsi da EAEn, eta % 8,8ra Estatuan. 2003. urtean, ehunekoak % 6,4 eta % 10,1 izan ziren, hurrenez hurren. EAEko 2024ko aurrekontuetan deskribatzen da itun sanitarioa (228,8 milioi eurotik 249,7 milioi eurora; % 9,1) eta soziosanitarioa (4,40 milioi eurotik 6,49 milioi eurora; % 47) handitu egin direla, aurreko aldiarekin alderatuta.

EAEn, itunen zenbatekorik handiena Gipuzkoakoa izan da (143,5 milioi euro 2023an). Bizkaian, 100,1 milioi euro izan dira 2023an, eta Araban, berriz, 25,7 milioi euro. 2023. urtean, itunei lotutako gastuak 2003ko oinarritzkoak baino 1,8 handiagoak izan dira Gipuzkoan, 1,9 aldiz handiagoak Bizkaian eta 2,5 aldiz handiagoak Araban. 2016. urtean, autokontzertazioaren bolumena 12,02 milioi eurora iritsi zen. 2023an, berriz, 38,73 milioi eurora iritsi da.

Gaur egun, lan-mutualitateei rol berriak esleitzea eztabaidatzen ari dira, eta horrek eragina izan lezakeen sektoreen artean aztertzeko arrazoi izan behar du.

6.c. Helburu hirukoitza

Osasun-sistema publikoen erronketako bat epe luzeko finantza-jasangarritasunari eustea da, zerbitzuen zuzkidura murriztu gabe. Egokitzeko esparrua zehaztu da, eta jarduketak hiru helburutan ardaztu dira:

- a) Pazienteen esperientzia hobetzea, kalitatea eta gogobetetasuna barnean hartuta;
- b) Herritarren osasuna hobetzea;
- c) Balio-orekarik onena lortzea per capita osasun-kostua murriztuz, beraz, osasun-adierazleetan eraginik izan gabe.

Nazioartean, arazo hori bera duten osasun-sistemak desberdinak badira ere, oso antzeko erronkak dituzte:

- Dituzten antolamendu-sistemak ez dira guztiz egokiak;
- Ez dituzte osasun-balioko adierazleak erabiltzen, jarduera-bolumenekoak baizik;
- Gastuaren % 50era bitarte herritarren % 5era bideratzen dute;
- Aurre egin beharreko erronka handiak dituzte oraindik prebentzioan, kalitatean eta pazientearen segurtasunean;
- Zainketa kronikoak era zatikatuan eskaintzen dira;
- Ospitaleratzeen eta berrospitaleratzeen kostuak murriztu litzakete.

Gainera, orientazio estrategiko bera dute:

- 1.- Lehen mailako arreta lehenestea
- 2.- Egonkortasun profesionala duten egiturazko plantilla egokiak definitzea. Prestakuntza eta funtsezko espezialitateak erakartzea.
- 3.- Antolamendu-erreformak barne-antolamenduan, burokratizazioa murriztuz eta profesionalen eta pazienteen parte-hartze eta konpromiso handiagoa bultzatuz.
- 4.- Medikuntza digitalaren garapena.
- 5.- Jarduera guztien gardentasuna eta kontrol publikoa bultzatzea.
- 6.- Ohitura osasungarriak sustatzea eta morbiditatea prebenitzea.

Sarbide unibertsalaren printzipioak berekin dakar arlo publikotik herritar guztiek zerbitzu sanitario eta sozio-sanitarioak jaso ahal izateko baldintzak garatzea.

EAEko osasun-arlora bideratutako aurrekontu publikoa hobetu egin daiteke, aberastasun- eta ongizate-parametroen arabera. Aurrekontu publikoak,

lehentasunez, arlo publikotik hornitu behar ditu zerbitzuak. Farmaziako aurrekontua eta, bereziki, ospitaleetako sendagaien erabilera azken postuetan daude autonomia-erkidegoen artean.

EAEEn, ituntzearen zifrak Estatu osokoak baino txikiagoak dira. Hala ere, datuen dispersioa handia da adierazle horretan. Sei autonomia-erkidegok dituzte EAEkoak baino ituntze-ehuneko handiagoak. Ituntzeari dagokionez, aldeak ikus daitezke lurralde historikoen artean, eta baliteke alde horiek eremu geografiko batzuetan osasun-zerbitzu publikoen eskaintzan gabeziak daudela adieraztea. Azken urteetan ituntzeak gora egin duela ikusten da. Era berean, 2013-2023 hamarkadan aseguramendu indibidual pribatua % 50 inguru handitu da.

Laguntza-eskariaren igoerak ez du zertan ekarri osasun-arloari esleitutako aurrekontuaren igoera handi eta onartezinik epe luzera. Finantzaketa-ereduek bat etorri behar dute gizarte-premiekin, eta osasun-emaizak saritzeko egitura bat behar da, jardueran soilik oinarritu beharrean. Beste antolamendu-eredu batzuk eta medikuntza digitalaren atal guztien ezarpen handia lagungarriak izan daitezke sistemaren jasangarritasunerako, betiere baliora eta humanizaziora bideratutako arreta mehatxupean jarri gabe. Horretarako, beharrezkoa da profesionalak eta, oro har, osasun-arloko langileak beren lan-baldintzekin eta aldaketen inplementazioan aktiboki parte hartzearekin eroso sentitzea. Bestalde, funtsezkoa da erabiltzaileak neurri handiagoan inplikatzeko norberaren osasunaren kudeaketan, eta beren eginkizunez arduratuko den eta osasun arloko planteamendu berri horiekin lerrokatutako Administrazio publikoa izatea.



7. Herritarren esperientzia

7.a. Herritarren kezka

Euskal herritarrei beren kezka sozialei buruzko elkarrizketa egiten zaienean, lortutako informazioa argia da. 2024ko otsaileko Euskal Soziometroaren arabera, EAEko arazo nagusien artean, biztanleriak gehien aipatzen duen bigarren arazoa da osasuna, hala adierazi du herritarren % 35ek. Lehenengo arazoa lan-merkatuari lotutakoa da (herritarren % 48k aipatzen du), eta hirugarrena etxebizitza (% 27k).

CISen 2023 Osasun Barometroaren arabera, euskal biztanleen % 61ek uste du EAEko osasun-sistema publikoak “ondo edo nahiko ondo funtzionatzen duela, aldaketa batzuk behar dituen arren”. Balorazio-ehuneko hori Estatuan baino zertxobait hobea da, Espainiako biztanleria osoaren % 57 hala baloratu du.

Bestalde, 2023ko Osasun Inkestan, emakumeen % 19,4k eta gizonen % 19,7k adierazi dute asistentzia publikoaren osagarriak diren aseguru mediko pribatuak dituztela. Zifra horiek portzentajezko 4,3 eta 3,8 puntuko igoera adierazten dute, 2018an jasotakoarekin alderatuta. Lurraldeka, Bizkaian inkestatuen % 23k aseguru mediko pribatua du. Adinaren arabera, aseguramendu pribatuaren tasa handienak lan-jardueraren aldiarekin bat datoz.

7.b. Hautemandako kalitatea

Euskal herritarrei osasun-sistemetatik gogobetetasunari eta osasun-arretari lotutako beharrei buruzko elkarrizketa egiten zaienean, 2023ko Osasun Inkestak bestelako informazio mota ematen du. Emakumeen % 78,7 eta gizonen % 82,5 pozik edo oso pozik sentitzen dira osasun-sistemetarekin. Bestalde, emakumeen % 83,3k eta gizonen % 86,6k uste dute osasun-sistemak ongi erantzuten diela dituzten osasun-arretako beharrei.

Osasun-sistemetarekin pozik dauden emakumeen zein gizonen prebalentzia portzentajezko 11,8 eta 10,4 puntutan murriztu da 2018. urtearekin alderatuta.

Beharren estaldurari lotutako puntuazioak ere jaitsi egin dira emakumeen zein gizonen kasuan (portzentajezko 10,0 eta 8,1 puntu, hurrenez hurren).

Osasun Ministerioak emandako datuen arabera, antzeko gogobetetzea dago lehen mailako arretaren eta arreta espezializatuaren artean.

Ezin da zalantzan jarri euskal herritarrek osasun-sistemaren egoerarekin duten kezka. Osasun-sistema publikorako sarbidea, itxaron-zerrendak, dira erabiltzailearentzako

adierazle nagusiak, baita haren kezka-iturria ere. Seguruenik, osasun-sistemarekin kontaktuan egon ondoren, jasotako arretarekiko gogobetetasuna aldez aurreko pertzepzioan agertutakoa baino handiagoa da. Nolanahi ere, arretarekiko eta beharren estaldurarekiko gogobetetasun-mailak behera egin du, aurrekoekin aldatuz gero. Baliteke sistemarekin kontaktuan egon ondoren puntuazioak handiak izateak agerian jartzea alderdi batzuk ondo baloratzen direla, hala nola osasun-sistema publikoko profesionalen eta langileen dedikazioa. Giza baliabideak osasun-antolamenduaren funtsezko zutabeak dira. Gehiegizko ahalegin profesionala ez litzateke erabili behar beste mota bateko arazo kritikoen moteltze luzearen faktore gisa. Antolamendu eraginkorra eta lan-baldintza egokiak dira laneko estresaren eta estresaren ondorioen aurrean babesteko faktorerik onena. Osakidetzan, lanerako ezintasun iragankorraren tasa % 11 ingurura iritsi da 2022-2023 aldian, eta alde handiak agertu dira lanbide-kategorien artean. Kezka-alderdi gehigarri bat gorabeheren eta osasun-sistemako langileen aurkako erasoen gorakada progresiboa da. Izan ere, tasa mila profesionaleko 25era iritsi da. Langileen lan-osasunak eta osasun mentalak eta ohiko teknologia digitalen inguruko prestakuntzak lehentasun izan behar dute.

Euskarri-dokumentazioa

1. Eustat. Euskal AEko urtarilaren leko biztanleria zenbatetsia, lurralde historikoaren eta sexuaren arabera. 1976-2023. Honako honetan eskuragarri:
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. Biztanleria-proiekzioak. Eraitzen analisia. 2036. Honako honetan eskuragarri:
https://www.eustat.eus/elementos/ele0020400/proyecciones-de-poblacion-2036/inf0020421_c.pdf
3. Eustat. Bizi-itxaropena jaiotzean, Euskal AEn, heriotza-kausaren, lurraldearen eta eskualdearen arabera, sexuari eta urteari jarraiki. 1976-2022. Honako honetan eskuragarri:
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. Osasun Ministerioa. Osasun-informazioko sistema. Osasun Sistema Nazionalaren funtsezko adierazleak. Honako honetan eskuragarri:
<https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
5. Osasun Ministerioa. Osasun-informazioko sistema. Osasuna EBn. Honako honetan eskuragarri:
<https://sanidad-ue.es/reports#diseases>
6. ELGA. Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Honako honetan eskuragarri:
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en
7. Eustat. Bizi-itxaropeneko eta hilkortasuneko desberdintasun geografikoak eremu txikietan. 2013-2107. Honako honetan eskuragarri:
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. Eszenario demografikoak. 2061. Eraitzen analisia. 2018. Honako honetan eskuragarri:
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. 2023ko Euskal Osasun Inkesta. Datu garrantzitsuak. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Ikasketa eta Ikerketa Zerbitzua. 2023. Honako honetan eskuragarri: <https://www.euskadi.eus/introduccion-escav23/web01-a3osa23/es/>
10. Mateos M, de Diego M, Martín JA, Calvo M, Elorriaga E, Esnaola S. 2018ko Euskal Osasun Inkesta. Datu garrantzitsuak. Vitoria-Gasteiz: Osasun Saila, Ikasketa eta Ikerketa Zerbitzua. 2018. Honako honetan eskuragarri: <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-de-salud-2017-2018/web01-a3osag17/es/>
11. Osasun Ministerioa. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Informes, estudios e investigación. 2024. Honako honetan eskuragarri: 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, Casanovas-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. Osasunaren Gizarte Determinatzaile eta Aldaketa Demografikoari buruzko ikerketa taldea. UPV/EHU. Disponible en: <https://www.ehu.eus/es/web/opik>
15. Osasun Saila eta Eusko Jaurlaritzak. Osasun publikoko zaintzaren emaitzen txostena 2023. Honako honetan eskuragarri: 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. Hies Plana. Memoria 2023. Honako honetan eskuragarri: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_salud_sex_vih/es_def/adjuntos/Memoria-VIH-e-ITS-2023.pdf

17. Diputatuen Kongresuko Zientzia eta Teknologia Bulegoa (C Bulegoa). Informe C: Avances en enfermedades neurodegenerativas. (2023). Honako honetan eskuragarri: www.doi.org/10.57952/z6b7-9227
18. Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendaritza. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan. Mortalidad en la Comunidad Autónoma de Euskadi. 2023. Honako honetan eskuragarri:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_mortalidad/es_def/adjuntos/Informe-Mortalidad-2023.pdf
19. Elikagaien Segurtasun eta Nutriziorako Espainiako Agentzia. Estudio Aladino 2019 - Estudio sobre la Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2019. Kontsumo Ministerioa; 2020. Honako honetan eskuragarri: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Informe_Aladino_2019.pdf
20. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Euskadiko adikzioei buruzko inkesta 2023. Osasun Saila; 2024. Honako honetan eskuragarri:en:
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_euskadi_drogas/es_def/adjuntos/encuesta-adicciones-euskadi-2023.pdf
21. Osasun Saila. Eusko Jaurlaritza. Euskadiko Osasun Mentaleko Estrategia 2023-2028. Honako honetan eskuragarri:
https://bideoak2.euskadi.eus/2023/11/21/news_89832/Estrategia_de_Salud_Mental_es.pdf
- 22 Barber Pérez, P. eta González López-Valcárcel, B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Osasun Ministerioa, 2024. Honako honetan eskuragarri:
https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf
23. Osasun Zientzietan espezialisten eskaintza eta eskaera kalkulatzeko azterketa prospektiboa, Euskadi 2021-2031, kolektibo horren plangintzari eta kudeaketari buruzko erabakiak hartzea errazteko. Osasun Saila.
- 24 Osakidetzako Memoriak. Honako honetan eskuragarri:
<https://www.osakidetza.euskadi.eus/publicaciones-memorias/webosk00-procon/es/>

25. Osasun Ministerioa. Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2023. Informe monográfico. Informes, estudios e investigación. 2024. Honako honetan eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf
26. Berrikuntza eta Ikerkuntza Sanitarioko Euskal Fundazioa, BIOEF. Euskadiko osasun-sistemaren I+G+Bko jarduera. 2023ko Memoria. Honako honetan eskuragarri:
27. Berrikuntza eta Ikerkuntza Sanitarioko Euskal Fundazioa, BIOEF. Euskadiko osasun-sistemaren I+G+Bko jarduera. 2023ko Memoria. Honako honetan eskuragarri: <https://www.bioef.eus/wp-content/uploads/2024/09/3211-Memoria-de-actividad-2023-ESP-WEB.pdf>
28. Medikamentu berritzaileen eta farmaindustriaren plataforma. Investigación Clínica en el País Vasco. Datos y análisis del Avance de la 33ª publicación de BDMetrics. 2023. Honako honetan eskuragarri: <https://www.medicamentos-innovadores.org/sites/medicamentosinnovadores/docs/PRODF280273.pdf>
29. Osasun Saila. Euskadiko 2030eko Osasun Planaren Aginte Koadroa. Honako honetan eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2030/es_def/adjuntos/cuadro-mando-plan-salud-2030.pdf
30. Osasun Ministerioa. Estadística de Gasto sanitario público 2022: Principales resultados. 2024. Honako honetan eskuragarri: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
31. Eusko Jaurlaritza. Prospekzio soziologikoen kabinetea. 82. Euskal Soziometroa. 2024ko otsaila. Hemen eskuragarri: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/sociometro_vasco_83/es_def/adjuntos/24sv83.pdf