

Pacto Vasco de Salud

Líneas Estratégicas

JUNIO 2025

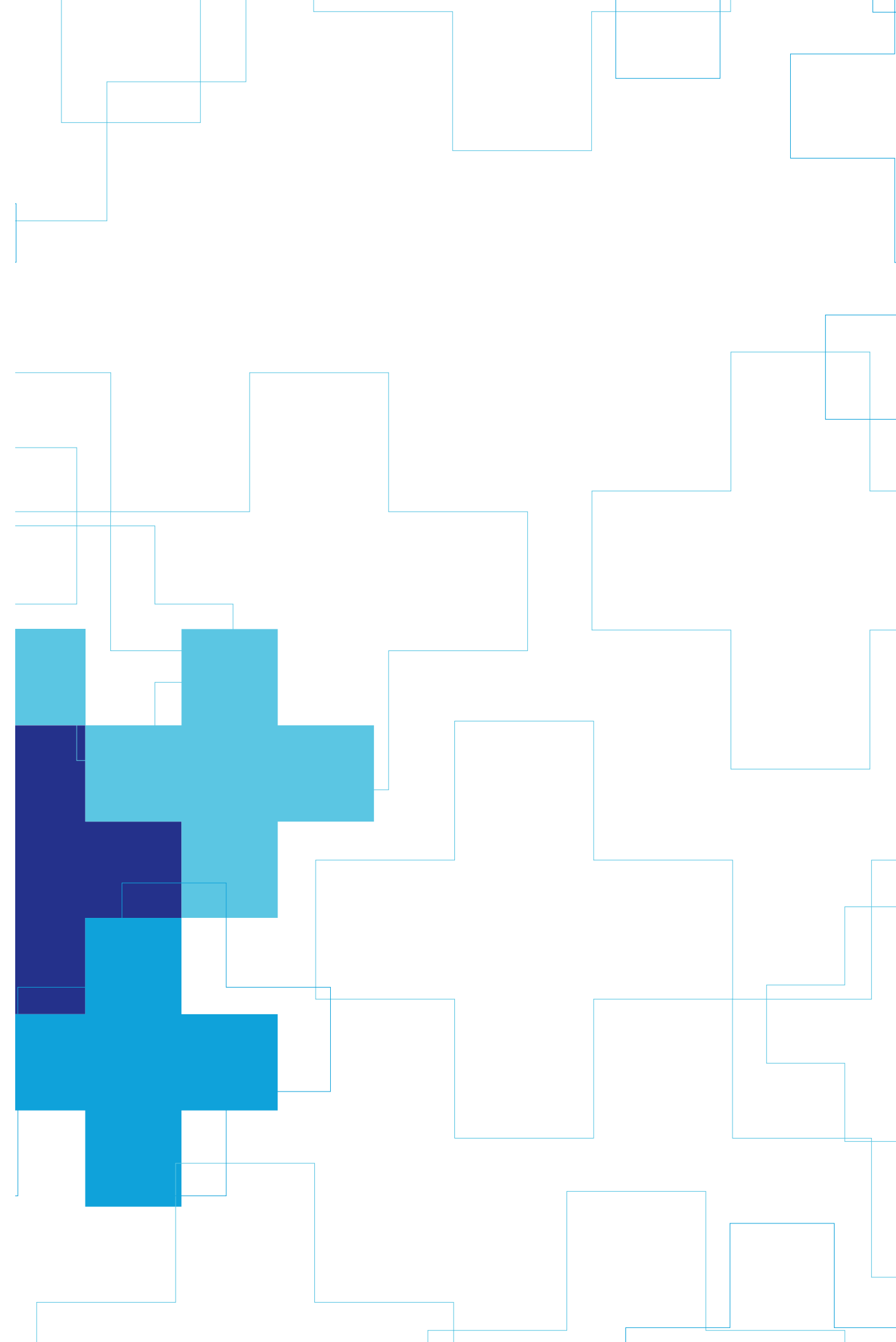
EUSKO JAURLARITZA

OSASUN SAILA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SALUD



AGENTE

COLEGIO OFICIAL DE TRABAJADORES SOCIALES

ESCLEROSIS MULTIPLE DE EUSKADI

PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES

COMISIONES OBRERAS DE EUSKADI

COLEGIO OFICIAL BIÓLOGOS

CONSEJO DE COLEGIOS DE MÉDICOS DEL PAÍS VASCO

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA

**COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DEL PAÍS
VASCO**

COLEGIO OFICIAL DE FISOTERAPEUTAS

COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS

COLEGIO OFICIAL DE ÓPTICOS Y OPTOMETRISTAS

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA

COLEGIO OFICIAL VETERINARIOS

**CONFEDERACIÓN EMPRESARIAL VASCA
(CONFEBASK)**

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

PARTIDO NACIONALISTA VASCO

EUSKAL HERRIA BILDU

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

**FEDERACIÓN DE EUSKADI DE ASOCIACIONES DE
FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL (FEDEAFES)**

LAB SINDIKATUA

MONDRAGON UNIBERTSITATEA

PARTIDO POPULAR

PARTIDO SOCIALISTA DE EUSKADI

SINDICATO DE ENFERMERÍA SATSE

SINDICATO MÉDICO DE EUSKADI

SINDICATO DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA SAE

COALICION SUMAR

UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES UGT



Índice

I. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

- | | | |
|----|--|---------|
| 01 | Enfoque One Health, Salud y Cambio Global | Pág. 11 |
| 02 | Prevención y Vigilancia de la Salud | Pág. 27 |
| 03 | Promoción de la Salud y Acción Comunitaria | Pág. 39 |

II. ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD

- | | | |
|----|---|----------|
| 04 | Fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria | Pág. 53 |
| 05 | Patologías Tiempo-Dependientes | Pág. 65 |
| 06 | Cronicidad | Pág. 77 |
| 07 | Atención Sociosanitaria | Pág. 87 |
| 08 | Cuidados al Final de la Vida | Pág. 105 |



Índice

III. ÁREAS PRIORITARIAS DE SALUD

09	Oncología	Pág. 117
10	Enfermedades Cardiovasculares	Pág. 127
11	Salud Mental	Pág. 139
12	Enfermedades Neurodegenerativas	Pág. 155
13	Enfermedades Raras y Diagnóstico Genético	Pág. 161

IV. CALIDAD, INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

14	Valor y Resultados en Salud	Pág. 171
15	Innovación Organizativa y Modelos Asistenciales	Pág. 181
16	Cartera de Servicios	Pág. 191
17	Investigación, Desarrollo e innovación (i+D+i) en Salud	Pág. 201
18	Digitalización en Salud: Transformación digital	Pág. 215
19	Infraestructuras Sanitarias	Pág. 225



V. DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

20 || **Formación y Docencia en Salud** Pág. 237

21 || **Política de Personas**Pág.247

VI. GOBERNANZA

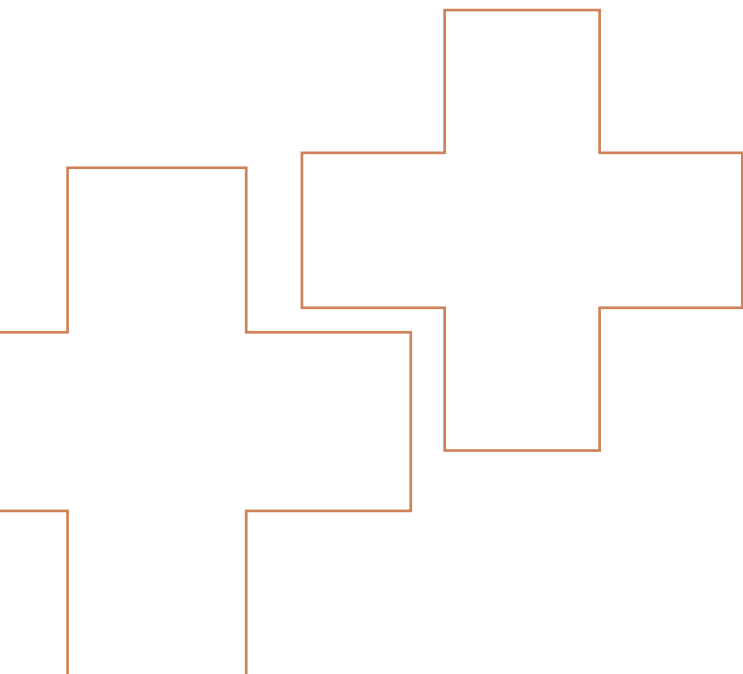
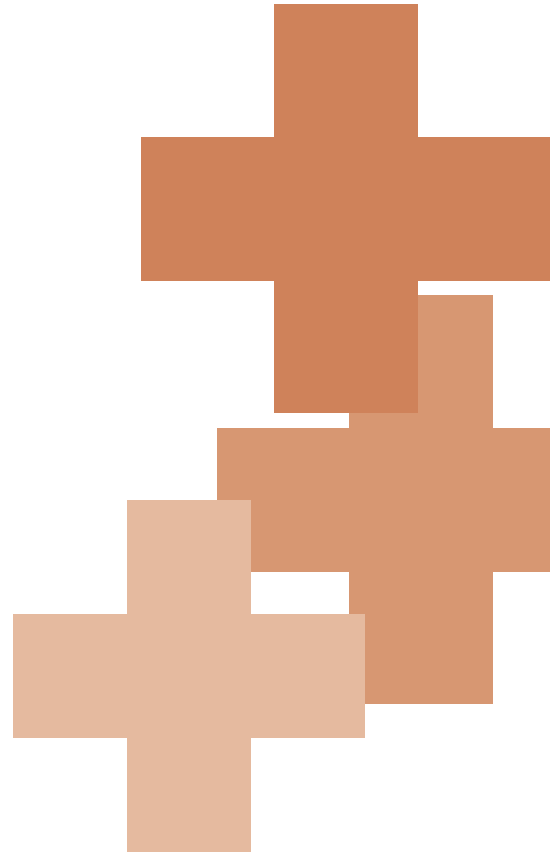
22 || **Deliberación y Toma de Decisiones Compartidas** Pág. 259

23 || **La colaboración público-privada y el régimen de concertación**Pág. 269

24 || **Derechos lingüísticos de pacientes y profesionales** Pág. 279

I. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD





1.
**ENFOQUE ONE HEALTH,
SALUD Y CAMBIO GLOBAL:**
Integración de la salud humana, animal y
ambiental en la planificación sanitaria

En este grupo de trabajo han estado representadas e informadas las siguientes entidades: Euskal Herriko Unibertsitatea-EHU, Consejo de Colegios de Médicos del País Vasco, Colegio Oficial de Biólogos de Euskadi, Colegio de Enfermería del País Vasco, Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Euskadi, Colegios de Veterinarios de Euskadi, los sindicatos Sindicato Médico de Euskadi y UGT y los partidos políticos EH Bildu, PNV, PP y PSE.

Integrantes del grupo de trabajo:

- Aitor Cevidanez Miranda
- Antonio González Cuevas
- Cosme Naveda Pomposo
- Egoitz Bikandi Pagalday
- Iván García Angulo
- Jon Armentia Fructuoso
- José Luis Barrios Andrés
- José M^a Blanco Neira
- Lucía Gallego Andrés
- Luis Peña Barturen

Dinamizadora:

Nerea Antia Vinós

Secretaría técnica:

Aritz Díez Torre

Contenido

1. Resumen ejecutivo

- 1. a. Síntesis del contenido
- 1.b. Impacto y relevancia

2. Introducción

- 2.a. Contexto general
- 2.b. Alcance

3. Metodología y enfoque

- 3.a. Proceso de trabajo
- 3.b. Fuentes de información

4. Análisis situacional

5. Objetivos, iniciativas e indicadores

1. Resumen ejecutivo

1. a. Síntesis del contenido. Este documento recoge los fundamentos, objetivos e iniciativas planteados en el marco del Pacto Vasco de Salud para integrar la perspectiva «One Health/Osasun Bakarra/Una Sola Salud» (es decir, la interdependencia entre la salud humana, animal y ambiental) en la planificación de salud en Euskadi.

1.b. Impacto y relevancia. Distintos documentos estratégicos de referencia coinciden en señalar la importancia de prevenir; predecir; detectar y abordar, desde la colaboración intersectorial e interdisciplinar; desafíos globales en materia de salud, como son la aparición de enfermedades transmitidas por vectores, el control de las zoonosis, la resistencia a los antimicrobianos, la seguridad alimentaria y la salud ambiental.

Tal y como define el cuadro de Expertos de Alto Nivel para el Enfoque de «Una sola salud» (OHHLEP), «Una Sola Salud» es un enfoque unificador integrado que procura equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, la de los animales y la de los ecosistemas. Se reconoce así que la salud de las personas, los animales domésticos y salvajes, las plantas y el medio ambiente en general (incluidos los ecosistemas) están estrechamente relacionados y son interdependientes.

Trabajar para proteger la salud con este enfoque interpela a múltiples sectores, disciplinas y comunidades en diversos niveles de la sociedad, en aras a trabajar conjuntamente para promover el bienestar y neutralizar las amenazas para la salud y los ecosistemas y, al mismo tiempo, hacer frente a la colectiva necesidad de agua potable, energía y aire, alimentos sanos y nutritivos; tomar medidas relativas al cambio climático; y contribuir al desarrollo sostenible. Este punto de vista está en la base del acuerdo tomado en marzo de 2022 por 4 organizaciones internacionales: la FAO, el PNUMA, la OMS y la OMSA.

2. Introducción

2.a. Contexto general

La Organización Mundial de la Salud señala claramente que las actividades humanas y los ecosistemas sometidos a estrés han creado nuevas condiciones propicias para la aparición y propagación de enfermedades, y que, tal y como puso de relieve la pandemia de COVID-19, es preciso establecer un marco mundial destinado a mejorar la vigilancia y contar con un sistema más holístico e integral. Ante un desafío global,

«Una sola salud» se concibe como un planteamiento transformador encaminado a mejorar la salud mundial. En consonancia con este planteamiento, distintos documentos estratégicos y normativa de referencia en nuestro ámbito (como la Ley de Salud Pública, el Plan de Salud o el Plan Marco Ambiental) subrayan la importancia de actuar con este enfoque.

Así, el principio 6.2. del Pacto Vasco de Salud establece que el Sistema Público de Salud de Euskadi primará un modelo de salud y bienestar centrado en las personas y poblaciones de naturaleza predictiva, preventiva, y anticipativa frente a un modelo de tipo reactivo frente a las enfermedades. Así, el sistema de salud, en el marco de la estrategia «Una sola salud», potenciará la promoción, la predicción temprana, la prevención y la anticipación en el ámbito de la salud. Complementariamente a la atención de enfermedades, se potenciará la inversión en estrategias preventivas y de promoción de la salud, con especial atención a las comunidades con más vulnerabilidad, reduciendo desigualdades y fomentando un bienestar integral. Asumiendo que la salud está influenciada por factores sociales, económicos y ambientales, entre otros, el Sistema público de Salud trabajará en colaboración con otros sectores para abordar los determinantes sociales de la salud de manera integral.

El Pacto Vasco de Salud considera 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. Así mismo, es preciso 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 (objetivo 5).

2.b. Alcance

La línea estratégica Enfoque One Health, Salud y Cambio Global: Integración de la salud humana, animal y ambiental en la planificación sanitaria es una de las 3 incluidas en el bloque de Prevención y Promoción de la Salud del Pacto Vasco de la Salud. Dada la coincidencia en ciertos aspectos con los abordados en otros dos grupos del bloque (Prevención y Vigilancia de la Salud y Promoción de la Salud y Acción Comunitaria), se ha intentado centrar el trabajo y el documento en los elementos distintivos del enfoque «Una sola salud».

Los objetivos e iniciativas decididos por el grupo apuntan a la orientación que debe tener el modelo de sistema de salud para intensificar en el contexto actual la protección de la salud de las personas. Para ello, se considera necesario incidir en la equidad e inclusividad, en la intersectorialidad y en la generación y mantenimiento de entornos favorables a la salud, con las necesarias implicación **y capacitación de** ciudadanía y profesionales.

3. Metodología y enfoque

3.a. Proceso de trabajo

Tras los preparativos iniciales, se remitió a las personas integrantes del grupo un documento informativo preliminar; recopilatorio del Pacto de Salud, de la tarea a realizar y de las principales referencias y documentos a tener en cuenta. Se les envió, asimismo, una propuesta inicial de objetivos para debatir en la primera reunión.

Esta primera sesión se celebró el 2 de abril de 2025 de forma presencial, en la sede del Departamento de Salud en Bilbao. Se hizo en primer lugar una presentación y una contextualización del trabajo asignado al grupo, incidiendo en los objetivos de la Mesa del Pacto Vasco de Salud y en la documentación generada por ésta. Posteriormente se acotaron los principales conceptos y el tema a abordar por el grupo y se establecieron la metodología y el cronograma a seguir. Finalmente, se deliberaron y acordaron 6 objetivos. Se consideró más oportuno empezar con los objetivos e iniciativas y dejar el DAFO para más adelante. Se estimó conveniente, además, cambiar el nombre del grupo, aludiendo a SALUD Y CAMBIO GLOBAL en vez de a SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO por ser un enfoque interesante y más incluyente, que recoge el cambio climático, así como otras problemáticas globales a afrontar desde el sistema de salud. Así mismo, se decidió utilizar los términos «Una sola salud» y «Osasun bakarra» en vez de la denominación inglesa ONE HEALTH.

A lo largo del mes de abril se trabajaron online las iniciativas concretas. En primer lugar, los miembros del grupo identificaron y remitieron sus propuestas de iniciativas (haciendo un total de 142), que la dinamizadora sintetizó y ordenó por objetivos. El listado final de iniciativas propuestas (anonimizado) se envió nuevamente a las personas integrantes del grupo para que las valoraran mediante una escala tipo Likert, indicando si cada propuesta era “Muy importante – Importante – De poca importancia – sin importancia”. Las iniciativas definitivas son resultado de esta priorización. Como en algunos casos los resultados entre las iniciativas priorizadas estaban bastante igualados, se remitió a las y los integrantes del grupo un listado con las 4 propuestas de iniciativas más votadas, para seleccionar en la segunda reunión presencial las dos a proponer a la mesa del pacto.

En cuanto a los indicadores, los miembros del grupo remitieron la segunda semana de mayo sus propuestas, entre las cuales se seleccionaron en la segunda reunión presencial los indicadores asociados a las iniciativas decididas.

El 7 de mayo se remitió a las personas integrantes del grupo una propuesta de DAFO que, junto con las propuestas posteriormente remitidas por personas participantes en el grupo, fue debatida y acordada en la segunda reunión presencial, en la que también se revisó el borrador de este documento final. Esta segunda y última reunión se

celebró en Bilbao, en la sede del Departamento de Salud, el 27 de mayo de 2025. Vía online se dio el visto bueno a la última versión del presente documento.

En cuanto a la lengua de trabajo utilizada por el grupo, las comunicaciones y documentación dirigidas al grupo han sido en su mayoría bilingües. Cada persona ha podido utilizar la lengua de su elección y las dos reuniones se han desarrollado en castellano.

3.b. Fuentes de información.

Diversos marcos estratégicos y normas del ámbito de la C.A. de Euskadi abordan principios y actuaciones relacionadas con el enfoque «Una sola salud» y, por tanto, se han tenido en cuenta para perfilar los objetivos y respaldar las propuestas formuladas:

- LEY 13/2023, de 30 de noviembre, de Salud Pública de Euskadi
- Programa de Gobierno para la XIII Legislatura
- Plan de Salud Euskadi 2030
- Agenda 2030 - Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030 en Euskadi
- Programa Marco Ambiental 2030 de Euskadi – Observatorio de Salud y Medio Ambiente
- Perfil ambiental de Euskadi 2023. Salud y medio ambiente.

Además, se han considerado otras referencias del ámbito internacional, europeo y estatal, como son:

- Estrategia mundial de la OMS sobre salud, medio ambiente y cambio climático
- The European Union One Health 2023 Zoonoses Report
- Quadripartite Secretariat for One Health - Consejo de Expertos de Alto Nivel sobre One Health (Organización para la Alimentación y la Agricultura, FAO. Organización Mundial de Sanidad Animal, OIE. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, PNUMA. Y Organización Mundial de la Salud, OMS.
- One Health European Joint Programme
- OMSA - Organización mundial de sanidad animal
- PESMA - Plan Estratégico de Salud y Medio ambiente 2022-2026 (Estatal)
- Instituto de Salud Global de Barcelona
- Plataforma One Health
- **Addressing gender inequalities in national action plans on antimicrobial resistance, Guidance to complement the people-centred approach.** World Health Organization
- **One Health challenges and actions: Integration of gender considerations to reduce the risks at the human-animal-environmental interface.** One Health 16 (2023).

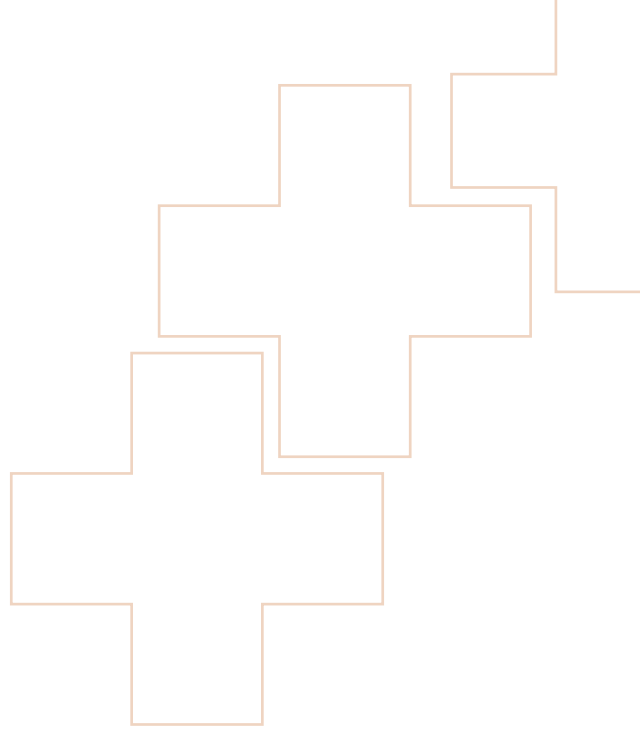
4. Análisis situacional

DEBILIDADES

- Dificultades y pocos recursos para difundir y hacer comprender a la sociedad la importancia y beneficios de las actuaciones y medidas con enfoque «Una sola salud».
- Necesidad de aumentar el número de profesionales con perspectiva «Una sola salud» en los ámbitos de la salud -particularmente en salud pública-, así como del medio ambiente y del sector primario.
- Escasa presencia del enfoque «Una sola salud» en la agenda política, e inexistencia de un órgano que coordine actuaciones desde esa perspectiva.
- Insuficiente nivel de transversalidad y coordinación de las políticas de salud con otros sectores, y dificultades para trabajar de forma coordinada, intersectorial e interinstitucional.

AMENAZAS

- A nivel global, el aumento de la población y de la movilidad humana, y la globalización.
- El cambio climático, la transformación y degradación de hábitats naturales y ecosistemas, que pueden favorecer la transmisión de enfermedades zoonóticas y hacernos menos resilientes.
- Insostenibilidad y riesgos de la producción alimentaria actual.
- Inestabilidad económica y falta de recursos humanos, económicos y presupuestos para hacer frente a amenazas.
- Cambios en la situación geopolítica y en la política internacional.



FORTALEZAS

- Valor que aporta la existencia de profesionales de distintos sectores, con experiencia, formación, sensibilización y vocación, que es preciso alinear con la estrategia «Una sola salud».
- Inclusión de la línea «Una sola salud» entre las 24 del Pacto de Salud, así como en la nueva Ley de Salud Pública y en el plan de salud vigente.
- Euskadi cuenta con un territorio compacto y de pequeñas dimensiones donde es posible la necesaria coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial.
- Avances en políticas de prevención y promoción de la salud, así como la creciente consideración de la equidad y las desigualdades sociales en análisis, estadísticas y estudios sobre la salud.
- Presencia y dinamismo en Euskadi de una red vasca de ciencia, tecnología e innovación.

OPORTUNIDADES

- Experiencia aprendida de distintas crisis sanitarias, como el COVID-19.
- Una población cada vez más sensibilizada y concienciada con la salud individual y colectiva y la sostenibilidad ambiental.
- Puesta en marcha del Instituto Vasco de Salud Pública y la creación del Observatorio de Salud y Medioambiente
- Alineamiento con el marco que aportan los ODS de la Agenda 2030.
- Avances en ciencia y conocimiento.
- Existencia de profesionales en la comunidad «Una sola salud» a los que es preciso activar como agentes.

5. Objetivos, iniciativas e indicadores

MODELO DE SALUD	
OBJETIVO 1 1 Orientar el modelo de salud de Euskadi a la sostenibilidad medioambiental y a la situación de cambio global, de forma no reactiva sino anticipativa, contribuyendo así a la adaptación de Euskadi al mismo, así como a la prevención de sus riesgos y a la mitigación de sus efectos negativos en salud	
INICIATIVAS 1.1 Crear una Alianza «Una sola salud» en la que participen las instituciones públicas de Euskadi, junto con los agentes sociales, sanitarios, educativos, instituciones, sociedades científicas, ONGs y asociaciones y la ciudadanía.	INDICADORES Creación de la Alianza (SI/ NO). Número de instituciones y organizaciones participantes activas en la Alianza «Una sola salud» de Euskadi /año. Relación de grupos/mesas de trabajo de la Alianza Número de reuniones anuales de la Alianza y de los Comités relacionados con «Una sola salud» ya creados (p. ej. Comité de Enfermedades Emergentes) o que puedan crearse.
1.2 Mejorar la capacidad de los sistemas de salud y del personal sanitario para responder de manera efectiva a los cambios y amenazas globales, con un enfoque particular en la detección temprana y en prevenir los riesgos de las enfermedades generadas por la interfaz humanos, animales, plantas y medioambiente, especialmente la resistencia a los antimicrobianos y las zoonosis.	Tiempo de liberación de los miembros de los equipos PROA (Programas de Optimización del Uso de Antibióticos) Hospitalarios y de Atención Primaria para la dedicación exclusiva a esa cuestión en horas/Miembros de equipos PROA. Porcentaje de profesionales con capacitación en abordaje y vigilancia de la situación de cambio global, particularmente zoonosis y resistencia antimicrobiana Número/año de factores de riesgo bajo control y número de mediciones anuales de los distintos factores (evolutivo).

**IMPLICACIÓN Y CAPACITACIÓN DE PROFESIONALES
Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

OBJETIVO 2

2 Generar, impulsar y difundir el conocimiento y la investigación en materia de «Una sola salud», y promover entre las y los profesionales vinculados a la salud humana, vegetal, animal y medioambiental, la formación, la participación, la colaboración y el alineamiento con este enfoque y sus postulados.

INICIATIVAS

2.1 En materia de investigación y desarrollo con enfoque «Una sola salud» fomentar y financiar la investigación científica para entender mejor los factores y riesgos relacionados con la salud y el cambio global y desarrollar nuevas estrategias para su control, prevención y tratamiento.

INDICADORES

Número de investigaciones «Una sola salud» financiadas
% Aumento anual de la financiación a proyectos.

2.2 Implementar la formación continua de profesionales capaces de abordar los problemas de salud de toda la población incorporando contenidos de «Una sola salud» en los planes de estudios de Grado, Postgrado y Formación Continua de profesionales de salud.

Número de programas de Grado, Postgrado y Formación Continua acreditada que incluyen contenidos específicos con enfoque «Una sola salud».

2.3 Crear un Observatorio “Una Sola Salud” para detectar riesgos emergentes, monitorizar tendencias, desarrollar modelos predictivos e implantar un repositorio de acceso público en esta materia.

Creación del Observatorio «Una sola salud» si/no
Índice de actividades/año del Observatorio.

IMPLICACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LA CIUDADANÍA	
OBJETIVO 3 3 Desde los agentes de salud y servicios conectados, fortalecer y asentar en la población vasca el conocimiento, la sensibilización, el empoderamiento, la proactividad y la visión comunitaria en relación con la salud global, con perspectiva «Una sola salud».	
INICIATIVAS 3.1 Diseñar e integrar contenidos de salud global y «Una sola salud», tanto en el sistema educativo como en campañas educativas, formativas y de concienciación dirigidas a la ciudadanía.	INDICADORES Número de campañas divulgativas y formativas realizadas en el ámbito de “Una sola salud”/año.
3.2 Promover la participación ciudadana y el empoderamiento comunitario, implicando a la población en la preservación de la salud con enfoque «Una sola salud».	Número de asociaciones comunitarias (urbanas y rurales) activamente implicadas en grupos de trabajo o procesos de toma de decisiones sobre salud. Número de proyectos de mejora de salud co-diseñados o implementados con participación directa de la comunidad y agentes sociales.

PROTECCIÓN DE LA SALUD

OBJETIVO 4

4 Intensificar la protección de la salud de las personas, contribuyendo a mejorar su bienestar y calidad de vida, anticipando amenazas globales, emergentes y reemergentes, minimizando los riesgos derivados de la contaminación y los factores ambientales, garantizando la seguridad alimentaria y avanzando en la lucha contra las zoonosis y la resistencia a los antimicrobianos.

INICIATIVAS

4.1 Reforzar las iniciativas y programas, de forma coordinada entre diversos agentes, para la previsión y preparación ante amenazas globales y emergentes y catástrofes naturales; para reforzar las iniciativas y programas que abordan la resistencia a los antibióticos (entre ellos, el PRAN); para disminuir el riesgo y minimizar los efectos de epidemias y pandemias; y para garantizar la seguridad alimentaria

INDICADORES

Número de programas e iniciativas reforzados.
Número de empresas que han adoptado prácticas responsables.

4.2 Implantar medidas preventivas y correctoras para evitar y minimizar daños ambientales y sus efectos en salud, así como la evaluación de impacto ambiental antes de iniciar proyectos o los análisis de riesgos ambientales de instalaciones existente.

Número de proyectos de evaluación ambiental a los que se ha realizado una Evaluación de Impacto en Salud.

4.3 Fomento de la agricultura, pesca y ganadería sostenible, con programas de capacitación y subsidios para el fomento de prácticas agrícolas, ganaderas y de pesca que respeten el medio ambiente.

Número de campañas de fomento de prácticas respetuosas con el medio ambiente en agricultura, pesca y ganadería.

INTERSECTORIALIDAD Y ENTORNOS FAVORABLES A LA SALUD

OBJETIVO 5

5 En base a la colaboración interinstitucional, intersectorial e interdisciplinar, generar e impulsar en los sectores sociales y económicos con incidencia en la salud humana, vegetal, animal y ambiental, activos, condiciones y entornos favorables a la salud y que generen un impacto positivo sobre sus determinantes.

INICIATIVAS

5.1 Generar e impulsar redes de colaboración interinstitucional e intersectorial entre diferentes agentes (salud, medio ambiente, sector primario, universidad, centros de investigación, colegios profesionales, asociaciones, entre otros) con el fin de desarrollar estrategias conjuntas que aborden los desafíos de la Salud Global y fortalecer la colaboración entre el sector público y el privado para desarrollar productos y servicios innovadores que promuevan la salud de manera integral. Esto así, se plantea mejorar las alianzas con la UPV/EHU y otras universidades.

INDICADORES

Número de estrategias conjuntas desarrolladas.
Número de agentes copartícipes y colaboradores.

5.2 Involucrar a instituciones y empresas en la adopción de prácticas responsables desde el punto de vista ambiental mediante incentivos, participación en proyectos medio ambientales, programas de salud y hábitos saludables para la plantilla, etc.

Número de instituciones y empresas participantes que implementan efectivamente acciones en sostenibilidad ambiental y hábitos saludables para la plantilla.

EQUIDAD E INCLUSIVIDAD

OBJETIVO 6

6 Visibilizar y favorecer la integración en las políticas y acciones «Una sola salud» de un abordaje de las desigualdades evitables, injustas o reparables. Garantizar que se alcance el máximo nivel de salud y bienestar de toda la ciudadanía y que reciben la atención en función de sus necesidades teniendo en cuenta el impacto de los factores sexo y género en la salud, así como otros factores como la edad, discapacidad, diversidad, ruralidad, etnia, educación y clase social, entre otros.

INICIATIVAS

6.1 Promover la participación, de forma equitativa e inclusiva, en el diseño e implantación de los planes y acciones de coordinación de propuestas y en los grupos de trabajo. Inclusión de profesionales con experiencia en el área de «Una sola salud» y desigualdades en los órganos representativos y de toma de decisiones.

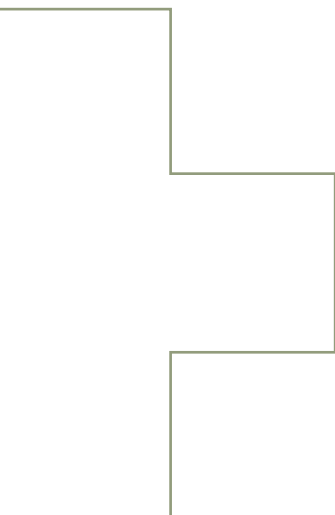
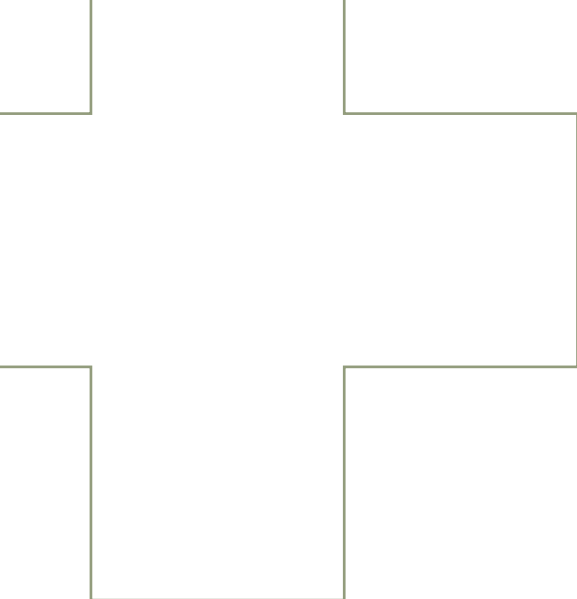
INDICADORES

Porcentaje de mujeres, personas de grupos vulnerables y profesionales con experiencia en desigualdades y «Una sola salud» presentes en órganos de decisión y grupos de trabajo.

6.2 Diseñar, de forma sistemática, todo plan y estrategia con enfoque «Una sola salud», en base a los determinantes sociales de la salud y, particularmente, a factores como el género, la edad, discapacidad, diversidad, ruralidad, etnia, educación, zona de residencia, acceso a zonas verdes y clase social.

Número de proyectos o políticas evaluadas que implementen medidas correctoras tras el análisis del impacto en salud con enfoque de equidad, diversidad y sostenibilidad.

Número de determinantes sociales introducidos en programas ambientales.



2.

PREVENCIÓN Y VIGILANCIA
DE LA SALUD:

Refuerzo de la detección temprana
y la respuesta a amenazas a la salud

Integrantes del grupo de trabajo:

- Jose Ramón Uriz Zurutuza
- Javier González Caballero
- Antonio Gonzalez Cuevas
- Roberto Romero Soto
- Sonia Sanz
- Jon Armentia
- Maria Asunción Arriaga Bayo
- Álvaro Mateos
- Rocío Matías
- Pedro Carrascal
- Arrate Iturralde
- Jesús Delgado
- Liher Imaz
- Elena Lete
- Josu Delgado
- Ines Martínez Rienda
- Ana Goicoechea

Dinamizadores:

Pello Latasa

Marisa Iruretagoiena

Contenido

- 1. Resumen ejecutivo
- 2. Introducción
- 3. Metodología y enfoque
- 4. Objetivos
- 5. Propuestas
- 6. Indicadores

1. Resumen ejecutivo

Justificación de la importancia de la estrategia en el marco del Pacto de Salud.

Este documento forma parte de la Línea Estratégica I del Pacto de Salud del País Vasco, centrada en la prevención y promoción de la salud, con énfasis en la vigilancia sanitaria como herramienta clave para anticipar riesgos, proteger a la población y fortalecer un sistema sanitario resiliente, equitativo y eficaz.

Se realizó una revisión documental de planes y normativas nacionales e internacionales, seguida de un proceso participativo con múltiples agentes del ámbito sanitario, académico y social. Se identificaron 7 objetivos estratégicos, con 2 acciones prioritarias por cada uno, seleccionadas mediante un panel Delphi. También se definieron indicadores específicos para evaluar el avance en dichos objetivos.

Breve descripción de los objetivos, propuestas y resultados.

Objetivos Estratégicos

1. Reforzar la vigilancia de enfermedades transmisibles, mejorando la coordinación y dotación de recursos.
2. Integrar programas de inmunización y de cribado poblacional bajo una gestión con perspectiva de salud pública.
3. Fortalecer la preparación ante emergencias sanitarias, con planes de contingencia y fondos de respuesta rápida.
4. Desarrollar sistemas de información en salud pública con enfoque “Una Sola Salud”.
5. Mejorar la comunicación de riesgos para fomentar la participación comunitaria.
6. Consolidar el Instituto Vasco de Salud Pública, asegurando su estructura y financiación.
7. Impulsar la formación continua y profesionalización del personal de salud pública.

Propuestas Clave

- Uso de tecnologías digitales para vigilancia en tiempo real.
- Creación de una Escuela de Salud Pública con la UPV para la formación continuada.
- Campañas de educación sanitaria accesibles.
- Protocolos multisectoriales ante amenazas sanitarias.

El progreso en las acciones se medirá empleando indicadores como cobertura vacunal, la demora en la detección temprana de brotes o la participación de profesionales en actividades de formación.

El documento busca consolidar un sistema de salud pública moderno, basado en evidencia, con capacidad de respuesta rápida y participación activa de la sociedad, alineado con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Ley de Salud Pública de Euskadi.

2. Introducción

La **salud pública** se define como el conjunto de políticas, programas, servicios y actuaciones organizadas por las Administraciones Públicas con la participación de la sociedad, dirigidas a actuar sobre los determinantes sociales de la salud, prevenir la enfermedad, y **proteger y promover** la salud y el bienestar de las personas.

La **salud de la población** viene determinada tanto por las características biológicas de las personas como por las circunstancias en las que estas nacen, crecen, viven, se relacionan y envejecen, y que a su vez vienen determinados por factores políticos, socioeconómicos, educativos, culturales, ambientales, de condiciones de empleo y trabajo, de apoyo sociofamiliar y de la comunidad, y con menor peso, por factores relacionados con la calidad y accesibilidad del sistema sanitario. Este conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales son los determinantes sociales de la salud que pueden actuar positiva o negativamente en la salud y bienestar de las personas

El hecho de que la salud esté condicionada por estos determinantes implica que el abordaje de la salud necesite de la participación de más agentes. Aparece entonces el enfoque de **Salud en todas las políticas**, que aboga por tener sistemáticamente en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman tanto en los ámbitos y sectores de la salud como fuera de ellos.

Así, la Ley 13/2023, de 30 de noviembre, de Salud Pública de Euskadi implica a un amplio número de agentes en su aplicación, creando el **Sistema de Salud Pública de Euskadi**, integrado por la administración general e institucional de Euskadi, las diputaciones forales y los ayuntamientos. Este sistema se configura sobre la base del paradigma de la “salud en todas las políticas”, para ofrecer un conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de carácter integral, orientados a que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible.

Prevención y vigilancia de la salud

La **vigilancia de la salud** implica la recopilación, el análisis y la interpretación sistemática de datos relativos a la salud de la población con el objetivo de respaldar la monitorización, la planificación y la evaluación de intervenciones sanitarias. La gestión

de **emergencias de salud pública** abarca la gestión y coordinación de respuestas ante amenazas mediante iniciativas intrasectoriales y multisectoriales. Incluye la predicción y anticipación de riesgos, la previsión, la planificación y la preparación, la prevención, el control y la mitigación, la identificación temprana de eventos, el mantenimiento y el restablecimiento de los servicios de salud esenciales durante y después de la emergencia de salud pública. La **prevención y detección temprana de enfermedades**, tanto transmisibles como de otro tipo, incluyen los medios, procesos y acciones dirigidas a reducir el impacto del problema de salud en una población definida.

En conjunto, estas funciones permiten identificar precozmente los riesgos para la salud (vigilancia), establecer sistemas eficientes para su gestión (emergencias) y aplicar medidas de control y prevención (detección y prevención), garantizando así una respuesta efectiva ante las amenazas sanitarias.

3. Metodología y enfoque

Revisión documental

En una primera fase, se llevó a cabo una revisión documental exhaustiva de los distintos planes, normativas, programas y estrategias relevantes a nivel estatal e internacional. Entre ellos se incluyen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el programa de gobierno, el Plan de Salud de Euskadi 2030 y los documentos elaborados hasta la fecha en el marco del Pacto de Salud. A partir de esta revisión inicial, se elaboró un documento de síntesis que se compartió con los participantes antes de la primera reunión del grupo de trabajo, celebrada el 2 de abril de 2025. Las fuentes documentales empleadas fueron las siguientes:

- **Plan de Salud de Euskadi 2030.**
- **Objetivos de Desarrollo Sostenible**
- **Ley de Salud Pública de Euskadi**
- **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica; Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs); Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiViRA); Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).**
- **Plan y Programa de tuberculosis.**
- **Plan de prevención y el control del VIH e ITS y Hepatitis C.**
- **Sistema de vigilancia epidemiológica y su posterior actualización; Sistema de Información Microbiológica.**
- **Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi.**

- Proyecto de ley del **sistema de información de vacunaciones e inmunizaciones.**
- **Sistema de Información de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma del País Vasco.**
- **Plan para la eliminación del sarampión y la rubeola.**
- **Plan de acción para la erradicación de la poliomielitis.**
- Consejo Asesor de Enfermedades Infecciosas Emergentes.
- Anteproyecto de ley del **plan estatal de preparación y respuesta frente a amenazas para la salud pública.**
- **Reglamento de amenazas sanitarias transfronterizas.**
- **Reglamento Sanitario Internacional.**
- **Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida.**
- **Estrategia de Vigilancia en Salud Pública del SNS.**
- **Plan Nacional de prevención, Vigilancia y control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.**
- **Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública.**
- Anteproyectos de ley de vigilancia de **cáncer**, de **transmisibles**, de **salud laboral** y de **sanidad ambiental.**

Definición de objetivos

Durante esta primera reunión se presentó el marco general del Pacto de Salud, se expusieron las líneas estratégicas priorizadas por la mesa del pacto y se explicó la estructura del documento a trabajar, en relación con el área de prevención y vigilancia de la salud.

Tras valorar colectivamente el documento de síntesis de objetivos, se recogieron aportaciones en la propia sesión y se abrió un plazo de siete días para presentar comentarios por escrito e identificar una serie de iniciativas por cada uno de los objetivos propuestos.

Recopilación y priorización de iniciativas e indicadores

Se recibieron un total de nueve aportaciones, a partir de las cuales se identificaron siete objetivos y se recopilaban 165 iniciativas. Estas se sometieron a un proceso de priorización a través de un panel Delphi, utilizando una escala tipo Likert con valores de 1 a 4 y un plazo de siete días. Cada acción fue evaluada según su mediana y su rango intercuartílico, considerando como prioritarias aquellas con una puntuación media igual o superior a 3 y un rango igual o inferior a 1.

A partir de la priorización, se seleccionaron dos acciones por cada objetivo y se revisó su redacción para integrar elementos relevantes que pudieran haber quedado fuera.

Además, se propuso un indicador de seguimiento para cada objetivo. Se procuró reflejar la diversidad de sensibilidades expresadas por los participantes, con especial atención a que las acciones sean operativas y los indicadores, medibles.

Elaboración del borrador

Finalmente, tanto el documento Excel con el listado de acciones y su puntuación, como el documento Word con la redacción revisada de las acciones priorizadas por objetivo y los indicadores propuestos, se enviaron nuevamente al grupo de trabajo para su revisión. Con las aportaciones recibidas, se elaboró el borrador final, que fue validado en una última reunión del grupo de trabajo.

4. Objetivos

Se han determinado 7 objetivos:

Objetivo 1. Reforzar la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles. Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica para la detección precoz, monitorización y control de brotes y enfermedades emergentes, así como las zoonosis con una perspectiva integrada.

Objetivo 2. Integrar todos los programas de inmunización y de screening poblacional en la prevención y vigilancia de la salud pública.

Objetivo 3. Desarrollar planes de contingencia y fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta rápida ante emergencias de Salud Pública, con especial énfasis en la coordinación intersectorial, la movilización ágil de recursos y la anticipación basada en la vigilancia y en escenarios de riesgos.

Objetivo 4. Desarrollar los sistemas de información para la vigilancia en Salud Pública con perspectiva Una Sola Salud. Desarrollar e integrar sistemas de información que permitan un seguimiento en tiempo real de diversos problemas de salud.

Objetivo 5. Fortalecer la gestión adecuada de la información sobre riesgos para una comunicación eficaz que estimule la participación comunitaria.

Objetivo 6. Dotar de una estructura sólida al Instituto Vasco de Salud Pública. Garantizar que el futuro Instituto que se creará cuente con la estructura y los recursos necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones.

Objetivo 7. Garantizar la formación, el conocimiento y la transmisión de la experiencia de las y los profesionales de todas las áreas sanitarias que trabajan en la prevención

y la vigilancia de Salud Pública. Estructurar planes de formación e impulsar el conocimiento y la profesionalización relacionados con la salud.

5. Propuestas

Para cada uno de los objetivos se han seleccionado las dos acciones priorizadas entre todas las propuestas:

Objetivo 1. Reforzar la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles. Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica para la detección precoz, monitorización y control de brotes y enfermedades emergentes, así como las zoonosis con una perspectiva integrada.

- **Acción 1.1.** Identificar a los diferentes agentes que participan en la vigilancia y el control de enfermedades transmisibles en la CAPV e impulsar el trabajo en común y la coordinación con el futuro Instituto Vasco de Salud Pública.
- **Acción 1.2.** Fortalecer los sistemas de vigilancia en todos los niveles de la administración, mediante dotación de recursos técnicos (incluyendo tecnologías digitales para notificación en tiempo real) y humanos (personal cualificado de múltiples profesiones, incluyendo la medicina, en Unidades de Vigilancia Epidemiológica), para asegurar una detección precoz y respuesta eficaz.

Objetivo 2. Integrar todos los programas de inmunización y de screening poblacional en la prevención y vigilancia de la salud pública.

- **Acción 2.1.** Garantizar coberturas óptimas de vacunación, asegurando el suministro y disponibilidad de vacunas en los dispositivos que desarrollan las actividades de vacunación.
- **Acción 2.2.** Dirigir desde el futuro Instituto Vasco de Salud Pública los programas de prevención primaria y secundaria, incluyendo todos los programas de vacunación y de cribado poblacional.

Objetivo 3. Desarrollar planes de contingencia y fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta rápida ante emergencias de salud pública, con especial énfasis en la coordinación intersectorial, la movilización ágil de recursos y la anticipación basada en la vigilancia y en escenarios de riesgos.

- **Acción 3.1.** Desarrollar y actualizar planes de contingencia multisectoriales ante amenazas sanitarias prioritarias, con protocolos específicos, mecanismos de evaluación post-incidente y aprendizajes de crisis anteriores.
- **Acción 3.2.** Fortalecer la capacidad de respuesta rápida mediante un fondo

económico de emergencia descentralizado, reservas estratégicas de vacunas y contramedidas médicas¹, y herramientas digitales para su gestión y despliegue rápido.

Objetivo 4. Desarrollar los sistemas de información para la vigilancia en salud pública con perspectiva Una Sola Salud. Desarrollar e integrar sistemas de información que permitan un seguimiento en tiempo real de diversos problemas de salud.

- **Acción 4.1.** Invertir en la automatización de los procesos de gestión de datos y el desarrollo de aplicaciones para la notificación y análisis en tiempo real.
- **Acción 4.2.** Ampliar el modelo de vigilancia para incorporar distintos problemas y riesgos para la salud: ambientales, animales, sociales, laborales, adicciones y riesgos comportamentales.

Objetivo 5. Fortalecer la gestión adecuada de la información sobre riesgos para una comunicación eficaz que estimule la participación comunitaria.

- **Acción 5.1.** Impulsar estrategias integradas de Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria (RCCE), basadas en evidencia científica, con mensajes claros y colaboración con agentes comunitarios.
- **Acción 5.2.** Desarrollar campañas de educación sanitaria accesibles, que fomenten hábitos saludables, la corresponsabilidad ciudadana en la prevención de riesgos y el uso de herramientas digitales adaptadas a distintos públicos.

Objetivo 6. Dotar de una estructura sólida al Instituto Vasco de Salud Pública.

Garantizar que el futuro Instituto que se creará cuente con la estructura y los recursos necesarios para el adecuado ejercicio de sus funciones.

- **Acción 6.1.** Garantizar una financiación estructural, suficiente y plurianual que permita ampliar las capacidades del futuro Instituto, incluyendo vigilancia de nuevos riesgos y enfermedades emergentes.
- **Acción 6.2.** Reforzar la estructura del futuro Instituto mediante formación continuada y la incorporación de profesionales clave, asegurando personal cualificado para ejercer funciones esenciales de salud pública en todas las áreas sanitarias.

Objetivo 7. Garantizar la formación, el conocimiento y la transmisión de la experiencia de las y los profesionales de todas las áreas sanitarias que trabajan en la prevención y la vigilancia de Salud Pública. Estructurar planes de formación e impulsar el conocimiento y la profesionalización relacionados con la salud.

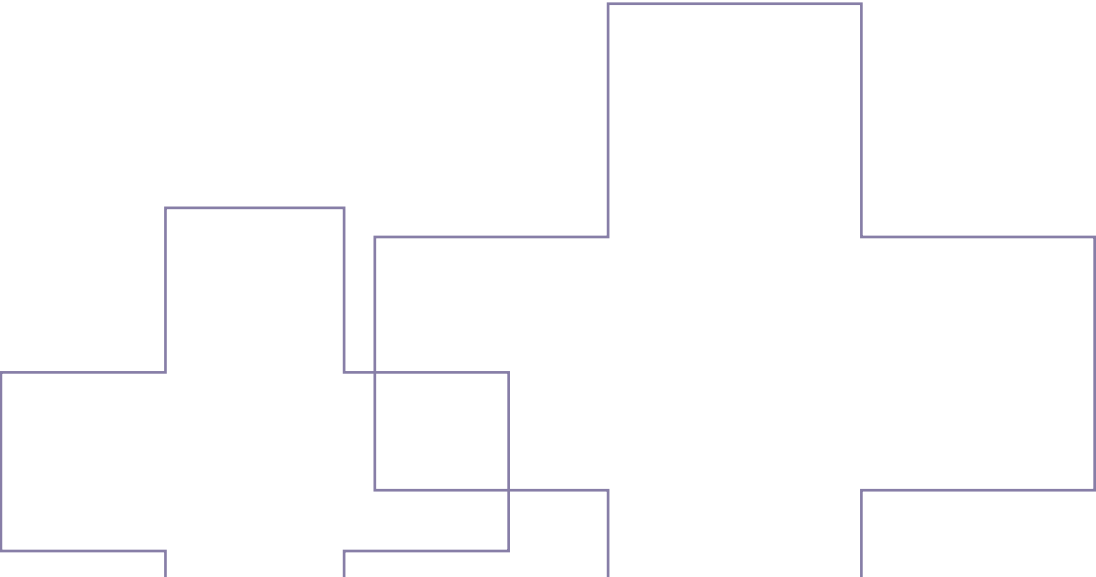
¹«contramedidas médicas»: medicamentos para uso humano (...), productos sanitarios (...) y otros productos o servicios necesarios a efectos de preparación y respuesta ante una amenaza (...) grave para la salud [Reglamento (UE) 2022/2371 del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de noviembre de 2022 sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por el que se deroga la Decisión n.º 1082/2013/UE]

- **Acción 7.1.** Crear la futura Escuela de Salud Pública y Administración Sanitaria de la CAPV en colaboración con la EHU/UPV y otros centros académicos, para fomentar transversalmente el conocimiento en salud pública.
- **Acción 7.2.** Definir el itinerario formativo de los y las profesionales de salud pública, asegurando sus competencias e implementar un plan estructurado de formación continua para profesionales, con itinerarios oficiales, presupuesto anual y coordinación interinstitucional, vinculado al desarrollo profesional.

Indicadores

En la siguiente tabla se recogen los indicadores que se han propuesto para cada objetivo.

Indicadores
Objetivo 1. % de brotes comunitarios y hospitalarios de enfermedades transmisibles detectados en menos de 72 horas desde el caso índice.
Objetivo 2. Cobertura inmunizaciones del calendario vacunal de las personas adultas y cobertura inmunizaciones calendario vacunal infantil (Indicador 1.09 del Plan de Salud).
Objetivo 3. % de amenazas sanitarias detectadas con protocolo actualizado en los últimos 2 años.
Objetivo 4. Número de procesos de vigilancia incluidos en el sistema de información de salud pública en los últimos 2 años.
Objetivo 5. % de la población que declara haber recibido y comprendido información clara sobre riesgos sanitarios en el último año (encuesta poblacional).
Objetivo 6. Presupuesto en salud pública en función del PIB (indicador 5.01. del Plan de Salud).
Objetivo 7. % de profesionales de salud pública que participan anualmente en actividades de formación continuada.



3.

PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y ACCIÓN COMUNITARIA:

Conductas saludables y adicciones.

Reducción de inequidades en
salud mediante un enfoque
en determinantes sociales

Integrantes del grupo de trabajo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Edurne Agirre• José Manuel Aguirre,• Jon Aiartza• Amaia Apraiz• Jon Armentia• Larraitx Arriola• Asier Arrizabalaga• María José Cano• Pedro Carrascal• Izaskun Elortegi• Bakarne Etxeberria• Iván García• Xabier García• Iñigo Icaza | <ul style="list-style-type: none">• Arrate Iturralde• Elena Lete• Unai Martín• Rocío Matías• Cristina Moreno• Asier Orcajo• Hosanna Parra• Esther Pulido• Olga Roldán• Ana Santorcuato• Latxe Uranga• Vanesa Vadillo• Clara Val• Iñaki Zorrilla. |
|--|---|

Dinamización y coordinación:

Koldo Cambra
Beatriz Nuin

Contenido

1. Resumen ejecutivo

2. Introducción

3. Metodología y enfoque

4. Valoración de participantes

Resultados:

a. DAFO

b. Objetivos, iniciativas e indicadores

1. Resumen ejecutivo

La finalidad del trabajo recogido en este informe ha sido fundamentalmente la determinación, mediante un trabajo de grupo, de objetivos, iniciativas e indicadores para el desarrollo de la línea estratégica del Pacto de Salud de Euskadi “Promoción de la Salud y Acción Comunitaria: Conductas saludables y adicciones. Reducción de inequidades en salud mediante un enfoque en determinantes sociales”.

Se recoge la metodología adoptada, y los resultados obtenidos. Se presentan 7 objetivos para los que se concretan 13 iniciativas y 13 indicadores. Seis de los objetivos se centran en reconocidos ejes de actuación de la promoción de la salud: la acción intersectorial, el fomento de entornos saludables, la acción comunitaria, la educación para la salud, la reorientación del sistema sanitario hacia la promoción y la reducción de desigualdades. El séptimo objetivo está orientado a la atención de personas con adicciones.

El enfoque seguido en esta línea estratégica se alinea con valores y principios del Sistema Público de Salud adoptados por el Pacto Vasco de Salud como son la universalidad, solidaridad y equidad, así como la participación, la anticipación, la prevención y la respuesta a las necesidades de la población.

Los objetivos definidos en esta línea estrategia son pilares fundamentales en el ámbito de la salud pública.

2. Introducción

La salud de las personas está condicionada por las características biológicas, y por las circunstancias en las que nacen, crecen, viven, trabajan, se relacionan y envejecen. Estas circunstancias vienen determinadas, a su vez, por factores políticos, socioeconómicos, educativos, culturales, ambientales, sanitarios, laborales..., que se les conoce como determinantes sociales de la salud, y que pueden influir de forma positiva o negativa en la salud y el bienestar de las personas.

La promoción de la salud abarca tanto acciones destinadas a fortalecer las habilidades y capacidades individuales como aquellas orientadas a modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales que inciden tanto en la salud individual como en la colectiva. Además, contribuye a la equidad en salud, ya que busca abordar las desigualdades en salud que existen en las comunidades para que todas las personas, independientemente de su situación social, tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo su potencial en salud.

Para definir los objetivos de esta línea se han tomado en consideración las 5 estrategias propuestas en la Carta de Ottawa para el éxito en la promoción de la salud:

- la elaboración de políticas públicas saludables;
- la creación de espacios y ámbitos favorables a la salud;
- el refuerzo de la acción comunitaria;
- el desarrollo de aptitudes personales;
- y la reorientación de los servicios de salud.

La evidencia demuestra que los métodos que integran las 5 estrategias son más eficaces que los centrados en un solo campo. A su vez, diversos escenarios, como municipios y comunidades locales, junto con sus escuelas, lugares de trabajo y centros de salud, ofrecen oportunidades prácticas para poner en práctica estas estrategias de manera integral.

Al documento se suma un objetivo específico dirigido a la atención a personas con adicciones, así como otro relativo a la equidad y la reducción de las desigualdades. A destacar que la reducción de las desigualdades es un objetivo transversal que debe estar presente en todas las iniciativas propuestas.

3. Metodología y enfoque

La metodología de trabajo seguida ha sido la siguiente:

1. Fase inicial de documentación y propuesta de objetivos:

El equipo dinamizador elaboró y compartió, con las 28 personas del listado de personas del grupo de trabajo, un documento sobre los fundamentos de la promoción de la salud, los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. Asimismo, presentó una revisión documental identificando normativas, planes y programas relevantes. Esta revisión incluía además una primera propuesta de cinco objetivos.

2. Primera reunión telemática. Revisión y definición de objetivos:

Se conectaron 17 personas. Durante la reunión se analizaron los documentos previos y el grupo se centró en la definición de los objetivos. Con las aportaciones de las personas asistentes, los objetivos iniciales fueron completados y matizados, y se añadieron dos nuevos objetivos.

3. Recogida de propuestas de iniciativas

En una segunda fase, se invitó por correo electrónico a las personas integrantes del grupo a proponer iniciativas concretas orientadas a alcanzar cada uno de los objetivos definidos. Se recibieron un total de 205 iniciativas propuestas.

4. Síntesis

El equipo dinamizador elaboró, para cada objetivo, una lista de iniciativas más acotada, agrupando las iniciativas similares y manteniendo el resto tal y como habían sido formuladas, siempre que estuvieran alineadas con el ámbito del objetivo correspondiente. Así se llegó a una lista final de 62 iniciativas.

5. Priorización de iniciativas

Posteriormente, se envió un formulario on line al grupo de trabajo para poder priorizar las iniciativas mediante una escala tipo Likert, con valores del 1 al 5 (nada prioritaria, poco prioritaria, prioritaria, bastante prioritaria, muy prioritaria). En este proceso participaron 16 personas.

A partir del resultado, se seleccionaron las dos iniciativas de cada objetivo con mayor puntuación media recibida.

6. Propuesta de informe

Se elaboró una propuesta de informe, incluyendo las dos iniciativas más votadas de cada objetivo junto con una primera propuesta de indicadores. Esta propuesta se compartió con el grupo por correo electrónico, invitándoles a hacer aportaciones y sugerencias.

7. DAFO

Junto con el informe, se solicitó al grupo la realización de un análisis DAFO del resultado.

En este análisis participaron 6 personas.

8. Segunda reunión telemática para cierre de informe

El día 27 de mayo se llevó a cabo una reunión telemática para la revisión final del informe. En esta reunión participaron 6 personas además del equipo dinamizador.

4. Valoración y opiniones

Valoración de la participación:

- Los objetivos fueron tratados y consensuados en una reunión telemática con alta asistencia (17 personas)
- El grupo definió numerosas iniciativas de actuación. La priorización de iniciativas (formulario on line), se realizó con una participación alta (16 personas)
- Tanto en el DAFO como en la reunión de cierre del informe la participación fue escasa (6 personas). Cuatro personas declinaron participar en el DAFO por considerar que el análisis debía haberse realizado con anterioridad.

Una persona del grupo opinó que el tema planteado es demasiado complejo como para resolverlo en el corto plazo de tiempo planteado. Manifestó desconocer las lógicas del pacto, pero dudaba de que en estas condiciones se pueda llegar a un resultado que realmente contribuya a la evolución de la promoción de la salud y a la reformulación del sistema de salud.

La opinión anterior tuvo adhesiones. Cuatro participantes más también manifestaron su desacuerdo con el procedimiento seguido, señalando que el periodo de trabajo ha limitado el proceso y que las oportunidades de participación e interacción han sido insuficientes.

5. Resultados

a) análisis DAFO

DEBILIDADES

- 1** Falta de coordinación intersectorial. La ejecución efectiva depende de la coordinación entre múltiples sectores y niveles.
- 2 Complejidad operativa.** Múltiples estructuras y programas que pueden saturar la capacidad técnica.
- 3** Desigual capacidad de los municipios para trabajar y ofrecer servicios para la promoción de la salud.
- 4 La polarización social y la desconfianza** en las instituciones puede **dificultar la participación ciudadana.**
- 5** Imprescindible el compromiso político para una participación real y no simbólica de la ciudadanía.
- 6** Poco desarrollo de la Salud Pública y falta de referentes.

AMENAZAS

- 1** Recursos limitados frente a la magnitud y complejidad del problema.
- 2** Necesaria la coordinación institucional e intersectorial frente a la fragmentación de las intervenciones.
- 3** Las desigualdades estructurales limitan las opciones personales frente a las conductas.
- 4** Necesaria la preparación del personal. **Brechas en la capacidad de profesionales.**
- 5** La publicidad y el marketing comercial sobre opciones no saludables.
- 6** Aparición de nuevas formas de adicción y conductas de riesgo.
- 7 El aumento de la demanda asistencial** puede desviar **recursos** desde la promoción hacia la prevención.

FORTALEZAS

- 1 Evidencia creciente sobre buenas prácticas y disponibilidad de herramientas y metodologías validadas por organismos internacionales.
- 2 Mayor conciencia social sobre la importancia de la salud.
- 3 Existencia de un **marco normativo favorable**, Ley de Salud Pública de Euskadi, Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud o Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.
- 4 Cercanía de la red de Atención Primaria a la población.
- 5 Existencia de fondos europeos para programas y proyectos innovadores en promoción de la salud.
- 6 Tendencias de **organismos internacionales** como la OMS sobre la influencia de los **determinantes sociales** en la salud y en las **desigualdades en salud**.

OPORTUNIDADES

- 1 Las alianzas entre agentes comunitarios amplían el impacto de los programas. Enfoque integral y transversal. Contemplar la salud como responsabilidad de todas las políticas públicas en línea con la estrategia **de Salud en Todas las Políticas**.
- 2 La creación de una estructura estable de coordinación reforzará la colaboración interinstitucional.
- 3 Disponer de **espacios de gobernanza local**, mesas de diálogo y consejos de salud, favorece el empoderamiento de las comunidades para trabajar sobre sus propias necesidades.

b) Objetivos*, iniciativas e indicadores

*(El número asignado al objetivo no indica nivel de priorización)

OBJETIVO 1: "Garantizar la colaboración institucional en todos los niveles de cara a asegurar la integración de la perspectiva de salud en todas las políticas. "	
INICIATIVAS 1.1 Constituir una estructura estable de coordinación intersectorial e interinstitucional (departamentos del Gobierno Vasco, Osakidetza, diputaciones y ayuntamientos) con órganos de gobernanza y equipos técnicos operativos a distintos niveles, que garanticen la integración de la perspectiva de la salud en todas las políticas, mediante la planificación conjunta y la evaluación de sus impactos en salud. 1.2 Fomentar la participación ciudadana en las políticas relacionadas con la salud.	INDICADORES Número de reuniones de la Comisión Interinstitucional de SP y del Consejo de Salud Pública (Ley SP de Euskadi):
OBJETIVO 2: "Promover la creación de espacios y ámbitos favorables a la salud"	
INICIATIVAS 2.1 Establecer una gobernanza y coordinación institucional para facilitar y materializar estrategias orientadas a la creación de entornos favorables a la salud tanto en el ámbito urbano, laboral, escolar como sanitario. 2.2 Elaborar y difundir guías técnicas o manuales de referencia que definan criterios específicos para la identificación, evaluación y promoción de estos entornos saludables (centros de trabajo, centros educativos, hospitales, centros de salud, planificación urbana en barrios y municipios...)	INDICADORES Número de guías elaboradas y difundidas que definan criterios específicos para la identificación, evaluación y promoción de estos entornos saludables

OBJETIVO 3:	
“Crear estructuras y estrategias que impulsen la acción comunitaria local y faciliten la interlocución entre administraciones y agentes comunitarios”	
INICIATIVAS	INDICADORES
3.1 Crear órganos de participación y gobernanza comunitaria en salud. Mesas de diálogo/consejos de salud locales o comarcales, integrados por representantes de la administración local, centros de salud, comunidad educativa, organizaciones sociales y especialmente colectivos en situación de vulnerabilidad. [Órganos que constituyan espacios de trabajo colaborativo, de toma de decisiones compartidas, con funciones como la identificación de necesidades locales, la elaboración de planes de acción comunitaria en salud y el diseño de intervenciones participativas con enfoque en determinantes sociales y criterios de equidad]	Diseño de una estrategia/ marco para creación y reconocimiento de mesas de diálogo/ consejos de salud locales (SI/NO)
3.2 Promover la participación y el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud, reconociéndola como agente clave en el diseño, evaluación y mejora continua de las estrategias, para asegurar respuestas más efectivas, realistas y motivadoras.	

OBJETIVO 4:	
“Promover la educación para la salud de la ciudadanía: proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas que mejoren y mantengan la salud individual y colectiva, en las diferentes etapas de la vida”	
INICIATIVAS	INDICADORES
4.1 Garantizar en los municipios servicios locales de salud que, en colaboración con centros sanitarios y agentes comunitarios, impulsen programas y actividades de educación para la salud y generen espacios participativos para resolver dudas ciudadanas sobre temas de interés.	Número y % de municipios con servicios de información y programas de formación en salud
4.2 Implementar programas educativos integrales en escuelas y centros educativos que fomenten habilidades para la vida que ayuden a la toma de decisiones informadas desde la infancia y la adolescencia.	

OBJETIVO 5:

“Mejorar los servicios de atención a las personas con adicciones independientemente de su condición”

INICIATIVAS

5.1 Fomentar centros y prácticas de atención integral dirigidas a personas con **adicciones** (con y sin sustancia) que tengan en cuenta criterios adicionales de **vulnerabilidad**, aplicando **itinerarios personalizados** para las características de cada persona.

INDICADORES

Número de itinerarios de atención integrada definidos e implantados

OBJETIVO 6:

“Reorientar tanto el Sistema Sanitario como el Sistema de Salud Pública de Euskadi hacia la promoción de la salud”

INICIATIVAS

6.1 Incrementar los recursos y el presupuesto para la **promoción de la salud**.

6.2 Intensificar el enfoque de la **Atención Primaria**, como eje del sistema sanitario, hacia la **promoción** de la salud y la investigación en este campo.

[Es clave fortalecer los equipos con recursos humanos multidisciplinares, infraestructura y tecnologías adecuadas y promover alianzas con otros sectores para abordar los determinantes sociales]

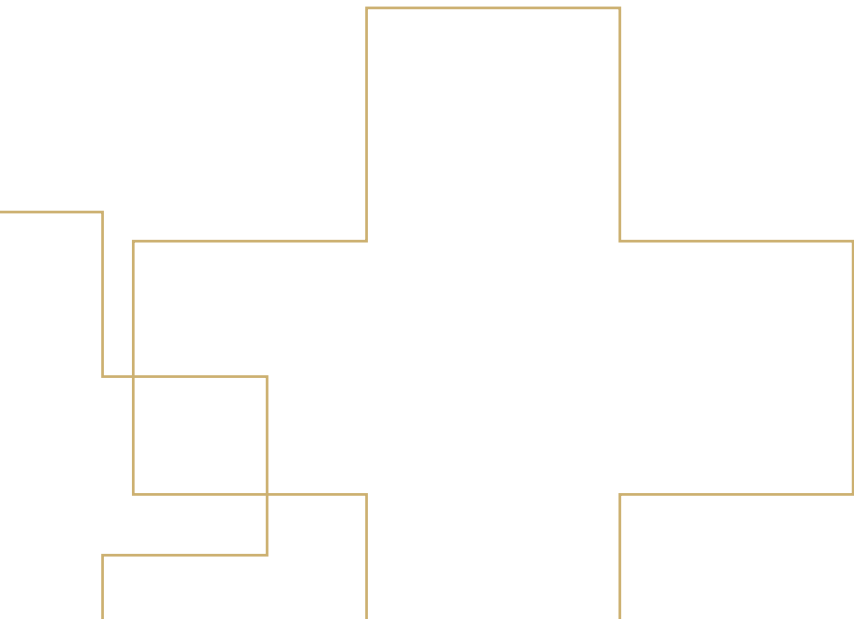
INDICADORES

Presupuesto anual del Departamento de Salud dedicado a actuaciones para la promoción de la salud

OBJETIVO 7: "Reducir las desigualdades sociales en salud".	
INICIATIVAS	INDICADORES
7.1 Implementar políticas y estrategias que garanticen el acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad. [Esto incluye la mejora de la cobertura sanitaria universal, la eliminación de barreras económicas (como copagos o costos excesivos de servicios) y la creación de servicios de salud cercanos a las comunidades más vulnerables, como áreas rurales o zonas urbanas marginalizadas]	Acceso universal (SI/NO)
7.2 Llevar a cabo una discriminación positiva hacia las personas en situación de vulnerabilidad respecto al acceso a vivienda, empleo, educación o alimentación. Incorporación de la estrategia de Salud en Todas las Políticas, reconociendo que actuar sobre los determinantes sociales es clave en la reducción de las desigualdades de salud.	Implantación de herramientas y elaboración de directrices que integren criterios de salud y equidad en la planificación y ejecución de las políticas públicas (SI/NO).

II. ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD





Integrantes del grupo de trabajo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Amaia Apraiz Zarandona• Begoña Villas Miguel• Blanca Roncal Azanza• Carmela Mozo Avellaneda• Crescente Martínez Ortega• Diana Calvo Carrasco• Gaizka Camarón Alonso• Gregorio Mediavilla Tris• Gurutze Gastaminza Graña• Ignacio Elias Pérez• Irina Rabalo Navarro• José Manuel Llamazares Medrano• Juana María Sáenz• Natxo Ruiz | <ul style="list-style-type: none">• Pedro Carrascal• Larraitz Arriola Larrarte• Latxe Uranga• Edurne Agirre• Leire Peña Belarra• Lorena Otaola Alegria• Luis Angel Gallo Estrada• Maritxu Muñoa Capron-Manieux• Rocío Matías Blanco• Sonja Massimo• Begoña Rueda• Silvia Sáez de Vicuña• Ana Goyenechea Herrero• Asier Muñoz |
|--|---|

Dinamizadoras:

Aitziber Barandiaran Igoa
Isabel Malmierca Garcia
Magdalena Presmanes Losada

Contenido

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción
3. Metodología y enfoque
4. Análisis situacional
5. Objetivos, propuestas e indicadores

1. Resumen ejecutivo

La Atención Primaria es el eje referencial fundamental en el sistema de salud para las personas y su entorno y, como tal, debe adaptarse con urgencia a los nuevos retos demográficos y asistenciales con el fin de orquestar una atención de calidad que dé respuesta a las todas las necesidades de salud de la población en todas sus esferas vitales (atención integral e integrada desde un abordaje bio-psico-social-espiritual y coordinado con agentes sanitarios y sociales).

Los objetivos y acciones consensuados en esta línea de trabajo han sido abordados desde la perspectiva de la equidad, el acceso universal, la longitudinalidad, la continuidad asistencial y la sostenibilidad del sistema y marcan las 7 líneas principales que deben de desarrollarse para dar respuesta a los grandes retos a los que ya nos enfrentamos.

Estos objetivos se pueden agrupar en tres bloques principales relacionados con la gobernanza colaborativa y la estructura de los equipos, la potenciación de las características principales de la Atención Primaria como núcleo organizador del sistema y las necesidades de formación de los y las profesionales para poder desarrollar su papel de acompañamiento y prestación de cuidados personalizados y adaptados a las necesidades y creencias de cada persona.

Obviamente, el documento acordado es un punto de partida ya que, prácticamente cada objetivo podría ser una línea de trabajo en sí misma, pero recoge de forma sintética las claves para reorientar el sistema público de salud hacia la proactividad, los resultados en valor y centrándose en los cuidados, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de la mano de la ciudadanía y del resto de agentes políticos, sanitarios y sociales.

2. Introducción

La Atención Primaria tiene un gran potencial para guiar a los sistemas de salud a la consecución de buenos resultados, de forma equitativa y a un coste razonable y sostenible. De hecho, en Euskadi, desde el inicio de su reforma en la década de los 80, ha jugado un papel fundamental en el sistema sanitario vasco, y ha desarrollado funciones imprescindibles para proporcionar a todas las personas que viven en Euskadi una asistencia de calidad.

Sin embargo, la evolución socio-demográfica de los últimos años que condiciona un envejecimiento de la población, un aumento de las enfermedades crónicas, un cambio en el modelo relacional y de cuidados, así como la diversificación de la perspectiva vital de las personas (coherente con la diversidad social con la que convivimos) pone de manifiesto la necesidad urgente de fortalecer y modernizar el abordaje de la salud de

las personas y de la comunidad, con la Atención Primaria como base estratégica, que cohesione y sustente todo el sistema de salud.

La universalidad, la solidaridad, la equidad y el respeto a la autonomía de las personas, valores centrales del Pacto de Salud, son y han sido los valores principales desde los que la Atención Primaria ha desarrollado y desarrollará su labor de acompañamiento desde el nacimiento hasta el fallecimiento de todas y cada una de las personas que viven en Euskadi.

El desarrollo de las líneas acordadas en el Pacto de Salud, poniendo a las personas en el centro y considerando a la Atención Primaria como verdadero eje vertebrador del sistema, lograrán el objetivo principal común de todas ellas: la mejora de la salud integral de la ciudadanía vasca.

3. Metodología y enfoque

El desarrollo de la línea de trabajo se ha basado en una combinación de métodos (fundamentalmente Delphi y grupo nominal) con el fin de consensuar tanto el diagnóstico de situación como los objetivos, propuestas e indicadores que marquen la hoja de ruta del fortalecimiento de la Atención Primaria.

El cronograma de trabajo ha sido el siguiente:

- **21 de marzo de 2025:** Presentación y envío de documentos marco para la tarea (Diagnóstico, principios y valores del Pacto y plan de salud de Euskadi 2020-2030)
- **26 de marzo de 2025:** Envío de convocatoria de reunión presencial y solicitud de reflexión sobre la situación actual de la Atención Primaria y expectativas del grupo de trabajo
- **1 de abril de 2025:** Reunión presencial para consenso del diagnóstico (DAFO) sobre propuesta elaborada con las aportaciones recibidas
- **1 de abril de 2025:** Envío del DAFO consensuado para priorización de cada agente participante
- **4 de abril de 2025:** Solicitud de reflexión en busca de objetivos basados en las priorizaciones del DAFO
- **14 de abril de 2025:** Envío de propuesta de objetivos y acciones basados en las reflexiones enviadas, junto con la Estrategia de Atención Primaria de Euskadi y el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad como documentos de apoyo
- **30 de abril de 2025:** Reunión presencial para consenso de objetivos, acciones y propuesta de indicadores

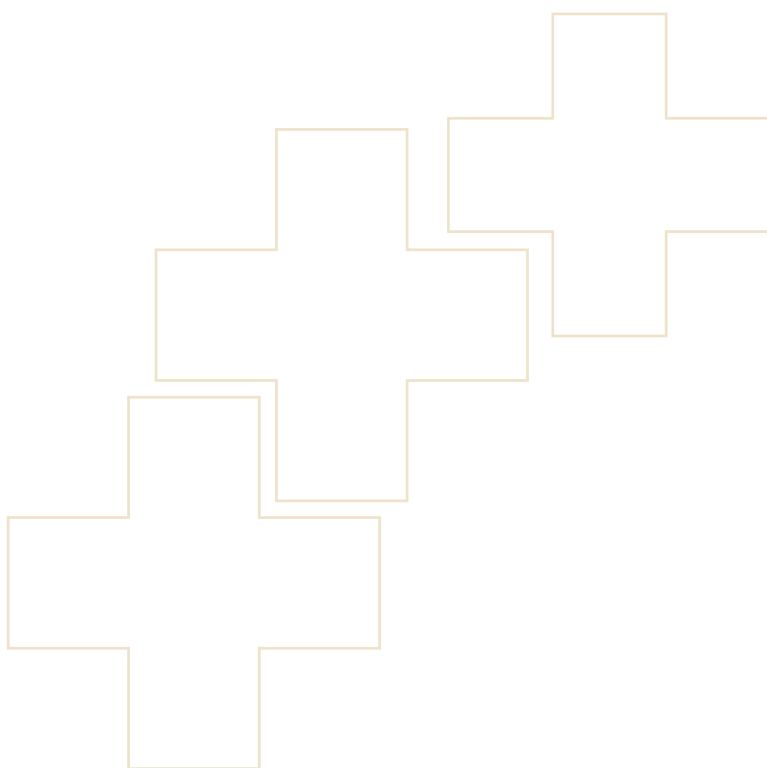
- **5 de mayo de 2025:** Envío de versión final de DAFO, objetivos, propuestas e indicadores
- **9 de mayo de 2025:** Reunión zoom para consenso final de lo enviado con todos los agentes que han participado en el grupo de trabajo.
- **12 de mayo de 2025:** Envío del documento final.

4. Análisis situacional

El siguiente cuadro recoge en un DAFO todas las impresiones recogidas en el grupo de trabajo, destacando las aportaciones más importantes remarcadas en **negrita** como las priorizaciones más votadas con el objetivo de ayudar en la creación de los objetivos finales y propuestas a trabajar:

DEBILIDADES

- 1 Escasez de coordinación efectiva entre los diferentes niveles asistenciales, equipos asistenciales y el PAC, con gran impacto en la continuidad de la atención del recurso tiempo. (10)**
- 2 Insuficiente integración efectiva entre Atención Primaria, otras instituciones, ciudadanía y tercer sector. (7)
- 3 Recursos humanos insuficientes, inadecuada gestión de los mismos, dificultades en la captación y retención de profesionales. (14)**
- 4 Escasez o inexistencia de determinados perfiles profesionales (psicología, trabajo social, óptica y optometría, ...) (13)**
- 5 Infraestructuras y tecnología desactualizadas en algunos centros de Atención Primaria. (0)
- 6 Escasa formación en nuevas tecnologías. Brecha digital. (1)
- 7 Exceso de carga administrativa que limita el tiempo de atención directa al paciente (4)
- 8 Poca capacidad de gestión autónoma de mandos intermedios y gestores. (5)
- 9 Falta de conocimiento teórico práctico de la Atención Primaria en la formación de los diferentes perfiles profesionales desde el pregrado. (4)
- 10** Carencia de liderazgo claro de políticas de Atención Primaria. (7)
- 11** Dependencia de modelos organizativos jerárquicos con cierta tendencia hospital centrista que limitan la participación de los profesionales. (4)
- 12** Débil implementación de estrategias de Salud comunitaria y prevención. (9)
- 13** Déficit de formación continuada ágil que dé respuesta a los nuevos retos sociales (4)



AMENAZAS

- 1 Envejecimiento de la población y aumento de enfermedades crónicas complejas que sobrecargan el sistema. (9)**
- 2 Desarrollo de patología crónica de forma precoz, aumento de problemas de Salud mental, cambio social del concepto enfermedad (tendencia a la medicalización de la vida), del modelo relación social u otros determinantes en salud. (11)**
- 3 Falta de presupuesto propio e inversión sostenida en Atención Primaria frente a otros niveles asistenciales, con necesidad de gestión y gobernanza propia. (11)**
- 4 Cambios políticos, legislativos y sociales que pueden afectar la estabilidad del sistema. (2)**
- 5 Dificultad para adaptarse a los nuevos cambios sociales y necesidades en salud de forma ágil. (5)**
- 6 Incremento de la demanda asistencial sin un crecimiento y distribución proporcional de los recursos. (9)**
- 7 Desigualdades territoriales en el acceso, los determinantes sociales y calidad de la Atención Primaria. (7)**
- 8 Dependencia de tecnologías y sistemas de información con problemas de interoperabilidad. (2)**
- 9 Pérdida de atractivo y prestigio de la Atención Primaria entre los diferentes perfiles profesionales. (9)**
- 10 Desgaste profesional y aumento de casos de burnout. (5)**
- 11 Escaso reconocimiento del impacto en salud de los integrantes del equipo de AP. (8)**

FORTALEZAS

- 1 Alta capacidad de resolución de la Atención Primaria en la gestión de patologías comunes y crónicas. (13)**
- 2 Proximidad y accesibilidad de los centros de salud a la población. (11)**
- 3 Profesionales altamente capacitados y comprometidos con la salud de la comunidad. (10)**
- 4 Importancia estratégica teórica de la Atención Primaria en el sistema de salud. (10)**
- 5 Capacidad de trabajo en equipos interdisciplinarios con participación de diferentes perfiles profesionales. (13)**
- 6 Capacidad para desarrollar modelos innovadores de gestión y atención sanitaria. (9)**

OPORTUNIDADES

- 1 Impulso de estrategias y herramientas de digitalización para mejorar la gestión y la atención sanitaria. (0)**
- 2. Necesidad e interés en fortalecer la Atención Primaria. (8)**
- 3. Incorporar nuevos perfiles profesionales en Atención Primaria. (13)**
- 4 Potencial para implementar estrategias de fidelización de profesionales. (7)**
- 5 Posibilidad de innovación en modelos de gestión y atención integral e integrada. (8)**
- 6 Cooperación con otros sectores para abordar determinantes sociales de la salud. (9)**
- 7 Creación de equipos interdisciplinarios que contemplen profesionales de referencias. (8)**
- 8 Desarrollo de estrategias de promoción y prevención de salud comunitaria en diferentes ámbitos (escolar, penitenciario...). (7)**
- 9. Diseño de modelos de dirección más participativos en los que estén representados todos los perfiles y agentes. (8)**
- 10 Llevar a su plenitud el derecho a la salud y atención sanitaria universal. (3)**
- 11 Reforzar la educación en salud dentro de la comunidad potenciando el desarrollo de modelos de atención centrados en el paciente y la Salud Comunitaria. (9)**

5. Objetivos, propuestas e indicadores

Objetivo 1. Desplegar un **modelo de gobernanza participativo** y centrado en las personas, con financiación específica, que potencie el liderazgo real de la atención primaria, favoreciendo la autonomía local para la adecuación de los objetivos y recursos a las necesidades de salud de la población de cada zona y a la evaluación de los mismos según los resultados en salud y la experiencia de pacientes y profesionales.

Propuestas:

- Reorganizar la estructura organizativa de forma que dote a la Atención Primaria de autonomía operativa y capacidad de gestión propia con presupuesto específico para ello.
- Crear órganos participativos en dicha estructura que garanticen la presencia de la voz del personal trabajador y la ciudadanía
 - **Indicador: % de Organizaciones Sanitarias con modelo de gobernanza participativa y autonomía local formalmente constituido y operativo**, que incluya financiación específica y mecanismos de evaluación según resultados en salud y experiencia de pacientes y profesionales.

Objetivo 2. Favorecer una **atención integral (bio-psico-social-espiritual) e integrada**, centrada en la persona y su familia/entorno, que dé respuesta efectiva a los nuevos retos asistenciales potenciando el abordaje interdisciplinar mediante la creación de equipos multidisciplinares para la mejora efectiva de la continuidad asistencial interniveles y sociosanitaria.

Propuestas:

- **Incluir nuevos perfiles profesionales** que den respuesta en cada momento a las necesidades de salud de la población creando para ello los puestos funcionales necesarios. (En este momento, se consideran necesarios profesionales de psicología, nutrición, óptica y optometría, especialidades de enfermería, administrativos/as en Salud).
- **Definir ratios en los diferentes perfiles profesionales** dependiendo de las necesidades locales (inmigración, índice Medea, cronicidad...), teniendo en cuenta el máximo desarrollo competencial de cada perfil para garantizar la equidad en el acceso a los recursos (En este sentido se considera necesario revisar las ratios de todas las categorías).
 - **Indicador: Tasa de adecuación de plantillas (ratio profesional por perfil/ población ajustada por necesidad)** por 1000 habitantes en cada zona básica de salud

Objetivo 3. Garantizar una **atención primaria accesible, universal y humana, disponible 24x7**, territorialmente equitativa, prestando especial atención a las zonas

rurales y a los colectivos más vulnerables, mediante la reorganización de recursos, dispositivos y modalidades asistenciales según las necesidades de salud locales

Propuestas:

- **Evaluar y diseñar el modelo de atención integral continuada y coordinada** en atención primaria.
- **Dimensionar y coordinar los equipos de los centros de salud y PAC** para optimizar sinergias y coordinar recursos y actores.
- **Indicador: Grado de diseño, implementación y evaluación del modelo de atención integral continuada que garantice la equidad territorial y la presencia en zonas vulnerables.**

Objetivo 4. Garantizar la adecuación de las plantillas a las necesidades locales, favoreciendo el máximo desarrollo competencial de los diferentes perfiles profesionales, para permitir un abordaje interdisciplinar y **favorecer la longitudinalidad** de la asistencia mediante una estrategia sostenible de recursos humanos.

Propuestas:

- Incluir **indicadores de longitudinalidad** como gestión de calidad
- **Favorecer adherencia/incentivar permanencia de los equipos:** gestión proactiva de las vacantes de AP y evitación de rotaciones frecuentes (centros y turnos)
- **Indicador: Diseño e implementación de un cuadro de mando de indicadores de longitudinalidad.**

Objetivo 5. Potenciar un modelo de atención proactivo frente al modelo reactivo actual, que se adelante y adapte a las necesidades de los diferentes colectivos y perfiles poblacionales, teniendo en cuenta los determinantes de salud, orientado a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que se apoye e integre en la comunidad, favoreciendo la participación, la corresponsabilidad, el empoderamiento de la ciudadanía y fortaleciendo los vínculos con la comunidad

Propuestas:

- **Potenciar la participación en la intervención comunitaria con los agentes locales** reservando recursos humanos y tiempo para ello.
- **Diseñar acciones por parte de Salud Pública en promoción/ prevención y atención a la enfermedad** en coordinación con Atención Primaria y el resto de los agentes de salud.
- **Indicador: Nº acciones comunitarias diseñadas, implementadas y evaluadas de forma coordinada por los agentes de salud/año (mínimo 2).**

Objetivo 6. Mejorar la eficiencia del sistema mediante la gestión avanzada de la demanda y el aumento de la capacidad de resolución autónoma de todos y cada uno de los perfiles profesionales, con la adecuada relación entre estructuras sanitarias y sociosanitarias.

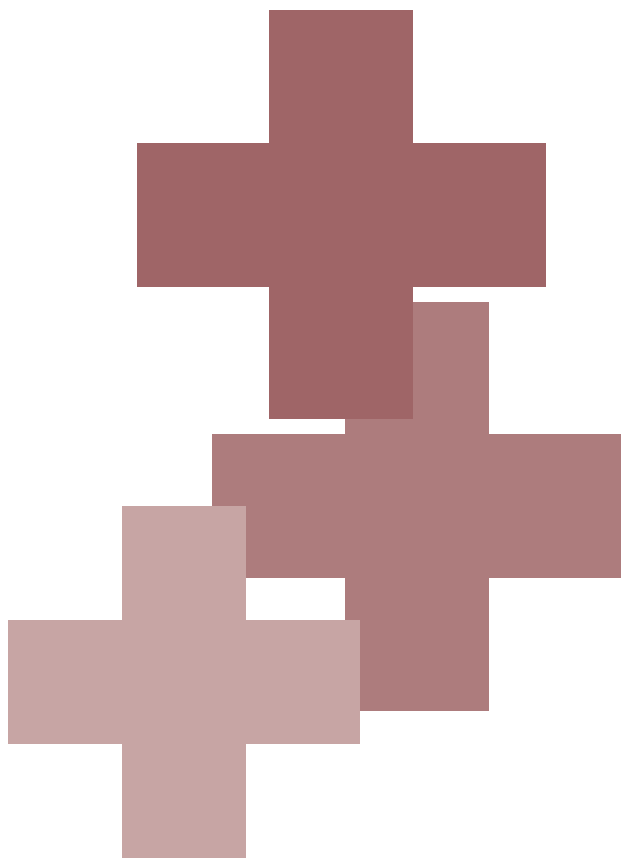
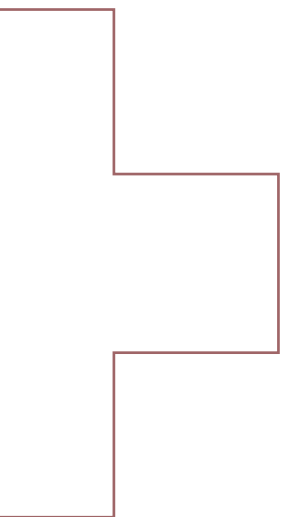
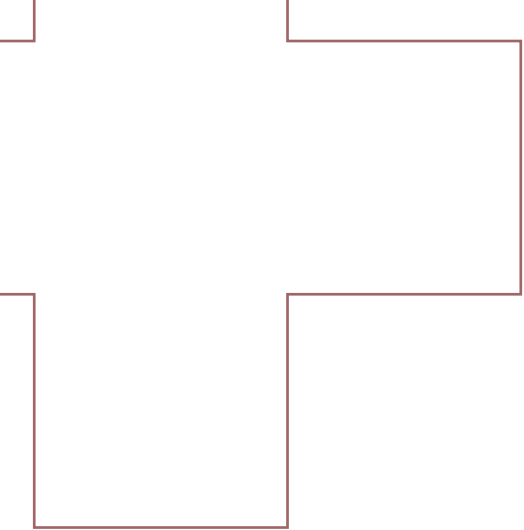
Propuestas:

- **Mejorar la capacidad diagnóstico-terapéutica** de la atención primaria potenciando el máximo desarrollo de competencias de cada perfil profesional, acompañadas de campañas para el uso responsable de los recursos sanitarios y sociosanitarios.
- **Simplificar** las labores administrativas, desarrollar la interoperabilidad con otros sistema y agentes e identificar acciones que no aportan valor para eliminarlas.
- **Indicador: % de protocolos definidos de resolución autónoma implementados por perfil profesional/año**

Objetivo 7. Elaborar una estrategia de formación pre y post grado (formación continuada) para todos los perfiles profesionales relacionados con el ámbito de la atención primaria, con enfoque práctico, que favorezca el conocimiento de la misma, la visión generalista de la persona en sus diferentes etapas vitales, así como el desarrollo competencial de los y las profesionales en contenidos clave como cronicidad, final de vida, enfoque comunitario, comunicación, violencia género (VG) o salud mental, entre otros, dotando a los profesionales de herramientas prácticas para ello.

Propuestas:

- Incluir y facilitar la **formación teórico-práctica** en familiar y comunitaria de forma **obligatoria** en los diferentes **grados y postgrados** relacionados tanto en el ámbito público como en el privado.
- Facilitar la **formación continuada** de los equipos de atención primaria, especialmente en aspectos clave de la misma (salud mental, cronicidad, final de vida, comunicación, VG, desprotección de menores, conceptos legales...).
- **Indicador: % de profesionales de Atención Primaria (por perfil) que completan anualmente formación acreditada en contenidos estratégicos.**



5.

PATOLOGÍAS

TIEMPO-DEPENDIENTES:

Optimización de la respuesta asistencial
en condiciones en las que el tiempo tiene
una relación directa con la supervivencia
y la discapacidad

Integrantes del grupo de trabajo:

- Gracia Garijo,
- Juan Timiraos
- Esther Ortiz de Zárate
- Ana Pontón
- Arrate Zumeta
- Esther Pulido
- Jesús M^a Armentia
- Iban Arrien
- Amaia López
- Blanca Roncal
- Iñaki Gutiérrez
- Macarena Marcos
- Sonia del Río
- Félix Zubia
- Karlos Ibarguren
- Ander Añibarro
- Imanol Alcalde
- Marta Alaña
- Iratxe Beitia

Dinamizadoras:

Iñaki Bilbao Villasante
Covadonga Fernández Maiztegi

Contenido

1. Resumen ejecutivo

- a. Síntesis del contenido
- b. Impacto y relevancia

2. Introducción

- a. Contexto general
- b. Marco contextual y principios rectores
- c. Alcance

3. Metodología y enfoque

- a. Enfoque metodológico
- b. Fases del proceso
- c. Criterios de priorización
- d. Fuentes de información

4. Análisis situacional

- a. Análisis DAFO resumido

5. Objetivos estratégicos

6. Propuestas de acciones e indicadores por objetivo

1. Resumen ejecutivo

a. Síntesis del contenido

Este documento recoge el trabajo colaborativo del grupo responsable de la línea estratégica sobre patologías tiempo-dependientes en Euskadi, dentro del marco del Pacto por la Salud. Las patologías tiempo-dependientes —como el ictus, el infarto agudo de miocardio, el trauma grave, la sepsis o el estatus epiléptico— requieren una respuesta clínica organizada, rápida y eficaz, ya que el tiempo influye directamente en la supervivencia y la recuperación funcional de los pacientes.

b. Impacto y relevancia

El grupo ha identificado fortalezas del sistema, retos organizativos y oportunidades de mejora, formulando propuestas estratégicas orientadas a reforzar los códigos ya existentes, incorporar nuevas patologías al modelo organizativo, y mejorar la coordinación y calidad asistencial. Esta estrategia busca garantizar una atención equitativa, eficiente y centrada en la persona, integrando los valores del Pacto por la Salud y alineándose con una visión de salud pública integral y preventiva.

2. Introducción

a. Contexto general

La atención a patologías tiempo-dependientes es un ámbito prioritario en el que la rapidez y la coordinación de la respuesta sanitaria resultan determinantes. El sistema vasco de salud cuenta con experiencias exitosas en códigos como el Ictus o el IAM, pero persisten desigualdades en la atención y ausencia de estructuras formales de atención prioritaria para otras patologías críticas tiempo-dependientes como el trauma grave, la parada cardíaca, el estatus epiléptico o la sepsis.

Este documento tiene como objetivo establecer un marco común para identificar, organizar y mejorar la atención a estas patologías. Las líneas estratégicas propuestas buscan garantizar una respuesta efectiva, incorporar nuevas patologías con abordaje tiempo-dependiente, fortalecer la red asistencial y reducir la morbimortalidad. Todo ello desde un enfoque preventivo, basado en evidencias, y adaptado a la diversidad del sistema.

b. Marco contextual y principios rectores

El abordaje de las patologías tiempo-dependientes se inscribe en el marco estratégico del Pacto de Salud del Gobierno Vasco, así como en las directrices nacionales en

materia de calidad asistencial, equidad y sostenibilidad. Los principios clave que guían esta estrategia incluyen:

- Acceso universal: atención inmediata y sin barreras.
- Calidad asistencial: intervenciones seguras, eficaces y centradas en la persona.
- Eficiencia y sostenibilidad: uso óptimo de recursos y equidad en su distribución.
- Evaluación continua: mediante indicadores orientados a resultados.
- Innovación y formación continuada: actualización de competencias y tecnología.
- Multilingüismo y equidad cultural: atención adaptada a la diversidad.

Además, se subraya la importancia de un enfoque preventivo y predictivo, especialmente en patologías con alta carga prevenible como las cardiovasculares y el trauma, así como la necesidad de organización en red, con centros de referencia, rutas asistenciales predefinidas y categorización de centros según su capacidad resolutive.

c. Alcance

El ámbito de aplicación de esta estrategia abarca todos los niveles del sistema sanitario de Euskadi: servicios de emergencias extrahospitalarias, atención hospitalaria, salud pública y coordinación interinstitucional. También se incluyen dimensiones clave como la formación profesional, la gestión de recursos, el desarrollo de infraestructuras críticas, la recogida de datos clínicos y la participación comunitaria en acciones de prevención y promoción.

Se propone su implementación gradual los próximos años, con objetivos medibles, estructuras de evaluación continua, y alineación con el marco del Pacto por la Salud, de modo que contribuya a mejorar la equidad territorial, la eficiencia operativa y la calidad asistencial en situaciones tiempo-dependientes.

3. Metodología y enfoque

a. Enfoque metodológico

El desarrollo de esta línea estratégica se ha basado en una metodología participativa, estructurada y basada en la evidencia, combinando el análisis técnico con el conocimiento experto. Se ha seguido un enfoque mixto:

- Análisis DAFO: nos ha permitido identificar los factores internos y externos que condicionan la atención a estas patologías.

- Método Delphi: técnica de consenso para la priorización de objetivos y propuestas estratégicas, asegurando un enfoque reflexivo y plural.

b. Fases del proceso

- 1 Revisión documental y diagnóstico inicial.
- 2 de trabajo presencial: Análisis DAFO en cascada.
- 3 Proceso Delphi: evaluación de relevancia y viabilidad, retroalimentación y ajuste.
- 4 Síntesis de resultados y consenso final en reunión nominal online.

c. Criterios de priorización

- Impacto en resultados de salud.
- Equidad territorial y poblacional.
- Viabilidad de implementación en el corto-medio plazo.
- Nivel de consenso en el panel de personas expertas.
- Alineación con políticas sanitarias vigentes.

d. Fuentes de información

Plan de Salud de Euskadi 2030, Diagnóstico del Plan de Salud, Valores y Principios del Pacto de Salud, Plan Estratégico Osakidetza 2023-25, Plan de Atención al Ictus de Euskadi, Estrategia en Ictus del SNS, Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS, Protocolo Código Infarto, Red Bihotzez, Osakidetza. Think Tank: hacia la mejora de la atención del paciente traumático grave.

4. Análisis situacional

El análisis situacional de la atención a las patologías tiempo-dependientes en Euskadi refleja un sistema con importantes activos, pero también con retos significativos que comprometen la equidad, la eficiencia y la calidad asistencial.

Códigos existentes

- IAM (Infarto Agudo de Miocardio): Código consolidado, con rutas definidas, centros de referencia identificados y una reducción demostrada de la mortalidad del 4%.
- Ictus: Consolidado y prioritario. Dispone de red de centros nivel 3 y 4 organizados a nivel territorial. Se ha implementado con éxito la trombectomía mecánica como técnica principal.

Otras patologías tiempo dependientes no incluidas en un modelo organizativo de código:

- Trauma grave: Necesidad ampliamente reconocida, sin estructura de código implementada.
- Parada cardiorrespiratoria: Patología de resultados bien diferenciados en relación con tiempos de reconocimiento, reanimación y cuidados postparada.
- Sepsis: Condición con alta criticidad temporal, aún sin ruta asistencial ni institucionalización formal.
- Crisis convulsiva prolongada (estatus epiléptico): Patología con fuerte evidencia de beneficio del tratamiento precoz, en fase de implementación a nivel nacional e internacional.

a. Análisis dafo resumido

Debilidades: Falta de coordinación entre niveles, desigualdad territorial, escasez de profesionales, rutas de asistencia poco definidas, privatización parcial y carencias logísticas entre otras.

Amenazas: Saturación del sistema, falta de especialistas, cultura insuficiente de trabajo en equipo, decisiones políticas desalineadas, desigualdades entre ciertas zonas territoriales, agresiones a profesionales crecientes entre otras.

Fortalezas: Códigos ya implantados, motivación profesional, sistema sanitario público bien dotado, tecnología disponible, red territorial densa, e implicación ciudadana entre otras.

Oportunidades: Desarrollo tecnológico, posibilidad de un plan estratégico a largo plazo, especialidad de urgencias y emergencias, mayor visibilidad profesional, atención humanizada y participación social entre otras.

5. Objetivos estratégicos

A partir del diagnóstico situacional, el análisis DAFO y el proceso de consenso profesional, se han definido seis objetivos estratégicos para mejorar la atención a las patologías tiempo- dependientes en Euskadi.

Objetivo 1. EQUIDAD EN LA ATENCIÓN Consenso **88%** (muy de acuerdo o completamente de acuerdo)

Garantizar que todos los pacientes reciban **una atención sanitaria equitativa** en patologías tiempo-dependientes, sin importar su lugar de residencia o condición

Patologías Tiempo-Dependientes: Optimización de la respuesta asistencial en condiciones en las que el tiempo tiene una relación directa con la supervivencia y la discapacidad

social, asegurando unos **tiempos de respuesta definidos** y una **calidad asistencial uniforme** en todo el territorio.

Objetivo 2. GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL Consenso **87%** (muy de acuerdo o completamente de acuerdo)

Homogeneizar la atención de las patologías tiempo-dependientes mediante la implementación de **códigos de actuación inmediata y circuitos asistenciales** que aseguren una **atención de calidad, eficiente y segura**.

Objetivo 3. FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN
Consenso **87,5%**

Asegurar que el personal implicado en la atención a patologías tiempo-dependientes haya completado **formación específica** por perfil profesional, mediante la **creación de itinerarios formativos integrados y continuos** en colaboración con los centros **docentes y asistenciales**.

Objetivo 4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED Consenso **87,7%**

Fortalecer la **coordinación** entre todos los niveles asistenciales y profesionales involucrados en la atención de patologías tiempo-dependientes, promoviendo el **trabajo en red** y centrado en la persona.

Objetivo 5. MEDICIÓN, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUA Consenso **85,7%**

Desarrollar una **infraestructura** que permita la mejora continua en la atención de patologías tiempo-dependientes, incorporando sistemas de recogida de **datos**, medición de **resultados** y áreas específicas para la **investigación** y toma de **decisiones proactivas**.

Objetivo 6. PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA
Consenso **92%**

Desarrollar e implementar **políticas y programas de prevención y promoción de la salud** basadas en información obtenida sobre factores precipitantes de patologías tiempo-dependientes, involucrando a la ciudadanía, agentes sociales y profesionales desde un **enfoque comunitario**.

6. Propuestas de acciones e indicadores por objetivo

En la siguiente tabla se presenta una propuesta de acciones e indicadores por objetivo.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5.			
Atención a las patologías tiempo-dependientes			
Objetivo estratégico	Desarrollo	Acciones	Indicadores
OE1. EQUIDAD EN LA ATENCIÓN	Garantizar que todos los pacientes reciban una atención sanitaria equitativa en patologías tiempo-dependientes, sin importar su lugar de residencia o condición social, asegurando unos tiempos de respuesta definidos y una calidad asistencial uniforme en todo el territorio.	A1.1 Diseñar una red asistencial que minimice vacíos, asegurando que todos los usuarios, incluyendo pediátricos, mujeres y población rural, tengan igualdad de oportunidades en prevención, tratamiento y recuperación.	% de población cubierta por servicios de urgencia a menos de 30 minutos .
		A1.2 Implementar protocolos homogéneos que aseguren tiempos de respuesta y atención estandarizados en todas las zonas del territorio, incluidas las rurales y menos pobladas.	N° de códigos activados por 100.000 habitantes en zonas rurales vs urbanas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5.

Atención a las patologías tiempo-dependientes

Objetivo estratégico	Desarrollo	Acciones	Indicadores
OE2. GESTIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL	Homogeneizar la atención de las patologías tiempo-dependientes mediante la implementación de códigos de actuación inmediata y circuitos asistenciales que aseguren una atención de calidad, eficiente y segura .	A2.1 Definir de forma consensuada las patologías tiempo-dependientes prioritarias y establecer los correspondientes circuitos asistenciales con tiempos definidos de actuación. A2.2 Conformar grupos de trabajo multidisciplinarios para el diseño y actualización de protocolos estandarizados y elaborar planes de formación específicos.	> 90% de los centros con protocolo implementado en los 12 meses siguientes a la instauración del código
OE3. FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y PROFESIONALIZACIÓN	Asegurar que el personal implicado en la atención a patologías tiempo-dependientes haya completado formación específica por perfil profesional, mediante la creación de itinerarios formativos integrados y continuos en colaboración con los centros docentes y asistenciales .	A3.1. Desarrollar programas de formación continua para profesionales de todas las categorías y niveles, centrados en el reconocimiento precoz, abordaje y coordinación ante emergencias tiempo-dependientes incluyendo habilidades clínicas, trabajo en equipo y liderazgo. A3.2 Promover el empoderamiento del personal mediante la mejora de condiciones laborales, participación activa en grupos de trabajo y liderazgo participativo.	> 80% del personal implicado en urgencias tiempo-dependientes con formación específica por perfil profesional antes del 31 de diciembre de 2026 .

<div>LÍNEA ESTRATÉGICA 5.</div> <div>Atención a las patologías tiempo-dependientes</div>			
Objetivo estratégico	Desarrollo	Acciones	Indicadores
OE4. COORDINACIÓN Y TRABAJO EN RED	Fortalecer la coordinación entre todos los niveles asistenciales y profesionales involucrados en la atención de patologías tiempo-dependientes, promoviendo el trabajo en red y centrado en la persona.	<p>A4.1 Creación de una red de colaboración entre profesionales de distintas especialidades y niveles asistenciales (AP, hospitales, emergencias, sociosanitarios y agentes no sanitarios) que trabaje de manera coordinada en la atención de estas patologías y que incluya representación de la ciudadanía.</p> <p>A4.2 Impulsar la coordinación y comunicación entre profesionales y centros mediante herramientas compartidas y reuniones periódicas de seguimiento.</p>	<p>Protocolo de coordinación interinstitucional implementado en todas las OSIs antes del 1 de enero de 2027, incluyendo mecanismos de comunicación formal entre</p> <p>Emergentziak y Centros de referencia.</p>
OE5. MEDICIÓN, INNOVACIÓN Y MEJORA CONTINUA	Desarrollar una infraestructura que permita la mejora continua en la atención de patologías tiempo-dependientes, incorporando sistemas de recogida de datos , medición de resultados y áreas específicas para la investigación y toma de decisiones proactivas .	<p>A5.1. Crear sistemas de recogida y análisis de datos que faciliten la evaluación de resultados y la identificación de áreas de mejora con indicadores de calidad específicos (PREM, PROM, tiempo de respuesta, etc.).</p> <p>A5.2. Favorecer la transparencia garantizando el acceso a los datos por parte de los profesionales e investigadores y la difusión pública de resultados.</p>	<p>Sistema de recogida y análisis de datos implementado antes del 31 de diciembre de 2026, con indicadores definidos, revisiones semestrales y publicación anual de informes</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA 5.

Atención a las patologías tiempo-dependientes

Objetivo estratégico	Desarrollo	Acciones	Indicadores
OE6. PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA	Desarrollar e implementar políticas y programas de prevención y promoción de la salud basadas en información obtenida sobre factores precipitantes de patologías tiempo-dependientes, involucrando a la ciudadanía, agentes sociales y profesionales desde un enfoque comunitario .	A6.1. Empoderar a la ciudadanía mediante programas de educación sanitaria integral, incluyendo la incorporación de formación en reanimación cardiopulmonar básica y uso de desfibriladores en la enseñanza secundaria, así como formación específica sobre cómo actuar ante emergencias para el profesorado y profesionales no sanitarios.	Dos programas comunitarios de prevención y promoción de salud vinculados a patologías tiempo-dependientes implementados antes de 2027 , basados en datos obtenidos sobre factores de riesgo y causales.
		A6.2 Crear un grupo de trabajo conjunto con el Departamento de Educación y Universidades para diseñar contenidos formativos adaptados.	% centros formados en RCP y DESA

6.

CRONICIDAD:

Mejora de la gestión de las enfermedades
crónicas y la calidad de vida.

Integrantes del grupo de trabajo:

- Jose Manuel Aguirre
- Xabier Arana; Ane Arbillaga
- Enara Arevalillo
- Larraitz Arriola
- Carmen Castellano
- Pedro Carrascal
- Ruth Estefanía Fresco
- Karnele Garro
- Jose Manuel Llamazares
- Andrea López de Murillas
- Andoni Lorenzo
- Olaia Martin
- Alazne Martínez
- Rosa Melero
- Iker Ojembarrena
- Blanca Roncal
- Roberto Romero
- Carmen Rodríguez
- Rosa Ugalde
- Idurre Aristizabal.

Dinamizadoras:

Silvia Alfambra
Arantxa Picón
Xabier Zubeldia.

Contenido

1. Resumen ejecutivo

- a. Síntesis del contenido
- b. Impacto y relevancia

2. Introducción

- a. Contexto general
- b. Alcance

3. Metodología y enfoque

- a. Proceso de trabajo
- b. Fuentes de información

4. Análisis situacional

- a. Análisis interno
- b. Análisis externo

5. Objetivos

6. Propuestas

7. Indicadores: por OSI

8. Conclusión

1. Resumen ejecutivo

a. Síntesis del contenido

Este documento recoge el trabajo desarrollado por el grupo de la Línea Estratégica II-6 del Pacto Vasco por la Salud, centrado en la mejora de la atención a las personas con enfermedades crónicas y la calidad de vida. A través de un proceso participativo y estructurado, se identificaron 19 problemáticas clave y se definieron 7 objetivos estratégicos, cada uno acompañado de 2 propuestas y un indicador de seguimiento.

Las propuestas abarcan desde la creación de equipos interdisciplinares de referencia y circuitos asistenciales 24x7, hasta la integración de tecnologías de autocuidado, el refuerzo de la atención primaria, la incorporación del enfoque biopsicosocial con perspectiva de género, y la formación continua de profesionales. Todo el trabajo se ha guiado por los principios de equidad, coordinación, sostenibilidad e innovación.

b. Impacto y relevancia

La estrategia responde a un reto prioritario para el Sistema Sanitario Vasco: la atención eficaz y humana a una población creciente de personas con enfermedades crónicas, muchas de ellas en situación de vulnerabilidad. La propuesta busca fortalecer la coordinación entre niveles asistenciales, promover la participación activa de pacientes y su entorno, y fomentar modelos centrados en la prevención, la autonomía y el autocuidado.

Su implementación permitirá avanzar hacia un sistema más equitativo, eficiente y centrado en las personas, alineado con los valores del Pacto Vasco por la Salud y con una clara orientación a resultados con valor:

2. Introducción

a. Contexto general

Esta propuesta se enmarca en el desarrollo del Pacto Vasco por la Salud, un proceso participativo con vocación de consenso para renovar las bases del sistema público de salud de Euskadi. Dentro de este marco, la línea estratégica II-6 se centra en abordar los retos presentes y futuros relacionados con la atención a personas con enfermedades crónicas, buscando respuestas organizativas, clínicas, tecnológicas y humanas que promuevan una mejor calidad de vida y sostenibilidad del sistema.

Los trabajos se alinean con los valores del Pacto como la equidad, la participación, la sostenibilidad, la perspectiva biopsicosocial y de género, así como la orientación al valor y a la experiencia del paciente.

b. Alcance

El trabajo se ha centrado en la identificación de problemas clave relacionados con la cronicidad y en la formulación de propuestas que refuercen la atención primaria, mejoren la continuidad asistencial y fomenten la autonomía y corresponsabilidad de las personas con enfermedad crónica, integrando la atención sanitaria y social. Las propuestas están dirigidas a todos los niveles del sistema sanitario y promueven la colaboración interinstitucional.

3. Metodología y enfoque

a. Proceso de trabajo

La metodología combinó las técnicas de Delphi y grupo nominal, estructuradas en varias fases:

- 25 de marzo: Primera reunión (telemática): presentación del grupo, objetivos, metodología y cronograma. Se encargó trabajo individual previo.
- 2 de abril Segunda reunión (presencial): trabajo en pequeños grupos para el análisis situacional. Se consensuaron 19 problemáticas clave.
- 9 de abril: Tercera reunión (presencial): priorización colectiva de problemas y formulación inicial de objetivos.
- 16 de abril: Cuarta reunión (telemática): consolidación de propuestas por objetivos y validación grupal.
- 23 de abril: Quinta reunión (telemática): cierre de objetivos, propuestas e indicadores. Documento consensuado.
- 29 de abril: Sexta reunión (telemática): revisión y validación del documento final.

Además de estas sesiones, se ha trabajado de manera asíncrona entre sesiones, a través de una carpeta compartida en Drive y envíos de propuestas por correo.

b. Fuentes de información

- Documentación base del Pacto Vasco por la Salud.
- Diagnóstico participativo y aportaciones individuales de los/as integrantes del grupo a partir de su experiencia profesional y benchmarking con otras estrategias de salud.

4. Análisis Situacional

a. Análisis interno

Desde el propio sistema sanitario se identifican debilidades estructurales y organizativas que dificultan una atención óptima a la cronicidad. Entre los principales elementos detectados destacan:

- Falta de integración sociosanitaria y de uso de circuitos efectivos de continuidad asistencial.
- Atención primaria con escasos recursos estructurales y humanos, sin capacidad para abordar de forma proactiva la cronicidad.
- Planes de atención generalistas, sin personalización ni adaptación a situaciones específicas.
- Baja implementación de la perspectiva de género y del enfoque biopsicosocial en la práctica clínica habitual.
- Escasa incorporación de nuevas tecnologías, tanto por barreras profesionales como por brecha digital de la ciudadanía.
- Déficit formativo de los profesionales en atención a personas con patología crónica.
- Burocratización de procesos, que limita la agilidad asistencial.
- Modelo hospitalocéntrico, en detrimento de un modelo centrado en la comunidad y la atención primaria.

Estas debilidades coexisten con fortalezas clave: la existencia de profesionales altamente comprometidos, iniciativas previas de integración (como el modelo OSI), y herramientas digitales ya desarrolladas (Carpeta de Salud Digital, Kronik ON...).

b. Análisis externo

Desde el entorno social, económico y demográfico se identifican factores que refuerzan la necesidad de esta estrategia:

- Aumento progresivo de la esperanza de vida de la población vasca con mayor prevalencia de patologías crónicas y crecimiento de la dependencia.
- Alta prevalencia de enfermedades crónicas complejas y multimorbilidad.
- Desigualdades territoriales y socioeconómicas en el acceso a los servicios.
- Mayor vulnerabilidad en áreas rurales o de difícil cobertura tecnológica.

- Falta de modelos sostenibles de financiación que garanticen estabilidad a medio-largo plazo.

Por otro lado, existen oportunidades relevantes:

- Impulso político y social al Pacto por la Salud como marco de consenso.
- Aumento del interés por modelos de atención centrados en el valor y la experiencia del paciente.
- Innovaciones tecnológicas disponibles, aunque infrautilizadas.
- Participación activa de asociaciones de pacientes y redes comunitarias como agentes de salud

5. Objetivos

1. Garantizar una atención integral y coordinada al paciente con patología crónica mediante equipos multidisciplinares e interinstitucionales.
2. Garantizar la continuidad asistencial para la persona con patología crónica 24x7.
3. Reforzar planes personalizados de cuidados basados en el enfoque biopsicosocial, con perspectiva de género.
4. Reforzar la Atención Primaria dotándola de los recursos necesarios, priorizando promoción y prevención.
5. Mejorar la gestión de las enfermedades crónicas y calidad de vida: cuidados dirigidos a pacientes y entorno.
6. Mejorar el acceso a nuevas tecnologías y otros recursos para el cuidado de pacientes con patología crónica.
7. Establecer programas de formación continua específicos en atención a pacientes con enfermedad crónica.

6. Propuestas

- Crear y dotar un equipo interdisciplinar de referencia en cada OSI (enfermería familiar y comunitaria, trabajo social, salud pública, medicina familiar y comunitaria, fisioterapia, farmacia, odontología, EPA, psicología...) con representantes de asociaciones de pacientes. (Objetivo 1)
- Incorporar y potenciar rutas asistenciales entre atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria, que incluyan mecanismos de derivación directa a fisioterapia, trabajo social, nutrición, odontología o psicología. (Objetivo 1)

- Establecer circuitos asistenciales claros y coordinados entre niveles que contemplen las necesidades urgentes. (Objetivo 2)
- Activar servicios de atención telefónica y telemedicina 24h para seguimiento y resolución de incidencias evitando la derivación hospitalaria si la situación clínica lo permite. (Objetivo 2)
- Implementar herramientas estructuradas de valoración biopsicosocial integradas en la historia clínica, con revisión periódica. (Objetivo 3)
- Desarrollar protocolos de prescripción social con guías de recursos comunitarios locales. (Objetivo 3)
- Incorporar perfiles comunitarios especializados en cronicidad (trabajo social, psicología, fisioterapia, enfermería ...) a los equipos de AP. (Objetivo 4)
- Diseñar programas personalizados de prehabilitación, prevención, educación sanitaria y autocuidado, integrando recursos sanitarios y sociales. (Objetivo 4)
- Crear la “Escuela Vasca de Vida Saludable” con materiales educativos y talleres virtuales/presenciales para pacientes y entorno. (Objetivo 5)
- Elaborar Planes de Vida personalizados para fomentar adherencia, empoderamiento, autocuidado y envejecimiento saludable. (Objetivo 5)
- Integrar una plataforma digital dentro de la historia clínica que articule herramientas como la Carpeta de Salud Digital y Kronik ON. (Objetivo 6)
- Promover itinerarios formativos para pacientes y cuidadores, apoyados por redes comunitarias y puntos de acceso digital. (Objetivo 6)
- Incluir contenidos sobre cronicidad, salud digital, cuidados paliativos, enfoque de género e inteligencia artificial en la formación académica reglada. (Objetivo 7)
- Diseñar un programa de formación continua interprofesional y acreditada con incentivos (créditos, certificados, prioridad en procesos). (Objetivo 7)

7. Indicadores: por OSI

- Número de OSIs con equipo de referencia / Total de OSIs existentes x 100. (Objetivo 1)
- Tasa de resolución de incidencias mediante telemedicina o atención telefónica sin derivación hospitalaria. (Objetivo 2)
- Porcentaje de historias clínicas con valoración biopsicosocial incluyendo perspectiva de género. (N.º de historias clínicas con valoración / Total de pacientes crónicos) x 100. (Objetivo 3)

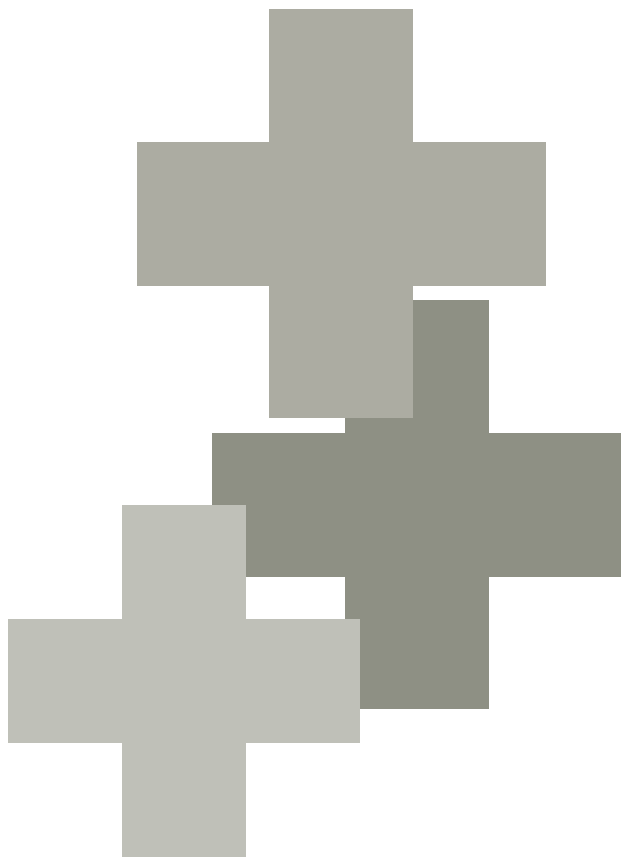
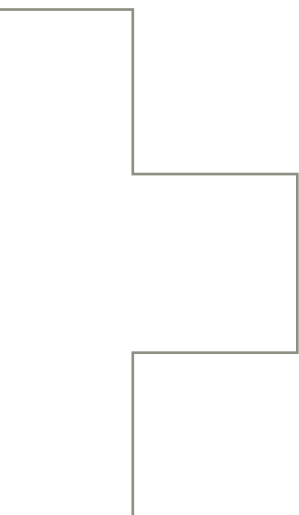
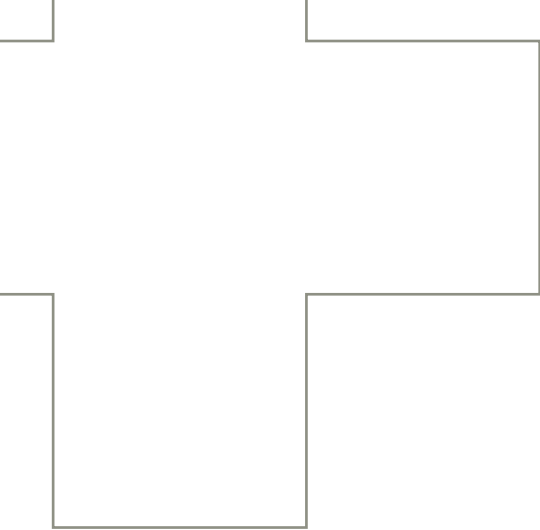
- Porcentaje del tiempo de agenda de AP dedicado a actividades preventivas y de salud comunitaria en relación con cronicidad. (Objetivo 4)
- Mejora en el índice de calidad de vida, medida con cuestionarios validados. (Objetivo 5)
- Grado de satisfacción de pacientes con patología crónica que acceden a la plataforma digital. (Objetivo 6)
- Porcentaje de profesionales con formación acreditada en cronicidad por perfil profesional. (Objetivo 7)

8. Conclusión

El grupo de trabajo de la Línea Estratégica II-6 del Pacto Vasco por la Salud ha desarrollado una propuesta estructurada, participativa y consensuada que responde a los retos actuales y futuros en la atención a personas con enfermedades crónicas. El enfoque se ha basado en valores como la equidad, la participación, la sostenibilidad, la atención centrada en la persona y la orientación a resultados con valor:

A lo largo de seis reuniones y del trabajo individual de cada integrante, se han identificado 19 problemáticas clave, formulado 7 objetivos estratégicos, 14 propuestas concretas y 7 indicadores que permitirán medir el grado de avance y el impacto real de las acciones propuestas.

Este documento refleja el consenso del grupo y constituye una base sólida para impulsar cambios significativos en la gestión de la cronicidad en Euskadi, fomentando la coordinación interinstitucional, el trabajo en equipo y el empoderamiento de la ciudadanía.



7.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA:

Refuerzo de los servicios de asistencia social y coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales para una atención integrada.

Integrantes del grupo de trabajo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Dolores García Lopez• Juan Jordana• Mónica Muñoz San Ildefonso• Brígida Argote Martínez de Lagrán• Luis Ángel Gallo• Marili Granado Mendez• Estibaliz Novoa Marín• Asier Arrizabalaga Otaegi• Aitor Perez• Pedro Rivero• Maria José Cano• Blanca Roncal• Crescente Martínez Ortega• Pedro Carrascal | <ul style="list-style-type: none">• Kar mele Garro• Juana Maria• Elena Uria Etxebarria• Andrea Izagirre• Saioa Elozegi• Kar mele Garro• Ander Añibarro• Laura Corcuera• Marta Alaña• Irati Tobar Eguzkitza• Olatz Ibarra• Ricardo Samper• Elena Fernandez |
|--|---|

Redacción y coordinación:

Mamen Alvarez Zubizarreta.

Dirección de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Jose Antonio Veras Sanz.

Servicio de Admisión y Documentación. Unidad de Valoración y Traslados. OSI Donostialdea. Osakidetza.

Lucía Iñigo Regalado.

Fundación BIOEF. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Contenido

1. Resumen ejecutivo

2. Contexto general de la Atención
Sociosanitaria en Euskadi

3. Metodología

4. Análisis situacional

5. Objetivos, Propuestas, Indicadores

1. Resumen ejecutivo

El documento que se presenta a continuación recoge la propuesta elaborada por las personas integrantes del grupo de trabajo de la línea estratégica de Atención Sociosanitaria.

La atención a las personas con necesidades sociosanitarias constituye el pilar fundamental de nuestra estrategia, y; desde esta perspectiva se ha adoptado un modelo dirigido a reforzar dicha atención mediante el establecimiento de objetivos y propuestas de acción e indicadores asociados a los mismos, que permitan estrechar la coordinación intersectorial y faciliten el trabajo interdisciplinar de las y los profesionales.

La atención sociosanitaria constituye pues, una pieza clave para construir un sistema sanitario robusto que sea capaz de dar respuesta a los desafíos derivados del actual contexto sociodemográfico y a las necesidades sociosanitarias crecientes y emergentes así como a los cambios en el modelo de cuidados que afronta la sociedad vasca.

Con este propósito, esta línea estratégica persigue alcanzar un modelo de atención centrado en la persona y su entorno, respetuoso con su proyecto vital, que asegure la continuidad asistencial en todas las etapas y en todas las contingencias de la vida de las personas. Y ello, desde un enfoque programático e innovador; soportado en herramientas tecnológicas y en la capacitación y sensibilización de las y los profesionales de salud y de servicios sociales como impulsores de la mejora continua del sistema.

Por último, a través de este documento se espera impulsar la colaboración interinstitucional y el acuerdo en torno al espacio de la atención sociosanitaria en el actual modelo de salud de Euskadi así como proyectar las líneas de trabajo futuro que situen a la sanidad vasca a la vanguardia de los sistemas de salud con el fin último de mejorar la salud de la ciudadanía y fomentar la cohesión social y la vida digna de la población de Euskadi.

El documento se estructura en 7 apartados. El primero recoge un resumen ejecutivo de la propuesta elaborada, seguido de un segundo apartado de introducción que describe el contexto general de la atención sociosanitaria (marco estratégico, modelo de atención, colectivos diana, valores, etc.). El tercer apartado se centra en la metodología que ha guiado el presente trabajo y el cuarto, una exposición del análisis de situación de la atención sociosanitaria en Euskadi fundamentado en la realización de un análisis DAFO en el que se presentan las Debilidades y Fortalezas de una situación interna y actual, junto con las Amenazas y Oportunidades del entorno exterior y su proyección futura. A continuación, se incluyen los apartados que sintetizan los objetivos definidos para esta área (apartado quinto) y las propuestas de acción (apartado sexto) y sus

indicadores. Por último, se incluye como cierre un séptimo apartado con las fuentes de información consultadas.

2. Contexto general de la Atención Sociosanitaria en Euskadi

La Atención Sociosanitaria en Euskadi comprende “el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención” (Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales).

Se trata pues, de una atención global con la persona y su entorno en el centro del sistema que busca favorecer la coordinación de las y los profesionales que desde los distintos sistemas o niveles de atención deben proveer una **respuesta coordinada e integral** a las necesidades que presentan determinados grupos poblacionales. Tenemos que tener una mirada más allá del mundo sanitario, más allá del mundo social. Es decir; hablamos de interdisciplinariedad e interinstitucionalidad

El marco de actuación de la Atención Sociosanitaria se define en base a los siguientes elementos esenciales¹:

- Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.
- Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de los cuidados, evitando desajustes materiales –solapamientos y vacíos o déficit de cobertura– y desajustes temporales –desfases o tiempos de espera entre las diferentes intervenciones y los diferentes servicios–.
- Recurre para su prestación a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.
- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar; calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual y la atención en su domicilio.

La Atención Sociosanitaria sitúa a las personas en el eje central de sus actuaciones especialmente, a aquellas que por sus especiales circunstancias, se consideran colectivos diana de intervención estratégica.

¹Decreto 69/2011, de 5 de abril, del Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria.

Estos colectivos vienen definidos por la contingencia puntual o permanente, en ocasiones de manera simultánea, de situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, entre otras; que requieren una intervención interdisciplinar:

- **Personas que por su enfermedad, discapacidad y/o dependencia presenten limitaciones funcionales o requieran la asistencia de otra persona para todas o algunas actividades de la vida diaria.**
- **Personas en riesgo o situación de exclusión social y/o desprotección.**
- **Personas con necesidades educativas especiales.**
- **Personas con trastorno o enfermedad mental.**

En este contexto, se hace necesario reforzar la colaboración y coordinación del Sistema Público de Salud y el Sistema de Servicios Sociales de Euskadi, sobre la base de unos valores compartidos por ambos sistemas, como son la **universalidad** en el acceso a los servicios; la **solidaridad** entendida como mecanismo para reducir las desigualdades; la **equidad**, es decir, la asignación de recursos en relación a las necesidades de cada persona y la **accesibilidad**, asegurando el acceso normalizado a los recursos y servicios de toda la población, sin discriminación; el concepto de **salud integral** basado en el modelo biopsicosocial, que es un enfoque ampliamente aceptado en la medicina y las ciencias sociales, y la **autonomía**. En este caso en concreto, se plantea la autonomía desde una doble vertiente, autonomía para la toma de decisiones informadas sobre salud y cuidados, pero también, desde el respeto a la autonomía del marco competencial de las instituciones que participan en el espacio sociosanitario.

3. Metodología

De manera previa a la elaboración de este documento, en el marco de trabajo definido para la elaboración del Pacto vasco de Salud se han mantenido numerosas reuniones a lo largo de los meses de enero y febrero de 2025 para sentar las líneas estratégicas, misión, visión, valores y principios del Pacto.

En este sentido, la metodología desarrollada para la elaboración de esta línea estratégica ha seguido el mismo planteamiento, es decir, la elaboración de un primer borrador por parte de las personas designadas como dinamizadoras, y, posteriormente, su envío a las personas integrantes del grupo de trabajo de la Atención Sociosanitaria para su revisión y aportaciones (finales de marzo de 2025).

Se habilita un tiempo para la deliberación individual de las personas participantes y un plazo para la recepción de aportaciones, para realizar una puesta en común grupal sobre la que contemplar las diversas visiones y establecer consensos respecto a la configuración de la Atención Sociosanitaria en el Pacto de Salud de Euskadi (7 abril de 2025).

En esta reunión, se consiguen nuevas aportaciones y conclusiones, que serán incorporadas en el borrador; reformulando la propuesta en un segundo borrador que se remite nuevamente a todas las personas participantes, estableciéndose una segunda reunión de validación y aprobación de la propuesta (8 de mayo de 2025).

Los días 12 y 26 de mayo se han llevado a cabo sendas reuniones mixtas hasta la obtención del presente documento.

Así pues, la metodología que ha guiado este trabajo se ha fundamentado en una **metodología participativa**, que estructurada en sesiones de trabajo grupales, ha alcanzado un documento que representa el acuerdo de la pluralidad de agentes participantes en el grupo de trabajo de la Atención Sociosanitaria.

4. Análisis situacional

En la actualidad la Atención Sociosanitaria se presenta como una línea de actuación estratégica para los sistemas de salud y de servicios sociales en tanto que actúa en un espacio caracterizado por la complejidad de las diversas situaciones de necesidad que presentan las personas.

En este sentido, la relevancia de Atención Sociosanitaria radica en la necesidad de coordinar la prestación social y sanitaria a fin de ofrecer una respuesta integral a las necesidades sociosanitarias. Y ello pasa necesariamente, por **humanizar la atención**, acompañar y cuidar no sólo a la persona con necesidades sino también, a su entorno cercano, es decir; a la persona cuidadora principal, a su familia y a su entorno comunitario.

En este contexto, de cara a identificar fortalezas y áreas de mejora de la Atención Sociosanitaria en Euskadi, se ha realizado un **análisis DAFO** en el que se presentan las Debilidades y Fortalezas de una situación interna y actual, junto con las Amenazas y Oportunidades del entorno exterior y su proyección futura.

DEBILIDADES

- Sistema más reactivo que proactivo
- Distintas culturas y sensibilidades profesionales, falta de relación recíproca
- Dificultad de crear un lenguaje común
- Desafíos en la gestión de casos (necesidad de definir itinerarios conjuntos de actuación sociosanitaria para todos los colectivos diana)
- Falta de comunicación efectiva entre Servicios Sociales y Salud
- Dificultad de acceso a la Historia Clínica por parte de profesionales de trabajo social del ámbito sanitario
- Recursos limitados ante las necesidades sociosanitarias crecientes y emergentes
- Desequilibrio entre la oferta de profesionales sanitarios y la demanda creciente de cuidados sociosanitarios.
- Desigualdad de las condiciones de trabajo entre el sector público y el privado y por Territorios
- Déficit de profesionales de trabajo social en el ámbito sanitario
- Deficiencias formativas en el ámbito sociosanitario en todas las profesiones del sector de la salud.
- Dificultad para garantizar la atención sanitaria de las personas residenciadas
- Garantizar el acceso al sistema público de salud de los colectivos vulnerables con necesidades sociosanitarias
- Poca investigación centrada en lo sociosanitario y complejidad para llevarla a cabo
- Falta de coordinación tanto entre distintos profesionales como entre distintos niveles asistenciales
- Falta de visión compartida y de bidireccionalidad en el acceso a la información
- Falta de respuesta ágil ante situaciones de urgencia
- Indefinición del modelo de atención en salud mental, desigual en los tres Territorios
- Carencia de una red pública estructurada de salud mental en los tres territorios
- Especial dificultad de coordinación por la existencia no solo de distintos sistemas sino también de distintas instituciones competentes según Territorio Histórico que se pone de manifiesto en: modelos residenciales y requisitos profesionales, distribución competencial que no favorece la existencia de una Historia sociosanitaria única, falta de ventanilla única que unifique la información de los recursos sociosanitarios disponibles, fragmentación y duplicidad de servicios, financiación...

AMENAZAS

- Los retos derivados del envejecimiento y longevidad, en especial, el envejecimiento precoz de las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental
- Necesidad creciente de recursos sanitarios y sociosanitarios para hacer frente al aumento de personas con necesidades sociosanitarias
- Cambios en el entorno sociofamiliar de las personas, que dificultan el cuidado ante necesidad de apoyos
- Escasez de medidas de conciliación y de apoyo a las familias con riesgo de claudicación familiar
- Dificultad para atender el incremento del número de personas solas sin red de apoyo
- Dificultad para articular una visión compartida de la atención
- Complejidad de las patologías sanitarias y sociales de las personas
- Resultados a largo plazo
- Poco peso operativo de agentes estratégicos clave
- Brecha digital entre personas usuarias

FORTALEZAS

- Servicios Sociales y Salud junto con Osakidetza van ahora de la mano para buscar soluciones a estos problemas
- Existencia de instrumentos de valoración comunes
- Jornadas de formación y capacitación
- Cultura creciente de atención centrada en la persona y en su entorno
- Protocolos de coordinación y equipos de atención sociosanitaria cada vez más implicados
- Acceso a la Historia Clínica (Osabide) en centros residenciales y progresiva implantación en centros de día
- Red de agentes existente (referentes sociosanitarios, coordinadores territoriales)
- Red comunitaria de recursos públicos y privados

OPORTUNIDADES

- Estrecha colaboración de Servicios Sociales y Salud y Osakidetza
- Cultura de integración emergente
- Inicio de uso de lenguaje común
- Implementación de sistemas de información comunes (despliegue de la interoperabilidad)
- Visión compartida por parte de los profesionales de los social y de salud de necesidad de cambio
- Abordaje poblacional sistemático
- Avances en digitalización
- Mayor sensibilización social
- Participación comunitaria en la salud
- Formación continua profesionales implicados e implicadas en el ámbito sociosanitario

5. Objetivos, propuestas, indicadores

Los objetivos que se persiguen con el desarrollo de esta línea estratégica son los siguientes:

1.- Definir un modelo público que avance hacia una atención sociosanitaria consolidada, integral y coordinada, centrada en las personas y sus relaciones y que facilite información y simplifique el proceso asistencial.

Impulsar un modelo de atención sociosanitaria consolidado y eficaz que articule de forma coordinada los sistemas de salud y servicios sociales, con el foco puesto en las necesidades de cada persona y su entorno (domicilio, centro residencial u otros recursos comunitarios). Se fomentará un enfoque pragmático y centrado en la persona, garantizando respuestas integrales, continuadas y ágiles, especialmente en situaciones de urgencia, con el fin de evitar la claudicación de las redes de apoyo familiar o convivenciales.

Se tenderá en la medida de lo posible a generar canales de información unificados.

1.1 Orientar la atención sociosanitaria desde un enfoque poblacional y longitudinal. Desarrollo de estrategias de provisión de cuidados que posibiliten una respuesta coordinada y efectiva para cualquier persona y en cualquier etapa del ciclo vital.

1.2 Reforzar los cuidados en el entorno domiciliario y comunitario como alternativa preferente a la institucionalización. Desarrollar y consolidar servicios y apoyos de proximidad que permitan a las personas con necesidad de cuidados y apoyos de larga duración permanecer en su entorno habitual el mayor tiempo posible. Esto incluye el refuerzo de los servicios de atención domiciliaria, los cuidados intermitentes, las viviendas con apoyos, servicios de apoyo a la vida independiente para personas con discapacidad, la teleasistencia avanzada y los servicios comunitarios de acompañamiento.

1.1.1. Número de proyectos orientados a dar respuesta a la atención de personas con necesidades sociosanitarias

1.2.1. Nº de personas con necesidades sociosanitarias a las que se les ha realizado al menos una consulta domiciliaria coordinada al año, por parte de sus referentes sanitarios (MAP y/o Enfermería) y sociales (T.S).

2.- Optimizar los recursos sociosanitarios existentes, proponer nuevos recursos y mejorar la coordinación y colaboración con los distintos niveles y agentes asistenciales.

Dar respuesta a la creciente necesidad de cuidados y apoyos de larga duración mediante el impulso de una red diversa de apoyos y recursos que incluya tanto servicios domiciliarios como centros residenciales, viviendas con apoyos, servicios de apoyo a la vida independiente para personas con discapacidad u otros dispositivos intermedios.

Todos ellos deberán contar con los medios personales, materiales y estructurales necesarios para ofrecer una atención digna, segura y adaptada a las necesidades y proyectos de vida de cada persona, priorizando la permanencia en el entorno habitual siempre que sea posible. Así mismo, impulsar la coordinación sociosanitaria de los equipos interdisciplinarios, intersectoriales y multinivel asistencial.

2.1 Operativizar y reforzar la estructura sociosanitaria a través del trabajo colaborativo y la mejora de la coordinación interinstitucional.

Impulsar el desarrollo efectivo de la estructura sociosanitaria mediante el fomento del trabajo colaborativo entre los distintos agentes implicados (servicios sociales, atención primaria, salud mental, atención hospitalaria, entidades del tercer sector, etc.), con el objetivo de mejorar la operatividad, la eficiencia y la capacidad de respuesta ante las necesidades cambiantes de la población. Se promoverá la mejora y actualización de los mecanismos y estructuras de coordinación ya existentes, asegurando circuitos ágiles, roles definidos, canales de comunicación fluidos y una gestión compartida centrada en las personas y sus contextos de vida.

2.2 Revisar el actual modelo de financiación de los recursos sociosanitarios

2.1.1. Existencia de borrador/propuesta de mejora del modelo de gobernanza sociosanitaria de Euskadi

2.2.1. Existencia del estudio sobre el actual modelo de financiación sociosanitaria

3.- Impulsar la prevención sociosanitaria y promoción de la salud desde la premisa de que las necesidades sociosanitarias pueden sobrevenir en cualquier etapa de la vida y afectar a cualquier persona.

Promoción de un modelo preventivo y de alcance longitudinal que potencie la prevención de las situaciones de riesgo. **Para ello es necesario crear equipos interdisciplinarios en atención primaria donde estén presentes trabajadoras sociales junto con profesionales de otros sectores. Se trata de abordar en el propio ámbito sanitario los problemas sociales que generan los problemas sanitarios, porque así se conseguirá una mejor salud.**

3.1. Incorporar la prevención sociosanitaria en todas las etapas de la vida a través de estrategias integradas de promoción del bienestar. Diseñar e implementar intervenciones preventivas dirigidas a diferentes grupos de edad y contextos (infancia, adolescencia, juventud, personas adultas y mayores), con especial atención a factores sociales, de salud mental, funcionales o económicos que puedan generar situaciones de riesgo. Estas estrategias incluirán acciones de promoción de la autonomía, hábitos de vida saludables, apoyo emocional y fortalecimiento de redes comunitarias, desde una perspectiva de equidad y género.

3.2. Desarrollar sistemas de detección precoz e intervención comunitaria coordinada ante situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria. Impulsar dispositivos y herramientas que permitan la identificación temprana de necesidades sociosanitarias emergentes, mediante la colaboración estrecha entre atención primaria, salud mental, servicios sociales, educación y agentes comunitarios. Esta línea de acción incluirá protocolos compartidos, formación conjunta y redes de apoyo local que permitan intervenir de manera rápida, cercana y adaptada a cada persona, reduciendo riesgos y evitando situaciones de mayor complejidad o institucionalización

3.1.1. Número de proyectos desarrollados a nivel autonómico, territorial, local para la prevención en el ámbito sociosanitario

3.2.1. Nº de personas en situación de vulnerabilidad sociosanitaria atendidas por la trabajadora social sanitaria derivadas preventivamente a Servicios Sociales

4.- Progresar en el intercambio bidireccional de información clave que favorezca una respuesta ágil acorde a las necesidades que presenta la persona, incidiendo en el desarrollo de un lenguaje común

Desarrollo de la interoperabilidad sociosanitaria. Se apuesta por la implementación de tecnologías que faciliten el intercambio de datos y la comunicación en tiempo real entre los equipos sanitarios y sociales, como el desarrollo de herramientas compartidas, plataformas digitales colaborativas o la incorporación de la valoración social en la historia clínica.

4.1. Fomentar la interoperabilidad sociosanitaria como herramienta transversal. Despliegue de herramientas que favorecen el trabajo coordinado mediante el uso de la tecnología (espacios virtuales colaborativos, interconsultas sociosanitarias, intercambio de información que facilite una valoración conjunta del caso sociosanitario, etc.).

4.1.1. Número de proyectos piloto basados en el intercambio de información sociosanitaria (interoperabilidad) puestos en marcha

5.- Impulsar itinerarios de atención compartidos y la elaboración de planes individuales de atención interdisciplinar

Refuerzo de la continuidad asistencial. Se perfeccionan los mecanismos que posibiliten una coordinación fluida entre los servicios de salud, los servicios sociales y sanitarios tanto públicos como privados y el Tercer Sector; procurando evitar vacíos asistenciales.

5.1 Personalizar la atención sociosanitaria. Tratar de humanizar la atención, acompañando en la toma de decisiones y ofreciendo respuestas integrales ajustadas al proyecto vital de las personas.

5.2 Establecer protocolos de coordinación sociosanitaria e itinerarios de derivación entre sistemas para dar una respuesta rápida y adecuada a las necesidades de las personas. actualizando y difundiendo los existentes

5.1.1. Encuestas de satisfacción realizadas a personas con necesidades sociosanitarias

5.2.1 Número de protocolos actualizados

5.2.2 Número de nuevos protocolos e itinerarios desarrollados

6.- Favorecer la sensibilización, formación e investigación en materia de Atención Sociosanitaria.

Formar y capacitar a las y los profesionales de salud y de los servicios sociales para mejorar sus habilidades redundando en una mejor atención coordinada y equilibrando la visión y sensibilidad sociosanitarias entre ambos sistemas. En este sentido, se plantea la necesidad de fortalecer alianzas con la UPV/EHU y otras universidades.

Añadido a este apartado se busca el fomento y apoyo de proyectos de investigación relacionados con la atención sociosanitaria.

6.1 Formar, capacitar y sensibilizar a los agentes que proveen una atención sociosanitaria. Organización de jornadas de sensibilización y transferibilidad del conocimiento.

6.2 Fomentar los proyectos de investigación en el ámbito sociosanitario.

6.1.1. Número de jornadas formativas organizadas

6.1.2. Número de jornadas formativas específicas para referentes sociosanitarios

6.2.1. Número de proyectos de investigación iniciados o en proceso

6.2.2. Organización de Certamen de Buenas Prácticas sociosanitarias

7.- Fomentar una atención específica a las personas y familias que proveen cuidados y apoyos, promoviendo su bienestar, reconocimiento y participación

Se busca promover el bienestar de las personas cuidadoras y familias, cuidando de quienes proveen apoyos y cuidados y fomentando su vinculación con asociaciones y redes de apoyo mutuo que refuercen el acompañamiento comunitario. Se facilitará también su participación en los procesos de toma de decisiones, asegurando además una respuesta ágil del sistema sociosanitario ante situaciones urgentes.

7.1.Desarrollar programas de acompañamiento dirigidos a personas y familias que prestan cuidados y apoyos informales para **proporcionar** tanto **formación básica para el cuidado y autocuidado** así como **información** sobre recursos disponibles en el ámbito sanitario, social y comunitario. Se facilitará además la derivación con las asociaciones y el tercer sector y profesionales del cuidado para procurar el bienestar de las personas cuidadoras.

7.2.Fortalecer los mecanismos de intervención rápida y coordinada entre los servicios sanitarios, sociales y comunitarios para dar apoyo efectivo a personas y familias que prestan cuidados y apoyos ante situaciones de crisis (descompensaciones de salud, urgencias sociales, agravamiento de enfermedades, etc.). Se asegurará una atención inmediata y continuada, con protocolos claros y equipos de intervención especializados que acompañen a las familias.

7.1.1 Número de actuaciones dirigidas a personas cuidadoras organizadas por el ámbito sanitario

7.1.2. Número de actuaciones provenientes de otros sistemas difundidas desde el ámbito sanitario.

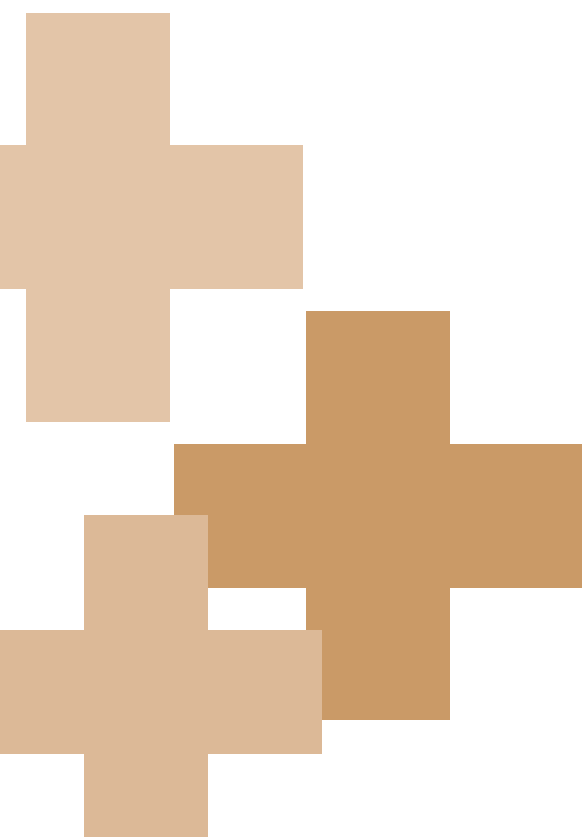
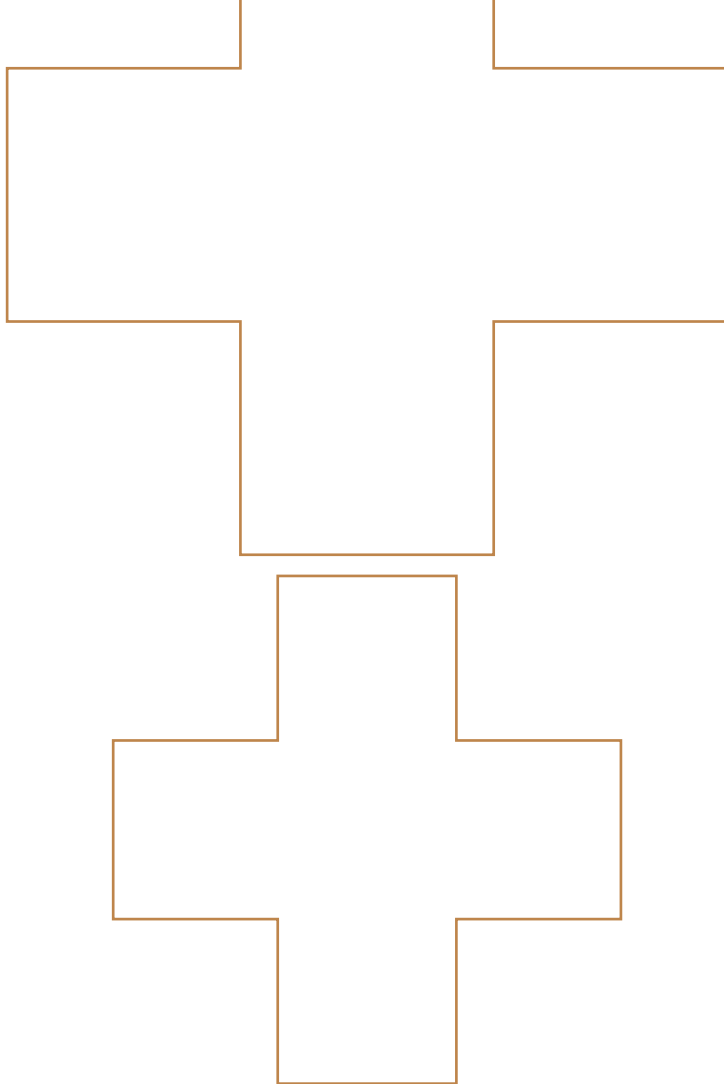
7.2.1 Número de intervenciones dirigidas a personas y familias que prestan cuidados y apoyos (formativas, orientativas, de derivación hacia tercer sector; etc)

OBJETIVO	PROPUESTAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE RESULTADO
<p>1. Avanzar hacia un modelo de atención sociosanitaria consolidado, integral y coordinado, centrado en las personas y sus relaciones y facilite información y simplifique el proceso asistencial</p>	<p>1.1.Orientar la atención sociosanitaria desde un enfoque poblacional y longitudinal</p> <p>1.2. Reforzar los cuidados en el entorno domiciliario y comunitario como alternativa preferente a la institucionalización.</p>	<p>1.1.1. Número de proyectos orientados a dar respuesta a la atención de personas con necesidades sociosanitarias</p> <p>1.2.1. N° de personas con necesidades sociosanitarias a las que se les ha realizado al menos una consulta domiciliaria coordinada al año,por parte de sus referentes sanitarios (MAP y/o Enfermería) y sociales (T.S).</p>
<p>2. Optimizar los recursos sociosanitarios existentes, proponer nuevos recursos y mejorar la coordinación y colaboración con los distintos niveles y agentes asistenciales.</p>	<p>2.1. Operativizar y reforzar la estructura sociosanitaria a través del trabajo colaborativo y la mejora de la coordinación interinstitucional</p> <p>2.2.Revisar el actual modelo de financiación de los recursos sociosanitarios</p>	<p>2.1.1.Existencia de propuesta de mejora del modelo de gobernanza sociosanitaria de Euskadi</p> <p>2.2.1.Existencia del estudio sobre el actual modelo de financiación sociosanitaria</p>
<p>3. Impulsar la prevención sociosanitaria desde la premisa de que las necesidades sociosanitarias pueden sobrevenir en cualquier etapa de la vida y afectar a cualquier persona</p>	<p>3.1. Incorporar la prevención sociosanitaria en todas las etapas de la vida a través de estrategias integradas de promoción del bienestar</p> <p>3.2. Desarrollar sistemas de detección precoz e intervención comunitaria coordinada ante situaciones de vulnerabilidad sociosanitaria</p>	<p>3.1.1.Número de proyectos desarrollados a nivel autonómico, territorial, local para la prevención en el ámbito sociosanitario</p> <p>3.2.1. N° de personas en situación de vulnerabilidad sociosanitaria atendidas por la trabajadora social sanitaria derivadas preventivamente a Servicios Sociales</p>

Atención Sociosanitaria: Refuerzo de los servicios de asistencia social y coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales para una atención integrada.

OBJETIVO	PROPUESTAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE RESULTADO
4. Progresar en el intercambio bidireccional de información clave que favorezca una respuesta ágil acorde a las necesidades que presenta la persona	4.1. Fomentar la interoperabilidad sociosanitaria como herramienta transversal	4.1.1.Número de proyectos piloto basados en el intercambio de información sociosanitaria (interoperabilidad) puestos en marcha
5. Impulsar itinerarios de atención compartidos y la elaboración de planes individuales de atención interdisciplinares	5.1. Personalizar la atención sociosanitaria	5.1.1. Encuestas de satisfacción realizadas a personas con necesidades sociosanitarias
	5.2. Establecer protocolos de coordinación sociosanitaria e itinerarios de derivación entre sistemas	5.2.1. Número de protocolos actualizados 5.2.2. Número de nuevos protocolos e itinerarios desarrollados
6. Favorecer la sensibilización, formación e investigación en materia de Atención Sociosanitaria	6.1. Capacitar y sensibilizar a los agentes que proveen una atención sociosanitaria	6.1.1 Número de jornadas formativas organizadas 6.1.2 Número de jornadas formativas específicas para referentes sociosanitarios
	6.2. Fomentar proyectos de investigación en el ámbito sociosanitario	6.2.1. Número de proyectos de investigación iniciados o en proceso 6.2.2. Organización de Certamen de Buenas Prácticas sociosanitarias

OBJETIVO	PROPUESTAS DE ACCIÓN	INDICADORES DE RESULTADO
<p>7. Fomentar una atención específica a las personas y familias que proveen cuidados y apoyos, promoviendo su bienestar, reconocimiento y participación</p>	<p>7.1. Desarrollar programas de acompañamiento dirigidos a personas y familias que prestan cuidados y apoyos informales para proporcionar tanto formación básica para el cuidado y autocuidado</p>	<p>7.1 1. Número de actuaciones dirigidas a personas cuidadoras organizadas por el ámbito sanitario</p> <p>7.1.2. Número de actuaciones provenientes de otros sistemas difundidas desde el ámbito sanitario</p>
	<p>7.2. Fortalecer los mecanismos de intervención rápida y coordinada entre los servicios sanitarios, sociales y comunitarios para dar apoyo efectivo a personas y familias que prestan cuidados y apoyos ante situaciones de crisis</p>	<p>7.2.1 Número de intervenciones dirigidas a personas y familias que prestan cuidados y apoyos (formativas, orientativas, de derivación hacia tercer sector, etc)</p>



Integrantes del grupo de trabajo:

- Iraide Sesmero
- Yosune Garmendia
- Oscar Puelles
- Arantza González
- Marili Granado
- Diana Ochoa
- Asier Arrizabalaga
- Idoia Beobide
- Blanca Roncal
- Agurtzane Ortiz
- Ana Agirre
- Ander Anibarro/Jon Aiartza
- Andima Basterretxea
- Jesús Rubio
- Josu Larrabe
- Jesús Muñoz

Dinamizadoras:

Rebeca Sánchez

Nieves Rodríguez-Sierra

Contenido

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción
3. Metodología y enfoque
4. Análisis situacional
5. Objetivos, Propuestas e Indicadores

1. Resumen ejecutivo

Síntesis

El objetivo del documento que presenta el grupo de la línea estratégica 8 del Pacto Vasco de Salud sobre cuidados al final de la vida es establecer de forma consensuada los objetivos y acciones necesarios para garantizar un final de vida digno a los ciudadanos y ciudadanas de Euskadi. Para ello establecen 6 objetivos y 12 propuestas de acción. Así mismo, proponen 6 indicadores que permitan medir el cumplimiento de los objetivos establecidos.

Los principales temas que se han tratado durante las reuniones que se han realizado tienen que ver con garantizar una atención en el final de la vida integral y coordinada evitando diferencias territoriales en Euskadi. Se considera que es necesario conocer; en primer lugar; cómo es actualmente el proceso de final de vida en las personas que residen en nuestra Comunidad. Además, se cree importante empoderar a la ciudadanía para que participe en el proceso de planificación y toma de decisiones creando redes de colaboración entre instituciones y agentes sociales para dotar a las personas de herramientas y competencias, dando a conocer sus derechos y acompañando cuando sea necesario y facilitando información y recursos de apoyo.

Se decide que es imprescindible formar; sensibilizar y capacitar a todos y todas las profesionales que trabajan en el final de vida de las personas, haciendo hincapié en las residencias de personas mayores y/o discapacitadas y para ello se propone diseñar un itinerario formativo obligatorio.

Además, se considera necesario garantizar en todas las OSIs la disponibilidad de diferentes perfiles profesionales de apoyo, referentes para la atención interdisciplinar definiendo nuevos roles y funciones. Se propone también la mejora del proceso de acceso a la eutanasia y se impulsa la creación de una unidad técnico-administrativa para la atención a la ciudadanía y apoyo a la comisión de garantías y evaluación de la eutanasia de Euskadi.

Así mismo se sugiere impulsar líneas de investigación e innovación en el ámbito de final de vida.

Impacto y Relevancia

Este trabajo se alinea con el diagnóstico del Pacto de Salud de Euskadi que advierte del impacto del envejecimiento de la población que va a afectar directamente a la demanda de servicios, así como al incremento de la demanda de prestaciones para la atención de personas mayores con múltiples comorbilidades y en las necesidades de atención a la dependencia y cuidados en el final de vida. Dentro de las recomendaciones para la

transformación del sistema, se señala que es crucial adoptar un enfoque preventivo y centrado en la población que priorice la coordinación entre los distintos “silos” de atención, con una mayor integración entre los servicios de salud y sociales.

2. Introducción

Las personas en el proceso de final de vida se encuentran en situación de vulnerabilidad y es necesario que todas las instituciones den una respuesta rápida, adecuada y coordinada para que ese proceso se de en una situación óptima independientemente de dónde se encuentre la persona. En Euskadi, la atención sociosanitaria y sanitaria está repartida entre Gobierno vasco, Diputaciones forales y Ayuntamientos. Este documento está dirigido a todas las instituciones y agentes implicados en el proceso de atención al final de la vida —incluyendo el sistema sanitario, los servicios sociales, entidades locales y profesionales del ámbito residencial y comunitario—, con el fin de mejorar la coordinación, la calidad de los cuidados y la participación ciudadana en el final de la vida de las personas que viven en Euskadi.

La realización del trabajo de consenso ha sido impulsada por el Pacto Vasco de Salud, y tiene una aplicación transversal dentro del sistema sanitario público en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) como en el ámbito privado de Euskadi. Su implementación persigue reducir desigualdades territoriales y avanzar hacia un modelo más humano y cohesionado de atención al final de la vida.

3. Metodología y enfoque

Se empleó una metodología cualitativa y participativa con el objetivo de recoger, contrastar y priorizar las percepciones de todos/as las participantes en relación con el final de vida en Euskadi. Para ello, se utilizó la **Técnica de Grupo Nominal (TGN)**

Durante la primera sesión, se lanzaron **preguntas abiertas** sobre lo que las personas integrantes del grupo de trabajo consideraban que era una muerte digna, y los elementos clave para proporcionarla, así como las propuestas de mejora. Estas preguntas fueron previamente diseñadas por las dinamizadoras para estimular la reflexión individual y colectiva.

A partir de las ideas que surgieron, se construyó un **análisis DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), que permitió organizar de forma estratégica la información para establecer los objetivos, acciones e indicadores.

Aunque se definieron inicialmente como importantes 15 objetivos, el grupo hizo un trabajo de priorización y síntesis para concluir en 6 objetivos finales.

Se realizaron 6 reuniones de trabajo dando la posibilidad de participar bien de forma presencial o telemática a todos/as las participantes. Se consensuaron al 100% todos los objetivos, acciones e indicadores y se presentó el documento final para su aprobación el 5 de mayo.

4. Análisis Situacional

Euskadi dispone de una normativa que reconoce los derechos de las personas en el proceso de final de vida, la **Ley 7/2002, de 12 de diciembre, sobre voluntades anticipadas en el ámbito sanitario**: establece el marco legal para que cualquier persona mayor de edad, con capacidad suficiente, pueda dejar constancia por escrito de sus preferencias respecto a tratamientos médicos o cuidados en situaciones clínicas irreversibles, así como designar representantes legales, la **Ley 5/2016, de derechos y Garantías de las personas en el proceso Final de vida** del Parlamento Vasco, que regula los derechos fundamentales como la planificación anticipada de decisiones, el acceso a cuidados paliativos integrales, la atención sin sufrimiento evitable, y el respeto a la autonomía del paciente. Así mismo, el **Plan estratégico de cuidados paliativos 2023-2027** que busca mejorarla calidad de la atención paliativa en Euskadi, y la **Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia**, que garantiza, bajo requisitos regulados, el derecho a solicitar y recibir ayuda médica para morir; abriendo nuevas vías de atención al final de la vida bajo criterios de dignidad y sufrimiento intolerable. Este marco normativo establece obligaciones claras para los sistemas sanitario y sociosanitario, tanto en el respeto a la voluntad del paciente como en la provisión de servicios específicos y de calidad. El **Pacto Vasco de Salud (2024-2025)** representa un compromiso institucional para la transformación del sistema sanitario hacia un modelo más **preventivo, proactivo, centrado en la persona y coordinado con los servicios sociales**.

Aunque, como se ha descrito, Euskadi cuenta con su propio marco normativo, todavía hay cuestiones pendientes de optimizar o de implementar. Entre estas cuestiones destacan las diferencias territoriales, que generan inequidades según el lugar de residencia; la falta de integración real entre el sistema sanitario y el social, especialmente en entornos residenciales y comunitarios, el deficiente o escaso conocimiento de las personas que viven en Euskadi de herramientas como el documento de voluntades anticipadas (DVA) o la planificación anticipada de decisiones. También se ven carencias de formación entre los profesionales, que limitan la calidad de la atención. Finalmente, también se objetivan algunas dificultades en el acceso a la prestación de ayuda para morir:

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó en el grupo un análisis cualitativo que llevó a la realización del siguiente análisis **DAFO** (Debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades)

DEBILIDADES

- 1 Falta de profesionales en general
- 2 Falta de profesionales formados y sensibilizados
- 3 Inequidades territoriales
- 4 Falta de información/Concienciación de la ciudadanía
- 5 Falta de cuidadores informales

AMENAZAS

- 1 Población con mayores necesidades, mayor complejidad y dependencia. Envejecimiento poblacional.
- 2-Sostenibilidad y limitaciones del sistema.
- 3 Falta de profesionales y formación
- 4 Estigmas y tabúes sobre la muerte
- 5 Competencias separadas entre Salud y Servicios Sociales

FORTALEZAS

- 1 existencia de estructuras y equipos especializados que pueden ampliar funciones (formar a otros equipos)
- 2 Sistema público de salud con posibilidad de trabajo en red
- 3 actitud, entusiasmo y ganas de mejorar de los profesionales

OPORTUNIDADES

- 1 Estructuras y organizaciones que funcionan. Modelos a exportar.
- 2 Establecer espacios de reflexión e información sobre la muerte dirigidos a la ciudadanía en los que se realicen espacios profesionales y grupales.
- 3 Normalizar la muerte
- 4 Formación e innovación.

5. Objetivos propuestos

1. Garantizar una atención integral y de calidad en el final de vida, centrada en la persona, asegurando la equidad, dentro del marco normativo vigente.

- **Acción 1:** Crear; donde no haya, y potenciar y mejorar; donde sí existan, los itinerarios de coordinación interdisciplinar; en especial en el ámbito sociosanitario y en población pediátrica, para facilitar la comunicación, la toma de decisiones y la atención integrada, evitando las diferencias territoriales actualmente existentes en este ámbito. Se hace hincapié, especialmente, en aquellas residencias privadas y concertadas donde la cobertura sanitaria existente no es suficiente.
- **Acción 2:** Evaluar la situación actual del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos 2023-2027, el desarrollo del Decreto 9/2024, que regula el Registro Vasco de

Voluntades Anticipadas, y cumplir la normativa relacionada con la asistencia sanitaria en el final de la vida. En este sentido, se detecta la necesidad de mejorar el acceso y la gestión de la prestación de ayuda para morir, mediante la creación de una unidad técnico-administrativa que informe a la ciudadanía sobre el procedimiento de solicitud de eutanasia, y que participe en la gestión y resolución de los problemas que surjan en el proceso, además de servir de apoyo a la Comisión de Garantías y Evaluación. Además, se detecta la necesidad de potenciar la elaboración de los documentos de voluntades anticipadas.

- . **Indicador 1:** Realización, aplicación y evaluación anual del grado de cumplimiento de protocolos unificados en los ámbitos sanitario y sociosanitario, tanto público como privado y concertado. SI/NO

2. Conocer cómo es el proceso de final vida en Euskadi.

- **Acción 1:** Crear el observatorio de final de vida.
- **Acción 2:** Diseñar un sistema de evaluación con indicadores validados que permitan estimar la calidad en el final de vida.

- . **Indicador 1:** creación del observatorio SI/NO.

3. Empoderar a la ciudadanía para que pueda participar en el proceso de planificación y/o toma de decisiones.

- **Acción 1:** Crear una red comunitaria, de colaboración entre instituciones y agentes sociales cuyas funciones sean dar a conocer a la ciudadanía los derechos que les asisten en el final de la vida, dotarles de herramientas y competencias para la toma de decisiones, acompañar durante el proceso de final de vida (en situaciones en las que sea necesario) y facilitar información y acceso a recursos de apoyo.

- . **Indicador 1:** reacción de un grupo de trabajo por Territorio Histórico para crear la red comunitaria. SI/NO

4. Formar, sensibilizar y capacitar a todos y todas las y los profesionales implicadas/os en la atención al final de vida, incluido el personal que realiza el servicio a domicilio externalizado y el personal sanitario que atiende en residencias privadas y concertadas.

- **Acción 1:** Diseñar y crear un itinerario formativo y de sensibilización obligatorio, incentivando y facilitando la participación de los y las profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en el final de vida, adaptado a cada nivel y tipo de atención que se realiza.

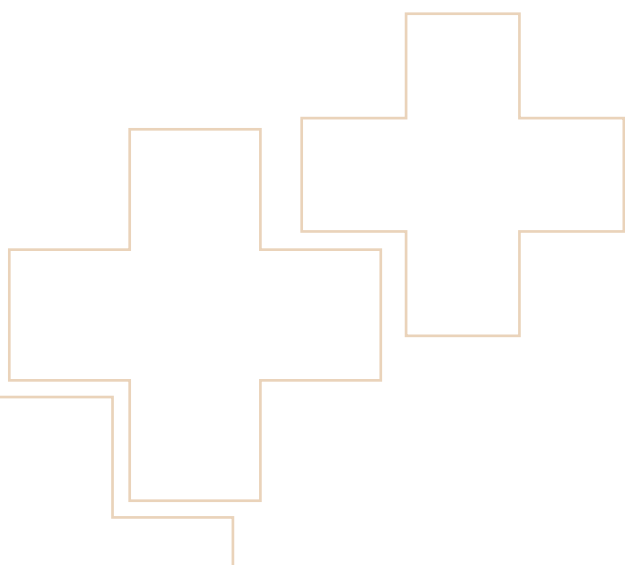
- . **Indicador 1:** % de profesionales formados en cada ámbito, por año.

5. Garantizar la disponibilidad de diferentes perfiles profesionales de apoyo, que sean referentes en la atención interdisciplinar para las necesidades de las personas que están en el final de su vida y para su entorno más cercano.

- **Acción 1:** Definir qué perfiles profesionales y qué capacitación son necesarias para dar apoyo en el final de la vida, según la situación y complejidad de cada paciente (médicos/as, equipo de enfermería, psicólogos/as, trabajadoras/es sociales, fisioterapeutas, ...)
- **Acción 2:** evaluar la disponibilidad y la dotación de esos perfiles en los equipos paliativos en cada OSI, sin olvidar la creación de equipos referentes en pediatría y la potenciación de la figura de enfermería de enlace.
- **Indicador 1:** N° de diferentes perfiles en cada equipo.

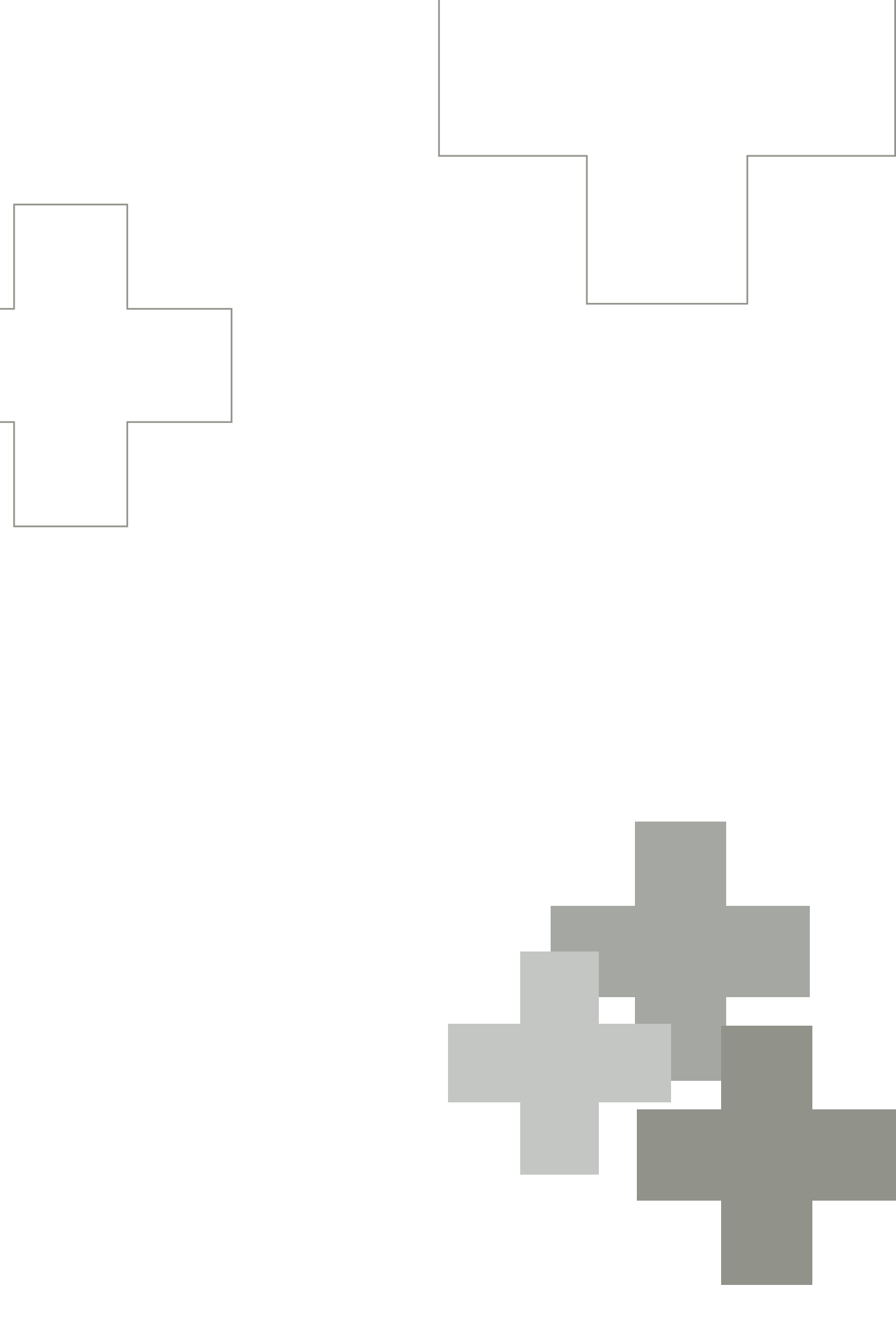
6. Incrementar líneas de Investigación e innovación en el ámbito de final de vida.

- **Acción 1:** Incorporar líneas de investigación de trabajo en la atención en el final de vida.
- **Acción 2:** Diseñar y validar nuevos indicadores cualitativos sobre experiencias de pacientes y de su entorno en los procesos asistenciales del final de vida.
- **Indicador 1:** N° proyectos de investigación en final de vida.



III. ÁREAS PRIORITARIAS DE SALUD





9.

ONCOLOGÍA:

Abordaje integral del cáncer, desde la prevención hasta la atención y rehabilitación.

Integrantes del grupo de trabajo:

- José Manuel Aguirre Urizar
- Maria Jesus Aguirrezabal Izarra
- Arantza Agote Zaballa
- Beatriz Alvarez
- Asier Arrizabalaga Otaegi
- Jose Ramón Barceló
- Beatriz Benitez
- Ainhoa Ulibarri
- Elena Beristain
- Severina Dominguez
- Ainhoa Fernandez
- Miguel Alejandro Garcia
- Vicky García
- Garbiñe Liceaga
- Olatz Mercader
- Irina Rabalo
- Elena Lete
- Ekain Rico
- Camino del Rio Pisabarro
- Lori Thompson
- Vicente Ullate Jaime
- Ander Urruticoechea Ribate

“El email de MJ Aguirrezaba siempre dió error, lo que ha hecho imposible el contacto”.

Dinamizadoras:

Elena Galve Calvo

Maria Angeles Sala González.

Contenido

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción
3. Metodología y enfoque
4. Análisis situacional
5. Objetivos, Propuestas e Indicadores

1. Resumen ejecutivo

Teniendo la Equidad como línea transversal, de forma consensuada hemos pensado trabajar en las siguientes áreas específicas:

- La investigación en cáncer; que en Euskadi se encuentra en una fase de crecimiento, con un enfoque claro en la Medicina de Precisión Personalizada y las Terapias Avanzadas e innovadoras.
- La coordinación entre todos los niveles asistenciales implicados en el proceso. A pesar de que la fase de diagnóstico y tratamiento específico de los pacientes se lleva a cabo principalmente en el ámbito de la medicina especializada, el seguimiento continuado por parte de la Atención Primaria, incluidas las personas que superan la enfermedad, es fundamental para mejorar.

Está previsto definir objetivos e indicadores concretos sobre estas áreas en próximas reuniones de trabajo.

Como se ha mencionado el área cáncer es uno de los principales desafíos de la sanidad vasca con impacto en toda la ciudadanía.

2. Introducción

a/ Contexto General:

Abordamos y trabajamos en el complejo proceso del cáncer en el marco del Pacto de Salud como principal acuerdo de colaboración entre el Gobierno Vasco, agentes sociales, políticos y sanitarios, con el objetivo de garantizar un sistema de salud vasco universal, sostenible, equitativo y centrado en las personas. El cáncer es un problema de salud pública de primer orden en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), representando en 2023 el 28% de los fallecimientos totales, lo que lo convierte en uno de los grandes retos para nuestro sistema sanitario.

Esta línea estratégica está alineada con:

- La Misión Cáncer y el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer que incluye estrategias e iniciativas concretas en áreas como la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y supervivientes.
- El Plan de Salud de Euskadi con cuatro objetivos principales: potenciar el desarrollo en salud de los niños, niñas y adolescentes; fomentar el envejecimiento

activo y de vida plena; disminuir la morbilidad evitable en la población vasca; y reducir las desigualdades en salud.

- El Plan Oncológico Integral de Euskadi 2030, en proceso de elaboración y que da continuidad al primer plan oncológico de la CAPV, cuya misión es establecer una estrategia integral, participativa, sostenible y dinámica, que guíe las actuaciones en cáncer en base a la excelencia, la evidencia científica, y la equidad, generando valor a la ciudadanía vasca en términos de mejores resultados en salud.

El propio plan oncológico se apoya en otras estrategias transversales y planes en materia de salud como son:

- Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.
- Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025.
- Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027, Estrategia de Seguridad del Paciente 2030, Modelo de Humanización de Osakidetza y Estrategia de Investigación e Innovación en Salud 2022-2025 entre otros.

b/ Alcance

El alcance de esta estrategia va más allá de las personas que padecen cáncer y del sistema público de salud, teniendo a toda la población vasca y a la prevención como el eje central. El diagnóstico de cáncer no solo supone una amenaza para la salud, sino que transforma profundamente la vida de quienes lo padecen y de sus acompañantes. Más allá de los factores biológicos, las desigualdades sociales juegan un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad, el acceso a tratamientos y la calidad de vida durante y después del proceso oncológico.

3. Metodología y enfoque

Proceso de trabajo

Se realizó una primera reunión telemática a fecha 7 de abril 2025 donde se presentó el grupo y se consensuó el método de trabajo: reuniones online periódicas.

En la misma se convocó a todos los agentes, sin poder contactar con algunos de los miembros por errores administrativos, subsanados en la siguiente convocatoria.

Se debatieron las principales líneas estratégicas dentro del área cáncer, concluyendo como prioritarias las siguientes:

— personas como eje

Colectivos especiales: niños, niñas, adolescentes, largos supervivientes

Tumores poco prevalentes (ejemplo: cáncer de cavidad oral, otros...)

— modelo asistencial

Gobernanza Equidad

— coordinación entre niveles

— circuitos y redes de trabajo homogéneos

— promoción de la salud y prevención

— diagnóstico precoz: cribado en cáncer de próstata y pulmón

— atención integral:

Atención psicológica

Aspectos sociales y laborales

— investigación e innovación

— resultados en salud / sistemas de información en cáncer

— docencia-formación

Formación pregrado

Articular docencia –asistencia

Para poder avanzar objetivos se realizó una encuesta incluyendo todas las líneas destacadas; se envió a 21 agentes y se recibieron 16 contestaciones.

En la segunda reunión a fecha de 28 de abril de 2025 se revisaron los resultados de la encuesta de priorización, debatiéndose los mismos entre los asistentes y llegando al consenso de profundizar en las 3 áreas más votadas (> 80% alta prioridad):

-Equidad en el acceso y resultados

-Impulso a la investigación e innovación en cáncer

-Coordinación entre niveles asistenciales

En vista de estos resultados se acordó revisar las acciones previstas en estas áreas en el próximo Plan Oncológico Integral de Euskadi(POIE) para identificar y definir aquellos objetivos e indicadores concretos sobre los que trabajar dentro del pacto de salud de forma prioritaria.

Se remitió un primer borrador con los objetivos y propuestas extraídos del POIE para estas tres áreas, priorizando los temas debatidos en reuniones previas para revisión y consenso a todos los miembros del grupo. Se trabajó en nueva reunión que tuvo lugar el 5/5/25.

A fecha 12 de mayo de 2025 en nueva reunión telemática se revisan las aportaciones remitidas y se concretan en el documento V3 que se comparte para su visto bueno

definitivo por todos los integrantes de este grupo.

4. Análisis situacional

En las neoplasias diagnosticados en Euskadi durante el periodo 2013-2017, la supervivencia relativa a 5 años muestra avances importantes en algunos tipos de cáncer; aunque persisten desafíos significativos en otros.

A la hora de priorizar acciones en esta línea estratégica hemos consensuado aspectos generales de mejora, aunque ha quedado reflejada la inquietud de los diferentes integrantes por áreas minoritarias pendientes de abordarse.

Queremos destacar la dificultad para reflejar en un único documento la sensibilidad de todos los agentes implicados en el complejo proceso del cáncer.

Incluir “la voz” de la persona/entorno como protagonista a todos los niveles de actuación es el objetivo central a corto plazo.

5. Objetivos-Propuestas-Indicadores

EQUIDAD EN EL ACCESO Y RESULTADOS

Objetivos:

1. Establecer un modelo para la toma de decisiones que permita evaluar el impacto en salud de las diversas intervenciones a nivel macro, meso y micro, así como la rendición de cuentas a la sociedad. Dicho modelo ayudará en el uso de datos objetivos para la gestión de la cartera de servicios, promoverá la financiación y el pago basado en valor; facilitando así el acceso sostenible a nuevas terapias y tecnologías sanitarias, necesarias para la salud.

Propuesta: Contar con políticas públicas en cáncer transparentes y que rindan cuentas a la ciudadanía sobre: I) Los resultados en salud de los planes para la prevención, atención e investigación del cáncer; II) El cumplimiento de la equidad e igualdad de oportunidades para hacer frente al cáncer...iii) Impulsar un registro de datos e indicadores de carácter público y con publicación anual del informe de datos de cáncer en Euskadi.

Indicadores:

- % de Rutas Asistenciales gestionados con enfoque a valor (se mide y analizan los resultados en salud y el coste).

- % de Rutas Asistenciales en las que se recogen PROMs / PREMs de forma sistemática
 - % de Servicios (o integrantes del ecosistema de Oncología de la Comunidad Autónoma) que tienen información unificada disponible (aporta/recibe)
2. Garantizar el acceso equitativo, efectivo y sostenible al diagnóstico, los tratamientos y medicamentos disponibles en el sistema sanitario público, evitando la variabilidad no justificada y asegurando que las decisiones terapéuticas se basen en el valor clínico, la evidencia científica y el consenso de equipos inter-multidisciplinares, con el fin de mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los y las pacientes.

Propuesta: Implantar la evaluación continua y multidisciplinar de resultados terapéuticos, asegurando que esta evaluación permita personalizar y optimizar los tratamientos, mejorando tanto la eficacia clínica como la eficiencia en la gestión de recursos, y considerando, entre otros factores, la evidencia científica sobre las diferencias en la respuesta a los tratamientos por sexo, edad, aspectos farmacogenómicos etc

Indicadores:

- % de pacientes oncológicos tratados con estrategias innovadoras (no solo farmacológicas) cuya indicación ha sido validada por un comité multidisciplinar.
- Tiempo que transcurre desde que un medicamento es financiado (SNS) hasta que es posicionado en Euskadi (adultos y pediatría)

IMPULSO A LA INVESTIGACION E INNOVACIÓN EN CÁNCER

Objetivo: Optimizar el acceso, desarrollo y participación en los Estudios clínicos, garantizando su accesibilidad para pacientes y profesionales.

Propuestas:

- Crear una plataforma accesible y centralizada de EECC con información detallada sobre ensayos activos, criterios de inclusión y exclusión, hospitales disponibles y estadísticas de participación, disponible para profesionales, investigadores/as y pacientes.
- Promoción de los ensayos académicos y la investigación independiente y colaborativa, implicando a todos los ámbitos de investigación del ecosistema vasco (Universidades, Institutos, ámbito sanitario, otros)

Indicadores:

- % de pacientes y ciudadanos incluidos en proyectos de investigación y ensayos clínicos
- N° proyectos investigación en cáncer internacionales/nacionales/autonómicos, especificando el % que son liderados desde el ecosistema I+D+i.
- N° de proyectos investigación con financiación pública/ privada/mixta totalidad

COORDINACION ENTRE NIVELES ASISTENCIALES

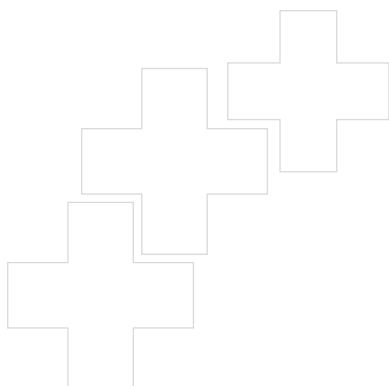
Objetivo: Mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales que intervienen en el proceso oncológico a través de una comunicación ágil y bidireccional entre las personas profesionales tanto del ámbito sanitario como social y educativo con la adaptación de las herramientas digitales.

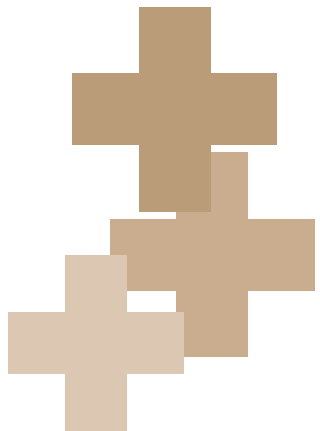
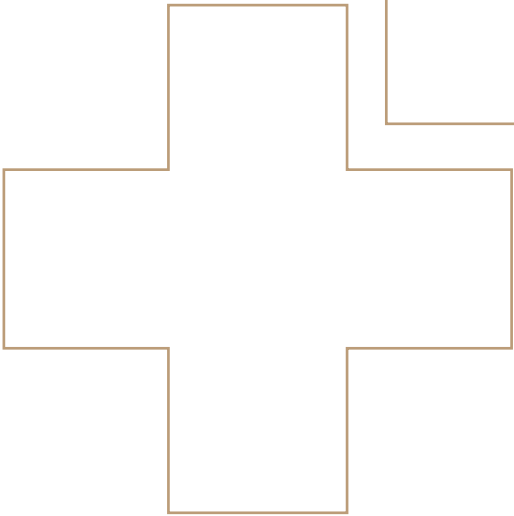
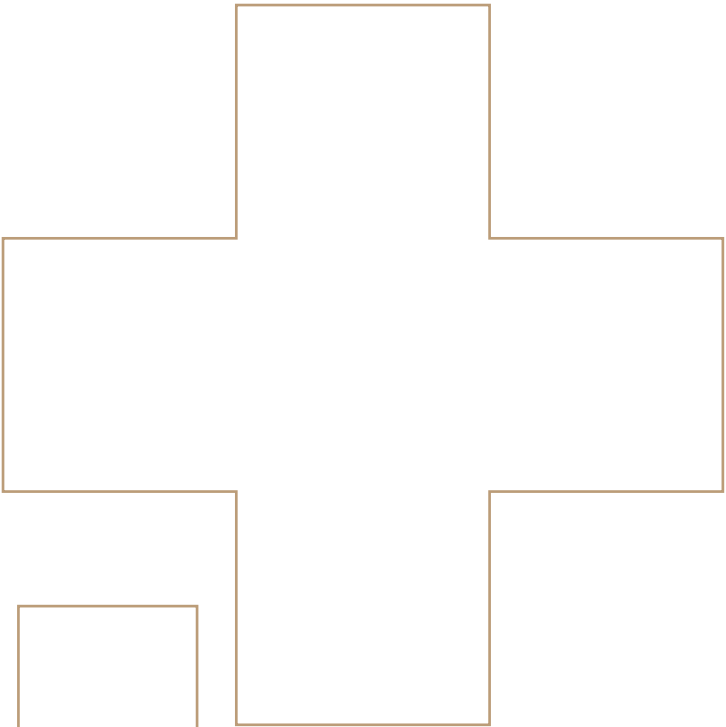
Propuestas:

- Realizar el Plan Individualizado de Atención (PIA) con las personas pacientes y mantenerlo actualizado. El PIA debe ser un documento dinámico que se ajuste a las necesidades de la persona paciente en cada fase del proceso oncológico. Deberá incluir aspectos integrales tales como: plan de cuidados (incluida salud bucodental), atención psicológica, atención social y promoción de la salud.
- Generar canales de comunicación y coordinación con los profesionales sanitarios y los no sanitarios que intervienen en las rutas asistenciales o pueden dar apoyo en el proceso oncológico.

Indicadores:

- % de personas con cáncer que disponen de un Plan Individualizado de Atención realizado.
- % de pacientes con equipo de referencia en el proceso oncológico registrado en PIA
- % de casos oncológicos debatidos en comité multidisciplinar y plan terapéutico registrado y compartido digitalmente entre los niveles asistenciales.





Personas integrantes del grupo de trabajo del área prioritaria de salud de las enfermedades cardiovasculares

- Jose Manuel Aguirre Urizar
- María Gomez Perez
- Esther Pulido Herrero
- Rodrigo Damian Garcia
- Ane Otaegui Arrazola
- Ekain Rico Lezama
- Jose David Rodrigo Carbonero
- Ianire Garay Pineda
- Irina Rabalo Navarro
- Roberto Romero Soto
- Mario Sadaba Sagredo
- Irene Rilo Miranda
- Xabier Arrazola Etxeberria
- M^a Aranzazu Quecedo Urrutia
- Jesus Larrabe Medina
- Lilian Rincon, Yolanda Morga
- Ignacio Diez Lopez

Dinamizadores:

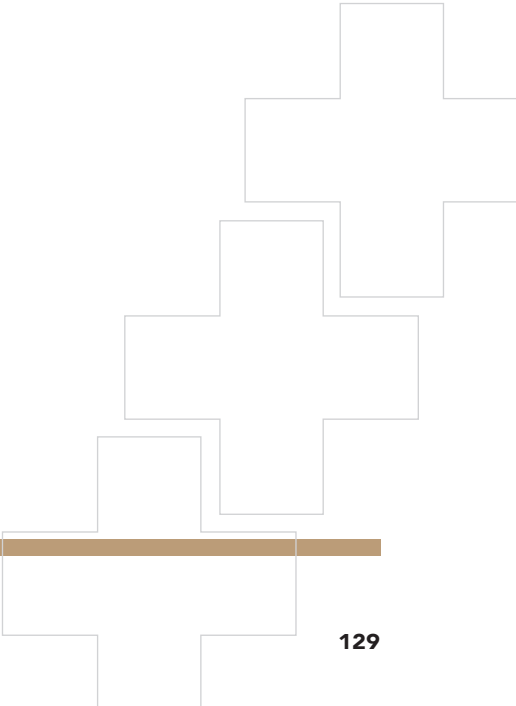
Abel Andres Morist

Miren Telleria Arrieta



Contenido

- 1. Introducción
- 2. Metodología y enfoque
- 3. Objetivos y Propuestas
- 4. Indicadores



1. Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Euskadi, representando un reto prioritario para el sistema sanitario. A pesar de los avances en prevención, diagnóstico y tratamiento, según datos del EUSTAT (Instituto Vasco de Estadística/ Euskal Estatistika Erakundea) las ECV son el conjunto de enfermedades más prevalentes y la segunda causa de mortalidad¹. Entre ellas, destacan la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular.

Análisis de la situación:

- La carga que suponen las ECV muestra un aumento progresivo. Las enfermedades cardiovasculares aumentan con la edad y la distribución demográfica de Euskadi muestra un marcado envejecimiento poblacional².
- Muchos de los factores de riesgo (FRCV) como la hipertensión arterial, la dislipemia, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo son modificables.
- La atención sanitaria a las enfermedades cardiovasculares presenta diferencias significativas en comparación con la atención en otras CCAA³. Dentro de Euskadi la atención entre las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) también difiere.

Actualmente, la atención cardiológica en Euskadi está repartida en 3 tipos de hospital según la clasificación de la Sociedad Española de Cardiología^{4*}:

- a. 2 hospitales del grupo 4: Hospital Universitario de Cruces y Hospital Universitario de Basurto.
- b. 3 hospitales del grupo 3: Hospital Universitario Araba, Hospital Universitario Galdakao-Usansolo, Hospital Universitario Donostia.
- c. 7 hospitales del grupo 2: Urduliz, San Eloy, Santa Marina, Zumarraga, Mendaro, Bidasoa, Alto Deba, Asunción-Tolosa.

¹ Libro 2 del Pacto Vasco de Salud: Diagnóstico para el Pacto Vasco por la Salud.

² Libro 1 del Pacto Vasco de Salud: Diagnóstico Salud.

³ https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/sec-recalcar/Informe_RECALCAR_2024.pdf

^{4*} Queda fuera de esta clasificación la atención de la cirugía cardíaca en Gipuzkoa, que actualmente se realiza de forma concertada en Policlínica Gipuzkoa

Tabla 1.1. Clasificación de unidades por tipología (SEC)

GRUPO	CARACTERÍSTICAS
1	Unidades que no tienen camas de hospitalización asignadas a cardiología
2	Unidades que tienen camas de hospitalización específicamente dedicadas a cardiología, sin laboratorio de hemodinámica
3	Unidades que tienen camas de hospitalización dedicadas a cardiología, con laboratorio de hemodinámica, sin servicio de cirugía cardiovascular en el hospital
4	Unidades que tienen camas de hospitalización asignadas a cardiología, con laboratorio de hemodinámica y servicio de cirugía cardiovascular en el hospital
5	Unidades que sin tener camas asignadas a cardiología desarrollan actividad de hemodinámica y/o cirugía cardiovascular

En Euskadi, los hospitales del grupo 4, se caracterizan por:

- ser hospitales que cuenten con un servicio de Cirugía Cardíaca
- ser hospitales donde los Cuidados Cardiológicos Críticos depende de Cardiología.

Las diferencias tanto entre CCAA como entre las diferentes OSIs, probablemente incidan en la calidad asistencial y en los resultados de la atención a los pacientes con ECV en los distintos territorios; de hecho el registro RECALCAR⁵ muestra que la mortalidad hospitalaria ajustada a riesgo en la insuficiencia cardíaca se encuentra por debajo de la media de España, mientras que la mortalidad ajustada por riesgo de las diferentes enfermedades isquémicas se encuentra por encima de la media, siendo más marcado en el Shock Cardiogénico (SC).

Objetivo:

El presente documento, alineado con los principios del pacto de salud⁶, tiene como propósito presentar los objetivos y las líneas de actuación de la estrategia cardiovascular en Euskadi para coordinar y optimizar los esfuerzos destinados a reducir la carga de estas enfermedades en la población y mejorar la asistencia a la enfermedad.

⁵ https://secardiologia.es/images/institucional/sec-calidad/sec-recalcar/Informe_RECALCAR_2024.pdf
⁶ Libro 3 del Pacto Vasco de Salud: Valores y Principios.

DAFO

DEBILIDADES

- Ausencia de asociaciones de pacientes en la elaboración del documento.
- Falta de integración real entre niveles asistenciales.
- Alta demanda asistencial que dificulta la implementación de nuevos programas.
- Limitado conocimiento en determinantes sociales y ambientales de la salud.

AMENAZAS

- Recursos económicos finitos que dificultan la implementación de programas.
- Incremento de los factores de riesgo cardiovascular en la población.
- Envejecimiento poblacional (mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares, mayor riesgo de exclusión digital).
- Escasez de profesionales sanitarios.

FORTALEZAS

- Estrategia elaborada y consensuada de forma multidisciplinar.
- Infraestructura tecnológica unificada que facilita una atención continuada e integral.
- Alta capacitación de los profesionales sanitarios, presencia de equipos multidisciplinarios y unidades que permiten el benchmarking.
- Cambio de cultura asistencial.

OPORTUNIDADES

- Posibilidad de mejorar la percepción de las personas usuarias y los resultados en salud.
- Posibilidad de reorganizar el sistema de forma más eficiente.
- Incorporación de IA en el proceso de atención sanitaria.
- Mejorar la concienciación social sobre la salud cardiovascular y estilos de vida saludables.
- Posibilidad de alianzas estratégicas con agentes no sanitarios: educación, urbanismo, transporte.
- Desarrollo de modelos de atención centrados en la comunidad y la participación ciudadana.

2. Metodología

Tras una revisión se detectaron 3 publicaciones que han servido de base para la elaboración de los objetivos:

1. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Ministerio de Sanidad 2022.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/Estrategia_de_salud_cardiovascular_SNS.pdf
2. A European Cardiovascular Health Plan: The need and the ambition. European Alliance for Cardiovascular Health. **https://www.cardiovascular-alliance.eu/wp-content/uploads/2022/05/EACH-Plan-Final_130522.pdf**
3. Conclusiones sobre la mejora de la salud cardiovascular en la Unión Europea. Consejo de la Unión Europea. Diciembre del 2024.
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15315-2024-INIT/en/pdf>

Una vez revisada la bibliografía se solicitó la opinión de los expertos, lo que permitió identificar los objetivos. Dichos objetivos se discutieron en dos reuniones telemáticas que permitió establecer los puntos clave y detectar las áreas de desacuerdo. Posteriormente, se elaboró un borrador del documento y se solicitó a los expertos que valoraran cada objetivo lo que permitió establecer la prioridad de los mismos. Finalmente, mediante otra reunión telemática se consensuaron los indicadores y se redactó el documento final.

3. Objetivos y Propuestas

OBJETIVOS TRANSVERSALES (comunes a todos los objetivos asistenciales)

1. **Incluir la perspectiva de género, incluyendo medidas específicas en aquellos procesos donde se detecten inequidades.**
 - a. formar a todas las personas profesionales sobre los aspectos específicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en la mujer y las desigualdades de género.
2. **Garantizar una atención integral, continuada y coordinada de todas las personas, en especial la atención de los colectivos más vulnerables.**
 - a. elaborar programas de intervención adaptados a poblaciones en riesgo de exclusión por situación socioeconómica y mejorando el acceso a la atención y tratamiento en zonas con menor cobertura sanitaria mediante la utilización

de herramientas actuales como el Observatorio de Salud para la identificación de dichos grupos.

3. Promocionar un cambio de cultura del modelo asistencial actual a uno basado en el valor en salud y centrado en la persona paciente consciente y activa.

- a. Impulsar los procesos y los flujos asistenciales más adecuados para calidad, seguridad y eficiencia, coordinados multidisciplinariamente y que sean percibidos de manera satisfactoria por las personas usuarias.
 - a.1. Humanizar la atención sanitaria especialmente la atención a colectivos más vulnerables (población infantil con cardiopatías congénitas, pacientes con problemas de salud mental, pacientes dependientes totales, ...) incluyendo a familiares y cuidadores.
 - a.2. Crear áreas de enfermedades cardiovasculares que permitan un enfoque multidisciplinar, integral y global al enfermo cardiovascular (incluyendo también la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad vascular periférica)
- b. Impulsar al paciente consciente y activo, favoreciendo el uso de herramientas que promuevan el empoderamiento de las personas con enfermedades cardiovasculares.

4. Supervisar y evaluar los resultados en salud de los procesos asistenciales integrados, con el fin de diseñar estrategias de mejora continua que optimicen el uso de los recursos disponibles y fomenten una gestión más sostenible y eficiente del sistema de salud.

5. Promover y difundir prácticas seguras en el entorno de las ECV.

6. Fomentar la innovación e investigación de las y los profesionales sanitarios y del personal investigador no sanitario, para mejorar resultados en la salud cardiovascular:

- a. Impulsar programas de formación especializada y continuada en investigación en todas las categorías sanitarias.
- b. Mejorar los procesos de implementación de nuevas tecnologías y fármacos a nivel asistencial. Fomentar la aplicación y el desarrollo de las nuevas tecnologías, medicamentos (mejorar este proceso)
- c. Impulsar proyectos de investigación con inteligencia artificial para la prevención, detección y tratamiento de ECV.
- d. Fomentar la investigación clínica asistencial en el área de las ECV, así como la investigación básica y la traslacional.
- e. Mejorar las herramientas que permiten compartir información clínica entre diferentes niveles asistenciales incluyendo la sanidad privada y la concertada.

Objetivos asistenciales

1. Impulsar la promoción de la salud y la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (FRCV modificables):

- a. Desarrollar programas de educación sanitaria a la población, con especial énfasis en entornos laborales y a la población infanto-juvenil en centros educativos sobre FRCV y la promoción de estilos de vida saludables.
- b. Reforzar los programas de detección precoz y control de los FRCV (HTA, dislipemia, diabetes mellitus, tabaquismo, eventos adversos en el embarazo) así como implementar la detección precoz de la fibrilación auricular a todos los niveles (atención primaria, farmacia comunitaria, ...) en toda la ciudadanía en riesgo con especial atención a las poblaciones más vulnerables.
- c. Identificar, reconocer y modificar aspectos psicológicos (emociones, estrés, estrategias de afrontamiento, ...) como elementos vinculados a posteriores conductas no saludables y el mantenimiento de estas, así como la evaluación de aspectos sociales.
- d. Promover la salud buco-dental como estrategia para la prevención y mejora de la salud cardiovascular en la población.
- e. Elaborar políticas ambientales así como promover la educación comunitaria sobre salud cardiovascular en contextos climáticos adversos (olas de calor; contaminación) con intención de reducir el impacto de estos factores ambientales en la salud cardiovascular.

2. Prevención secundaria - Rehabilitación cardiaca

- a. Impulsar y crear unidades de RHC con la debida inversión en recursos materiales y con equipos humanos interdisciplinarios especializados (cardiología, atención primaria, enfermería, rehabilitación, psicología clínica, fisioterapia...) y promover la rehabilitación en diferentes niveles asistenciales según el perfil de riesgo (hospitalaria, primaria y domiciliaria...). Todo ello con el objetivo de optimizar la asignación de recursos hospitalarios, priorizando a pacientes de mayor riesgo y mejorando así la relación coste-oportunidad.
- b. Identificar factores de riesgo psicológicos, que dificulten la adaptación de la persona a su evento cardiovascular; así como identificar los factores psicosociales.

3. Mejorar los resultados en la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) fomentando una atención homogénea y de calidad en todos los niveles de la cadena de supervivencia

- a. Programas de educación en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) global centralizado y actualizado destinado a toda la ciudadanía (educación primaria, educación secundaria, formación profesional, universidades, empresas, funcionarios públicos). Especial atención en aquellos colectivos con alta probabilidad de ser primeros intervinientes (policías, bomberos, protección civil, Cruz Roja...).
- b. Mejorar la información global de la atención a la parada cardíaca e identificar áreas de mejora mediante el registro unificado de los casos de parada cardiorrespiratoria atendida tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario en el ámbito de toda la comunidad autónoma.

4. Atención al ICTUS

- a. Implementar las medidas contenidas en el Plan de Atención a los Pacientes con ICTUS en Euskadi .
- b. Incidir en la calidad del tratamiento derivado de las dificultades de implementar nuevos fármacos a nivel asistencial.

5. Organizar a nivel autonómico un sistema coordinado de atención a pacientes en situación de shock cardiogénico (SC) que facilite la administración de tratamientos avanzados y mejorar así los resultados en su salud.

- a. Desarrollar un modelo consensuado para la identificación precoz del SC, con el objetivo de implantarlo en cada centro hospitalario. Este modelo debe facilitar la detección de pacientes candidatos a revascularización temprana y/o soporte circulatorio, garantizando una atención oportuna mediante un protocolo común, adaptado al nivel asistencial y coordinado con modelos ya existentes como los de parada cardiorrespiratoria (PCR) e infarto agudo de miocardio (IAM).
- b. Asegurar el traslado de los pacientes en “código shock” de forma coordinada y con el soporte circulatorio adecuado entre los centros hospitalarios de diversos niveles, mediante la elaboración, según modelo consensuado por todas las partes implicadas, de protocolos asistenciales uniformes con criterios de derivación e indicadores comunes.
- c. Disponer de equipos multidisciplinares formados (compuestos por profesionales en cardiología expertos en IC avanzada, cirugía cardíaca, cardiología intervencionista, cuidados críticos y personal de Emergencias) con disponibilidad permanente (24/7), en los centros en los que atiendan pacientes en SC.

6. Insuficiencia Cardíaca (IC)

- a. Mejorar la atención integral de las personas con IC mediante el diagnóstico y tratamiento precoz, el seguimiento estructurado y la coordinación entre niveles asistenciales, con el fin de reducir la morbilidad asociada a esta patología.
- b. Elaborar programas de IC con equipos multidisciplinares y estructurados entre los diferentes ámbitos asistenciales que favorezcan una atención integral a todas las personas diagnosticadas de IC prestando atención también la educación sanitaria de familiares y cuidadores.

7. Valvulopatías

- a. Garantizar una atención equitativa en valvulopatías, elaborando protocolos multidisciplinares unificados y equipos multicéntricos que reduzcan la variabilidad a la atención de los pacientes.

4. Indicadores específicos

1. Objetivo: impulsar la promoción de la salud y la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares (FRCV modificables).

- Indicador 1.1 – Porcentaje de centros escolares que desarrollan programas sobre la adopción de estilos de vida saludables: actividad física y alimentación saludable; bienestar y salud emocional; educación sobre alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas...
- Indicador 1.2 – Registro de la verificación de la detección de los diferentes factores de riesgo cardiovascular (tabaco, actividad física, dieta adecuada, cifras de colesterol, presión arterial, glucemia, peso adecuado, aspectos psicológicos, salud bucodental...) y del ritmo cardíaco (pulso arritmico, ECG) en atención primaria en las poblaciones en riesgo.

2. Objetivo: prevención secundaria - Rehabilitación cardíaca.

- Indicador 2.1 – Porcentaje de personas con IAM que acceden a programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca ajustada por edad y desagregada por sexo.
- Indicador 2.2 – Resultados en salud después de cumplir el programa de rehabilitación cardíaca teniendo en cuenta la calidad de vida percibida por los pacientes.

3. Objetivo: mejorar los resultados en la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) fomentando una atención homogénea y de calidad en todos los niveles de la cadena de supervivencia

- Indicador 3.1 – Existencia de un comité autonómico activo de atención a la parada cardíaca con acciones educativas periódicas a la ciudadanía en reanimación cardiopulmonar (si/no).
- Indicador 3.2 – Existencia de un registro unificado de atención a la parada cardíaca tanto extra como intrahospitalario (si/no).

4. Objetivo: atención al ICTUS

- Indicador 4.1 – Cumplimiento de los indicadores específicos de calidad contenidos en el Plan de Atención a los Pacientes con Ictus en Euskadi.
- Indicador 4.2 – Porcentaje de pacientes con indicación de anticoagulación ajustado a guías de práctica clínica⁸.

5. Objetivo: organizar a nivel autonómico un sistema coordinado de atención a pacientes en situación de shock cardiogénico (SC) que facilite la administración de tratamientos avanzados y mejorar así los resultados en su salud.

- Indicador 5.1 – Existencia de una red asistencial específica de atención al shock cardiogénico funcionante a nivel de la comunidad autónoma vasca (si/no).
- Indicador 5.2 – Tasa de mortalidad del shock cardiogénico ajustada por edad y desagregada por sexo.

6. Objetivo: insuficiencia cardíaca.

- Indicador 6.1 - Tasa de mortalidad hospitalaria de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca ajustada a riesgo.
- Indicador 6.2 - Existencia de una ruta asistencial estructurada con equipos multidisciplinares y multiprofesionales en cada OSI que atienda pacientes con insuficiencia cardíaca (si/no).

7. Objetivo: Valvulopatías

- Indicador 7.1 – Existencia de protocolos consensuados de atención a la estenosis aórtica grave y otras valvulopatías específicas.
- Indicador 7.2 – Tasa de TAVI, cirugía valvular abierta y no intervención por 100.000 habitantes ajustada por edad, OSI y sexo.

⁸ 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO).* <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

Participantes del Grupo de Trabajo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Raquel Litago• Ane Zubikarai• José Manuel Aguirre• Jaione Santiago• Ander Retolaza• Baltasar Gómez• Leire Iriarte• Asier Arrizabalaga• Anuntze Arana• María José Cano• Ana Isabel Cano• Itziar Ceballos• Keyth Lany Oliveira | <ul style="list-style-type: none">• Laura Gutiérrez• Ana González-Pinto• Iñaki Barrutia.• Irina Rabalo• Elena Lete.• Miguel Gutiérrez• Iñaki Zorrilla• Sonja Massimo• Begoña Rueda• Silvia Sáez de Vicuña• Ainhoa Gutiérrez• Gotzon Amenedo• Margarita Sáenz. |
|--|---|

Coordinadores del Grupo de Trabajo:

Silvia Arostegui
Mahmoud Karim Haidar
José Ignacio Eguíluz
Rafael Segarra

Contenido

1. Resumen ejecutivo.
2. Introducción y antecedentes.
3. Metodología y enfoque de trabajo.
4. Análisis situacional.
5. Objetivos (5-7).
6. Propuestas de actuación (1-2 por objetivo).
7. Indicadores (1 por objetivo).

1. Resumen ejecutivo.

a. Síntesis del contenido: breve descripción de los objetivos, propuestas y resultados esperados.

La Salud Mental constituye un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía. El sistema de salud, público y universal debe reflejar el compromiso de la sociedad y de las instituciones con el bienestar de sus habitantes. En Euskadi, la atención en salud se basa en los principios de sostenibilidad, equidad, calidad, eficiencia, innovación, mejora continua, bienestar social, participación ciudadana (inclusión de la voz de la ciudadanía), prevención y promoción de la salud y abordaje de los determinantes sociales de la salud.

b. Impacto y relevancia: justificación del impacto de la estrategia en el marco del Pacto de Salud.

El Pacto Vasco de Salud debe reflejar un compromiso conjunto, que involucre a diferentes colectivos sociales, políticos y sanitarios. La construcción de un modelo de asistencia en Salud Mental sostenible, equitativo y centrado en las personas pacientes resulta vital para garantizar el bienestar de la población de Euskadi ahora y en el futuro. Es imprescindible actuar de manera coordinada y proactiva para afrontar los retos actuales y futuros, y así asegurar un sistema de Salud Mental de calidad accesible para toda la ciudadanía.

2. Introducción y antecedentes.

a. Contexto general: descripción del entorno y del marco de referencia de la estrategia, basándose en el diagnóstico, los valores y principios del Pacto de Salud y la alineación con los objetivos propuestos.

La Estrategia de Salud Mental en Euskadi 2023-2028 presenta 10+1 líneas estratégicas de actuación (añadimos la línea de Promoción y Educación en salud Mental a la población): Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona; Prevención de la Salud Mental de la población y prevención de los trastornos mentales; Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida; Promoción y Educación en Salud Mental a la población; Atención a las personas con trastornos mentales basada en el modelo comunitario y de recuperación; Salud Mental en la infancia y adolescencia; Atención e intervención familiar; Coordinación; Participación de la ciudadanía; Formación; Investigación, Innovación y Conocimiento.

b. Alcance: definición de los límites, áreas específicas de aplicación y el impacto esperado de la estrategia.

La Salud Mental es un componente esencial de la salud y el bienestar de las personas y las sociedades. Afecta a todos los ámbitos de la vida: personal, familiar, laboral, social y comunitario.

Todavía persisten estigmas, prejuicios, escasez de recursos y barreras que dificultan el acceso a los recursos y servicios adecuados para las personas con trastornos mentales y sus familias. Por ello, es necesario impulsar políticas públicas que promuevan una atención integral de la salud, desde una visión holística, con un enfoque positivo en todas las etapas y ámbitos de la vida, y que promuevan la prevención, la detección precoz, el tratamiento eficaz y la rehabilitación e integración social de las personas con trastornos mentales, garantizando sus derechos y su participación en la sociedad.

3. Metodología y enfoque de trabajo.

a. Proceso de trabajo: descripción del método de trabajo utilizado para la formulación de la línea estratégica.

8 reuniones telemáticas de los coordinadores del grupo.

Elaboración de un borrador y de un DAFO del documento por parte de coordinadores. Revisión por cada participante del grupo y reformulación libre, voluntaria y completa del DAFO y del borrador.

Circulación vía mail de las aportaciones y modificaciones, individuales y/o colectivas, al DAFO y al borrador. Se elabora un nuevo DAFO colectivo y un nuevo borrador colectivo.

Reunión telemática grupal el 10-04-25.

Circulación vía mail en tres ocasiones entre el grupo del nuevo DAFO y del nuevo borrador.

El 29-04-25 segunda reunión telemática grupal. Se somete a votación el tercer documento con un resultado de 12 votos a favor; 11 en contra y 3 abstenciones (4 personas no comparecen). Se envía tanto el acta como el resultado de la votación y el documento al Departamento de Salud.

Dado el resultado de la votación, y que las discrepancias se centran fundamentalmente en dos aspectos principales, se solicita a los coordinadores el 08-05-25 desde el Departamento de Salud una reunión con vistas a elaborar una síntesis del texto, intentar adaptarlo a la extensión propuesta, reformulando los puntos más polémicos de los documentos previos, con voluntad inclusiva.

Se realiza una tercera reunión telemática el 12-05-25 para efectuar una segunda votación del documento reformulado y recirculado entre el grupo. Votación individual del documento, en orden alfabético según los componentes del grupo, A-Z, con tres valoraciones (Sí / Abstención / No). Acta de la reunión.

El 12 de mayo el documento se envía al Departamento de Salud junto con el acta de la votación, con vistas a ser presentado en la Mesa del Pacto para ser defendido el 14 de mayo.

b. Fuentes de información:

Pacto Vasco de Salud; Diagnóstico para el Pacto Vasco de Salud; Valores y principios del Pacto Vasco de Salud; Ley 13/2023 de 30 noviembre de Salud Pública de Euskadi; Plan de Salud Euskadi 2013-2020 y Plan de Salud Euskadi 2030 (EJ/GV); Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025;

Plan de Acción Integral sobre Salud Mental, OMS, 2013-2030; Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022-2026; Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028 (EJ/GV).

4. Análisis situacional

Análisis interno y externo: evaluación de la situación actual, identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Matriz DAFO

DEBILIDADES

- Modelo asistencial actual en SM no Equitativo, con desigualdades territoriales
- Deficiencias en la distribución de profesionales especialmente en el ámbito comunitario y en atención primaria. Escasez en algunas categorías profesionales (psiquiatría, psicología clínica o sanitaria formada en diferentes abordajes psicoterapéuticos, personal de enfermería especializada en salud mental, trabajo social, terapia ocupacional, TCAEs, nutricionistas, fisioterapeutas, odontología, entre otros) con mala cobertura de bajas y ausencias
- Déficit de recursos sociosanitarios que presten atención al ciclo vital de las personas, especialmente en el contexto comunitario
- Falta de atención y apoyo accesible y cercano en la comunidad a la red familiar y social de las personas con trastorno mental
- Perspectiva de género incipiente. Falta de desarrollo y consolidación en la clínica y en el despliegue de programas de atención a salud mental perinatal
- Equipos interdisciplinarios insuficientemente dotados en muchas unidades, lo que limita abordajes integrales y comunitarios
- Escaso desarrollo de programas centrados en la prevención y promoción de la salud mental partiendo del ámbito comunitario
- Inversión insuficiente en recursos profesionales y materiales en el ámbito de la salud mental
- Alto porcentaje de la plantilla mayor de 50 años, riesgo de intensificación del déficit de profesionales
- Recursos limitados, ratios de profesionales asimétricos entre dispositivos comunitarios, especializados, hospitales generales y hospitales psiquiátricos
- Insuficiente coordinación entre los servicios sanitarios y los agentes sociales
- Tensión / Saturación del sistema, especialmente en el nivel de atención primaria y salud mental comunitaria: múltiples factores (aumento de casos de menor gravedad, falta de profesionales, alta rotación) que limitan la atención a los casos más graves

AMENAZAS

- Desinformación y alarma social que lleva a desplazar las necesidades y alarmas sociales no resueltas hacia el sistema sanitario
- Estigmatización de los trastornos mentales graves, que afecta la atención y el reconocimiento social de quienes padecen estas patologías
- Incremento en la demanda asistencial entre jóvenes y población vulnerable (mujeres víctimas de violencia de género, población suicida, patología dual y adicciones, trastornos del espectro autista, parálisis cerebral, daño cerebral adquirido, enfermedades neurodegenerativas, pluripatologías crónicas, etc.)
- Insuficiente apoyo para familias y personas cuidadoras, especialmente en situaciones más complejas o de crisis, lo que puede impactar en la salud mental de sus familias y en su claudicación
- Cambio significativo en el perfil de usuario/a que va a precisar de ajustes en el paradigma de atención de dispositivos comunitarios, sanitarios y sociosanitarios actual ante las nuevas necesidades / demandas
- Aumento de la demanda del Trastorno Mental Común susceptible de acaparar recursos destinados a la atención del Trastorno Mental Grave (TMG)
- Elevada carga de trabajo en los dispositivos asistenciales de salud mental comunitaria
- Escaso reconocimiento de la salud mental en el conjunto de Osakidetza (4.5% del presupuesto total)
- La dificultad para una buena integración entre distintos niveles asistenciales (primaria, especializada y sociosanitaria) genera circuitos ineficaces que afectan la atención a la persona paciente y a sus familias
- Escasez y desconocimiento de recursos sociales que promuevan factores de protección de salud mental en la población
- Insuficiencia y mala organización del enfoque comunitario en su conjunto. Falta de programas comunitarios de promoción de la salud
- Deficiencias en la gestión de profesionales especialistas en salud mental que provocan una excesiva rotación que dificulta la atención continuada de las personas usuarias y su relación terapéutica con profesionales
- Necesidad de una mayor y más eficiente conciencia interinstitucional que promueva abordajes transversales que apoyen tanto la prevención en salud mental como el abordaje integral de los TMG: educación, empleo, vivienda, justicia, cultura, etc.

FORTALEZAS

- Una universidad pública con gran potencial investigador al servicio de la salud comunitaria
- Un movimiento asociativo orientado a la colaboración y apoyo al ámbito sanitario
- Sistema Público y Universal de Salud
- Capacidad de formar profesionales sanitarios especialistas en salud mental. Liderazgo formativo de las Unidades Docentes Multiprofesionales
- El cambio de paradigma hacia el modelo de recuperación / calidad de vida que puede fortalecer el enfoque centrado en la experiencia de la persona
- Sistema de registro clínico e información asistencial digitalizada accesible a personal clínico, gestor, pacientes e investigación
- Profesionales con capacidad, experiencia y personas motivación para el desarrollo de tareas de gestión y liderazgo
- Enfoque de derechos y modelo comunitario: creciente sensibilidad hacia el enfoque de derechos, el modelo comunitario y la humanización del cuidado que incluye la perspectiva de género
- Estrategia de Salud Mental de Euskadi en vigor. Existencia de un Consejo Asesor de Salud Mental con potencial de seguimiento y revisión de la misma
- Asistencia a adicciones integrada en el Sistema Asistencial en Salud Mental, coordinada con el tercer sector y con programas específicos ya implantados
- Existencia de un Plan de Humanización del Sistema Asistencial en Salud Mental

OPORTUNIDADES

- Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028. Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi. Estrategia de atención sociosanitaria en Euskadi (entre otras), que hasta ahora no han sido desarrolladas en todo su potencial
- Alineamiento en aras de mejora del sistema de salud mental, de recursos del Departamento de Salud, Osakidetza, Diputaciones Forales y Ayuntamientos
- Capacidad Formativa, Investigadora y de Transmisión de la Información contrastada y validada por organismos competentes
- Demanda Social creciente en materia de salud Mental, que debemos atender de forma ordenada y priorizando los recursos en función de estadio, gravedad de la enfermedad, o riesgo (promoción y prevención).

OPORTUNIDADES

- Identificación de indicadores de actividad asistencial, acciones y objetivos estratégicos, orientados a evaluación de resultados en salud
- Interlocución avanzada y gobernanza sociosanitaria con servicios sociales y el tercer sector
- Actividades de promoción de la salud (hábitos higiénico-dietéticos, Programa de Atención Bucodentaria en Adultos, particularmente aquejados de un trastorno mental, previniendo las enfermedades orales más comunes, fisioterapia, etc.). Potenciación de la autonomía de la persona paciente
- Presencia de la voz de pacientes, asociaciones de usuarios/as, familiares, comunidad, representantes de políticas públicas y de colegios profesionales
- Posibilidad de cuidados asistenciales a la largo de la vida de personas pacientes del sistema de salud mental, paradigma de la nueva longevidad
- Sólida red de asociaciones de personas pacientes y familiares, sindicatos, fundaciones y demás entidades sin ánimo de lucro que apuestan firmemente por un sistema público e integral de salud que promueva la salud mental de toda la ciudadanía vasca
- Modelo asistencial actual en SM susceptible de análisis y replanteamiento constante que puede hacer de la necesidad virtud
- Pacto Vasco por la Salud: inclusión de línea estratégica específica sobre salud mental
- Evolución de hospitales de media y larga estancia (subagudos y rehabilitación): potencial de transformarse en espacios más humanos, comunitarios y adaptados a la nueva legislación de capacidad jurídica, con mini-residencias, pisos protegidos y otras alternativas donde prevalezca la ley de autonomía del paciente y la humanización de asistencia y espacios
- Integración de nuevas figuras profesionales en atención primaria (atención psicológica clínica y sanitaria con formación en psicoterapia individual o grupal en función de la demanda en TMC y TMG, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, odontología, trabajo social, etc.) (*)

La colaboración entre diferentes sectores (sanidad, educación, empleo, colegios profesionales, asociaciones de pacientes, ayuntamientos, diputaciones, gobierno, justicia, etc.) puede generar sinergias y mejoras en la atención a la salud mental

(*) La ANPIR (Sociedad Española de Psicología Clínica) piensa que extender la Psicología Clínica al ámbito de la Atención Primaria, junto con otros colectivos profesionales, puede favorecer una atención integral de la Salud Mental desde la propia comunidad. Esta Sociedad considera necesario reforzar progresivamente los recursos humanos y los perfiles profesionales vía Formación Sanitaria Especializada (FSE) en el sistema público de salud, reorganizando tareas, funciones y favoreciendo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

5. Objetivos (5-7).

Resultado deseado y específico que se pretende alcanzar mediante la implementación de la estrategia. Debe ser planteado como metas claras, medibles, alcanzables, relevantes y temporales (criterios SMART).

Estos objetivos se plantean siendo conscientes de que sólo será posible ejecutarlos si van acompañados de un compromiso político real de reforma y de mejora de los recursos económicos, humanos y materiales en el ámbito de la Salud Mental.

Objetivo 1. Fomentar una Atención Sanitaria / Sociosanitaria Comunitaria, que contemple la Promoción de la salud Bio-Psico-Social entre la población desde una perspectiva de derechos y no estigmatizante, la Prevención del desarrollo de los Trastornos Mentales y del Suicidio, desde el ámbito preclínico sin olvidar el ámbito gestacional y perinatal. Particularmente centrada en grupos específicos transversales (población infanto-juvenil, jóvenes, mujeres víctimas de violencia de género, personas de edad avanzada, personas con discapacidad, patología dual o adictiva, etc.).

Objetivo 2. Optimizar una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental Comunitaria, que comience el abordaje de las diversas problemáticas de la Salud Mental desde la propia Comunidad, y en una segunda fase desde el marco asistencial de la Atención Primaria, Coordinado, Eficiente y Equitativo para toda la población vasca, priorizando cuando sea preciso intervenciones psicoterapéuticas (no patología, TMC, TMG), de carácter psicoeducativo y/o terapéutico, y reorganizando y adaptando de forma continua las funciones y tareas desempeñadas por las distintas categorías profesionales en base a sus competencias para añadir valor y calidad asistencial.

Objetivo 3. Desarrollar una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental Comunitaria Reproducible, Evaluable, Sostenible en los tres territorios, y que no esté Duplicada, al tiempo que incorpore mecanismos que aseguren que los recursos tampoco desaparezcan en aquellos territorios con menor población.

Objetivo 4. Priorizar una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental en la comunidad, centrada en las Necesidades de las Personas y en la Protección de su Autonomía y Derechos, como el derecho a la voluntad y a las preferencias de las personas, su acceso a apoyos individualizados, y con recursos que promuevan la eliminación de las medidas coercitivas.

Objetivo 5. Promover una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental Comunitaria que integre la Participación de la Ciudadanía y la Atención e Intervención Familiar. Integrar su participación en la gobernanza del Sistema (Comisiones Sociosanitarias, Órganos de Gobernanza, Consejos de Salud). Es necesario dar a las personas y familias la palabra en los procesos asistenciales, e incluirlas en los órganos de gobernanza de forma activa.

Objetivo 6. Avanzar en una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental Comunitaria que incluya la Perspectiva de Género como eje transversal en materia de Prevención, Promoción y Asistencia de los Trastornos Mentales.

Objetivo 7. Facilitar una Atención Sanitaria / Sociosanitaria en materia de Salud Mental Comunitaria que fomente la Contratación de profesionales, su Fidelización, fomentando su participación y la de sus representantes sindicales, la Desburocratización, la Formación Continuada eficiente y el Desarrollo Profesional de las personas trabajadoras, el Desarrollo en materia de Investigación, Innovación y Conocimiento, y que resulte Transmisible tanto para profesionales como para la ciudadanía en su conjunto.

6. Propuestas de actuación (1-2 por objetivo).

Iniciativas planteadas para responder a las necesidades detectadas y contribuir a alcanzar los objetivos establecidos.

Objetivo 1. Propuestas de actuación.

Promover la Salud integral de la Comunidad (formación, pedagogía, campañas de sensibilización tanto para la ciudadanía como para las personas que toman decisiones al respecto), formación en factores de protección de salud mental (positiva), dentro de un modelo holístico bio-psico-social coordinado, teniendo en cuenta los determinantes sociales y la salud en todas las políticas, particularmente entre grupos específicos transversales ya descritos y prevenir la aparición de trastornos mentales, incluidas las adicciones y las conductas disruptivas y/o suicidas mediante intervenciones que contemplen intervenciones psicoterapéuticas preventivas, priorizando e impulsando la psicoterapia grupal. Especial atención al periodo post-crisis, co-diseñando y evaluando acciones específicas comunitarias con participación activa de personas con experiencia propia, familias y asociaciones, garantizando un enfoque de género interseccional y culturalmente aceptado. Monitorizar hábitos de vida saludables entre la población (sedentarismo, ejercicio, dieta, establecimiento de un Programa de Asistencia Bucodental reglada del adulto con el objetivo de realizar una prevención, diagnóstico precoz y control de las patologías orales más frecuentes, al estilo del Programa PADI, sobre toda la población adulta o al menos en este grupo poblacional de especial vulnerabilidad, etc.), y mejorar la implementación del trabajo de enfermería, terapia ocupacional, TCAEs, especialistas en actividad física y deporte, en coordinación con todos los recursos de primer nivel en los municipios y barrios y dotar los centros de atención primaria de especialistas en psicología clínica, y psicología sanitaria que acrediten formación en psicoterapia individual y grupal, así como de otros colectivos profesionales (nutricionistas, odontología, fisioterapia, trabajo social).

Impulsar intervenciones orientadas a sensibilizar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo, social, medioambiental, laboral, político, judicial, policial, sanitario, medios de comunicación, etc.) de la relación existente entre determinados factores de su ámbito competencial y la Salud Mental. Habilitar mecanismos de coordinación y seguimiento de cada persona y favorecer así su mayor grado posible de autonomía y libertad individual. Las intervenciones preventivas precisan de una participación de consenso y de una coordinación desde la fase misma de su Diseño.

Objetivo 2. Propuestas de actuación.

Optimizar los recursos de la atención sanitaria y sociosanitaria en materia de salud mental de forma que comiencen su andadura desde la comunidad (prevención y promoción de la salud mental), y en una segunda fase desde la Atención Primaria. Un modelo Coordinado, Eficiente y Equitativo para toda la población vasca por igual. Avanzar hacia un modelo de gobernanza colegiado, que incluya personas pacientes, familias y profesionales de diferentes ámbitos en la toma última de decisiones, con autonomía organizativa y un presupuesto adecuado y diferenciado (partida propia para Salud Mental en los presupuestos de Osakidetza), fomentando una atención sanitaria comunitaria que comience desde los dispositivos próximos a los lugares de residencia de la ciudadanía, incluyendo Servicios Municipales, Diputaciones, Dispositivos de Salud Pública, Centros Educativos, Redes y Colectivos Ciudadanos, y que esté coordinada con el resto de servicios sanitarios (Primaria, Pediatría, Atención Especializada en Salud Mental intra y extrahospitalaria) y los servicios sociales y sociosanitarios específicos, con vistas a facilitar el seguimiento de la atención individualizada familiar y social de las personas y el cumplimiento del modelo de recuperación y de reinserción en la comunidad.

Acercar la atención en cuanto a Salud Mental a la comunidad, a la Atención Primaria y Pediátrica con vistas a la Prevención y Atención del proceso no patológico y del Trastorno Mental Común, priorizando intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas, y dotando de más recursos que tengan como objeto la promoción y el cuidado de la salud mental, así como reforzar la atención por parte de Psicología (Clínica o Sanitaria), Psiquiatría, Enfermería especializada en Salud Mental, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, TCAEs, Nutricionistas, Odontología, Fisioterapia, etc., desde Primaria (incluyendo Pediatría) a través de Interconsultas Presenciales y No Presenciales para proceder a la atención y cribaje de procesos no patológicos y trastornos mentales leves, dar cobertura, formación y apoyo a profesionales de Primaria y Pediatría que favorezcan la despatologización de malestares de la vida cotidiana (no por ello no susceptibles de ser atendidos comunitariamente), y coordinar el circuito de derivación al dispositivo sanitario o no sanitario más adecuado en cada caso. Atención del Trastorno Mental Grave en los CSMs y en los Hospitales de Día y de Programas más complejos en los dispositivos especializados correspondientes en función de cada Programa Asistencial particular: Análisis y organización de la Cartera Asistencial y de la actividad de los CSMs, Hospitales de Día, Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos como parte del circuito específico de Rehabilitación Psicosocial y Sociosanitaria único y coordinado de cualquier persona afectada por un trastorno mental. Programar, siempre que sea posible (escasez de recursos), la des-hospitalización e integración comunitaria de las personas con TMG (más pisos tutelados, mini-residencias, así como siempre que sea posible la creación de camas sociosanitarias en los dispositivos adecuados para las personas pacientes con un trastorno mental que así lo demanden). En este apartado cabe añadir un anexo sobre la necesaria revisión del marco colaborativo entre Educación y Salud, el establecimiento de un marco de colaboración entre Salud Mental y las instancias de Protección del Menor (Servicios Sociales de Ayuntamientos, Servicios de Infancia de las Diputaciones) y del marco de la Atención Temprana entre Salud Mental, Ayuntamientos y Diputaciones.

Objetivo 3. Propuestas de actuación.

Como propuesta de actuación sugerimos la realización de los oportunos estudios técnicos específicos y metodológicamente adecuados, que ayuden a determinar la validez o la necesidad de un cambio del modelo asistencial en materia de Salud Mental en Euskadi por parte de las autoridades correspondientes, siempre que se mantenga su carácter Comunitario, Coordinado, Validado, Equitativo e Igualitario entre los tres territorios, se eviten duplicidades o carencias, se dote con suficientes recursos como para garantizar una atención de calidad, y que pueda compararse con otros modelos asistenciales ya establecidos.

Objetivo 4. Propuestas de actuación.

Garantizar el ejercicio de la autonomía y de la vida independiente de las personas afectadas por un trastorno mental, reduciendo al máximo las intervenciones tanto en unidades de hospitalización psiquiátrica, centros residenciales y/o sociosanitarios e instituciones penitenciarias (ingresos involuntarios, contenciones mecánicas, medicación involuntaria) atendiendo al máximo el respeto hacia su dignidad y derechos humanos de acuerdo con los principios de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). El respeto a la autonomía individual exige también que los tratamientos y cuidados puedan ejercerse en un entorno normalizado y comunitario con unos medios integrados, de la forma menos disruptiva posible, en la vida cotidiana de las personas y en la de sus familias, evitando de esta forma fomentar el estigma. Reducir al máximo las intervenciones involuntarias sobre estas personas. Y fortalecer los mecanismos para la toma de decisiones mediante planes anticipados de voluntades y la incorporación de figuras referentes de apoyo en todos los niveles del sistema.

Eradicar la discriminación derivada del estigma impulsando la Mesa Interinstitucional para el abordaje del estigma en las personas con problemas de Salud Mental en Euskadi, y la Estrategia contra el estigma y discriminación asociado a las personas con problemas de salud mental. Fomentar la inclusión sociolaboral de las personas con enfermedad mental, y garantizar la participación de personas pacientes y familias en el acceso a los cuidados comunitarios. Reducir los tiempos de espera para la entrada en recursos indicados desde Salud Mental, con especial atención a los cuidados laborales y de vivienda.

Objetivo 5. Propuestas de actuación.

Facilitar la accesibilidad y los modelos de atención y apoyo a las familias (sensibilización sobre el impacto en su salud integral de la sobrecarga relacionada con el cuidado de sus familias) para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con trastornos mentales, basados en su autonomía y empoderamiento.

Favorecer el asociacionismo de familias y personas con trastornos mentales que faciliten relaciones de cooperación, la creación de grupos de apoyo mutuo entre familias, información sobre apoyos a personas cuidadoras y fomento de la corresponsabilidad. Garantizar la participación activa de las personas con problemas de Salud Mental, sus familias y las asociaciones que las representan en el diseño, en la evaluación y seguimiento de los Servicios y en los órganos de gobernanza del Sistema Asistencial.

Objetivo 6. Propuestas de actuación.

Integración de la Perspectiva de Género en el ámbito de la Salud Mental de forma transversal desde la Atención Primaria. Implementar sistemáticamente planes de prevención comunitaria ante la violencia de género, que incluyan una prevención primaria con un programa continuado dirigido a la población general y a las escuelas. Un programa de prevención secundaria que identifique áreas poblacionales de riesgo y que desarrolle programas de intervención específicos sobre ellas. Y una prevención terciaria que se centre en la ayuda y dotación de recursos hacia las víctimas. Des-psiquiatrización de esta realidad desde una comprensión ecológica del propio sistema.

Atención específica en salud mental a la mujer embarazada y durante el postparto, así como en las diferentes etapas de su ciclo vital, con especial atención al climaterio.

Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas con trastorno mental, garantizando su accesibilidad a programas específicos de información y apoyo sobre cada uno de los aspectos en materia de salud sexual y reproductiva y mejorando su acceso a los diferentes Servicios.

Objetivo 7. Propuestas de actuación.

Promover la Formación en Salud Mental desde las todas Administraciones Públicas y sindicales, abriendo vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en Salud Mental.

Impulsar la Formación Continuada y la Investigación Interdisciplinaria en todos los ámbitos relacionados con la Salud Mental, incluyendo la investigación sobre factores sociofamiliares de las personas con problemas de Salud Mental y potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la Salud Mental (interoperabilidad de la información) en relación con la futura Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.

7. Indicadores (1 por objetivo)

Medida cuantitativa o cualitativa que refleja el cumplimiento de los objetivos y la eficacia de las iniciativas propuestas.

Objetivo 1. Indicador.

Monitorizar el grado de despliegue del Plan de Salud (2023-2030), del Programa de Salud Infantil de Osakidetza, y del Real Decreto 13/2016 de 2 de febrero de Intervención Integral en Atención Temprana en Euskadi. Incluir la monitorización del grado de cumplimiento de la Estrategia de Salud Mental y de la Prevención del Suicidio.

Objetivo 2. Indicador:

Establecer un Cuadro de Mando Corporativo para la Gestión Sanitaria de la PSQ/SM de Euskadi, basado en un sistema de indicadores de efectividad, calidad de vida, coste, etc. (Estrategia de Valor), que ayuden a gestores y profesionales de la Salud Mental a tomar decisiones informadas sobre la evaluación, planificación y mejora de los cuidados y tratamientos en esta materia (Resultados en Salud).

Objetivo 3. Indicador:

Evaluar (evaluadores acreditados) los resultados finales derivados de la atención a la Salud Mental. A fecha de hoy la mayor parte de los indicadores considerados son de estructura o proceso. Proponemos efectuar una Auditoría general del modelo completo de atención asistencial y sociosanitaria actual en materia de Salud Mental en Euskadi, incluyendo la Atención Primaria, a la que habrán de seguir otras auditorías periódicas: cobertura y accesibilidad asistencial por territorios; calidad de la atención prestada; gestión de recursos (asistenciales, financieros, materiales y humanos); cumplimiento normativo y legal; coordinación con otros servicios, incluidos los sociosanitarios; prevención y promoción de la Salud Mental en nuestra comunidad; interrelación con la atención comunitaria. Evaluación continua de las plantillas: dimensionamiento adecuado, identificación periódica de sus necesidades, formación continua de profesionales, participación activa de dichos profesionales, personas pacientes, asociaciones, instituciones, y la sociedad en su conjunto.

Objetivo 4. Indicador:

Estandarizar y monitorizar la recogida de los Planes de Actuación Individualizada (PAI) en la historia clínica, incorporando los valores, preferencias y proyectos personales de cada persona.

Objetivo 5. Indicador

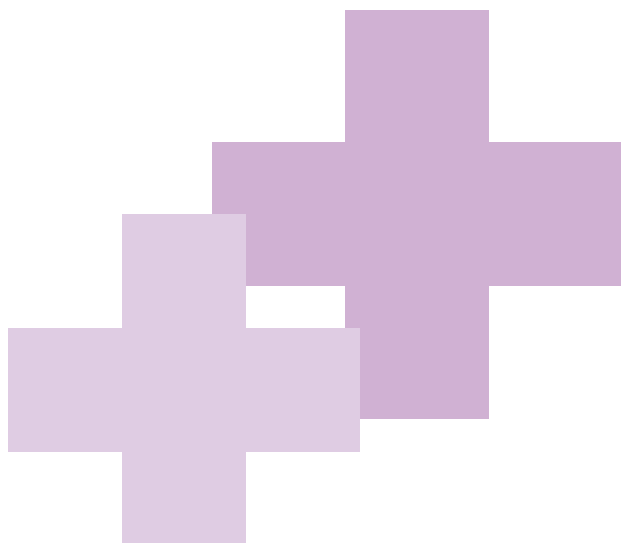
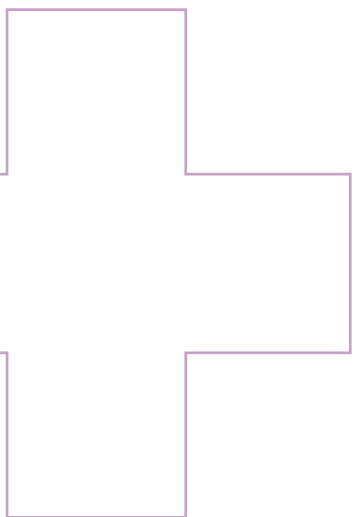
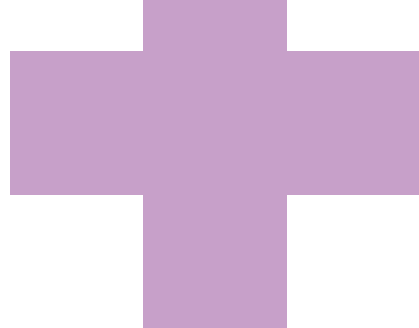
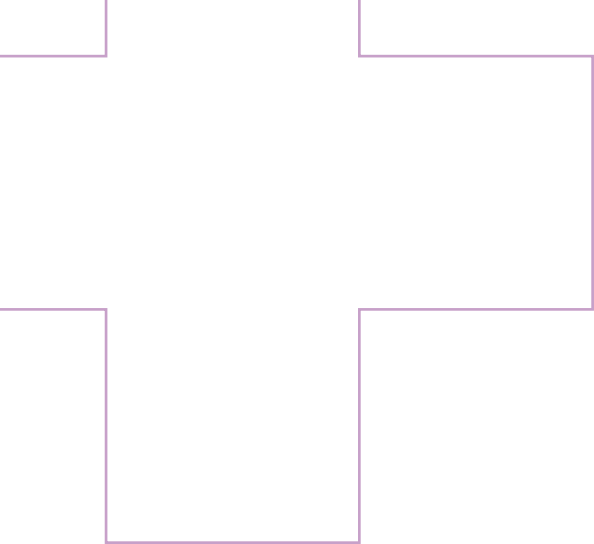
Monitorizar el despliegue de la Estrategia Sociosanitaria de Apoyo a las Familias Cuidadoras del EJ/GV, 2021-2030.

Objetivo 6. Indicador:

Monitorizar la Guía de Actuación de Profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi de Osakidetza, 2019, aportando datos de actuaciones por categoría profesional llevadas a cabo por cada Organización. Incluir aquellas actuaciones específicas referidas a menores víctimas en situaciones de violencia de género. Necesidad de mantener una formación continuada en esta materia y de trabajar en una mayor sensibilización de profesionales.

Objetivo 7. Indicador:

Incluir trastornos mentales entre las patologías vigiladas en el Observatorio de Salud del Departamento de Salud, EJ/GV (por ejemplo, la población infanto-juvenil, el suicidio, la patología dual o el paciente pluripatológico, entre otros).



Participantes del Grupo de Trabajo:

- Javier Ruíz Martínez
- Susana Cuesta
- José Manuel Aguirre Urizar
- Elena Montoya Pérez de Heredia
- Miren Jasone Pérez-Onaindía
- Olaia Lucas Jiménez
- Iban Arrien Celaya
- Ekain Rico
- Juan Olmo
- Juan Carlos Gómez-Esteban
- Ayem Oskoz
- Karnele Garro
- Yolanda Pascual- Murciego
- Irina Rabalo
- Elena Lete
- Gurutz Linazasoro
- Idoia Usón
- Maria Jose Lasa Vicinay

Dinamizador:

Adolfo López de Munain

Contenido

1. Objetivos

2. Indicadores

1. Objetivos

1. Acceso a la Atención Sanitaria y Tratamiento de Calidad

- Asegurar que los pacientes tengan un acceso en tiempo a un diagnóstico y tratamiento de las ENDGN (Mejorar la eficiencia del uso de los recursos sean públicos o privados para agilizar el diagnóstico de pacientes candidatos para las nuevas terapias en ENDG (singularmente los de Neuroimagen y la implantación de marcadores de NDG).
- Impulsar la formación continua de los profesionales de salud en el manejo de estas enfermedades para mejorar los protocolos de atención y optimizar el uso de recursos diagnósticos mediante herramientas docentes a diversos niveles en colaboración con Universidad, Colegios Profesionales y Colegios de Formación Profesional

2. Atención Integral e Interdisciplinaria

- **Prescripción social de las Asociaciones de pacientes, así como** el reconocimiento de la Neuropsicología, la Fisioterapia Neurológica, la Genética Molecular y la Enfermería especializada en enfermedades neurodegenerativas como subespecialidades específicas y en tanto no exista reconocimiento de las mismas como tal especialidad por parte del Ministerio, reconocerla como mérito preferente en las OPEs de OSAKIDETZA que contemplen la creación de plazas perfiladas o valorar alternativas como contratación de profesionales al margen de OPE. Inclusión de las especialidades de Enfermería ya reconocidas con capacitación específica relacionadas con la atención a las enfermedades neurodegenerativas (Enfermería Comunitaria, Enfermería de Salud Mental y Enfermería de Geriatría) en los perfiles y baremos de las OPEs de OSAKIDETZA para cubrir el papel de Gestor de Casos y en la Atención de Unidades dedicadas a estas enfermedades tanto en fase aguda como crónica. Valoración de la incorporación en OSAKIDETZA de equipos de Geriatria para pacientes mayores con comorbilidades.
- Plan de acción sobre factores de riesgo de ENDG (sobrepeso infantil y general, sedentarismo, tabaquismo, alcohol y tóxicos, hipertensión, mala salud bucodentaria, dislipemias) en la red articulada comunitaria para el cuidado y promoción de la salud.

3. Mejora del soporte y de la calidad de vida de pacientes con enfermedades neurodegenerativas y sus familias

- Creación de un programa de formación para pacientes, familias y/o cuidadores no profesionales y de un mapa unificado de recursos sociosanitarios (ventanilla única presencial/on line desde puntos de información identificables) para agilizar el proceso de reconocimiento de la valoración de la dependencia y discapacidad secundaria a enfermedades neurodegenerativas.

- Programa de simplificación administrativa y evitación de redundancias en los expedientes de prestaciones económicas y materiales entre Bienestar Social, OSAKIDETZA y Seguridad Social)

4. Desarrollo de Infraestructura y Recursos Sociosanitarios

- Ampliar la capacidad de los centros psicogerítricos de corta estancia para atención de los problemas conductuales.
- Mejorar el acceso a la atención sanitaria domiciliaria y residencial para pacientes en etapas avanzadas ampliando la dotación de recursos sociosanitarios suficientes para garantizar el cuidado en su entorno.

5. Prevención y Detección Temprana de procesos neurodegenerativos

- Programas de sensibilización y educación para la prevención en la población en general y en colectivos diana mediante uso de medios públicos (EITB).
- Extensión de los programas ya existentes de Colaboración entre OSAKIDETZA y los Centros públicos Deportivos de titularidad pública municipal o concertada para establecer programas de ejercicio físico programado en mayores de 65 años.

6. Investigación y Desarrollo de Nuevas Terapias

- Promover los contratos mixtos investigación-asistenciales (integrando programas estatales tipo Río Hortega o Joan Rodés) y locales (IKERBASQUE), estudiando el modo de consolidación de dichos contratos.
- Incremento progresivo del presupuesto de investigación en prevención y tratamiento de ENDG hasta llegar en un plazo de 5 años a un 0.5/1000 del PIB de Euskadi (cantidad suma de los programas de financiación de los Departamentos del Gobierno (Sanidad, Educación, Industria), Diputaciones, Ayuntamientos, Universidades y los fondos recibidos para este fin de organismos estatales y europeas, así como financiación privada.

7. Políticas Públicas y Financiación

- Favorecer la creación de empresas de base tecnológico (EBT) para el desarrollo, manufactura y comercialización de productos y servicios sanitarios que permitan asegurar un equilibrio de costes y un grado mínimo de autosuficiencia en momentos de crisis y la participación pública con capacidad de decisión en éstas, en base a desarrollos efectuados dentro del Sistema Vasco de Ciencia y Tecnología.
- Implementar el uso intensivo de nuevas tecnologías que permitan un uso más eficiente de los recursos humanos y tecnológicos del sistema de salud reorientando las necesidades de personal en función de las nuevas necesidades.

2. Indicadores

1. Indicadores de Acceso a la Atención Médica y Tratamiento:

- Tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico.

2. Indicadores de Atención Integral y Multidisciplinaria:

- Grado de satisfacción de los pacientes/familias con los códigos específicos de ENDG.

3. Indicadores de Apoyo a Familiares y Cuidadores:

- Número de programas de formación para cuidadores y medida del impacto en el nivel de estrés reportado por los cuidadores antes y después de recibir formación.

4. Indicadores de Infraestructura y Recursos Sociosanitarios

- Número de pacientes con ENDG que reciben atención domiciliaria y grado de satisfacción de los pacientes y familiares con dichos servicios

5. Indicadores de Prevención y Detección Temprana

- Porcentaje de la población en riesgo (por edad o factores genéticos) que participa en programas de prevención.

6. Indicadores de Investigación y Desarrollo:

- Inversión en investigación para el tratamiento y cura de enfermedades neurodegenerativas.

7. Indicadores de Políticas Públicas y Financiación:

- Porcentaje del presupuesto público interdepartamental destinado a la atención de enfermedades neurodegenerativas.



Participantes del Grupo de Trabajo:

- Amaia Irazusta Astiazaran
- Ana Belén de la Hoz Rastrullo
- Asunción Aranguren Redondo
- Ayem Oskoz Urrutikoetxea
- Blanca Gener Querol
- Ekain Rico Lezama
- Elena Lete García
- Fernando Lázaro Conde
- Gloria Díaz Sánchez
- Guiomar Pérez de Nanclares
- Ianire Garay Pineda
- Imanol Amayra Caro
- Irina Rábalo Navarro
- Itxaso Martí Carrera
- Javier Adolfo de la Heras
- José Manuel Aguirre Urizar
- Mari Felisa Campos González
- María García Barcina
- María Lopetegi Uson
- Naiara Paz Lecanda
- Rosa Ugalde Urbistondo

Coordinadores del grupo:

Roberto Ciordia Domínguez
Itziar Astigarraga Aguirre

Contenido

1. Resumen Ejecutivo

2. Introducción

3. Metodología y Enfoque

4. Análisis Situacional

5. Objetivos

Atención Integral al Paciente y Coordinación

Multidisciplinar

Garantizar el acceso equitativo al diagnóstico de
precisión y seguimiento personalizado

Garantizar el acceso equitativo al tratamiento y
recursos para pacientes y profesionales

Impulso a la Investigación e Innovación

Formación y Capacitación Profesional

Planificación Estratégica y Coordinación General

Genética

1. Resumen Ejecutivo

Introducción

Las enfermedades raras (EERR), también denominadas minoritarias o poco frecuentes, se definen en Europa por su baja prevalencia (afectan a menos de 5 personas por cada 10.000 habitantes) y suelen ser crónicas y progresivas. Aunque cada ER afecta a un número reducido de personas, de forma global las 6000-8000 EERR representan una prioridad de salud pública y un reto para los sistemas sanitarios, educativos y sociales, por las necesidades específicas de las personas afectadas y su entorno.

Se estima que el 70-80% de las ER son de origen genético y se manifiestan en la infancia, pero el diagnóstico suele ser complejo y las opciones terapéuticas son limitadas. La mayoría son graves y afectan a la calidad de vida de las personas afectadas, por lo que su atención integral exige la coordinación de múltiples sectores (profesionales de la salud, educación, servicios sociales, centros de investigación, universidades, asociaciones de pacientes, etc.) y agentes sociales. Se considera necesario un enfoque multidisciplinar, interinstitucional y políticas que aseguren la calidad de la atención integral y el acceso a los recursos necesarios.

A nivel europeo, estatal y de la CA de Euskadi se han planteado diferentes estrategias en colaboración con agentes sociales y asociaciones de pacientes (EURORDIS, FEDER, otras). En Euskadi, diseñar una estrategia para las EERR se ha definido como un objetivo en el Plan de Salud 2030 y en el Plan Estratégico de Osakidetza 2023-2025. También se ha considerado como un ámbito prioritario en el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación Euskadi 2030. Dentro de la Mesa del Pacto de Salud, se han definido algunas prioridades y organizado un grupo específico para las EERR y la Genética.

Desde la publicación del Plan para el Desarrollo de la Genética en la CAPV en 2012, se han producido importantes avances en la genética clínica, pruebas genómicas de laboratorio, recursos asistenciales y de investigación en Euskadi. En 2024 destacan 2 iniciativas importantes del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Sanidad como la aprobación del Catálogo común de pruebas genéticas, dentro de la Cartera de Servicios, y el acuerdo para la creación de la especialidad de genética por la Comisión de Recursos Humanos.

El diagnóstico de enfermedades de base genética exige la integración de la información clínica, personal y familiar; y la obtenida tras la realización de los estudios genéticos. La correcta información a los pacientes, la selección eficiente de las pruebas genómicas, la interpretación clínica personalizada de los resultados y el asesoramiento a las familias son fundamentales para avanzar en el diagnóstico de precisión de múltiples patologías, ofrecer terapias dirigidas y mejorar la calidad de la atención a las personas afectadas y sus familias.

2. Metodología y Enfoque

Proceso de trabajo

En las 4 reuniones del grupo de trabajo sobre Enfermedades Raras y Genética y en el intercambio de documentos mediante correo electrónico, se ha planteado el objetivo de fortalecer el pacto de salud, a través de la participación activa de las 23 personas con su contribución individual, la recopilación de las aportaciones de cada participante y el consenso de las prioridades. Se han utilizado dinámicas de trabajo individual y grupal para favorecer la participación activa, identificación de objetivos, propuesta de acciones y definición de indicadores que favorezcan el desarrollo y ejecución de las propuestas, dentro del marco del Pacto de Salud.

En la **primera reunión** mixta (presencial y virtual 01-04-2025) se realizó un análisis **DAFO**, que incluyó una reflexión personal y una valoración conjunta de las opiniones de cada participante. Esta metodología permitió: **recopilar** todas las ideas aportadas por los participantes, **identificar las ideas recurrentes** a través de documentos de síntesis y **generar diversos documentos** mediante dinámicas participativas. Después de esta primera reunión, **se elaboró un documento** que recopilaba, clasificaba y agrupaba las principales ideas y temas planteados en el análisis DAFO. Además, el documento recogía los objetivos preliminares que habían sido propuestos por cada participante. Este trabajo fue remitido por correo a todos los participantes para que pudieran preparar sus aportaciones personales, teniendo en cuenta la importancia de definir objetivos específicos que cumplan con los criterios SMART (claros, medibles, alcanzables, relevantes y temporales).

En la **segunda reunión** se realizó un trabajo grupal para comentar, revisar los objetivos e intentar consensuarlos. Se plantearon 3 grupos (2 presenciales y uno virtual) que trabajaron en redefinir los principales objetivos, elaborar acciones concretas y proponer algún indicador. En la puesta en común, se trató de consensuar los objetivos, establecer los temas prioritarios, optimizar el proceso de análisis para la toma de decisiones, así como simplificar y clarificar la información para el documento final. Tras el documento elaborado con las principales aportaciones de objetivos y acciones de la segunda reunión, que se remitió a todos los miembros del grupo por correo, se ha realizado un trabajo personal y colectivo. Cada participante ha podido enviar sus propuestas personales, que se han recogido en una nueva versión, y ha podido seleccionar las 2 acciones que le parecían más relevantes para alcanzar el cumplimiento de cada objetivo.

En la **tercera reunión** (29/4/2025), cada participante había seleccionado las 2 acciones que le parecían más relevantes en los 3 primeros objetivos. Además de las votaciones personales, se en el trabajo de grupo se consiguió mejorar la redacción de algunos objetivos, reformular algunas acciones, consensuar las prioridades y elaborar indicadores.

En la **última reunión** del grupo (5/5/2025) se ha trabajado en la selección y consenso de las acciones e indicadores de los últimos objetivos de EERR, elaborado un objetivo concreto de genética y revisado de forma global y consensuada los objetivos, acciones e indicadores.

Fuentes de Información:

Todos los participantes han recibido la documentación remitida por la Viceconsejería como: Diagnóstico por el Pacto de la Salud, Valores y principios del Pacto de Salud. Además, cada miembro del grupo ha revisado las fuentes que ha considerado relevantes para realizar su trabajo y aportaciones.

3. Análisis Situacional

Se realizó un análisis DAFO en la reunión del 1/4/2025 que incluyó una reflexión personal de cada uno de los participantes y una valoración grupal sobre las principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades relacionadas con las EERR y la genética.

4. Objetivos

1. Atención Integral al Paciente y Coordinación Multidisciplinar:

Asegurar la atención integral a las y los pacientes con diagnóstico de EERR o sin diagnóstico y a su entorno, fortaleciendo la coordinación interinstitucional e interdisciplinar que incluya la interacción socio-sanitaria, educativa y psicosocial.

Acciones:

- Elaborar un mapa dinámico de recursos con todos los agentes sanitarios y no sanitarios
- Crear comités y comisiones permanentes, tanto internas como externas, interinstitucionales y multicéntricas con representantes de pacientes, sanidad, educación, servicios sociales municipales y asociaciones

Indicadores:

- Número de reuniones realizadas, protocolos realizados, número de casos valorados de forma transversal, de colaboración interinstitucional, Satisfacciones de pacientes por la atención recibida.

2. Garantizar el acceso equitativo al diagnóstico de precisión y seguimiento personalizado.

Acciones:

- Adecuación de los recursos humanos y tecnológicos del ecosistema científico sanitario: Universidad, Institutos de Investigación y Servicios Asistenciales.

- Ofrecer a todos los pacientes con EERR las pruebas diagnósticas más indicadas

Indicadores:

- Número de pacientes con diagnósticos de confirmación.

3. Garantizar el acceso equitativo al tratamiento y recursos para pacientes y profesionales:

Desarrollar sistemas actualizados de información de tratamientos y recursos sociales y terapéuticos disponibles (trabajo social, odontología, psicología rehabilitación, fisioterapia, farmacología...) en el conjunto del SVS.

Acciones:

- Facilitar el acceso a los medicamentos huérfanos, dietoterápicos y otros productos sanitarios (cosméticos, ortoprotésicos, dermatológicos...) optimizando los tiempos de evaluación individualizada, decisión de financiación y de trámites administrativos.
- Estructurar la asistencia integral y facilitar el acceso a expertos, que se inicie desde la sospecha diagnóstica, durante el tratamiento y seguimiento de sus necesidades clínicas, psicológicas, sociales y educativas, que se adapten al curso evolutivo del paciente.

Indicadores:

- Indicadores de actividad de la comisión de medicamentos huérfanos: número de solicitudes evaluadas, número de pacientes, número de posicionamientos terapéuticos corporativos, tiempo medio en meses desde la solicitud a la respuesta.
- Número de personas coordinadoras de casos o profesionales de referencia en la estructura asistencial para garantizar la atención integral.

4. Impulso a la Investigación e Innovación:

Fortalecer las redes de investigación.

Acciones:

- Consolidar equipos de investigación del ámbito de EERR contemplando también la disposición de tiempo del personal clínico asistencial.
- Asegurar que las EERR se incluyan como líneas prioritarias en las convocatorias de investigación, favorecer el desarrollo de ensayos clínicos multicéntricos e impulsar a la creación de una plataforma de datos integrada y accesible.

Indicadores:

- Número de grupos, número de proyectos, que investigan en EERR

5. Formación y Capacitación Profesional:

Acciones:

- Promoción, creación y mantenimiento de equipos de profesionales especializados mediante los perfiles de contratación específicos e interdisciplinarios.
- Facilitar la formación continuada, difusión del conocimiento y trabajo en red de todas las personas profesionales que atienden a pacientes con enfermedades raras.

Indicadores:

- Definición de perfiles específicos de contratación.
- Número de formaciones recibidas y organizadas y la evaluación de su calidad.

6. Planificación Estratégica y Coordinación General:

Acciones:

- Elaboración y ejecución de un plan estratégico interinstitucional para enfermedades raras mejore el acceso de las y los pacientes a las y los expertos, potencie las Unidades de Referencia, CSUR – Centros, Servicios o Unidades de Referencia del SNS- y ERN (European Reference Network-) garantice la participación de pacientes y asociaciones y que esté alineado con las iniciativas nacionales y europeas.
- Actualizar e implementar el plan de genética clínica y de laboratorio.

Indicadores:

- Disponibilidad de planes de acción en enfermedades raras y en genética.

7. Genética:

Ofrecer a todas personas pacientes atención en genética y pruebas genómicas más indicadas, su interpretación clínica personalizada y la periodicidad idónea del reanálisis clínico-genómico.

Acciones:

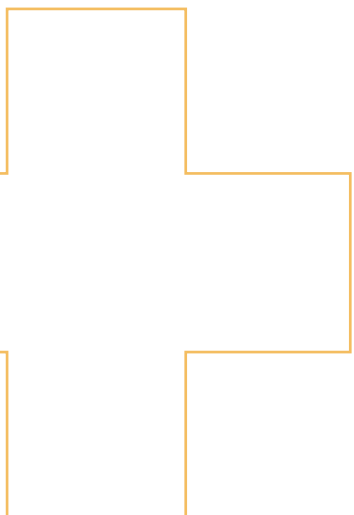
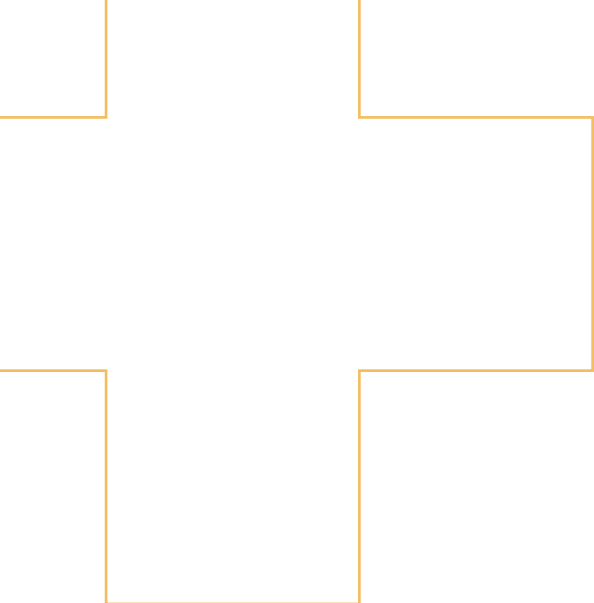
- Identificar y valorar los distintos perfiles profesionales imprescindibles para los servicios y unidades de Genética, dimensionando de forma adecuada tanto los recursos humanos como los tecnológicos, siempre en estricto cumplimiento del marco normativo vigente
- Promover la actualización y la equidad en el acceso a la genética y la disponibilidad de los datos genómicos, garantizando su mantenimiento y custodia y facilitando el uso de infraestructuras compartidas.

Indicadores:

- Revisión y adecuación de los recursos en equipos de genética.
- Disponer de las herramientas necesarias que faciliten la disponibilidad de datos genómicos con fines asistenciales y de investigación.

IV. CALIDAD, INNOVACIÓN Y SOSTENIBILIDAD





Participantes del Grupo de Trabajo:

- Pako Serna
- Gontzal Tamayo
- Agurne Uribarri Etxebarria
- Cristina Sánchez Sánchez
- Guillermo Jubierre Aitable
- Goio Atxutegi
- Patricia Arratibel Ugarte
- Edurne Andueza Zabaleta
- Ana Cristina Riestra
- Borja Vazquez Fontau
- Nestor Morchon Gil
- Pedro Carrascal
- Lucía Garate
- Agustin Martinez
- Esther Etxegarai
- Karnele Garro
- Elena Lete
- Ander Larrazabal
- Inmaculada Ruiz

Contenido

1. Resumen ejecutivo
2. Introducción
3. Metodología y enfoque
4. Diagnóstico y análisis situacional
5. Objetivos, propuestas e indicadores

1. Resumen Ejecutivo

Síntesis del contenido

La línea estratégica 14 del Pacto Vasco de Salud, sobre Valor y Resultados en Salud, tiene como objetivo orientar el sistema sanitario vasco hacia la mejora de los resultados en salud relevantes para las personas, incorporando criterios de equidad, eficiencia y sostenibilidad. Se estructura en torno a siete objetivos estratégicos y un conjunto de propuestas concretas.

Entre sus líneas de actuación destacan: el diagnóstico de situación y buenas prácticas en ASBV; la promoción de una cultura institucional orientada a valor; el desarrollo de herramientas y sistemas de medición de resultados clínicos, experiencia y calidad de vida; la transformación de los procesos asistenciales bajo una lógica de valor añadido; la evaluación sistemática de resultados con transparencia; el impulso de la innovación y el aprendizaje colaborativo; y la alineación de los modelos de financiación y gobernanza con los principios del valor en salud.

Estas acciones se concretan en propuestas operativas vinculadas a indicadores de seguimiento, que permiten avanzar hacia un modelo de atención centrado en la mejora real de la salud de personas y poblaciones, más allá de la mera actividad asistencial.

Impacto y relevancia

La incorporación de la atención sanitaria basada en el valor (ASBV) constituye una palanca estratégica de transformación del sistema de salud vasco, alineada con los principios del Pacto Vasco de Salud. Este enfoque permite superar modelos centrados en la actividad o en la oferta de servicios, para poner el foco en los resultados que verdaderamente importan a las personas.

Además, responde a los retos sociales, organizativos y demográficos identificados en los diagnósticos del Pacto, incorporando una lógica proactiva, preventiva, participativa e interinstitucional. La estrategia es especialmente relevante por su potencial para mejorar la equidad, la eficiencia en el uso de recursos, la experiencia de pacientes y profesionales, y la sostenibilidad futura del sistema.

El grupo de trabajo ha asumido el compromiso de definir un marco común que sirva de base para el despliegue progresivo de la ASBV en Euskadi, estableciendo un camino claro y consensuado hacia un sistema más justo, centrado en las personas y basado en evidencias y resultados.

2. Introducción

La asistencia sanitaria basada en el valor (ASBV) es un enfoque propuesto por Michael Porter y Elisabeth Teisberg que plantea que el objetivo fundamental de los sistemas de salud

debe ser maximizar los resultados en salud que importan a las personas, en relación con los recursos utilizados para alcanzarlos. Bajo esta perspectiva, el valor se define como la relación entre los resultados en salud y el coste necesario para obtenerlos, centrando la atención no en la actividad prestada, sino en el impacto real sobre la salud y el bienestar de pacientes y poblaciones.

Este enfoque implica una transformación profunda del sistema sanitario, en la que el valor actúa como elemento vertebrador del cambio, alineando a los distintos agentes del sistema (profesionales, gestores, ciudadanía e instituciones) en torno a un propósito común: mejorar la salud de las personas.

En el sistema vasco de salud, la magnitud de la visión compartida sobre la ASBV entre los diferentes actores aún no está claramente definida, ni se conoce con certeza el grado de consenso y capacitación existente para su implantación. No obstante, ya se han desarrollado trabajos previos desde la Dirección General de Osakidetza, así como iniciativas pioneras en algunas organizaciones que han comenzado a explorar este enfoque y su impacto estratégico, organizativo y en salud.

A partir de esta base, se propone construir una visión del valor más ambiciosa, amplia y compartida, entendida como la mejora de la salud de las personas y las poblaciones, el aumento de la calidad de vida y de la experiencia tanto de pacientes como de profesionales, y la reducción de las desigualdades. Todo ello desde una perspectiva inclusiva, que integre la diversidad social y un enfoque biopsicosocial de la salud, y con un uso responsable y eficiente de los recursos públicos que asegure la sostenibilidad del sistema. Los resultados relevantes deben ir más allá de los indicadores clínicos tradicionales e incorporar dimensiones como los años libres de discapacidad, los días en casa, el cumplimiento de voluntades o la reducción de la soledad no deseada, entendidas como expresión de las necesidades y expectativas manifestadas por la población.

En este contexto, el grupo de trabajo sobre Valor y Resultados en salud, en el marco del Pacto Vasco de Salud, tiene como responsabilidad analizar la adecuación de la ASBV al sistema sanitario público vasco y valorar las mejoras que podría aportar a la población de Euskadi, así como las barreras y dificultades para su puesta en marcha. Por tanto, sus objetivos deben ser dobles: por una parte, definir las líneas maestras para el desarrollo de la ASBV en el medio y largo plazo, y por otra, establecer una base operativa para su implantación progresiva, incluyendo la evaluación como mecanismo indispensable para asegurar que este esfuerzo se traduce en mejoras clínicas y organizativas reales, alineadas con lo que la ciudadanía considera valioso y de forma económicamente sostenible.

3. Metodología y Enfoque

La formulación de los objetivos y propuestas del grupo de trabajo se ha llevado a cabo mediante un proceso participativo, estructurado en varias fases de trabajo colaborativo, combinando herramientas de análisis estratégico y validación colectiva.

El trabajo se ha desarrollado en torno a las siguientes etapas metodológicas:

- **Análisis DAFO:** Se realizó un análisis de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades del sistema sanitario vasco en relación con la atención sanitaria basada en valor (ASBV), integrando aportaciones de los miembros del grupo y de los documentos de referencia del Pacto Vasco de Salud.
- **Validación y priorización mediante método Delphi:** Se empleó un proceso Delphi estructurado en dos iteraciones consecutivas, que permitió recoger valoraciones cuantitativas (acuerdo e importancia) y cualitativas (observaciones) sobre las propuestas presentadas. El objetivo fue alcanzar consenso sobre un número limitado de objetivos y propuestas clave.

Se celebraron dos reuniones telemáticas, con una participación de entre 12 y 15 personas sobre un total de 19 miembros, y una reunión presencial, con la asistencia de 12 participantes. Estas sesiones permitieron compartir reflexiones y aportaciones de forma sincrónica y orientar la priorización de propuestas.

Entre estas sesiones, se habilitaron cuestionarios en línea para recoger aportaciones individuales de forma estructurada. Esto permitió ampliar la participación y facilitar una revisión detallada de los contenidos.

El proceso se ha apoyado en un conjunto de documentos estratégicos, que han proporcionado el marco de referencia para las propuestas formuladas:

- Osakidetza. Estrategia de Valor en Osakidetza. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud del Gobierno Vasco; 2023.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Pacto Vasco de Salud – Libro 1: Diagnóstico. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2024.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Pacto Vasco de Salud – Libro 2: Diagnóstico para el Pacto Vasco por la Salud. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2024.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Pacto Vasco de Salud – Libro 3: Valores y Principios del Sistema Público de Salud de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2025.

4. Diagnóstico y Análisis Situacional

Se realizó un análisis interno y externo identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

DEBILIDADES

- Limitaciones estructurales en la gestión y uso de datos.
- Cultura organizativa insuficientemente orientada al valor.
- Déficit estructural y operativo persistente.
- Fragmentación organizativa y escasa participación ciudadana.
- Modelo asistencial reactivo.

AMENAZAS

- Factores sociales y demográficos adversos.
- Inestabilidad normativa y política.
- Inercias institucionales resistentes al cambio.
- Riesgos de sostenibilidad financiera y tecnológica.
- Falta de estandarización y coordinación sistémica.

FORTALEZAS

- Compromiso institucional y visión estratégica incipientes.
- Infraestructura digital en expansión.
- Cultura profesional y organizativa incipientes.
- Experiencias y aprendizajes emergentes.

OPORTUNIDADES

- Entorno internacional alineado con la transformación hacia el valor.
- Impulso de la transformación digital.
- Expectativas y demandas ciudadanas.
- Aprovechamiento del benchmarking y aprendizaje externo.
- Sinergias con otras estrategias públicas.

5. Objetivos, propuestas e indicadores

Objetivo 1: Analizar la situación actual de Osakidetza en relación con la ASBV.

Propuesta 1.1: Identificar buenas prácticas y experiencias existentes que se alinean con la atención basada en valor.

Propuesta 1.2: Realizar un diagnóstico institucional de recursos, capacidades y barreras para avanzar en su implementación.

Indicador 1: N° de procesos asistenciales y n° de pacientes incluidos en programas de ASBV (con evaluación de PROMs y PREMs)

Objetivo 2: Promover una cultura orientada a valor en todo el sistema sanitario vasco.

Propuesta 2.1: Diseñar campañas institucionales de formación y sensibilización en ASBV, apoyadas en redes y foros de aprendizaje entre organizaciones para el intercambio y escalado de buenas prácticas.

Propuesta 2.2: Reconocer e impulsar el liderazgo clínico compartido en proyectos alineados con el valor.

Indicador 2: N° y % de profesionales sanitarios que han participado en actividades de sensibilización, difusión del conocimiento y/o formación en ASBV, y profesionales que impulsan procesos desde el liderazgo clínico como referentes en valor.

Objetivo 3: Desarrollar un marco común de medición de resultados en salud y experiencia de paciente, y reforzar los sistemas de información para integrar la perspectiva de valor en todos los niveles del sistema.

Propuesta 3.1: Desarrollar herramientas accesibles e inclusivas que integren resultados clínicos, económicos, PROMs y PREMs, garantizando una recogida de datos equitativa y sin brechas digitales.

Propuesta 3.2: Desarrollar un cuadro de mando corporativo de resultados en salud, accesible y alineado con la estrategia institucional.

Indicador 3: N° de proyectos colaborativos interinstitucionales activos en el ámbito de la ABV con resultados contrastados.

Objetivo 4: Orientar los procesos asistenciales hacia resultados finales en salud, organizados en clave de valor para las personas, incorporando una visión inclusiva, integral y biopsicosocial.

Propuesta 4.1: Rediseñar los itinerarios asistenciales en base a su aportación a la cadena de valor para las personas, priorizando aquellos procesos de alto impacto donde la recogida sistemática de PROMs y PREMs permita anticiparse, adaptar la atención a perfiles de necesidad (enfoque de estratificación) y mejorar los resultados.

Propuesta 4.2: Reducir la variabilidad clínica mediante rutas asistenciales estandarizadas, basadas en evidencia y elaboradas con pacientes y profesionales, que permitan su evaluación según resultados y costes

Indicador 4: N° de procesos asistenciales con indicadores estandarizados de resultados en salud y experiencia de paciente integrados en los Sistemas de Información Corporativos (cuadro de mando corporativo de resultados en salud).

Objetivo 5: Evaluar de forma sistemática el avance hacia el valor en Euskadi.

Propuesta 5.1: Establecer un sistema de evaluación, con enfoque de mejora continua, que permita la publicación periódica de resultados con criterios de transparencia y rendición de cuentas.

Propuesta 5.2: Incluir resultados en salud y experiencia del paciente en los contratos programa con las organizaciones sanitarias.

Indicador 5: Nº de procesos asistenciales diseñados con enfoque en resultados en salud, integrando objetivos de salud física, mental y social (determinantes de salud, coordinación entre atención sanitaria, social y comunitaria).

Objetivo 6: Impulsar la colaboración interinstitucional, el aprendizaje mutuo y la innovación.

Propuesta 6.1: Constituir una unidad técnica de impulso a la ASBV con representación de todos los niveles del sistema.

Propuesta 6.2: Participar activamente en iniciativas europeas, benchmarking e investigación aplicada sobre valor en salud.

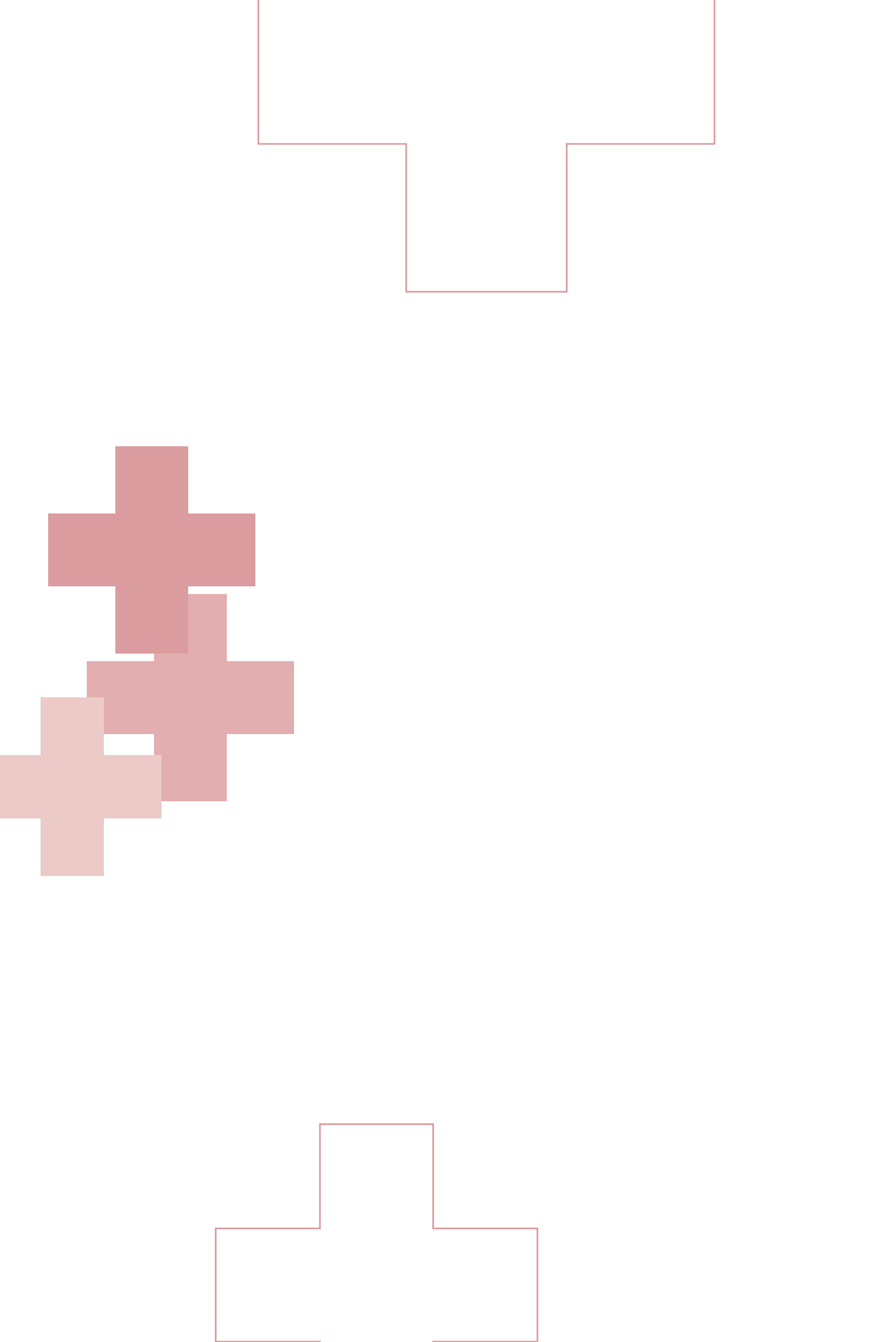
Indicador 6: % de organizaciones sanitarias con resultados en salud y experiencia de paciente evaluados en los indicadores de contrato programa.

Objetivo 7: Alinear la financiación y la gobernanza con la orientación a valor.

Propuesta 7.1: Pilotar modelos de financiación vinculados a resultados y orientados a población.

Propuesta 7.2: Incorporar la ASBV en la política de gestión de profesionales (selección, provisión, perfiles, formación, incentivos, carrera, etc.).

Indicador 7: % de financiación del contrato programa vinculado a resultados en salud y experiencia de paciente.



Participantes del Grupo de Trabajo:

- Gotzon Villaño.
- Concepción Martínez de Lahidalga
- Ana Roteta Echave
- Daniel Gurbindo Martínez: Olga Roldán Moll
- Esther Pulido Herrero
- Patricia Arratibel Ugarte
- Edurne Andueza Zabaleta
- Ana Tejada Fernández / Juan Ilarduya Canales
- Virginia Múgica (Amaia López, posible sustituta)
- Monike de Miguel
- Borja Vázquez Fontau
- Néstor Morchón Santiago
- Kar mele Garro EM / Pedro Carrascal
- Lucía Garate / Marian Cidoncha
- María Inmaculada Ruiz
- Lázaro Elizalde
- Kar mele Garro
- Elena Lete / Olatz Peón
- Nerea de Sousa
- Iñaki Zorrilla
- Rocio Barreira

Dinamizadoras:

Patricia Rodríguez
Alejandra Gil

Contenido

- 1. Resumen Ejecutivo
- 2. Introducción
- 3. Metodología y Enfoque
- 4. Análisis Situacional
- 5. Objetivos Estratégicos
- 6. Propuestas de Acción
- 7. Indicadores

1. Resumen Ejecutivo

La Línea Estratégica 15 del Pacto de Salud de Euskadi propone transformar la organización y provisión de los servicios asistenciales mediante un modelo integral, integrado y centrado en la persona. Para ello, se plantean siete objetivos estratégicos que abordan la modernización de estructuras organizativas, el refuerzo del papel de la Atención Primaria, el enfoque en resultados de valor en salud, la atención personalizada a lo largo del ciclo vital, la participación comunitaria, la innovación tecnológica y la digitalización.

Las acciones asociadas a estos objetivos incluyen la implantación de nuevos modelos asistenciales por áreas de conocimiento, el desarrollo de plataformas digitales compartidas, el impulso de la atención domiciliaria y la creación de una OSI digital piloto. Los indicadores definidos permitirán medir el grado de implementación y efectividad de las propuestas.

Esta estrategia busca mejorar la calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad del sistema sanitario vasco, en línea con los principios del cuarto ámbito estratégico del Pacto: Calidad, Innovación y Sostenibilidad.

2. Introducción

La Línea Estratégica 15 forma parte del cuarto ámbito del Pacto de Salud de Euskadi, enfocado en promover la calidad, la innovación y la sostenibilidad del sistema sanitario. En este marco, se propone una transformación organizativa y asistencial que permita ofrecer una atención más proactiva, personalizada y eficiente, centrada en las necesidades de las personas. La estrategia responde a los desafíos actuales del sistema de salud vasco, como la fragmentación asistencial, la presión asistencial creciente, las desigualdades en el acceso, la incorporación de nuevas tecnologías profesionales y organizativos.

También se alinea con las oportunidades detectadas en el diagnóstico del Pacto, como el compromiso institucional, la capacidad profesional, el desarrollo tecnológico y la disposición ciudadana al cambio.

El alcance de esta línea incluye tanto la transformación interna de los modelos asistenciales como el impulso de procesos integrados y colaborativos entre los distintos niveles, ámbitos y actores del sistema, con el objetivo final de garantizar una atención de mayor valor y sostenibilidad para toda la población.

3. Metodología y Enfoque

El grupo de trabajo inició su actividad el 25 de marzo de 2025, convocado por las dinamizadoras Patricia Rodríguez y Alejandra Gil. Entre el 25 de marzo y el 30 de abril, el grupo ha mantenido tres reuniones de trabajo, dos de ellas virtuales y una de forma presencial.

Además, se ha combinado el trabajo grupal con aportaciones individuales asíncronas, en las que los miembros del grupo han formulado propuestas vinculadas al diagnóstico DAFO, los objetivos estratégicos y las acciones correspondientes.

Las dinamizadoras han recogido todas las contribuciones, reorganizándolas y reformulándolas para facilitar su análisis y debate. Este material ha sido objeto de contraste y validación en tres dinámicas grupales sucesivas, en las que se han consensuado de forma participativa los elementos clave de la estrategia: el análisis DAFO, los objetivos estratégicos y los planes de acción.

El enfoque metodológico ha sido eminentemente participativo y enriquecedor, garantizando la integración de visiones técnicas, profesionales y sociales, y apoyado en el análisis documental de los marcos estratégicos clave del sistema sanitario vasco.

4. Análisis Situacional

El diagnóstico de la situación se ha estructurado en base a un análisis DAFO que recoge los principales factores internos y externos que afectan al modelo organizativo y asistencial:

- **Fortalezas:** Profesionales cualificados; Experiencias previas en integración asistencial.
- **Debilidades:** Fragmentación organizativa; Infrautilización del nivel primario.
- **Oportunidades:** Avances tecnológicos; Impulso institucional desde el Pacto de Salud.
- **Amenazas:** Demanda asistencial creciente que limita la capacidad de respuesta del sistema. Resistencia al cambio;

DEBILIDADES

Fragmentación y falta de coordinación asistencial

Falta de integración entre niveles asistenciales, sociales y sanitarios; modelo OSI poco digitalizado.

Debilidad estructural de la Atención Primaria

Infradotación de AP, escasa continuidad asistencial y liderazgo subordinado a la especializada.

Sistema sanitario centrado en los hospitales y no en la Atención Primaria

Carencias en recursos humanos

Falta de profesionales, sobrecarga laboral, riesgos psicosociales y baja motivación.

Temporalidad y falta de estabilidad de la plantilla de Osakidetza.

Cultura organizativa rígida y resistencia al cambio Modelo conservador, inercia estructural y escasos incentivos para innovar que dificulta la implantación de nuevas tecnologías, rediseño de roles o gobernanza más flexible.

Limitaciones tecnológicas y de interoperabilidad

Falta de integración de plataformas tecnológicas entre salud y servicios sociales.

Deficiencias en gestión y planificación

Falta de experiencia, recursos y evaluación para aplicar modelos efectivos.

AMENAZAS

Presiones económicas y sostenibilidad del sistema

Recortes, aumento del gasto y falta de integración presupuestaria amenazan la sostenibilidad del sistema.

Recursos humanos insuficientes

Falta de relevo, escasez de profesionales, mala gestión y políticas o regulaciones normativas inadecuadas o incompatibles con la sostenibilidad del sistema.

Los sistemas ineficaces de selección y escasa evaluación del liderazgo comprometen la gestión del talento.

Sobrecarga asistencial y aumento de demanda

Alta demanda por envejecimiento y problemas cotidianos que saturan el sistema.

Privatización y amenazas a la equidad

Intereses privados y externalización de servicios pueden debilitar el modelo universal público.

Cultura organizativa rígida Resistencia al cambio, fragmentación institucional y liderazgo no evaluado limitan el progreso.

Interferencias políticas

El peso de la política impide decisiones técnicas necesarias y dificulta la gestión de la IT.

Innovación difícil de incorporar

Poca inversión en I+D+i y ritmo acelerado del cambio tecnológico complican su integración.

Problemas de coordinación y diversidad

Coordinación interinstitucional compleja y diversidad cultural en enfoques sanitarios.

Pérdida de la humanización La falta de tiempo asistencial compromete la atención personalizada.

FORTALEZAS

Alta cualificación y compromiso del personal sanitario

Profesionales muy formados, con alta capacidad técnico- científica y motivación para mejorar el sistema.

Potencial de liderazgo interno y adaptación al cambio

Capacidad de los profesionales para liderar transformaciones y adaptarse a nuevos modelos organizativos.

Importancia y solidez de la Atención Primaria

Modelo de Atención Primaria fuerte, cercano y con peso estratégico en el sistema de salud.

Infraestructura digital y tecnológica avanzada Alta capacidad tecnológica con avances en digitalización e historia clínica.

Compromiso con la atención centrada en la persona

Promoción del autocuidado, salud integral y asistencia domiciliaria.

Cohesión institucional y respaldo político

Apoyo político e institucional para avanzar en reformas sanitarias.

Potencial de integración y colaboración

Cultura favorable a la integración y cooperación entre niveles asistenciales.

Base social y ciudadana favorable

Ciudadanía sensibilizada y receptiva a recomendaciones sanitarias.

Servicios consolidados y extensos

Cartera de servicios amplia, presencia territorial y oferta laboral diversa.

Innovación y experiencia en gestión del cambio

Reconocimiento de la innovación como estrategia clave y experiencia previa en cambios complejos.

Experiencias e iniciativas de profesionales y/o equipos.

OPORTUNIDADES

Avances tecnológicos y digitalización

Uso de herramientas como IA, Big Data e historia clínica para mejorar la coordinación y eficiencia.

Fortalecimiento de la Atención

Primaria Reforzar la AP con nuevos perfiles y estrategias preventivas como eje del sistema.

Contexto social favorable al cambio

Mayor interés por la salud, el autocuidado y revisión del uso de IT.

Marco político-institucional que facilita el cambio

Posibilidad de un nuevo pacto social por la salud, con respaldo institucional y dotación presupuestaria.

Transformación del modelo asistencial

Desarrollo de modelos integrados, personalizados y sostenibles orientados al valor en salud poblacional y equipos multidisciplinares.

Alianzas y acción coordinada

Oportunidad de fortalecer redes y cooperación intersectorial para objetivos comunes.

Mejora del liderazgo

Evaluación clara de objetivos de líderes y sus equipos como motor de cambio.

Participación de pacientes y ciudadanía en espacios para diseñar propuestas de cambio en el sistema, además de incorporar la experiencia del paciente en equipos clínicos.

5. Objetivos Estratégicos

6. Propuestas de acción

1. Transformar el modelo organizativo para mejorar la calidad, eficiencia y participación

- Crear nuevos modelos asistenciales por áreas de conocimiento que integren niveles asistenciales y roles profesionales más adecuados y eficientes en cada fase del proceso asistencial.
- Desarrollar estructuras organizativas participativas (equipos multi e interdisciplinarios), sustituyendo jerarquías rígidas e incorporando nuevos perfiles profesionales necesarios.
- Seleccionar y formar líderes clínicos con competencias en gestión del cambio y trabajo en equipo.

2. Fortalecer una atención integrada y centrada en la persona, con la Atención Primaria como eje del sistema

- Impulsar circuitos de derivación ágiles, itinerarios asistenciales y sistemas de información integrados entre Atención Primaria, Especializada y Servicios Sociales.
- Garantizar que cada persona reciba la atención más adecuada, en el lugar, momento y formato más oportuno mediante la organización asistencial flexible, coordinada y centrada en sus necesidades.
- Desarrollar programas de alfabetización digital y educación sanitaria para promover la prevención, el autocuidado y la autogestión de la salud.

3. Implantar modelos de atención centrados en el valor y resultados en salud

- Medir y analizar resultados clínicos y de valor en salud.
- Rediseñar procesos asistenciales con enfoque de valor y participación de pacientes y profesionales para reducir la variabilidad y mejorar la adecuación de la práctica clínica.
- Optimizar la asignación de recursos mediante planes de eficiencia, y alinearlos como motorizadores del cambio a nuevos modelos asistenciales y modelos orientados a valor.

4. Promover la atención personalizada e integral a lo largo del ciclo vital

- Fomentar una atención longitudinal basada en la colaboración entre profesionales y pacientes, apoyada en modelos de estratificación pronóstica.
- Incluir herramientas tecnológicas para educación y apoyo en fases tempranas de riesgo
- Abordar con prioridad la atención a personas con condiciones crónicas complejas o en situación de vulnerabilidad.

5. Impulsar un modelo de salud participativo y equitativo, centrado en la comunidad y en colectivos vulnerables

- Potenciar la participación ciudadana en el diseño de servicios mediante Consejos de Salud y estrategias comunitarias.
- Adaptar los servicios a las necesidades específicas de colectivos vulnerables, con un enfoque proactivo, territorial y equitativo.

6. Facilitar la innovación organizativa, tecnológica y profesional

- Definir marcos de gestión que impulsen y apoyen proyectos de cambio organizativos innovadores.
- Incorporar tecnologías emergentes e IA, junto con la redefinición e inclusión de nuevos perfiles profesionales.
- Modernizar los modelos de liderazgo y estructuras jerárquicas hacia modelos participativos transformadores.

7. Digitalizar y compartir la información clínica y social de forma segura y ágil

- Crear una Organización Sanitaria Integrada (OSI) digital piloto, que funcione como modelo de prueba avanzada para nuevas herramientas de gestión sanitaria que permita validar, con criterios de impacto y escalabilidad, un modelo organizativo digital que sirva de referencia para extender la innovación al conjunto del Sistema Vasco de Salud.
- Impulsar la atención domiciliaria y ambulatoria mediante el desarrollo y fortalecimiento de modelos asistenciales alternativos a la hospitalización convencional que integren, equipos multidisciplinares (que incorporen lo biopsicosocial y espiritual) con soporte tecnológico adecuado (monitorización, vídeo consultas...) para la atención en el hogar (domicilio, centro residencial...).
- Implementar una historia socio-sanitaria única y accesible para profesionales y pacientes con las restricciones oportunas.
- Desarrollar plataformas tecnológicas para compartir datos en tiempo real y facilitar el cribado y diagnóstico poblacional.

7. Indicadores

1. Transformar el modelo organizativo para mejorar la calidad, eficiencia y participación

% de unidades organizativas que han adoptado modelos participativos y redefinidos perfiles profesionales en base a eficiencia y competencias.

2. Fortalecer una atención integrada y centrada en la persona, con la Atención Primaria como eje del sistema

Nº de planes asistenciales compartidos entre ámbitos sanitarios y sociosanitarios o comunitarios (Atención Primaria, Especializada, Servicios Sociales, ámbito domiciliario o comunitario, u otros) con trazabilidad en la historia clínica.

3. Implantar modelos de atención centrados en el valor y resultados en salud

Nº de procesos asistenciales con indicadores de valor y PROMs.

4. Promover la atención personalizada e integral a lo largo del ciclo vital

% de pacientes crónicos o en riesgo con plan personalizado y seguimiento activo.

5. Impulsar un modelo de salud participativo y equitativo, centrado en la comunidad y en colectivos vulnerables

Nº de iniciativas comunitarias y territoriales co- diseñadas con ciudadanía o colectivos vulnerables con impacto en accesibilidad y equidad

6. Facilitar la innovación organizativa, tecnológica y profesional

% de proyectos piloto evaluados positivamente y escalados a nivel institucional.

7. Digitalizar y compartir la información clínica y social de forma segura y ágil

% pacientes atendidos en el domicilio o centros residenciales mediante modelos asistenciales apoyados en herramientas asistenciales.



Participantes del Grupo de Trabajo:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Alejandro del Pozo Maté• Amador García• Ana Tejada• Asier Arrizabalaga• Borja Vázquez Fontau• Edurne Corral• Eusebio Martín• Hosanna Parra• Idoia Uson• Íñigo Vadivielso• Isabel Tejada• Jose Luis Sáez• Karlos Ibarguren• Karmele Zubizarreta• Leire Ascargorta• Miguel Angel Ulibarrena• Olatz Peon• Rosa Ugalde• Sonja Massimo• Virginia Múgica | <ul style="list-style-type: none">• Álvaro Mateos Amann• Ana Ocáriz Madariaga• Arantxa Ugarte• Begoña Rueda• Carmen Rodriguez• Elena Lete• Guillermo Jubierre• Idoia Peñacoba• Iñaki Linaza• Irati Tobar• Jessica Gondra• Juan Miguel Jordana• Karmele Garro• Laura Garrido• M^a Jose Cano• Miren González• Pedro Carrascal• Silvia Sáez de Vicuña• Vega M^a Arnáez |
|---|---|

Dinamizadoras:

Jaime Ruiz de Eguino Langarica
Koldo Berganzo Corrales
Adelina Pérez Alonso
Oskar Ayerdi Aguirrebengoa
Maddi Zubizarreta Lebaka

Contenido

- 1. Resumen Ejecutivo
- 2. Introducción
- 3. Metodología y Enfoque
- 4. Objetivos, Propuestas e Indicadores

1. Resumen Ejecutivo

La Línea Estratégica 16 del Pacto de Salud de Euskadi propone garantizar una cartera de servicios accesible y equitativa. Para ello, se plantean seis objetivos estratégicos que abordan la accesibilidad y equidad al sistema, el fortalecimiento de atención primaria y de la atención social en el ámbito sanitario, incorporando nuevas tecnologías e innovaciones sanitarias, con un dimensionamiento y distribución de los recursos humanos y reforzando la participación de los diferentes grupos de interés en las decisiones.

2. Introducción

La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud viene desarrollado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre:

Artículo 2: se define la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Artículo 3: establece que los servicios contenidos en la cartera tienen la consideración de básicas y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios comunes debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento.

Artículo 6: El contenido de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud recoge las prestaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Artículo 7: La cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, contenida, se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 11: Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo.

Esta línea estratégica se encuentra alineado con los puntos 5 y 6 de los valores y principios establecidos en el Pacto Vasco de Salud.

3. Metodología y Enfoque

El grupo de trabajo inició su actividad el 02 de abril de 2025, convocado por los dinamizadores Jaime Ruiz de Eguino y Koldo Berganzo. Entre el 02 de abril y el 05 de mayo, el grupo ha mantenido cuatro reuniones de trabajo, dos de ellas de forma presencial (02 de abril de 2025 y 05 de mayo de 2025) y dos reuniones por vía telemática (09 de abril de 2025 y 16 de abril de 2025).

El primer documento elaborado por el grupo se presentó en la mesa del Pacto el 11 de junio y allí se acordó que el grupo de trabajo se reuniera nuevamente dado que planteaba un objetivo relacionado con la colaboración público-privada cuando para ello existía un grupo de trabajo específico. La reunión se celebró el 18 de junio y se acordó eliminar del documento inicial presentado el objetivo 7.

Se ha combinado el trabajo grupal con aportaciones individuales asíncronas, en las que los miembros del grupo han formulado las líneas de acción de cada uno de los objetivos acordados.

El enfoque metodológico ha sido eminentemente participativo y enriquecedor, garantizando la integración de visiones técnicas, profesionales y sociales.

4. Objetivos, indicadores y propuestas de acción

Objetivo 1: Garantizar una cartera de servicios accesible y equitativa teniendo en cuenta la persona y la humanización de la atención como ejes centrales, priorizando los recursos públicos para todos los territorios y que tenga en cuenta las poblaciones más vulnerables y la perspectiva de género.

Indicador:

- 1. Porcentaje de personas** atendidas sin Tarjeta Individual Sanitaria mediante un nuevo registro para detectar estos casos
- 2. Número de protocolos** aplicados con perspectiva de género

Propuestas:

1.1. Hacer un diagnóstico de la cartera de servicios actual (básica y complementaria).

- Definir los servicios que se ofrecen por cada una de las OOS y clasificar cuales se ofrecen por Osakidetza y cuales son externalizadas, concertadas, subcontratadas, o no incluídas.
- Realizar un análisis territorial teniendo en cuenta la ubicación, los recursos en base a la demografía poblacional y la demanda para identificar desigualdades en el acceso a servicios sanitarios.

- Analizar la accesibilidad al sistema y la adecuación de los servicios.
- Establecer vías para revisar y actualizar la cartera de servicios en base a las necesidades ciudadanas y avances científicos y/o tecnológicos.
- Definir unidades o servicios de referencia (sus localizaciones y utilizando los parámetros de calidad) basados en parámetros objetivos y en la evidencia a la hora de decidir dónde se va a prestar.

1.2. Incorporar protocolos de atención que faciliten el trabajo en red y la coordinación sociosanitaria dirigida especialmente a las poblaciones vulnerables.

- Implementar rutas integrales de atención y el fortalecimiento de la figura de referentes sociosanitarias para dar respuesta a las necesidades específicas de las poblaciones vulnerables, garantizando el acceso oportuno y de calidad a los servicios.
- Detectar precozmente y abordar los problemas de salud derivados de situaciones de riesgo o de exclusión social.
- Optimizar el uso de las infraestructuras existentes (consultas, pruebas diagnósticas, quirófanos) en turnos de mañana y tarde.
- Analizar el impacto cualitativo y cuantitativo de los efectos de los determinantes sociales, definiendo las medidas y prácticas más adecuadas para garantizar la equidad mediante el sistema público de salud.
- Establecer medidores para que se cumpla la perspectiva de género y salud.

Objetivo 2: Ampliar la cartera de servicios comunitaria con un enfoque en la prevención y promoción de la salud, fortaleciendo la atención primaria, la atención social en el ámbito sanitario e incluyendo nuevos roles, perfiles y funciones profesionales

Indicador:

1. Número de intervenciones comunitarias realizadas por OOSS
2. Número de intervenciones comunitarias en colaboración entre OOSS y Salud Pública

Propuestas:

2.1 Revisar los programas comunitarios de prevención y promoción actuales para valorar su eficacia y necesidad de mejora e implementar nuevos proyectos con enfoque participativo e intersectorial, priorizando acciones de educación para la salud, salud mental y salud ambiental.

2.1 Revisar los programas comunitarios de prevención y promoción actuales para valorar su eficacia y necesidad de mejora e implementar nuevos proyectos con

enfoque participativo e intersectorial, priorizando acciones de educación para la salud, salud mental y salud ambiental.

- Reorganizar la estructura de Salud Pública para generar un trabajo colaborativo y en red con Osakidetza y con otros agentes comunitarios.
- Potenciar las políticas sanitarias desde el ámbito de salud pública tales como: vigilancia epidemiológica; protección y promoción de la salud ambiental; la seguridad alimentaria; vigilancia y control de riesgos para la salud derivados de tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros.
- Establecer equipos multidisciplinares reforzando perfiles ya presentes e integrando nuevas figuras profesionales como agentes comunitarios de salud.
- Crear nuevos perfiles profesionales para la prevención y promoción de la salud
- Dimensionar la plantilla para poder realizar la actividad comunitaria por los diferentes perfiles profesionales

Objetivo 3: Crear un modelo que permita incorporar y aprovechar las nuevas tecnologías e innovaciones sanitarias de una forma sostenible y equitativa, para la promoción de la salud y para la prevención y asistencia de la enfermedad.

Indicador:

1. Tasa de uso de nuevas tecnologías incorporadas
2. Tasa de implantación de tecnologías existentes según OOS

Propuestas:

3.1 Emplear la cartera de servicios como herramienta para la innovación facilitando la investigación y la formación continuada contando con la participación de la Universidad Pública Vasca (UPV/EHU).

- Impulsar la formación continuada del personal, asociada a las nuevas prestaciones incorporadas en la cartera.
- Impulsar y facilitar la formación continuada e investigación de las personas que trabajan en Osakidetza.

3.2 Implementar nuevas tecnologías teniendo en cuenta criterios de impacto en salud, costo-efectividad, equidad y sostenibilidad, que permita su incorporación progresiva en los servicios de salud.

- Establecer una comisión de evaluación para analizar coste-beneficio e impacto asistencial de nuevas tecnologías.
- Realizar integración de herramientas digitales.

Objetivo 4: Alinear la cartera de servicios con las necesidades de salud adaptando el dimensionamiento y distribución de los recursos humanos necesarios para su implementación efectiva, asegurando que los perfiles profesionales estén identificados, incorporados, capacitados y sus funciones definidas

Indicador:

1. Número de servicios que se dejan de dar por inadecuado dimensionamiento de la plantilla o por falta de capacitación.

Propuestas:

4.1 Actualizar e incorporar perfiles profesionales en el ámbito sanitario para adaptarlos a las demandas de salud.

- Revisar el impacto de la no exclusividad del personal en el cumplimiento de la cartera de servicios.
- Analizar los nuevos roles y perfiles sanitarios y no sanitarios que se necesitan.

4.2 Dimensionar las plantillas de personal en función de las actividades incorporadas por las necesidades actuales y futuras de salud, ajustando la contratación y distribución de personal para garantizar una cobertura efectiva, alineando la oferta de servicios con las capacidades del equipo.

- Establecer un sistema de codificación y utilizar indicadores estadísticos para verificar que las funciones de cada perfil profesional se llevan a cabo de la manera adecuada.

Objetivo 5: Favorecer específicamente en la cartera de servicios, la salud visual, salud auditiva, funcionalidad física, la salud mental, la salud buco-dental, la asistencia de enfermedades minoritarias y la coordinación-continuidad con servicios sociales y educativos, como parte de los equipos asistenciales propios del sistema público de salud.

Indicador:

1. Número de planes implementados para potenciar estos aspectos de la cartera de servicios.

Propuestas:

5.1 Hacer un diagnóstico de los servicios, personal y puestos de trabajo de salud englobados en el objetivo.

5.2 Incorporar de manera progresiva los servicios mencionados en la cartera de servicios del sistema público de salud, asegurando su integración con los servicios de atención primaria, garantizando cobertura universal y acceso equitativo en todos los territorios.

- Establecer planes específicos para impulsar el desarrollo integral de los recursos públicos y propios (personal, infraestructuras...) de Osakidetza en los citados servicios:

Salud Visual: incorporación del Óptico- Optometrista dentro de la atención primaria para la detección precoz y una remisión eficaz e informada a la especializada.

Salud Mental: Crear una estructura suficiente que permita dar una respuesta continua y de calidad a las necesidades de salud mental desde la promoción hasta la atención.

Funcionalidad física: ampliar protocolos de actuación.

Salud buco-dental: Establecer protocolos de actuación, diferenciando la atención al paciente infantil, adulto y con diversidad funcional

- Establecer la gratuidad de gafas, lentillas y audífonos a la ciudadanía que estén por debajo del salario mínimo interprofesional y/o tengan necesidades especiales.

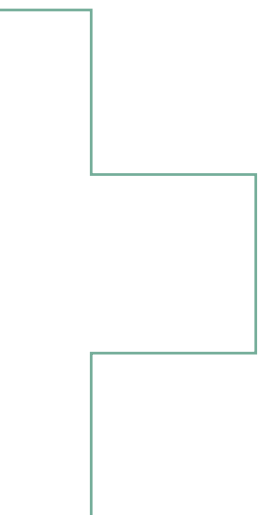
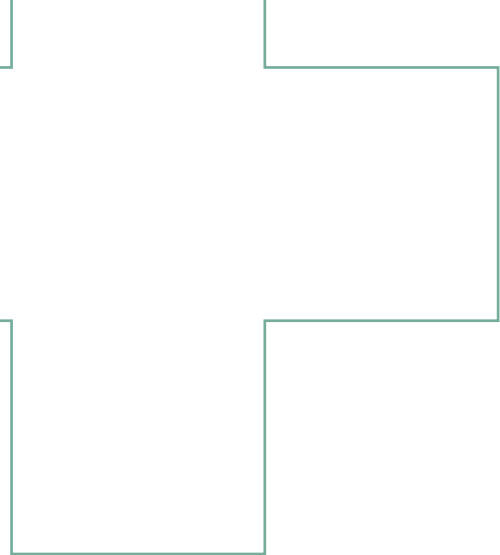
Objetivo 6: Reforzar la participación de la ciudadanía, profesionales, personas pacientes y colegios profesionales en las decisiones relacionadas con la cartera de servicios.

Indicador:

1. % de procedimientos que incluya PREMs
2. % de aumento anual del indicador “% de procedimientos que incluya PREMs por parte de personas profesionales”
3. % de aumento anual del indicador “% de procedimientos que incluya PREMs por parte de la ciudadanía”

Propuestas:

- 6.1 Constituir estructuras permanentes de participación ciudadana, profesionales de la salud, colegios de profesionales, sociedades científicas, agentes sociales y asociaciones de pacientes en la toma de decisiones sobre la cartera de servicios.
- 6.2 Establecer sistemas de evaluación por parte de profesionales de la calidad de la atención sanitaria ofrecida y ofertada
- 6.3 Establecer sistemas de evaluación de la calidad de la atención sanitaria recibida por parte de la ciudadanía y de la calidad asistencial ofrecida por parte de profesionales (con PREMs).



Lan taldea / Grupo de trabajo:

- Goio Achutegui
- Borja Anza
- Iciar Arteagoitia Calvo
- Unai Ayala
- Patricia Arratibel
- José Luis Barrios Andrés
- José Ramón Bilbao
- Irrintzi Fernández Ahedo
- Pedro Carrascal Rueda
- Estibaliz Gamboa Moreno
- Elena Lete
- Paloma Liendo
- Gurutz Linazasoro Cristóbal
- Guiomar Pérez de Nanclares Leal
- Joseba Pineda Ortíz
- Fernando Ramos
- Ioana Riaño
- Borja Vázquez Fontao
- Iñaki Zorrilla

Dinamizadoras:

David Otaegui Bichot
Iñaki Gutiérrez Ibarluzea

Contenido

- 1. Resumen Ejecutivo
- 2. Introducción
- 3. Metodología y Enfoque
- 4. Análisis Situacional
- 5. Objetivos
- 6. Propuestas
- 7. Indicadores

1. Resumen Ejecutivo

a) Síntesis del Contenido: Breve descripción de los objetivos, propuestas y resultados esperados.

La línea estratégica de Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) en salud de Euskadi tiene como finalidad consolidar un ecosistema robusto, cohesionado y competitivo, capaz de dar respuesta a los retos actuales y futuros del sistema sanitario. Parte del diagnóstico del Pacto Vasco por la Salud, que identifica fortalezas relevantes como la existencia de institutos biosanitarios consolidados y una red investigadora amplia, pero también debilidades significativas como la escasa inversión en salud pública, la débil retención del talento y la limitada participación en ensayos clínicos. En este marco, se plantean ocho objetivos prioritarios: facilitar el acceso ético y eficiente a los datos de salud para investigación; reforzar las alianzas entre agentes del sistema evitando su fragmentación; identificar y priorizar las necesidades reales de pacientes, profesionales y ciudadanía; desarrollar una carrera investigadora pública atractiva y flexible; integrar de forma efectiva a los distintos actores del sistema en los procesos de innovación; impulsar la Compra Pública Innovadora; mejorar la formación en investigación y salud, especialmente en áreas deficitarias; y fomentar la transferencia de resultados al sistema sanitario. Entre las propuestas destacan la creación de un centro de innovación digital y un repositorio de datos, el diseño de planes de formación y carrera investigadora, y la estructuración de una plataforma unificada para ensayos clínicos. Se espera como resultado una mayor captación de fondos, incremento de ensayos clínicos, producción científica de impacto y un sistema más eficiente, colaborativo y orientado a valor; posicionando a Euskadi como referente en investigación sanitaria en Europa.

b) Impacto y Relevancia: Justificación de la importancia de la estrategia en el marco del Pacto de Salud.

Esta línea estratégica de I+D+i en salud responde directamente a los principios del Pacto de Salud de Euskadi, al promover un sistema sanitario más innovador; cohesionado y orientado a valor. Su implementación permitirá afrontar desafíos estructurales como la fragmentación del ecosistema investigador; la fuga de talento y la baja inversión en salud pública. Además, refuerza la colaboración entre agentes públicos y privados, impulsa la medicina personalizada y mejora la capacidad del sistema para generar conocimiento aplicable. Contribuye así a un sistema más eficiente, equitativo y sostenible, alineado con las prioridades del Plan de Salud Euskadi 2030.

2. Introducción

a) Contexto General: Descripción del entorno y del marco de referencia de la estrategia, basándose en el Diagnóstico, los Valores y Principios del Pacto de Salud y la alineación con los objetivos propuestos.

Del análisis de situación en el área de I+D+i en salud se puede concluir como resumen que el ecosistema de investigación en salud de la CAPV se organiza en torno a tres Institutos Biosanitarios y Biosistemak, coordinados por BIOEF con participación de Osakidetza, Departamento de Salud y la UPV/EHU. El ecosistema colabora con diversos agentes del sistema científico-tecnológico vasco, incluyendo universidades y entidades públicas y privadas. La investigación sanitaria genera numerosos proyectos, obtiene cerca del 50% de su financiación de fondos competitivos y mantiene redes de colaboración nacionales e internacionales, con cerca de 3.000 investigadores/as (67% mujeres). La inversión en salud representa el 10,4% del gasto total en I+D+i, aunque la destinada a salud pública es muy baja. Existen debilidades en la retención y desarrollo profesional del talento investigador; y la participación de la CAPV en ensayos clínicos promovidos por la industria es limitada y decreciente, especialmente en oncología, inmunología y atención primaria.

b) Alcance: Definición de los límites, áreas específicas de aplicación y el impacto esperado de la estrategia.

La estrategia se centrará en fortalecer el ecosistema de investigación en salud de la CAPV, con un alcance centrado en los institutos biosanitarios, la red de agentes del conocimiento (especialmente aquellos agentes cuya naturaleza investigadora es pública) y la colaboración con el sistema sanitario vasco. Se priorizarán áreas específicas como la investigación clínica (especialmente en oncología, neurología, inmunología y atención primaria, u otras áreas que se puedan identificar como prioritarias en cada momento), la salud pública y la atracción y retención de talento.

Asimismo, la estrategia abordará la mejora de la participación en ensayos clínicos, el desarrollo profesional de los investigadores y el aumento de la inversión en salud pública, optimizando las alianzas del sistema, evitando la segmentación y aprovechando las fortalezas, recursos, nivel de autonomía y liderazgo de cada agente.

El impacto esperado incluye una mayor competitividad en la captación de fondos, un incremento en la presencia de la CAPV en estudios clínicos, una producción científica más robusta y sostenible, y un ecosistema más cohesionado y alineado, capaz de responder a los retos sanitarios presentes y futuros.

3. Metodología y Enfoque

a) Proceso de Trabajo: descripción del método utilizado para la formulación de la línea estratégica (p. ej., análisis DAFO, DELPHI, grupo nominal, etc.)

En la reunión inicial se acordó, utilizar una metodología de grupo nominal semi-presencial, con votaciones on-line y posterior consenso formal. Para ello se empleó el marco de los 6 ejes estratégicos que se proponían para la elaboración del Plan estratégico de I+D+i de Euskadi 2025-2030 (ver anexo 1) y que actualmente se encuentra en la fase de análisis del plan anterior;

conformación inicial del grupo coordinación y propuesta de grupos de trabajo. Se solicitó a cada una de las personas participantes en el grupo de trabajo que propusieran 2-3 propuestas de objetivo por cada uno de los 6 ejes estratégicos: 1. Investigación Biomédica y Clínica; 2. Innovación en Tecnología Sanitaria y Digitalización; 3. Valor y Sostenibilidad del Sistema Sanitario; 4. Colaboración Público-Privada y Transferencia de Conocimiento; 5. Talento y Formación en I+D+i en Salud; 6. Participación Ciudadana y Ciencia Abierta.

Se realizaron 180 propuestas en total que fueron redefinidas, resumidas y comentadas en una reunión presencial, sobre dicha base se eliminaron duplicidades, se agruparon y se propusieron para votación por parte de los facilitadores/dinamizadores un total de 10 objetivos que fueron votados por el grupo en orden decreciente por importancia. Se realizó una encuesta mediante googlesheet cuyo enlace se mandó por correo a cada uno de los participantes. Se debían votar 6 propuestas, con un 1 para la menos prioritaria y un 6 para la más prioritaria. Se obtuvieron 20 respuestas válidas. En la reunión se adelantó que el trabajo realizado y el grupo de personas implicado podría tener una continuidad en el desarrollo de la futura Estrategia de I+D+i de salud de Euskadi como aporte desde la sociedad y las organizaciones de participación de las que la misma se dota.

Se determinó un punto de corte para propuestas de objetivos por encima del 3 (ver tabla resumen de puntuaciones en Anexo 2).

b) Fuentes de Información: Datos, normativas y marcos estratégicos (benchmarking) que respaldan las propuestas.

Las fuentes de información, datos, normativas y marcos estratégicos que se han utilizado en el grupo de trabajo se encuentran reflejados en las referencias bibliográficas que se localizan en el apartado de referencias bibliográficas del presente documento. (Ver sección bibliografía).

4. Análisis de Situación

a) Análisis Interno y Externo: Evaluación de la situación actual, identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Análisis DAFO – Ecosistema de investigación en salud de la CAPV*

* Elaborada desde el análisis-diagnóstico del pacto de salud.

DEBILIDADES

- Escasa inversión en I+D+i en salud pública.
- Ausencia de una estrategia de retención y desarrollo profesional del talento.
- Baja participación en ensayos clínicos promovidos por la industria.
- Débil representación de los diferentes agentes de investigación innovación en Comités de Ética de investigación.
- Poca implantación de ensayos clínicos en atención primaria.
- Escaso aprovechamiento de las alianzas entre los distintos agentes, con dificultades para optimizar la cohesión del sistema y conciliar dicha cohesión con el respeto a las capacidades, recursos o aportaciones y la autonomía o liderazgo de cada agente.

AMENAZAS

- Tendencia decreciente en participación en ensayos clínicos, especialmente en áreas críticas.
- Fuga de talento por falta de incentivos y planes de carrera.
- Competencia interregional con ecosistemas más orientados a la innovación y colaboración industrial.
- Tendencia a la segmentación del sistema, impidiendo su cohesión e integración y evitando el aprovechamiento de cada agente según sus fortalezas.

FORTALEZAS

- Estructura consolidada con Institutos Biosanitarios y Biosistemak coordinados por BIOEF.
- Participación de la UPV/EHU y conexión con el sistema científico-tecnológico vasco.
- Captación del 50% del presupuesto mediante fondos competitivos.
- Alta implicación de investigadores/as (3.000 personas, 67% mujeres).
- Producción científica y de patentes adecuada para el tamaño del sistema.
- Inversión significativa en salud (10,4% del total de I+D+i regional).

OPORTUNIDADES

- Incrementar ensayos clínicos mediante alianzas entre los agentes del sistema con la industria farmacéutica.
- Desarrollar una estrategia de atracción y retención de talento investigador.
- Aumentar la inversión pública y privada en salud pública.
- Aprovechar el reconocimiento científico para captar fondos europeos y mejorar visibilidad.
- Abrir la implicación de la universidad pública vasca al sistema vasco, de acuerdo a su capacidad y su liderazgo otorgado por la nueva legislación que lo facilita (LOSU, etc.) y sus aportaciones crecientes
- Impulsar la investigación traslacional e interdisciplinar.

5. Objetivos (máximo 5-7)

a) Resultado deseado y específico que se pretende alcanzar mediante la implementación de la estrategia.

Finalmente se plantearon dentro de los ejes estratégicos del Plan estratégico de I+D+i 2025-2030 a desarrollar durante el año 2025, 8 objetivos que se glosan a continuación en base a las puntuaciones definidas por el grupo de trabajo (mayores de 3):

1. Establecer un plan de digitalización y explotación de datos para la investigación: acceso abierto para las personas investigadoras del sistema a los datos generados, especialmente para aquellos datos que tienen implicaciones en la mejora de la calidad y los resultados en salud.
2. Diseñar y desarrollar un plan que mejore y optimice las alianzas y coordinación entre los agentes implicados en la I+D+i del área de Biociencias-Salud evitando la fragmentación del sistema y, a la vez, respetando las fortalezas, capacidades, autonomía y/o liderazgo que aporta cada uno (CIC, BERC, BRTA, UPV/EHU, otras Universidades, Empresas, Osakidetza, IIS, entre otros,...)
3. Identificar las necesidades reales del Sistema de Salud de Euskadi (Pacientes, Servicios sanitarios, ciudadanía en general,...)
4. Diseñar, financiar y desarrollar una carrera investigadora flexible, innovadora y atractiva en las estructuras públicas de salud: Osakidetza y Departamento de Salud y en los centros de investigación dependientes (Institutos de Investigación Sanitaria).
5. Revisar y fortalecer la integración de la actividad de Bioef y los IIS en Osakidetza. Incorporar otros agentes de la I+D+i de salud vasca (UPV/EHU y otras universidades, etc.) de acuerdo a los planes previamente diseñados.
6. Fomentar la Compra Pública Innovadora y la detección temprana de necesidades que favorezca la competitividad del tejido empresarial local.
7. Diseñar y desarrollar un plan de formación en salud (UPV/EHU y otras universidades/FP), incluyendo másteres oficiales y programas de doctorado universitarios en el sector salud, especialmente los clínicos y en áreas deficitarias (AP, enfermería, etc.),.
8. Fomentar la transferencia de resultados al sistema, mejora de captación de EECC y de estudios de evaluación de resultados.

6. Propuestas (máximo 1-2 por objetivo)

a) Iniciativas planteadas para responder a las necesidades detectadas y contribuir a alcanzar los objetivos establecidos.

1. Creación de un centro/ departamento/servicio de innovación digital, y un repositorio federado de datos reutilizables anonimizados para el acceso y explotación de datos de salud.

Oferta de formación y/o apoyo técnico sobre el uso y explotación de los datos del repositorio para profesionales y personas investigadoras.
 2. Refuerzo de las alianzas entre los actores del sistema de investigación e innovación en salud, acorde con las fortalezas de cada uno
 3. Establecimiento de un procedimiento para conocer las necesidades reales de los pacientes y OSIs y generación de un proceso coordinado de actualización de estas necesidades.
 4. Diseño, desarrollo y financiación de un plan de carrera investigadora en Osakidetza e institutos de investigación Sanitaria, con el apoyo de la UPV/EHU.
 5. Desarrollo de un plan para la mayor integración de la actividad de BIOEF, los IIS y otros agentes de la I+D+i de salud vasca (EHU, otras universidades, etc.) en Osakidetza para potenciar los planes existentes en los mismos y especialmente en:
 - a. Colaboración Público-Privada en la I+D+i
 - b. Medicina personalizada
 - c. Ensayos clínicos (plataforma única)
- Lanzamiento de un plan de mentoría para jóvenes investigadores en el sistema público de salud
6. Implementación de un modelo de Compra Pública innovadora, desarrollándola como herramienta y fomentando el contacto temprano con los proveedores tecnológicos. Reuniones anuales de demanda temprana entre gestores, profesionales sanitarios y empresas.
 7. Establecimiento de un grupo de trabajo (Osakidetza, empresas y universidades) para el diseño de planes formativos y programas de doctorado en Innovación e investigación en salud.
 8. Diseño y creación de una estructura unificada entre los agentes de I+D+i y Osakidetza que optimice la captación y realización de ensayos clínicos (EECC) para mejorar la coordinación y potenciar nuestras capacidades.

Elaboración de un plan de captación de EECC y otros estudios de investigación y evaluación de resultados en salud.

7. Indicadores (máximo 1 por objetivo)

a) Medida cuantitativa o cualitativa que refleja el cumplimiento de los objetivos y la eficacia de las iniciativas propuestas.

Indicadores por objetivo

1. Creación de un centro/servicio de innovación digital y datos de salud y un repositorio de datos reutilizables anonimizados.

Indicador: Centro/servicio operativo con plan funcional aprobado y al menos 3 líneas activas de trabajo que accedan al repositorio de datos.

2. Refuerzo de las alianzas entre actores del sistema de investigación e innovación

Indicador: 1. Número de convenios de colaboración firmados y grado de cumplimiento del plan de alianzas entre agentes del sistema (IIS, BIOEF, UPV/EHU, BRTA, etc.) en el año. 2. Número de patentes útiles registradas y número de nuevas empresas de base tecnológica creadas.

3. Procedimiento para conocer y actualizar necesidades de pacientes y OSIs

Indicador: Existencia y aplicación anual de un procedimiento formalizado de recogida, validación y priorización de necesidades, con informe publicado.

4. Plan de carrera investigadora en Osakidetza con apoyo de la UPV/EHU

Indicador: Número de profesionales adscritos al plan de carrera investigadora implementado oficialmente en al menos 3 organizaciones de servicios y ratio de profesionales con tiempo protegido reconocido para la investigación.

5. Integración de la actividad de BIOEF e IIS en Osakidetza, junto con otros agentes de la I+D+i de salud vasca (EHU, otras universidades...), para potenciar planes estratégicos

Indicador: Número de proyectos conjuntos activos BIOEF/IIS–Osakidetza-agentes de la I+D+i de salud en las tres líneas estratégicas (CPP, medicina personalizada y EECC).

6. Modelo de Compra Pública Innovadora (CPI) con reuniones anuales de demanda temprana

Indicador: Número de procesos de CPI iniciados y completados anualmente y número de reuniones de demanda temprana realizadas con participación de empresas y profesionales sanitarios y porcentaje de procesos CPI que finalizan en adopción efectiva de soluciones en Osakidetza.

7. Grupo de trabajo para planes formativos en innovación e investigación en salud

Indicador: Existencia del grupo de trabajo formalmente constituido y número de programas formativos diseñados y lanzados por curso académico y de alumno/as matriculados en másteres y programas de doctorado en salud.

8. Plan de captación de EECC y estudios de evaluación de resultados en salud

Indicador: Tasa de incremento anual del número de EECC iniciados en Osakidetza y porcentaje de centros con estudios de resultados activos.

Bibliografía

1. Osasun diagnosia. 2024. Osasun ituna dokumentuak.
2. Diagnóstico para el Pacto Vasco por la Salud. 2024. Osasun ituna dokumentuak.
3. Valores y Principios. 2025. Osasun ituna dokumentuak.
4. Ámbitos de Trabajo y Líneas Estratégicas para el Pacto de Salud de Euskadi. 2025. Osasun ituna dokumentuak.
5. Plan de salud Euskadi 2030. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. 2023. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/plan-salud-2030.pdf
6. Estrategia de Investigación en Salud de Euskadi 2022-2025. Departamento de Salud Gobierno Vasco 2022. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrat_invest_innov_2022_2025/es_def/adjuntos/estrategia_invest_innov_es.pdf
7. Técnicas de trabajo Grupo Nominal. Documento de Trabajo metodológico. 2012. Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Euskadi. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.
8. 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>
9. Plataforma de Medicamentos Innovadores y Farmaindustria. Investigación Clínica en el País Vasco. Datos y análisis del Avance de la 33ª publicación de BDMetrics. 2023. Disponible en: <https://www.medicamentos-innovadores.org/sites/medicamentosinnovadores/docs/PRODF280273.pdf>



Anexo 1. Ejes del Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación 2025-2030

Ejes principales:

1. Investigación Biomédica y Clínica
2. Innovación en Tecnología Sanitaria y Digitalización.
3. Valor y Sostenibilidad del Sistema Sanitario
4. Colaboración Público-Privada y Transferencia de Conocimiento
5. Talento y Formación en I+D+i en Salud
6. Participación Ciudadana y Ciencia Abierta

1. Investigación Biomédica y Clínica

Este eje se centra en:

- fortalecer la investigación en enfermedades prevalentes y emergentes,
- promocionar los ensayos clínicos y la medicina personalizada,
- acelerar la aplicación de los descubrimientos científicos a la práctica clínica.
- Optimizar la financiación de la investigación para maximizar su impacto.

2. Innovación en Tecnología Sanitaria y Digitalización

Objetivos:

- Aprovechar soluciones digitales como la inteligencia artificial, el big data y la telemedicina,
- apoyar la transformación digital de los servicios sanitarios y mejorar la interoperabilidad.
- Hacer hincapié en los historiales clínicos electrónicos avanzados y la toma de decisiones basada en datos.

3. Valor y Sostenibilidad del Sistema de Salud

Este eje:

- Promueve modelos de atención médica basados en el valor que priorizan los resultados en salud sobre la base de la I+D+i en Salud.
- Evalúa el impacto de las innovaciones en la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud.
- Introduce compras públicas innovadoras y nuevos modelos de financiación.

4. Colaboración público-privada y transferencia de conocimiento

Este eje:

- Fomenta la colaboración entre el sistema sanitario, la industria, las startups y los centros de investigación.
- Facilita el análisis temprano de la demanda, la transferencia de tecnología y el desarrollo de empresas de base científica.
- Apoya las alianzas estratégicas y las redes de excelencia en I+D+i en salud.

5. Colaboración Público-Privada y Transferencia de Conocimiento

Este eje se centra en:

- atraer y retener el mejor talento investigador;
- mejorar los programas de formación en innovación y gestión sanitaria, y
- fortalecer las trayectorias profesionales de investigación en el sector biosanitario.

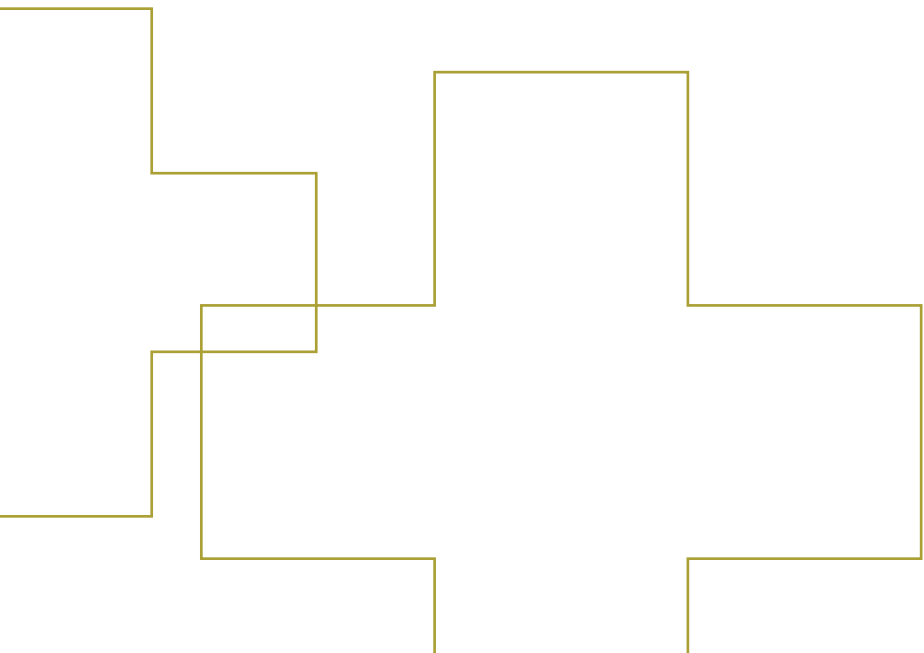
6. Participación Ciudadana y Ciencia Abierta

Este eje se centra en:

- iniciativas de cocreación con pacientes y la ciudadanía,
- fomentar la ciencia abierta, y
- mejorar la difusión del conocimiento científico para aumentar la participación social en la investigación y la innovación en salud.

Anexo 2. Resumen de puntuaciones del grupo de trabajo

	Promedio	Desviación estándar	Posición
Plan de Digitalización y explotación de datos: Acceso abierto a los datos generados.	4,65	1,66	1
Fomentar una alianza entre los agentes (CIC, Universidades, Empresas privadas, Osakidetza, IIS)	4,33	1,75	2
Detección de las necesidades reales del Sistema (Pacientes, Servicios de las OSIS)	4,20	1,87	3
Desarrollo de una carrera investigadora e innovadora en Osakidetza y Departamento de Salud	4,05	1,43	4
Revisar y fortalecer la integración de los IIS en Osakidetza	3,83	1,47	5
Fomentar la Compra Pública Innovadora y la detección temprana de necesidades y empresas	3,50	1,60	6
Diseñar la formación en salud (Universidad/FP) Desarrollo de masteres y doctorado en el sector salud.	3,36	1,60	7
Fomentar la transferencia de resultados al sistema, Mejora de captación de EECC y de evaluación de resultados	3,18	1,94	8
Priorización en los planes a Atención primaria comunitaria y de la medicina personalizada	2,90	1,37	9
Plan de difusión de los resultados en ciencia	2,29	1,38	10



18.

DIGITALIZACIÓN EN SALUD:

Transformación digital. Uso de la tecnología para mejorar la asistencia, planificación, gestión e investigación.

Participantes del grupo:

- Haizea Diaz Templado
- Markel Loroño Bilbao
- Xabier Barrutia Gaspar
- Noelia Fuente Rosado
- Goio Atxutegi
- Iñaki Fuerte Tudanca
- Edurne Andueza Zabaleta
- Javier Casas
- Borja Vazquez Fontao
- Jose Luis Barrios Andres
- Karmele Garro
- Pedro Carrascal
- Roberto Abad
- Mikel Diez
- Lore Martinez Axpe / Josu Aztiria
- Karmele Garro
- Elena Lete / Olatz Peon
- Maria Luisa Merino
- Edurne Arteche Daubagna
- Ane Alberdi
- Xabier Ibarzabal (Dinamizador Grupo)
- Benjamin Juez (Dinamizador Grupo)

Contenido

1. Introducción

Contexto General
Principios rectores
Alcance

2. Metodología y Enfoque

Proceso de trabajo
Fuentes de información

3. Análisis Situacional

Análisis interno y externo
Introducción / Análisis previo
Análisis DAFO

4. Objetivos

5. Propuestas

6. Indicadores

1. Introducción

CONTEXTO GENERAL

Este documento ha tenido en cuenta tanto los objetivos como los principios marcados por el Pacto Vasco de Salud, en los que ya se enmarca la necesidad de primar un modelo de salud preventivo y predictivo, que promueva la participación y corresponsabilidad en salud de personas y poblaciones y cuyas estrategias se adapten a las necesidades de la población. Además, debe ser sostenible en el tiempo.

Por lo tanto, se busca una transformación digital que se rija por una planificación estratégica basada en las necesidades reales de la población, con especial atención a los colectivos vulnerables, garantizando la equidad en el acceso, la protección de los derechos digitales y el uso ético de los datos. La digitalización no debe suponer una brecha, sino una oportunidad inclusiva que fortalezca el sistema público y universal de salud vasco. Un mayor desarrollo digital contribuirá a la mejora de información, de resultados, de actuaciones sociosanitarias y de corresponsabilidad y empoderamiento de la población en relación a su salud a la vez que va a permitir realizar una apuesta por la industria tecnológica vasca que deberá garantizar la eficiencia y competencia con los máximos estándares del sector; priorizando añadir valor al Sistema Público de Salud de Euskadi.

PRINCIPIOS RECTORES

- Garantizar la soberanía de las infraestructuras digitales críticas y la propiedad pública de los datos de salud.
- Proteger y velar por los derechos digitales de la ciudadanía.
- Aprovechar las potencialidades de la Inteligencia Artificial y de los sistemas Big Data centrándose en la salud personalizada de la ciudadanía y el beneficio público, siempre bajo principios éticos.
- Poner en marcha una gobernanza tecnológica que potencie el conocimiento y sabiduría de las posibilidades tecnológicas en Osakidetza y en la Salud Pública en general.
- Desarrollar la colaboración con la universidad pública, los agentes de la Red Vasca de Ciencia y Tecnología y el tejido empresarial vasco, potenciando las capacidades tecnológicas de Osakidetza y garantizando la propiedad pública de los activos generados.
- Empoderar a las y los profesionales en el ámbito digital.

ALCANCE

El enfoque debe extenderse más allá de la simple interoperabilidad técnica para abordar la creación de un sistema proactivo, participativo, resiliente y basado en la evidencia. Los datos

deben utilizarse para fomentar la medicina personalizada, la prevención, la investigación de calidad y la sostenibilidad, cobrando gran relevancia la necesidad de formación digital tanto a las y los profesionales de la salud como a la ciudadanía. Se deberá reforzar la colaboración interinstitucional e intersectorial, así como con la industria vasca.

Los objetivos del documento debieran ser de carácter universal, debiendo ser tenidos en cuenta por las estrategias tanto públicas como privadas y considerando la salud y la enfermedad de la ciudadanía vasca de manera integral, independientemente del momento, lugar o sistema de salud en el que se trate.

Igualmente, se considera la necesidad de obtener conocimiento a partir de los datos de los que se disponga para la gestión y planificación de los servicios a ofertar en cada momento a la ciudadanía, así como la necesidad de disponibilizar los mismos a la industria, de modo que haya un retorno positivo mediante la investigación e implantación de las innovaciones surgidas en el Sistema Público de Salud de Euskadi, garantizando siempre la propiedad pública y el retorno social de las innovaciones.

Se espera obtener un sistema de salud con visión 360º de la ciudadanía más eficiente, al orientarse hacia una medicina basada en valor apoyada en herramientas de automatización en las tareas administrativas.

2. Metodología y enfoque

PROCESO DE TRABAJO

Se ha empleado la metodología del Grupo Nominal por tratarse de un método de consenso, mediante el cual se pueden detectar las necesidades, priorizar los problemas y diseñar las estrategias.

FUENTES DE INFORMACIÓN

3. Análisis situacional

ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

Introducción / análisis previo

Osakidetza se encuentra ante el reto de seguir manteniendo las infraestructuras y sistemas de información que soportan la actividad diaria en ventana 24x7 a la vez que tiene que ir actualizando tanto las infraestructuras como los desarrollos para adaptarse a las nuevas tecnologías con el objetivo de seguir pudiendo contar con los soportes necesarios que garanticen la continuidad del negocio, así como el arreglo de incidencias en los menores tiempos posibles.

Igualmente, se avanza en la digitalización de procesos y la implantación de nuevas soluciones y tecnologías.

El ecosistema de Osakidetza se compone de más de 31.200 PCs, 14.300 impresoras que generan 8.000.000 de copias impresas al mes, 4.300 tablets, 3.000 Servidores, 4 Petabytes de almacenamiento de ficheros, 5.200 móviles, más de 300 aplicaciones corporativas, plataformas de seguridad para contener los ciberataques, plataformas de imágenes médicas, de formación, de comunicaciones inter e intra-centros y un largo etcétera de servicios digitales.

Osakidetza es una Organización que al año gestiona más de 25.000.000 de consultas, 280.000 altas hospitalarias, 12.000 ingresos domiciliarios, 226.000 procedimientos quirúrgicos y 98.000 no quirúrgicos, 600.000 pruebas complementarias, 1.000.000 de urgencias hospitalarias y más de 990.000 en los PACs, 400.000 llamadas de Emergencias, 300.000 contactos en Consejo Sanitario, ...

Osakidetza consta de más de 400 los edificios, entre los que hay Hospitales (tanto de agudos como de media y larga estancia, así como aquellos dedicados a salud mental), Ambulatorios, Centros de Salud y Consultorios. Todos ellos con activos a mantener que aseguren el correcto funcionamiento de los servicios, que son iguales independientemente del tamaño del centro.

A destacar el uso intensivo de las infraestructuras y servicios, sobre todo en el caso de los hospitales ya que los mismos funcionan las 24 horas de los 7 días de la semana a lo largo de los 365 días del año. (24/7/365), lo que añade complejidad a la evolución e implantación de cambios y/o nuevos sistemas.

Debemos tener en cuenta la necesidad cada vez mayor de interoperabilidad entre Osakidetza, empresas proveedoras de salud, Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Ministerio de España, Europa, Ayuntamientos, Diputaciones, etc, sin olvidar el aumento del perímetro a proteger en el ámbito de la Ciberseguridad que traerá consigo dicha interconexión de sistemas entre los diferentes actores de salud.

Además, la transformación digital debe integrarse en una estrategia de transición ecológica y digital (“twin transition”), coherente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030. Para ello es clave la inversión sostenida en infraestructuras resilientes, ciberseguridad, empoderamiento digital, así como la gobernanza multinivel e interdepartamental.

ANÁLISIS D.A.F.O.

DEBILIDADES

- Sistema expuesto a interrupciones
- Demanda de una Interoperabilidad de mayor alcance, teniendo en cuenta a todos los actores de salud.
- Gran necesidad de inversión y de las y los profesionales cualificados para la sostenibilidad de la infraestructura informática y sistemas de información.
- Falta de formación continua en el ámbito digital, tanto de las y los profesionales como de ciudadanía
- Excesiva burocracia para la gestión diaria de las y los profesionales.

AMENAZAS

- Desigual acceso a servicios digitales por brecha territorial, etaria y socioeconómica.
- Porcentaje muy elevado de Dependencia Tecnológica.
- Vulnerabilidad de la infraestructura informática.
- Incremento imparable de ciberataques a sistemas informáticos y en concreto a sistemas críticos. (Ciberseguridad), lo que aumenta las dificultades para la protección de datos y la privacidad.

FORTALEZAS

- Buenas y buenos profesionales.
- Capacidad, conocimiento y trayectoria solvente para la construcción del sistema informático.

OPORTUNIDADES

- Sistemas de Big Data e inteligencia artificial para diagnóstico, optimización de procesos, etc.
- Fondos europeos y alianzas estratégicas con el ecosistema de innovación del País Vasco (universidades, empresas, centros tecnológicos).
- Potencial para posicionar a Euskadi como referente internacional en ética digital aplicada a salud.

4. Objetivos

La transformación digital del sistema sanitario busca generar valor en salud mediante la utilización de herramientas y medios digitales, dando respuesta a los retos actuales y futuros y marca los siguientes objetivos:

- A. Mejorar la atención sanitaria y la percepción y la experiencia del paciente y la ciudadanía gracias a tecnologías avanzadas, generando valor en pacientes, las y los profesionales, ciudadanía y en el propio sistema sanitario.
- B. Desarrollo de una Gobernanza ética, segura, avanzada y estandarizada de los datos de salud.
- C. Contemplar la sostenibilidad en el tiempo frente a futuros retos demográficos, económicos y sociales
- D. Potenciar la capacitación y el empoderamiento digital del conjunto de las y los profesionales y la ciudadanía.
- E. Mejorar los sistemas de información e infraestructuras informáticas
- F. Potenciar la investigación e innovación en salud digital
- G. Desarrollo de una estrategia de ciberseguridad para proteger los datos y las infraestructuras críticas y servicios esenciales.

5. Propuestas

A. Mejorar la atención sanitaria y la percepción y la experiencia del paciente y la ciudadanía gracias a tecnologías avanzadas, generando valor en pacientes, las y los profesionales, ciudadanía y en el propio sistema sanitario.

- Identificar las acciones, protocolos, necesidades o sistemas de mayor impacto para la implantación de nuevas tecnologías, promoviendo la reducción de la burocracia y priorizando el tiempo de atención a pacientes
- Diseñar servicios centrados en la experiencia de las personas usuarias con evaluaciones sistemáticas del nivel de satisfacción e impacto emocional.

B. Desarrollo de una Gobernanza ética, segura, avanzada y estandarizada de los datos de salud.

- Garantizar la protección de datos, respetar los derechos digitales de la ciudadanía y desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación.
- Garantizar el retorno público de los resultados derivados de la gestión de los datos públicos con empresas tecnológicas, industrias farmacéuticas y agentes privados.

C. Contemplar la sostenibilidad en el tiempo frente a futuros retos demográficos, económicos y sociales

- Definir el protocolo de gestión sostenible del sistema informático tanto de las infraestructuras informáticas (reutilización y reciclaje de dispositivos informáticos, dispositivos médicos de internet, centro de datos, etc.) como de la optimización de procesos.
- Incluir indicadores de huella de carbono digital y promover infraestructuras energéticamente eficientes.

D. Potenciar la capacitación y el empoderamiento digital del conjunto de las y los profesionales y la ciudadanía.

- Desarrollo de apps sencillas, intuitivas y que autocontengan todos los servicios digitales disponibles, de manera que se facilite el acceso de la ciudadanía.
- Incidir en la capacitación digital de las y los profesionales, así como de la ciudadanía a través de acciones de sensibilización/formación continuadas.

E. Mejorar los sistemas de información e infraestructuras informáticas.

- Interconectar con sistemas propios y otros sistemas y agencias de salud de una manera ágil, tanto a nivel CAV como estatal y europeo, diseñando sistemas interoperables para todos los actores de salud.
- Desarrollar una estrategia de migración y transitoriedad a infraestructuras y aplicaciones propias con el propósito de reducir la dependencia tecnológica

F. Potenciar la investigación e innovación en salud digital.

- Acordar las bases y condiciones para el intercambio de datos entre personas investigadoras del ecosistema de investigación vasco.
- Desarrollar sistemáticamente herramientas de I+D e innovación para la construcción de proyectos tecnológicos digitales.

G. Desarrollo de una estrategia de ciberseguridad para proteger los datos y las infraestructuras críticas y servicios esenciales.

- Desarrollar un protocolo para evaluar la capacidad del sistema para detectar, responder y recuperarse de incidentes de ciberseguridad en el sistema sanitario.
- Dotar a las y los profesionales de formación continua especializada en ciberseguridad.

6. Indicadores

A. Mejorar la atención sanitaria y la percepción y la experiencia del paciente y la ciudadanía gracias a tecnologías avanzadas, generando valor en pacientes, las y los profesionales, ciudadanía y en el propio sistema sanitario.

- Nivel de satisfacción de pacientes y las y los profesionales en servicios digitales:
Encuestas de usabilidad y satisfacción

B. Desarrollo de una Gobernanza ética, segura, avanzada y estandarizada de los datos de salud.

- Número de incidencias de protección de datos de pacientes.

C. Contemplar la sostenibilidad en el tiempo frente a futuros retos demográficos, económicos y sociales.

- Huella de carbono digital anual del sistema (hardware y software)

D. Potenciar la capacitación y el empoderamiento digital del conjunto de las y los profesionales y la ciudadanía.

- Número de cursos realizados, sesiones/webinars ofrecidos y número de asistentes:
Participación Profesional y Ciudadana junto con resultados medios de utilidad/
percepción

E. Mejorar los sistemas de información e infraestructuras informáticas.

- Número de nuevas conexiones con sistemas propios y otros sistemas (CAV, estatal, europeo) interrelacionados por año

F. Potenciar la investigación e innovación en salud digital.

- % de proyectos de innovación con retorno público del dato

G. Desarrollo de una estrategia de ciberseguridad para proteger los datos y las infraestructuras críticas y servicios esenciales.

- % de detección, respuesta y recuperación de incidentes de ciberseguridad.

19. INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS

Participantes del grupo:

- Borja Vázquez
- María Torrecilla
- Rebeka Ubera
- Pilar Mendia
- Elena Lete / Olatz Peón
- José Ramón Uriz
- Laura Garrido
- Rosa García López
- Eugenio Domínguez
- Jesús Oñate/Xabier Ugartemendia
- Valentín Terés

Dinamizadores del Grupo de Trabajo:

- Xabier Ibarzabal
- Unai Zulueta

Contenido

1. Resumen ejecutivo

Síntesis de contenido

Impacto y relevancia

2. Introducción

Contexto general

Alcance

3. Metodología y enfoque

Proceso de trabajo

4. Análisis situacional

Análisis interno y externo

5. Objetivos

6. Propuestas

7. Indicadores

1. Resumen ejecutivo

SÍNTESIS DE CONTENIDO

Resulta necesario proceder a una renovación de las infraestructuras del Servicio Público de Salud, así como diseñar nuevas infraestructuras adecuándolas a las necesidades de la población y de sus profesionales.

Dado que la Atención Primaria es el eje vertebrador del Sistema Público de Salud se deberá prestar una especial importancia a las infraestructuras que le dan soporte.

Todo ello se deberá realizar partiendo de una planificación estratégica plurianual y participativa basada en los principios de equidad territorial, accesibilidad universal y eficiencia energética.

IMPACTO Y RELEVANCIA

Además del impacto que la propia ejecución de las infraestructuras tiene sobre el funcionamiento del Sistema Público de Salud, se quiere resaltar la necesidad de que dichas infraestructuras sean perfectamente adaptables y adecuadas tanto a los diferentes retos que se generen tras la reflexión de otros grupos del Pacto de Salud, como a diferentes situaciones críticas que se pudieran dar en el futuro.

2. Introducción

CONTEXTO GENERAL

De acuerdo con el diagnóstico inicial del Pacto Nacional de Salud el mantenimiento y renovación de las infraestructuras sanitarias requiere de una planificación compartida con las y los profesionales y los agentes pertinentes y 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. En el mismo documento se afirma acertadamente, que el sector sanitario es responsable de un porcentaje apreciable de los gases de efecto invernadero.

Destacamos los principios del Sistema público de Salud que se han tenido en cuenta en la redacción del presente documento:

- El Sistema Público de Salud de Euskadi asumirá la calidad y la mejora continua como ejes organizativos y motor de su actividad.
- El Sistema Público de Salud de Euskadi establecerá su planificación estratégica en función de las necesidades de su población.
- El Sistema Público de Salud de Euskadi reconocerá a sus profesionales como piedra angular en el desarrollo de sus estrategias.

- El Sistema Público de Salud garantizará el desarrollo de las competencias y atribuciones legalmente establecidas para cada categoría profesional, a la búsqueda de un sistema eficiente y flexible.
- El Sistema Público de Salud de Euskadi trabajará y velará por la Sostenibilidad.
- El Sistema Público de Salud de Euskadi implementará las transformaciones de manera progresiva, flexible y contenida.

ALCANCE

Las áreas específicas de aplicación de la presente estrategia se corresponden con los edificios, instalaciones y equipamientos del Sistema Público de Salud. Con esta estrategia se espera mejorar dichas infraestructuras haciéndolas más accesibles, flexibles, sostenibles y teniendo en cuenta que los y las pacientes son el eje fundamental de la sanidad. Adicionalmente, se deberá poner en valor las aportaciones de los y las profesionales públicos.

3. Metodología y enfoque

PROCESO DE TRABAJO

Se ha empleado la metodología del Grupo Nominal por tratarse de un método de consenso, mediante el cual se pueden detectar las necesidades, priorizar los problemas y diseñar las estrategias

4. Análisis situacional

ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

Introducción / análisis previo.

Las infraestructuras del Sistema Público de Salud se definen fundamentalmente por sus edificios o grupos de edificios que albergan los equipamientos sanitarios y las instalaciones técnicas necesarias para su correcto funcionamiento.

Son más de 400 los edificios con los que cuenta el Sistema Público de Salud, entre los que hay Hospitales (tanto de agudos como de media y larga estancia, así como aquellos dedicados a salud mental), Ambulatorios, Centros de Salud y Consultorios.

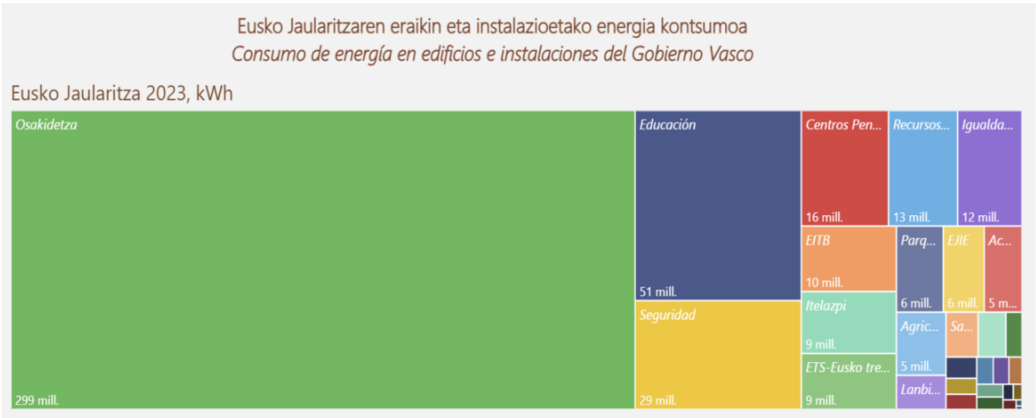
A destacar el uso intensivo de las infraestructuras, sobre todo en el caso de los hospitales ya que los mismos funcionan las 24 horas de los 7 días de la semana a lo largo de los 365 días del año. (24/7/365)

También cabe destacar el número y la caracterización del equipamiento presente:

- Aproximadamente 50.000 unidades.

- Equipos de muy alta tecnología.

El uso intensivo de las infraestructuras, y el alto nivel tecnológico asociado al equipamiento implica un elevado consumo energético (superando el 60% del consumo energético asociado al Gobierno Vasco):



Análisis realizado por el grupo de trabajo.

Tras la reflexión del grupo de trabajo del Pacto de Salud se identifican las necesidades y desafíos relacionados con las infraestructuras sanitarias en Euskadi. En este contexto, se ha identificado la falta de una planificación con visión de largo plazo y la necesidad de una perspectiva global que integre todos los ámbitos de la salud.

Actualmente, no existe una planificación presupuestaria plurianual adecuada para satisfacer las necesidades tanto de reforma de las infraestructuras existentes como de ejecución de nuevas infraestructuras. La implementación de dicha planificación plurianual permitirá la trazabilidad de los proyectos y garantizará una transparencia total, orientada hacia una gobernanza plena. Además, hay que tener en cuenta las consecuencias que, en estos tiempos de transformación, puede tener la necesidad de incrementar la financiación en las partidas presupuestarias ordinarias y la dificultad a la que se tendrá que enfrentar para compatibilizar las inversiones en equipamiento tecnológico y en otras infraestructuras.

Se ha constatado un déficit significativo en las infraestructuras de atención primaria, así como en las destinadas a la formación de estudiantes de grado y posgrado en los Hospitales Universitarios de la red.

En algunas situaciones, se corre el peligro de que las infraestructuras sanitarias actuales presenten problemas de funcionalidad y de seguridad tanto para los pacientes como para los y las profesionales que trabajan en ellas. Además, dada la antigüedad de las mismas, no están diseñadas teniendo en cuenta la perspectiva de género y la del propio paciente. En la actualidad, siguen existiendo infraestructuras que no cumplen adecuadamente los estándares de accesibilidad universal, sostenibilidad energética ni adaptación al cambio climático.

Se detecta una necesidad urgente de integración funcional entre todos los servicios implicados en la respuesta preventiva y reactiva ante incidentes y emergencias, como son Emergencias Sanitarias, Bomberos, Ertzaintza y 112. Su integración en cuanto a infraestructuras contribuiría a la mejora de la resiliencia del sistema y avanzar hacia un modelo de salud y seguridad integral y preventivo. Es igualmente relevante, establecer un modelo compartido de diseño y uso de infraestructuras con el principal agente formador e investigador del ámbito sanitario, la Universidad del País Vasco UPV/EHU. Es necesario avanzar hacia una Perspectiva Global de Salud desde la perspectiva de las infraestructuras, para ganar en eficiencia y salud.

El grupo de trabajo también ha subrayado la importancia de incorporar la perspectiva social, comunitaria y ecológica en el diseño de nuevas infraestructuras, de forma que estas no sólo alojen actividad asistencial, sino que contribuyan activamente al bienestar, la cohesión y la equidad territorial. En este sentido, las infraestructuras sanitarias deben estar preparadas no sólo para responder a las necesidades clínicas, sino también para acoger servicios sociosanitarios, formativos y de salud pública, y afrontar emergencias sanitarias, en un contexto de cambios demográficos, sociales, climáticos y tecnológicos. A su vez, el entorno construido debe favorecer entornos saludables, seguros, accesibles, sostenibles y centrados en la experiencia de pacientes y profesionales.

Además, existen infraestructuras del Sistema Público de Salud de Euskadi que en la actualidad se encuentran gestionadas por entes privados o entidades públicas que suponen ineficiencias y debilitan la interoperabilidad del sistema (Lavandería, Transporte Sanitario, Emergencias, Cocinas, Resonancias ...). Por este motivo, se propone reformar las Infraestructuras existentes o generar nuevas Infraestructuras que permitan fortalecer y mejorar los servicios existentes, así como adaptarlos y/o adecuarlos tanto a los diferentes retos que se generen en otros marcos de actuación del presente pacto, como a distintas situaciones críticas que se pudieran generar.

5. Objetivos

- A. Garantizar una planificación estratégica, plurianual y participativa de las Infraestructuras Sanitarias Públicas de Euskadi mediante la ejecución de las inversiones basada en los principios de equidad territorial, accesibilidad universal y eficiencia energética.
- B. Adecuar las Infraestructuras del Servicio Público de Salud a las necesidades de la Población y de sus profesionales con un enfoque humanizador.
- C. Reforzar, modernizar y adaptar la Infraestructura de Atención Primaria y Puntos de Atención Continuada como ejes vertebradores del Sistema Público de Salud.
- D. Impulsar Infraestructuras Sanitarias que integren Salud Pública, Atención Sanitaria, Servicios Sociales y Servicios de Emergencias, avanzando hacia una Perspectiva Global de Salud desde las Infraestructuras.
- E. Dotar de las Infraestructuras que garanticen la calidad de la formación universitaria y de los y las profesionales del Sistema Público de Salud.

- F. Mejorar la eficiencia en la Infraestructura logística, tecnológica y de compras del Sistema Público de Salud.

6. Propuestas

A. Garantizar una planificación estratégica, plurianual y participativa de las infraestructuras sanitarias públicas de euskadi mediante la ejecución de las inversiones basada en los principios de equidad territorial, accesibilidad universal y eficiencia energética.

- Desarrollar un Plan Director para Infraestructuras Sanitarias Públicas con carácter plurianual, participativo y transparente, incluyendo criterios sociales, de sostenibilidad energética, economía circular, medioambientales y demográficos para priorizar las intervenciones. Se deberá realizar un análisis previo de los determinantes de la salud para disponer de las infraestructuras públicas adecuadas, así como establecer mecanismos públicos de seguimiento y control del citado Plan.
- Eliminar barreras arquitectónicas tanto físicas como sensoriales, y preparación de las Infraestructuras para la inserción de nuevos perfiles y trabajo en equipos interdisciplinares.

B. Adecuar las infraestructuras del servicio público de salud a las necesidades de la población y de sus profesionales con un enfoque humanizador.

- Construir nuevas infraestructuras y reformar las existentes poniendo en el centro a las personas, teniendo en cuenta la perspectiva de género, garantizando espacios accesibles, inclusivos, seguros y adaptados a las necesidades específicas de pacientes y profesionales. Para ello, previamente, se deberán habilitar espacios en los que se trabajen acuerdos con profesionales y usuarios y usuarias del Sistema Público de Salud en los que se recojan sus aportaciones y experiencias que serán tenidas en cuenta en el diseño de dichas infraestructuras.
- Reforzar las infraestructuras auxiliares existentes o generar nuevas infraestructuras auxiliares que permitan al Sistema Público de Salud de Euskadi afrontar situaciones críticas, promoviendo la autogestión, como puede ser, el caso de medicamentos y productos sanitarios considerados esenciales y/o estratégicos para evitar roturas de stock, u otros retos que se detecten.

C. Reforzar, modernizar y adaptar la infraestructura de atención primaria y puntos de atención continuada como ejes vertebradores del sistema público de salud.

- Implementar un programa urgente de renovación de centros de Atención Primaria priorizando aquellos con mayores carencias estructurales y/o en zonas rurales o

desfavorecidas, garantizando espacios accesibles, inclusivos, seguros y adaptados a las necesidades específicas de pacientes y profesionales. Se garantizará una línea presupuestaria con compromiso de existencia de crédito plurianual.

D. Impulsar infraestructuras sanitarias que integren salud pública, atención sanitaria, servicios sociales y servicios de emergencias, avanzando hacia una perspectiva global de salud desde las infraestructuras.

- Habilitar Infraestructuras de Emergencias que mejoren la eficiencia y colaboración entre todos los y las agentes que actúan en urgencias extrahospitalarias, fomentando la colaboración interinstitucional en el diseño y planificación de espacios compartidos y coordinados.
- Reforzar la provisión tecnológica del Instituto Vasco de Salud Pública, tanto del sistema de información que precisa para la recogida de datos, la gestión y la investigación, como la inversión necesaria en tecnología para adaptar el laboratorio a los nuevos tiempos.

E. Dotar de las infraestructuras que garanticen la calidad de la formación universitaria y de los y las profesionales del sistema público de salud.

- Elaborar un plan estratégico conjunto de Infraestructuras educativas del sistema público de salud de Euskadi, basado en una auditoría técnica de los espacios actuales que priorice la reforma y/o construcción de las unidades docentes.
- Diseñar espacios docentes modernos, polivalentes, sostenibles y accesibles que incorporen centros de simulación y otras áreas comunes que permitan la formación práctica preclínica, interprofesional y en equipo.

F. Mejorar la eficiencia en la infraestructura logística, tecnológica y de compras del sistema público de salud.

- Mejorar los procedimientos encaminados a una compra eficaz de equipamiento.
- Diseñar las nuevas Infraestructuras Logísticas de almacenamiento y distribución, así como la reforma de las existentes, redefiniendo el modelo de explotación previsto para la Plataforma Logística junto con los y las profesionales en la búsqueda de una mayor eficiencia de las mismas.

7. Indicadores

A. Garantizar una planificación estratégica, plurianual y participativa de las infraestructuras sanitarias públicas de euskadi mediante la ejecución de las inversiones bajo los principios de equidad territorial, accesibilidad universal y eficiencia energética.

Diseño de un plan de manera participativa que recoja inversiones con carácter plurianual, aprobado y publicado, incluyendo la revisión anual del porcentaje de proyectos de infraestructuras ejecutados respecto al total planificado.

B. Adecuar las infraestructuras del servicio público de salud a las necesidades de la población y de sus profesionales con un enfoque humanizador.

Porcentaje de infraestructuras sanitarias que cumplen los estándares de accesibilidad universal y diseño inclusivo.

C. Reforzar, modernizar y adaptar la infraestructura de atención primaria y puntos de atención continuada como ejes vertebradores del sistema público de salud.

Porcentaje de centros de Atención Primaria renovados o construidos con criterios de eficiencia y accesibilidad universal.

D. Impulsar infraestructuras sanitarias que integren salud pública, atención sanitaria, servicios sociales y servicios de emergencias, avanzando hacia una perspectiva global de salud desde las infraestructuras.

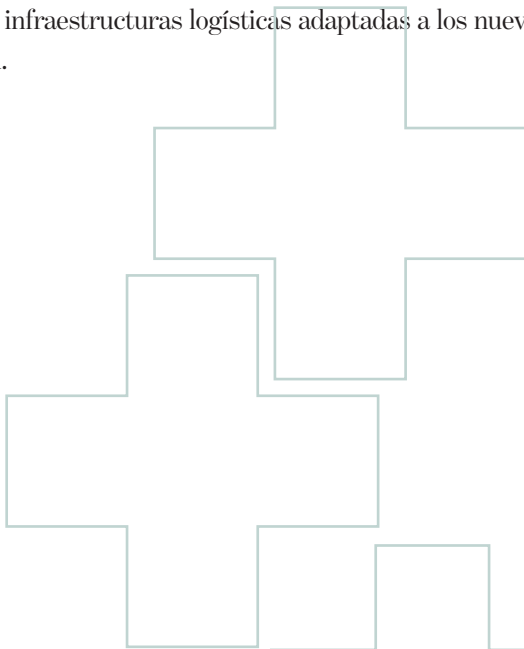
Número de infraestructuras compartidas o coordinadas entre Salud Pública, Atención Sanitaria, Servicios Sociales y Emergencias puestas en funcionamiento.

E. Dotar de las infraestructuras que garanticen la calidad de la formación de los y las profesionales del sistema público de salud.

Inversión anual realizada para reformar y/o adaptar unidades docentes y espacios de formación.

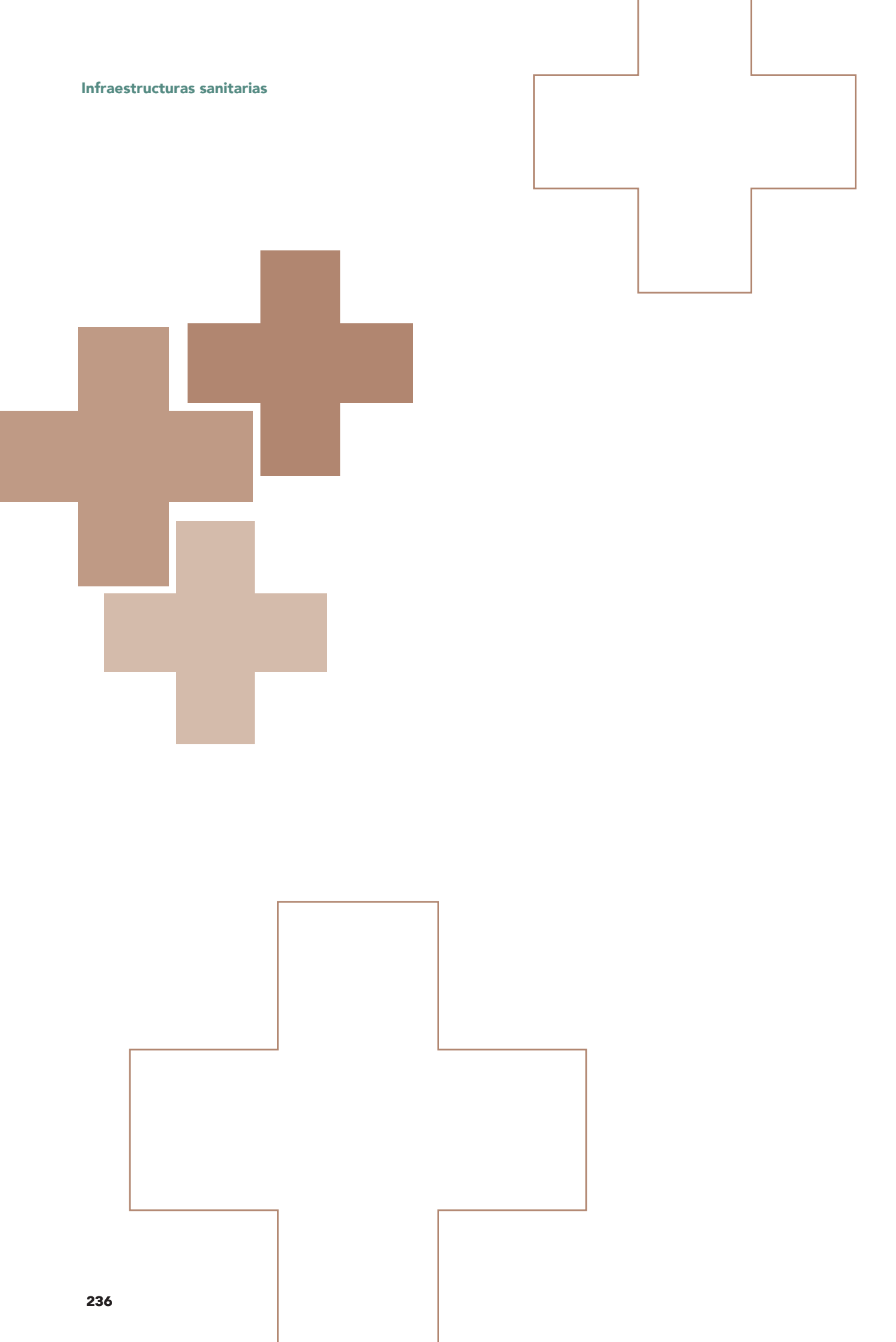
F. Mejorar la eficiencia en la infraestructura logística, tecnológica y de compras del sistema público de salud.

Porcentaje de infraestructuras logísticas adaptadas a los nuevos estándares de eficiencia y sostenibilidad.



V. DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD





Participantes del grupo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Patricia Arratibel• Arantxa Lekuona• Alfonso Romano• Andrea Scolari• Isabel Tejada• Asier Orcajo• Amaia Lopetegui• Itxaso Lavin• Iñaki Eizaguirre• Jesús Rubio• Andrea Izagirre• Pilar Tazón• Ander Añibarro• Jon Aiartza | <ul style="list-style-type: none">• Laura Garrido• Amaia Iturrieta• Javier Abad• Joseba Pineda• Aitor Larrauri• Francisco Zunzunegui• Andrea Poza• Jose Luis Paulín• Jessi Gondra/Irati Tobar• Javier Martinez• Inmaculada Ruiz• Eneko Zabalo• Iker Ormaetxea• Saioa Ortiz |
|--|---|

Contenido

1. Introducción
2. Metodología y enfoque
3. Análisis situacional
4. Objetivo
5. Propuestas
6. Indicadores

Resumen ejecutivo

SÍNTESIS DE CONTENIDO

Breve descripción de los objetivos, propuestas y resultados esperados.

IMPACTO Y RELEVANCIA

Justificación de la importancia de la estrategia en el marco del Pacto de Salud.

El presente documento tiene el **propósito** de definir la línea estratégica consensuada para la **difusión del conocimiento y promoción de la capacitación continua de profesionales** en el sistema vasco de salud dentro del marco de desarrollo de profesionales de la salud. A partir de un análisis multidisciplinar, se marcan los objetivos estratégicos claros y medibles acompañados de un plan de acción concreto para garantizar su cumplimiento.

El marco del Desarrollo de Profesionales de la Salud alinea los recursos humanos con los marcos establecidos en el Pacto Vasco de Salud, lo que no solo optimiza los resultados, sino que también asegura un sistema sanitario más eficiente y flexible, capaz de enfrentar los retos futuros y garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Además, esta línea estratégica de formación y docencia es esencial para el Pacto debido a su carácter **transversal** al centrarse tres pilares fundamentales: el desarrollo profesional continuo, la capacitación para la transformación del sistema y la cultura del aprendizaje compartido y del conocimiento como bien común; componentes clave que mejorarán significativamente los ejes organizativos de calidad y mejora continua del Sistema Público de Salud de Euskadi.

“Aprender para cuidar mejor, enseñar para liderar el cambio”

1. Introducción

CONTEXTO GENERAL:

Entorno y del marco de referencia de la estrategia, basándose en el Diagnóstico, los Valores y Principios del Pacto de Salud y la alineación con los objetivos.

ALCANCE:

Definición de los límites, áreas específicas de aplicación y el impacto esperado de la estrategia.

El presente documento tiene como objetivo definir la estrategia para la **difusión del conocimiento y promoción de la capacitación continua de los profesionales** en el Sistema Vasco de Salud, atendiendo a las necesidades detectadas en los equipos sanitarios y en las

organizaciones del sector. Esta estrategia se enmarca dentro del **Desarrollo Profesional de la Salud**, alineándose con los valores y principios fundamentales del Pacto de Salud, como son la **universalidad, solidaridad, equidad y autonomía**, que aseguran un sistema sanitario accesible y de calidad para todos.

El **entorno y contexto actual** del sistema de salud vasco requiere de un modelo de gobernanza que promueva la **colaboración y el trabajo en equipo**. El sistema sanitario de Euskadi reconocerá a sus profesionales como piedra angular en el desarrollo de sus estrategias. La formación de las y los futuros profesionales de la salud, en sus diferentes disciplinas, representa una necesidad social. Se garantizarán **oportunidades de formación, actualización e investigación**, permitiendo a las y los profesionales mantenerse a la vanguardia de los avances científicos y tecnológicos, como compromiso del sistema con la excelencia. Se impulsará el **aprovechamiento del talento y la experiencia como fuente de formación y docencia** para las nuevas generaciones de profesionales, facilitando la interacción entre actividades laborales asistenciales y académicas. Se implementarán estrategias para que las mejores prácticas, el aprendizaje y la experiencia acumulada en diferentes áreas se difundan y aprovechen en todo el ámbito territorial y sectorial del Sistema Público de Salud de Euskadi.

En cuanto al diagnóstico, el Sistema Vasco de Salud se enfrenta a varios desafíos relacionados con la **distribución de recursos humanos**. La tasa de temporalidad del personal sanitario es alta, especialmente en profesionales de la salud en atención primaria y hospitalaria, lo que afecta a la calidad de la atención y genera una necesidad de capacitación continua de los y las profesionales, así como a una mayor especialización en áreas críticas. A la par, **el perfil demográfico** del personal en el sistema sanitario vasco refleja una fuerte feminización del sector; lo que exige un enfoque de planificación adaptado a esta realidad, teniendo en cuenta también el **futuro déficit de profesionales** en especialidades clave como Medicina Familiar y Comunitaria.

El alcance de esta línea abarca a todas las personas profesionales de Osakidetza, con el objetivo de mejorar su retención, fidelización, participación y liderazgo, alineado con el Pacto Vasco de Salud. La implementación de estas medidas tendrá un impacto significativo en la **mejora del entorno laboral**, en la **formación de los profesionales** y en la garantía de un sistema sanitario más eficiente, resiliente y preparado para los desafíos del presente y del futuro.

Con la puesta en marcha de esta estrategia, se espera generar un impacto positivo en el bienestar de las personas, equipos y organizaciones, y en la **calidad asistencial** y la **sostenibilidad a largo plazo** del sistema sanitario.

2. Metodología y enfoque

PROCESO DE TRABAJO:

método utilizado para la formulación de la línea estratégica (p. ej., análisis DAFO, DELPHI, grupo nominal, etc.)

Definimos al inicio la dinámica del grupo que íbamos a seguir; acordando las características y los principios del grupo. Como dinámica del grupo nos hemos basado en las **características del grupo AGILE**:

- Debemos realizar una ENTREGA RÁPIDA (en tiempo y forma).
- La entrega deberá tener un aporte de VALOR.
- Método más eficiente y efectivo de comunicar ES CARA A CARA (por eso proponemos una Sesión presencial, sesiones asíncronas de trabajo antes y después, y Sesiones on line, donde el peso de la tarea es menor).
- La SIMPLICIDAD es fundamental (actuar y expresar de la forma más sencilla posible).

La dinámica del grupo se ha regido por los siguientes **principios**:

- Aceptar todas las opiniones. Todas son válidas.
- Participación de todas las personas del grupo.
- Comunicar asertivamente, intentado generar confianza.
- Responsabilidad en los plazos, para llegar al resultado de forma satisfactoria.

En el desarrollo del documento se han utilizado diferentes metodologías. La primera sesión fue de consenso en grupo del Alcance y el propósito. Para el resto de reuniones se ha utilizado la **metodología Delphi modificada** donde hemos recopilado la información del grupo de expertos a través de rondas anónimas de cuestionarios, y luego se les proporcionaba un resumen de las respuestas de los demás para que puedan ajustar sus propias opiniones en una sesión (la primera presencial y las otras dos on line), lo que ha permitido una interacción más directa y una rápida definición del encargo realizado. Se han utilizado herramientas como la discusión en grupo, la metodología de World Café y la votación para facilitar la recopilación, análisis y síntesis de la información.

Para el análisis situacional, se ha utilizado el **método DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) y el **método CAME** (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar) que son dos herramientas complementarias muy utilizadas para análisis estratégicos. El DAFO identifica los factores internos y externos que afectan a una organización, mientras que el CAME define las acciones concretas para aprovechar las fortalezas, corregir las debilidades, mitigar las amenazas y explotar las oportunidades.

Previo a la primera reunión presencial, se envió una encuesta dirigida al grupo de trabajo, con el objetivo de recopilar datos sobre las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en torno a la línea estratégica. Esta encuesta permitió identificar los puntos clave que se trataron en el primer taller. Con las ideas recibidas se generó el tablero DAFO o FODA inicial. Se presentó en la primera reunión y se realizó el CAME de forma presencial.

Fuentes de Información: Datos, normativas y marcos estratégicos (benchmarking)

Las fuentes de información y el marco han sido los documentos de la Mesa del Pacto; asimismo, se han tenido en cuenta las aportaciones expertas que han realizado los participantes del grupo, sin olvidar la normativa existente.

3. Análisis situacional

ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO:

Evaluación de la situación actual, identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas

Este análisis situacional se centra en un enfoque integral que combina la información obtenida mediante la **encuesta previa** y los **talleres participativos** de priorización.

Previo a la primera reunión presencial, se envía una encuesta dirigida al grupo de trabajo, con el objetivo de recopilar datos sobre las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en torno a la línea estratégica. Esta encuesta permitirá identificar los puntos clave que se tratarán en el primer taller. Con las ideas recibidas se crea el tablero DAFO o FODA inicial, que recoja todo.

Inkestagune: se han realizado 252 aportaciones y 16 nuevas propuestas u observaciones.

La técnica CAME (Corregir; Afrontar; Mantener; Explotar) es la continuación del DAFO/FODA. Consiste en desarrollar propuestas específicas de intervención y mejora:

- **Corregir:** Abordar las debilidades internas detectadas que limitan la formación de los profesionales.
- **Afrontar:** Enfrentar las amenazas como la falta de recursos económicos o de tiempo que puedan impactar negativamente en el plan de formación de los profesionales.
- **Mantener:** Reforzar las fortalezas existentes para garantizar la estabilidad y el bienestar de los profesionales.
- **Explotar:** Aprovechar las oportunidades externas para mejorar la calidad del servicio y la motivación del personal.

Se divide a las personas en 4 grupos de trabajo. Cada uno de estos grupos aplica, durante 35-40 minutos, el análisis CAME y analiza las aportaciones del DAFO. Una vez finalizado, se realiza una segunda ronda, asegurando que todas las personas hayan podido analizar Fortalezas, Debilidades, Amenazas y Oportunidades. Además, se han respetado las preferencias lingüísticas solicitadas, garantizando a quienes solicitaron trabajar en euskera pudieran hacerlo en estos grupos creados ad hoc durante el taller presencial. Sobre dicho análisis, se completan paneles con ideas/acciones derivadas de la aplicación CAME.

Se vuelven a dividir a las personas en 4 grupos y cada grupo revisa cada uno de los 4 paneles, para definir las posibles agrupaciones y relación de las que obtener posibles objetivos de actuación. Tras esta parte, de una hora de duración, se concreta un listado de 14 posibles objetivos. Sobre dicho listado se extraen los 7 objetivos más prioritarios mediante un sistema de puntuación por parte de cada una de las personas del grupo.

Cada participante del grupo remitirá para la siguiente reunión online una propuesta para concretar la definición/redacción de cada uno de los 7 objetivos, así como la definición de 1 o 2 acciones y 1 indicador para cada objetivo. Todo ello ha sido consensuado y definido en el transcurso de dos sesiones celebradas vía zoom.

4. Objetivos

5. Propuestas

6. Indicadores

1. Definir y desarrollar un plan integral de formación y docencia alineado con las líneas estratégicas y los objetivos del Sistema Público de Salud, basado en estándares de calidad, orientado a mejorar los resultados en salud, la experiencia de pacientes y profesionales, y contribuir a la sostenibilidad económica y medioambiental del sistema.

- Hacer un diagnóstico para la detección de las necesidades formativas de conocimientos, habilidades y competencias tanto técnicas como transversales de las personas profesionales de todas las áreas y categorías y de la organización.
- Establecer principios rectores, criterios de calidad y objetivos comunes para toda la organización, así como proponer, asegurar un proceso independiente de monitorización y evaluación del desarrollo del objetivo.
- Porcentaje de desarrollo del plan integral de acuerdo a los principios rectores, criterios de calidad y objetivos comunes, así como monitorización y evaluación en un plazo determinado.

2. Disponer de recursos presupuestarios y de personal suficientes alineados con las prioridades estratégicas del sistema sanitario y con los planes formativos de Osakidetza, y que garanticen la actividad docente y el acceso a la formación y su conciliación con la actividad profesional.

- Diseñar e implementar un modelo de planificación y asignación de recursos humanos, materiales y económicos que garantice la financiación adecuada, equitativa y sostenida en el tiempo para actividades formativas y docentes en todo el sistema.
- Diseñar un mapa de los recursos docentes y formativos disponibles dentro y fuera del sistema, concretando las necesidades, posibilidades y dificultades de cada categoría.
- Porcentaje del presupuesto anual de Osakidetza destinado a formación y docencia respecto al total del gasto en personal.

3. Potenciar y optimizar la formación a través de instituciones preferentemente públicas mediante la integración y coordinación de agentes externos al sistema público de salud: UPV/EHU y otras universidades (preferentemente vascas), sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones sindicales, asociaciones de pacientes...

- Incorporar en los procesos formativos a agentes externos al propio sistema público de salud, optimizando la coordinación entre ellos de acuerdo a la capacidad y el liderazgo aportado por cada agente.

- Fomentar la colaboración y la firma de convenios de formación con universidades públicas, centros de formación profesional oficiales, centros de investigación, sociedades científicas, colegios profesionales, organizaciones sindicales, asociaciones de pacientes y otras entidades públicas, para desarrollar programas formativos conjuntos que favorezcan la actualización de competencias y el desarrollo de nuevas habilidades y conocimientos en los profesionales de Osakidetza.
- Número de acciones formativas intersectoriales llevadas a cabo anualmente con representación de al menos tres de los agentes externos al propio sistema sanitario, distribuido por agentes formativos, y su impacto

4. Incorporar nuevos conocimientos y nuevas tecnologías en la atención sanitaria mediante procedimientos y nuevas metodologías basados en estándares de calidad para garantizar una formación orientada a la mejora de resultados en salud.

- Diseñar e implementar programas formativos específicos sobre tecnologías emergentes (IA, big data, medicina personalizada, uso ético de datos...).
- Promover proyectos de aplicación práctica del conocimiento adquirido en contextos controlados mediante proyectos piloto o grupos de mejora y apoyo a profesionales que lideren el cambio tras la formación.
- Número de proyectos piloto, innovaciones y mejoras organizativas implementadas tras acciones formativas relacionadas, con indicación de su tipología y estado de situación.

5. Mejorar la capacitación y retención de talento a través del sistema de formación, reforzando el desarrollo profesional y laboral, la motivación y el compromiso del personal del sistema público de salud.

- Diseñar itinerarios formativos que favorezcan el desarrollo profesional y laboral y la fidelización del talento vinculados a las oportunidades de promoción, estabilización y reconocimiento profesional.
- Desarrollar un programa de identificación, captación y retención del talento que tenga como uno de los pilares esenciales las posibilidades tanto de recibir como de impartir formación.
- Porcentaje de profesionales de todas las categorías que participan (como docentes o discentes) en itinerarios formativos definidos respecto al total de la plantilla, disgregando por categoría profesional y/o nivel asistencial.

6. Diseñar e implantar un modelo de gestión del conocimiento basado en comunidades o grupos de práctica, diseñando contenidos en áreas transversales, que promueva la colaboración interdisciplinar y entre categorías profesionales, la sistematización del conocimiento experto y su transferencia entre profesionales y niveles asistenciales.

- Identificar comunidades o grupos de práctica, buenas prácticas y unidades de conocimiento por área de disciplina clínica.
- Identificar tareas, funciones y competencias interdisciplinarias a través de un mapeo de los distintos procesos.
- Número de grupos o comunidades de práctica activas y funcionales creadas por área de conocimiento clínico, indicando número de acciones de formación o intercambio derivadas de ellas.

7. Facilitar a las personas profesionales compartir el conocimiento mediante incentivos varios.

- Definir/perfilar plazas con contenido docente, que compaginen la docencia con su jornada asistencial.
- Diseñar e implementar un sistema de apoyo económico para las personas docentes y discentes, basado en incentivos en el caso de las primeras y en garantizar las sustituciones en el caso de las segundas, de tiempo y de reconocimiento profesional (carrera profesional, recertificación...), para fomentar la participación activa de los profesionales en la creación, recepción y difusión del conocimiento y brindar la posibilidad de elección.
- Número de profesionales que participan en actividades para compartir el conocimiento y porcentaje de los que reciben compensaciones por su implicación en estas actividades desglosado por tipo de formación.

Participantes del grupo:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Gotzon Villano• Agustín Serna / Idoia Uson• María Areizaga• Pilar Sánchez• Olga Roldán• Alfonso Romano• Patricia Arratibel• Iban Arrien• María Isabel Tejada• Nerea Zamacola• Nerea Bastida• Amaia Iturrieta• Ekain Rico | <ul style="list-style-type: none">• Carmen Rodriguez• Asier Orcajo• Sendoa Ballesteros/ Arantxa Picón• Marta Quintana• Rebeka Ubera• Begoña Echaburu• Ander Añibarro/ Jon Aiartza• Jon Imanol Sanmiguel• Laura Garrido• Jesus Oñate / Igor Estarellas• Natividad Saenz• Maddi Zubizarreta• Josune Retegi |
|--|--|

Contenido

- 1. Resumen Ejecutivo
- 2. Introducción
- 3. Metodología y enfoque
- 4. Análisis situacional
- 5. Objetivos
- 6. Propuestas
- 7. Indicadores

1. Resumen ejecutivo

El presente documento tiene el **propósito** de definir la línea estratégica consensuada de fortalecer la **atracción, fidelización y desarrollo, participación y liderazgo profesional** en el Sistema público Vasco de Salud dentro del marco de desarrollo de profesionales de la Salud. A partir de un análisis multidisciplinar, se marcan los objetivos estratégicos consensuados y medibles acompañados de indicadores y propuestas para garantizar su cumplimiento.

El marco del Desarrollo de Profesionales de la Salud alinea los recursos humanos con los marcos establecidos en el Pacto Vasco de Salud, lo que no solo optimiza los resultados, sino que también asegura un sistema sanitario más eficiente y flexible, capaz de enfrentar los retos futuros y garantizar su sostenibilidad a largo plazo. Además, esta línea estratégica de política de personas es esencial para el Pacto debido a su carácter transversal al centrarse en pilares fundamentales: la atracción y fidelización del talento, la participación, el desarrollo profesional y el liderazgo transformador de las personas profesionales; componentes clave que mejorarán significativamente los ejes organizativos de calidad y mejora continua del Sistema Público de Salud de Euskadi.

2. Introducción

El presente documento tiene como objetivo definir la estrategia para fortalecer **la atracción, desarrollo, fidelización, participación y liderazgo profesional** en el Sistema público Vasco de Salud, atendiendo a las necesidades detectadas en los equipos y en las organizaciones del sector. Esta estrategia se enmarca dentro del **Desarrollo Profesional de la Salud**, alineándose con los valores y principios fundamentales del Pacto de Salud, como son la **universalidad, solidaridad, equidad y autonomía**, que aseguran un sistema sanitario accesible y de calidad para todos.

El **entorno y contexto actual** del sistema de salud vasco requiere de un modelo de gobernanza que promueva la **colaboración y el trabajo en equipo**. El sistema sanitario vasco debe basarse en una cultura organizacional sólida, en la que el liderazgo transformador juegue un papel esencial, motivando a todos los actores implicados a trabajar hacia un modelo más **sostenible y centrado en las personas**. Este liderazgo debe inspirar, movilizar y promover la participación activa de profesionales, que son la piedra angular del sistema sanitario.

En cuanto al diagnóstico, el Sistema público Vasco de Salud se enfrenta a varios desafíos relacionados con la **distribución de recursos humanos**. La tasa de temporalidad del personal en el ámbito de la salud es alta, especialmente en profesionales del ámbito de la salud, lo que genera una tensión sobre los recursos y afecta la calidad de la atención. Esta realidad genera una necesidad urgente de estabilización y optimización en la distribución de profesionales, así como de una mayor especialización en áreas críticas. A la par, el **perfil demográfico** del personal en el sistema sanitario vasco refleja una fuerte feminización del sector; lo que exige

un enfoque de planificación adaptado a esta realidad, teniendo en cuenta cambio generacional incidiendo en especialidades clave con actual de déficit de profesionales.

El alcance de esta línea estratégica abarca a todas las personas profesionales de Osakidetza, con el objetivo de mejorar su atracción, fidelización y desarrollo, participación y liderazgo, alineado con el Pacto Vasco de Salud. La implementación de estas medidas tendrá un impacto significativo en la **mejora del entorno laboral**, en la **fidelización de los profesionales** y en la garantía de un sistema sanitario más eficiente, resiliente y preparado para los desafíos del presente y del futuro.

Con la puesta en marcha de esta estrategia, se espera generar un impacto positivo en el bienestar de las personas, equipos y organizaciones, y en la **calidad asistencial** y la **sostenibilidad a largo plazo** del sistema sanitario.

3. Metodología y enfoque

Definimos al inicio la dinámica del grupo que íbamos a seguir; acordando la características y los principios del grupo. Como dinámica del grupo nos hemos basado en las características del grupo AGILE:

- Debemos realizar una ENTREGA RÁPIDA (en tiempo y forma)
- La entrega deberá tener un aporte de VALOR
- Método más eficiente y efectivo de comunicar ES CARA A CARA (por eso proponemos una Sesión presencial, sesiones asíncronas de trabajo antes y después, y Sesiones on line, donde el peso de la tarea es menor)
- La SIMPLICIDAD es fundamental (actuar y expresar de la forma más sencilla posible)

La dinámica del grupo se ha regido por los siguientes principios:

- Aceptar todas las opiniones. Todas son válidas.
- Participación de todas las personas del grupo
- Comunicar asertivamente, intentado generar confianza.
- Responsabilidad en los plazos, para llegar al resultado de forma satisfactoria

En el desarrollo del documento se han utilizado diferentes metodologías. La primera sesión fue de consenso en grupo del Alcance y el propósito. Para el resto de reuniones se ha utilizado la metodología Delphi modificada donde hemos recopilado la información del grupo de expertos a través de rondas anónimas de cuestionarios, y luego se les proporcionaba un resumen de las respuestas de los demás para que puedan ajustar sus propias opiniones en una sesión (la primera presencial y la segunda on line), lo que ha permitido una interacción más directa y una rápida definición del encargo realizado. Se han utilizado herramientas como la discusión en

grupo, la metodología de world café y la votación para facilitar la recopilación, análisis y síntesis de la información.

Para el análisis situacional, se ha utilizado el método DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) y el método CAME (Corregir, Afrontar, Mantener, Explotar) que son dos herramientas complementarias muy utilizadas para análisis estratégicos . El DAFO identifica los factores internos y externos que afectan a una organización, mientras que el CAME define las acciones concretas para aprovechar las fortalezas, corregir las debilidades, mitigar las amenazas y explotar las oportunidades.

Previo a la primera reunión presencial, se envió una encuesta dirigida al grupo de trabajo, con el objetivo de recopilar datos sobre las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en torno a la línea estratégica. Esta encuesta permitirá identificar los puntos clave que se tratarán en el primer taller. Con las ideas recibidas se generó el tablero DAFO o FODA inicial. Se presentó en la primera reunión y se realizó el CAME de forma presencial.

Fuentes de Información: Datos, normativas y marcos estratégicos (bechmarking)

Las fuentes de información y el marco han sido los documentos de la Mesa del Pacto; asimismo, se han tenido en cuenta las aportaciones documentales que han realizado los participantes del grupo, sin olvidar la normativa existente.

4. Análisis situacional

Este análisis situacional se centra en un enfoque integral que combina la información obtenida mediante la encuesta previa y los talleres participativos de priorización, que resulta en la siguiente tabla de FODA:

DEBILIDADES

Inestabilidad y Condiciones Laborales (60 menciones)

Temporalidad Alta (35) (eventualidad, contratos cortos, procesos selectivos largos y estresantes), turnos

Desmotivación y Burnout (15): Descontento generalizado, cansancio post-pandemia, riesgos psicosociales.

Déficit Estructural (50 menciones)

Falta de relevo generacional (15), necesidades-planificación, fidelización de residentes.

Estilos de liderazgo propios sin visión común (40 menciones)

Liderazgo Jerárquico (15): Estructura piramidal, poca participación, infrautilización de categorías.

Digitalización Insuficiente en herramientas de RRHH (10)

Baja implementación tecnológica, listas de contratación obsoletas.

FORTALEZAS

Alta cualificación y compromiso (70 apamem/menciones)

Vocación y Profesionalidad (20), resiliencia y adaptabilidad, (15) dedicación y valores (9 menciones).

Gestión del conocimiento

Formación de calidad (residentes, desarrollo continuo), investigación y docencia (10 menciones).

Estructura y colaboración

Equipos multidisciplinares, estructura colaborativa (10), cultura de mejora (10) y descentralización (8).

Sistema público atractivo

Atractivo laboral (15), salarios competitivos (6).

AMENAZAS

Retos derivados de la escasez y competencia por el talento (60)

Competencia Externa (20), Envejecimiento de Plantilla (15), Escasez de Profesionales (15)

Presión y desgaste social (50)

Desmotivación Social (15): Pérdida de prestigio, deshumanización, expectativas altas.

Desafíos derivados de la falta de alineación interinstitucional y cambios externos (40)

Desalineamiento Organizativo (15): Desconexión entre OSIs, universidad, sociosanitario.

OPORTUNIDADES

Desarrollo profesional que reconozca a las personas y equipos (15)

Entorno atractivo para el talento (50)

Incremento de plazas formativas, oferta especializada, nuevos perfiles (15), integración de tecnologías emergentes en procesos asistenciales y formativos (10)

Transformación organizativa hacia una cultura colaborativa y sostenible (30)

Pacto de Salud (10), Cultura Participativa (15), nuevo decreto de puestos funcionales (10)

CAME

La técnica CAME (Corregir; Afrontar; Mantener; Explotar) es la continuación del DAFO/FODA. Consiste en desarrollar propuestas específicas de intervención y mejora:

- **Corregir:** Abordar las debilidades internas detectadas que limitan el rendimiento y la satisfacción de los profesionales.
- **Afrontar:** Enfrentar las amenazas externas que puedan impactar negativamente en la retención y el desarrollo profesional.
- **Mantener:** Reforzar las fortalezas existentes para garantizar la estabilidad y el bienestar de los profesionales.
- **Explotar:** Aprovechar las oportunidades externas para mejorar la calidad del servicio y la motivación del personal.

5. Objetivos

6. Propuestas

7. Indicadores

1. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Definir y desarrollar un modelo propio de liderazgo transformacional para un cambio en la gobernanza de la organización.

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 1:

1. Diseñar y definir el modelo de liderazgo transformacional de forma participativa, basado en la evidencia y generando entornos que faciliten y con un proceso que garantice su implementación.
2. Establecer un proceso de selección abierto y transparente para puestos de responsabilidad e implementar una evaluación periódica (4-6 años) basado en méritos, valorando la especial dedicación, implicación y compromiso con el sistema público, proyectos, objetivos, competencias y estrategias de participación (feedback) de los equipos y/o personas implicadas

INDICADOR DEL OBJETIVO 1: Porcentaje de implementación del modelo de liderazgo transformacional (encuestas estructuradas a profesionales y pacientes...)

2. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Garantizar el acceso a la participación activa de profesionales en los ámbitos de toma de decisiones (estratégicos, clínicos, investigadores, organizativos y de desarrollo profesional).

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 2:

1. Redefinición de estructuras organizativas participativas multidisciplinares e interdisciplinar para propuestas, decisiones estratégicas, investigación, asistenciales y de gestión dotando y publicitando de herramientas para la participación de todas las personas profesionales.
2. Liderar programas e iniciativas de transformación e innovación en todas las organizaciones, en un marco estructurado, unificado y participativo, evaluando resultados y con mecanismos de rendición de cuentas.

INDICADOR DEL OBJETIVO 2: Porcentaje de profesionales que participan activamente en grupos de trabajo estratégicos de Osakidetza, en comisiones, comités y grupos de trabajo de todas las organizaciones.

3. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Construir un entorno atractivo mediante propuestas de valor adaptadas a profesionales actuales y futuros.

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 3:

1. Creación y evaluación de nuevos perfiles profesionales y puestos funcionales, y actualización de los mismos, dentro del marco normativo
2. Transformación de la política de contratación, teniendo en cuenta la conciliación y bienestar; priorizando Atención Primaria y Comunitaria, promoviendo la longitudinalidad, favoreciendo espacios de relación (mentoría) bidireccionales e intergeneracional

INDICADOR DEL OBJETIVO 3: Tasa de captación de nuevas personas profesionales (% de aumento en contrataciones estables en 2 años) desagregando en diferentes categorías

4. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Generar un contexto profesional saludable y motivacional y fomentar el reconocimiento profesional (condiciones de trabajo, desarrollo profesional, conciliación).

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 4:

1. Un nuevo modelo Desarrollo profesional que promueva el crecimiento profesional (mediante formación continua, investigación, docencia...) y evalúe la actividad e implicación y compromiso de forma objetiva
2. Iniciativas que promueven el bienestar físico, mental y laboral de los profesionales mediante programas integrales y herramientas tecnológicas que garantice la conciliación y con perspectiva de género.

INDICADOR DEL OBJETIVO 4: % de profesionales que tienen reconocido nivel de desarrollo profesional y su tendencia y desagregado por organizacionales y grupo profesional.

5. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Generar una estrategia de planificación y dimensionamiento adaptable a los retos y necesidades actuales y futuras, buscando la autosuficiencia y sostenibilidad del sistema público.

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 5:

1. Dimensionamiento de plantilla ajustada a necesidades actuales y futuras, considerando factores demográficos y tecnológicos, garantizando la equidad y consiguiendo la autosuficiencia del sistema público.
2. Diseñar un nuevo sistema de selección y provisión con iniciativas que establezcan la plantilla y fidelicen el talento, priorizando profesionales formados en el Sistema con contratos estratégicos estables que garanticen la continuidad en el Sistema público Vasco de salud

INDICADOR DEL OBJETIVO 5: Ratio profesionales/población por categoría, territorio, ámbitos asistenciales y organizaciones de servicios (ajustado a estándares).

6. OBJETIVO ESTRATÉGICO: Transformación y adaptación digital en RRHH en Osakidetza para mejorar la eficiencia, transparencia y experiencia del profesional en la gestión de las personas

PROPUESTAS DEL OBJETIVO 6:

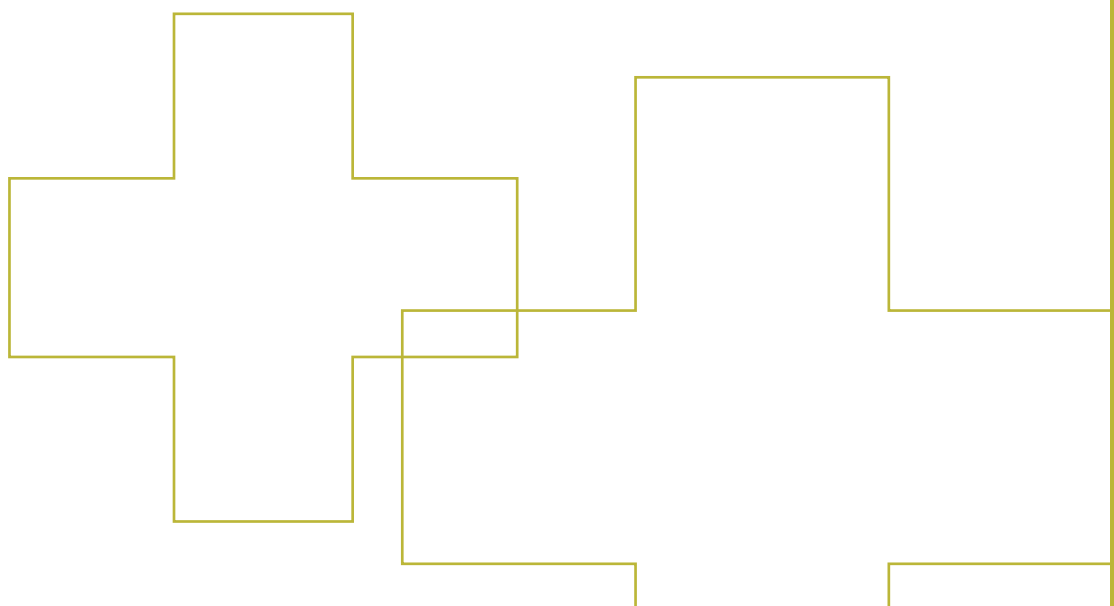
1. Modernizar y unificar las aplicaciones integradas y multicanales para el acceso a todos los datos laborales propios para el personal de Osakidetza priorizando agilizar los procesos selección y provisión
2. Utilizar sistemas de inteligencia artificial para optimizar procesos promoviendo la reducción de la burocracia

INDICADOR DEL OBJETIVO 6: % de procesos de RRHH digitalizados e integrados



VI. GOVERNANZA





Participantes del grupo:

- Rosa Ugalde Urbistondo
- M^a de los Ángeles Gorjón García
- Francisco Vijande Díaz de Corcuera
- Sheila Sánchez Gómez
- Luis Ángel Gallo Estrada
- Joseba Izaga Urrutia
- Estíbaliz Goienetxea Soto
- María José Cano Mesías
- Ekain Rico Lezama
- Ainhoa Albizuri Bernaola
- José Antonio De Leniz Aspiazu -
- Elena Díaz Ereño
- Asier Iriondo Etura
- Patricia Arratibel Ugarte
- Kar mele Garro Torralba
- Elena Lete García
- Itziar Ceballos Villahoz
- Pedro Carrascal Rueda
- Juana María Sáenz
- Ignacio Eizaguirre Sexmillo
- Inmaculada Ruiz

Dinamizadora

Inés Gallego Camiña

Contenido

1. Resumen Ejecutivo

2. Introducción

3. Metodología y Enfoque

4. Análisis Situacional

5 Objetivos, Propuestas e Indicadores

1. Resumen ejecutivo

La línea estratégica “Deliberación y toma de decisiones compartidas: impulso de la participación ciudadana y la transparencia en el sistema sanitario” tiene como objetivo situar a la persona en el centro del sistema de salud vasco, fomentando su implicación activa en la toma de decisiones, el diseño y evaluación de servicios, y la formulación de políticas públicas. La estrategia se articula en tres niveles: micro (decisiones compartidas en la atención asistencial), meso (participación estructurada de asociaciones y ciudadanía en los servicios) y macro (implicación en políticas sanitarias).

Entre sus propuestas se incluye la creación de un ecosistema de gobernanza participativa, apoyado en un Plan Director de Co-participación que funcionará como marco estratégico para estructurar, ordenar y evaluar el conjunto. Este ecosistema se completa con acciones como el fortalecimiento del tejido asociativo, la mejora del acceso a información útil, el impulso de una cultura participativa, la integración sistemática de la experiencia del paciente, la promoción de la equidad en la participación y el refuerzo de los Servicios de Atención a Pacientes (SAPU).

Su relevancia se enmarca plenamente en los principios del Pacto de Salud de Euskadi, al promover la autonomía, la equidad, la corresponsabilidad, la transparencia y la participación de la ciudadanía. Ante la necesidad de humanizar la atención y de fortalecer la confianza en las instituciones, esta estrategia responde con una visión integradora e innovadora. Además, permite avanzar hacia un modelo más inclusivo, conectado con otros sectores y orientado a resultados que importan a las personas.

2. Introducción

El resultado del proceso de reflexión responde a los principios y valores fundamentales del Pacto de Salud de Euskadi. Se alinea con la misión del sistema público vasco, **que pone a la persona en el centro**, y con la visión de construir un modelo innovador, sostenible y orientado al valor. Esta estrategia se sustenta en la **promoción de la autonomía individual, la corresponsabilidad colectiva, la equidad en el acceso, la participación de las personas y la transparencia en la gestión**.

Desde esta perspectiva, se impulsa una gobernanza compartida en la que pacientes, ciudadanía, profesionales y organizaciones colaboran en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, fortaleciendo así la legitimidad, la eficacia y la sostenibilidad del sistema.

La estrategia se **despliega en tres niveles**: en el nivel micro, impulsa **la toma de decisiones compartidas** entre profesionales y pacientes; en el nivel meso, promueve la **participación estructurada de asociaciones y ciudadanía** en la organización y evaluación de los

servicios; y en el nivel macro, facilita la implicación ciudadana en la **formulación de políticas públicas, planificación estratégica y rendición de cuentas**. Su aplicación abarca todo el sistema de salud, así como su articulación con otros sectores y agentes clave del ecosistema: departamentos gubernamentales, ámbitos educativos, colegios profesionales, instituciones comunitarias, organizaciones del tercer sector y agentes locales. El objetivo es **reforzar la calidad asistencial**, integrando la experiencia de pacientes como motor de mejora continua en un entorno intersectorial, colaborativo y orientado al valor:

El **diagnóstico destaca varios retos clave** que justifican esta estrategia: una ciudadanía cada vez más informada que demanda **participar activamente en las decisiones sobre su salud**; la necesidad de **humanizar la atención sanitaria** y hacerla más cercana y empática; y la importancia de reforzar la **transparencia institucional**. A ello se suma el envejecimiento de la plantilla sanitaria y la escasez de profesionales, que requieren una **corresponsabilidad compartida** para garantizar la sostenibilidad del sistema. Las organizaciones de pacientes emergen como aliados estratégicos en la identificación de mejoras e innovación. Avanzar hacia una **evaluación centrada en el valor** aportado permitirá orientar decisiones hacia lo que realmente importa a las personas, promoviendo un sistema más eficiente, transparente y centrado en su bienestar:

3. Metodología y Enfoque

La formulación de la línea estratégica se ha basado en una combinación de métodos cualitativos y participativos. El proceso ha incluido un total de tres reuniones de trabajo de modalidad mixta (Presencial y no presencial), complementadas con análisis individual previo, siguiendo una metodología que ha integrado:

- **Revisión del estado del arte** (contexto interno y externo). *Para las tendencias del entorno se ha hecho uso de herramientas digitales como OpenAI 2025.
- **Revisión del documento diagnóstico y de principios del Pacto por la Salud.**
- **Análisis DAFO individual y colegiado**, con enfoque en los niveles micro, meso y macro.
- **Identificación de objetivos, propuestas e indicadores.**
- **Síntesis de aportaciones y elaboración colaborativa** del documento final.

Las principales fuentes utilizadas han sido:

- Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.
- Libro Blanco de Democracia y Participación Ciudadana (2014).
- Planes de Salud del Gobierno Vasco (2013–2020, y posteriores).
- Modelo de Humanización de Osakidetza.
- Documento Diagnóstico y Principios del Pacto por la Salud.
- WEB Departamento de Salud - Observatorio de Salud de Euskadi, Euskadi Aktiboa

(red de actividades comunitarias), Redes Locales de Salud.

- Autoevaluación de participación de la Plataforma de Pacientes POP.
- “La participación ciudadana como generadora de bienestar y salud” – Departamento de Salud.
- Portal de Transparencia y Datos – Irekia y Gardena.

4. Análisis Situacional

La participación ciudadana en salud en Euskadi parte de una base sólida con necesidades de mejora. En el plano interno, destacan **fortalezas** como el compromiso político e institucional, la existencia de marcos normativos, estrategias específicas, canales e instrumentos, así como un tejido asociativo fuerte, que requiere de un apoyo o fortalecimiento, y una conexión significativa con el ámbito académico. A nivel organizativo, existen buenas prácticas, profesionales implicados/as y una creciente orientación hacia el valor. En lo micro, sobresale el creciente protagonismo de la ciudadanía y herramientas que promueven la autonomía y la toma de decisiones compartida. Del mismo modo lo comunitario, emerge como una fortaleza y oportunidad significativa.

Frente a ello, las **debilidades** incluyen una coordinación aún limitada, escasa evaluación del impacto, un asociacionismo desigual en capacidades, baja representación de ciertos colectivos, necesidad de impulsar una cultura y formación en participación, toma de decisiones compartidas y transparencia. Además, algunas estructuras participativas carecen de continuidad o de un reconocimiento efectivo.

A nivel externo se observa como **oportunidad**, las políticas europeas de gobernanza sanitaria que promueven la participación ciudadana en decisiones de salud, abriendo oportunidades de colaboración e intercambio de buenas prácticas. También destacan las estrategias de valor y humanización extendiéndose en el sector salud, así como la ciencia ciudadana. En definitiva, son tendencias que empujan hacia la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida, hacia una sociedad cada vez más implicada y alfabetizada.

Desde el análisis se identifica como **amenazas** la inestabilidad política que pueda hacer girar las prioridades, las brechas sociales, culturales y digitales; el riesgo de que sean procesos meramente simbólicos y produzca una desafección; la desconexión con colectivos vulnerables; la sobrecarga tanto institucional como del propio tejido asociativo.

5. Objetivos, Propuestas e Indicadores

OBJETIVO 1: GOBERNANZA PARTICIPATIVA Y COMPROMISO INSTITUCIONAL.

Consolidar un marco legal, político e institucional que garantice una participación ciudadana estructurada en todos los niveles de toma de decisión, inclusiva y sostenible en el sistema público de salud.

1.1. Codiseñar un ecosistema de gobernanza participativa con criterios de representatividad, inclusión y diversidad, promoviendo la interacción entre las estructuras sanitarias y la ciudadanía. Evaluar y reformular los espacios de participación actuales (Comités, Consejos Sociales, etc.), garantizando la rendición de cuentas, la transparencia y la evaluación de impacto. Establecer un órgano de gobernanza para el seguimiento y mejora continua del ecosistema de participación, todo enmarcado dentro del I Plan Director de Participación.

1.2. Impulsar una estrategia interinstitucional estable que fortalezca la participación abierta y potencie la deliberación ciudadana, desde el diseño hasta la evaluación de políticas. Potenciar las Redes Locales de Salud como espacios clave de corresponsabilidad, conexión comunitaria y compromiso público entre Gobierno Vasco, Osakidetza, Diputaciones, entidades locales, centros educativos universidades, colegios profesionales y tejido social.

INDICADOR OBJETIVO 1: Elaboración y evaluación del Plan Director de Co-participación en salud (ciudadanía, pacientes, asociaciones, profesionales, representantes institucionales), un instrumento estratégico que establece un ecosistema de participación efectiva y representativa, que integre la diversidad biopsicosocial, económica y cultural de la ciudadanía, así como la colaboración interinstitucional e intersectorial, en el que se especifique la actividad de los Consejos Sociales, Redes locales de salud y otras estructuras reformuladas (Binario si/no). El Plan incluirá un sistema de evaluación continua y de seguimiento, medición de resultados e impacto, así como la publicación anual de una memoria para asegurar la sostenibilidad, la mejora y transparencia del proceso. Dentro del Plan se identificarán indicadores de todo el proceso de participación.

OBJETIVO 2: ARTICULACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN A TRAVÉS DEL TEJIDO SOCIAL Y ASOCIATIVO. Reforzar la capacidad de acción, representación e influencia de las asociaciones de pacientes como actores clave en la mejora del sistema público de salud y la atención centrada en las personas, así como de la ciudadanía organizada en el sistema público de salud a través de marco normativo específico que regule su objeto, concepto, ámbito de aplicación, principios rectores, ámbitos y órganos de participación.

2.1 Desarrollar programas de formación, acompañamiento y fortalecimiento dirigidos a asociaciones de pacientes y ciudadanía, así como a otros agentes comunitarios, para mejorar su participación, sostenibilidad y capacidad de incidencia, fomentando también el trabajo en red y la colaboración.

2.2 Potenciar la prescripción social de asociaciones de pacientes por parte de los y las profesionales de salud, reconociendo su papel fundamental en el acompañamiento, el empoderamiento, y en el apoyo comunitario y psicosocial. Promover su participación activa en espacios de decisión y su integración en estrategias de salud pública desde un enfoque de equidad y corresponsabilidad, destinando una dotación

presupuestaria estable y suficiente que permita su consolidación y participación, reconociendo su valor como agentes de salud comunitaria.

INDICADOR OBJETIVO 2: Grado de desarrollo e implementación de la estrategia de fortalecimiento del tejido asociativo contemplado en el Plan Director a través de la formación, prescripción social y cogobernanza en los espacios de decisión teniendo en cuenta para su evaluación el número de asociaciones de pacientes y organizaciones ciudadanas que, tras participar en programas de formación, acompañamiento y fortalecimiento, desarrollan acciones colaborativas en red, son prescritas por profesionales de salud en el marco de la prescripción social, y forman parte activa de espacios de participación y decisión del sistema público de salud con apoyo presupuestario estable.

OBJETIVO 3: TRANSPARENCIA, COMUNICACIÓN Y ACCESO A INFORMACIÓN ÚTIL PARA LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA. Potenciar el acceso a información relevante, clara y útil para la toma de decisiones compartida.

3.1 Reforzar el Observatorio de Salud, ampliando sus funciones con indicadores orientados al valor para la ciudadanía, la equidad y la evaluación participativa (PROMs, PREMIs, impacto social y retorno de políticas públicas), desagregados por sexo, diagnóstico, edad, territorio y otros ejes de desigualdad. Diseñar una estrategia de comunicación que facilite la difusión de resultados y active el uso de esta información en espacios deliberativos y procesos de co-creación, para asegurar decisiones basadas en evidencia y centradas en el valor percibido por las personas.

3.2 Diseñar una estrategia de marketing y comunicación en salud clara y accesible, que acerque a la ciudadanía los materiales, recursos y programas ya disponibles, apoyándose y reforzando portales existentes como Irekia, Osasun Eskola+ o la web del Departamento de Salud. La estrategia debe facilitar un acceso práctico y comprensible, garantizando la veracidad y utilidad de la información, e incorporar herramientas para la toma de decisiones compartida, como visores de resultados en salud percibidos por los pacientes (PROMs).

INDICADOR OBJETIVO 3: Uso y valoración de las herramientas de comunicación (tráfico web, interacciones, retorno ciudadano/a)

OBJETIVO 4: PROMOVER UNA CULTURA PARTICIPATIVA ABIERTA QUE IMPULSE EL EMPODERAMIENTO DE LA CIUDADANÍA y el cambio cultural en el sistema público sanitario, fomentando la educación en salud, la corresponsabilidad y la transformación de las prácticas profesionales hacia modelos más inclusivos, colaborativos y centrados en las personas.

4.1 Impulsar un cambio cultural desde dentro del sistema público sanitario, promoviendo una cultura profesional basada en la escucha, la corresponsabilidad,

la rendición de cuentas y la toma de decisiones compartidas. Diseñar un plan de transformación cultural que contemple formación en participación para profesionales y estructuras directivas, desde el pregrado y a lo largo de su carrera profesional. Incluir activamente a pacientes y asociaciones en la formación de profesionales y estudiantes de salud.

4.2 Potenciar una ciudadanía crítica, informada y capacitada para participar activamente en el cuidado de su salud y en el sistema. Fortalecer programas de alfabetización en salud, salud digital y empoderamiento comunitario, adaptándolos a las realidades de colectivos vulnerables. Ampliar y diversificar programas como Osasun Eskola+, Paziente Bizia y otros modelos de educación sanitaria en grupo, incorporando formatos inclusivos y comunidades participativas de práctica y apoyo mutuo.

INDICADOR OBJETIVO 4: Encuesta Cultura de Participación. (Dirigido en 3 públicos diferentes: los/as profesionales, gestores/as e investigadores/as; Dirigido a las asociaciones de pacientes y participación ciudadana; dirigido a la población/pacientes en las corporativas).

OBJETIVO 5: INCORPORAR DE FORMA SISTEMÁTICA LA EXPERIENCIA DE PACIENTES Y CIUDADANÍA EN LOS PROCESOS DE MEJORA ASISTENCIAL, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN SANITARIA, reconociéndolos como agentes activos en el rediseño del sistema y generadores de valor desde su experiencia, promoviendo prácticas de ciencia abierta y participación ciudadana en salud.

5.1 Impulsar la creación de paneles de pacientes, figuras de pacientes expertos/as y ciudadanía en áreas prioritarias (salud mental, cronicidad, juventud, personas mayores, cáncer...), integrados en planes de salud, investigación e innovación. Promover la creación de equipos mixtos (profesionales-pacientes) para la revisión y rediseño de procesos asistenciales.

5.2 Desplegar progresivamente la implantación de Resultados reportados por pacientes en términos de calidad de vida y estado funcional de la enfermedad (PROM), así como resultados de experiencia de pacientes (PREM) en todos los niveles asistenciales (primaria, hospitalaria, salud mental...), como parte del modelo de atención orientado al valor. Este despliegue se incorporará como requisito de calidad en el Contrato Programa, en coherencia con la Estrategia de Valor en Salud del sistema.

INDICADOR OBJETIVO 5: Número de paneles de pacientes y ciudadanía activa involucrados en el diseño, ejecución y evaluación de planes, proyectos de salud e investigación, así como en áreas estratégicas y políticas de salud, desglosado por área temática y nivel territorial.

OBJETIVO 6: EQUIDAD, TRANSPARENCIA Y ACCESIBILIDAD EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y EN LA PARTICIPACIÓN. Reducir las barreras físicas, cognitivas, tecnológicas y culturales, así como las desigualdades que dificultan el acceso a los itinerarios asistenciales y a la participación en el sistema público de salud, garantizando una atención equitativa, especialmente para los colectivos en situación de vulnerabilidad.

6.1. Adaptar espacios, herramientas y procesos participativos a personas con diversidad funcional, personas mayores, migrantes, personas en situación de brecha digital o baja alfabetización. Impulsar campañas multilingües y comunitarias sobre derechos y canales de participación en salud, con materiales accesibles (audio, lectura fácil, videos...) en múltiples idiomas (euskera, castellano, árabe, rumano...).

6.2. Diseñar e implementar un ecosistema multicanal de participación inclusiva, ampliando canales presenciales, telefónicos, digitales y móviles. Integrar funcionalidades de participación directa (encuestas, seguimiento de propuestas, consultas...) en herramientas como la Carpeta de Salud, apps sanitarias y el CRM Erantzunak, con diseño centrado en la usabilidad universal.

INDICADOR OBJETIVO 6: % de herramientas participativas que cumplen criterios de accesibilidad universal para garantizar una participación inclusiva, multicanal y multilingüe, considerando diversidad funcional, edad, brecha digital y normativa vigente de accesibilidad física, cognitiva y digital.

OBJETIVO 7: FORTALECER DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A PACIENTES Y PERSONAS USUARIAS (SAPU). Fortalecer los SAPU como estructuras clave de acompañamiento, protección de derechos y escucha activa dentro del sistema público de salud

7.1 Reforzar el papel de los SAPU como ventana de atención cercana a la ciudadanía y agente activo en la protección de sus derechos. Potenciar su capacidad de acción a través de la actualización de su estructura, servicios o funciones, la homogeneización de protocolos, aumento de su visibilidad, accesibilidad.

7.2 Garantizar que las personas usuarias conozcan sus derechos y su itinerario asistencial, incluyendo el acceso a la segunda opinión médica y la información actualizada sobre listas de espera. Posicionar los SAPU como espacios de apoyo clave para canalizar información, orientación y escucha activa.

INDICADOR OBJETIVO 7: Disponibilidad de un modelo SAPU unificado y operativo en todas las OSIs (Indicador binario: sí / no).

Participantes del grupo:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Ekain Rico• Gotzon Villaño• Jose Antonio De Leniz• Mirari Ayerbe• Unai Martín• Vega Arnáez• Severino Setién• Elena Lete• Olatz Peon• Nestor Morchon• Virginia Múgica• Juan Pascual• Raul Benito• Rocio Sanchez• Guillermo Jubierre• Edurne Arteche• Iñaki Linaza• Ana Monje• Ana Tejada• Alberto Hernández | <ul style="list-style-type: none">• Jesús Oñate• Xabier Ugartemendia• Arantza Agote• Itziar Ceballos• Karmele Garro• Jon Hernández• Alba García• Irati Tobar• Jose M^a Blanco• Arrate Zumeta• Egoitz Bikandi• Pedro Carrascal• Rosa Ugalde• Sonia Franco• Maria Jose Cano• Iñigo Garmendia• Jon Ayarza• Jose Ignacio Bernaola• Iñigo Garduño Cuevas |
|---|---|

Dinamizadora

Olatz Bolinaga

Contenido

1. Resumen Ejecutivo

2. Introducción

3. Metodología y Enfoque

4. Diagnóstico y Análisis Situacional

5. Objetivos, líneas de actuación e indicadores

ANEXO

1. Resumen ejecutivo

Para poder realizar el presente documento, el grupo de trabajo se reunió en cuatro ocasiones (7 de abril, 29 de abril, 5 de mayo y 8 de mayo), combinando una manera presencial y telemática.

El primer documento se presentó en la mesa del Pacto el 11 de junio dónde se decidió que el grupo de trabajo se reuniera nuevamente y revisara el objetivo 1. La reunión se celebró el 17 de junio y el resultado es el presente documento.

Mediante los objetivos, líneas de actuación e indicadores propuestos, se pretende reforzar el sistema público de salud, poniendo a la ciudadanía en el centro. Para este fin, es imprescindible analizar la situación actual en la que se encuentra la colaboración-público privada que se está llevando a cabo, debiéndose evaluar los resultados del sistema.

Los objetivos también reflejan la necesidad de participación tanto de las y los profesionales que conocen la materia como de la ciudadanía en la contratación de las actuaciones, dado que son las y los profesionales los que tienen el conocimiento técnico sobre la materia, y las experiencias de la ciudadanía son el reflejo de las actuaciones que acontecen durante la ejecución de una prestación.

A su vez, garantizar la misma calidad de las prestaciones recibidas por las y los pacientes tanto en el sector público como en el privado es fundamental, dado que hay que poner al/la ciudadano/a en el centro, y para este fin, nuevamente, resulta fundamental la colaboración de las y los profesionales del sector.

Que la administración realice un gasto público eficiente tanto si la prestación se lleva a cabo de manera totalmente pública como mediante colaboración es una obligación que se debe controlar; y que la ciudadanía sepa como gasta el dinero la administración y que contratos, subvenciones o convenios tienen vigentes en la actualidad es una necesidad, lo que conlleva a adaptar las aplicaciones relacionadas con la transparencia y buen gobierno, creando, a su vez, un canal de denuncias, garantizando la confidencialidad en todo caso.

Por lo tanto, el sistema público debe ser fuerte, de calidad, eficiente, en el que se tenga presente tanto a la ciudadanía como a las y los profesionales sanitarios/os y transparente, para que cualquier persona pueda acceder a los contratos, subvenciones o convenios que tramite la administración sin ningún tipo de complejidad, es decir, mediante aplicaciones sencillas y accesibles.

Si bien es cierto que en el área de la salud todo está relacionado, la actuación del presente grupo es muy importante, dada la vinculación que tiene con otros grupos de trabajo del pacto de salud, como, por ejemplo, la cartera de servicios, la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) en salud, la digitalización en salud, las infraestructuras sanitarias, etc.

2. Introducción

El Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones de 2004, estableció el marco de desarrollo de la normativa de la Unión Europea en la materia durante las siguientes décadas, culminando con la aprobación de las directivas 2014/23; 2014/24 y 2014/25 sobre licitación pública.

Según el Libro Verde sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones, la colaboración público-privada se refiere a diferentes formas de cooperación entre las autoridades públicas y el mundo empresarial, cuyo objetivo es garantizar la financiación, construcción, renovación, gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio.

Las operaciones de colaboración público-privada suelen caracterizarse por los siguientes elementos:

- Duración relativamente larga de la relación que implica la cooperación entre el socio público y el privado.
- El modo de financiación del proyecto, en parte garantizado por el sector privado, aunque esta financiación puede completarse con financiación pública.
- El importante papel del operador económico, que participa en diferentes etapas del proyecto. El socio público se concentra esencialmente en definir los objetivos que han de alcanzarse en materia de interés público, calidad de los servicios propuestos y política de precios, al tiempo que garantiza el control del cumplimiento de dichos objetivos.
- El reparto de los riesgos entre el socio público y el privado, al que se le transfieren riesgos que habitualmente soporta el sector público. No obstante, las operaciones de colaboración público-privada no implican necesariamente que el socio privado asuma todos los riesgos derivados de la operación, ni siquiera la mayor parte de ellos. El reparto preciso de riesgos se realiza, caso por caso, en función de las capacidades respectivas de las partes en cuestión para evaluarlos, controlarlos y gestionarlos.

Tal y como indica el citado Libro Verde, “Teniendo en cuenta a las restricciones presupuestarias que han de afrontar los Estados miembros, este fenómeno responde a la necesidad que tiene el sector público de recibir financiación privada”.

INSTRUMENTOS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN NUESTRO ORDENAMIENTO JURÍDICO

Actualmente, los instrumentos de colaboración público-privada que contempla el ordenamiento jurídico son los siguientes:

1. Licitación pública
2. Consorcios
3. Convenios
4. Subvenciones
5. Entidades del sector público con participación privada
 - a. Sociedad mercantil estatal con participación privada
 - b. Fundaciones del Sector Público estatal
6. Participación en el capital de empresas privadas
7. Convenios específicos de vinculación

REAL DECRETO-LEY 36/2020, DE 30 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE APRUEBAN MEDIDAS URGENTES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y PARA LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA.

En el apartado quinto de su exposición de motivos, literalmente indica que En el Capítulo III del Título II se recoge una nueva figura de colaboración público-privada: los Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica (PERTES). Dado el efecto multiplicador que implica en la economía una movilización de recursos de esta dimensión, la colaboración público-privada será clave para la ejecución de los distintos proyectos tractores contemplados en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, siendo necesario adaptar el marco normativo de los instrumentos de la colaboración público-privada a fórmulas que, manteniendo los controles y exigencias comunitarias, permitan fórmulas más flexibles y adaptativas a los requerimientos de los proyectos financiables con el Instrumento Europeo de Recuperación. Esta nueva figura se crea con vocación de permanencia, para incluir en nuestro ordenamiento nuevos instrumentos de colaboración público privada que permitan una gestión ágil, si bien, resulta especialmente interesante su aplicación en el ámbito el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia ya que con ella se pretende reforzar a aquellos proyectos incluidos en el mismo que contribuyan claramente al crecimiento económico, al empleo y a la competitividad de nuestro país, corrigiendo el fallo de mercado de infrainversión cuando las iniciativas privadas no se materializan debido a los riesgos significativos y a la necesaria colaboración público-privada que entrañan este tipo de proyectos. Se trata de proyectos de carácter estratégico, con un importante potencial de arrastre para el resto de la economía, y que exigen la colaboración entre Administraciones, empresas y centros de investigación para conseguir que escalen sus operaciones en nuestro país.

Por lo tanto, la figura nueva de colaboración público-privada se denomina PERTE, es decir, “Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica”. Esta figura se crea con vocación de permanencia (capítulo II, artículo 8 de la norma). Se trata de proyectos de carácter estratégico, con un importante potencial de arrastre para el resto de la economía, y que exigen la colaboración entre Administraciones, empresas y centros de investigación para conseguir que escalen sus operaciones en nuestro País.

Si bien la colaboración público-privada es necesaria para poder prestar una atención sanitaria integral, lo que se pretende con los objetivos del presente grupo es que el sistema público de salud, sea un sistema fuerte, en la medida de lo posible autónomo, de calidad, que lleve a cabo su actividad de manera eficiente y que sea transparente para que cada ciudadano pueda saber; de manera fácil y sencilla, como está invirtiendo su dinero la administración.

3. Metodología y enfoque

El método utilizado para la formulación de la estrategia por parte del grupo ha sido mediante el análisis DAFO. Cada participante del grupo ha realizado su DAFO y, posteriormente, la dinamizadora ha realizado un DAFO común para poner de manifiesto las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades detectadas por todos los participantes. Este DAFO común se aporta al presente documento como Anexo. El contenido de este documento ha sido el que se ha tomado como referencia para determinar los objetivos con las correspondientes líneas de actuación e indicadores.

4. Diagnóstico y análisis situacional

Tal y como se ha indicado en el apartado anterior; para llevar a cabo el diagnóstico y análisis situacional de la colaboración público-privada, las y los participantes del grupo han realizado un documento DAFO, y la dinamizadora ha realizado un documento DAFO unificado con todas las propuestas para poder realizar el diagnóstico y análisis situacional de una manera conjunta.

5. Objetivos, líneas de actuación e indicadores

PRIMER OBJETIVO: REFORZAR Y MODERNIZAR EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD PRIORIZANDO LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MEDIANTE MEDIOS PÚBLICOS Y PROPIOS, BAJO LOS PRINCIPIOS DE EFICIENCIA, EQUIDAD Y CALIDAD, GARANTIZANDO SU SOSTENIBILIDAD A LARGO PLAZO, PONIENDO AL CIUDADANO/A EN EL CENTRO Y CONSIDERAR LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA CUANDO PUEDA SUPONER UN VALOR AÑADIDO FRENTE A OTRAS FORMAS DE PROVISIÓN DE SERVICIOS, SIEMPRE DENTRO DE UNOS LÍMITES MÁXIMOS QUE NO SUPEREN EL PORCENTAJE ACTUAL DESTINADO A COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA.

LÍNEA DE ACTUACIÓN

1. Inventariar la prestación de servicios con participación de operadores privados, incluyendo: contratos, conciertos, convenios, subvenciones y otros instrumentos.

2. Evaluar cada colaboración público-privada mediante: análisis de costes comparativos, impacto en resultados de salud (medido con PREMs y PROMs), impacto en equidad y accesibilidad, y evaluación de riesgos fiscales y contractuales.
3. Clasificar los servicios en: Críticos/estratégicos: aquellos que deben ser provistos directamente por el sistema público. Subcontratables: provistos por agentes privados si hay justificación técnica y económica en un marco temporal determinado. Eliminables/reinternalizables: por razones de ineficiencia, inequidad o coste excesivo.
4. Fortalecer la capacidad pública de planificación y contratación:
 - Establecer criterios y procedimientos estandarizados para la evaluación de las colaboraciones público-privadas.
 - Reforzar la unidad técnica encargada de evaluar las decisiones de colaboración público-privada desde el punto de vista del interés público.
5. Adecuar el marco normativo que regule la colaboración público-privada en salud en Euskadi acorde a los principios de sostenibilidad, eficiencia y equidad.

INDICADOR:

Porcentaje del gasto sanitario dedicado a la prestación de servicios mediante algún modelo de colaboración público-privada, garantizando la calidad y accesibilidad de los servicios, la sostenibilidad financiera del sistema público y la transparencia y rendición de cuentas.

Considerar la colaboración público-privada cuando pueda suponer un valor añadido frente a otras formas de provisión de servicios, siempre dentro de unos límites máximos que no superen el porcentaje actual destinado a colaboración público-privada.

Objetivo: no superar el porcentaje actual.

Compromiso: Presentar un informe inicial en la primera reunión de seguimiento del Pacto Vasco de Salud

SEGUNDO OBJETIVO: PARTICIPACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES Y DE LA CIUDADANÍA EN LA CONTRATACIÓN

Otra necesidad que se ha detectado es la necesidad de participación por parte de los y las profesionales de osakidetza en la elaboración de pliegos técnicos para describir técnicamente, correctamente, las actuaciones que se deben contratar.

A su vez se considera que la ciudadanía, desde su experiencia personal, debe tener voz para expresar su conocimiento sobre la materia.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Para cada contrato, se deberá crear un grupo de trabajo en el que, además del personal de la administración que debe participar por Ley, participen también las y los profesionales de Osakidetza de la materia a contratar; siendo de aplicación lo relativo al conflicto de interés. Estos/as profesionales deberán aportar su opinión sobre la materia para articular correctamente el contrato en cuestión.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Anualmente se deberá publicar tanto el plan de contratación como el plan de subvenciones para que cualquier ciudadano/a, sindicato, empresa, colegio profesional o cualquier otra persona que lo considere necesario pueda realizar sus alegaciones. Se deberán realizar encuestas para recoger las diversas opiniones sobre la materia.

INDICADORES:

- Número de contratos licitados en el que hayan participado los y las profesionales de Osakidetza relacionados/as con la materia a contratar
- Informe, en cada contrato, con las observaciones recibidas por parte de las personas interesadas (Ciudadanos/as, sindicatos, etc.), con mención expresa de las observaciones incorporadas y con justificación razonada de las observaciones que no han podido ser de aplicación. Este informe se publicará con el pliego para que, en caso de considerarlo necesario, las personas interesadas puedan interponer el correspondiente recurso ante el órgano competente.

TERCER OBJETIVO: GARANTIZAR LA MISMA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES TANTO EN EL SECTOR PÚBLICO COMO EN EL SECTOR PRIVADO.

Otra de las preocupaciones que ha analizado el grupo de trabajo a sido la necesidad de homogeneizar; en términos de calidad, la prestación recibida tanto en el entorno público como en el entorno concertado, es decir, en ambos casos, es necesario garantizar que la prestación recibida sea de la misma buena calidad, se preste en el entorno que se preste.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Crear un protocolo que contemple los índices e indicadores de calidad que se aplican en Osakidetza para que sean exigibles en el entorno privado. Los indicadores deberán estar concretados por las y los profesionales y grupos de expertos de cada área de actuación, y deberán concretar el modo de seguimiento del proceso en cuestión, especificando el facultativo responsable del proceso.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Control por parte de la comisión de seguimiento de los contratos concertados y de los y las responsables del control de las subvenciones concedidas y de los convenios firmados, de los índices de calidad en la ejecución de las prestaciones contratadas/subvencionadas/conveniadas.

INDICADOR:

Acta de la comisión de seguimiento o informe de los órganos responsables de la ejecución de la subvención o convenio, incluyendo los resultados de calidad. En caso de incumplimiento o cumplimiento defectuoso en alguna prestación, medidas a adoptar de manera inmediata para corregir las deficiencias detectadas.

CUARTO OBJETIVO: REALIZACIÓN DE UN GASTO PÚBLICO EFICIENTE.

Otra de las preocupaciones ha sido la realización de un gasto público eficiente, es decir, que el dinero público se gaste correctamente por parte de la administración.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Control del gasto mensual por parte de los órganos responsables de la ejecución de las prestaciones contratadas, subvencionadas o conveniadas.

INDICADOR: Acta/informe con los resultados reales sobre la ejecución del gasto. En caso de desviación, justificación y medidas correctoras a aplicar inmediatamente.

QUINTO OBJETIVO: TRANSPARENCIA Y BUEN GOBIERNO EN LA ACTIVIDAD QUE LLEVE A CABO LA ADMINISTRACIÓN EN RELACIÓN CON LOS CONTRATOS, SUBVENCIONES Y CONVENIOS QUE TRAMITA

El grupo de trabajo consideramos que las herramientas que actualmente la administración pone a disposición de la ciudadanía para poder consultar su actividad tanto contractual, subvencional como de los convenios que suscribe no son ni accesibles fácilmente por parte de cualquier persona interesada en consultarlo, ni fácil de utilizar. Por ello consideramos necesario modificar las herramientas actualmente existentes como el Registro de Contratos de Euskadi, El Registro de Convenios de Euskadi, la aplicación de Contratación Pública de Euskadi y el resto de las aplicaciones que sean de utilidad para que de una forma clara, sencilla y accesible cualquier ciudadano/a pueda acceder a consultar la información que estime necesaria.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Análisis de las aplicaciones actuales y medidas a adoptar para adaptar las mismas a las necesidades de acceso fácil de la ciudadanía.

LÍNEA DE ACTUACIÓN: Crear un canal de denuncias, garantizando la confidencialidad.

INDICADOR:

En virtud del análisis realizado, plan de adaptación de las aplicaciones a modificar y cronograma para dicha adaptación.

ANEXO

DAFO unificado

En este grupo han tenido representación y han sido informadas las siguientes entidades: Euskal Herriko Unibertsitatea-EHU, Universidad de Deusto, Consejo de Colegios de Médicos del País Vasco, los colegios oficiales de Trabajo Social, los sindicatos CCOO, LAB, SATSE, Sindicato Médico de Euskadi y UGT, los partidos políticos EH-Bildu, PNV, PP y PSE y el servicio corporativo de euskera de Osakidetza.

Participantes del grupo:

- Aitor Montes Lasarte
- Aitziber Mendiguren Ordorika
- Ana Belén Gil Carretero
- Ana Zurbano Landa
- Eduardo Ruiz Vieytez
- Edurne Leibar Balzategi
- Gontzal López López
- Imanol Arruabarrena Larrañaga
- Itxaso Brouard Maiz
- Juan Carlos Cárdenas Bonelli
- Leticia Mancisidor Caballero
- Marian Cantalapiedra Lira
- Mikel Herrero Amesti
- Sabin Zubiri Rey

Dinamizadora:

Nerea Antia Vinós

Secretaría técnica:

Yolanda Morales Sainz

Aritz Díez Torre

Contenido

1. Resumen ejecutivo

Síntesis del contenido

Impacto y relevancia

2. Introducción

Contexto general

Alcance

3. Metodología y enfoque

Proceso de trabajo

Fuentes de información

4. Análisis situacional - DAFO

5. Objetivos, Iniciativas e Indicadores

1. Resumen ejecutivo

1.a. Síntesis del contenido. El presente documento recoge los fundamentos, objetivos e iniciativas planteados en el marco del Pacto Vasco de Salud para avanzar en la materialización de los derechos lingüísticos de pacientes y profesionales en el Sistema Público de Salud de Euskadi, en base a la normativa vigente y a las actuales herramientas de planificación. Tanto en lo relativo a los dos idiomas oficiales como a otras lenguas utilizadas por pacientes y personas usuarias.

1.b. Impacto y relevancia. En Euskadi tenemos dos lenguas oficiales, y tanto la ciudadanía como el personal que trabaja en el sector público y, por ende, en el Sistema Público de Salud de Euskadi tienen derecho a utilizar ambas, derecho que debe ser garantizado por la administración. Los datos sociolingüísticos muestran que nuestra sociedad es cada vez más vascohablante, y las generaciones que han hecho sus estudios en euskera están entrando en el mundo laboral.

En Euskadi se ha hecho una apuesta inequívoca en favor del fomento del euskera, lo que implica construir entre todas y todos una convivencia lingüística cada vez más equilibrada, desde el respeto a la diversidad, la asertividad y la empatía y mediante el acuerdo, la implicación y el trabajo conjunto. Es preciso reconocer los esfuerzos realizados y los avances que ha habido, pero también que es preciso seguir mejorando.

Desde los servicios públicos vinculados a la salud, es importante garantizar a las personas la opción de comunicarse en la lengua oficial en que se encantan más cómodas y seguras. La gestión lingüística es necesaria, por compromiso con la humanización, la calidad y la mejora continua en el servicio. Debe, además, estar inserta en la gestión general, de forma sistemática, atendiendo a la doble dimensión de lengua de servicio y lengua de trabajo.

2. Introducción

2.a. Contexto general

En el ecosistema del Sistema Público de Salud de Euskadi conviven varias organizaciones: el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Osakidetza, Osatek y Bioef (Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitaria), que cuentan con su propia planificación lingüística. Está prevista, además, la entrada en funcionamiento del Instituto Vasco de Salud Pública, y existen centros y servicios privados concertados cuyos procesos de normalización del uso del euskera pueden ser activados e intensificados a través de los convenios con el Departamento de Salud.

La labor de todos estos organismos está ligada a un derecho humano que, además, es una faceta importante y muy personal: la salud. En la relación entre profesionales y

pacientes/personas usuarias/ciudadanía, se precisa una comunicación cercana y segura, que es clave para afrontar con éxito todo proceso sanitario o actuación en salud.

Entre todos los organismos mencionados, Osakidetza se caracteriza por su magnitud humana, organizativa y social, por la cantidad de personas atendidas, el número de personas trabajadoras, el número de centros y equipamientos y las cifras de actividad.

El proceso de normalización del uso del euskera en Osakidetza, desde sus inicios, se ha concretado en sus tres planes sucesivos y se ha regido por 3 principios complementarios: El respeto a los derechos lingüísticos de las personas; la empatía y la comunicación en la lengua de la persona usuaria como garantía de la calidad del servicio, Y la progresividad en la fijación de los objetivos, extendiendo de forma progresiva y paulatina el euskera a todas las áreas y actividades profesionales de la organización. Así mismo, Osakidetza cuenta con un sistema de identificación de personal y servicios bilingües, y registra la lengua preferente de pacientes y personas usuarias.

El Diagnóstico del Pacto de Salud indica en su página 29 que “Aproximadamente la mitad del personal facultativo posee un perfil acreditado de euskara. La distribución es variable según OSIs y reproduce el mapa lingüístico de conocimiento de la lengua”. Más adelante, en la pg. 32, señala que “El relevo generacional debe garantizar los derechos lingüísticos de las personas usuarias, un área donde aún existe un amplio margen de mejora”. Finalmente, apunta que “atender el derecho a expresarse en la propia lengua es otra de las maneras de humanizar la asistencia” (pg. 35).

2.b. Alcance

La línea estratégica “Derechos Lingüísticos de Pacientes y Profesionales” es una de las 3 incluidas en el bloque que aborda la Gobernanza en el Pacto Vasco de la Salud. El principio 6.5. del Pacto señala que el Sistema Público de Salud de Euskadi “asumirá la calidad y la mejora continua como ejes organizativos y motor de su actividad” y que, en la definición de calidad, uno de los componentes es el “Multilingüismo: Garantizar los derechos lingüísticos de las personas usuarias y trabajadoras en relación a las lenguas oficiales. Considerar la existencia de población con necesidades lingüísticas específicas por razones culturales o de diversidad.”

Así, los objetivos e iniciativas decididos por el grupo, en base a la normativa y a la planificación vigentes, marcan las líneas de trabajo a seguir en los próximos años para mejorar en el uso del euskera como lengua de servicio y lengua de trabajo en el Sistema Público de Salud, de forma que se pueda avanzar también en la garantía de los derechos lingüístico de personas usuarias, pacientes y profesionales, consolidando así la calidad de la atención.

Para ello se considera necesario seguir dando pasos en materias como la existencia de itinerarios académicos en euskera en estudios ligados a la salud; la capacitación

lingüística de las y los profesionales; la oferta sistemática y activa del circuito de atención en euskera; la dotación de recursos suficientes y la existencia de estructuras efectivas que permitan seguir avanzando en política lingüística en el sistema público de salud. Se considera igualmente importante, en términos de accesibilidad, la atención prestada en lenguas distintas de las oficiales, incluida la de signos.

3. Metodología y enfoque

3.a. Proceso de trabajo

Tras los preparativos iniciales, se remitió a las personas integrantes del grupo un documento informativo preliminar; recopilatorio del Pacto de Salud, de la tarea a realizar y de las principales referencias y documentos a tener en cuenta. Se les envió, asimismo, una propuesta inicial de metodología, cronograma y objetivos.

A partir de ese pistoletazo de salida, durante los meses de abril y mayo de 2025 se ha desarrollado un intenso trabajo con 3 reuniones presenciales (celebradas en Bilbao los días 8 de abril, 5 y 14 de mayo) y 2 online (que tuvieron lugar los días 22 y 29 de mayo). Entre sesiones, los envíos de información, contrastes y debates se han llevado a cabo a través del correo electrónico y de sendos formularios de puntuación para las iniciativas y el DAFO. La metodología y el cronograma se han ido adaptando de forma constante y consensuada en el grupo.

En cuanto a los **objetivos**, cuya formulación fue la primera tarea, se trabajaron en las tres reuniones presenciales y en conversaciones cruzadas por email. El grupo definió 6 objetivos, dos de los cuales, el 1 y el 5, se han desplegado en 3 subobjetivos.

Pasando ya a las **iniciativas**, los miembros del grupo hicieron sus propuestas (un total de 93 actuaciones), que se redujeron a 55 tras el filtro realizado presencialmente en una reunión y tras ser retiradas algunas por sus proponentes. Para hacer la priorización entre ellas, las personas participantes en el grupo puntuaron online –en un rango de 0 a 2– el listado de actuaciones. En base a las puntuaciones, se hizo un listado con las 4 iniciativas más valoradas (cuando había más de 2 por objetivo) o con 5 en caso de empate. Las iniciativas se trataron y decidieron en las reuniones cuarta y quinta. De un total de 19 iniciativas, 10 tuvieron el acuerdo total. En el caso de las otras 9, varias organizaciones mostraron su disconformidad.

Las organizaciones que así lo han deseado, han podido adjuntar a este documento un texto para explicar su postura.

En la última sesión se trataron y decidieron los **indicadores**, además del DAFO. Este no se realizó hasta el final, habida cuenta de que ya existe un valioso análisis situacional gracias a los diagnósticos y evaluaciones de los planes de euskera de las organizaciones del Sistema Público de Salud de Euskadi. Se aportaron distintas propuestas para las 4

categorías del DAFO, que fueron puntuadas de la misma manera que las iniciativas, para facilitar la selección de 4 ítems por categoría.

En cuanto a la **lengua de trabajo** utilizada por el grupo, cada persona ha podido utilizar la lengua de su elección. Las reuniones se han desarrollado mayormente en euskera y las comunicaciones y documentación dirigidas al grupo han sido en su mayoría bilingües.

3.b. Fuentes de información.

Para formular los objetivos y sustentar las iniciativas propuestas por este grupo de trabajo, se ha tenido en cuenta el marco que reconoce y hace efectivos los derechos lingüísticos, establecido en la normativa vigente, así como en los distintos planes que conforman la política lingüística en el sector público vasco y, particularmente, en el ámbito de la salud. Éstas son las principales referencias:

Programa de Gobierno para la XIII Legislatura

Ley 10/1982, de 24 de noviembre, básica de Normalización del Uso del Euskera Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi

DECRETO 19/2024, de 22 de febrero, de normalización del uso del euskera en el Sector Público Vasco.

Decreto 123/2008, sobre los derechos lingüísticos de las personas consumidoras y usuarias (modificado por el Decreto 204/2010)

Decreto 147/2015, que aprueba la Declaración sobre derechos y deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi

Agenda Estratégica del euskera

Directrices para el VII Periodo de planificación

Criterios de uso de las lenguas oficiales en el Gobierno Vasco (2023) Bilingüismo y criterios lingüísticos (web del Gobierno Vasco)

Osakidetza: Decreto 67/2003 de normalización del uso del euskera en Osakidetza. Plan estratégico de Osakidetza 2023-2025. III Plan de Normalización del Uso del Euskara en Osakidetza 2022 – 2028. Uso del euskera en Osakidetza (web de Osakidetza). Evaluación final del II Plan de Euskera de Osakidetza (2021).

Osatek: II Plan de normalización del uso del euskera 2023-2027, Guía de recepción en los centros de OSATEK (2019) y guía La comunicación es salud.

ELEBIDE, Servicio para la garantía de los derechos lingüísticos BEHATOKIA - Observatorio de derechos lingüísticos Osasungoa Euskalduntzeko Erakundea

Carta europea de las Lenguas Regionales o Minoritarias

Declaración Universal de Derechos Lingüísticos (Barcelona, 1996) VII Encuesta Socio-lingüística 2021

4. Análisis situacional

DAFO

DEBILIDADES

Sigue pendiente el total desarrollo de aplicaciones informáticas en euskera.

La historia clínica todavía no está disponible en euskera para quien así la desea.

No asignar la atención de profesionales sanitarios en función de la elección lingüística del paciente, sino hacerlo en base a otros criterios organizativos, que no garantizan los derechos lingüísticos.

Necesidad de extender y afianzar el liderazgo de los planes de euskera en toda la cadena de mando.

AMENAZAS

Desequilibrio en la situación de ambas lenguas oficiales, a pesar del mismo nivel jurídico en que se encuentran.

Situación hegemónica del castellano y los obstáculos que ello supone para el ejercicio de los derechos lingüísticos.

Entre las y los trabajadores del sector público, el conocimiento del euskera, la acreditación de perfiles y el uso del euskera no se sustancian de igual manera.

FORTALEZAS

El Pacto de Salud asume que el idioma es un factor determinante de la calidad y mejora continua del sistema, por su relevancia en la comunicación y confianza entre pacientes y personal sanitario.

Cada vez son más los alumnos y alumnas de medicina y enfermería que optan por realizar sus estudios en euskera.

Existencia del registro de pacientes y personas usuarias que desean atención en euskera.

Normalización del euskera en la rotulación fija, publicidad. y publicaciones.

OPORTUNIDADES

Incorporación al mercado laboral y al sistema público de salud de nuevas generaciones de profesionales con conocimiento del euskera

Motivos para ser optimistas: en el sector público, cada vez más trabajadores/as son bilingües y el conocimiento del euskera crece de forma continua.

Creciente sensibilización hacia las personas que requieren asistencia en otras lenguas.

Conciencia de los derechos lingüísticos por parte de la sociedad vasca y existencia de entidades que vigilan su cumplimiento, con el estímulo que ello supone.

5. Objetivos, iniciativas e indicadores

Atención de calidad y equitativa, accesibilidad y respuesta a las necesidades lingüísticas		
OBJETIVO		
1.1. en el sistema público de salud una atención de calidad y equitativa, con plena accesibilidad, y de responder a las necesidades lingüísticas, garantizar la atención en la lengua oficial elegida por la persona usuaria, organizando el circuito de atención en euskera y ofreciéndolo de forma sistemática y activa en todos los ámbitos.		
INICIATIVAS	INDICADORES	
1.1.1. Para la creación y funcionamiento de los circuitos de atención en euskera, en cada servicio, unidad o grupo de puestos de trabajo se identificará el personal incluido en el circuito y se establecerán unos mínimos. En la cartelera de cada servicio estarán identificados los y las profesionales que garantizarán el circuito en euskera. Por último, se constituirá un grupo de trabajo que analizará y establecerá medidas para solucionar las carencias y deficiencias existentes en la creación de circuitos de atención en euskera.	Número de profesionales que garantizan el circuito en euskera de cada servicio. Constitución del grupo de trabajo si/no	
1.1.2. El registro preferente de personas usuarias será un procedimiento continuo, a través de la oferta activa. Para ello, el personal recibirá formación específica. Al mismo tiempo, se organizarán campañas informativas dirigidas a profesionales y usuarios, informándoles de los circuitos de atención en euskera y de la posibilidad de escribir y tener la Historia Clínica en euskera, dando a conocer los criterios y protocolos, y promoviendo tanto la participación en el circuito en euskera como la redacción/solicitud de la Historia Clínica en euskera.	Número de personas registradas y número de personas atendidas conforme a su preferencia Número de campañas informativas / año	

OBJETIVO 1.2. Con el mismo fin, incentivar el desempeño estable de los puestos de trabajo del circuito de atención en euskera.	
INICIATIVAS 1.2.1. Para que el circuito de atención en euskera se complete y funcione con la mayor efectividad, se acordarán y aplicarán medidas incentivadoras, más allá del reconocimiento en el desarrollo profesional.	INDICADORES Relación de medidas incentivadoras aplicadas
OBJETIVO 1.3. Con el mismo fin, garantizar la atención requerida por las personas que se comunican en lenguas distintas a las oficiales, incluidas las lenguas de signos, braille, lectura fácil...	
INICIATIVAS 1.3.1. Se identificarán las necesidades y obstáculos para la atención en otras lenguas no oficiales. Asimismo, se facilitará formación interna y se realizarán campañas de información a la ciudadanía sobre la atención en lenguas no oficiales.	INDICADORES Relación de necesidades y obstáculos detectados Número de campañas formativas realizadas Número de campañas informativas realizadas
1.3.2. Se establecerá un servicio de videointerpretación en lengua de signos, así como un servicio de calidad en la traducción a las lenguas orales e información escrita a los y los pacientes, para facilitar la comprensión de los contenidos sanitarios a todas aquellas personas a las que no les sean accesibles las dos medidas mencionadas.	Número de personas atendidas mediante el servicio de videointerpretación. Existe el servicio de calidad en la traducción a otras lenguas sí/no

Historia clínica en la lengua de elección de cada paciente

OBJETIVO

2. En todas las organizaciones que integran el sistema público de salud de Euskadi, ofrecer y garantizar la historia clínica en la lengua de elección de cada paciente.

INICIATIVAS

2.1. Para garantizar la historia clínica y las pruebas diagnósticas en el lenguaje preferente de cada paciente, se elaborará un protocolo y se dispondrán los recursos, tanto humanos como técnicos (traductor automático, glosarios terminológicos, modelos de documentos...), que sean necesarios.

INDICADORES

Difusión y aplicación del protocolo sobre historia clínica y pruebas diagnósticas si/no

Relación de recursos técnicos en funcionamiento para ayudar a garantizar la historia clínica y pruebas diagnósticas en el lenguaje preferente de cada paciente

2.2. Se corregirán los errores de los medios y modelos en euskera existentes, garantizando que el modelo en euskera sea completo y correcto, de la misma forma que el modelo en castellano.

Realizado el análisis y corrección de medios y modelos en euskera si/no

Coordinación y seguimiento de la política lingüística en cada organización

OBJETIVO

3. En todas las entidades que conforman el sistema público de salud de Euskadi, integrar los servicios técnicos de euskera en un órgano con poder de influencia en todos los niveles de la organización (gerencia...), dotándolos de los recursos necesarios. En el caso del Departamento de Salud, crear un órgano que haga el seguimiento y coordine las políticas lingüísticas de todas las organizaciones del sistema público de salud.

INICIATIVAS

3.1. En el caso de Osakidetza, habida cuenta de su dimensión, en la Dirección General contará con una Subdirección de Calidad y Gestión Lingüística.

INDICADORES

Constituida la Subdirección de Calidad y Gestión Lingüística si/no

INICIATIVAS

3.2. En el Departamento de Salud/ Osakidetza, la Dirección/Subdirección de Planificación Lingüística -incluyendo los servicios de euskera-, contará con una unidad de investigación y evaluación, así como secciones para impulsar la colaboración con diversos agentes a nivel internacional y estatal.

INDICADORES

Constituida la unidad de investigación y evaluación si/no

El euskera como lengua de trabajo

OBJETIVO

4. Adoptar, en todas las instituciones que integran el Sistema Público de Salud de Euskadi, las medidas necesarias para que, en todo tipo de actividad, tanto oral como escrita, el euskera, al igual que el castellano, pueda ser utilizado con total normalidad como lengua de trabajo, partiendo de las características sociolingüísticas de cada ámbito territorial y de la planificación y tipología lingüísticas establecidas para las diferentes unidades de trabajo.

INICIATIVAS

4.1. Se tendrá en cuenta el uso del euskera en el desarrollo profesional: participar en el circuito de atención en euskera, trabajar la Historia Clínica también en euskera y participar en la oferta activa.

INDICADORES

Número de ítems sobre uso del euskera incluidos en el desarrollo profesional

Establecimiento de mecanismos de evaluación del uso del euskera como lengua de trabajo si/no

Listado de mecanismos de evaluación del uso del euskera como lengua de trabajo

Formación e investigación en euskera en el ámbito de la salud

OBJETIVO

5.1 Promover, desde el Gobierno Vasco y el Departamento de Salud, condiciones mínimas para que EHU y otras instituciones docentes puedan ofertar itinerarios académicos específicos en euskera en la formación sanitaria (tanto a nivel universitario como en ciclos de formación profesional), garantizando los puestos y circuitos necesarios para impartir en euskera la formación en todos los centros adscritos a la formación.

INICIATIVAS

5.1.1. Promover que el alumnado euskaldun matriculado en primer curso en la EHU y otras instituciones docentes que realiza estudios de salud pueda realizarlos, si así lo desea, en euskera, adoptando diferentes medidas como abordar con el Ministerio de Sanidad la posibilidad de ofrecer la realización del examen MIR en euskera, crear gratuitamente material para prepararlo y que haya plazas de formación sanitaria en euskera.

5.1.2. Para elegir algunos centros de prácticas (por ejemplo, los de localidades con población vascohablante superior al 70%), el conocimiento del euskera será obligatorio.

INDICADORES

Número de alumnos/as de estudios de salud matriculados/as en euskera / año

Número de residentes con conocimiento de euskera acreditado / año y especialidad

Número de plazas de residentes en las que se requiere el conocimiento del euskera y porcentaje sobre el total.

Examen MIR en euskera si/no

Número de centros de prácticas donde el conocimiento de euskera es obligatorio.

OBJETIVO

5.2. En el mismo ámbito, para garantizar el derecho de alumnado y residentes a recibir formación en euskera, asegurar un número suficiente de profesoras y profesores clínicos con perfil de euskera en todos los centros adscritos a la formación. Para garantizar el derecho de alumnado y residentes a recibir formación en euskera, asegurar un número suficiente de profesoras y profesores clínicos con perfil de euskera en todos los centros adscritos a la formación.

INICIATIVAS
5.2.1. Se facilitará la cobertura por profesionales de las plazas bilingües que ofertan las direcciones y OSIs de Osakidetza desde Euskal Herriko Unibertsitatea-EHU, identificando los obstáculos: por ejemplo, ampliar las convocatorias, incentivar a profesionales, apoyo institucional, eliminar la carga de otras funciones en los primeros años para poder asumir la enseñanza en euskera, compatibilidad de horarios, puntuación adicional para el desarrollo profesional...

INDICADORES
Número de plazas bilingües para enseñanza ofertadas por direcciones y OSIs de Osakidetza / año y especialidad

Número de plazas asistenciales con C1 en hospitales universitarios y concertados / año y especialidad

OBJETIVO

5.3. Promover la investigación en materia de salud, garantizando su transferencia y difusión de forma equitativa en ambas lenguas oficiales y facilitando dicha difusión en el resto de las lenguas de las personas usuarias.

INICIATIVAS
5.3.1. Todas las investigaciones que impliquen a los pacientes estarán en ambas lenguas. El Departamento de Salud deberá establecer un protocolo de investigación aplicable a todos los proyectos de investigación, que tenga en cuenta las necesidades lingüísticas y comunicativas de las y los pacientes y garantice la presencia de ambas lenguas oficiales..

INDICADORES
Operativo el protocolo de investigación teniendo en cuenta las necesidades lingüísticas si/no

INICIATIVAS

5.3.2. En línea con la estrategia de valor del Departamento de Salud y de Osakidetza, los resultados de la atención prestada se medirán mediante cuestionarios dirigidos a las personas usuarias (PHEM en euskera, PROM y PREM en inglés), traducidos y validados a las dos lenguas oficiales.

INDICADORES

Validación y aplicación de los cuestionarios PHEM, PROM y PREM en ambas lenguas oficiales, si/no

Fomento del conocimiento y uso del euskera entre profesionales

OBJETIVO

6 Impulsar entre las y los profesionales del Sistema Público de Salud de Euskadi el conocimiento y uso del euskera, así como el plurilingüismo. Para ello se posibilitará, facilitará e impulsará la oferta de aprendizaje del euskera y la capacitación y formación permanente en dicha lengua en horario laboral, para avanzar en la euskaldunización de forma progresiva y flexible, fomentando y facilitando la acreditación de los perfiles lingüísticos, así como el conocimiento del idioma a nivel de comprensión.

INICIATIVAS

6.1. Para el aprendizaje del euskera, incluido el euskera técnico, así como para conseguir el nivel A1/A2 o la acreditación de la comprensión en otros niveles, se incrementarán las ayudas y liberaciones, incluyendo tanto la flexibilidad horaria como las formaciones online que permitan conciliar la vida laboral y familiar, vinculadas a un plan corporativo y a un itinerario formativo individual, en el que se establezcan medidas de euskaldunización, formación y apoyo e incentivos, de cara a garantizar el uso del euskera como lengua de servicio y de trabajo. En cuanto a la capacitación post- perfil, se ofrecerá formación específica al personal que trabaje en circuitos y unidades en euskera, así como al personal que, teniendo Perfil Lingüístico, manifieste dificultades para atender y trabajar en euskera. Esta formación se impartirá prioritariamente en el propio centro de trabajo, realizando un seguimiento permanente del proceso de aprendizaje. Además, se ofrecerán programas de refuerzo lingüístico de forma activa.

INDICADORES

Oferta de formación específica dirigida a personas con perfil acreditado pero que se declaran no aptas para atender y trabajar en euskera si/no
Número de personas / año que han realizado formación específica dirigida a profesionales con perfil acreditado pero que se declaran no aptas para atender y trabajar en euskera.
Número de liberaciones para el aprendizaje del euskera
Número de formaciones online realizadas para aprender euskera.

INICIATIVAS

6.2. Para resaltar la importancia de la lengua en la atención sanitaria, se ofrecerá y se asegurará una formación continua, dentro del itinerario formativo oficial, a través de cursos tanto presenciales como on-line.

INDICADORES

Número de cursos / año de capacitación en euskera, presenciales y online, ofertados en el itinerario formativo oficial.

Número de personas / año que han realizado cursos de capacitación en euskera, presenciales y online, ofertados en el itinerario formativo oficial.

